

Forum

**Protest gegen die Diagnoseregulierung im Rahmenvertrag/Tarifvertrag zum TARMED**

Nach Einführung des neuen KVG wurde ab 1995 die Frage diskutiert, ob künftig auf Arztrechnungen Diagnosecodes gemäss ICD-10 eingeführt werden sollten. Interessierte Ärzte, Patientenorganisationen und Datenschutzbeauftragte protestierten vehement gegen diesen Plan [1-4]. Frau U. Steiner-König, jetzt FMH-Vizepräsidentin, mahnte: «Aus diesen Gründen muss eine Lösung gefunden werden, welche die Persönlichkeitsrechte unserer Patienten schützt. Eine solche ist wohl nur via Vertrauensärzte der Krankenversicherer zu finden.» [1]

1998 hat das Departement des Innern gemeinsam mit dem Justiz- und Polizeidepartement eine Expertengruppe unter dem Vorsitz von Prof. T. Geiser eingesetzt («Kommission Geiser»), welche diesen Fragenkomplex untersucht und im Oktober 2000 einen Bericht abgeliefert hat, der vom BSV im März 2001 veröffentlicht wurde [5]. Weshalb er ausschliesslich bei der EDMZ bestellt werden kann und nicht im Internet zugänglich gemacht wird, ist unverständlich. Oder nur zu verständlich, wenn man zur Kenntnis nimmt, dass der Bericht wichtige Grundlagenarbeit und Lösungsvorschläge enthält, die den Technokraten im Gesundheitswesen gar nicht ins Kalkül passen?

Ohne darauf Bezug zu nehmen, hat – wie dem Supplementum 5a der Schweizerischen Ärztezeitung zu entnehmen ist – der Zentralvorstand der FMH im Rahmenvertrag zum TARMED resp. Tarifvertrag TARMED still und leise einer «Regelung über Diagnose/Diagnosecode» resp. «Vereinbarung betreffend die Angabe von Diagnose und Diagnosecodes» zugestimmt, welche datenschutzrechtlich identisch ist mit der Angabe von ICD-10-Codes auf Arztrechnungen [6]. Gilt doch folgende Regelung für Rechnungen von Fällen gemäss KVG:

- Spitäler sowie Ärzte mit akkreditiertem Praxis-OP wenden den ICD-10-Code an.
- Für die gesamte ambulante Praxistätigkeit wird ab 1. Januar 2003 als Diagnosecode ein kohärentes System auf der Basis des überprüften ICPC eingeführt, welcher mit der ICD-10-Codierung kompatibel ist. (Vorgängig gilt die Codeliste des Kt. Tessin, deren Anwendbarkeit nötigenfalls über den 1. Januar 2003 hinaus verlängert werden kann.)

Und gilt für Fälle gemäss UVG, IVG und MVG:

- Die Diagnosebezeichnung erfolgt gemäss ICD-10.

- Für Situationen ohne Diagnosemöglichkeit gemäss ICD wird eine auf ICPC basierende Codierung erarbeitet.

ICPC steht für «International Classification of Primary Care» [7]. ICPC versteht sich als Ergänzung zu ICD aus Sicht der Grundversorger. Sie berücksichtigt die Tatsache, dass Grundversorger oft Leidenszustände behandeln, bei denen sie keine klar umschriebene Diagnose stellen können/müssen (vgl. Rückenschmerzen). Aus dem Blickpunkt des Persönlichkeitsschutzes beschreibt ICPC die Krankheiten und Störungen gleich präzise wie ICD. Mit anderen Worten: ICPC gibt gleich tiefgehende Informationen über den Krankheitszustand der Patienten wie ICD. Wir protestieren vehement gegen diese Regelung, weil sie mit einem humanen Persönlichkeitsschutz nicht vereinbar ist. Unsere Argumentation ist in der genannten Literatur ausführlich festgehalten [1-4]. Hier seien die Kernpunkte nochmals erwähnt, indem der Bericht der Kommission Geiser einbezogen wird.

