

Forum



Abschaffung des Praxislabors?

An den FMH-Präsidenten

Die neuesten Vorgaben der Qualitätskontrolle im Praxislabor geben zu einigen Sorgen Anlass: Einerseits wurde die Anzahl der Ringversuche von drei auf vier erhöht, andererseits gleichzeitig festgelegt, dass drei von vier Laborwerten im definierten Toleranzbereich liegen müssen. Ohne Berücksichtigung der Ausweitung auf immer neue Parameter entspricht dies einer Kostensteigerung von mindestens 33% (der Preisüberwacher lässt grüssen!).

Wurde das Kosten-Nutzen-Verhältnis dieser Massnahme zuvor geprüft? Wenn ja, welche Anzahl Ringversuche wird von der QUALAB schliesslich als notwendig erachtet?

Einmal mehr stellt sich die Frage, ob das Praxislabor via Unkostenerhöhung abgeschafft werden soll. Logische Konsequenz wäre die Nichtbeachtung solcher bürokratischer Verordnungen durch die betroffenen Ärzte; dies zumindest bis die offenen Fragen geklärt sind.

*Für den Aargauischen Ärzteverband:
Dr. A. Haefeli, Präsident*

Y. Peterhans-Windisch, Geschäftsführerin

Replik

Der Vorstand der QUALAB hat an seiner Sitzung vom 15. Juni 2000 beschlossen, dass die unterzeichnenden Personen Dr. H. H. Brunner, Präsident FMH, die Antwort der QUALAB auf das Schreiben des Aargauischen Ärzteverbandes mit der Bitte um Publikation in der Schweizerischen Ärztezeitung übermitteln. Dies aus der Überlegung heraus, dass das Anliegen der Aargauer Ärzte sicher einem gesamtschweizerischen Interesse entspricht.

Die Stellungnahme der QUALAB lautet wie folgt:

Die QUALAB setzt grundsätzlich die gesetzlichen Vorgaben aus dem Krankenversicherungsgesetz und den Vorbemerkungen zur Eidg. Analysenliste um. Im weiteren muss auf die Entstehungsgeschichte zur neuen Analysenliste, die erinnerlich gemeinsam unter allen Tarifpartnern und unter der Projektführung der GRAL (Gesamtrevision Eidg. Analysenliste) geschaffen wurde, verwiesen werden. Dabei galt als gemeinsam akzeptierte Zielsetzung, für alle beteiligten Tarifanwender der Analysenliste nur dann abweichende Taxpunktwerte zu vereinbaren, wenn die diesbezüglichen betriebswirtschaftlichen Kalkulationen eine solche auch rechtfertigen würden. Konkret hat sich bei der Tarifierung im Rahmen der Analysenliste gezeigt, dass sich zwischen den Kosten der

Arztpraxislaboratorien und der übrigen Laboratorien eine Differenz von rund 20%, entsprechend rund 20 Rappen zugunsten der Arztpraxislaboratorien ergeben. Um das gemeinsame Ziel von gleich hohen Taxpunktwerten für alle Leistungserbringer realisieren zu können, wurde darauf verzichtet, das Praxislabor mit einem Taxpunktwert von nur 80 Rappen zu entschädigen; die Differenz wurde daher dadurch begründet, dass diese 20 Rappen als Aufwand des Praxislabors für die externe Qualitätssicherung angerechnet wurden. Unter der externen Qualitätssicherung wurden immer externe Ringversuche und die eigentliche Qualitätskontrolle über die jeweiligen Parameter, mit entsprechenden Toleranzwerten verstanden. Mit der Umsetzung der externen Qualitätskontrolle wurde auch im Sinne einer edukativen Qualitätssicherung die QUALAB beauftragt. Die vom Aargauischen Ärzteverband aufgeworfene Frage, ob die Durchführung der externen Qualitätssicherung durch die QUALAB zu vermehrten Unkosten in der Arztpraxis führt, ist somit so zu beantworten, dass erst mit der konkreten Umsetzung der Qualitätssicherung im Laborbereich die Bezahlung von 20 Rappen je Taxpunkt im Analysenbereich eigentlich gerechtfertigt wären (streng genommen). Im übrigen wurde seitens der Ärzteschaft auch immer argumentiert, dass die Arztpraxislaboratorien schon immer eine externe Qualitätssicherung durchgeführt haben. Es kann sich somit nicht um einen Mehraufwand wegen der Qualitätssicherung der QUALAB handeln, sondern nur um die Rechtfertigung der 20 Rappen durch die konkrete Teilnahme der Arztpraxislaboratorien an den immer unter allen beteiligten Partnerorganisationen gemeinsam festgelegten Vorgehensweise, die im übrigen durch die mitbeteiligten Fachgremien aus rein fachlichen Aspekten heraus festgelegt werden.

