

Briefe an die SÄZ



Ein Nein zum differenzierten Selbstbehalt! Das Dilemma der FMH

Dr. med. Ignazio Cassis schreibt in seinem Editorial in der SÄZ 2010;91:1011: «Weshalb dieser Widerstand gegen jede Veränderung, obwohl die Ärzteschaft ihre Anliegen bei dieser KVG-Revision optimal einbringen konnte? Denn diese Gesetzesvorlage entspricht fast vollumfänglich den Thesen zu Managed Care» [1] der FMH, welche die Ärztekammer 2006 mit 112 gegen 4 Stimmen verabschiedet hat.» Ignazio Cassis ist irritiert darüber, dass anlässlich der letzten Ärztekammer vom 27. Mai 2010 folgender Antrag mit 71 Ja, 43 Gegenstimmen und 11 Enthaltungen angenommen worden ist: «dass sich die FMH gegen jede Erhöhung des Selbstbehaltes einsetzt, damit chronischkranke und gesundheitlich angeschlagene Patienten, die sich gegen den Beitritt zu einem Modell mit integrierter Versorgung entscheiden, nicht benachteiligt werden» ([2] S. 1043). Das immer wieder von der FMH gepriesene Thesenpapier, an dessen Erarbeitung 10 Allgemeinmediziner, 1 Internist, 1 Gynäkologin, 2 Chirurgen, beide an kantonalen Spitälern tätig, 1 Psychiaterin, der Präsident des Forums Managed Care und der Präsident des VSAO [3] beteiligt waren, wird von einer klaren Mehrheit – und darunter nun eben auch nicht nur an MC-Systemen interessierter – praktizierender Ärzte deutlich in Frage gestellt. Von Ignazio Cassis in seinem Editorial nicht erwähnt enthält das Thesenpapier noch folgendes: «Versicherte, Patienten und Leistungserbringer in Versorgungsnetzen profitieren in Managed-Care-Modellen von sinnvollen Anreizsystemen: explizit ausgewiesener Qualität, Prämienverbilligungen und/oder (gegenüber traditioneller Versorgung) differenzierter Kostenbeteiligung». Gegen die Einführung des differenzierten Selbstbehaltes auf Gesetzesebene richtet sich neu die Ärztekammer mit ihrem Beschluss, und die Delegiertenversammlung der FMH steht nun vor dem Problem, diesen Auftrag umzusetzen. Folgendes gilt es dabei zu bedenken:

Die Casemanager/Gatekeeper, es droht laut ihren eigenen Aussagen ein Mangel an ihnen, sollen dem erhofften Ansturm von «vernetzten» Patienten Garant sein für explizit ausgewiesene Qualität (Thesenpapier). Wie wäre das bei den SBB? Die Züge der S-Bahnen sind voll. Keinem der Verantwortlichen käme es in den

Sinn, noch mehr Kundschaft zu ködern mit dem Hinweis, dass bei gleichbleibendem Platzangebot, jedoch vermehrtem Passagieraufkommen die Reisequalität des einzelnen gewinnen würde.

Im «gfs-Gesundheitsmonitor 2010» <http://www.presseportal.ch/de/meldung/100606008/> können sich auf die Frage: «Kommt für Sie eine Versicherung in einem Managed-Care-Modell in Frage?» nur gerade 11% der 60- bis 69-Jährigen erwärmen. Wahrlich ein ernüchternder Hinweis darauf, was diese Altersgruppe von der Qualität dieser Systeme mit Gatekeeping hält oder erwartet. Wie begründet sich deren Skepsis? Es handelt sich bei ihnen um «Gesundheitssystem-Erfahrene», die zudem darum wissen, dass sie jetzt die älteste Generation unter den Lebenden darstellen! Und die wollen auf jeden Fall auf Nummer Sicher gehen und wenn möglich nicht am eigenen Leib erfahren, wenn etwas vorzeitig anbrennt.

Ja zu MC oder integrierten Netzen. Nein zu Gatekeeping und differenziertem Selbstbehalt!

Dr. med. Thomas Hofer, Wettingen

- 1 Berchtold P, Cuénoud P, de Haller J, Kappeler O. Managed Care – Kontrahierungszwang. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(36):1536–9.
- 2 Flückiger E. Protokoll der ordentlichen Ärztekammer. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(26/27):1028–48.
- 3 de Haller J. Replik. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(49):2109.

