



Ist ein Dossier bei der IV, ist es meist bereits zu spät! [1]

Gerne möchte ich noch ein paar Gedanken beisteuern zum Thema der Schmerzkrankheiten und IV. Als Psychiater habe ich viele Patienten dieser Art in Behandlung, meist vom Hausarzt überwiesen, die psychiatrisch unter der Diagnose «somatoforme Schmerzstörung» laufen. Schmerzen im Muskelbereich, meist der üblicherweise autonom gesteuerten Stütz Muskulatur, besonders im Rücken (besonders obere BWS, HWS und LWS), mit entsprechenden Schmerzklagen sind das Erst- und dann oft auch weiterhin andauernde Hauptproblem. Bei genauerem Nachfragen der Vorgeschichte fielen mir immer wieder ähnliche Merkmale auf:

Hohe Arbeitsethik: Die Patienten waren gerne und sofort bereit, Überstunden auch grösserer Menge zu leisten, meist ohne entsprechendes Entgelt. Dazu gehörte auch der Rückruf aus Freitagen wegen Personal mangels. Das Faktum des «Nicht mehr Könnens» wird als tiefe Demütigung, die später einfach aus finanziellen Gründen notwendige IV-Anmeldung als endgültiger Abstieg erlebt.

Achtlosigkeit: Viele meiner Patienten bedauern schmerzlich, dass nach ihrem Ausscheiden vom Arbeitsplatz sich niemand mehr bei ihnen gemeldet hat, um nach ihrem Befinden zu fragen (oder gar einen Blumenstrauss vorbeizubringen).

Misstrauen: Besonders von seiten der Taggeldversicherungen, in letzter Zeit etwas häufiger, beklagten die Patienten als kontrollierend-misstrauisch erlebte Telefonanrufe, denen dann öfter ein entsprechender Besuch seitens eines Agenten folgte mit ähnlicher Atmosphäre des Misstrauens.

Finanzprobleme: Immer wieder beschrieben mir Patienten Probleme bezüglich Überweisungen der Taggeldversicherungen, was dann dazu führte, dass Miete, Krankenkassenprämien o.ä. nicht pünktlich bezahlt werden konnten, womit sich dann der Ruf bezüglich Zahlungsmoral verschlechterte. In einkommensschwachen Familien bestehen halt oft kaum Rücklagen, um finanzielle Engpässe zu überbrücken. Die übliche finanzielle Reduktion des Lohnes auf das Taggeldversicherungsniveau beschrieben mir manche alleinverdienenden Hilfsarbeiter als überdurchschnittlich massiv einschränkend.

Arbeitsstress vorher: In vielen Fällen beschrieben mir die Patienten, meist innerhalb der letzten zwei Jahre vorher, eine zunehmende Drucksituation am Arbeitsplatz, wie Einführung Schichtarbeit mit Schichtzeitwechsel bis dreimal pro Woche, zum Teil inklusive Nachtschicht. In dieser Zeit sei es zu einer deutlichen Verschlechterung der Arbeitsatmosphäre gekommen mit mehr Druck und Höflichkeitsabnahme seitens Vorgesetzter. Gegenüber kleinen Bedürfnissen, wie WC-Gang o.ä., habe die Toleranz massiv abgenommen. Die Kontrolle sei zum Teil bis ins WC erfolgt wegen Verdachts auf illegale Rauchpause.

Somatomedizinische Vernachlässigung: Immer wieder erlebe ich bei meinen Patienten die massive Enttäuschung, wenn ihnen die Hausärzte sagten, dass sie «nichts gefunden» hatten und der Patient aus somatischer Sicht «gesund» sei. Manchmal wurde auch eine deutliche Verschlechterung der Gesprächsatmosphäre beschrieben mit Abnahme der Höflichkeit, was besonders meinen Patienten aus östlicheren Gebieten Eurasiens auffiel. Es ging manchmal bis zur Frage, ob ich nicht einen besseren Arzt wüsste für sie, was aus Rücksicht auf entsprechende Kollegen nicht ganz so einfach zu beantworten ist.

