

Forum



... «gegen den Missbrauch der Psychiatrie zu politischen Zwecken»

Vor etwa 30 Jahren war eine internationale Vereinigung zu obengenanntem Zweck gegründet worden und sorgte beispielsweise 1983 dafür, dass der Verband der sowjetrussischen Psychiater wegen der in der UdSSR herrschenden Missstände vom Weltverband für Psychiatrie ausgeschlossen wurde.

Hierzu zwei Zitate aus einem Brief einer Gemeindebehörde an den zuständigen Regierungsstatthalter:

«XY ist einstweilen im Sinne einer vorläufigen Einweisung zur stationären Behandlung und Begutachtung in die Klinik AB einzuweisen bzw. via ein geeignetes Bezirksgefängnis in die Klinik vorführen zu lassen.

Vorbemerkung: Die bisherigen Verfahren zeigen auffallende Parallelen auf. Es ist deshalb unumgänglich, die entsprechenden Akten beizuziehen. Der Ablauf gestaltet sich immer wie folgt: Nichtbefolgen der Medikation – vereinzelte Meldungen – Versagen der (Vorwarnung) von Seiten der behandelnden Ärztin – Drittgefährdung vereinzelt – Hyperaktivität – manifeste Drittgefährdungen. Der Gemeinderat ist nicht gewillt, ein weiteres Mal mit Massnahmen zuzuwarten bis die Gefährdungstatbestände derart offensichtlich sind, dass Blut fliesst. Er hat deshalb sämtliche Vorfälle aufgezeichnet und ist der Meinung, dass mit den letzten Meldungen ... auf welche verwiesen wird, der Zeitpunkt zum Einschreiten gegeben ist. Eine stationäre Abklärung ist angezeigt, da die bisherige Methode jedes Mal gescheitert ist. Es muss eine andere Medikation oder ein anderes Vorgehen zur Sicherstellung der Medikationseinnahme geprüft werden. Weiter sind auch vermehrt sozialpsychiatrische Komponenten einzubeziehen.

Die behandelnde Ärztin befindet sich in den Ferien. Falls für die Einweisung ein Arztzeugnis als erforderlich erachtet wird, muss dies an einer anderen Stelle beigebracht werden. Es sei an dieser Stelle erneut darauf hingewiesen, dass [die Ärztin] ihre Funktion als Vertrauensperson und Therapeutin versteht – und nicht als Kontrollperson der Behörde.»

«Die Abklärung in der Klinik sollte nicht wieder zu denselben Vorschlägen führen, die nun bereits dreimal gescheitert sind.

Die Befugnis zur Entlassung aus der Klinik soll nicht delegiert werden, da vorerst sichergestellt werden muss, dass die Zusammenarbeit zwischen behandelndem Arzt/ behandelnder Ärztin, Fürsorgestelle und Behörde in jeder Beziehung sichergestellt und überdies ein Warnsystem aufgebaut ist, das schliesslich, anders als jetzt, auch funktioniert.

Aufgrund der bekannten Vorkommnisse und Erfahrungen schlagen wir vor, [den Patienten] zur Gewährung des rechtlichen Gehörs nicht vorzuladen sondern polizeilich vorzuführen.»

Diese Zitate stammen nicht etwa aus dem Jahr 1900 sondern vom Juli 2000! Ob die Ärzteschaft also in unserem Land heute eine Bewegung «Gegen den Missbrauch der Psychiatrie zu politischen Zwecken» braucht? Oder sollen wir das vielleicht der Scientology und der Citizens Commission for Human Rights (CCHR), die der Scientology sehr nahestehen, überlassen?

Es war schon starker Tabak, der mir da nach Rückkehr aus den Ferien serviert wurde!

