

Forum



Obligatorischer Fortbildungsnachweis – ein politisch inszenierter Leerlauf

Die von Kollege Rudolf Horn, Samnaun, geäusserten Bedenken und Einwände gegen einen obligatorischen Fortbildungsnachweis treffen zu [1]. Dagegen befriedigt der Kommentar des Präsidenten der «Kommission für Weiter- und Fortbildung» nicht, weil die fundierten Einwände des Allgemeinpraktikers nicht widerlegt werden. Die Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung hängt von vielen Faktoren (Auslese der Medizinstudenten, Gestaltung des Medizinstudiums, Ausbildung nach dem Staatsexamen, Motivation zur seriösen Berufsausübung) ab [2]. Dabei haben die Auslese und die Motivation wahrscheinlich das grösste Gewicht. Bereits 1993 habe ich darauf hingewiesen, dass ein Fortbildungsobligatorium politisch inszeniert sei und eine Selbsterfleischungstendenz der offiziellen Vertreter der FMH demonstriere [3]. Denn ein obligatorischer Fortbildungsnachweis ist aus folgenden Gründen ohne Wirkung auf die Qualität der Berufsausübung:

- Ein Anforderungsminimum wirkt nicht motivierend für eine freiwillige, individuelle, intensive, praxisbezogene Fortbildung.
- Nicht alle Fortbildungsveranstaltungen sind fruchtbar (touristischer Kongressplausch!). Das Neueste ist allzu oft vor allem für den Gesundheitsmarkt und die Medien interessant, nicht jedoch für die Praxis und den Patienten.
- Die Kontrolle der Durchführung und Auswirkung der Fortbildung ist nicht realisierbar.
- Atteste sind leicht beschaffbar.
- Die bei der Berufsausübung gesammelten Erfahrungen und der Erfahrungsaustausch mit Kollegen sind wahrscheinlich viel bedeutsamer als viele der Fortbildungsveranstaltungen.

Der Versuch, die Qualität der Berufsausübung mit Hilfe eines papierernen Fortbildungsnachweises zu verbessern, ist unrealistisch. Die Behauptung, die Schweiz verlange den weltweit strengsten Fortbildungsnachweis, kann in dem Sinn gedeutet werden, dass die FMH-Führung wenig Vertrauen in die Fähigkeit der Aus- und Weiterbildner hat, die FMH-Mitglieder für eine seriöse Berufsausübung mit freiwilliger fortlaufender Fortbildung erziehen zu können. Der obligatorische Fortbildungsnachweis kann vielleicht einige Politiker beeindrucken. Es erstaunt immer wieder, dass sich Politiker in der Schweiz – und in anderen Ländern auch (!) – brüsten, über das weltbeste Gesundheitswesen zu verfügen, aber gleichzeitig seit Jahr-

zehnten eine Reform des Medizinstudiums und des Gesundheitsmanagements fordern. Könnte eine Fortbildung diesen Politikern auch ohne Attest am Ende gar nicht schaden?

Prof. Dr. med. M. Geiser, Wabern

- 1 Horn R. Obligatorischer Fortbildungsnachweis. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(5):260.
- 2 Geiser M. Bildungspolitik und Qualität der medizinischen Versorgung. Schweiz Ärztezeitung 1986;67:1865.
- 3 Geiser M. Selbstherrlichkeit, Selbsterfleischung und Fortbildungsobligatorium. Schweiz Ärztezeitung 1993;74:853.



«Unsere erbbiologische Genetik als Grundlage für die Prognose der Menschheit» von Dr. R. Kressig [1] und «Vorbilder» von E. Taverna [2]