Nichtanerkennung von Arztzeugnissen: Gott sei Dank nicht so oft berichteten mir Patienten, dass besonders Arztzeugnisse mit Teilarbeitsunfähigkeiten gar nicht akzeptiert worden seien und der Patient aufgefordert worden sei, ein anderes Zeugnis zu bringen, oder... als Arzt überfällt mich dann manchmal ein ähnliches Gefühl wie den Patienten. Das übelste Erlebnis war die fristlose Kündigung des Patienten mit sofortigem Stopp auch der Taggelder der Versicherung mit nachfolgender Mittellosigkeit. Ich hatte bisher eigentlich den Eindruck, dass Versicherungen einigermaßen neutral seien, da sie die Beiträge ja hälftig vom Mitarbeiter wie vom Arbeitgeber erhalten.

Gefühl der Hilflosigkeit: Das wiederholte Erleben eines oder mehrerer oben beschriebener Dinge führte bei meinen Patienten des öfteren zur weiteren Zunahme eines Gefühls der Hilflosigkeit, entsprechend auch zur Vertiefung der bei Schmerzen (zumindest im Hintergrund) üblicherweise vorhandenen Depression.

Medizinische Hilflosigkeit: Von der modernen Sportmedizin ist meines Wissens bekannt, wie man verspannte Muskeln durch regelmässiges intensives Training wieder weich und geschmei-

dig bekommt. Die somatische Aktivierung hat meines Wissens auch einen angenehmen antidepressiven Nebeneffekt, wenn sie nicht in einer Atmosphäre der militärischen Übung erfolgt. Die üblicherweise neunmalige Physiotherapieverordnung pro Vierteljahr wirkt dagegen wie ein Eimer Wasser gegen einen Waldbrand.

Ein Träumchen oder ein Wahn? Die oben beschriebenen Formen der angewandten Lieblosigkeit sind vermutlich bedingt gesundheitsfördernd. Mehr lindernde, ertüchtigende und ermutigende Wirkung könnte ich mir von medizinischer Hilfe vorstellen, die, physiotherapeutisch-sportmedizinisch aktivierend, vermutlich in Zusammengang mit warmem Wasser, aktiver Entspannung und entsprechend begleitender Psychotherapie stationär in drei Monaten das Ziel hätte, aus dem Patienten wieder einen ganzen Menschen zu machen. Die behutsame Rückkehr zu einem liebevoll erwarteten Arbeitsplatz, wo der Mitarbeiter nicht nur ein «leider notwendiger Kostenfaktor» ist, wäre der krönende Abschluss und die Basis einer neuen Selbstachtung unserer Patienten.

...womit wohl zwischen Humanisierung der Medizin und der (Arbeits-)Gesellschaft ein enger Zusammenhang besteht.

Dr. med. Martin Cesna, Pratteln

- 1 Danuser B, Klipstein A. Ist ein Dossier bei der IV, ist es meist bereits zu spät! Schweiz Ärztezeitung 2004;85(3):103-4.



Bedrohlicher Anstieg der Fallkosten bei den Grundversorgern im UV/IV/MV-Bereich

Angesichts des massiven Anstiegs der Kosten bei den Grundversorgern im UV/IV/MV-Bereich im Herbst 2003 warnt Kollege Pellaton vor einer Senkung des Taxpunktwertes für den UV/IV/MV-Bereich. [1]

Leider erwähnt er dabei nicht, dass die Hauptleidtragenden einer solchen Taxpunktwertsenkung nicht die Grundversorger wären, die (mit Ausnahme der Kollegen in den Wintersportgebieten) nur einen kleinen Teil ihres Einkommens aus diesem Bereich generieren. Betroffen wären vielmehr diejenigen Ärzte, die einen grossen Teil ihrer Zeit mit der Behandlung von Unfallpatienten verbringen oder viele Kinder betreuen, deren Behandlungen von der IV vergütet werden. Da die IV als Kostenträger in der Kinderpsychiatrie eine grosse Rolle spielt, wären die Kinderpsychiater, die schon heute von allen Fachgebieten am wenigsten verdienen, von einer solchen Massnahme besonders hart betroffen!

Auch die Tätigkeit als Gutachter/in für die IV würde weniger attraktiv, wenn sie schlechter bezahlt wäre. Dabei hat die IV heute schon Mühe, genügend qualifizierte Gutachter mit freien Kapazitäten zu finden, um die vielen Personen zu beurteilen, die aus psychischen Gründen neu eine IV-Rente beantragen.

Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, Uzwil

- 1 Pellaton J. Bedrohlicher Anstieg der Fallkosten bei den Grundversorgern im UV/MV/IV-Bereich. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(1/2):27-8.



Augmentation inquiétante du coût dans le domaine AA/AM/AI

Je lis dans le BMS de ce jour deux articles alarmants [1, 2] au sujet des coûts AA/AM/AI engendrés par les médecins de premier recours depuis l'introduction du TARMED.

Vous me voyez très surpris par ces informations. En effet, je ne comprends pas par quel raisonnement Monsieur Jürg Pellaton s'attache à la seule étude de la neutralité des coûts chez les médecins de premier recours. Comme le rappellent si bien les présidents de la SSMG, de la SSMI, de la SGP et de la CMRP, cette neutralité doit être considérée globalement et non par spécialités.

Je suis d'autant plus étonné que l'article reproduit ci-dessous affirme exactement le contraire:

Tarifs – La nouvelle structure sera étendu à l'assurance maladie au 1^{er} janvier 2004

Passage réussi à TARMED dans le domaine de l'assurance accident

Le nouveau système tarifaire médical TARMED a fait ses preuves dans l'assurance accident. La Fédération des médecins suisses (FMH) et les assureurs tirent un bilan positif six mois après son entrée en vigueur: les coûts restent dans la marge prévue.

La nouvelle structure fonctionne bien: c'est un signe encourageant alors que TARMED va être étendu à l'assurance maladie dès le 1^{er} janvier 2004, indiquent les deux organismes. En mai, peu de factures étaient encore établies selon le nouveau système. En novembre, le taux s'est élevé à 90%. Les coûts ont pu être maîtrisés, relèvent la FMH et la SUVA.

TARMED valorise les prestations médicales intellectuelles au détriment des actes purement techniques.

Le nouveau système tient donc compte de l'évolution moderne de la médecine, qui tend à remplacer des interventions de longue durée et compliquées par des traitements plus rapides et ménageant davantage le patient, poursuit le communiqué. Des corrections ont toutefois déjà été apportées, no-

tamment dans les instituts de radiologie. TARMED y a entraîné d'importantes pertes dans la tomographie par exemple. Des mesures compensatoires ont donc été introduites.

La FMH et la SUVA se disent convaincues que le système fera également ses preuves dans le domaine de l'assurance maladie. L'assurance accident ne représente que 7 à 10% des coûts de la santé. ATS

(Tiré du journal «Le Temps» du vendredi 19 décembre 2003, page 9)

Que croire? Il semble qu'avant de faire paraître une lettre aussi inquiétante et le commentaire, guère rassurant, des présidents cités ci-dessus, il aurait été intéressant d'avoir l'avis des assurances concernées.

Je ne doute pas qu'il y a certainement eu des interprétations erronées de certaines notions, telle celle d'urgence. Ce n'est pas le seul point qui nécessitera des éclaircissements au sein des milliers de prestations que compte le TARMED. Mais il me paraît étonnant que l'on fustige une augmentation de 8 à 12% des coûts chez des médecins qui toujours été si mal honorés par le passé et qui peuvent enfin facturer leurs prestations pour ce qu'elles coûtent, sans se sentir traités comme des sous-spécialistes.

Et je me sens d'autant plus à l'aise pour faire ces remarques que la psychiatrie n'est pas considérée comme une médecine de premier recours.

On aurait souhaité que la Commission d'évaluation commence par clarifier un certain nombre de points, comme la question des urgences et celle du temps global de la consultation, et qu'elle nous renseigne aussi sur l'évolution des 52% restant des dépenses occasionnées par les autres médecins. Ce d'autant qu'il semble bien que les coûts soient globalement maîtrisés.

Dr Bernard Scherler, Neuchâtel

- 1 de Haller J, Bauer W, Klauser P, Müller M. Aux médecins de premier recours. Bull Med Suisses 2004;85(1/2):23.
- 2 Pellaton J. Augmentation inquiétante du coût par cas chez les médecins de premier recours dans le domaine AA/AM/AI. Bull Med Suisses 2004; 85(1/2):24-5.

