



Wie viele Psychiater braucht das Land?

Inwieweit die (Nachwuchs-)Sorgen in der Psychiatrie mit dem TARMED zusammenhängen, scheint für die Psychiater selber im Moment die wichtigste Frage zu sein [1]. Aber vielleicht ist es auch ein willkommener Nebenschauplatz, um grundsätzlichen Problemen auszuweichen? (Gerne würde ich den Psychiatern bessere TARMED-Tarife gönnen.) Die Tatsache, dass immer mehr Menschen psychiatrische Hilfe benötigen, und die eigene Erfahrung, dass Psychiater nicht nur ausge-, sondern in der Regel überlastet sind, so dass es stets ein mühsames Unterfangen ist, für unsere Patienten spezialärztliche Hilfe zu organisieren, stützt eigentlich die Aussagen und Befürchtungen der Autoren. Umso erstaunter war ich deshalb zu erfahren, dass es in der Schweiz mehr als doppelt so viele frei praktizierenden Psychiater gibt als in Deutschland [2]. Da nicht anzunehmen ist, dass psychiatrische Erkrankungen in unserer Bevölkerung so viel häufiger sind als anderswo, muss wohl die Frage erlaubt sein, woran es liegen könnte, dass trotz dieser eigentlich komfortablen Verhältnisse von den Autoren geradezu ein Versorgungsnotstand beklagt wird. Am TARMED kann es wohl (bisher) nicht liegen. Um wieviel grösser muss dieser Notstand doch in anderen Ländern sein?

Es stellt sich also die Grundsatzfrage, wieviele Psychiater es brauche, um eine befriedigende Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Dass die Nachfrage auf diesem Gebiet nie befriedigt werden kann, ist evident. Allein schon die Anzahl von Psychologen beweist das. Aber wie definieren die Autoren den Versorgungsnotstand? Werden gewisse Patienten nicht viel zu lange betreut, so dass die meisten Psychiater schon kurz nach Eröffnung keine neuen Patienten mehr nehmen können? Und wo liegt die Grenze zur Wellnesspsychiatrie wie in den USA? Inwieweit kommt es wegen selbstverschuldeter Strukturen zu Engpässen? Angesichts dieser Psychiaterdichte den TARMED als Hauptproblem einer künftigen psychiatrischen «Unterversorgung» darzustellen, scheint mir ein Luxusproblem

eines verwöhnten Landes und Gesundheitswesens darzustellen. Es wäre wirklich wünschenswert, wenn die Autoren die Widersprüche zwischen einer gefährdeten psychiatrischen Versorgung und einer international einmalig hohen Psychiaterdichte auflösen könnten.

F. Tapernoux, Rüti

- 1 Lachenmeier H, Brenner H, Haemmerle P, Ansermet F, Kurt H, Ebner G. Die psychiatrisch/psychotherapeutische Versorgung ist gefährdet. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(47):2479-81.
- 2 Brenner HD, Rössler W, Fromm U. Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: Welchen Weg nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie? Schweiz Ärztezeitung 2003;84(35):1777-86. S. 1778: «Mit einem niedergelassenen Psychiater auf etwa 5000 Einwohner verfügt die Schweiz über eine mehr als zweimal höhere Niederlassungsdichte als das ebenfalls im internationalen Vergleich gut ausgestattete Deutschland.»

Replik

Ihre Erfahrung, dass Psychiater ausgelastet und überlastet sind, ist sehr zutreffend [1]. Daran ändert unsere gegenüber dem europäischen Umfeld vergleichsweise hohe Psychiaterdichte nichts. In Relation zur Anzahl behandlungsbedürftiger Kranker ist die Dichte zu gering. In anderen Ländern ist die fachärztliche Unterversorgung noch gravierender.

