

Invalidität als Folge psychischer Beeinträchtigung: Ein internationaler Vergleich

Wie in vielen anderen Ländern ist auch in der Schweiz eine Zunahme des Invalidenrentenbezugs infolge psychischer Beeinträchtigungen festzustellen. Die Studie, welche die Astri Research and Consultancy Group (Leiden, Niederlande) im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) durchführte, zeigt in einem quantitativen Vergleich, in welcher Hinsicht sich die Invaliditätsrate in der Schweiz von jenen der anderen Länder unterscheidet. In einem zweiten, qualitativen Teil wurde eine Liste von Massnahmen erstellt, die der Vorbeugung und Senkung der Neubereitungen infolge psychischer Beeinträchtigungen dienen. Vergleichsländer der Studie waren die Schweiz, Belgien, Deutschland, die Niederlande, Kanada und Schweden.¹



Dr. Rienk Prins
Sozialforscher/Internationaler Berater,
Astri Research & Consultancy Group, Leiden (NL)

In der Schweiz ist die Zahl der IV-Rentenbezügerinnen und -bezüger zwischen 1993 und 2002 markant – um 59% – angestiegen. Belgien und Schweden verzeichnen mit 18% bzw. 21% einen vergleichsweise moderaten Anstieg. Die übrigen untersuchten Länder weisen relativ niedrige Zuwachsraten auf, so die Niederlande mit 5%, Kanada mit 2% und Deutschland mit 1%. Betrachtet man indessen auch den Anteil der Rentenbezüger an den Versicherten, so ergibt sich ein leicht verändertes Bild: Seit bereits mehreren Jahren weist die Schweiz im internationalen Vergleich die annähernd niedrigsten Prävalenzraten auf. Sie haben allerdings in der Zeitspanne 1993–2002 merklich zugenommen. 2002 erreichten sie nach einem leichten Anstieg bei 44 Bezüger pro 1000 Versicherte ihren Höchstwert. International die höchsten Prävalenzraten verzeichnen – trotz entgegengesetzten Entwicklungstendenzen – die Niederlande und Schweden; vgl. hierzu *Grafik 1*.

Neubereitungen und Aufhebungen

In den letzten fünf Jahren erhöhte sich die Anzahl Rentenbezüger – Neubereitungen pro 1000 Versicherte – in der Schweiz und in Belgien nur leicht. Schweden hingegen erlebte einen markanten Anstieg. Im letzten verfügbaren Betrachtungsjahr 2002 verzeichneten Kanada und die Schweiz – mit 2 bzw. 6 Neubereitungen pro 1000 Versicherte – die tiefsten Zugangsraten. Die Niederlande und Schweden wiesen demgegenüber doppelt so viele Neuzugänge auf, nämlich 13 bzw. 11 Neubereitungen pro 1000 Versicherte. Ferner ist der Anteil der Personen, die nach einer bestimmten Zeit auf eine Invalidenrente verzichten können, in allen Ländern – mit Ausnahme der Schweiz – bei der jüngsten Altersgruppe am höchsten. In der Schweiz ist auch die Abgangsrate bei allen Altersgruppen relativ gering, dies mit Ausnahme der obersten Altersklasse.

Besonders hoher Anteil psychischer Erkrankungen in der Schweiz

Grafik 2 verdeutlicht, dass in der Schweiz die Ursachenkategorie «psychische Erkrankungen» am stärksten beansprucht wird. 2002 wurde bei fast der Hälfte der Neurentnerinnen (46%) die Diagnose einer psychischen Er-

krankung gestellt; bei den Männern waren es 37%. In den anderen Ländern ist der Anteil psychischer Erkrankungen zwar auch leicht im Steigen begriffen, er liegt aber immer noch wesentlich tiefer. In Deutschland und Schweden sind Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates nach wie vor die häufigsten Invaliditätsursachen, während in Belgien, die Niederlande und Kanada die Diagnose «andere Ursachen» am häufigsten gestellt wird.

