

Briefe an die SÄZ

Jährlich über 400 Millionen Franken Missbrauch in der Invalidenversicherung?

Replik auf den Artikel von Dr. J. Jeger in der SÄZ Nr. 22/2007 [1]

Dr. med. J. Jeger, MEDAS Luzern, setzte sich in der Ausgabe vom 30.5.2007 der Ärztezeitung mit der von uns im Rahmen einer Arbeit zum Thema «Bekämpfung Versicherungsmissbrauch in der Invalidenversicherung unter besonderer Berücksichtigung der Beweissicherung vor Ort» erhobenen Schätzung in der Höhe von jährlichen CHF 400 Mio. missbräuchlich bezogenen Leistungen auseinander. Dabei kam er nach seiner Rechnungsart auf ein Missbrauchsvolumen von jährlich rund CHF 250 Mio.

Am 30.5.2007 antwortete der Bundesrat auf eine von Ständerätin Anita Fetz zum Thema eingereichte Anfrage: «Angesichts der fehlenden verbindlichen Definition, unklarer Abgrenzungen und nur spärlich vorhandener Zahlen ist eine präzise Beantwortung der Fragen der Interpellantin nicht möglich.» Betreffend unsere Schätzung von CHF 400 Mio. haben wir in unserer Arbeit – die sich im übrigen vorab mit den Begriffen zum Thema, zu den Abklärungsmöglichkeiten der IV und der Beweissicherung vor Ort (BvO) befasste – explizit erklärt, es liege in der Natur der Sache, dass betreffend Anzahl Missbrauchsfälle nur Schätzungen gemacht werden können und dass die von uns erhobenen Zahlen nicht wissenschaftlichen Anforderungen genügen. Insofern hat die Rechnerei von Dr. J. Jeger nichts Neues zum Thema beigetragen und kommt der Wahrheit nicht näher. Durch die wissenschaftliche Bearbeitung von unwissenschaftlichen Zahlen wird das Ergebnis nicht wissenschaftlicher.

Da wir von der wohl unbestrittenen Prämisse ausgehen, dass jeder im Sozialversicherungsbereich ertrogene Franken einer zuviel ist, scheint uns die Diskussion über das Missbrauchsvolumen – bei jährlich CHF 250 Mio. oder bei jährlich CHF 400 Mio. oder gar höher liegend – sekundär. Fakt ist hingegen, dass Missbrauch in unserem Sozialsystem derzeit eine gesellschaftspolitische Frage darstellt, die nicht über die oben erwähnten Zahlendiskussionen gelöst werden kann.

Neben den Begriffen (Versicherungsmissbrauch, ungerechtfertigter Leistungsbezug, unrechtmäs-

siger Leistungsbezug und ungerechtfertigter Leistungsausrichtung) sind auch verschiedene Fragen zum Thema in medizinischer Hinsicht zu klären. So werden beispielsweise die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und die Diagnosenstellungen AD (Anxiety Disorder), BO (Burnout und Boreout), CFS (Chronic Fatigue Syndrome), LSE (Low Self-Esteem), MPD (Multiple Personality Disorder), PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder), RSI (Repetitive Strain Injury), SDS (Stress Depression Syndrome), SP (Soziale Phobie) von Medizinerinnen sehr unterschiedlich vorgenommen, was schliesslich zu missbräuchlichen Leistungsausrichtungen führen kann. Uns interessiert, ob aus medizinischer Sicht Lösungsansätze zum Thema Missbrauch im Sozialversicherungsbe- reich gesehen werden.

*Reto Bachmann, Luzern
Markus D'Angelo, Bern*

- 1 Jeger R. Jährlich über 400 Millionen Franken Missbrauch in der Invalidenversicherung. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(22):950-2.



