

*Bedeutungswandel
des
Zusammenspieles
psychischer und sozialer Probleme
aus der Sicht
des niedergelassenen Nervenarztes
in einer Stadt
mit hoher Arbeitslosigkeit
oder
„ Wir behandeln die Falschen „
Manfred Lütz (& E.v.Hirschhausen)*

Dr. med. Karl-Josef Klees
Neurologe, Psychiater & Psychotherapeut
www.klees-net.de

Vortrag für Tagungen
des BSD

Praktische Sozialmedizin
am 23.10.10 in Mainz,
der DGSMP & DGMS

Prävention sozial & nachhaltig gestalten
am 21.09.11 an der Uni Bremen

Die Stadt mit hoher Arbeitslosigkeit, d.h. ca.13 % und Spitzenplatz in den alten Bundesländern, ist Pirmasens, dessen Einwohnerzahl in den 60-er Jahren des letzten Jahrhunderts über 60.000 lag und sich jetzt immer mehr 40.000 annähert.

Folie 3

Als ich in den 80-er Jahren des letzten Jahrhunderts in Merzig in der Psychiatrie begann und zuletzt die Tagesklinik leitete, gab es noch eine „klassische Abfolge“ wenn **Erwerbslosigkeit unabwendbar** war: Am Anfang und **primär** war eine **Krankheit**, die über **Arbeitsunfähigkeit** evtl. **Arbeitslosigkeit** endete in **Erwerbslosigkeit/Rentenfall**.

Folie 4

„Klassische Abfolge“:

Wenn **Erwerbslosigkeit unabwendbar** war
wurde dies
von 2 linearen Prozeßen begleitet:

Behandlung
psychiatrisch
psychotherapeutisch



Rehabilitation
medizinisch
beruflich

medizinische
Probleme
= primär



soziale
Probleme
= sekundär

Die **linke Schiene** konnte
die Erwerbslosigkeit nicht vermeiden und
rechts konnten soziale Krankheitsfolgen
durch Rente abgedeckt werden.

„ Klassische Abfolge “

wenn Erwerbslosigkeit unabwendbar war
hieß auch:

Folie 5

Mdk-Anfrage war eine kleine Routine,
wenn auch der Patienten-Auftrag lautete:

„ Arzt, mach mich gesund,
damit ich meine Arbeit behalte. “

.... Und dies war zu seeligen Zeiten
der Vollbeschäftigung

Folie 6

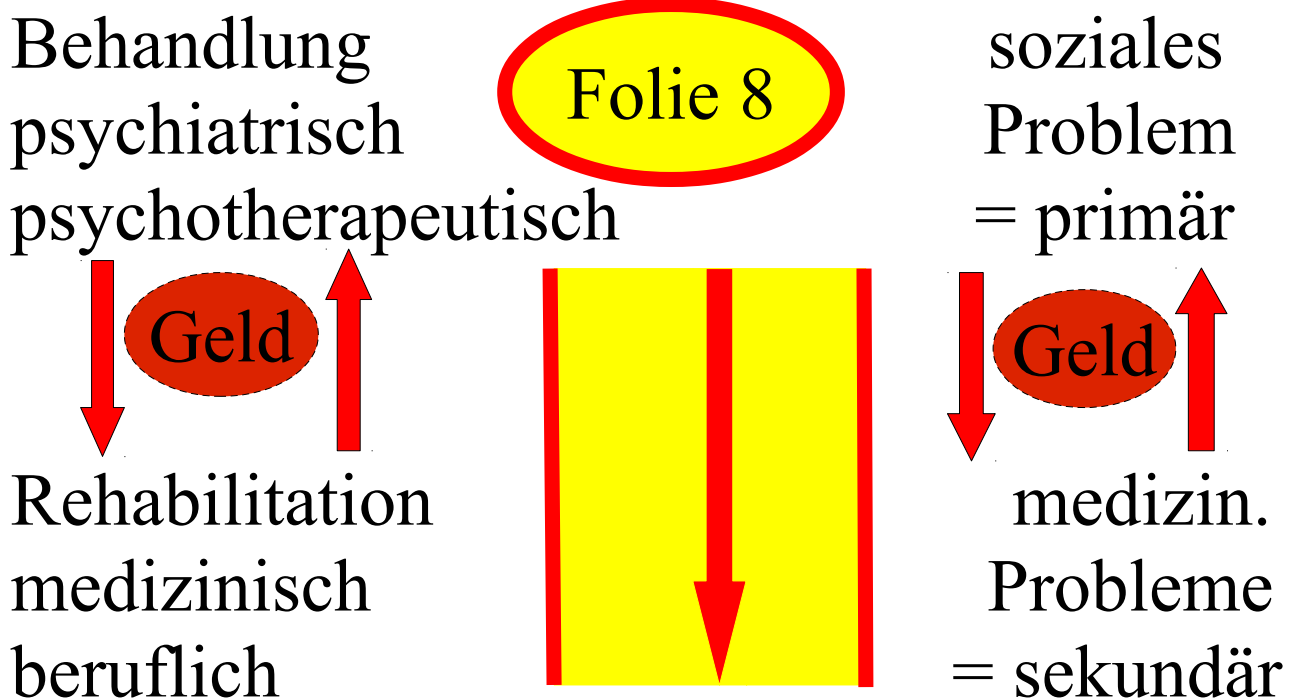
Bei Ziel berufliche Reintegration waren
in Vollbeschftigungszeiten bei
primär medizinischen Problemen, denen
sekundär soziale Probleme drohten,
Behandlung/Rehalitation effizient
bei Patienten-Motivation wie
„ Arzt hilf mir,
damit ich meine Arbeit behalte “.

