

Forum



Arzt und Mitmensch [1]

Wie sollen wir dem Aufschrei einer Patientin begegnen, die ärztliche Beziehungsunfähigkeit, Technikborniertheit und Überheblichkeit im Krankenhaus schmerzlich erlebt hat? Durch die Schilderung einer heilen Gegenwelt, in der Patienten als Personen begegnet wird und das methodisch-technisch Notwendige behutsam und partnerschaftlich eingeführt wird? – So geschehen im anschliessenden «Kommentar». Ist damit die Klage zurückgewiesen oder als gegenstandslos erklärt? Zustände, wie sie die Patientin schildert, haben zwei Ursprünge: die Überbelastung des Spitalpersonals mit prozeduralen und technischen Aufgaben unter zunehmendem Zeitdruck und das Versagen der Ausbildung (in diesem Fall von Ärzten), Kenntnisse, Fertigkeiten und Einstellungen zu vermitteln, welche die Betreuung und Behandlung von Personen, nicht einfach von Objekten, erfordert. Der erste Ursprung ist, wenn nicht entschuldbar, so doch erklärbar. Im zweiten Fall können wir das Versagen unseres «Systems» bestätigen. Grundsätzliche Reformen des Spitalbetriebs in der angedeuteten Richtung sind heute zwar erschwert durch die Knappheit der Ressourcen und zunehmende Bedürfnisse und Begehrlichkeiten, aber wir dürfen uns doch nicht einfach mit Idealvorstellungen zufriedengeben! Im zweiten Fall ist zu fragen, wie lange unsere Fakultäten noch schwergewichtig – bei aller Anerkennung von gegenläufigen Ansätzen – eine kartesisch-technische «Natur»-Wissenschaft vermitteln und nicht eine beziehungsorientierte moderne Lebenswissenschaft. Auf jeden Fall sollten wir verzweifelten Patienten die Gewissheit verschaffen können, dass wir die Probleme erkennen und zu lösen versuchen.

Prof. Dr. med. H. Pauli, Bern

1 Schweiz Ärztezeitung 1999;80(50):2944.



Allein im Regen

Es ist meines Erachtens sehr wichtig und verdienstvoll, den Artikel von Geiser [1] veröffentlicht zu haben. Denn es geht ja nicht nur um den Stellenwert einer Methode für richtige Aussagen zu Handen diagnostischer und therapeutischer Vorkehrungen. Vielmehr bricht der Verfasser eine Lanze für die saubere, wissenschaftliche Denkweise in der Medizin ganz allgemein, eine Haltung, die auf dem Boden von Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie beruht und offen ist

für jede ernsthafte Kritik, die aber ihrerseits aus rationalem, selbstkritischem Boden erwachsen muss. Dies war aus meiner Sicht in den Artikeln von J. G. Schmidt [2–4], auf die sich Geiser in erster Linie beruft, nicht der Fall. Auch tut es wohl, einmal eine Stimme wider den grassierenden komplementärmedizinischen Hokusfokus zu vernehmen, der ja nun sogar von der FMH mit Fähigkeitsausweisen honoriert wird. Mich erstaunt nur immer wieder, wie Geiser von seinen akademischen Kollegen aus Lehre und Forschung allein im Regen stehen gelassen wird.

Dr. med. Bernhard Ecklin, Grono

- 1 Geiser M. Verfehlt die «Evidence-based medicine» ihr Effektivitätsziel in der seriösen Medizin? Schweiz Ärztezeitung 1999; 80(46):2717-21.
- 2 Schmidt JG. «Evidence-based medicine» und «Placebo». Schweiz Ärztezeitung 1997; 78:1547-9.
- 3 Schmidt JG. «Evidence-based medicine» und der «Publication bias». Schweiz Ärztezeitung 1997;78:1678-80.
- 4 Schmidt JG. «Evidence-based medicine» und zerhackte Rattenschwänze. Schweiz Ärztezeitung 1998;79:1817-21.



Hausärzte der Frauen?

