



Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztegesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

<http://www.aerzte-bl.ch>

<http://www.medges.ch>

Leitartikel

Die Tsunamikatastrophe vom 26. Dezember 2004

Dr. med. Werner Tschan, MAE, Basel

Die Bilder und Berichterstattungen der Tsunamikatastrophe haben in ihrer Intensität nachgelassen – die Folgen für die Betroffenen bleiben jedoch weiterhin spürbar. Viele Menschen haben Angehörige, Freunde, Arbeitskollegen verloren – einige gelten als vermisst, was für die Hinterbliebenen noch weit schlimmer ist. Diese Einzelschicksale berühren einen in der Regel mehr als die in die Hunderttausende gehende Zahl von Toten.

Auf diesen Umstand hat unser Kollege René Fehlmann, der im Rahmen des Katastropheneinsatzes der Schweizer Armee in Sumatra ärztliche Hilfe leistete, in einem Beitrag in der Basler Zeitung (Nr. 41, 18.2.2005) hingewiesen. Es sind nicht die Bilder der Zerstörung ganzer Städte und Dörfer, es ist nicht der Anblick von Tausenden von Toten – sondern es sind die Bilder von weinenden Menschen, die alles verloren haben. Bilder von

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

• Leserbrief	4
• Zum IV-Sonderfall in Basel	6
• SVA: der Berufsverband der Medizinischen Praxisassistentinnen, Sektion beider Basel, stellt sich vor	7
• Helfen ist schwierig, sich helfen lassen auch	8
• Fertigkeitstraining während des Medizinstudiums	10
• Qualifiziertes ambulantes Alkoholentzugsprogramm AEP mit Haus- und Fachärzten	12
• Das Orchester «I Medici» – ein Ensemble für Liebhaber des Musizierens	14
• Alpine Jugendstilperle Kurhaus Bergün	15
• Die Tabakepidemie	16
• Aus dem Vorstand BL	18
• Aus dem Vorstand BS	19

Editorial

Neue Fragen am Ende der Kostenneutralitätsphase

Frau Dr. med. A.-C. Guex, Basel

Das Ende der Kostenneutralitätsphase ist absehbar, und wir können nur hoffen, von weiteren TPW-Senkungen verschont zu werden. Durch die Senkungen in unserer Region kam es für viele Ärzte, deren Einkommen fast ausschließlich durch Tarmed-Leistungen generiert wird, zu empfindlichen Umsatzeinbussen.

Santésuisse meldete für den Monat Dezember (im Vergleich zu Dezember 2001) einen Kostenanstieg von 20–40%. Glücklicherweise konnte ein effektiver Kostenanstieg dank ärzteeigener Daten

widerlegt und eine Taxpunktwerterhöhung verhindert werden. Zu dieser Fehleinschätzung kam es, weil im Dezember 2004 auf Kassenseite wegen der Lage der Feiertage an vier zusätzlichen Arbeitstagen Rechnungsdaten erfasst wurden. Aktuell liegt der Taxpunktwert in den verschiedenen Regionen zwischen 98 (Genf, Waadt) und 78 (Graubünden) Rappen. Bei einem auf 60 Rappen pro Taxpunktwert geschätzten Unkostenanteil entspricht dies einem Gewinnanteil von 18 bis 38 Rappen. Ein solcher Unterschied kann nicht durch lokale Gegebenheiten erklärt werden.

Die Spitäler konnten bisher eine Taxpunktwerterhöhung umgehen, indem sie, entgegen der Vereinbarung, die erforderlichen Rechnungsdaten zur Steuer-

ung der Kostenneutralität nicht lieferten. Es bleibt zu hoffen, dass die Kostenneutralitätsphase nicht zu einer einseitigen Sparübung auf Kosten der Praktiker wird.

Mit einem weiteren Kostenanstieg für Medikamente muss gerechnet werden, sollten die Pläne von Santésuisse und Pharmaindustrie, die Rückerstattung für einen grossen Teil der Medikamente zu streichen oder zu senken, realisiert werden. Dies würde zwar zu einer Senkung der Kosten für die Krankenversicherer führen, jedoch auf dem Rücken der Patienten. Wenn Medikamente aus der Spezialitätenliste fallen, fällt auch die Preisbindung weg. Dies führte wohl zu einer Erhöhung der Preise.

Inserat
«AstraZeneca – Nexium»

Menschen, die hilflos durch die Trümmer irren oder stumm ins Meer hinausstarren. Diese Schicksale lassen einen am deutlichsten die Tragödie spüren – eben auch der Betroffenen hierzulande. Gleichzeitig weist dies auch auf die Gefährdung von Helferpersonen hin, aber auch involvierter Behörden und Medienleute, dass ihnen diese Bilder zu viel werden. Man spricht von sekundärer Traumatisierung, wenn die Symptomatik bei Helferpersonen zu den gleichen Zuständen führt, wie sie bei primär betroffenen Opfern gesehen werden.

Neben der primären medizinischen und chirurgischen Hilfe, der Versorgung mit Trinkwasser, Nahrungsmitteln und einem Dach über dem Kopf benötigen Betroffene menschlichen Beistand. Stellen Sie sich vor, eine Tsunamiüberlebende kommt nach Hause, benommen vom Schreck und der Todesgefahr – und niemand nimmt sich ihrer an. «Selber schuld ... niemand hat gesagt, dass du nach Thailand musst ... Jetzt musst du halt selber schauen ...» Dieses – hoffentlich unrealistische Beispiel – soll die Bedeutung und Rolle des sozialen Beziehungsnetzes verdeutlichen – zu dem auch wir Helfer beitragen. Die gleiche Frau kommt nach Hause und wird bereits am Flughafen von besorgten Angehörigen abgeholt. Nach einer innigen Umarmung fließen Tränen – «Komm, du bist wieder zu Hause, in Sicherheit ...» Über die folgenden Tage und Wochen helfen die Angehörigen, wo sie können. Diese Frau kann sich wieder «sicher» fühlen und die schrecklichen Ereignisse hinter sich lassen. Sie wird viel davon erzählen, wie es ihr ging, als sie das Meer kommen hörte – bis sie sich wieder in Sicherheit fühlte.

Dieser Verlust des Sicherheitsgefühls ist etwas vom Schmerzlichen im Rahmen traumatischer Erfahrungen. Das Verständnis liefert uns die Bindungstheorie,

The Medical Associations of Basel-land and Basel-Stadt express their deep condolences to those who have lost their loved ones in the devastating tsunami of December 26, 2004.

Die Ärztesgesellschaft Baselland und die Medizinische Gesellschaft Basel drücken den Angehörigen, die ihre Lieben in der Tsunamikatastrophe vom 26. Dezember 2004 verloren haben, ihr tiefstes Beileid aus.

begründet von John Bowlby, welche die Rolle und Bedeutung von Beziehungen im menschlichen Leben untersucht. Menschliche Nähe vermittelt Sicherheit – instinktiv sucht der Mensch bei Bedrohung körperliche Nähe: Die Hand zu halten oder eine Umarmung wirken wohlthuend und beschützend.

Ausgehend von Trennungserfahrungen von Kleinkindern im Nachkriegseuropa, untersuchte Bowlby im Auftrag der WHO die Auswirkungen und Folgen auf die Persönlichkeitsentwicklung. Dank diesen Forschungen schlafen heute Eltern im Kinderspital bei ihren erkrankten Kindern. Bindungsbedürfnisse bestehen während des ganzen Lebens – Nähe und Vertrautheit vermitteln Sicherheit. Dank den neurophysiologischen Forschungen der «Affective Neuroscience» wissen wir heute um die körperlich fassbaren Auswirkungen des «Sicherheitsgefühls» und analoger Befindlichkeiten.

Psychotraumatologie

Dramatische und bedrohliche Lebenserfahrungen führen zu einer Stressregulationsstörung und damit zu einer psychophysiologischen Reaktion. Man spricht von einer «akuten Stressreaktion». Bestehen die charakteristischen Symptomgruppen (Angstreaktionen, Vermeidungsverhalten, Numbing, Hyperarousal) länger als 4 Wochen und führen sie zudem zu einer signifikanten Einschränkung der Befindlichkeit und des sozialen Funktionierens, dann liegt eine posttraumatische Störung (PTSD) vor. In rund 10% aller Fälle tritt eine PTSD mit einer Latenz von mehreren Monaten bis Jahren nach dem Ereignis auf. Zeugen schrecklicher Ereignisse, und damit auch Helferpersonen, können ebenso betroffen sein. Wenn ein Hotelgast in Thailand – selber in sicherer Position – mit ansehen muss, wie in seiner Nähe Menschen in den Fluten umkommen, kann dies ebenfalls eine PTSD-Symptomatik bewirken. Die Therapie der Wahl besteht in einer traumafokussierten, kognitiv-verhaltens-therapeutischen Behandlung, in Kombination mit pharmakologischer Behandlung. In erster Linie finden Antidepressiva vom Typ SSRI oder SNRI Verwendung. Die Behandlung verläuft grundsätzlich über drei Stufen, wobei die erste darin besteht, fundamentale Sicherheitsgefühle (wieder) zu vermitteln. Erst nach Etablierung dieser ersten Stufe schliesst sich eine Auseinandersetzung mit den traumatischen Erfahrungen an. Hier kommen auch Fragen der Überlebensschuld

und andere Schuldgefühle zur Sprache. In der dritten Phase erfolgt ein Transfer auf die aktuelle Lebens- und Berufssituation, verbunden mit einer Trauerarbeit. Nichts lässt das Trauma ungeschehen machen. Der einzelne muss lernen, mit der durchgemachten Lebenserfahrung wieder zurechtzukommen. Das höchst subjektive Kriterium der «persönlichen Lebensqualität» hat sich als verlässlichster Indikator eines Behandlungserfolgs herauskristallisiert.