Als ich 1987 meine Praxis in Pirmasens eröffnete waren v.a. kleine **Schuhfabriken** schon gestorben und große begannen über den Globus zu nomadisieren auf der Suche nach kostengünstigeren Produktionsorten. Gleiches galt für ihre **Zulieferer** von Leder bis zu Maschinen in der Stadt. Was später Globalisierungsfolge genannt wurde, traf uns schon früher. Mit Fall der Berliner Mauer 1989 lagen Industrieförderungsschwerpunkte plötzlich im Osten. Mit Abzug der **US-Streitkräfte** stieg in Pirmasens die Arbeitslosigkeit weiter. Wohin für Ältere und Ungelernte ... ? In Pirmasens traf und treffe ich dadurch ein neues Szenario. Ein Patient nannte es:

Folie 7

Das „Fallrohr“ der Sozialversicherungen
Arbeitsplatzverlust → Arbeitslosigkeit →
Nicht-Vermittelbarkeit → Krankheit/
Arztbesuch → Krankengeld → Alg I & II

Das „ Fallrohr “ der Sozialversicherungen
läßt 2 lineare Prozesse zirkulär werden:



Links: Wir behandeln und wenn die Krankenkasse meint, die Rentenversicherung solle zahlen, wird rehabilitiert. Die Rehakliniken entlassen obligatorisch mit der Empfehlung Nachbehandlung- dann behandeln wir weiter. Und wenn der Arbeitsverwaltung bis in die HARTZ-IV-Behörde keine Vermittlung gelingt, wird wieder in psychosomatische Reha geschickt und an dem „ Fallrohr “ in der Mitte **ändert sich** dennoch **nichts**.

Rechts: Zuerst werden über 50-jährige Schuhfabrikarbeiter/innen arbeitslos und „nicht mehr vermittelbar“. Durch dieses unlösbare soziale Problem resignieren sie, vernachlässigen sie Diabetes- /Hypertonie-Einstellung, rauchen/trinken sie zu viel bei Bewegungsmangel: Unlösbare soziale Probleme verursachen sekundär medizinische Probleme. Die Vermittelbarkeit wird dadurch noch schlechter und Druck dann in der HARTZ-IV-Behörde immer weniger zielführend. Dadurch werden Depression und Resignation immer schlimmer und die Probleme mit Diabetes, Hypertonie, Nikotin und Alkohol immer größer- der Behandlungsbedarf steigt wie die Kosten im Gesundheitssystem wenn als **Grundproblem** keine **Vermittlung** in den ersten Arbeitsmarkt mehr gelingt, d.h. wenn die Menschen im „*Fallrohr*“ - in der Mitte-ungebremst abstürzen ... und beide zirkuläre Prozesse verschlingen viel Geld!

Zum Glück gibt aber noch
den **Ausstieg nach links** aus dem
„**Fallrohr**“ der Sozialversicherungen

Folie 9

Arbeitslose finden auch in Pirmasens noch Arbeit. Die Rolle der **Bundesagentur für Arbeit (BA)** muß ich aber mit **?** versehen, da ich ihren Einfluß auf diesen Findungsprozeß bis in das HARTZ-IV-System immer geringer sehe: **Die Jüngeren**, die frühzeitig etwas für **Qualifizierung** und **Kompetenz** taten, finden alleine Arbeit und **die Älteren** ohne dies werden von der BA nicht mehr integriert in einen Arbeitsmarkt, der immer mehr hochflexible Anpassung und Qualifikation erfordert. Die Zeit der Un- und Angelernten in hochbelastend aber monoton arbeitender Schuhindustrie am Wohnort ist unwiederbringlich vorbei in Pirmasens ...

Gelingt kein Ausstieg nach links aus dem „Fallrohr“ der Sozialversicherungen, bleibt Ausstieg nach rechts in die Rente

Folie 10

...Und wenn ich meinen Patienten glaube, dann oft unter dem Druck von Krankenkassen und Arbeitsverwaltung bis in die HARTZ-IV-Behörde... Wo im Verlauf der Zeit noch ein gütiger GdB hinzugekommen ist, d.h. Abschläge entfallen, ist dies ein Weg ... Der GdB wäre auch ein Fortbildungsthema: Bildet er überhaupt noch die Einschränkungen ab, die Patienten in der Arztpraxis bieten? Die Anfragepunkte wirken wenig komplex und die Kriterien für „Schwerbehinderten-Ausweis“ über die Jahre sukzessiv erhöht. Der GdB scheint heute v.a. Produkt von Erstantrags-Datum und Patienten-Initiative. Die wirklich Hilflosen und Schwächsten bleiben in

solchem Verfahren schnell auf der Strecke.