Die Schweiz weist generell einen verhältnismässig geringen Anteil an Personen auf, die auf eine Invalidenrente angewiesen sind; in Schweden und den Niederlanden ist der entsprechende Anteil etwa doppelt bis dreimal so hoch. Offenbar weist das schweizerische System gewisse Charakteristiken auf, die eine hohe Anzahl an Leistungsanträgen ausschliessen. Dafür werden aber die wenigsten IV-Renten wieder aufgehoben, wenn sie erst einmal zugesprochen sind. Möglicherweise fehlen die notwendigen Instrumente oder das Interesse, die zugesprochenen IV-Renten langfristig wieder aufzuheben, wie das beispielsweise durch regelmässige Neubereitungen oder berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen geschehen könnte.

Betrachtet man die medizinischen Ursachen nach Ursachenkategorien, so wird schnell deutlich, dass psychische Erkrankungen in der Schweiz als Grund für den Rentenbezug eine wichtigere Rolle spielen als in den anderen untersuchten Ländern.

Mögliche Lösungsansätze

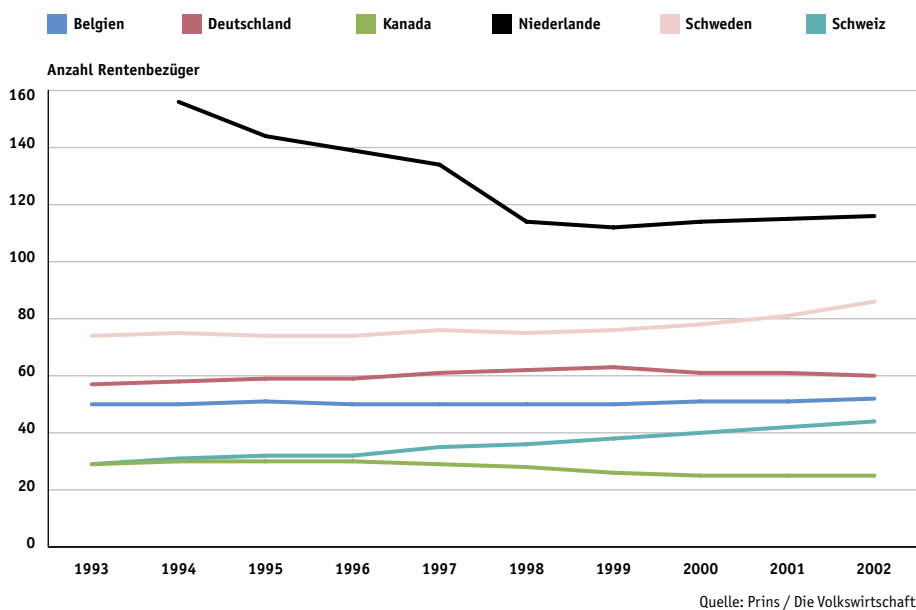
Bei psychischen Erkrankungen stellt sich die Frage: Welche Massnahmen sind zu ergreifen und von wem? Im knappen Überblick der Studie standen die Prävention bzw. Senkung vorübergehender oder dauernder Invalidität infolge psychischer Erkrankungen im Zentrum des Interesses. Die medizinischen Aspekte wurden dagegen nicht mitberücksichtigt.

Es gibt kaum bewährte Lösungsmodelle, denn viele Länder sind erst daran, einen Massnahmenkatalog zu erarbeiten. Die drei wesentlichen Massnahmenkategorien sind:

- frühzeitige Interventionen;
- Massnahmen zur Arbeitswiederaufnahme;
- Instrumentarien für Sozialversicherungseinrichtungen.

