

Synapse

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

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft **Baselland**
und der Medizinischen Gesellschaft **Basel**



Leitartikel

Die Ethikkommission beider Basel (EKBB)

Prof. Hans Kummer, Präsident der EKBB, Therwil

Ethik ist heute im Trend, und es erstaunt deshalb nicht, wenn in den vergangenen Jahren Ethikkommissionen, Ethik institute und Ethikräte überall entstanden sind, wo das Schicksal von Menschen oder gar der Menschheit als Ganzes durch menschliches Handeln beeinflusst oder gar gefährdet wird. Diese Ethikinstitutionen verfolgen in ihrem engeren Interessensbereich alle das Ziel, die in unserer Kultur und von unserer Gesellschaft anerkannten ethischen Grundwerte gedanklich zu vertiefen, ihnen in verständlichen Worten Ausdruck zu geben und ihre Verwirklichung anzustreben. So wirkt die Nationale Ethikkommission zum Beispiel als Beratergremium in ethischen Fragen für den Bundesrat und das eidgenössische Parlament.

Wo genau liegt die EKBB inmitten dieser Ethikinstitutionen?

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

- Alte Menschen brauchen Behandlungskontinuität 6
- Evaluation der Patientenzufriedenheit mit ARPAZ 8
- Wer eigentlich liefert die Aufputzmittel? 10
- «Les autres Addictions» – Fachtagung der Universitären Psychiatrischen Kliniken, Basel 12
- 10 Jahre Stroke Unit im USB 14
- Fortbildung zu neuro-muskulären Erkrankungen 16
- 14. Tennisturnier Med Indoors 17
- 12. Forum «Medizin und Umwelt» – Klimaänderung 18
- «Karambolage» im Vorstadt-Theater 20
- Fernseher = Bewegungskiller? 21
- Aus dem Vorstand BS 22

Editorial

Reformen brauchen Vertrauen

Dr. med. F. Rohrer

Umfassende politische Reformen gelten als unpopulär, Magistraten fürchten ihre Abwahl. Daher werden Reformvorhaben meist mittels Salami-taktik begonnen, mit der Gefahr, dass die Richtung verlorengelht und die verschiedenen Interessengruppen wohl die Folgen der durchgeführten Reformschritte, wie z. B. eine vermehrte Bürokratisierung oder den Verlust von Subventionen, spüren, aber die Verbesserungen nicht bemerken und die Zweifel an der Reform weitere Nahrung erhalten. Beim Bürger geht das letzte Vertrauen in die verantwortlichen Politiker verloren. Dass Re-

formen rasch und erfolgreich umgesetzt werden können, wurde in den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts in Neuseeland gezeigt. Der damalige Finanzminister, Sir Roger Douglas, sieht in der damals gewählten Strategie den Grund des Erfolges: Ziele seien klar definiert worden, um diese in grossen, schnellen Sprüngen zu erreichen. Dazu brauchte es aber Vertrauen und Respekt gegenüber Wählern und Interessengruppen. Eine Regierung müsse informieren, indem sie den Wählern die Möglichkeit gebe, sich ein fundiertes Urteil über ihre Vorhaben zu bilden, und indem sie offen darlege, worin das Problem bestehe. Dann sei der Bürger auch bereit, kurzfristige Belastungen zu ertragen, um langfristig von Veränderungen zu profitieren. Voraussetzung für

ein erfolgreiches Gelingen von Reformen sei es, politische Entscheidungen von höchster Qualität zu treffen. Nur wenn man wisse, dass man etwas richtig entschieden habe und das Ziel tatsächlich ansteuere, könne man mit der nötigen Sicherheit auftreten und das Vertrauen der Bürger erwerben. In der schweizerischen Referendumsdemokratie scheint es mir noch wichtiger, durch kluge, der Allgemeinheit verständliche und zielgerichtete Entschiede das Vertrauen der Stimmbürger zu erwerben, gerade wenn es um – auch scheinbar unpopuläre – Entschiede im Gesundheitswesen geht. Das Malaise unter den «Leistungserbringern» haben wir schon!

Wer ist die EKBB, und wie ist sie entstanden?

In den letzten Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts sind vorab in den Universitätskliniken, aber auch in anderen Spitälern auf Initiative der klinisch forschenden Ärzte Ethikkommissionen zur Beurteilung von Forschungsvorhaben entstanden. Von Beginn an haben sich diese Kommissionen an den schon damals erarbeiteten Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften und den international anerkannten ethischen Richtlinien, wie etwa den Helsinki-Deklarationen, ausgerichtet. Es darf vermerkt werden, dass diese ethische Selbstkontrolle durch die forschenden Ärzte der staatlichen Aufsicht der klinischen Forschung um Jahre vorausgegangen ist. Das Reglement der Interkantonalen Kontrollstelle für die Medikamente (IKS) verlangte in den 60er Jahren, dass klinische Studien mit nicht registrierten Medikamenten vorgängig einer Ethikkommission unterbreitet werden, mangels gesetzlicher Grundlagen konnten die sich anbietenden Ethikkommissionen nicht auf ihre Qualifikation überprüft und behördlich anerkannt werden. Diese gesetzliche Lücke wurde von der VanTx prompt ausgenützt, indem sie ihre Studien von einer mit ihr geschäftlich verbundenen Ethikkommission im nahen Ausland beurteilen liess – mit den bekannten Folgen. Der Ruf nach einer staatlichen Ethikkommission mit definierten Aufgaben und Kompetenzen wurde jetzt unüberhörbar, und in seltener partnerschaftlicher Einigkeit haben sich die damaligen Sanitätsdirektoren/-innen auf Aufgaben, Kompetenzen, Zusammensetzung und Wahlprozedere einer bikantonalen Ethikkommission geeinigt. Die Vereinbarung «Ethikkommission beider Basel» wurde in den Regierungen der beiden Kantone am 18. resp. 25. Januar 2000 ratifiziert. Mit der Einführung des Heilmittelgesetzes und der Verordnung für Klinische Versuche mit Heilmitteln wurde die Beurteilung durch die kantonalen Ethik-

kommissionen in den vergangenen Jahren landesweit eine zwingende Voraussetzung für die bewilligte Durchführung klinischer Studien am Menschen. Mit steigender Tendenz beteiligen sich erfreulicherweise auch die praktizierenden Ärzte an klinischen Studien und kommen damit in Kontakt mit der Ethikkommission.

Der Auftrag der EKBB

Gemäss Vereinbarung der beiden Kantone besteht der Auftrag der EKBB in der Überprüfung der Wissenschaftlichkeit und der ethischen Vertretbarkeit von klinischen Versuchen an Menschen, mit dem Ziel, den Schutz der Versuchspersonen zu sichern. Die EKBB kann überdies als ethischer Rat zuhanden der Gesundheitsdirektionen bei medizinisch-ethischen Fragestellungen von öffentlichem Interesse beratend wirken.

Die Überprüfung der Wissenschaftlichkeit einer Studie verfolgt dabei lediglich den Zweck, Forschungsvorhaben, die keinen wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn erwarten lassen, zu verhindern, um nicht Versuchspersonen unnötigen Risiken auszusetzen. Die zentrale Aufgabe der EKBB liegt aber in der Sicherstellung eines möglichst hohen Schutzes der kranken und gesunden Versuchspersonen, die einer Studienteilnahme zustimmen. Dabei richtet sich die EKBB nach den Vorschriften der Good Clinical Practice und den heute gültigen internationalen ethischen Vereinbarungen. Diese Richtlinien gelten sinngemäss für jede Forschung am Menschen. Konkret stehen die folgenden Fragen bei der Beurteilung eines Forschungsprojektes im Vordergrund:

- Wird die Autonomie des Versuchsteilnehmers respektiert?
- Wird der potentielle Studienteilnehmer offen und ehrlich über die Ziele des Forschungsvorhabens, die damit verbundenen Gefahren, aber auch die möglichen Vorteile informiert?
- Steht die Gefahr bei einer Teilnahme in einem vertretbaren Mass zum mög-

lichen Nutzen für den Studienteilnehmer und zum erwarteten wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn, und hat der Studienleiter alle Möglichkeiten ausgeschöpft, um physische oder psychische Schäden von der Versuchsperson abzuwenden?

- Liegt eine Versicherung vor, die einen allfälligen Schaden des Studienteilnehmers umfassend abdeckt?

Die Respektierung der Autonomie des Patienten in einer Studie

Der Entscheid eines Patienten oder eines gesunden Probanden, an einer Studie teilzunehmen, darf nie durch psychologischen Druck (Ausnützung des Arzt-Patienten-, in Kliniken des Vorgesetzten-Untergebenen-Verhältnisses) oder durch materielle Anreize (unverhältnismässig hohe Abgeltung für Inkaufnahme von Risiken) beeinflusst werden. Voraussetzung für einen wirklich autonomen Entscheid ist auch eine genügend lange Bedenkzeit, um das Für und Wider der Teilnahme in Ruhe abzuwägen und mit Personen seines Vertrauens zu besprechen. Der Studienleiter muss ferner expressis verbis erklären, dass die Verweigerung einer Studienteilnahme die weitere Betreuung des Patienten nicht nachteilig beeinflusst.

Aufklärung des Patienten/gesunden Probanden über die Ziele der Studie und die damit verbundenen Gefahren und Unannehmlichkeiten

Diese muss, wenn immer möglich, schriftlich und mündlich erfolgen. Die Patienteninformationen müssen in allgemeinverständlicher Sprache abgefasst sein, ohne fachliche Fremdwörter oder Abkürzungen. Dem potentiellen Studienteilnehmer muss die Möglichkeit geboten werden, Fragen zu stellen und auch das Informationsblatt mit seinen Angehörigen und einem von der Studie unabhängigen Arzt seines Vertrauens – am ehesten wohl seinem Hausarzt – besprechen zu können. Die Information muss die möglichen Risiken ehrlich aufzeigen und

Ihre Meinung interessiert uns!