Neben den direkt Betroffenen benötigen vielfach auch die Angehörigen der direkt betroffenen Opfer intensive fachliche Hilfe. Die Schweiz verfügt derzeit nicht über ein funktionierendes Helfernetzwerk zur Bewältigung solcher seelischen Katastrophen – die Entscheidungsträger haben die Tsunamikatastrophe zum Anlass genommen, ein entsprechendes Netzwerk aufzubauen. Der Handlungsbedarf hatte sich schon nach den Schiesereien in Luxor und Zug, dem Flugzeugabsturz in Halifax sowie der Unwetterkatastrophe in Gondo klar ergeben. Die jetzige Katastrophe zeigte einerseits die grosse Zahl potentiell Betroffener und ihre vielfältigen Hilfebedürfnisse – nicht nur medizinisch-therapeutischer Art, sondern auch administrativer und finanzieller Art. Und sie zeigte andererseits die Unberechenbarkeit und Unplanbarkeit solcher Ereignisse – die Entwicklung funktionierender Helfernetzwerke kann nicht unter Katastrophenbedingungen in die Hand genommen werden, sondern muss vorausplanend erfolgen. Dazu gehört die Schulung der Fachleute in Psychotraumatologie, die Verbesserung der Triage und die Vermittlung von Fachleuten mit entsprechenden Behandlungserfahrungen. Das spezifische Berufsrisiko der sekundären Traumatisierung der Helferpersonen erfordert neben der Vermittlung der entsprechenden Kenntnisse eine Klärung von versicherungsrechtlichen Fragen. Der Autor bietet im Rahmen der KLIFO 2005 im Bruderholzspital gemeinsam mit Kollege Felix Harder einen Workshop zu dieser Thematik an.

Soziale Hilfe

Die Bevölkerung konnte mittels Geldspenden sowohl für die Soforthilfe als auch für den langfristigen Wiederaufbau Gutes tun. Meine Tochter hatte Angst um zwei ihrer Klassenkameraden, die meist die Weihnachtsferien in ihrem Heimatland Sri Lanka verbringen. Sie war erleichtert, dass sie die beiden wohlbehal-

ten und unversehrt am ersten Schultag wiederfand. Um so tatkräftiger unterstützte sie das Projekt der Basler Schulklassen, das für jeden Einwohner einen Franken für die Tsunamiopfer sammeln wollte. Nach einer Woche war der Betrag zusammen und wurde überwiesen. Mit ihrem Sackgeld und einem Zustupf der Eltern konnte sie das Ihrige zur Linderung der Not beitragen.

Diese erste Reaktion soll nicht darüber hinwegtäuschen, das Betroffene nachhaltiger Hilfe bedürfen. Dies umfasst in erster Linie die Hilfe im persönlichen Bekanntenkreis, am Arbeitsort oder im Wohnumfeld. Wo fachliche Hilfe erforderlich wird, ist der Arzt erste Ansprechperson. Kenntnisse des Krankheitsbildes sind erforderlich, um die notwendigen differentialdiagnostischen Ent-

scheidungsschritte einzuleiten und eine entsprechende Behandlung anzubieten oder durch geeignete Überweisung zu vermitteln. Eine enge Zusammenarbeit zwischen somatisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Kollegen ist von Vorteil.

Heilung vollzieht sich nicht bloss in der Arztpraxis, sondern eben auch im sozialen Kontext. Die öffentliche Trauerfeier im Berner Münster mit Ansprachen und Anwesenheit der Landesregierung, das Läuten der Kirchenglocken, die Geldsammlungen, die Hilfeleistung der Armee und Polizeibehörden, die Hilfe der diplomatischen Dienste und die Präsenz der Schweizer Aussenministerin vor Ort – all dies verdeutlicht die Unterstützung, Anteilnahme und Hilfe des ganzen Landes. Betroffene fühlen sich nicht allein

gelassen. Das muss auch für die nachhaltige und längerfristige Hilfe gelten – die medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungen der Betroffenen.

Literatur:

Allen Jon G.: Coping with trauma. Hope through understanding. Washington DC, American Psychiatric Publ., 2005.

Harder Felix, Tschan Werner: Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) in der hausärztlichen Praxis. Schweiz Med Forum, 2004;4:392–397.417–421.

Holmes Jeremy: John Bowlby and Attachment Theory. London, Routledge, 1993 (dt.: John Bowlby und die Bindungstheorie).

Panksepp Jaak: Affective Neuroscience. Oxford, Oxford University Press, 1998.

Tschan Werner, Harder Felix: Sekundäre Traumatisierungen – Stress in Helferberufen. Eine Darstellung aus der Sicht des Grundversorgers. Schweiz Med Forum, Publ. vorgesehen.

Leserbrief

Zum Artikel «Massnahmen gegen den beginnenden Hausärztemangel», Synapse Nr. 1 2005

Dr. med. Rolf von Aarburg, FMH für Allgemein Chirurgie und Unfallchirurgie, Chefarzt-Stv. Gemeindespital Riehen

Gerne möchte ich die Gelegenheit nutzen, mich in Form eines Leserbriefs zum Artikel von Dr. Pierre Périat in der Synapse vom Februar 2005 zu äussern.

Dr. Pierre Périat erwähnt in seinem Artikel über den drohenden Hausärztemangel, dass die Grundversorgungsleistungen beim selbstgewählten Spezialisten oder im Spital teurer seien als beim Hausarzt. Diese Aussage mag in Einzelfällen zutreffen, ist aber sicher nicht die Regel, und sie wird durch das ständige Wiederholen auch nicht wahrer. Es gibt sehr viele Spitäler und Spezialisten, welche sehr kostengünstig arbeiten, und diesen tut Dr. Périat mit seiner Aussage Unrecht. Durch die grosse klinische Erfahrung kann der Spezialist oft teure

und/oder unnötige Untersuchungen vermeiden und direkt die entsprechende Therapie einleiten. Es ist immer wieder so, dass die Hausärzte, bedingt durch Zeitmangel und Überlastung, kaum eine richtige Anamnese, geschweige denn eine exakte klinische Untersuchung vornehmen und den Patienten lieber ins CT oder zum MRI schicken, z.B. bei einem Meniskusproblem. Der spezialisierte Orthopäde hätte vermutlich die Verdachtsdiagnose ohne Abklärung stellen und den Patienten ohne Zeitverlust arthroskopisch operieren können. Ob in solchen und ähnlichen Situationen der «Umweg» über den Hausarzt dann wirklich billiger ist, wage ich zu bezweifeln. Uns würde es aber spontan nicht einfallen, unsere Eindrücke aus dem Praxisalltag in Form eines Artikels zu verbreiten, weil es uns nicht zusteht, unsere Kollegen in der Praxis zu beurteilen.

Überzeugt bin ich aber davon, dass das gegenseitige Zuweisen der Schuld zwischen Hausärzten einerseits und Spezialisten und Spitalärzten andererseits für beide Seiten kontraproduktiv und unseres Berufsstands nicht würdig ist. Beide Seiten sind aufeinander angewiesen und sollten sich vermehrt in die Hände statt gegeneinander arbeiten. Das Verbreiten von Unwahrheiten und gegenseitige Beschuldigen sind eindeutig kontraproduktiv und schädlich für unseren ganzen Berufsstand.

Inserat
«Mepha Pharma – Metformin»

Zum IV-Sonderfall in Basel

Dr. Pierre Périat, Riehen

Die BaZ vom 16.2.2005 berichtet begeistert: «IV-Sonderfall Basel-Stadt ist zu Ende. Renten(-Gesuche) steigen in Basel nicht mehr stärker als im Durchschnitt». Heisst «Weniger Rentengesuche» in dieser Form weniger Kosten oder gar gesündere Bevölkerung?

Paul Meier, Leiter der IV-Stelle Basel-Stadt, spekuliert in derselben BaZ, die «Medienberichte und die politische Diskussion» über die zunehmende Anzahl IV-Rentner hätten bei allen Beteiligten in der ganzen Schweiz zu einer stärkeren Zurückhaltung geführt: «Die Ärzte melden Patienten nicht mehr so schnell an, die Pensionskassen mahnen die Firmen, teure IV-Fälle zu vermeiden, und die Fachleute auf der IV entscheiden im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen eher zugunsten der Versicherung als der Versicherten.» Das nennt Alard du Bois-Reymond, IV-Chef im BSV, «ein positives Signal» und «eine gute Nachricht». Ich vermute eher einen Rückkopplungseffekt auf die obengenannten «Medienberichte und politische Diskussion», der primär überhaupt nichts geändert hat. «Wie an der Börse, in der Futurologie und nicht zuletzt in der Erziehungspsychologie, so vermässelt auch in der Quantenphysik eine unauflösbare Rückkopplung den Prognostikern das Geschäft» (Wie der Zufall unser Leben durcheinanderbringt. Stefan Klein, NZZ a.S. 1.8.2004, S. 53).