Seit längerer Zeit legen die interventionell tätigen Ärzte in diversen Zeitungen dar, dass sie sich als die grossen Verlierer des geplanten neuen Tarifs erleben. Ich habe Verständnis dafür, dass sie keine Einkommenseinbusen hinnehmen möchten, auch wenn ich als Kinderpsychiaterin von ihren Honoraren nicht einmal träumen kann. Inakzeptabel ist aber die herablassende Haltung gewisser Kollegen gegenüber den Grundversorgern (von den Psychiatern gar nicht zu reden). Offenbar denken gewisse chirurgisch tätigen Kollegen, ihre Arbeit sei a priori mehr wert als eine konservative Behandlung. Besonders deutlich wurde das in einem Artikel eines Gynäkologen, der vor kurzem in der NZZ erschienen ist [1]. In diesem Artikel wurde eine Geburt bei Nacht mit einer Routinekonsultation tagsüber verglichen, um darzulegen, warum der Gynäkologe ein höheres Honorar als der Hausarzt verdient hat! Ich frage mich, wie der Vergleich ausfallen würde, wenn eine gynäkologische Vorsorgeuntersuchung mit einer Reanimation oder einer Krisenintervention bei einem gewalttätigen Schizophrenen nachts oder am Wochenende verglichen würde ... Derselbe Autor hielt fest, die Frauenärzte würden die Hausärzte keinesfalls verachten, verstünden sie sich doch selbst als Hausärzte der Frauen. Falls diese Aussage ernst gemeint ist, frage ich mich, warum es überhaupt eine Facharztausbildung für Grundversorger gibt, wenn doch ein Frauenarzt, ohne ein

einziges vorgeschriebenes Jahr Innere Medizin absolviert zu haben, glaubt, eine Diabetes, eine Hypertonie oder eine Depression nach den Regeln der ärztlichen Kunst behandeln zu können! Mit dieser etwas provokativen Aussage möchte ich im übrigen weder die Notwendigkeit noch die Qualität der gynäkologischen Versorgung in der Schweiz in Frage stellen. Als Hausärzte eignen sich jedoch die dafür ausgebildeten Grundversorger besser!

Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, Uzwil

- 1 Singer M, Villars P, Bass G. Unerwünschter Strukturwandel. Neuer Arzttarif gefährdet das Belegarztsystem. Neue Zürcher Zeitung 1999; Nr. 268: 17. November, S. 16.



SGAM und Ars medici

Seit einiger Zeit bedient sich die Gesellschaft für Allgemeinmedizin des bekannten Gratisblatts *Ars medici* als Publikationsorgan. Diese Zusammenarbeit ist nicht unproblematisch. Die *Ars medici* besticht nicht gerade durch neutrale Berichterstattung. Die Thematik der Beiträge ist schwergewichtig auf das Marketing von neuen teuren Pharmazeutika ausgerichtet: Mit ärgerlicher Penetranz wird zum Beispiel in fast jeder neuen Nummer – und zwar im redaktionellen Teil – dem Leser suggeriert, die teuren Cholinesterasehemmer gegen die Alzheimer-Krankheit zu verschreiben, obschon deren Nutzen in unabhängigen Publikationen als marginal bezeichnet wird (*Medical Letter, Arzneimitteltelegramm*), um nur ein Beispiel zu nennen. Als Mitglieder der SGAM möchten wir viel lieber ein bescheidenes Mitteilungsblatt unserer Standesorganisation. Das Protokoll der Jahresversammlung in Interlaken hätte z.B. nicht auf Hochglanzpapier gedruckt und illustriert mit Dutzenden von Farbfotos von Teilnehmern und Stimmungseindrücken daherkommen müssen. Wir möchten anregen, dass die SGAM neue Wege sucht, seine Mitglieder zu erreichen: Entweder Versand in Briefform (wie es z.B. die OSGAM macht) oder Zusammenarbeit mit einem Verlag, der uns mehr überzeugt (z.B. *Infomed/Pharmakritik, Praxis/Rundschau für Medizin*).

Dr. med. Albert Kind, Schaffhausen
Dr. med. Peter Flubacher
Dr. med. Martha Frei
Dr. med. Kurt Frei
Dr. med. Heiner Gujer
Dr. med. Gerold Honegger
Dr. med. Vreni Spahn



Es reicht!

Als wir im Anfang 1999 in der GRAT-Version Beta 2 die Absurdität erfuhren, dass Psychiater mit ihrer jahrelangen und aufwendigen Psychotherapieausbildung für Psychotherapie weniger vergütet erhalten sollen als Grundversorger, und als wir uns diesbezüglich an die Tariffkommission und den FMH-Präsidenten wandten, wurde uns zu verstehen gegeben, es sei politisch klüger, wenn wir diese Ungerechtigkeit hinnehmen würden, da wir im Gesamtvergleich mit dem neuen Tarif gut wegkommen würden, was heisst, unsere Vergütungen als die am wenigsten Verdienenden der Ärzteschaft sollten verbessert werden. Nun erfahren wir, dass still und heimlich, ohne uns zu informieren, in der neuen TarMed-Version die Psychotherapietarife herabgesetzt worden sind, dass wir Psychiater im besten Fall gleichviel oder aber weniger als bisher verdienen werden.