Wenn ich komplexere medizinische Erfassung anspreche, meine ich ausdrücklich nicht noch mehr Bürokratie mit noch längeren Fragebögen. Die Rentenversicherung fragt heute schon im Reha-Verfahren, ob über 50-jährige Schuhfabrikarbeiter schwanger seien ... GdB und Reha im

deutschen Sozialsystem vergleiche ich mit einem Brot aus der Bäckerei: Zu Vollbeschäftigungszeiten herrschte gesellschaftlicher Konsens bei der Aussage: „Ein Brot ist ein Brot“. Heute genügt dies nicht mehr. Die Sozialbürokratie erzwingt erst Beschreibung jedes „Loches im Brot“ bevor sie dieses als Brot anerkennen und an Bedürftige auch ausgeben kann...

Ausstieg rechts aus dem „*Fallrohr*“ in Rente, d.h. über Reha und GdB, ist für die Arztpraxis bei hoher Arbeitslosigkeit ein unsägliches Mehr an Bürokratie der im Beispiel angedeuteten Güte !!!

Das „ Fallrohr “ der Sozialversicherungen

hat somit „ 3 Ausgänge “:

Folie 11

- 1.) Der Job: ist „ Plus-Fall “, Idealfall kein „ Fallrohr “- kein Thema hier.
- 2.) Alg-II: ist „ Minus-Fall “, Katastrophal-fall und „ Fallrohr “ wenn primär sozial unlösbare Probleme krank machen und in die Praxis führen, wo das Grundproblem, da ein soziales, somit auch nicht gelöst werden kann: Wenn Lebensversicherungen (d.h. Lebensbilanzen) vorzeitig gekündigt werden müssen. Wenn Schulprobleme der 2 pubertierenden Söhne schlimmer werden, weil sie in der kleinen Elternwohnung in 1 Zimmer ziehen müssen, da die HARTZ-IV-Behörde auf Vermietung der bisher von ihnen bewohnten, winzigen Einliegerwohnung im selben Haus besteht

3.) Rente: ist „ Plus- oder Minus-Fall “.

Oft wird sie nicht so gerne genommen, wie erbosten Schreiben mancher Rentengutachter zu entnehmen ist ... V.a. wenn in Lebensphasen wenig verdient wurde, durch Arbeitslosigkeit Lücken in der Erwerbsbiographie bestehen etc. ist sie (Patienten-Zitat): „ *Alg-II ohne Gegenleistung* “. Unterschätztes Problem ist manche *kleine Selbständigkeit-z.B. unter Druck der HARTZ-IV -Behörde*: Wenn eine heruntergekommene Gaststätte attraktiv werden soll, Entrümpelungsservice mit Second-Hand-Laden, Ebay-Versand versucht wird bleibt der Gewinn oft so gering, daß Zahlung in Altersversorgung ausgesetzt wird. *Der kommunale Fürsorgefall scheint dann nur ins Rentenalter verschoben* . Auch ohne HARTZ-IV entfällt Altersvorsorge : gering (?) verdienende Selbständige/Freiberufler.

Bei „ Fallrohr “ der Sozialversicherungen
mit viel Aussteigern nach rechts in Rente

Folie 12

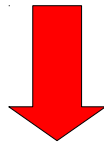
fragt man sich bisweilen:

Patienten oder **Pseudo-Patienten**

wenn sich das Patienten-Konzept wandelt

von

„ Arzt mach mich gesund,
damit ich meine Arbeit behalte. “



„ Arzt mach mich krank,
damit ich Versorgung erhalte. “

In Zeiten der Vollbeschäftigung waren Menschen mit Kopfschmerz und ange-deuteter Neurologie glücklich, zu hören, daß ein CT des Kopfes unauffällig war. Bei Arbeitslosigkeit kann man heute in ratlose Augen blicken: Jetzt hat mich mein Sozialverband extra zu Ihnen geschickt,

weil Sie ein guter Arzt wären und jetzt können Sie mir für meine Rente auch nicht helfen ...

Das **Paradox** solcher Aussagen bleibt unaufgelöst, denn eine schwere Krankheit will i.d.R. auch kein Arbeitsloser haben.

Es erschreckt, wie das deutsche **Sozialsystem** mittlerweile **Menschen in Not deformieren** kann.

Menschen sind Teile von **Gruppen** mit **Gruppenkonzepten**. Bei Konzepten wie o.a. wäre auch ein Fortbildungs-Thema die Rolle von Sozialverbänden, Gewerkschaften und Parteien.

Je mehr die Menschen sich in sozialer Not spüren, desto mehr **kann der Arzt überfordert werden** durch: alle Übergänge zwischen Patienten/Pseudopatienten ... und Fehleinschätzungen .

