

Briefe an die SÄZ



Psychotherapieverordnung: Offener Brief an einen Kollegen

Sehr geehrter Herr Kollege Treier
Ihre Aussagen in der «Rundschau» vom 12. 7. 2006 haben mich so beschäftigt, dass ich Ihnen meine Meinung dazu sagen möchte.

Ich war schockiert, aus dem Mund eines Fachkollegen zu hören, unsere Aufgabe als Psychotherapeuten bestünde vor allem darin, die Probleme unserer Patienten «abzuhören» und mit ihnen Gespräche zu führen, wie irgendjemand anders das auch tun könnte.

Ist dies wirklich Ihre Meinung? Wenn ich mit meinen Patienten spreche – seien es Kinder, Jugendliche oder Erwachsene – geht es immer darum, nach den verborgenen Ursachen des seelischen Leidens zu forschen, diese aufzuzeigen und zu bearbeiten und so den Weg frei zu machen für eine weitere psychische Entwicklung des Patienten. In meinen Augen ist dies eine hochqualifizierte und hochspezifische Arbeit, die nicht nur grösster Präsenz in der therapeutischen Situation, sondern auch gründlicher Ausbildung und ständiger Schulung bedarf und somit beileibe nicht von irgendjemandem geleistet werden kann. Dies rechtfertigt auch einerseits einen Tarif von fast Fr. 200.– pro Stunde und andererseits die jahrelange Dauer von Psychotherapien.

Mit Ihren entwertenden Äusserungen über die psychotherapeutische Tätigkeit erweisen Sie sich selbst, uns allen als Fachkollegen und insbesondere auch unseren Patienten, die das Recht haben, von Psychotherapie mehr zu erwarten, einen Bärenservice und bestätigen das verbreitete Vorurteil, Psychiater würden mit ihren Patienten «halt ein bisschen reden». Folgt man diesen Aussagen, so stellt sich berechtigterweise die Frage, ob Psychotherapien nicht zu lange dauern und zu teuer sind – die unglückliche neue Psychotherapieverordnung ist eine logische Folge daraus. Dabei kann qualifizierte Psychotherapie viel mehr leisten, was zumindest für die psychoanalytische Psychotherapie inzwischen glück-

licherweise auch wissenschaftlich erwiesen ist. Ich bedaure sehr, dass Sie die Gelegenheit, vor dem Fernsehen zu einem grösseren Publikum zu sprechen, nicht dazu genutzt haben, etwas Substantielles über das Potential von Psychotherapie auszusagen!

*Dr. med. Mirjam Wächter,
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie, Winterthur*

Anmerkung der Redaktion: Siehe zu dieser Thematik auch «Zu guter Letzt» von Erhard Taverna (Seite 1432).



Wehren wir uns gegen die Patientenkarte!

Ich bin mit dem Brief von Kollege Meister [1] aus Hochdorf sehr einverstanden und möchte gleich ihm dringend die Möglichkeit eines Referendums empfehlen. Wie der Erfolg der Volksinitiative für die Komplementärmedizin gezeigt hat, ist das Sammeln von Unterschriften ein leichtes, wenn unter dem Stichwort des fraglichen Datenschutzes die Patienten zur Unterschrift motiviert werden. Wenn 3000 Ärzte je 20 Unterschriften sammeln, ist das Referendum sofort beieinander. Es kann nicht angehen, dass wir uns von Bürokraten zur Aufweichung des ärztlichen Geheimnisses einerseits und elektronischen Manipulierung andererseits zwingen lassen.

In einem zweiten Schritt möchte ich Christian Marti [2] für seinen Tribünenartikel zur Herceptin-Story herzlich beglückwünschen und auch hier die Fachverbände auffordern, für die nötige Transparenz zu sorgen.

Dr. med. André Thurneysen, Bern

- 1 Meister B. Wehren wir uns gegen die Patientenkarte! Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(27/28): 1263-4.
- 2 Marti C. Die Herceptin-Story – Nutzen, Preise und Profite. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(27/28): 1274-5.



Risikoausgleich und Managed Care – Editorial von Yves Guisan, Vizepräsident der FMH [1]

Wir gehen mit Ihnen einig, dass die Verbesserung des Risikoausgleichs überfällig ist [1], dass eine bessere statistische Messung der Morbidität beim Risikoausgleich, aber auch weit darüber hinaus, von grossem Nutzen wäre. Beispielsweise brächten eine fairere und objektivere Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Ärzten und die Vermeidung unnötiger, weil unbegründeter Verfahren für beide Seiten eine Erleichterung.

