



Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztegesellschaft **Baselland** und der Medizinischen Gesellschaft **Basel**

<http://www.aerzte-bl.ch>

<http://www.medges.ch>

Leitartikel

Mental Health – ein Wirtschaftsfaktor

Gekürzte Version eines in der NZZ vom 6.2.2003 erschienenen Artikels

Von Dr. med. Heiner Lachenmeier, Präsident der FMPP, des Dachverbandes der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGP) sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie

und Psychotherapie (SGKJPP); hlachenmeier@hin.ch

Unbehandelte psychische Erkrankungen verursachen neben grossem Leid auch beträchtliche volkswirtschaftliche Einbussen. In der ambulanten und stationären Ver-

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

- **Gesundheit muss bezahlbar bleiben – aber nicht so!** 4
- **Rauchen ruiniert Schönheit** 6
- **Lehrlingsausbildung: ein Gebot der Stunde** 8
- **Faire Pauschalabgeltungsmodelle: Thurgauer Morbiditätsindikator** 10
- **Die Psychoanalyse, die Forschung und die Praktiker** 12
- **Geriatric, was ist das?** 15
- **TarMed-Info** 16
- **Aus dem Vorstand BL** 16
- **Aus dem Vorstand BS** 18

Editorial

Die aktuelle Ausgabe der Synapse enthält wie gewohnt eine Anzahl von Beiträgen, die sich eingehender mit wirtschaftlichen Aspekten unseres Arztberufes befassen:

In seinem Leitartikel «Mental Health – ein Wirtschaftsfaktor» antwortet Heiner Lachenmeier auf das Faktum beunruhigender Versorgungslücken im Mental-Health-Bereich mit seinem Entwurf abgestufter Massnahmen, denen volkswirtschaftlich gesehen ein hoher Spareffekt zukommen könnte. Wenn es kluger Politik gelänge, die Bereitschaft zur Kooperation zwischen den Fachbereichen Psychiatrie und Psychotherapie, Hausarztmedizin und Psychologie zu fördern, liesse sich die Mental-Health-Versorgung in unserem Land deutlich verbessern. Es versteht sich, dass Zulassungsstop und Aufhebung der Vertragsverpflichtung im Mental-Health-Bereich eine den Bedürfnissen der psychisch und psychosomatisch leidenden Bevölkerung diametral entgegengesetzte Realität schaffen würden.

Der Kongressbericht über die internationale Basler Forschungstagung «Die Psychoanalyse, die Forschung und die Praktiker – Ergebnisse, Folgen, Aussichten» weist auf einen erfreulichen Mental-Health-Bereich hin, nämlich auf messbare Effekte hochfrequenter Langzeittherapien, welche laut umfangreichen Nachuntersuchungen überraschend häufig die Minderung von Symptomen bis zur Wiedererlangung von Arbeits-, Beziehungs- und Genussfähigkeit bewirkt haben, längerfristig also die Reduzierung von Gesundheitskosten. Die folgende Formel ist daher richtig: hochfrequente Langzeittherapien wären ein Wirtschaftsfaktor mit hohem Sparpotential. Die aktuellen Artikel über den Thurgauer Morbiditätsindikator TMI zeigt indessen, dass auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens Optimierungsmöglichkeiten und Sparpotential gründlich ausgelotet werden. Wenn der gesundheitsökonomische Diskurs dabei von Wirtschaftlichkeit, Budgetverantwortung oder noch sachlicher von verbesserter Transparenz der Strukturen und Abläufe spricht, zeigt der

Rotstift jeweils mit stereotyper Selbstverständlichkeit auf ... uns Ärztinnen und Ärzte!

Eher beruhigend also, dass das ärzteigene Trustcenter beider Basel, die Syn-data AG, unsere ärztliche Tätigkeit dank eigener Daten nachvollziehbar machen wird. Durch die bald erreichbare Datenparität werden ärzteigene Daten zusätzlich zu den Daten der Kostenträger als Basis für die gesundheitspolitische Diskussion zur Verfügung stehen. Dies wird es allen Beteiligten möglich machen, unser ärztliches Sparpotential realistischer zu beurteilen. Es ist wohl denkbar, dass besagter Rotstift, von der gesundheitspolitischen Korrosion der letzten zwanzig Jahre bald befreit, sich auch vermehrt auf seine ursprüngliche Beweglichkeit besinnen wird. Diese umfasst die ganzen dreihundert-sechzig Grad des Kreises.