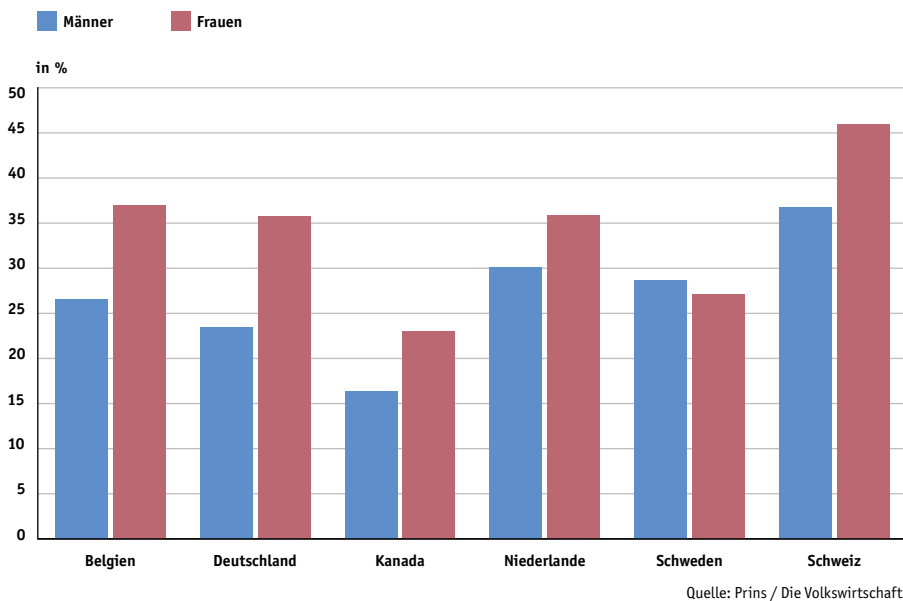
Grafik 1

Anzahl Rentenbezüger pro 1000 Versicherte, alle Ursachen, 1993–2002



Grafik 2

Anteile der Neuberentungen infolge psychischer Erkrankung (in %), 2002



Früherkennung von potenziell gefährdeten Gruppen

Ziel dieser Massnahmenkategorie ist es, von dauernder Erwerbsunfähigkeit potenziell gefährdete Personen zu identifizieren bzw. Erwerbstätige mit psychischen Gesundheitsstörungen möglichst frühzeitig zu erkennen. In Grossbritannien hat sich gezeigt, dass eine einigermaßen adäquate Voraussage nur bei subakuter Arbeitsunfähigkeit – nach etwa drei bis vier Wochen – möglich ist. Bei einer über sechsmonatigen dauernden Arbeitsunfähigkeit sollten alle Betroffenen als Risikogruppe

angesehen werden. Schliesslich kann auch die Diagnose der Depression als ein mittlerer bis starker Indikator für chronisches Leiden und Invalidität betrachtet werden.

In den Niederlanden wurden Methoden entwickelt, anhand derer die Betriebsärzte psychische Gesundheitsprobleme allgemein und krankheitsspezifisch beurteilen können (z.B. Burn-out). Es scheint indessen, als würde nur eine Minderheit der Betriebsärzte sich dieser Verfahren regelmässig bedienen. In anderen Ländern – etwa in Deutschland und in Grossbritannien – sind ähnliche Entwicklungen zu beobachten.

Wiedereingliederungsmassnahmen

Diese Kategorie umfasst deutlich mehr Instrumentarien und Lösungsansätze. So hat in den Niederlanden eine multidisziplinäre Kommission Richtlinien zur Arbeitswiederaufnahme erarbeitet. Darin enthalten ist ein integriertes Vorgehen bei Personen mit krankheits- bzw. invaliditätsbedingten Absenzen infolge psychischer Erkrankungen. Dabei wird auch dem Problem «Einzelkonflikte am Arbeitsplatz» Platz eingeräumt. Es ist nämlich erwiesen, dass ein erheblicher Anteil der Langzeitausenzen auf Konflikte mit den Arbeitgebern bzw. den Vorgesetzten zurückzuführen ist. Die Richtlinien sehen ein aktives Vorgehen vor: Meldet sich ein Arbeitnehmer krank, so werden die zugrunde liegenden Probleme analysiert. Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Betriebsarzt suchen gemeinsam nach möglichen Problemlösungen. Es ist von Vorteil, wenn sie während der Behandlung weiterhin in regelmässigem Kontakt stehen, damit eine (teil- oder schrittweise) Wiederaufnahme der Arbeit erreicht werden kann. Wie sich ein Jahr nach ihrer Einführung gezeigt hat, wenden bereits verschiedene Betriebsärzte und Arbeitgeber diese Richtlinien an. Auch die begleitende Sensibilisierungskampagne mit dem Motto «Wiedereingliederung ist die beste Medizin» hat nunmehr bei psychischen Gesundheitsstörungen zu leichten Verhaltensänderungen geführt.

