

# Courrier au BMS

## Vorteile des Anordnungsmodells

Brief zu: Seifritz E. Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems». Schweiz Ärztztg. 2019;100(15):540–1.

Herr Erich Seifritz behauptet, dass die Zulassung von Psychologischen Psychotherapeuten zur Grundversicherung zu einer schlechteren Versorgung und zu höheren Kosten führen würde und nicht im Sinne der Patienten sei. Im Folgenden will ich an einem Beispiel darlegen, dass diese Sichtweise zu pauschal ist und der Sache nicht gerecht wird. Es geht um die ambulante Psychotherapie bei Personen mit einer Suchtmittelproblematik. Dass diese Personen aus Scham relativ spät in ambulante Behandlung gehen, ist unumstritten. Oft machen sie diesen Schritt erst, wenn ihre Arbeitsstelle oder Beziehung in Gefahr ist. Diese Menschen sind häufig knapp bei Kasse und suchen, wenn überhaupt, eine kostengünstige Behandlung über Krankenkasse bei einer Fachperson, die sich bei diesen Problemen auskennt. Sie finden oft keinen Psychiater, es stünden aber Psychologische Psychotherapeuten zur Verfügung, die jedoch oft nicht über die Grundversicherung abrechnen können. Wäre dies möglich, könnte die ambulante Behandlung rasch und unkompliziert begonnen werden, und somatische Folgeerkrankungen und Hospitalisierungen könnten vermieden werden. Diese sind teuer und stellen für den Betroffenen und seine Angehörigen einen grossen Eingriff dar. Bezüglich Alkohol belasten die Kosten stationärer Behandlungen die Grundversicherung mit ca. 405 Mio. Franken jährlich rund 2,5-mal mehr als die ambulanten.

Eine Reduktion dürfte auch bei den übrigen volkswirtschaftlichen Kosten anfallen wie Arbeitsausfall, verminderte Lebenserwartung u.a., die derzeit bezüglich Alkohol bei total 4,22 Mia. Franken pro Jahr liegen und die von der Solidargemeinschaft getragen werden. Analoge Überlegungen gelten auch für andere psychische Störungen: Je früher sie behandelt werden, desto eher können ungünstige, teure Entwicklungen verhindert und die Betroffenen und Angehörigen entlastet werden. Erwähnt werden müssen aber auch diejenigen Personen, welche ambulant behandelt werden, jedoch zurzeit nicht über die Grundversicherung laufen: Personen verschiedener Fachstellen, Selbstzahler, Zahlung über Zusatzversicherung. Hier würde eine Kostenverlagerung entstehen, bei der u.a. die Kantone und Zweckverbände weniger zahlen müssten. Unter dem Strich resultiert bei den Krankenkassen einerseits eine Kostenzunahme, an-

dererseits aber auch eine Kostenreduktion. Was schlussendlich überwiegt, ist unsicher. Die gesellschaftlichen Gesamtkosten dürften jedoch infolge des erwähnten früheren Behandlungsbeginns etwas zurückgehen.

Sind Psychologische Psychotherapeuten geeignet, solche Behandlungen durchzuführen? An der Entstehung dieser Störungen sind biologische, psychologische und soziale Faktoren beteiligt. Für die Behandlung sind jedoch bei der Mehrzahl der Betroffenen psychologische Methoden relevant, Methoden, die das «Kerngeschäft» beim psychotherapeutischen Vorgehen betreffen und die in der Psychotherapieausbildung zentral sind. In bestimmten Fällen sind Medikamente in unterstützendem Sinne angebracht, sie alleine bewirken jedoch noch keine Verhaltensänderung. Deshalb ist die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachdisziplinen wichtig und sinnvoll.

*Prof. Dr. phil. Martin Sieber, Zollikon*

## Wir sind selber schuld

Brief zu: Mayer R. Les experts de Monsieur Berset. Schweiz Ärztztg. 2019;100(15):545.

Den Leserbrief von Dr. R. Mayer mit der Anekdote über den Preisüberwacher Stefan Meierhans (welcher über die Kosten der «Glaucom»-Operation referiert, aber «Katarakt»-Operation meint) habe ich schmunzelnd gelesen, nur: Wir Ärzte sind selber an diesen Umständen schuld. Grosse Teile der Bevölkerung sind durch die Prämien der Krankenkassen erheblich belastet, aber wenn unser Präsident dies verniedlicht [1] und es der Mehrheit der Ärzte ohnehin hundewurst ist, so nimmt sich eben die Politik des Problems an und lässt inkompetente «Experten» darüber entscheiden, welche Operationen ambulant und welche stationär ausgeführt werden sollen, wie unsere Leistungen zu honorieren sind und ob ein Globalbudget einzuführen sei usw.