Beide Autoren beschreiben eine zunehmende Umweltzerstörung, zeigen deren Folgen auf die menschliche Gesundheit auf und verbreiten eine resignative Weltuntergangsstimmung. Es fällt mir schwer, dies einfach so stehen zu lassen. Ich stimme mit den beiden Autoren überein, dass es trügerisch wäre, den Grund für Hoffnung im Fortschrittsglauben, in der Globalisierung, in der Mobilität oder im Konsum zu suchen. Das ist der falsche Weg. Im Gegensatz zu den beiden Autoren will ich jedoch nicht beim Beklagen der Missstände stehenbleiben. Zerrissenheit und Hoffnungslosigkeit gehören für mich zu menschlicher Identität. Erst und gerade in der wahren Selbsterkenntnis liegt für mich der Schlüssel zur Hoffnung. Diese gründet auf der Erfahrung der Hoffnungslosigkeit angesichts der ausweglosen Gott-Verlassenheit der Welt. Genau in dieser Situation hat der Mensch aber eben nicht nur die Möglichkeit zu verzweifeln. Er hat auch die Freiheit, fundamentale Solidarität mit anderen Menschen zu empfinden, die in genau der gleichen Situation der existentiellen Verlassenheit sind. In dieser Grunderfahrung entsteht eine fundamentale Hoffnung. Die Hoffnung, dass wir angesichts der Erkenntnis unserer wahren Wirklichkeit in der Lage sind, uns gegenseitig solidarisch aus dem Elend der drohenden Verzweiflung zu ziehen. Diese Hoffnung ist wahrhaftig existentiell und führt auf den richtigen Weg. Dieser motiviert uns zu solidarischem Handeln und relativiert den Wert materieller Güter. Dies führt zu echter Befriedigung. Für mich ist dies das Zentrum der christlichen Botschaft, wie es zum Beispiel in dem Wort «Liebe Deinen Nächsten wie Dich selbst!» zum Ausdruck kommt. Wer sich selbst in dieser Nüchternheit und Wahrhaftigkeit erkennt und jeden Tag von neuem bewusst daraus die Kraft und den Mut zum Leben schöpft, kann gegen Pessimismus und Resignation ankämpfen. Er wird lernen, dem Konsum-

rausch zu widerstehen, er wird sich gegen Umweltzerstörung zur Wehr setzen und er wird sein Selbstwertgefühl und seine Menschenwürde nicht mehr ausschliesslich davon abhängig machen, in welchem Ausmass er sich in der durch einseitige Leistungsideologie geprägten Erfolgswelt Anerkennung selbst schafft.

Vor diesem Hintergrund stimme ich mit Herrn Taverna wieder überein in seiner Skepsis gegen ein neues kantonales Leitbild, in dem der intelligente Staat und seine kreative Verwaltung ein neues Welt- und Menschenbild schaffen wollen, ohne die Frage nach dessen Axiomen zu stellen. Wo weltanschauliche Neutralität vorgetäuscht wird, wird in Wirklichkeit eine unkritische positivistische Ideologie verkauft, die die nackte Leistungsgesellschaft bis hin zum Weltmeistertitel absolut setzt. Wenn in der Propaganda eines solchen Weltbildes Subventionen für das Gesundheitswesen auf Kosten der Solidarität nur noch als Negativposten figurieren, dann nimmt das im Kopf beginnende Abheben bedenkliche Ausmass an. Es fragt sich, ob durch den vom Staat propagierten Sprung über den eigenen Schatten, das Sich-Anpreisen und das Sich-Verkaufen nicht die seelische Integrität und die Menschlichkeit Schaden nehmen. Dieser würde dann allerdings noch ganz andere Kosten verursachen. Sollte ein Repräsentant der nahegelegenen Wirtschaftshochschule eine derartige Ideologie vertreten, wäre ihm zu raten, für eine qualifizierte Auseinandersetzung mit sozio-kulturellen oder weltanschaulichen Fragen den Kontakt zu anderen Hochschulen zu suchen, die die entsprechenden Fachbereiche anbieten und diese Themen sachgerecht und interdisziplinär behandeln. Der Zweck wirtschaftlichen Erfolgsdenkens darf jedenfalls nicht das Mittel eines aufkotroyierten positivistischen Weltbildes heiligen, das durch mangelnde Ideologiekritik geprägt ist und Teile der Wirklichkeit ausklammert. Eine Gesellschaft lebt davon, dass es eben nicht nur junge, dynamische und erfolgreiche Gewinner geben kann. Die Menschlichkeit einer Gesellschaft aber zeigt sich gerade darin, wie sie mit den Verlierern und den kranken und alten Menschen umgeht, die – selbst verschuldet oder ohne eigene Schuld – immer auch Opfer dieser Gesellschaft sind ...

Dietrich Stohrer, Controller am Kantonsspital Münsterlingen

- 1 Kressig R. Unsere erbbiologische Genetik als Grundlage für die Prognose der Menschheit. Schweiz Ärztezeitung 2000;81:97-99.
- 2 Taverna E. Vorbilder. Schweiz Ärztezeitung 2000;81:101.