Nun ist Mut gefragt

Im Editorial der SÄZ Nr. 23 vom 6.6.2007 schreibt Franco Muggli, ZV-Mitglied, über die drei Jahre dauernde Revision des Kapitels 30 des TARMED [1]. Er beklagt die unterschiedlichen kantonalen Taxpunktwerte und die unangemessene und unzureichende Tarifstruktur. TARMED habe das Ziel, die Grundversorger aufzuwerten, nicht erreicht. Er folgert daraus, dass «nun Mut gefragt» sei, einen neuen, modern berechneten und einfacheren Tarif zu erarbeiten. Dieses Editorial weckt Unmut. Dazu folgende Klarstellungen:

1. Die schleppende Tätigkeit von TARMED Suisse ist ein Ärgernis seit Beginn an, das die FMH – selbst Mitglied dieses Gremiums – nicht in der Lage ist zu beseitigen. Ein Beispiel: Um drei vergessen gegangene, medizinisch unbestrittene Positionen zu tarifieren, waren über zwei Jahre an Schikane grenzender, zeitaufwendiger Schreibereien und Sitzungen nötig. Aufgabe von TARMED Suisse

- ist die Tarifpflege, nicht die Tarif- oder gar Gesundheitspolitik. Mit der Blockade oder Vernachlässigung der Tarifpflege veraltet die Tarifstruktur TARMED rasch.
2. Ziel von TARMED war es nie, eine bestimmte Ärztegruppe – einfach so – besserzustellen, sondern die intellektuellen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen aufzuwerten. Die als intellektuell bezeichneten Leistungen werden besser vergütet – für alle! Die technischen Leistungen der Apparatemedizin wurden zurückgestuft – bei allen! Dass den operativen Eingriffen das Attribut «intellektuell» entzogen und das Operieren zur technischen Leistung degradiert wurde, ist dem TARMED nachhaltig gelungen.
 3. Hauptschuld an der Zementierung der kantonal unterschiedlichen Taxpunktweite war erwiesenermassen die Kostenneutralität, die gemäss ursprünglichem Vertrag nach 18 Monaten ersatzlos hätte gestrichen werden sollen. Mit der Leistungs-Kosten-Vereinbarung wird die Kostenneutralität weitergeführt. Die FMH und die von den Grundversorgern dominierten kantonalen Ärztegesellschaften haben dies gegen den Willen der Spezialisten unbedingt so gewollt.
 4. Mit der zahlenmässigen Übermacht haben die Grundversorger den TARMED gegen die Bedenken der Spezialisten erzwungen. Für eine erneute Tarifübung gemeinsam mit den Grundversorgern sind die Spezialisten ganz sicher nicht mehr zu motivieren.
 5. Der TARMED hat mehrere Millionen CHF gekostet und noch viel mehr «Schweiss und Tränen» all jener, die in unzähligen Sitzungen sich damit abmühten. Anstatt nach einem neuen Tarif zu schreien, wäre es an der Zeit, rasch die anstehenden Probleme des TARMED anzupacken, was nur mit hartem Auftreten gegenüber den Kostenträgern bis hin zur Aufkündigung der Verträge gelingt. Doch dazu fehlt der Mut.
1. Le train de sénateur de TARMED Suisse est un scandale auquel la FMH – pourtant membre de cet organisme – est incapable de remédier. Un exemple: pour déterminer le tarif de trois positions manquantes, il aura fallu plus de deux ans d'échanges de lettres à la limite de la bisbille, et d'harassantes séances.
 2. L'objectif de TARMED était de revaloriser les actes intellectuels face aux actes techniques et non pas d'améliorer la situation – comme ça tout bêtement – d'un groupe donné de médecins. Les prestations considérées comme intellectuelles sont mieux rémunérées – pour tous! Les prestations techniques de la médecine recourant à des appareils sont rétrogradées – pour tous! Retirer le qualificatif «intellectuel» aux interventions chirurgicales, le fait d'opérer étant dès lors dégradé en acte technique, est une percée remarquable de TARMED.
 3. La neutralité voulue des coûts est, de toute évidence, la principale cause de la disparité des valeurs du point entre cantons et de son immutabilité. Et celle-ci, alors qu'elle aurait dû disparaître après 18 mois selon la convention d'origine, ne fera que perdurer avec les accords sur la gestion des coûts (LeiKoV). Cette neutralité, la FMH et les sociétés cantonales de médecine – dominées par les médecins de premier recours – l'ont voulue à tout prix, ignorant ainsi l'avis des spécialistes.
 4. Grâce à leur nombre, les médecins de premier recours ont pu faire passer le TARMED contre la volonté des spécialistes. Il sera pratiquement impossible de motiver ces derniers pour recommencer un exercice de tarification en compagnie des médecins de premier recours.
 5. Le TARMED a coûté plusieurs millions de francs et encore plus de «sueur et de larmes» à tous ceux qui se sont escrimés à suivre d'innombrables séances. Au lieu de réclamer à cor et à cri un nouveau tarif, il serait temps de résoudre vite les problèmes existants de TARMED en adoptant une attitude plus dure face aux prestataires de coûts, quitte à aller jusqu'à résilier le contrat. Mais la FMH n'a pas le courage de le faire.