Replik

Ohne hier auf die von unserem Kollegen formulierten Ideen detailliert einzugehen, möchte ich gerne zwei Punkte präzisieren:

Zum einen werden politische Entscheide in der FMH durch die Delegiertenversammlung (DV) gefällt. Die Ärztekammer kann – wie in diesem Fall – Resolutionen zuhanden der DV verabschieden.

Und zum anderen verpflichtet der durch die Ärztekammer verabschiedete Text die FMH zwar dazu, dass sie sich gegen eine Erhöhung der Kostenbeteiligung einsetzt, nicht aber gegen eine differenzierte Kostenbeteiligung. Das sind offensichtlich zwei verschiedene Dinge!

Dr. med. Jacques de Haller, Präsident der FMH



Offener Brief an Bundesrat Didier Burkhalter*

Sehr geehrter Herr Bundesrat Burkhalter
Ich stelle fest, dass trotz Bekenntnissen aus dem Bundeshaus dem Grundversorger je länger je mehr Hürden, sei dies in Administration oder Verdienst, auferlegt werden.

Immer wieder liest und hört man von anderen Berufszweigen, dass diese mit besten Fachkräften zu besetzen seien, um den Fortbestand des Berufszweiges zu sichern. Anscheinend werden diese Fakten bei der Erhaltung der Grundversorgung in den Wind geschlagen, ansonsten wir nicht dauernd mit Verdiensteinbussen erneut gebeutelt würden.

Mir ist absolut unverständlich, weshalb mit der Methode «Teufel, komm raus!» die Krankenkassenprämien durch Verdiensteinbussen bei den Grundversorgern bis zu deren Untergang gesenkt werden. Gleichzeitig wird aber vom Bundesrat über eine einheitliche neue Mehrwertsteuer gesprochen, die im Gesundheitswesen auch neu greifen soll und dadurch nach dem Krankenkassenverband SantéSuisse die Krankenkassenprämien um satte drei Prozent ansteigen lässt. Anscheinend spielt es bei neuen Steuern keine Rolle, wie sich dies auf die Krankenkassenprämien auswirkt, denn diese sollen spezifisch nur durch die Akteure, nämlich die Ärzte, durch Minderleistungen gesenkt werden; dies bei gleich bleibender Versorgungsqualität!?

Mir ist ebenso unverständlich, weshalb wir Ärzte seit Jahren den Krankenkassen eine elektronische Rechnung in unseren Trustzentren gesamtschweizerisch zur Verfügung stellen, diese aber von den Krankenkassen, bis auf Visana und Groupe Mutuel, nicht abgeholt werden und dadurch unnötig hohe Verwaltungskosten verursachen, die schlussendlich wieder Prämien Gelder aufbrauchen. So weiss ich konkret, dass Helsana alle Hardkopie-Rechnungen durch viele Arbeitsstunden von Angestellten einscannen lässt, um eine elektronische Rechnung für die weitere Verarbeitung zu erhalten. Der CEO der Helsana Herr Manser sagte vor einigen Monaten im Tages-Anzeiger in einem Interview, dass durch fehlende elektronische Übermittlung der Rechnungen an die Krankenkassen 200 Millionen Franken verloren gehen; natürlich mit der infamen Be-

hauptung, die Ärzte würden keine XML-Rechnungen erstellen. Leider ist dem nicht so, es liegen tausende Rechnungen im elektronischen XML-Format in den Trustzentren bereit, nur holen sie die Krankenkassen dort nicht ab. Um Prämienfelder zu sparen, müssten die Krankenkassen verpflichtet werden, diese in den Trustzentren, wie geplant beim TARMED-Vertragsabschluss, abzuholen. Eigentlich sollten die Parlamentarier, die ein Doppelmanat als Verwaltungsrat bei einer Krankenkasse innehaben, von diesem Mangel bestens Kenntnis haben und diesem Administrationsleerlauf Abhilfe schaffen.

Im Jahre 2012 werden in den Spitälern Fallpauschalen eingeführt. Dadurch werden zwangsläufig Patienten frühzeitiger als heute aus den Spitälern entlassen. Eine intensivere poststationäre ambulante Nachbetreuung wird die Folge sein. Dies bedeutet mehr ambulante Arztkonsultationen und mehr Spitexbetreuung. Unweigerlich werden sodann diese ambulanten Kosten steigen. Keinesfalls darf dann von einer Mengenausweitung im ambulanten Sektor gesprochen werden mit der Folge einer Reduktion des TARMED-Taxpunktswerts. Dies würde bei einer Mehrleistung der Grundversorger wieder zu einer Reduktion des Verdiensts führen.

