

Gesund machen, nicht (einfach) krankschreiben!

Der praktische Fall aus der Krankentaggeldversicherung VVG

Dr. med. Susanne Habicht

Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin
Gesellschaftsärztin CSS

Zusammenfassung

Beschrieben wird ein recht typischer Krankentaggeldfall, der sich ohne Intervention der Versicherung wohl noch lange hingezogen hätte. Ein selbstständig in hochkompetitivem Berufsfeld tätiger schlanker Mittfünfziger erleidet «aus heiterem Himmel» einen akuten Vorderwandinfarkt als klinische Erstmanifestation einer koronaren Dreigefässerkrankung. Nach aortokoronarer Bypassanlage und anschliessender stationärer kardialer Rehabilitation, die mit Wiedererlangen einer guten körperlichen Leistungsfähigkeit beendet werden kann, wird er weiterhin wiederholt krankschrieben mit dem Argument, er brauche vor Wiederaufnahme seiner geistig und psychisch belastenden Tätigkeit genügend lange Erholungszeit. Die Krankentaggeldversicherung mahnt nach einer persönlichen Untersuchung des Versicherten durch ihren beratenden Arzt medizinische Massnahmen zur Schadensminderung an. Die Arbeitsun-

fähigkeit endet zwei Monate nach deren Beginn. Rückblickend fragt man sich, ob nicht schon während der stationären Rehabilitation das ambulante Fortsetzungsprogramm hätte organisiert werden müssen und dessen Verzögerung den Krankenstand nicht unnötig verlängert bzw. den Gesundungsprozess gebremst hat.

Ein Mann, selbstständig erwerbender Freiberufler, in der Mitte seiner 6. Lebensdekade stehend, erleidet einen akuten anterioren Myokardinfarkt (STEMI). Die Coronarangiographie ergibt das Vorliegen einer koronaren Dreigefässerkrankung. Dem Mann wird unter Verwendung der Herz-Lungen-Maschine ein fünffacher aortokoronarer Bypass angelegt. Operation und frühpostoperativer Verlauf gestalten sich laut Austrittsbericht der Herzchirurgen komplikationslos. Am 10. postoperativen Tag tritt der Patient eine stationäre kardiale Rehabilitation an. Der Beginn der Rehabilitation verzögert sich durch Sternotomieschmerzen und bilaterale postoperative Pleuraergüsse. All dies bildet sich unter

medikamentöser Therapie zurück. Nach vierwöchigem Aufenthalt in der auf kardiologische Rehabilitation spezialisierten Fachklinik verfügt der Patient über eine normale körperliche Leistungsfähigkeit, in der Abschlussergometrie erreicht er seine individuelle errechnete Soll-Arbeitskapazität, die Untersuchung fällt klinisch und elektrisch negativ aus. Der Beruf des Patienten erfordert keine körperliche Anstrengung, jedoch überdurchschnittliche geistige und psychische Belastbarkeit, insbesondere muss eine sehr aktive Akquise betrieben werden, und die einmal gewonnenen Kunden stellen zunehmend höhere Ansprüche an das Preis-Leistungs-Verhältnis.

An kardiovaskulären Risikofaktoren werden in den Berichten der Herzchirurgie sowie der Rehabilitationsklinik positive Familienanamnese und Hypercholesterinämie mitgeteilt. Laut Berichten ist der Patient schlank, eine arterielle Hypertonie war nie bekannt, der Blutdruck liegt aktuell unter der kardiovaskulären Sekundärprophylaxe u.a. mit einem Betablocker und einem Diureticum im idealen Bereich. Der Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik enthält Hinweise auf psychischen Stress sowie die Be-

merkung, der Patient brauche auch nach Klinikaustritt längere Erholungszeit, bevor an die Wiederaufnahme der gewohnten Berufstätigkeit gedacht werden könne. Hingegen solle er sich täglich während mindestens dreissig Minuten selbständig körperlich auf mässigem Leistungsniveau betätigen.

