

Forum

**Rehabilitation ja, aber wie?**

Die Arbeitsgemeinschaft Leistungserbringer-Versicherer für wirtschaftliche und qualitätsgerechte Rehabilitation ALVR publiziert in der Ärztezeitung vom 22.12.99 einige Grundsatzartikel über Rehabilitation und deren Finanzierung [1–5], die unseres Erachtens eines Kommentares bedürfen. Gemäss Artikel 25 und 28 des KVG übernimmt die soziale Krankenversicherung die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen zur medizinischen Rehabilitation von Krankheiten und Unfällen. Tarifpositionen zur Rehabilitation wurden in den GRAT-Verhandlungen zwar eingegeben. Da die Probleme aber komplex sind, wurde die Rehabilitation im TarMed-Vertrag nicht ausformuliert. Die Bestrebungen der Arbeitsgemeinschaft ALVR, jetzt Tarifstrukturen für die Rehabilitation zu erarbeiten, sind zu begrüssen.

Nun bezieht sich Artikel 25 des KVG auf Leistungen, die ambulant, stationär oder teilstationär (in dieser Reihenfolge erwähnt) durchgeführt werden. Merkwürdigerweise besteht aber die Projektgruppe TarReha aus drei Vertretern der Reha-Kliniken, aus zwei Vertretern der Vereinigung der Spitäler der Schweiz H+, aus zwei Vertretern der UVG-Versicherer und aus je einem Vertreter der FMH, des Bundesamtes für Sozialversicherung, der Militärversicherung und des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen. Ein Vertreter wurde vom schweizerischen Physiotherapeutenverband abgeordnet, er ist aber angestellt in einer Reha-Klinik, deren Chefarzt ebenfalls Kommissionsmitglied ist. Ein Vertreter der ambulanten Medizin, welche ja die Indikation für Hospitalisationen zu stellen hat, ist in der Kommission nicht vertreten. Die Projektgruppe TarReha ist also grob unausgewogen zusammengestellt. Es wird in den Artikeln auch impliziert, dass Rehabilitation vor allem stationär zu erfolgen hat. In den Publikationen ist nirgends angesprochen, welche Rehabilitationsleistungen ambulant und welche stationär durchgeführt werden sollten. Dies alles entspricht nicht dem Gesetzestext.

Dabei weiss man, dass stationäre Behandlungen immer teurer sind als ambulante. Und es besteht in der Schweiz ein Überangebot an stationären Institutionen, die Reha-Leistungen anbieten oder anbieten wollen. Die Vertreter der Versicherungen müssten hellhörig werden, ob hier nicht ein Kostenschub in Planung ist, der bei rationaler Prüfung der Problemlage zu verhindern wäre.

Nun haben die Exponenten der Rehabilitation ihr Tätigkeitsgebiet derart definiert, dass kaum eine andere Anwendung als eine stationäre in Frage kommt. In der WHO-Definition wird vom «koordiniertem Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Kompetenz» gesprochen «zur Funktionsverbesserung, zum Erreichen einer grösstmöglichen Eigenaktivität, zur weitestgehend unabhängigen Partizipation an allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird». Diese Definition erinnert an die WHO-Definition von Gesundheit, welche Gesundheit als «Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens» bezeichnet und nicht nur als Fehlen von Krankheit und Gebrechen. Von verschiedenen Seiten ist diese Definition als sozial-utopisch kritisiert worden. Die WHO-Bürokraten haben nicht im Blickfeld, dass ihr Geistesprodukt in der kleinen Schweiz, wo man das gedruckte Wort vielleicht ernster nimmt als anderswo in der Welt, zu Budgetproblemen führen kann.

1980 hat die WHO nicht nur die Definition der Rehabilitation kreiert, sondern auch eine Klassifikation der rehabilitationsbedürftigen Gesundheitsstörungen aufgestellt, den sogenannten ICIDH-Code (International Classification of Impairment, Disability and Handicap = Organschädigung, Aktivität und Partizipation).

