



Diverses interprétations de la CPI

Le Bulletin des Médecins Suisses, dans son édition n° 43 parue le 22 octobre 2003, nous a permis de prendre connaissance de la nouvelle organisation de TARMED Suisse [1].

En particulier nous avons été intéressés par les tâches bien définies de la Commission paritaire tarifaire (CPT), chargée du re-engineering du TARMED, et de la Commission paritaire d'interprétation (CPI), chargée d'interpréter les divergences d'interprétation du TARMED entre prestataires de soins et assureurs.

Cette dernière commission, la CPI, a déjà procédé à diverses interprétations dès le 1^{er} juillet 2003, dont certaines, en particulier les décisions n° 03002 à propos de la facturation du rapport intermédiaire (position 00.2220), n° 03008 à propos du rapport médical entre médecins (00.2270) et n° 03011 (prises de sang) sont tout à fait contestables et trahissent en fait le libellé et l'esprit du TARMED.

La Société médicale du Jura, à l'instar d'autres sociétés médicales de Suisse, a formellement fait opposition à ces trois interprétations et attend de la FMH qu'elle s'engage à intervenir auprès de la CPI de TARMED Suisse afin que ces interprétations soient corrigées dans le sens d'un respect total du texte du TARMED et qu'à l'avenir les nouvelles interprétations ne se fassent pas, chaque fois que possible, en défaveur du médecin.

A signaler que ces interprétations peuvent être consultées sur le site www.tarmedsuisse.ch sous «Interprétations».

Au nom de la Société médicale
du Canton du Jura

Dr D. Werdenberg, Président CIP

*Dr J.-J. Junod, ancien Président CIP
et responsable Tarmed Jura*

1 Service tarifaire FMH. TARMED-Info. Bulletin n° 16. Bull Med Suisses 2003;84(43):2239-40.

Réplique

La FMH accepte les pertinentes remarques formulées dans ce courrier et en a déjà tenu compte puisque les décisions contestées ont été annulées ou revues dans la séance de la CPI qui s'est tenue le 18 novembre 2003. En conséquence, l'esprit du tarif est à nouveau pleinement respecté.

Les assureurs se réservent toutefois le droit, comme ils l'ont évoqué, de formuler une demande de changement de la structure du tarif pour ce qui concerne la correspondance entre médecins, les rapports intermédiaires ou la Liste des analyses auprès des organes compétents de TARMED Suisse.

Il n'en demeure pas moins le problème de la publication et de la transparence des décisions de la CPI. Il faut, ici, constater le déficit actuel lié à la lourdeur des procédures. C'est pour cette raison que la FMH a décidé de publier intégralement les décisions sur son site internet. Afin de rendre la navigation plus attractive, toutes les décisions ainsi que les positions tarifaires ou chapitres concernés sont référencés. Cette publication sera actualisée après chaque séance mensuelle de la CPI.

FMH Service tarifaire



Eigenwillige TARMED-Interpretation der SUVA – was sagt die FMH?

Am 13. August 2003 habe ich der SUVA, Bern, Rechnung gestellt. Am 18. August 2003 bin ich orientiert worden, dass die Rechnung beglichen worden sei, dass ich aber künftig beachten müsse, dass die Ziff. 00.0020 pro Sitzung lediglich zweimal verrechnet werden kann. Im Begleitschreiben wird festgehalten, dass diese Limitierung für elektronisch abrechnende Fachärzte entfällt!

Weder in den TARMED-Seminarien noch in der Schweizerischen Ärztezeitung wurde darüber berichtet, dass die SUVA sozusagen erpresserisch die handabrechnenden Kollegen zwingen will, sofort auf PC umzustellen, da sonst Einkommenseinbussen entstehen!

Auf welche rechtlichen Grundlagen stützt sich die SUVA mit dieser Strafaktion? Meine telefonische Anfrage bei der SUVA Bern und bei der Hotline in Luzern wurde dahingehend beantwortet, dass ich ja andere Positionen gebrauchen könne, um nicht eine Einkommenseinbusse zu erleiden!

