

Psychosoziale Defizite im Gesundheitswesen

Gründe für die wachsende Beanspruchung der IV

von Klaus Müller, Basel*

Im Rahmen der Sparbemühungen hat sich das eidgenössische Parlament in der Wintersession auch mit der *Invalidenversicherung (IV)* befasst. Während der Bundesrat vorgeschlagen hatte, bei der IV 60 Millionen Franken einzusparen, hat die Finanzkommission des Nationalrats diese Sparmassnahme abgelehnt. Tatsächlich benötigt die IV unter Status-quo-Bedingungen sogar noch zusätzliche Mittel. Denn seit 1988 haben sich die Rentenzahlungen um 37 Prozent von 2,11 auf 2,88 Milliarden Franken erhöht und die Gesamtausgaben sogar um 47 Prozent auf 5,25 Milliarden. Dagegen erhöhten sich die Einnahmen bis Ende 1992 nur um 39 Prozent auf 5,26 Milliarden. 1993 wird die IV voraussichtlich ein Defizit ausweisen, weil die Zahl der Rentenbezüger um 7 Prozent zunehmen dürfte, verglichen mit einer Zunahme von 2,6 Prozent vor fünf Jahren. Vor diesem Hintergrund hat der Bundesrat am 29. November für 1995 die *Erhöhung des Beitragssatzes* von derzeit 1,2 auf 1,4 Prozent beschlossen. Denn ohne diese Massnahmen drohten der IV ab 1995 Defizite von einer halben Milliarde Franken. Doch sind dieses Defizit beziehungsweise die Erhöhung des Beitragssatzes Folge letztlich unbeeinflussbarer «Sachzwänge» und damit unausweichlich?

Zur Beschäftigung mit dieser Frage müssen mögliche Gründe und Hintergründe der angedeuteten Entwicklung erhellt werden. Aus dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) wird die Ausgabenentwicklung der IV mit den *aufwendigeren Behandlungsmethoden* und der *hohen Arbeitslosigkeit* erklärt. Längere Arbeitslosigkeit und die damit verbundenen psychischen und sozialen Probleme führten öfter zu dauernden Gesundheitsschäden, die eine volle Erwerbstätigkeit verhinderten. Diese Erklärung ist sicher nicht unzutreffend. Allein greift sie jedoch zu kurz. Insbesondere bleibt aber wenig Raum für präventiv wirksame Massnahmen, wenn die wachsende Zahl der IV-Rentner als nahezu zwangsläufige Reaktion auf die verschlechterten Arbeitsmarktbedingungen interpretiert wird. Eine erste grobe Analyse der IV-Statistik zeigt aber, dass der genannten Entwicklung noch weitere Ursachen zugrunde liegen müssen als die aktuelle Arbeitslosigkeit und die teureren Behandlungsmethoden.

Die Entwicklung auf der Seite der IV-Rentenbezüger

Zwischen 1987 und 1992 hat die Zahl der Rentenbezüger der IV insgesamt um 19 475 Personen oder 14 Prozent zugenommen. Von diesen zusätzlichen Rentenbezügern beziehen 14 786 oder 76 Prozent auf Grund einer Erkrankung IV-Rente, 3094 oder 16 Prozent auf Grund eines Unfalls und 1595 oder 8 Prozent auf Grund eines Geburtsgebrechens. 1992 waren insgesamt 101 009 und damit 72 Prozent aller Rentenbezüger der IV auf Grund einer Erkrankung berentet. Von diesen wiesen 25 Prozent entweder psychoreaktive funktionelle Störungen des Nervensystems sowie psychosomatische Störungen oder unspezifische Störungen des Bewegungsapparates auf. Die IV-Berentungen infolge psychoreaktiver Störungen nahmen jedoch um 66 Prozent (von 7334 auf 12 185 Personen) zu, so dass sich ihr Anteil an allen zu einer IV-Rente führenden Erkrankungen in dieser Zeit von 8,5 auf 12 Prozent erhöht hat. Die Zunahme ist geschlechtsunabhängig und betrifft vor allem die Invaliditätsgrade von 50 und mehr Prozent. Die IV-Berentungen infolge unspezifischer Störungen im Bereich des Bewegungsapparates nahmen von 1987 bis 1992 um knapp 60 Prozent (von 7766 auf 12 260) zu, wodurch sich der entsprechende Anteil von 9 auf 12 Prozent erhöhte. Auch hier ist die stärkste Zunahme beim Invaliditätsgrad zwischen 67 und 100 Prozent (+64 Prozent) zu verzeichnen.