Denn die NZZ a.S., 20.2.2005, schreibt zum selben Thema («Starker Anstieg der Zahl psychisch Invalider»): Vieles deutet aber

darauf hin, dass die Probleme der IV eng mit dem Arbeitsmarkt verknüpft sind: «Arbeitslosenversicherung, Krankenkasse, IV und Sozialhilfe – das sind kommunizierende Röhren. Die Leute wandern von einem Auffangbecken zum andern», beobachtet Andreas Dummermuth, Präsident der Schweizerischen IV-Stellenkonferenz und Chef der IV-Stelle Nidwalden.

Sind die Kosten etwa nur in eine andere kommunizierende Röhre verschoben worden?

Mit welchen Mitteln wurde das Ziel von weniger Rentengesuchen erreicht? Dazu nochmals der IV-Chef im BSV, zitiert in der NZZ a.S., 20.2.2005: «Früher wurde der Graubereich für den Versicherten ausgelegt, jetzt für die Versicherung.»

So einfach löst man Probleme! Weiter stellt die NZZ a.S. dazu fest: Nahezu 10% der erwerbsfähigen Bevölkerung sind in der Schweiz also aus dem Arbeitsmarkt gefallen – und beziehen IV-Renten (5,4%) oder Arbeitslosengeld (4,1%).

«Am häufigsten sehen wir summarische Codierungen», sagt der Statistiker im BSV. Obenaus schwingt die Gruppe «psychogene oder milieureaktive Störungen, Neurosen, Borderline-Syndrom, depressive und psychosomatische Störungen».

«Der Arbeitsmarkt für niedrig qualifizierte ist sehr viel härter geworden, und gleichzeitig hat sich der Gesundheitsbegriff gewandelt», sagt Andreas Dummermuth. Die Arbeitswelt ist heute geprägt von Umstrukturierung, Rationalisierung und Flexibilisierung. Arbeitgeber schieben überzählige Mitarbeiter bei Restrukturierungen in die IV ab, weil das

Die GAMBA-Generalversammlung ist am 25. Mai 2005 in der Mittenza.

für alle Beteiligten oft der vermeintlich einfachste Weg ist. «Das findet sicher statt», bestätigt Alard du Bois-Reymond, Chef der Invalidenversicherung im BSV. «Die IV ist eine Zweitversicherung, die Leute landen erst 12 bis 18 Monate nach Arbeitsniederlegung bei uns.» Niemand sei in diesem System wirklich daran interessiert, eine Chronifizierung des Leidens zu verhindern. «Für den Beginn der Arbeitsunfähigkeit ist niemand verantwortlich, weil es in der Schweiz keine obligatorische Krankentaggeldversicherung gibt. Erst eineinhalb Jahre später wird geprüft, ob eine Wiedereingliederung möglich ist», kritisiert Dummermuth. Das Problem liegt offenbar tiefer, aber niemand ist interessiert, es anzugehen. Die Verwaltungen sammeln Datenmaterial, und ihre Chefs präsentieren sie sauber. Für die gute Präsentation werden sie gelobt und befördert. Eine Lösung des Problems steht gar nicht zur Diskussion, weil es «niemand wirklich interessiert».

Dazu passt ein «Värs» des «Singvogel», Comité-Bangg 2005:

«Wo der Lehrer frogt, was 4 und 7 git, do sait der Hansli:

Sii, do bruuch ych aber Zyt!

Er paggt sy Laptop us und maint in coolem Doon:

Y glaub, y machs als PowerPoint-Präsentation.»

Leserbriefe

Die Redaktion der Synapse interessiert sich sehr für den Dialog mit der Leserschaft. Deshalb stellen wir unsere Zeilen gerne für Leserbriefe zur Verfügung. Zögern Sie nicht, setzen Sie sich an PC oder Schreibmaschine, kommentieren Sie unsere Artikel, und senden Sie Ihren Text an die im Impressum angegebene Redaktionsadresse!

SVA: der Berufsverband der Medizinischen Praxisassistentinnen, Sektion beider Basel, stellt sich vor



Sabina Jann-Lachenmeier
Sektionspräsidentin a.i., Liestal

Einleitend möchten wir uns im Namen der Sektion beider Basel des SVA bei Herrn Dr. Franz Rohrer (Chefredaktor) für die Gelegenheit bedanken, unseren Verband, seine Organisation, Aktivitäten und Zielsetzungen den Lesern der Synapse vorstellen zu können. Wir erachten es als ausserordentlich wichtig, dass Arzt und MPA sich gegenseitig informieren und, wenn immer möglich, die gleichen Ziele verfolgen. Deshalb nutzen wir diese Plattform in der jetzigen Ausgabe zum ersten Mal und hoffen, dass wir dazu weitere Male Gelegenheit erhalten.

Oberstes Ziel des Zentralverbandes und der Sektionen ist die Wahrnehmung der Interessen der Mitglieder. Dazu zählen insbesondere Belange der Aus-, Weiter- und Fortbildung, aber auch Themen wie Anstellungsbedingungen, Vorsorge, Versicherung und Arbeitsmarkt.

Der SVA tritt als konfessionell und politisch neutrale Standesorganisation auf. Er arbeitet kooperativ und partnerschaftlich mit Arbeitgebern, Lehrmeistern, privaten und öffentlichen Bildungsanstalten, Behörden, Industrie und Handel zusammen und nimmt dabei die Standesinteressen wahr. Regional und aktuell darf darauf hingewiesen werden, dass der SVA Sektion beider Basel im Vernehmlassungsverfahren zur Selbstdispensation eine Stellungnahme an Regierungspräsident Erich Straumann verfasste und darin die SD befürwortete. Dies unter anderem mit dem Argument der Sicherung von Arbeitsplätzen in den Arztpraxen.

Der SVA Sektion beider Basel ist eine von insgesamt 13 Sektionen, welche dem Zentralverband angehören. Der Vorstand der Sektion, als Vertretung der Sektionsmitglieder, hat sich in der Zeit thematisch wie folgt organisiert: Präsidium, Kosten/

Finanzen, Information/Kommunikation, Administration, Ausbildung, Fort- und Weiterbildung. Für jedes dieser Gebiete ist ein Vorstandsmitglied verantwortlich. Aus der Organisation des Vorstandes leiten sich klare Inhalte und somit Zuständigkeiten und Aufgaben ab:

Kosten/Finanzen und **Administration** sind allgemeine, verbandsübliche Gebiete ohne Erklärungsbedarf. Alle anderen Bereiche verfolgen spezifische Zielsetzungen.

Der Bereich **Information/Kommunikation** befasst sich mit dem internen Austausch von Information in schriftlicher und mündlicher Form. Als Printmedium wird hierfür das «Basler Blatt» verwendet, welches quartalsweise erscheint und sich mit aktuellen Themen aus der Medizin und der Region befasst, über Beschlüsse des Vorstandes und Neuigkeiten informiert, aber auch den Fort- und Weiterbildungskalender enthält.

Der Bereich **Ausbildung** engagiert sich in der Grundausbildung im Rahmen des BBT-Ausbildungsreglementes und wirkt mit in Ausbildungsgremien und -kommissionen. Auch die Ausbildung von Lehrmeistern und Ausbilderinnen gehört in diesen Bereich.

Fort- und Weiterbildung sind das zentrale Thema. Die Sektion beider Basel or-

ganisierte bis jetzt Fortbildungsveranstaltungen in den verschiedenen medizinischen Gebieten, welche beinahe monatlich stattfanden. Künftig sind auch Veranstaltungen geplant, welche sich mit allgemeinen Themen aus der Arbeitswelt wie Arbeitsrecht, Personalwesen, Altersvorsorge, Teamarbeit, Führungsstile und weiterem befassen. Obwohl keine Fortbildungspflicht für die MPAs besteht, nehmen vor allem Mitglieder, aber auch Nichtmitglieder ihre Verantwortung wahr, und die Sektion erfreut sich einer regen Teilnahme an diesen Veranstaltungen.

Der SVA Sektion beider Basel pflegt Kontakte zu verschiedensten Organisationen. Dazu zählen z.B. die Ärztesgesellschaft Baselland, die Medizinische Gesellschaft Basel-Stadt, verschiedenste pharmazeutische Betriebe, medizinische Laboratorien, aber auch Ämter und Schulen. All diese Kontakte sind Gewähr dafür, dass sowohl die Ausbildung als auch die Fort- und Weiterbildung auf hohem, aktuellem Niveau erfolgen.

Mit der Publikation dieses Artikels hoffen wir, den Lesern der Synapse einen Einblick in die vielfältigen Bereiche des SVA gewährt zu haben, und freuen uns auf eine weiterhin partnerschaftliche Zusammenarbeit.