Die Bemerkung, dass mehr Sozialpsychiatrie zu Hilfe genommen werden müsste, hat mich vermuten lassen, die Gemeindebehörde – mit der klar und sogar schriftlich vereinbart ist, dass wir uns bei Gefahr gegenseitig informieren – gehe wohl von der Vorstellung aus, dass Sozialpsychiatrie einzig und allein von öffentlichen Institutionen, niemals aber aus einer Privatpraxis, angeboten werden kann (wäre also quasi eine technische Leistung und nicht eine ärztlich-ethische Haltung mit entsprechendem Wissenshintergrund). Nur der Klärung halber sei noch angefügt, dass in den vorangegangenen zwei Monaten aus psychiatrischer Sicht keinerlei Anlass zu einer Gefahrenmeldung bestanden hätte.

Name der Redaktion bekannt

Wir wüssten gar zu gerne, ob es anderen Kolleginnen oder Kollegen auch schon passiert ist. Aus diesem Grund erfolgt ein Aufruf: Bitte schreiben Sie an die Schweizerische Ärztezeitung, wenn Sie ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Wir garantieren Ihnen die Wahrung der Anonymität.



Unter 200.–? Nie!

Zuerst möchte ich mich ganz herzlich bei Kollege Lachenmeier für den grossen Einsatz bedanken, mit dem er versucht – hoffentlich erfolgreich –, die Kollegen und die Öffentlichkeit zu informieren [1] und vielleicht zu überzeugen, dass unsere Arbeit etwas wert ist. Ich möchte den Argumenten nichts beifügen, obwohl ich aufgrund meiner Doppelausbildung sicher in der Lage bin, Vergleiche anzustellen bezüglich Arbeitsintensität, emotionaler Beanspruchung und auch Lohn. Ich habe mich 1997 entschieden, die internistische Praxis aufzugeben zugunsten meiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis, weil ich die Aufgabe interessanter und komplexer als Herausforderung erlebte und täglich erlebe.

Nun zum Grund meines Schreibens. Finden Sie Fr. 200.– pro Stunde wirklich angemessen? Ich nicht; ich finde, das ist zu wenig. Ich weiss, dass im erwähnten Interview dieser Betrag als Minimum gefordert wird. Statt weiter um Selbstverständliches kämpfen zu müssen, sehe ich einen andern Weg: Wieso nicht die Gelegenheit nutzen und den Konkordatsvertrag kündigen, wie es die KK ja so gerne sähen? Dann müsste eine geeinte Fachgesellschaft die Tariffragen selber klären und beantworten bzw. dann wären realistische Stundenansätze von ca. Fr. 250.– durchsetzbar.

Ich bin neugierig zu erfahren, was Sie darüber denken.

Dr. med. Claude Jaquenod, Zürich

1 Trutmann M. Weniger als Fr. 200.– pro Stunde? – Nie! Interview mit Dr. Heiner Lachenmeier, Affoltern am Albis. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(33);1766-70.

En-dessous de Fr. 200.– l'heure, nous sommes des esclaves

Lettre à M. Lachenmeier

Vos remarques [1] m'ont non seulement confirmé dans le sérieux de la CPT et de vous-même, mais également fort réjoui de l'intensité de votre engagement; je ne peux que vous féliciter et vous en remercier très chaleureusement. Félicitations et remerciements auxquels j'ajoute mes encouragements et mon soutien.

Encore très touché par les immenses tentacules du TarMed, mon esprit se sent tiraillé par le désir de laisser tomber ce gros et gênant paquet (le burn-out et la lassitude guettent) et par le souci de faire respecter et notre spécialité et nos patients. Dans ce sens j'apporte les deux réflexions suivantes fondées sur un certain abord sociologique et des point de vue de confrères.