Arztrechnungen werden unbestimmt lange aufbewahrt und gehen oft durch viele Hände, angefangen in der Arztpraxis evtl. über eine Ärztekasse, über das Umfeld des Patienten bis hin zur Krankenversicherung mit ihren verschiedenen Agenturen und Verarbeitungszentralen. Datenschutzmässig handelt es sich um eine unfassbare und deshalb völlig unübersichtliche, unbeherrschbare Situation. Daraus ergibt sich: Arztrechnungen dürfen keine persönlichkeitsmässig bedeutsamen Informationen enthalten. Diese Regel verletzen ICD-/ICPC-Diagnosecodes gröblich.

Eine beträchtliche Zahl von Patientinnen und Patienten können die Administration ihrer Arztrechnungen nicht selber besorgen, insbesondere unmündige oder finanziell abhängige oder körperlich/geistig/psychosozial behinderte Menschen. Eltern, Partner, andere Verwandte, Bekannte, Helferinnen verschiedenster sozialer Organisationen, freiwilliger oder gesetzlicher Beistand, Vormund: durch die Hände solcher Personen gehen dann die Arztrechnungen, sie bewahren diese auch auf – und erhalten damit über die Jahre hinweg die vollständige detaillierte Krankengeschichte der Rechnungsadressaten, falls auf den Rechnungen ICD-/ICPC-Codes stehen. Selbstverständlich könnten die betreffenden Patientinnen und Patienten von ihrem Arzt verlangen, dass er die Diagnose nicht auf die Arztrechnung setzt, sondern an den Vertrauensarzt schickt. Doch haben Menschen, die nicht fähig sind, ihre Angelegenheiten selber zu besorgen, nur im seltensten Fall den nötigen Überblick über die hier behandelten Fakten. Beim «Tiers payant» ist die Situation die gleiche, da die Patienten eine Rechenkopie erhalten.

Die Kommission Geiser hat diese Problematik erkannt. Die Kommissionsmehrheit schlägt deshalb vor, auf der Patientenrechnung nur einen allgemein formulierten Indikations-/Diagnosehinweis anzugeben. Gleichzeitig sei die genaue Diagnose an einen Server zu übermitteln. Dort könne sie vom Krankenversicherer abgerufen werden, falls ihm die Rechnung zur Bezahlung vorgelegt werde. Die Kommissionsminderheit, insbesondere die Vertreterinnen von Patienten- und Versichertenorganisationen sowie des Eidg. Datenschutzbeauftragten, äusserte sehr starke Bedenken gegenüber der Speicherung höchst sensibler Gesundheitsdaten «auf Vorrat». Die Kommission verzichtet deshalb auf einen konkreten Vorschlag. Sie plädiert ausserdem für eine Stärkung der Stellung des Vertrauensarztes in der nächsten Revision des KVG, damit dieser seine eminent wichtige Aufgabe adäquat erfüllen kann, die er als einziger medizinischer Sachverständiger und Hüter des Datenschutzes innerhalb der Krankenversicherer wahrzunehmen hat [5].

Nach unserer Meinung ist die technokratische Hoffnung illusionär, mit Hilfe diagnosebestückter Arztrechnungen das Gesundheitswesen finanziell in den Griff zu bekommen. Um dieser Illusion willen den Persönlichkeitsschutz in einem äusserst sensiblen Bereich hochgradig zu gefährden, ist unakzeptabel. Gegenmassnahmen zu ergreifen, ist jetzt höchste Zeit. Bereits heute lassen Spitäler und psychiatrische Kliniken die akut kranken Patienten beim Eintritt eine Einwilligung unterschreiben, dass der Krankenversicherer über ihre Krankheit informiert werden darf, was dann via ICD-10-Code auf der Spitalrechnung geschieht. Schon formaljuristisch ein zweifelhaftes Vorgehen, datenschutzrechtlich-ethisch gar ein Trauerspiel! Mit der aktuellen Diagnose-/Diagnosecoderegulierung im TARMED-Rahmenvertrag und -Tarifvertrag würden dann alle Dämme brechen.