Die Redaktion der Synapse interessiert sich sehr für den Dialog mit der Leserschaft. Senden Sie Ihre Ideen, Kritik, Lob und Anregungen an die Redaktion. Auch Leserbriefe sind jederzeit willkommen. Ihr Mail erreicht uns unter synapse@emh.ch.

über alternative Behandlungen fair Auskunft geben. Schliesslich muss dem Patienten zugesichert werden, dass seine Daten vertraulich behandelt und so rasch wie möglich anonymisiert werden.

Schutz der Versuchsperson

Die Prüfung von neuen Medikamenten oder Verfahren, die Konfrontation von Versuchspersonen mit heiklen persönlichen, oft intimen Fragen ist untrennbar verbunden mit der Gefahr von Schadensfolgen. Durch vorsichtige Planung der Versuchsanordnung, sorgfältige Überwachung des Studienablaufes und Vorbereitung einer bestmöglichen Hilfeleistung können diese Gefahren auf ein Minimum eingeschränkt werden. Es ist die Aufgabe der EKBB, anhand des Studienprotokolls zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für die grösstmögliche Herabsetzung des Schadensrisikos erfüllt sind und ob das immer verbleibende Restrisiko eines Schadens in einem verantwortbaren Verhältnis steht zum erwarteten Nutzen und Erkenntnisgewinn. Das heisst, je höher der erhoffte Nutzen für den Teilnehmer veranschlagt wird, um so eher wird man die Gefahr eines möglichen Schadens akzeptieren können. Zum Beispiel wird man für die Prüfung eines Medikamentes oder eines Verfahrens gegen ein schweres und bisher nicht behandelbares Leiden ein grösseres Gefahrenpotential für ethisch vertretbar einstufen als für Registrierungsunterlagen eines «Me-too»-Präparates. Besonders anspruchsvoll wird diese Abwägung bei sogenannten fremdnützigen Studien, bei denen der Studienteilnehmer keinen Nutzen erwarten kann, zum Beispiel Phase-I-Studien mit neuen Medikamenten bei gesunden Versuchspersonen oder ausbehandelten Tumorkranken. Solche Studien setzen uneingeschränkte Offenheit und Ehrlichkeit gegenüber dem Studienteilnehmer voraus. Dies durchzusetzen ist eine wichtige Aufgabe der EKBB.

Versicherungsschutz der Studienteilnehmer

Der Studienteilnehmer hat gemäss Art. 54 des Heilmittelgesetzes Anspruch auf vollumfängliche Entschädigung für Schäden, die er im Rahmen einer klinischen Studie erleidet. Schadenersatzpflichtig ist der Sponsor oder bei einer sogenannten «Investigator-driven study», einer Studie ohne industriellen Sponsor, der Studienleiter, der dann automatisch die Rolle des Sponsors übernehmen

muss. Mit der Ausnahme von grossen und sehr kapitalkräftigen Pharmafirmen muss der Versicherungsschutz des Studienteilnehmers durch den Abschluss einer Studienversicherung gewährt werden. Im Gegensatz zur Haftpflichtversicherung übernimmt diese Studienversicherung Schäden, die ohne ein fehlerhaftes Verhalten des Arztes oder eines Mitarbeiters zustande kommen. Die Erfahrung lehrt, dass studienbedingte Schäden ausgesprochen selten sind, aber im Einzelfall sehr hohe Kosten verursachen können. Es ist Aufgabe der Ethikkommission, die Versicherungsdokumente bei jeder Studie sorgfältig zu prüfen, dies im Interesse des Studienteilnehmers, aber ebenso der Studienleiter respektive Sponsoren.

Wie ist die EKBB zusammengesetzt?

Die EKBB umfasst 22 Mitglieder, davon 11 Ärzte/-innen, 1 Biostatiker, 3 Vertreter/-innen aus dem Pflegebereich, 3 Juristen/-innen und 4 Fachvertreter aus Berufen, die der Ethik besonders nahestehen (Professor für Bioethik, Vertreter der evangelischen und katholischen Kirche). Der Anteil der Frauen umfasst zur Zeit 9 Mitglieder, 14 Mitglieder haben Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt, 8 in Baselland, womit der Kanton Basel-Landschaft, bezogen auf die Zahl eingereicherter Gesuche, eher übervertreten ist. Die EKBB unterhält ein Sekretariat mit einer vollamtlichen Sekretärin, die neben anspruchsvollen Protokollen und Korrespondenzen auch als primäre Auskunftsperson wichtige Aufgaben übernimmt und die Homepage www.ekbb.ch betreut.

Die Wahl der Mitglieder erfolgt nach einem komplizierten Modus. Bei einer Vakanz wird von der EKBB eine Kandidatin/ein Kandidat vorgeschlagen und anschliessend in der sogenannten Findungskommission (die beiden Kantonsärzte und der Präsident der EKBB) evaluiert und allenfalls durch weitere Kandidaten ergänzt. Der daraus folgende Wahlvorschlag geht dann an ein Gutachtergremium von hochgestellten Persönlichkeiten aus dem Umfeld der Universität und bei dessen Gutheissung an die beiden Regierungen. Die Regierungen wählen oder verlangen neue Kandidaten, womit das ganze Prozedere wieder von vorn beginnt. Dieses komplizierte Wahlprozedere wurde gewählt, um dem Wunsch nach möglichst umfassender Unabhängigkeit der EKBB, auch in der Auswahl ihrer Mitglieder, Rechnung zu tragen.

Die Wahl erfolgt für vier Jahre. Wiederwahl ist möglich. Die Fluktuation in der EKBB ist sehr gering. Seit dem 1. Januar 2000 sind erst 5 Mitglieder zurückgetreten, und erfreulicherweise bereitet die Rekrutierung neuer Mitglieder keinerlei Probleme.

Wie arbeitet die EKBB?

Alle Forschungsgesuche werden in Kommissionssitzungen behandelt, an denen 8 bis 9 Mitglieder teilnehmen, mindestens 3 Ärzte/-innen, je ein Vertreter aus den Gruppen der Juristen/-innen, Pflegefachvertreter/-innen und Ethiker/-innen. Ferner muss immer mindestens eine Frau teilnehmen. Präsiert wird die Sitzung vom Präsidenten oder einem der beiden Vizepräsidenten/-innen (Dr. med. Madeleine Rothen, Prof. Jürgen Drewe). Die eingegangenen Studien werden durch das Büro den Mitgliedern für die nächstfolgende Kommissionssitzung zugestellt. Der Vorsitzende der anstehenden Kommissionssitzung bezeichnet für jede Studie einen Referenten und einen Koreferenten, die das Gesuch vorstellen und kommentieren. Anschliessend wird diskutiert mit dem Ziel, einen Konsens zu finden. Gelingt dies nicht, wird abgestimmt, wobei für die Freigabe eine Zweidrittelmehrheit erforderlich ist. Es können die folgenden Entscheide getroffen werden: Freigabe mit Empfehlungen (letztere nicht bindend für den Studienleiter), Freigabe mit Auflagen (bindend für den Studienleiter), Aussetzen des Entscheides zur weiteren Bearbeitung (gewichtige Auflagen und Vorbehalte, die der Studienleiter erfüllen muss, worauf die Studie im Büro oder in einer weiteren Kommissionssitzung erneut besprochen wird), Ablehnung der Studie (mit ausführlicher schriftlicher Begründung) und schliesslich Nichteintreten, wenn sich die EKBB als nicht zuständig betrachtet (z.B. Qualitätskontrollstudien).

Bei einer Ablehnung oder bei sonst sehr umstrittenen Projekten wird dem Studienleiter die Möglichkeit geboten, seine Studie vor der Kommission persönlich zu vertreten. Eine endgültige Ablehnung ist selten, letztes Jahr mussten wir drei von insgesamt 300 Studien ablehnen.

Die Arbeit in der EKBB hat in den vergangenen 5 Jahren stark zugenommen. Die Zahl der Gesuche hat sich um ungefähr einen Drittel erhöht, sicher zum Teil als Folge einer echten Zunahme klinischer Studien in der Nordwestschweiz, aber auch weil viele Journale, vor allem in den USA, Ethikvoten verlangen für die Publi-

kation von Studien, in denen keine Patienten involviert wurden und lediglich Materie menschlichen Ursprungs in anonymisierter Form untersucht wurde und wo es sich höchstens noch um ein Problem des Datenschutzes handelt. Dies hat dazu geführt, dass wir zunehmend Anfragen nach der Notwendigkeit eines Ethikvotums erhalten, und dies oft für Studien ohne jegliche ethische Problematik, zum Beispiel anonymisierte Case Reports. Die Durchsicht dieser Studienanträge beansprucht viel Zeit und dient letztlich niemandem. Der Anspruch an die Arbeit in der Ethikkommission hat noch aus einem anderen Grund zugenommen: Die derzeit rasante Entwick-

lung in der medizinischen Forschung – denken Sie nur an die Stammzellen – und das immer schnellere Überschreiten aus der Grundlagenforschung in klinische Studien hat zur Folge, dass der Ethikkommission immer komplexere und ethisch sehr anspruchsvolle Protokolle unterbreitet werden, die von den Kommissionsmitgliedern ein grosses fachliches Engagement erfordern.

Die Ethikkommission erfährt in ihrer Arbeit seit Beginn ihres Bestehens eine wohlwollende Unterstützung durch die Behörden, im besonderen die beiden Sanitätsdirektionen und Kantonsärzte/-innen. Sie versteht sich als eine nach aussen offene Gruppierung, die regen

Kontakt pflegt mit anderen Gremien und Organisationen im medizinisch-ethischen Bereich, wie die anderen kantonalen Ethikkommissionen, das BAG, die Swissmedic, die SAMW und andere mehr.

Ich hoffe, Ihnen einen kleinen Einblick in die Aufgaben der kantonalen Ethikkommission beider Basel vermittelt zu haben, und möchte Sie einladen, mit uns in Kontakt zu treten, wenn bei Ihnen im Rahmen einer Studie Fragen auftreten oder wenn Sie denken, dass Ihnen unser Rat für die Lösung einer ethischen Frage in Ihrer Tätigkeit als Ärztin oder Arzt hilfreich sein könnte.

