

Zunehmende Invalidisierung trotz medizinischem Fortschritt bei Schweizern und Ausländern

H. Herzer

Zusammenfassung

Gesamtschweizerisch wird eine Zunahme des alterskorrelierten Invaliditätsrisikos festgestellt, das zusammen mit der veränderten Altersstruktur der Bevölkerung zu einer Zunahme der Zusprache von IV-Renten geführt hat. 1995 werden gegenüber 1985 mehr Renten an Frauen und Ausländer ausgerichtet. Ursachenmässig spielen besonders Krankheiten des Bewegungsapparates und psychische Krankheiten eine Rolle. In der vorliegenden Arbeit wird die Entwicklung der Rentenzusprachen im Kanton St. Gallen in den Jahren 1994 bis 1999 untersucht. Bis zum Jahre 1997 findet eine Verdoppelung der Rentengesuche und Zusprachen statt. Seit 1998 erkennt man eine leichte Entspannung. Anteilsmässig spielen Erkrankungen des Bewegungsapparates und reaktiv-psychische Störungen eine vorherrschende Rolle. Der Ausländeranteil der Neurentner stieg gesamthaft von 1994 (25%) bis 1999 markant (34%) an. Eine noch stärkere überproportionale Vertretung ausländischer Rentenbezüger findet sich in der Gruppe der Erkrankungen des Bewegungsapparates und psychisch-reaktiver Störungen (Anstieg von gut 30 auf über 40%). Der Ausländeranteil bei Renten zufolge bösartiger Krankheiten und organischer Herzleiden ist deutlich geringer.

Da medizinische Faktoren diese Entwicklung nicht erklären können, werden verschiedene mögliche, nichtmedizinische Faktoren diskutiert (Arbeitslosigkeit, psychosoziale Umweltfaktoren, Eigenprognose, Lebensperspektive, Migrantstatus, Rolle der ärztlichen Beurteilung, das Versicherungsverfahren, gesellschaftliche Faktoren).

Korrespondenz:

Dr. med. Heinz Herzer

IV-Arzt

IV-Stelle

Brauerstrasse 54

CH-9016 St. Gallen

E-mail: heinz.herzer@sva-sg.ahv-iv.ch

Einleitung

Vor dem beunruhigenden Hintergrund der zunehmenden Defizite der Sozialversicherungen interessieren im Rahmen der Schweizerischen Invalidenversicherung vor allem die Gründe für die steigenden Ausgaben. Eindeutig steht hier die erhebliche Zunahme der zu leistenden IV-Renten im Vordergrund. Dabei wird die Frage nach der wachsenden Inanspruchnahme durch Ausländer laut, wobei zwischen sachlicher Diskussion und fremdenfeindlichen bis rassistischen Tönen alle Zwischenstufen zu vernehmen sind.

Es wird der Frage nach der Invaliditätsentwicklung im Kanton St. Gallen in den Jahren 1994 bis 1999 nachgegangen. Dabei ist bis 1997 ein erheblicher Anstieg der Rentengesuche und Rentenzusprachen insbesondere wegen Erkrankungen im Bereich des Bewegungsapparates und aus reaktiv-psychischen Gründen zu verzeichnen. Der Ausländeranteil ist bei diesen Ursachengruppen zunehmend überrepräsentiert.

Bei zunehmender Invalidisierung trotz medizinischer Fortschritte müssen invaliditätsfremde, nicht medizinische Determinanten diskutiert werden.