Fazit

Ein drohender Hausärztemangel kann nicht mit neuen Betriebsformen, dem Managed Care oder neu geschaffenen Hochschulinstituten für Allgemeinmedizin, aufgefangen werden; dies ist eine echte politische Illusion. Die Realität, den Beruf des Hausarztes zu fördern, ist, sein Fachgebiet durch finanzielle bessere Anreize zu stärken und von der gegenwärtigen Verdienstverlustspirale dringend Abstand zu nehmen. Den Akteuren, den Ärzten im Gesundheitswesen, nur mit Vorwürfen über Kostensteigerungen zu begegnen, zeigt, dass durch dieses anhaltende politische Mobbing kaum Ärzte für den Beruf des Grundversorgers gefunden werden.

Dr. med. Hans F. Baumann, Bassersdorf

* gekürzte Fassung – die Originalversion des Briefs ist als Faksimile unter www.saez.ch → Aktuelle Nummer oder → Archiv → 2010 → 30/31 aufgeschaltet.



MC – Roulette für die Grundversorger!

Sind Sie der Gambler-Typ? Dann müssen Sie MC / Integrierte Versorgungsnetze (IVN) natürlich haben! Unsere Verbandsspitzen sind intensiv bemüht, die Basis hierfür zu gewinnen. «Warum so ängstlich?» fragt I. Cassis in der SÄZ 26/27 lapidar [1] (handelt es sich ja lediglich um einen fundamentalen Umbruch in der Organisation der Gesundheitsversorgung). M. Müller gibt zu bedenken, dass sich die Ärzteschaft einen Rückzieher von der Netzwerkvorlage gar nicht mehr leisten könne. Ihre politische Glaubwürdigkeit würde sie riskieren und «könnte sich dann für lange Zeit aus vielen Bereichen des politischen Diskurses verabschieden» (Protokoll der ordentlichen Ärztekammer vom 27.5.10; [2]). Vorangetrieben durch den Druck, dass etwas geschehen müsse, hat man sich gefährlich verstiegen. Rückzug ausgeschlossen, Sturm nach vorne lautet deshalb die Devise!

Nicht das finanzielle Risiko der Praxistätigkeit will ich mit Roulette vergleichen, sondern den täglichen Umgang mit Zeit und Arbeitskraft. Kaum je ist im Voraus bekannt, welche Probleme all die Patienten vorbringen werden; immer wieder sind ad hoc unterschiedlichste dringliche Probleme zu bewältigen – stets im Bemühen, Kraft und Konzentration bis zum Tagesende zu erhalten, pünktlich erschienene Kunden nicht mit langen Wartezeiten zu verärgern und keine fachlichen Böcke zu riskieren. Viel steht auf dem Spiel, wenig unter sicherer Kontrolle. Dieses an sich Faszinierende am Beruf kann nicht ungestraft noch viel komplexer gestaltet werden.

Um taugliche Budgets aushandeln zu können, werde ich als künftiger IVN-Arzt regelmässig aktualisierte Morbiditätsindices über mein aktuelles Patientengut vorlegen müssen (Mogelpotenzial auch hier nicht ausgeschlossen). In usurpierten sogenannten «Qualitätszirkeln» werde ich meinen Netzwerkkollegen Rechenschaft über die durch meine Anordnungen und Behandlungen veranlassten Kosten ablegen bzw. Entsprechendes von ihnen einfordern. Ich muss herausfinden, wer meine kor-

rekt ermittelten Budgets torpediert und mich um meinen Bonus gebracht hat. Die Sünder werde ich entsprechend massregeln – unangenehme Konfrontationen, die bis anhin einer kleinen Schar auserwählter Kollegen und einem Spezialkommando von santésuisse vorbehalten waren. Divide et impera – ein genialer Disziplinierungs- und Zerfleischungsplan für Ärzte, die sich noch freiberuflich wähnen! Mit dem neuen als Ei des Kolumbus präsentierten und durch Rabatte stark geförderten MC-«Hausarztmodell» werden für uns noch weitere Imponderabilien eingeführt, welche das Roulette potenzieren, ja explosiv werden lassen: Der Abgrenzungskampf zwischen echter Not und Aufmerksamkeits- bzw. Begehrlichkeitstendenzen wird anspruchsvoller. Viele Patienten werden mich nicht mehr aus freiem Entscheid aufsuchen, sondern weil sie sich beim Versicherungsabschluss verständlicher Weise für Selbsthalts- und Prämienparmodelle entschieden hatten. Offen bleiben dann sublimen Fragen wie: «Aus welchen Sachzwängen heraus ist er bei mir gelandet?» «Will oder muss er mich jetzt konsultieren?» «Was riskiere ich bei Verweigerung gegenüber seinen Ideen/Begehrlichkeiten?» «Welche (niederen) Motive wird er mir unterschieben wollen bei expektativem Procedere oder Verzicht auf intensive Laborkontrollen?» «Steckt im vereinbarten Budget überhaupt noch Luft für weitere Abklärungen und Sicherheitsmassnahmen?» Nein, diesen Schwarzpeter möchte ich mir lieber nicht auch noch unterjubeln lassen!