Dissens zeichnet sich nur dort ab, wo Sie alle Versicherer in denselben Topf werfen. Es gibt auch und gerade unter den Versicherern, und zwar sowohl bei den Zahlern als auch bei den Empfängern von Risikoausgleichsgeldern, solche, die sich seit über zehn Jahren dezidiert für eine Verbesserung des Ausgleichs einsetzen. Typischerweise sind es diejenigen, welche schon sehr früh auf Managed Care gesetzt haben, denn auch das ist richtig: Managed Care und Risikoausgleich sind enger miteinander verbunden, als gemeinhin wahrgenommen wird [2].

So hat beispielsweise die CSS heute praktisch alle sogenannten Pioniermodelle im Bereich von HMO und mehrere Hausarztnetze unter Vertrag und entwickelte in enger Zusammenarbeit mit den dortigen Ärzten innovative und faire Entschädigungsverfahren. Das so von beiden Partnern entwickelte Wissen könnte schon seit Jahren nutzbringend zur Verbesserung des Risikoausgleichs eingesetzt werden, sobald der Nationalrat seinen Widerstand in dieser Frage aufgeben würde. Nationalräte wie Sie lassen zumindest hoffen, dass das eines Tages der Fall sein wird.

*PD Dr. Konstantin Beck
Margot Beck-Zeller, MBA
CSS Versicherung*

- 1 Guisan Y. Risikoausgleich und Managed Care. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(20):871.
- 2 Beck K. Wettbewerb in der Krankenversicherung: Schlagwort oder Realität? Schweiz Ärztezeitung 2005;86(20):1228-31.



Gewaltige Irritation von Befürwortern der Antitabakkampagne

Stellungnahme des Verfassers des Artikels «Werden die Raucher zu einer schützenswerten Minderheit?» [1]

Nachdem der Präsident der Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz mitgeteilt hat, dass er es nicht schaffte, meinen Beitrag zur Antitabakkampagne zu Ende zu lesen [2], ist es wohl höchste Zeit für eine Stellungnahme des unverschämten Schreiberlings, der die präventive Wirkung der Antitabakkampagne in Frage zu stellen wagte. Er wies auf die Schwachpunkte einer «Forschung» mit Hilfe von Fragebogen und auf die Mängel der Todesursachenstatistik und der Spekulation mit der Zahl von «Zigarettentoten». Er machte bei den Angaben über die Gesundheitskosten auf die Kosten durch die noch unheilbaren Alterskrankheiten aufmerksam. Schliesslich kritisierte er die Einäugigkeit und den totalitären Beigeschmack der Antitabakkampagne.

Wenn drei Monate nach der Publikation der irritierenden Meinungsäusserung sechs Unterstützer der Antitabakkampagne auf sieben Seiten der Ärztezeitung den Präventionskritiker für einen «unwürdigen akademischen Lehrer» halten, der verleumderischen Unterstellung, der Führung einer Pro-Tabak-Kampagne und des Zynismus bezichtigen, bedeutet dies für die Redaktion der Ärztezeitung einen Riesenerfolg. Die mächtige Reaktion weist darauf hin, dass der kurze Beitrag einige Körner Wahrheit enthält, die für die Präventionsgläubigen nicht existieren dürfen, weil sie ihre Ideologie erschüttern könnten.

Der Vorwurf, den bedauernswerten Sigmund Freud mit seinem Raucherschicksal nicht erwähnt zu haben, ist berechtigt. Weshalb gab er trotz diagnostiziertem Mundhöhlenkarzinom das Zigarrenrauchen nicht auf? Der geniale Freud war nicht nur ein Opfer der Kokain- und später der Nikotinsucht, sondern vor allem das Opfer des Umstandes, dass ihm die heutigen Kenntnisse über die Art und Weise des Funktionierens des Gehirns als Sitz von Geist und Seele

und deren Krankheiten noch fehlten. Deswegen hatte Freud freie Hand, mit messianischem Eifer ein wunschdenkerisches, simplizistisches Gebäude der menschlichen Seele zu konstruieren und alles aus einem Punkte, dem Unbewussten, kurieren zu wollen. Der Erfolg war gewaltig, bröckelt nun aber unaufhaltsam.