Helfen ist schwierig, sich helfen lassen auch



*Dr. med. Hans-Ruedi Banderet-Richner,
Präsident des Basler Fördervereins für
medizinische Zusammenarbeit*

Zusammenarbeit Basel–Prijepolje

Seit Anfang 2003 besteht eine Kooperation zwischen dem Gesundheitszentrum Prijepolje in Serbien und dem Basler Förderverein für medizinische Zusammenarbeit. In dieser Zeit sind bereits zwei Seminare abgehalten worden; das zweite vom September 2004 galt schwerpunktmässig der Früherkennung des Mammakarzinoms und richtete sich auch an die Öffentlichkeit. Mit der Inbetriebnahme eines neuen Mammographen im Spital sollte auch die Bevölkerung auf diese Untersuchungsmethode aufmerksam gemacht werden. Weiter sind in diesen Jahren zwei 40-Tonnen-LKWs mit Wäsche und medizinischen Hilfsgütern aus Basel nach Prijepolje gefahren worden, und mehrere Gastarztbesuche von Serbien nach Basel rundeten den Austausch ab.

Schwierigkeiten

Prijepolje liegt tief im Balkan, sechs Eisenbahnstunden von Belgrad entfernt an der südwestlichen Peripherie Serbiens. Das Spital garantiert die Grundversorgung der Bevölkerung, hat aber keinen nennenswerten medizinischen Ausbildungsauftrag. Das Personal hat kaum Aussichten auf ein berufliches Weiterkommen. Die Mitarbeiter bleiben jahrelang auf ihren Stellen, und es stossen nur selten neue innovative Kräfte dazu. So erstarren die Strukturen. Mangelnde Dialogfähigkeit und gelegentliche persönliche Streitigkeiten unter den einzelnen Exponenten erschweren den Zugang. So ist es uns zum Beispiel noch nicht ermöglicht worden, das verwaahrloste und patientenunwürdige Psychiatriegebäude zu renovieren. Trotz diesen Schwierigkeiten verfolgen wir dieses dringliche Renovationsprojekt beharrlich weiter.

Ressourcen

Die Leute in der Sandjak-Region sind temperamentvoll, warmherzig und gastfreundlich. Sie leben in einer schwierigen sozioökonomischen Lage, liegt doch die Wirtschaft nach langen Jahren des Boykotts darnieder, und viele Industrieanlagen sind seit dem letzten Krieg zerstört. Die Arbeitslosigkeit von über 40% ist enorm! Trotz diesen riesigen Problemen lebt die zur Hälfte muslimische und zur Hälfte christlich-orthodoxe Bevölkerung gewaltfrei, wenn auch nicht spannungslos zusammen. Auch während der heissen Kriegsjahre kam es in Prijepolje zu keinen Gewaltakten, im Gegenteil, die ethnisch gemischte Bevölkerung nahm hunderte von Flüchtlingen aus dem nahen Kosovo auf. Gerade aus dem Spital kamen in jener Zeit viele friedenserhaltende Impulse. Dieser kurze Exkurs in die jüngste Geschichte begründet unseren Respekt vor der Bevölkerung und den Mitarbeitern ihres Gesundheitszen-

trums. Wir sind weiter motiviert, trotz den Erschwernissen die Zusammenarbeit mit unseren Spitalpartnern voranzubringen. Humanitäre Arbeit soll auch unter schwierigen Voraussetzungen gelingen können.

Mithilfe!

In diesem Projekt steckt eine grosse Herausforderung. Vom 19. bis 24. September 2005 findet ein drittes Seminar statt, das der präventiven Medizin, im besonderen der Verhinderung der HIV-Übertragung, gewidmet sein wird. Dazu brauchen wir weitere Mitarbeitende, serbokroatisch sprechende sind natürlich besonders willkommen. Wie immer ist jede finanzielle Unterstützung hilfreich und wird direkt unseren Partnern und ihren Patienten zugute kommen. Unser Konto: CS Basel-Spalenberg, Basler Förderverein für medizinische Zusammenarbeit, Konto 30-3200-1 zugunsten von 384295-10.



Intensiver wissenschaftlicher Austausch während des zweiten Seminars (Photo C. Probst)

Inserat
«Pfizer AG – Spiriva»

Fertigkeitstraining während des Medizinstudiums

Dr. med Karen Pierer, MHPE, Studiendekanat der Medizinischen Fakultät, Universität Basel

Rahmenbedingungen

Ein Schwerpunkt der Reformbemühungen um eine moderne, patientenzentrierte Medizinerausbildung ist der frühe Erwerb von sozialen und kommunikativen sowie psychomotorischen Fertigkeiten. Unter psychomotorischen Fertigkeiten werden grundlegende klinische Untersuchungstechniken sowie kleine therapeutische Eingriffe zusammengefasst. Vom ersten Studientag an soll das theoretisch Gelernte mit der praktischen Anwendung für die Studierenden nachvollziehbar verbunden werden. Dies führt zu wesentlich veränderten Rahmenbedingungen für einen Studienplan. Studierende erwerben nicht zuerst isoliert die theoretischen Grundlagen in den sogenannten vor-klinischen Semestern. Bereits beim Erlernen der Anatomie und der Physiologie führen die Studierenden gleichzeitig die Auskultation, Perkussion und Palpation am Lebenden durch oder können Strukturen, die sie in einem bildgebenden Verfahren sehen, an der Leiche auffinden.

Der erste Patientenkontakt findet, abgesehen vom «Häfelipraktikum», bereits im ersten Studienjahr statt.

Ein Lernen am Vorbild des erfahrenen, praktizierenden Arztes war noch nicht möglich, um ein professionelles Verhalten durch Beobachtung kennenzulernen. Dennoch müssen die Studierenden mit Umsicht und Achtung für die Person ihren ersten Patientenkontakt erleben. Neu ist darüber hinaus, dass das entsprechende Fachwissen noch nicht vorhanden ist und die Studierenden sich dieses zum Teil selbst und im konkreten Fall erwerben müssen. In diesen neuen Rahmenbedingungen steckt viel positives Potential, das es gilt, durch geeignete didaktische Massnahmen zu nutzen und zu fördern.

Konzept

Das Gesamtkonzept des Fertigkeitstrainings sieht eine Kombination von unterschiedlichen Lernsituationen vor. Einer kurzen theoretischen Einführung folgt eine konkrete Anleitung zum Üben der speziellen Fertigkeit, wie das Erheben des jetzigen Leidens, die Palpation des Abdomens oder das Legen eines Harnkatheters. Unmittelbar nach der Demonstra-

tion durch den Lehrenden kann der Studierende an einem Kollegen oder an einem Modell die Schritte durchführen und erhält eine individuelle Rückmeldung durch seinen Betreuer und zusätzliche Tips. Das Ziel dieser Kurse ist es, die Schritte z.B. einer Untersuchungstechnik zu erfassen und auch theoretisch entsprechend begründen zu können. Das wiederholte Üben erfolgt dann eigenständig im «skills lab» und betreut im Arzt-Patienten-Unterricht sowie im Einzeltutoriat. Über das innovative und Basel-spezifische Einzeltutoriat wurde an anderer Stelle schon mehrfach berichtet. Der Arzt-Patienten-Unterricht ist ein Kleingruppenunterricht am Krankbett. Neu ist die Ergänzung durch das «skills lab», das im Sommer 2004 im Medizin-Lernzentrum/BrainBox eröffnet wurde.

Skills lab

Das «skills lab» umfasst mehrere speziell eingerichtete Räume, in denen die Studierenden Fertigkeiten, in denen sie in Kursen unterwiesen wurden, selbständig üben können. In diesen Räumen finden sich Trainingsmodelle, wie sie seit langem in der Geburtshilfe verwendet werden, aber z.B. auch Säuglingspuppen, Prostata-Tastmodelle oder Arme zur Blutabnahme. Mit Hilfe dieser Modelle können die Studierenden Handgriffe oder Untersuchungsgänge so oft wiederholen, bis sie sich für die Durchführung am Patienten sicher fühlen. Dieser zwischengeschaltete Schritt gibt dem Studierenden die Möglichkeit, die Technik zu beherrschen und im Echteinsatz den Patienten als Person wahrnehmen zu können, Kommunikation und Untersuchung zu verbinden und sich auf das Besondere dieses Patienten konzentrieren zu können. Unterstützt werden die Übungsmöglichkeiten durch Videos, E-learning-Angebote und entsprechende Übungsanleitungen. Der Umgang mit Apparaten wie EKG oder Spirometer kann ebenfalls geübt werden, so z.B. das richtige Anlegen der Elektroden. Darüber hinaus geht es auch um die richtige Interpretation der Ergebnisse. Anhand von



Modellarm für Blutabnahme, intravenöse Injektion und Legen einer Infusion

Übungsbeispielen (EKG ausdrucken, Spirometrikurven) können sich die Studierenden testen und ihre Interpretation mit den entsprechenden Auflösungen vergleichen. Aber nicht nur psychomotorische Fertigkeiten und Beurteilungskompetenz werden im «skills lab» trainiert, sondern auch kommunikative Fertigkeiten. Auch hier gilt es, Techniken einzuüben, um sie dann in der entsprechenden Situation richtig einzusetzen. Es gibt Anleitungen für Rollenspiele. Erlebte Situationen können nachgestellt und mit Videokamera aufgezeichnet werden. Studierende und Dozierende analysieren diese Aufzeichnungen gemeinsam, und die Rückmeldungen der Dozierenden helfen den Studierenden, Schritt um Schritt professioneller zu werden. Die erlernte Technik ist nur ein Werkzeug, und erst die Umsetzung mit dem Patienten macht es zu einer Kunst. Eine weitere Herausforderung kann der Einsatz von Simulationspatienten sein. Das sind in der Regel Laien, die trainiert wurden, als «Patient» mit einer bestimmten Krankheit zu agieren. Dieser Zwischenschritt fordert das richtige Anwenden der Techniken zur richtigen Zeit – aber läuft etwas nicht so wie geplant, kann man nochmals von vorne anfangen und eine andere Strategie versuchen. Eine Chance, die man bei einem echten Patienten in der Form nicht hat.