Bei „ Fallrohr “ der Sozialversicherungen
mit viel Aussteigern nach rechts in Rente
ändert sich die Praxis und ihre Interaktion
mit den Sozialversicherungsärzten

Folie 13

In Pirmasens kommen Nervenärzte zu
großen Praxen wie die Jungfrau zum Kind.

Je mehr dort der o.a. **Katastrophalfall**
ohne Arbeit überwiegt gegenüber dem o.a.

Idealfall mit Arbeit, desto mehr habe ich
den **Versorgungsfall**, für den ich ausge-
dient habe nach seiner Versorgung gegen-
über dem realen **Behandlungsfall**, an dem
ich noch freudig ausleben kann, was

meine Kompetenz ist, nämlich Heilkunde.
Umso mehr ich den Versorgungsfall habe,

umso mehr frißt meine **Bürokratiezeit**
meine **Behandlungszeit**. In solcher Masse
werden schlechter: meine **Behandlungen**
und die Qualität der **Beantwortungen der**
Anfragen für Sozialversicherungsärzte.

„ Fallrohr “ der Sozialversicherungen
mit vielen durch Krankenkassen/
Arbeitsverwaltung nach rechts in Rente
gepreßten primär Arbeitslosen
schädigt gravierend das Sozialsystem:

Folie 14

Je mehr primär soziale Probleme unter dem Druck von Sozialkassen, Patienten etc. als sekundär medizinische Probleme auf die Behandlungs- und Reha-Schiene gepreßt werden (teils aus reiner Kostenschieberei oder **weil in Deutschland mittlerweile jede Versorgung einer medizinischen Begründung bedarf**), umso mehr ist diese Behandlungs- und Reha-Schiene blockiert und umso **schlechter** wird dann die Behandlung realer Behandlungsfälle und die Rehabilitation von Menschen mit realer Reintegrationsperspektive bei Kapazitätsgrenzen des gesamten Behandlungs und Reha-Systemes.

„ Fallrohr “ der Sozialversicherungen
mit vielen durch Krankenkassen/
Arbeitsverwaltung nach rechts in Rente
gepreßten primär Arbeitslosen
schädigt gravierend das Sozialsystem:

Folie 15

Denn je schlechter die Behandlung realer
Behandlungsfälle und die Rehabilitation
von Menschen mit realer Reintegrations-
perspektive , um so höher bleiben/werden
die Krankenstände und damit die Sozial-
ausgaben. Verhindert ein System aber
selbst, daß seine Behandlungsfälle
ausreichend behandelt und rehabilitiert
werden, macht es sie selbst zu Versor-
gungsfällen. Das Sozialversicherungs-
system schafft einen *Circulus vitiosus*
wenn es uns Ärzte ständig zwingt zur
„ Behandlung der Falschen „
gemäß Manfred Lütz Buch ...

„ Fallrohr “ der Sozialversicherungen
mit vielen durch Krankenkassen/
Arbeitsverwaltung nach rechts in Rente
gepreßten primär Arbeitslosen,
Lähmung der Behandlung in der Praxis
und Schädigung des Sozialsystemes
bringt den Arzt ins Grübeln:

Folie 16

**Was ist Patienten-Interesse und was
meine gesellschaftliche Verantwortung ?**

Antwort kann für mich nur sein:

**Ich muß real Kranken zu realer
Behandlung und realen Rehafällen
zu realer Rehabilitation verhelfen !**

Durch hohe Arbeitslosigkeit selbst be-
bedrohte und mit sich selbst beschäftigte
Sozialkassen leisten dies nicht ! Selbst
lösen muß ihre Versorgungsprobleme:
die Gesellschaft = Regierung/BA +
Arbeitsmarkt (Arbeitgeber/Gerkschaften)
statt nur medizin. Versorgungsbegründung

„ Fallrohr “ der Sozialversicherungen
mit vielen durch Krankenkassen/
Arbeitsverwaltung nach rechts in Rente
gepreßten primär Arbeitslosen,
Lähmung der Behandlung in der Praxis
und Schädigung des Sozialsystemes
sieht nach der Bürokratie für Praxen zu oft

Folie 17

prozeßleitend die Kosten der Sozialkassen.
Langzeitarbeitslose treiben dann zwischen
Kranken-, Arbeitslosengeld und Rente.

Folie 18

← GOLDENE
REGEL

Wo Kosten, da

„ Sozialer Verschiebepbahnhof „

Arbeitsagentur, Kranken- & Rentenkasse
haben ein „ Bermudadreieck “ geschaffen,
für Not Bedürftiger, Arztkapazitäten,
Steuern und Sozialabgaben. Ist die BG
dabei haben wir „ Bermudaviereck “ und
Anfragen für 16 statt 6 Verschiebungen.

Folie 19

Wenn gegengesteuert werden muß, damit
Real Kranken → reale Behandlung,
reale Rehafälle → reale Rehabilitation
dann stellt sich die Kernfrage für Ärzte

Wie kann ich den Behandlungsfall mit
Behandlungs- und Reintegrationsbedarf
abgrenzen vom an die Gesellschaft zurück
zu gebenden Versorgungsfall ???

