Mosaico Forum

### **Forum**



#### «Brauchen wir Gott in der Medizin?» [1]

Ich finde das Gespräch zwischen Ärzten und Theologen sehr sinnvoll. Ich finde es wichtig, dass neben der Auseinandersetzung um den TarMed und die Finanzen auch eine Diskussion über höhere Werte stattfindet. Herr Dr. med. W. Grete stellt als Präsident der Ärztegesellschaft Zürich im Editorial die entscheidende Frage nach dem Sinn des Lebens. Die Antwort auf diese Frage ist angesichts der Erfahrungen der Hilflosigkeit für den Patienten und den Arzt gleichermassen bedeutsam, Herr Prof. Dr. med. B. Staehlin sieht in der christlichen Tradition die Antwort im christozentrischen Menschenbild. Ich stimme mit ihm vollkommen überein und finde es faszinierend, wie er als Psychosomatiker in der Sprache der Bibel die zentralen Antworten formuliert. In christlicher Sprachtradition würde ich die These sogar noch ergänzen: Wir brauchen Gott in der Medizin und in allen Lebensbereichen mehr denn je.

Ich denke auch, dass es entscheidend ist, welches Bild vom Menschen skizziert wird. Welches Ziel hat die heute oft sogenannte Selbstverwirklichung des Menschen? Ist es die eigene Glückseligkeit? Ist es die individualistische Bedürfnisbefriedigung in einer multikulturellen Gesellschaft, wie dies das meist unbewusst vorherrschende naturwissenschaftlich-psychologisierende Weltbild postuliert? Welche Werte werden damit propagiert ausser der nackte Egoismus und die Ellbogengesellschaft? Wie sollen mit einem solchen Weltbild vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen und demographischen Entwicklung in Zukunft die überproportional ansteigenden Kosten für die Gesundheitsversorgung und für die Renten finanziert oder gar mögliche Kürzungen verkraftet werden? Wie soll so eine junge Generation noch den Mut finden, Verantwortung für einen Partner oder gar für Kinder zu übernehmen? Das individualistische Weltbild ist wissenschaftstheoretisch nicht fundiert und damit pseudowissenschaftlich. Es muss eindeutig als falsch, verführerisch und zerstörerisch aufgedeckt und überwunden werden. Die für das individualistische Weltbild oft missbrauchte Psychologie ist als Humanwissenschaft nicht in der Lage, absolute Aussagen zu machen, sondern sie beruht auf Annahmen. Ihre Axiome müssen einhergehend mit dem wissenschaftlichen Fortschritt immer wieder überarbeitet und angepasst werden. Jede Wissenschaft wird sich davor hüten, religiöse Glaubensaussagen zu treffen und noch dazu weltanschaulich übergreifend.

Es geht mir nicht darum, Naturwissenschaft und Religion gegeneinander auszuspielen. Ich denke, wir können von beiden für die Beschreibung des Menschenbildes lernen. Für mich ist die Religion eine Ebene hinter der Naturwissenschaft, die sich gleichsam in einer tieferen Dimension mit den Fragen und Antworten nach dem Sinn des Lebens befasst. Ich finde jedoch, dass wir - ausgehend vom christozentrischen Weltbild - noch einen Schritt weitergehen sollten. Die Sprache der Bibel setzt ein Verständnis der christlichen Symbole und den Glauben an Jesus Christus voraus. Diese Voraussetzungen sind heute jedoch für viele Menschen nicht mehr gegeben.

