



Psychisch Kranke: Warum «santésuisse» auf dem Holzweg ist

Frau D'Souza schreibt, dass die santésuisse an unzählige Psychiaterinnen und Psychiater in Basel-land und Basel-Stadt Drohbriefe mit horrenden Rückzahlungsforderungen geschickt habe. Sie ist erstaunt, dass santésuisse «ganz willkürlich» einen «Fallkostendurchschnitt» von Fr. 2016.– pro Patient oder Patientin festlegt. Dies entspreche 12 Sitzungen pro Jahr. Sie bezeichnet eine solche Festlegung von santésuisse als «anmassende Allmacht und Arroganz» von solchen, die selber versichern, vom Inhaltlichen (Psychiatrisch-Psychotherapeutischen) nichts zu verstehen.

Da mindestens für die Briefe in die psychiatrischen Praxen im Baselbiet die PVK (d.h. die Paritätische Vertrauenskommission, die aus drei Ärzten und drei Krankenkassenvertretern besteht) verantwortlich war, habe ich als PVK-Präsident diese mit dem Vertreter der santésuisse zusammen unterschrieben, und weiss deshalb, was darin steht.

Der Fallkostendurchschnitt ist das Ergebnis aller im Kanton BL praktizierender Psychiaterinnen und Psychiater. Es sind 70 Fachspezialistinnen und -spezialisten, die alle mindestens eben dieselbe und approbierte Ausbildung vorweisen wie Frau D'Souza. Die Mehrzahl dieser Fachärztinnen und -ärzte hat allerdings eine längere Praxistätigkeit aufzuweisen als die Verfasserin des Forumartikels.

Das Wichtigste aber ist, dass diese Fachspezialistinnen und -spezialisten mit diesem «Fallbehandlungsdurchschnitt» fähig sind – 70 Ärztinnen und Ärzte! –, eine gute Psychiatrie zu betreiben. Die Zahl des Fallkostendurchschnitts wurde nicht von santésuisse festgelegt, sondern durch das Leben. Kurz: Ein Erfahrungswert. Kommt nun ein Psychiater oder eine Psychiaterin mit diesem von den Fachkolleginnen und -kollegen benötigten «durchschnittlichen» Aufwand nicht zurecht, erhält sie oder er einen Fragebogen, womit sie oder er uns fachgerecht berechnete Gründe darlegen kann, warum es bei ihren/seinen Patientinnen und Patienten nicht reicht. Können nachvollziehbar überdurchschnittlich häufiger oder ausschliesslich nur schwerstkranke Patientinnen und Patienten (selbstverständlich anonym) als Grund eines hohen «Fallkostendurchschnitts» angeführt werden, hat die santésuisse ihre Arbeit und ihren Auftrag des Gesetzgebers erfüllt und muss keine «horrenden Rückforderungen» einklagen vor Gericht.

Schlussfolgerungen

Der Fallkostendurchschnitt wird von den eigenen Fachkollegen und -kolleginnen «erarbeitet» oder «benötigt» und nicht von santésuisse «festgelegt». Wenn dieser Fallkostendurchschnitt für eine durchschnittliche Behandlung der Patientinnen und Patienten, die durchschnittlich krank sind, nicht genügt, ist aufzuzeigen warum. Kann es nachvollziehbar einleuchtende Gründe geben, warum im Kanton Basel-Stadt der höchste Betrag, eben der höchste Fallkostendurchschnitt pro Patientin/Patient, «benötigt» wird, im Kanton Baselland weit, weit abgeschlagen, der zweithöchste in Genf der dritthöchste und weit, weit weniger in der gesamten übrigen Schweiz, selbst in Zürich?

Die Frage wäre möglich: Behandeln die Psychiaterinnen und Psychiater in BS und BL teurer als alle andern oder sind deren Patientinnen und Patienten kränker?

Dr. med. Josef Bättig, Muttenz

Replik

Herr Bättig aus Muttenz, seines Zeichens seit 1991 Präsident der Paritätischen Vertrauenskommission (PVK) des Kantons Basel-Landschaft und seit 2001 pensionierter Arzt, hat schon in der Basler Zeitung Stellung bezogen zu meinem Forumartikel, welcher in der Schweizerischen Ärztezeitung nebst drei anderen Psychiatrie-relevanten Beiträgen [1–4] zum diesem denkwürdigen Thema erschienen sind. Da er sein Elaborat trotz vieler zwischenzeitlich stattgefundener Fachdiskussionen unverändert in der SÄZ publiziert, sei ihm an dieser Stelle repliziert.