Die verschiedenen Definitionen der WHO übersehen einige wichtige Dinge. Erstens gehört zum Leben neben Gesundheit und Wohlbefinden immer auch Altern, Hinfälligwerden, Leid und Tod. Angesichts der schicksalhaften Bedingungen unseres Lebens sind Maximal-Zielsetzungen nicht am Platze. Es wird auch nicht berücksichtigt, dass das Leben auf vielfältige Weise scheitern kann. Manche Menschen verlieren ihre Partizipationsfähigkeit (und werden dabei zu Reha-Kandidaten) infolge von Selbstschädigungstendenzen, die tief in ihrer Persönlichkeit verwurzelt sind. Kein Reha-Programm kann diese Menschen aus ihren Verstrickungen befreien. Hier sind nicht Maximalziele gefragt, sondern gesundheitsökonomische Abgrenzungen und die Erforschung von Prädiktoren. In der heutigen Zeit wird die Partizipationsfähigkeit oft auch durch soziale Umwälzungen, Globalisierungsfolgen und Migrationsprobleme kompromittiert. Psychosoziale Probleme werden medikalisiert. Das ICIDH-Schema wird der Lebenswirklichkeit in vielen Fällen nicht gerecht. Ein grosser Teil der Reha-Patienten leidet an Störungen des muskuloskelettalen Systems. 95% von ihnen suchen den Arzt wegen Schmerzen auf. Diese Patienten werden nicht ernst genommen, wenn man sie nur unter den Prinzipien der Aktivität und Par-

tizipation betrachtet. Sie sind auch sogleich keine Reha-Patienten mehr, wenn man ihre Schmerzen nachhaltig beseitigen kann. Die Schmerzforschung müsste also vermehrt im Reha-Prozedere berücksichtigt werden. Aber nicht erst in den Kliniken, wenn Chronifizierungsprozesse bereits eingesetzt haben, sondern schon früh in der ambulanten Medizin. Es wäre also beispielsweise wünschbar, wenn sich die Schweizerische Ärztegesellschaft für Manuelle Medizin SAMM, die grösste Organisation, die den Grundversorgern Schmerz- und Bewegungsapparmedizin nahezubringen versucht, endlich von ihren schwerpunktmässig propagierten chiropraktischen Methoden lösen könnte, deren Unwirksamkeit bei chronischen Bewegungsapparatschmerzen längst bekannt ist. Es gibt seit bald zwei Jahrzehnten Methoden, myofasziale Schmerzprobleme, die häufigste Ursache von Bewegungsapparatschmerzen, dauerhaft aufzulösen. Die Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Management solcher Störungen sind unter den Physiotherapeuten unseres Landes weit verbreitet. Frühzeitiger Einsatz solcher Methoden könnte die Zahl derjenigen Schmerzpatienten deutlich senken, die nach einer langen Odyssee ungeeigneter Behandlungen klinische Reha-Problempatienten werden. Solche Prozedere sind ohne weiteres ambulant durchführbar. Die Rehabilitationsleistungen wurden im GRAT nicht erfasst, und es ist verdienstvoll, dass die ALVR Wege sucht, Rehabilitationsleistungen adäquat abzugelten. Die ALVR spricht dabei aber nur für die stationäre Rehabilitation. Im ambulanten Bereich sind die Verhältnisse aber ebenfalls unbefriedigend. Die ambulanten Rehabilitationsleistungen müssen in Zukunft mit dem neuen Physiotherapie-Tarif erbracht werden. Vor einigen Jahren ist die FMH aus den Verhandlungen des Physiotherapeutenverbandes mit den Kostenträgern ausgestiegen. Kenner der Materie bezeichnen dies heute als Fehlentscheid. Die Physiotherapeuten haben in der Folge einen ungünstigen Vertrag abgeschlossen, der mit Rückendeckung durch den Preisüberwacher und durch viele Kantone noch weiter verschlechtert wurde. So beträgt beispielsweise der Bruttostundenertrag für Physiotherapie in den Kantonen Appenzell, Graubünden, St. Gallen, Schaffhausen und Tessin nur wenig über Fr. 80.– bei einer Sitzungsdauer von 30 Minuten (was die minimale Sitzungsdauer für Rehabilitationsleistungen ist). Dies ist weniger, als ich für meinen Coiffeur aufzuwenden habe. Man bedenke, Physiotherapeuten sind Kleinunternehmer, sie haben eine Matura und eine vierjährige Fachausbildung hinter sich und sie nehmen als Haupttätigkeit die schwierige Aufgabe wahr, unsere akuten und chronischen Patienten mit Bewegungsapparat-

schmerzen zu heilen. Es ist eine sehr anspruchsvolle Aufgabe, bei diesen Patienten Chronifizierung und Invalidität zu verhindern. Es sei daran erinnert, dass mit 27% die Gruppe der Bewegungsapparatstörungen nach den Depressiven die zweitgrösste von der Invalidenversicherung finanzierte Patientengruppe ist. Es liegt hier ein erschreckendes Beispiel vor, mit welcher Arroganz Politiker heute in unserem Lande mit Leistungserbringern des Gesundheitswesens umgehen.