Ich würde daher gerne das von Herrn Staehelin christozentrisch genannte Menschenbild in die heutige Sprache übersetzen, und dies möglichst weltanschaulich neutral. Mit «möglichst weltanschaulich neutral» meine ich den Versuch, die in allen Hochreligionen mehr oder weniger ausgeprägten und gemeinsam vorhandenen tieferen Sinnerfahrungen zu formulieren. Solche zentralen Inhalte sind die Achtung vor der Natur und in der Entscheidungsmöglichkeit des Menschen zu solidarischem Fühlen und Handeln. Das Weltbild der Solidarität mit Mensch und Natur setzt im Gegensatz zum kurzfristigen individualistischen Glücksstreben Bindungen und Verpflichtungen voraus, zeigt die eigentliche persönliche Freiheit auf und ermöglicht das langfristige Glück der tiefsten Freude an der eigenen Existenz. Es bietet damit den grössten Reichtum in der Gegenwart und gibt die Gewissheit und die Kraft, mit Zuversicht und Hoffnung in die Zukunft blicken zu können. Es ermöglicht die Übernahme von Verantwortung für diese Welt und die Einsicht für persönlichen Konsumverzicht zur Unterstützung Bedürftiger. Wer in der Wirklichkeit des Weltbildes «Solidarität» lebt, hat die beste Prophylaxe gegen mindestens einen Drittel der Krankheiten, die durch eine Grundstimmung der bewussten oder unbewussten Angst ausgelöst sind. Mit der Lebensmaxime Solidarität würde auch der Verzicht auf unverhältnismässige medizinische Leistungen leichterfallen. Insgesamt könnte man so viele Gesundheitskosten sparen. Wenn es gelänge, dass sich alle Religionen in der jeweiligen Umgangssprache zu diesen übergreifenden tieferen Sinngehalten bekennen würden, würden die meist religiös verbrämte Legitimation für Kriege und die dadurch verursachten Leiden dahinfallen. Auf dieser Basis könnte man auch leichter weltweite Vereinbarungen über Standards wie z.B. für Soziale Sicherheit, Umweltschutz und Arbeitsbedingungen treffen.

Im Geiste der Neutralität und im Geiste der mit dem Nobelpreis ausgezeichneten «Ärzte ohne Grenzen» sollten wir daher alle Kirchen dieser Welt und alle politisch Verantwortlichen auffordern, ein solches kurzes gemeinsames Glaubens- und Wertebekenntnis in heutiger Sprache zu formulieren. Im Entwurf könnte dieser Text lauten wie folgt: «Der tiefste Sinn des Lebens liegt in der Achtung vor der Natur und in der Entscheidungsmöglichkeit des Menschen zu solidarischem Fühlen und Handeln.» Ich bin sicher, dass uns dies einen grossen Schritt weiter hinein ins 21. Jahrhundert brächte.

- D. Stohrer, Kantonsspital Münsterlingen
- 1 Schweiz Ärztezeitung 1999;80(51/52):2959, 2985-93.

#### Brauchen wir Gott in der Medizin?

Als ich blind war an den Augen meines Geistes (denn bekanntlich nützt auch das beste Auge nichts, wenn kein Licht da ist), und als ich mir selbst das Zentrum meines Daseins war, da pflegte ich mich zu fragen: Kann ich Gott gebrauchen oder nicht? Wo würde er allenfalls in mein Konzept passen? ... und was für ein Gott müsste es sein? Ich implizierte, dass er für mich verfügbar war, und ich entschied, ob er brauchbar oder unbrauchbar ist.

Als Gott sich über mich erbarmte in meiner Blindheit und Überheblichkeit und sein Licht die Voraussetzung schaffte, dass ich Jesus, das wahre Leben und mich selbst in seinem Licht wahrnehmen konnte, fiel ich vor meinem Schöpfer und Retter nieder. Viele der früheren Fragen wurden belanglos, wenn nicht sogar lächerlich. Andere Fragen formierten sich: Wie kann ich Dir, mein Herr, dafür danken, dass Du meinem Leben eine Perspektive, eine ewige Bestimmung gegeben hast? Was muss sich in meinem Leben ändern, dass Du mich brauchen kannst? ...

Dr. A. Zurbuchen, Dürrenäsch



Mosaico Forum



Weiter- und Fortbildung: In Mallorca bitte! Fast etwas ernüchtert, aber nicht minder beeindruckt, blättere ich in dem Kongresskalender, der Beilage zur Schweizerischen Ärztezeitung. Fast beängstigend ist diese Fülle von Angeboten. Deren Auflistung ist nun nicht mehr zu bewältigen, ausser mit einem Direkteintrag via Internet. Würde das Angebot proportional zum Wissensstand und zur Ausbildung unserer Mediziner stehen, dann wäre nächstes Jahr diese Beilage zur Schweizerischen Ärztezeitung ersatzlos zu streichen. Man fragt sich wirklich ernsthaft, wer denn überhaupt im Spital und in den Praxen noch arbeitet, um das Weitergebildete anzuwenden. Oder führt diese Angebotsflut möglicherweise zu Schlafstörungen, über die man sich nach ganzseitiger Annonce auf erster Seite des Kongresskalenders gemäss WHO sofort weiterbilden kann. Übrigens dürstet mich schon lange nach einem Bioenergetik- und Körperpsychotherapieseminar für Selbsterfahrung in Formentera (España). Die blendende Sonne am Meeresstrand auf meinem Gesicht wird meiner Selbsterfahrung gut tun. Sollte man dabei Visusprobleme bekommen, kann man sich gerade am 13. Jahreskongress der Internationalen Vereinigung für binokulare Vollkorrektion, die vom 1.6. bis 4.6.2000 in Holland stattfindet, anmelden. Dies müsste reichen, denn das oben erwähnte Selbsterfahrungsseminar ist im April, wenn in der Klinik und zu Hause die Frühjahrsmüdigkeit

