

Die Rentenneurose

Zu dem Übersichtsaufsatz von
Dr. med. Ludwig Teusch, Diplompsychologe,
in Heft 13 (1985) 905–911

Stellungnahme I

Der Grundsatz, daß Neurosen der Behandlung bedürfen, nicht der Berentung, klingt hervorragend, doch bleibt zum Schluß die Frage: Wer kann Neurosen behandeln, vor allem, wer kann sie mit Erfolg behandeln?

Ich habe, um meine ketzerische Auffassung genauer zu erläutern, in den vergangenen 45 Jahren über Psychotherapie viel Schönes gehört und gelesen. In 34 Jahren allgemeinärztlicher Tätigkeit habe ich gar nicht so selten neurotische Patienten an einen Psychotherapeuten überwiesen. Eine Besserung der Neurose war selten zu beobachten, eine Heilung habe ich nie erlebt.

Es tut mir leid, daß ich hier in der Rolle des „Advocatus diaboli“ schreiben muß. Natürlich sollten Neurosen behandelt werden, doch bei der doch sehr häufigen Therapieresistenz bleibt zum Schluß dann letztlich doch die Berentung die ultima Ratio.

Dr. med. Dieter Reuß
Arzt für Allgemeinmedizin
Neckarstraße 61
7343 Kuchen (Württ.)

Stellungnahme II

Eine Berentung ist immer untherapeutisch. Aber auch die Nichtgewährung oder die Entziehung einer Rente kann nicht als Behandlung gelten. Das haben die

Nachbefragungen, die Teusch durchgeführt hat, ergeben.

Ob es zweckmäßig ist, den Begriff „Rentenneurose“ aufrechtzuerhalten, bezweifle ich. Er hat noch immer einen diskriminierenden Beiklang und stammt aus der Zeit, als die Neurose überhaupt noch nicht als Krankheit im Sinne der RVO anerkannt war. Dazu haben mein Lehrer Hans Lungwitz und ich in den fünfziger Jahren zahlreiche Beiträge geschrieben, so daß das Bundessozialgericht unter ausdrücklicher Beziehung auf uns zur Anerkennung der Neurose als Krankheit kam.

Ärztlicherseits wird dem heute keineswegs voll zugestimmt. Der neurotisch kranke Mensch wird vielfach wie früher als Querulant oder gar Simulant angesehen und damit von einer gezielten nämlich psychotherapeutischen Behandlung ferngehalten. Wenn er dann nicht mehr arbeits-, arbeitseinsatz- und erwerbsfähig ist, beginnt für ihn der Teufelskreis unterschiedlicher Begutachtungen, deren Veranlasser Krankenkassen, Arbeitsamt und Rentenversicherungsträger sind.

Diese Begutachtungen sind keineswegs einheitlich und führen, wie Teusch ausführt, zu überlangen Gerichtsverfahren.

Es wäre zu wünschen, daß das, was Teusch über Prävention schreibt, Allgemeingut der behandelnden Ärzte würde.

Dr. med. L. Leonhardt
Kronprinzenstraße 18
7570 Baden-Baden

Stellungnahme III

Teusch bedauert in seinem Artikel (Seite 910, Abschnitt 5: Prognose), daß „systematische Untersuchungen anhand langjähriger Katamnesen fehlen“. Diese Feststellung ist zu ergänzen.

In den Jahren 1980/81 habe ich eine größere Zahl neurotischer Rentenbewerber (101 Probanden) aufgrund mehrjähriger Verläufe persönlich unter dem Aspekt der psychodynamischen Entwicklung und des sozialmedizinischen Verlaufes nachuntersucht (Foerster, K.: Neurotische Rentenbewerber. Psychodynamische Entwicklung und sozialer Verlauf aufgrund mehrjähriger Katamnesen. Habil. Schrift, Tübingen 1982). Interessierte Leser verweise ich bezüglich der ausführlichen Ergebnisse auf meine Monographie, in der die Befunde detailliert dargelegt sind (Foerster, K.: Neurotische Rentenbewerber. Enke, Stuttgart 1984).

Einige Punkte seien nachfolgend cursorisch erwähnt: Aufgrund der erstmals in dieser Form erhobenen empirischen Befunde zeigte sich, daß der Begriff der sogenannten „Rentenneurose“ eine untaugliche Formulierung ist, wie es sich auch aufgrund der Befunde von Teusch ergibt, ohne daß der Autor allerdings diese terminologische Folgerung zieht. Statt dieses Begriffes sollte eine diagnostische Formulierung angestrebt werden, die eine detaillierte Beschreibung sowohl der Symptomatik wie der Situation und der Persönlichkeit umfaßt, so daß auf den nur scheinbar ordnenden Begriff der sogenannten „Rentenneurose“ gänzlich verzichtet werden kann.

Bei einer solchen genaueren Differenzierung zeigt sich, daß Patienten, bei denen Rententendenzen im Verlaufe der Erkrankung auftreten, einer der folgenden Gruppen zugeordnet werden können: ▷

① Im Rahmen einer bestehenden neurotischen Störung kann es im Verlauf der Erkrankung auch zu Rententendenzen im Sinne einer Wunschreaktion kommen. In diesen Fällen ist der Rentenwunsch als Symptom der Neurose zu betrachten, entsprechend einzuschätzen und zu behandeln. Steht der Rentenwunsch ganz im Vordergrund des Krankheitsbildes, sollte dies in der diagnostischen Formulierung zum Ausdruck kommen, etwa: „Konversionsneurose bei hysterischer Persönlichkeit mit Rentenwünschen“.

