



Nächtliche Gedanken zur Dignitätserhebung

Da sitze ich nun zur nächtlichen Stunde vor meiner FMH-Dignitäts-CD.

Als «halbbländlicher» Allgemeinpraktiker betreue ich, wie die meisten meiner Kollegen, Säuglinge und Kleinkinder, psychisch Kranke, Spritze gelegentlich Varizen, mache Pricktests und desensibilisiere, mache gelegentlich eine Spirometrie oder ein Audiogramm, entferne ein Lipom oder mache gar ein Mini-Mental-Status usw.

Zusammengerechnet muss ich in Zukunft dafür (Röntgenprüfung und Laborkontrollen nicht eingerechnet) wahrscheinlich mehrmals 80 Stunden an Fortbildungszeit investieren und so bin ich froh, dass ich daneben nur noch einen zusätzlichen Fähigkeitsausweis in Manueller Medizin besitze.

Natürlich kann ich zurzeit per Mausclick alles problemlos weiterbearbeiten. Sorge macht mir aber die Zukunft, denn wo bleibt da die so überall gepriesene Allgemeinmedizin. Drei mögliche Szenarien kommen mir da in den Sinn:

1. In drei Jahren fülle ich nur noch Arbeitsunfähigkeitszeugnisse und Überweisungen an Konsiliarärzte aus.
2. Ich montiere fix ein Schild an meiner Praxistür: Wegen Fortbildung geschlossen.
3. Die wahrscheinlichste Lösung wird in Zukunft wohl sein, dass ich obenerwähnte Leistungen weiterhin erbringe, aber einfach zum Nulltarif (sprich Zeittarif). So sind wenigstens die Patienten, vor allem aber auch ich, bei der Arbeit weiterhin zufrieden.

Zum Schluss bleiben mir nur noch zwei Fragen:

- Wann verliere ich endlich die Bewilligung, Notfalldienst zu leisten, eigentlich eine schwierigere und verantwortungsvollere Aufgabe als ein Pricktest oder eine Lungenfunktion?
- Wer wird in Zukunft wohl noch den so abgespeckten Beruf des Allgemeinmediziners wählen? (Und wer soll dann die von den Politikern propagierten Hausarztnetze spinnen?!)

Dr. C. Wäckerle, Fislisbach



Kritische Anmerkungen zu Fähigkeits-/Fertigkeitsausweisen, Dignität/Besitzstandswahrung

Als ehemaliges und langjähriges Mitglied der Ärztekammer habe ich die Diskussionen um die Fähigkeits- und Fertigkeitenausweise mitverfolgen können. Es war uns wohl allen bewusst, dass solche Ausweise durch kontinuierliche Fortbildung bestätigt werden müssen. Man wollte auch die Anzahl solcher Fertigkeiten beschränken. Leider müssen wir feststellen, dass die Fachgesellschaften und Ärztegruppierungen immer mehr solche Ausweise schaffen möchten, wohl mit dem Ziel, sich einen Zaun um das eigene Gärtlein zu errichten. An der kommenden Ärztekammer vom 30. April 2003 ist über vier Anträge abzustimmen: Vertrauensarzt, Phytotherapie, Gastroskopie und ERCP.

Ich schlage vor, dass noch weitere Ausweise zu schaffen sind, z.B.: Rhinoskopie, Hausbesuche usw. Eigentlich sollten wir zu jeder Tarifposition im TARMED noch einen Fähigkeitsausweis schaffen.

Sind wir denn nicht dank unserer breitgefächerten Ausbildung in der Lage, das anzuwenden, was wir auch gelernt haben, und zwar ohne Zertifikat!

Ich selbst besitze momentan sechs solcher Fertigkeiten, die ich alle mit viel Zeitaufwand und Mühe erlernt habe. Leider kann ich sie nicht nutzen, da mir langsam die Zeit für den Patienten fehlt; ich bin dauernd an Fortbildungskongressen, um diese Papierchen zu erhalten, denn neuerdings sind diese Ausweise nur drei Jahre gültig. Die entsprechenden Fachgesellschaften haben aber eine Gültigkeitsdauer von 6 bis 7 Jahren vorgeschlagen.

Ins gleiche Kapitel gehören die unsinnigen Bestimmungen über die Besitzstandswahrung. Wir waren alle der Ansicht, dass ein Arzt, der eine Fähigkeit erlernt und häufig ausgeführt hat, selbige auch weiterhin ausüben dürfe, und zwar ohne zeitliche Limitierung. Plötzlich ist eine zeitliche Beschränkung auf drei Jahre hineingerutscht.