LEIMAPHARM

die clevere Alternative

Ihr regionaler Ärztelieferant

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

info@leimapharm.ch www.leimapharm.ch

Alte Menschen brauchen Behandlungskontinuität – eine Sichtweise aus dem Alter

Angeline Fankhauser, Rentnerin, alt Nationalrätin und Kopräsidentin verschiedener Altersorganisationen (Graue Panther, Vereinigung Altersorganisationen der Schweiz Vasos und Schweizerischer Seniorenrat SSR), Oberwil

Der Mensch beansprucht mit zunehmendem Alter, zwar nicht immer, aber immer öfter, medizinischen Rat und ärztliche Behandlung. Das Gehör wird schwächer, die Sehkraft lässt nach, einiges tut einfach weh, allerlei Gebrechen sollten gelindert werden. Gleichzeitig ermüdet man schneller, mag nicht immer alles wieder erzählen, wird gar vergesslich. Sind Angehörige da, die alles im Kopf behalten und über die nötige Zeit verfügen, kann die Kontinuität, oder die Vermeidung von Doppelspurigkeiten und Widersprüchen, einigermassen gesichert werden. Ist die alte Person auf sich gestellt, dann ist sie erst recht auf die Wahrung ihrer Interessen durch alle in ihre Pflege Involvierten angewiesen.

Die Schweizerische Akademie für medizinische Wissenschaften (SAMW) postuliert mit ihren Richtlinien «Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen/Medizinisch-ethi-

sche Richtlinien und Empfehlungen, 18. Mai 2004» zwei wichtige Voraussetzungen für das Wohlergehen des Menschen im hohen Alter: einerseits den Informationsfluss für eine kohärente Behandlung (Punkt 2.2, kontinuierliche Betreuung) und zudem die interdisziplinäre Zusammenarbeit wie auch die Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld (Punkte 2.3 und 2.4).

Merkwürdigerweise ist diese Form der Optimierung der Pflege kein Thema bei der politischen Diskussion um die Kosten der Langzeitpflege! Liegt da nicht etwa, neben der Verbesserung der Pflegebedingungen für die Person selbst, auch noch ein Sparpotential?

Muss man zum Beispiel wirklich nach der Aufnahme der Daten für das System Rai-Homecare beim Spitex die ganze Erhebung beim Eintritt ins Pflegeheim wiederholen? Das System heisst dann Rai-Rug oder Besa ... und sollte doch kompatibel sein.

Was passiert, wenn beim Spitalaustritt und Übergang ins Pflegeheim die Akten nicht mitkommen und aufwendige Nachfragen gestartet werden müssen, um die richtige Behandlung zu gewährleisten? Wie kann eine Behandlung im Notfall alle vorherigen Erkenntnisse, wie

Allergien und Unverträglichkeiten, berücksichtigen?

Neue Technologien könnten zum Segen werden. Die Idee der Versichertenkarte hat ohne grosse öffentliche Diskussion Eingang ins Krankenversicherungsgesetz gefunden. Damit ist ein Bedürfnis der Versicherer befriedigt worden. Die Chance, mit den Versicherten eine einvernehmliche Lösung zu suchen, wurde verpasst. Selbstverständlich sind medizinische Daten hochvertraulich. Es darf nicht sein, dass Dritte ohne das Wissen des Betroffenen Einblick in Angaben über die Gesundheit eines Menschen bekommen. Bekanntlich führt aber ein Weg zum Ziel, wo ein Wille ist. Nicht die Versicherer sollen Herr einer Patientenkarte sein, sondern der Patient selbst. Er soll bestimmen können, wer Zugang zu den Daten bekommt, und gleichzeitig auch die Daten einsehen können. Keine Geheimniskrämerei, kein unverständlicher Fachjargon, sondern Informationen, wie sie allgemein für die Aufklärung der Patienten postuliert werden, damit diese auch in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.

Auch im Alter, selbst bei schwerer Abhängigkeit, möchte man die Würde bewahren und keinesfalls «Objekt» eines Pflegesystems werden. Selbstbestimmung ist Teil dieser Würde. Ist die Selbstbestimmung aus gesundheitlichen Gründen in Frage gestellt, dann ist erst recht eine intensive Zusammenarbeit aller Beteiligten notwendig. Eine frühzeitig verfasste Patientenverfügung ist da sehr hilfreich (mehr dazu in einer nächsten Publikation).

Ich befürchte, die Tarmed-Punkte für die Zusammenarbeit und Koordination der Pflege sind noch zu suchen. Zu sehr ist die Frage der Kosten der Langlebigkeit in den Vordergrund gerückt. Und trotzdem sollte sich eine Praxis etablieren, die den Bedürfnissen des alten Menschen in der letzten (oder vorletzten) Lebensphase gerecht wird.



Evaluation der Patientenzufriedenheit mit ARPAZ

Dres. med. M. Häcki und Ch. Meili, Zürich, für die Arbeitsgemeinschaft Patientenzufriedenheit (ARPAZ)

Weshalb eine Evaluation der Patientenzufriedenheit?

Seit je sind wir Ärztinnen und Ärzte bemüht, die Qualität unserer Arbeit hochzuhalten und zu verbessern. Verschiedene externe Massnahmen wie Ringversuche, Röntgenkontrollen, obligatorische Fortbildungen und Zertifikate aller Art unterstützen diese Bemühungen. Das ist alles sehr gut, nur eines kommt dabei zu kurz: die Meinung des Patienten!

Der Patient ist erster Experte, was sein eigenes Empfinden anbelangt. Dies betrifft sowohl sein körperliches Befinden wie auch sein Empfinden gegenüber der Arbeit seines Arztes. Es ist deshalb in unserem eigenen Interesse, die Patientenzufriedenheit von Zeit zu Zeit in Erfahrung zu bringen.

Die Vereinigung der Zürcher Internisten hat vor einigen Jahren in Zusammenarbeit mit dem Betriebswissenschaftlichen Institut der ETH Zürich eine Evaluation der Patientenzufriedenheit entwickelt und validiert. Sie basiert auf Fragen, welche von Patienten formuliert, ausgewählt und gewichtet wurden. Die Evaluation ist für die Patienten und die Ärzte strikt anonym. Die Arbeitsgemeinschaft für Patientenzufriedenheit, bestehend aus verschiedenen Standesorganisationen, so auch der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM), ist mit der Durchführung dieser Evaluation beauftragt worden.

Wie läuft die Evaluation der Patientenzufriedenheit ab?

Nach Eingang des Anmeldeformulars erhält der teilnehmende Arzt innert zweier Wochen ein Paket mit 150 Fragebogen, 150 Begleitbriefen und 150 frankierten Antwortcouverts. Die Fragebogen werden an 150 konsekutive Patienten abgegeben. Die Patienten sollten möglichst vom Arzt selbst über den Sinn der Evaluation informiert werden, da dies das Verständnis verbessert und damit die Rücklaufquote erhöht. Die Fragebogen

werden vom Patienten anonym ausgefüllt und an MECON, ein auf derartige Aufgaben spezialisiertes Unternehmen, eingesandt. Dort werden die Antworten ausgewertet und die freien Kommentare abgeschrieben. Einige Wochen nach Abgabe der letzten Fragebogen wird die Auswertung abgeschlossen. Der teilnehmende Arzt erhält ein Dossier mit den Resultaten zu sämtlichen Fragen, die zusätzlich abgegebenen Kommentare sowie einen Vergleich mit seinen Kollegen. Ausserdem erhält er ein Teilnahmezertifikat, selbstverständlich ohne Resultate.

Was soll der Arzt mit diesen Resultaten?

Die Resultate sind anonym. Jeder Arzt muss sich selbst Gedanken machen, was seine Resultate für ihn bedeuten. Es geht nicht darum, möglichst überall «gut abzuschneiden», sondern herauszufinden, wo behebbare Schwächen – aber auch Stärken – in der jeweiligen Praxis liegen. Nur wer gewillt ist zu erfahren, was seine Patienten über die Praxis denken, wird aus diesen Erfahrungen lernen können.

Aus diesem Grunde ist nur die freiwillige Teilnahme sinnvoll, und nur dies ergibt valable Resultate. Umgekehrt wird man auch eine gewisse Genugtuung über die zahlreichen positiven Rückmeldungen erfahren dürfen.

Was denken die Patienten über diese Evaluation?

Die bisherigen Erfahrungen, der hohe Rücklauf und die Mehrzahl der freien Kommentare zeigen, dass es die Patienten ausserordentlich schätzen, nach ihrer Meinung befragt zu werden. Die Evaluation der Patientenzufriedenheit ist damit auch ein Mittel, die Arzt-Patienten-Beziehung zu verbessern!

Die Evaluation der Patientenzufriedenheit wird aber auch von anderer Seite als wichtiges Kriterium zur Kontrolle der ambulanten Praxen betrachtet. Politiker, Krankenkassen, Gesundheitsmanager und viele andere sind daran, eigene Evaluationsinstrumente zu entwickeln, allerdings nicht zum Vorteil der Ärzte, sondern zu deren Massregelung, z.B. zum Ausschluss von einem Kassenvertrag bei

Evaluation der Patientenzufriedenheit

Die Pluspunkte im Konzept zur Evaluation der Patientenzufriedenheit der ARPAZ:

- Die Kritik der Patienten stellt ein wesentliches Element zur Verbesserung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit dar.
- Der Fragebogen wurde von Patienten ausgearbeitet und gewichtet.
- Die Evaluation ist valide und aussagekräftig.
- Die Evaluation ist bezüglich der Patienten wie der teilnehmenden Ärzte absolut anonym.
- Jeder Teilnehmer analysiert selbst seine eigenen Resultate und zieht seine Schlussfolgerungen und Konsequenzen daraus.
- Es handelt sich um ein standeseigenes Instrument.
- Die gesamten Kosten für eine gesponserte Evaluation sind mit Fr. 400.– ausserordentlich günstig.

«ungenügender» Leistung. Die zertifizierte Teilnahme an unserer Evaluation ist dazu eine valable Alternative.