Es ist allen bewusst, dass es entbehrliche Untersuchungen und Behandlungen gibt, aber wir lassen uns vorhalten, sie umfassten 20% bzw. verursachten Kosten von 7 Milliarden, und alles, was wir zustande bringen, sind zaghafte Aufrufe zu Choosing wisely. Die Fachgesellschaften investieren Tausende von Arbeitsstunden [2] in das Feilschen um TAR-MED und TARDOC, jedoch keine einzige Stunde in ein Überprüfen von diagnostischen und therapeutischen Indikationen, was auf freiwilliger Basis möglich und wirksam wäre.

Je länger sich die Ärzte aus der Sorge um die Gesundheitskosten abmelden, desto mehr werden Pseudoexperten zum Schaden des Gesundheitswesens wursteln.

*Dr. med. Daniel Bracher, Gümligen*

- 1 Schlup J. Prämiementwicklung bereitet weniger Menschen Sorge. Schweiz Ärztztg. 2017;98(36):1129.
- 2 Stoffel U. TARDOC ante portas! Schweiz Ärztztg. 2019;100(17–18):603.

## Das Gezerre am Lebensende

Brief zu: Porz R. Paradigmenwechsel in der Ethikausbildung. Schweiz Ärztztg. 2019;100(17–18):630.

Sehr geehrter Herr Porz

Mit grossem Interesse und zunehmender Besorgnis habe ich Ihr «Zu guter Letzt» gelesen. Zu Recht freuen Sie sich darüber, dass die SAMW in ihren Empfehlungen die Ethik aufgewertet hat. Das ist gut so. Was mich mit Besorgnis erfüllt, ist der Ton Ihrer Ausführungen. Ich vermisse darin den Respekt und die Demut. Dies sind ethische Werte, die notwendig sind im Umgang mit schwerkranken Patienten und die, wie ich aus eigener Erfahrung sagen kann, in aller Regel von allen Beteiligten geachtet werden, die an den Rundtischgesprächen mit schwerkranken Patienten und ihren Angehörigen teilnehmen, seien es betreuende Pflegepersonen oder klinisch beteiligte Ärzte/-innen aller Spezialitäten. Sie sehen, mit Ihrem zweiten Punkt, «Die Kerninhalte der Ethikausbildung sind für alle Gesundheitsberufe gleich», bin ich voll und ganz einverstanden. Was mich ärgert, ist die Herablassung, mit der Sie den klinisch tätigen Kollegen/-innen begegnen, die seit Jahrzehnten an Spitalbetten, auf Intensivstationen und anderswo schwierige Gespräche führen. Sie sprechen uns «ethische Fachkompetenz» ab! Ethische Aspekte gehören wie psychoonkologische, komplementärmedizinische und palliativmedizinische Aspekte zu jeder ärzt-

## Lettres de lecteurs

Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide. Sur notre site Internet, vous trouverez un outil spécifique pour le faire. Votre lettre de lecteur pourra ainsi être traitée et publiée rapidement. Vous trouverez toutes les informations sous: [www.bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre/](http://www.bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre/)

lichen Entscheidung in der klinischen Onkologie. Sicher gibt es in diesen Bereichen Verbesserungspotential. Aber es gilt, die Patientin ins Zentrum zu stellen. Die möchte nämlich in erster Linie ein ärztlich-pflegerisches Team, zu dem sie Vertrauen hat. Und sie leidet manchmal an der Fragmentierung der Betreuung, an zu vielen Terminen und zu vielen Bezugspersonen. Sie leidet an unserem «Gezerre»! Wenn jetzt noch die Ethiker miteinbezogen werden sollen in den klinischen Entscheidungsprozess, dann ist es unabdingbar, dass diese Fachpersonen nicht in erster Linie an sich selber, ihre Projekte und ihre Institute denken, sondern kommunikationsbereit und kompromissfähig, respektvoll und demütig sind, im Interesse unserer Patienten. Von einem Paradigmenwechsel, der ja nach Ihren Ausführungen durch die Inkommensurabilität charakterisiert ist, kann keine Rede sein. Dies würde ja implizieren, dass bisher noch nie ethische Aspekte in klinische Entscheidungen einbezogen worden wären!