Übrigens kann ich diesen FMH-Kongress-Service auch als Ferienplaner benutzen: Fein säuberlich werden die angebotenen Weiterbildungen entsprechend dem Land, wo sie stattfinden, aufgelistet: Welch ein Segen! Übrigens, es gibt noch immer viele Firmen, die Sie gerne z.B. nach Playa de las Americas in Teneriffa mitnehmen. Schade, wenn Sie das hier jetzt lesen, haben Sie den 47. Internationalen ärztlichen Fortbildungskongress für praktische Medizin verpasst; irgendwie sollte man dem Kongresskalender noch einen Guide beilegen. Dies wäre die effektiv gelebte Selbstkontrolle für die Weiterbildung und ganz im Sinne des KVG. Übrigens hoffe ich, Sie dann definitiv am 3.7.2000 am Congrès de la FEAMC, FIAMC et AMIC in Rom zu treffen, den Dr. O. Jungo organisiert. Sie wissen nicht, was das heisst? Unglaublich, wir sollten eine Fortbildung zur Klärung dieser Situation anmelden. Wie heisst doch die Adresse: www.emh.ch.: Weltweit warm empfohlene Weiterbildung. Editores Medicorum Helveticorum.ch.

so richtig zuschlägt.

Prof. Dr. med. Martin H. Schöni, Bern



### Obligatorischer Fortbildungsnachweis

Mitte Dezember habe ich ein Schreiben erhalten, dass jetzt offensichtlich ab diesem Jahr ein Fortbildungsnachweis obligatorisch sei. Als erstes möchte ich diesbezüglich festhalten, dass es nicht wahr ist, dass uns die Qualitätskontrolle vom KVG aufdoktriniert wurde. Leider versuchen gewisse Ärztekollegen, uns dies in extremer Art und Weise aufzuzwingen. Dass eine minimale Qualität unserer *Leistung* vom KVG gefordert wird, ist sicher richtig. Die Qualität der Weiterund Fortbildung der Leistungserbringer ist im KVG (Art. 58 und KVV 77) jedoch nicht erwähnt.

Unser Zentralpräsident, Herr Dr. Brunner, erwähnt in einem seiner diversen Schreiben in der Ärztezeitung, dass er stolz sei, dass die Schweiz den weltweit strengsten Fortbildungsnachweis von den Ärzten verlangt. Ich frage mich wirklich, ob man darauf stolz sein kann, wenn man die eigenen Kollegen, welche seit vielen Jahren erstklassige Arbeit leisten, auf so eine Art und Weise erniedrigt. Dieser obligatorische Fortbildungsnachweis ist aus der Feder von Ärzten entstanden, welche örtlich neben Kantonsspitälern oder Universitätsspitälern ihre Praxis haben. In diesen Ortschaften ist es problemlos möglich, während den Fortbildungen die Betreuung der Patienten anderen praktizierenden Ärzten zu überlassen.

In der Schweiz gibt es nicht nur zentral gelegene Orte. Ich wohne und arbeite in Samnaun. Die nächstgelegenen Fortbildungsorte für mich sind mindestens mit 4 Stunden Reisezeit für beide Wege verbunden. Ab Ende November bis Anfang Mai haben wir Skisaison und ich kann das Tal nicht verlassen, da ich der einzige Arzt bin. Der nächste Arzt ist eine Stunde Fahrzeit entfernt und die Strassen sind im Winter häufig geschlossen. Von den übrigbleibenden 6 bis 7 Monaten benötige ich 4 Wochen Ferien. Somit verbleiben mir noch 5-6 Monate, in welchen ich 50 Stunden externe Fortbildung absolvieren soll. Dies würde bedeuten, dass ich in der Sommerzeit einen Arbeitstag pro Woche für Fortbildung reservieren müsste (Anfahrtszeit, Fortbildung, Heimreise). Unsere Talschaft hat zu wenig Einwohner, um einen zweiten Arzt zu beschäftigen und einen Vertreter für die Fortbildungszeit kann ich mir finanziell nicht leisten.

