



WEITERENTWICKLUNG DER IV – FORDERUNGEN DER FMPP

Die FMPP ortet bei der beruflichen Eingliederung weiteren Optimierungsbedarf

> Seite 02



VERSCHIEDENE ROLLEN – VERSCHIEDENE AUFGABEN

Welche Erwartungen haben aber die Beteiligten?

> Seite 03



IV-BERICHTE

Inhalt und Stolpersteine oder – was Sie unbedingt wissen müssen!

> Seite 03



POLITFOKUS

ERWERBSFÄHIGKEIT ERHALTEN STATT BERENTEN



Ausführliche und präzise Berichte des Behandlungsteams sind wertvoll für die Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit und Invalidität, sagt Stefan Ritler, der als Vizedirektor des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) die Entwicklungen der Invalidenversicherung (IV) mitgestaltet.

Herr Ritler, Ärzte kritisieren, dass es heute Ziel der IV sei, jede Rente abzulehnen. Ist dem so?

Die IV ist dem Grundsatz verpflichtet, die Erwerbsfähigkeit von Personen mit gesundheitlichen Problemen zu erhalten, was in den vergangenen Jahren stärker in den Fokus gerückt ist. Hier hat die 5. IV-Revision angesetzt und mit einer Investition von einer halben Milliarde für berufliche Massnahmen Weichen gestellt. Auch wenn kein Anspruch auf eine Rente besteht, kann die IV-Stelle die betroffene Person über Arbeitsvermittlung und gezielte Massnahmen unterstützen.

Basierend auf sinnlosen Gutachten schildern die Beteiligten...

Unsere Wahrnehmung ist eine andere, denn für jeden Gutachterauftrag gilt die Officialmaxime, den Sachverhalt sauber abzuklären – und zwar in beide Richtungen: Rente oder Reintegration. Je ausführlicher und präziser IV-Berichte des Behandlungsteams aber sind, desto weniger Gutachten.

War es früher einfacher eine IV-Rente zu bekommen?

Die 5. IV-Revision zielte auf den Ausbau der beruflichen Massnahmen um die Neurentenquote zu senken, die 6. Revision auf die Senkung des Rentenbestandes. Dabei waren auch Bundesgerichtsurteile massgebend, die festhielten, dass Störungsbilder, die nicht objektiv nachgewiesen respektive mit adäquaten Interventionen behandelt werden können, keinen Anspruch auf Rentenleistungen mehr nach sich ziehen. Das Bundesgericht hat Ende November 2017 in zwei Urteilen entschieden, dass ein ressourcenorientiertes strukturiertes Beweisverfahren anzuwenden ist – unabhängig von Diagnosen.

Inwieweit prägen Sie als nationaler IV-Chef deren Entwicklungen?

Die Invalidenversicherung (IV) leitet ihren Auftrag – wie andere Sozialversicherungen auch – aus der Bundesverfassung ab. Basierend auf den Erfahrungen auf den IV-Stellen an der Basis, Gutachten und Gerichtsurteilen sowie den Forschungsprogrammen, mit denen wir jede IV-Revision begleiten, initiieren wir in Zusammenarbeit mit dem Departement Veränderungen und Weiterentwicklungen zu Händen des Bundesrats. Dem folgt dann der politische Prozess im Parlament.

Der aktuell laufende Reformschritt zielt nun spezifisch auf psychisch erkrankte Versicherte...

Die Anzahl Neurenten wurde erheblich gesenkt. Die Neurentenquote aufgrund psychischer Erkrankungen hat zugenommen. Für diese Menschen greifen unsere Massnahmen zu wenig – insbesondere bei jungen Betroffenen. Hier brauchen wir einerseits Massnahmen zur Frühintervention, andererseits ist eine verbesserte Kooperation mit den Akteuren matchentscheidend.

Die 6. IV-Revision zielte auf die Betrugsbekämpfung, was zurzeit die Gemüter erhitzt...

Das IV-Gesetz erlaubt schon heute Spezialisten beizuziehen. Das BSV teilt dazu die Meinung des Bundesrats, der eine Missbrauchsbekämpfung unterstützt, sich allerdings gegen die Verletzung der Privatsphäre, wie durch den Einsatz von GPS-Trackern ausspricht. Der Ständerat war hier anderer Meinung.

Wenn Sie die Politik rund um die IV alleine gestalten könnten, was wäre Ihnen wichtig?

Wenn wir den Länderbericht der OECD anschauen, sehen wir, dass die Schweiz mit ihrem Gesundheitswesen, der Bildung, dem Sozialwesen und dem Arbeitsmarkt sehr gut aufgestellt ist. Was wir aber auch sehen, ist, dass wir nicht immer gut koordinieren und dafür viel Energie und Kosten brauchen.