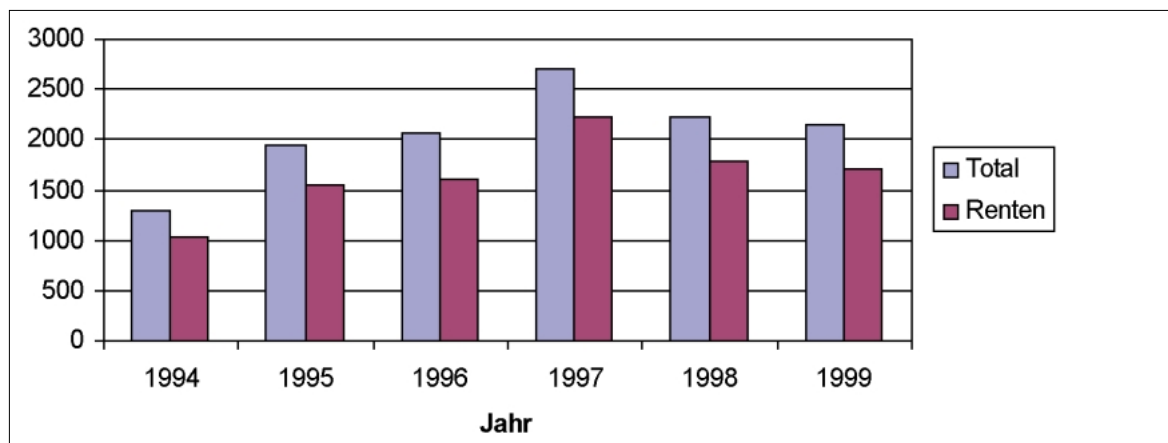
Zahlen und Entwicklung

Das BSV hat in einer statistischen Analyse [1] festgestellt, dass sich 1995 gegenüber 1985 unter den neuen Rentenbezügern mehr Frauen und mehr Bezüger ausländischer Herkunft befinden. Dabei werden immer häufiger Beeinträchtigungen der Knochen oder Bewegungsorgane sowie psychische Erkrankungen als Krankheitsursache angeführt. Gleichzeitig wird ein Anstieg der Schwere der Invaliditätsfälle (höherer Anteil ganzer Renten) festgestellt. Die Wahrscheinlichkeit, eine IV-Rente zu beziehen, ist in den letzten Jahren gewachsen (1992: 3,2%, 1999: 4,2% der Bevölkerung [1]). Dabei sind «männlich sein» und «erhöhtes Alter» die Hauptrisikofaktoren. Kurz vor dem Pensionierungsalter beziehen ca. 20% der Männer eine IV-Rente. 34,78% der Rentner waren im Januar 1999 Ausländer (in der Schweiz und im Ausland).

Untersuchung der Neuzusprachen von IV-Renten im Kanton St. Gallen (1994–1999)

Im Kanton St. Gallen fand zwischen den Jahren 1994 und 1997 gut eine Verdoppelung der Rentengesuche und der Rentenzusprachen statt (Abb. 1). Seit 1998 ist ein leichter Rückgang der Neuzusprachen feststellbar. Der Ausländeranteil der Neurentner hat sich (bei einem Bevölkerungsanteil von ca. 19%) gesamthaft von 25% auf 34% im Beobachtungszeitraum erhöht (Abb. 2). Quantitativ stehen psychisch-reaktive Störungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates (vor allem Rückenprobleme) deutlich im Vordergrund (Abb. 3). Bei diesen Ursachengruppen ist der Ausländeranteil stärker überrepräsentiert (Anstieg

Abbildung 1
Rentengesuche und Rentenzusprachen 1994–1999.



auf über 40% bis 1999) als bei den anderen verglichenen Ursachengruppen (Malignome, organische Herzkrankheiten) (Abb. 4).

Diskussion

Die numerische Zunahme der Neurentner lässt sich wohl zum Teil durch die Altersstruktur der Bevölkerung erklären, indem bei der heutigen veränderten Alterspyramide die besonders invaliditätsgefährdeten älteren Versicherten statistisch ein höheres Gewicht bekommen. Der gesamtschweizerisch feststellbare Trend zu einem jüngeren Eintrittsalter in die Invalidität und das heute höhere alterskorrelierte Invaliditätsrisiko [1] sind jedoch nicht erklärt. Bei immer leistungsfähigerer Medizin lassen sich sicher keine relevanten medizinischen Gründe finden. Dass heute dank medizinischer Intervention Schwerkranke oder Verunfallte eher überleben und damit eher Invalidenrentner werden, dürfte eine sehr untergeordnete Rolle spielen. Damit müssen krankheitsfremde Faktoren, obschon IV-rechtlich nicht relevant, wohl eine entscheidende Rolle spielen. In der Folge werden mögliche Faktoren kurz diskutiert:

Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit

Obwohl bis 1994 die Zahl der Arbeitslosen, die am Ende einer Periode der Arbeitslosigkeit anlangten, markant zugenommen hat, ist der Prozentsatz derjenigen, die innerhalb der zwei darauffolgenden Jahre eine IV-Rente bezogen haben, gleich geblieben, nämlich knapp über 2% [1]. Rund 1% der Personen, die an das Ende der Arbeitslosenperiode gelangten, waren vor der Arbeitslosigkeit bereits Bezüger einer IV-Rente. Das statistische Risiko eines Arbeitslosen (am Ende der Arbeitslosenperiode) IV-Rentner zu werden, ist somit nicht grösser als dasjenige der Durchschnittsbevölkerung. Der Anstieg der IV-Rentenbezüger kann somit nicht einfach mit einer Umlagerung von der Arbeitslosigkeit in die Invalidität erklärt werden. In diesem Sinne spricht auch der Umstand, dass trotz massiv gestiegenem Arbeitslosenquotienten (Arbeitslose pro 1000 Beschäftigte) von 1985 bis 1997 (389%) der Invaliditätsquotient (IV-Rentner pro 1000 Beschäftigte) im gleichen Zeitraum nur um 45% angestiegen ist (Abb. 5) [2]. Trotzdem entspricht es ärztlicher Erfahrung, dass Arbeitslosigkeit krank machen kann. Für einen mindestens indirekten Zusammenhang spricht auch eine Studie des präventivmedizinischen Institutes der Universität Zürich aus dem Jahre 1991, die zeigte, dass sich länger als 20 Wochen arbeitslose Männer und Frauen deutlich häufiger krank fühlten als eine Vergleichsgruppe von kürzer arbeitslosen Personen [3]. Die Erfahrung als Vertrauensarzt von Krankentaggeldversicherern zeigt jedoch, dass der Switch von der Arbeitslosigkeit bzw. der drohenden Arbeitslosigkeit in die Invalidität meist vor der eigentlichen Arbeitslosenperiode erfolgt. Der vor einer, z.B. wirtschaftlich begründeten, Arbeitslosigkeit stehende Arbeitnehmer wird zunächst krank und dann invalide, ohne Arbeitslosengeld zu beziehen, indem ein langjährig kompensiertes Leiden (z.B. eine Rückenproblematik) in der kritischen Zeit vor der Entlassung eine krankmachende Bedeutung erlangt und dekomponiert. Solche häufig erlebten Zusammenhänge sind wohl statistisch viel schwieriger erfassbar.

Abbildung 2
Prozentualer Anteil Ausländer der Rentenneuzusprachen.

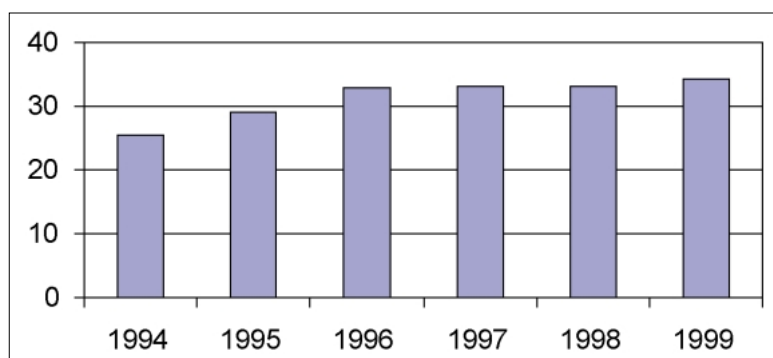
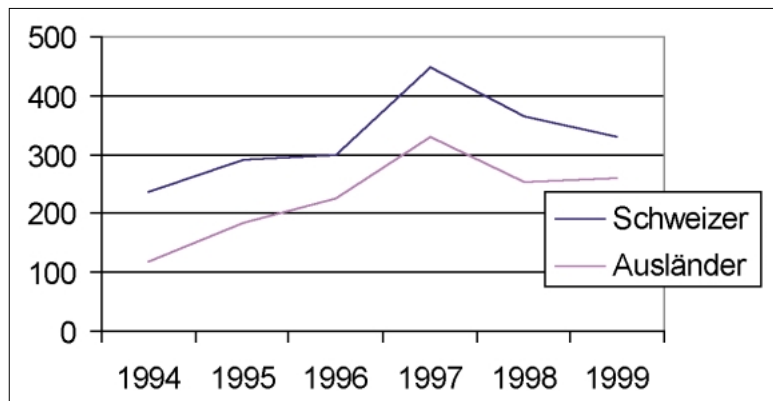


Abbildung 3
 Rentenzusprachen wegen Bewegungsapparat und reaktiv psychischer Probleme.