Einiggehen kann man mit den ALVR-Autoren, dass bei jedem Reha-Prozess die Qualitätskontrolle eine zentrale Rolle zu spielen hat und dass die Resultatsqualität das Korrektiv von Struktur- und Prozessqualität sein muss. Qualitätskriterien werden von der ALVR erst noch formuliert. Unseres Erachtens muss dies konzis erfolgen und auf Überflüssiges ist dabei zu verzichten. Bei der muskuloskelettalen Rehabilitation gibt es unseres Erachtens nur vier sinnvolle Resultatsqualitätskriterien: Der Schmerz, die Arbeitsfähigkeit, die Gehfähigkeit und die Selbständigkeit. Die in den Artikeln der ALVR-Gruppe in den Vordergrund gestellte Patientenzufriedenheit ist ein schlechtes Resultatskriterium, da die Wertungen bei problematischen Reha-Patienten viel zu stark durch negative innerpsychische Inhalte gefärbt sind, die mit den aktuellen Reha-Vorgängen nichts zu tun haben. Sowohl die ambulante wie auch die stationäre Rehabilitation muss sich an diesen Kriterien messen lassen. Eigentlich hätte man über die Frage, wieweit die SUVA-Rehabilitation nach diesen Kriterien zählbare Erfolge aufzuweisen hat, öffentlich diskutieren müssen, bevor man für über 100 Millionen Franken eine neue SUVA-Rehabilitationsklinik in der Westschweiz gebaut hat.

In diesem Jahr werden die Politiker hinsichtlich der Organisation unseres Gesundheitswesens wichtige Entscheidungen fällen. Es ist zu hoffen, dass dabei auf qualitätszerstörende Massnahmen verzichtet wird, wie sie 1999 von den Eidgenössischen Räten ernsthaft erwogen wurden (Globalbudget im ambulanten Bereich, Kompetenzzuweisung an die Krankenkasse, Verträge mit Leistungserbringern nach eigenen, hauptsächlich ökonomischen Kriterien einzugehen). In den Vordergrund rückt heute eine flächendeckende Einführung von Managed-Care-Systemen in Form von Hausarztvereinen. (Die zwei Hausarztvereine von Winterthur haben 1999 18 und 28% an Kosten eingespart.) Dies würde dann aber heissen, dass die Grundversorger die Einweisung in die Reha-Institutionen steuern und die Hospitalisationen selber nach Qualitätskriterien überwachen würden. Sie würden sicher dem gesundheitsökonomischen Grundsatz Nach-

achtung verschaffen, dass nichts stationär gemacht würde, was ebensogut ambulant gemacht werden kann. Die Arbeitsgemeinschaft Leistungserbringer-Versicherer für wirtschaftliche und qualitätsgerechte Rehabilitation (ALVR) täte gut daran, schon heute Vertreter der Grundversorger und der ambulanten Rehabilitatoren (Rheumatologen, Physikalische Mediziner u.a.) in ihre Reihen aufzunehmen und ihre Tarifüberlegungen auch auf den ambulanten Bereich auszudehnen.

*Dr. med. Beat Dejung,
Präsident der Bezirksärztesgesellschaft
Winterthur und Andelfingen,
Vorstandsmitglied der Schweizerischen
Gesellschaft für Rheumatologie,
Spezialarzt FMH für Physikalische
Medizin, Rehabilitation und Rheuma-
krankheiten, Winterthur*

- 1 Knüsel O. Rehabilitationstarife: Orientierung über die Verhandlungen. Schweiz Ärztezeitung 1999;80(51/52):2969.
- 2 Knüsel O, et al. ALVR-Grundlagen der Rehabilitation. Schweiz Ärztezeitung 1999; 80(51/52):2970-1.
- 3 Knüsel O, et al. Anforderungskriterien der ALVR für die stationäre muskuloskelettale Rehabilitation. Schweiz Ärztezeitung 1999; 80(51/52):2972-3.
- 4 Knüsel O, et al. Anforderungskriterien der ALVR für die stationäre Neurorehabilitation. Schweiz Ärztezeitung 1999;80(51/52):2974-6.
- 5 Schneider W. TarReha. Schweiz Ärztezeitung 1999;80(51/52):2976-8.