Die kontinuierliche Fortbildung ist sicher etwas Essentielles. Wie die Fortbildung betrieben wird, sollte allerdings den Ärzten überlassen bleiben. Jeder Arzt weiss selbst, wo er seine Lücken hat und wie er diese am besten füllen kann. In der heutigen Zeit mit Internetverbindungen, Video- und Telefonkonferenzen müssen neue Kommunikations-

wege ebenfalls benützt werden können. Bei der Ausarbeitung Ihrer neuen Vorschriften ist ein entscheidender Punkt übersehen worden. Qualität ist nicht ein Wartezimmer voll Zertifikate. Die Qualität beginnt in erster Linie damit, dass bei einem Notfall ein Arzt vor Ort ist.

Aus ethischen Gründen bin ich nicht bereit, 50 Stunden auswärtige Fortbildung pro Jahr zu betreiben und die Talschaft mit all den in- und ausländischen Gästen in dieser Zeit ohne ärztliche Versorgung zu lassen. Dies nur, damit ich in meinem Wartezimmer einen lächerlichen Zettel aufhängen kann, welcher bescheinigt, dass ich irgendeinem Professor zugehört habe, wie er das erzählt, was in jeder Zeitschrift nachzulesen ist. Haben gewisse Kollegen sämtlichen Sinn für das Wesentliche in der Medizin verloren? Sind diese Kollegen wohl der Überzeugung, dass durch Bürokratie die Qualität unserer Leistungen gesichert werden könnte? Sowohl die Versicherer wie auch unsere Aufsichtsbehörde sind klar nicht Ihrer Ansicht. Es geht gemäss KVG bei der Qualitätssicherung nicht um die Qualität der Leistungserbringer (z.B. Ärzte), sondern um die eigentliche Qualität der Leistung. Ich möchte Sie höflich auffordern, Ihre für unsere Patienten und uns Ärzte schädlichen Anstrengungen zu überdenken.

Dr. med. Rudolf Horn, Samnaun-Ravaisch

#### Kommentar

Die Meinung von Dr. Horn, das KVG verlange lediglich die Qualität der Leistung und nicht die Qualität der Leistungserbringer, das heisst der Ärzteschaft, geht natürlich an der Realität vorbei: die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte ist mit Sicherheit eine der wichtigsten Grundlagen einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Anderseits gehe ich mit Kollegen Horn einig, dass die von ihm beschriebene «Fortbildung im Zentralspital» für ihn (und für viele andere Kollegen, welche in abgelegenen Talund Ortschaften praktizieren) nicht das Gelbe vom Ei ist. Wie er zu Recht selbst schreibt, erlaubt die heutige Technologie auch ärztliche Fortbildung mit modernen Methoden, welche ebenso dokumentierbar und nachweisbar sind wie der physische Besuch einer Fortbildungsveranstaltung in einem Spital. Die medizinischen Fachgesellschaften sind in diesem Punkte gefordert, sie müssen ihre Fortbildungsprogramme den Bedürfnissen ihrer Titelträger und den realistischen Möglichkeiten anpassen und weiterentwickeln; die Fortbildungsordnung der FMH lässt hierfür Tür und Tor offen!

Dr. med. René Salzberg Präsident der Kommission für Weiter- und Fortbildung FMH



Mosaico



### Medienopfersyndrom (II)

Gerne nehme ich die Replik [1] des Kollegen Gmür als Anregung entgegen, meinen Standpunkt in bezug auf die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) anhand praktischer Beispiele zu präzisieren, wurde mein Artikel doch grundlegend missverstanden. Die beiden Grundthesen könnten mit anderen Worten etwa lauten:

Psychiater behandeln recht häufig und mit Erfolg eine Krankheit (= Kategorie), die es gemäss ICD 10 nicht gibt. Weil dem so ist, macht die Schaffung einer Unterkategorie (z.B. Medienopfersyndrom) nicht Sinn. Deshalb erübrigt sich auch die Einführung eines neuen Parameters auf der Ebene von Unterkategorien.

