



Zulassungsstopp – kein Grund zum Jammern

Als junger Allgemeinpraktiker auf dem Lande, welcher sich nicht als arbeitsscheu bezeichnet und glaubt, den richtigen Beruf ergriffen zu haben, kann ich die Aussagen von Herrn Dr. Kaiser nicht so im Raume stehenlassen [1]. Wie Frau Stöhr in ihrer Replik richtig bemerkt [2], betreiben viele Kolleginnen und Kollegen eine seriöse Weiterbildung und sind sich des Mehraufwandes bewusst. Folgende Fakten sind sattsam bekannt, ich möchte sie aber der Vollständigkeit halber wiederholen:

- Die Lebensgestaltung jüngerer Generationen hat sich geändert (Life-Work-Balance, Berufstätigkeit Partner, Job-sharing).
- In naher Zukunft werden die Frauen die Mehrheit des ärztlichen Personals ausmachen. Deshalb werden neue, familienverträgliche Praxisformen unabdingbar sein.
- Verstärkte Notfalldienstbelastung durch «Komfortmedizin»:
 - Die Medizin wird vermehrt konsumiert, so auch der Notfalldienst.
 - Die Gesellschaft ist egozentrischer und «always in action», die Grenze zwischen Normalbefund und Krankheit verschiebt sich immer mehr zu letzterem (man will sich vermehrt absichern), weshalb Dienstleistungen auf Verlangen zu jeder Zeit und wenn der Patient es will erwartet werden, so auch im Notfalldienst.
- Studien weisen erhöhte Fehlerraten unter Langzeitdiensten nach [3, 4].
- Die Burn-out- und Stoffabususrate unter Ärzten ist hoch, dies generiert vermehrt Probleme in der Familie und Partnerschaft.

Die Moralisierung von Dr. Kaiser ist gefährlich und unkollegial, da sich viele arbeitswillige und seriöse, v.a. jüngere Kolleginnen und Kollegen ernsthaft Gedanken über ihre Zukunft machen, dabei spielt der Notfalldienst eine wichtige Rolle. Wie kann man die beruflichen Anforderungen einerseits und die gestiegenen Ansprüche der Partner und Familie andererseits unter einen Hut bringen, wenn immer weniger Grundversorger eine immer höhere Dienstlast bewältigen müssen? Sind diese Anforderungen überhaupt noch

adäquat? Gibt es hinsichtlich der heutigen sozialen Anforderungen adäquatere Notfalldienstformen? Solche Gedanken zeugen von Verantwortungsbewusstsein und nicht von «Drückbergerei» oder fehlender Berufsethik. Zudem ist die TARMED-Tarifierung völlig unbefriedigend und ungenügend (die Notfalldefinition ist sehr eng gefasst, und der Posten für «Expresskonsultationen» wie im alten Tarif wird von den Versicherern, welche nicht müde werden, die Wichtigkeit der Grundversorger zu betonen, standhaft verwehrt). Der TARMED hat insgesamt die Eingliederung der Ärzte als kleines (und nicht mehr sehr einflussreiches) Rädchen im Gesundheitsbusiness (dieses Wort habe ich bewusst gewählt) und so auch eine Geringschätzung drastisch aufgezeigt. Der Vergleich zwischen anderen Berufsgruppen, welche sich «flexibel» dort niederlassen müssen, wo es Arbeit hat, und dem ärztlichen Praxisstandort (mit ev. verstärkter Dienstbelastung) sind inadäquat. Gerade ein Grundversorger weiss, welche z.T. verheerenden sozialen und psychosomatischen Auswirkungen die heutigen Anforderungen der Wirtschaftswelt an die Flexibilität der Arbeitnehmer nach sich ziehen. Fazit: Solche Moralisierungen und Pauschalierungen hören wir leider immer wieder von Vertretern gewisser Ärztegenerationen. Sie tragen weder der aktuellen Situation Rechnung noch sind sie taugliche Lösungsansätze für das Grundversorgerproblem, ja verschärfen es sogar (denn nicht wenige Punkte dieses Problemkreises sind «hausgemacht»).