Schwangerschaftsabbruch

Nach der vorberatenden Kommission des Nationalrates hat nun auch diejenige des Ständerates dem Gesetzesentwurf über die Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruches in den ersten 14 Wochen zugestimmt. Ich bedauere diese Entwicklung. Bereits zur Zeit der Sphinx im antiken Griechenland war klar: Ob der Mensch nun «auf vier Beinen geht» (als Kleinkind), «auf zwei Beinen» (meistens fast das ganze Leben hindurch) oder «auf drei Beinen» (im Alter): Er ist immer Mensch. Und mit dem heutigen medizinischen Wissen ist auch dies klar: Es gibt von der Zeugung bis zur Geburt nirgends eine Grenze, von der an das menschliche Leben erst beginnen würde. Ob also vor oder nach der 14. Woche im Mutterleib, ob auf vier, zwei oder drei «Beinen», ob im Rollstuhl oder im Krankbett: Es ist immer ein werdender Mensch bzw. ein Mensch.

F. Meili, Zürich



Zur Nachwuchsproblematik in der Psychiatrie [1]: Gedanken aus dem Mauseloch einer psychiatrischen Praxis

Was macht Psychiatrie für einen Medizinstudenten eigentlich attraktiv? Ein Fach, das gerade mal 2 Stunden pro Woche im Wochenplan beinhaltet, steht zeitlich nicht sehr im Zentrum. Als Unterassistent erlebt man in der Chirurgie viel schneller Erfolge. Das Selbstbewusstsein wird enorm gestärkt, wenn nach zehn Tagen der vor Bauchweh gekrümmte Appendizitis-Patient dankbar lächelnd die Klinik wieder verlässt. In der Psychiatrie braucht es ein enormes Sitzvermögen, wenn man sich die ganzen schwierigen Anamnesen anhört. Eine manuelle Abwechslung, wie bei den somatisch tätigen Ärzten, ist viel seltener. Die Theorie ist einiges komplizierter, der Kampf um Erfolg (den braucht ein Psychiater auch) wesentlich langwieriger. In der Klinik, aber auch in der Praxis begegnet man auch nicht der «Normalpopulation», sondern meistens in irgendeiner Form Benachteiligten. In der psychiatrischen Praxis ist dies noch offensichtlicher.

Die Arbeitswirklichkeit kontrastiert also in weiten Teilen mit den üblich angestrebten Zielen von Menschen. Es braucht schon eine gehörige Portion «Mutter-Teresa-Syndrom» dazu, da überhaupt einzusteigen und durchzuhalten. In einer Welt, die andere Dinge in den Vordergrund stellt (Werbung: jung, reich und erfolgreich), ist dies nicht die gefragteste Lebens- und Arbeitsform. Spätestens in der Selbstanalyse wird dann die Frage nach dem Grund für den Altruismus gestellt.

In der Öffentlichkeit ist es wesentlich leichter, für materielle Gegenstände, die man angucken kann (oder neue Götzen), Geld locker zu machen als für etwas, das am Schluss als einziges spürbares «objektives» Zeichen «nur» warme Luft im Raum hinterlässt. Das neue grosse «Psychotron mit integriertem Analysebohrer zur beschleunigten Rehabilitation von Arbeitsunfähigen» würde vermutlich von der Öffentlichkeit wesentlich bereitwilliger finanziert und besser akzeptiert als ein 8wöchiger Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik.

Man kapiert als Psychiater irgendwann einmal, dass der Erfolg im Fach eventuell weniger vom Handeln des Arztes, denn von den äusseren Umständen abhängt. Das beste Neuroleptikum ist «nur der Zucker im Kaffee», wenn da kein «Kaffee», sprich Lebensperspektive, geschützter Arbeitsplatz, sinnstiftendes Leben und ein Leben ausserhalb der Armut vorhanden ist, wird es schwierig, den Sinn einer Therapie mit dem Ziel Rehabilitation zu erklären. In der Psychiatrie ist man als Arzt und Patient wesentlich mehr vom äusseren, von einem selber nicht beeinflussbaren Sozialsystem abhängig als in anderen Sparten der Medizin. Es ist so, dass es der Blume nicht besser gehen kann, als es der Blumentopf gestattet.

