



Editorial

Kein Monopol für die Krankenkassen

Beatrice Huth, Peter Kern,
Sabine Lingenhel

Am 1. Juni findet die Abstimmung über den neuen «Gesundheitsartikel» statt. Folgte man nur dem Titel, könnte man der Vorlage ohne weiteres zustimmen. Wer ist schon gegen «mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung»? Dennoch treten nicht nur die FMH sowie zahlreiche Fachverbände aus dem Gesundheitsbereich, sondern mit der Gesundheitsdirektorenkonferenz – unterstützt von der Konferenz der Finanzdirektoren und jener der Sozialdirektoren – auch die Gesamtheit der Kantone gegen die neue Verfassungsbestimmung an.

Unterstützt von einem Gutachten des Dekans der juristischen Fakultät der Uni Zürich machen die Gegner geltend, der neue Art. 117a habe die Auflösung des Kontrahierungszwangs zum Ziel. Befürworter wie etwa der Zürcher Ständerat Felix Gutzwiller behaupten hingegen, die Bestimmung sei offen, bringe aber mehr Wettbewerb unter den Versicherten und den Leistungserbringern.

Klar ist, dass der neue Verfassungsartikel die Stellung der Versicherten und der Kantone gegenüber den Kassen schwächt. Künftig sollen kantonale Gelder im Umfang von 8 bis 10 Milliarden Franken ohne Vorgaben über das Angebot und die Verwendung der Gelder an die Kassen gehen. Eine politische und demokratische Kontrolle fehlt. Die Kantone werden so zu reinen Zahlstellen. Das Sagen haben allein die Kassen. Es braucht nicht viel Phantasie,



um die damit einhergehende Ökonomisierung der Leistungen im Gesundheitsbereich vorherzusehen. Unabhängig von der eigentlichen Zielsetzung der Vorlage erscheint vor diesem Hintergrund schon allein die Möglichkeit mehr als ungemütlich, dass mit dem «Gesundheitsartikel» auch der Kontrahierungszwang ohne weitere Auflagen und Rahmenbedingungen fallen könnte.

So ist kaum vorstellbar, dass die Kassen die Ärztinnen und Ärzte, mit denen sie noch Verträge abschliessen wollen, nach anderen als solchen Kriterien auswählen werden, die ihnen einen wirtschaftlichen Vorteil bringen. Die besten Leistungserbringer sind dann nicht mehr die medizi-

Aus dem Inhalt

- Die neue Patientenverfügung von Baselland ist da 3
- «Rheuma 2008» 4
- Die Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler 6
- Ein persönlicher Rückblick auf den 1. April aus Basel 7
- Praxismanagement – Praxismarketing 9
- Der Zauberstab – oder: Spitalplanung, quo vadis? 13
- Die Seite des VHBB 14

nisch und psychologisch versiertesten, sondern einfach jene, die am billigsten arbeiten. Die Patientinnen und Patienten verlieren nicht nur die freie Wahl der Ärztin oder des Arztes, sie haben als Steuer- und Prämienzahler auch keinerlei Einfluss mehr auf die Kriterien, nach welchen die Qualität der medizinischen Leistungen beurteilt werden soll. Der neue «Gesundheitsartikel» überträgt damit das Primat der Politik über die Leistungen im Gesundheitsbereich nicht auf den Markt und den Wettbewerb, sondern allein auf die Kassen. Wer diese Monopolstellung verhindern will, sollte am 1. Juni 2008 den Verfassungsartikel zum Gesundheitswesen ablehnen.

Die neue Patientenverfügung von Baselland ist da

Heike Gudat

Wie an dieser Stelle schon zu lesen war, hat die Ärztesgesellschaft Baselland vor knapp einem Jahr eine Arbeitsgruppe mit der Erarbeitung einer Patientenverfügung (PV) betraut. Anlass war die Neuauflage der Patientenbroschüre «Ihre Rechte, Ihre Pflichten» der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion (VGD) Baselland mit einer völlig veralteten PV im Anhang.

Nun ist sie da, die neue Patientenverfügung, und kann ab sofort elektronisch oder in Papierformat angefordert werden (siehe Kasten). Vorlage war die bisherige, gut bewährte PV der Medizinischen Gesellschaft Basel.

Warum noch eine PV?

Patientenverfügungen gibt es in den unterschiedlichsten Formen – allein in der Schweiz sollen über 80 verschiedene Druckversionen vorliegen. Bei näherer Durchsicht fällt aber auf, dass viele Vorlagen unsorgfältig formuliert sind und damit keine gute Grundlage für eine Entscheidungsfindung im Sinne des Verfügenden bilden oder eine angemessene Entscheidungsfindung sogar behindern. Häufig finden sich ungenaue Formulierungen («wünsche keine Intensivmassnahmen»). Andere suggerieren eine schadhafte oder «entwürdigende» Medizin («untersage Einlegen von Schläuchen und Kathetern»). Manche enthalten Forderungen, die medizinisch-ethisch oder juristisch nicht vertretbar sind (kein Flüssigkeitsersatz bei Demenz).

Der innere Blick auf das eigene Leben und Sterben hängt von individuellen, lebensgeschichtlichen Faktoren, aber auch von Normen der Gesellschaft ab, in der wir leben und uns vertraut fühlen. Daher ist eine gewisse Auswahl sorgfältig formulierter PVs durchaus sinnvoll. Der gesellschaftliche Kontext führt aber auch dazu, dass Verfügungen von anderswo nicht ohne weiteres in das eigene Umfeld übertragen werden können. So wird eine deutsche PV den Patientenbedürfnissen in unserem viel liberaleren Umfeld nicht gerecht, weil der Umgang mit Sterben und Tod in unserem Nachbar-

land geschichtlich bedingt belastet, das Patienten-Arzt-Verhältnis anders ist und da das dortige Rechtssystem eine «Absicherungsmedizin» begünstigt.

Welche Form der PV?

Grundsätzlich gibt es zwei Sorten von Patientenverfügungen. Sie widerspiegeln unterschiedliche Haltungen.

Erstere ist allgemeiner gehalten. Sie fordert eine «best palliative care» bei fehlenden kurativen Möglichkeiten, zweifelhafter Lebensqualität und absehbarem Lebensende. Sie erklärt die Haltung der «palliative care» – die optimale Symptomkontrolle und die Wichtigkeit von transparenter Kommunikation und interdisziplinärer Entscheidungsfindung (welche auch die Vertrauenspersonen des Patienten einschliessen). Sie ermutigt den Verfasser, die Entscheidung in die Hände seiner Behandelnden und Vertrauenspersonen zu legen. Ausgezeichnete Vorlagen dazu finden sich u.a. auf den Homepages der britischen Hausärzte- und Patientenvereinigungen.