Dr. med. G. Duss, Alpnach Dorf

- 1 Kaiser R. Zulassungsstopp – kein Grund zum Jammern. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(39):2223.
- 2 Stöhr S. Replik. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(39):2223.
- 3 Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, et al. for the Harvard Work Hours, Health and Safety Group. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. N Engl J Med 2004;351:1838-48.
- 4 Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, Cade BE, Lee CJ, Landrigan CP, et al. for the Harvard Work Hours, Health and Safety Group. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. N Engl J Med 2004;351:1829-37.



Eine Gesundheitskarte für die Schweiz

Mit Interesse habe ich Ihren, sehr geehrter Herr Beng, Artikel [1] gelesen, welcher von Ihrer hohen IT-Sachkompetenz zeugt und auch Siemens, Ihren Arbeitgeber, in positivem Licht erscheinen lässt. Nachdenklich geworden bin ich vom folgenden Satz an: «Der Kontakt eines Patienten mit einem Arzt sowohl in einer ärztlichen Praxis wie in einer Klinik wird sich nur wenig verändern.»

Als Grundversorger (Hausarzt) möchte ich Ihnen kurz darstellen, weshalb diese Aussage reines Wunschdenken ist. Sehr wahrscheinlich sind Sie gesund und kennen die Arztpraxis nur von sporadischen Besuchen, so dass ich Ihnen einige Hintergrundinformationen und daraus sich ergebende Folgerungen, auf die Sie offenbar bisher nicht gestossen sind, nicht vorenthalten möchte:

- Die meisten Hausärzte in der Schweiz haben eine, maximal zwei Arbeitsstationen, welche ausschliesslich oder vorwiegend für administrative Zwecke genutzt werden.
- Maximal 8–10% der Hausärzte in der Schweiz arbeiten mit einer elektronischen Krankengeschichte und haben somit in jedem Sprechzimmer einen Computer.
- Trotz hohem Internetanbindungsgrad nutzen die Kollegen das Internet in der täglichen Praxis praktisch nicht oder dann auf einem separaten System (Patientendaten und Internetanbindung gehören gemäss nachdrücklicher Empfehlung der Praxissoftwareanbieter nicht auf den gleichen Rechner – weder vom BAG noch von der FMH wurden bisher anderslautende Empfehlungen publiziert).
- Die Aufrüstung sämtlicher Sprechzimmer in Schweizer Arztpraxen nicht nur mit Kartenlesegeräten, sondern mit kompletten, ans Internet angebundenen EDV-Arbeitsplätzen entspricht der Grössenordnung etwa einer Verdoppelung der EDV-Infrastruktur, nicht zu reden von den Netzwerkkomponenten, Servern usw. (sicher würde Siemens sie gerne liefern ...). Da war TARMED vergleichsweise ein kleiner Fisch!
- Wenn Sie Ihre Lösung fertig konzipiert haben, braucht es 1–2 Jahre zur Umsetzung, wie wir beim TARMED gesehen haben; am 1.1.08 werden wir somit für die vorzusehenden medizinischen Anwendungen nicht bereit sein (die Umsetzung der administrativen Applikation interessiert hier weniger, dürfte eher realisierbar sein).

- Für Arzt-Patienten-Kontakte ausserhalb der Praxis (Hausbesuche, Notfallversorgung, Visiten in Pflegeinstitutionen usw.) sind praktikable Lösungen noch nicht einmal angedacht. Wie stellen Sie sich hier die Breitbandanbindung vor?
- Es existiert in der Schweiz bisher kein anerkannter Standard für den Austausch strukturierter medizinischer Daten, z. B. zwischen verschiedenen elektronischen Krankengeschichten. Ohne einen solchen Standard ist das von Ihnen skizzierte Gesundheitsnetzwerk undenkbar – und ohne massgebliche Beteiligung der Grundversorger wird es keinen solchen Standard geben, der brauchbar ist und nicht restlos alles, was sich bewährt hat, auf den Kopf stellt («[...] *wird sich nur wenig verändern!*»).