Wir fordern, dass diese Diagnose-/Diagnosecoderegulierung aufgehoben und eine Lösung gesucht wird, welche dem Persönlichkeitsschutz der Patientinnen und Patienten jenen hohen Stellenwert gibt, der ihm in der Bundesverfassung und im Datenschutzgesetz zugeschrieben wird (ausführliche Diskussion vgl. [8]). Dabei sollten Patientenorganisationen und Datenschutzbeauftragte beigezogen und die Erkenntnisse der Kommission Geiser (Stellung des Vertrauensarztes!) berücksichtigt werden. Sollte die Regelung aber unverändert in Kraft treten, ist klar, was zu tun wäre. Patientinnen und Patienten sollten Ärzte und Spitäler schriftlich verpflichten, Diagnosen ausschliesslich an Vertrauensärzte abzugeben. Patientenorganisationen könnten die Bevölkerung mit entsprechenden vorgedruckten Formularen versehen. Unabhängig

davon (auch ohne Verpflichtung durch die Patienten) sollten alle Ärztinnen und Ärzte ICD-/ICPC-Codes nicht auf die Rechnungen setzen, sondern an die Vertrauensärzte senden.

*Aargauer Gesellschaft für Psychiatrie, sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Dr. med. Peter Bachmann, Küttigen*

- 1 Bachmann P. Medizinische Diagnosen auf Arztrechnungen. Schweiz Ärztezeitung 1996;77:654-7.
- 2 ICD-10-Diagnosecodes an Versicherer verletzen das Patientengeheimnis. Resolution der IV. Nationalen Konferenz der Datenschutzbeauftragten. Schweiz Ärztezeitung 1997;78:1918.
- 3 Diagnose-Bekanntgabe an die Krankenversicherer: insbesondere systematische Bekanntgabe von ICD-10-Codes. Brief des Eidg. Datenschutzbeauftragten an das KSK. Schweiz Ärztezeitung 1998;79:231-2.
- 4 Unerlaubte Verwendung der ICD-10-Codes. Brief der Schweiz. Kommission für Gesundheitsstatistik an das KSK. Schweiz Ärztezeitung 1998;79:848.
- 5 Persönlichkeitsschutz in der sozialen und privaten Kranken- und Unfallversicherung. Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale EDMZ, Bern 2001, Nr. 318.010.7/01d.
- 6 TARMED. Schweiz Ärztezeitung 2001; 82(suppl 5a):42-45, 47, 48-51 und 53; vgl. www.saez.ch.
- 7 Informationen über ICPC über www.wonca.org oder www.ulb.ac.be/esp/wicc/icpc2.html.
- 8 Kuhn HP. Datenschutz und KVG. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(24):1266-75.

Nicht unter 150!

Durch den Beschluss der Ärztekammer ist die Einführung des TARMED wieder in weite Ferne gerückt. Auch wenn sie für die SUVA, die IV und die MV tatsächlich im Jahr 2002 eingeführt werden sollte, haben wir Psychiater und zunehmend auch die Kinder- und Jugendpsychiater nicht viel davon, denn wir behandeln sehr selten Patienten mit den «blauen Tarifen». Die Einführung dieses Tarifes mit den Krankenkassen wird – wenn es überhaupt kommt – wahrscheinlich noch lange auf sich warten lassen.

Obwohl ich sehr für den Föderalismus bin, geht er meines Erachtens zu weit, wenn wir an die zu grossen Unterschiede bei den Arzttarifen denken. Noch stossender werden diese Unterschiede bei «gleicher Arbeit» für einen sehr «ungleichen Lohn» bei uns niedrig Verdienenden, den Psychiatern, Kinder- und Jugendpsychiatern. Da wir im Stundenansatz arbeiten, können wir unsere Einkommen nur durch Mehrarbeit verbessern. Jeder Therapeut hat aber seine Grenze, auf die er Rücksicht nehmen muss, damit seine Patienten nicht darunter leiden. Diese Grenzen sind sehr individuell.