Die andere Form der PV enthält dieselben Forderungen, der Verfügende kann jedoch modulartig Wünsche zu spezifischen Eingriffen oder Massnahmen anbringen (Verzicht auf bzw. Bedingungen für Reanimation, Flüssigkeitsersatz, Ernährung, PEG-Sonde, maschinelle Beatmung, Sedation und anderes). Diese Form der Verfügung wurde früh von Selbsthilfeorganisationen bestimmter Erkrankungen entwickelt, bei denen bestimmte Komplikationen wahrscheinlich oder absehbar sind. Sie betonen die Selbstbestimmung und möchten möglichst viele Entscheidungen antizipieren. Ein Beispiel hierfür ist die PV von ALS-Help, das für ALS-Betroffene seine ausführliche PV zusammen mit einer ausgezeichneten Beratung anbietet. Inzwischen wird diese Form der PV auch für manche nationale PVs verwendet (bspw. in gewissen amerikanischen Bundesstaaten).

Wir haben uns aus verschiedenen Gründen für die erstgenannte Form entschieden. Denn:

Die PV soll niederschwellig sein und möglichst viele Menschen erreichen.

Die meisten Menschen können sich den

Die Patientenverfügung von Baselland kann im HOSPIZ IM PARK kostenlos als Dokument-Version inklusive Ausweis im Kreditkarten-Format angefordert oder in elektronischer Form von der Homepage der Ärztesgesellschaft BL und des HOSPIZ IM PARK herunter geladen werden. Beratungen zu Patientenverfügungen führen das HOSPIZ IM PARK und die GGG Voluntas durch. Die Patientenverfügung kann bei der Medizinischen Notrufzentrale hinterlegt werden.

Adressen:

HOSPIZ IM PARK Tel. 061 706 92 22,
www.hospizimpark.ch
www.aerzte-bl.ch,
www.ggg-voluntas.ch

Zustand schwerster Krankheit und die komplexen Zusammenhänge von Symptomen, prognostischen Aussichten und Lebensqualität gar nicht vorstellen. Eine Auswahlliste zum Ankreuzen wäre hier ein missbräuchliches Verständnis von Autonomie.

Wir sollten ehrlich bleiben. Vieles lässt sich nicht antizipieren. Über den Sinn einzelner Massnahmen lässt sich oft erst dann angemessen entscheiden, wenn die ganzen Dimensionen einer Krankheitssituation fassbar werden (bio-psycho-sozio-spirituell). Zudem kann dieselbe invasive Massnahme einmal kurative und einmal palliative Aspekte haben. Wie soll ein Laie diese komplexen Zusammenhänge verstehen – vor allem, wenn er seine PV ohne grössere Krankheitserfahrung verfasst?

Der Weg ist das Ziel. Durch die Beschäftigung mit Fragen zum eigenen Leben und Sterben kann ein Prozess einsetzen, der dem Verfügenden hilft, sich über seine Werte und Ziele bei schwerer Krankheit oder Verletzung klarer zu werden. Der frühzeitige Einbezug von Angehörigen in einen Krankheitsprozess, bspw. durch Nennung als Vertrauensperson in der PV, führt meistens zu einer Entlastung aller Beteiligten und hilft den Angehörigen in ihrem ganz eigenen Prozess. Indem man mit seinem Arzt über

eigene Vorstellungen, ganz bestimmt auch über Ängste und Befürchtungen spricht, gewinnt die Patient-Arzt-Beziehung eine wichtige Qualität hinzu. Für den behandelnden Arzt ergibt sich die Möglichkeit, die heute weitreichenden Möglichkeiten der «palliative care» zu thematisieren, «goldene Brücken» zu bauen und seinem Gesprächspartner das nötige Vertrauen zu geben, sich auf diese Lebensphase einzulassen.

Die Betreuung in der letzten Lebensphase gehört zur ärztlichen Grundversorgung unserer Patienten. Dazu gehören auch klärende Gespräche über den erwünschten und möglichen Behandlungsspielraum bei schwerer Krankheit oder Verletzung. Eine PV bietet dafür eine wichtige Grundlage, die wir Ärzte uns nicht aus der Hand nehmen lassen, die wir aber auch vermehrt kultivieren sollten.

Kick-off-Veranstaltung

PATIENTENVERFÜGUNGEN – GRUNDLAGEN UND VERBINDLICHKEIT

Vorstellung der neuen Patientenverfügung von Baselland

Donnerstag, 8. Mai 2008, 14–17 Uhr

Schulungszentrum, Kantonsspital Bruderholz

- 14.00 Einführung (H. Gudat, F. Martius)
- 14.20 Bedeutung von Patientenverfügungen (H. Kummer)
- 14.50 Patientenverfügungen und Urteilsfähigkeit (V. Dittmann)
- 15.10 Probleme mit letztwilligen Verfügungen (D. Schorr)
- 15.30 Pause
- 16.00 Die neue Patientenverfügung (H. Schaefer)
- 16.20 Umgang mit PVs im praktischen Alltag (alle und K. Bally)

Veranstalter: HOSPIZ IM PARK

Korrespondenz:

Heike Gudat, Dr. med.

Leitende Ärztin, HOSPIZ IM PARK

Stollenrain 12

4144 Arlesheim

heike.gudat@hospizimark.ch

Fortbildungen

«Rheuma 2008», eine interaktive Fortbildung der Rheumaliga Schweiz für Grundversorger

Thomas Vogt

Unter dem Titel «Rheuma 2008» findet auch dieses Jahr wieder eine Fortbildung zu rheumaspezifischen Themen statt. Es handelt sich hier um eine interaktive Fortbildung, konzipiert gemeinsam mit Rheumatologen und Grundversorgern. Dieses Jahr geht es im Rahmen der Reihe *Updates in Rheumatologie* speziell um das Thema Osteoporose. Daneben kann bei Bedarf auch auf die Bereiche Arthrose, entzündliches Rheuma, Rückenschmerzen und Weichteilrheuma eingegangen werden.

Das interaktive Fortbildungsmodell orientiert sich an den Bedürfnissen der Teilnehmenden, die praxisrelevante Problemfälle an die Fortbildung mitbringen können und sollen.

In Arbeitsgruppen werden unter der Leitung von Rheumatologen und Grundversorgern neueste Erkenntnisse, die rationale Abklärung und Diagnosestellung sowie effiziente Therapien praxisrelevanter Krankheitsbilder aufgezeigt und Erfahrungen ausgetauscht. Anhand von

typischen klinischen Fällen soll der aktuelle Stand des Wissens erarbeitet werden. Jeder Teilnehmer wird angeregt, sein Handlungskonzept zu überdenken und neue Ideen in seinen Praxisalltag mitzunehmen. Dort, wo die Gruppe an ihre medizinischen Grenzen stösst, steht ein Rheumatologe als Experte zur Seite. Das Label der SGAM bürgt für eine praxisnahe, bereichernde und interaktive Fortbildung, in der die Grundversorger im Zentrum stehen.