Anzahl Neurentenbezüger wegen psychischen Krankheiten (Quelle BSV IV-Statistik)

2000	8'385
2005	8'687
2010	6'503
2015	5'975

Was empfehlen Sie Betroffenen mit psychischen Erkrankungen, was dem Behandlungsteam?

Mein Erfolgsrezept beinhaltet: früher Kontakt zwischen den Akteuren, Probleme und Ressourcen ansprechen, das Vorgehen koordiniert angehen und gemeinsam Lösungen suchen.



Stefan Ritler leitet als Vizedirektor des Bundesamts für Sozialversicherungen das Geschäftsfeld «Invalidenversicherung». Der studierte Psychologe und Theologe ist verantwortlich für die laufende IV-Revision.

Die IV gibt schweizweit rund 15'000 Gutachten pro Jahr in Auftrag. Die Gerichte beurteilen, ob ein Gutachten Beweiswert hat oder nicht. In der Schweiz arbeiten rund 2'800 FTE (Vollzeitäquivalente) für die IV.

VORWORT DES PRÄSIDENTEN

Ohne Trialog schaffen wir es nicht!

Der OECD-Bericht «Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz» hatte im Jahr 2014 den hohen Anteil von psychisch kranken IV-Rentnern hervorgehoben. Seine Autoren wunderten sich angesichts der höchsten europäischen Dichte von Psychiatern auf 100'000 Einwohner über die «relative» Ineffizienz der psychiatrischen Versorgung unseres Landes in diesem Bereich.

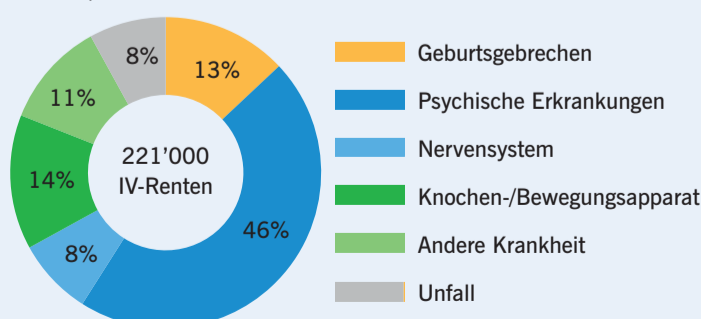
Dies hat die Bundesverwaltung – BSV und SECO – dazu gebracht, Denkanstösse vorzuschlagen. Die Vorbeugung psychosozialer Risiken (Stress am Arbeitsplatz, Burnout) ist für die kommenden Jahre zu einem wichtigen Thema geworden. Dabei steht viel auf dem Spiel, denn die indirekten Kosten psychischer Erkrankungen in Form von Abwesenheit, IV- und BVG-Renten belaufen sich auf Milliarden von Franken.

Wir Psychiater blieben aber nicht untätig, wie es die Studie von Niklas Baer und der SGPP bezeugt, deren Resultate im Dezember 2017 vom BSV veröffentlicht wurden. Unser Beitrag wurde übrigens anlässlich der Tagung hervorgehoben, die Bundesrat Alain Berset der Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderungen gewidmet hatte. Wir können dazu beitragen, indem wir uns entschlossen für den Trialog Patient/Angestellter, Arbeitgeber und Psychiater einsetzen.

Ihr, Pierre Vallon, Präsident FMPP



IV-Renten nach Invaliditätsursache (Quelle BSV IV-Statistik)





VERSCHIEDENE ROLLEN – VERSCHIEDENE AUFGABEN

WEITERENTWICKLUNG DER IV – FORDERUNGEN DER FMPP

Die FMPP ortet bei der beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderungen weiteren Optimierungsbedarf, insbesondere bei Jugendlichen und/oder bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und fordert daher eine Verbesserung der Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Vier von zehn Berentungen erfolgen aufgrund einer psychischen Erkrankung, Tendenz steigend. Wenn es darum geht, psychisch Kranke im Arbeitsmarkt zu halten respektive sie (wieder) in den Arbeitsmarkt zu integrieren kommt den Psychiaterinnen und Psychiatern eine zentrale Rolle zu, wie die 2017 von der SGPP und der Psychiatrie Baselland durchgeführte Studie zeigt (vgl. unter www.psychiatrie.ch). Zur besseren Koordination von Psychiatrie und Arbeitswelt unterstützt die FMPP die in einer gemeinsamen Erklärung aller Teilnehmenden anlässlich der dritten «Nationalen Konferenz zur Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderung» am 21. Dezember 2017 in Bern gestellten Forderungen, insbesondere:

- Einführung geeigneter Instrumente für ein koordiniertes Vorgehen aller Beteiligten (z.B. das Ressourcenorientierte Eingliederungsprofil REP, vergleiche unter www.compasso.ch/ingliederungsprofil)
- Schaffung günstiger Rahmenbedingungen für die Annäherung von Psychiatrie und Arbeitswelt (z.B. Programm RESSORT am CHUV für eine bessere Koordination bei der psychiatrischen Betreuung und der Begleitung der zugewiesenen Personen in den Arbeitsmarkt)
- Anreize für Arbeitgeber zur Anstellung und Weiterbeschäftigung von Menschen mit Beeinträchtigungen, z.B. Eingliederungsberatung durch Peers.