Das versprochene Ziel, die krasse Einkommensungleichheit zwischen den Ärzten mit dem TarMed zu vermindern, wurde anscheinend stillschweigend fallengelassen, ebenso die versprochene Höherbewertung der intellektuellen Leistung, was auch von Frau Bundesrätin Dreifuss in ihrer Stellungnahme zur aktuellen TarMed-Version [1] bemängelt wird.

In dieser Form verliert der TarMed jeglichen Sinn für uns Psychiater und muss, wie es auch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie in ihren letzten Bulletin angekündigt hat, abgelehnt werden.

Ich frage mich aber auch, wie wir als Psychiater noch Vertrauen in die FMH-Führung und unseren Präsidenten haben können, wenn wir so benachteiligt, desavouiert, ja belogen werden. Unsere Interessen werden von unserem Berufsverband und dessen Präsidenten einfach nicht wahrgenommen, im Gegensatz zu denen unserer Chirurgenkollegen, deren Proteste zum GRAT erhört wurden. So geht das nicht. Wir brauchen einen Berufsverband, der hinter uns steht und uns unterstützt, und wir werden uns überlegen müssen, wie wir dazu kommen können.

Dr. med. Peter Schindler, Basel

1 Dreifuss R. Neuer Arzt- und Spitaltarif «TarMed Version Alpha2.0». Schweiz Ärztezeitung 1999;80(50):2903.

Kommentar

Ich verstehe Ihren Ärger, der sich schon in ähnlichen Unmutsäusserungen Luft gemacht hat. Wie schon im Rahmen der entsprechenden Antworten ausgeführt, hat die von Ihnen beanstandete Absenkung der TL ihren Grund in einem technisch bedingten Kalkulationsfehler, der inzwischen behoben

wurde. Ein Blick in die nächstens erscheinende (bzw. zum Zeitpunkt der Publikation dieses Artikels bereits erschienenen definitiven TarMed-Version wird Sie davon überzeugen. Die Absenkung der ärztlichen Leistungskomponente geht im Falle der Psychiatrie alleine und ausschliesslich zulasten der Interventionen des Preisüberwachers. Seinen Vorstellungen hätte eine noch viel massivere Absenkung entsprochen. Für allfällige Kritiken wenden Sie sich doch bitte an ihn direkt. Ein Letztes noch: Warum immer diejenigen diskriminieren und beschimpfen, die in schwieriger Situation noch das Beste für die Ärzteschaft zu machen versuchen? Tritt man die FMH-Führung bzw. den Präsidenten im Sinne einer Ersatzhandlung als Lügner in den Hintern, weil man der eigentlich Schuldigen nicht habhaft werden kann?

Hans Heinrich Brunner



Durchwegs Folge zu leisten!

Ihre Macht aber auch Inkompetenz bezüglich TarMed demonstriert Frau BR Dreifuss in ihrem in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 50, Seite 2903, veröffentlichten Brief vom 26. November 1999.

Jahrelang erarbeiten die Vertragspartner einen gegenseitig akzeptablen Tarif, der noch behördlich zu genehmigen ist. Laut Preisüberwachungsgesetz vom 1. Juli 1986, Art.14 (Massnahmen bei behördlich festgesetzten oder zu genehmigenden Preisen) ist bei einer Preiserhöhung, die von den Beteiligten an einer Wettbewerbsabrede beantragt wird, die Behörde gehalten, den Preisüberwacher anzuhören. Dieser kann beantragen, auf die Preiserhöhung ganz oder teilweise zu verzichten oder einen missbräuchlich beibehaltenen Preis zu senken. So weit so gut – von einer Preiserhöhung ist ja nicht die Rede, auf einen missbräuchlich beibehaltenen Preis könnte sich formell der Preisüberwacher schlimmstenfalls berufen. Peinlich ist aber die absolute Gehorsamerwartung dem Preisüberwacher gegenüber, wie sie Frau Dreifuss in ihrem Brief offenbart: «Zur Beta-3-Version des TarMed hat sich im Übrigen bereits der Preisüberwacher geäussert; es ist unklar, weshalb seinen Empfehlungen nicht durchwegs Folge geleistet wurde.» ... Da bleiben keine Fragen mehr offen – nur noch Munde ... Jetzt wissen wir, wer hier den Tarif bekanntgibt. Die Behörde ist gemäss Preisüberwachungsgesetz nicht an die Empfehlung des Preisüberwachers gebunden, sie hat diesen lediglich anzuhören und dessen Stellungnahme im behördlichen Entscheid anzuführen, gegebenenfalls mit einer Begründung, weshalb sie dieser nicht gefolgt ist. Die durch Frau Dreifuss geäusserte Erwartung, dem Preisüberwacher durchwegs Folge zu

leisten, ist erschreckend und deckt den diktatorischen Politbürokratismus auf, der in diesem Departement herrscht.