Die Veranstaltung in Basel findet dieses Jahr am 29. Mai 2007 von 13.30 bis 18.00 Uhr im Bethesda-Spital statt. Kosten: sFr. 50.–. Die SGAM wie auch die SGIM vergeben für diese Fortbildung 4 Credits.

Weitere Informationen erhalten Sie über die Rheumaliga Schweiz, die Anmeldung ist unter diesen Adressen ab sofort möglich: <http://www.rheumaliga.ch> (Rubrik: Fachpersonen/Rheuma 2008) Rheumaliga Schweiz, Josefstrasse 92, 8005 Zürich, Telefon 044 487 40 00, Fax 044 487 40 19, E-Mail: i.zehnder@rheumaliga.ch

Dr. Hans A. Schwarz, Leiter der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation am Bethesda-Spital Basel, wird auf Ende Juli dieses Jahres pensioniert. Zur Würdigung seiner Tätigkeit wird am 29. und 30. Mai ein Abschiedssymposium mit dem Titel: «Facetten der modernen Rheumatologie» im Bethesda-Spital veranstaltet. Hans Schwarz hat zu Beginn wesentlich an der Entwicklung von «Rheuma 2000» mitgewirkt, so passt es gut, dass «Rheuma 2008, Update Osteoporose» in sein Abschiedssymposium integriert wird.

Die Fachreferate des Symposiums mit ausgewiesenen Experten aus den Bereichen der Osteoporose, der entzündlichen und der degenerativen Rheumatologie für Spezialisten werden so durch die interaktive Fortbildung «Rheuma 2008» speziell für Grundversorger ergänzt.

Weitere Informationen zum Abschiedssymposium Dr. Hans Schwarz erhalten Sie über BBS Congress GmbH, Postfach 604, 3000 Bern 25, Tel. 031 331 82 75, Fax 031 332 98 79, E-Mail: barbara.buehlmann@bbscongress.ch, www.bbscongress.ch

Die Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler

Das Interview mit den Präsidenten, Stefan Fricker, führte Tobias Eichenberger

Tobias Eichenberger

Stephan, herzlich willkommen bei der Synapse, da wir uns schon lange kennen, werden wir beim «Du» bleiben. Als Spitaldirektor des Merian Iselin-Spitals und aktuell sowohl Präsident der «Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler» (VNS) wie auch der «Basler Privatspitäler-Vereinigung» hast du je nach Einsatzgebiet verschiedene Hüte auf, manchmal ein Problem?

Nicht eigentlich ein Problem, aber zum Teil etwas kompliziert. Hier hilft auch meine langjährige Erfahrung im Gesundheitswesen, und entscheidend sind natürlich eine gute Vernetzung mit Meinungsbildnern und eine profunde Kenntnis der jeweiligen Dossiers.

Beginnen wir beim «Grossen». Könntest du für unsere Leser und Leserinnen den Umfang und die Ziele der Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler (VNS) vorstellen?

Als Arbeitgeber-Verband möchten wir die wichtigsten Themen in der Spitalbranche aktiv mitgestalten. Wir nehmen teil an politischen Entscheidungsprozessen, kümmern uns um Image-Fragen für die Branche und führen im Auftrag von Mitgliedern Tarifverhandlungen. Unser geographisches Aktionsgebiet müsste die ganze Wirtschaftsregion Nordwestschweiz umfassen. Alle privaten BL-Spitäler sowie alle BS-Spitäler – öffentliche und private – sind Verbandsmitglieder. Das Spital Dornach konnte als assoziiertes Mitglied «eingemeindet» werden. Eine weitere Ausdehnung über das ganze Wirtschaftsgebiet 31 scheitert zurzeit leider noch am Umstand, dass Überschneidungen mit Strukturen in den Kantonen Aargau und Solothurn bestehen.

Und es fehlen die drei basellandschaftlichen Kantonsspitäler Bruderholz, Liestal und Laufen sowie die Psychiatrische Klinik in Liestal ...

... ja. Leider konnten sich diese in der KoKo zusammengefassten Spitäler noch

nicht für eine Mitgliedschaft entscheiden. Aber wir arbeiten daran, dass diese für die Gesundheitsversorgung der Region wichtigen Spitäler dem VNS beitreten. Die gesamtschweizerisch feststellbare Tendenz zur stärken Verselbständigung von öffentlichen Spitälern müsste uns in unserem «Werben» eigentlich unterstützen.

Die Spitäler sind auch ein wichtiger Wirtschaftsfaktor ...

... richtig. Wir gehören zu den grössten Arbeitgebern der Region und sind somit ein wichtiger Motor für die Wirtschaft. Mitarbeitende in Spitälern beziehen nicht nur Löhne, sie sind auch Konsumenten und Steuerzahler und somit Teil des ganzen Wirtschaftskreislaufs.

Kommen wir zur baselstädtischen Gruppierung ...

... die Basler Privatspitäler Vereinigung ist der Verband nichtstaatlicher Spitäler Basel-Stadt und umfasst das Adullam-Geriatriespital, das Bethesda-Spital, das Hildegard-Hospitz, die Klinik Sonnenhalde in Riehen, die REHA Chrischona des Bürgerspitals, die REHAB Basel AG, das St. Claraspital und natürlich «meine» Institution, das Merian Iselin Spital. Der Verband ist eine klar gesundheitspolitisch orientierte Vereinigung, welche die Anliegen der Privatspitäler vertritt. Die Kliniken sind in unterschiedlichem Ausmass als öffentlich subventionierte Institutionen über Leistungsaufträge des Kantons Basel-Stadt in die kantonale und regionale Versorgung eingebunden.

Somit einerseits Konkurrenz, andererseits aber auch wertvolle Ergänzung des staatlichen Angebotes ...

... ja, wir bieten ein breites Spektrum an chefärztlich und belegärztlich geführten Kliniken, von chirurgischen Fächern, Innerer Medizin mit Onkologie über Psychiatrie, Rehabilitation und Geriatrie bis hin zur Sterbebegleitung. Das System hat Vorteile für beide Seiten. Es könnte gar für den Rest der Schweiz als eigentliches Modell im Hinblick auf die Umset-

zung der neuen Spitalfinanzierung gelten.

Ziele?

Durch dezidierten, aber im Kern immer konstruktiven Kontakt und Dialog mit der Politik möchten wir weiter in die bikantonale Spitalplanung einbezogen werden, und wir setzen uns auch für den Erhalt einer gemeinsamen Spitalliste BS/BL ein.

Von einem qualitativ hochwertigen Angebot an staatlichen und privaten Spitälern profitiert ja vor allem der Patient ...

... ja, das Nebeneinander dieser beiden Systeme spornt beide Seiten im Qualitätswettbewerb an. Ich bin überzeugt, dass eine gesunde Konkurrenz der Patientin und dem Patienten nur nützt.