Die Frage des Überlebens der Arztpraxislaboratorien ist dabei nicht Aufgabe und Gegenstand der QUALAB; sie wird politisch bestimmt. Inzwischen wurde jedoch seitens der zuständigen Instanzen bestätigt, dass es nicht um die Abschaffung des Praxislabors gehen würde. Im übrigen ist der Ärzteschaft schon seit vielen Jahren bekannt, dass die Gemeinschaftslaboratorien das Hauptproblem der politischen Instanzen darstellen. Von dieser Seite her ist denn auch das Praxislabor gefährdet! Von der Qualität will man ja nur gegenüber dem Kunden im Gesundheitswesen sicherstellen, dass die durchgeführten Laboranalysen einen wichtigen und richtigen Beitrag zur Diagnosestellung und Therapieüberprüfung seitens der Ärzte darstellen. Vor allem in diesem Zusammenhang stellt sich denn richtigerweise auch die vom Aargauischen Ärzteverband aufgeworfene Frage nach dem richtigen Kosten-Nutzen-Verhältnis.

Im übrigen ist die Konsequenz aus einer allfälligen Nichtbeachtung oder Nicht-Teil-

nahme oder ab dem Jahre 2000 Nicht-Bestehen der von der QUALAB überprüften externen Qualitätskontrolle, dass die Versicherer die Laborleistungen der Laboratorien nicht mehr bezahlen würden und gegebenenfalls ein Verfahren gemäss Artikel 77 KVV durchgeführt werden müsste.

Diesen Sachverhalt hatte im übrigen bereits L. Bapst in der Schweizerischen Ärztezeitung [1] dargestellt.

*Dr. oec. L. Bapst,
Präsident QUALAB*

*J. R. L'Eplattenier,
Sekretär QUALAB*

1 Bapst L. Eidgenössische Analysenliste: Quo vadis? Schweiz Ärztezeitung 1997; 78(17):619-22.



Sondernummer Kopfschmerz

Es ist erfreulich, dass die Schweizerische Ärztezeitung dem in der Praxis so wichtigen Thema Kopfschmerz eine ganze Sondernummer widmet. Dass die durch muskuläre Triggerpunkte verursachten Kopfschmerzen darin aber mit keinem Wort erwähnt werden, kann nur Kopfschütteln auslösen.

Im Zürcher «Tagesanzeiger» vom 19. Dezember 1990 veröffentlichte eine Frau Doris Müller einen Leserbrief folgenden Inhalts: «Genauso läuft eine Migräneattacke auch bei mir ab – seit meinem 13. Lebensjahr. Damals wurden diese Zustände von den Ärzten auf zu rasches Wachstum zurückgeführt. Der Arzt, der des Rätsels Lösung fand, erklärte mir, dass ich einen Migräneanfall im Anfangsstadium «kupieren» muss. Dies machte ich jahrelang, indem ich die gängigen Tabletten einnahm. Vor sieben Jahren stiess ich zufällig auf einen Kurs für Akupressur zur Selbstanwendung und damit auf die Punkte, die ich bei Migräne behandeln kann. Beim nächsten Anfall machte ich gleich einen Versuch. Es wirkte! Seitdem habe ich nie mehr Medikamente eingenommen. Bis die Wirkung durch die Akupressur eintritt, benötige ich 15 bis 30 Minuten. Hinterher fühle ich mich wohler, als dies nach Einnahme der Tabletten der Fall war ...» Die Leserbriefschreiberin kann Akupressur allen migränegeplagten Mitmenschen wärmstens empfehlen.