Unter diesen Voraussetzungen wird Ihr Szenario am 1. Januar 2008 etwa so aussehen: Ein Patient betritt mit seiner Versichertenkarte eine Schweizer Hausarztpraxis. Das Kartenlesegerät steht auf dem Empfangstresen, mit Hilfe der Praxisassistentin werden die administrativen Daten der Karte eingelesen. Dann findet die Konsultation statt. Unser Patient wünscht am Schluss sein Rezept auf die Karte. Der Arzt geht mit dem Patienten zurück zum Empfang, zusammen tippen sie die nötigen Daten ein (stellen Sie sich z. B. vor, dass mit einer etwas schwerhörigen, älteren Dame dies nun mittels gemeinsamer akustischer Kraftanstrengung vor weiteren wartenden Patienten bewerkstelligt werden muss ...).

Die Einführung der elektronischen Versichertenkarte wird die Arbeit in der Arztpraxis entgegen Ihrer Behauptung ganz grundlegend verändern. So werde ich mich statt auf den Patienten und seine Befindlichkeit auf seine Karte (wie Sie schreiben, «Platzhalter für ein vollausgebautes, elektronisches Gesundheitsnetzwerk») zu konzentrieren haben, denn die hier hinterlassene Datenspur könnte mich Kopf und Kragen kosten. Der erhoffte Nutzen für die einzelnen Patienten und Ärzte wird mit zunehmender Menge und Komplexität der zu verwaltenden Daten (trotz Ihrer intelligenten Assistenten, Datenbanken, Spracherkennung etc.) immer kleiner werden, profitieren wird – abgesehen von der IT-Industrie – «das System», d. h. Politiker, Behörden und Kassen, welche aus den Unmengen verfügbarer Daten wie gehabt willkürlich diejenigen herauspicken werden, welche ihnen am besten in den Kram passen. Mit Verlaub, wie hoch waren denn die Einsparungen im Pilotversuch in Lecco und zu wessen Gunsten/wessen Lasten?

Die Argumente, mit denen Sie die Versichertenkarte einer breiten Öffentlichkeit schmackhaft

machen möchten, halten einer näheren Betrachtung auch nicht stand: So würde ich Allergikern dringend empfehlen, ihren guten alten, analog lesbaren Allergiepass weiterhin auf sich zu tragen – dieser lässt sich auch bei Stromausfall im Kerzenschein noch entziffern. Auch die immer wieder erwähnte Blutgruppe kommt im wirklichen Notfall unter «ferner liefern»: Zuerst erhalten Sie mal eine Infusion zum Volumenersatz, als nächstes hängt man Ihnen eine Transfusion der Gruppe Null an (die vorgängig mit Ihrem Blut und nicht mit Ihrer Chipkarte ausgetestet wird!), und erst dann kommt Ihre Blutgruppe zum Zug. Das BAG habe, scheint es, mit interessierten Kreisen, kürzlich auch mit der IT-Branche, Anhörungen und Vernehmlassungen zum Thema Nationale Versichertenkarte gemacht. Uns Ärzten in der Peripherie ist nicht bekannt, was zwischen FMH und BAG ausgehandelt und vereinbart wurde. Meines Wissens wurde kein einziger potentieller Anwender (Grundversorger) in die Diskussionen mit einbezogen. Anlässlich der Fachtagung «Was trägt e-Health zum Gesundheitswesen bei» vom 17. November 2004 wurde in einem Workshop von einem Kassenvertreter gefragt: «Wer rüstet all die Arztpraxen mit den notwendigen Systemen aus?» – Daraufhin kam die Antwort von der BAG-Vertreterin: «Dies ist kein Problem!» – «Noch kein Problem», möchte ich hier ergänzen – bis zur Einführung der Karte in gut zwei Jahren werden sich die Probleme schon noch zeigen!

