

# Wenn schon Kostenneutralität und Einheits-tarif, dann schon für alle bitte!

I. Wyler-Brem

Da haben die Gesundheitsökonominnen nach langen, intensiven Untersuchungen herausgefunden, dass die Gesundheitskosten in Gebieten mit hoher Ärztedichte höher sind als in Gebieten mit niedriger Ärztedichte. Deshalb beschlossen Regierung und Parlament, die jungen Ärzte in den Spitälern zu belassen, auf dass sie keine Kosten verursachen. Dort werden sie sich weiter spezialisieren, und der Megatrend, weg vom breitausgebildeten Allgemeinmediziner und Allgemeininternist zum Superspezialisten, nimmt weiter seinen unheilvollen Verlauf.

Ein weiterer genialer Gedanke zur Lösung der Eindämmung der nichtexistierenden Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist die Kostenneutralität. Die Idee wird zurzeit im TARMED umgesetzt, natürlich nur bei den freipraktizierenden Ärzten, die Spitäler werden davon verschont. Damit werden Jungärztinnen und Jungärzte mit Erfolg davon abgehalten, Praxen in der Peripherie zu übernehmen. Und möchten sie das trotzdem tun, verwehren ihnen die Banken die nötigen Kredite. Das ist im übrigen eine Tatsache, die den letzten Politiker aufhorchen lassen sollte. Wenn nun aber das Prinzip der Kostenneutralität im Gesundheitswesen gelten soll, muss es konsequent angewandt werden. Dazu einige Beispiele.

## **Kostenneutralität des Leistungskataloges**

Wenn neue Leistungen in den Leistungskatalog der obligatorischen Versicherung aufgenommen werden sollen, müssen im Gegenzug Leistungen aus dem Katalog gestrichen werden, und zwar so viele, dass die erwarteten Mehrkosten damit gedeckt werden können. Damit würde die Kostenneutralität unabhängig von der Zahl der Leistungserbringer gewahrt.

## **Kostenneutralität der Medikamentenpreise**

Um die Kostenneutralität der Medikamente zu wahren, kann ein einfaches, dem TARMED nachempfundenen Verfahren gewählt werden. Die

Medikamentenkosten des Jahres 2004 werden einfach mit den Medikamentenkosten von 2001 verglichen. Betragen die Abweichungen mehr als 2%, werden alle Medikamentenpreise (ex factory und Abgabepreis) sofort entsprechend prozentual gekürzt. Das muss ja nicht monatlich geschehen, es könnte durchaus ein Rhythmus von drei Monaten angenommen werden. Die Preis-anpassung kann problemlos vorgenommen werden, da die Packungen seit Jahren ohne Preisanschrift geliefert werden.

## **Einheitstarif der Medikamentenpreise**

Dem elenden «Generikageheul» der Politiker, Krankenkassen und gesunden Mitbürgern könnte mit der Anwendung des Einheitstarifs sofort Abhilfe geschaffen werden. Für eine Substanz gilt derselbe Preis für alle Marken. Über einen Kleinmengenzuschlag könnte man noch verhandeln. Der ganze «Generikagewinn» könnte so unabhängig von den Verschreibungsgewohnheiten der Ärzte (von den Ökonomen Leistungserbringer genannt) sofort realisiert werden.

## **Einheitstarif der Krankenkassen und obligatorischen Krankenversicherer**

Innerhalb der einzelnen Kantone weisen die Prämien der einzelnen Krankenkassen grosse Unterschiede auf. Die Leistungen sind aber von Gesetzes wegen identisch. Es ist also nicht einzusehen, dass für die gleiche Leistung nicht der gleiche Preis bezahlt werden muss, so wie das für die ärztlichen Leistungen gilt. Die Preisunterschiede führen nur zu unnötigen Kassenwechseln, die mit einem immensen administrativen Aufwand und unnötigen Kostenfolgen verbunden sind – Kosten, die übrigens mit Prämiengeldern finanziert werden.

Die Kassen- und Versicherungsfunktionäre sowie die Pharmaindustrie würden Zeter und Mordio schreien, möchte man die obenerwähnten Änderungen einführen. Dank konsequentem und professionellem Lobbyieren werden

Korrespondenz:  
Dr. med. Ingrid L. Wyler-Brem  
Altstetterstrasse 159  
CH-8048 Zürich

Internet: [www.fmp-net.ch](http://www.fmp-net.ch)

solche Postulate im Bundesbern gar nicht erst eingereicht. Dort hat man sich auf die Ärztinnen und Ärzte («Leistungserbringer» genannt) eingeschossen. Wen wundert's. Wir Ärztinnen und Ärzte («Leistungserbringer») sind am Heilen und kümmern uns nur wenig um die politische Arbeit.