In Grossbritannien verspricht man sich am meisten vom so genannten «case management approach», d.h. einem fallbezogenen Ansatz. Eine Bezugsperson soll dabei für eine bessere Kommunikation zwischen den beteiligten Parteien – arbeitsunfähiger Arbeitnehmer und Arbeitgeber bzw. Vorgesetzter – sorgen. Sie koordiniert als Fallmanager den weiteren Behandlungsverlauf anhand eines zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer vereinbarten Arbeitswiederaufnahmeplans.

Sozialversicherungsbezogene Massnahmen

In verschiedenen Ländern haben auch Sozialversicherungseinrichtungen damit begonnen, das Problem der auf psychische Gesund-

1 Das erforderliche statistische Datenmaterial lieferten die jeweiligen Sozialversicherungseinrichtungen. Ein Literaturstudium sowie E-Mail-Korrespondenzen mit den wichtigsten Experten bzw. Expertinnen verschiedener Länder bildeten die Grundlage für die vorgeschlagenen Massnahmen. Für nähere Angaben zu Quelle und Datenmaterial vgl. Originalbericht: Invalidenten infolge psychischer Beeinträchtigung; Zahlen- und Massnahmenvergleich in sechs Ländern. Forschungsbericht Nr. 7/05, Bundesamt für Sozialversicherung, 2005.

Tabelle 1

Benchmark: Die Schweiz im Vergleich zu den fünf weiteren untersuchten Ländern^a, Stand 2002

Zunahme der Invalidenrentenbezüger (1993–2002)	Hoch
Invalidenrentenbezüger pro 1000 Versicherte	Tief
Neuberentungen pro 1000 Versicherte (Zugänge)	Mittel
Aufhebungen pro 1000 Invalidenrentenbezüger (Abgänge)	Mittel
Rentenbezügerbestand infolge psychischer Beeinträchtigungen pro 1000 Versicherte	Mittel
Neuberentungen infolge psychischer Beeinträchtigungen pro 1000 Versicherte	Hoch

a Belgien, Deutschland, Kanada, Niederlande, Schweden.

Quelle: BSV / Die Volkswirtschaft

heitsbeeinträchtigungen zurückzuführenden Zunahme der IV-Renten anzugehen. Bereits in den Neunzigerjahren wurde festgestellt, dass erhebliche Unterschiede bei den verschiedenen Sozialversicherungen bestehen, was die Behandlung von Gesuchen für eine Invalidenrente wegen psychosomatischer Syndrome anbelangt. Politiker und Patientenorganisationen haben ausserdem kritisiert, dass die Sozialversicherungen den Antragstellenden bei Erkrankungen wie Fibromyalgie, chronischem Müdigkeits- und Stresssyndrom nur sehr zurückhaltend Invalidenrenten zusprechen. Deshalb sind spezifische Auswahl- und Bewertungskriterien für diese Syndrome ausgearbeitet worden.

Belgische Krankenkassen haben medizinische Beurteilungsrichtlinien entwickelt für die Bearbeitung von Leistungsanträgen bei chronischem Müdigkeitssyndrom. Schwerpunkt bilden Beurteilungskriterien bei Invalidität sowie die Beratung der krankgeschriebenen Arbeitnehmenden hinsichtlich deren Wiedereingliederung. Die ersten Erfahrungen damit waren positiv: Die Anzahl der Konflikte ist zurückgegangen, ebenso wie die Diskussionen darüber, ob eine Diagnose nun dem realen Tatbestand entspricht oder nicht.

Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger hat seine Richtlinien für die Evaluierung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen ebenfalls einer Revision unterzogen. Diese Richtlinien verfolgen zwei Ziele: Abklärung des Bedarfs an Wiedereingliederungsmassnahmen sowie Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente. Schliesslich hat sich eine europäische Arbeitsgruppe mit der Frage der Anerkennung von psychosozialen Krankheiten als Berufskrankheiten befasst. Psychische Beeinträchtigungen oder Krankheiten – Depressionen, Neurosen, manische und zwanghafte Störungen usw. – in Verbindung mit psychosozialen Risiken werden heute immer noch nur selten als Berufskrankheiten anerkannt und entschädigt.

