

*„ Bedeutungswandel
des
Zusammenspieles
psychischer und sozialer Probleme
aus der Sicht
des niedergelassenen Nervenarztes
in einer Stadt
mit hoher Arbeitslosigkeit “*

„ ... *Wir behandeln die Falschen* “
Manfred Lütz
(& Eckart von Hirschhausen)

Dr.med. K.-J. Klees
Neurologe, Psychiater & Psychotherapeut
Pirmasens
www.klees-net.de

Vortrag für Tagung des BSD am 23.10.10 in Mainz
und der DGSMP und der DGMS am 21.09.11 an der Universität Bremen

Klassische Abfolge falls Erwerbslosigkeit

Krankheit



Arbeitsunfähigkeit



(Arbeitslosigkeit)



Erwerbslosigkeit/Rentenfall

Klassische Abfolge falls Erwerbslosigkeit

Behandlung
psychiatrisch
psychotherapeutisch



Rehabilitation
medizinisch
beruflich



medizinische
Problem
= primär



soziale
Problem
= sekundär

Klassische Abfolge falls Erwerbslosigkeit

MdK-Anfrage:
kleine Routine
wenn

Patienten-Auftrag:
„Arzt, mach mich gesund,
damit ich meine Arbeit behalte.“
in
Zeiten der
Vollbeschäftigung ...

Bei Ziel: Berufliche Reintegration

primär medizinische Probleme



sekundär soziale Probleme drohen



medizinische Hilfe effizient
Rehabilitation effizient



bei Patienten-Motivation:
„Arzt hilf mir, damit ich meine Arbeit behalte“

Neu: „Fallrohr“ Sozialversicherung

Arbeitsplatzverlust
Arbeitslosigkeit



Krankheit/Arztbesuch



Krankengeld



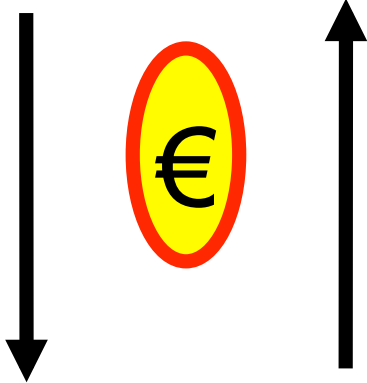
Alg-I



Alg-II

Neu: „Fallrohr“ Sozialversicherung

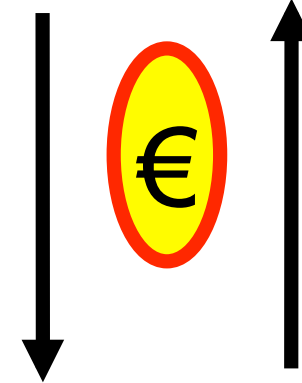
Behandlung
psychiatrisch
psychotherapeutisch