Herr Bättig outet sich fairerweise als Mitunterzeichner der Drohbriefe, welche gewisse BL-PsychiaterInnen erhalten haben und unterlässt es gleichzeitig zu berichten, wessen Inhalt das Unterschriebene war, was an dieser Stelle mittels zweier Kostproben nachgeholt wird:

«Der Durchschnittswert der Kosten pro Erkrankten aller Ärzte einer Fachgruppe ergibt Index 100. Die Indexzahl Ihrer Praxis liegt pro 2001 bei 148 (Vorjahr 147). Diese Kostenüberschreitung ist nicht akzeptabel. Die PVK sieht im Moment von konkreten Massnahmen ab. Sie erhalten damit Gelegenheit, mit den dringend notwendigen eigenen Anstrengungen die durchschnittlichen Fallkosten zu senken. Sollte Ihr Index auch im nächsten Jahr nicht auf einer akzeptablen Höhe ausgewiesen werden, würden Klagen und Rückforderungsbegehren seitens der Krankenversicherer wohl kaum ausbleiben. Wir danken für Ihr Verständnis und Ihre Bemühungen. gez. Dr. J. Bättig (Präsident), R. Märki (Aktuar)»

Daneben gab es auch noch eine «soft»-Variante: *«Die Indexzahl Ihrer Praxis liegt pro 2001 bei 128 (Vorjahr 126), also deutlich über dem tolerierbaren Rahmen. Wir erwarten eine deutliche Verbesserung in Ihren Indexzahlen. Wenn sich keine wesentlichen Änderungen einstellen, werden Rückzahlungsfordernungen der Krankenversicherer nicht ausbleiben. Wir bitten Sie, das notwendige in die Wege zu leiten und danken Ihnen für Ihre Bemühungen im Voraus. gez. Dr. J. Bättig (Präsident) / R. Märki (Aktuar)»*

Die BS-Psychiaterinnen und -Psychiater bekamen die Drohbriefe nicht von der PVK-BS, sondern direkt von der Basler Filiale der *santésuisse*. Dort ist u. a. zu lesen:

*«Ein hoher Indexwert kann Indiz für eine unwirtschaftliche Praxisführung sein. Gemäss heutigen Erkenntnissen müssen wir davon ausgehen, dass Sie das Gebot der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 56 KVG nicht einhalten. Wir teilen Ihnen daher mit, dass wir uns für das Behandlungsjahr 2001 Rückforderungen vorbehalten müssen, wenn sich Ihr <Index Arztkosten> gemäss Statistikblatt 2002 nicht klar verbessert. gez. Thomas Kessler, stv. Geschäftsführer *santésuisse* Basel»*

Sowohl die BL- als auch die BS-Drohbrief-Varianten wurden Anfang September 2002 verschickt, was für den Rest des Jahres 2002 nur gut drei Monate Zeit ergeben hätte, «sich zu bessern ...».

Herr Bättig wird in der Folge nicht müde zu betonen, dass der Fallkostendurchschnitt (FKD) das Ergebnis der Psychiaterinnen und Psychiater selber sei (klassische Schuldzuweisung nach dem Motto: wer die Statistik nicht mit vielen Einzelkonsultationen verfälscht, ist selber schuld). Er legt sich sogar für die *santésuisse* ins Zeug und meint, dass dies rein gar nichts mit der *santésuisse* (oder ihm selber) zu tun hätte. Nun gut, die Feststellung, dass es Fachärztinnen und -ärzte gibt, die mit einem FKD von 100, 120 oder 135 gute Medizin betreiben, ist nicht sträflich. Hingegen ist die Unterstellung, dass Ärztinnen und Ärzte im Psychiatriebereich mit einem FKD von 160, 190 oder 250 keine gute Medizin i.S.d. KVG betreiben, eine (vorsätzliche?) Dummheit, die jeglichen Sachverstand vermissen lässt. Der Fachbereich der Psychiatrie und Psychotherapie ist sehr breit und umfasst viele spezifische Aufgaben und spezialisierte Tätigkeiten. Einzelne Aufgaben (z. B. Begutachtungen) können in einmaligen Sitzungen gelöst werden, andere Aufgaben (z. B. Behandlung psychisch schwerstkranker Menschen) erfordern oft zeitlich intensive und jahrelange Engagements. Die Statistik à la *santésuisse* – würde man dieses Instrument überhaupt nur eine Minute lang ernst nehmen wollen – hätte nach deren eigenen Logik ja ausschliesslich

ein Flair für sogenannte «leichte Fälle». Die komplexen, schwierigen und die ärztliche Praxis sehr belastenden Aufgaben im Dienste des Volkswohls existieren dort offenbar nicht. Langzeittherapien, z. B. mit der psychoanalytischen Methode durchgeführt, haben nachweislich einen besseren, nachhaltigeren Effekt aufgezeigt [5, 6] und sind wirtschaftlich gesehen langfristig bereits nach wenigen Jahren durch Vermeidung anderer, neuer medizinischer Kosten wieder ausgeglichen [7]. Solche wissenschaftlichen Resultate legen nahe, die Wirtschaftlichkeit, gegen die niemand etwas einzuwenden hat, eben längerfristig zu bestimmen.