Struktureller Ansatz unter Einbezug der Sozialpartner

In den Niederlanden kommen seit dem Jahre 2000 so genannte *Abkommen über Ge-*

sundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz zur Anwendung. Dabei handelt es sich um Vereinbarungen zwischen der Regierung, den Arbeitgeberorganisationen sowie den Gewerkschaften. Ziel ist es, Gesundheitsrisiken zu verringern, Arbeitsbedingungen zu verbessern und krankheitsbedingte Absenzen sowie Neuberentungen zu reduzieren. Die Abkommen sind aufgabenbasiert und enthalten messbare Zielsetzungen, wie beispielsweise die Senkung der krankheitsbedingten Absenzen um 20% in zwei Jahren. Andere mögliche Themen sind: Rückgang der Beschwerden über Arbeitsdruck, physischen Druck und RSI-Syndrom², Intervention bei Aggression und Gewalt, Vorgehen bei krankheitsbedingten Absenzen sowie Förderung von frühen Wiedereingliederungsmassnahmen.

Die in den Abkommen festgehaltenen Interventionen werden aus branchenspezifischen Fonds finanziert, die von Arbeitgeberorganisationen und Gewerkschaften verwaltet werden. Meist steuert auch der Staat zusätzliche Beiträge bei. Ende 2003 waren etwa 51 solcher Sicherheits- und Gesundheitsschutzabkommen in Kraft; insgesamt 3,3 Mio. Arbeitnehmende oder 46% der Erwerbstätigen in den Niederlanden wurden dadurch erfasst. Rund 20% der Abkommen betreffen Massnahmen im Bereich Arbeitsbedingungen und psychische Gesundheit. Die ersten Ergebnisse damit waren positiv. In den Branchen, die ein Abkommen abgeschlossen haben, sind 2002 die krankheitsbedingten Absenzen um 8,4% zurückgegangen. Die Branchen ohne solche Abkommen verzeichnen dagegen keinen oder einen weniger starken Rückgang.

Initiativen der Europäischen Union

Auch die EU ist verschiedentlich aktiv geworden, damit den psychischen Erkrankungen mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird. Im Herbst 2002 hat die in Bilbao ansässige Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz (European Agency for Safety and Health at Work) eine Übersicht über Good-Practice-Modelle zur Prävention psychosozialer Risiken am Arbeitsplatz präsentiert. Im Brennpunkt standen hierbei die drei Risikobereiche Stress, Mobbing und Gewalt.

2004 untersuchte die EU Programme im Zusammenhang mit der Förderung von psychischer Gesundheit und Präventionsmassnahmen. In diesem Zusammenhang wurden verschiedene Modelle und Praktiken erörtert. Die wenigsten davon sind jedoch bereits einer Evaluation unterzogen worden. Trotzdem konnten zehn Hauptempfehlungen zur Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Krankheiten formuliert

werden. So wird etwa im Bereich Angst, Depressionen und stressbedingte Krankheiten empfohlen, Förder- und Präventionsmassnahmen in die betrieblichen Sicherheits- und Gesundheitsschutzprogramme zu integrieren.

Vorschläge zur Eindämmung der zunehmenden Invalidität als Folge psychischer Beeinträchtigung

Ziel der länderübergreifenden Bestandaufnahme war es, eine Übersicht der Massnahmen zu erstellen, die in anderen Ländern geplant oder in der Einführungsphase sind.

Ein relativ neues Phänomen

Die Untersuchung hat gezeigt, dass es sich bei psychischen Erkrankungen der arbeitenden bzw. versicherten Bevölkerung um einen relativ neuen Problembereich handelt, dem bisher wenig Beachtung geschenkt worden ist. Im Bereich der Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates oder der Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden schon seit längerem Vorsorge- und Schutzmassnahmen entwickelt. Bei psychischen Leiden oder Erkrankungen fehlt indessen ein Inventar der geeignetsten Strategien und Massnahmen.