Zur Enttäuschung der aufgebrachtten Vertreter der Antitabakkampagne muss ich noch mitteilen, dass ich weder zu den Professoren Atteslander und Rylander noch zu Tabakproduzenten und zur Tabakindustrie Kontakt habe und niemanden zum Rauchen animierte. Aber ich halte nichts von totalitären Präventionskampagnen, geniesse wohlriechenden Tabakrauch von Pfeifenrauchern und freue mich, dass Helmut Schmidt trotz seiner Kettenraucherei 88jährig ist und den Verstand nicht verloren hat. Abschliessend hoffe ich, dass die Empörung auf sieben kostbaren Seiten der Ärztezeitung den einen oder anderen Leser dazu motiviert, meine kurze Meinungsäusserung zur grimmig aufgezogenen Antitabakkampagne sine ira et studio zu lesen und sich vielleicht sogar über den politisch nicht korrekten Inhalt zu freuen.

Prof. Dr. med. M. Geiser, Wabern

- 1 Geiser M. Werden die Raucher zu einer schützenswerten Minderheit? Schweiz Ärztezeitung 2006; 87(11):460-1.
- 2 Kälin P. Fragwürdige Verharmlosungen, unzulässige Argumentationsmuster. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(27/28):1261.



Das schweizerische Gesundheitswesen ist mehr als nur Kostenverursacher

Nun wissen wir es genau: Die im Auftrag der Vereinigung Pharmafirmen (Vips) erstellte Infrastudie belegt, dass die Wertschöpfung des schweizerischen Gesundheitswesens, sprich auch Gesundheitssektor, rund 59 Mrd. Franken beträgt. Das sind 14% Anteil am BIP (Bruttoinlandsprodukt). Eine eindruckliche Zahl, wenn man bedenkt, dass immer nur von den Kostenverursachern die Rede ist. Die Zahlen basieren auf Daten aus dem Jahre 2002 und belegen, dass eben die Beschäftigungs- und Wertschöpfungseffekte dieses ach so teuren Gesundheitswesens beachtlich sind.

Diese setzen sich wie folgt zusammen: Pharma- und Medizinaltechnik 18,9 Mrd., Spitäler 15,2 Mrd., Ambulante Versorgung 12,1 Mrd., Betagte, Behinderte, Kranke 7,9 Mrd. und Verschiedene 4,9 Mrd.

Daraus geht hervor, dass die Spitäler in der Wertschöpfungsrangliste immerhin den 2. Platz belegen. In der politischen Diskussion wird leider vielfach nur von der Kosten- nicht aber von der Wertschöpfungsseite und von den erbrachten Leistungen gesprochen.

Das schweizerische Gesundheitswesen bietet gemäss dieser Infrastudie rund 525 000 Vollzeitstellen an. Das sind doch immerhin 17% der Gesamtbeschäftigung. Davon sind die Spitäler mit 144 000, oder beachtliche 27%, beteiligt. Der Gesundheitssektor ist also nachweislich eine wichtige Säule für Wirtschaft, Arbeitsmarkt und Einkommen. Erkenntnisse, die schon früher längst bekannt waren, aber nicht zur Kenntnis genommen werden wollten. Das Hauptmerkmal der öffentlichen Diskussion von sogenannten Experten hat sich leider immer nur auf die Kostenfrage beschränkt.

Der Stellenwert des schweizerischen Gesundheitswesens müsse für die Beschäftigungslage zwingend in die gesundheitspolitischen Überlegungen miteinbezogen werden, wird in der Studie speziell erwähnt.

Wie schon bei anderer Gelegenheit ausgeführt, werden in unserem Gesundheitswesen nicht nur Kosten verursacht, sondern auch beachtliche Leistungen erbracht, die volkswirtschaftlich, wie nun belegt wurde, nicht unbedeutend sind. Segensreiche Leistungen, die von den vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dieses Gesundheitswesens, d.h. Spitälern und anderer Institutionen, tagtäglich rund um die Uhr, sonntags und werktags während 365 Tagen das ganze Jahr hindurch erbracht werden, unabhängig davon, ob man nun im Münstertal oder in Genf wohnt, reich oder arm ist.

