

Briefe an die SÄZ



Un scotome vis-à-vis des questions éthiques

Commentaire au point de vue de
Mario Gmür, BMS n° 37 [1]

Cher Confrère,

Je vous remercie de soutenir le débat éthique qui n'a malheureusement pas, encore, lieu dans la Psychiatrie Forensique. Il existe en effet un scotome vis-à-vis des questions éthiques lorsqu'on interroge nos confrères sur la question de l'évaluation et du pronostic dans son rapport avec la thérapie psychiatrique. Cette position relève également d'une attaque de tout le bagage psychopathologique et métapsychologique que la psychiatrie a acquise – en étudiant au cas par cas les sujets qu'elle a rencontré – en plus d'un siècle de développement. Ceci pour le remplacer par des considérations de nature actuarielle, statistique et sécuritaire qui n'ont plus rapport direct avec la thérapie. C'est d'autant plus surprenant que ces confrères sont souvent prêts à reconnaître que beaucoup de sujets ayant commis des passages à l'acte illégaux ne présentent pas de pathologie mentale (au sens de notre psychopathologie).

Je crois que vous faites bien de rappeler les dangers pour la psychiatrie, forensique ou non, de ne plus soutenir une différenciation des rôles et des missions. Le risque est comme vous le dites d'engager la psychiatrie forensique dans une catégorie hygiéniste de la pratique. A quand une loi de l'hygiène psychiatrique à côté de la Loi pour tous?

Je souhaite vivement que le débat puisse continuer dans les colonnes de notre organe de communication.

Dr René Raggenbass, Psychiatre Psychothérapeute, Médecin-Chef du Service de Médecine Pénitentiaire Valaisan, Martigny

1 Gmür M. Forensische Psychiatrie und Ethik. Bull Méd Suisses. 2011;92(37):1432-3.



Das Interesse des Patienten ist primär

Replik zum Kommentar [1] auf den Artikel «Welchen Preis hat die Würde?» in der SÄZ Nr. 35/2011 [2]

Die längst fällige Grundsatzdebatte zu Preisen und Würde in der Medizin wird sich nicht so schnell erledigen lassen. Klar ist: Die finanziellen Ressourcen für die Bezahlung des Gesundheitswesens im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben sind in der Schweiz nicht knapp. Zudem: QALY haben ein inhärentes ethisches Problem: Nicht jeder, der eine medizinische Leistung benötigt, soll diese auch erhalten, ausser er bezahlt sie selber. In der verantwortungsvollen Auseinandersetzung mit dem Anliegen des Patienten finden auch Kostenerwägungen statt. QALY sind ökonomische Instrumente, welche den Qualitätsbeweis noch nicht erbracht haben. Beispiel Simvastatin versus Pitavastatin bei Personen ab 70 Jahren. Beide Medikamente senken das gefährliche LDL-Cholesterin, werden jedoch unterschiedlich metabolisiert. Bei älteren, polymorbiden Patienten mit interkurrent akuten Krankheiten sind Medikamenteninteraktionen programmiert. Diese haben einen vielfältigen Einfluss auf den weiteren klinischen Verlauf. Hat nun der QALY-Entscheid der Krankenkasse das billigere Simvastatin favorisiert, sind schädliche Medikamenteninteraktionen programmiert. Wenn der Arzt nun vergisst, Simvastatin abzusetzen, können schwere Nebenwirkungen resultieren (Nierenversagen, Rhabdomyolyse). Setzt er aber Simvastatin ab, ist der Patient durch einen Herzinfarkt bedroht. Mit diesem Beispiel wird klar, dass der Entscheid, welches Statin im Einzelfall sinnvoll sein kann, nie durch einen QALY-Entscheid ersetzt werden kann. Dazu ist die medizinische Realität zu komplex.

Das primäre Interesse, welches durch Obligationenrecht und Medizinalberufegesetz geschützt ist, ist das Interesse des Patienten. Wird dieses Interesse verletzt, drohen gesundheitspolizeiliche Sanktionen. Damit gibt der Gesetzgeber zu erkennen, dass das Interesse des Patienten gegen die Korruptierbarkeit des Indikationsentscheids geschützt werden muss. Die um sich greifende «Vertikalisierung» auf die Indikationsstellung bedeutet jedoch nichts anderes als den Einkauf des

ärztlichen Entscheids [3]: Krankenversicherer haben ein grosses Interesse daran, für den Prämienfranken möglichst wenig Rechnungen begleichen zu müssen. Weitergehende Leistungen sollen über Zusatzversicherungen gedeckt werden.