Einige Bemerkungen mit dem Hut des Spitaldirektors ...

... das Merian Iselin Spital als Spezialklinik ist ein Belegspital mit Schwerpunkt Orthopädische Chirurgie und Sportmedizin (u.a. Crossklinik). Das weitere Angebot umfasst Urologie, plastische Chirurgie, Allgemeinchirurgie, Gefässchirurgie, HNO und verschiedene medizinische Optionen. Das MIS investiert umfassend in Infrastruktur und Teamentwicklung. Dies sichert für unsere Patienten und Belegärzte eine konstante und auf hohem Niveau abrufbare Dienstleistung. Wir optimieren und perfektionieren unsere Dienstleistungen wo immer möglich und sinnvoll. Zusammen mit dem Bethesda-Spital und verschiedenen basellandschaftlichen Privatkliniken sind wir Garant für das Belegarztsystem.

Mit der angekündigten Kontingentierung für Allgemeinversicherte Basel-Stadt hat das MIS recht viel Staub aufgewirbelt ...

... Ziel war nicht, Staub aufzuwirbeln, sondern eine wichtige Diskussion in die Öffentlichkeit zu tragen und offen zu führen. By the way, wir suchten die Öffentlichkeit nicht von uns aus. Als das Thema aber aufgegriffen wurde, haben wir versucht, die Berichterstattung mit

Fakten zu unterlegen und damit zur Versachlichung der Diskussion beizutragen. Die Berichterstattungsqualität war übrigens sehr hoch.

Bereits jetzt haben wir ja eine (noch) moderate und wohl akzeptable Zweiklassenmedizin ...

... mit der Gefahr, dass aufgrund der aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklung sich die Schere weiter öffnen und sich die Zweiklassensituation weiter verschärfen wird. Hier müssen wir als Institution, als politisch Verantwortliche und als Gesellschaft möglichst Gegensteuer geben.

Wie sieht denn die aktuelle Situation bei den Privatpatienten aus?

Im stationären Bereich profitieren wir von privatversicherten Patienten (und diese übrigens auch von uns) und generieren dort grob gesagt den Unternehmensgewinn. Die halbprivat Versicherten sind plus minus kostendeckend.

Bei Patienten «Allgemein BS» ...

... hier leistet sich die Merian Iselin Stiftung mit eigenen Mitteln die Versorgung von Patienten und entlastet damit den Staat beträchtlich. Ein orthopädischer Patient mit Prothetik kostet das

MIS im Schnitt 8500 Franken. In der Summe kommen da über 2 Mio. Fr. pro Jahr zusammen. Die Grenzen der Belastung der Stiftung sind damit erreicht. Dies ist der Grund für die Limitierung der «teuersten» und kostenintensivsten Patientenkatégorie auf 200 Prothesenpatienten im Jahr 2008. Sollten wir ab 2009 mehr in diesem Bereich machen, müsste der Kanton Basel-Stadt auch ein grösseres Engagement zeigen ...

... was somit Verhandlungssache wäre. Wobei eine offen dargelegte Kontingentierung vielleicht ehrlicher ist als eine Restriktion via Wartelisten. – Wie auch immer, die Diskussion ist hier eröffnet und wir sind gespannt, wie es weiter geht.

2011 (?) kommt Swiss-DRG, hast du hier einen Rat für die Ärzteschaft?

Auf jeden Fall muss die Entwicklung ernst genommen und begleitet werden. Die Ärzte sollten sich auf das neue Abgeltungsmodell vorbereiten, Weiterbildungsveranstaltungen mit versierten Ökonomen wären eine Möglichkeit. Und keinesfalls den Kopf in den Sand stecken, wie wir es manchmal noch nach erfolgter Tarmed-Einführung beobachtet haben ...

... der Kontakt mit den Spitälern ...

... ist natürlich entscheidend. Die Ärzte sollten mit ihren jeweiligen Kliniken faire Lösungen zur Verteilung der Gelder finden (und das ist möglich!), eine gemeinsame Optik erarbeiten, gegenüber Politik und Versicherern gemeinsam auftreten und mit einer Stimme sprechen. Den Vorabklärungen in Praxis und Spitalambulanz wird eine grössere Bedeutung zukommen, und die Nachbetreuung operierter und hospitalisierter Patienten, auch unter Einbezug von Organisationen wie der Spitex, wird noch wichtiger.

Die Folgen der DRGs?

DRG ist reine Strukturpolitik im Gesundheitswesen. Sie wird zu einer gewissen Flurbereinigung führen, allenfalls werden Spitäler verschwinden. Ob sich bei der Kostenentwicklung etwas ändert, muss sich zeigen, Qualität wird auch in Zukunft ihren Preis haben, und medizinischer Fortschritt, die demographische Entwicklung und vor allen unsere stetig steigenden Ansprüche indizieren wohl auch künftig eine Zunahme der Kosten.

Stephan, besten Dank für das Gespräch!

Politik

Persönlicher Rückblick auf den 1. April

Eva Kaiser

Ich gebe zu: ich war recht skeptisch gegenüber der von der SGAM geplanten Kampagne mit den «Bhaltis-Säckli». Aber ich fand sie besser als die rausgestreckte Zunge vom letzten Jahr. Fest entschlossen, dazu beizutragen, dass der Tag der Hausärzte diesmal positiv rüberkommt, packte ich meine 20 Säckli also mit dem Flyer der SGAM, einem Apfel und einem Haftblöckli der VHBB mit der Aufschrift «Ihre Hausärztin/Ihr Hausarzt – für alle Fälle».



Der Morgen des 1. April fing wie jeder Tag gleich etwas stressig an, so dass ich die Abgabe der Säckli bei den ersten zwei Patienten vergass. Oder habe ich sie vielleicht doch verdrängt? Weil ich mir irgendwie komisch dabei vorkam?

Beim dritten Patienten nach dem «Auf Wiedersehen und gute Besserung!» dann endlich: «Hier habe ich noch ein kleines Präsent für Sie! Wir Hausärzte möchten uns heute, dem 1. April, am Tag der Hausarztmedizin, bei Ihnen als Patient damit bedanken.» Dank der Patienten konnten wir vor 2 Jahren innert 3 Monaten 300 000 Unterschriften für unsere Petition sammeln. Sie haben damit wesentlich dazu beigetragen, dass der 1. April 2006 mit der grossen Demo auf dem Bundesplatz ein solcher Erfolg wurde. «Danke schön und bitte sehr!» Patient: «Ach ja? Super, ich danke auch!» und strahlt. – War doch einfach und hat mich nur 20 Sekunden gekostet.



