

Courrier au BMS

Replik zum Leserbrief von P. Allenspach

Brief zu: Allenspach P. «Streichung CPM-Behandlung im UVG-Tarif per 1.1.2021». Schweiz Ärztztg. 2020;101(14):498.

Kurz und bündig: Die Empfehlung der MTK bezieht sich lediglich auf die Domiziltherapie mit motorisierten passiven Bewegungsschienen (Continuous Passive Motion, CPM). Nicht betroffen hiervon sind Behandlungen mittels solcher Bewegungsschienen, welche postoperativ im Spital durchgeführt werden. Zudem steht es den Physiotherapeut*innen frei, im Rahmen ihrer Behandlungen im Spital oder in der Praxis die motorisierten passiven Bewegungsschienen einzusetzen.

Ausführungen zur entsprechenden Empfehlung der MTK:

Die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) ist nebst den verschiedensten Tarifen im Unfall-, Militär- und Invalidenversicherungsbe- reich auch für die Überprüfung von medizinischen Leistungen und Technologien gemäss den Wirksamkeits-, Zweckmässigkeits- und Wirtschaftlichkeitskriterien zuständig und gibt entsprechende Empfehlungen zuhanden der Unfallversicherer ab. Hierfür hat die MTK die ZMT als Fachstelle, welche die Beschlüsse der MTK vorbereitet, bearbeitet, ausführt und für die Verhandlungen mit den Medizinalpersonen sowie den Heil- und Kuranstalten beigezogen wird. Zusätzlich führt die MTK eine Fachstelle Medizinische Leistungen und Technologien, welche sich mit der Evidenz von Leistungen und Technologien auseinandersetzt. Der Leiter dieser Fachstelle hat sowohl grosse klinische wie auch versicherungsmedizinische Erfahrung und ist in evidenzbasierter Medizin geschult. Die Berichte der Fachstelle werden von einem Appraisal-Gremium, bestehend aus Mediziner*innen, Ökonomen, Juristen und Statistikern, diskutiert und beurteilt. Dieses Gremium berät die MTK, welche als Beschlussinstanz eine Empfehlung zuhanden der Unfallversicherer auf Übernahme oder Nichtübernahme einer Leistung oder Technologie abgibt.

Diesen mehrstufigen Prozess hat auch die Technologie der motorisierten passiven Bewegungsschienen durchlaufen.

Die Fachstelle hat die Literatur zur Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der letzten drei Jahrzehnte geprüft und dabei auch die Literatur der Medizingeräthersteller berücksichtigt. Auch neuere systematische Reviews und randomisierte Studien zeigten gesamthaft bei der alleinigen Heimtherapie

mit CPM keinen klinisch relevanten, kurz- wie auch langzeitigen Effekt auf die Beweglichkeit, den Schmerz oder die Funktion auf.

Das Appraisal-Gremium hat diese Studien, wie auch die Schlussfolgerungen der Fachstelle, sorgfältig geprüft und ist zu denselben Erkenntnissen gelangt. Darauf abgestützt hat dann die MTK die Empfehlung an die Unfallversicherer abgegeben, die Domiziltherapie der Behandlung mit motorisierten passiven Bewegungsschienen nicht mehr zu vergüten. Was die Referenzierung auf den Beschluss des Deutschen Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durch Herrn Allenspach anbelangt, so bedarf es einer Klärung. Der G-BA hat als Eckpunkt der Qualitätssicherung verschiedene Anforderungen als Voraussetzung für den Einsatz von CPM-Bewegungsschienen definiert: Es muss eine wesentliche funktionelle Beeinträchtigung eines Knie- oder Schultergelenkes vorliegen. Dabei kann eine wesentliche Verbesserung des alltagsrelevanten Bewegungsumfanges des betroffenen Gelenkes – trotz regelmässiger Massnahmen der physikalischen Therapie und der erlernten Eigenübungen – nur durch die zusätzliche Anwendung einer motorengetriebenen Bewegungsschiene erreicht werden. Zudem haben die CPM-Therapien zusätzlich zu einer regelmässigen begleitenden physikalischen Therapie in einem medizinischen Behandlungskonzept zu erfolgen.

Durch diese Ausführungen des G-BA wird deutlich, dass der Einsatz einer motorengetriebenen Bewegungsschiene eben gerade nicht als alleinige, ambulante Therapie zu Hause durch Leihabgabe eines Gerätes an einen Patienten gemeint sein kann. Genau das hat die MTK mit ihrer Empfehlung zum Ausdruck gebracht.

*Dr. med. Bruno Soltermann
Vizepräsident der MTK
Facharzt für Chirurgie
Mitglied der FMH*

Eine ernsthafte Diskussion wäre wünschenswert

Brief zu: Hoffmann S. Stationäre psychosomatische Behandlung, eine Scheinlösung? Schweiz Ärztztg. 2020;101(13):462.