Die Frage für die Zukunft lautet demnach: Wie kann das Risiko für korruptierte Indikationsentscheide minimiert werden, wenn zunehmend patientenfremde Interessen am Gesundheitswesen Geld verdienen wollen? Die Antwort muss in der Arztkompetenz liegen. Denn nur der Arzt kann im Kontext der vielfältigen Aspekte eines kranken Menschen entscheiden, welcher der beste Indikationsentscheid im Rahmen existierender Richtlinien ist. Die Überprüfung solcher Entscheide auf ihre Validität durch unabhängige Ärzte ist der einzig gangbare Weg, um Fehlentscheide aufzudecken. Es braucht demnach für das Gesundheitswesen eine noch zu etablierende, unabhängige und professionelle Zweitmeinungskultur und unter Verwendung von Audits punktuelle Überprüfungen. Das Delegationsprinzip hat ausserhalb der Arztkompetenz keine Berechtigung. Wir sollten nicht unausgereifte Konzepte wie QALY propagieren und der Altersrationierung das Wort reden.

Dr. med. Michel Romanens, Olten

1 Müller L. Welchen Preis soll unsere Gesundheitsversorgung haben? Schweiz. Ärztezeitung. 2011;92(35):1339-41.

2 Romanens M. Welchen Preis hat die Würde? Schweiz. Ärztezeitung. 2011;92(35):1335-8.

3 www.physicianprofiling.ch/BainStudy2011.pdf



Unlautere Argumente der Managed-Care-Vorlage-Befürworter

Kommentar zum Beitrag «Unlautere Argumente der Managed-Care-Gegner» in der SÄZ Nr. 37/2011 [1]

Sehr geehrter Herr Kollege Fritsch
Bleiben Sie doch bitte sachlich und verzichten Sie auf Unterstellungen.

Abschaffung der freien Arztwahl?

Unsere Vereinigung hat nie dergleichen be-

hauptet; es wird immer Versicherte geben, die sich die freie Arztwahl leisten. Wohl aber wehren wir uns dagegen, dass derjenige, der die freie Arztwahl wünscht und deshalb bereits eine höhere Versicherungsprämie bezahlen muss, noch zusätzlich – gesetzlich festgelegt – gebüsst wird: Er muss 15% statt 10% Selbstbehalt zahlen. Falls eine Versicherung ein Sparmodell anbietet, in welchem der Versicherte gegen Prämienreduktion einen höheren Selbstbehalt in Kauf nimmt, so wie man gegen Prämienreduktion eine höhere Franchise wählen kann, ist das in Ordnung; aber ein gesetzlich verordneter höherer Selbstbehalt als Busse bis CHF 500.– ist inakzeptabel.

Zwingende Budgetmitverantwortung?

Nur wer sich in einem Netz mit Budgetmitverantwortung versichert, wird nicht (bis maximal CHF 500.–) gebüsst. Der Bundesrat und das Parlament gehen davon aus, dass sich rund 70% der Bevölkerung so versichern werden, um diese Busse zu vermeiden. Wie kann ein Arzt, der seine Praxis neu eröffnet, auf 70% der Patienten verzichten? Er ist nicht durch das Gesetz, wohl aber durch dessen Auswirkung gezwungen, in ein Netz einzutreten. Deshalb ist ja auch der VSAO nicht gegen Managed Care, sondern gegen die Vorlage mit der Busse. Als Nebeneffekt, und das verschweigen Sie geflissentlich, werden alle anderen Sparmodelle, namentlich Managed Care ohne Budgetmitverantwortung, aber auch alle Hausarztmodelle, die Sparmodelle mit telefonischer Vorberatung usw. verschwinden, desgleichen die HMO, da ja den Kassen (Übergangsbestimmung: spätestens in fünf Jahren) deren Führung untersagt wird.

Verdeckte Rationierung?