Die anderen 20 Säckli gingen schnell weg, alle Patienten haben sich gefreut. Über Mittag war ich mit anderen Vorstandsmitgliedern der VHBB und weiteren Kollegen in der Freien Strasse mit einem Apérostand: Wasser, Wein, Saft, Brot, Äpfel, bunte Luftballons, die mit Begeisterung an Kinderwagen gebunden wurden, dazu gute Stimmung und viel Aufmerksamkeit durch die Passanten. «Haben Sie auch einen Hausarzt? Na sehen Sie, gell, der ist wichtig für Sie? Kommen Sie, und trinken Sie einen Schluck mit uns auf dessen Wohl!»

Praxismanagement – Praxismarketing

Dr. med. Rudolf Ott

Diese Begriffe aus der Geschäftswelt sind für manche Ärztin, manchen Arzt noch Fremdwörter. Dabei beginnen Praxismanagement und -marketing bereits lange vor Eröffnung oder Übernahme einer Praxis. In guter alter Tradition werden diese Belange auch heute noch vom zukünftigen Praxisinhaber erledigt, häufig mit Unterstützung durch die Ehefrau oder den Ehemann. Das moderne Gesundheitswesen verlangt professionelle, betriebswirtschaftliche Konzepte. Auch wenn von verschiedenen Seiten verneint wird, dass wir uns im Gesundheitsmarkt in einem Konkurrenzkampf befinden, müssen sich gerade die Grundversorger immer wieder bewusst werden, dass Praxismanagement und -marketing notwendig sind. Die Gesundheitszentren, die Polikliniken und die Spitäler sind in diesem Bereich äusserst aktiv. Bekanntlich bringen die Ärztinnen und Ärzte, die sich für die Praxis entscheiden, weder vom Studium noch aus den Weiterbildungsjahren eine entsprechende Ausbildung, geschweige denn Erfahrungen mit. Die Gefahr ist gross, dass wir Planung und Realisierung des Unternehmens, aber später auch den Betrieb und die Weiterentwicklung zu sehr in Hände ausserhalb der Praxis legen müssen.

Mit diesen Fragestellungen haben sich verschiedene Praxisteams im Workshop «Die dienstleistungsorientierte Praxismanagerin» auseinandergesetzt. Gelegenheit dazu wurde ihnen von Herrn Rudolf Wartmann von der Novartis Pharma Schweiz AG. geboten, der seinen am MPA-Kongress im Oktober 2007 in Davos ausgebuchten Workshop Ende Januar im APH Blumenrain in Therwil nochmals moderierte. Er begann mit der provokativen Feststellung: «In fünf Jahren werden

in drei von fünf Gruppenpraxen Praxismanagerinnen tätig sein». Die teilnehmenden Praxisteams (Ärztinnen, Ärzte und ihre MPAs) wurden aufgefordert, an einer Flipchart ihre Zustimmung oder Ablehnung zu dieser These zum in der Schweiz noch nicht zertifizierten Beruf zu markieren. Eine Mehrheit unterstützte die Meinung des Moderators. Als Gründe dafür wurden angegeben: Arztpraxen müssen vermehrt betriebswirtschaftlich denken; die Ärzte sollen sich unbelastet den Patienten und der Medizin widmen können; dieser neue Beruf ist eine Karrierechance für die MPAs. Als Gegenargumente wurden vorgebracht: Die Ärzte wollen das Management nicht aus der Hand geben; in unserer Praxis kein Bedarf dafür, wir haben's im Griff.

Im Workshop ging es aber nicht nur um das Berufsbild einer Praxismanagerin. Die Führung einer Arztpraxis wurde grundsätzlich, wenn auch nur in Stichworten, bearbeitet. Häufig wird vergessen, dass der wirtschaftliche Erfolg einer Arztpraxis, und das ist eine Voraussetzung für ein funktionierendes Gesundheitswesen, von äusseren und inneren Faktoren abhängig ist:

Der Moderator wies in seinen Ausführungen darauf hin, dass in manchen Pra-

xen das Phänomen der Selbstüberschätzung festzustellen ist. Dabei wird es immer wichtiger, dass die Ärztin, der Arzt in der Praxis eine innovative Führungsebene einrichtet, um den Anschluss nicht zu verpassen. Das Planen, das Organisieren und Überprüfen der gesetzten Ziele ist eine Aufgabe, die einer entsprechend fähigen und ausgebildeten MPA übertragen werden könnte. Welche Aufgaben eine solche Funktion umfasst, wurde den einzelnen Teams anhand von praxisbezogenen Checklisten aus dem Selbsttestprogramm von Klaus Dieter Thill¹ vor Augen geführt. Es war den engagiert arbeitenden Gruppen anzusehen, dass solch konkrete Fragestellungen zum Teil Neuland waren (Abb. 1).

Zum Kommunikationsverhalten:

- Wir lassen keinen Patienten an der Rezeption stehen, ohne dass er begrüsst wurde.
- Wenn Patienten in die Praxis kommen, sehen wir nicht weg und tun auch nicht so, als ob wir besonders beschäftigt wären.
- Wenn wir mit den Patienten sprechen, konzentrieren wir uns ganz auf ihn und führen keine Arbeiten nebenbei aus.

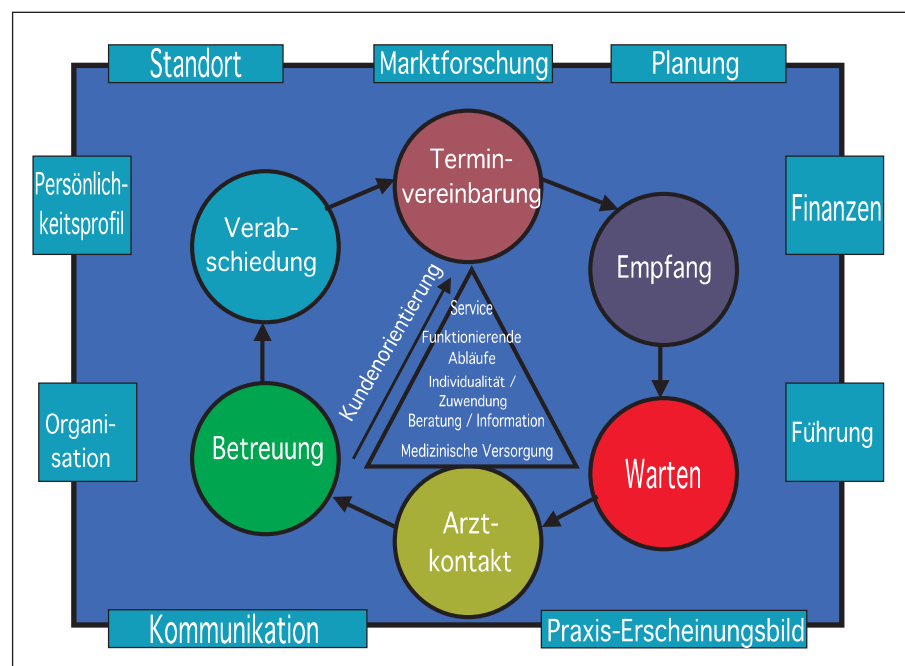


Abb. 1

¹ Klaus Peter Thill: «Die dienstleistungsorientierte Praxismanagerin», ein praktisches Selbsttestprogramm für die erfolgreiche Arzthelferin, 170 S., Hannover, Schlütersche, 2002, ISBN 3-87706-9

- Wir fallen Patienten nicht ins Wort oder unterbrechen deren Redefluss.
 - Wir überprüfen uns regelmässig gegenseitig hinsichtlich einer patientengerechten Sprache.
- Etc.