Insgesamt ist die Zahl der Berentungen auf Grund *psychischer und psychosomatischer Störungen* im Bereich des Bewegungsapparates zwischen 1987 und 1992 um 9345 angestiegen und erklärt damit allein 63 Prozent des Zuwachses an in dieser Zeit auf Grund einer Erkrankung zusätzlich berenteten Personen. Daraus ergibt sich ein deutlich wachsendes Gewicht «funktioneller» und «psychosomatischer» Störungen unter den Bezügern von IV-Renten, und zwar besonders unter solchen mit Vollrenten. Um welche Krankheiten handelt es sich dabei? Und wie werden diese heute behandelt (oder eben nicht behandelt)?

Die psychosomatischen Störungen und ihre Behandlung

«Psychosomatische Störungen» sind krankhafte Störungen von Körperfunktionen ohne ersichtliche organische Ursachen, so dass es sich bei diesen funktionellen Störungen zumeist um *somatische Folgeerscheinungen psychischer Ursachen* handeln muss. Mögliche Manifestationen sind unspezifische Schmerzzustände (besonders häufig in Form chronischer Kreuz- oder Kopfschmerzen), funktionelle bzw. psychovegetative Organstörungen (z. B. Weichteilrheumatismus, Verdauungsstörungen, Dysfunktionen des Herz-Kreislauf-Systems, Schwindel) oder psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinn (z. B. Störungen des Essverhaltens, Magengeschwüre, Asthma bronchiale und andere Erkrankungen, bei denen psychische Komponenten zumindest den Verlauf

* Der Autor ist Inhaber eines Beratungsbüros für Fragen des Gesundheitswesens, insbesondere der Rehabilitation.

wesentlich mitbestimmen). Die IV-Statistik zeigt, dass unter den genannten Krankheitsbildern die funktionellen Organstörungen im Bereich des Bewegungsapparates aber ganz eindeutig überwiegen.

Allgemein leiden rund 50 Prozent aller rheumatologischen Patienten an *Weichteilrheismus*, bei dem es sich zumeist um derartige funktionelle Störungen handelt. Symptome sind schmerzhaft Verspannungen der Muskeln und Sehnen in Schultern, Kreuz und Extremitäten, damit verknüpfte Steifigkeit und körperliche Schwäche, gestörte Bewegungsmuster und konsekutive Muskel- sowie Gelenkfunktionsstörungen. Die davon Betroffenen stehen unter einem hohen Leidensdruck und sind entsprechend in ihren Aktivitäten eingeschränkt. Mangels organdiagnostischer Ursachen müssen diese Funktionsstörungen ganz überwiegend auf spezielle körperliche und psychosoziale Belastungen des privaten und beruflichen Alltags, einseitige körperliche Belastungen, Fehlhaltungen, Bewegungsmangel, psychischen Stress u. ä. zurückgeführt werden. Der Behandlungserfolg hängt in diesen (sehr häufigen) Fällen deshalb entscheidend davon ab, dass ausreichend auf die individuelle psychosoziale Problematik dieser Patienten eingegangen wird. Dies geschieht durch *Gesprächstherapie* zur Aufdeckung der (zumeist verdrängten) kausalen Probleme, Verhaltensanalyse zur Korrektur falscher Haltungs-/Bewegungsmuster und krankheitsverursachender Verhaltensweisen im beruflichen und privaten Alltag sowie die Vermittlung von Selbsthilfetechniken zur Schmerzbewältigung und Entspannung.