Aus meiner Feder stammte nie ein «aufgebrachtes Budget im Herbst», der Unterschied Budget und Budgetmitverantwortung ist mir bekannt. Die verdeckte Rationierung hingegen fürchte ich sehr wohl: Sie erstellen für einen Patienten zuerst ein «virtuelles» Budget und wollen danach dieses virtuelle Budget unterschreiten. Ganz abgesehen davon, dass es wohl nicht ganz so einfach ist, ein solches virtuelles Budget zu erstellen, (haben alle Diabetiker dasselbe virtuelle Budget?), wie unterschreiten Sie es denn? Doch wohl durch Verzicht, und nun wollen Sie mir weismachen, Sie wüssten immer, worauf man verzichten könne, und alle Ärzte ausserhalb der Netze wüssten das weniger gut?

Was mich weiter stört, sind Ihre Unterschlagungen.

– Sie erwähnen als Schreckgespenst den heutigen Art. 41.4.; dass dieser Artikel in der MC-Vorlage nun einfach als Art. 41 b Abs. 2 weiterlebt, scheint Ihrer geschätzten Aufmerksamkeit entgangen zu sein.

- Es besteht für die Kassen kein Kontrahierungszwang. Bilden sich in einer Stadt vier Netze, so steht es den Kassen frei, nur mit einem oder zwei davon einen Vertrag abzuschliessen bzw. die anderen unter Druck zu setzen und ihnen den kassengenehmen Vertrag aufzuzwingen.
- Spitalambulatorien können Netze gründen. Haben Sie an die Konsequenzen gedacht?
- Exklusivverträge. Die Netze dürfen Exklusivverträge mit einzelnen Spitälern und Pflegeheimen schliessen; das heisst, wenn z.B. Hirslanden dem Netz soundso viel bezahlt, weist das Netz alle Patienten Hirslanden zu. Haben Sie an die Konsequenzen gedacht? (Dass damit auch die per 2012 eingeführte freie Spitalwahl über die Kantonsgrenzen hinweg gleich wieder ausgehebelt wird, zeigt nur, wie konfus die Politiker denken.)
- Eine Konsequenz des Ganzen wird sein, dass sich nur grosse Budget-Netze behaupten können, die von Managern geführt werden, die für ihre «Führungsarbeit» bezahlt werden wollen. Das geht für mich alles nicht auf: Besserer Verdienst der Ärzte durch die Beteiligung am Gewinn der Budgeteinsparungen, zusätzliche Managerlöhne, dies bei billigeren Prämien und tieferem Selbstbehalt für die Patienten, die erst noch Mehrleistungen erhalten! Ich bin zu alt und war zu lange in diesem Metier, um an solche Wunder zu glauben.

Ich bin für effiziente Medizin, aber meine Schlüssel sind Transparenz und, darauf gestützt, überwachter Wettbewerb.

Dr. med. D. Bracher, Präsident Vereinigung für freie Arztwahl, Gümliigen

- 1 Fritschi J. Unlautere Argumente der Managed-Care-Gegner. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(37):1410.



SwissDRG und SwissResponsibility

Ethischer Verhaltenskodex als Begleitmassnahme zur Einführung des Fallpauschalensystems

Am 1. Januar 2012 werden die SwissDRG eingeführt und bringen schweizweit gültige diagnosespezifische Fallpauschalen. Auf Ebene der Tarife ist damit klar geregelt, wie die medizinischen Leistungen abgegolten werden.

Zu kurz gekommen ist jedoch die Verknüpfung der Fallpauschalen mit der

Qualität der medizinischen Leistungen. Eine solche wurde zwar in der Startphase des Prozesses in Aussicht gestellt. Bislang wurde jedoch versäumt, parallel zum System der Fallpauschalen ein adäquates System der Qualitätsmessung und -kontrolle sowie der Begleitforschung zu etablieren.

Gemäss den gesetzlichen Vorgaben (vgl. Verordnung über die Krankenversicherung, KVV, Art. 59d Abs. 1.b) müssen Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifanwendung etabliert werden. Die bisher zwischen der SwissDRG AG mit ihren spitalseitigen Partnern vereinbarten Begleitmassnahmen zur Qualitätsförderung sind jedoch zu rudimentär.