A. Bühler, Spiez



Zum Kommentar der FMH-Präsidenten

Wie sich unser FMH-Präsident im Kommentar zu «TarMed in der Kinderchirurgie» [1] äussert, hinterlässt für mich eine tiefe Besorgnis. Ich möchte hier die offene Frage stellen, ob es korrekt ist, in den eigenen Ärtzereien in einem solchen erpresserischen und aggressiven Ton zu antworten?

Dass Tariffragen immer von schwerer Natur sind, ist zu begreifen. Jedoch nicht zu tolerieren ist, dass wir Ärzte uns wegen eines politischen Diktates in die Haare geraten. Schliesslich ist gerade diese entstandene Haltung, die wir uns gegenüber nun auch öffentlich tun, diejenige, auf die sich die Politiker freuen. Gibt es doch in jeder Auseinandersetzung nichts wünschbareres, als wenn sich in den eigenen Reihen die Parteien streiten und sich damit dem eigentlichen Ziel nicht nähern, denn ein politisch verlangtes Ziel muss nicht ein erstrebenswertes Ziel sein. So müsste übertrieben gesagt, das politisch verlangte Ziel eine Medizin sein, die alles bringt und keine Kosten verursacht. Die Verursacher der Kostenexplosion im Gesundheitswesen werden gesucht; sie sind gefunden: es sind die Götter in Weiss, die Ärzte. Sie diagnostizieren und therapieren zu viel und werden dadurch zu den Prügelknaben der Nation abgestempelt. Doch frage ich mich, wer uns dieses Mandat erteilte für die zu viel gestellten Diagnosen und zu viel verordneten Therapien? Sind dies nicht ratsuchende Patienten, die sich täglich durch die Medien mit pseudomedizinischem Inhalt verunsichert fühlen und sich in ihrem täglichen Leben dadurch nicht mehr zurechtfinden, sich bei einem ersten Arzt und bei einem zweiten Arzt (eine Zweitmeinung wird immer wieder öffentlich gefordert) ein Gutachten einholen? Von nicht gestellten Diagnosen und unterlassenen Therapien können wir fast täglich in den Medien lesen, wie Juristen uns dann die Wege kreuzen oder sehen Sie in diesen Fällen einen Schutz des unverantwortlichen Arztes von der Politikerecke? Jener Seite, die uns heute sagt, was unsere Arbeit wert ist? Ist die Erwartungshaltung unseres Lebens, unserer Gesundheit an die Medizin nicht so gross geworden, dass sie schliesslich nicht mehr bezahlbar ist? Kann ein neuer gesamtschweizerischer Ärzttarif, der unter politischem Druck entstanden ist und des öfteren abgeändert wurde, eine solide Basis für ein neues Entgelt für uns verantwortliche Ärzte sein?

Müsste die Entlohnung für eine übertragbare Verantwortung nicht von uns Ärzten be-

stimmt werden? Bestimmen wir Ärzte auch über das staatliche Entgelt, das Politiker in Bundesbern und den Kantonen entgegennehmen? Ist jene Entlohnung a priori eine obsoletere Grösse? – Fragen, die uns aufzeigen sollten, dass eine neuer gesamtschweizerischer Ärztetarif nicht vor Einführung schon Unmut, Existenzängste und eine gespaltene Ärzteschaft hinterlassen sollte. Uns wird die medizinische Verantwortung übertragen, wir Ärzte haben sie in Zukunft mit dem neuen Tarifwerk zu tragen und deshalb liegt die Entscheidung der Entlohnung primär bei uns. Das politische Diktat darf für uns kein Weg in die Zukunft sein.

Dr. Hans F. Baumann, Bassersdorf

1 Brunner HH. Kommentar zu: TarMed und die Kinderchirurgie – ein Exempel? Schweiz Ärztezeitung 1999;80(49):2865.



«The Day After»

Liest man die FAQ zum TarMed in der SÄZ resp. auf dem HIN erhält man den Eindruck, dass das Hauptproblem unserer Berufsgattung einzig in der Verteilung von Taxpunktbruchteilen liege. Jede Fachgesellschaft kämpft mehr oder weniger geschickt respektive hart gegen die anderen.

Vor lauter taktischen Scharmützeln scheint dabei die langfristige Strategie verloren zu gehen: Was würde nach der Unterzeichnung von TarMed durch die Ärzteschaft kommen – was geschieht am Tag danach?

Wer will dann verhindern können, dass der Gott in Rot nicht alljährlich den Taxwertpunkt um 10% reduziert? So ähnlich bei den Physiotherapieleistungen in Graubünden bereits geschehen. Wer will dann verhindern können, dass eine Kostenneutralität pro Leistungsposition eingeführt wird? Mit anderen Worten: Je öfter gesamtschweizerisch oder kantonale die Position X pro Halbjahr oder Jahr erbracht wird, desto weniger Taxpunkte können dafür verrechnet werden. Wer will dann verhindern können, dass nicht wie bisher die Plethora ihren Gang geht und der Zuzug von EU-Kollegen dito? Womit der obige Mechanismus erst recht zu spielen beginnt.