So kommt es, dass der *santésuisse* auch noch ein Untauglichkeitszeugnis für Statistisches ausgestellt werden muss, anders ist diese «therapie-resistente» Kurzsichtigkeit nicht zu interpretieren. Es liegt auf der Hand, dass der von *santésuisse* gewünschte Wegfall der Kontrahierungspflicht der Grundversicherer einzig dem Anliegen dient, eine «Billig-Medizin» zu etablieren, welche das Zeitalter der Zweiklassenmedizin weiter vorantreiben soll, damit sich nur noch Zusatzversicherte (also Privatversicherte) einen adäquaten Zugang zu ärztlichen Behandlungen leisten können.

Ausserdem – und dies wird von Herrn Bättig nicht weiter erwähnt – ist es doch einzigartig im schweizerischen Gesundheitswesen, dass die Gruppe der Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie die einzige ist, welche im Rahmen der Grundversicherung einer so eng umschriebenen eidgenössischen Verordnung [8] unterliegt und, wie kürzlich publiziert [9], zur tiefsten Einkommensklasse in der Ärzteschaft, d. h. zur kostengünstigsten Ärztesgruppe überhaupt zählt!

In seinen Schlussfolgerungen meint Herr Bättig, dass der FKD von den eigenen Fachkolleginnen und -kollegen «erarbeitet» oder «benötigt» würde. Aus meiner Sicht kann ich die Leserinnen und Leser beruhigen: Es ist der Krankenstand der Bevölkerung im allgemeinen und die individuell vorliegende psychische Erkrankung plus deren Schweregrad im speziellen, welche zumindest in meiner ärztlichen Praxis für eine adäquate medizinische Versorgung massgebend sind. Diese Massgabe sollte natürlich in jedem Fall entsprechend kommuniziert werden (Kostengutsprache) und im Falle einer Uneinigkeit zwischen Krankenversicherer und behandelnder Ärzteschaft den Patientinnen und Patienten unverzüglich mitgeteilt werden, denn sie sind die Leidtragenden dieser wirren Bemühungen, am falschen Ort, zur falschen Zeit den falschen Sparhebel an-

zusetzen. Der FKD schnell in die Höhe, sobald man eine nicht-durchschnittliche Klientel ärztlich zu versorgen hat, und dies könnte sich Herr Bättig, seine Kommissionsmitglieder und auch die ganze *santésuisse* doch erst einmal überlegen, bevor sie solche Schreiben in die Welt setzen. Über die berufsschädigende Wirkung solcher Schreiben habe ich, bei allem Respekt für Herrn Bättigs Pflichtbewusstsein als PVK-Präsident, in meinem Artikel schon berichtet. Ausserdem hat Herr Bättig im November 2001 für die Schutzgemeinschaft für Ärzte (SGA) ein Referat angeboten, in welchem er u.a. an praktischen Beispielen aufzuzeigen gedachte, was PVK-mässig zu den Praxisbesonderheiten gehöre und wie diese zu bewerten seien.

Die von Herrn Bättig zuletzt in den Raum gestellte Frage, warum die BS- und BL-Psychiatrinnen und -Psychiater im schweizerischen Vergleich so «teuer» seien, kann ich aufgrund der mir nicht vorgelegten Unterlagen auch nicht beantworten. Ich kann lediglich festhalten, dass es schon 1998 gewisse regionale Besonderheiten gab und ich Herrn Bättig wünschte, die PVK im Kanton Nidwalden präsidieren zu dürfen, denn dort betrug 1998 der FKD gemäss *santésuisse* [10] Fr. 619.– statt 1884.– (BS) oder 2008.– (BL). Die soziodemographischen, kulturellen und gesundheitspolitischen Unterschiede der erwähnten Regionen setze ich als bekannt voraus.