An der letzten KWFB-Sitzung vom 27. März 2003 konnte mir aber niemand meine Frage beantworten, wer für diese Beschränkung verantwortlich sei. Auf jeden Fall hat die Ärztekammer nie einer solchen Einschränkung zugestimmt. Zudem war bei den KWFB-Delegierten ein deutliches Unbehagen gegenüber diesen Bestimmungen zu spüren.

Es scheint wie in der Politik zu sein (das KVG lässt grüssen): Das Volk stimmt einem Gesetz zu, in der Meinung, dass es gut und vernünftig sei. Über die Ausführungsbestimmungen werden aber in der Regel Bestimmungen über die Hintertüre hineingemogelt, denen das Volk nie zugestimmt hätte. Wehren wir uns dagegen!

Ich habe mir die Mühe genommen, den TARMED 1.1 r durchzuarbeiten. Ich bin auf etwa 40 Tarifpositionen gestossen, bei denen ich dank breiter Ausbildung Besitzstandswahrung geltend machen kann. Es kann mir aber niemand glauben machen, dass die Fachgesellschaften mir eine entsprechende Fortbildung für einzelne Tarifpositionen anbieten werden, geschweige denn, dass ich die Zeit dafür aufbringen werde.

Diese unsinnigen und scharfen Dignitätsbestimmungen werden die folgenden Auswirkungen haben:

- Die Kosten werden massiv steigen. Beispiel: Für ein Belastungs-EKG muss man in Zukunft zum Kardiologen. Frage: Warum wehren sich die Krankenkassen nicht?
- Sie fördern das Spezialistentum; gleichzeitig wird ...
- die Arbeit des Grundversorgers abgewertet.
- Somit wird die Grundversorgertätigkeit uninteressant, eine breite Ausbildung ist nicht mehr notwendig, unsere Arbeit kann wohl in Zukunft durch eine Krankenschwester erledigt werden. Die Patienten werden aber dank präziser Information von Dr. Stutz, was gut und nützlich sei, noch mehr zum Spezialisten drängen, was die Kosten weiter in die Höhe treiben dürfte.
- Es wird in Zukunft noch schwieriger werden, Hausarztpraxen zu besetzen.

Meine Forderungen:

- An der kommenden Ärztekammer sollen keine weiteren Fähigkeits- und Fertigkeitenausweise mehr bewilligt werden.
- Die bisherigen Ausweise sollen eine Gültigkeitsdauer von mindestens fünf Jahren haben.
- Die Besitzstandsgarantie soll keine zeitliche Limitierung haben. Was ein Arzt/eine Ärztin gelernt hat, soll er/sie auch weiterhin ohne Einschränkung anwenden dürfen.
- Die Dignitätsbestimmungen sind zu überdenken. Massgebend soll nicht der Facharzt-titel sein, sondern der Nachweis, dass man eine Tätigkeit erlernt hat. Wir schaden sonst der zukünftigen Ärztegeneration und verhindern auch Innovationen. Mancher von uns hat ein medizinisches Hobby, das er besser beherrscht als andere. Das soll auch weiterhin möglich sein.

Ich fordere deshalb die Ärzteschaft, insbesondere die Ärztekammerdelegierten auf, sich zur Wehr zu setzen, um auch der zukünftigen Generation eine interessante Arztstätigkeit zu ermöglichen.

Dr. med. Heinz Spycher, Eschenz

Replik

Wie C. Hänggeli bereits anlässlich der letzten KWFB hingewiesen hat, kann die Bestimmung über die dreijährige Dauer der Besitzstandsgarantie im «Konzept Dignität 9.0» [1] nachgelesen werden.

Ich begreife den Unmut über all die neuen Vorschriften, bitte jedoch zu bedenken: Der Fähigkeitsausweis «Vertrauensarzt» ist ein uraltes Desideratum der FMH – warum soll gerade dieser jetzt «gekillt» werden? ERCP ist ein Fähigkeitsausweis im Interesse der Patientensicherheit, der von den Gastroenterologen schon seit Jahren diskutiert wird – warum soll dieser «gekillt» werden? Beide Fähigkeitsausweise sind übrigens vom Plenum der KWFB angenommen worden. Was die Spezialisten betrifft, möchte ich auf den folgenden Artikel im BMJ [2] verweisen: «Primary care gate keeping and referrals: effective filter or failed experiment?» Dieser Artikel müssten auch all jenen Parlamentarierinnen und Parlamentariern empfohlen werden, welche «Ärztetzwerke» ins Gesetz schreiben wollen. Hier müssten noch weitere Einschränkungen erfolgen. Wer will aber solche Einschränkungen ohne Abbau der Medizin?