So rufe ich allen Freipraktizierenden zu: Er wacht aus dem Dornröschenschlaf und vereinigt Euch zum Erhalt des «Ambulatorium CH»! Wehren wir uns gegen die geplante Demontage der ambulanten Medizin!

## Buchbesprechung

**Roland Kuhn: Psychiatrie mit Zukunft. Beiträge zu Geschichte, Gegenwart, Zukunft der wissenschaftlichen und praktischen Seelenheilkunde. Basel: Schwabe; 2004. ISBN 3-7965-2071-5**

Der erste Teil enthält nach einer Einleitung neun Vorträge und Aufsätze aus der Zeit von 1951 bis 2003.

«Reif sein ist alles», mit diesem Motto von Shakespeare deutet Roland Kuhn seine persönliche und die Entwicklung der Psychiatrie im Sinne des Unterwegeseins in der zeitlichen Entfaltung der Existenz. «Alles», was wir in einer einheitlich-ganzheitlichen Struktur im «Ich bin» in der Welt gefunden haben, verleiht unserem Leben Sinn und Bedeutung. Geht die Einsicht in die Ganzheit im «Ich bin» verloren, ist die Person gefährdet und «Daseinsangst steigt empor». Der Mensch hat in der Erfahrung des Lebens viele Gelegenheiten, Wege zur Reifung seiner Persönlichkeit zu finden.

Ludwig Binswanger hat 1957 auf die Notwendigkeit hingewiesen, den Menschen in seiner Individualität mit ihren Eigenheiten zu seinem Recht kommen zu lassen. In der klinischen Psychiatrie ist der Mensch ein naturwissenschaftliches Objekt im System einer kommunizierbaren, generalisierenden Psychopathologie. Der Daseinsanalytiker versteht sich als Arzt und Psychotherapeut im Sinne der von Martin Heidegger eingeführten existenzanalytischen Begriffe im «Mit-ein-ander-sein» mit dem Patienten. Die Klinische Psychiatrie als positivistische naturwissenschaftliche Methode und die Daseinsanalyse als historische individualisierende Methode bleiben kontrovers. In der Daseinsanalyse geht es um das Hören der Worte im Gespräch im Mit-sein mit dem Patienten. Erlebnisinhalte, Raum und Zeit, als

Ordnungsprinzipien und mitmenschliche Beziehungen lassen phänomenal das jedem Kranken innewohnende Gesetz wahrnehmen und Möglichkeiten der Erweiterung seines «Weltentwurfes» erkennen.

Roland Kuhn schildert eindrucksvoll die Entstehung seiner daseinsanalytischen Arbeiten mit einer Interpretation des Romans «Anne Bäbi Jowäger» von Jeremias Gotthelf. Im gemeinsamen Gespräch mit dem Klienten werden die Symptome der Erkrankung «Tatsachen einsichtiger Verständigung». Für Roland Kuhn stellt sich das entscheidende Problem, wie die beiden Bereiche der Psychiatrie, die naturwissenschaftlich mathematische und die individualisierende Denkweise, in einer geometrischen Gleichberechtigung in Beziehung zueinander treten.

Wahnkrankheiten finden im Zusammenhang mit der Lebensgeschichte heute wenig Interesse. Die Erscheinungsformen haben sich durch die psychopharmakologischen Therapien verändert und sind schwer erkennbar. Roland Kuhn beschreibt aus phänomenologischer Sicht Beispiele aus der praktischen psychiatrischen Tätigkeit, Wahnbildungen, die durch biologische Bedingungen depressiver Entwicklungen aktualisiert wurden. Depressive Zustände und der depressive Wahn beruhen, nach Kuhn, auf «Hemmungen der natürlichen vorwärts schreitenden Bewegung des Lebens». In der «vital depressiven Verstimmung» findet der Kranke keinen Weg in die Zukunft.

Mit einem psychiatriegeschichtlichen Rückblick auf die Zeit vor 1900 verdeutlicht Roland Kuhn die Probleme der Entwicklung der Psychiatrie als Wissenschaft bis ins 20. Jahrhundert. In den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts wurde die Psychiatrie psychologisch. Mit Eugen Bleuler, Sigmund Freud, C. G. Jung und Ludwig Bins-

wanger entwickelte sich eine grundsätzliche Besinnung auf eine Psychiatrie als Wissenschaft. Mit der Einführung der Neuroleptika und der Antidepressiva erfuhr die Psychiatrie wiederum eine grundlegende Veränderung. Die Psychiatrie wurde biologisch.