Reha
medizinisch
beruflich



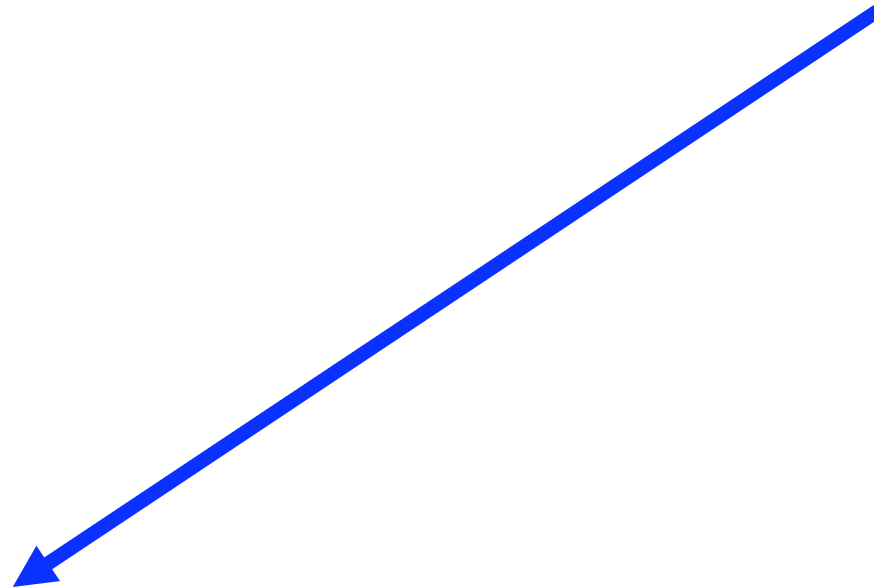
soziales
Problem
= primär



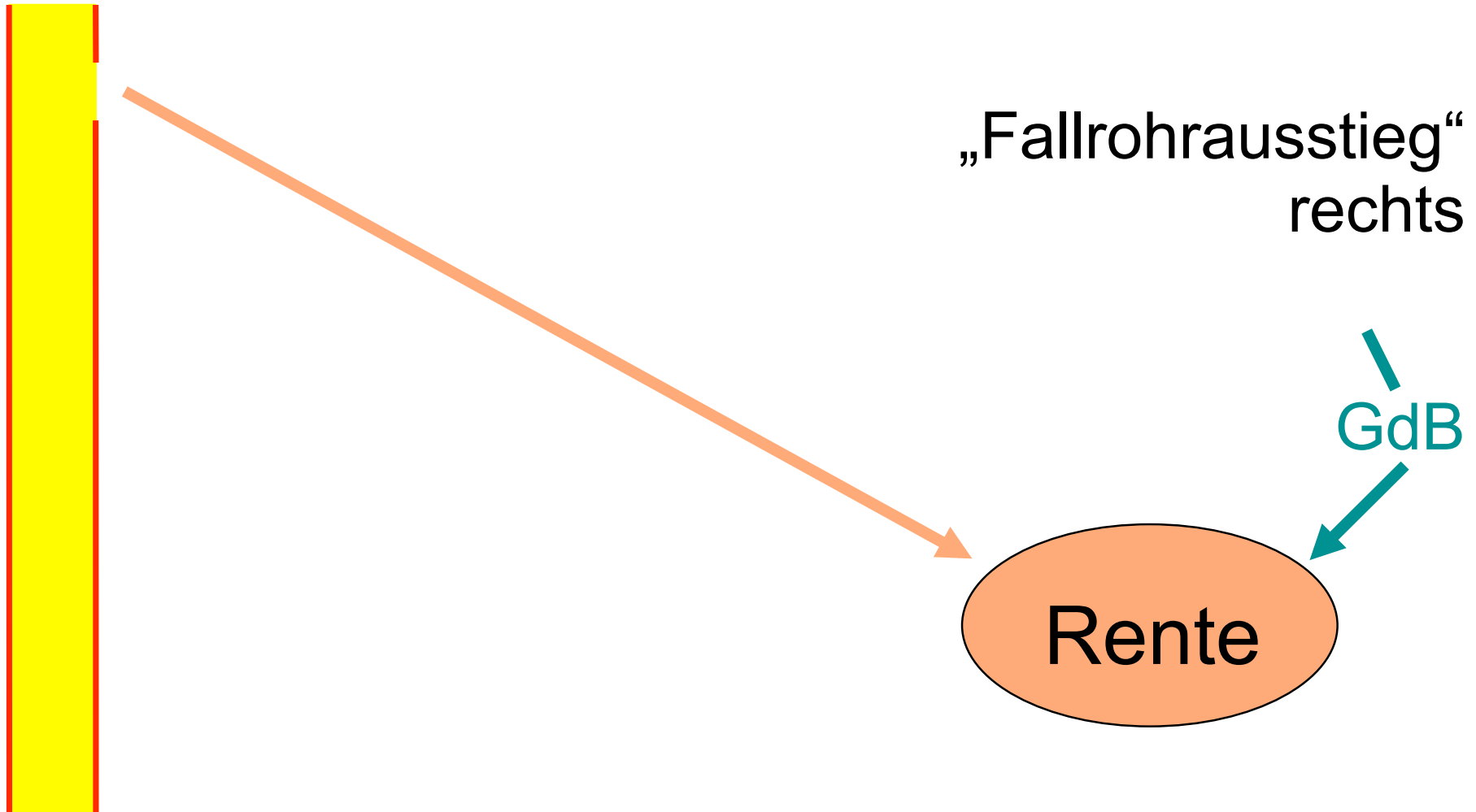
medizin.
Problem
= sekundär

Neu: „Fallrohr“ Sozialversicherung

„Fallrohrausstieg“
links



Neu: „Fallrohr“ Sozialversicherung



Neu: „Fallrohr“ Sozialversicherung

Job = + Idealfall

***** **** *** ** * *

Rente = +/- Fall

(geringe Beitragszeit und –höhe durch
Arbeitslosigkeit, Selbstständigkeit ...)