Dr. med. Benjamin Pia,
Psychiatrie und Psychotherapie FMH,
Basel

sorgung bestehen bedenkliche Engpässe, die sich in den nächsten Jahren noch akzentuieren werden. Durch eine Aufteilung in «kurzfristig-antiepidemische» Massnahmen und in die mittelfristige Förderung der notwendigen, spezifischen Versorgungsstrukturen könnten die Kräfte gebündelt werden. Dazu sind auch politische Entscheide notwendig.

Zurzeit präsentieren verschiedene Seiten Überlegungen zum Gesundheitswesen, z.B. die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, Credit Suisse und politische Parteien. Der Bereich Mental Health wird dabei meist nur marginal berührt. Löbliche Ausnahme bildet das Projekt «Nationale Gesundheitspolitik» von Bund und Kantonen. Dort wird die Mental Health als einer der prioritär zu behandelnden Bereiche des Gesundheitswesens behandelt.

Beunruhigende Fakten

Der Bedarf an psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen nimmt zu, und das vom jüngsten Bevölkerungsegment bis zur Psychogeriatric. Bei der berufstätigen Bevölkerung ist bereits heute ein nicht zu unterschätzender Einfluss auf die Volkswirtschaft festzustellen. WHO und ILO beziffern die unternehmerischen Kosten allein von Depressionen am Arbeitsplatz für Nordamerika und Europa auf 120 Milliarden Dollar pro Jahr. Zwei Drittel fallen auf Produktivitätseinbussen, der Rest vorwiegend auf krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheit.

Beispiel depressiver Erkrankungen

In der Schweiz kommt es jährlich zu 100 000 Neuerkrankungen, und weit über 1000 Menschen sterben durch Suizid, mehr als doppelt so viele als durch Verkehrsunfälle.

Diese epidemiologischen Zahlen machen klar, dass die 2000 Psychiater nicht alle Betroffenen behandeln können, geschweige denn alle weiteren psychisch Erkrankten. Die Hausärzte und Psychologen sind ebenfalls gefordert. Doch während die Hausärzte psychopharmakologisch bewandert sind, fehlt ihnen meist die psychopathologische und psychotherapeutische Ausbildung. Umgekehrt fehlt den Psychologen das medizinische und psychopharmakologische Wissen. Der Mangel an Psychiatern wird sich verschärfen, denn immer weniger Studienabgänger spezialisieren sich in Psychiatrie und Psychotherapie.

Wege aus dem Engpass

Es gilt angesichts dieser Lage, den «optimal auf den einzelnen Erkrankten massgeschneiderten Behandlungen» die «kurzfristig-antiepidemischen Massnahmen» entgegenzusetzen. Und es gilt, eine Strategie zu entwickeln, mittelfristig die optimale Behandlung allgemein zugänglich zu machen, wie dies in anderen Bereichen der Medizin üblich ist.

Unter antiepidemische Massnahmen fallen Initiativen wie z.B. das «Nürnberger Bündnis gegen Depression». Hier stehen die Information der Öffentlichkeit, die Sensibilisierung für das Vorliegen eines depressiven Leidens und ein niederschwelliger Zugang zur Behandlung im Vordergrund. Es werden relativ einfache diagnostische und therapeutische Hilfsmittel verwendet, die u.a. durch die Hausärzte eingesetzt werden können. Der Vorteil liegt in einer höheren Behandlungsrate und einer schnellen Breitenwirkung, die sich in der Senkung der Suizidrate sowie der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit niederschlagen.