Die Psychiatrie/Psychotherapie arbeitet wie alle anderen Bereiche der Medizin kontinuierlich an der Verbesserung der Behandlungsmethoden, kann aber so wenig wie die Rheumatologie, Onkologie, Chirurgie oder Hausarztmedizin zaubern. Erschwerend kommt für die Psychiatrie hinzu, dass nicht nur die Bezahlung der psychiatrischen Arbeit weit unter dem Schnitt liegt, sondern auch die Forschungsgelder sind unterdotiert, und die Tagespauschalen der Kliniken sind etwa dreimal tiefer als in der Somatik.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. H. Lachenmeier, Affoltern am Albis

- 1 Tapernoux F. «Ärzte ohne finanzielle Verantwortung?» Schweiz Ärztezeitung 2003;84(44):2304-5.

Wie viele (Kinder-)Psychiater braucht das Land?

Die Sorgen des Kollegen Tapernoux hinsichtlich einer «Psychiatisierung» des helvetischen Alltags möchte man ja gerne teilen – zumindest theoretisch [1]. Die Praxis sieht dann allerdings völlig anders aus – auch und noch viel ausgeprägter im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Meine vor Jahresfrist bei meinen Berufs- und Funktionskollegen/-innen durchgeführte Erhebung [2] ergab, dass eine Mehrzahl der schweizerischen KJPD gezwungen sind, eine Warteliste zu führen, was für die betroffenen Kinder und ihre Eltern nach der Anmeldung ihres Kindes durchschnittlich zwei bis drei Monate Warten bedeutet – Warten auf Hilfe für die psychischen Nöte ihrer Kinder, die uns mehrheitlich gezielt und dezidiert von Haus- oder Kinderärzten/-ärztinnen zugewiesen worden sind.

Wenn am Kongress der deutschsprachigen kinderpsychiatrischen Gesellschaften von Anfang April dieses Jahres in Wien zu hören war: «Ihr Schweizer jammert auf hohem Niveau!», so trifft dies in dem Sinne tatsächlich zu, als wir – weltweit – die höchste Kinderpsychiaterdichte haben. Nur, was nützt uns diese Feststellung im Moment, in dem wir von einem suizidalen Jugendlichen oder einem destrukturiert angetriebenen Kind und deren Eltern dringend um Hilfe und Behandlung gebeten werden? Für klugen Rat wären wir Kollegen Tapernoux jedenfalls sehr dankbar.

Für mich persönlich gibt's vorerst weiter nur: «das eine tun und das andere nicht lassen», d. h., sowohl für private und institutionelle Behandlungsangebote in genügender Menge und von guter Qualität besorgt zu sein und uns andererseits dafür einzusetzen, dass krankmachende gesellschaftliche Bedingungen – hier und anderswo – vermindert werden.

Patrick Haemmerle, Präsident SGKJPP, Freiburg

- 1 Tapernoux F. «Ärzte ohne finanzielle Verantwortung?» Schweiz Ärztezeitung 2003;84(44):2304-5.
- 2 Haemmerle P. In haltloser Zeit Haltgebende Strukturen schaffen. Anforderungen an die Kinderpsychiatrie. Soziale Medizin 2003;3.



Ethik im Gesundheitswesen

Die Problematik eines Karzinompatienten mit langjährigen Depressionen und Sterbewunsch wird im einleitenden Artikel [1] durch Kollege Ebner sehr differenziert und gründlich abgehandelt und die drei Repliken von zwei Psychiatrie-Kollegen [2, 3] und einer Ethikerin [4] sind ebenfalls sachlich und sauber fundiert und begründet.

Aus allen Beiträgen wird eines ganz klar: Aktive Sterbehilfe auch durch beigezogene Sterbehilfe-Organisationen kommt in einer psychiatrischen Klinik nicht in Frage. Die Ethik-Expertin bringt noch die heute als Modeargument dienende Autonomie oder Selbstbestimmung des Kranken sehr originell ins Spiel, indem sie diese mit der sozialen Verantwortung, nämlich auch für andere Suizidwillige, koppelt.

Man könnte damit zur Tagesordnung übergehen und sagen, es ist ja alles gut, und die vier sind ja gegen die aktive Sterbehilfe. Gott sei Dank!