Nachbesprechung einer Videoaufzeichnung – Kommunikationstraining

Ziel

Das Ziel des Gesamtkonzeptes «Fertigkeitstraining» ist es, möglichst viele Dozierende daran teilhaben zu lassen und so das Potential der einzelnen Lernsituationen bestmöglich für eine ganzheitliche Ausbildung zu nutzen. Dieses Konzept ermöglicht es auch – trotz immer spezialisierterer Ausbildungsstätten – den Universitätskliniken, eine Grundausbildung zu ermöglichen und

dennoch nicht auf einen Einblick in die hochspezialisierte Medizin zu verzichten. Was in der Ausbildung von Flugkapitänen Routine ist und in der Weiterbildung, vor allem in der Anästhesie oder im Bereich der Endoskopie schon lange Eingang gefunden hat, wird nun auch in der Ausbildung genutzt. Die Studierenden haben die Möglichkeit, unter Aufsicht im Kurs und selbständig im «skills lab» zu üben. Das Gelernte kann im Arzt-Patienten-Unterricht und im Einzeltutoriat umgesetzt und die wertvolle Zeit des Patientenkontaktes optimal genutzt werden. Teil einer Ausbildung ist die Überprüfung, ob die Lernziele erreicht wurden. Dies erfolgt ein- bis zweimal im Studienjahr mit dem OSCE (objective structured clinical examination).

OSCE

In einem Postenlauf werden die Kandidaten mit unterschiedlichsten klinischen Situationen konfrontiert. Dies kann das Erheben einer Systemanamnese sein, die klinische Untersuchung der Lunge, aber auch eine Hüftgelenkuntersuchung oder eine Herzmassage sowie das Überbringen einer schlechten Nachricht. Die Performance der Kandidaten wird mit Hilfe einer Checkliste von einem Examinator beobachtet und beurteilt.

Mit diesem Konzept der unterschiedlichen Lernsituationen und -angebote sowie einem konsistenten Prüfungsformat werden die Studierenden auf ihre Aufgaben als Unterassistenten vorbereitet.



Training der CPR (kardiopulmonalen Reanimation)

Qualifiziertes ambulantes Alkoholentzugsprogramm AEP mit Haus- und Fachärzten

Ute Wetzel, dipl. Sozialarbeiterin –
Projektleiterin – Blaues Kreuz Baselland
und Basel-Stadt – Beratungs- und
Präventionsstellen Alkohol und Sucht

Was in anderen europäischen Ländern bereits seit langem mit grossem Erfolg angeboten wird, fehlt in der Schweiz bis heute. Mit dem qualifizierten ambulanten Alkoholentzugsprogramm AEP schliesst das Blaue Kreuz nun diese Lücke. Die MUSUB – Multikulturelle Suchtberatung beider Basel – steht mit uns in Arbeitsgemeinschaft und offeriert neu ebenfalls ein entsprechendes Modul für Fremdsprachige. Das AEP ist ein Angebot, welches zwischen dem «unbewachten» Selbstentzug zu Hause und dem Entzug in einem Spital angesiedelt ist.

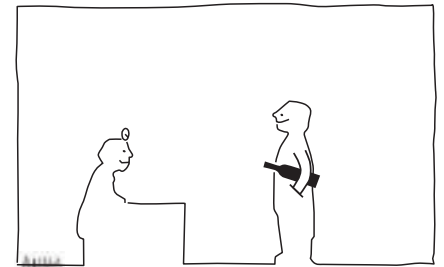
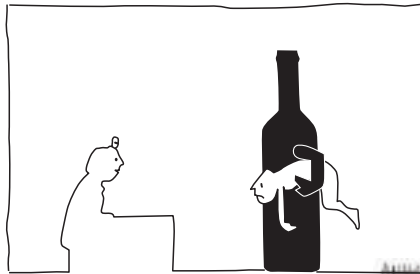
Im Januar haben wir die Haus- und Fachärzte der beiden Kantone bereits mit einem persönlichen Schreiben auf dieses neue Angebot aufmerksam gemacht. Sie sind unsere potentiellen Zuweiser und Kooperationspartner!

Ebenso wurde von uns, am 31. Januar im Rahmen einer Medienkonferenz, die Öffentlichkeit informiert.

Mit dem qualifizierten AEP soll den Betroffenen früher als bisher die Auseinandersetzung mit dem Abhängigkeitsthema vermittelt und der Zugang zur ambulanten Suchthilfe erleichtert werden.

Die Schwelle für einen stationären Entzug ist für die Betroffenen manchmal zu hoch. Für viele Alkoholabhängige ist es nicht möglich, längere Zeit von der gewohnten Umgebung wegzubleiben, sei es aus beruflichen oder privaten Gründen.

Mit dem neuen Angebot wird hier vielen Menschen die Möglichkeit geboten, mit hoher Eigenverantwortung einen Alkoholentzug durchzuführen, ihr Selbstwertgefühl zu stärken und nach Möglichkeit trotzdem den gewohnten Lebensrhythmus beizubehalten. Zudem ist es möglich, von Anfang an Bezugspersonen miteinzubeziehen. Die sonst so befürchtete Stigmatisierung der eigenen Krankheit entfällt.



Für zusätzliche Stabilität im Entzug sorgen eine klar definierte sozialtherapeutische Ansprechperson, die Begleitung in einem geschützten Gruppenrahmen sowie die enge Zusammenarbeit mit dem Hausarzt. Bei Bedarf stehen uns eigene Suchtfachärzte zur Verfügung.

Das qualifizierte AEP ist geeignet für Menschen mit problematischem Alkoholkonsum, der diagnostisch als schwerer Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit einzuordnen ist. Es ist für Betroffene, die einen Ausstieg aus ihrem Alkoholkonsum unter therapeutisch klar definierten Bedingungen suchen. Das Absetzen des Alkohols im Rahmen des Behandlungsprogramms (ambulanter Entzug) kann nur durchgeführt werden, wenn ein schweres Entzugssyndrom ausgeschlossen werden kann.

Voraussetzung für eine sachgerechte Entscheidung, ob Personen in dieses Programm aufgenommen werden, ist eine Risikoabschätzung. Dies geschieht auf Grund der Krankengeschichte und in Zusammenarbeit mit dem Arzt.

Ablauf:

Abklärungsgespräch durch die Beratungsstellen des Blauen Kreuzes BS und BL bzw. der MUSUB;
Eingangsuntersuchung mit Indikationsstellung durch den Haus- oder Facharzt;
Vermittlung von Entspannungstechniken, auf Wunsch Einbezug von alternativmedizinischen Angeboten;
Erstellung des medizinischen Behandlungsplanes durch den Hausarzt bzw. die Hausärztin;
Erstellung des psychosozialen Behand-

lungsplanes durch die Beratungsstellen.
Dauer: 14 Tage

Für detaillierte Informationen stehen die Beratungsstellen des Blauen Kreuzes BS und BL jederzeit zur Verfügung.

Beratungs- und Präventionsstelle Alkohol und Sucht, Blaues Kreuz Basel
Telefon 061 261 56 13
E-Mail: info@blaueskreuzbasel.ch

Beratungs- und Präventionsstelle Alkohol und Sucht, Blaues Kreuz Baselland
Telefon 061 901 77 66
E-Mail: info@bkbl.ch

MUSUB Multikulturelle Suchtberatung beider Basel, Basel, Liestal, Münchenstein
Telefon 061 273 83 05
E-Mail: info@musub.ch

PS: Bei dieser Gelegenheit möchten wir uns bei Dr. med. Anton Wanner und Dr. med. Lukas Wagner für ihre fachliche Unterstützung bei der vorangegangenen konzeptionellen Arbeit zu unserem AEP bedanken. Durch ihren «Input» konnte auch der medizinische Blickwinkel ausgewogen miteinfließen.

Zeichnungen von Anna Regula Hartmann (www.annahartmann.net) aus der Broschüre: Kurzinterventionen für risikoreiche Alkoholkonsumenten; BAG, FMH, SFA, ISPM – Universität Genf

Inserat
«Robapharm AG – Calperos»

Das Orchester «I Medici» – ein Ensemble für Liebhaber des Musizierens

Prof. Dieter Ladewig, Basel

Basel ist eine Musikstadt. Neben einer fast nicht mehr überblickbaren Zahl von Musikern, die das Terrain von Barock bis zur Moderne professionell beackern, gibt es in dieser Stadt nicht wenige Amateure – Liebhaber guten Musizierens.

Die «Medici» als Orchester am Universitätsspital Basel musizieren seit über 30 Jahren. Im Gegensatz zu Ärzteorchestern in anderen Kantonen hat sich der Kreis der Musizierenden längst ausgeweitet. Nichtsdestotrotz sind Ärztinnen aus der Praxis oder aus Spitälern der Region sehr willkommen. Nicht selten sagen mir Kolleginnen aus der Praxis: «Wenn ich dann einmal pensioniert bin ...» Ich meine: besser heute als nie.