Dr. med. Adrian Bühler, Spiez

- 1 Cassis I. Integrierte Versorgungsnetze: warum so ängstlich? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(26/27):1011.
- 2 Flückiger E. Protokoll der ordentlichen Ärztekammer. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(26/27):1028–48.



«Panini-Sammlung» der anderen Art

Seit mittlerweile einem Vierteljahrhundert sammle ich Mitgliedschaften bei Ärztereinigungen fast wie mein Sohn Panini-Bildchen. Die Verwaltung der diversen Ausweise und Bestätigungen, die Finanzierung und die Planung der zeitlichen Aufwendungen in diesem Zusammenhang nach immer wieder neuen Regeln ersetzen mir (mangels Barschaft) lustvoll, was anderen das Spielen mit Wertpapieren oder das Stöbern in ihren numismatischen Errungenschaften an Befriedigung gibt.

Längst lese ich nicht mehr den Börsenteil der NZZ, sondern erschauere ergriffen bei der abendlichen Lektüre der «Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft». Wenn ich dann die Durchschnittszahlen meiner Fachgruppe bewundere, beschleicht mich eine tiefe Dankbarkeit, als kleines Würstchen mit solchen Titanen (wegen der besseren Lesbarkeit verzichte ich auf Nennung der weiblichen Form) in der gleichen Gesellschaft sein zu dürfen! Was für ein Ansporn für meine tägliche, segensreiche Arbeit im Umgang mit diversen Administrationen.

Schon jetzt bin ich in der Vorfreude auf die Nutzung der «Health Professional Card», der Erkundung der neuesten Features von «myFMH» und «SIWF» wesentlich zappelliger als meine Teenies zu Hause es jemals vor Weihnachten waren. Nicht zuletzt deshalb, weil das Ganze nicht nur das Warten aufs Geschenkeauspacken, sondern auch noch (mangels Barschaft) das Spielcasino ersetzt: Funktioniert das Log-in und bei welchem Versuch? Wie oft darf ich nachfragen, um das neue Passwort zu bekommen?

Sicher begreifen Sie alle, dass ich es kaum mehr erwarten kann, im DRG-System als Belegarzt und angestellter Spitalarzt die Arbeit der Statistiker und Gesundheitspolitiker zu vereinfachen (das ist doch der Sinn des Systems, oder habe ich da eventuell etwas nicht ganz verstanden?). Natürlich wird es für mich ein absoluter Höhepunkt meiner beruflichen Laufbahn sein, einem Netzwerk beitreten zu können. Im Stillen hoffe ich – vielleicht als Belohnung meiner jahrelangen treuen Fan-Tätigkeit in den Vereinigungen – gleich an mehreren «Managed-Care-Systemen» teilnehmen zu können!? Das gibt doch ein Zertifikat oder?

Nur – und damit käme ich jetzt endlich zum Punkt, der mein Glück noch etwas trübt, und zu meiner dringenden Bitte an Sie: Als fast fanatischer Jünger einer ganzheitlichen, patientenzentrierten, doppelblind-randomisierten und Beleg-kontrollierten «Evidence-based-Medicine» müsste ich dringend irgendwo

zweifelsfrei nachlesen können, dass und wieso Managed Care billiger ist: Wahrscheinlich habe ich da etwas verpasst, weil ich mich meinem «Panini-Hobby» in den letzten Jahren zu intensiv gewidmet habe. Ich hoffe aber doch sehr, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass es Ihnen ein Leichtestes sein wird, mir mit Literaturverweisen auszuhelfen? Bitte schicken Sie mir doch einfach Ihr Zertifikat und den Einzahlungsschein, wenn ich vor Ihrer Antwort sicherheitshalber bei Ihnen Mitglied werden soll!