*Dr. med. Max Giger, Zentralvorstand FMH,
Ressort Medical Education*

- 1 Konzept Dignität TARMED, Version 9.0. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(5 Suppl 6a):5-12. <http://www.saez.ch/pdf/2002/supplementum6d.pdf>.
- 2 Forrest CB. Primary care gate keeping and referrals: effective filter or failed experiment? Br Med J 2003;326:692-5. <http://bmj.com/cgi/content/full/326/7391/692>.



TARMED wird grosse Einsparungen bringen

Ein Beitrag für Ungläubige

Nun haben wir es geschafft: Ich habe soeben meine europäische Artikelnummer erhalten (EAN). Diese Nummer besteht aus 13 Zahlen. Bei Rechnungsstellungen sollen wir diese 13 Zahlen säuberlich aufdrucken, damit der Versicherer aufgrund dieser 13 Zahlen auch meine Dignitäten kontrollieren kann. Damit wird ganz klar festgehalten, dass ich die verrechnete Leistung auch wirklich erbringen durfte. Ich habe zwar die böse Vermutung, dass diese 13 Zahlen einem bestimmten Code entsprechen dürften. Vielleicht bedeuten die drei Nullen in der Mitte: Achtung, schwarzes Schaf oder ähnliches. Aber dies dürfte eigentlich nicht der Fall sein, denn dies würde ja gegen den Datenschutz verstossen ...

Bevor ich aber dem TARMED-Vertrag beitreten kann, muss ich noch die fehlenden Dignitäten auf der mir zugestellten CD heraussuchen. Ich gebe dazu meine Codenummer ein, beantworte diverseste Fragen über meine privaten Verhältnisse usw. und stelle fest, dass nur ein ganz kleiner Teil meines operativen Spektrums mir als Orthopäden zugeschrieben wurde. Ich kann dann mit dem Browser mich durch die verschiedensten Fachrichtungen durchhangeln und kann meine Dignitäten à la carte zusammenstellen. Ich muss dazu knapp 5000 Positionen durchsuchen, was viele Stunden Arbeit bedeutet, aber es gibt dabei schöne Erfolgserlebnisse. Kürzlich habe ich z.B. die Karpaltunneloperation beim Neurochirurgen gefunden und die Halluxoperation und beim Hand-/Plastischen Chirurgen. Und wenn ich nun die CD wieder aus dem PC entferne, ist alles wieder gelöscht und die Arbeit war umsonst. Ich muss also unbedingt die Helpline anrufen zum Spezialtarif für FMH-Mitglieder (Fr. 1.50/Minute, ab sechster Minute Fr. 4.23).

Ich bin nun also jeden Abend am Browsen und haben mindestens theoretisch meine zusätzlichen 500 Positionen irgendwo entdeckt, dies alles mit gütiger Hilfe der Helpline. Nun kann es losgehen mit dem TARMED. Ich kann nun viel mehr Positionen abrechnen als je, kann die Sprechstunde im 5-Minuten-Takt abrechnen, kann Telefonate dazuschlagen usw. Es muss also automatisch zu einer Mengenausweitung kommen. Andererseits besteht Kostenneutralität, d.h. wir werden einen gedeckelten Globalkredit erhalten müssen. Wie das genau funktionieren soll, kann mit einem kurzen Blick ins benach-

barte Deutschland herausgefunden werden: Der Taxpunktwert wird alle zwei Monate rückwirkend festgelegt. Je mehr Leistungen erbracht werden, desto tiefer der Taxpunktwert. Bei einer Grippeepidemie werden wir wohl mehr arbeiten, weil sich aber der Taxpunktwert entsprechend verringert, steigen die Gesamtausgaben nicht an. Weil der Taxpunktwert rückwirkend festgelegt wird, werde ich automatisch zum Schwarzen Schaf gestempelt und werde rückwirkend zu hoch verrechnete Leistungen an den Versicherer zurückzahlen. Ich muss vielleicht noch anfügen, dass dies nicht nur für die orthopädische Praxis gilt.