→ „Rente = Alg-II ohne Gegenleistung“

Alg-II = - Katastrophal-Fall



Sozial- und Versorgungsfall

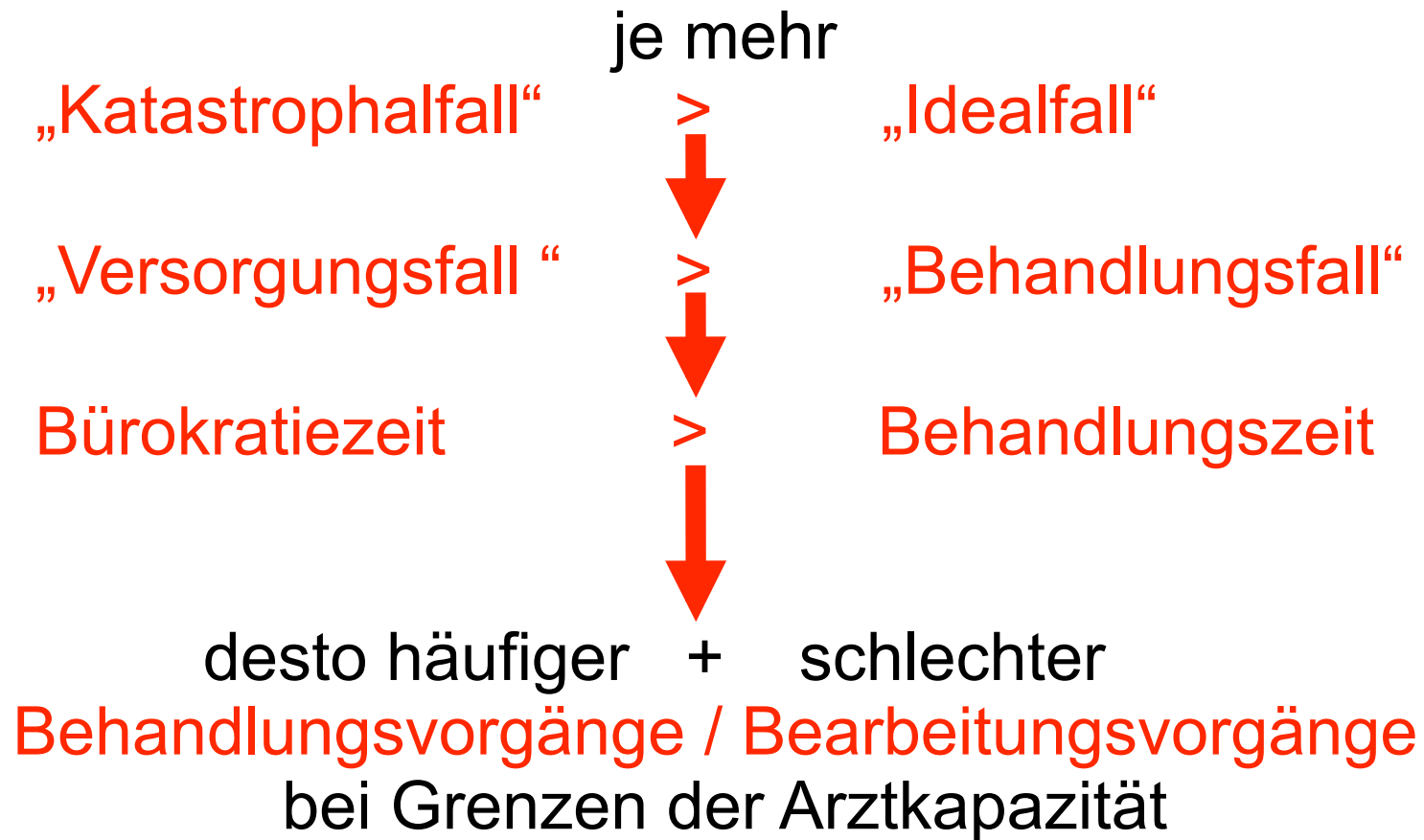
Patienten, Pseudopatients...?