Folie 20

Hier scheinen mir Kriterien möglich:
Dreht sich die Motivation im Gespräch
nur um Versorgung und wirkt das Konzept
festgefügt: Ich habe sie verdient ... Was
bringt dann i.d.R. die Psychosomatische
Fachklinik bei Körperlich-psychischer
Verfassung mit deutlichen Hinweisen
für (Persönlichkeits-)Störung wie häufige
Arbeitsplatz- und Partnerwechsel ohne

Verantwortung für Kinder, Delinquenz, Insolvenz etc. - oder schlecht eingestellten Krankheiten wie Diabetes und Hypertonie bzw. manifesten psychiatrischen Erkrankungen wie Psychosen mit hohem GdB ? Was bringt i.d.R. die Psychosomatische Fachklinik wenn noch folgende Sozial-situation hinzukommt: **höheres Alter, keine Qualifikation, verschloßener lokaler Arbeitsmarkt und keine Mobilität** ? Aus Erfahrung bringt sie i.d.R. nichts mehr... !

Die Rente kann aber auch wie o.a. der „Plus-Fall“ sein, d.h. **Sozialsituation: keine Verbindlichkeiten, gute Absicherung durch Erbe, Partner/in schon in Rente und selbst geringer Abstand zum Renteneintrittsalter**. Hier ändert die Psychosomatische Fachklinik auch nichts mehr und dennoch: bei vielen Versorgungsfällen durch hohe Arbeitslosigkeit werden viele solche Arbeitssuchende in Reha gedrängt.

Folie 21

Wenn gegengesteuert werden muß, damit

Real Kranken → reale Behandlung,
reale Rehafälle → reale Rehabilitation

dann müssen

Sozialfälle mit Versorgungsproblemen

unter Behandlung ihrer Erkrankungen

und ggf. auch gesetzeskonformer

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die

Integrationsfachdienste/Arbeitsverwaltung

abgegeben werden. ? heisst: oft nimmt

die BA sie nicht an ? ist auch zu setzen zu

Krankenkassenwunsch Reha-Schiene

Folie 22

Reha ist hingegen hoch erforderlich für
reale Rehafälle & reale Behandlungsfälle,

die z.Zt. wo hohe Arbeitslosigkeit

hohe Ablehnungsquoten, lange Reha-

Wartezeiten und lange Phasen Kranken-

geldbezuges haben → MdK-Anfragen !!!

Folie 23

Problem Ärzte

Versorgungsfall/Behandlungsfall sind Pole des Komplexes Patient/Mensch. Es gibt Übergänge, Wechselfälle und wir können Menschen falsch einstufen. Wir laufen Gefahr kurzfristig Symptome zu verbessern und langfristig Grundprobleme in ihrer Komplexität zu vertiefen. Im Dschungel der Gesundheits- und Sozialbürokratie sind wir immer mehr „Irrläufer“ wie unsere Patienten und Langzeitarbeitslose auch. „Behandlungs-“ und „Begutachtungsrealität“ bei manchen Ärzten scheinen mir 2 getrennte Welten: Ziemlich jeder verläßt die Praxis mit Diagnose und Therapie aber im Gutachten ist ziemlich jeder nicht relevant erkrankt.

Folie 24



Folie 25

Problem Reha-Kliniken

Ich habe in guten Psychosomatischen Fachkliniken enorme Verbesserungen für Menschen mitverfolgt. Psychosomatische Fachkliniken werden aber immer mehr **Groß-Transformatoren, wo alles Soziale zu Therapeutischem wird.**

„Grawe-Regel“ heißt: „Psychotherapeutische Probleme können erst nach sozialen Problemen gelöst werden.“

Bei Patientengut mit konkreten Bedürfnissen (z.B.: wenn keine Arbeit dann Versorgung) und oft beruflichen Qualifizierungsdefiziten ist die „ Grawe-Regel “ zutreffend ! Für Reha-Kliniken und sie drängende Krankenkassen/BA ist sie außer Kraft. Folge ist kein Transfer von „ Reha-Einsichten “ auf die Lösung der Probleme, wegen

denen Krankenkasse/BA aber zu Reha aufforderte: keine effizientere Arbeitssuche, keine Konfrontation mit dem Arbeitslosenstatus etc. Schlimmer noch: Wenn bei primären Versorgungsproblemen sekundär auf die medizinische Ebene verlagert wird, führt eine fixierte Patientenrolle zu noch weniger Reintegrationsbemühung und noch mehr Versorgungserwartung. Entlassungsstandart 1 = Psychotherapieempfehlung ist dann 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 hinsichtlich der Klinikbewertung für den Kostenträger Rentenversicherung (der weder bei Psychotherapie noch bei Krankengeld als Krankenkassenleistungen in der Pflicht ist)