Was kostet eine Evaluation?

Eine umfassende Evaluation mit Evaluationspaket, Auswertung und Dokumen-

tation kostet Fr. 700.–. Dank der grosszügigen Unterstützung der Firmen **No-vartis, Astra Zeneca** und **Altana Pharma** können wir Ihnen eine Evaluation zum Preis von Fr. 400.– inkl. Mehrwertsteuer anbieten.

Wir möchten Sie damit ermutigen, mit-

zumachen und das beiliegende Anmeldeformular baldmöglichst einzusenden.

ARPAZ
Arbeitsgemeinschaft
Patientenzufriedenheit

Anmeldetalon

- Ich melde mich hiermit mit meiner Praxis für die Evaluation der Patientenzufriedenheit zum Preis von Fr. 400.– an.
- Ich melde mich für eine Evaluation ohne Sponsoring zum Preis von Fr. 700.– an.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name
(Stempel):

Datum:

Unterschrift:

MECON
Badenerstrasse 281
8003 Zürich
Fax: 044 450 70 64

Wer eigentlich liefert die Aufputschmittel?

Dr. med. F. Häring, Bubendorf

Helmut Hubacher schreibt in seinen Wortmeldungen in der BaZ: «Eigentlich haben wir uns daran gewöhnt. Fast wenigstens. Nämlich, dass sportliche Höchstleistungen nicht durchgehend Natur pur sind. ... Wer ihnen das Aufputschmittel geliefert hat, bleibt Geschäftsgeheimnis. Zwischen Opfern und Tätern herrscht das grosse Schweigen. Wie bei der Mafia.» Er zitiert in der Folge den Teamchef und früheren Radprofi Paul Köchli. Dieser wollte keinen Teamarzt, weil er überzeugt war, dass, wer krank ist, einen Hausarzt braucht. Und dieser gibt bestimmt keine Dopingmittel.

Man ist versucht, dies als Kompliment aufzufassen. Das Vertrauen in die Hausärzte scheint gross. Aber welche Rollen spielen wir eigentlich beim Betreuen der Sportler und vielmehr noch bei der Begleitung der Berufstätigen? Hat uns Helmut Hubacher zu Recht diese Lorbeeren zukommen lassen?

Immer mehr Menschen halten den Stress und das Arbeitsklima nicht mehr aus und erhalten von uns deswegen Medikamente. Schon Kinder nehmen diese Wirkstoffe gegen Schulstress zu sich. Kleine und Grosse leiden unter Prüfungsangst, Existenzangst, Angst vor Versagen. Und sie erhalten von uns ihre «Stärkungsmittel». Manager brauchen Schlafmittel, damit sie genau dann schlafen können, wenn es die rationale Zeiteinteilung zulässt. Kinder bestehen Prüfungen dank unserer Hilfe mit Betablockern und Tranquilizern. Gegen Mobbing hilft ein Antidepressivum. Die Sache wird so ausgehalten. Wenn ihr Mann fremdgeht, kann Frau S. dank Lexotanil trotzdem schlafen. Den Mut, etwas an ihrem Leben zu ändern, braucht sie nicht mehr.

Die Pharmaindustrie entwickelt Medikamente, die die Hirnleistung verbessern. Bald werde ich als Arbeitnehmer eine Stelle nur noch dann erhalten oder behalten, wenn ich diese Medikamente schlucke, denn die Konkurrenz ist gross, und die Firma hat zehn Leute zur Hand,



die meinen Job ausführen können. Ist das eine Utopie, eine depressive Angstmacherei?

Zur Zeit habe ich drei Patienten, bei denen die IV auf Grund des medizinischen (pikanterweise nicht psychiatrischen) Gutachters die Rente abgelehnt hat. In den Gutachten stand, dass die Arbeitsfähigkeit mit einem Antidepressivum verbessert werden kann. Das Gesetz sieht vor, dass nur derjenige eine Rente erhält, dessen Zustand nicht durch medizinische Massnahmen gebessert werden kann. Diese Menschen müssen also diese Medikamente schlucken, wollen sie nicht der Rente verlustig gehen. Da entsteht massiver ökonomischer Druck. Die Begründung hat begreiflicherweise den Widerstand der betreffenden Personen auf den Plan gerufen. Alle hatten schon einmal einen SSRI ohne Erfolg versucht. Der Glaube der Gutachter an die Chemie scheint unerschöpflich.

Sind wir Dopinghelfer für Leute, die aus irgendeinem Grunde die Lebensbedingungen in unserem System nicht aushalten?

Die von der Pharmaindustrie entwickelten Medikamente haben viel Gutes gebracht. Sie sollten aber freiwillig und

nicht unter ökonomischem Zwang eingenommen werden dürfen. Wenn sich der Staat aus Spargründen immer mehr aus der Ausbildung der jungen Ärzte zurückzieht, wird der Werdegang zum Arzt immer mehr industrieabhängig, und der Gesichtspunkt verengt sich. Dr. med. Etzel Gysling verlangt gerade deswegen in der Pharmakritik 20/2004 die Errichtung einer neuen medizinischen Fakultät in der Schweiz mit besonderer Berücksichtigung der Hausärzte. Es sollte mehr Unabhängigkeit von kommerziellen (auch «staatskommerziellen») Interessen geben. Gerade die Hausärzte sind dazu prädestiniert, auch andere Informationen zuzulassen, haben sie sich doch die Gesamtschau des Menschen auf ihre Fahne geschrieben. Die klinische Pharmakologie ist für sie wichtiger als für andere Disziplinen. Hausärzte sind täglich mit unzähligen Fragen der medikamentösen Heilkunde konfrontiert. Es wäre ungut, würden die Informationen zur Arzneimitteltherapie fast ausschliesslich von der Industrie vermittelt. Und hier sehe ich eine Chance der Etablierung der Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten der Universitäten. Man könnte hier ein Gegengewicht schaffen und dafür sorgen, dass alle Aspekte unseres Handelns in Lehre und Forschung ihren Platz finden.

«Les autres Addictions» – Fachtagung der Universitären Psychiatrischen Kliniken, Basel

In Verbindung mit der Jahrestagung
der Swiss Society of Addiction Medicine (SSAM)
18. November 2005

*Dr. F. M. Wurst, Prof. G. A. Wiesbeck,
Dr. R. Hämmig, Basel*

Im letzten Jahr hatte sich die Fachtagung «Alkohol plus», wie dieses Jahr gemeinsam mit der Jahrestagung der SSAM in der Forel-Klinik veranstaltet, mit Alkohol, Kokain und assoziierten Störungen beschäftigt. Die diesjährige Tagung fokussiert zwei andere Abhängigkeitserkrankungen – «les autres addictions» –, die Tabakabhängigkeit und die Spielsucht. Anders als bei Alkohol und Opiaten, deren Geschichte bis in die Zeit vor schriftlichen Dokumenten zurückverweist, ist der Tabakkonsum in Europa gerade einmal 500 Jahre alt. Ihren Namen «Nicotiana tabacum» erhielt die Pflanze zu Ehren

von Jean Nicot, dem französischen Botschafter am portugiesischen Hof. In der Schweiz ist die Tabakpflanze und ihr Gebrauch seit der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts bekannt, zunächst in Form von Kauen, Schnupfen und Pfeifenrauchen. Hierzulande werden heutzutage jährlich etwa 14 Milliarden Zigaretten konsumiert. Im Alter von 13 bis 14 Jahren hat die Hälfte der Jugendlichen bereits einmal geraucht, bei den 16- bis 20jährigen sind 35% Raucher. Die jährliche Zahl der Tabaktoten liegt bei 8300, die sozialen Folgekosten bei 10 Milliarden Franken und die aus der Tabakbesteuerung in die AHV-Kasse überwiesene Summe bei rund 1,7 Milliarden Franken.



Mit aktuell 19 in Betrieb stehenden Casinos weist die Schweiz eine der höchsten Casinodichten der Welt auf. Aus den verschiedenen Glücksspielangeboten wird ein gesamtwirtschaftlicher Nutzen von rund 700 Mio. Franken erzielt. 56% der Schweizer Bevölkerung über 18 Jahre nehmen regelmässig an inländischen Lotterien teil, 43% sind mindestens einmal in ihrem Leben in einem Casino gewesen. Die Prävalenzrate der Glücksspielsucht ist in der Schweiz mit rund 1% anzunehmen. Ähnlich wie bei der Alkoholabhängigkeit dauert es bei betroffenen Spielerinnen und Spielern in der Regel etwa 6 Jahre, bis sie sich in eine Beratung begeben. Tabakabhängigkeit und Spielsucht: Diese für das Individuum, sein Umfeld und die Gesamtgesellschaft relevanten Erkrankungen werden im Rahmen der Fachtagung vormittags in Referaten und am Nachmittag in Workshops behandelt. Die Vermittlung diagnostischer und therapeutischer Optionen unter besonderer Berücksichtigung evidenzbasierter Erkenntnisse soll dazu beitragen, deren Transfer in die Routine zu gewährleisten. Darüber hinaus ist ausreichend Möglichkeit zum informellen Austausch gegeben.





Jean-Daniel Neuenschwander, CEFA
Mitglied der Direktion, Stabchef Präsidialbereich

Die rasante Entwicklung der Biotechnologie-Wissenschaft zieht auch die Aufmerksamkeit der Finanzbranche nach sich. Biotechnologie-Aktien sind ein Thema. Ihre Selektion aber auch.

Der Biotechnologie gehört die Zukunft

Nachdem im Februar des Jahres 2001 das internationale «Human Genom Project» und das US-Unter-

nehmen Celera Genomics unabhängig voneinander die Entschlüsselung von etwa 90 Prozent des menschlichen Erbguts vorgestellt hatten, änderte sich die strategische Ausrichtung vieler grosser Pharma-Unternehmungen. Biotechnologie-Aktien waren gegen Ende der 90er-Jahre im Sog der Internet- und Technologie-euphorie eher ein Tummelfeld für risikofreudige Spekulanten aus der Finanzbranche.