Zusammenhang mit anderen psychosozialen Umweltfaktoren

Solche Zusammenhänge wurden unter anderem vor allem im Rahmen der Chronifizierung von Rückenschmerzen untersucht. So hat H. G. Kopp [4] beispielsweise nachgewiesen, dass bei italienischen Gastarbeitern mit Rückenschmerzen für den Erfolg eines trainingsorientierten interdisziplinären Therapieprogrammes prädiktiv die vom Patienten selbst gestellte Verlaufprognose und die zukunftsgerichteten Perspektiven massgebend sind. Diese fehlenden Perspektiven und andere sog. Unterschichtmerkmale dürften generell entscheidende Faktoren darstellen. A. Thali [5] hat ähnlich festgestellt, dass sich bei protrahierten und invalidisierenden Verläufen nach Traumatisierungen im unteren Wirbelsäulenbereich folgende Belastungsfaktoren fanden: stark beeinträchtigte Befindlichkeit, pessimistische Eigenprognose, gering eingeschätzte Arbeitsplatzsicherheit, Migration, der soziale Status und zusätzlich ein leistungsorientierter Lebensstil. P. Kehl [6] zeigte weiter, dass für chronische Verläufe bei Rückenschmerzen nicht in erster Linie medizinische und arbeitsmedizinische Faktoren, sondern zusätzliche Risikofaktoren (Zeichen von Angst und Depressivität, ungünstige Selbstprognose, ungünstiges Coping, belastende Le-

bensprobleme, geringe Bildung, Unzufriedenheit mit der Arbeit, unsicherer oder vor dem Verlust stehender Arbeitsplatz usw.) entscheidend sind. Wenn somit ein bestimmtes «impairment» auf der Organebene, eine bestimmte «disability» auf der Funktionsebene bestehen, ist das sich daraus ergebende Handicap von zahlreichen nicht medizinischen Zusatzbedingungen abhängig, die letztlich die Prognose bestimmen und entscheiden, ob eine berufliche Reintegration gelingt oder nicht.

Nationalität

Zunächst sind Ausländer in körperlich schweren Berufen erheblich übervertreten und damit einem primär höheren Invaliditätsrisiko ausgesetzt.

In Berufen wie Bauarbeiter, Gipser, Bodenleger finden sich deutlich über 50% Ausländer. Molinaro (SUVA) hat denn auch gezeigt [7], dass Ausländer ein deutlich erhöhtes Risiko bezüglich Berufsunfall und Berufskrankheit aufweisen. Wenn aber in einer homogenen Baugewerbeprobe Taggeldbetrag und Taggelddauer zwischen schweizerischen und ausländischen Arbeitnehmern verglichen werden, ergeben sich nur minimale Unterschiede. Ungelernte, grobmotorisch tätige Arbeiter treten auch wesentlich früher ins Erwerbsleben ein als junge besser gestellte Personen mit mehrjähriger Ausbildung, was natürlich eine wesentlich stärkere Belastung und Abnutzung des Bewegungsapparates mit sich bringt. Schon aus solchen Überlegungen lässt sich folgern, dass Ausländer in der Population der IV-Rentner übervertreten sein müssen, insbesondere in der quantitativ wichtigen Ursachengruppe der bewegungsapparatebedingten Krankheiten. Dazu kommt, dass die oben erwähnten nicht medizinischen, belastenden Zusatzfaktoren (psychosoziale Risikofaktoren für Erlangung einer Invalidität) bei Migranten gehäuft und in Kombination auftreten. A. Thali u.a. [5] haben gezeigt, dass die Art der Aufenthaltsbewilligung zu solchen Risikofaktoren gehört. Sogenannte unsichere Aufenthaltsbewilligungen wirken sich auf den Rehabilitationserfolg deutlich negativ aus. Dazu gehören Kurzaufenthaltsbewilligung, Saisonier-Aufenthaltsbewilligung, Asylbewerberstatus, Grenzgängerstatus und übrigens auch der illegale Status der Schwarzarbeiter.

Abbildung 4
 Ausländeranteil bei verschiedenen Invaliditätsursachen.

