

Unterschiedliche Menschenbilder

Ein wichtiger Grund für Differenzen zwischen behandelnden Ärzten und Kollegen der Regionalen Ärztlichen Dienste der Invalidenversicherung sind deren unterschiedliche Menschenbilder. Auf der einen Seite der klinisch tätige Arzt mit einem biopsychosozialen Krankheitsmodell, auf der anderen ein Kollege, der seine Gutachtertätigkeit einem einseitig biologischen Krankheitsmodell unterordnen muss.

Konrad Michel

Es ist verdientvoll, dass in der Schweizerischen Ärztezeitung die unterschiedlichen Interessen in der Bewertung gesundheitlicher Beeinträchtigungen durch behandelnde Ärzte einerseits und Regionale Ärztliche Dienste der Invalidenversicherung andererseits thematisiert wurden [1]. Der Dialog zwischen beiden Seiten wäre, wie Christine Romann in ihrem Kommentar richtig schreibt, mehr als wünschenswert. Leider wird im Beitrag der Hintergrund des Spannungsfeldes, wie es sich zum Beispiel bei chronischen Schmerzzuständen deutlich manifestiert, zu wenig ausgeleuchtet.

Da ist einerseits das Eidgenössische Bundesgericht (früher Versicherungsgericht) in Luzern, das am 12. März 2004 eine Beschwerde gegen einen Entscheid der IV-Stelle Bern mit der Begründung abgewiesen hat, dass «eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG zu bewirken vermag». Es müsse im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass «die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind». Das Gericht geht davon aus, dass die betroffene Person mit einer «zumutbaren willentlichen Schmerzüberwindung» einer Arbeit nachgehen kann. Das juristische Menschenbild, das vom freien Willen des Individuums – offenbar auch bei Krankheit – ausgeht, lässt grüssen.

Andererseits ist da die 5. IV-Revision, die bei der Eidgenössischen Volksabstimmung vom 17. Juni 2007 mit 59,1% Stimmen angenommen wurde. Vorgängig war mit schönen Worten von «Eingliederung vor Rente» geworben worden, was aber im Klartext nichts anderes heisst, als dass vor allem die Anzahl Neurenten reduziert bzw. bestehende Renten gestrichen werden müssen. Da kam ein Bundesgerichtsurteil wie dasjenige von 2004 gerade recht. Gesundheitsschäden, für die es keine organische Ursache gibt, können aufgrund der Rechtsprechung – eben – mit dem Willen überwunden werden. So einfach ist das. Die Anzahl der Neurenten ging schon von 2003 an zurück, die Schraube wurde aber im Jahr 2008 richtig angezogen mit der Einführung der 5. IV-Revision, vor allem bei den psychischen Erkrankungen.

Ich gestehe zu: Eine Objektivität in der Beurteilung komplexer Störungen, wie sie häufig bei Schmerzstörungen (und natürlich nicht nur bei Schmerzstörungen) vorliegen, gibt es nicht. Es gibt kein «objektives» Menschenbild, sondern höchstens unterschiedliche Menschenbilder und damit verbunden auch unterschiedliche Krankheitstheorien. Tatsache ist, dass die juristische Theorie nicht in unser medizinisches Denken passt. Wir betrachten es immer noch als Fortschritt, dass die Medizin das einfache biologische Ursache-Wirkungs-Modell (Descartes) überwunden hat. Neuere neurobiologische Befunde haben uns gelehrt, dass frühe Stresserfahrungen bei adulten Schmerzstörungen oft eine ursächliche Rolle spielen – was wir ja schon lange vermuteten. Auch wissen wir heute, dass viele invalidisierende Krankheiten langfristige Störungen der Software (im Sinne der Epigenetik) sind und nicht der Hardware.

Mit derart unterschiedlichen Hintergründen können Begutachter und Behandler nicht miteinander reden. Beide gehen von vollkommen anderen Menschenbildern aus. Hier der klinisch tätige Arzt mit einem biopsychosozialen Krankheitsmodell, dort der Kollege, der seine Gutachtertätigkeit einem längst überholten einseitig biologischen Krankheitsmodell unterordnen muss. Liebe Frau Kollegin Morris, Sie bewegen sich in Ihrer Arbeit in einem Spannungsfeld, um das ich Sie nicht beneide. Vielen Dank für Ihren Beitrag. Meine Kritik richtet sich nicht gegen Sie, sondern gegen das System.

Die Situation könnte sich ändern, wenn einmal der Bundesgerichtsentscheid korrigiert würde. Mit der kürzlich erfolgten Ausweitung der Rechtsprechung auf das Schleudertrauma läuft die Entwicklung leider weiterhin in die falsche Richtung. Ich schlage deshalb eine andere Art von Dialog vor: Wir Mediziner sollten das Gespräch mit den Juristen der versicherungsrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts suchen. Wir sollten ihnen klarmachen, dass das bundesrichterliche Krankheitsmodell angesichts der Entwicklungen in der Medizin nicht mehr haltbar ist.

1 Morris T. Im Spannungsfeld verschiedener Interessen? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(40):1578–9 (mit einem Kommentar von Dr. med. Christine Romann).

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Konrad Michel
Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie
Murtenstrasse 21
CH-3010 Bern
Tel. 031 632 88 11
Fax 031 632 89 50

konrad.michel@spk.unibe.ch