

# Courrier au BMS



## Weniger IV-Rentner – ein Grund zur Freude?

Weniger neue IV-Rentner, können wir uns freuen? Die Erfolgsmeldung aus der IV-Zentrale in Bern kontrastiert mit der Tatsache der sich häufenden hängigen und abgelehnten Rentengesuche von Klienten meiner psychiatrischen Praxis. Vor 20 Jahren – ich war damals Oberarzt im hiesigen Klinikambulatorium – genügte ein seriös verfasster Arztbericht, der möglichst in seinen Schlussfolgerungen mit den aktenkundigen Feststellungen von involvierten Hausärzten, Sozialarbeitern oder anderen Betreuern übereinstimmen sollte, um einen positiven Rentenbescheid auszulösen. Heute müssen wir umfangreiche Gutachten verfassen und wie Anwälte Plädoyers vortragen, in welchen die krankheitsbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bewiesen werden muss. Dabei sind Formulierungen zu vermeiden, welche zum Nachteil des Versicherten ausgelegt werden können (z.B. er zeige während der Exploration keine emotionale Labilität oder es fänden sich keine Hinweise für pathologische Ängste!), weil im Zweifelsfalle dies gegen den Antragsteller verwendet werden kann. Gerne möchte ich mich darüber freuen können, dass aufgrund effizienter Therapieangebote, z.B. bei Schmerzpatienten, weniger Menschen aufgrund ihres Leidens erwerbsunfähig werden; leider ist die Realität anders, nur mit Mühe kriegt man eine Kostengutsprache für eine mehrmonatige stationäre Rehabilitation. Sofern noch ein Arbeitsplatz vorhanden ist, fehlt in der Regel – wohl wegen der personellen Unterdotierung in der Wiedereingliederungsberatung – ein Coaching, resp. uns Psychotherapeuten wird diese Rolle zugedacht (worüber ich mich nicht richtig freuen kann ...).

*Dr. med. Gian P. Rovelli, Chur*



## Qualitätsverbesserung durch Managed Care. Wirklich?

In der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 46/2006 erschien ein kritischer Beitrag des internistisch tätigen Kollegen Dr. med. D. Schlossberg zum Thesenpapier der FMH zu Managed Care [1] mit einer längeren Replik von FMH-Präsident J. de Haller [2]. Letzterer schrieb unter anderem, dass eines der Hauptziele von Managed Care die Qualitätsverbesserung sei und dass die kostensenkende Wirkung von Managed Care aufgrund von Zahlen bestehender Ärztenetzwerke erwiesen sei. Ich erlaube mir, dies mit einem Fragezeichen zu versehen.

In den USA ist die «aus einer Hand gesteuerte Medizin» seit den 80er Jahren etabliert und mittlerweile in bezug auf Qualität und Kosten heftig umstritten. Was die Kosteneinsparungen in real existierenden «Managed-Care-Ländern» angeht: Den internationalen Spitzenplatz an Gesundheitsausgaben führen die USA an, die Niederlande belegen Platz vier, und das bürokratisierte Gesundheitswesen Grossbritanniens «erwirtschaftet» im Haushaltsjahr 2006 ein Defizit von 250 Millionen Pfund (umgerechnet mehr als eine halbe Milliarde Franken).

Und wie steht es mit der Qualität der medizinischen Versorgung in Ländern, in denen das Gesundheitssystem auf Managed Care aufgebaut ist? Als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie interessieren mich besonders die Auswirkungen von Managed Care auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung.

Eine von der Universität Leipzig im April 2006 veröffentlichte Arbeit [3] über zahlreiche internationale Untersuchungen zu Managed Care und psychiatrischer Versorgung zeigt auf, welche unerwünschten «Auswirkungen auf die Effekti-

vität und Qualität der psychiatrischen Versorgung» zu erwarten sind. Hierzu möchte ich einige Passagen aus dieser Studie zitieren:

«... (es) besteht die Gefahr, dass das für die Krankenversicherung wesentliche Paradigma der medizinischen Notwendigkeit zu erbringender Leistungen unter Managed Care missbraucht wird, um den Zugang zu bestimmten Versorgungsangeboten zu verzögern oder ganz zu verhindern (Rosenbaum, 1997).