Zur Terminplanung:

- Die Sprechzeiten sind dem Bedarf unserer Zielgruppen angepasst.
- Wir systematisieren unsere Termine konsequent in Kurz- und Langzeitermine.
- Wir überprüfen regelmässig unser Zeitmanagement.
- Wir analysieren kontinuierlich die Wartezeit.
- Wir vergeben unsere Termine nicht für die Sprechzeiten, sondern für die tatsächlichen Beschäftigungszeiten.
- Wir ermitteln konsequent, aber mit der angebrachten Zurückhaltung, mit welchem Anliegen der Patient kommt. So lässt sich der Zeitbedarf eingrenzen.

Etc.

Für ein erfolgreiches Praxismanagement ist die Festlegung von Zielen und deren regelmässige Überprüfung notwendig. Entscheidend für den Praxiserfolg ist eine kundenorientierte Gestaltung der Dienstleistung. Dies darf aber nicht heissen, dass man jeglicher Begehrlichkeit der «Kundschaft» nachkommt. Der Kundenanspruch lässt sich in einer Pyramide darstellen: Als Basis steht die adequate medizinische Versorgung auf höchstem Standard. Darauf aufgebaut ist die patientengerechte Beratung und Information unter Berücksichtigung der Individualität und einer entsprechenden Zuwendung. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, lassen sich die Abläufe optimieren und lässt sich den Patienten ein entsprechender Service bieten, der auch fürs Praxisteam eine motivierende und angenehme Arbeitsatmosphäre schafft (Abb. 2).

Für eine moderne Arztpraxis sind Ärztinnen und Ärzte in der Unternehmerrolle erforderlich, zeitgemässes medizinisches Know-how wird vorausgesetzt, kombiniert mit betriebswirtschaftlichem Denken, das Führung, Organisation und Marketing miteinander verbindet. In einem solchen Unternehmen könnte eine entsprechend befähigte und ausgebildete MPA die Funktion der Praxismanagerin übernehmen. Realistisch ist dies in einem Betrieb mit vier bis fünf Angestellten. Bei der Arbeit mit den Checkli-

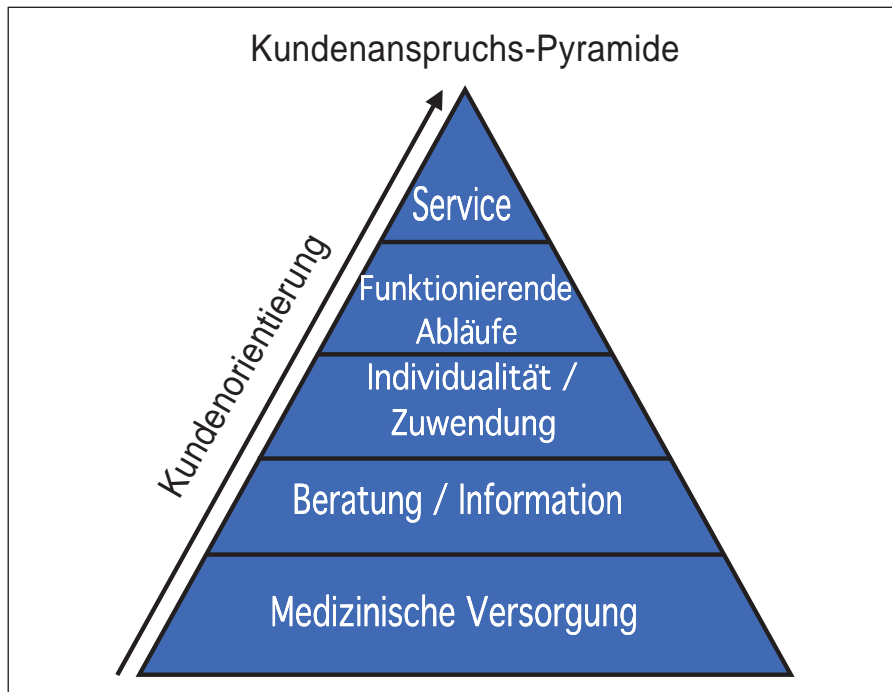


Abb. 2

sten wurden Gedankengänge über Praxisabläufe ausgelöst, die wohl (noch) nicht alltäglich sind.

Rudolf Wartmann hat im Laufe der Workshops den Bogen zum ebenfalls immer wichtiger werdenden Praxismarketing gespannt. Es ist falsch, wenn man nach gutem Anlaufen der Praxis die Aspekte des Marketings und der Public Relations aus den Augen verliert. Auch die Zukunft muss geplant werden. Wir werden mit Kostendruck, Rationalisierungszwängen, vermehrtem administrativem Aufwand, Personalmangel und je nach Situation auch mit Patientenknappheit konfrontiert. Die Grenzen, die uns die Standesregeln und das Medizinalberufegesetz MedBG vom 23. Juni 2006 auferlegen, sind zu beachten. Den Freiraum müssen wir aber nützen. Für jeden Betrieb ist es sinnvoll, eine Unternehmensstrategie und ein Leitbild zu erstellen. Das gemeinsame Entwickeln von Qualitätsgrundsätzen, nach denen sich Arzt und Mitarbeiterinnen richten, sollte die Basis dafür sein. Ein Leitbild ist ein wichtiger Baustein für das Qualitätsmanagement und die Corporate Identity der Praxis. Die Qualität wird nicht nur von den Patienten und den Kostenträgern gefordert, sie ist auch Voraussetzung für die Erhaltung einer motivierenden Arbeitsatmosphäre. Man kommt nicht darum herum, sich permanent Fragen zu stellen:

- Wie unterscheide ich mich und meine Praxis von der Konkurrenz ?
- Mit welchen Strategien kann ich zu-

friedene Patienten an die Praxis binden ?

- Sind alle unseren Leistungen kundenorientiert ?
- Genügen das Erscheinungsbild und die Ausstattung meiner Praxis den aktuellen Anforderungen ?
- Wie vermeide ich, austauschbar zu sein oder zu werden ?

Etc.