Danke für diesen präventösen Leserbrief, welcher bedauerlicherweise jeglicher Empirie entbehrt und eher Fragen bzgl. der Motivation des geschätzten Kollegen aufwirft.

Unsere Patienten haben oft jahrelange Kämpfe um die Legitimation ihrer die Funktionsfähigkeit enorm einschränkenden Leiden hinter sich. Patienten mit schwerwiegenden körperlichen Distress-Symptomen sind oft nur im multidisziplinären und multimodalen stationären Rahmen erstmals adäquat, intensiv und erfolgreich zu behandeln. Hierbei ist auch eine enge Vernetzung und poststationäre Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung für eine gelingende Prognose essenziell.

Eine klischeehafte Stigmatisierung psychosomatischer Patienten ist leider pathognomonisch für Patienten mit diesen Krankheitsbildern. Dies ist aus psychodynamischer Sicht zwar erklärbar, wobei ein Blick z.B. in die aktuellen deutschen S3-Leitlinien zum Thema «Funktionelle Körperbeschwerden» [1] ausgereicht hätte, eine ernsthafte Diskussion zu führen, über bestehende Versorgungslücken nachzudenken und in einen tatsächlichen kollegialen Austausch zu kommen.

*Dr. Joram Ronel, Chefarzt und Leiter Departement für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinik Barmelweid (AG)
Auch im Namen von Dr. Isabelle Rittmeyer, Präsidentin der Vereinigung psychosomatisch tätiger Chefärztinnen und Chefärzte, und Dr. Alexander Minzer, Präsident der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM)*

1 https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001l_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2018-11.pdf

Stationäre psychosomatische Behandlung abschaffen?

Brief zu: Hoffmann S. Stationäre psychosomatische Behandlung, eine Scheinlösung? Schweiz Ärztztg. 2020;101(13):462.

Der Titel wirkt absurd, nicht wahr? – Doch genau dies fordert Kollege Samuel Hoffmann in seinem Leserbrief. Es ist ein eigenartig anmutender Rundumschlag gegen die «stationäre psychosomatische Behandlung». Man fragt sich, was soll das?

Was ist überhaupt mit stationärer psychosomatischer Behandlung gemeint? In Deutschland wird klar zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken unterschieden. Psychosomatische Kliniken sind Orte, wo stationäre Psychotherapie angeboten wird. Bei uns fehlt eine solche Trennung. Psychiatrie

sche Kliniken bieten, ausgenommen bei Notaufnahmen, in der Regel genauso psychotherapeutische Behandlungsprogramme an wie psychosomatische Kliniken, die sich explizit so nennen. Deshalb muss davon ausgegangen werden, dass der Autor die Sinnhaftigkeit von stationärer Psychotherapie generell in Abrede stellt.

Eine solch ungeheuerliche Behauptung müsste man fundierter begründen als lediglich mit der persönlichen Erfahrung. Dies auch, wenn man wie Kollege Hoffmann für sich in Anspruch nimmt, «mit allen Wassern gewaschen» zu sein. Er habe «vor Jahren» eine psychosomatische Station geleitet, danach sei er «jahrelang» in eigener Praxis tätig gewesen und schliesslich habe er zehn Jahre als Versicherungsgutachter gearbeitet. – Wie lange liegt wohl seine Leitung der psychosomatischen Station zurück? Vielleicht 20 Jahre oder auch länger. Sein Einblick in dieses Behandlungssetting ist also wahrscheinlich nicht mehr ganz aktuell.

Im weiteren, wie kommt jemand dazu, die interessante psychotherapeutische Arbeit am Patienten aufzugeben, um als Versicherungsgutachter zu arbeiten? Also weg davon, Menschen zu helfen, und – die Fronten wechselnd – stattdessen die Interessen einer Versicherung gegenüber den Menschen vertreten, denen man vorher zu helfen suchte? – Waren es mangelnde Behandlungserfolge? Waren es finanzielle Anreize? – Beides würde nicht zu einer qualifizierten Beurteilung der grundsätzlichen Möglichkeiten der stationären Psychotherapie legitimieren.

Dr. med. Walter Meili

Covid-19-Pandemie: zu den Richtlinien der SGI/SAMW

Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit aus onkologischer Sicht

Ich möchte mich bedanken für die Publikation der sehr notwendigen und gut ausgelegten Richtlinien [1].

Als Onkologe und Behandler zahlreicher Patienten im palliativen Kontext möchte ich dennoch wichtige Anmerkungen anbringen bzgl. Punkt 4 (Triageentscheidungen), insbesondere der initialen Triageentscheidungen und der Kriterien für die Aufnahme auf die Intensivstationen (Schritt 2).

Zudem möchte ich die multidisziplinäre Entscheidungsfindung bereits bei der Triage für die Intensivstationen, aber auch im Verlaufe einer intensivmedizinischen Behandlung hervorheben. Die onkologischen und hämato-onkologischen Erkrankungen sind zu

komplex und vor allem bzgl. Prognoseeinschätzung zu variabel, um ohne entsprechende Expertise durchgeführt zu werden.