Replik

In diesem ausführlichen Brief werden verschiedene Punkte angeschnitten, die einzeln analysiert werden müssen. Im TarMed ist die Rehabilitation für nicht-ärztliche Leistungen nicht einbezogen. Es wird versucht im Rahmen einer Arbeitsgruppe mit dem Namen TarReha die nicht-ärztlichen Leistungen im Rahmen der Rehabilitation zu definieren und zu erfassen. Die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe ist mit den 4 Auftraggebern abgestimmt, nämlich der FMH, H+, KSK und MTK. Bis jetzt ist nicht klar bestimmt, welche ambulanten Leistungen erfasst werden können. Es wird jedoch innerhalb der Projektgruppe nach Rücksprache mit den Auftraggebern klar der Einbezug weiterer Vertreter von ambulanten Leistungsanbietern besprochen.

Über die verschiedenen therapeutischen Richtungen hat weder die ALVR noch die Projektgruppe TarReha einen Einfluss. Es gibt immer verschiedene therapeutische Methoden, um ein Problem sei es Schmerz oder Funktionsdefizite z.B. am Bewegungsapparat anzugehen. Es ist nicht Sache einer paritätischen Arbeitsgruppe therapeutische

Pfade zu definieren. Andererseits bin ich mit Beat Dejung absolut einverstanden, dass viele solcher Schmerzzustände ambulant diagnostiziert und behandelt werden können.

Die publizierten Anforderungskriterien [1-5] für die Rehabilitation, die muskuloskelettale wie auch Neurorehabilitation befasst sich explizit mit der stationären Rehabilitation. Dies hat nichts mit einer Wertung dieses rehabilitativen Weges zu tun, sondern weil es uns primär einfacher und konsequenter erschien, vorerst die stationäre Rehabilitation zu definieren. Die ambulante Rehabilitation wird als nächstes behandelt werden müssen.

Über die Qualitätskriterien kann man diskutieren. Andererseits schreibt auch das KVG ganz klar eine Outcome-Erfassung vor und dabei ist die Patientenzufriedenheit ein markanter Parameter. Dazu gehört natürlich auch die Ergebnisqualität subjektiv wie objektiv, d.h. aus der Sicht des Patienten wie auch des Hausarztes und schlussendlich auch die Gesamtbeurteilung am Arbeitsplatz. Die Prozess-Qualität wird bereits klar angegangen mit Assessmentsystemen, wobei hier ein Konsensus zu finden nicht einfach ist. Noch viel schwieriger ist es, anerkannte Outcome-Qualitätssysteme zu formulieren, die sowohl von Leistungserbringern wie auch Kostenträger akzeptiert werden können.

Sicher nehmen die Mitglieder sowohl der ALVR wie auch der TarReha die ambulante Rehabilitation ernst und werden alles versuchen, auch diese Aspekte klar zu definieren und die entsprechenden Leistungen zu formulieren. Es muss jedoch auch klar sein, dass hier in der ambulanten Rehabilitation schnell eine Grauzone entstehen kann, die jedoch paritätisch möglichst minim gehalten werden muss. Dabei müssen wir von international anerkannten Definitionen ausgehen und wir können nicht neue Definitionen für die Rehabilitation erfinden.

*Dr. med. Otto Knüsel,
Chefarzt Rheumatologie, Valens*

- 1 Knüsel O. Rehabilitationstarife: Orientierung über die Verhandlungen. Schweiz Ärztezeitung 1999;80(51/52):2969.
- 2 Knüsel O, et al. ALVR-Grundlagen der Rehabilitation. Schweiz Ärztezeitung 1999; 80(51/52):2970-1.
- 3 Knüsel O, et al. Anforderungskriterien der ALVR für die stationäre muskuloskelettale Rehabilitation. Schweiz Ärztezeitung 1999; 80(51/52):2972-3.
- 4 Knüsel O, et al. Anforderungskriterien der ALVR für die stationäre Neurorehabilitation. Schweiz Ärztezeitung 1999;80(51/52):2974-6.
- 5 Schneider W. TarReha. Schweiz Ärztezeitung 1999;80(51/52):2976-8.