Replik

Ich begreife Ihre Verunsicherung, ausgelöst durch die fast zeitgleiche Publikation der MTK in der Tagespresse und die Warnung an die Grundversorger in der SÄZ, sehr gut. Viele Kollegen sind durch die scheinbar widersprüchlichen Aussagen verunsichert worden. Der Inhalt beider Mitteilungen ist aber richtig. Um dies zu verstehen, muss man das (schwer verständliche) «Konzept Fallkostenstabilisierung TARMED vom 5.12.2001» (Anhang C zum Tarifvertrag TARMED im UV/MV/IV-Bereich) studieren.

Gemäss diesem Konzept wacht im UV/MV/IV-Bereich die Assessmentkommission (AK), bestehend aus je drei Vertretern der FMH und der Versicherer, über die Fallkostenstabilität. Sie kontrolliert die durchschnittlichen Fallkosten pro Monat in den Arztpraxen einerseits sowie im ambulanten Spitalbereich andererseits. Zudem werden die durchschnittlichen Fallkosten in jeder Fachgruppe (Spezialitäten) überwacht. Diese Überwachung dauert total 18 Monate lang, d.h. bis Oktober 2004. Weichen die Fallkosten insgesamt oder in einem Bereich mehr als zwei Standardabweichungen von den berechneten durchschnittlichen Fallkosten ab, so muss die AK aktiv werden. Wenn die allgemeinen Fallkosten aller Ärzte in freier Praxis die Toleranzgrenze über- oder unterschreiten, ohne dass eine Verursachergruppe eruiert werden kann, so muss sie den Taxpunktwert anpassen. Wenn die Abweichung auf eine Gruppe von Leistungen oder Leistungserbringer zurückzuführen ist, so wird die Korrektur über ein Absenken bzw. Anheben der Taxpunktzahl der betroffenen Gruppe vorgenommen.

Die AK hat festgestellt, dass die Fallkosten bei den Grundversorgern (= Allgemeinmediziner, Allgemeininternisten und Pädiater) die Toleranzgrenze deutlich überschritten haben (bei den Allgemeinmedizinern 12% im Oktober, 13,5% im November, 18% im Dezember 2003). Also hat sie die Tarifverantwortlichen der drei Fachgruppen eingeladen, um gemeinsam die Ursachen des massiven Anstiegs der Fallkosten herauszufinden. Die Grundversorger haben die NewIndex

beauftragt, die UV/MV/IV-Rechnungen der Ärztekasse statistisch auszuwerten. Diese Überprüfung ergab fast identische Abweichungen nach oben. Als Hauptursache wurden die inkorrekte Tarifierung bei den Notfallzuschlägen tagsüber sowie die Doppelverrechnung der Zeit bei Erbringung von Extraleistungen eruiert. Die NewIndex-Statistik zeigt, dass der Fallkostenanstieg in den Kantonen sehr unterschiedlich ist. Die AK traf eine vorerst milde Massnahme, indem sie die drei Fachgesellschaften verpflichtete, ihre Mitglieder durch Aufklärung und Schulung dazu zu bringen, den TARMED korrekt anzuwenden. Sollte diese Massnahme innerhalb von drei Monaten, also bis Ende März, nicht zu einem Absinken der Fallkosten führen, so wird die AK Korrekturen bei den Grundversorgerpositionen vornehmen.

Ein grosses Problem bleibt ungelöst: Die gewollte Besserstellung der Grundversorger (und Psychiater) steht der vom Bundesrat verordneten Kostenneutralität diametral gegenüber. So wird diese Besserstellung vorerst auf die vertraglich festgesetzten Toleranzgrenzen pro Fachgesellschaft beschnitten.

Auf der anderen Seite hat die AK festgestellt, dass die Gesamtkosten der Leistungen in freier Praxis im UV/MV/IV-Bereich trotz einem Taxpunktwert von Fr. 1.– bis Ende 2003 insgesamt nicht über die Toleranzgrenze angestiegen sind. Diese Feststellung ist darum enorm wichtig, weil der Preisüberwacher und Frau Altbundesrätin Dreifuss den Taxpunktwert im UV/MV/IV-Bereich auf Fr. –.80 festlegen wollten. Zudem war es ein Wink für die Krankenkassen, dass durch TARMED mit den ähnlich berechneten Starttaxpunktwerten keine Kostenexplosion zu befürchten ist.