Defizite in der Diagnose und Behandlung

Der hohen und wahrscheinlich laufend weiter zunehmenden Zahl psychosomatisch Kranker steht offensichtlich (noch) ein beträchtliches Defizit an psychosomatischer Kompetenz in der *ambulant* und *stationären Akutversorgung* gegenüber. Es gibt gute Gründe für die Annahme, dass eine nicht unbeträchtliche Anzahl psychosomatischer Patienten heute in der Schweiz erst (zu) spät richtig diagnostiziert und demgemäss nicht rechtzeitig in der notwendigen Weise integrativ behandelt wird. Denn für die psychosomatische Erfassung der Patienten fehlt es in unseren Spitälern an genügend Fachpersonal. Insgesamt beschäftigen gegenwärtig nämlich nur rund ein Drittel der internmedizinischen Kliniken/Abteilungen in der Schweiz angestellte oder konsiliarisch tätige Ärzte mit spezieller Ausbildung in psychiatrisch-psychosomatischer Diagnostik und Therapie. Das bedeutet, dass in zwei Dritteln der internistischen Kliniken/Abteilungen der Schweiz die Abklärung und Behandlung von Patienten heute ganz überwiegend noch auf die somatische Perspektive beschränkt bleiben dürfte. In den bestehenden Strukturen der internistischen Versorgung scheint damit nach wie vor weitgehend nur somatisiert zu werden. Angesichts der nach wie vor recht bescheidenen Ausbildung der Mehrzahl

der Internisten in psychosomatischer Medizin kann man davon ausgehen, dass für die meisten Patienten mit psychosomatischen Störungen in der Schweiz heute keine oder nur sehr beschränkt qualifizierte Behandlungsangebote bestehen. In der Regel werden viele dieser Patienten immer und immer wieder durch die «diagnostische Mühle» gedreht und dann mit fehlenden oder Minibefunden wieder entlassen. Diese Art einer einseitig somatisch orientierten Diagnostik und Behandlung trägt, wie man inzwischen weiss, nicht selten eher zur *Chronifizierung* als zur Besserung psychosomatischer Störungen bei.

Heute erfolgt das Thematisieren solcher psychosozialer Aspekte offensichtlich oft genug erst bei angewachsenem Behandlungsdruck, vor dem Hintergrund einer längeren Arbeitsunfähigkeit bzw. drohenden Aussteuerung aus der Krankenkasse. Zu diesem Zeitpunkt ist die individuelle Krankheitskarriere aber oft schon mehr oder minder irreversibel auf die subjektiv unvermeidbare *Erwartung einer Berentung* eingeengt. Nach Aussage aus dem Basler IV-Sekretariat wird von diesem bei Patienten mit Verdacht auf das Vorliegen einer psychosomatischen Störung nicht selten erstmalig ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag gegeben. Dieses wird dann aber erst zu einem Zeitpunkt erstellt, in dem für die während langer Zeit krankgeschriebenen Patienten – in der Regel nach Ablauf der zweijährigen Taggeldversicherung – Antrag auf Berentung bei der Invalidenversicherung gestellt wird. In dieser Zeit ist es jedoch häufig bereits zu einer weitgehenden Krankheitsverfestigung gekommen. Vor diesem Hintergrund findet die zunehmende Häufigkeit psychosomatischer Störungen gerade auch in dem hohen Anteil vorzeitiger Berentungen der davon Betroffenen ihren praktischen, individuell und nicht zuletzt auch *volkswirtschaftlich problematischen* Niederschlag.

Notwendig wäre eine Überwindung des dysfunktionalen Verhältnisses zwischen «Medizin ohne Psychologie» einerseits und «zu später Psychologie» andererseits. Dies ist realistischerweise jedoch in naher Zukunft nicht zu erwarten. Denn heute wachen gewachsene Strukturen darüber, welcher Therapeut bei welchem Patienten zu welchem Zeitpunkt mit welcher Zielsetzung unter welchen ökonomischen Rahmenbedingungen eine Behandlung durchführt. Die Integration psychologischer Kompetenz in die klassische Organmedizin trifft nicht nur auf berufspolitische Barrieren, sondern auch auf ökonomische Bedenken. Zum einen kann es sich der einzelne niedergelassene Internist oder Allgemeinmediziner angesichts der wachsenden Ärzteschwemme immer weniger leisten, einen psychosomatisch kranken Patienten zur (Weiter-)Behandlung an einen Psychosomatiker oder Psychiater zu überweisen. Zum anderen erscheint eine umfassend angelegte psychosomatische Versorgung, die die Integration von qualifizierter organmedizinischer Diagnostik und Therapie mit der psychosozialen Diagnostik und Therapie voraussetzt, bei oberflächlicher Betrachtung vergleichsweise teurer als die rein somatisch orientierte Medizin. Diese Versorgung ist jedoch wirtschaftlicher, wenn *Folgekosten* wie häufige Arbeitsausfälle, inadäquate Inanspruchnahme medizinischer Ressourcen und vorzeitige IV-Berentung ins Kalkül gezogen werden.