Selbstverständlich werde auch ich auf Beginn 2004 auf PC umstellen, wenn nicht schon früher. Es geht aber um die grundsätzliche Frage, ob die

anderen UVG-Versicherer und dann ab 1. Januar 2004 auch die Krankenkassen sich erlauben dürfen, selbstherrlich zu bestimmen, welche Positionen wie oft eingesetzt werden dürfen. Wehret den Anfängen, eine klare Stellungnahme der FMH resp. des Präsidenten ist jetzt unbedingt erforderlich.

Dr. med. V. Medici, Bern

Anmerkung der Redaktion: Die FMH hat diesen Leserbrief der SUVA weitergeleitet, die trotz zweimaliger Einladung keine Stellungnahme eingereicht hat.



Kranke Krankenkassen

Mit Einführung des neuen Tarifsystems TARMED soll die mentale Arbeit der Ärzte, insbesondere der Grundversorger, aufgewertet werden – wirklich? Das Gegenteil ist der Fall, da hinter den Kulissen ganz andere Mechanismen des Leistungsabbaus zu Lasten der Patientinnen und Patienten am Wirken sind. Darüber gehört die Öffentlichkeit aufgeklärt.

Mit System stellen die Krankenkassen unter der *santésuisse* immer mehr überrissene Rückzahlungsforderungen an sogenannte «überarztende» Ärzte. Dabei werden nicht grossverdienende Ärzte belangt, sondern seit einigen Jahren zunehmend engagierte Grundversorger (es sind bereits Hunderte!) mit «normalen» Einkommen. Letztere werden durch unverhältnismässige Rückforderungen quasi in den Ruin getrieben. Die Kassen sind nicht bereit, Praxisbesonderheiten, wie spezielle Patientengruppen und spezifische Qualifikationen der Ärzte, zu berücksichtigen.

Die Kassen erreichen auf diese Art eine sozialpolitisch bedeutsame Verhaltensänderung bei der Ärzteschaft. Diese soll nicht mehr dem hippokratischen Eid verpflichtet sein, sich voll und ganz für die Patienten einzusetzen, sondern sollen «sparen» und den Leistungsabbau konkret bei den Patienten durchsetzen. Die Folgen sind: Hausbesuche, Gespräche, komplementäre Medizin, notwendige, teurere Medikamente und intensivere Therapien sind bei den Ärzten «nicht mehr machbar», chronische Patienten werden aus den Praxen herausgedrängt oder weiter- und abgewiesen. Die Ärzte dürften somit ihre Patienten gar nicht mehr nach den besten Regeln der medizinischen Wissenschaft behandeln. Selbst-

verständlich gehört immer auch die Wirtschaftlichkeit beachtet. Die Patientinnen und Patienten könnten kein Vertrauen mehr in ihre Ärzte haben, die immer mehr auf der Seite der Krankenkassen zu stehen haben und nur noch Billigstmedizin betreiben sollten.

Die Krankenkassen haben den Bogen eindeutig überspannt. Aus einem Kontrollinstrument gegen «überarztende» Ärzte haben die Kassen ein Instrument des massiven Leistungsabbaus gemacht. Es ist – in einer demokratischen Gesellschaft mit Gewaltentrennung – nicht richtig, dass die gleiche Stelle (die Versicherungen) zwei so unterschiedliche Aufgaben beansprucht: Kontrolle und Abbau. Die Kassen sollten ja Vertreter der Versicherten sein, auch der kranken Versicherten!

Wohl können die realitätsfremden Rückzahlungsforderungen von den belangten Ärzten an Gerichte weitergezogen werden, doch ist dieser Weg mühsam und kostenintensiv und noch schlimmer: Die Gerichte sind bis anhin überfordert mit einer differenzierten Beurteilung, was ein guter und was ein zu teurer Arzt sei. Die Gerichte haben bis jetzt meistens den Kassen recht gegeben.

Für uns Ärzte, die wir gewohnt sind, unser Handeln zugunsten der Patienten nach Regeln der Vernunft und der Wissenschaft – auch der Wirtschaftlichkeit – zu richten, ist es besonders schmerzhaft, wenn wir von Kassen und Gerichten auf diese grobschlächtige Art beurteilt werden, nach Regeln, die jeder seriösen statistischen Beurteilung widersprechen.