Es wird wöchentlich am Montag von 19.45 bis 21.45 Uhr geprobt. Konzertmeister ist Vincent Providoli. Die Bläser werden von Guido Stier betreut, Felix Lindenmaier ist seit Jahren hochgeschätzter Dirigent.

Musizieren macht Freude, soll entspannen und die Kommunikation fördern



(bin ich zu laut, höre ich meinen Nachbarn, habe ich den Überblick?). Über die Jahre sind die Medici zu einem Freundeskreis gewachsen – immer noch ohne Statuten, aber mit dem festen Impetus, weiter zu wachsen.

Die Fotos stammen vom letzten Konzert am 23.1.2005 in der Kirche St. Leonhard.



Alpine Jugendstilperle Kurhaus Bergün

Felizitas Ammann

Mit entscheidender Unterstützung aus der Region Basel konnte das Kurhaus Bergün vor dem Verfall gerettet werden.

1906 wurde in Bergün ein Kurhaus erbaut, im schönsten Jugendstil und mit hohem technischem Standard – und keineswegs, um lungenkranke Bleichgesichter zu behandeln. Man hoffte, der internationale Geldadel würde sich auf seinem Weg nach St. Moritz hier, auf 1400 Metern, erst einmal akklimatisieren. Doch dieser blieb eben schon damals gern unter sich und fuhr dank der neuen Eisenbahn einfach an Bergün vorbei. Es folgten schwierige Jahre für das Kurhaus, die 1949 mit einem Dachstuhlbrand ihren Tiefpunkt erreichten. Nach dem Krieg kaufte der Schweizerische Verein für Familienherbergen das Haus, stellte das Konzept auf den Kopf und verwandelte das Gebäude mit Zwischenwänden, Kochplatten und Tischtennis in eine Herberge für einkommensschwache Familien. Diese fand eine treue Basler Stammkundschaft, von der einige im Jahr 2002, als der Verein den renovationsbedürftigen Bau nicht mehr halten konnte, die Kurhaus AG gründeten und die Liegenschaft kurzerhand kauften. Seither wird sie unter der Leitung des Sissacher Architekten Heini Dalcher sanft renoviert. Bald glänzt sie wieder in alter Pracht, bleibt aber gleichzeitig ein Ferienhaus, in dem Familien mehr als willkommen sind.

Von der Pferdewechselstation zum Wintersportort

Graubünden gehörte nicht zu den ersten Schweizer Touristenorten wie die lieblichen Gegenden am Genfer- oder Vierwaldstättersee. Wer um 1800 ins Bündnerland reiste, musste zur Kur. Aufschwung erhielt der Tourismus erst im Laufe des 19. Jahrhunderts durch die neuen sogenannten Kommerzialisstrassen, die primär der besseren Versorgung des Kantons dienen sollten, aber indirekt auch dem Tourismus zugute kamen. Die Verbindung über den Albula-pass machte Bergün ab 1855 zu einer wichtigen Raststätte für Reisende und Station für den Pferdewechsel der Kutschen. Der Baedeker verzeichnete in den folgenden

Jahren einige neue Gasthäuser im kleinen Dorf Bergün, und nach der Eröffnung der Albula-Bahnlinie 1903 führte er Bergün bereits als gutbesuchten Luftkurort auf. Ein Initiativkomitee machte sich optimistisch an die Planung eines neuen Hotels, das schon 1906 eröffnet werden konnte und über beachtlichen Komfort verfügte: «Zentralheizung, elektrisches Licht, Lift, Badezimmer, grosser Speisesaal, mehrere grosse Terrassen gegen Süden, elegantes Vestibül, Damensalon, geräumige Restaurantslokalitäten, Bar, Billard, Lese- und Schreibzimmer sowie Dunkelkammer» führte der damalige Prospekt auf. Aufsehererregend waren vor allem die neuen «Water Closets», die mit der Bahn aus England geliefert und von englischen Spezialisten angeblich in Frack und Zylinder installiert wurden.

Alte Grandezza und kleinfamiliärer Pragmatismus

Der streng symmetrische Bau ist dem 19. Jahrhundert verpflichtet, doch einzelne Elemente zeigen bereits die damals aufkommende nationale Architekturromantik. Zwar wurde das luxuriöse Hotel «Kurhaus» genannt, doch gleichzeitig explizit darauf hingewiesen, dass Bergün kein Kurort für Lungenkranke sei. Man wollte lieber Reiche als Kranke und führte zu diesem Zweck den Wintersport ein, unter anderem die noch heute beliebte, fünf Kilometer lange Schlittelbahn. Doch wegen der neuen Bahnlinie musste das Kurhaus Bergün von Anfang an um jeden Gast kämpfen und war in der Folgezeit mehrmals dem Abbruch nahe. Die Umwandlung in eine einfache Familienherberge erweist sich heute als grosses Glück: Nichts wurde kaputtrenoviert. Hinter den billigen Zwischenwänden blieben die



originalen Bauteile meist unversehrt, abgeschraubte Deckenleuchter oder Türklinken wurden nicht weggeworfen, sondern irgendwo im Haus gelagert.

Das aktuelle Renovierungskonzept der Kurhaus Bergün AG und des Architekten Heini Dalcher sieht vor, die Wohnungen in den oberen Stockwerken weitgehend zu belassen. Dort verströmt die Mischung aus alter Grandezza und kleinfamiliärem Pragmatismus ihren ganz eigenen Reiz, trifft man auf Lampen aus Muscheln und echte Jugendstil-Klopapierhalter und ein Küchenbuffet voller Fonduecaquelons. Die grossen Gemeinschaftsräume dagegen erstrahlen wieder in altem Glanz. Die überraschende Eingangshalle mit floralen Intarsien an den Türen, mit marmorierten Stucksäulen und den verzierten Eisenteilen der Liftkonstruktion lässt einen den Jugendstil nicht nur sehen, sondern dank Korbsesseln und Palmen auch richtig erleben. Der grosse Speisesaal, der nun wieder himmelblau überwölbt ist, gehört dem Architekturhistoriker Roland Flückiger zufolge «zu den wertvollsten schweizerischen Jugendstilinterieurs überhaupt, als Hotelsaal ist er im ganzen Land einmalig».

Kurhaus Bergün, T 081 407 22 22 oder www.kurhausberguen.ch

Nebensaison: 2.4. bis 2.7.

Buchtipp: Roland Flückiger-Seiler: «Hotelpaläste zwischen Traum und Wirklichkeit», Verlag Hier+Jetzt, Baden, 2003. 239 S., 220 Abb., gb., Fr. 88.–

ProgrammZeitung: Kultur im Raum Basel

Die ProgrammZeitung nimmt Sie monatlich mit auf eine Reise durch die Kinos, Theater, Konzerte und Ausstellungen im Raum Basel. Seit über 17 Jahren berichtet die einzige unabhängige Kulturstimme der Region engagiert über kulturelle Menschen, Orte und Anlässe. Die Veranstalter präsentieren ihre Programme in übersichtlicher Form, und in der Agenda erwarten Sie jeden Monat über 1000 Ausgehtips. Mit der ProgrammZeitung früher wissen, was wann wo läuft.

Bestellen Sie ein Probeabo (3 Ausgaben für Fr. 10.–) oder gleich ein Jahresabo (Fr. 69.–) direkt bei: **ProgrammZeitung, Gerbergasse 30, Postfach 312, 4001 Basel**
T 061 262 20 40, F 061 262 20 39
abo@programmzeitung.ch, www.programmzeitung.ch

Die Tabakepidemie

Dr. med. Thomas Steffen
Schulärztlicher Dienst Basel-Stadt

Historischer Rückblick

Als vor über tausend Jahren die Priester der Azteken bei ihren spirituellen Handlungen rauchten, ahnten sie wohl kaum etwas von den Problemen der Raucherinnen und Raucher im 21. Jahrhundert. Tabak war in dieser Zeit keine allzeit verfügbare Massenware, welche die Gesundheit der Bevölkerung bedrohte.

Erst nach der Entdeckung Amerikas durch Kolumbus kam 1492 der Tabak nach Europa: Der Entdecker beschrieb die getrockneten Blätter in seinem Schiffstagebuch und überlieferte auch den Namen des ersten europäischen Rauchers, Rodrigos de Jerez. Tabakhandel bedeutete schon bald Geld und Macht und wurde rasch zum damals wichtigsten Exportartikel Amerikas. Um den Tabakgebrauch in früheren Jahrhunderten ranken sich viele Geschichten und Legenden. So hielt der französische Diplomat Jean Nicot, wie viele seiner Zeitgenossen im 16. Jahrhundert, den Tabak für ein Heilkraut, welches gegen Pest und – Welch unglückliche Vermutung – auch gegen Husten wirke. Doch erst im Zuge der Industrialisierung Ende des 19. Jahrhunderts konnten maschinell grosse Mengen Zigaretten in kurzer Zeit hergestellt werden. Damit wurde die Grundlage für eines der grössten globalen Gesundheitsprobleme im 20. und beginnenden 21. Jahrhundert gelegt. Eine eigentliche «Tabakepidemie» begann. Die Zahlen zeigen die Entwicklung deutlich: So konsumierte beispielsweise 1880 jeder rauchende Amerikaner im Durchschnitt nur 40 Zigaretten jährlich. Hundert Jahre später sind es über 10 000 Zigaretten pro Raucher und Jahr. Aus Gelegenheitsrauchern wurden Gewohnheitsraucher.