*Dr. med. Josef E. Brandenburg,
Ressort Tarife und Honorare der FMCH*

- 1 Muggli F. Nun ist Mut gefragt. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(23):977.

Faire preuve de courage

Dans l'éditorial du n° 23 du BMS, Franco Muggli, membre du comité central, parle de «faire preuve de courage» [1]. Loin d'encourager quiconque, cet éditorial met plutôt de mauvaise humeur. Mise au point en 5 étapes:

*Dr Josef E. Brandenburg,
responsable du ressort Tarifs
et honoraires de la FMCH*

- 1 Muggli F. Faire preuve de courage. Bull Méd Suisses. 2007;88(23):977.



Nun ist Mut gefragt – zum Editorial von F. Muggli [1]

Ich bin zwar schon wieder verspätet wie die alte Fasnacht, möchte aber unbedingt meine Gratulation zu diesem Editorial loswerden.

So wollten wir es hören! Prima.

Tatsächlich bin ich auch der Meinung, dass insgesamt zwei wesentliche Dinge an die Hand genommen werden sollten:

1. Ein neuer Tarif, ganz simpel.
2. Abschaffung des KVG und Schaffung eines EGG (Eidgenössischen Gesundheitsgesetzes), das die Kantone an die Kandare nimmt und diese Auswüchse kantonaler Hoheiten eliminiert (ist ja eine Katastrophe, wenn die sich nicht einig werden können in so wesentlichen Fragen wie der Transplantationsmedizin!).

Für den Tarif hätte ich schon ein paar Ideen. Der bestände nur noch aus ganz einfachen Parametern, die immer gleich aufgebaut sind:

- Inanspruchnahme ärztlicher Leistung;
- Zuschlag für vermehrten Zeitaufwand (pro Viertelstunde, nicht pro 5 Minuten);
- Zuschlag für besondere/intensive Gesprächsführung;
- separater Tarif für alles, was mit Bürokratie zu tun hat, pro 5 Minuten, aber dann sehen unsere Verwaltungs- und Schreibtischtäter, welche Kosten sie verursachen;
- Zuschläge für alle Tätigkeiten, die mit apparativem und instrumentellem Aufwand verbunden sind. Die bisherige Nomenklatur verwenden wir dazu, welche Tätigkeit in welche Dignität fällt. Ich stelle mir vor, dass etwa fünf verschiedene Dignitäten je nach Komplexität genügen sollten.

Inkonvenienzentschädigungen für: Herumfahren, sofortige Behandlung eines Patienten, Tätigkeiten zu Unzeiten wie abends, nachts, Wochenende/Feiertage und: für Pikettzeiten (verrechenbar an denjenigen, der fordert, dass wir Notfalldienst machen müssen, also z. B. Gesundheitsdepartemente etc.).

Und das wär's dann auch schon.

Dr. med. Dietmar W. Thumm, Luzern

1 Muggli F. Nun ist Mut gefragt. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(23):977.



Une bonne nouvelle ... pour les patients

Ainsi donc, on vient d'apprendre en date du 6 mai que l'OFSP (Office fédéral de la santé publique), par l'entremise du Dr Peter Indra, sous-directeur, avait arrêté une liste de médicaments anesthésiques hypnotiques, narcotiques et sédatifs qui seraient dorénavant pris en charge par l'assurance-maladie de base pour la chirurgie ambulatoire pratiquée dans les cliniques. C'est le résultat d'une décision du Tribunal fédéral des assurances qui a obligé les partenaires à établir une liste desdits médicaments. Et on s'imagine toutes les négociations qui ont eu lieu autour de cette liste et les heures passées et les e-mails qui ont été nécessaires à cette décision et probablement toute la force de persuasion du Dr Indra!