Es steht daher die Forderung im Raum, dass zum Beispiel das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), das ja auch neue Therapien und Medikamente prüft und zulässt, Regeln und Grundsätze erstellt, wie Ärztinnen und Ärzte wirtschaftlich und qualitativ beurteilt werden sollen – oder am besten gleich selber diese Beurteilung übernimmt, denn die Kassen sind Partei, sie wollen sparen, und die Gerichte sind überfordert. Die Kontrolle gehört ins BSV, den Leistungsabbau hat das Parlament zu diskutieren! Die Kassen können und dürfen diese beiden Aufgaben nicht mehr für sich beanspruchen – sie haben versagt! Weitere Informationen sind auch ersichtlich unter der Homepage: www.kranke-krankenkassen.ch. Es ist Zeit, dass die Öffentlichkeit und die Patientinnen und Patienten aufwachen und zur Kenntnis nehmen, welcher Leistungsabbau hier – fernab vom Parlament – hinter den Kulissen durchgesetzt wird.

Dr. med. Cyrill Jeger, Olten



Bedrohlicher Anstieg der Fallkosten bei den Grundversorgern im UV/MV/IV-Bereich [1]

Von allerhöchster Stelle wurde uns vordoziert, beim TARMED handle es sich um ein betriebswirtschaftlich durchdachtes, ausgewogenes Tarifwerk und wir könnten jetzt nicht kommen und an einzelnen Tarifen rumkritzeln. Jetzt kommen Sie und Ihre Assessment-Kommission und machen genau das: Sie lamentieren, dass eine einzelne Position zu hoch sei! So geht es nicht! Sie müssen das ganze Tarifwerk betrachten.

Sie zitieren: «Medizinisch notwenig und/oder vom Patienten, Angehörigen oder Dritten als offensichtlich notwendig erachtet». So muss der Fall sein, damit die Position 00.2510 angewandt werden soll. Bei Ihrem Beispiel mit der 35-Minuten-Konsultation wegen einer RQW handelt es sich exakt um diesen Fall.

Werden wir konkret: Hinter meiner Praxis, an der Werkstrasse, passiert der besagte Unfall. Der Patient kann im Umkreis von 200 Metern zwischen drei Grundversorgern auswählen. Alle haben das Wartezimmer schon um 8.30 Uhr nicht leer. Natürlich würde jeder Fr. 60.– bezahlen, wenn er das 35-Minuten-Übel von einer RQW aus der Praxis und zum Nachbarn abschieben könnte, denn nachher sind bis um 12.35 Uhr alle Stammkunden im Wartezimmer sauer, weil sie eine halbe Stunde warten müssen und das gibt ein schlechtes Helsana-Rating. Saure Patienten und ein schlechtes Rating kostet ihn ein Mehrfaches als Fr. 60.–. Ähnliches gilt, wenn der Notfall um 3.15 Uhr stattfindet. Welcher Arzt würde nicht auf die Fr. 180.– verzichten, wenn er das Schicksal so verändern könnte, dass daraus eine normale Konsultation um 15.15 Uhr wird?

Nein, Herr Kollege, Sie können jetzt nicht eine beliebige Position rauspicken und lamentieren. Sie lamentieren über eine Position, die bisher als Gratisleistung unterging. Ihr RQW-Beispiel ist korrekt, die Fr. 60.– Notfallinkonvenienz sind es betriebswirtschaftlich gesehen auch. Wenn wir nicht betriebswirtschaftliche Tarife haben, so verbleiben unrentable Strukturen auf dem Markt bestehen, z.B. überrissen grosse Notfallstationen unter subventionierter Regie des Staates.

Sie verwechseln wohl eine lebensrettende Massnahme mit der Inkonvenienz eines Notfalles, eines Patienten, der sich nicht an die normalen terminlichen Gepflogenheiten halten kann oder will. Der kürzest denkbare Notfall ist wohl ein

subtarsaler Fremdkörper: Einfach ekstropionieren und Fremdkörper entfernen. Ein Patient ist mir von einer Alp oberhalb Andermatt bis nach Luzern ans Kantonsspital nachgelaufen und nach fünf Minuten war er erlöst und alles erledigt, ausser dass eine Krankengeschichte eröffnet, zehn Jahre aufbewahrt und dann vernichtet werden muss. Momentan ist das eine weitere Gratisleistung. Diese 5-Minuten-Inkonvenienz ist nicht dasselbe wie die obgenannte 35-Minuten-Inkonvenienz des Grundversorgers. Es wäre vielleicht gescheiter, die Notfallinkonvenienz würde in der Form eines Zuschlages der Minutage der Konsultation bezahlt. Dass die Augenärzte für ihren kleinen Bereich allein über 100 – nach wie vor unbearbeitete – Mängel angemeldet haben, spricht nicht für die Reife des Tarifs. Das Ausarbeiten einer klügeren Lösung überlasse aber ich gerne dem Reengineering, das dann überlegen kann, wo dafür der Tarif angehoben werden soll. Einzelne Tarife rauspicken sollten sich auch UV, MV und IV nicht und schon gar nicht bisherige Gratisleistungen!