Fragen der Indikation führen heute in eine bestimmte Richtung der Behandlung. Das Gespräch mit dem Kranken und das Verstehen in der mitmenschlichen Beziehung, das Entgegenkommen des Arztes können die Symptome lindern oder sogar lösen. Das ist Psychotherapie.

Werden im Gespräch mit dem Kranken z. B. Symptome einer biologisch begründeten vitalen Depression, die reaktiv oder endogen ausgelöst wurde, entdeckt, ist die Indikation für eine biologisch-medikamentöse Behandlung gegeben. Wie kann es weitergehen?

Roland Kuhn beantwortet seine Frage mit der Notwendigkeit der Erfassung einer einheitlich-ganzheitlichen Struktur menschlichen Daseins mit dem methodischen Rüstzeug der Betrachtungsweise von Eugen Bleuler und Sigmund Freud sowie mit Ludwig Binswangers begrifflichen Voraussetzungen der Phänomenologie und Daseinsanalyse unter Rückbesinnung auf Wilhelm Griesinger (1845), «das Verfahren, das den Kranken heilt ist human».

Voraussetzung der Entdeckung der Antidepressiva war die phänomenologische Erkenntnis einer grundsätzlich biologischen Grundlage depressiver Zustände. Das führte Roland Kuhn 1956 aufgrund seiner phänomenologischen ästhetischen Sicht intuitiv zur Entdeckung im Aufbau der Molekularstruktur bei der Veränderung eines Neuroleptikums mit der Seitenkette des Promazins, dem ersten Antidepressivum Imipramin. Mit dieser Entdeckung begründete Roland Kuhn die Methode einer phänomenologischen Psychiatrie, die die biologischen Grundlagen und die individuelle Lebensgeschichte gleichermaßen berücksichtigt.

Die Daseinsanalyse und die Depressionsbehandlung führten damit zu einer Umgestaltung der wissenschaftlichen Arbeit. Philosophische Aspekte dieser Entwicklung wurden von Henri Malidney aufgegriffen und sollen zu einer gemeinsamen Publikation führen.

Unter Rückbesinnung auf den psychoanalytischen Begriff des Unbewussten, der Traum-

psychologie bei Freud und Binswanger sowie auf Edmund Husserl und eigene Arbeiten zum Rorschachschen Formdeutungsversuch geht es in der Psychiatrie um eine Klärung des ABC des Bewusstseins auf dem Weg zu einer Elementargrammatik, zum universalen A-priori konkreter Konstituierung passiver Synthesen der Psycho- und Biogenese, z. B. psychopathologische Phänomene verschiedener Krankheitsbilder in der Psychiatrie. So bestimmen auch eidetische Variationen passiver Synthesen z. B. Verhältnisse der Übertragung in der Psychotherapie. An die Stelle von psychoanalytischen und systemischen Theorien muss die Phänomenologie treten. Eine phänomenologische Hinterfragung psychodynamischer Hypothesen und theoretischer Konstruktionen ist für die Entwicklung der Psychiatrie als Wissenschaft notwendig.

Zum Abschluss bespricht Kuhn Stilfragen der wissenschaftlichen Forschung und praktischen Behandlung in der Psychiatrie am Beispiel der Antidepressiva.

Der zweite Teil enthält elf Originalarbeiten eines Symposiums zum 90. Geburtstag am 4. März 2002 von Roland Kuhn zu verschiedenen Themen namhafter Referenten, die mit der Psychiatrie als eine phänomenologische Wissenschaft im Sinne von Roland Kuhn partizipieren (Robert Christe, Raphaël Célis, Henry Malidney, Alice Holzhey-Kunz, Franz Bossong, Stephan Wittmer, Heinrich Mettler, Albert Lingg, Daniel Hell, Thomas Knecht, Gerlinde Angelika Schopf).

Der dritte Teil, die Lebensgeschichte von Roland Kuhn, das Verzeichnis seiner wissenschaftlichen Arbeiten, Namenregister und Korrespondenzadressen, bildet den Abschluss.

Das vorliegende Werk bietet mit seinen zahlreichen Literaturhinweisen einen Überblick über die Entwicklung der Psychiatrie als Wissenschaft, den gegenwärtigen Stand der Forschung und der Entwicklung für eine ganzheitliche Sicht einer Psychiatrie als eine eigenständige geistes- und naturwissenschaftlichen Disziplin.

Das Werk ist allen Ärzten, Fachpersonen, interessierten Lesern mit seinem didaktisch klaren Aufbau als psychiatrisches und psychologisches Propädeutikum sehr zu empfehlen.

*Dr. med. K.-H. Bauersfeld, Sursee*