



In vielen Krankheitsfällen werden die IV-Renten erst mit der Invalidisierung ausbezahlt, weshalb die Hilfe nicht im Sinne einer Prävention wirken kann. (Bild key)

Psychosomatisch Kranke invalidisieren? Von der reaktiven zur präventiven Invalidenversicherung

Von Klaus Müller und Elisabeth Braun*

Die finanzielle Situation der Invalidenversicherung (IV) verschlechtert sich gegenwärtig in beunruhigender Masse. Hauptursache dafür ist der Anstieg der Zahl der IV-Renten. Besonders auffallend ist die markante Zunahme von Berentungen, welche auf psychischen oder psychosomatischen Störungen beruhen. Um die IV vor einem voraussehbaren finanziellen Absturz zu bewahren, hat der Bundesrat die Beitragssätze erhöhen müssen. Auf Dauer kann und darf sich die Reaktion auf die stark ansteigenden Defizite der IV aber nicht in weiteren periodischen Erhöhungen des Beitragssatzes erschöpfen. Mit Ursachenforschung und daran anknüpfenden Präventivmassnahmen muss auch etwas gegen den Kostenanstieg unternommen werden. Im gleichen Sinne äusserten sich die eidgenössischen Räte in der vergangenen Herbstsession.

Schon von 1987 bis 1992 machten die Bezüger und Bezügerinnen von IV-Renten mit psychischen und psychosomatischen Störungen den grössten Teil des Zuwachses an krankheitsbedingten Renten aus. 1993 hat sich der Trend eines weit überdurchschnittlichen Anstiegs dieser Gruppe der IV-Rentner nochmals verstärkt. Diese Entwicklung stellt die Hauptursache für die derzeitige Defizitentwicklung der IV dar. Eine breit angelegte Analyse der Ursachen und Hintergründe dieser Entwicklung mit «repräsentativen» (statistisch signifikanten) Ergebnissen steht zwar derzeit noch aus. Es gibt aber gute Gründe für die Annahme, dass diese Entwicklung sowohl mit der rezessionsbedingten Arbeitslosigkeit, welche für die psychosozialen Probleme vieler Betroffener mitverantwortlich ist, zusammenhängt als auch mit der häufig noch zuwenig ursachengerechten Diagnose und Behandlung der Betroffenen. In diesem Sinne hat sich auch der Bundesrat in seiner im Juni erteilten Antwort auf eine diesbezügliche, im Frühling dieses Jahres eingereichte Interpellation von Nationalrätin Ursula Hafner (sp., Schaffhausen) geäussert.

Bei psychosomatischen Störungen handelt es sich um krankhafte Veränderungen von Körperfunktionen ohne ersichtliche organische Ursachen. Diese können sich in unspezifischen Schmerzzuständen, psychovegetativen Organstörungen oder psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne äussern. Häufigere Folgeerscheinungen sind Kopf- oder Rückenschmerzen, Kreislauf- oder Magenprobleme oder auch Ess- oder Schlafstörungen. Besonders häufig sind chronische Schmerzzustände und gestörte Körperfunktionen im Bereich des Bewegungsapparates. Die von psychosomatischen Störungen Betroffenen stehen unter einem hohen Leidensdruck und sind in ihren Aktivitäten häufig stark eingeschränkt. Mangels Diagnose einer organischen Ursache muss die Ursache dieser Krankheitsbilder zumeist in individuellen psychischen und sozialen Belastungen des privaten und beruflichen Alltags, in seelischem Dauerstress und ähnlichem gesucht werden.

* Die Autoren führen gemeinsam ein Beratungsbüro im Bereich Gesundheitswesen in Basel.

Die Behandlung der Betroffenen

Der individuelle Behandlungserfolg bei den von psychosomatischen Störungen Betroffenen hängt daher entscheidend von der erfolgreichen und möglichst frühzeitigen Aufdeckung der eigentlichen (zumeist verdrängten) Krankheitsursachen ab. Dazu bedarf es einer ärztlichen Abklärung und Behandlung, bei der ausreichend auf die individuelle psychische und soziale Problematik eingegangen wird, statt die Behandlung allein auf die gegenwärtigen, sichtbaren Beschwerden zu beschränken. Voraussetzung dafür ist eine entsprechende *psychosoziale Kompetenz* der erstdiagnostizierenden und -behandelnden Ärzte und Ärztinnen, wobei das Gespräch im Mittelpunkt des diagnostischen und therapeutischen Prozesses stehen muss. Wie sieht diesbezüglich die heutige Realität in der Schweiz aus?