Dass diese Laientheorien eine wissenschaftliche Grundlage haben, ist seit langem bekannt. Janet Travell, die Rheumatologin von John F. Kennedy hat schon 1957 die Kopf- und Gesichtsschmerzen, denen Triggerpunkte der Hals- und Nackenmuskulatur zugrunde liegen, detailliert beschrieben [1, 2]. 1990 hat Brückle aus der Forschungsgruppe des namhaften Fibromyalgieforschers und ehemaligen Ordinarius der Uni Basel, Wolfgang Müller, gezeigt, dass der Schmerz in Myogelosen eine ischämische Grundlage

hat [3]. Die von David Simons [4] postulierte Hypothese, dass im Zentrum eines überlastungsinduzierten Triggerpunktes (also dort, wo die «local twitch response» auslösbar ist) sich eine dysfunktionierende Endplatte befindet, konnte kürzlich von Pongratz bestätigt werden [5]. Ein Physiotherapeut, der fünf Jahre in meiner Praxis gearbeitet hat, hat dabei den Münchner EMG-Spezialisten beim Aufsuchen der Triggerpunkte die Nadel geführt. Mense konnte kürzlich in Tierversuchen die Hypothese von Simons bestätigen, dass in überlasteter Muskulatur kontrakte Sarkomere gefunden werden. Seit Jahren klärt dieser Heidelberger Forscher das für die Schmerzmedizin so wichtige Phänomen des übertragenen Schmerzes auf [6], also das Phänomen, dass die schmerzverursachenden Triggerpunkte beispielsweise im Sternocleidio oder im Trapezius descendens liegen, die provozierten Schmerzen aber in der Stirne resp. in der Parietalregion empfunden werden. In meinen Kursen dauert es regelmässig nur eine Viertelstunde, bis ein Drittel der Kursteilnehmer dieses Palpationsphänomen an sich selber erlebt hat. Immerhin 1500 Physiotherapeuten und ca. 150 Ärzte haben bis jetzt in mehrtägigen Kursen der «Interessengemeinschaft für myofasziale Triggerpunkttherapie» (IMTT) Kenntnisse in Triggerpunkt-Behandlung erworben. Wir geben uns also grosse Mühe, dass die Schulmedizin nicht von Hausfrauen und Heilern rechts überholt wird. Einige dieser Ärzte sind zu Zuweisungsinstanzen für chronische Schmerzpatienten geworden. Neben Rücken-, Bein- und Armschmerzen behandeln sie auch Patienten mit chronischen Kopfschmerzen. Manche dieser Patienten können nachhaltig gebessert oder geheilt werden, wenn es den Ärzten gelingt, die komplexen myofaszialen Syndrome zu verstehen und wenn Chronifizierungsprozesse das Bild noch nicht beherrschen. Mir scheint, es seien Kopfschmerzen recht vieler Patienten durch manuelle Triggerpunkttherapie und «Dry Needling» beeinflussbar und es spiele dabei nicht eine so grosse Rolle, ob sie bisher unter der Flagge Spannungskopfschmerzen oder Migräne gesegelt sind [7].

Zwei Haltungen führen dazu, dass das Paradigma des myofaszialen Schmerzes, obwohl durch viele Publikationen seit mehr als 20 Jahren bekannt, sich in unserer Schmerzmedizin nicht durchsetzt.

Erstens gibt es Exponenten, die aus nicht deklarierten Motiven heraus sagen, mit den neuen Theorien könne man sich erst auseinandersetzen, wenn ihre Wirksamkeit in randomisierten Studien bewiesen sei. Dies erinnert mich an eine Zeichnung im «Nebelspalter» aus den 50er Jahren, auf welcher ein großer Knecht mit einer Gabel eine Gruppe von Schweinen in ein Jaucheloch zurückstösst, welches diese zu verlassen trachten. Er sagt dazu: «Ihr dürft erst heraus, wenn ihr sauber seid!» (damals eine Illustration der

amerikanischen Aussenpolitik, die mit kommunistischen Ländern erst Kontakte aufnehmen wollte, wenn sich diese demokratisiert hatten). Natürlich muss auch die Triggerpunkttherapie wie alle unsere Therapien ihre Wirksamkeit schliesslich «evidence based» belegen. Wollte man aber alle medizinischen Methoden abschaffen, welche dieses Postulat heute noch nicht erfüllen, so würde eine Mehrheit von uns arbeitslos. Die zweiten Verhinderungsexponenten sind diejenigen, die nur das lesen, was sie bereits wissen. Dagegen hilft auch die beste Fortbildungsordnung nicht. Mumenthaler, auch ein Neurologe, meint dazu: «Zwei Schwierigkeiten erschweren die Anwendung des Prinzips einer evidenz-basierten Anschauungsweise bei unserem therapeutischen Vorgehen:

- Die Schwierigkeit in der Sichtung und Wertung der Informationsflut.
- Die unheilvolle Neigung des Menschen – auch des Akademikers – eingeschlifene Gewohnheiten beizubehalten.» [8]

Dr. B. Dejung, Winterthur

- 1 Travell JG. Symposium on mechanism and management of pain syndromes. Proc R Virchow Med Sec 1957;16:128-36.
- 2 Travell JG, Simons DG. Myofascial Pain and Dysfunction. 2nd edition. Baltimore: Williams and Wilkins; 1999.
- 3 Brücke W, et al. Gewebe O₂-Messung in der verspannten Rückenmuskulatur. Z Rheumatol 1990;49:208-16.
- 4 Simons DG, et al. Nature of myofascial Triggerpoints. J Musculoske Pain 1995;3(Suppl 1).
- 5 Pongratz D. Persönliche Mitteilung. 2000.
- 6 Mense S. Pathophysiologic basis of muscle pain syndromes. Phys Med Rehabil Clin N Am 1997;8:23-53.
- 7 Dejung B. Chronische Kopfschmerzen, häufig ein muskuläres Problem. Physiotherapeut 1992;12.
- 8 Mumenthaler M. Unveröffentlichtes Manuskript. 2000.



Gefordert wäre auch eine kluge Politik!

Kollege Albert Zeyer mag in seinem Artikel «Das Kind in einer chaotischen Gesellschaft» [1] im Detail gewiss viel Richtiges zu einer optimalen Psychohygiene im Kindes- und Jugendalter festhalten. Im grundsätzlichen scheint mir der Ansatz seiner Kritik jedoch verfehlt. Was er für neu und neuartig erklärt, ist nicht wirklich neu, und was für die moderne Menschheit neu ist, arbeitet er zu wenig heraus. Die Gesetzmässigkeiten chaotischer Systeme sind nicht neu; als naturwissenschaftliche, nämlich physikalische Gesetze sind sie gewissermassen seit Ewigkeit gültig. Und das «Netzwerk» der Verflechtung ökologischer Systeme ist ebenso wenig neu; es besteht mindestens seit dem Vorhandensein einer Biosphäre. Neu ist al-

lenfalls, dass der Mensch ihre Funktionsweisen erkannt hat. Die Natur war aber nie «linear und stationär» organisiert, und die Zukunft war nach unserem derzeitigen Kenntnisstand auch früher schon immer nicht genau voraussehbar (oder vorausberechenbar!). Die Unsicherheit der Zukunft ist also nichts Neues. Auch die Behauptung, die menschliche Gesellschaft sei in letzter Zeit «demokratischer» geworden, scheint mir gewagt, wenn wir den gegenwärtigen Zustand der Welt und die Ideologie des Neoliberalismus betrachten.

Was aber wirklich neu und neuartig an den Existenzbedingungen der zeitgenössischen Menschheit ist, sind vor allem zwei Dinge: die technische Welt, die sich der Mensch geschaffen hat und an welcher er fieberhaft weiterbaut, und das massive Wachstum der Zahl menschlicher Individuen, die «Bevölkerungsexplosion» mit dem Entstehen von Multimillionen-Stadtglomerationen und dem zerstörerischen Einfluss, den solch hohe Bevölkerungsdichten auf die Lebensgrundlagen ausüben, übrigens auch dies eine ökologische Einsicht. Entsprechend sind die Sorgen und Ängste der Jugend: Atombombe, Marschflugkörper, «Krieg der Sterne», Umweltzerstörung.