Auch unserer FMH möchte ich hier lebhaft mit dem Zaunpfahl winken: Nachdem wir Grundversorger beim TARMED ad nauseam Kröten geschluckt haben, deren Verdauung mitnichten abgeschlossen ist, halte ich es für sehr riskant, ja fahrlässig, uns demnächst mit einer neuen, im stillen Kämmerlein ausgehandelten Überraschung beglücken zu wollen!

Zu guter Letzt noch ein Wort an alle Kollegen/Kolleginnen, die bis hier gelesen und durchgehalten haben und 2008 weder zur IT-Industrie wechseln noch in den Ruhestand treten, sondern weiter praktizieren wollen: Die Einführung der Versichertenkarte wird uns mindestens so substantiell treffen wie die Einführung des TARMED – machen wir uns auf alles gefasst!

Dr. med. Severin Lüscher, Schöftland

1 Beng M. Eine Gesundheitskarte für die Schweiz. Schweiz Ärztezeitung 200;86(37):2139-4.



Quecksilber-Sphygmomanometer

Kollege Kälin plädiert als Präsident der Ärzte für Umweltschutz für den Ersatz des Quecksilber-Sphygmomanometers durch die oszillometrische oder Aneroid-Methode [1]. Ich kann, auch als Mitglied der Ärzte für Umweltschutz, seiner Argumentation nicht oder nur zum Teil folgen. Ein neues Gerät würde ich gewiss nicht mehr kaufen. Aber seine Argumente für eine Eintauschaktion scheinen mir ungenügend: Dass Laien diese Methode unzuverlässig anwenden, spricht doch nicht gegen die Anwendung in der Praxis. Der Artikel im Brit Med Journal lässt mich angesichts der mageren Evidenz für die Qualität der oszillometrischen Methode kühl. Die Mess- und Beobachterfehler gibt es bei jedem Messsystem und wohl beim oszillometrischen häufiger als beim sphygmomanometrischen. Und mir zu unterstellen, die Wartung sei nicht in Ordnung, finde ich nicht die Art des feinen Kollegen.

Das Quecksilber in meinen zwei Wandapparaten ist seit 1977 intakt und hermetisch abgeschlossen. Bei der Eichung sind praktisch keine Abweichungen messbar. Zugegeben, ein kleines Bruchrisiko ist nicht auszuschliessen (für Fieberthermometer ist es um Dimensionen grösser und hier auch für mich nicht akzeptabel). Aber solange ich bei Arrhythmien ein anderes Gerät brauche und immer wieder fehlerhafte oszillometrische Geräte von Patienten sehe, ganz abgesehen vom Problem der Geräteposition relativ zum linken Ventrikel, so lange werde ich das Quecksilbermanometer in den Praxisräumen nicht gegen ein anderes Gerät eintauschen. Sauber entsorgen kann ich es auch später.

Dr. med. Kaspar Zürcher, Bern

1 Kälin P. Umtauschaktion von Quecksilber-Sphygmomanometern. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(38):2188.



A propos d'Otto Naegeli, de la médecine manuelle et du repositionnement de l'atlas

J'aimerais compléter l'intéressant article d'U. Heyll [1] par ce qui suit.

B. J. Palmer (USA), fils du renommé D. D. Palmer, avait découvert en 1933 déjà, que la position *vicieuse* de l'atlas pouvait être la cause de nombreuses maladies et il avait proposé un *réajustement* (adjustment) de ce qu'il appelait *subluxation* de l'atlas.