Patienten-Konzept:
„Arzt mach mich gesund,
damit ich meine Arbeit
behalte“



Patienten-Konzept:
„Arzt mach mich krank,
damit ich Versorgung
erhalte“
(Patienten = Teile von Gruppen,
→ Rolle von Gruppenkonzepten)

Auswirkung auf
Praxen/Sozialversicherungsärzte



Auswirkung Sozialsystem

primär soziale Probleme

(unter Druck Patienten, Sozialkassen etc.)



sekundäre medizinische Probleme

(als reine Kostenverschiebung oder als
medizinische Versorgungsbegründung
in Behandlungs- , Reha- & Begutachtungsstellen)




desto schlechter

Behandlung real Kranker
Rehabilitation real Rehabilitierbarer
bei **Kapazitätsgrenzen** der
Behandlungs-, Reha- und
Begutachtungsstellen

Auswirkung Sozialsystem

je schlechter
Behandlung real Kranker
Rehabilitation real Rehabilitierbarer
(Kapazitätsgrenzen)



desto höher
Krankenstände  Sozialausgaben !!!

Versorgungsfälle steigen weiter



Circulus vitiosus:

System  „ ... Behandlung der Falschen !!! “

Frage an den Arzt:
Patienteninteresse?
Gesellschaftliche
Verantwortung?