Nun sind Hoffnungslosigkeit, Resignation und Fatalismus gewiss keine erfolgversprechenden Überlebensstrategien. Aber man muss die Sorgen und Ängste der Jugend ernst nehmen und darf sie nicht bagatellisieren oder gar als gegenstandslos erklären, indem man versucht ihnen mit Hinweis auf die Gesetze des Chaos und der Ökologie weiszumachen, alles werde ohne ihr eigenes Zutun automatisch schon gut herauskommen, wie es im Artikel von Kollege Zeyer durchscheint. Auch seichter Optimismus und widerstandslose Anpassung an «den Trend» sind in Anbetracht ungünstiger Entwicklungen im Bevölkerungs- und Umweltbereich – oder in Sachen Gesundheit, wenn wir an die Zunahme vielfältiger Formen von Toxikomanie denken! – eben keine guten Überlebensstrategien! Die Ökologie umfasst ja nicht nur die Erkenntnis, dass alles irgendwie miteinander «vernetzt» ist, sondern z.B. auch dass Spezies, die sich aus dem Ökosystem ausklinken (oder ausgeklinkt werden), untergehen und verschwinden! Mein Fazit lautet: individuelle Psychohygiene für Kinder und Jugendliche ist schon recht. Aber sie wird nicht genügen, um den existentiellen Nöten der zeitgenössischen Menschheit zu begegnen. Dazu wird es (auch!) eine kluge Politik brauchen!

Dr. J.-J. Hegg, Dübendorf

- 1 Zeyer A. Das Kind in einer chaotischen Gesellschaft. Schweiz Ärztezeitung 2000; 81(24):1316-8.



Titelbetrug

Ich kenne weder Prof. Grüssner noch andere Beteiligte an dieser «Affäre», über die ich zum ersten Mal in der Schweizerischen Ärztezeitung [1, 2] las. Aus meiner Sicht ist jedoch folgender Kommentar angebracht: In den Universitäten fast aller europäischen Länder gibt es nach dem Abschluss des Medizinstudiums (und ggf. einer «Erst-Promotion») ein Verfahren zur weiteren wissenschaftlichen Qualifikation. In den Niederlanden, Grossbritannien und in skandinavischen Ländern ist das eine akademische Dissertation, die mit dem Titel «PhD» abgeschlossen wird. In den meisten Fällen entspricht der Aufwand und das Verfahren einer Habilitation, wie sie in der Schweiz oder in Deutschland üblich ist. In einigen deutschen Bundesländern (z.B. Bayern) wird für die abgeschlossene Habilitation der Titel «Dr. med. habil.» (ausgewiesen durch eine eigene Promotionsurkunde) verliehen, in anderen Bundesländern lediglich die Bezeichnung «Privatdozent». Die hier gegebene absolute Vergleichbarkeit von Aufwand und Verfahren für die Erlangung dieser Qualifikation ist aus meiner Sicht Grund genug, bei Korrespondenz oder Publikationen im englischsprachigen Bereich, diesen Titel zu führen. Dieses Statement berücksichtigt natürlich nicht Fragen der behördlichen Anerkennung und spart auch die Frage aus, ob es ratsam oder berechtigt ist, den PhD auch «zu Hause» zu tragen (nach meinen Erfahrungen ist es äusserst unüblich). Ein Blick in die internationale, englischsprachige Literatur zeigt dann auch, dass manche habilitierte Hochschullehrer einen PhD ausführen, andere diese Qualifikation jedoch «verschweigen». Im Sinne eines interkulturellen Austausches wäre es aus meiner Sicht angebracht, auf eine formale bzw. strafrechtliche Behandlung dieses Themas zu verzichten und eher für einen Informationsgleichstand zu sorgen.

Prof. Dr. M. M. Kochen, D-Göttingen

- 1 Sauter C. Titelbetrug: Nachlese zur Affäre Grüssner an der Viszeralchirurgie des Zürcher Universitätsspitals. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(26):1465.
- 2 Buschor E. Kommentar. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(26):1466-8.



René Salzberg: Epigone oder Seher?

oder der Versuch einer Laudatio anlässlich Deines Rücktritts aus dem ZV der FMH

Was ich an Dir bewunderte, waren drei Dinge: Dein scharfer analytischer Verstand, Deine ethische Zielsetzung und Deine Lauterkeit.