Es gibt einen grossen Ausweg, der wohl auch häufig begangen wird: Nach dem «Peter-Prinzip» plaziert man sich auf einem Seitenast und wird dann zum Guru für angewandte ... X-Y-Z-Therapie der sehr speziellen Art und nur für eine spezielle Klientel. Das Argument der Spezialisierung sticht recht gut, da es auch in anderen Sparten der Medizin praktiziert wird (etwa zuständig für rote Blutkörperchen, für Knochen, für das Herz oder die Niere). Das «Nassschleifen der Psyche mit 400er-Sandpapier mit anschliessendem Hochglanzpolieren» wird sicher eine entsprechende Kunden-, ach ja, Klientel finden, und wenn der Preis (für den Therapeuten) stimmt, halten sich auch sämtliche Leute fern, die halt nur einen zu dünnen Geldbeutel haben. Wenn die Tätigkeit dann in der Nähe der besser betuchten Kundschaft stattfindet, kann man einigermaßen sicher sein, noch über lange Zeit eine risikolose berufliche Existenz zu haben. Der Rausch ob des damit eingetretenen Therapieerfolgs lässt bald vergessen, dass da doch noch mal etwas anderes war ... aber man kann sich ja schliesslich nicht um alles kümmern, auch wenn bekannt ist, dass in niedrigeren sozialen Schichten und bei Armut deutlich mehr psychische Probleme vorhanden sind! Ich habe die Anfangsfrage noch nicht beantwortet. Ich kann die Antwort nur für mich selber geben, andere Antworten würden mich auch interessieren. Für mich ist die Psyche des Menschen eine geistige Herausforderung, sehr interessant, aber auch hochanspruchsvoll. Ob es davon eine Abhängigkeit gibt, ob man sich damit die eigenen

Wunden sehr gut lecken kann, kann ich nicht sagen. Die Rolle als Katalysator bei psychischen Prozessen ist aber faszinierend, wenn ich mir im klaren dabei bin, dass ich den «Blumentopf», in dem mein Patient wie auch ich stecke, nicht verändern kann.

Ich glaube aber, für viele angehende Mediziner (aber nicht nur für die) ist eine Arbeit mit obig beschriebener Realität nicht sehr attraktiv. Da kann man mit weniger Problemen woanders mehr Geld verdienen. Dies gilt wohl für fast alle Berufssparten. Altruismus, soziales Engagement sind gesamtgesellschaftlich Verhaltensweisen, die nicht mehr so hoch gefragt und vor allem auch belohnt werden wie früher. Vielleicht ist es deshalb heute noch mehr notwendig, dass die, die sich dafür engagieren, sprich auf einen guten Teil der heute gängigen Werte zu verzichten, auch sorgsamer behandelt werden. Dies könnte für Assistenzärzte und sonstiges Personal in der Psychiatrie bedeuten, dass diese noch sorgfältiger behandelt werden müssen, vielleicht sogar sorgfältiger als in anderen Sparten der Medizin.

In den Klöstern ist zwar Besitz verboten, dafür wird dem angehenden Klosterbruder aber anderes, wie Gemeinschaft, Behutsamkeit und Wohlwollen geboten. Vielleicht sind dies Werte, die auch bei den in der Psychiatrie Arbeitenden wieder vermehrt wichtig werden.

Gibt es noch andere Meinungen?

M. Cesna, Pratteln

P.S. Vielleicht sind Psychiater auch vermehrt vulnerabel; es könnte ja sein, dass dies zur Berufsvoraussetzung gehört ...

1 Binswanger M. Zur Nachwuchsproblematik in der Psychiatrie. Gedanken aus der Perspektive der psychiatrischen Klinik. Schweiz Ärztezeitung 2000; 81(16):843-4.



«Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag» [1]

Dr. med. B. Gurtner schrieb in der Schweizerischen Ärztezeitung einen Artikel [2] über dieses Buch. Der Titel seiner Besprechung war: Zeitfragen, eine Frage der Zeit? Seine allgemeinen Bemerkungen zur Ethik in der Medizin sind wohl unbestritten. Aber gerade das Weitere zeigt, dass ethische Fachkompetenz nicht «angeboren» ist und durch «Altersweisheit» allein nicht ersetzt werden kann. So Bondolfi in eben diesem Buch. Einer der grössten Mängel dieses Buches ist, dass die medizinische Fachkompetenz des Praxisalltags fehlt. Keiner der 22 Autoren berichtet als Praktiker aus der Praxis. Einzig bei Hj. Müller spürt man die Praxiserfahrung. Zu den Artikeln der Fachethiker.