Diese unvollständigen Überlegungen zeigen, dass in der von Kollege H. H. Brunner skizzierten warmen Stube in kalter Winternacht innerhalb weniger Jahre die Heizung bis zum Gefrierpunkt gedrosselt werden wird – siehe unser nördliches Nachbarland, wo bereits jetzt ein Eiszeitklima («Jeder gegen Jeden») herrscht.

Eine andere Entwicklung ab dem Tag danach ist kaum zu erwarten, weil das oben skizzierte Szenario dem allgegenwärtigen Gesetz der Trägheit folgt: Die Politiker müssen die wirklich «heissen» ethischen Fragen (Lei-

stungsbeschränkungen, Altersgrenzen etc.) gar nicht diskutieren solange wir (alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen, nicht nur wir Ärzte) die zwangsläufig weiter zunehmenden Leistungsangebote durch eine stetige Reduktion unserer Löhne kompensieren werden.

Entsprechend stellt sich die Frage eindringlich, ob ein TarMed, der uns (uns alle im Gesundheitswesen – nicht nur die chirurgisch tätigen Kollegen) einer stetigen Abwärtsspirale ausliefern wird, angenommen werden soll – oder ob nicht der Gang in die kalte Winternacht – hoffentlich zusammen mit dem FMH-Vorstand und allen Fachgesellschaften – einem langsamen Erfrierungstod an Ort und Stelle vorgezogen werden sollte.

T. Schweri, Brügg



Probleme mit der Post

1. Kosten für Röntgenbilderversand

Seit der Erhöhung der Posttaxen bezahlen wir für den Versand von Thorax-Röntgenbildern Fr. 6.70! Ein Kollege hat per Zufall herausgefunden, dass ein Couvert über 1 cm Dicke plötzlich nur noch Fr. 4.70 kostet ... Man denkt im ersten Moment an einen Aprilscherz. Die Erklärung der Post ist dürftig. Das eine läuft als Brief in Übergrösse, das andere als Paket. Ob das ganze Couvert über einen Zentimeter dick ist, oder nur eine Stelle, spielt offenbar keine Rolle. Ich habe etwas Mühe zu glauben, dass der Versand als Paket für die Post weniger zu tun gibt, vor allem wenn man die Schlagzeilen zur Paketpost liest. Vielmehr habe ich den Eindruck, dass da, wo private Anbieter vorhanden sind (Pakete), die Preise niedrig gehalten werden müssen, während in den Bereichen, in denen immer noch das Monopol gilt (Briefe), «Privattarife» zur Anwendung gelangen. Um Geld zu sparen, bleibt mir im Moment nichts anderes übrig, als die Röntgenmappe zusätzlich mit etwas Stopfmateriale zu füllen. Liebe Kollegen, entschuldigt den Leerlauf – aber macht es doch ebenso!

2. Frankiermaschinen

In einer Allgemeinpraxis fallen täglich Briefe und Pakete an, nicht in riesigen Mengen, aber mehr, als dass man Marken kleben möchte. Bei Sendungen über 50 Stück bietet die Post einen Frankierservice an, bei grossen Stückzahlen (was anderes als Werbung?) werden Sonderkonditionen gewährt. Für eine Arztpraxis gibt es wohl nur die Möglichkeiten des Markenklebens oder einer Frankiermaschine. Eine Frankiermaschine ist allerdings nicht ganz billig, zudem schreibt die Post einen jährlichen Service vor, und gelegentlich landet eine Frankatur nicht auf einem Brief, sondern nirgendwo. Die Post vergütet die ihr abgenommene Arbeit in keiner Weise. Der Zinsgewinn bei

einer Monatsrechnung dürfte wohl eher ideeller als materieller Natur sein. Ich denke, dass ein Entgegenkommen durch die Post bei den Brieftaxen nichts als angemessen wäre, wenn man die Frankatur und das Stempeln selber übernimmt.

3. Nicht zustellbare Briefe mit Stempel von Frankiermaschinen

Ab und zu passiert es, dass ein Patient den Wohnsitz gewechselt hat und vergisst, dies mitzuteilen. Da ich wegen des Arztgeheimnisses immer Briefcouverts ohne Absender verschicke, sind gelegentlich Briefe nicht zustellbar. Man würde meinen, diese kämen anhand des Aufdruckes der Stempelmaschine (enthält eine Nummer des Frankiermaschineninhabers) retour. Weit gefehlt! Die Post öffnet die Briefe regelmässig und sucht darin den Absender heraus! Für mich bedeutet dies eine Verletzung des Postgeheimnisses durch die Post selber. Wenn ich daran denke, was für ein Theater die Verletzung des Arztgeheimnisses durch Ärzte verursacht, bin ich erstaunt, dass bei der Post nichts passiert.