Mit der Entschlüsselung des menschlichen Genoms hatte man einen effizienten und vor allem bedeutend kostengünstigeren Forschungsansatz zur Entwicklung neuer Medikamente gefunden. In den folgenden Jahren wuchs die Bedeutung von Biotechnologieprodukten. Mit einem Umsatz von 37 Milliarden US-Dollar machten sie im Jahr 2004 bereits rund ein Viertel der gesamten Produktpipeline im Gesundheitssektor aus. Dies



**Geld. Anlage. Planung.
Fragen Sie uns.
Ohne Risiken und Nebenwirkungen.**

überrascht insofern nicht, als die Kosten der Entwicklung eines neuen Präparats in der pharmazeutischen Industrie etwa 800 Millionen US-Dollar betragen. Bedenkt man den prozentualen Anteil der Präparate, die in der klinischen Phase III scheitern, spricht sehr viel für den neuen Forschungs- und Produktionsansatz. Die eher stagnierende Pharmabranche sucht deshalb Kooperationen oder Akquisitionen im Biotech-Bereich.

Diese nachhaltige Nachfrage auf der wissenschaftlichen Seite fördert auch das Interesse der Finanzbranche und macht Biotechnologie-Aktien zu einem interessanten Investment-Thema. Das Potenzial der biotechnologischen Verfahren lässt in den nächsten Jahren eine Entwicklung in den Lifesciences erwarten, die sich mit dem Wachstum der Computer- und Hochtechnologie in den 90er Jahren vergleichen lässt.

Die Selektion von guten Biotechnologie-Aktien ist ein arbeitsintensiver und komplexer Prozess. Aufgrund der besseren Diversifizierung empfehlen wir für private Anlegerinnen und Anleger Investmentfonds, die sich auf die Biotechnologie spezialisiert haben.

Fragen Sie uns – wir geben Ihnen gerne einen Überblick über Investitionsmöglichkeiten.

Die Basellandschaftliche Kantonalbank. Der kompetente Partner ganz in Ihrer Nähe.

serviceline 061 925 94 94

www.blkb.ch

 **Basellandschaftliche
Kantonalbank**

10 Jahre Stroke Unit im USB

PD Dr. med. Philippe Lyrer,
 PD Dr. med. Stefan Engelter,
 Andreas Wurster

Am 10 Juni 2005 wurde das 10jährige Bestehen des Behandlungskonzeptes für Hirnschlag, die sog. «Stroke Unit», mit einem Symposium am Universitäts-spital Basel gefeiert. Dies sollte der Anlass sein, an dieser Stelle über die Grundsätze der Hirnschlagbehandlung zu berichten.

Definition und Entwicklung

Die Behandlung von Hirnschlagpatienten in sog. Stroke Units war bis Anfang der 90er Jahre umstritten. Auch in Basel wurden Patienten mit Hirnschlag nicht konsequent nach festgelegten Richtlinien behandelt. In einer systematischen Literaturanalyse (Cochrane Metaanalyse), die erstmals 1993 publiziert wurde, konnte zweifelsfrei gezeigt werden, dass für Patienten, die in einer Stroke Unit behandelt werden, ein klinisch messbarer Nutzen resultiert. Stroke Unit wurde damals definiert als «organisierte Form der Abklärung und Behandlung» von Hirnschlagpatienten.

Die WHO folgerte anlässlich einer Expertenkonferenz in Helsingborg im November 1995, dass die Notwendigkeit zur Bildung von Stroke Units in Europa erwiesen war. Als Ziel wurde formuliert, dass mehr als 80% der Betroffenen Zugang zu entsprechend eingerichteten Institutionen haben sollten.

Die Einrichtung «Stroke Unit» wird heute in den Richtlinien der Zerebrovasculären Arbeitsgruppe der Schweiz wie folgt festgelegt: «Ein definierter Behandlungsort und Behandlungsalgorithmus, der eine umfassende Diagnose, Überwachung und Therapie bei Patienten mit akutem Hirnschlag durch geschultes Personal in nützlicher Zeit gewährleistet und Massnahmen zur Rehabilitation ermöglicht.»

Im März 1995 wurde das Konzept Stroke Unit eingeführt (Abbildungen 1 und 2). Dies geschah infolge der damaligen Schwerpunktbildung Neurologie und Neurochirurgie. Der so definierte Behandlungsweg garantiert seither die einheitliche Abklärung, Behandlung und die

klinische Forschung bei Patienten mit akutem Hirnschlag. Basel war das erste Zentrum in der Schweiz, welches im Auftrag der Regierung ein umfassendes Hirnschlagbehandlungskonzept einführte. Das Konzept etablierte eine Behandlungskette mit vordefinierten Algorithmen für Diagnostik, Therapie und Triage. Dieses betrifft Einweisung und Transport, Notfallstation, Intensivstation, Neurologische und Medizinische Bettenstationen sowie den Beginn der Rehabilitation und beinhaltete spezifische Massnahmen auf der Basis von Verordnungen und Richtlinien (vgl. www.strokeunit.ch). Der Pflegestandard wurde in einer durch das Pflegeteam Neurologie über Internet erhältlichen Pflegerichtlinie (Pflegehandbuch für Hirnschlagpatienten) festgelegt. Sukzessive wurde eine spitalübergreifende Behandlungskette vom Universitätsspital in die Neurorehabilitationsabteilung des Felix Platter-Spitals für Hirnschlagpatienten etabliert, die von stationärer, wohnortnaher Rehabilitation profitieren.

Meilensteine

Zur Unterstützung der interdisziplinären Abläufe wurde 1995 eine interdisziplinäre Koordinationskonferenz eingeführt. In diesem Gremium werden zwischen Rettungsdienst, Pflegepersonen, Therapeuten und Ärzten aus dem Universitäts- wie aus dem Felix-Platter-Spital funktionelle Abläufe analysiert und optimiert. Zudem wird hier die Fortbildung für nichtärztliche Beteiligte koordiniert.

Seit 1995 wird ein breit angelegtes, interdisziplinäres Programm unter Beteiligung von Neurologen, Neurochirurgen, Gefässchirurgen und Neuroradiologen zur Entwicklung der interventionellen Behandlung der Karotisstenose mittels Kathetereingriff aufgebaut.

Im Jahre 1997 wurde erstmals die intravenöse Thrombolyse zur Akutbehandlung des ischämischen Hirnschlages im Rahmen einer Studie (ECASS2) eingesetzt und ab Juli 1998 allen Patienten, die innerhalb dreier Stunden eintraten, zugänglich gemacht. Das Universitäts-

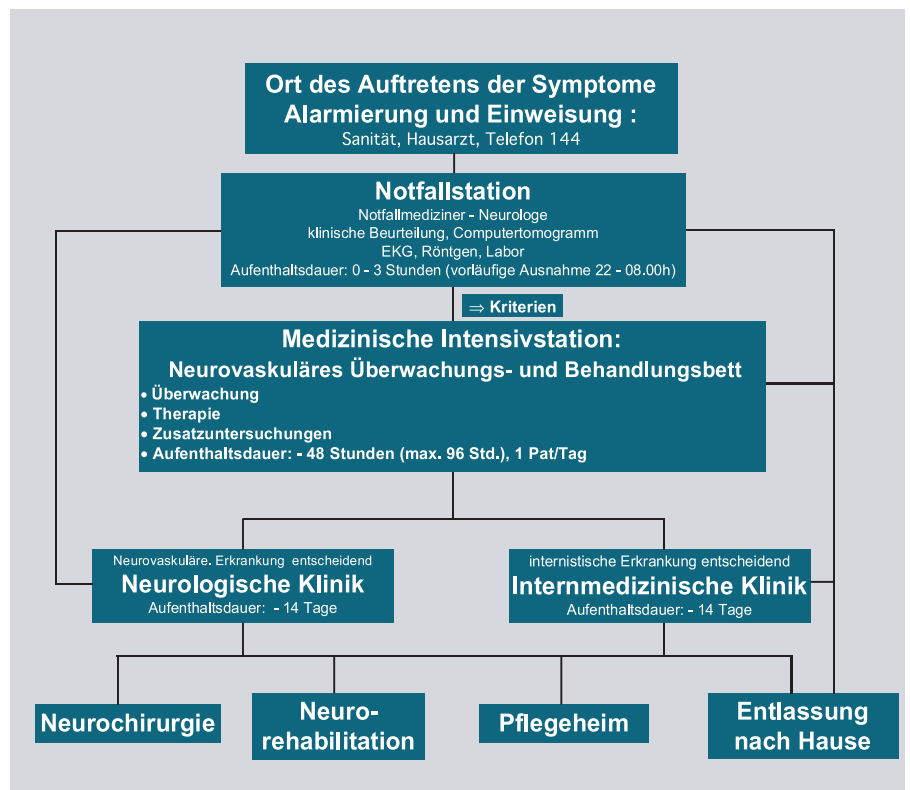


Abbildung 1: Behandlungsweg für Patienten mit Hirnschlag im Universitätsspital Basel. Jede der beschriebenen Stationen hat einen definierten Auftrag und Verordnungen.

spital Basel war das erste Krankenhaus in der Schweiz, welches auf diese Weise Hirn­schlag­patienten behandelte. Bis zum Mai 2005 erhielten 160 Stroke-Patienten eine intravenöse Thrombolyse. 1998 wurde, unterstützt durch die örtliche neurovaskuläre Arbeitsgruppe, die interdisziplinäre Indikationskonferenz für neurovaskuläre Eingriffe konstituiert. Jährlich werden jeweils über 100 Fälle beurteilt. Mit Hilfe dieser interdisziplinären Zusammenarbeit konnte unter Studienbedingungen die Behandlung von Karotisstenosen mit Dilatation und Stent weiterentwickelt werden.

In den Jahren 2002/2003 (Juni bis Mai) wurde in einer epidemiologischen Studie für den Kanton Basel-Stadt die Inzidenz des ischämischen Hirn­schlages berechnet (1,43/1000 Einwohner). Über 80% der Betroffenen im Kanton Basel-Stadt werden im Universitätsspital Basel behandelt.

