

Störung der Befindlichkeit versus Krankheit

In der Schweiz soll es zu viele invalide, kranke und bald auch zu viele alte Menschen geben, die zu hohen Kosten bei den Sozialversicherungen führen. Das Problem soll durch eine restriktivere Definition, wer invalide, krank oder alt ist, entschärft werden. Das Rentenalter soll erhöht werden. Die Zahl der Bezüger von Invalidenrenten soll gekürzt werden (z.B.: 6% weniger IV-Renten als 2004; 41% der Rentengesuche sind 2005 abgelehnt worden). Die Leistungspflicht der Krankenversicherungen soll eingeschränkt werden (z.B.: viele alternativmedizinische Methoden werden im Rahmen der Grundversicherung nicht mehr bezahlt, weil der Wirksamkeitsnachweis der Methoden nach schulmedizinischen Regeln nicht gelang). Umstritten ist jetzt die Bewertung von Symptomen, die technisch nicht gemessen werden können, die aber die Genuss-, Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen. Handelt es sich dabei lediglich um Störungen der Befindlichkeit, die keiner Behandlung im Sinne der Krankenversicherung bedürfen und die auch keine Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen?

2003 klagten in der schweizerischen Studie zu den Kosten von Stress¹ ca. 20% der befragten Arbeitnehmer unter anderem über Rückenschmerzen, Nervosität (Reizbarkeit, Anspannung), Verspannungen im Nacken und in den Schultern sowie über die Neigung zu kalten Händen oder Füßen. Je gestresster sich die Befragten fühlten, desto akzentuierter waren die Symptome. Die Autoren identifizieren

unter den gestressten Personen eine besonders gefährdete Gruppe (12,2%), die ihren Stress nicht bewältigen können, die ihre Gesundheit als schlecht empfinden und deswegen zum Arzt gehen, Medikamente einnehmen und ihre beruflichen und privaten Tätigkeiten einschränken. Sie verursachen pro Kopf die grössten Kosten (4300 Fr. pro Kopf, 23% der Gesamtkosten). Im Vergleich dazu liegen die Kosten der Gruppe der Nichtgestressten (18% der Befragten) bei 640 Fr./pro Kopf oder 5% der Gesamtsumme. Die finanziellen Kosten von Stress betragen für die erwerbstätige Bevölkerung ca. 4,2 Milliarden Fr. oder ca. 1,2% des BIP (medizinische Kosten: 1,4 Milliarden Fr., Selbstmedikation gegen Stress: 348 Millionen Fr. und Kosten im Zusammenhang mit Fehlzeiten und Produktionsausfall: 2,4 Milliarden Fr.)

Epidemiologische Untersuchungen in Deutschland² ergaben, dass 26% der Bevölkerung psychotherapeutisch behandlungsbedürftige Störungen aufweisen. Nur eine Minderheit erhält eine solche Behandlung. Sind diese Personen krank oder weisen sie «nur» eine Störung ihrer Befindlichkeit auf? In welcher Form ist das Gesundheitswesen für diese (im Falle der schweizerischen Studie) mit der Arbeit assoziierten «Störungen» zuständig? Die Verweigerung der Übernahme dieser Kosten durch die Sozialversicherungen würde kurzfristig sicher zu einer erheblichen «Einsparung» im Gesundheitssektor führen.

Diese beiden Studien weisen darauf hin, dass psychosomatische Störungen häufig sind und hohe Kosten verursachen. Meines Erachtens kann es nicht darum gehen, das Leiden des hilfesuchenden Menschen zu leugnen, sondern das Abklärungs- und Behandlungsangebot zu verbessern. Der psychosomatisch und psychosozial geschulte Arzt erkennt die Zeichen und Symptome des Stress, erhebt den Kontext, in dem sie sich mani-

festieren, und kann dadurch den Patienten beraten. Er kennt die Übergänge zu stressassoziierten Krankheiten und psychischen Störungen. Er berücksichtigt die Einschränkung der Genuss-, Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit bei der Evaluation des Krankheitswertes einer körperlichen oder psychischen Störung. Er kann den Patienten darin unterstützen, Stress zu erkennen und besser zu bewältigen. Meist aber hat er keine Möglichkeiten, die stresserzeugenden Faktoren direkt zu ändern. Die psychosomatische Therapie stellt dementsprechend den Patienten ins Zentrum und bietet Beratung, Schulung, Reflexion, Unterstützung und psychotherapeutische Interventionen an. Um diese Behandlungen kompetent durchzuführen, muss er die Arzt-Patienten-Beziehung aufbauen, erhalten und reflektieren, wofür er sich in Super- und Intervisionen engagiert. Genau in diese Richtung zielen die Bestrebungen der Schweizerischen Gesellschaft für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin und der Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin.

Die Sozialversicherungen und die kantonalen Gesundheitsbehörden müssen aber sicherstellen, dass ein bedarfsgerechtes Behandlungsangebot mit genügender Qualität und Quantität für Patienten mit psychosomatischen Störungen auch in Zukunft zugänglich sein wird.

¹ Daniel Ramaciotti, Julien Perriard, Groupe de psychologie appliquée, Université de Neuchâtel; ERGOrama, Genève: Die Kosten von Stress in der Schweiz; im Auftrag des seco, Direktion für Arbeit, Ressort Arbeit und Gesundheit.

² Schepank FM, Reister G, Schellberg D. Epidemiologische Befunde zum Langzeitsspontanverlauf psychogener Erkrankungen über 10 Jahre. Psychother Psychosom Med Psychol 1994; 44:22-8.