real Kranke →
reale Behandlung

reale Rehafälle
→ reale Reha

≠

Primäre
Versorgungsprobleme

↓
Gesellschaft

Regierung/BA

Arbeitsmarkt
Arbeitgeber/DGB

Integrations-
fachdienste

Kosten

Arbeitslosengeld



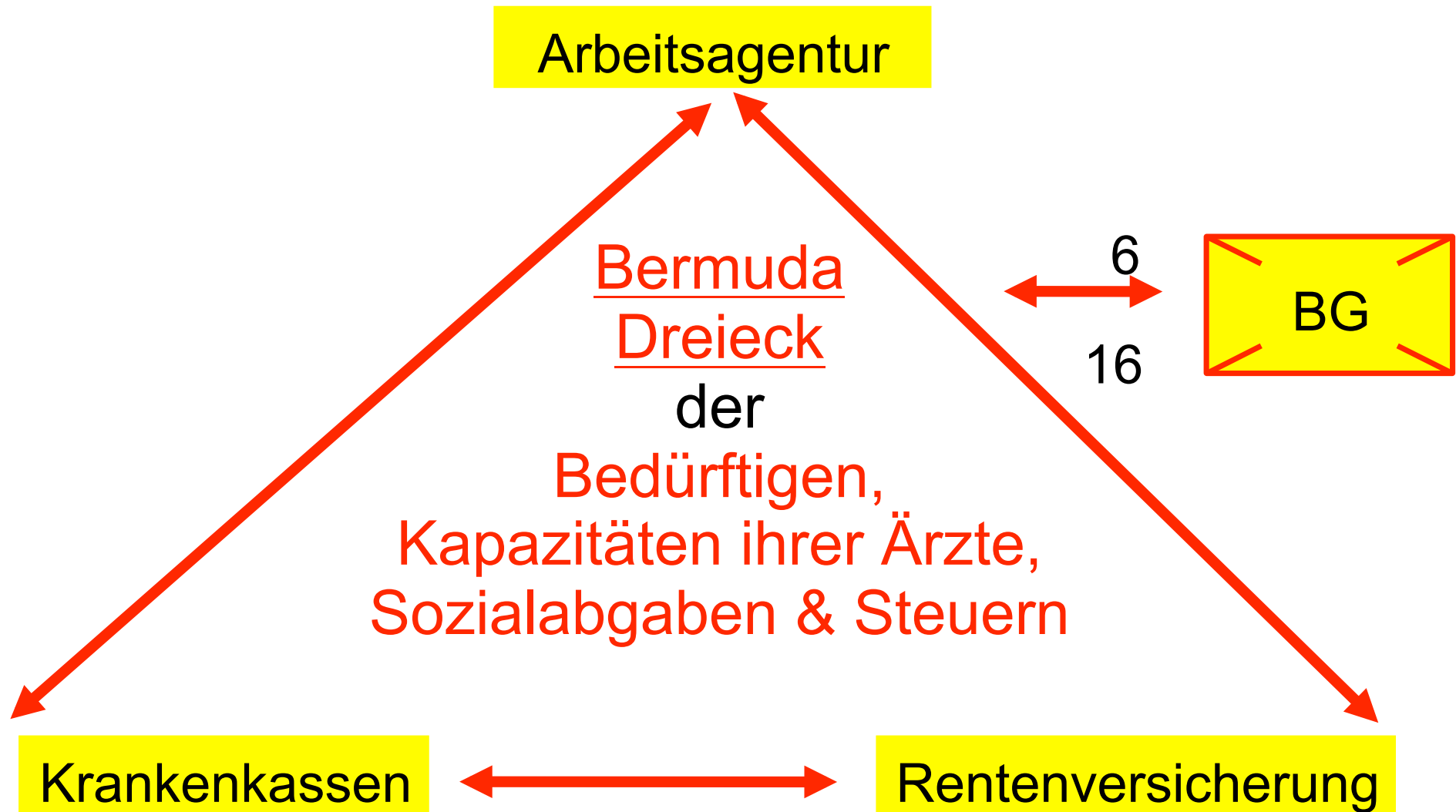
Geld

Krankengeld

Rente

Kosten

→ Sozialer Verschiebepbahnhof



Frage:

Sozialfall
mit
Versorgungs-
problemen



Behandlungsfall
Behandlungs- &
Reintegrations-
potential

Kriterien z.B.:

Motivation

Thema= Versorgung

Konzept = ich habe Versorgung verdient

Körperlich-psychische Verfassung

Störungen ↔ Krankheiten & GdB

soziale Situation

höheres Alter

keine Qualifikation

lokale Arbeitsmarkt verschlossen & Mobilität schlecht

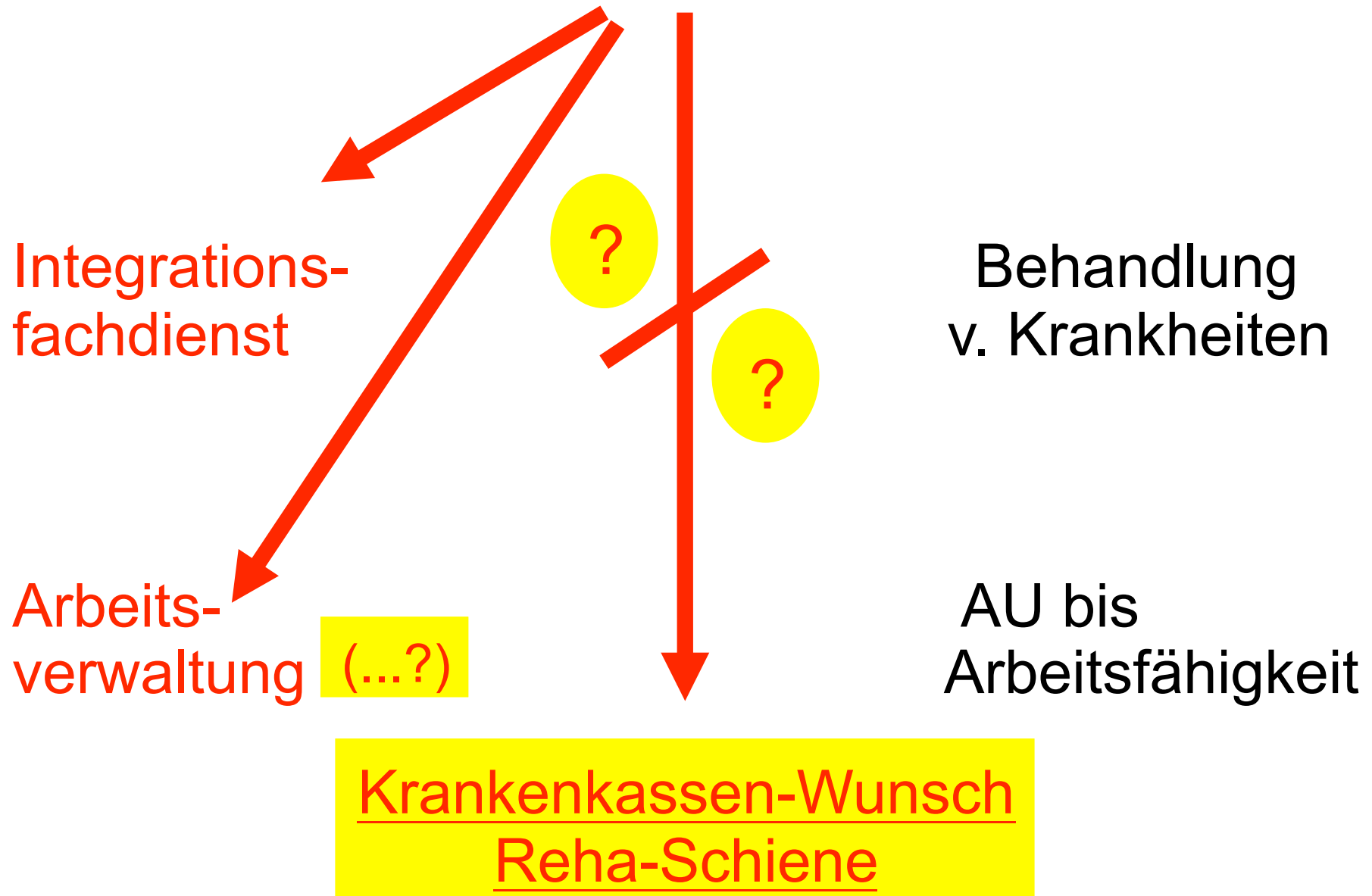
bzw.

keine Verbindlichkeiten, gute Absicherung

Partner/in schon in Rente

kurzer Abstand zu Renteneintrittsalter

Sozialfall mit Versorgungsproblemen



Krankenkassen-Wunsch
Reha-Schiene



Behandlungsfall
mit realem
Behandlungs- &
Reintegrations-Potential

derzeit hohe Quote an Ablehnungen
und lange Reha-Wartezeiten,
d.h. lange AU-Zeiten,
d.h. viele MdK-Anfragen.

Problem Ärzte

Versorgungsfall/Behandlungsfall = Pole des Komplex
Patient → Übergänge, Wechselfälle etc.;

Gefahr der kurzfristigen Symptomverbesserung
und der Vertiefung langfristiger Grundprobleme
in ihrer Komplexheit;

im Dschungel der Sozial- und Gesundheitsbürokratie
immer mehr Irrläufer – wie unsere Patienten;

„Behandlungs-“ ↔ „Begutachtungs-Realität“;

Problem Reha-Kliniken

Groß-Transformatoren: Soziales → Therapeutisches;

GRAWE-Regel: „ Psychotherapeutische Probleme sind erst nach den sozialen Problemen lösbar “ - bei etwas einfach strukturiertem Patientengut mit oft beruflichen Qualifizierungs-Defiziten zutreffend !

Für die Reha-Kliniken und sie drängende Krankenkassen/BA ist sie außer Kraft. Folge ist kein Transfer von „ Reha-Einsichten “ auf die Lösung der Probleme, wegen deren KK/BA zur Reha aufforderte: keine effizientere Arbeitssuche, keine Konfrontation mit dem Arbeitslosenstatus etc. Schlimmer noch:

Wenn bei primären Versorgungsproblemen auf die medizinische Ebene verlagert wird, führt eine fixierte Patientenrolle zu noch weniger beruflichen Reintegrationsbemühungen.

Entlassungsstandart 1 = Psychotherapie-Empfehlung ist rein „therapeutenzentriert“ zu werten.