Zwar existieren derzeit noch keine für die ganze Schweiz repräsentativen Studien, die eine «statistisch signifikante» Beantwortung dieser Frage zulassen. Regional gewonnene Forschungsergebnisse sowie individuelle Erfahrungen und Beob-

achtungen legen aber den Schluss nahe, dass sich die Diagnose und Behandlung psychosomatisch Kranker auch in der Schweiz heute nicht selten vorrangig nur an den *sichtbaren Symptomen* und nicht an den *eigentlichen Ursachen* orientiert. Wegen einer oft allzu einseitig organorientierten Sichtweise vieler Akutmediziner scheinen unzählige diagnostische Abklärungen gemacht zu werden, um dann schliesslich die Patienten ohne oder mit einem Minimal-Befund zu entlassen. Werden aber bei der Behandlung psychosomatischer Krankheiten die eigentlichen (psychosozialen) Ursachen nicht ausreichend bzw. nicht rechtzeitig erkannt und berücksichtigt, dann besteht ein Risiko der *Chronifizierung* und schliesslich der *Invaldisierung*, denn mit derartigen Erkrankungen verbindet sich nicht selten auch eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit. Durch den krankheitsbedingten Arbeitsausfall, eine langdauernde Inanspruchnahme letztlich unwirksam bleibender medizinischer Leistungen, durch die Chronifizierung bzw. Invaldisierung und die anschliessende IV-Rente entstehen den einzelnen Betroffenen und der Gesellschaft hohe Folgekosten.

Möglichkeiten und Grenzen der Prävention

Massnahmen, um dieser unerfreulichen Entwicklung gegenzusteuern, müssen in erster Linie bei der *Prävention* ansetzen. Laut Bundesrat müssen Präventionsmassnahmen einerseits die krankheitsverursachenden bzw. -fördernden Umweltfaktoren (z. B. durch Reduktion der Arbeitslosigkeit) und andererseits die betreffenden Verhaltensfaktoren (z. B. durch eine individuell verbesserte Stressbewältigung) erfassen. Die *Kompetenz*, Präventionsmassnahmen zu ergreifen, steht dem Bund derzeit aber nur im Bereich der Infektionskrankheiten und des Strahlenschutzes zu. Immerhin sieht das revidierte Krankenversicherungsgesetz (KVG) bereits einen stärkeren Einfluss des Bundes bei der Gesundheitsförderung vor. Abgesehen davon soll die Präventionsfrage laut Bundesrat aber bei der bevorstehenden vierten Revision des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG) verstärkt berücksichtigt werden. Tatsächlich ist es wünschenswert, dass der Präventionsgedanke, der heute zu kurz kommt, in Zukunft im gesamten Sozialversicherungsbereich seinen Niederschlag findet.

Die *Invalidenversicherung (IV)* mit ihren Leistungen der beruflichen Rehabilitation oder der Berentung ist das letzte Glied in der Kette der Versicherungsträger. Gemäss IVG beginnen Eingliederungsmassnahmen der IV erst dann, wenn sich die Krankheit stabilisiert hat. Praktische Konsequenz davon ist in unserem Zusammenhang, dass die IV heute in vielen Krankheitsfällen erst dann zum Zuge kommt, wenn – etwa infolge einer ausbleibenden oder zu späten Aufdeckung psychosozialer Krankheitsursachen – bereits eine Invaldisierung der Patientinnen und Patienten eingetreten ist. In diesen Fällen kann die IV mit ihren Eingliederungsmassnahmen faktisch aber nicht (mehr) im Sinne einer *Vermeidung* von Invaldisierung wirken, sondern nur noch auf die bereits eingetretene Invaldisierung mit der Berentung reagieren. Laut Aussagen verschiedener

Vertreter von IV-Regionalstellen hat sich das Leiden vieler Betroffener zu dem Zeitpunkt, in dem diese bei der IV vorstellig werden, bereits so verfestigt, dass dem Grundsatz «*Eingliederung vor Rente*» nicht mehr Folge geleistet werden kann. Die Institutionen der IV können heute nur *nachträglich* versuchen, die während langer Zeit rein symptomatische Behandlung psychosomatisch Kranker durch eine an den Ursachen ansetzende, psychosozial orientierte Diagnose und Therapie zu ersetzen, um auf diese Weise eine *berufliche Wiedereingliederung* zu ermöglichen. Wenn sich die Betroffenen bereits auf eine Berentung eingestellt haben, bleibt dieser Versuch jedoch häufig erfolglos.