PD Dr. med. Mario Zulauf, Chur

1 Pellaton J. Bedrohlicher Anstieg der Fallkosten bei den Grundversorgern im UV/MV/IV-Bereich. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(1/2):27-8.

Bedrohlicher Anstieg der Fallkosten bei den Grundversorgern im UV/MV/IV-Bereich [1]

Ist es wirklich so verwunderlich, dass die Kosten im UV-Bereich seit Einführung des TARMED ansteigen, speziell in der Grundversorgung. Wenn ich bisher für eine telefonische Beratung 1,5 Taxpunkte à Fr. 4.95 verrechnen konnte und nun für ein fünfminütiges Gespräch bereits Fr. 17.– erhalte, dann muss dies ja eine Kostensteigerung veranlassen. Oder umgekehrt: so tief wie der alte UV-Tarif uns bisher unsere Arbeit vergütete, ist es nur zu erwarten, dass die Kosten jetzt steigen, auch wenn man den Tarif nicht «ausreizt». War nicht ein Gedanke des TARMED, die bisher schlechter bezahlten Grundversorger inkl. Pädiater besser zu stellen und die ärztliche Arbeit am Patienten aufzuwerten?

Dr. med. Daniela Steiger, Zürich

1 Pellaton J. Bedrohlicher Anstieg der Fallkosten bei den Grundversorgern im UV/MV/IV-Bereich. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(1/2):27-8.

Bedrohlicher Anstieg der Fallkosten bei den Grundversorgern im UV-Bereich [1]

War es nicht ein deklariertes Ziel des TARMED, die Entlohnung der Grundversorger, der Pädiater und der Psychiater durch eine bessere Abgeltung der intellektuellen Leistungen zu verbessern? Dies sollte durch eine Reduktion der Abgeltung technischer Leistungen kompensiert werden.

Die von der Assessment-Kommission festgestellte Abweichung der SGIM und der SGAM beträgt nach Ihren Aussagen 8–12,5% und liegt somit in einem Bereich, der der beabsichtigten Verbesserung entspricht. Diese Tatsache wird aber in Ihrem Schreiben nicht erwähnt! Warum? Heisst das, dass eine allfällige Reduktion des Taxpunktwertes aus Gründen der sogenannten Kostenneutralität die bessere Entlohnung wieder rückgängig macht? Wird Kostenneutralität benutzt, um ursprünglich versprochene Korrekturen des Arztlohnes zu unterlaufen?

Die Erklärungen über die Anwendung der Notfallzuschläge sowie der Tarifpositionen für die Untersuchungen für den Grundversorger sind nachvollziehbar und wurden von mir von Beginn an korrekt gehandhabt.

Dr. med. Klaus Halter, Therwil

1 Pellaton J. Bedrohlicher Anstieg der Fallkosten bei den Grundversorgern im UV/MV/IV-Bereich. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(1/2):27-8.

Bedrohlicher Anstieg der Fallkosten bei den Grundversorgern im UV/MW/IV-Bereich

Ohne die Assesement-Kommission in irgendeiner Art und Weise kritisieren zu wollen, wäre es wünschenswert, wenn unsere Ständesvertreter sich für einen Dringlichkeitszuschlag in den Verhandlungen stark machen würden: Wie im Artikel vom Kollegen Pellaton erwähnt [1], dürfte die Problematik des überschüssenden Einsatzes der sehr rigide definierten Notfallinkonvenienzpauschale daher rühren, dass im alten System die Notfalldefinition viel weniger rigide gefasst war (für den Kanton Bern z.B. «...wenn eine erhebliche Umstellung im Praxisablauf notwendig wird.»).