② Nach äußeren Traumen (Unfälle; Kriegsverletzungen) können verschiedenartige psychoreaktive Störungen auftreten:

a) Es kommt zu einer Reaktion auf den Unfall *oder* auf das anschließende Entschädigungsverfahren im Sinne einer abnormen Erlebnisreaktion. Die abnorme Erlebnisreaktion klingt relativ bald wieder ab, unabhängig von einer Entschädigung. In seltenen Fällen können jedoch auch chronifizierte abnorme Entwicklungen entstehen.

b) Es kann durch das traumatische Ereignis zu einer Aktualisierung einer bereits bestehenden Neurose kommen.

c) Durch das Trauma kann es in seltenen Fällen bei zuvor unauffälligen Menschen zur Entwicklung neurotischer Symptome kommen, wobei meist Ängste oder Phobien auftreten.

Grundsätzlich ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, daß das im allgemeinen verwandte kategoriale System zur Diagnose von neurotischen Störungen dann wenig zuverlässig ist, wenn die Diagnose allein „Neurose“ bzw. „neurotische Persönlichkeit“ lautet. Die Zuverlässigkeit der Beurteilung wird erheblich erhöht, wenn eine dimensionale Methode verwandt wird, das heißt, wenn der Schweregrad der neurotischen Störung gewichtet wird –

eine Aufgabe, die vom psychiatrischen Sachverständigen stets zu leisten ist. Dies ist mit den Methoden einer allgemein psychotherapeutischen Befunderhebung möglich, zum Beispiel unter Verwendung der Beeinträchtigungsschwereskala von Schepank (Schepank, H.: Erb- und Umweltfaktoren bei Neurosen, Springer, Heidelberg 1984).

Privatdozent
Dr. med. K. Foerster
Abteilung Allgemeine Psychiatrie
mit Poliklinik – Nervenklinik
der Universität Tübingen
Osianderstraße 22
7400 Tübingen 1

Schlußwort

Man kann geteilter Meinung sein, ob ein Begriff wie „Rentenneurose“ überhaupt verwendet werden sollte. Mir ging es in erster Linie darum herauszuarbeiten, was es mit diesem Prägnanztyp, der seit dem vorigen Jahrhundert immer wieder die Gemüter erhitzt, eigentlich auf sich hat. Qua definitione sollte der Begriff nur dann verwendet werden, wenn eine *Neurose* vorliegt, des weiteren, wenn deren psychopathologisches Bild durch einen jahrelangen Rentenkampf geprägt wurde. Dies beinhaltet eine restriktive Anwendung des Begriffs „Rentenneurose“. Seine Verwendung gestattet eine gezielte Beschäftigung mit dieser typologisch herausragenden Gruppe.

Selbstverständlich ist die Entstehung einer Neurose vielschichtig und erschöpft sich nie in einem Rentenkampf. Allerdings ist nach jahrelangem Rentenkampf das ursprüngliche Gesicht der Neurose oft kaum noch zu erkennen. Wenn Foerster etwa von einer „Konversionsneurose bei hysterischer Persönlichkeit mit Rentenwünschen“ spricht, so ist damit nicht das gleiche gemeint. Der Anhang

„mit Rentenwünschen“ trifft auf alle neurotisch gestörten Menschen zu, die einen Rentenantrag gestellt haben, was innerhalb eines Sozialgerichtsverfahrens trivial ist, da in diesen Fällen ein Rentenwunsch unterstellt werden kann. Dagegen ist die von mir vorgeschlagene Verwendung des Begriffs „Rentenneurose“ enger gefaßt und berücksichtigt die Erfahrung, daß ein Rentenverfahren das Bild der Neurose nicht zwangsläufig prägt. Den Erfordernissen der Sozialgerichtsbarkeit genügt weder eine Formulierung wie „Rentenneurose“ noch der angeführte Vorschlag von Foerster. Immer ist darüber hinaus in differenzierter Form auf die „besonderen Umstände und die besondere Einzelpersönlichkeit und deren Belastung und Belastbarkeit“ einzugehen.

Die sozialmedizinische Bewertung neurotischer Störungen ist häufig schwierig und birgt die Gefahr eines emotionalen Urteils in sich. Nicht zuletzt deswegen sollte versucht werden, die Schwere neurotischer Störungen differenziert zu erfassen. Schepank hat eine Skalierung von vier Bereichen vorgeschlagen:

1. Körperlicher Leidens- und Beeinträchtigungsgrad
2. Psychischer Leidensdruck und Beeinträchtigungsgrad
3. Sozialkommunikativer Beeinträchtigungsgrad und
4. Vitale Gefährdung.

Diese Einteilung ist hilfreich, kann jedoch testpsychologische Untersuchungen nicht ersetzen, denn von der Sozialgerichtsbarkeit werden Aufschlüsse über verschiedene psychische Funktionen erwartet, etwa das Ausmaß der Beeinträchtigung der konzentrativen Belastbarkeit oder über die verfügbaren intellektuellen Fähigkeiten. Wir wissen wenig über die Prognose neurotischer Rentenbewerber. Unsere Untersuchungser-