Eine dieser Massnahmen ist der Einsatz folgender Qualitätsmessungen in der Akutsomatik:

Rehospitalisationen, Reoperationen, nosokomiale Wundinfekte, Dekubitus und Sturz, Patientenzufriedenheit. Diese Messungen bilden jedoch nur einen Bruchteil des gesamten Leistungsvolumens ab und können nur einen kleinen Teil der geleisteten Qualität erfassen [1]. Zudem fehlt eine Begleitforschung, welche die Qualität der ganzen Behandlungskette monitorisiert.

Die SwissDRG enthalten somit wirtschaftliche Anreize, die zu einer Einschränkung der optimalen Behandlungsqualität führen können. Damit wird für Spitäler die Tür geöffnet, durch Abstriche bei der medizinischen Qualität Kostenvorteile zu erlangen. Es drohen unter anderem folgende Gefahren: Qualitätseinbussen, suboptimale Hospitalisationsdauer, «blutige Austritte», Leistungsverlagerungen auf vor- und nachgelagerte Leistungserbringer, Patientenselektion, Abschieben schwieriger Fälle.

Der Leistungs- und Konkurrenzdruck in den Spitälern wird sich erhöhen. Bei der Qualität der Patientenversorgung könnten Einbussen erfolgen. Der Trend zur Ökonomisierung und Kommerzialisierung der Medizin dürfte sich ausweiten. Zudem wird der administrative Aufwand vergrössert, weil Dokumentation und Kontrolle in Bezug auf Kostengutsprachen und Leistungsabrechnung aufgrund der vielen Grauzonen und des vorherrschenden Misstrauens anschwellen.

Zusammengefasst: Die Einführung der SwissDRG ist mit wesentlichen Risiken und Nebenwirkungen für das Patientenwohl verbunden – zumal die Etablierung eines adäquaten Qualitätsmessungssystems noch Jahre in Anspruch nehmen wird.

Als Gegengewicht zu diesen Entwicklungen sind ethische Grundsätze und eine klare und transparente Werteorientierung notwendig: Einerseits eine verantwortungsvolle Haltung in der medizinischen Versorgung und andererseits eine unternehmerische Ethik der Mediziner.

Unser Vorschlag: Der «Verhaltenskodex zur medizinischen und unternehmerischen Verantwortung» des Zürcher Kreises für fortschrittliches Spitalmanagement vom Mai 2010 [2] soll als zusätzliche Begleitmassnahme zur Einführung der Fallpauschalen eingesetzt und von allen Spitälern und der SwissDRG AG unterzeichnet und eingehalten werden.

Dr. rer. pol. Alphons Beat Schnyder,
Geschäftsführer Meta-Cultura Zürich
Prof. Dr. med. Ulrich Schnyder,
Klinikdirektor UniversitätsSpital Zürich

- 1 Im Kanton Zürich ist punkto Qualitätsmessung in den letzten Jahren eine umfangreiche Pionierarbeit geleistet worden. Zürcher Spitäler haben u.a. mit dem Verein Outcome und anderen Messinstituten eine Vielzahl von Qualitätsaktivitäten erfolgreich durchgeführt. Erstaunlicherweise werden diese Bemühungen und Aktivitäten auf nationaler Ebene nicht substantiell aufgegriffen, weiterentwickelt und für einen nationalen Einsatz nutzbar gemacht.
- 2 Publiziert in der SÄZ vom 29.9.2010: Schnyder AB, Schnyder U. Verhaltenskodex zur medizinischen und unternehmerischen Verantwortung der Ärzte. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(39): 1516–7.



TDAH chez l'adulte: la problématique est complexe

Cher Confrère,
Merci de votre courrier vigoureux [1] qui me donne l'occasion de vous répondre.
Jusqu'à 5 ou 6 ans en arrière, je pensais un peu comme vous que le TDAH était une construction diagnostique inepte. Puis une conférence m'a fait ouvrir les yeux: je reconnaissais certains de mes patients en l'écoutant, je comprenais pourquoi mes diagnostics ne collaient jamais tout-à-fait chez ces patients-là, je comprenais leurs plaintes sur le long cours et pourquoi les traitements psychopharmacologiques et psychothérapeutiques ne donnaient pas les résultats escomptés.

Pourquoi parle-t-on maintenant des patients TDAH adultes? Parce que notre mode de vie sociétal les révèle!

Les patients TDAH adultes ont beaucoup de ressources et de compétences et des difficultés

(qui peuvent être massives, surtout avec le mode de vie occidental).

