

Früherfassung von Arbeitsunfähigkeit: Was bringt die 5. IV-Revision?

C. L. Bohny

Die IV sucht nach Wegen, um die zunehmenden Rentenausgaben, insbesondere die jährliche Zunahme an Neurentnern und -rentnerinnen, einzudämmen. Dabei stehen zwei Massnahmen im Vordergrund: der Aufbau eines Systems von Fachstellen zur Früherfassung und Begleitung von krankheitshalber arbeitsunfähigen Personen mit dem Ziel der Reintegration in den bisherigen Arbeitsplatz einerseits und die Ergänzung der bisherigen Integrationsmassnahmen durch zeitlich befristete und mit einem Taggeld entschädigte Beschäftigungsprogramme. Das Ziel ist die Wiedereingliederung, bevor die lange Krankheitsdauer Eingliederungsbemühungen von vornherein zunichte macht.

Die «alten» Weisheiten

Seit einigen Jahren schon ist die Invalidenversicherung IV in regelmässigen Abständen Gegenstand der öffentlichen Diskussion in den Medien, so auch in der Schweizerischen Ärztezeitung.

Der Grund für diese oft polemisch geführte Diskussion ist die defizitäre Entwicklung der IV. Diese teilt nicht nur das Schicksal der abnehmenden Beitragszahlungen in wirtschaftlich schwächeren Zeiten mit der AHV, im Unterschied zu dieser sind auch die Ausgaben drastisch gestiegen*.

Dabei beanspruchen die Ausgaben für Renten mit 60% den Löwenanteil der IV-Ausgaben. Statistisch gesehen ist die Rechnung schnell gemacht: Die Zahl der Rentenbeziehenden hat, gemessen an der Zahl der Bevölkerung im Erwerbsalter (18- bis 62-/64jährige), in den Jahren 1992 bis 2003 kontinuierlich von 3,2% auf 5,0% zugenommen [2].

Schwieriger gestaltet sich die Deutung dieses Phänomens. Der relativ groben Gebrechensstatistik der IV lässt sich entnehmen, dass die Hauptzunahme der Neurentner und -rentnerinnen den Gruppen der psychischen Störungen und der Störungen der Knochen und Bewegungsorgane zugeordnet werden kann [3]. Für die Zunahme der Rentenbeziehenden aufgrund psychischer Störungen sind die Deutungen mannigfaltig: Die wirtschaftliche Rezession, die Migrationsprobleme, die Zunahme psychiatrisch tätiger Ärztinnen und Ärzte und andere mehr werden bemüht und mehr oder weniger stichhaltig untermauert [4].

Während die Diskussionen um die Ursachen weitergehen, sind jedoch die IV und die Behörden angesichts des steigenden Defizits zum Handeln gezwungen.

Die 4. IV-Revision und deren Kritik

Die 4. IV-Revision, in Kraft getreten am 1. Januar 2004, hat ein erstes Handeln demonstriert. Endlich kann dank der Schaffung regionaler ärztlicher Dienste der IV (RAD) die ärztliche Kompetenz innerhalb der IV gestärkt werden [5]. Mit der Straffung des Verwaltungsverfahrens sollen IV-Entscheide rascher gefällt werden können. Mit der Einführung jährlicher Geschäftsprüfungen der IV-Stellen durch das BSV kann die Kontrolle des Bundes verstärkt werden, und die Aufhebung von Zusatzrenten bringt eine gewisse finanzielle Entlastung [6].

In der 4. IV-Revision wird eine restriktivere Haltung der IV zum Ausdruck gebracht: mehr Aufsicht des Bundes, vermehrte und verbesserte ärztliche Kontrolle, Abbau bei den Zusatzrenten. Die Kritik an der «strengeren» Haltung ist nicht ausgeblieben [7]. Bedeutende Hinweise für eine Neuorientierung der IV hat vor allem Prof. Murer formuliert, indem er das Verfahren bei der Festsetzung von Leistungen der IV im Einzelfall geisselte und dessen «Medizinlastigkeit» kritisierte [8].

Mit restriktiver Politik allein ist es also nicht getan. Die IV muss neue, innovative Wege gehen, will sie das Bild einer reinen Rentenanstalt am Schluss des Sozialversicherungsparcours durchbrechen und wieder zu den Prinzipien zurückkehren, welche ihr 1958 in die Wiege gelegt worden waren, als man erkannte, dass «sich eine sozialpolitisch wertvolle Hilfe in erster Linie mit der Behebung des Schadens befassen muss» [9].

Die Grundvoraussetzung der Arbeitsunfähigkeit, nämlich die gesundheitliche Beeinträchtigung, welche zur Arbeitsunfähigkeit und über die Erwerbsunfähigkeit letztlich zur Invalidität führt, und die Tatsache, dass deren Beurteilung eine primär ärztliche Aufgabe ist, sollen dabei nicht angetastet werden.