Bei den Debatten um den TARMED wurde sehr viel von Solidarität gesprochen. Um die Ungerechtigkeit des föderalistischen Systems bei den Niedrigverdienenden etwas auszumergen, schlage ich vor, dass sich unsere Kollegen an den Generalversammlungen im Herbst, vor allem aber auch in den Tarifkommissionen und den PVK's in Solidarität mit uns einsetzen, dass ab dem 1.1.2002 für uns Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater in allen Kantonen ein Mindestansatz von Fr. 150.– gelten muss. Mit diesem Ansatz würden wir immer noch unter dem schweizerischen Durchschnitt liegen. Dies ist nicht mit Kostenneutralität zu erreichen. Die dadurch entstehenden Mehrkosten dürften aber für die Krankenkassen nicht so sehr ins Gewicht fallen, dass dadurch die Prämienzahler wieder mit einem grossen Aufschlag rechnen müssen.

Dass eine solche «Lohnaufbesserung» möglich ist, bewies die Ärztegesellschaft des Kantons Aargau, die es verstand, auch in der Zeit des Moratoriums und des Wartens auf den TARMED ihren Psychiatern und Kinder- und Jugendpsychiatern ein besseres Einkommen zu verschaffen.

Mit dem Einführen dieses Mindesteinkommens für uns würde uns das endlose Warten auf den TARMED leichter gemacht. Es würde auch ein «Einkommenschock» vermieden, wenn der Traum der Psychiater wahr würde und wir schliesslich einmal Fr. 200.– für eine Stunde verdienen würden. Mit einem Stundenansatz von Fr. 128.– zur Zeit würde ich zum Beispiel dann auf einen Schlag um 56% mehr verdienen!

Dr. med. J. Dossenbach, Luzern

Schiff TARMED

Der TARMED geht wieder einmal in die nächste Runde. Ich, als Kinderpsychiater, gehöre einer Fachgruppe an, die sich lange, vertrauensvoll, zurückgehalten hat. Ich erachte es als höchste Zeit, dass das in Schiefelage geratene «Schiff TARMED» wieder auf seinen ursprünglichen Kurs gebracht wird. Gewisse Facharztgruppen sind bei der bisherigen Einstufung klar zu kurz gekommen. Zu diesen Fachgruppen gehören die Kinder- und Jugendpsychiater.

Die angemessene und gerechte Bewertung und Entlohnung der Arbeit der verschiedenen Fachbereiche ist ein zentrales Anliegen des TARMED. Es hat sicher nichts mit Gerechtigkeit zu tun und es lässt sich auch von den Anforderungen der ärztlichen Arbeit her nicht rechtfertigen, dass die Einkommensschere zwischen den verschiedenen Fachbereichen derart auseinanderklafft wie bisher (die durchschnittlichen Ärzteeinkommen sind mehr als doppelt so hoch wie die kinderpsychiatrischen Einkommen. Damit sind die Spitzeneinkommen noch gar nicht erwähnt).

Ich habe Anerkennung für die fachliche Arbeit von jedem Allgemeinarzt, Chirurgen, Gynäkologen, Urologen, Augenarzt... Ihre Arbeit soll auch entsprechend entlohnt werden. Aber ich habe auch Anerkennung für meine Arbeit. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit wird in ihren fachlichen Anforderungen, der Belastung und von den Ergebnissen her masslos unterschätzt, oft auch von den Ausführenden selbst, da sie in der Regel wenig Vergleiche mit den Somatikern haben. Es kommt nicht von ungefähr, dass die Psychiater die höchste Burnout-Rate unter den Ärzten haben.

Ich kann die fachliche Kompetenz und Belastung einiger Medizinbereiche aus eigener Erfahrung gut beurteilen, da ich eine breite Ausbildung auch im somatischen Bereich habe. Ich habe ein Jahr in der inneren Medizin, 16 Monate in der Chirurgie und ein Jahr in der Pädiatrie als Assistent gearbeitet. Insgesamt habe ich vier Monate als Hausarztvertreter in ländlichen Gegenden Grundversorgung geleistet.