Dr. med. Peter Custer, Zürich

P. S. Ich plane, meine «Panini» Sammlung in eine Stiftung zu überführen, um der Nachwelt dieses Stück unserer Kultur zu erhalten. Möchten Sie etwa Gründungsmitglied werden?

Hinweis der Redaktion: Eine neuere Studie, die sich mit den von Dr. Custer angesprochenen Fragen zur Wirtschaftlichkeit von Managed Care bzw. Integrierter Versorgung befasst, stammt vom CSS-Institut für empirische Gesundheitsökonomie. Die Ergebnisse wurden mehrfach publiziert:

- Beck K, Käser U. Nachhaltigkeit von Kosteneinsparungen in Managed-Care-Modellen. Care Management. 2008; 5:37–40.
- Beck K. Effizienzsteigerung dank Managed Care. Datamaster. 2009;5/Okt.:15–21.

Beide Publikationen sind unter «www.css-institut.ch → Wissenschaftliche Publikationen → Managed Care und Capitation» als PDF verfügbar.



Nur der Dialog hilft

Zum Beitrag zur Selbstdispensation von Irène Marty und Ernst Gähler [1]

Ja, im Kanton Aargau lancieren wir jetzt eine Initiative zur ärztlichen Medikamentenabgabe. Wir Ärzte haben noch nicht gelernt, dass Ärzte und Apotheker miteinander einen Weg suchen sollten. Wir suchen zuerst ein Gesetz. Denn auch die Apotheker sind Menschen, die eine Aufgabe im Gesundheitswesen haben. Auch sie leisten einen Dienst am Menschen.

Geht es in der Angelegenheit ums Geld oder um menschenwürdiges Dasein? Nur der Dialog hilft, und dass wir uns gegenseitig respektieren. Nebenbei bemerkt sind Apotheker und Ärzte Akademiker, die auch ethisch ein Bewusstsein haben sollten.

Im Kanton Aargau sind die öffentlichen Verkehrsmittel so gut, dass die übliche Medika-

mentenversorgung durch Apotheken überall gewährleistet ist. Natürlich nicht für den Notfall. Aber zu den Zentrumsgemeinden geht jedermann einkaufen. Wir Aargauer Ärzte fanden es aber wieder nicht nötig, die Lösung mit den Apothekern zu suchen. Von Anfang an setzen wir auf Konfrontation. Gesetze können Hindernisse sein.

Die obigen Autoren meinen, dass wir auf den Medikamentenertrag angewiesen sind. War diese Meinung schon immer die unsere? Wir Hausärzte, wir Ärzte sind auf den Verdienst angewiesen. Im Aargau haben wir in den letzten 24 Jahren fast 40% Teuerung nicht zugestanden bekommen. Detailfragen wie Labortarif oder Inkonvenienzpauschale bei Besuchen fallen daneben nicht ins Gewicht. Wir müssen lernen, fair, klar und eindeutig unsere materiellen Interessen am richtigen Ort einzusetzen, beim Taxpunktwert.

Seit dem 1. April 2006 demonstrieren wir jedes Jahr, meistens für Belange, die auch ohne Demonstration verwirklicht werden. Dieses Jahr wurde nun noch die eidgenössische Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» eingereicht. Frau und Herr Kollega, aber im Wartezimmer und auch sonst in der Arztpraxis machen wir keine politische Propaganda. Wenn unsere Rahmenbedingungen verbessert werden, brauchen wir kein politisches Machtmittel. Die Rahmenbedingungen können wir uns vielleicht doch selber setzen, mit den Apothekern, den Krankenkassen und dem Wohlwollen der Patienten.

Dr. med. Martin Meier, Wettingen

- 1 Gähler E, Marty I. Mythen und Fakten zur ärztlichen Medikamentenabgabe. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(26/27):1013–4.



Margenunabhängige Medikamentenabgabe? Überfällig!

Die FMH befürwortet die margenunabhängige Medikamentenabgabe. Sie will damit der Kritik an der ärztlichen Medikamentenabgabe den Boden entziehen [1]. Mindestens so wichtig: Der Druck auf Medikamentenpreise nimmt unerbittlich zu. Gleichzeitig sinken die Margen. Das standespolitische Engagement für die margenunabhängige Medikamentenabgabe ist überfällig.