TarMed-Radiologie

C'est avec effarement que j'ai pris connaissance de la dernière version du tarif TarMed, non sans peine je dois l'avouer. Le tarif proposé dans le chapitre consacré à la radiologie est tellement scandaleusement bas qu'il va conduire inexorablement à la faillite de tous les cabinets privés et de tous les instituts de radiologie. Comme médecin-chef d'un département de radiologie d'un hôpital public, je ne devrais plus, en principe effectuer d'examen sur des patients ambulatoires car à chaque patient examiné j'augmenterais le déficit de mon hôpital, ce qui va à l'encontre du mandat qui m'est donné.

Accepter ce tarif, qui a manifestement subi les recommandations contestables et contestées, dénuées de tout fondement économique de Monsieur Prix, c'est à moyen terme faire disparaître une spécialité essentielle à la médecine moderne, la radiologie, et va à l'encontre d'un des buts fondamentaux de la LAMAL, c'est-à-dire procurer une médecine de qualité sur l'ensemble du territoire helvétique. Je ne puis accepter que notre spécialité soit ainsi sacrifiée sur l'autel de la neutralité des coûts. Où est le fondement économique, prévu par la LAMAL, de ce tarif?

Le chapitre du TarMed consacré à la radiologie soit donc être entièrement révisé et l'étude de la neutralité des coûts ne devrait se faire que dans la radiologie elle-même, même si la neutralité des coûts a été prévue autrement. De plus, il est essentiel que le nouveau tarif, après révision, soit confronté à la réalité quotidienne et comparé à la situation actuelle durant une période d'au moins 2 ans avant une mise en application.

PD Dr méd. H.-M. Hoogewoud, Fribourg



Missbräuche in der ärztlichen Praxis [1]

Die Ausführungen von W. Tschan über das schwierige Thema der Missbräuche in der ärztlichen Praxis war nicht nur sehr interessant, sondern auch dringend notwendig. Aus meiner Sicht kann die Arbeit der ABS nicht genügend gelobt werden; es ist auch wichtig, dass diese Tätigkeit immer wieder der Ärzteschaft bekanntgemacht wird, und es ist zu hoffen, dass möglichst in allen Kantonen eine ähnliche Institution aktiv wird. Ganz wesentlich scheint mir der Hinweis auf die Prophylaxe zu sein, und ich denke, dass vor allem in der Studentenausbildung, aber auch in Weiterbildungsveranstaltungen auf die Problematik hingewiesen werden sollte.

Dr. med. M. Baur, Basel

- 1 Tschan W. Missbräuche in der ärztlichen Praxis. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(3):145-8.



Mikroben und Antibiotikaresistenz

Das Editorial über Mikroben und Antibiotikaresistenz von A. Schaffner in der Schweizerischen Ärztezeitung [1] greift ein Thema auf, welches uns Hausärzte in unserer täglichen Arbeit begleitet. Besonders durch die Winterzeit gehören die Forderung von Patienten mit Luftwegsinfekten, ein Antibiotikum einzusetzen, sowie der grosse Ermessensspielraum bezüglich Indikationsstellung für den Einsatz eines Antibiotikums, zum Alltag. Der Artikel über das Problem der Antibiotikaresistenzen von Prof. Schaffner erinnert uns einmal mehr an unsere Verantwortung beim medikamentösen Eingreifen in den Mikrokosmos. Die Vermutung, dass der Antibiotikamissbrauch in der Tierzucht das weitaus grössere Problem darstellen dürfte, enthebt uns dieser Verantwortung nicht.

Unsere tägliche Aufklärungsarbeit in der Sprechstunde zugunsten eines sparsamen und begründeten Einsatzes von antibiotischen Medikamenten wird durch den erwähnten Artikel unterstützt. Viel effektvoller dürfte aber ein Flyer oder Plakat für das Wartezimmer sein, in welchem eine anerkannte Fachperson, wie zum Beispiel Prof. Schaffner, diese Aufklärungsarbeit mitpagiert.

Dr. med. Rainer Burn

- 1 Schaffner A. Antibiotikaresistenz-Mikroben: Sind wir einen Schritt zu spät? Schweiz Ärztezeitung 1999;80(59):2899.



Die Asepsis nicht vergessen!