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit stellt sehr grosse Anforderungen an die Konzentration, persönliche Präsenz und an die Ausdauer. Während des ganzen therapeutischen Gesprächs muss man gleichzeitig die verbale und nonverbale Kommunikation registrieren, eine Strategie entwickeln und dauernd anpassen, Interventionen planen und ausführen. Als Kinderpsychiater und systemischer Familientherapeut führe ich häufig Gespräche mit mehreren Personen gleichzeitig durch, was die Anforderungen und Belastungen vervielfacht. Es gibt keine Routine, keine für Abwechslung sorgende Diversifikation der Arbeiten und keinen Rhythmuswechsel, wie ich sie in meiner Arbeit in der Allgemeinpraxis gekannt habe. Ich liebe meinen Beruf, weiss um meinen wichtigen Beitrag zur Gesundheit der Gesellschaft und möchte ihn auch mit guter Qualität ausüben. Dies kann aber nur der Fall sein, wenn ich richtig entlohnt werde und nicht wegen der eindeutig zu schlechten Entlohnung meiner Arbeit ständig am kräftemässigen Limit arbeiten muss. (Ich war auch schon darüber und kenne die menschlichen und wirtschaftlichen Konsequenzen).

Die Arbeit der Psychiater und Kinderpsychiater muss noch vor Inkraftsetzung des TARMED richtig bewertet, eingestuft und entlohnt werden.

Zudem ist es an der Zeit, dass auch innerhalb der Ärzteschaft die Schmäherung einer Facharztgruppe vorbei ist. In der Allgemeinbevölkerung ist dieser Gesinnungswandel bereits weit fortgeschritten.

Dr. med. E. Thomann, Chur



Keine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe

Ich bedanke mich bei Herrn Nationalrat PD Dr. J. H. Dunant für seine offene Meinungs- äusserung mit der Überschrift «Keine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe» [1], ein guter, eine Diskussion anregender Artikel. Er wirkt durch den nicht konsequenten Gebrauch der in der deutschsprachigen Schweiz definierten Begriffe der «passiven» und «indirekte/direkte aktive» Sterbehilfe irritierend.

Der Verzicht und ggf. Abbruch von «lebens- erhaltenden» Massnahmen wird als «passive» Sterbehilfe korrekt bezeichnet, der Einsatz von Massnahmen (z.B. Medikamente wie Morphium) zur Linderung von Symptomen (z.B. Schmerz, Angst, Dyspnoe usw.) unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung (als Nebenwirkung) wird jedoch als «indirekte aktive» Sterbehilfe definiert.

Im Gegensatz dazu steht die «direkte aktive» Sterbehilfe, die Tötung eines Menschen zur Verkürzung seines Leidens (Euthanasie: gezielte rasche und nicht schmerzhaft Tötung eines Menschen mit einer unheilbaren Krankheit, mit dem Ziel, sein Leiden zu beenden).

Bei der ohnehin schon schwierigen Diskussion zum Thema Sterbehilfe ist der korrekte Gebrauch der Begriffe «passive» Sterbehilfe, «indirekte aktive» Sterbehilfe und «direkte aktive» Sterbehilfe ein Muss, um unnötige Irritationen zu vermeiden.

Dr. med. Elmar Christian, Bern

1 Dunant JH. Keine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. Schweizerische Ärztezeitung 2001;82(26):1375.

Tötung auf Verlangen, Tötung aus Mitleid, Beendigung lebensunwerten Lebens: wie ich rief die Geister ...

Die Empörung über die Ermordung von dementen Altersheimpatienten in Luzern erscheint mir etwas verlogen und reichlich scheinheilig.

Wozu sich wundern über derartige Vorkommnisse, wenn in den Medien die aktive Sterbehilfe breit diskutiert und sogar befürwortet wird, wenn eine, meiner Ansicht nach, an der Grenze der Legalität agierende Organisation EXIT salonfähig geworden ist? Darf, muss ein EXIT-Mitglied, wenn es nun einmal dement geworden ist, umgebracht werden, wenn es dies Jahre früher im zurechnungsfähigen Zustande verlangt hat? Wie leicht sind demente Patienten zu beeinflussen, und was wissen wir schon über ihr Seelenleben?

Wie ist der Pfleger zu be- bzw. verurteilen? Warum ist er zum Mörder geworden, wenn in Zürcher Altersheimen EXIT-Funktionäre

ein- und ausgehen dürfen, und ... das Gleiche tun ... ungestraft?