Dr. med. Christian Marti, Winterthur

- 1 Gähler E, Marty I: Mythen und Fakten zur ärztlichen Medikamentenabgabe. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(26/27):1013–4.



Mythes et faits autour de la propharmacie [1]

J'aimerais aussi combattre un mythe qui m'agace beaucoup concernant notre situation en Valais. Je cite: «car les valeurs du point tarifaire des cantons pratiquant la propharmacie restent inférieures à celle des autres cantons». J'aimerais juste rendre attentif que le Valais n'a pas de propharmacie et un des points TAR-MED le plus bas. Est-ce que certains médecins d'autres cantons sont-ils des «fat cats»?

Dr méd. D. Wildhaber, Monthey

- 1 Gähler E, Marty I. Mythes et faits autour de la propharmacie. Bull Méd Suisses. 2009;91(26/27):1013-4.



Zur Buchbesprechung «Die Folgen der Tschernobyl-Katastrophe» [1]

Wir sollten Herrn Prof. Jürg Ulrich dankbar sein für den Hinweis auf das Sonderheft der New York Academy of Sciences vom Mai 2009 [2], in dem Wissenschaftler aus den betroffenen Gebieten der radioaktiven Verseuchung in der Folge des Reaktorbrandes von Tschernobyl in einem renommierten wissenschaftlichen Publikationsorgan zu Worte kommen. Wir begegnen zu häufig in der polemischen Laienpresse schlecht fundierten, nicht nachprüfbar spekulativen und Einzeldarstellungen und wären dankbar um glaubwürdige, wissenschaftlich fundierte Zusammenfassungen. Leider begegnet man in den 3 Artikeln, für die jeweils die gleichen 2 Autoren mitunterzeichnen der exakt gleichen Tonart: genüssliches Herauspielen jeglicher Differenzen offizieller Darstellungen zwecks Schürens von Misstrauen, Belegen von Hypothesen mit den jeweiligen Extremwerten von breit streuenden Messungen und offensichtlich interpretativen Regressionsgeraden, die ohne Angabe einer Methodik durch eine Punkteschar so gelegt sind, wie der Tenor des Artikels es erfordert. Doch recht bald fällt dem Leser neben der unverhohlenen Stossrichtung die redaktionelle Schludrigkeit dieses Sonderheftes in die Augen: Ein Drittel der Abbildungen des ersten Artikels gibt für die abgestuften Grauschattierungen keine Masseinheiten. Angesichts einer Differenz zwischen Becquerel und Curie vom Faktor 10^{10} ein legitimes Erfordernis des Lesers,

der sich objektiv informieren will. Tabellarische Darstellungen zeigen zwei verschiedene Zahlenkolonnen mit derselben Referenz und ohne jeden Hinweis, was mit diesen unterschiedlichen Zahlen jeweils beschrieben wurde (Tabelle 1.1 und 1.2). Oder sie zeigen offensichtlich inhaltslose Angaben, z. B. dass in den Vereinigten Staaten am 11. Mai 1986 in New York Cs-137 festgestellt wurde und am 16. Mai 1986 in Cheyenne (Wyoming) totale Radioaktivität (Tabelle 1.4). Wie, in welchem Untersuchungsmaterial und in welchem Ausmass, darf sich der Leser selbst zurechtlegen.

Wer sich dann in den ausführlichen Text einarbeitet, erfährt auf Seite 6 rechts unten, dass für England die Exposition mit radioaktivem Fallout von Tschernobyl im Mai 34 mSv bestrahlt wurde. Da Sievert das Mass für die absorbierte Strahlenmenge eines lebenden Organismus bezeichnet, fragt man sich zu Recht, ob jeder Engländer während eines Monats dieser Strahlendosis ausgesetzt gewesen sei – was mehr als das 200-Fache der natürlichen Strahlenexposition bedeuten würde –, oder ob damit die aufsummierte Exposition von 60 Millionen Einwohnern gemeint sei, – was 0,0003% der natürlichen täglichen Strahlenexposition bedeuten würde. Vermutlich handelt es sich dabei um eine elementare Verwechslung von radiologischen Masseinheiten, was einem Neuropathologen nachzusehen ist, nicht aber einem Radiobiologen und Direktor eines auf dem Fachgebiet arbeitenden, wissenschaftlichen Institutes. Wer dann in der zitierten Originalarbeit Klarheit sucht, findet in der angegebenen Kurzmittelteil in natura weder die falsch angewendete Masseinheit noch auch nur einen einzigen der zitierten Messwerte, da das Thema dieser Referenz eine ganz andere Fragestellung bearbeitet.