In den Richtlinien (Kriterien für die Aufnahme auf Intensivstationen, Schritt 2) wird Bezug genommen auf eine Publikation aus dem Jahre 2006 [2]. Als Nichtaufnahmekriterium wird dort die *metastasierte onkologische Erkrankung* genannt. Hier gilt es, meines Erachtens, weiter zu differenzieren aus verschiedenen Gründen:

Der Hauptgrund ist vor allem die weite Prognosespanne bei formal metastasierter onkologischer Erkrankung, welche von Kuratation (im Sinne «wirklicher» Kuratation, lang andauernder Krankheitskontrolle oder Krankheitsfreiheit) bis zum raschen Ableben des Patienten reichen kann.

Ein weiterer Grund ist, dass die hämato-onkologischen Erkrankungen nicht differenziert betrachtet werden, mit all ihren prognostischen und prädiktiven Variablen (*Low grade-Lymphome, Hochdosistherapien etc.*). Zudem ist der Begriff der *metastasierten* Erkrankung in diesem Kontext nicht mehr adäquat.

Zudem haben sich die Therapiemöglichkeiten für viele Tumorerkrankungen in den letzten Jahren wesentlich verändert. Vor allem mit der Anwendung neuer Immuntherapien und zielgerichteter Therapien kann sich die Prognose nicht nur wesentlich ändern, sondern auch derjenigen der Normalbevölkerung angleichen. Vor allem die Checkpoint-Inhibitoren sind da zu nennen, welche seit 2008 zugelassen wurden und in Guidelines nicht berücksichtigt wurden und aktuell noch werden, da Langjahresdaten erst in den letzten Jahren und Monaten publiziert wurden. Viele Studien weisen Plateaus in den Überlebenskurven nach, was einer lang andauernden Krankheitskontrolle gleichkommt.

Neue Krankheitsdefinitionen fanden Eingang in die Behandlung von Patienten mit metastasierten onkologischen Erkrankungen, wie die oligo-metastasierten Erkrankungen. Wenn auch nicht unumstritten, fanden und finden diese immer mehr Berücksichtigung in den Guidelines der Fachgesellschaften. Trotz metastasierter Erkrankung kann eine lang andauernde Krankheitsfreiheit und -kontrolle erreicht werden, mittels direkter Behandlung von Metastasen.

Die genannten Beispiele und Gründe erzwingen eine rasche, aber auch kompetente Triage onkologischer und hämato-onkologischer Patienten bereits vor/bei Eintritt in die Intensivstationen mittels multidisziplinären Austauschs, welcher die fachspezifische Expertise des Onkologen/Hämatologen miteinbeziehen muss.

Ich bitte daher die entsprechenden ärztlichen, onkologischen Fachgesellschaften (SGMO, SGH), mit der SGI und SAMW eine entspre-

chend differenziertere Richtlinie für onkologische Patienten zu erarbeiten oder diese anzupassen.

Dr. med. Marco Siano, Vevey

- 1 https://www.samw.ch/dam/jcr:4c30e233-6357-4b1a-98fa-27323db77ccc/richtlinien_v2_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_ressourcenknappheit_20200324.pdf (zuletzt abgefragt am 2.4.2020)
- 2 Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ*. 2006;175:1377–81.

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Im *Tages-Anzeiger* vom 2. April 2020 wird berichtet, dass 20 000 Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonen Kurzarbeit angemeldet haben, weil sie wegen der Corona-Krise nur wenig zu tun haben. Gleichzeitig hören wir von «Médecins Sans Frontières», dass sie in Genf Einsätze leisten müssen, weil das Personal fehlt. Dies finde ich beschämend und gleichzeitig absurd. Ich rufe alle Ärzte, Ärztinnen und Pflegenden auf: Leisten Sie Hilfe in den Pflegeinstitutionen! Schreiben Sie Ihre Arbeitsstunden auf und fordern Sie die Bezahlung bei den Trägern der Heime, Gemeinden, Kantone, dem Bund ein. Ich bin überzeugt, dass die Institutionen unseres Landes uns allen dankbar sein werden und uns diese Einsätze vergüten werden. Erinnern Sie sich an die Deklaration von Genf, unser modernes Äquivalent des Hippokratischen Eides: Helfen Sie alle mit!

*PD Dr. med. Markus Schneemann,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
Infektiologie und Spitalhygiene, Chefarzt
Innere Medizin, Kantonsspital Schaffhausen*

Lettres de lecteurs

Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide via un formulaire disponible sur notre site internet:

www.bullmed.ch/publier/remettreun-courrier-des-lecteurs-remettre/

Votre courrier pourra ainsi être traité et publié rapidement. Nous nous réjouissons de vous lire!