Es ist also keineswegs böser Wille, wenn die Orthopäden dem TARMED-Vertrag nicht beitreten wollen, aber wir sind immer noch vor dem Bildschirm und suchen unsere Dignitäten und browsen und browsen und browsen ...

*Prof. Dr. André Gächter, St. Gallen
EAN 7601000263773*



Nur die dümmsten Kälber wählen ihre Metzger selber

Zum Elaborat von Herrn Cavalli [1] möchte ich folgendes bemerken: Die Gesundheitsinitiative liegt ganz und gar nicht im Interesse der Ärztinnen und Ärzte. Es handelt sich hier um eine Reichtumssteuer und die meisten Kollegen/-innen werden soviel Gesundheitssteuer zahlen, dass es nicht einmal mehr für eine Zusatzversicherung reicht. Herr Cavalli versucht uns Sand in die Augen zu streuen! Seine Argumente für die Gesundheitsinitiative sind nicht stichhaltig. Die Finanzierung der Krankenversicherung ist jetzt stabil, eine Zweiklassenmedizin besteht bereits und ist auch in Zukunft nicht zu verhindern, die freie Arzt- und Spitalwahl ist ein Luxus und für den soll man bezahlen, für die Koordination der Spitzenmedizin braucht es diese Initiative nicht, die Franchise ist dringend notwendig, auch für die Selbstverantwortung, sonst wird die Konsumhaltung vieler Leute nur angeheizt. Bei sehr armen Patienten hilft die Gemeinde! Das Schreckgespenst USA ist nicht auf schweizerische Verhältnisse übertragbar und beeindruckt mich nicht (ich habe deshalb meine Anschrift noch nicht angelifiziert). Jeder Anreiz zum Kosten senken/stabilisieren fällt dahin. Hausarztmodelle werden überflüssig. Den Schlusssatz von Herrn Cavalli, dass nur schwarze Schafe «Nein» stimmen werden, finde ich eine Frechheit und eine Arroganz! Ich lehne diese Initiative ab und

bitte alle Kollegen/-innen, ebenfalls «Nein» zu stimmen und möglichst viele Wähler/innen von einem Nein zu überzeugen.

Dr. med. Christoph Bovet, Winterthur

- 1 Cavalli F. Gesundheitsinitiative: im Interesse der meisten Ärzte. Schweiz Ärztezeitung 2003; 84(17):831-2.



Gesundheitsinitiative

Die Stellungnahme von Herrn Cavalli für die Gesundheitsinitiative [1] ist völlig unverständlich. Sie ist meines Erachtens nur durch eine gewisse ideologische Verblendung erklärbar. Die Initiative hat lediglich negative Effekte. Das Fehlen jeglichen Sparanreizes (Wegfallen von Sparmodellen) führt notgedrungen zu einem noch stärkerem Kostenschub als bisher, was weil alles irgendwie bezahlt werden muss, wiederum alle trifft, z.B. über die Anhebung der Mehrwertsteuer. Ich möchte wissen wie Herr Cavalli diesen völlig asozialen Effekt der Initiative seinen Genossen erklären wird! Eine solche Erhöhung der Konsumsteuer trifft nämlich v.a. die Ärmere! Bei der zu erwartenden Kostensteigerung wird es sicherlich nicht nur bei den versprochenen 1,5% MWSt-Erhöhung bleiben! Bereits heute bezahlen die Einkommensschwächsten keine oder kaum Kassenprämien. Mit dem neuen System werden sie bald die betrogenen sein. In der neuen KVG-Revision ist zudem bereits vorgesehen, dass die Prämien nicht über 12% des Einkommens steigen dürfen, womit sogar der Mittelstand in den Genuss von Einsparungen kommt. Ausserdem ist eine zentralistische Regelung und Planung des gesamten Systems vorgesehen, und ein Wettbewerb ist nicht vorgesehen. Wo staatlich rigid kontrollierte Systeme hinführen, kann man in Deutschland und Grossbritannien sehen. Auch Kanada hat wie Herr Cavalli erwähnt ein solches System, mit dem Ergebnis, dass es eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt hat. Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung wurde noch in keinem Land besser durch Einführung der Staatsmedizin, im Gegenteil! Deshalb für ein wirklich soziales Gesundheitswesen: Nein stimmen.