Leurs ressources:

Une capacité de travail par moments herculéenne s'ils sont intéressés à ce qu'ils font (mais ils sont priés de ne pas faire d'heures supplémentaires!). Dans cet état on les trouve parfois «hypomanes». Ensuite il leur faudrait se reposer mais ils doivent être à leur poste le lendemain à 08h00 et n'y sont pas forcés. Ils sont alors jugés «peu fiables», «inconstants».

Un sens de la justice très aigu, ce qui les fait être jugés «râleurs».

Un besoin de diversité, de stimulation, ce qui en fait des leaders et des porteurs de causes nobles quand les circonstances s'y prêtent mais les met en situation de rupture régulière dans un environnement pauvre (bureau) ou les fait être jugés «jamais contents» par leurs proches car ils s'ennuient et, par exemple, se sentent mal en vacances sur une plage. Cela risque aussi de les amener à la consommation de toxiques dont ils ne peuvent souvent pas gérer les quantités.

Leurs problèmes:

Ils s'ennuient très vite (l'école ou formations académiques par exemple), de plus ils sont souvent «dys»(-lexiques, -phasiques, -orthographiques, etc.) et ont des résultats largement en-dessous de leur potentiel. La remarque typique dans leur carnet scolaire: «Peut mieux faire, élève intelligent qui rate sans qu'on puisse comprendre pourquoi».

De plus travailler régulièrement sur le moyen ou le long cours leur pose des problèmes car leurs neurotransmetteurs s'épuisent très vite s'ils ne sont pas en état de stress. Ils sont souvent incapables de suivre un mode d'emploi, ne parlons pas de gérer un programme d'ordinateur ou de passer un examen.

Ils manquent d'organisation d'où des difficultés quotidiennes avec les paiements, les contrats, les délais, etc.

Leur hyper-émotionnalité et leurs troubles relationnels parfois massifs (et en général involontaires) les font se trouver très souvent en situation de conflit.

Pourquoi sont-ils surreprésentés dans notre patientèle (toutes spécialités confondues)? Ils ont plus d'accidents, se soignent moins bien (pour plusieurs raisons), 75–80% ont une comorbidité psychiatrique, ils divorcent plus, les femmes ont beaucoup plus de grossesses non désirées, ils ont plus de problème de toxicomanie (y compris le tabac, pour des raisons physiologiques), ils ont des dettes, etc.

Alors si un peu (ou beaucoup, les limitations de Swissmedic pour le remboursement sont scandaleuses) de psychostimulants peut les aider à sortir de leur enfer quotidien, j'estime que c'est le devoir de la société et notre devoir de médecins de les aider à gérer leur vie dans cette société, puisqu'il est devenu impossible d'y échapper.

Il a fallu des décennies pour que les homosexuels puissent parfois faire un coming out et ils en paient très souvent les conséquences. Les TDAH, c'est pareil.

Merci de m'avoir lue, avec mes salutations amicales

Dr Adrienne Baussière, Corcelles/NE

P.S.: Deux suggestions de films qui racontent bien les TDAH: Sunshine Cleaning et Erin Brockovich.

- 1 Mastropalo A. TDAH. Bull Méd Suisses. 2011;92(30/31):1153.

Briefe

Briefe sind grundsätzlich willkommen und können veröffentlicht werden, sofern sie sich inhaltlich und formal innerhalb der in unserem Kulturkreis üblichen Anstandsgrenzen bewegen, keine für die Redaktion erkennbaren Fehlinformationen enthalten und eine Länge von 2500 Zeichen nicht überschreiten. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Auswahl, Kürzungen und Bearbeitungen vorzunehmen. Seitens der Redaktion besteht keine Verpflichtung zur Publikation. Über Briefe wird in der Regel keine Korrespondenz geführt; insbesondere muss eine Nichtveröffentlichung nicht begründet werden. Von diesen Grundsätzen kann abgewichen werden, wenn dies der Redaktion angezeigt erscheint. Das vollständige Manuskript ist an die folgende Adresse der Redaktion einzureichen, wenn möglich per E-Mail: Redaktion Schweizerische Ärztezeitung, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstr. 8, 4132 Muttenz, Tel. 061 467 85 72, Fax 061 467 85 56, E-Mail: redaktion.saez@emh.ch.