



Ethik im Gesundheitswesen

Mit grossem Interesse habe ich Ihren Bericht über den «Fall einer psychisch Kranken mit einer unheilbaren körperlichen Krankheit mit Sterbewunsch» im Psychiatriezentrum Schaffhausen gelesen [1]. Ich bin beeindruckt vom grossen Engagement des Teams für diese Frau, wie auch von der Sorgfalt der Diskussion über die sich daraus ergebenden Fragen. Als Psychiatrieseelsorger mit bald 30jähriger Erfahrung habe ich aber meinen Fachbereich vermisst. So stellt sich mir die Frage: Warum wird die Seelsorge mit keinem Wort erwähnt?

Weil ich wusste, dass die Seelsorge im Psychiatriezentrum Schaffhausen gut integriert ist und somit eine wichtige Ressource für die Betreuung und Behandlung von Menschen mit seelischen Leiden darstellt, habe ich dort nachgefragt. Mir wurde bestätigt, dass der zuständige Seelsorger die Patientin über lange Zeit begleitet hat. Ich bin überzeugt, dass diese Begleitung mit zum guten Ausgang der schwierigen und hochanspruchsvollen Situation beigetragen hat. Darum müsste sie auch erwähnt werden.

Zwar ist das kirchlich-institutionelle Leben deutlich am Schwinden. Gleichzeitig aber suchen viele Menschen heute nach spirituellen und religiösen Quellen. Viele sind auch bereit, öffentlich von Glaube und Gebet zu sprechen. «Spiritualität – in der Psychiatrie tabu?» fragt die Zeitschrift «pro mente sana aktuell» in ihrer letzten Nummer des Jahrgangs 2003. Wenn das so ist, dass Glaube und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie tabu sind, ist es an der Zeit, dieses Tabu zu überwinden.

*Rudolf Albisser, Seelsorger
Psychiatriezentrum Luzerner Landschaft, St. Urban*

- 1 Ebner G. Ethik im Gesundheitswesen – Fall einer psychisch Kranken mit einer unheilbaren körperlichen Krankheit mit Sterbewunsch. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(46):2421-4.

Replik

Herr Albisser stellt unter anderem in seinem Leserbrief die Frage, warum die Seelsorge in meinem Artikel nicht erwähnt und nicht Bestandteil des psychiatrisch-therapeutischen Teams ist. Hierzu möchte ich gerne Stellung nehmen.

Der Seelsorger unserer Klinik hatte von Anfang an einen engen Kontakt zur Patientin; die Zusammenarbeit war gemäss Aussagen des Psychologen und des Seelsorgers ein «ergänzendes und gelungenes Nebeneinander» bzw. ein «respektvolles Nebeneinander».

Der Seelsorger wurde von uns über den Sterbewunsch der Patientin nicht informiert, wir sahen keine Notwendigkeit darin: einerseits akzeptieren wir die Eigenständigkeit der Beziehung zwischen den Patienten und dem Seelsorger sowie auch die klare Abgrenzung des therapeutischen Raums vom seelsorgerischen.

Nach dem Tod organisierte der Seelsorger – unter Teilnahme von Mitpatienten und Personal – die Beerdigung.

Wie Herr Albisser schreibt, besteht bei uns eine gute und enge Zusammenarbeit mit der Seelsorge. Auch haben wir ein medizin-ethisches Forum im Haus, in dem die Seelsorge mit integriert ist. Ein Einbinden der Seelsorge in die therapeutischen Teams als Mitglieder wird sowohl von seelsorgerischer wie von therapeutischer Seite her bei uns problematisiert. Wir sind der Meinung, dass die spezielle Beziehung unserer Kranken zur Seelsorge durch das volle Einbinden in die Behandlungsteams und damit in die Institution verändert, ja gefährlich werden könnte. Herr Albisser nimmt auch Bezug auf ein «Tabu» zwischen Spiritualität/Glauben und Psychiatrie/Psychotherapie: Hierbei ist bei uns die herrschende Praxis, dass routinemässig alle Kranken auf ihre Religion und den Wunsch nach Seelsorge angesprochen werden. Bei mir persönlich ist das Gespräch über die Religion im therapeutischen Rahmen kein seltenes Thema.