Dans l'économie actuelle les analyses de la productivité et des coûts recherchent un maximum d'efficacité; si celle-ci trouve son terrain d'élection dans l'établissement du coût d'un produit matériel en pouvant suivre son élaboration «physique», elle peine dans le domaine de «l'immatériel» comme par exemple l'acte intellectuel, les relations sociales. Si on réduit trop le personnel qui sert une machine (que ce soit une salle d'opération, un scanner ou un bloc d'urgences), elle ne fonctionne plus, rendant le travail qu'on en attend impossible. Les limites de la compression budgétaire ou de personnel apparaît assez vite. En revanche l'acte intellectuel «pur», les soins psychologiques ne font pas appel à du matériel sinon «humain»; or les limites de celui-ci restent bien plus difficiles à mettre en évidence. Du coup les réductions arrivent en masse, sans tenir compte des risques à plus long terme. On le voit très nettement dans les hôpitaux psychiatriques où le prix de journée est estimé à un taux quatre fois plus bas que pour son correspondant «somatique» et même plus. Dans notre canton une journée de prison coûte deux fois plus que celle de l'hôpital psychiatrique. Si le Ministre de la santé souhaite s'engager plus pour les malades psychiques, il doit impérativement dépasser le cadre des coûts économiques immédiats. Comme notre réflexion ne trouve déjà guère d'écho parmi nos confrères médecins, nous devons redoubler d'effort pour faire «revaloriser» cet aspect «intellectuel» de notre activité auprès d'eux, des autorités politiques et du public.

Une question se pose souvent: pourquoi l'image individuelle du médecin particulier est presque dorée, alors que le corps médical paraît plus sombre? J'essaie d'avancer l'hypothèse suivante. Souffrir d'un mal est un échec; très vite apparaît la tentation de trouver un coupable, si possible extérieur à soi. Dépendant de son médecin on le choisit ... mais le poids de cette dépendance suscite des réactions agressives (le plus souvent inconscientes) qui tendent à faire payer le prix fort à ceux dont on dépend; non à son propre thérapeute, mais au corps médical. Cette espèce de «schizophrénie» peut se relier au droit absolu à la santé (OMS), utopie qui entraîne une déresponsabilisation. Plus nettement encore dans le domaine de la santé mentale: il est incontestablement injuste de tomber malade et, plus encore, de «perdre l'esprit». Mais à qui la faute? Comme la réponse à cette question ne trouve plus de

cadre religieux ou même métaphysique, la tendance à en vouloir à ceux qui devraient assurer la santé de toute manière prend toute sa force. Les médecins font ainsi les frais de cette façon de vouloir résoudre «à tout prix» le problème de la souffrance, du mal. Je comprends que tout psychothérapeute connaît ce processus tant chez les dépressifs qui s'autoaccusent (avec une forte agressivité) que dans des troubles de la personnalité (éléments projectifs, dichotomiques etc.) ou dans les tendances paranoïaques. Notre tâche consiste justement à «réhumaniser» ces aspects; à viser à la relativisation (au double sens de mettre en relation et d'éviter les absolus). On voit quelle tâche nous attend que ce soit dans le public, dans les médias et même parmi nos confrères.

En conclusion de ces deux aspects, je considère comme très pénible et dommageable pour notre profession d'avoir à subir les distorsions évoquées ci-dessus et, sur le plan pécuniaire, à en faire les frais. Entièrement d'accord avec vous: en-dessous de fr. 200.- l'heure, nous sommes des esclaves.

Confiants, souhaitant une réduction des disparités entre les spécialités, comptant – au moins un peu – sur une revalorisation de l'acte intellectuel nous avons embarqué de bonne foi sur le Navire du Grat/TarMed. Puis chaque partenaire y allant de son système de pression voire de déviation le bateau a changé de cap: mise en sourdine du travail intellectuel, attaques et prétention de Monsieur Prix, torpille à fr. -.80 de Madame la Conseillère fédérale. On nous a proprement snobés et honteusement trompés. A défaut de rehausser la ligne de flottaison, nous espérons au moins ne pas passer en-dessous; en fait nous voilà au stade du sous-marin, collés avec nos patients. Le Kourzk quoi! Belle intention que de vouloir s'occuper en priorité de la santé psychique, alors qu'on nous abandonne en compagnie des malades mentaux dans les fonds vaseux et nauséabonds des intérêts partisans, mesquins et démagogiques!

En vous remerciant encore pour votre travail et d'avoir eu la patience de lire ces lignes (en français qui plus est), je vous assure, cher Collègue et Confrère, de mes meilleurs sentiments.