Diesen Vorteilen stehen Nachteile gegenüber: Die Behandlungen sind relativ unspezifisch. Es besteht eine vermehrte Gefahr für Fehlbehandlungen (z.B. auf Grund von Unschärfen in der Diagnostik). Die psychotherapeutische Hilfe kann verzögert werden. Und schliesslich kann eine passive Haltung von Patienten verstärkt werden. Nicht zuletzt ist vor der Illusion zu warnen, antiepidemische Massnahmen seien auf Grund ihrer schnellen Erfolge eine ausreichende Strategie zur Bewältigung der Volkskrankheit Depression.

Mit massgeschneiderter Behandlung sind die optimal auf den einzelnen Erkrankten zugeschnittene Diagnostik, Indikation und Behandlung nach dem «state of the art»-Prinzip gemeint. Dazu gehört unabdingbar auch die psychotherapeutische Arbeit an den zugrundeliegenden Konflikten und an den Verhaltensstrukturen – eine wesentliche Arbeit für eine gute Psychiatrie. Diese kombinierte Aufgabe fällt in die Verantwortung der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Fehlende Kapazitäten, Nachholbedarf

Hausärzte sind oft die erste Anlaufstelle depressiver Patienten. Wenn mit einfachen Massnahmen wie Antidepressiva und stützender Betreuung ein guter Erfolg erreichbar ist, kommt das einer antiepidemischen Massnahme gleich. Tritt

kein schneller Erfolg ein, muss frühzeitig die Rücksprache mit dem Psychiater erfolgen, insbesondere wenn Arbeitsunfähigkeit droht. Wenn immer möglich, soll in gemeinsamen Qualitätszirkeln die Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten gesucht werden.

Psychotherapie und integriert psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen müssen durch die entsprechend ausgebildeten Fachleute erfolgen. Das sind die Psychiater sowie, für Psychotherapie, auch die qualifizierten nichtärztlichen Psychotherapeuten. Die Leistungen letzterer werden zurzeit nur im Falle der delegierten Psychotherapie durch die obligatorische Krankenversicherung vergütet.

Integrierte Behandlungen können auch durch Ärzte erfolgen, die sich psychiatrisch/psychotherapeutisch aus- und weitergebildet haben, ohne über den Facharzttitel zu verfügen. Bei chronischen Verläufen, wenn die kurativen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, sind neben den Psychiatern auch die Hausärzte unentbehrlich.

Der Bereich Mental Health wurde jahrzehntelang und weltweit als Stiefkind der Gesundheitspolitik behandelt. Eine Vernachlässigung, die zu eklatanten Versorgungsmängeln geführt hat. Gerade die Hausärzte wissen ein Lied davon zu singen, wie schwierig es ist, für Überweisungen einen Platz bei einem Psychiater zu finden. Eine Aufbauarbeit mit dem Ziel, dass jedem psychisch Erkrankten in nützlicher Zeit die optimale Behandlung zuteil werden kann, tut not.

Die Politik ist gefordert

Die Politik muss diese Problematik wahrnehmen und zügig entsprechende Entscheide fällen.

Ohne eine ausreichende Anzahl von Fachleuten und institutionellen Einrichtungen sind keine Massnahmen möglich, weder kurz- noch mittelfristig. Im Bereich der Psychiater besteht ein folgenschwerer Nachwuchsmangel, der den ungünstigen Arbeitsbedingungen, der hohen Belastung bei niedrigem Sozialprestige und den vergleichsweise schlechten Verdienstaussichten zuzuschreiben ist. Das gleiche Problem stellt sich beim psychiatrischen Pflegepersonal. Hier gilt es, deutliche Anreize zu schaffen, sowohl für die Klinik- wie für die Praxispsychiatrie.