Dr. med. A. Girr, Egg

Kommentar

1. Kosten für Röntgenbilderversand

Der Preis für den Versand eines Röntgenbildes ist Fr. 6.70. Die Briefpost ist auf ein Mengengeschäft ausgerichtet, welches maschinell verarbeitet werden kann. Sobald die Sendung manuell bearbeitet wird, steigen die Kosten. Die Paketpost ist auf Stückverarbeitung ausgerichtet und bietet andere Leistungen (keine Samstag-Zustellung). Einen weiteren Punkt bildet das Leistungsangebot. Wir stellen E+1 zu; d.h., der Kunde kann bis 18.30 Uhr die Sendung aufgeben und der Empfänger erhält sie am nächsten Tag zugestellt; auch samstags.

2. Frankiermaschinen

Die Post gewährt keine Sonderkonditionen bei grossen Stückzahlen. Wir haben einen Preis für grosse Mengen, der bei allen Kunden derselbe ist. Die Konditionen für grosse Mengen gelten nicht nur für Werbesendungen. Die Briefpost tarifiert nicht nach Inhalt, sondern nach Mengen. Zusatzleistungen wie Frankieren werden gegen die Vergütung unserer Aufwendungen angeboten. Es ist möglich, dass man auf der Poststelle eine Art Milchbüchlein für die Kunden führt, das Ende Monat abgerechnet wird (gegen Rechnung oder bar). Auf dem Occasionsmarkt kann man eine Frankiermaschine für kleine Mengen ab Fr. 200.– erstehen. Eine neue dieser Kategorie kostet ca. Fr. 1500.– Die Wartung der Maschine wird verlangt, damit diese einwandfrei funktioniert. Die Mechanik und der Druck müssen fehlerfrei sein, damit nicht Unregelmässigkeiten auftauchen. Diese Regelung ist vergleichbar mit dem Service des Kaminfegers oder des Abgastests bei den Autos.

3. Nicht zustellbare Briefe

Es gibt die *unanbringlichen* und die *unzustellbaren* Sendungen.

Unanbringlich: Der Empfänger und der Absender des Briefes sind unbekannt. In diesem Fall wird der Brief der zentralen Fundstelle in Chiasso übergeben. Diese Stelle hat die Berechtigung, den Brief zu öffnen, um den Absender ausfindig zu machen.

Unzustellbar: Der Empfänger ist unbekannt, der Absender bekannt. In diesem Fall ist die Zustellstelle angehalten, dem Absender den Brief ungeöffnet zurückzusenden. In diese Kategorie gehören auch die Briefe mit Frankiermaschinenaufdruck, da hier der Absender anhand des Aufdrucks (FM-Nummer) ausfindig gemacht werden kann.

Brigitte Rossetti,

Die Schweizerische Post, Mediendienst,

E-mail: rossettib@post.ch



Elektronische Zeitbombe

Neben dem sattsam bekannten Jahr-2000-Fehler bahnt sich ein kleinerer Crash in unseren Praxen an. Elektronisch ausgerüstete Geräte (EKG, Ergometer, Ultraschallgerät, Laborgeräte, evtl. Röntgen), die programmiert werden können, enthalten zur Überbrückung von Stromausfällen im Netz oder während des Transportes von einer zur anderen Steckdose eine kleine Batterie, die aus Kosten- und Platzgründen häufig direkt auf der elektronischen Platine fest montiert ist. Diese Batterie hat eine Lebensdauer von 3 bis 6 Jahren. Ist sie erschöpft, führt dies dazu, dass das Gerät «den Verstand verliert». Während meiner bisher sechsjährigen Praxistätigkeit ist einmal das Ultraschallgerät und das andere Mal der Ergometer aus diesem Grund ausgefallen. Es musste jeweils notfallmässig ein Techniker den Missetand beheben, mit entsprechender Kostenfolge. Ich rege alle Kolleginnen und Kollegen dazu an, bei Anschaffung eines solchen Gerätes, das in der Regel eine höhere Lebensdauer als 3 bis 6 Jahre aufweist, vom Lieferanten eine Garantie zu verlangen, dass ein Wechsel der Speicherbatterie ohne Kostenfolge erfolgt.