Was Dir fehlte, war das Wesen eines Volkstribuns, die Akzeptanz des Mittelmässigen und das opportune Schweigen.

Und so wirst Du gesehen: geachtet und kritisiert.

Neun Jahre bist Du der Ärztesgesellschaft Baselland vorgestanden (noch ohne finanzielle Abgeltung!) und hast entsprechend viel geleistet, was Dir auch die Anerkennung durch die Ehrenmitgliedschaft eintrug. Ich erinnere mich gut an mein Debüt bei Regierungsrat Manz, als Du mich mitnahmst und wir ihm das Konzept eines Tarifumbaus vorlegten. Ich weiss nicht mehr, wer von uns beiden die Idee dazu generiert hatte, aber wir hatten schon damals erkannt, dass eine Quersubventionierung ärztlicher Leistungen durch technische Dienstleistungen falsche Anreize honoriert. Und wir konnten sowohl die Regierung wie die Krankenkasse und sogar die Kollegen von der Richtigkeit des kostenneutralen Umbaus des Tarifs überzeugen. Dass man nicht einfach zehn Prozent Technik hinunter und Arzt hinauf sagen konnte, wurde bald klar. Erst umfangreiche Berechnungen mit den Zahlen und der Hilfe der Ärztekasse unter der Verantwortung von Werner Aenishänslin führten zum vertragsreifen Tarif, der auch heute noch gilt.

Schon 1981 hattest Du Einsitz in den Zentralvorstand der FMH genommen, den Du jetzt verlässt. Du hast Mut und Stehvermögen bewiesen, als Du auch nach der Nichtwahl zum FMH-Präsidenten weiter im ZV bliebst. Ich denke, dass ohne Dich und andere feste Säulen im ZV die Chaosvögel schon früher und noch vor der versuchten Einführung des TarMed ihre dunkeln Schwingen ausgebreitet hätten.

Das Wohl des Patienten liegt Dir als *primum movens* am Herzen und Du bist überzeugt, dass dafür nur die beste ärztliche Qualität genügen kann. Zuerst als Milizionär, dann fast im Vollamt hast Du Dich für die Aus- und Weiterbildung eingesetzt, wissend, dass die Aura des Halbgottes in Weiss made in Switzerland ein sich erschöpfendes Markenzeichen ist. Nicht immer und überall waren wir die am besten Aus- und Weitergebildeten und Du wusstest schon früher als wir, dass es im Ausland auch gute, ja manchmal sogar bessere Ärzte gibt, als wir es sind. Mit der baldigen Öffnung der Grenzen, mit dem freien Personenverkehr hat dies plötzlich für viele von uns eine ganz neue Dimension bekommen.

Und wenn wir in der Schweiz auf ein Fort- und Weiterbildungskonzept stolz sein dürfen, in dem wir Ärzte im Gegensatz zu allen ausländischen Modellen noch federführend sein dürfen, so haben wir dies Deiner Tatkraft und Weitsicht zu verdanken und Deiner Glaubwürdigkeit. Denn es ging Dir nie darum, Privilegien zu schützen, sondern darum, dass mit dem grösstmöglichen Sachverstand der Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung gedient werde.

Weil Du Dich so sehr mit anderen Gesundheitsmodellen auseinandergesetzt hast, bist Du auch in wichtigen ausländischen Gremien als anerkannter Fachmann willkommen und geachtet. Du bist

- Vizepräsident der Union Européenne des Médecins Spécialistes UEMS,
- aktives Mitglied des Forums der Nationalen Ärztesgesellschaften der WHO und
- Mitglied der Europäischen Akademie der Medizinischen Fortbildung.

Hinter jedem bedeutenden Mann steht eine bedeutende Frau. Dies zu wissen tut gut – dies zu sagen tut not. Wir wünschen Euch und Euren Kindern, die auch vom Virus der menschlichsten aller Wissenschaften nicht verschont geblieben sind, eine frohe Zukunft und weiterhin die zuversichtliche Gewissheit, dass sich das Kämpfen für das als richtig Erkannte lohnt.

Heini Schaefer-Pegoraro, Altpräsident der Ärztesgesellschaft Baselland

Erschienen in SYNAPSE Nr. 3/ Juli 2000