Vielfalt betrieblicher Massnahmen

Auch auf Stufe der Unternehmen können verhältnismässig viele Massnahmen ergriffen werden, die auf verschiedenen Ebenen zum Tragen kommen. In der Mehrheit der Fälle sind psychische Erkrankungen auf die Tätigkeit am Arbeitsplatz zurückzuführen, wie beispielsweise Führungsprobleme, mangelnde soziale Unterstützung, Belästigung oder Arbeitsdruck. Die Unternehmen bringen aber meist auch die Voraussetzungen für wirkungsvolle Präventivmassnahmen mit: Beruflicher Gesundheitsschutz oder Human-Resources-Programme fördern aktiv die psychische Gesundheit und bieten eine Beratung für depressive oder unter Stress stehende Arbeitnehmende. Kleinere Unternehmen, die selbst keine Beratung anbieten, können sich in einigen Ländern – so etwa in den Niederlanden und Schweden – an branchenspezifische Informationsstellen oder – wie etwa in Deutschland – an ihre Sozialversicherungsanstalt wenden, um Unterstützung im Umgang mit psychischen Erkrankungen zu erhalten.

Frühintervention und Einbezug der Sozialpartner von zentraler Bedeutung

Die neuen Wiedereingliederungsbemühungen in den verschiedenen Ländern weisen zwei gemeinsame Aspekte auf. Zum einen steht die frühzeitige Intervention (nach mehreren Wochen Krankheit) im Zentrum der

neuen Strategien. Die Senkung der Neuzugänge in der Invalidenversicherung soll bereits während der Dauer der Krankentaggeldzahlungen aktiv angegangen werden. Zum anderen werden Arbeitgeber und Arbeitnehmende vermehrt in die Verantwortung eingebunden, während gleichzeitig weniger auf medizinische Gutachten abgestützt wird. In den Niederlanden zog die Sensibilisierungskampagne im Kontext der neuen Richtlinien das Fazit, dass bei psychischen Erkrankungen die Wiederaufnahme der Arbeit meist die beste Medizin ist.

Wichtige Rolle der Sozialversicherungen

Schliesslich können auch die Sozialversicherungseinrichtungen diverse Massnahmen ergreifen. In den meisten Ländern handelt es sich dabei um allgemeine Präventivmassnahmen, wie etwa Weiterbildung, Schulung, Anlaufstellen, Angebot an Websites. Aber auch bei der Handhabung individueller Fälle sind Verbesserungen zu erzielen. Hier ist – wie das Beispiel Belgiens zeigt – wiederum die frühzeitige Intervention von zentraler Bedeutung. Bei Langzeitinvalidität kommen ebenfalls unterschiedlich ausgestaltete Instrumente in Betracht. So wurden beispielsweise verschiedentlich die Verfahren für die Invaliditätsbeurteilung oder entsprechende Richtlinien einer Anpassung unterzogen. Einige Länder greifen auch auf vorübergehende Rentenzahlungen zurück (z.B. bei jungen Antragstellenden) oder ordnen für Leistungsbezüger regelmässige Nachkontrollen an. Es kann vorkommen, dass bei gewissen psychischen Beeinträchtigungen die volle oder teilweise Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt möglich ist.

Fazit

Diese Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass es einen grossen Aufwand an Zeit und Massnahmen braucht, um die idealen Voraussetzungen für eine aktive Gesundheitspolitik im Bereich der psychischen Beeinträchtigungen zu schaffen. Damit krankheitsbedingte Absenzen und Invalidität wirkungsvoll und frühzeitig angegangen werden können und der Rentenbezug nicht ein definitives Ausscheiden aus der Arbeitswelt bedeutet, ist ein Umdenken aller beteiligten Akteure – Arbeitgeber, Versicherte, behandelnde Ärzte und Sozialversicherungseinrichtungen – bezüglich ihrer Erwartungen, Vorgehensweisen und Gewohnheiten gefragt. ■

² «Repetitive Strain Injury» bzw. «Mausarm», d.h. schmerzhaftige Störungen als Folge der Überbeanspruchung von Unterarmen und Händen (v.a. im Zusammenhang mit der Arbeit am Computer).