Damit ist das Rauchen heute zu einer der grössten Bedrohungen für die Gesundheit der Bevölkerung geworden. So sterben jährlich in der Schweiz rund 8000 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums. Den gezielten Interventionen kommt deshalb grösste Bedeutung zu. Hier kann aber auch die statistische Untersuchung der Rauchgewohnheiten und ihrer gesundheitlichen Auswirkungen wertvolle Ergebnisse für die Public-

Health-Anstrengungen auf diesem Gebiet liefern. Wo stehen wir nun in der Schweiz?

Rauchgewohnheiten

In der Schweiz stieg die Zahl der Rauchenden in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts stark an. So rauchten in den fünfziger Jahren rund 70% der Männer. In den 70er und 80er Jahren konnte ein erheblicher Rückgang der Raucherinnen und Raucher festgestellt werden, wobei sich die Raucherraten der beiden Geschlechter annäherten. Nach der Schweizerischen Gesundheitsbefragung rauchten 1993 noch 35% der Männer und 26% der Frauen in der Schweiz. Der beobachtete deutliche Rückgang ist jedoch in den letzten Jahren zum Stillstand gekommen (vgl. Tabelle 1). So rauchten nach der Gesundheitsbefragung 2002 36% der Männer und 26% der Frauen in der Schweiz. Der Anteil Rauchender liegt im Kanton Basel-Landschaft gemäss dieser Befragung mit 29% etwas unter und im Kanton Basel-Stadt mit 33% etwas über dem schweizerischen Durchschnittswert von 31%.

Beunruhigend ist heute vor allem die Entwicklung bei der jungen Bevölkerung. Die Schweizerischen Gesundheitsbefragungen, die vom Bundesamt für Statistik 1992, 1997 und 2002 in der Schweiz durchgeführt wurden, zeigen eine ungünstige Entwicklung. So hat der Anteil der jugendlichen Rauchenden zwischen 15 und 19 Jahren seit Anfang 1992 stark zugenommen. Bei jungen Männern ist er zwischen 1992 und 1997 von 29% auf 41% angestiegen, bei den jungen Frauen gar von 18% auf 38%. Diese Zunahme konnte 2002 auf hohem Niveau gestoppt werden – in diesem Jahr rauchten 35% der jungen Männer und 33% der jungen

Frauen. Viele Rauchende (46%) möchten gemäss dieser Umfrage aber eigentlich gar nicht rauchen.

Die neusten Zahlen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 zeigen aber auch, dass die Raucherrate von sozioökonomischen Einflussfaktoren mitbeeinflusst wird. Abbildung 1 zeigt den Anteil Rauchender nach Bildungsniveau in der Schweiz im Jahre 2002. Männer mit höherer Schul- bzw. Berufsausbildung rauchen weniger. Bei den Frauen zeigen sich hingegen keine wesentlichen Unterschiede nach Bildungsniveau.

Rauchen und Krebs – die epidemiologischen Analysen

Schon in den 20er und 30er Jahren des letzten Jahrhunderts erschienen erste medizinische Arbeiten im deutschsprachigen Raum, welche einen Zusammenhang zwischen Rauchen und Krebs aufzeigten. Die nach dem Zweiten Weltkrieg vor allem in den USA und England aufstrebende Epidemiologie lieferte neben anderen Forschungsdisziplinen unzählige, immer differenziertere Evidenzen für den kausalen Zusammenhang zwischen Rauchen und Krebs.

Eindrücklich zeigen dies beispielsweise die Forschungsarbeiten von Doll und Hill. 1950 veröffentlichten die beiden Forscher eine bedeutende Fallkontrollstudie zu dieser Fragestellung. Sie zeigten schon damals, dass bei Rauchern ein 10- bis 20mal erhöhtes Lungenkrebsrisiko besteht. 1964 veröffentlichten die beiden Epidemiologen ferner eine Längsschnittstudie bei britischen Ärzten. Sie konnten zeigen, dass die Lungenkrebs-Sterblichkeitsrate in Abhängigkeit von der Anzahl gerauchter Zigaretten zunimmt. Diese Studie wurde über vierzig Jahre weitergeführt. Auf diese Weise konnten diffe-

Tabelle 1

Anteil Raucherinnen und Raucher in der Schweiz: Trend 1974–2002

	1974	1980	1981	1987	1992	1995	1997	2002
Männer	61%	50%	45%	41%	37%	37%	39%	36%
Frauen	40%	35%	28%	29%	24%	30%	28%	26%
Total	51%	43%	37%	35%	31%	33%	34%	31%

Tabelle 2

Drei Hauptziele der gesellschaftlichen Massnahmen

1. Durch gezielte Präventionsmassnahmen soll der Neueinstieg verhindert werden.
Beispiele: Förderung des Nichtraucherimages, Nichtraucherkampagnen, Gesundheitserziehung, Eindämmung der Tabakwerbung, Erhöhung von Tabaksteuern
2. Das Aufgeben des Rauchens soll gezielt gefördert werden.
Beispiele: Nichtraucherberatung, Nichtraucherprogramme
3. Nichtraucher sollen vor Passivrauchen geschützt werden.
Beispiele: Information der Bevölkerung, Rauchverbot an öffentlichen Orten und Arbeitsplätzen

renzierte Aussagen zu den Langzeitfolgen des Rauchens bei dieser Untersuchungskohorte gemacht werden.

Durch die epidemiologische Analyse von bestimmten Bevölkerungsgruppen, die ein spezielles Raucherverhalten zeigen, konnten schon in den 60er Jahren weitere Evidenzen für den kausalen Zusammenhang zwischen Rauchen und Lungenkrebs erbracht werden. Untersucht wurden beispielsweise religiöse Gruppen, welche nicht rauchen, oder ehemalige Raucher in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Aufhörens. Eine Vielzahl von Studien konnte so unter Einbezug von weiteren Forschungsdisziplinen den kausalen Zusammenhang zwischen Rauchen und Lungenkrebs respektive später weiteren Krebsformen und anderen schweren Krankheiten, wie Herzinfarkt und chronischen obstruktiven Lungenkrankheiten, aufzeigen.

Prävention

Das Rauchen stellt in den industrialisierten Ländern das grösste vermeidbare Einzelrisiko für die Gesundheit der Bevölkerung dar. Tabakrauchen begünstigt das Auftreten zahlreicher Krankheiten und ist bei Lungenkrebs für 87%, bei den chronisch obstruktiven Pneumopathien (COPD) für 82% und bei koronaren Herzkrankheiten für 21% der Todesfälle verantwortlich.

Die Verminderung des Tabakkonsums in der Bevölkerung ist deshalb eine sehr

wichtige Public-Health-Aufgabe. In vielen industrialisierten Ländern wurden vor diesem Hintergrund in den letzten Jahren die Bemühungen zur Verringerung der Nikotinabhängigkeit in der Bevölkerung verstärkt. Tabelle 2 zeigt drei Hauptziele, welche hierzu verfolgt werden.

Mit den in den letzten Jahren vom Bundesamt für Gesundheit lancierten Massnahmenpaketen Tabak sollen in der Schweiz Aktivitäten zu allen drei beschriebenen Hauptzielen unterstützt werden. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Themen Schutz vor Passivrauchen, Prävention bei Kindern und Jugendlichen, Raucherentwöhnung gelegt. Erreicht werden sollen diese Ziele gemäss dem neusten Massnahmenpaket durch vermehrte Information und Aufklärung, gesetzliche Massnahmen und eine verstärkte internationale Einbindung

der Präventionsarbeit. In der Region Basel sind in diesem Kontext in den letzten Jahren verschiedenste Initiativen ergriffen worden. Ärztinnen und Ärzte können hier beispielsweise durch gezielte Raucherentwöhnungsberatung einen sehr wichtigen Beitrag zur Prävention leisten.

Was kann aber durch solche Präventionsmassnahmen im Raucherbereich bewirkt werden?

Verschiedene Studien zeigen klar auf, dass professionelle Raucherberatung die Ausstiegchancen erheblich erhöht. Aber auch bei den strukturellen Massnahmen können durch gezielte Interventionen deutliche Verminderungen des Tabakkonsums erreicht werden. Wichtig ist dabei, dass entsprechend der Grundidee moderner Gesundheitsförderung der einzelne in seiner Handlungskompetenz gestärkt wird (Verhaltensprävention) und er gleichzeitig durch eine gesundheitsförderliche Umwelt unterstützt wird (Verhältnisprävention). Selbstverantwortung und bevölkerungsbezogene Massnahmen können sich so erfolgreich ergänzen. Der neuste Stand der Präventionsbemühungen in der Schweiz im Bereich Tabak findet sich laufend aktualisiert auf der Homepage des Bundesamtes für Gesundheit unter www.bag.admin.ch. Es lohnt sich immer, in dieser Public-Health-Fundgrube etwas zu stöbern.