Die drei Abhandlungen von A. Bondolfi sind Pflichtlektüre. Er zeigt nachvollziehbar, was ethische Reflexion leisten kann durch «Ver-

langsamung» und «Buchstabierung» in der Wahrnehmung der Einzelemente des ethischen Konfliktes. H. P. Schreiber berichtet über ethische Probleme technischer Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung. Er ist gemäss der heutigen Mode gegen jeglichen Paternalismus. «Das Selbstbild der durchschnittlichen Sterilitätspatientin bzw. Sterilitätspatienten ist aufgrund einer narzisstischen und depressiven Störung erheblich geschwächt». Dies meint der Übervater. Er zitiert ja immerhin aus der Gratiszeitschrift «Sexualmedizin» [3], darum ist dies ein Forschungsergebnis. C. Rehmann, Ethiker und Biologe (je ein Studium), zeigt in seiner Arbeit über die Gentherapie Horizonte, die lange und intensiv betrachtet werden sollten. «Hier ist die subjektive Sicherheit um so grösser, je höher die objektive Unsicherheit ist». Bei Ruth Baumann-Hölzle fehlt, trotz ihrer bekannten guten ethischen Argumentation, gerade an den entscheidenden Fixpunkten die medizinische Fachkompetenz. Darum sind dann ihre daraus gefolgerten Schlüsse falsch, weil die Prämissen nicht richtig sind. Markus Zimmermann schreibt über «Töten und Sterbenlassen». Er stellt Reglementiertes und Juristisches reichlich in den Vordergrund und vergisst, den Weg zu diesen Erlassen ethisch aufzuweisen. Viele «Kurzschlüsse» in seiner Arbeit sind aus seiner Dissertation über die «Euthanasie» [4] zu vervollständigen. Bei ihm fehlen genau an den gleichen Stellen die medizinischen Kenntnisse, wie man sie bei Ruth Baumann vermisst. Trotzdem der Autor als Pastoralassistent arbeitete, lässt er kaum eigene Erfahrungen mit terminalen Kranken durchblicken. Er zitiert leider meistens andere – Theoretiker. Der «wissenschaftliche Beirat» dieses Sammelbandes, Prof. D. Müller, Moraltheologe in Lausanne, behandelt den «Beitrag des Christentums zur medizinischen Ethik». Geschichtliche medizinische Fakten. Damit hat der Autor einige Mühe, da die von ihm benutzten Quellen etwas wenig hervorsprudeln. Um 370 n. Chr. gab es «Basilius» [5]. Dies waren Spitäler mit einem ansatzmässigen Forschungsprogramm neben der «routinemässigen» Krankenpflege. Basilius d. Gr. (329–379) war daran schuld. Das medizinisch-enzyklopädische Wissen eines Isidor von Sevilla (560–633) [6] fehlt Denis Müller gänzlich, obwohl es (vor 622 Medina) in Abschrift in jeder besseren «Schule» (Toledo, Sitz der Westgoten, Saragossa usw.) und in jeder grösseren Klosterbibliothek vorlag. Der Musterplan für den Bau benediktinischer Klöster (820; in St. Gallen heute noch einzusehen) weckt doch echte Zweifel an der weitverbreiteten, aber wenig fundierten Meinung, «die» Medizin beginne erst mit der Erfindung der Universitäten. Wozu wird dort ein Spital, ein Ärztehaus mit Betten für Schwerkranke und ein Aderlasshaus bei jeder Planung eines Klosters vorgesehen, wenn's doch nur «Guguus» Medizin gibt? Aus der Grösse des geplanten Kräutergartens

schliesse ich auf einige botanisch-therapeutische Kenntnisse. Hildegard von Bingen (1098–1179), die nie eine Hochschule besuchte, «die erste deutsche Naturforscherin und Ärztin» [7, 8], wird nicht berücksichtigt. Es wäre auch noch schöner, wenn die Klöster «richtige» Medizin betrieben hätten! Soweit die medizinischen Fakten. Jetzt zum Ethischen.