Dr. med. U. Thomann, Willisau

- 1 Cavalli F. Gesundheitsinitiative: im Interesse der meisten Ärzte. Schweiz Ärztezeitung 2003; 84(17):831-2



Tschernobyl: Eine medizinische Bilanz aus menschlicher Sicht

Die «Bilanz über Tschernobyl aus medizinischer Sicht» des Nuklearmediziners J. T. Locher [1] muss dringend ergänzt werden, denn seine Schlussfolgerung aus «medizinischer» Sicht schliesst die sozialmedizinische Seite aus und wird deshalb dem Ausmass der menschlichen Tschernobylfolgen in keiner Weise gerecht. Zwar erwähnt er die indirekten Auswirkungen der Geländekontamination, ohne aber zu präzisieren, dass es sich um Tausende von Quadratkilometern handelt, in denen die Bauern ihre Produkte nicht mehr verkaufen konnten und können. Auch die psychologischen Belastungen werden erwähnt, doch nur um zum irreführenden Schlusssatz zu gelangen: «Mit Nachdruck ist aber festzuhalten, dass es wissenschaftlich falsch ist, solche indirekten Folgen der Katastrophe mit direkten Gesundheitsschäden gleichzusetzen und so der ionisierenden Strahlung zuzuschreiben». Ist es bei der Abschätzung eines gesellschaftlichen Risikos nicht irrelevant, inwieweit anerkannte Folgen medizinischer oder menschlicher Art und inwieweit sie direkter oder indirekter Natur sind? Kurz vor einer Volksabstimmung über Atomausstieg und Atommoratorium darf es nicht sein, dass Ärzte unter dem Eindruck eines solchen Satzes ihren Patienten sagen, die Tschernobylfolgen seien viel geringer als man allgemein meint.

Ich möchte hier nicht näher auf die rund 600 000 Männer im besten Alter aus der ganzen damaligen Sowjetunion eingehen, die als Liquidatoren bei den Aufräumarbeiten eingesetzt waren und über verschieden lange Zeit radioaktiv kontaminiert wurden. Häufiger als in einer solchen Zahl üblich, entwickelten sich unter ihnen bösartige Erkrankungen, und alle sind ein Leben lang als kontaminiert gekennzeichnet – ob zu Recht oder nicht, ist dabei belanglos.

Vielmehr möchte ich aufzeigen, dass es falsch ist, die bis Ende der neunziger Jahre gezählten rund 2000 Fälle von Schilddrüsenkrebs bei Menschen, die zur Zeit des Tschernobylunfalls Kinder waren, herunterzuspielen, nur weil die meisten nicht gestorben sind. Manche würden sagen, ein verpuschtes Leben sei fast ebenso schlimm wie ein Todesfall. Als Epidemiologe und Leiter eines «WHO Collaborating Center» an der Universität Bern hatte ich die Chance, zwischen 1991 und 2000 praktisch jährlich in die betroffene Region zu reisen, um Näheres über die Schilddrüsenpatienten zu erfahren. Schon am ersten Sympto-

sium, an dem Wissenschaftler aus aller Welt zusammenkamen, um nach eingehender Untersuchung zu bestätigen, dass es sich um echte Schilddrüsenkarzinome handelte, meldeten sich Angehörige von Patienten unangemeldet zum Wort und verlangten, von den Behörden auch in den menschlichen und wirtschaftlichen Folgen der Krankheit ernstgenommen zu werden. Sie wurden in alter Sowjetmanier sehr rasch zum Schweigen gebracht, erreichten aber doch, dass zumindest einige unter den Anwesenden ihre Aufmerksamkeit auch der menschlichen Seite der Krebs epidemie schenken. Darüber möchte ich zur Vervollständigung des medizinischen Bildes einige Beobachtungen und Befunde mitteilen.