Mit freundlichen Grüßen

*Prof. Dr. med. Bernhard Pestalozzi, Zürich*

### **Die Spitalrechnung gibt immer noch zu denken!**

Brief zu: Iff H. Eine Spitalrechnung, die zu denken gibt. Schweiz Ärztezg. 2019;100(5):139–41.

Ich verdanke verschiedene Zuschriften, die ich zu meinem obgenannten Beitrag erhalten habe, bestens und komme gerne auf den einen oder anderen Punkt zurück. Ein erster betrifft die exklusive Betrachtung der Kosten für den therapeutischen Eingriff.

Ein Kollege würde auch gerne für seine Arbeit so grosszügig entlohnt werden, meint er. Die Frage ist erlaubt, die Antwort darauf für mich doch eher naheliegend. Seit langem schon wird, grosso modo, die handwerkliche medizinische Arbeit höher entlohnt als die rein «kopflastige». Zwar sollten beide Tätigkeiten im Endeffekt zu gleichen (guten) Resultaten führen und tun dies auch. Auch haben wir Ärzte und Ärztinnen uns daran gewöhnt, dass solche Einkommensunterschiede eben möglich bis selbstverständlich sind. Eine Erklärung dazu habe ich bereits vor Jahren einmal gegeben. Dies mit der These, dass sich auch im halbwegs regulierten Markt des Gesundheitswesens der Grundcharakter eines Arztes oder einer Ärztin auf die Preisgestaltung auswirkt. Die Chirurgin ist im Allgemeinen forscher, auch selbstbewusster und fordernder als zum Beispiel der Psychiater, der doch eher zurückhaltend, zögernd und vorsichtig ist. Beide leisten dabei in ihrem Bereich gute Arbeit, ihre Rechnungen unterscheiden sich somit auch auf Grund ihrer verschiedenen Charaktere. Der Hinweis auf den halbwegs regulierten Gesundheitsmarkt führt zu weiteren Gesichtspunkten, die in Zuschriften behandelt wurden. Mehrfach wurde ausgeführt, dass im Zusatzversicherungsbereich durch das Versicherungsvertragsgesetz (VVG, aktuell auf der Webseite des Bundes als von 1908, Stand am 1. Januar 2011, aufgeführt) die Höhe des Zusatzhonorars immer noch einvernehmlich geregelt sei. Dies mag auch aus der Police meiner Krankenversicherung hervorgehen. Die Ausführungen reden von «Zusätzen», die im Detail nicht beschrieben werden. Damit wird es, insbesondere für den mit dem medizinischen Aufwand nicht vertrauten Patienten, schwierig, die Zusatzhonorierung in einer

Spitalrechnung kritisch anzuschauen. Weitere Hinweise, die ich in Diskussionsbeiträgen zu sehen bekam, führen bis zur FINMA, die die Absprachen über die Höhe von Mehrwert-Zuschlägen verbietet. Damit wird die Unübersichtlichkeit in der Frage, was und wie hoch Zusätze einzuschätzen sind, zusätzlich deutlich erhöht. Dem Rechnungssteller wird quasi überlassen, die Höhe der Kosten aller Dienstleistungen zu bestimmen.

So wundert es mich nicht, dass die Zusatzkosten in der diskutierten Rechnung von 83% (KVG, SwissDRG: CHF 9527.15, VVG-Zusatz: CHF 8084.90) als niedrig bezeichnet werden. Es würden Zusätze von 75–175%, je nach Versicherungsumfang, vom Bundesgericht toleriert. Ein rein marktwirtschaftlicher Ansatz mag mich, zwar nur wenig, an der Richtigkeit solcher Entscheide nicht zweifeln lassen. Doch, wenn Zusätze als solche in Rechnung gestellt werden, sollten sie auch als solche detailliert zur Darstellung kommen. Wenn jede medizinische Tätigkeit beliebig hoch verrechnet werden kann, weiss vor allem auch der in Tariffragen nicht versierte Patient, was er für Zusätze zahlt. Ein Anrecht, das zu wissen, dünkt mich, hat er jedenfalls. Wenn im Versicherungsmarkt Zusätze angeboten werden, sollten diese in der Rechnungsstellung erkennbar ausgewiesen werden.

Gerne wiederhole ich abschliessend, was mir an dieser Spitalrechnung am meisten zu denken gibt: Sie lässt zu, dass die rein ärztliche Arbeit verschiedene Qualitätsstufen haben könnte. Und das dürfen wir, meiner Meinung nach, nicht zulassen!

*Dr. med. Hanswerner Iff, Bern*