Ganz zum Schluss sei mir noch die persönliche Bemerkung erlaubt, dass das naive Fräulein Doktor, für welches Herr Bättig die Autorin zwischen den Zeilen zu halten vorgibt, seit zehn Jahren eine Praxis führt, seit bald zwei Jahrzehnten gesundheitspolitisch aktiv ist (auf der Seite der kostensenkenden Kräfte, *nota bene*) und ihre Dissertation zum Thema «Verlauf der Krankenkassenkosten nach Teilnahme an einer integrierten Gruppentherapie für PatientInnen mit

chronischen Schmerzen» verfasst hat, welche sogar von den grossen Krankenkassen käuflich erworben wurde.

Dr. med. Christine D'Souza, Basel

- 1 Marelli R. Die Psychiatrie und die Statistik. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(48):2605-6.
- 2 D'Souza C. Warum «*santésuisse*» auf dem Holzweg ist. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(48):2607-8.
- 3 Schindler P. Von «Wirtschaftlichkeitskontrollen», der Abschaffung des Kontrahierungszwangs und dem drohenden Begräbnis unseres psychosozialen Gesundheitswesens. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(48):2609-10.
- 4 Kurt H, Haemmerle P. Geld gespart – zu Lasten der psychisch Kranken. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(48):2611.
- 5 Sandell, Blomberg, Lazar. Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen in Schweden. Psyche 2001;55:277-310.
- 6 Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger, Beutel. Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien – eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie. Psyche 2001; 55:193-276.
- 7 Breyer, Heinzl, Klein. Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland. Gesundheitsökonomisches Qualitätsmanagement 1997;2:59-73.
- 8 Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. 9. 1995, Stand 24. 9. 2002.
- 9 Hasler N. Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(46):2481-7.
- 10 KSK. Aus der Rechnungsstellerstatistik des KSK. Durchschnitte der Arztkosten pro Erkrankten, pro Arztgruppe, pro Kanton im Jahr 1998, vom 3.12.1999.



Umstellungen – aber wirklich

Im Gegensatz zu Dr. Gurtner [1], der glücklicherweise noch nie als stationärer Patient im Krankenhaus lag, habe ich diese Umstellung erleben müssen, aber viel tiefgreifender als durch den erwähnten Autor beschrieben. Ich möchte hier nicht meine Leidensgeschichte ausbreiten, aber einige Anmerkungen seien mir erlaubt.

Die einschneidendste Veränderung, die ich durch die plötzlich auftretende, mich voll invalidisierende Krankheit erfahren musste, war die körperliche Unfähigkeit, meinen Beruf als Frauenärztin auszuüben. Es war eine tiefe seelische Erschütterung, dass ich mich plötzlich auf meinen Körper, der immer selbstverständlich alle Anstrengungen des Berufslebens toleriert hat, nicht mehr verlassen konnte und ich durch das Fehlen der Körperkraft einen anderen Menschen, in meinem Fall ein Kind bei der Geburt, gefährdete.

Als Arzt steht man auf der «starken» Seite, wir funktionieren und verlangen viel von uns, aber der Beruf gibt uns auch eine gewisse Sicherheit im Leben, wie anstehende Probleme bewältigt werden können. Diese Sicherheit des Tüchtigen, der mit Anstrengung alles meistert, fällt plötzlich weg. Es braucht eine innerliche Neuorientierung, auch einen Verzicht, ein Abschiednehmen vom «immer Gesundsein», von früheren Zielen und Werten, vom eigenen Selbstverständnis.

In meinem Fall dauerte es Wochen, bis ich die veränderte Situation, fast komplette Bettlägerigkeit, begreifen konnte. Niemand ahnte, dass aus den ersten Wochen beinahe vier Jahre wurden; und das wegen einer nicht gestellten Diagnose. Ich ging durch die Hände vieler Kollegen und lernte diese und unsere Medizin mit anderen Augen zu sehen.

Der entscheidende Faktor in der Arzt-Patient-Beziehung ist in meinen Augen die Frage der Gleichwertigkeit. Nehme ich den Patienten mit seinen Symptomen wirklich ernst und höre ihm

von Mensch zu Menschen zu? Oder schaffe ich eine künstliche Distanz, sei es durch Desinteresse, Besserwisserei oder durch «Psychologisieren» des anderen? Diese Distanz spürt der Patient und sie verhindert einen echten Dialog. Dieser ist aber gerade bei komplizierteren Krankheitsbildern erforderlich, um das Krankheitsbild zu erfassen und damit die richtige Diagnose stellen zu können. Es ist nicht die fachliche Überlegenheit oder die ärztliche Entscheidung an sich, die eine Distanz schafft; im Gegenteil, fundiertes Fachwissen und sichere Patientenführung schaffen in einer gelungenen Arzt-Patient-Beziehung das Vertrauen, das auch der Arzt als Patient unbedingt braucht. Was ich meine, ist die Achtung vor dem anderen Menschen, auch und gerade im Zustand der Schwäche.