* Das Ausgabenwachstum der AHV betrug zwischen 1999 und 2002 6,2%, dasjenige der IV im gleichen Zeitraum 19,1% [1].

Korrespondenz:
Dr. med. C. Lukas Bohny
Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstrasse 20
CH-3003 Bern

E-Mail:
carl-lukas.bohny@bsv.admin.ch

Die IV muss Anreize schaffen, damit sich Versicherte selbst wieder vermehrt frühzeitig und aus eigenem Antrieb in das Erwerbsleben eingliedern.

Dabei ist keine Zeit zu verlieren. Deshalb sind, kaum ist die Tinte der 4. IV-Revision trocken, bereits die Grundzüge einer 5. IV-Revision entworfen und deren Inhalte skizziert worden [10].

Die 5. IV-Revision

Das Hauptziel dieser 5. IV-Revision, welche im Herbst 2004 in die Vernehmlassung geht, ist nach wie vor, die Zunahme der Zahl von Neurenten zu reduzieren. Die Hauptstossrichtung zu dessen Erreichung besteht jedoch darin, Anreize zur frühzeitigen Wiedereingliederung zu schaffen und der Integration zuwiderlaufende negative Anreize zu korrigieren.

Es sind im wesentlichen zwei Massnahmen, welche diesen Zweck erfüllen sollen:

- die Früherkennung und Begleitung von krankheitsbedingt arbeitsunfähigen Personen (FEB);
- die zusätzlichen Integrationsmassnahmen.

Die erste Massnahme, *Früherkennung und Begleitung von krankheitsbedingt arbeitsunfähigen Personen (FEB)*, bezweckt durch die Einrichtung spezieller Fachstellen, welche von den Betroffenen selbst, deren Arbeitgebern, den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, aber auch von Taggeldversicherern angegangen werden können, ein Forum für die rasche Wiedereingliederung nach Möglichkeit am angestammten Arbeitsplatz zu schaffen.

Die Feststellung der Krankheit und die Feststellung, dass diese Krankheit momentan eine Arbeitsleistung einschränkt oder verhindert, bleibt uneingeschränkt Aufgabe der behandelnden Ärztin oder des Arztes. Sobald es jedoch um eine differenzierte Beurteilung der im weiteren Krankheitsverlauf noch vorhandenen oder wiederhergestellten Ressourcen der versicherten Person geht, sollen diese nicht wie bisher allein gelassen werden. Der Erkenntnis, dass praktisch tätige Ärztinnen und Ärzte bei der Beurteilung der praktischen Arbeitsfähigkeit im Kontext der ausgeübten Tätigkeit oft überfordert sind und dass die Möglichkeit, eine «second opinion» einzuholen, im Krankheitsfall in der Regel fehlt [11], wird dadurch Rechnung getragen, dass die Regionalen ärztlichen Dienste der IV für eine Beurteilung bereits in diesem Stadium zur Verfügung stehen. Abgesehen von der fachlichen

Unterstützung tragen die RAD so dazu bei, die therapeutische Beziehung zwischen Patient und Arzt zu entlasten.

Damit greift die IV in einen Bereich ein, in dem sie bisher gar nicht aktiv sein durfte, nämlich dort, wo eine IV-Anmeldung noch gar nicht zur Debatte steht. Durch das System der Früherkennung sollen aber auch rechtzeitig die Weichen für eine Anmeldung bei der IV gestellt werden können. Die Folge davon ist nicht nur eine Anmeldung zum optimalen Zeitpunkt, sondern auch eine Verkürzung des dieser folgenden Abklärungsverfahrens.

Um genauere Erkenntnisse über die Inanspruchnahme und Wirksamkeit dieses Systems zu gewinnen, soll es mit Pilotversuchen in unterschiedlichen Wirtschaftsregionen erprobt und evaluiert werden.

Die zweite Massnahme, die *zusätzlichen Integrationsmassnahmen*, kommt erst dann zum Tragen, wenn die versicherte Person bei der IV angemeldet ist.

Der Vorschlag zur Schaffung einer neuen Kategorie von Eingliederungsmassnahmen neben und zusätzlich zu den bereits vorhandenen (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung und Arbeitsvermittlung) beruht auf der Erkenntnis, dass eine längere beschäftigungslose Phase eine erfolgreiche Integration erschwert [12, 13] und dass die bisherigen Instrumente der IV in der Regel zu träge und infolge mangelnder Motivation für eine erfolgreiche Wiedereingliederung oft ineffizient sind. Das oberste Ziel dieser Massnahmen ist demnach die Beschäftigung der Betroffenen, verbunden mit einer intensiven Begleitung und Betreuung. Dazu gehören beispielsweise therapeutische Massnahmen, Arbeitstraining, Auffrischung von Schulkenntnissen, Sprachkurse und Beschäftigungsprogramme. Die Massnahmen sollen befristet (auf zwei Jahre) zugesprochen werden, die finanzielle Absicherung in Form eines Taggeldes erfolgen, wobei dieses bei mangelnder Mitwirkung oder bei Verweigerung gekürzt oder eingestellt werden kann.