Folie 26

Problem Krankenkassen

MdK-Anfragen kommen oft zu früh (schon vor dem Erstkontakt), zu oft und sinnlos (z.B. wenn reale Rehafälle auf genehmigte Reha warten). MdK-Anfragen sind reine „ **Ärztedisziplinierung** “ (Zitat: „ Morgen kommt Frau X neu zu Ihnen, wenn Sie weiter krankschreiben bekommen Sie direkt eine MdK-Anfrage.“) Das **Drängen auf Ende einer AU** ist oft zu früh und zu hart. **Es wird nicht erkannt: Wenn die Oma gegen Ende ihrer Schuhfabrik-Zeit schikaniert wird, suchen sich die Enkel nach Studienabschluß eine andere Krankenkasse.** Reha ist reines **Kosten-Verlagerungsinstrument**: niedrige Schwelle für Reha vor dem Renteneintritt (also berufliche Reha zu Lasten der Rentenversicherung) und inexistente

Reha-Indikation nach Berentung (also medizinische Reha zu Lasten der Krankenkassen) bei der selben Sucht- oder Parkinson-Erkrankung. Medizinisches Angebot wie Integrationsverträge sind „ **Werbeinstrumente** “ für **interessante Beitragszahler, medienpräsenste Selbsthilfegruppen** etc. Dabei kann es auch gegen reale Kassenbehandlung gehen: Der Arzt hat die Ergotherapie bei der schwer Dementen beendet, da reines Angehörigen-Wunschdenken und findet die alte Dame in der Demenz-Selbsthilfegruppe in von der Kasse bezahlter Ergotherapie. **Lange Arbeitsunfähigkeitszeiten = langer Krankengeldbezug ist sehr oft Folge langer Reha-Wartezeiten. Kassen, die dies betrifft, zwingen trotzdem auch nur Arbeit oder Versorgung Wünschende in dann erfolglos bleibende Reha. Es wird somit nur kurzfristige „ Lösung “ gesucht und sich langfristig selbst geschadet.**

Folie 27

Problem Arbeitsverwaltung (BA)

Die BA krankt m.E. am meisten im deutschen Sozialsystem an den Folgen der **Fehl-Ideologie**, daß **medizinisch-soziale Prozesse** in **Zahlen** und **Statistik** zu gießen sind wie die Abläufe in **Industrie** und **Produktion**. Die Kosten für Leder, Maschinen, Löhne etc. sind in Pirmasens mit relativ „**einfachem Zahlwerk**“ kalkulierbar. Ein zentraler Faktor in medizinisch-sozialen Prozessen wie „**Motivation**“ ist Thema für Kongresse und Bibliotheken, ohne abschließende Erfassung- welche, wenn überhaupt, „**hochkomplexes Zahlwerk**“ bedeuten würde. Mit „einfachem Zahlwerk“ wird „Motivation“ nicht real erfaßt mit der Folge, daß Arbeitspolitik und -verwaltung bei u.a. „**motivationsgeleiteten Prozessen**“ wie **Vermittlung**

schnell nur mit „**Derivaten**“ der **Arbeitslosigkeit** und „Arbeitsvermittlung“ arbeiten, die zur Realität arbeitsloser Menschen den gleichen Bezug haben, wie die „**Finanz-Derivate**“ zur „**Realwirtschaft**“. Wo eine Senkung der Arbeitslosigkeit proklamiert wird, findet der/die ungelernete über 50-jährige Schuhfabrikarbeiter/in in Pirmasens unverändert keine Arbeit mehr. Wo zu Zeiten der Vollbeschäftigung die Arbeitslosigkeit noch durch Vermittlung und Rehabilitation real gesenkt werden konnte, wird heute nur die Statistik verbessert durch Eintritt in oft erbärmlich kleine Rente und statistische Umschichtung: Wer die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beibringt – d.h. in unser budgetiertes und rationiertes Krankenkassensystem geleitet ist- der ist nicht mehr in der „Arbeitslosenstatistik“, da jetzt „arbeitssuchend“ geführt etc. Der **Bund** scheint hier **über die BA**

und deren Proklamierung von Behandlungs-, Reha- und Rentenbedarf in die **Renten-** und **Krankenkassen abzuwälzen**, analog wie er andere v.a. **Sozial-Kosten** in die kommunalen Finanzen, d.h. die immer verschuldeteren **Kommunen**, verlagert.

Vieles, z.B. für den humanen und erfolgversprechenden Umgang Basales, was Gesundheitspolitiker von Ärzten fordern, setzen Sozialpolitiker der gleichen Partei/Koalition selbst in ihrer BA und HARTZ-Behörde explizit nicht um. So soll der Arzt **„patientenzentriert“** sein. Völlig konträr hierzu wurde vor dem Bundessozialgericht erstritten, **nicht „arbeitslosenzentriert“** verwalten zu dürfen: Alg-II-Empfänger haben kein Recht auf „Mitsprache“ und „persönlichen Ansprechpartner“ (AZ B 4 AS 13/09 R). Franz Kafka beschrieb in „Das Schloß“ und „Der

Prozeß “ die Verfahrensabläufe – Die Bundesregierung und BA liefern das zeitgenössige Inventar und Personal einer von Arbeitslose immer kafkaesker geschilderten Bürokratie-Welt.