Heute, ein Jahr nach erfolgreicher Operation, in der die Ursache meiner chronischen Schmerzen behoben wurde (ein nicht erkannter Gefässtumor), kehre ich langsam wieder in ein normales Leben zurück, privat und beruflich. Aber meine Sicht des Lebens hat sich verändert, und ich bin überzeugt, auch zum Wohle meiner Patienten.

Dr. med. Ruth Draths, Menziken

- 1 Gurtner B. Umstellungen. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(49):2709-10.



Umstellungen [1]

Sehr geehrter Herr Gurtner

Vaterschaft = Vaterleiden? Darf ich Sie darauf aufmerksam machen, dass Mutterschaft zumeist kein Frauenleiden darstellt. Freundlichen Gruss

Dr. med. Verena Martin-Kies, Bern

- 1 Gurtner B. Umstellungen. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(49):2709-10.



Paramedizin und Schulphysik

Zur «Fahrentreue zur Schulmedizin» [1]

Der Verfasser richtet seine Fragen teilweise an die falsche Adresse: Da meist weder Schul- und Paramediziner oder Parapsychologen Physiker sind, müssten über angebliche Zusammenhänge zwischen Physik und zum Beispiel Telepathie oder «Handauflegen» nicht Hobby- oder Amateurphysiker, sondern die eigentlichen Vertreter dieser Wissenschaft befragt werden: Prompt werden solche «gewünschte» Zusammenhänge seitens Physikern bestritten [2], und man erfährt, wenn man es nicht schon weiss, gleichzeitig, dass Physik nicht zu den eigentlichen Naturwissenschaften gehöre, welche sogenannten empirisch sind. Die Quantenphysik ist also insofern «reduktionistisch», als sie bzw. ihre sachkundigen Vertreter selbst ausschliessen, sie könne sich zur Herleitung oder sogar Beweisführung bei telepathischen und ähnlichen Anwendungsversuchen eignen.

Die Schulmedizin ist, ähnlich den eigentlichen Naturwissenschaften, empirisch orientiert. Neue Pharmaka werden versus Placebo getestet, und ihre Wirkungsweise wird möglichst zu eruieren versucht, wenn nötig mit Hilfsmitteln der modernen Physik (vgl. Synchrotron-Anlage des Paul Scherrer Instituts, wo elektromagnetische Energie «scharf gebündelt» und zur Darstellung der dreidimensionalen Struktur von Molekülen, zum Beispiel von «Mediatoren»-Proteinen des Krebszellwachstums und von entsprechenden

pharmakologischen Proteinblockern [vgl. Glivec, Novartis, bei bestimmten Leukämieformen], genutzt wird). Die Schulmedizin hat somit überhaupt nichts gegen Physik, überlässt sie jedoch denjenigen, die darin ausgebildet sind. «Placebo»: In der Parapsychologie oder Homöopathie würde dies bedeuten, das Elixier zum Beispiel mit Wasser zu vertauschen bzw. eine «Fernbehandlung» den Klienten lediglich anzukündigen: Untersucht werden müsste also z.B., ob schon die Ankündigung (und der Glaube des Probanden, das Angekündigte fände statt) etwas bewirke. Dies ist jedoch nur insofern Sache der Schulmedizin, als sie eine postulierte Wirkung z.B. pflanzlicher Präparate nachprüfen kann (man erinnert sich an die Abklärung einer mitosehemmenden Wirkung bestimmter Mistelarten und an das Resultat [pharmakologisches Institut Universität Zürich]: Die Substanz erwies sich als geringgradig zellwachstumshemmend und müsste für genügende Wirkung so hoch dosiert werden, dass sie auf den ganzen Menschen hochtoxisch wäre). In diesem Sinn denkt also die Schulmedizin durchaus «ganzheitlich» und bestreitet auch nicht, dass Menschen über eine Psyche verfügen und keine geistlosen, sondern «empfindende» Menschen seien. Sie verschliesst sich keineswegs gegenüber Resultaten der qualifizierten Forschung.

P. Süssstrunk, med. pract., Gretzenbach

- 1 Schulthess C. «Fahrentreue zur Schulmedizin ...?». Schweiz Ärztezeitung 2002;83(45):2403-4.
- 2 Berger E, Osterwalder J. Vermischung der Schulmedizin und der Evidence-based Medicine. Schweiz Med Forum 2002;2(42):1012.