Aufgrund von zwei detaillierten Untersuchungen der Krankengeschichten, der Operationsberichte und teils von Nachbefragungen bei Eltern stellten wir zusammen mit unseren weissrussischen Partnern fest, dass bei rund zwei Dritteln der Patienten Lymphknotenmetastasen gefunden wurden [2, 3]. In einem Viertel der Fälle betrug der Tumordurchmesser 2 cm oder mehr. Bei fast allen Patienten wurde eine Thyreodektomie vorgenommen, und wo Lymphknotenmetastasen vorlagen, erfolgte in der Regel eine zusätzliche Strahlentherapie. Wo nach westlichem Standard vorgegangen wurde, benötigen die Patienten nun lebenslänglich eine Thyroxin-Substitutionstherapie. Sie müssen jährlich zu einer Kontrolluntersuchung in eines der grossen Zentren reisen. Mit ihrer Operationsnarbe sind sie leicht zu erkennen, und als «radioaktiv verseucht» werden sie von ihren Mitmenschen gemieden. Wie ich gehört habe, haben viele der heute im heiratsfähigen Alter stehenden Patienten Mühe, als «Gezeichnete» einen Ehepartner zu finden. Das gehört zu den menschlichen Folgen von Tschernobyl, ob die Ächtung naturwissenschaftlich gerechtfertigt ist oder nicht.

Wie aufgrund der Daten des weissrussischen Krebsregisters leicht aufzuzeigen war, traten in der Richtung der damals herrschenden Winde bei als Kinder Exponierten bis zu 300 km von Tschernobyl signifikant gehäuft Fälle von Schilddrüsenkrebs auf [3]. Im kontaminierten Gebiet von Russland wurde zudem gezeigt, dass noch bei über 180 km Entfernung von Tschernobyl die Inzidenz in Jodmangelgebieten höher war als in gut mit Jod versorgten Gebieten [4]. Es ist leicht auszurechnen, ein wie grosses Gebiet der Schweiz betroffen wäre, wenn eines unserer Atomkraftwerke aus menschlichem Versagen (wie in Tschernobyl) oder aufgrund menschlicher Boshaftigkeit (wie am 11. September 2001 in New York) bei starkem Wind Opfer einer

AKW-Katastrophe würde. Das Risiko, dass eine solche Katastrophe passiert, mag gering sein, aber die Folgen, einschliesslich der menschlichen und wirtschaftlichen, sind so schwerwiegend, dass aus ärztlicher Sicht ein Nullrisiko, wie es bei einem Atomausstieg erreicht wird, als das einzig Verantwortbare erscheint.

*Prof. Dr. med. Theodor Abelin,
ehem. Leiter des Instituts für Sozial- und
Präventivmedizin der Universität Bern*

- 1 Locher JT. Tschernobyl: eine Bilanz aus medizinischer Sicht. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(17):834-5.
- 2 Abelin T, Averkin JI, Egger M, Egloff B, Furmanchuk AW, Gurtner F, et al. Thyroid cancer in Belarus post-Chernobyl: improved detection or increased incidence? Soz Präventivmed 1994;39(4):189-97.
- 3 Abelin T. Wissenschaftlicher Schlussbericht zu Händen des Bundesamtes für Gesundheit. Bern; 18. Dezember 2002.
- 4 Shakhhtar VV, Tsyb AF, Stepanenko VF, et al. Iodine deficiency and thyroid cancer morbidity following the accident at the Chernobyl Power Plant. In: Thomas G, Karaoglou A, Williams ED (eds.). Proceedings of an International Seminar on Radiation and Thyroid Cancer. Singapore, New Jersey, London, Hong Kong: World Scientific; 1999. p. 277-82.

Replik

Tschernobyl war eine schreckliche Katastrophe, die alle Kriterien dieses Begriffs erfüllt – ohne Zweifel. Sie war «hausgemacht», da experimentell induziert. Sie traf eine ahnungslose, unvorbereitete Gesellschaft und potenzierte die in Oststaaten häufigen, vorgegebenen Mängel eines desolaten Gesundheitswesens. Diese Gegebenheiten wurden der Weltöffentlichkeit erst bewusst, als die direkten, aber insbesondere auch indirekten Folgen der politisch lange Zeit vertuschten Katastrophe bekannt und untersucht wurden, worauf ich in meinem Aufsatz deutlich hingewiesen habe. In keiner Weise sollten dabei das individuelle Schicksal der Betroffenen unbeachtet oder das gesellschaftliche Ausmass und die psychologische Tiefe des Ereignisses heruntergespielt werden. In meinem resümierenden Rückblick nach fast 20 Jahren ging es mir darum, neueste epidemiologische Daten korrekt und emotionslos zu interpretieren, wobei in der gebotenen Kürze nicht alle wissenschaftlichen Erkenntnisse kommentiert werden konnten. Interessanterweise geht Abelin in seiner Kritik nicht mehr auf die früher hochgespielten, direkten Strahlenrisiken, wie Missbildungen, Leuk-

ämie etc., ein und erwähnt einzig die Liquidatorenfrage und die kindlichen Schilddrüsenkarzinome. Bei letzteren handelte es sich fast ausschliesslich um papilläre Karzinome, die wegen ihres hohen Differenzierungsgrades mit guter Prognose behandelbar sind. Die häufige Metastasierung in lokale Lymphknoten ist tumorspezifisch, aber evtl. auch Folge von ungenügenden diagnostischen Möglichkeiten. Überraschend, aber epidemiologisch und therapeutisch unbedeutend, war einzig die Beobachtung einer oft polyzentrischen Tumorgenese.