Entlassungsstandart 2 = AU-Entlassung verlagert den Ärger um die definitive AU-Beendigung komplett in die Arztpraxis – und macht den Patienten etwas gewogener ... evtl. auch in Hinblick auf die Klinikbewertung für den Kostenträger Rentenversicherung (der weder bei Psychotherapie noch bei Krankengeld als Krankenkassenleistungen in der Pflicht ist).

Problem Krankenkassen

MdK-Anfragen zu früh, zu oft und sinnlos
(wenn reale Behandlungsfälle auf Reha warten);
MdK-Anfrage = reine „ Ärzte-Disziplinierung “ ?;
zu frühes/zu hartes Drängen auf AU-Ende;
Reha = „ Kostenverlagerungsinstrument “
(niedrige Schwelle für berufliche Reha &
quasie inexistente medizinische Reha);
Medizinisches Angebot = „ Werbeinstrument “
(interessante Beitragszahler, medienpräzente
Selbsthilfegruppen) ... **auch gegen reale Behandlung** ...

Problem Arbeitsverwaltung

Bundesagentur für Arbeit/HARTZ-IV
bürokratisiert + nicht arbeitslosenzentriert= ineffizient
Reha-Sektor quasi inexistent
(keine Nahtlosigkeit medizinisch/beruflicher Reha,
Kostenstreit ignoriert medizinischen Reha-Korridor)
Drängen auf AU-Vorlagen (AU = „ arbeitssuchend “
= „ Verbesserung “ der Arbeitslosenstatistik);
drakonisches „ Sperren “
(Sperren auch bei Fremdgefährdung im Beruf);
HARTZ-IV: ein statistisch schön geredetes
„ Brot-und-Spiele-System “
mit schlechten eigenen Reintegrationserfolgen
in den 1. Arbeitsmarkt
durch welches im schlimmsten Fall auch
noch Geld fehlt für reale, v.a. teure, Reintegration
statistisch irrelevanter Einzelfälle.

Problem Rentenversicherung

je mehr Reha-/Renten-Fälle →
desto unverständlicheres Ablehnungssystem:
Problemfälle des „ Sozialen Verschiebebahnhofes “
(die kostenintensiven Fälle der Krankenkassen
und die Überforderungsfälle der Arbeitsverwaltung)
haben „ Vorfahrt “ in Reha gegenüber den
Behandlungsfällen der Arztpraxen mit
noch realen Reintegrationschancen →
deren Wartezeit für Reha = Krankengelddauer steigt
und damit die Zahl der MdK-Anfragen);

..... offensichtlich große Unterschiede
von Kasse zu Kasse & Ort zu Ort !!!

Fallbeispiel 1: m.E. sinnlose Reha

Pat. Nr. 27743 meiner Praxis, seit 28.07.09:

depressiv-ängstliche Entwicklung F41.2G

schwere Schlafstörung F51.0G

chronisches WS-Schmerzsyndrom R52.9G

59-jährige ungelernte Frau,

45 Jahre zumeist Akkordarbeit Schuhindustrie;

intakte Ehe mit 7 Jahre älterem Rentner, 1 Sohn;

unehlich geboren- Vater Amerikaner,

11 Halbgeschwister, Erziehung durch Oma;

Pflege Schwiegervater (Potator);

Hypertonie seit Geburt Sohn, 2007 Sigma-Ca;

familiäre Belastung mit Apoplex & Colon-Ca;

GdB 90, 2 x Reha ohne Effekt & AU-Entlassung:

18.04.-16.05.2007, 21.05.-18.06.2008

- 16.09.2009 AU- Aussteuerung in 4 Monaten: 23.01.2010
- 30.09.2009 Rentenanspruch- bei Altersrente ab 01.11.2010
wegen Krankheiten & Überforderung in der
Schuhindustrie über Sozialverband,
- 05.10.2009 Reha-Antrag von KK „erzwungen“ ... wegen
MdK -Berichte 21.09., 19.10., 03.11.09 ohne
Reha-Empfehlung (.... Dispositionsrecht ?)