Ainsi, trois ans après l'entrée en vigueur du TARMED, on s'est aperçu que ces médicaments ne faisant pas partie de la liste des spécialités et que, par conséquent, ils n'étaient pas à la charge des assurances. On a donc soudainement pris conscience que nos confrères anesthésistes avaient (enfin!) abandonné le marteau pour endormir les patients! Voilà donc un nouveau record à inscrire au «Guinness book»! Si cela s'était passé dans un pays du Tiers-Monde, il y a gros à parier qu'une association aurait été fondée pour s'occuper du problème et obtenir justice!

Le Tiers-Monde est déjà chez nous dans plusieurs domaines et je crains la propagation! Cet exemple montre bien, en effet, à quel point notre système de santé est devenu sclérosé, rendant impossible la moindre décision découlant du bon sens.

Nous sommes tellement préoccupés par l'application à la lettre du moindre article de règlement que nous en oublions la finalité élémentaire.

Nous avons donc fait un grand pas en avant et les assurés n'auront plus à payer ces médicaments de leur poche! A quand la suite des bonnes nouvelles?

Dr Jean-Pierre Grillet, Genève



Un exemple flagrant de violation du secret médical

La question de la garantie du secret médical est plus d'actualité que jamais maintenant que les caisses-maladie nous inondent de demandes de rapports médicaux au sujet de nos patients. Qui n'a jamais eu de doutes quant à l'étanchéité des barrières entre médecin-conseil et administration des caisses? Dans une relation de méfiance où certaines assurances mettent en doute les diagnostics des médecins et le bien-fondé des démarches thérapeutiques entreprises, il est logique que nous nous posions parfois des questions sur le respect du secret médical.

Il y a quelques jours, un de mes collègues interne a reçu la lettre suivante d'une caisse-maladie:

Notre médecin-conseil, le Dr X, a bien reçu votre lettre ... Cependant, il nous prie d'attirer votre attention sur le fait que la prise en charge par l'assurance de base des soins du médicament Rudolac est conditionnée par une limitation au sens de l'art. 73 OAMal et définie dans la liste des spécialités (LS), dont nous vous joignons une copie. Selon les éléments fournis, les raisons de la prescription de ce médicament n'entrent pas dans le cadre des indications prévues par la LS. De ce fait, nous ne pourrions pas dépasser le nombre de deux emballages de 200 ml tous les trois mois. Sur la liste jointe, il est bien précisé que «Cette limitation ne s'applique pas à la prise en charge des cas de constipation résultant d'un traitement par les opioïdes ...».

Imaginez sa surprise puisqu'il avait pris la peine d'écrire directement au médecin-conseil de ladite caisse-maladie pour l'informer que son patient, opéré d'un carcinome du rectum avec stomie colique et urétérale, souffrait de constipation chronique due à la prise quotidienne de Transtec et de MST en raison de violentes douleurs du périnée, douleurs secondaires à la migration des anses coliques dans le petit bassin, comprimant par moment le plexus nerveux du périnée. La prescription de lactulose a non seulement soulagé le patient, mais elle a aussi permis de réduire de moitié les doses d'antalgiques, diminuant nettement les coûts de traitement.

Il est clair que la demande de prise en charge financière du traitement de mon collègue n'est jamais arrivée jusqu'au médecin-conseil et que, malgré son caractère confidentiel, elle a été traitée

directement par un administrateur qui a pris sur lui d'appliquer sans autre l'article 73 en question.

Nous sommes confrontés d'une part à la suspicion de certains assureurs face à nos traitements et, d'autre part, nous avons parfois des doutes quant à leur respect du secret médical. Il est de plus en plus difficile de savoir quelles informations donner dans nos rapports médicaux. Trop peu, par prudence, et la caisse-maladie risque de refuser ou de limiter la prise en charge d'un traitement pourtant hautement nécessaire. Trop et l'information peut se retrouver dans des mains incompetentes, voire non autorisées. Il est à mon avis urgent de trouver un moyen d'enrayer cette évolution et de retrouver une collaboration franche et équitable entre médecins et caisses-maladie.