Die unqualifizierte Betreuung der Liquidatoren ist ein Beweis für die Mängel im sowjetischen Krisenmanagement. Zwar wurde für jede eingesetzte Person, mindestens für die Gruppe, die Einsatzdauer nach strahlenbiologisch vertretbaren Strahlendosen vorberechnet, aber es fehlten physikalische und medizinische Kontrollen, wie etwa jene, die die Amerikaner in Japan nach den Atombombenabwürfen organisiert hatten. Immerhin sollen die bei etwa 80 000, nachträglich definierten Personen gewonnenen Daten für epidemiologische Statistiken genügen.

Hauptkritikpunkt Abelins ist aber, dass es für ein gesellschaftliches Risiko irrelevant sei, ob die Katastrophenfolgen direkter oder indirekter Natur seien. Dies mag im Einzelfall zutreffen, kann aber nicht eine medizinisch-wissenschaftliche Einstellung sein. Nach meinem Verständnis ist es das Ziel jeder epidemiologischen Forschung zu Einsichten und Erkenntnissen über Krankheiten zu gelangen, um rascher und gezielter intervenieren zu können und, vor allem, um rechtzeitig allfällige präventive Massnahmen treffen zu können, die einem Grossteil der Betroffenen zugute kommen. (Individuelle Verläufe mit entsprechendem Publizitätspotential wird es immer geben.) Die Erkenntnisse aus Tschernobyl haben weltweit, aber besonders auch in der Schweiz, zu zahlreichen technischen, gesetzgeberischen, medizinischen und sozialen Massnahmen und Anpassungen geführt und sind heute in unvergleichbar höheren Sicherheitsstandards umgesetzt. Tschernobyl kann so nicht kopiert werden!

Als Mediziner wissen wir, dass Strahlung wertneutral, also per se weder böse noch gut ist. Die erreichte Wirkung hängt von der Absicht des Einsatzes ab. Eine gezielte und kontrollierte Anwendung ist epidemiologisch hochgradig bedeutungsvoll, sowohl für die Medizin (Radioonkologie u. a.) wie auch soziomedizinisch durch ihren Stellenwert in Industrie und Energieproduktion (Lebensqualität). Strahlenschutz ist in einer modernen Zivilisation kein medizinisches Problem mehr. Realistisch gesehen treten Strah-

lenrisiken weit hinter andere Gefahren und Bedrohungen unserer Gesundheit (Unterernährung, Epidemien usw.) und Umwelt (Klima, CO₂ u. a.) zurück, deren Bekämpfung einen grossen gesellschaftlichen und individuellen Einsatz erfordert. Es bleibt aber der Politik überlassen, hier die Prioritäten zu setzen.

Prof. Dr. Dr. hc. Johannes T. Locher, Erlinsbach



Die wirklich schwarzen Schafe sind die Billigärzte

Wenn ich ein Psychatriepatient wäre, würde ich meinen kritischen Blick nicht auf die teuren, sondern auf die billigen Ärzte lenken. Wäre ich eine Patientenorganisation, würde ich eine Untersuchung der Praktiken der Ärzte mit den niedrigsten Durchschnittskosten anstreben. Bei einer festen Preis-Leistungs-Bindung, wie im Schweizerischen Krankenkassensystem im ambulanten Bereich, liegt es nämlich auf der Hand, dass die billigsten Ärzte Billigmedizin betreiben. Für das Fachgebiet Psychiatrie/Psychotherapie heisst das: Dass nur wenige und kurzdauernde Konsultationen angeboten werden, dass die Datenerhebung durch den Arzt sich auf ein Minimum beschränkt und die Arzt-Patienten-Beziehung – das wichtigste therapeutische Agens – auf kleinster Flamme gehalten wird. Bezüglich der Medikamente bedeutet es, dass vor allem billige, alte, nebenwirkungsreiche Medikamente verschrieben werden und nur in niedriger Dosierung – was v. a. bei den Antidepressiva als Behandlungsfehler Nummer eins gilt. Qualität hat auch auf diesem Gebiet ihren Preis.