Es müssen Wege gefunden werden, gemäss bestimmten Ausbildungskriterien die qualifizierten, nichtärztlichen Psy-

chotherapeuten (im speziellen die Fachpsychologen für Psychotherapie) durch die Krankenkassen zu vergüten. Insbesondere sind die Bedingungen in klinischer Ausbildung zu definieren. Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren muss gefördert und geregelt werden. Das bedingt neben einem Anreizsystem für gemeinsame Qualitäts-

zirkel auch die Festlegung der Entscheidungsbefugnisse anhand der unterschiedlichen Qualifizierungen. Vielleicht schafft die gegenwärtige Not-situation den notwendigen Druck, damit die Konkurrenzsituation zwischen Psychiatern, Hausärzten und Psychologen überwunden werden kann und jede Berufsgruppe ihren Platz in der Mental-

Health-Politik kooperativ einnimmt. Die Bereitschaft dazu kann durch kluge Politik gefördert werden.

Quelle: Neue Zürcher Zeitung, Ressort Inland, 6.2.2003, Nr. 30, Seite 14

Politik

Gesundheit muss bezahlbar bleiben – aber nicht so!

NEIN zur SP-Gesundheitsinitiative

Dr. med. Lukas Wagner, Präsident der Ärztesellschaft Baselland

Die Initiative der SP will mit einem Lockvogeltitel einen grundlegenden Systemwechsel zur Finanzierung des Gesundheitswesens herbeiführen. Abgesehen davon, dass mit einer Finanzierung aus der Mehrwertsteuer sowie einkommens- und vermögensabhängigen Anteilen kein Franken gespart wird, fielen gleich noch alle Sparanreize weg. Jahrelanger Einsatz der Ärzteschaft für kostengünstige Hausarztmodelle wäre vergebliche Mühe gewesen, frei wählbare Franchisen würden der Vergangenheit angehören. Das ambulante Globalbudget wäre eine zwingende Folge. Ganz nebenbei sollen weitreichende Planungskompetenzen an den Bund delegiert werden, was die regionale Spitalplanung erschweren wird und den Föderalismus gefährdet. Wir haben Wichtigeres zu tun, als diese riesige Umverteilungsübung durchzuführen, die niemandem nützt und Ressourcen bindet, die für strukturelle Reformen unseres Gesundheitswesens besser eingesetzt werden könnten.

Einführung des Globalbudgets durch die Hintertür: nein!

Werden die Gesundheitskosten derart vom Verursacherprinzip abgekoppelt und an Mehrwertsteuerprozente, Einkommen und Vermögen geknüpft, wird die Finanzierung medizinischer Behand-

lungen von politischen Faktoren abhängig, die überhaupt nichts mit Gesundheit zu tun haben. Das Gesundheitswesen könnte Spielball politischer Machtspiele werden, die völlig systemfremd sind. Da die Mehrwertsteuer ein hochpolitisches Thema ist, wäre das Gesundheitswesen bei jeder anstehenden Änderung gewollt oder ungewollt mit im Spiel. Daraus müsste sich zwingend die Forderung nach einem Globalbudget ableiten, um mit den andern durch die Mehrwertsteuer finanzierten Ausgaben im Einklang zu bleiben.

Rationierung – immer nur für die sozial Schwächsten

Die Zweiklassenmedizin würde mit dieser Initiative regelrecht herbeigerufen. Denn das vermutlich unausweichliche ambulante Globalbudget erzeugte einen immensen Spardruck, der vor allem die sozial Schwächeren treffen würde. Dies würde der impliziten, d.h. unausgesprochenen, versteckten Rationierung Vorschub leisten. Im Klartext: Nicht mehr alle Patienten könnten sich alle medizinisch notwendigen Massnahmen leisten. Im Alltag in Praxis und Spital führte das zu meist ungerechten, aber unumgänglichen Entscheidungen, die letztlich an uns Ärztinnen und Ärzten «hängen» blieben ...

Wir haben Wichtigeres zu tun!

Statt sich um Kostensteuerung, Optimierung von Behandlungspfaden, Rationalisierung, Förderung der Möglichkeiten

der modernen Informationstechnologie und Qualitätsförderung auf allen Ebenen zum Nutzen der Patienten zu kümmern, würden unglaubliche Ressourcen für die grösste bürokratische Finanzumverteilungsübung, welche die Schweiz je gesehen hätte, verschleudert. Wir haben Wichtigeres zu tun, als auf Kosten der Kranken in unserem Lande Finanzpolitik zu betreiben!