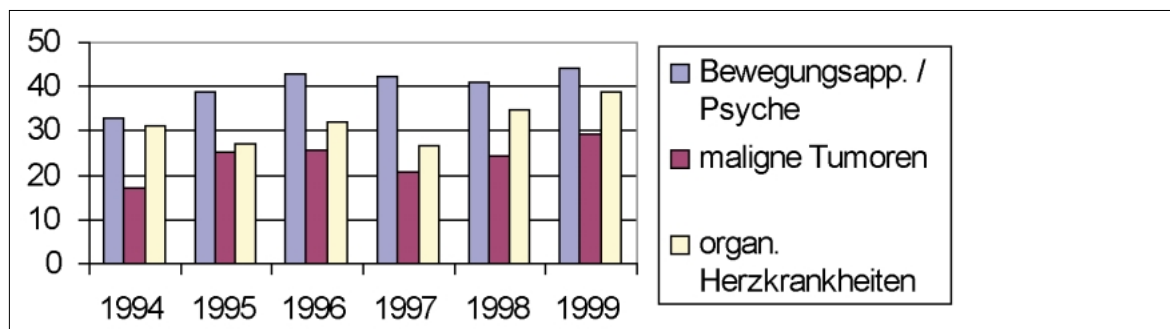
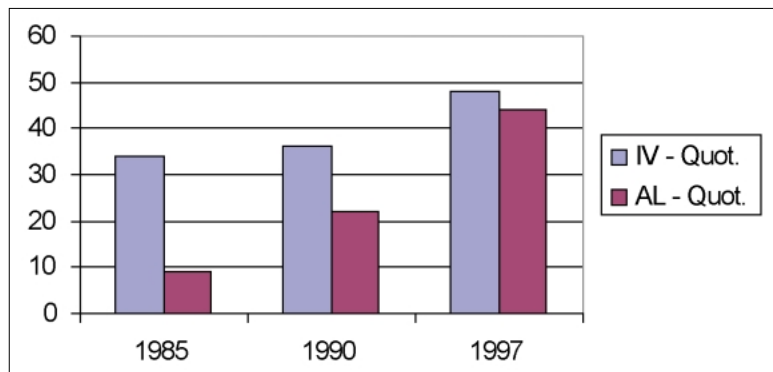


Abbildung 5
 IV und AL.



Zahlreiche Arbeiten belegen die erhöhte Belastung der Migranten durch prognostisch entscheidende nicht medizinische Faktoren. Diese Zusammenhänge lassen sich so zusammenfassen, dass sicher nicht die Nationalität einen echten Risikofaktor bezüglich Invaliditätsrisiko darstellt, sondern das je persönliche Setting des einzelnen Menschen mit all seinen belastenden Faktoren ist entscheidend (Lebensperspektive). Dies gilt grundsätzlich in gleicher Weise für die Angehörigen aller Nationalitäten, seien es Ausländer oder Schweizer. Je mehr eine Gruppe marginalisiert wird, umso stärker zu gewichten sind die nicht medizinischen Risikofaktoren. Daraus folgt bereits die gesellschaftlich-therapeutische Forderung nach einer möglichst guten und fairen Integration der Menschen, die sich innerhalb der Schweizer Grenze aufhalten.

Ärztliche Beurteilung

In letzter Zeit werden auch Vorwürfe laut, die den praktizierenden Ärzten ein parteisches Verhalten zugunsten ihrer Patienten vorhalten [8]. Daraus wird dann abgeleitet, dass aufgrund wenig objektiver Zeugnisse ungerechtfertigte Rentenzusprachen erfolgen könnten, und dass mit einer rigoroseren IV-ärztlichen Kontrolle eine korrektere Beurteilung der Rentenberechtigung erlangt werden könnte. Dies entspricht nicht meiner Erfahrung im Kanton St. Gallen und den beiden Appenzell. Den meisten praktizierenden Kollegen kann ich eine absolut korrekte Beurteilung im Rahmen von Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen attestieren. Wenn gelegentlich in einzelnen Arztzeugnissen nur ungenügend zwischen den IV-relevanten medizinischen und invaliditätsfremden Faktoren unterschieden wird, ist dies in erster Linie eine Frage der ärztlichen Fortbildung. Das Bundesamt für Sozialversicherungen und die IV-Stellen haben dafür zu sorgen, dass die praktizierenden Ärzte durch Aktivitäten der IV-Ärzte (Vorträge, Kurse, persönliches Gespräch) über IV-technische Probleme und Begriffe (Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invaliditätsgrad usw.) angemessen aufgeklärt werden. Das jetzige Milizsystem der IV, in dem im wesentlichen mit den praktizierenden Ärzten und freien Gutachtern zusammengearbeitet wird, ist sehr effek-

tiv und kostengünstig. An Verbesserungen muss indessen gearbeitet werden. Der Zukunftsplan des BSV, die IV-Ärzte mit eigener Untersuchungskompetenz (die heute gesetzlich ausgeschlossen ist) auszustatten, dürfte wegen des erheblich auszuweitenden Stellenplans sehr kostenintensiv sein, auch nicht einfach zu realisieren, da schwerlich genügend erfahrene Ärzte rekrutiert werden könnten. Dabei bleibt die Annahme vorerst völlig hypothetisch, dass mit einem solchen System Rentenkosten gespart werden könnten.