Dabei haben schwer beeinträchtigte und besonders vulnerable Patienten das höchste Risiko, von notwendigen Versorgungsangeboten ausgeschlossen zu werden (Mechanic & McAlpine, 1999).

Ein Beispiel dafür ist, dass schwer Kranke seltener psychosoziale Behandlungsangebote erhalten (Busch, Frank, & Lehman, 2004; Popkin et al., 1998).

... Zudem ist unter Managed Care die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass psychisch Kranke dauernd oder zeitweise keine Psychopharmaka mehr einnehmen (Ray, Daugherty, & Meador, 2003a) oder mit suboptimalen Neuroleptikadosen behandelt werden (Popkin et al., 1998).

Auch hier treten die Unterschiede am deutlichsten bei Hochrisikopatienten auf, für die eine Kontinuität der medikamentösen Behandlung besonders wichtig wäre (Ray, Daugherty, & Meador, 2003b).

... Die zwingende Einbindung von Gatekeepern beeinträchtigt zudem die Kontinuität der psychiatrischen Versorgung (Chang et al., 1998; Ray et al., 2003a), erhöht das Risiko für einen Therapieabbruch (Popkin et al., 1998) und wirkt sich insbesondere bei chronisch kranken Patienten ungünstig aus (Mechanic, 1999).»

Offensichtlich hat die Arbeitsgruppe, die das Thesenpapier der FMH «Managed-Care – Kontrahierungszwang» formulierte, solche fachlichen Einwände nicht berücksichtigt.

M.E. sollten wir die Fakten nüchtern betrachten – unvoreingenommen und ohne positives Wunschenken –, bevor ein derart folgenschwerer Systemwechsel mit öffentlichen Subventionsgeldern gefördert wird.

Für eine ungespaltene Ärzteschaft ist es wichtig, miteinander – trotz Berührungängsten und Scheuklappen – nicht nur über etwaige Nutzen, sondern auch über die nachgewiesenen Risiken

und Nachteile von Managed-Care-Systemen zu diskutieren und Fehler, die andere Länder gemacht haben, bei uns nicht zu wiederholen.

*Dr. med. Renate Hohl Melling, Zürich*

- 1 Schlossberg D. Wenn es unter den Fingernägeln juckt. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(46):1980.
- 2 de Haller J. Replik. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(46):1980.
- 3 Integrierte Versorgung und Managed Care in der Psychiatrie. Chancen und Risiken neuer Versorgungsformen und aktueller gesundheitspolitischer Entwicklungen. Quelle: VPP 2/2006. Christiane Roick, Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie. Hans-Helmut König, Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Stiftungsprofessur für Gesundheitsökonomie. [www.dgvt.de/Integrierte\\_Versorgung\\_und\\_Man.2497.0.html](http://www.dgvt.de/Integrierte_Versorgung_und_Man.2497.0.html)



### **Kriterien in der sozialmedizinischen Begutachtung – Kritischer Kommentar am Beispiel der somatoformen Störung**

In der sozialmedizinischen Begutachtung haben psychische Störungen eine wachsende Bedeutung. Häufig liegen den Bewegungsapparat betreffende Erkrankungen vor, bei denen der Gutachter den Eindruck einer erheblichen Diskrepanz von Substrat und Beschwerdebild gewinnt und eine somatoforme Störung zu diskutieren ist. Es werden nach ICD-10 mindestens zwei Jahre anhaltende multiple und unterschiedliche körperliche Symptome gefordert, für die sich keine hinreichende organische Erklärung anbietet. Eine Einschränkung sozialer und familiärer Funktionen wird verlangt. Es ist im Gegensatz zu einer manchmal vorgetragenen Annahme jedenfalls diagnostisch nicht erforderlich, eine gewisse Psychodynamik der speziell vorliegenden Störung zu definieren. – Ein EVG-Leiterteil (BGE 130 V 352) nimmt Bezug auf Kriterien, die von Foerster entwickelt worden sind [1] und in den Urteiltext in verkürzter Form übernommen wurden. Danach ist das Vorhandensein einer psychiatrischen Komorbidität, ein chronischer Verlauf und verfestigter, therapeutisch nicht