Dr Bernard Scherler, Neuchâtel



Unsinn der Meldepflicht für Psychotherapien nach KLV 2 und 3

Das Bundesamt für Gesundheit reicht Strafanzeige gegen die Krankenkasse Helsana ein, nachdem sich ein Verdacht auf Verletzung von Datenschutzbestimmungen erhärtet haben soll. Ebenfalls in die Kritik gerät die Krankenkasse CSS. Gegen die CSS sind ebenfalls zwei Strafanzeigen hängig. Nach Berichterstattung des Tages-Anzeigers vom 27. April 2007 auf Seite 4 soll die CSS überhaupt eine bemerkenswerte Interpretation von gesetzlichen Auflagen pflegen. So wird ein «Management Summary» vom 4.7.2005 zitiert: «Es sind künftig durchaus gesetzesunkonforme Ausrichtungen möglich, wo nachgewiesen werden kann, dass bei Gesetzeskonformität der Aufwand ungerechtfertigt hoch ist.» Der eidgenössische Datenschutzbeauftragte hat sich nun mit den genannten Vorfällen zu beschäftigen.

Für die psychiatrische bzw. psychotherapeutische Versorgung besteht seit 1.1.2007 eine Meldepflicht für Behandlungen, die vorwiegend psychotherapeutisch sind. Die mit der Meldung verbundene Datenvermehrung erhöht das Risiko von Verletzungen der ärztlichen Schweigepflicht und der damit verbundenen Datenschutzrichtlinien erheblich. In den Fachgesellschaften wurde mit Nachdruck auf Einhaltung der Datenschutz-

richtlinien auf der Seite von uns Ärzten hingewiesen. Zugleich werden wir aber gebeten, Kopien der Meldungen zur Sicherstellung einer evtl. notwendigen Beweisführung gegenüber zu befürchtenden und die Psychotherapie ablehnenden Behauptungen seitens der Versicherer oder des Bundesamtes für Gesundheit sorgfältig aufzubewahren. Befürchtet werden Behauptungen, die Diagnosen könnten unklar sein oder die gemeldeten Störungen ohne Krankheitswert.

Der bisherige Stand der Dinge zeigt auf, dass die geforderten Umtriebe zu einer weiteren Verteuerung führen, und dies bei der an sich im Gesundheitswesen als kostengünstig und in Hinsicht Evidenz anerkannten Psychotherapie. Die psychiatrischen Fachgesellschaften sprechen im neuesten «Informations- und Verhaltensbulletin» davon, dass «die ganze Übung vielleicht im Sand verläuft» und sich von selbst erledigt, da es klar zu Zusatzkosten ohne Spareffekt kommen wird.

Das alles ist zwar nicht neu, vielmehr bereits bestens bekannt und nur aufgewärmt. Dennoch breitet sich die illusionäre Verkennung und eine damit verbundene paranoide Haltung gerade in unseren Fachgesellschaften aus, dass mit eigenem Sammeln und Horten von Daten in einer späteren möglichen Auseinandersetzung die Schlacht quasi gewonnen werden könnte. Das ist meines Erachtens alles nicht nur Unsinn und unnötig, vielmehr äusserst schädlich. Wir sollten uns besser überlegen, wie wir heute und im Umgang mit dem aktuellen Stand der Undinge eine reife, harte und konfrontative Auseinandersetzung mit den dazu qualifizierten Partnern im Gesundheitswesen zu liefern haben, notfalls mit dem Mittel der Verweigerung und/oder Nichtbeachtung von Vorschriften. Hier haben uns die Krankenkassen im eingangs erwähnten Beispiel tatsächlich einiges voraus, denken sie sich doch Chancen aus, wenn sie den rechtlichen Raum im Gesundheitswesen innerhalb legaler Grauzonen ausloten bzw. bereits heute offensichtlich schon verletzen. Der Gipfel der Frechheiten und Verantwortungslosigkeiten besteht darin, dass darüber hinaus ohne Scham mit einer Interessenvertretung zum Wohl der Patienten argumentiert wird. Dass Gegenteiliges bewirkt wird, ist aber bereits heute schon mehr als klar. Die Krankheitsverläufe der von uns behandelten Patienten werden behindert und damit gefährdet, obwohl ein Grundwissen um die psychische Gesundheit und deren Erkrankungen als bekannt angenommen werden darf. Es fragt sich damit, ob dieses Handeln bewusst und systematisch getan wird,

das Resultat von falscher Beratung oder tatsächlich eines unglaublichen Nichtwissens der Exponenten im Gesundheitswesen ist.