Dem Patienten wird eine erste ambulante Verlaufskontrolle beim Kardiologen zwei bis drei Monate nach Ende der stationären Rehabilitation empfohlen.

Mehr als vier Monate nach der Herzoperation ist der Patient vom Hausarzt immer noch zu 100% arbeitsunfähig geschrieben. Der die Krankentaggeldversicherung beratende Facharzt für Allgemeine Innere Medizin erfährt auf persönliche Nachfrage beim behandelnden Kardiologen, dass seine Nachkontrolle des Patienten vier Monate postoperativ den günstigen Verlauf bestätigt hat, der Patient aber in Anbetracht des «aus heiterem Himmel» erlittenen Myokardinfarktes verunsichert sei und möglicherweise psychotherapeutischer Hilfe bedürfe. Die echokardiographisch bestimmte systolische Herzfunktion beträgt ca. 40%.

Der Hausarzt gibt zu bedenken, im Beruf seines Patienten sei nicht die körperliche Leistungsfähigkeit, sondern die geistige und psychische Belastbarkeit entscheidend. Die Frage des Versicherungsarztes, aufgrund welcher Befunde auf verminderte geistige und psychische Belastbarkeit geschlossen werde, bleibt unbeantwortet. Auch der Hausarzt bestätigt, dass die körperliche Leistungsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit seit Monaten gegeben wäre.

Ein persönliches Gespräch und eine kurze klinische Untersuchung des Patienten durch den die Versicherung beratenden Internisten macht deutlich, dass der Mann zu einem von ständiger Angst vor dem potenziell tödlichen Zweitinfarkt, zum andern von familiären Konflikten bedrängt wird. Zudem befürchtet er ein Rechtsverfahren in einer beruflichen Angelegenheit.

Seinen Tag verbringt er mit ängstlichem Grübeln, weiss keinen Rat und fühlt sich allein gelassen, allerdings hat er auch keine Idee, bei wem er Rat finden könnte. Der beratende Arzt der Versicherung schlägt ihm Teilnahme an einem ambulanten kardialen Rehabilitationspro-

gramm vor, signalisiert aber, dass baldige, mindestens 50 %-ige Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit erwartet wird, allerdings richte sich die Bemessung der Arbeitsunfähigkeit nach einem Normarbeitstag von 8.0–8.5 Stunden, was einem selbstständig Erwerbenden gelegentlich in Erinnerung gerufen werden muss. Der beratende Arzt macht den Versicherten und mit Brief an dessen Hausarzt auch diesen darauf aufmerksam, dass sich die körperliche, geistige und psychische Leistungsfähigkeit durch Abwarten beziehungsweise regelmässige Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit nicht erhöhen lasse und nun schadenmindernde Massnahmen zu treffen seien. Der Versicherte muss aber mehrere Wochen auf einen Platz im ambulanten kardialen Rehabilitationsprogramm warten. Er nimmt seine bisherige Tätigkeit noch während der mit Verzögerung aufgenommenen ambulanten kardialen Rehabilitation teilweise, unmittelbar nach deren Abschluss ganz wieder auf.

Rückblickend kann man sich fragen, ob hier nicht trotz wiedererlangter körperlicher Leistungsfähigkeit schon vor Entlassung aus der stationären kardialen Rehabilitation das ambulante An-

schlussprogramm hätte vereinbart werden sollen, vor allem dann, wenn die Ärzte der Rehabilitationsklinik für mehrere Wochen oder gar Monate weitere volle Arbeitsunfähigkeit in Aussicht stellen. Die ambulanten kardialen Rehabilitationsprogramme nehmen sich im Rahmen der Kontrolle kardiovaskulärer Risikofaktoren und -indikatoren selbstverständlich auch dem Umgang mit unvermeidlichem Stress an. Es wäre wünschenswert, wenn die behandelnden Ärzte vor jeder Verlängerung eines Arbeitsunfähigkeitszeugnisses überprüfen, ob die medizinischen Massnahmen, die Gesundung und Arbeitsfähigkeit beschleunigen könnten, wirklich ausgeschöpft sind.