mehr wesentlich beeinflussbarer Verlauf und sozialer Rückzug indikativ für eine nicht mehr mögliche Überwindung der Symptomatik durch «Willensanspannung», so dass bei Vorliegen sonstiger sozialrechtlicher Voraussetzungen eine Invalidität anzuerkennen wäre. – Die Beurteilung wird – zumindest scheinbar – «objektiver». Doch ist zu fragen, ob diese Kriterien in ihrer praktischen Anwendung tauglich sind und wirklich in enger inhaltlicher Beziehung zu diesem Krankheitsbild stehen. Inzwischen hat die eidgenössische Rechtsprechung die genannten Kriterien auch für das Krankheitsbild der sog. Fibromyalgie übernommen (I 336/04; I 645/05). Es ist in Betracht zu ziehen: 1. Die Komorbidität kennzeichnet das Krankheitsbild der somatoformen Störung; die ICD-Leitlinien weisen auf die häufig vorhandenen emotionalen (ängstlichen und/oder depressiven) Begleitsymptome hin. 2. Es gibt allgemein anwendbare Prognosekriterien, die mehr oder weniger unspezifisch auf therapeutische Response, möglichen Krankheitsgewinn und erkennbare Chronizität abstellen. Solche Kriterien sind auf andere Störungen ebenso anwendbar: Ist z.B. eine affektive Symptomatik therapeutisch nicht oder gering respondierend, der Verlauf primär chronisch ohne Remission, durch psychiatrische Komorbidität (auch im Bereich der Persönlichkeitsstörungen) belastet, ist Skepsis berechtigt. Dimensionale Aspekte bleiben in solchen Kriterienlisten unberücksichtigt. Die Anzahl erfüllter Kriterien ist nicht oder jedenfalls nicht allein Ausdruck der klinischen «Schwere» einer Störung. – Die Diagnose als solche erlaubt im allgemeinen keine Aussagen zur Arbeitsfähigkeit; das gilt unter anderem für die beiden oben behandelten Krankheitsbilder. Die Rechtsprechung tendiert offenbar dazu, in Fällen von schwer oder nicht objektivierbaren Krankheitsbildern unspezifische Prognoseindikatoren der klinischen Medizin aufzunehmen, um anhand dieser Leitkriterien den Brückenschlag von Diagnose zur Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung zu vollziehen. Es bedarf eigener sozial- bzw. versicherungsmedizinischer Forschung, um diese Vorgehensweise zu evaluieren und gegebenenfalls alternative Kriterien zu entwickeln.

*PD Dr. Dr. Arnulf Möller, Zürich*

- 1 Foerster K. Die psychiatrische Begutachtung von Patienten mit neurotischen und somatoformen Störungen im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung. *Psychiatr Praxis*. 1993;20:15-7.
- 2 Rodriguez BF, Weisberg RB, Pagano, Bruce SE, Spencer MA, Culpepper L, Keller MR. Characteristics and predictors of full and partial recovery from generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194:91-7.



### **Hat Psychiatrie nichts mit der menschlichen Gesellschaft zu tun?**

Aus den (nicht?) einschlägigen Studien über «Gründe Betroffener, sich an einen Sterbehelfer zu wenden», die in den Niederlanden gemacht wurden, ist bekannt, dass Ablebewünsche kranker Menschen überwiegend aus einem Problem entstehen, das die Gesellschaft mit sich selbst hat und nicht anzugehen beliebt: Soweit es sich nicht um ungenügende ärztliche und seelsorgerliche Lebensbegleitung und unterlassene Palliation handelt, lässt die Umwelt solche Kranke einsam liegen, so dass sie sich als Menschen verlassen und von niemandem gebraucht etc. fühlen: kalte Schulter so lange, bis sich beim kranken Menschen der Sterbewunsch bildet. Oder: Der kranke Mensch wird so lange nicht nur nicht ernst, sondern kaum mehr wahrgenommen, bis er sich nach Auslöschung seiner Existenz sehnt. Von da an, als hätte die Umwelt darauf gewartet, wird angesichts des also gesellschaftlich induzierten Wunschs von «zu respektierender Autonomie», von «Würde» des Menschen, ja von «Ethik» geredet; die menschliche Gesellschaft erschrickt zwar nicht und zeigt keine Reue über die vorherige Nachlässigkeit, was ja zum Versuch, diese um alles in der Welt ad hoc wiedergutzumachen, führen müsste; sondern sie entdeckt nur plötzlich ihr Mitfühlen: Verständlich, sagt die Gesellschaft, dass es angesichts einer solchen gesellschaftlichen Nach- oder Fahrlässigkeit nur noch den Wunsch und die Möglichkeit gibt, ein Dasein zu beenden. (Un-)gebrauchter kranker Mensch, merke: Wenn niemand an dir Interesse hat und wenn alle dir den Rücken zuwenden, bis du dich in Verlassenheit zu hinterfragen beginnst, so erwacht in der Gesellschaft plötzlich ein erstaunliches, tiefes und menschlich-verständnisvolles Interesse an Würde und Autonomie des inzwischen «ausgereiften» Wunschs, dich von ihr und der Welt zu verabschieden. Z.B. 2006: Das Lausanner CHUV rühmt sich, über den ganzschweizerisch bestausgebauten psychiatrischen Dienst zu verfügen. An die in niederländischen Studien eingehend eruierten gesellschaftlichen und bei der normalen Krankenbegleitung liegenden Hintergründe, deren Korrektur zum Verschwinden der verursachten Sterbewünsche beitragen würde, wird anlässlich der Argumentation für die Zulassung von «Spezialinstituten» (wie Exit oder Dignitas) kein Gedanke verschwendet. Hat dieser so vor-