Hat diese Krankheit einmal den richtigen Namen und tritt zusammen mit anderen (Diagnosen) auf, handelt es sich trotzdem häufig um eine andere Krankheit.

Diese scheinbaren Widersprüche entstehen u.a. aus folgenden Umständen. Erstes Beispiel: Ein Patient wird zwei Monate nach einem «leichten» Autounfall vom Hausarzt geschickt wegen einer Depression mit u.a. anhaltenden Alpträumen und Panikattacken. Die Symptome verschwinden innert kurzer Zeit unter psychotherapeutischer Behandlung auf dem Boden der imaginativen Psychotherapie (KB), Hypnose und EMDR. Obwohl es sich um eine PTBS mit den entsprechenden Symptomen handelt, kann keine PTBS diagnostiziert werden, weil das Kriterium der aussergewöhnlichen Schwere des traumatisierenden Ereignisses (A-Kriterium) nicht gegeben ist. Dieses ist z.B. Opfern von Naturkatastrophen, Kriegen, Folter etc. vorbehalten (Bedrohung, die in fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde). Im Vergleich dazu handelt es sich um eine «einfache Traumatisierung», eine eigentliche Diagnosekategorie gibt es nicht. In diese «Nichtkategorie» gehört auch das «MOS». Da das Problem der Klassifizierung in der Benennung der Schwere des traumatisierenden Agens liegt und nicht in dessen Art, bringt es keine Klärung, einen neuen Parameter (z.B. Gewalt, Unfall, Hirnoperation, «aggressivverletzende Publizistik» [Medien]) einzubringen.

Ein weiteres Beispiel: eine 25jährige Frau wird vom Hausarzt wegen akuter Suizidalität und mittelschwerer Depression angemeldet. Die Frau war vergewaltigt worden. Im Vordergrund stehen Gefühle der Scham und Ohnmacht. Von meinem Behandlungsverständnis her spielen die Art der Gefühle keine Rolle, das therapeutische Vorgehen besteht zunächst aus Stabilisierung, später Traumabearbeitung. Das eigentliche Problem kommt erst im Verlauf der Therapie zum Vorschein, die Frau war bereits in ihrer Kindheit fortdauernder körperlicher Gewalt

ausgeliefert gewesen. In der Praxis ist diese komplexe Traumatisierung nun aber erheblich schwieriger zu behandeln und erfordert einen viel längeren Behandlungszeitraum. Obwohl nun die Diagnose PTBS klar ist, bestimmt die damit gar nicht diagnostizierte, aufgrund ihrer Erfahrungen mit Gewalt in ihrer Kindheit resultierende Persönlichkeitsproblematik den Verlauf der Therapie. In meiner Praxis ist dies mitunter die häufigste Konstellation. Auch hier findet das MOS einen Platz.

Ein letztes Beispiel: ein 38jähriger Mann kommt wegen Depressionen mit Schuldgefühlen, Schlafstörungen, Alpträumen und wiederkehrenden Schweissausbrüchen in die Behandlung. Vor drei Monaten Autounfall mit Verletzten. Mit der Therapie bessert die intrusive Symptomatik bald, die quälenden Schuldgefühle aber bleiben bestehen. Auf Nachfragen gibt der Mann an, dass ein Gerichtstermin noch ausstehend sei. Die Schuldgefühle sind also nicht einfach unsinnig, sondern sind möglicherweise, je nach Gerichtsurteil, adäquat. In dieser Art bespreche ich dies auch mit dem Patienten.

Kollege Gmür beschreibt in seinem Artikel [2] mit «MOS eine Gruppe von psychopathologischen Erscheinungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen, die Opfer einer aggressiven, verletzenden Publizistik geworden sind». In meinem ersten Leserbrief [3] habe ich u.a. darzulegen versucht, dass die von ihm beschriebenen Beobachtungen mit den oben erwähnten Einschränkungen zur PTBS passen. Es darf aber meiner Meinung nach nicht übersehen werden, dass ein Teil dieser von ihm beschriebenen Opfer (wie in meiner dritten Kasuistik) auch Täter sein können.