Ce n'est qu'entre 1993 et 1996, qu'un autre Suisse, au demeurant non médecin, découvrit:

- que la prétendue subluxation de l'atlas correspondait en réalité et presque sans exception à une *luxation complète* de l'atlas vers la gauche, vers l'avant et en haut par rapport à la tête;
- que, jusqu'à preuve du contraire, cette première vertèbre cervicale était déboîtée chez pratiquement tout le monde;
- une méthode permettant de détecter la luxation de l'atlas avec 100% de sécurité et de la corriger définitivement en une seule séance, sans manipulation chiropratique ni ostéopatique (c.-à-d. sans danger);
- que le repositionnement de l'atlas dans son état *originel* était tout bénéfique pour la statique vertébrale et le bien-être des individus corrigés (plus de 100 000 cas à ce jour);
- que la correction de cette malformation littéralement *capitale* s'adressait à tout un chacun mais que les enfants devaient en être les premiers bénéficiaires pour leur assurer un développement harmonieux.

Le lecteur curieux et le responsable de santé publique pourront faire leur profit en consultant l'internet [2] ou en lisant *cum grano salis atque cum humilitate* le livre que l'auteur de cette avancée thérapeutique – si elle se confirme – a publié en allemand [3] et en français [4].

En attendant, puissent ces lignes provoquer débat!

Dr René Bussien, Bex

- 1 Heyll U. Die Handgriffe Otto Naegelis. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(36):2101-4.
- 2 www.atlasprofilax.com.
- 3 Schümperli RC. Die Befreiung. Sierre: Edition Carte; 2005.
- 4 Schümperli RC. La libération. Sierre: Edition Carte; 2005.



O tempora, o mores – oder Zeitgeist

A. Giger spricht in seinem Leserbrief [1], dass er von einem jungen Kollegen versetzt worden sei. Dies ist sicher ärgerlich. Da mir die näheren Umstände (schriftlicher Vertrag, nur mündliche Zusage mit einem Bestätigungs-E-Mail, ob er bereits mit dem Kollegen direkt gesprochen hat) nicht bekannt sind, kann und will ich mich dazu nicht weiter äussern. Auch ist das Versetztwerden nicht mein Thema.

Dass A. Giger aufgrund einer schlechten Erfahrung mit einem jungen Arzt gleich die ganze junge – nur diese? – Ärzteschaft über den gleichen Kamm zieht, kann so nicht stehengelassen werden. Eigentlich sollte man und frau wissen (und sonst spätestens in der heutigen Zeit der Studien), dass von einer Person nicht auf all die anderen geschlossen werden kann. Die Aussage, dass ein Versprechen in der heutigen Zeit nichts mehr gelten solle, dass Ethik und Moral keine Bedeutung haben sollen, und dass das erst noch vor allem für junge Ärzte gelten solle, ist eine solche Verallgemeinerung, die man als junge Ärztin oder als junger Arzt schon fast persönlich nehmen könnte. Ich lebe in einer Umgebung, in der Ethik, Verantwortung und Kollegialität sehr wohl seinen festen Platz hat, und das ist auch gut so. Im übrigen gilt das sowohl für «ältere» wie auch für «jüngere» Kollegen/Kolleginnen, und es gilt auch für gewisse «ältere und jüngere» eben nicht!

Daher meine Bitte an A. Giger für die Zukunft. So, wie Sie erwarten, dass ich aufgrund einer schlechten Erfahrung mit einem Hausarzt nicht sofort alle Hausärzte in den gleichen Topf werfe, so tun Sie doch das in Zukunft auch nicht mehr. Gehen Sie diesem Fall nach, ich zum Beispiel würde zuerst einmal das Gespräch suchen, bevor ich gleich mittels Richtern und Paragraphen mein «Recht» durchsetzen würde.

Und zum Schluss, heute gleich alles mit Richtern und Anwälten bereinigen zu wollen, könnte man ebenfalls mit einem Spruch begegnen: «O tempora, o mores – oder Zeitgeist».

Dr. med. Marc Lüthy, Basel

- 1 Giger A. O tempora, o mores – oder Zeitgeist. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(40):2265.