Ein Rezensent, der dieses Sonderheft erklärermassen aufmerksam gelesen hat, darf nicht in ideologischer Skotomisierung über derartige, offensichtliche Mängel hinwegsehen. Er erweist weder dem so irreführenden Interessenten noch der Sache, die er vertritt, einen Dienst, sondern beschädigt einzig seine wissenschaftliche Reputation, genau so wie es die ehrwürdigen Annals der New York Academy of Sciences mit dieser Ausgabe auch getan haben.

Dr. med. Jürg Schädelin, Basel

- 1 Ulrich J. Die Folgen der Tschernobyl-Katastrophe. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(25):1003.
- 2 Yablokov AV et al. Chernobyl. Consequences of the Catastrophe for people and the environment. Annals of the New York Academy of Sciences. Vol. 1181(2009).

Replik

Ich bin froh, dass meine Besprechung Herrn Kollegen Schädelin zur Lektüre des Hefts Nr. 1181 der «Annals of the New York Academy of Sciences» veranlasst hat. Ähnlich wie ich selbst dürfte er es als einen Hilferuf der Autoren im Namen der ärztlichen und naturwissenschaftlichen Kollegen in Russland, Weissrussland und der Ukraine empfunden haben. Sie bringen uns die Existenz von hunderten wissenschaftlicher Publikationen aus einem uns nicht zugänglichen Sprachraum zur Kenntnis und fassen diese kurz zusammen. Nicht nur Kollege Schädelin und ich, sondern offensichtlich auch die Herausgeber der «Annals of the New York Academy of Sciences» sind davon beeindruckt. Wir wollen den durch diese Katastrophe bedrohten Menschen helfen, so wie das alle beteiligten Wissenschaftler tun. Uns über die Bemühungen der Letzteren zu orientieren, ist die Hauptaufgabe des Hefts, wie auch der Besprechung in der Schweizer Ärztezeitung. Das ist nicht die gleiche Aufgabe wie diejenige von Herausgebern einer wissenschaftlichen Zeitschrift, welche vielleicht vor der Publikation Präzisierungen, statistische Überprüfungen und Vergleiche verlangen würden. Die gegen Schluss meiner Besprechung erwähnten Arbeiten würden meines Erachtens auch solcher Kritik standhalten. Vielleicht finden sich im Heft der «Annals» auch solche, die einem gestrengen Herausberteam nicht genügen würden. Die Hauptaussagen der Kompilation, welche Yablokov und seine Kollegen in englischer Sprache veröffentlichten, bleiben aber bestehen: 1. Eine Katastrophe wie diejenige von Tschernobyl darf sich nicht wiederholen. 2. Die Menschen in den meistbetroffenen Gebieten brauchen unsere Hilfe.

Prof. Dr. med. Jürg Ulrich, Basel



Artikelserie über Arbeitsunfähigkeitszeugnisse [1, 2]

Ich möchte der SÄZ für die sehr informative Serie über Arbeitsunfähigkeitszeugnisse danken. Auch die Regelung, dass ausführliche Zeugnisse nur erstellt werden, wenn ein Arbeitsplatzbeschreibung vorliegt, wie sie beispielsweise in SG gilt, finde ich sehr gut. Leider gibt es aber Vorlagen für Arbeitsplatzbeschreibungen, beispielsweise in SG, die sich fast ausschliesslich an den körperlichen Anforderungen eines Arbeitsplatzes orientieren, aber für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von psychisch Erkrankten zentrale Angaben nicht enthalten, beispielsweise Angaben darüber, welche Anfor-

derungen an die Konzentration gestellt werden, ob ein Arbeitnehmer Kundenkontakt hat, ob er unter Zeitdruck arbeiten muss, Ausbildungsfunktionen hat usw. Ein Lehrer mit Erschöpfungsdepression ist für eine Tätigkeit in einem Lehrmittelverlag oder als Nachhilfelehrer mit Einzelunterricht viel rascher wieder arbeitsfähig, als wenn es um das Unterrichten einer ausgesprochen schwierigen Klasse von Jugendlichen geht. Bei Personen, die mit potentiell gefährlichen Maschinen arbeiten oder beruflich ein Fahrzeug lenken müssen, hat eine mögliche anfängliche Sedation als Nebenwirkung von Psychopharmaka eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge, während der KV-Mitarbeiter eher schauen kann, ob er trotzdem am PC tätig sein kann.