Ausbildungsbedarf bei den Ärzten

Die markante Zunahme der IV-Rentner und Rentnerinnen mit psychosomatischen Störungen ist daher nicht allein Folge der jüngeren Arbeitsmarktentwicklung, sondern auch «Folge von Mängeln in unserer medizinischen Versorgung sowie der Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Therapeuten... Als Konsequenz müsste die Aus- und Weiterbildung der Ärzte verbessert werden, indem z. B. entsprechende Versorgungseinrichtungen mit angegliederter Forschungsabteilung und Lehraufträgen geschaffen werden», wird im Schlussbericht des NFP 26, «Chronifizierung von Rückenschmerzen», festgehalten. Solange die psychosoziale Kompetenz zahlreicher Ärzte ungenügend ist, sollten die Vertrauensärzte der Kostenträger (Krankenversicherung und Invalidenversicherung) im *präventiv* wirksamen Sinne auf die Behandlung psychosomatisch Kranker Einfluss nehmen können. Dies würde praktisch bedeuten, dass die Vertrauensärzte der Kostenträger in Fällen länger andauernder Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit und unklarer Diagnose die Möglichkeit psychosozialer Krankheitsursachen prüfen, um erforderlichenfalls auf eine

ursachengerechtere Behandlung hinwirken zu können. Voraussetzung dafür ist aber selbstverständlich, dass wenigstens die Vertrauensärzte über die nötige psychosoziale Kompetenz verfügen.

Darüber hinaus könnte der Invalidisierung und der entsprechenden Berentung von psychosomatisch Kranken wahrscheinlich bis zu einem gewissen Teil auch durch eine *verbesserte Zusammenarbeit* zwischen der IV und den vorgeschalteten Versicherungsträgern vorgebeugt werden. Die Koordinationsnorm im geltenden IVG regelt jedoch nur die Zuständigkeit zwischen Krankenkasse und IV. Diese beiden Versicherungen sind in der Regel einander *nachgeschaltet*. D. h., dass die IV erst dann – anstelle der vorgängig leistungspflichtigen Krankenkasse – aktiv wird, wenn die versicherungsrelevanten Voraussetzungen erfüllt sind. Und dies ist z. B. erst dann der Fall, wenn eine Stabilisierung des Krankheitszustandes eingetreten ist. Damit die IV verstärkt – im Interesse der Vermeidung einer später unabdingbaren Berentung – auf den noch nicht stabilisierten Krankheitsverlauf Einfluss nehmen kann, müsste laut Bundesrat die *Anmeldung* zum Leistungsbezug der IV *zu einem früheren Zeitpunkt* erfolgen, als dies in der Regel heute der Fall ist. Nur dann ist es der IV noch möglich, die Weichen für eine rechtzeitige psychosoziale Behandlung zu stellen und so einer Invalidisierung vorzubeugen. Konkret heisst dies, dass die IV künftig möglichst früh bereits in den diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsprozess solcher Patienten und Patientinnen einbezogen wird, bei denen das Risiko einer Invalidisierung besteht. Dies setzt aber eine entsprechend enge und möglichst frühzeitige Zusammenarbeit zwischen den Vertrauensärzten der Krankenkassen und den zuständigen IV-Stellen voraus. Das derzeit geltende IVG sieht eine derartige Kooperation der Versicherungsträger und eine entsprechende gemeinsame Weichenstellung jedoch nicht vor.

Die angedeutete enge Zusammenarbeit unter den Vertrauensärzten der involvierten Versicherungsträger hätte selbstverständlich Auswirkungen auf die Art der Behandlung und könnte die Methodenfreiheit der behandelnden Ärzte tangieren. Doch schliesslich gibt es gute Gründe für die Annahme, dass die psychosoziale Kompetenz zahlreicher erstbehandelnder Ärzte heute noch ungenügend ist. Zwar verfügt der Bund über keine direkte Einflussmöglichkeit zur Vermehrung der ärztlichen psychosozialen Kompetenz. Gemäss revidiertem Krankenversicherungsgesetz (KVG) erhält der Bund künftig aber immerhin die Möglichkeit, auf die *Weiterbildung* der Vertrauensärzte der Krankenkassen Einfluss zu nehmen. Der Bund könnte daher zumindest auf deren vermehrte Sensibilisierung für die frühzeitige Erkennung psychosomatischer Krankheiten und deren ursachengerechte Behandlung hinwirken.