Der Workshop hat diverse Denkanstösse gegeben. In der Schlussdiskussion wurde er entsprechend als wertvoll bezeichnet. Ein Praxisinhaber hat sich aber auch gefragt, wie er Praxismanagement und -marketing einsetzen kann, um den Patientenzustrom zu bremsen und seine Arbeitszeiten zu regulieren. Die Gruppenarbeit im Praxisteam wurde geschätzt; für die eine oder andere MPA war es ein neues Erlebnis, so mit ihrem Chef zusammenzuarbeiten. Grosses Interesse zeigte auch Frau Rosmarie Lüönd, die Präsidentin des Schweizerischen Verbandes der PraxisAssistentinnen SVA. Sie verriet bereits, dass der nächste Davoser Kongress dem Thema Sucht gewidmet sein wird. Leider fand vom eingeladenen Lehrkörper der Huber-Widemann-Schule niemand den Weg nach Therwil. Es wäre eine Chance gewesen, sich mit aktuellen Fragen der Tätigkeit von Praxisteams vertraut zu machen.

Frage: Glosse (?) oder Glosse (!)?

Der Zauberstab – oder: Spitalplanung, quo vadis?

Tobias Eichenberger

Manchmal wundert man sich, könnte sich gar nerven. Dass sowohl das Kantonsspital Bruderholz wie auch das Felix Platter-Spital aufgrund von Alter und Baufähigkeit ein feuerpolizeiliches «Ablaufdatum» haben, ist seit Jahren bekannt. Regelmässig sind Notinvestitionen in Millionenhöhe notwendig, um einen sicheren Betrieb aufrechtzuerhalten. Für beide Häuser besteht weder ein definitives Projekt, noch sind die Bagger aufgefahren, von einem nahtlosen Übergang ganz zu schweigen. Es ist wie beim «Eile mit Weile», wir sind wieder auf «Feld 1», und jede Verzögerung kostet den Steuerzahler Geld.

Das «Kompetenzzentrum Akutgeriatrie» am Standort Bethesda war von Beginn weg zum Scheitern verurteilt. Im Geheimen, ohne Einbezug von Spezialisten, überhastet und an den politischen Realitäten vorbei geplant, war der Widerstand vorprogrammiert. Noch heute ist der Patientenpfad nicht bekannt und der «Landschäftler» kauft nun mal nicht gerne die Katze im Sack.

Zudem stellen sich mir beim Begriff «Kompetenzzentrum» die Nackenhaare. Die Medizin sollte in der heutigen Zeit in jedem Fall kompetent sein, und eine «Ghettoisierung» der älteren Patienten halte ich für fragwürdig. Im Gegensatz zur Meinung diverser Politiker gibt es aus meiner Sicht keinen Zwang, die Akutgeriatrie an einem Ort zu konzentrieren. Der geriatrische Patient profitiert von der Nähe zu den übrigen medizinischen Disziplinen und die Versorgung sollte, soweit möglich, auch «wohnnah» erfolgen. Der Vergleich mit dem UKBB hinkt, die Aufteilung dieser unbestrittenen Zentrumsfunktionen auf zwei Standorte war politisch motiviert und hat aufgrund unmöglicher Praktikabilität vom Start weg schlecht funktioniert. Die nun gewählte Lösung an zentraler Lage und in unmittelbarer Nachbarschaft des Universitätsospitals ist ideal, lag allerdings schon vor zwanzig Jahren auf der Hand...

Kantonsspital Bruderholz: Es wird jetzt wieder ein Planungskredit von 27 Millionen gesprochen, und es besteht durch-

aus die Möglichkeit, dass in etwa zehn Jahren erneut in alter Manier ein überdimensionierter Klotz analog dem bestehenden Haus erstellt wird.

Man sollte ja nicht bloss meckern, und so ist mir der Gedanke gekommen, wie ich die beiden Probleme lösen würde, wenn ich denn einen Zauberstab zur Hand und die Entscheidungskompetenz hätte:

Thema Bruderholzspital: an diesem wirklich schönen Standort an privilegierter Lage auf dem Bruderholz würde ich auf keinen Fall ein konventionelles Spital mit hässlichem Bettenhochhaus bauen. Vor meinem geistigen Auge sehe ich einen modernen Campus mit einer zentralen Logistikeinheit und drei angegliederten Spitalern.

Zentral wäre eine grosszügige Zufahrt mit getrennten Wegen für Fussgänger, Bus, PWs (grosses unterirdisches Parkhaus), Ambulanz und Logistiktransporte. Das Logistikzentrum umfasst neben Eingangsbereich eine interdisziplinäre Notfallstation, Operationssäle, Untersuchungszimmer, Labors, Büros für Ärzte und Verwaltung, Küche und Restaurants, Wäscherei, Entsorgung etc., auf maximal 2–3 Stockwerken untergebracht. Die umliegenden Kliniken sind für den Transport von Patienten und Waren unterirdisch erschlossen, für Fussgänger gibt es sowohl gedeckte, verglaste und bei Bedarf (Nacht, Kälte) geschlossene Passerellen und parallel dazu offene Passagen und Wege, z.T. mit kleinen «Dorfplätzen» für Pause, Gespräche und generell zum Verweilen.

Als erstes Spital wäre ein «normales» Kantonsspital mit 150 Betten zu bauen. Ein Gebäude mit 3–4 Stockwerken sollte reichen. Für später könnte eine Ausbaumöglichkeit mit entsprechend vorbereiteten Schnittstellen vorgesehen werden. Als zweites Spital kommt an prominenter Lage ein topmodernes und lichtdurchflutetes Privatspital mit rund 50 Betten zu stehen. Es darf ruhig etwas «gestylt» sein, ähnlich prägnant wie die «Pyramide» in Zürich, wobei die Architektur natürlich eine ganz andere sein kann.

Als drittes Haus schliesslich würde ich ein 100-Betten-Geriatriespital bauen. Gerade hier ist es wichtig, zukünftige Entwicklungen (Demographie) zu bedenken

und eine Erweiterungsmöglichkeit vorzuplanen.

Somit hätten wir auf dem Bruderholz nicht ein konventionelles und nicht mehr zeitgemässes Grossspital, sondern mehrere dynamische Einheiten, die in bezug auf Unterbringung und Pflege den entsprechenden Patienten eine optimale Versorgung ermöglichen. Der Campus wäre attraktiv, sowohl für Patienten, wie auch für Personal, und böte durch Flexibilität und vorgeplante Ausbaumöglichkeit die Garantie, allen Veränderungen und Bedürfnissen der Zukunft gewachsen zu sein.

Dar Kanton Basel-Stadt lässt durch das Diakonath Bethesda ergänzend zum bestehenden Belegspital ein 200-Betten-Geriatriespital bauen. Wenngleich kleiner als die jetzt zur Diskussion stehenden 300 Betten, wäre das neue Spital grösser als das bestehende Belegspital. Auch unter getrennter Leitung und Kostenstelle würden die beiden Häuser von vielen Synergien im logistischen Bereich profitieren. Die heute vielzitierte Schwäche des Bethesda als «Gemischtwarenladen» ohne klare Kernkompetenz (mein Lieblingsausdruck...) wäre zudem im Kontext mit der Geriatrie eine Stärke. Der geriatrische Patient profitiert vom breiten Fächerangebot der benachbarten Klinik, auch hier wären Synergien vorhanden.