Marzio Sabbioni,
Präsident der SGPPM



Mal-être versus maladie

En Suisse, on dénombrerait trop d'invalides, de malades et bientôt trop de personnes âgées, susceptibles d'entraîner des coûts excessifs pour les assurances sociales. On doit désamorcer le problème par une définition plus stricte de qui est invalide, malade ou vieux. On doit augmenter l'âge de la retraite. On doit diminuer le nombre des personnes au bénéfice d'une rente AI (par ex. 6% de rentes AI de moins qu'en 2004; on a refusé 41% des demandes de rentes en 2005). Il faut réduire les prestations obligatoires des caisses maladie (de nombreux traitements médicaux alternatifs contenus dans l'assurance obligatoire ne sont par ex. plus remboursés, parce que la preuve de leur efficacité ne peut être apportée selon les règles de la médecine traditionnelle). L'appréciation de symptômes, qui ne peuvent être mesurés grâce à des moyens techniques, mais qui entraînent les capacités à satisfaire ses besoins affectifs, à entretenir des relations humaines ou à être apte au travail est maintenant controversée. S'agit-il là seulement de troubles dus à un mal-être, qui ne nécessitent pas de traitement au sens de l'assurance-maladie et qui ne justifient pas une incapacité de travail?

En 2003 env. 20% des employés inclus dans une étude suisse sur le coûts du stress¹ ont signalés entre autres des plaintes de mal de dos, de nervosité (irritabilité, tension), tensions musculaires dans la région de la nuque et des épaules et de tendance à avoir les mains et les pieds

froids. Plus les personnes interrogées se sentaient stressées, plus leurs symptômes s'accentuaient. Les auteurs identifient parmi les personnes stressées une catégorie de personnes particulièrement menacées (12,2%), qui ne peuvent pas gérer leur stress, qui s'estiment en mauvaise santé et consultent à ce titre un médecin, prennent des médicaments et réduisent leurs activités professionnelles et privées. (4300 Frs par personne, 23% des coûts totaux). A titre comparatif, les coûts occasionnés par les personnes non stressées (18% des personnes interrogées) s'élèvent à 640 Frs par personne ou à 5% de la somme totale. Les coûts chiffrés du stress s'élèvent pour la population active professionnellement à env. 4,2 milliards de Frs ou à env. 1,2% du produit intérieur brut (coûts médicaux: 1,4 milliards de Frs, automédication contre le stress: 348 millions de Frs et les coûts en rapport avec l'absentéisme et la baisse de productivité: 2,4 milliards de Frs).

Des enquêtes épidémiologiques en Allemagne² ont montré que le 26% de la population présentait des troubles nécessitant un traitement psychothérapeutique. Seule une minorité de gens ont accès à un tel traitement. Est-ce que ces personnes sont malades ou est-ce qu'elles présentent «seulement» un mal-être? Quelle forme de responsabilité la santé publique a-t-elle pour ces «troubles» associés au travail (dans le cas de l'étude suisse)? Le refus de la prise en charge de ces coûts par les assurances sociales entraînerait certainement à court terme une «économie» considérable dans le domaine de la santé.

Ces deux études rendent attentifs au fait que les troubles psychosomatiques sont fréquents et coûtent cher. A mon sens, on ne peut pas ignorer la souffrance des personnes qui cherchent de l'aide, mais il faut améliorer l'offre des investigations et des traitements. Le médecin formé dans le domaine psychosomatique et psycho-

social reconnaît les signes et les symptômes du stress, s'enquiert du contexte dans lequel ils se manifestent et peut aussi conseiller le patient. Il sait comment ils se transforment en maladies associées au stress et en troubles psychiques. Il tient compte des limitations des capacités affectives, relationnelles et de travail lors de l'évaluation du degré de maladie d'un trouble somatique ou psychique. Il peut aider le patient à reconnaître le stress et à mieux le gérer. Mais il n'a très souvent pas les moyens d'influencer directement les facteurs générateurs de stress. C'est pourquoi la thérapie psychosomatique place le patient en son centre et procure des conseils, un apprentissage, une réflexion, un soutien et des interventions psychothérapeutiques. Pour pouvoir mener à bien ces traitements de manière compétente, il doit construire la relation médecin-patient, la maintenir et la réfléchir tel un miroir, raison pour laquelle il s'engage dans des supervisions et des intervensions. C'est précisément dans cette direction que se dirigent les efforts de la Société Suisse de Médecine Psychosomatique et Psychosociale et ceux de l'Académie pour la Médecine Psychosomatique et Psychosociale.

Mais les assurances sociales et les autorités cantonales de la santé doivent aussi dans le futur garantir l'accès à une offre de traitements adaptée aux besoins, en qualité et quantité suffisantes, pour les patients qui ont des troubles psychosomatiques.

*Marzio Sabbioni,
Président
de la SSMPP*



¹ Les coûts du stress en Suisse, sur mandat de la seco, Direktion für Arbeit, Ressort Arbeit und Gesundheit par un groupe de chercheurs de Genève et de Neuchâtel (Daniel Ramaciotti, Julien Perriard, Groupe de psychologie appliquée, Université de Neuchâtel; ERGOrama, Genève).

² Schepank FM, Reister G, Schellberg D. Epidemiologische Befunde zum Langzeitpontanverlauf psychogener Erkrankungen über 10 Jahre. Psychother Psychosom Med Psychol 1994; 44:22-8.