Es gibt Bereiche der menschlichen Existenz, in denen Entscheidungen zu fällen der Einzelne überfordert ist. Früher waren das Tabubereiche, mit gutem Grund. Auch Hippokrates hat das erkannt und die Forderungen seines Eides sind zeitlos. Unsere «aufgeklärte» Gesellschaft hat die Tabus über Bord geworfen, ethisch eindeutig verwerfliche Handlungen, wie aktive Sterbehilfe werden durch die Gesellschaft «geduldet», wenn nicht akzeptiert. Der Machbarkeitswahn des modernen Menschen macht selbst vor dem eigenen Sterben nicht Halt.

Dürfen denn professionelle Entscheidungsträger über Sterbehilfe befinden, wie Vertrauensärzte, EXIT-Leute oder das vielbemühte «Soziale Umfeld», das in manchen Fällen das betreuende Altersheim ist?

Alle diese Menschen, und mögen sie noch so gutmeinend sein, sind mit solchen Entscheidungen überfordert.

Und was ist eigentlich Mitleid? Ist es immer und in allen Fällen Mitleid mit dem Patienten, oder könnte es gar Mitleid mit sich selbst sein, mit den Angehörigen, die es nicht mehr aushalten zuzusehen, wie eben ein Leben schmerzlich und mühsam zu Ende geht? Könnte es nicht durchaus auch Mitleid sein mit den Hinterbliebenen, deren Erbe dahinschmilzt? Könnte es nicht auch Mitleid sein mit den Altersheimen, die z.T. hoffnungslos überfüllt sind, und deren Pflegeplätze dringend für weniger demente Patienten benötigt würden?

Wir haben mit unserer Sterbehilfedebatte einen Damm geöffnet, der sich nicht mehr schliessen lässt. Katastrophen, wie diejenige in Luzern, werden sich häufen. Wo sind unsere, bisweilen heilsamen Tabus geblieben?

Dr. med. Andreas von Schulthess, Andermatt

Aktive Sterbehilfe: Hilfe-Sterben?

Die Ethik ist derjenige Teil der Philosophie, welcher uns Hinweise gibt, wie wir richtig handeln sollten. In den letzten 2500 Jahren der Philosophiegeschichte war die ganz überwiegende Mehrheit der Denker von der Vorstellung durchdrungen, dass das Sittengesetz einen transzendentalen Hintergrund hat bzw. haben muss. Erst in den letzten 300 Jahren gab es Philosophen, welche versucht haben, eine Ethik ohne transzendente Grundlage zu postulieren. Es darf angenommen werden, dass eine Ethik, die diesen Namen verdient, ohne den Rückgriff auf die Transzendenz, sei es mit dem Kantschen «Als ob»-Trick, nicht auskommt.

Die Situation in Holland ist mittlerweile hinlänglich bekannt, desgleichen die Bezeichnung «LAWER». In Holland wurden bereits Tausende von Menschen getötet, welche nicht in stoischer Abgeklärtheit ihren Tod gewünscht haben, sondern gar nichts dazu

sagen konnten. In einem idealen platonischen Staat könne eine gottähnliche Institution vielleicht gerecht über den Wert eines Lebens entscheiden. In unserer Welt der ökonomischen Zwänge ist es eine grosse Illusion, zu glauben, dies wäre machbar, ohne in einen moralischen Bankrott abzugleiten. Bezüglich der aktiven Sterbehilfe gibt es geltende Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Was die Medizin betrifft, regelt der Art. 17 der FMH-Standesordnung diese Frage, indem er die aktive Sterbehilfe als mit der ärztlichen Ethik unvereinbar betrachtet. Deshalb ist es sehr verwunderlich, wenn gewisse Kreise nicht ruhen können, bis sie die holländische Lösung auch in der Schweiz durchgesetzt haben. Man muss sich dann aber fragen, wieso die aktive Sterbehilfe nicht schon auf der ganzen Welt eingeführt worden sei. In Nordaustralien wurde die aktive Sterbehilfe eingeführt und aufgrund des Widerstandes der Bevölkerung wieder abgeschafft. In Deutschland hat man aufgrund bekannter Erfahrungen gewisse Hemmungen. Woher kommt denn diese Tabuisierung der Tötung von Schwachen in der ganzen Menschheitskultur? Soll sie nun unbegründet sein?