Dr. med. Markus Gnädinger, Steinach

Kommentare

Wie Herr Dr. Gnädinger richtig feststellte, verfügen verschiedene elektronische Systeme und Geräte über interne Speicherbatterien. Diese Minizellen schützen die Speicherelektronik des Apparates im stromlosen Zustand vor einem Datenverlust. Bei einem Datenverlust vergisst das Gerät wichtige einprogrammierte Werte, wie Datum, Zeit, Einstellungen, individuelle Daten, Historydaten.

Jede Batterie ist einem bestimmten Verschleiss unterzogen. Je nach Spezifikation gewährleisten die Hersteller solcher Zellen eine Lebensdauer von etwa drei bis zehn Jahren. Aus Sicherheitsgründen sollten die Zellen also alle drei bis fünf Jahre ausgetauscht werden. Bei allen neueren Produkten gibt der Hersteller oder Inverkehrbringer Wartungsempfehlungen oder Wartungsmassnahmen ab. Diese sollten aus den Produkteinformationen (Anleitung, Gerätebuch, Servicevertrag) ersichtlich sein.

Die Einhaltung der Wartungsmassnahmen bei allen Apparaten ist übrigens seit Inkrafttreten der Medizinprodukteverordnung eine Anforderung, die jeder Geräteanwender erfüllen muss (MepV Art 14). Dabei ist der Anwender für die Einhaltung der Wartung gemäss Verordnung selbst verantwortlich. Dies zum gesetzlichen Aspekt.

Um den Kunden zu entlasten, bieten gute Lieferfirmen bereits interessante Lösungen an, welche den Anwender von den Kostenfolgen eines solchen «Absturzes» entlasten, indem sie Kostenfolgegarantien abgeben.

Heinrich Jacobi,

Polymed Quality Management,

Glattbrugg

Alle neuen Medizin-Produkte unterliegen seit Juni 1998 der Medizinprodukte-Verordnung, für welche eine vom Gesetzgeber (BAG, MepV) vorgegebene periodische Kontrolle vorgeschrieben ist. Diese vorgeschriebenen Prüfungen können entweder durch einen Wartungsvertrag oder auf Anfrage der Kunden durchgeführt werden. Teilweise können diese Arbeiten vom Kunden durchgeführt werden oder verlangen einen kompetenten Fachmann mit der entsprechenden Ausbildung. Dadurch werden Probleme wie von Ihnen beschrieben, nicht mehr auftreten. Für alle Röntgengeräte oder Anlagen besteht schon seit vielen Jahren eine diesbezügliche Verordnung. Aus Sicherheitsgründen sind periodische Kontrollen oder Wartungen dringend zu empfehlen. Regelmässig gewartete Geräte und Anlagen garantieren dem Anwender die nötige Sicherheit, dass seine Systeme zuverlässig funktionieren und beeinflussen die Lebensdauer positiv. Unsere Kunden werden beim Kauf einer Anlage über die nötigen vorgeschriebenen Kontroll- und Wartungsarbeiten informiert.

Emil Räber, Philips Medical Systems



Sehr geehrte Karikaturistin

Ich gratuliere Ihnen herzlich für Ihre Titelkarikaturen im allgemeinen und für die letzte (Dreifuss) ganz speziell. Sie ist in meinem Wartezimmer aufgehängt und erntet sehr viele Komplimente der Patienten. Ich wünsche Ihnen eine möglichst ruhige Adventszeit mit genügend Spielraum für weitere «Taten».

Dr. med. Rolf Trees, Schwarzenburg



È arrivato – Zampano [1]

Die herzerreissende «Gelsomina» in Fellinis Film «La strada» wurde nicht dargestellt durch Anna Magnani, sondern durch Giuglietta Masina, Fellinis Ehefrau.

Dr. med. Franco Lomazzi, Brig

1 Lütolf. UM. È arrivato – Zampano.

Schweiz Ärztezeitung 1999;80(47):2790.

Communication de presse

Le prix Otto-Naegeli 2000 décerné à Mme le Prof. Susanne Suter

Une pédiatre genevoise honorée pour ses travaux de recherche

Pour l'année 2000, le prix Otto-Naegeli de la Fondation Bonizzi-Theler, doté de 200 000 francs, est décerné à la pédiatre Susanne Suter. Travaillant à l'Université de Genève, la lauréate de 56 ans se voit récompensée surtout pour sa contribution à la recherche sur la mucoviscidose, une maladie régressive du métabolisme. Le prix lui sera remis le 24 mars 2000 à Berne.