Wenn ich ein Psychatriepatient wäre, würde ich mich nicht von einem Billigarzt behandeln lassen wollen. So wenig, wie ich ein Billigesser sein möchte oder den billigsten Wein trinken, die billigsten Schuhe tragen oder die billigsten Ferien buchen wollte. Selbst wenn ich ein Psychatriepatient wäre und deswegen vielleicht in meiner Auffassungsfähigkeit und in meinem Urteilsvermögen eingeschränkt wäre, wäre mir immer noch klar, dass derartige Argumente den *santé-suisse*-Verantwortlichen wahrscheinlich wenig bedeuten.

Dr. med. Florian Langegger, Zürich



Ich bin dabei, Kollege Schwarz!

Ihr ausgezeichnete Artikel «Allgemeinpraktiker-(Alb-)Träume» [1] trifft den Nagel voll auf den Kopf. Obwohl immer wieder gefordert wird, dass die Allgemeinpraktiker aufgewertet werden müssen, passiert das genaue Gegenteil. Der TARMED sollte uns finanziell besser stellen, er bringt uns Verluste. Und unter dem Stichwort «Qualitätskontrolle» werden wir dermassen schikaniert, dass wir in wenigen Jahren unsere Praxisapotheke, unseren EKG-Apparat, unseren Röntgenapparat, unsere Geräte für physikalische Medizin, unseren Gynäkologenstuhl, unser Chirurgiezimmer und unseren Kleinkinderraum verlieren werden, da es nicht möglich ist, für jede dieser Spezialitäten jedes Jahr eine Woche Fortbildung zu absolvieren, ohne daneben zu «verlumpen». Wir werden die Dignität verlieren auf allen «Spezialitäten». Statt dessen werden Röntgeninstitute aus dem Boden schiessen, neue Apotheken werden eröffnet werden, es wird etwa dreimal so viele Kardiologen brauchen wie heute, damit die Belastungselektrokardiogramme durchgeführt werden können, und der nächste Kostenschub für die Versicherer ist damit gesichert.

Die Tätigkeit des Allgemeinpraktikers wird sich darin erschöpfen, den Blutdruck zu messen und im Gespräch herauszufinden, zu welchem Spezialisten unsere Patienten überwiesen werden möchten. Wir werden Sozialversicherungszeugnisse ausfüllen, Arbeitsunfähigkeitsbestätigungen für den Arbeitgeber, Dispensationen vom Turn-

unterricht für Schüler und Lehrlinge. Wir werden Alternativmedizin verschreiben und vielleicht einmal einen Hausbesuch machen bei einem Krebspatienten, den der Onkologe nicht mehr besuchen will. Die Spitäler werden ihre Ambulatorien ausbauen, die Nachkontrollen nach Hospitalisationen werden lückenlos am Spital durchgeführt werden bis auf die letzte Konsultation beim Allgemeinpraktiker, wenn es um die Bestätigung der vom Spezialisten angeordneten Arbeitsunfähigkeit geht. Den Notfalldienst nimmt die Nr. 144 wahr, wir werden höchstens noch eingesetzt von der Notrufzentrale, wenn der Einsatzleiter der Meinung ist, bei dieser Bagatelle brauche es nun wirklich nicht eine Ambulanz mit Anästhesieequipe.

Erstaunlich ist, dass wir Allgemeinpraktiker diese Entwicklung seit Jahren auf uns zukommen sehen und überhaupt nicht reagieren. Wir verlassen uns darauf, dass es nicht so schlimm kommen könne, wie man meine, und es brauche uns noch! Das ist ein Trugschluss. Der Drang der gesunden und kranken Menschen zum Spezialisten ist gross und wird immer grösser. Wir erleben schon heute, dass der Patient unsere Diagnose und Therapie erst dann glaubt und durchführt, wenn sie für viel Geld vom Spezialisten bestätigt worden ist.

Wenn Sie den Kampf für die weitere Existenz des Allgemeinpraktikers aufnehmen Herr Kollege Schwarz, bin ich dabei.

Dr. med. Hansjörg Lang, Eschenz

1 Schwarz Hans. Allgemeinpraktiker-(Alb-)Träume. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(13):563.