Mit Hilfe dieses Instrumentes erhofft sich die IV eine verbesserte und gezieltere Wiedereingliederung insbesondere von psychisch erkrankten und beruflich weniger qualifizierten Personen.

Die Zusprache von Integrationsmassnahmen setzt eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% voraus. Hinsichtlich der medizinischen Voraussetzungen dafür wird in jedem Fall auf die Beurteilung der Ärztinnen und Ärzte der IV-eigenen RAD abgestellt. Dies ist an sich eine logische Konsequenz von deren Einführung, liegen ihnen doch in der Regel mehrere ärztliche

Berichte vor, welche sie zudem nach Bedarf durch eine eigene Untersuchung der versicherten Person ergänzen können.

Die beiden kurz vorgestellten Neuerungen bilden den Hauptteil der 5. IV-Revision. Sie werden ergänzt durch flankierende Massnahmen im Bereich der Renten- und Taggeldbemessung, welche verhindern sollen, dass eine versicherte Person, wie es heute vorkommen kann, mit den Zahlungen der IV besser fährt als mit dem bisherigen Einkommen, was natürlich der Motivation zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit hinderlich ist.

Schlussfolgerung

An der Integration in die Arbeitswelt sind viele Akteure beteiligt, zuallererst die Versicherten selber. Das System der IV bringt es mit sich, dass bei einer Erkrankung, welche die Arbeitsfähigkeit nachhaltig beeinflusst, die Ärzteschaft als wichtigster Akteur auftritt, sind doch die Ärztinnen und Ärzte die ersten und richtungsweisenden Partner ihrer Patienten. Sie entscheiden als erste über Arbeiten oder nicht Arbeiten. Die vorgeschlagenen Massnahmen sollen unter anderem einen wesentlichen Beitrag leisten, dass die Ärztinnen und Ärzte in ihrem Entscheid nicht allein gelassen werden und die therapeutische Zweierbeziehung durch die versicherungsrechtliche Verantwortung nicht strapaziert und gefährdet wird.

Angesichts der Tatsache, dass der soziale Status und damit das seelische und körperliche Wohlbefinden in unserer Gesellschaft in der Regel mit der Integration in die Arbeitswelt eng verknüpft ist [14], sind flankierende Massnahmen im Sinne der vorgeschlagenen sogar geeignet, die ärztlichen therapeutischen Bemühungen zu unterstützen.

Literatur

- 1 Bundesamt für Sozialversicherung. Sozialversicherung der Schweiz 2003. Faltblatt.
- 2 Bundesamt für Sozialversicherung. IV-Statistik 2003. S. 19.
- 3 Donini F, Eschmann N. Anstieg der IV-Rentenbezüger: Erklärungsansätze. Soziale Sicherheit CHSS 1998;6(4):202-6.
- 4 Stünzi M. Zunehmende psychische Behinderung und Invalidität – Erklärungsansätze für ein Phänomen. Soziale Sicherheit CHSS 2003;11(3):142-9.
- 5 Winzeler P. Chancen der Regionalen Ärztlichen Dienste der Invalidenversicherung. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(50):2691-2.
- 6 Botschaft zur 4. Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 21. Februar 2001.
- 7 Schmidt H. Reintegrieren statt vorzeitig invalid-pensionieren; Schweiz Ärztezeitung 2004; 85(16):830-2.
- 8 Murer E, Cardinaux B. Notwendige Weichenstellungen in der IV. Soziale Sicherheit CHSS 2003; 11(6):337-9.
- 9 Botschaft zur Invalidenversicherung vom 24. Oktober 1958.
- 10 Pressemitteilung des BSV vom 28. April 2004.
- 11 Conne R. Arbeitsfähigkeit und Invalidenversicherung; Schweiz Ärztezeitung 2003;84(45):2361-3.
- 12 Wer zur Arbeit zurückkehrt und warum. Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit, 2002.
- 13 Grobe G, Schwartz FW. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Deutschland). Heft 13/2003.
- 14 Ellenberger S. Studienarbeit. HAP 2002. Zitiert nach Kirchler E. Arbeitslosigkeit. Psychische Skizzen über ein anhaltendes Problem. Göttingen: Hogrefe; 1993.