Da psychische Erkrankungen eine der häufigsten Gründe für eine Arbeitsunfähigkeit von mittlerer oder längerer Dauer darstellen, müssten die Vorlagen für Arbeitsplatzbeschriebe unbedingt mit entsprechenden Fragen ergänzt werden. Die Kollegen Dres med. Kalabic und Winzeler haben in der SÄZ 51/52 2008 [3] ausführlich dargelegt, welche Faktoren zur Erstellung eines psycho-kognitiven Arbeitsplatzprofils wichtig sind. Es handelt sich um Anforderungen wie Verantwortung, Teamfähigkeit, arbeitsorganisatorische Belastung, Stressresistenz, geistige Flexibilität, emotionale Belastung und Konzentration. Diese Anforderungen eines Arbeitsplatzes können logischerweise nicht aus den körperlichen Anforderungen abgeleitet werden.

Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, Uzwil

- 1 Rudolph R. Arbeitsunfähigkeitszeugnisse: Ärzte zunehmend im Fokus der Justiz (Teil 1). Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(22):864-7.
- 2 Rudolph R. Arbeitsunfähigkeitszeugnisse: Ärzte zunehmend im Fokus der Justiz (Teil 2). Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(23):912-5.
- 3 Kalabic M, Winzeler P. Stellenwert psychokognitiver Belastungsparameter am Arbeitsplatz durch eap@. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(51/52):2217-9.



Die Entropie des Sinns in einer Welt voller Gier

Lieber Herr Martin

Zuerst einmal möchte ich Ihnen zu Ihrem Aufsatz «Die Entropie des Sinns in einer Welt voller Gier» danken [1]. Ich finde ihn hervorragend geschrieben, er gibt zu denken und bereichert die Erkenntnis des Lesers, der Leserin der SÄZ wieder einmal über das rein Medizinische hinaus. Bravo! Er macht mich aber auch traurig, nicht nur wegen des bedrückenden Inhaltes, sondern auch, weil für derartige Wahrheiten nun schier versteckte internationale Symposien von Fachleuten abgehalten werden – leider ist ja beispielsweise die Tatsache, dass unser Gesellschaftssystem (jedenfalls zum grossen Teil) auf «Gier, Schwindel und Betrug» basiert und dass wir die Sinnentleerung mit Konsum zu bezwingen suchen, so offensichtlich. Vielleicht ist das ein Grund, warum kaum eine Berufsgattung über so wunderbare Zukunftsaussichten verfügt wie die Berater und warum wir einem Zertifizierungswahn verfallen sind – auf Vertrauen und anständige Absicht lässt sich anscheinend nicht mehr bauen!

Dr. med. Rolf Tschannen, Wil

- 1 Martin J. Die Entropie des Sinns in einer Welt voller Gier. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(25):1006.



Keine Studie, sondern Meinungsumfrage

Die klare Stellungnahme zum Projekt Evaluation Komplementärmedizin von Prof. Hans Stalder [1] formuliert die zahlreichen Probleme dieser «Studie» sehr gut und trifft zu. Als ich seinerzeit zur Teilnahme am Projekt angeschrieben wurde, lehnte ich die Teilnahme ab, und zwar mit der Begründung, dass es sich schlicht um Marktforschung handelt. Es erschien mir lächerlich, dadurch die gestellten Fragen zu beantworten: Eine Meinungsumfrage ist kein objektiver Wirkungsnachweis, weder bei Befragung der Ärztinnen und Ärzte, noch bei Befragung der Behandelten. Ebenso wenig kann sie deshalb die Wirtschaftlichkeit beurteilen. Eine kostengünstige Methode, die wirtschaftlich scheint, ist verschleudertes Geld, wenn sie nicht wirkt. Damit entfällt schliesslich auch die Frage der Zweckmässigkeit. Ausser bei der Phytotherapie – zu Unrecht der sogenannten Komplementärmedizin zugerechnet – fehlt der Wirkungsnachweis bei den übrigen Methoden, oder er ist unbrauchbar dürftig und schwach. Leider – denn wer hätte nicht gerne beim grossen Bedürfnis nach nicht-medikamentösen Methoden wirksame, optimal verträgliche Behandlungen in Reserve. Solche bleiben also Utopie.

*Dr. med. Kaspar Zürcher,
Innere Medizin FMH, Bern*

- 1 Stalder H. Das PEK – ein Epilog. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(26/27):1074.