Einige Zahlen

Vom 6.3.1995 bis 31.12.2003 wurden 3111 Patienten mit akutem ischämischem Hirn­schlag, vorwiegend in der Notfallstation, beurteilt. 2269 (73%) waren im Kanton Basel-Stadt (davon 1182 Männer [52%]), 369 (12%) im Kanton Baselland (davon 244 Männer [66%]), 120 (4%) in den Kantonen Solothurn und Jura und 130 (4%) im Kanton Aargau wohnhaft. 158 (5%) Patienten stammten aus dem Ausland.

Von allen Patienten wurden 736 (23,7%) zur Überwachung der Vitalfunktionen und teilweise zur Applikation einer systemischen Thrombolysetherapie in die medizinische Intensivstation (ICU), in die sogenannten Intensiv-Überwachungs- und Behandlungsbetten für Hirn­schlag­patienten, aufgenommen. Der Anteil der Patienten, die in der medizinischen Intensivstation behandelt wurden, stieg von 18,5% im Jahre 1995 auf 35,2% im Jahre 2003.

Der Anteil der Patienten aus dem Kanton Basel-Stadt hat über die Jahre abgenommen, zugunsten der Anteile der Patienten aus der Regio, besonders aus Baselland. Das Durchschnittsalter aller Patienten betrug 70,2 Jahre (SD 14,01), 68,25 Jahre (SD 13,2) für Männer, 72,6 Jahre (SD 14,6) für Frauen. Das durchschnittliche Alter der Patienten aus Basel-Stadt ist mit 73 Jahren das höchste. Der Wert ist mit 59 Jahren für Patienten aus den Kantonen Jura und Solothurn am tiefsten. Es ist anzunehmen, dass die tieferen Alterswerte der Patienten aus den

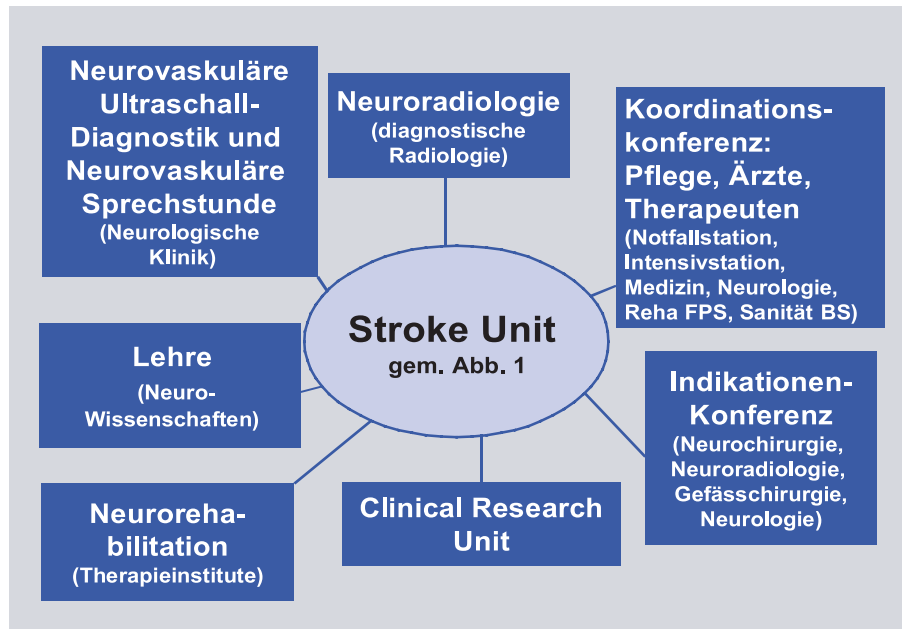


Abbildung 2: Interdisziplinäre Einbindung der Stroke Unit gemäss Abbildung 1 innerhalb des USB (Partner in Klammern erwähnt).

anderen Kantonen und dem Ausland aus einer Selektion der Zuweisung entstehen.

Grenzen und Einschränkungen

Das vorliegende Behandlungskonzept weist die Vorteile einer interdisziplinären Behandlung auf. Nachteilig ist die Trägheit des Systems, indem neue Verordnungen nur in einem langen Schulungsprozess eingeführt werden können, Studien, insbesondere für die Akutbehandlung, nur mit erheblichem Aufwand durchzuführen sind und das Einhalten der Verordnungen oft durch

die äusseren Umstände erschwert wird. Die Akutbehandlung des Hirn­schlages setzt z.B. eine permanente Überwachung von unruhigen, Patienten durch qualifizierte Pflegepersonen oder die Anwesenheit eines Nachtarztes voraus. Eine Weiterentwicklung könnte darin bestehen, die notwendigen Leistungen künftig im Rahmen eines Behandlungszentrums im Universitätsspital Basel zu erbringen.

Symposium am 10. Juni 2005

Die verschiedenen Vorträge, welche von Kollegen aus Grossbritannien, Aarau,

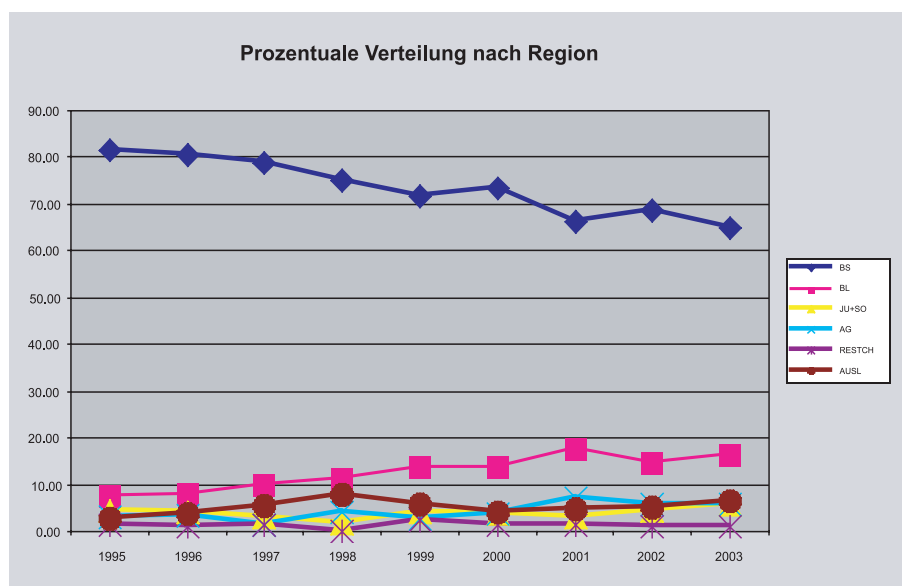


Abbildung 3: Anteil in Prozenten der Patienten aus der Region, unterteilt in BS: Basel-Stadt; BL: Baselland; AG: Aargau nördlich des Jura; JU + SO: Kanton Jura und Solothurn nördlich des Jura; RESTCH: alle anderen Kantone, resp. AG und SO südlich des Jura; AUSL: ausserhalb der Schweiz.

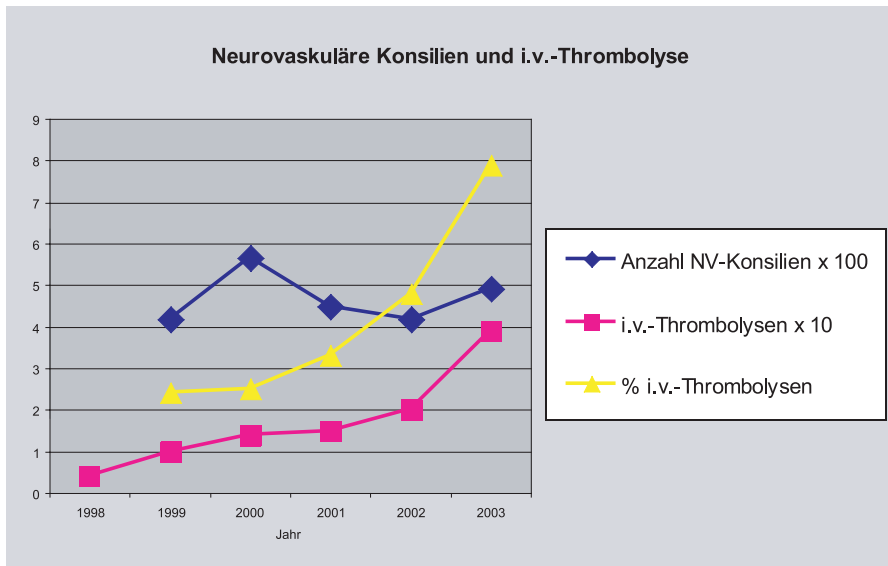


Abbildung 4: Verhältnisse zwischen Anzahl aufgenommener Patienten, Anteil der Patienten mit i.v.-Thrombolyse und Darstellung der absoluten Anzahl i.v.-Thrombolyse-Behandlungen.

Bern, Zürich und Basel gehalten wurden, hatten zum Ziel, die Modalitäten der Hirn Schlagbehandlung in ihrer Gesamtheit darzustellen. Die Bedeutung des Behandlungskonzeptes für die Regio wie auch seine Einbettung im Universitätsspital Basel wurde vorgestellt (Prof. Dr.