Für den gesunden Menschenverstand ist es nämlich widersinnig, dass eine dringliche Beratung/ Behandlung, welche den gesamten Tagesablauf durcheinanderbringt und beim Praxispersonal zu kompensierenden Überstunden und damit zu Zusatzkosten führt, nicht zu einem höheren Ansatz abgegolten werden kann. Unsere Tarifpartner werden hier zur Kenntnis nehmen müssen, dass die Attraktivität des MPA-Berufes z.T. daran krankt, dass immer wieder unvorhersehbare

Überstunden geleistet werden müssen, die es auf möglichst attraktive Art abzugelten gilt.

Die Berechtigung eines «Dringlichkeitszuschlages» kann ja jederzeit durch die zuweisende Stelle respektive den Patienten selber kontrolliert werden, so dass die KK nicht nur auf unsere hoffentlich intakte Ehrlichkeit zu bauen brauchen.

Dr. med. T. Schweri, Biel/Bienne

1 Pellaton J. Bedrohlicher Anstieg der Fallkosten bei den Grundversorgern im UV/MV/IV-Bereich. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(1/2):27-8.



Wie in alten Zeiten

Als wir über Multiple-choice-Prüfungen brüteten, ist mir die Ende November zugestellte Nachricht der FMH mit der Mitteilung, dass sie meine Dignitätserklärung noch nicht erhalten habe, vorgekommen. Die Multiple-choice-Fragen hatten immerhin den Vorteil, dass eine Variante zutraf, was man vom Brief der FMH nicht behaupten kann. Es fehlte die zutreffende Antwort D: keine der drei Varianten (A, B, C) ist richtig. Denn weder habe ich (A) bloss versucht, eine Datei zu übermitteln (sondern ich habe dies gemacht, und zwar genau nach den Anleitungen der FMH), noch habe ich (B) keine Datei zugestellt, noch beabsichtige ich (C), mich aus dem Medizingefecht, pardon! – Geschäft – zurückzuziehen, auch wenn ich das beim derzeitigen Stand der Dinge gerne täte... Solche Multiple-choice-Fragen wurden als ungültig erklärt, was das angemessene Schicksal für das FMH-Schreiben gewesen wäre.

Unsere Ständesorganisation hat nicht einmal den Mut zuzugeben, dass irgendetwas mit der elektronischen Datenübermittlung nicht geklappt hat. Dieser Verdacht musste aufkommen, nachdem man ausser einer elektronischen! Bestätigung Ende Mai, dass das eigene Mail angekommen sei, nichts mehr gehört hat. Bis dann als Überraschung und zur Steigerung der vorweihnächtlichen Freude besagter Brief – endlich doch noch etwas schriftlich! – eingetroffen ist, mit der erbaulichen Nachricht, man dürfe nochmals im Tarif rumsurfen – surfen macht Spass, oder? – und in einer Nacht- und Nebelübung nochmals seine Dignität einreichen. Was ich auch prompt gemacht habe, diesmal mit eingeschriebener Diskette, um sicherzugehen. Wiederum hüllte sich der Empfänger in Schweigen, ich weiss also nicht, ob meine Diskette angekommen ist und ob ich wirklich berechtigt bin, dieses und folgende Jahre noch mit den Kran-

kenkassen abzurechnen. Auf ein Mail von meiner Seite Mitte Dezember erhielt ich bloss die Antwort, Mails würden in der Reihenfolge ihres Eintreffens beantwortet. Und über die Festtage würden eh keine Anfragen beantwortet, da das Büro geschlossen sei. Schön, keine Notfälle zu haben und mehr als zwei Wochen in Ruhe den Christbaum und die Glückssäuli geniessen zu können. Ich warte indessen noch heute auf eine Antwort und werde wohl weiterhin warten. Dignität oder nicht Dignität, das ist nicht lebenshöchstens existenzbedrohlich, also zu vernachlässigen, insbesondere, da es sich sowieso nur um einen Arzt handelt.

Wie wäre es, wenn wir zur Abwechslung mal über Weihnachten ein Schild vor die Notfallpforte stellen: wegen Tarifproblemen geschlossen?