Ich bin froh und dankbar, dass die nun vorliegende Wertschöpfungsstudie dargelegt hat, dass das schweizerische Gesundheitswesen viel mehr ist als nur Kostenverursacher. Schade, dass die anderen Aspekte bzw. Nutzeffekte dieses Gesundheitswesens nicht näher analysiert wurden, wie zum Beispiel der Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität, die Verlängerung der Lebenserwartung oder die Erhöhung der Arbeitsproduktivität. Das würde mit Sicherheit weitere positive Erkenntnisse über dieses Gesundheitswesen ergeben. Davon bin ich überzeugt. Ich hoffe, dass mit dieser Studie ein Beitrag zu den anhaltenden

gesundheitpolitischen Diskussionen geliefert werden konnte. Dass damit ein Gegenstück zu der immer wieder betonten Kostenseite des Gesundheitswesens ausgeleuchtet wurde, ist sehr erfreulich und längst fällig gewesen.

Halten wir also Sorge zu unserem, zugegebenermassen etwas teureren Gesundheitswesen, denn einmal abgebauten Standard wieder aufzubauen, das dürfte ein schwieriges Unterfangen sein.

Silvio Zuccolini, Spitaldirektor, Thisis



«myFMH» ... brrrr!

Ist denn die FMH mein, oder gehöre umgekehrt ich der Vereinigung an...? Vor allem aber: was hat sie uns damit an unkultivierter Geschmacklosigkeit vorgesetzt! Jene Verlautbarung in der Ärztezeitung von Kappeler und Hänggeli [1] war ausgezeichnet, klar und deutlich, hochschuldidaktisch ausformuliert. Und nun dieses aufdringliche, scheinbar persönliche, aber nicht unterzeichnete (!) Schreiben vom 17.7.2006: welch erbärmliche Missgeburt!

Was soll das fremdländische «my», so distanzlos auf der Ebene von «frères et cochons» anbietend, verkopuliert mit der distinguierten, sprachneutralen lateinischen Abkürzung unserer traditionellen Standesorganisation! Und dazu noch, importiert nach reichsdeutscher Manier: «Viel Spass mit myFMH» – bei uns, im Lande der FMHelveticorum (non germanicorum) heisst es «Viel Vergnügen!». Die FMH wird also zum Spassmacher ... – ein echt trister Werbespass das!

Es würde einen fast wundernehmen, in wessen gedankenloser Werberetorte diese Chimären ge-

zeugt wurden: in der Porträtgalerie der SÄZ fiel mir unter den Mitarbeitern der FMH kein solcher ... Kopf auf, dem ein derartiger Lapsus oder Fauxpas zuzutrauen wäre; um so besser! – Und falls er oder sie diese kleine Kritik als Ansporn zu verbesserter Beachtung der Zielgruppen aufnimmt, ist dem Büro trotzdem noch eine erfolgreiche Karriere zu wünschen.

Inhaltlich und sachlich betrifft mich die Angelegenheit von Dignität und Besitzstandgarantie ja wenig: ab nächstem Jahr werden diese besonderen, aber selten vorkommenden Leistungen, wenn immer angezeigt, auch weiter erbracht und auch in Krankengeschichte und Abrechnung datenkorrekt aufgeführt (als Wahrheit und ganze Wahrheit – sonst wäre es Urkundenfälschung), aber dann einfach mit 0,00 taxiert; genau gleich wie bei den Laboruntersuchungen ohne Qualitätskontrolle oder bei Physiotherapien. Es wird also weiter der Augenfundus gespiegelt, ein Nasenbluten vorn und hinten tamponiert, eine Leitungsanästhesie gesetzt, die Prothrombinzeit bestimmt, eine TENS-Elektrotherapie appliziert; und die Vergütung über den entsprechenden Zeitaufwand für «Allgemeine Grundleistungen» ist durchaus hinreichend – oder ist in gewissen Fällen sogar noch besser.

Hans R. Schwarz, Allg. Med., Porto Ronco

- 1 Kappeler O, Hänggeli C. Wie kann ich Besitzstandleistungen weiterhin abrechnen? – Eine Kurzanleitung. Fortbildung für Besitzstandleistungen. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(18):768-771.

Anmerkung der Redaktion: Wir möchten unsere Leserschaft darauf hinweisen, dass sich Jacques de Haller, Präsident der FMH, im Editorial der letzten SÄZ (Nr. 31/32) zu Sinn und Zweck von myFMH geäußert hat. Wie alle SÄZ-Artikel ist der Beitrag online abrufbar unter www.saez.ch → Archiv.