Dr. med. G. Ebner, Schaffhausen



Les rapports entre les pharmaciens et le corps médical [1]

Les médecins ont un nouveau système de tarification depuis le 1^{er} janvier 2004, intitulé TARMED, qu'ils ont l'obligation d'appliquer. Les pharmaciens suisses ont aussi un nouveau système de rémunération, intitulé RBP (rémunération basée sur les prestations) et en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2001. Pour les pharmaciens comme pour les médecins, il n'y a pas le choix: il faut s'adapter, investir dans le système informatique, se former, comprendre et appliquer.

La pharmacie dans laquelle le Dr Bosquet s'est procuré un Co-Dafalgan n'a fait qu'appliquer les dispositions légales et conventionnelles, sans état d'âme et sans tenir compte de son statut de médecin. Le procédé, il est vrai, manque de tact et de bon sens.

Le système qui a été imposé aux pharmaciens est compliqué: seuls les médicaments prescrits sur ordonnance (liste A et B) et remboursés par l'assurance de base sont concernés. La marge dégressive desdits remèdes a été remplacée par deux taxes: une de Fr. 7.55 pour la gestion du dossier, applicable chaque trois mois, et une de Fr. 4.30, liée au produit vendu et couvrant la prestation de contrôle (dosage, interactions, etc.) et du conseil éventuel.

L'OFAS, lors du changement de système, a imposé une baisse de prix drastique pour les médicaments chers (de cela personne ne parle jamais!) et a majoré le prix des médicaments de moins de Fr. 50.-. Le résultat de l'opération avait pour but d'apporter une économie de 200 millions aux assureurs à fin 2002.

Le prix des médicaments concernés par la RBP, et qui figure sur l'emballage, est calculé comme suit: prix du fabricant à la sortie d'usine (part de 60% environ), s'y ajoutent deux marges destinées à couvrir d'une part les frais du grossiste, d'autre part les frais généraux de la pharmacie (loyer, salaires des employés, capitaux investis...).

En d'autres termes, le système RBP implique que le médicament vendu au prix marqué sur l'emballage ne laisse aucun bénéfice au pharmacien: c'est un prix de revient et le pharmacien doit aller chercher son salaire dans les fameuses taxes ou vendre beaucoup de produits non soumis à la RBP pour pouvoir subsister.

Pour ma part, les médecins avec lesquels je collabore dans ma région, et qui se procurent des

produits soumis à la RBP, paient le prix marqué sur l'emballage: je leur offre les taxes, dans un esprit de respect et de confiance mutuels.

Ceci dit, force est de constater qu'on a imposé aux pharmaciens, comme à la population, un modèle compliqué mis en place dans la précipitation, sans étude préalable sérieuse ni phase pilote. Le public n'a jamais admis le paiement des taxes alors qu'il comprend parfaitement que toute entité qui vend des produits et des services a besoin d'une marge pour exister. Cerise sur le gâteau: les assureurs eux-mêmes font de la contestation puisqu'ils viennent de résilier la convention les liant aux pharmaciens et instituant précisément la RBP.

A l'heure où les professionnels de la santé sont malmenés de toute part, il est plus que jamais nécessaire qu'ils se comprennent, se soutiennent et luttent côte à côte pour le bien des patients.

*Christa Calpini, Pharmacienne indépendante,
Chexbres,
Présidente de la SVPh*

- 1 Bosquet S. Les rapports entre les pharmaciens et le corps médical. Bull Med Suisses 2004;85(4):148.



Nonfumeur – Fumeur

Herzliche Gratulation an ANNA (Dr. med. Anna Hartmann) für die Karikatur [1], die den Nagel genau auf den Kopf trifft: der einsame, in sich gekehrte, verkrampfte Nichtraucher und die sich gemeinsam freuenden, von Gesundheit strotzenden, lebenslustigen Raucher/innen, ohne Angst vor dem Tod. Das ist genau, wie es die Tabakindustrie ins Publikum hämmert – nicht nur in ihrer Werbung fürs Rauchen, sondern auch in ihren sogenannten Präventionsprogrammen, in denen noch viel offensichtlicher mit dieser Gegenüberstellung gearbeitet wird. Vielleicht stimmt die Typisierung ja auch. Dann aber nicht, weil Rauchen zu Lebenslust verhelfen könnte, sondern wohl weil Lebenslustige nicht glauben befürchten zu müssen, das Leben bei einem frühzeitigen Tod verpasst zu haben. Fazit? Nicht-rauchende Lebenslustige haben noch mehr vom Leben!

Prof. em. Dr. med. Theodor Abelin, Spiegel

- 1 Hartmann A. Nonfumeur – Fumeur. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(6):257.