Bei der Darstellung der Verhütung von postoperativen Wundinfektionen [1] mit Hilfe eines zeitgerechten Einsatzes von Antibiotika ist entsprechend dem Thema das Konzept der Antisepsis vordergründig behandelt worden. Bei der Verhütung von Wundinfektionen haben jedoch vor allem in der orthopädischen Chirurgie die Bemühungen um die Asepsis ein ebenso grosses wenn nicht grösseres Gewicht als die Antisepsis. Deshalb seien die grundlegenden Studien von John Charnley (auch ein Brite wie Joseph Lister!) in Erinnerung gerufen. Charnley hat nicht nur den ersten über weit mehr als 10 Jahre perfekt funktionierenden Hüftgelenkersatz entwickelt. Ihm ist auch die Realisierung einer hochsterilen Operationsumgebung («ultra clean air operating room environment») durch die Entwicklung einer hochsterilen Operationszelle innerhalb des Operationssaales und die weitgehende Elimination der von der Haut und Atemluft des Operateurs ausgehenden Infektionserreger mit einer Absaugvorrichtung («body exhaust») zu verdanken [2-4]. Mit dieser Steigerung der Bemühungen um die Asepsis gelang es Charnley, die Infektionsrate trotz Verwendung von Methylmetakrylat als Druckverteiler zwischen Prothese und Knochen auf 0,75% und bei gleichzeitiger Antibiotikaphylaxe auf 0,2% zu senken [5]. Diese Erfolge führten weltweit zu einer Verbesserung der Lüftung in neu konstruierten Operationssälen, die allerdings die Anforderungen an die Hochsterilität auf dem Niveau von Charnley nicht ganz erfüllen. Tatsächlich werden auch heute noch bei weitem nicht alle Endoprothesen unter hochsterilen Operationsbedingungen eingesetzt, so dass die Infektionsrate zum Leidwesen der betroffenen Patienten trotz Antibiotikaphylaxe wesentlich höher als 0,2% liegt.

Prof. Dr. med. M. Geiser

- 1 Graber P, Zimmerli W. Antibiotikaphylaxe in der Chirurgie. Schweiz Ärztezeitung 1999; 80(50):2921-6.
- 2 Charnley J. Postoperative infection after total hip replacement with special reference to air contamination in the operating room. Clin Orthop 1972;87:167-87.
- 3 Charnley J. Low friction arthroplasty of the hip. Theory and Practice. Springer 1979.
- 4 Lidwell OM, et al. Ultra clean air and antibiotics for the prevention of postoperative infection. Acta Orthop Scand 1987;58:4-13.
- 5 Waugh W. John Charnley - The man and the hip. Springer 1990.

Replik

Zu Recht weist Prof. Geiser darauf hin, dass die perioperative Antibiotikaprophylaxe nur ein Teilelement in der Prävention chirurgischer Wundinfektionen darstellt. Ziel unseres Übersichtsartikels war es, fächerübergreifende Konzepte zur Infektionsprävention in der Chirurgie zusammenzufassen. Die Berücksichtigung aller Teilaspekte der verschiedenen chirurgischen Fachdisziplinen hätte den Rahmen dieser Arbeit gesprengt.

Dass für Herrn Prof. Geiser die Konzepte der Asepsis zu kurz gekommen sind, ist in erster Linie der unterschiedlichen Verwendung der Begriffe Asepsis und Antiseptik zuzuschreiben. Im infektiologischen Sprachgebrauch impliziert Asepsis Krankheit, d.h. Sterilität. In diesem engen Sinn verwendet, lässt sich der Begriff nach unserer Auffassung nur für Instrumente und Materialien verwenden, während im Umgang mit dem Patienten und seiner Operationswunde nie von einer Keimfreiheit, resp. Sterilität, ausgegangen werden kann. Die Bemühungen zur Keimreduktion im Bereich des Operationsgebiets sind deshalb nach infektiologischer Terminologie Konzepte der Antiseptik.

Die Bedeutung der antiseptischen Massnahmen bei der Implantation von Fremdmaterial können wir nur unterstreichen. Da bereits ein geringes Inokulum ausreicht, um in Anwesenheit von Fremdmaterial eine persistierende Infektion zu verursachen [1], sind Massnahmen zur Senkung der Keimbelastung im Operationsgebiet essentiell. Neben den technischen Voraussetzungen ist besonderes Gewicht auf die Disziplin im Operationssaal zu legen. Dazu gehört die Minimierung der Anzahl Personen und des Durchgangsverkehrs im Operationssaal sowie die Vermeidung unnötiger Gespräche. Aufwendige Technologien wie «ultra operating room environment» bringen zusätzlichen Nutzen [2], doch sie sind teuer und nicht in allen Institutionen realisierbar. Auch bei Verwendung modernster Technologie («laminar flow») kann nicht von einer sterilen Wundumgebung ausgegangen werden. Trotz Verwendung der «laminar flow»-Technologie fanden sich in einer Studie von Aglietti et al. [3] in 7 von 10 Wunden Bakterien, während bei konventioneller Op-Belüftung 9 von 10 Wunden zum Zeitpunkt des Wundverschlusses kolonisiert waren.