Der von D. Müller gezeigte Franz von Assisi (1182–1226) wäre so für einen WWF-Prospekt tolerierbar. Franz deklariert aber sein Küssen eines Aussätzigen um Christi willen als Schlüsselereignis seines Lebens [9]. Unverständnis und Nichtwissen? Die Differenz der Nächstenliebe, die das Judentum einforderte, und die Liebe zum Nächsten um Christi willen scheint nur für ontologisch ausgebildete Theologen einsehbar zu sein (Mt 25,40). Theologische Kenntnisse über die Interpretation von Kol 1,24 scheinen den Verfasser nicht zu beruhigen. Auch Primärliteratur darüber, wie «Salvifici doloris» [10], wird weder zitiert noch verarbeitet. Die christliche Deutung des Leidens des einzelnen und der Zusammenhang mit dem Leiden Christi bringt für den Verfasser Denis Müller keinen Beitrag für die ärztliche Ethik. Philosophisch-theologisch liegt der Autor sehr gut mit seiner Formulierung: der Körper als Inkarnation und Verwirklichung (Vollzug) der Person. Karol Wojtyła hat allerdings ähnliches schon vor 40 Jahren geschrieben. Der Vollzug der Körperlichkeit – und nur diese realisierbar, stellt sich als die höchste Möglichkeit der Begegnung zweier Menschen dar. Dies wäre die christliche personale Interpretation des Geschlechtsverkehrs nach Wojtyła (nicht von D. Müller). So begriffene Personalität kann vielleicht doch zum Denken über den Geschlechtsverkehr anregen. Die Interpretation des Christentums durch die grössere Hälfte der (nicht-calvinistischen) Glaubenden betreffend: Gebet, Opfer, Christuskirche, Sakrament, Ostkirchenpraxis u. v. a. m. wird durch diesen Artikel von Denis Müller bei weitem nicht abgedeckt. Der Titel: «Der Beitrag des Christentums zur medizinischen Ethik» ist etwas reichlich gross geraten.

Bei den Arbeiten von Medizinern stechen besonders die von C. Kind, Hj. Müller, A. Pletscher und P. A. Raeber hervor. Die negative Seite hält J. Pök Lundquist. Eine Seite berichtet über das Problem, zwölf Seiten sind nicht aktuelle, abgeschriebene Medizingeschichte. Thema wäre: Problematik des Schwangerschaftsabbruchs im ärztlichen Alltag (Alltag sic!). Solche Ausrutscher in der Qualität der Artikel lassen sich am besten durch einen Autorenwechsel für die 2. Auflage vermeiden.

Zum Abschluss noch ein Müsterchen von J. Sommer. «Hauptproblem in der Allokation von Ressourcen im Gesundheitswesen ist das mangelnde Wissen um die Wirksamkeit medizinischer Verfahren». Schön. Zusammenfassend zeigt dieses Buch, wie schwierig es

ist, Medizin und Ethik zugleich zu verstehen. Leider fehlen in der «ethischen» Literatur viele Originalarbeiten. Aber die FMH und SAMW merken's ja nicht. Wen interessiert dies schon? Die schwere Qualitätsdifferenz zwischen den einzelnen Artikeln gibt zu denken.

Aber zum Denken anregen wollte ja dieses Buch.

Dr. med. Josef Bättig, Muttenz

- 1 Bondolfi A, Müller Hj (Hrsg.). Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag. Basel, Bern: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG; 1999.
- 2 Gurtner B. Zeitfragen eine Frage der Zeit? Schweiz Ärztezeitung 2000;81(15):795.
- 3 Stauber M. Kinderwunsch. Sexualmedizin 1995,1:19-21.
- 4 Zimmermann M. Euthanasie. Freiburg i. Br.: Uni-Verlag; Bd 79.
- 5 Basilius d. Gr. Mauriner PG 32 Ep 94,142, 143,150.
- 6 Isidor v. Sevilla. Mauriner PL 81-84 Stiftungs-bibliothek St. Gallen.
- 7 Fischer H. Die hl. Hildegard v. Bingen. Münchener Beiträge zur Geschichte und Literatur der Naturwissenschaften und Medizin. München, 1927;7/8.
- 8 Feldmann C. Hildegard v. Bingen. Herder 1991 276 S.
- 9 Esser K, et al. Die Schriften des hl. Franziskus v. Assisi. Werl: Coelde Verlag; 1956. S. 94, 1-9 Linie.
- 10 Johannes Paul II. Salvifici doloris. Osservatore Romano [deutsche Ausgabe], 17.2.1984.