Als brave Medizinerin, die inzwischen folgsam verinnerlicht hat, dass wir Ärzte an allem schuld sind, habe ich natürlich nach Erhalt des besagten Briefes zunächst mir und meinen beschränkten Computerkenntnissen die Schuld gegeben. Bis ich bei einer Umfrage – ist ja modern – im Freundeskreis bitter enttäuscht wurde: Diese freudige vorweihnächtliche FMH-Überraschung war nicht einmal ein Exklusivgeschenk! Ich durfte es mit vielen (!) ebenfalls betroffenen Kollegen teilen.

Was mich ungemein wundern würde: Wieviele sind es wirklich? Aber auch darüber dürfte sich die FMH ausschweigen, was vielleicht besser ist, sonst hätten wir Ärzte noch einen Grund mehr, uns ernsthaft zu fragen, wessen Standesorganisation sie eigentlich ist...

Dr. med. L. Amstein, Burgdorf



Strahlenschutzprüfung einfach per Internet

Mit Genugtuung habe ich im Dezember 2002 am Paul Scherrer-Institut mein Strahlenschutz-Zertifikat entgegennehmen dürfen. Zeit- und Geldeinsatz haben sich gelohnt, ich habe dazu gelernt. Der Sinn einer solchen Prüfung erscheint jedoch nach dem Gelernten über Strahlendosen noch fraglicher als vorher. Total sinnvoll wird die Prüfung, wenn sie zur Farce wird, wenn sie als Gruppenarbeit, mit Wiederholungsmöglichkeit am Bildschirm, eventuell unter Beizug eines Spezialisten erfolgen kann. Auch verschlüsselt merkt das WWW nicht, wieviele «Hirnis» in den Bildschirm glotzen. Ich bin sicher, dass sich die BAG-Leute abends beim Bier nach jeder neuen Finte über die verarschten Ärzte halb totlachen.

Dr. med. T. Kaufmann, Rehetobel



Dignitätserhebung 2003

Mir ging es genau gleich wie dem Autor [1]. Auch ich finde, dass die FMH die Ärzte mangelhaft unterstützt. Als ich im Dezember 2003 ein weiteres Mal per E-Mail die Dignitätserhebung zusenden wollte, wurde ich einige Tage später telefonisch davon informiert, dass der Anhang nicht lesbar sei. Meine Bitte, mir dann doch die Papierversion der Dignitätserhebung zuzustellen, so dass ich per Hand die Dignität ausfüllen kann, wurde ignoriert.

Ich habe dann noch mehrmals versucht, die Erhebung der Dignität per E-Mail zuzusenden und habe das Dignitätsbüro gebeten, mir mitzuteilen, ob es jetzt geklappt hat, was bis heute (8. Januar 2004) nicht geschehen ist.

Ich bin deshalb sehr beunruhigt und fühle mich durch die FMH, speziell das Dignitätsbüro, im Stich gelassen. Eigentlich sollten die Ärzte doch von der FMH unterstützt werden, oder nicht?

Dr. med. Isabelle Meyer, St. Gallen

1 Senn F. Dignitätserhebung 2003. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(1/2):10.

Dignitätserhebung 2003

Die in der Nummer 1/2 im Leserbrief vom Herrn Kollegen Senn [1] gestellte Frage, ob es uns Kollegen auch so gehe, nehme ich gerne auf. Mir geht es noch deutlich schlimmer. Der Anfang meiner Dignitätsanamnese ist identisch wie beim Fall Senn.

Ich fragte danach per Mail an, wo der Fehler liegen könnte und erhielt eine Antwort mit einem Anhang, den ich nicht öffnen konnte. Auf meine Rückfrage erhielt ich keine Antwort mehr.

Mit eingeschriebenem Brief vom 14. Dezember bat ich um eine Stellungnahme innerhalb einer Frist von einer Woche. Ich warte noch heute. Den aufgrund der Unsicherheiten angeforderten Fragebogen in Papierform erhielt ich inzwischen, allerdings ohne problemspezifischen Begleitbrief und mit einer Rechnung über einen Betrag von Fr. 86.10.

Auch wenn ich für die enorme Arbeitsbelastung unserer Standesorganisation Verständnis aufbringe, gehen diese Vorkommnisse nun eindeutig zu weit. Es müsste doch dem Generalsekretariat möglich sein, unter der mir zugeteilten EAN-Nummer die Daten abzufragen und mit einem kurzen Mail die Sache zu erledigen.

Dr. med. Armin Walter, Stans

1 Senn F. Dignitätserhebung 2003. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(1/2):10.