Die BA ist hierdurch bürokratisiert und nicht arbeitslosenzentriert, d.h. ineffizient in Pirmasens, was Menschen angeht, die auch Patienten sind oder werden. Der **Reha-Sektor** ist quasie inexistent geworden: Es gibt **keine Nahtlosigkeit** mehr zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation und im **Kostenstreit** mit der Rentenversicherung geht unter, daß Menschen **nur in einem Zeitkorridor rehabilitierbar** sind. Vor Eintritt in eine **WAW** wird zuerst **Berentung** durchgedrückt. **Auch in ihrem Beruf** **Andere Gefährdeten** wurde schon drakonisches **Sperren angedroht** falls Kündigung gemäß ärztlichem Attest.

Wo Arbeitsbürokratie und Arztpraxis sich um die gleichen Langzeitarbeitslosen/Patienten kümmern, bleibt

HARTZ-IV

durch eine so geartete Arbeitsverwaltung und Arbeitspolitik i.d.R. ein statistisch schön geredetes „Brot- und Spiele-System“: die Kommunen liefern das „Brot“ und die BA die „Spiele“ ... i.d.R. reintegrieren ihre Maßnahmen selbst nicht mehr über 50-jährige Ungelernte und in der Schuhfabrik arbeitslos Gewordene in den ersten Arbeitsmarkt. Bei Jüngeren, Qualifizierteren wirken **Rest-Reintegrationschancen zerstört durch Gleichmacherei und Zusammenwürfeln von Schicksalen, die nicht zusammen gehören**: Ein Alg-II-Bezieher mittleren Alters mit Kindern noch in Ausbildung, unbezahlter Immobilie etc. ist in einer völlig anderen Situation als

ein Alg-II-Bezieher unmittelbar vor Altersrente. In schlechten Sozialverhältnissen evtl. schon jahrelang resignierte Alg-II-Bezieher bedürfen nochmals komplett anderer Hilfen. Dies bedeutet für noch in den ersten Arbeitsmarkt vermittelbare Alg-II-Bezieher: Alter, Motivation, Ausbildungsstand und individuellem Hilfsbedarf zur Reintegration muß anders als bisher **arbeitslosenzentriert** Rechnung getragen werden. Dies für den „ Jobcenter “ ab 2011 hat der **Freie Wählerblock (FWB) Pirmasens** durchsetzen können.

Diese Negativ-Beurteilung muß sich auf die Menschen begrenzen, die Langzeitarbeitslose und Patienten sind bzw. letzteres im Laufe des Verfahrens werden. Erfolge anderenortes der BA/ HARTZ-IV-Behörden werden somit hier nicht in Abrede gestellt.

Folie 28

Problem Rentenversicherung

Je mehr Reha-/Renten-Verfahren, desto unverständlicher wird das Ablehnungssystem: Die „**Problemfälle**“ des „**Sozialen Verschiebebahnhofes**“ (die kurzfristig kostenintensiven Fälle der Krankenkassen und die Unvermittelbaren der BA) haben offensichtlich „**Vorfahrt**“ **in Reha** gegenüber den Behandlungsfällen der Arztpraxis mit realen Reintegrationschancen → **deren Wartezeit vor Reha steigt, somit ihre Krankengeld-Dauer und damit die Zahl der MdK-Anfragen an den Arzt und damit dessen Bürokratie**

**.... offensichtlich große
Unterschiede von Kasse zu
Kasse und Ort zu Ort !**

Folie 29

Fallbeispiel 1: sinnlose Reha ...

Pat.Nr. 27743 der 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 v.a. Akkordarbeit **Schuhindustrie**;

intakte Ehe mit 7 Jahre älterem Rentner,

1 Sohn; Patientin unehelich geboren-

Vater US-Amerikaner, nie Kontakte;

11 Halbgeschwister,

Erziehung durch Oma;

Pflege Schwiegervater (Potator);

Hypertonie seit Geburt des Sohnes,

Sigma-Ca 2007,

familiäre Belastung Apoplex & Colon-Ca;

GdB 90,

2 x Reha ohne Effekt & **AU-Entlassung**:

18.04.-16.05.2007 & 21.05.-18.06.2008

Folie 30

- 16.09.09 AU → Krankenkasse: Aussteuerung in 4 Monaten zum 23.01.10
- 30.09.09 Rentenanspruch bei Altersrente ab 01.11.10 wegen Krankheit & Überforderung in der Schuhindustrie über Sozialverband.
- 05.10.09 Reha-Antrag von Krankenkasse „erzwungen“ wegen MdK - Berichte 21.09., 19.10., 03.11.09 aber ohne Reha-Empfehlung... (... Dispositionsrecht ?)

Fazit:

09.02-16.03.10 3. ergebnislose Reha
in 3 Jahren mit Entlassung AU
bei 45 Beitragsjahren durch v.a. Akkord-
arbeit, Lebensalter 59 & GdB 90 ... Ca
sie wartet heute depressiv-ängstlich auf Rente wie ohne Reha... meine Patientenakte seit 28.07.09 ist „cm-dick“... und jüngere Rehabilitierbare warten auf Reha.