Besitzstandswahrung

P.W. in Z. stellt die Frage, ob es ihm auch unter TarMed möglich sei, mehrstündige Psychotherapiesitzungen abzurechnen [1]. Der Tarifspezialist bejaht diese Frage. Was seine Antwort aber ausdehnt und prägt, ist etwas anderes: Weil Kollege P.W. das Wort «Besitzstandswahrung» benützt, wird ihm eine «seltsame Seelenharmonie mit Versicherern» etc. vorgeworfen. Es wird sogar behauptet, Kollege P.W. trage mit seinem Anliegen dazu bei, dass die Ärzteschaft «eine Profession von Angestellten» werde. Seltsam, haben denn andere Kollegen nicht schon viel lauter von Besitzstandswahrung gesprochen?

Dr. med. Frank Meili, Bern

P.S. Kollege P.W. in Z. ist mir nicht bekannt!

- 1 Tariffragen Schweiz. Ärztezeitung 2000; 81(17):872.



Psycho [1]

Dieser kompakte Artikel stellt ein vorzügliches Résumé der Entwicklung in Vergangenheit und Gegenwart des vom Autor kurz gebündelten «Psycho» dar. Nach unserem Verständnis umfasst dieser Begriff für den Autor neben der klassischen Psychiatrie alle psychologischen Aspekte im ärztlichen Handeln und Denken, wie in der medizinischen Lehre und Forschung. Es kommt nicht von ungefähr, dass der Name FREUD am Anfang steht: die damalige Angst des Religionslehrers vor einem gefährlichen Häretiker besteht heute noch. Die Infragestellung der eigenen Person des Arztes kann – wie vom Autor erwähnt – leicht mittels Angeboten der Pharmaindustrie und deren populistischen Reklame überbrückt werden.

Aus dem Versagen der Schulmedizin zur Integration medizin-psychologischen Denkens ergeben sich prinzipielle Fragen. Die vom Autor erwähnten Lippenbekenntnisse sind bis heute vor allem von den sogenannten zuständigen Stellen insbesondere zur Vermehrung ihrer Publikationen verwendet worden. Wie eigene – des Referenten als Patient – und Fremderfahrungen zeigen, erbrachten die über Jahrzehnte vermittelten, obligatorischen Gruppenunterrichte, Junior-Balintgruppen sowie Konsiliar- und Liaisondienste nur selten das angestrebte, neue ärztliche Verhalten. Ein Lichtblick schienen die Postgraduate-Balintgruppen zu werden, zeigten sich in der Praxis jedoch häufig als Alibiübungen. Das Problem scheint erkannt zu sein, es bleibt aber bei der «Nabelschau» vieler der entsprechenden Verantwortlichen, sowohl somatischer wie psychiatrischer Richtung. Ist von diesen Personen eine Veränderung der Einstellung möglich und zu erwarten, auch zumutbar, oder ist eher ein Paradigmawechsel in der Schulmedizin von höchster Dringlichkeit? [2] Uns scheint das oben beschriebene Verhalten ohne einen Paradigmawechsel nicht veränderbar: nicht Wissenschaft und/oder Philosophie, sondern eine Philosophie der medizinischen Wissenschaft ist gefragt.

R. Schild, Pfaffhausen

- 1 Taverna E. Psycho. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(16):845.
- 2 Bösch J. Hat eine wissenschaftliche Revolution in der Medizin Chancen? Schweiz Ärztezeitung 1998;79:1823-6.



Erfahrungsaustausch

Ich wickle meine Praxisadministration mit der Software PraxsyWin der Firma EFFIDATA ab. Nachdem die DOS-Version über Jahre einwandfrei gelaufen war, liess ich mich Ende 1998 zum Umstieg auf die Windows-Version überreden, da sie die Möglichkeit zum Anschluss des Laborgerätes bot. In der Folge fanden sich mehrere ärgerliche, da unlogische und unpraktische Nachteile, die bei einer «echten Windowsapplikation» (Zitat Hersteller) eigentlich nicht vorkommen sollten. Diesbezügliche Reklamationen meinerseits wurden von der EFFIDATA nie beantwortet. So verging 1999, und Anfang dieses Jahres musste ich feststellen, dass das Programm entgegen den Aussagen des Herstellers im Jahr 2000 nicht mehr lief. Auf meine Intervention hin erhielt ich immerhin das «Update 6.1.2000», welches mir wenigstens das Weiterarbeiten ermöglichte. Dennoch kommen immer noch in Teilen des Programms 2stellige Jahreszahlen vor, die dann als 1900 interpretiert werden. Auf meine nochmalige Intervention stellte sich der Hersteller taub.