Fazit: 1. Die beiden Pressemitteilungen widersprechen sich nicht. 2. Mit TARMED können – zumindest in der Anlaufphase – nicht alle bisherigen Tarifungerechtigkeiten befriedigend korrigiert werden.

Dr. med. Jürg Pellaton, Tarifdelegierter der SGAM



Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW zur Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten [1]

Ein personell und beruflich hochkarätig zusammengesetztes Gremium aus Medizinerinnen, Ethikern und Juristen hat die vor zehn Jahren in gleicher Sache erlassenen eher rudimentären Richtlinien jetzt neu gefasst, ergänzt und erweitert. Sie sollen gelten für

- andauernde, komatöse Zustände aus unfall- oder krankheitsbedingt meist durch Hypoxie entstandenen Hirnschädigungen mit Übergang in einen persistierenden und schliesslich *permanenten vegetativen Status*;
- schwerste degenerative Hirnerkrankungen in Spätstadien, wie Alzheimerkrankheit, vaskuläre Demenz, usw.; und
- bei geburtsbedingten oder in früher Kindheit erworbenen Hirnschädigungen.

Während die Prognose dieser zuletzt erwähnten frühkindlichen Störungen bezüglich Endzustand längere Zeit offenbleiben muss, sind neurodegenerative Erkrankungen meist rasch progredient und führen zum Verlust praktisch aller kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, aber auch der motorischen Fertigkeiten, so dass eine vollständige Pflegeabhängigkeit entsteht, ohne dass dem Patienten, auch aus der Sicht seiner Umgebung, ein einigermaßen menschenwürdiges Dasein gewährleistet werden kann.

Und diese Pflegeabhängigkeit ist schliesslich extrem bei einem *permanent vegetativen Status*, wo nur noch ein immobiliser Corpus mit rudimentären vegetativen Funktionen, ohne jede Aussicht auf Besserung des Zustandes, vorliegt. Wenn die Richtlinien im Grundsatz 4.1 festhalten: «Im Einzelfall dürfen ökonomische Überlegungen weder zum Verzicht auf eine Massnahme noch zu deren Abbruch führen», dann stellt sich

hier die Frage nach der Angemessenheit und ethischen Schuldung dieser an sich sinnlosen Pflegeleistung.

Wohl wird unter «Patientenrechten» 2.1 festgestellt, dass die Pflicht zur Lebenserhaltung Einschränkungen unterliegt und solche aus früher erfolgten Patientenverfügungen, aus mutmasslichem Willen des Patienten, aus Zustimmung gesetzlicher Vertreter oder Vertrauenspersonen abgeleitet werden können.

Sie können aber nur im kleinen Bereich der passiven Sterbehilfe, das heisst in der Unterlassung lebensverlängernder Massnahmen, bleiben.

Woraus wird eigentlich eine Pflicht zur Pflege und Lebenserhaltung von Langzeitpatienten in permanent vegetativem, also völlig würdelosem, desolatem Zustand und bei schwerster pflegerischer und ökonomischer Belastung abgeleitet? Denn bei letztlich sinnloser Aktion darf und muss ja menschlicher und finanzieller Aufwand in die Überlegungen einbezogen werden.

Die sogenannte menschliche Würde muss auch den Pflegenden zugestanden werden, die sich meist einen sinnvolleren Einsatz wünschen, und der finanzielle Aufwand wäre – angesichts der beklagten Kostensteigerung im Gesundheitswesen – andernorts oder gar in der dritten Welt wohl nützlicher und willkommen.

Es ist ja auch erstaunlich, dass man mit Schwangerschaftsabbrüchen, das heisst Vernichtung potentiell «vollmenschlichen» Lebens, relativ locker umgehen kann, aber menschlich und gesellschaftlich keine Wege findet, derart sinnlose Last zu vermeiden und ein nur noch vegetatives, nicht mehr menschliches Leben nach gewissenhafter neutraler Beurteilung abzubrechen.

Dr. med. Armin Oberle, Lenzburg

1 Subkommission der SAMW. Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten. Schweiz Ärztezeitung 2004; 85(1/2):50-4.