Dr M. Schmidt, Fribourg

- 1 Trutmann M. Weniger als Fr. 200.- pro Stunde? – Nie! Interview mit Dr. Heiner Lachenmeier, Affoltern am Albis. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(33);1766-70.



«Was der Bauer nicht kennt ...» oder die Mühe der FMH mit standesunabhängiger TarMed-Schulung

In der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 32-33/2000 erschien unter der Rubrik «Tarif-Fragen» eine Anfrage zum TarMed-Seminar von Herrn Velke [1]. Ohne diese Veranstaltung zu kennen oder besucht zu haben, wurde von den FMH-Verantwortlichen eine diskriminierende Beurteilung abgegeben.

Unsere Ärztgruppe (neben der Qualitätszirkelarbeit auch standespolitisch und ökonomisch engagiert) hatte kurz darauf Gelegenheit, an einem solchen Seminar teilzunehmen. Das Seminar erfüllt nach unserer Beurteilung alle Qualitätskriterien einer guten Fortbildung. Der Seminarrahmen mit Beschränkung auf 10 bis 15 Teilnehmer und die Zeitdauer von fünf Stunden geben allen Teilnehmern genügend Möglichkeit, Detailfragen zu stellen. Die Veranstaltung ist sehr interaktiv. Herr Velke erweist sich als spannender Leiter und Referent. Zudem sind die abgegebenen Unterlagen für das Nachstudium sehr hilfreich. Zahlreiche Tips sind bereits jetzt brandaktuell und lassen eine gute Vorbereitung auf die Übergangsphase zu, auch wenn bis jetzt noch nicht alle Details der Tarifeinführung bekannt sind.

Unsere Ärztgruppe hat bis anhin die verschiedenen GRAT- bzw. TarMed-Versionen regelmässig studiert, an Datenerhebungen teilgenommen und einzelne Veranstaltungen zum neuen Tarif besucht. Mit diesem Hintergrund können wir die Veranstaltung von Herrn Velke nur wärmstens empfehlen. Wir glauben nicht, dass die FMH in der Lage ist, in diesem intensiven Mass die Ärzteschaft aufzuklären. Wir Ärzte selbst haben noch genügend andere nebenberufliche Probleme zu lösen, als dass wir die ganze Instruktion noch selber übernehmen können. Unseres Wissens hat übrigens Herr Velke entgegen der Behauptung in der SÄZ Kontakt mit der FMH gesucht, hat aber nicht einmal Antworten auf seine Schreiben erhalten. Er hat deshalb seine Angaben von der Zentralstelle für Medizinaltarife ZMT erhalten und die Thematik gründlich vorbereitet. Leute mit einem solchen Enthusiasmus brauchen wir, sie sollten nicht ausgegrenzt werden. Auf jeden Fall dürfte man aber von der FMH mehr Objektivität erwarten.

*Ärztgruppe Panacea, Kt. Luzern
Dres. P. Berger, J. Bieri, K. Egger,
B. Estermann, B. Häfliger, J. Hodel,
J. Huber, A. Vonwil, R. Zehnder*

- 1 Die am häufigsten gestellten Fragen zu TarMed. Schweiz Ärztezeitung 2000; 81(32/33):1763-5.



Staatsmedizin sofort!?

«Eine Gesellschaft, in der das Geschäft mit der Krankheit zu einem der volkswirtschaftlich aufwendigsten und individuell einträglichsten hat werden können, ist selber krank.» K. Marti

Auch wenn die Kosten für die ambulante Medizin nach wie vor nur ein Drittel der Gesundheitskosten ausmacht, so haben doch viele Politiker, fast alle Kassenvertreter und ein Teil der Bevölkerung die ambulante Medizin als Sündenbock für die Kostensteigerung ausgemacht.