Ganz entscheidend scheint mir die Trennung dieses Problemkreises bezüglich folgender Aspekte: Erstens geht es um die aktive Sterbehilfe an sich und zweitens darum, wer diese ausführt. Es wird allgemein immer angenommen, der Arzt müsse es tun. Da haben die Ärzte auch mitzureden. Ich bin überzeugt, dass dies genau die Arbeit ist, welche fast jede Berufssparte übernehmen dürfte, nur die Ärzte nicht. Bei Einführung der aktiven Sterbehilfe müssten alle diejenigen, welche damit nichts zu tun haben wollen, auf den Beruf des Arztes, zumindest auf die Hauptgebiete, verzichten. Dies würde nur dazu führen, dass gerade diejenigen, welche moralische Hemmungen haben, den Beruf meiden würden. Was es dann für Ärzte geben mag, kann man sich leicht ausmalen. Können die Argumente des Missbrauchs genauso gegen die passive Sterbehilfe vorgebracht werden? Hier gibt es einen kleinen Unterschied. Die passive Sterbehilfe betrifft tatsächlich Kranke im Terminalstadium und Sterbende. Die Patientin sterben auch ohne äussere Massnahmen. Die aktive «Sterbehilfe» ist eben keine Sterbehilfe, sondern Tötung von Kranken, auf Verlangen oder auch ohne Verlangen. Dass hier die Missbrauchsmöglichkeit viel grösser ist, sollte eigentlich einleuchten.

Die ach so aufgeklärte Öffentlichkeit weiss um die Missstände im Gesundheitswesen. Ob sie glaubt, dass diese verschwinden, sobald man den Ärzten erlaubt, ihre Patienten umzubringen? Die unbesorgten Mitglieder der Spassgesellschaft von heute werden die Entsorgten von morgen sein.

Dr. J. Knessl, Zürich



Die Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie vor den Karren gespannt ...

Die SGP organisierte zusammen mit einigen Fachgesellschaften das Symposium «Psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs – Mythen und Fakten» im Inselspital Bern (31.5.01). Wer nun eine seriöse Auseinandersetzung mit diesem schwierigen Thema erwartete, staunte bereits bei der Anmeldung. Die Organisation lag nämlich nicht beim Büro der SGP, sondern bei der Schweizerischen Vereinigung für den straflosen Schwangerschaftsabbruch SVSS, für welche die Fristenlösung erst ein Teilziel ist. Die SVSS wurde allerdings unter den Veranstaltern nicht aufgeführt. Die als vehemente Verfechterin der Fristenlösung bekannte Frau Rey registrierte am Telefon genau, wer sich für eine Teilnahme interessierte. Ein Kollege bestellte noch ein Formular für einen in Lebensrechtsfragen engagierten Arzt. Frau Rey beendete das Gespräch mit der Bemerkung, sie wolle keinen Hörsaal voll von Abtreibungsgegnern. Ein Anmeldeformular erhielt der Kollege nicht.

Staunen ist auch angesagt bei der Einseitigkeit der Referent/innen. Es sind ausnahmslos Befürworter/innen einer Liberalisierung. Es fehlte aber ebenso jede auch nur annähernd kritische Stimme. Obwohl es diese geben würde. Wie zum Beispiel den Mitbegründer und Vorkämpfer der Liberalisierung in Deutschland, den Psychiater und Psychotherapeuten Peter Petersen.

Überhaupt fehlten an diesem Symposium psychoanalytische Aspekte, was angesichts der Thematik mehr als erstaunt. Eine Auseinandersetzung fand deshalb gar nicht statt.

Ich habe persönlich Frauen begleitet in ihrem Versuch, das Trauma einer Abtreibung zu verarbeiten. Ob bereits beim Aufwachen aus der Narkose, oder erst in einer späteren Lebensphase mit veränderten Umständen, die Reue über die nicht mehr rückgängig zu machende Tötung des eigenen Kindes treibt immer wieder Frauen in tiefste Depression. Und hier tragen wir Ärzte eine Verantwortung, welche oft nicht wirklich wahrgenommen wird. Ich erinnere mich zum Beispiel an den unter Tränen gesprochenen Satz: «Ich weiss, dass ich für die Entscheidung selbst die Verantwortung trage, aber ich mache es der Gesellschaft zum Vorwurf, dass man es mir so leicht gemacht hat.» Die Frau hatte bereits zwei Kinder. Ihr Mann schien wenig belastbar. Der konsultierte Arzt bestätigte ihre Überlegungen, dass ein drittes Kind wohl für ihre Familie eine zu grosse Belastung darstellen würde.