Literaturhinweise beim Verfasser

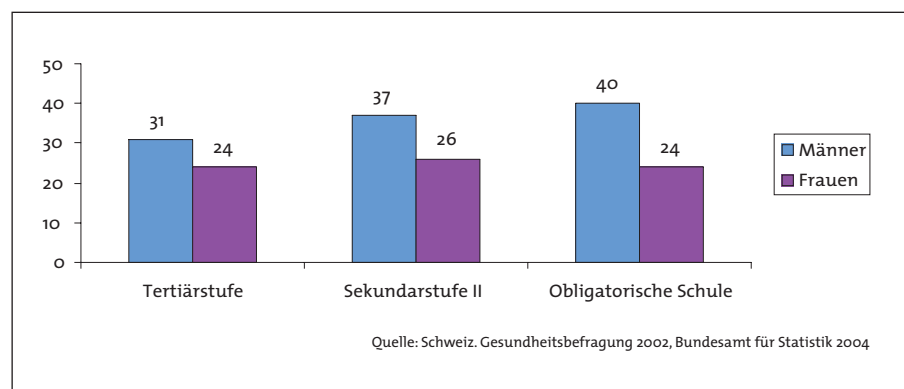


Abbildung 1: Anteil Rauchender nach Bildungsniveau in Prozent, 2002

Aus dem Vorstand BL

Tarmed – keine Taxpunkt- senkung dank syndata

Die vertraglich vereinbarten Kontrollen der abgerechneten Volumen unserer Rechnungen werden bekanntlich monatlich durchgeführt. Im Februar 2005 konnte dank den vorliegenden Zahlen aus den Trustcentern der ganzen Schweiz belegt werden, dass sich die Kostenvolumen nicht aus dem vereinbarten Korridor bewegt haben. Gerade in diesem Monat waren unsere eigenen Zahlen – für uns diejenigen von syndata – entscheidend für die Argumentation. Denn die zunächst vorgelegten Daten der santé-suisse liessen eine massive Taxpunkt-wertsenkung befürchten. Die Kostenneutralitätsphase ist allerdings noch nicht vorbei. Eine weiterhin korrekte Tarifanwendung ist Voraussetzung für den «richtigen» Taxpunktwert am Ende der Kostenneutralitätsphase.

Qualitätssicherung und -förderung

Vorstands- und Ausschussmitglied Dr. J.C. Roches, Reinach, arbeitet in der Qualitätssicherungs- und -förderungsgruppe des VEDAG (Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften) mit. Die Arbeiten dienen der Vorbereitung einer späteren FMH-Stellungnahme zu diesem Thema. Wir werden im Zusammenhang mit zukünftigen Tarifdiskussionen nicht darum herumkommen, ärztliche Qualität als Faktor einzubringen. Gerade die Schwierigkeiten bei der Begriffsbestimmung der ärztlichen Qualität verlangen von uns eine vertiefte Beschäftigung mit diesem heiklen Thema. Es darf nicht sein, dass uns von seiten unserer Tarifpartner eine rein wirtschaftlich orientierte Sichtweise aufgedrängt wird.

Neue Beauftragte für Medizinische Praxisassistentinnen

Frau Dr. Caroline Truttmann, Allschwil, hat Anfang des Jahres das verantwortungsvolle Amt der Betreuung unserer Nachwuchsassistentinnen übernommen. Der Vorstand freut sich, in ihr eine engagierte und interessierte Kollegin gefunden zu haben. Ihrem Vorgänger Dr. Ruedi Wyss, Reinach, welcher sich viele Jahre lang mit grossem Einsatz um diese Aufgabe gekümmert hat, sei an dieser Stelle der beste Dank des Vorstands ausgesprochen.

Spitalpolitik: Ärztgesellschaft pro Bruderholzspital

Der Vorstand der Ärztgesellschaft Basel-land hat in seiner Januarsitzung bekräftigt, dass die Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte mit dem Bruderholzspital ausgezeichnet ist. Er macht sich für den Erhalt dieses für unsere Region unverzichtbaren Spitals stark.

LEIMAPHARM

die clevere Alternative

Ihr regionaler Ärztelieferant

Tel.: 061 723 14 00 • Fax: 061 723 15 00

leimapharm@datacomm.ch

Aus dem Vorstand BS

Vorbereitung Mitgliederversammlung vom 7. April 2005, REHAB Basel

Bei den Gesamterneuerungswahlen des MedGes-Vorstandes an der MV vom 7. April 2005 wird sich Dr. Ludwig Heuss, Bereichsleiter Finanzen, nicht mehr zur Wiederwahl aufstellen lassen. Aufgrund seiner weitreichenden Aufgaben bei der FMH sieht er sich zeitlich nicht mehr in der Lage, die Aufgaben im MedGes-Vorstand wahrzunehmen. Der MedGes-Vorstand macht sich Gedanken zu einer geeigneten Nachfolge von Dr. Ludwig

Heuss, ein neues Vorstandsmitglied muss aber nicht unbedingt das Ressort Finanzen übernehmen. Für die wertvolle Arbeit von Ludwig Heuss sei an dieser Stelle schon einmal herzlich gedankt, es ist u.a. ihm zu verdanken, dass die MedGes vor einem Jahr das neue System mit eigenem Sekretariat und eigenen Angestellten eingeführt hat. An der MV vom 7. April 2005 wird L. Heuss offiziell verabschiedet. Über die weiteren Traktanden und Anträge der MV werden die MedGes-Mitglieder in den nächsten Tagen informiert (Einladung inkl. Beilagen).

Fortbildungsnachmittag

Der nächste Fortbildungsnachmittag findet am 9. Juni 2005 zum Thema **Bilderfahrung im Schaulager «Das Bild in der Medizin: Bildgrenzen – Bildmacht»** statt. Bitte reservieren Sie sich jetzt schon das Datum, Einzelheiten werden noch bekanntgegeben.

Kommunikationsseminar

Der MedGes-Vorstand wird sich in einer Klausur, begleitet durch HR Bachmann, Qualimat, über Kommunikationsmöglichkeiten der MedGes sowie über das Wahrnehmungsbild der Ärzteschaft Gedanken machen. In einem weiteren Schritt soll ein Workshop zum Thema in erweitertem Kreis (Obleute, Vertreter SanDep, Patientenstelle, sas, Presse) stattfinden.

Aufruf

Autorinnen und Autoren gesucht!

Ärztetikolumne in der Tagespresse

Traditionellerweise führen die beiden auflagenstärksten Regionalzeitungen, die «Basler Zeitung» und die «Basellandschaftliche Zeitung», eine Ärztetikolumne («Der Arzt/die Ärztin rät»), welche es uns ermöglicht, uns einem grösseren Publikum bekannt zu machen und gleichzeitig indirekt Standespolitik und Imagepflege zu betreiben. Sie werden überrascht sein: Diese Kolumnen werden stark gelesen und sind somit auch für den Zeitungs-

verlag interessant. Im Unterschied zu den Apothekern haben wir wenig andere Mittel, Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben, und sollten auch unter diesem Aspekt die Ärztetikolumnen «warmhalten» – eine «Win-win-Situation» für die schreibenden KollegInnen und die Zeitungen.

Die Idee ist, über ein gesundheitsrelevantes Thema einen kurzen, mit dem Foto des Autors versehenen Artikel zu platzieren. Inhalt und Gestaltung sind weit-

gehend freigestellt. Wir suchen also weitere Autorinnen und Autoren. Es ist ganz einfach: Sie schreiben, was Sie ohnehin jeden Tag Ihren Patientinnen und Patienten sagen. Sie brauchen deswegen kein Goethe zu sein! Redaktionelle Hilfe können wir Ihnen anbieten.

Für Fragen und als Adressat Ihrer Beiträge steht zur Verfügung: Dr. med. Christoph Hollenstein Sarbach, Allmendweg 2, 4242 Laufen, Tel. 061 761 66 66, E-Mail christoph.hollenstein@hin.ch.

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Dr. med. Franz Rohrer, Schützenstrasse 2
4415 Lausen, frohrer@hin.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Franz Rohrer (fr, Chefredaktor),
Facharzt für Innere Medizin FMH

Dr. med. Tobias Eichenberger (te),
Facharzt für Urologie FMH

Dr. med. Ch. Itin (ci), Facharzt für Allgemeine
Medizin FMH, Redaktor Fortbildungskalender

Dr. med. Benjamin Pia (bp), Facharzt für
Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Frau Dr. med. Alexandra Prünke (ap),
Fachärztin für Ophthalmologie FMH

Dr. med. Lukas Wagner (lw),
Facharzt für Allgemeine Medizin FMH

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint acht Mal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inseratenregie

pharma media promotion, K. Hess
Lättichstrasse 6, 6342 Baar 2
Tel. 041 760 23 23

Einträge von Veranstaltungen

im Fortbildungskalender:
Veranstaltungen bitte mit Angabe von
Datum, Zeit, Ort, Referenten, Thema und
Veranstalter frühzeitig bei Dr. med. Ch. Itin
(E-Mail: Christoph.Itin@hin.ch) anmelden.
Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe:
24.3.2005



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland

Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Renggenweg 1, 4450 Sissach
Tel. 061 976 98 08, Fax 061 976 98 01
E-Mail: fschwab@hin.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

Frau Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Marktgasse 5, 4051 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

Inserat
«Spirig Pharma – Lisopril»