In der Behandlung einer PTBS gibt es zunächst das Problem der Stabilisierung, erst wenn die Medien sich ruhig verhalten, kann die Traumabearbeitung begonnen werden, ansonsten die Symptomatik verstärkt wird. Darauf hat man gewöhnlich keinen Einfluss, muss also zuwarten. Bei der Traumabearbeitung selbst stellen sich dann u.a. die oben erwähnten Probleme. Falls tatsächlich ein realer Täteraspekt vorhanden ist (als genanntes Beispiel Mord), gewisse Gefühle also nichts mit der Opferrolle zu tun haben, sondern eben mit der realen Tat (Scham nach einer moralisch verwerflichen Tat ist normal und somit nicht therapierbar), kommt ein neuer, nicht zu einer PTBS gehörender Aspekt hinzu. Darauf verweist Kollege Gmür ja auch am Schluss seines Artikels. In diesem Fall, bei anhaltender auf diesen Aspekt begrenzter Symptomatik, macht eine Diagnose MOS nach meinem Verständnis gar keinen Sinn.

Dr. W. Schneider, Muttenz

- 1 Gmür M. Replik. Schweiz Ärztezeitung 1999; 48:2840.
- 2 Gmür M. Das Medienopfersyndrom (MOS). Schweiz Ärztezeitung 1999;44:2604-6.
- 3 Schneider W. Medienopfersyndrom [Leserbrief]. Schweiz Ärztezeitung 1999;48:2839.

#### Replik

Sprachlogische Ungereimtheiten und argumentative Unklarheit der nochmaligen unkonzisen Antwort von Herrn Kollege Schneider behindern eine geziemende und stringente Entgegnung. Soweit nachvollziehbar scheint seine Duplik im Ton des Widerspruchs, Ansichten zu formulieren, die ich selber bereits ausgeführt und jedenfalls nicht in Frage gestellt habe. Wie schon erläutert, ist auch beim Medienopfersyndrom (MOS) dem Schweregrad des Traumas sowie den traumaunabhängigen Persönlichkeitsstörungen und Belastungsfaktoren, sowohl bei der psychotherapeutischen Aufarbeitung als auch hinsichtlich der rechtlichen Beurteilung, Rechnung zu tragen. ICD-Diagnostik in Ehren, aber auch notwendige und nützliche institutionalisierte nosologische Methodik darf nicht nach dem Grundsatz verfahren: Es kann nicht sein, was nicht sein darf. Erbsenzähler haben auch Bohnen zu berücksichtigen.

PD Dr. med. Mario Gmür, Zürich

## Pressemitteilung

# Vereinigung der Reizdarm-Patienten IG IBS gegründet

pd. In Bern ist die Interessengemeinschaft der IBS-Patienten, die IG IBS, gegründet worden; sie dient der Aufklärung der Betroffenen und dem gegenseitigen Erfahrungsaustausch.

IBS (Irritable Bowel Syndrome), auch als Reizdarm oder Colon irritabile bezeichnet, ist eine chronische Krankheit, die sich in schubweise auftretenden Bauchschmerzen, Blähungen, Verstopfung und Durchfall äussern kann. Aufgrund aktueller Erhebungen ist davon auszugehen, dass heute in der Schweiz rund 15 Prozent der erwachsenen Bevölkerung unter verschiedenen Schweregraden von IBS leiden, was einer Zahl von rund 750 000 Patienten entspricht.

Von den Betroffenen sind drei von vier aktiv auf der Suche nach Linderung; dies bedeutet, dass der Leidensdruck tatsächlich hoch ist, was auch von Arztseite bestätigt wird. Die in Bern gegründete «Interessengemeinschaft IBS (IG IBS)» verfolgt das Ziel, die Patientinnen und Patienten aufzuklären, über die Fortschritte in der Behandlung zu informieren und den gegenseitigen Erfahrungsaustausch zu erleichtern.

IG IBS wird von Professor Georg A. Stalder präsidiert und arbeitet eng mit GastroMed Suisse, der Gesellschaft für die Prävention und Bekämpfung von Krankheiten des Magendarmtrakts und der Leber, zusammen. Ihre Tätigkeit wird von Novartis Pharma Schweiz AG unterstützt.

Anmeldungen und Bestellungen von Informationsmaterial nimmt ab sofort Telefon 031 312 88 11 entgegen. Postadresse: IG IBS, Postfach, 3000 Bern 2.