Ich weise noch daraufhin, daß wie o.a. die Mdk-Anfragen alle 3 Wochen kamen ... aber was gab es da zu „fragen“ ? Wenn Sie in der Zeit einen Studenten in der Praxis haben, werden Sie nicht nur verstehen, warum sich **niemand mehr niederlassen will**, sondern auch, daß **60 % der Medizinstudenten**, (laut KV-Vorsitzendem Gerhard im Sommer 2010 in Pirmasens) **das Arbeiten im Ausland vorziehen**: Es ist die **bürokratische Lähmung des Arztes in Deutschland** für seine eigentliche medizinische Tätigkeit. Hinzuzufügen ist noch die von manchen **Politikern** und **Medien** gepflegte, **grundlose Respektlosigkeit** gegenüber einem hart arbeitenden und hochverantwortlichen Beruf... Das bestätigen von Jahr zu Jahr emigrierte Kollegen auf der DGPPN-Fortbildung in Berlin. Dieses Verfahren der Sozialbürokratie hier, läßt sich ein freier Geist nicht mehr gefallen.

Folie 31

Fallbeispiel 2: Problem = Psychotherapie

Pat.-Nr. 6213 der Praxis, seit 05.10.10:

43-jährige Kosmetiker, MR & Handels-
schulabschluß; Sachbearbeiterin im Büro;
stabile Beziehung seit ambulanter Verhal-
tenstherapie 2008/2009; Alleinerziehende
einer Tochter, 1. Klasse Gymnasium;

Tagesversorgung Tochter: Mutter des
leiblichen Vaters; Entwicklung: Malignom
dieser Großmutter progredient → Tochter
wird auffällig → Mutter kürzt Arbeitszeit
= Mehrarbeit für alle Sachbearbeiterinnen
→ Arbeitsplatzkonflikte → **neue Stelle** →
Kündigung → Arbeitsplatzkonflikte
eskalieren → **AU** durch Hausarzt

 neue Stelle vorhanden →
Krankengeld kein Thema

Folie 32

Vorstellungsgrund:

Krankenkasse drängt über Integrationsvertrag umgehend in eine Psychosomatische Fachklinik, die fachlich-psychotherapeutisch sehr gut arbeitet aber monatelange Wartezeiten für meine realen Reha-Fälle hat

In Anbetracht der Bedürfnisse einer Tochter und der Konflikte einer Mutter, ist „Reha-Klinik“ hier eine analytische Meisterleistung

Folie 33

Und manchmal hilft nur noch 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.

Folie 34

Pat.-Nr. 22723 der Praxis seit 27.08.04:

56-jährige ungelernete Schuhfabrikarbeiterin, Ehemann seit 7 Jahren Pflegefall, 1 Sohn im „Hotel Mama“

31.06.04 **betriebsbedingte Kündigung** bei 37 Jahren Betriebszugehörigkeit,

01.07.04 Beginn **Arbeitslosigkeit**,

27.07.04 unverhoffter **Tod des Ehemannes**

01.09.04 Beginn „**Bewerbungstraining**“,

18.10.04 **Ende Arbeitsunfähigkeit**,

15 Wochenstunden leichte Tätigkeit auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt ?

Nach Einschätzung **Arzt & Krankenkasse** leistbar



Nach Einschätzung **BA** nicht leistbar



Nach **37 Beitragsjahren** ein Leben nur von **Witwenrente...**

„ Sozialer Verschiebebahnhof “ wird von **BA** und **Krankenkasse** als „ unbekannt “ und für Pirmasens „ inexistent “ der RHEINPFALZ erklärt, nach deren Bericht vom 03.02.05 die BA aber Alg-I zahlt. Heute lebt die Frau von kleiner Rente mit Abzügen.

Folie 35

„ Feinfühligkeit “ der Bürokratie und Re-Traumatisierung:

Ihre Krankenversicherung läuft weiter über den verstorbenen Mann, für den auch nach dem Tod Kranken- & Pflegekassen-Beiträge weiter abgehen....

Bei solcher **Bilanz** von 37 **Beitragsjahren** in Akkordarbeit, plus Erziehung eines Sohnes, plus häuslichem Pflegefall bis in den Tod des Ehemannes: **Ahnt unser Sozial(versicherungs)system noch was es mit Menschen anrichten kann ?**

Verfahren wie hier führt zu **Verabschiedung** vom **politisch-gesellschaftlichen System**, zu **Nicht- oder Radikale-Wählern**.

M.E. ist es auch kein Zufall, daß es sich in allen 3 Fällen um **Frauen** handelte ...

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 (über „ Versorgungsamt “ der Weg zum „ Schwerbehinderten-Ausweis “),

BG : Berufsgenossenschaft,

AU : Arbeitsunfähigkeit („ Krankmeldung “),

KK : Krankenkasse,