Ich suche nun Kollegen und Kolleginnen, welche mit PraxsyWin arbeiten und die mir ihre Erfahrungen (auch positive) mit EFFIDATA und ihrer Software mitteilen können.

Dr. med. Martin Dubler, Zurzach, Tel. 056 249 27 77, E-mail: dubler@dubler.com

Pressemitteilung

Sorgenfrei reisen – Startschuss für Mediguard.net, dem internationalen Online-Dienst für Behinderte und Senioren
Kaufbeuren, den 21.3.2000: Ab April können unter www.mediguard.net Informationen zu den Themen Reisen, Wellness und Medizin in 18 Sprachen rund um die Uhr, weltweit und kostenlos abgefragt werden. Ausstattungsmerkmale, die für viele Mobilitätseingeschränkte essentiell sind, werden transparent gemacht. Damit wird das Reisen für Senioren und Behinderte erheblich sorgenfreier. Im April 2000 startet die Kaufbeurer Firma MEDIGUARD International GmbH mit einem völlig neuartigen Internetnetzwerk für Behinderte und Senioren. Kernstück ist eine 18sprachige Hoteldatenbank, die bereits in der einjährigen Testphase Nutzer aus über 75 Nationen verzeichnen konnte. Die Hoteldatenbank wurde in enger Zusammenarbeit mit führenden Institutionen entwickelt und liefert Informationen, die für viele Mobilitätseingeschränkte essentiell sind: diverse Ausstattungsmerkmale, wie beispielsweise Türbrei-

ten, Aufzugsgrossen und Spezialeinrichtungen. Die von MEDIGUARD entwickelten über einhundert Abfragekriterien integrieren die bisherigen umfangreichen Forschungsergebnisse auf diesem Gebiet in eine multilinguale Datenbank. Das Unternehmen wird von dem Arzt Gernot Rücker geleitet, der in seiner mehrjährigen Erfahrung im medizinischen Notfall- und Reiserückholdienst die spezifischen Bedürfnisse der Mobilitätseingeschränkten selbst kennengelernt hat. Mediguard.net enthält ausserdem alles, was Senioren und Behinderte wissen müssen: Anschrift, Telefonnummern, Faxnummern, E-Mail-Adressen und Links zu den Einrichtungen und Organisationen. Ausserdem können die Daten von Reiseveranstaltern, Pflegediensten, Botschaften, Kurverwaltungen, Plastischen Chirurgen, Selbsthilfegruppen, Tierpensionen, wichtigen Gesundheitsinstitutionen und Behörden abgerufen werden.

Der Anteil der Senioren und Behinderten liegt in Deutschland bei über 20%. Viele Mobilitätseingeschränkte haben bislang aufgrund der Unwägbarkeiten auf das Reisen verzichtet. Jetzt kann jeder den Dienst nutzen und die spezielle Eignung von Unterkünften, Einrichtungen und Transportmöglichkeiten im Vorfeld prüfen: die Betroffenen selbst, Angehörige und Betreuer von Senioren und Behinderten sowie sämtliche Institutionen, die sich mit Tourismus beschäftigen. Dazu zählen insbesondere Reisebüros, Unterkunftsanbieter, Reiseveranstalter, Selbsthilfegruppen, medizinische Dienstleister u.v.m.

Über Mediguard.net können sofort und jederzeit relevante Daten zu Reisezielen, Unterkünften und Transportmöglichkeiten recherchiert werden, damit Behinderte und Senioren entspannter reisen können: Ängste werden genommen, Alternativen transparent. Reisebüros können ihre Kunden bedarfsgerecht bedienen, ohne dass der Kunde den beschwerlichen Weg ins Reisebüro nochmals auf sich nehmen muss, wenn kein Informationsmaterial vorhanden sein sollte. Das Potential ist insbesondere aufgrund der Verfügbarkeit sämtlicher Informationen in 18 Sprachen enorm. Mediguard.net ermöglicht, dass Senioren und Behinderte mehr Auswahl hinsichtlich ihrer Reisemöglichkeiten haben, da die Tourismusbranche den speziellen Bedürfnissen der Mobilitätseingeschränkten besser gerecht werden kann.

Für weitere Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:
Mediguard International GmbH
Sudetenstr. 5, D-87600 Kaufbeuren
Tel. +49 (0) 8341/98484
Fax +49 (0) 8341/98485
Info-Hotline: 0 180 5/242 242
E-Mail: presse@mediguard.net
Ansprechpartner: Gernot Rücker