Leider ist dem nicht so. Alle vier sagen nicht einfach: Lest den hippokratischen Eid oder lest die Bibel, die nebenbei gesagt unserer schweizerischen Ethik auch verfassungsmässig zugrunde liegt. Jede Art von aktiver Sterbehilfe oder Beihilfe ist uns verboten, und ich wage zu sagen: Wenn wir davon abweichen, sind wir verloren. Die von der Ethikerin angezeigten Mächte, wie die Finanzierungsprobleme und der «Zur-Last-fallen-Druck» und schliesslich die nach Macht strebenden Sterbehilfeorganisationen, haben gewonnen. Frau Baumann sagt auch sehr richtig, dass durch die zunehmende öffentliche Billigung der Suizidbeihilfe die Option der Selbsttötung den privaten Charakter verliert und damit für die gesamte Gesellschaft relevant wird. Die Stadt Zürich hat da schon einen Schritt getan, der nahe am Absturz ist.

Man muss sich fragen, warum konnte es nach den Erfahrungen des tausendjährigen Reiches zu dieser öffentlichen Diskussion kommen, warum sind wir nicht mehr in der Lage, nein zu sagen. Da kommt man rasch zum gleichen Schluss, der versteckt oder angesprochen in den vier Aussagen deutlich wird. Wichtig ist das intensive Gespräch, das «Da-Sein» für die Patienten, das Eingehen auf ihn, mögen wir dem nun Moratorium sagen oder Begleitung. Wenn wir nur noch an TARMED und die ablaufende Zeit denken, sind wir dazu nicht mehr bereit oder in der Lage. Die Entwicklung zu mehr Vereinsamung, zu weniger sozialem Netz, zu Egoismus und weniger Verantwortung für den Verwandten, den

Nachbarn und Freund ist schuld, dass es so weit gekommen ist, dass von Frau Baumann diese Unterstützung des abhängigen Patienten in Zukunft in Frage gestellt wird.

Wir Ärzte wissen alle, wie wenig eine Patientenverfügung im Ernstfall noch wert ist, aber wir sollten wieder vermehrt merken, dass der ausgesprochene Wunsch nach Suizidbeihilfe entweder der Beweis von ungenügender Palliativbehandlung oder noch häufiger ein getarnter Hilfeschrei eines Einsamen und Hilfebedürftigen ist.

Dr. Wolf Zimmerli, Oberdiessbach

- 1 Ebner G. Ethik im Gesundheitswesen – Fall einer psychisch Kranken mit einer unheilbar körperlichen Krankheit mit Sterbewunsch. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(46):2421-4.
- 2 Bosshard G. Schutz der Institution vorrangig. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(46):2429.
- 3 Küchenhoff B, Hell D. Stellungnahme zum Fall einer psychisch Kranken mit einer unheilbar körperlichen Krankheit mit Sterbewunsch. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(46):2430.
- 4 Baumann-Hölzle R. Der Tod als Freund. Suizidwunsch bei einer psychiatrisch erkrankten Patientin. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(46):2425-8.



ACCORDA assurance-maladie peut continuer son activité en 2004

Sous la rubrique «Spectrum» du BMS N° 39 a été publié un communiqué du DFI concernant le retrait de l'autorisation de pratiquer l'assurance maladie à Accorda à partir du 1^{er} janvier 2004 [1]. Il a été invoqué une situation financière désastreuse et de graves manquements dans le fonctionnement de la société.

Le Comité d'administration d'Accorda trouvant que la mesure prise était excessivement disproportionnée par rapport à certains problèmes internes de la société, et qui n'ont jamais eu de conséquences directes sur la prise en charge des prestations aux assurés (contrairement à d'autres assurances dans un passé récent qui se sont trouvées la caisse vide!), a déposé un recours au TFA le 6 octobre 2003. La première mesure prise par le tribunal le 6 novembre 2003 a été d'octroyer à Accorda l'effet suspensif sur la décision du DFI, ce qui lui permet de poursuivre son activité en 2004.

Contrairement aux craintes initiales nous avons constaté que peu d'assurés ont démissionné et qu'au siège central de la société sont parvenues de nombreuses lettres de soutien et d'encouragement. La belle aventure donc continue.

Dr Gianni Moretti, Pully

- 1 sda. Krankenkasse Accorda muss schliessen. Bull Méd Suisses 2003;84(39):2012.