bildliche psychiatrische Dienst am CHUV keinen Bezug zur Gesellschaft? Und wenn nicht mehr die Psychiatrie, wer überhaupt noch?

*Peter Süssstrunk, Seewis Dorf*

- 1 Taverna E. Exit. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(7):288.
- 2 Huber M. Was tut die Psychiatrie? Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(7):283-7.



**Die ich rief, die Geister –  
werd' ich nun nicht los.**

**Schicken wir den TARMED zur Hölle**

Ein genialer Ansatz. Ein Arzttarif errechnet aufgrund betriebswirtschaftlicher Fakten. Transparent, entwicklungsfähig, gerecht. Die korrumpierenden Basartarife sollten definitiv der Vergangenheit angehören.

Aus der hehren Absicht wurde ein pervertiertes bürokratisches Monster namens TARMED. Fachgesellschaften einer in Partikularinteressen zersplitterten Ärzteschaft, kleinkrämerische Krankenkassenbürokraten und sparwütige Politiker zeugten gemeinsam ein dysfunktionales Wesen. Ein Tarif, undurchsichtig, nicht erneuerbar, unfair.

Für die Grundversorgung eine fatale Zeugung. Folgen wir den Spielregeln mit der Kostenneutralität und wenden wir den Tarif korrekt an, so verschwinden unsere Hausarztpraxen in der wirtschaftlichen Abwärtsspirale.

Reizen wir den Tarif aus, steigen die TARMED-Stunden ins Unermessliche, unsere Honorarrechnungen werden unglaubwürdig, und der Bannstrahl der Kritik wird uns vernichten.

Beenden wir dieses Trauerspiel. Die Zeit ist reif, den TARMED abzuschaffen. Werden wir diesen Geist wieder los.

*Dr. med. Martin Ruppli, Arbon*



**Der Skandal um  
die Dringlichkeitspauschale**

Liebe Kollegen

Über die heftigen Reaktionen von Euch diesbezüglich bin ich nicht erstaunt. Ich danke Euch dafür. Ich finde auch, es reicht. Die Demo vom 1. April 2006 hat mir gezeigt, dass Verhandeln mit den Behörden nichts bewirkt. Haben wir den Mut und setzen Zeichen.

Ich rufe gesamtschweizerisch alle Ärzte auf, die am regionalen Notfalldienst beteiligt sind, gemeinsam an einem Wochenende keinen Notfalldienst zu leisten. Ideal wäre sicher das Wochenende vom 1. April 2007. Aus Zeitgründen lässt sich das nicht mehr organisieren, denn die Bevölkerung sollte durch die Medien über den Streik informiert werden.

Natürlich sind auch die Ärztegesellschaften aller Kantone gefordert, und ich zähle auf deren Unterstützung. Die FMH wird uns sicher im Stich lassen. Ich bin gespannt auf Euer Echo. Mit kollegialen Grüßen

*Dr. med. Adrian Schmockler, Wallisellen*