A. J. Steck, PD Dr. Ph. Lyrer, Basel). Dabei bildete die Bedeutung der Intensivmedizin einen wesentlichen Schwerpunkt (Prof. Dr. S. Marsch, Basel). In zwei Vorträgen wurden Vor- und Nachteile der intravenösen und der intraarteriell applizierten Thrombolysetherapie erörtert

(PD Dr. S. Engelter, Basel; Prof. Dr. H. Mattle, Bern). Neue bildgebende Verfahren zur Darstellung funktioneller Veränderungen der Hirnsubstanz nach Hirn Schlag mittels Magnetresonanztomographie wurden aufgezeigt. Ergebnisse eigener Forschungsarbeiten wurden ebenfalls vorgetragen. So wurden die Resultate der Kohortenstudie von Patienten mit Langzeitverlauf nach Thrombendarteriektomie (Dr. F. Fluri, Basel), eine epidemiologische Erhebung der Hirn Schlaginzidenz im Kanton Basel-Stadt (Dr. M. Gostynski, Zürich) sowie neue Methoden der Revascularisierung mittels Dilatation und Stent (Dr. E. Kirsch, Aarau) präsentiert. Auf die Vielfalt der diagnostischen bildgebenden radiologischen Verfahren (Dr. S. Wetzel, Basel) wurde ebenso eingegangen wie auf neue medikamentöse Therapiestrategien in der Akutbehandlung des Hirn Schlages (Dr. R. Baumgartner, Zürich). Ein weiterer Höhepunkt war ein Referat über die Entwicklung evidenzbasierter Therapien in der Primär- und Sekundärprävention (Prof. P. Sandercock, Edinburgh, GB). Mit einem Schlusswort von Regierungsrat Dr. C. Conti endete das Symposium.

Veranstaltungen

Vorankündigung Fortbildung zu neuromuskulären Erkrankungen

Am Donnerstag, 8. Dezember 2005, findet am Zentrum für Lehre und Forschung des Universitätsspitals Basel (Hebelstrasse 20, Hörsaal) eine ärztliche Fortbildung zum Thema «Neuromuskuläre Erkrankungen» statt. Im Zentrum des Anlasses stehen dabei zwei Fachreferate:

Im ersten geht es um «Neuromuskuläre Erkrankungen – richtige Diagnosestellung und Herausforderungen in der Praxis», im zweiten um «Möglichkeiten der Therapie von Muskelkrankheiten». Dauer der Veranstaltung: 14.00 bis 18.00 Uhr (inkl. Apéro). Falls Sie in der Zwischenzeit

Fragen haben oder Unterlagen zu bestimmten Muskelkrankheiten benötigen, wenden Sie sich bitte an die Schweizerische Gesellschaft für Muskelkranke SGMK, Kanzleistrasse 80, 8004 Zürich, Telefon 044 245 80 30, E-Mail sgmk@sgmk.ch.

Samstag, 5. November 2005

14. Tennisturnier Med Indoors

Partnerschaftliches Turnier der Ärztgesellschaft Baselland und der MedGes Basel

Mit Unterstützung durch die Firma ROCHE PHARMA CH

Organisation: Dr. med. Urs Marti, MedGes BS
Dr. med. Walter Seelig, AeGes BL
Daniel Eberle und Daniela Ruffer, Roche Pharma CH

Datum, Zeit: Samstag, 5. November 2005, 13.30–19.00 Uhr

Ort: Tenniscenter Paradies, Bettenstrasse 73, Allschwil
(Tel. 061 485 95 80)

Bodenbelag: Taraflex (Original-Swiss-Indoors-Belag),
saubere Schuhe mit oder ohne Profil

Kosten: Fr. 25.– (in bar, vor Ort zu Beginn des Turniers)

Nachtessen: mit oder ohne Partner, im Anschluss an das Turnier im Paradies,
Anmeldung siehe unten, Fr. 25.– pro Person



Preisverleihung an Matteo Rossetto.

Anmeldung:

Vorname und Name:

E-Mail-Adresse:

Mitglied MedGes BS / AeGes BL:

Nachtessen ja/nein:

Anzahl Personen:

**Anmeldungen bis zum 20. Oktober 2005 per Fax: 061 355 26 09 oder
E-Mail: seelig@klinikbirshof.ch**

Bis bald und mit lieben Grüssen

Dr. med. Walter Seelig
Ärztgesellschaft BL

Dr. med. Urs Marti
MedGes BS



12. Forum «Medizin und Umwelt» – Klimaänderung

Donnerstag, 24. November 2005, Hotel Arte, Olten, 10.00–17.00 Uhr
Fortbildungsveranstaltung für Ärzte/Ärztinnen und Interessierte

Veranstalter:
Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz
(AefU)
Institut für Sozial- und Präventivmedizin
der Universität Basel
Public Health Schweiz

Es wird wärmer auf unserer Erde. Die Rolle der Menschen als Hauptverursacher der Klimaerwärmung ist kaum mehr bestritten: Wir produzieren mit der Verbrennung fossiler Energieträger und der Intensivlandwirtschaft zuviel klimawirksame Treibhausgase.

Die Klimaänderung stellt eine Gefahr für die Gesundheit dar. Die arme Bevölkerung der Tropen und Subtropen wird am

stärksten von der Zunahme von Wetterextremen betroffen sein. Aber auch die Menschen in Ländern mit hohem technologischem Standard, guter medizinischer Versorgung und ausreichenden Finanzen werden mit den Folgen der Klimaerwärmung konfrontiert sein.

Was kommt auf uns zu? In Tourismusgebieten, wenn Gletscher und Permafrost schmelzen? Werden wir mit einer Zunahme von heftigen Regengüssen mit Überschwemmungen oder mit Hitzewellen rechnen müssen? Stossen Krankheitsüberträger wie Stechmücken und Zecken in neue Lebensräume vor und verbreiten dort die entsprechenden Infektionskrankheiten? Muss während der Som-

mermonate ein besonderes Augenmerk auf nahrungsmittelübertragene Krankheiten gelegt werden, und wie wirken sich Hitzeperioden auf die Gesundheit der Bevölkerung aus?

Diesen Fragen gehen Experten und Expertinnen nach und vermitteln die neuesten Erkenntnisse.

Anerkannt als Fortbildungsveranstaltung.

Programm: www.aefu.ch

Information und Anmeldung:

Medizin und Umwelt,

Postfach 111, 4013 Basel

Tel. 061 322 49 49, Fax 061 383 80 49

E-Mail: info@aefu.ch



Mehrbödige Zweierbeziehung

«Karambolage» im Vorstadt-Theater

Alfred Ziltener

Ruth Oswald und Gerd Imbsweiler spielen einen Krimi um eine Ladenbesitzerin und ihren gehörlosen Gehilfen.

Nein, viel wird hier nicht verraten von «Karambolage», der neuen Produktion des Basler Vorstadt-Theaters – schliesslich ist es ein Krimi. Nur soviel: Die Besitzerin eines Tante-Emma-Ladens stellt einen Taubstummen als Gehilfen ein, der sich auf ihre Anzeige hin gemeldet hat. Sie ahnt aber nicht, was das Publikum bald erfährt: dass der Mann nicht zufällig hier ist. Er ist der Bruder ihres vor dreissig Jahren verunglückten Freundes und hat mit ihr noch eine Rechnung zu begleichen.

Gespielt werden die beiden Figuren von Ruth Oswald und Gerd Imbsweiler, die seit langem wieder einmal gemeinsam in einem Zweipersonenstück auftreten. Das habe sich so ergeben, weil Julius Griesenberg das Ensemble verlassen habe und Sibylle Burkart ein Kind erwarte, erklärt Imbsweiler. Nun hat das Paar die Chance genutzt, ein altes Projekt zu realisieren: Die Idee, auf der Bühne eine stumme und eine sprechende Figur zu konfrontieren, beschäftigt sie seit 25 Jahren, als sie in den Ferien einen gehörlosen Griechen kennenlernten. Besonders beeindruckte sie, wie dieser nur mit Gebärden, aber höchst anschaulich von einer Reise nach Deutschland erzählte. Seither war es Imbsweilers Traum, so etwas auf der Bühne darzustellen. Er wird aber keine Gehörlosensprache benützen, sondern lässt sich eher vom Stummfilm anregen, der ihn stets fasziniert hat. Ein praktischer Aspekt kommt hinzu: Bis jetzt konnten sie ihre Arbeiten ausschliesslich auf Deutsch zeigen, da nur Ruth Oswald genügend Französisch und Englisch spricht. Mit dem neuen Stück ist auch eine mehrsprachige Tournee möglich, geplant ist sie im nächsten Frühling.

Surrealer Touch

Zusammen mit der Regisseurin Antonia Brix und Sibylle Burkart als dramaturgischer Mitarbeiterin haben die beiden die Geschichte einer mehrbödigen Zweierbeziehung entwickelt. Die Ausstatterin



Gerd Imbsweiler und Ruth Oswald vor ihrem Theater

Cornelia Koch hat dazu ein eigenwilliges Bühnenbild geschaffen: eine Rückwand aus 18 Feldern, die im Lauf des Spiels eines nach dem anderen abgebaut werden. Das erlaubt reizvolle Raumwirkungen, bis am Schluss – wie es sich für einen Krimi gehört – alle Hindernisse verschwunden sind und der Durchblick perfekt ist. Einen surrealen Hauch erhält die Geschichte durch die beiden wichtigsten Requisiten: eine sprechende Glühbirne und eine ebenso sprachmächtige Handtasche. Sie erzählen dem Publikum, was es nicht sehen kann, und plaudern aus, was die Menschen auf der Bühne voneinander verbergen.

«Karambolage» dürfte – nach über 30 Jahren «Spilkische» bzw. Vorstadt-Theater

und als 46. (!) Eigenproduktion – eine der letzten gemeinsamen Bühnenarbeiten von Ruth Oswald und Gerd Imbsweiler sein. Zwar werde seine Frau weiterspielen, erklärt Imbsweiler, doch er selbst wolle sich nach der Tournee vorübergehend zurückziehen, um in Ruhe an einem längeren Buch zu schreiben. Die Leitung des Theaters hat er 1999 an Annette Rommel weitergegeben, die die Tradition des Hauses fortführt und für die neue Saison wieder viel Ansprechendes geplant hat.

Ausserdem soeben erschienen:
Gerd Imbsweiler, «Du Blume».
20 kurze Geschichten zu 20 Theaterfotos.
Imbos Verlag, Basel 2005. 96 S., geb., Fr. 20.–

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 Ausgetips. 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

Fernseher = Bewegungskiller?