Eine ernsthafte Auseinandersetzung mit der Situation oder eine Suche nach Lösungen fand gar nicht statt. Sofort nach der Abtreibung entwickelte die Frau eine langdauernde Depression, aus welcher sie erst wieder «auftauchte», nachdem sie mit einer 4. Schwangerschaft eine Art Wiedergutmachung durchlebte.

Wer solche persönlichen Erfahrungen gemacht hat, erlebte das Symposium wie ein Hohn. Wenn die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ein solches Symposium anbietet, dann müsste doch eine faire Auseinandersetzung gewährleistet sein. Dass sich die SGP so vor den Karren der Schweizerischen Vereinigung für den Strafflosen Schwangerschaftsabbruch spannen lässt, finde ich skandalös und einer Fachgesellschaft unwürdig.

*Dr. med. Willfried Gasser, Bern
Mitunterzeichner: Dr. med. Nikolaus
Zwicky-Aeberhard, Thun*



LOA/Medikamentenpreise

Herr Piller, der Direktor des BSV nannte die bis vor kurzem gültigen Medikamentenpreise in der Schweiz unanständig. Diese Meinung sei ihm unbenommen.

Ebenso unanständig, aber auch arrogant, ist aber auch die Art und Weise, wie das BSV das neue Abgeltungsmodell LOA per 1.7.2001 eingeführt bzw. von oben diktiert hat. Erst am Freitag davor, d.h. am 29.6.2001 wurden die neuen, vom BSV festgelegten Preise von Tausenden von Medikamenten durch dieses Amt mittels CD bzw. Internet für die Endabgabestellen zugänglich gemacht in der überheblichen Meinung, diese Umstellung sollten die Betroffenen (Pharmalieferanten, Apotheker, Ärzte, Krankenkassen) dann gefälligst übers Wochenende erledigen.

Eine solche handstreichartige Schnelligkeit muss man bei anderen Entscheiden, die dieses Bundesamt zu fällen hat, weit suchen.

Vorgängige, der sicher legitimen Vorabklärung und Vorbereitung einer seriösen und zeitgerechten Umstellung dienenden Anfragen blieben schlicht unbeantwortet, das Telefon des BSV blieb in den letzten Junitagen einfach stumm. Eine solche Informationspolitik einer Bundesbehörde ist schlicht skandalös.

Noch unanständiger ist es, wenn das BSV einerseits nichts unversucht lässt, die Medikamentenpreise als überzogen zu bezeichnen (dem man zumindest teilweise sicher zustimmen kann), andererseits aber an den Preisen, mit denen die Medikamente die Herstellerfirmen verlassen, wohl der Einfachheit halber, nichts ändert d.h. der alte Fabrikabgabepreis entspricht dem neuen Ex-Factorypreis. Somit kommt bei dieser Medikamentenpreistrunde die pharmazeutische Industrie völlig ungeschoren weg, obwohl da mit Sicherheit auch noch ein substanzielles Sparpotential vorhanden ist. Mit dieser Macht wollte sich das BSV natürlich nicht anlegen. So wird die aktuelle Sparrunde allein auf dem Buckel der Endabgabestellen ausgetragen getreu nach dem Motto: die Letzten beissen die Hunde.

Wo bleibt da im übrigen der Aufschrei des Preisüberwachers?

Die bisherige durchaus dezidierte Stellungnahme der FMH zu dieser arroganten Behördenwillkür, die beim BSV ja leider Tradition hat, ist ja gut und recht, aber was Not tut, wäre endlich einmal eine klare, mutige Verweigerungsreaktion im Sinne von «so nicht mit uns».

Dr. med. Michael Steinbrecher, Heiden