Après des études de médecine à Zurich et Vienne et un parcours de formation qui l'a amenée à Genève et à San Francisco, Susanne Suter est nommée en 1990 professeur en pédiatrie et médecin chef à la Clinique et Policlinique de Pédiatrie à Genève, où elle dirige également le Département de Pédiatrie des Hôpitaux universitaires. La lauréate est membre de différentes commissions; elle fait partie notamment du Conseil de la recherche du Fonds national suisse. Elle a déjà reçu le prix Inpharzam de la Société Suisse de Pédiatrie. A côté de son activité de recherche et de promotion ciblée de la relève scientifique en pédiatrie, elle travaille aussi activement à la réforme de la formation en médecine.

Au début des années quatre-vingt déjà, Susanne Suter a mis en évidence dans l'un de ses travaux l'action destructrice de certains enzymes dans les voies respiratoires de patients souffrant de mucoviscidose. Epaulée par son équipe de collaborateurs et collaboratrices, elle a étudié les mécanismes de l'infection chronique des bronches. Les résultats de ces recherches ont ouvert de nouvelles pistes pour le traitement de la mucoviscidose ou fibrose kystique. Les maladies infectieuses chez les enfants constituent un autre domaine de recherche de prédilection de la lauréate.

Le prix Otto-Naegeli pour la promotion de la recherche médicale, une des distinctions scientifiques les plus prestigieuses de Suisse, est décerné tous les deux ans. Le lauréat ou la lauréate est choisi(e) par un jury composé du président de la Fondation Bonizzi-Theler et d'anciens lauréats. Avec ce prix, la Fondation rend hommage à Otto Naegeli, médecin et professeur de renom à l'Université de Zurich, mort en 1938. Par ailleurs, la Fondation soutient divers projets de recherche. La remise du prix aura lieu au siège du Fonds national, à Berne.

*Service de presse et d'information,
Fonds national suisse
de la recherche scientifique*

Adresse de la lauréate/
Adresse der Preisträgerin:
Prof. Susanne Suter
Département de Pédiatrie
HUG
Hôpital des enfants
6, rue Willy-Donzé
1211 Genève 14
E-mail: susanne.suter@hcuge.ch



Pressemitteilung

Otto-Naegeli-Preis 2000 geht an Prof. Susanne Suter

Genfer Kinderärztin und Forscherin ausgezeichnet.

Der mit 200 000 Franken dotierte Otto-Naegeli-Preis der Bonizzi-Theler-Stiftung geht für das Jahr 2000 an die an der Universität Genf tätige Kinderärztin Susanne Suter. Die 56jährige Preisträgerin wird damit vor allem für ihre Beiträge in der Erforschung der Stoffwechselerkrankung Mukoviszidose ausgezeichnet. Der Preis wird ihr am 24. März 2000 in Bern überreicht.

Nach ihrem Medizinstudium in Zürich und Wien sowie Weiterbildungsjahren in Genf und San Francisco wurde Susanne Suter 1990 Professorin für Kinderheilkunde und Chefärztin der Klinik und Poliklinik für Pädiatrie in Genf, wo sie auch das Departement für Pädiatrie des Universitätsspitals leitet. Die Preisträgerin ist Mitglied verschiedener Fachkommissionen und gehört unter anderem auch dem Forschungsrat des Schweizerischen Nationalfonds an. Sie wurde bereits

mit dem Inpharzam-Preis der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie ausgezeichnet. Neben ihrer Tätigkeit in der klinischen Forschung und der gezielten Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Pädiatrie setzt sie sich auch für Reformen in der medizinischen Ausbildung ein.

In einer ihrer Arbeiten hatte Susanne Suter bereits Anfang der 80er Jahre auf die gewebserstörende Rolle von bestimmten Enzymen in den Atemwegen von Patienten mit Mukoviszidose hingewiesen. Sie untersuchte zusammen mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch die Mechanismen der chronischen Entzündung der Bronchien. Diese Forschungsergebnisse haben neue Möglichkeiten in der Behandlung der Mukoviszidose oder zystischen Fibrose eröffnet. Ein weiteres Forschungsgebiet der Preisträgerin sind Infektionskrankheiten bei Kindern.

Der Otto-Naegeli-Preis zur Förderung der medizinischen Forschung ist eine der bedeutendsten wissenschaftlichen Auszeichnungen in der Schweiz und wird alle zwei Jahre vergeben. Die Preisträger werden von einem Preisrat bestimmt, der sich aus dem Präsidenten der Bonizzi-Theler-Stiftung und früheren Preisträgern zusammensetzt. Mit dem Preis würdigt die Stiftung den 1938 verstorbenen Otto Naegeli, einen damals bekannten Mediziner und Lehrer an der Universität Zürich. Daneben werden medizinische Forschungsprojekte finanziert. Die Übergabe des Preises findet am Sitz des Schweizerischen Nationalfonds in Bern statt.

*Presse- und Informationsdienst,
Schweizerischer Nationalfonds
zur Förderung der wissenschaftlichen
Forschung*