Ohne mich als Seher profilieren zu wollen darf ich sagen, dass ich bereits vor gut 30 Jahren erstmals auf die jetzt akuten Probleme und Ursachen der Kostenerhöhung (Ärzteplethora, Technisierung der Schulmedizin, geändertes Verhalten der Bevölkerung bei Krankheit u.ä.m.) aufmerksam gemacht habe. Die Antworten und Reaktionen unserer Standesvertreter waren immer wieder abwegelnd und beschwichtigend. In der Zwischenzeit wurden dem Praktiker in bekannter Salamatik von Bundesämtern, Kassen, Versicherungen und standeseigenen Instanzen(!) sukzessive fast alle Freiheiten in der Berufsausübung beschnitten oder geraubt. Wir haben heute praktisch nur noch die wenig geliebte «Freiheit», selbst für das Alter vorsorgen zu müssen.

Der Taxpunktwert ist seit 1987 gleich geblieben; die Erträge gehen zurück. Hausarztsysteme bringen wenig; die Prämien steigen weiter. HMO-Systeme sind medizinisch-ethisch fragwürdig; der Arzt, der am

wenigsten behandelt, verdient am meisten. Evidence-based Medicine und Qualitätskontrollen haben die Qualität unserer Arbeit nicht verbessert, weil die Motivation infolge der obgenannten Problematik ständig etwas sinkt.

Zusammenfassend:

- Rund ein Drittel der jetzt bestehenden Praxen könnte geschlossen werden ohne Einbusse der ärztlichen Versorgung.
- Ein rigoroser Numerus clausus, den die Politiker nicht wollen, würde sich erst in zehn bis fünfzehn Jahren auswirken, greift also viel zu spät. (Der Staat zahlt einen Grossteil der Ausbildung, will aber jetzt den Ausgebildeten de facto ein Berufsverbot auferlegen!??)
- HA-Systeme, HMO, TarMed u.a.m. bringen wenig bis nichts.
- Viele Politiker und Teile der Bevölkerung wollen offenbar den freien Arzt gar nicht mehr.

Fazit: Lassen wir uns also jetzt, wo wir noch einen kleinen Handlungsspielraum haben, vom Staat ein Übernahmeangebot machen. Fast scheint es nämlich so, dass eine 40-Stunden-Woche, das Salär z.B. eines Mittelschullehrers und eine gesicherte Altersvorsorge attraktiver sein könnten als der jetzige, sich noch laufend verschlechternde Zustand.

F. Christeller, Kollbrunn

PS: Ich bin überzeugt, dass aus dereinst entstehenden Ruinen einer Staatsmedizin eine Privatmedizin erblühen könnte, die das Adjektiv «frei» wieder verdienen würde, mit hochmotivierten Ärzten und Ärztinnen und einer hochqualifizierten Tätigkeit.



Molekulargenetische Diagnostik der zystischen Fibrose

Ein uralter Mediziner, Jahrgang 1916, früher Radiologe, seit 15 Jahren aber Rentner im Tessin, ist bei Durchsicht der Schweizerischen Ärztezeitung auf den Artikel «Molekulargenetische Diagnostik der zystischen Fibrose» [1] gestossen, hat ihn überflogen, dann genauer gelesen, schliesslich – Tage später – nochmals vorgenommen und recte studiert:

Es ist der beste Beitrag, den ich je in einer medizinischen Zeitschrift gelesen habe! Er ist kurz, kein Wort zuviel, die Problemstellung von der Praxis her klar formuliert. Die Methoden wurden kurz angetönt, das optisch Darstellbare wird in zwei Bildern von klassischer Schönheit und Eleganz gezeigt.

Die Folgerung, die Mitteilung an potentielle Eltern, die wegen familiärer CF besorgt sind, ist wunderbar einfach und tröstlich, sehr menschlich, ohne den parfümierten Optimismus der Pharma-Werbebranche.

Ich wollte Ihnen diese so subjektiven Empfindungen, da ja keine Korrespondenzadresse angegeben ist, nicht vorenthalten; freue mich auf den nächsten Artikel im gleichen Stil und Geist und danke Ihnen herzlich für die so gescheite, schöne Publikation.

*Hans Eggenschwyler-Rippmann,
Ponte Capriasca*

1 Müller HJ. Molekulargenetische Diagnostik der zystischen Fibrose. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(32/33):1783-5.