*Dr. med. Edda Paganoni und
Dr. med. Thomas Steffen, Abteilung
Gesundheitsförderung und Prävention
Basel-Stadt, Schulärztlicher Dienst*

In der Schweiz ist bereits jedes fünfte Kind bei Eintritt in die Schule übergewichtig. Kinderärztinnen und -ärzte beobachten ausserdem, dass die Beweglichkeit vieler Kinder ungenügend ist. Das veränderte Freizeitverhalten spielt hier mit eine grosse Rolle.

Unsere Lebensweise, aber auch unsere Umwelt hat sich in den letzten Jahren stark verändert. So hat die Zunahme des Strassenverkehrs und die Verdichtung der Bebauung dazu geführt, dass es für viele Kinder kaum noch möglich ist, auf der Strasse oder auf Plätzen, die nicht speziell dafür vorgesehen sind, frei zu spielen. Der Aktionsraum der Kinder und ihre Möglichkeiten, ihre Umwelt zu erkunden und sie aktiv zu erobern, sind stark begrenzt, und das natürliche Bewegungsbedürfnis wird so behindert.

Vor diesem Hintergrund hat eine Verlagerung des Spielens von draussen nach drinnen stattgefunden, die durch die vielfältigen Möglichkeiten des Medienkonsums noch verstärkt wird. Heute sind Medien im Kinder- und Jugendalltag selbstverständlich geworden. Dazu gehören Fernseher, Spielkonsolen, Radio, CD-Player, Videospiele und Videofilme, DVD, Zeitschriften, Handys und Computer bis hin zum Internet.

Aus einer im Jahre 2002 durchgeführten gesamtschweizerischen Befragung von 11–16jährigen Schülerinnen und Schülern ist bekannt, dass Kinder und Jugendliche heute in ihrer Freizeit u.a. viel fernsehen. Gemäss dieser Studie verbringt rund die Hälfte der Jugendlichen an Schultagen mehr als eine Stunde vor dem Fernseher. Eine im Rahmen der schulärztlichen Vorsorgeuntersuchungen 2004/05 durchgeführte repräsentative Elternbefragung der Abteilung für Gesundheitsförderung und Prävention Basel-Stadt zeigt nun, dass auch im frühen Kindesalter viel Fernseh-, Computer- und Videospiele konsumiert werden. So haben beispielsweise schon 14% der Kindergartenkinder einen eigenen Fernseher im Zimmer, in der Primarschule sind es 17%.

Rund 30% der Kindergarten- und Primarschulkinder schauen täglich mehr als eine Stunde in ihren Fernseher oder Computer. Allein schon vor dem Hintergrund des erwähnten zunehmenden Bewegungsmangels und des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen ist der richtige Umgang mit Fernseher sowie Computer- und Videospiele in der Freizeit heute ein wichtiges Thema. Das breite Medienangebot sollte nicht dazu führen, dass der natürliche und gesunde Bewegungsdrang von Kindern gebremst wird. Den Eltern sollte aber bewusst sein, dass Medienkonsum immer auch eine Einschränkung der körperlichen Aktivität der Kinder und Jugendlichen ist. Der richtige Umgang mit Medien sollte deshalb aktiv erlernt werden. Kinder und Jugendliche müssen lernen, massvoll und kritisch mit Medien umzugehen. Die Erfahrung zeigt, dass Kinder, die zuviel fernsehen, meist keine anderen Beschäftigungsmöglichkeiten haben. Fernseher und Videospiele dienen dann dazu, die Langeweile zu vertreiben.

Der Schulärztliche Dienst möchte im Rahmen einer Informationskampagne die Eltern vermehrt für gesundheitliche Fragen rund um den Medienkonsum ihrer Kinder sensibilisieren. Veröffentlicht wurden dafür neu Informationsblätter für Eltern in 11 Sprachen. Mit diesen Informationsblättern erhalten die Eltern die wichtigsten Informationen zum Fernsehkonsum bei Vorschulkindern und Primarschülerinnen und -schülern. Sieben Regeln beim Umgang mit dem Fernseher sollten besonders beachtet werden:

- Der Fernseher sollte das Bedürfnis des Kindes nach Sport und Bewegung nicht ersetzen! Bewegung und Austoben gehören zur gesunden Entwicklung.
- Kinder (aber auch Erwachsene) sollten nicht vor dem Fernseher essen.
- Der Fernseher gehört nicht ins Kinderzimmer.
- Man sollte Kindern erlauben, täglich eine Sendung anzuschauen, aber die Kinder sollen sich bewusst für eine Sendung entscheiden. Danach wird der Fernseher abgeschaltet.
- Die Kinder sollten erst fernsehen dürfen, wenn sie andere Pflichten wie Hausaufgaben oder eine kleine Pflicht im Haushalt erledigt haben.



- Kleine Kinder sollten vor dem Fernseher nie allein gelassen werden. Selbst spezielle Kindersendungen können manchmal Ängste auslösen. Es ist dann sehr wichtig, dass ein Kind die Möglichkeit hat, mit den Eltern darüber zu reden.
- Der Fernseher sollte kein «Babysitter» sein! Es gibt für jüngere Kinder sehr gute Kindersendungen, die ohne Werbung auskommen und sehr lehrreich sind. Für Kinder ab fünf Jahren eignet sich in deutscher Sprache zum Beispiel «Die Sendung mit der Maus», die «Sesamstrasse» oder auch der «Käpt'n Blaubär Club». Für Kinder ab sieben Jahren werden die Sendung «Löwenzahn» oder auch der «Kinderweltspiegel» als gutes Beispiel empfohlen.

Die mehrsprachigen Informationsblätter zum Fernsehkonsum können unter www.gesundheitsdienste.bs.ch (Rubrik Schulärztlicher Dienst/Merkblätter) heruntergeladen oder beim Schulärztlichen Dienst (Tel. 061 267 45 20, E-Mail: saed@bs.ch) bezogen werden. Unter der gleichen Internetadresse finden Sie auch weitere mehrsprachige Informationsblätter zu den Themen: gesunde Zähne, Ernährungstips, Kopfläuse und Körperpflege. Weitere Auskünfte erhalten Sie gerne bei den Autoren.

Gesundheitsdienste Basel-Stadt
Gesundheitsförderung und Prävention
Schulärztlicher Dienst, Leiter
St. Alban-Vorstadt 19, 4052 Basel
Tel. 061 267 45 20, Fax 061 272 36 88
E-Mail thomas.steffen@bs.ch
www.gesundheitsdienste.bs.ch

Aus dem Vorstand BS



Ausserordentliche Mitgliederversammlung am Donnerstag, 17. November 2005

An der ausserordentlichen Mitgliederversammlung vom 21. Juni 2005 wurde dem Vorstand der Auftrag erteilt, die Verhandlungen zum Vertrag «Kontrolle und Steuerung von Kosten und Leistungen im Bereich TARMED zwischen santésuisse einerseits und kantonalen Ärztegesellschaften/FMH andererseits (LeiKoV)» sowie zum entsprechenden Anhang im kantonalen Anschlussvertrag TARMED aufzunehmen. Diese Verhandlungen sind momentan in vollem Gang. Die Mitgliederversammlung wird voraussichtlich am 17. November 2005 über die Verhandlungsergebnisse beschliessen. Die Einladung zu dieser Versammlung wird den Mitgliedern rechtzeitig zugestellt.



Generikakampagne

Am 5. September 2005 wird die Generikakampagne mit einer gemeinsamen

Pressekonferenz von der ÖKK, dem Baslerstädtischen Apothekerverband und der MedGes gestartet. Am folgenden Tag wird die Öffentlichkeit mit Standaktionen auf die Kampagne aufmerksam gemacht. Diese dauert zwei Wochen. Alle praktizierenden Ärzte erhalten einen Steller mit Informationsbroschüren. Wir bitten Sie, Ihre Patientinnen und Patienten auf die Aktion aufmerksam zu machen.



Fortbildungsnachmittag am 12. Januar 2006

Der nächste Fortbildungsnachmittag findet am 12. Januar 2006 statt. Bitte reservieren Sie sich dieses Datum. Nähere Informationen betreffend Thema und Örtlichkeiten folgen zu einem späteren Zeitpunkt.



40 Jahre Medizinische Notrufzentrale MNZ! 061 261 15 15

Die Medizinische Notrufzentrale feierte im Juni 2005 ihren vierzigsten Ge-

burtstag. Zu diesem Anlass wurden die Partnerorganisationen der Medizinischen Notrufzentrale, die ehemaligen Leiterinnen, der MedGes-Vorstand sowie das MNZ-Team eingeladen. Als Einstieg in diese Geburtstagsfeier hat Felix Eymann durch das Museum Kleines Klingental geführt. Danach konnten die Gäste bei einem Apéro auf dem Langschiff das Basler Rheinufer von einer ganz anderen Perspektive betrachten. Das gemütliche Essen im Fischerclub im Brückenpfeiler der Wettsteinbrücke wurde durch die musikalische Einlage des legendären Kleinbaslers Sir Francis zu einem unvergesslichen Erlebnis.

MNZ! 061 261 15 15
HEILBEREITUNG UND NOTRUFZENTRALE
FÜR BASEL STADT, BASELSTÄDT. KANTON, BASELSTÄDT. KANTON (UND DAS UMLIEGENDE UMLAND)

*1 Nummer
für alle Fälle!*



Führung durchs Museum Kleines Klingental



Apéro ...



... und Fahrt auf dem Langschiff



Sir Francis



R. Keller (ärztl. Leiter MNZ) und U. Lüscher (Vorstand)



D. Brechbühl (ehem. MA) und J. Schenk (ehem. Leiterin MNZ)



L. Jud (Spitex) und U. Refardt (Apothekerverband BL)



L. Gerig (SRK) mit M. FÜRer (ehem. Leiterin MNZ)

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Dr. med. Franz Rohrer, Schützenstrasse 2
4415 Lausen, synapse@emh.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 achtmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inseratenregie

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

Schwabe AG

Chantal Schneeberger
Frankfurt-Strasse 14, Postfach 340
4008 Basel
Tel. 061 333 11 07, Fax 061 333 11 06
E-Mail: c.schneeberger@schwabe.ch



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: f.schwab@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

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: 5. Oktober 2005