Resultieren würde generell eine «Win-win-Situation»: Auf dem Bruderholz entstünde eines der modernsten und dynamischsten Spitäler der Schweiz, der Campus wäre fit für die Zukunft und könnte für die übrige Schweiz vielleicht Modellcharakter haben. Das Diakonath Bethesda kommt zum gewünschten Geriatriespital, und der Kanton BS bekommt ein privat finanziertes Geriatriespital und profitiert zudem von der frei werdenden Landreserve am jetzigen Standort des Felix Platter-Spitals.

Mir ist natürlich sehr bewusst, dass meine Vorschläge zu pragmatisch und völlig chancenlos sind. Bleibt zu hoffen, dass «die Politik» schlussendlich zu zügigen und guten Lösungen kommen wird. – Die Antwort auf die in der Überschrift gestellte Frage: «Glosse(?) oder Glosse (!)?» möchte ich dem geneigten Leser überlassen.

Die Seite der Hausärztinnen und Hausärzte

Für den Vorstand VHBB:
Christoph Hollenstein

Schon bald ist es ein Jahr her, seit die VHBB als Zusammenschluss aller regionalen Fachgruppen entstanden ist, und es nähert sich die erste Mitgliederversammlung seit der Gründung. Dies ist eine wichtige Gelegenheit, nicht nur einen Rückblick auf das bisher Erreichte zu halten, sondern die Ideen/Gedanken eines jeden Kollegen und einer jeden Kollegin in die VHBB einzutragen und nach Möglichkeit in die weiteren Aktivitäten der Vereinigung miteinzubeziehen. Dazu sind alle Mitglieder herzlich eingeladen, sich nach der IHAMB-Fortbildung am 24.4. an der **Generalversammlung** aktiv zu beteiligen. Folgendes ist/war schwerpunktmässig innerhalb des Vorstandes in Bearbeitung:

Aktionen am 1. April

Der Vorstand der VHBB organisierte Standaktionen in Basel und Liestal, welche in Basel erwartungs- bzw. standortgemäss rege besucht, dafür weniger mit Kollegen bestückt war. In Liestal war es umgekehrt; hier war die Mittagszeit evtl. ungeeignet, um an die Passanten zu kommen. Dafür stellte sich der Gesamt-Regierungsrat vor ... (siehe auch den separaten Bericht E. Kaiser).

Nachwuchs

Nach langem Ringen ist nun auch in den beiden Basel ein Konzept für kantonal mit-

finanzierte Praxisassistentenstellen in Bearbeitung. Die VHBB ist darum bemüht, dass dabei die Anliegen der Lehrärzte wie auch der Assistenten gewahrt bleiben, und bringt sich bei den Entscheidungsträgern entsprechend aktiv ein.

Information

Die Homepage steht (www.vhbb.net), und es sei allen Interessierten empfohlen, mal reinzuschauen. Wer über die Mitgliederliste seine eigene Homepage verbinden möchte, kann sein Interesse unserem Webmaster, Dr. Philipp Zinsser, mitteilen. Ebenso haben die Mitglieder schon zwei Flugblätter der VHBB erhalten. Dieses Medium erlaubt es dem Vorstand, unabhängig von fixen Redaktionsterminen rasch auf aktuelle Probleme reagieren und die Mitglieder flexibel informieren zu können. Besonderes Augenmerk werden alle Hausärztinnen und Hausärzte in nächster Zeit auf die Umtriebe telemedizinischer Einrichtungen zu richten haben. Vor allem die IT-Firmen (inkl. Swisscom) wittern hier offenbar fette Profite, obschon ein Nutzen für den Patienten, geschweige denn für die Hausärzte alles andere als erwiesen ist.

standesinterne Kontakte

In letzter Zeit waren v.a. die Kontakte zur MedGes intensiv; dies u.a. wegen den Aktivitäten rund um den Notfalldienst. Aber auch die Verbindung zu den anderen uns nahestehenden Standesorganisatio-

nen war unproblematisch und weitgehend fruchtbar.

Fortbildung

Erstmals wird in diesem Jahr ein Fortbildungs-Nachmittag organisiert. Die Einladung dazu ist zusammen mit der Einladung zur GV an alle VHBB-Mitglieder verschickt worden. Die Federführung für die Fortbildung hat das IHAMB inne. Der Vorstand ist zuversichtlich, dass dieses Konzept bei den Mitgliedern ankommt. Ob dem so ist oder ob zusätzlicher, Hausarztmedizin-spezifischer Fortbildungsbedarf besteht, wird sich noch weisen. Auf jeden Fall soll die traditionelle jährliche Internisten-Fortbildung auf Bad Schauenburg, nun unter dem Patronat der VHBB, beibehalten werden.

Dachverband der Schweizer Hausärzte

Die Zusammenführung aller Hausärztinnen und Hausärzte unter einem CH-Dachverband verläuft nach unserer Beurteilung planmässig. Obschon sich der Vorstand bislang, nicht zuletzt aus Kapazitätsgründen, relativ passiv verhielt, ist er selbstverständlich bereit, sich zu gegebener Zeit an Hearings/Vernehmlassungen zu beteiligen und bei ausgewiesenem Bedarf auch eigene Ideen auszuarbeiten.

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Dr. med. Franz Rohrer, Schützenstrasse 2
CH-4415 Lausen, synapse@emh.ch

Mitglieder der Redaktion

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

Dr. med. Tobias Eichenberger,
Facharzt für Urologie FMH

Dr. med. Beatrice Huth,
Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH

Dr. med. Ch. Itin, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Redaktor Fortbildungskalender

Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Dr. med. Sabine Lingenhel,
Fachärztin für Innere Medizin FMH

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

Dr. med. Alexandra Prünfte,
Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie FMH

Dr. med. Lukas Wagner,
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH

«Synapse»-Archiv im Internet
www.aerzte-bl.ch

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 55, Fax +41 (0)61 467 85 56
E-Mail: verlag@emh.ch
www.emh.ch

Layout, Satz und Druck
Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise
erscheint achtmal jährlich

Abonnementskosten
Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Ariane Furrer
Assistentin Inserateregie
Farnsburgerstrasse 8
CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 88, Fax +41 (0)61 467 85 56
afurrer@emh.ch



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland
Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach
Tel. +41 (0)61 976 98 08, Fax +41 (0)61 976 98 01
E-Mail: fschwab@hin.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel
Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Marktasse 5, CH-4051 Basel
Tel. +41 (0)61 560 15 15, Fax +41 (0)61 560 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:
13.5.2008