Versicherungsverfahren

Die Reintegrationschancen werden kleiner mit zunehmender Zeit, die in Arbeitsunfähigkeit verstreicht. Der «point of no return» zur Wiederaufnahme der Arbeit liegt etwa bei sechs Monaten. Dies bedeutet, dass Arbeitsunfähigkeiten möglichst kurz zu halten sind (Aufgabe der Ärzte), dass Arbeitsunfähigkeiten schneller hinterfragt werden müssen (Aufgabe der Taggeldversicherungen bzw. deren Vertrauensärzte), dass Abklärungen und Gutachten der Versicherungen rasch an die Hand genommen werden müssen (Aufgabe der IV und der Gutachtenstellen, z.B. MEDAS). Eine Wartezeit auf ein Gutachten von länger als sechs Monaten ist pathogen, etabliert die Chronifizierung und bedeutet eine höchstens noch infinitesimale Chance für eine erfolgreiche Reintegration. Zunehmend lange Arbeitsunfähigkeiten und Versicherungsverfahren sind eine Teilursache der zunehmenden Invalidisierung. Möglicherweise könnte hier ein «case-management» der Fälle etwas bringen [9].

Gesellschaftliche Faktoren

So wie die Gesellschaft Gesundheit definiert als Fehlen von Krankheit und jeglicher Beschwerden und aus vorhandenen Beschwerden eine Funktionsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit ableitet, ist es verständlich, dass der einzelne denken kann, erst wieder bei völliger Beschwerdefreiheit arbeiten zu «dürfen». Diese Gleichsetzung von Beschwerden mit Arbeitsunfähigkeit wirkt sich deletär aus. Vielfach könnte die Arbeit bei noch nicht vollständig abgeklungenen Beschwerden wenigstens teilweise wieder aufgenommen werden. Hier sind auch die Arbeitgeber in die Pflicht zu nehmen und aufzufordern, Arbeitnehmer bereits wieder stundenweise einzusetzen, sobald dies medizinisch möglich ist. Auch wenn die Leistung in solchen Situationen noch nicht hundertprozentig ist, kann durch diese «therapeutische Arbeitsfähigkeit» die Reintegration gefördert werden. Den Kranken oder Verunfallten entgegen seiner wiedererlangten Möglichkeiten länger als nötig im Ghetto seiner Krankstube zu lassen, fördert die Invalidisierung.

Die Beurteilung der Zumutbarkeit einer Arbeit ist auch eher eine gesellschaftliche als medizinische oder juristische Frage. Ist zumutbar, das was ich kann, oder das was ich will? Mit den zunehmend häufiger von den Psychiatern gestellten Diagnosen von Anpassungsstörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen, Somatisierungen der verschiedensten Art stellt sich die Frage nach der Zumutbarkeit täglich und sie ist nur unbefriedigend beantwortet. Die Ant-

wort ist zu sehr abhängig vom einzelnen Versicherten und Gutachter. Mit zunehmender Individualisierung der Zumutbarkeitsfrage entfällt der manchmal notwendige Anstoss zur Reintegration. Dies bedeutet ebenfalls Zunahme der Invalidisierung. Es ist feststellbar, dass dieser Trend zu einer weichen Zumutbarkeitsbeurteilung auch von einigen Rechtsvertretern übernommen wird. Damit wird Versicherten in einer gewissen Grauzone zwischen Integration und Invalidenleben zwar eher zu einer Rente verholfen, aber gleichzeitig werden so reale Reintegrationschancen zunichte gemacht.