Fazit:

- ⇒ 09.02.-16.03.10 3. Reha in 3 Jahren & Entlassung AU
bei 45 Beitragsjahren ... Lebensalter 59 ... GdB 90... Ca
- ⇒ wartet depressiv-ängstlich auf Rente wie ohne Reha
- ⇒ meine Patientenakte „zentimeter-dick“ seit 28.07.09
- ⇒ jüngere Rehabilitierbare warten auf Reha(→Mdk)

Fall 2: Probleme = Psychotherapien

Pat.-Nr. 6213, seit 05.10.10:

- 43-jährige Kosmetikerin, MR & Handelsschule;
Sachbearbeiterin in einem Büro, stabile Beziehung
seit ambulanter Verhaltenstherapie 2008/2009;
Alleinerziehende einer Tochter 1. Klasse Gymnasium;
Tagesversorgung Tochter: Mutter des leiblichen Vaters;
Entwicklung: Malignom dieser Großmutter progredient
→ Tochter wird auffällig → Pat. kürzt Arbeitszeit
= Mehrarbeit für alle Sachbearbeiterinnen
→ Arbeitsplatzkonflikte → neue Stelle → Kündigung
→ Arbeitsplatzkonflikte eskalieren → AU Hausarzt;
➔ neue Stelle vorhanden → Krankengeld kein Thema

Vorstellungsgrund:

Krankenkasse drängt über Integrationsvertrag
umgehend in eine Psychosomatische Fachklinik...
die fachlich-psychotherapeutisch sehr gut arbeitet,
aber monatelange Wartezeit für reale Reha-Fälle hat ...

in Anbetracht der Bedürfnisse der Tochter
und der Konflikte der Mutter:
„ Reha-Klinik “ = analytische Meisterleistung ...

.... und manchmal hilft nur noch die
Zeitungsreportage :
RHEINPFALZ 03.02.05:

*Arbeitsunfähig oder nicht ?-
Wirrwarr um Begriff: Pirmasenser Arzt
kritisiert „ Hin- & Her-Geschiebe „-
Agentur für Arbeit und Krankenkasse
verweisen auf geltendes Recht .*

Pat.-Nr. 22723, seit 27.08.04

56-jährige ungelernte Schuhfabrikarbeiterin

Ehemann 7 Jahre Pflegefall, Sohn im „Hotel Mama“
31.06.04 **betriebsbedingte Kündigung** nach **37** Jahren;

- 01.07.04 Beginn der Arbeitslosigkeit;
- 27.07.04 unverhoffter **Tod Ehemann**;
- 01.09.04 Beginn **Bewerbungstraining**;
- 18.10.04 Ende Arbeitsunfähigkeit;

15 Wochen-Std. Tätigkeit Allgemeiner Arbeitsmarkt

geht laut Arzt und KK ↔ geht nicht laut BA ...

= mit 37 Beitragsjahren Leben nur von Witwenrente;

„ Sozialer Verschiebahnhof “ wird von BA & KK
in RHEINPFALZ vom 03.02.05 für inexistent erklärt-
die BA zahlt danach Alg-I; heute: Rente + Abzüge;

„ Feinfühligkeit “ Bürokratie & Re-Traumatisierung:
Krankenversicherung über verstorbenen Mann
für den Kranken- & Pflegekassebeiträge abgehen ...

→ ... Bilanz von 37 Beitragsjahre in Akkordarbeit &
Erziehung Sohn & häuslicher Pflegefall → Tod Mann,
... weiß unser Sozial(versicherungs)system noch,
was es mit Menschen anrichten kann ?

*Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit !*

Abkürzungen:

BSD : Berufsverband der Sozialversicherungsärzte Deutschlands e.V.,

MdK : Medizinischer Dienst der Krankenkassen („ Vertrauensärzte “),

BA : Bundesagentur für Arbeit („ Arbeitsamt „),

Alg-I : Arbeitslosengeld I (von der BA),

Alg-II : Arbeitslosengeld II („ HARTZ IV “),

GdB : Grad der Behinderung (Weg zum „ Schwerbehinderten-Ausweis „),

BG : Berufsgenossenschaft,

AU : Arbeitsunfähigkeit („ Krankmeldung “),

KK : Krankenkasse.