Dr. med. Marcel I. Raas, Winterthur



Wenn Fliegen spinnen

Das Zauberwort für die Spinnen heisst «Netzwerk».

Die Spinnen haben damit gute Erfahrungen gemacht.

Nun haben die Spinnen eine Kampagne gestartet, Fliegen für ihre Netzwerke zu begeistern. Und siehe da, es gibt Fliegen, die sich freiwillig in die Netze begeben, ja sie sind sogar bereit, ihre Lebenszeit darauf zu verwenden, Netze spinnen zu helfen.

Das Fatale ist nur: Fliegen werden nie Netze spinnen, wohl aber Netzwerke füttern können.

Dr. med. Gaston Dunkelmann, Spiez



Noch ein Popanz

Ich beleuchtete kürzlich in dieser Zeitung das Aufkommen eines Risikomanagers im Spitalbereich [1]. Ich stellte nicht seine Daseinsberechtigung, sondern sein überhöhtes Anforderungsprofil und sein drohendes Überhandnehmen in Frage. Meine Vorhaltungen blieben ausnahmsweise völlig ohne Echo, ohne Zuspruch, ohne geharnischten Protest. Hat man mich nicht verstanden, habe ich offene Türen eingernannt, ist das Problem nicht aktuell oder was?

Nun bekommt er, der Risikomanager, einen ihm neben- oder übergeordneten Popanz beigelegt. Sein Anforderungsprofil steht in nichts hinter dem des Risikomanagers zurück. Jetzt haben wir ihn also auch in den Spitälern, den Popanz, den CEO. Er ist seit längerer Zeit in der Schweiz in Strukturen mit finanziellen, profitorientierten Aktivitäten oft anzutreffen. Er wird mit einem geläufigen Amerikanismus bezeichnet, der Chief Executive Officer. CEO kann nach Belieben übersetzt werden, semantisch wäre auch ausführen-

der Bürolistenhüptling richtig. Ohne Englisch oder Amerikanisch, sei es noch so tapsig oder prahlerisch, geht halt eh nichts mehr. Darf ich bei dieser Gelegenheit auf eine andere sprachliche Seltsamkeit hinweisen: Die Schweiz, das deutsch- und romanischsprachige Alpenland, hält eine (die dritte?) «Swiss Public Health Conference» ab und behandelt dort «Mental Health in Public Health». Zum Lachen oder beschämend, peinlich und verirrt.

Zurück zum CEO: Weil Spitäler zu Aktiengesellschaften umfunktioniert worden sind und werden und sich in dieser Form als Unternehmen fühlen und sich als solche bezeichnen, reicht ein Verwaltungsdirektor, der früher sogar nur Verwalter, Herr Spitalverwalter, hiess, natürlich nicht mehr. Warum darf er nicht zum Beispiel Geschäftsführer heissen? Man bedient sich des Vokabulars aus dem kaufmännischen Management. Man plustert sich auch, wie im kaufmännischen Sektor, dort aber üblich und unabding-

bar, auf mit leider nur scheinbar schwarzen Zahlen. Diese schwarzen Zahlen werden erreicht, wenn man die Vorgaben des Globalbudgets auf der Ertragsseite übertrifft. Das Globalbudget wird durch die Behörde entsprechend früheren Leistungen bzw. Bilanzen berechnet. Es beliebt leider niemandem, darauf hinzuweisen, dass der Staat s je nach Kanton seine 30 bis 60 Prozent der Gesamtkosten (vor Aufstellung des Budgets) übernimmt. Dieser Beitrag aus der Tasche des Steuerzahlers wird kühn als «Ertrag» verbucht. Im Gesundheitswesen sind gewisse Anleihen aus dem Jargon der Wertschöpfungsbranchen gelegentlich entbehrlich. Sie schaffen zusätzliche Kosten, Berührungsschwierigkeiten, Skepsis, Abwehr und zum mindesten Kopfschütteln.

Dr. med. Kurt Bösch, Rorschacherberg

- 1 Bösch K. Der neue Popanz. Schweiz Ärztezeitung. 2008;88(6):230-1.