Versicherungspolitisch und gesellschaftlich zu verstehen ist schliesslich auch die Legitimation, Versicherungsleistungen je nach Ursachengruppe beziehen zu können. Die rigorose Grenzziehung zwischen Arbeitslosenversicherung und Invalidenversicherung, zwischen Unfallversicherung und Krankenversicherung etwa führt zu endlosen Abklärungen, Begutachtungen, juristischer Eskalation, die wenig sinnvoll wirken. Die soziale Besserstellung und auch bessere moralische Akzeptanz des IV-Rentenempfängers gegenüber dem ausgesteuerten Arbeitslosen und Sozialhilfeempfänger bedeutet einen existentiellen Druck in Richtung Invalidität. Das Schicksal des vom Arbeitsplatzverlust bedrohten über 50jährigen hängt davon ab, ob seine persönliche Katastrophe nun Krankheitswert hat oder als soziales Unglück gewertet wird. Um die oft demütigende Abklärung (ob Krankheit, Unfall, persönliches Unglück oder Ungechtigkeit vorliegt) zu vermeiden, die unweigerlich pathogen wirkt, wäre zu überlegen, ob solchermassen von persönlichem Unglück Betroffene (Arbeitslose, Arbeitslosigkeitskandidaten, geschiedene Frauen ohne Beruf, Ältere, die mit den neuen Berufsanforderungen nicht mehr fertig werden usw.) nicht ein ursachenunabhängiges Existenzminimum (Soziallohn) erhalten könnten (ohne den fatalen, existenziellen Zwang, eine Krankheit oder Unfallfolgen nachweisen zu müssen), verbunden mit dem gleichzeitigen Anreiz, nach ihren Möglichkeiten in eigener Initiative nach zuzätzlichem, wenn vielleicht auch bescheidenen Erwerbsmöglichkeiten Ausschau halten zu können,

ohne dass eine kontraproduktive Leistungskürzung droht, wie das im heutigen IV-Rentensystem und bei Sozialhilfeempfängern leider der Fall ist.

Die unbestreitbare Tatsache der zunehmenden Invalidation der Gesellschaft bleibt vorläufig ungeklärt. Insgesamt finden sich aber zahlreiche mögliche Erklärungsansätze auf den verschiedensten Ebenen für das sehr komplexe Problem. Eine Reduktion der Problematik auf eine Ausländerfrage ist weder medizinisch noch ethisch vertretbar.

Literatur

- 1 Bundesamt für Sozialversicherung: Statistik zur sozialen Sicherheit. IV-Statistik 1999. Sektion Statistik.
- 2 Breitenmoser B, Foffa D, Guggisberg K, Rouiller C, Donini F, Nydegger B. «Eingliederung vor Rente» – realisierbares Ziel oder bloss wohlthönder Slogan? Soziale Sicherheit 1999; 6:288-94.
- 3 Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 1 (Vergleichende Synthese). Forschungsbericht Nr. 7/99. In: Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV 1999
- 4 Kopp HG, Kippele C, Brioschi R, Oliveri M, Läubli T, Christen S, Christen L. Psychosoziale Faktoren in der Chronifizierung von Rückenschmerzen bei Schweizern und italienischen Immigranten (Projekt-Nr. 4026-27071 im NFP 26B). Schlussbericht des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 26B. Basel: Euler Verlag; 1996. S. 114-21.
- 5 Thali A, Stern S, Rothenbühler B, Kraan K, Christen L, Augustiny K-F. Die Rolle psychosozialer Faktoren bei protrahierten und invalidisierenden Verläufen nach Traumatisierungen im unteren Wirbelsäulenbereich (Projekt-Nr. 4026-27066 im NFP 26 B). Schlussbericht des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 26 B. Basel: Euler Verlag.
- 6 Keel P. Chronifizierung von Rückenschmerzen: Das Rätsel bleibt. Schweiz. Ärztezeitung 1998;79(27):1304-6.
- 7 Molinaro R. Missbrauchen Ausländer die Unfallversicherung der Schweiz(er)? SUVA – Med. Mitteilungen 1994;67:12-7.
- 8 Donini F, Eschmann N. Anstieg der IV-Rentenbezüger: Erklärungsansätze. Soziale Sicherheit 1998;4:202-6.
- 9 Göbel J. Case-Management zur Erhaltung von Arbeitsverhältnissen Behinderter (Ein Modellversuch des Landesamts Bayern); Rehab 1999;7(38):209-19.
Gass Raymond: Arbeitslosigkeit – präventivmedizinisch beurteilt. In: Macht Arbeitslosigkeit krank? Referate der Tagung vom 10.5.1995 im Zentrum Gersag Emmen. Hilfsverein für Psychischkranke 1995.