Die mittlere Keimzahl war allerdings mit 3 Kolonien vs. 12 Kolonien signifikant geringer in der Gruppe mit «laminar flow»-Technik. Bei der Elimination dieses auch mit aufwendigster Technik kaum zu vermeidenden Rest-Inokulums dürfte die perioperative Antibiotikaprophylaxe entscheidend sein.

Prof. Dr. med. Werner Zimmerli, Liestal
Dr. med. Peter Graber, Basel

- 1 Zimmerli W, Waldvogel FA, Vaudaux P, Nydegger UE. Pathogenesis of foreign body infection: description and characteristics of an animal model. *J Infect Dis* 1982; 146:487-97.
- 2 Lidwell OM, Lowbury EJ, Whyte W, Blowers R, Stanley SJ, Lowe D. Effect of ultraclean air in operating rooms on deep sepsis in the joint after total hip or knee replacement: a randomised study. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982;285:10-4.
- 3 Aglietti P, Salvati EA, Wilson PD Jr, Kutner LJ. Effect of a surgical horizontal unidirectional filtered air flow unit on wound bacterial contamination and wound healing. *Clin Orthop* 1974;101:99-104.



Nietzsches Syphilis

Der Artikel über Nietzsche von Dr. Gino Gschwend war sehr interessant und informativ.

Im Buch von Ben Macintyre «Forgotten Fatherland: the Search for Elisabeth Nietzsche» (New York: Farrar, Strauss Giroux; 1992. (p. 91f.) liest man, dass, entsprechend Sigmund Freud und Carl G. Jung, Nietzsche sich seine Syphilis in einem homosexuellen Bordell in Genova, Italien, holte.

Olga P. Weber, New York/USA

- 1 Gschwend G. Pathogramm von Nietzsche aus neurologischer Sicht. *Schweiz Ärztezeitung* 2000;81(1):45-8.



Haben Sie einen Moment Zeit? [1]

Lieber Herr Hohler

Es freut mich sehr, dass Sie sich überreden liessen, diesen Vortrag auszuarbeiten und vor den jungen angehenden Ärzten zu halten! Ich habe den Text mehrfach gelesen und mich jedesmal darüber gefreut; an manchen Stellen musste ich schmunzeln, ja sogar laut auflachen (Intensivstation für Musik).

Ich finde es grossartig, wie Sie es verstanden haben, die jungen Mediziner (und auch uns Ältere!) auf die modernen Trends und Fallstricke des Medizinalwesens aufmerksam zu machen, und auch den Standpunkt des Patienten darzulegen!

Ich hatte in meiner Studienzeit eine Vorlesung über ärztliche Ethik vermisst, Wir waren diesbezüglich auf Aperçus und Bonmots unserer Professoren und Lehrer angewiesen. So äusserte sich Professor Loeffler sel. über den «gegenwärtigen Stand des Irrtums», worauf auch Sie sehr zu Recht hinweisen.

In meiner 30jährigen Praxistätigkeit, zunächst als Vertreter von Landärzten, dann als Augenspezialist, habe ich öfters gesehen, dass sich bestehende Dogmen in ihr Gegenteil verkehrt haben! Ich finde, dass die Erfahrung des praktizierenden Arztes, welcher Sparte auch immer, sicher mehr wiegt als eine Handlungsweise, die auf rein theoretischen Überlegungen beruht.

Auch der letzte Abschnitt über die Sterbegleitung hat mich sehr berührt, und ich hoffe, dass der Arzt, welcher mich dereinst dabei begleiten wird, Ihre Rede gehört oder gelesen hat.

In diesem Sinne gratuliere ich Ihnen herzlich und danke Ihnen für Ihre Ausführungen.

Dr. med. D. Pestalozzi, Olten

- 1 Hohler F. Haben Sie einen Moment Zeit? *Schweiz Ärztezeitung* 2000;81(6):309-13.