Viele Handlungsansätze sind durch den Tarifeingriff des Bundesrates und die kantonalen Unterschiede in der Handhabung von Berentungen und Wiedereingliederungen in Frage gestellt. Die FMPP fordert deshalb weniger Föderalismus und mehr Fairness und schweizweite Gleichstellung für Arbeitnehmer mit psychischer Krankheit.

«101'660 erhalten eine IV-Rente aufgrund einer psychischen Erkrankung. Pro Jahr erhalten etwa 6'000 Betroffene neu eine IV wegen einer psychischen Erkrankung.»

KOORDINIERTES INTEGRATIONS-MANAGEMENT DER PRIVATVERSICHERER MIT DER ÄRZTESCHAFT (KIMPA)

Die privaten Unfallversicherer möchten das Integrationsmanagement fördern. Dafür sollen Gespräch und Zusammenarbeit zwischen Versicherungsfachleuten resp. Case Managern und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten intensiviert werden. Der vermehrte Zeitaufwand wird über spezifische Leistungspositionen separat und ausserhalb von Tarmed abgegolten.
www.svv.ch

PSYCHISCHE STÖRUNGEN SIND ZUNEHMEND URSACHE FÜR EINE ARBEITSUNFÄHIGKEIT. FÜR GUTE LÖSUNGEN IN DIESEM BEREICH SPIELT DIE ZUSAMMENARBEIT DER AKTEURE EINE ENTSCHEIDENDE ROLLE. WELCHE ERWARTUNGEN HABEN ABER DIE BETEILIGTEN?

«ALLEN EINE CHANCE FÜR EINEN BERUF ERMÖGLICHEN»



Die Kinder- und Jugendpsychiaterin Monika Diethelm-Knoepfel wünscht sich bei IV und Integration weniger Abwehr und mehr Fokus auf die Patienten.

Dr. Diethelm-Knoepfel, welche Rolle haben Sie im Kontext von «Psyche und Beruf oder IV»?

Als Ärztin behandle ich zum einen Kinder mit Geburtsgebrechen wie ADHS. Ferner betreue ich Kinder, die über ein Jahr psychiatrische Behandlung benötigen, welche dann über eine Artikel-12-Meldung eine Kostenübernahme durch die IV erhalten können. Zum Schluss unterstütze ich psychisch-krank Jugendliche beim Berufseinstieg. Dazu arbeite ich auch als Gutachterin.

Welcher dieser Bereiche ist der Schwierigste?

Sicher die Artikel-12-Anträge. Früher wurde hier aufgrund klarer Argumente entschieden. Hier wird die Begründung immer schwieriger – entweder ist die Erkrankung zu schwer oder zu leicht. Bei einer Ablehnung werden die freipraktizierenden Psychologen nicht mehr finanziert, was für die psychische Versorgung ein Problem ist, denn es hat zu wenig von uns.

Wie ist es bei psychisch-kranken Berufseinstiegern?

Hier mache ich eigentlich nur gute Erfahrungen. Wenn Probleme auftauchen, liegt dies meistens nicht an der IV. Bei Geburtsgebrechen hingegen ist die IV heute kritischer. Hier ist die erste Anmeldung wichtig – je besser diese ist, desto positiver der Entscheid.

Was heisst das genau?

Es gibt klare Kriterien für eine IV-Anmeldung bei Geburtsgebrechen, beispielsweise muss ein Kind beim Geburtsgebrechen 404 schon vor dem neunten Lebensjahr in Therapie sein. Generell müssen unsere Berichte so sorgfältig und so fokussiert als möglich sein. Wenn wir ein ADHS-Kind anmelden und nur über einen sexuellen Missbrauch schreiben, vermischen wir die psychische Erkrankung mit anderen Faktoren. Es ist zwar oft mühsam, aber gute Berichte sind nützlich.

Sie sind nun aber Kinder- und Jugendpsychiaterin und Gutachterin. Gutachterdiagnosen verärgern Kollegen, wenn deren Befunde weggeschickt werden ...

Es ist tatsächlich so, dass in der Medizin Diagnosen je nach Arzt nicht immer gleich sind, vor allem, wenn wir diese im Zeitverlauf anschauen oder auf Kriterien bezogen. Wenn ich als Gutachterin etwas anders sehe, spreche ich mit meinen Kollegen und ich begründe meine Einschätzung.

Wenn Sie sich eine ideale Welt rund um die Themen IV und Integration wünschen dürften?

Die starre Trennung bei der Berufseingliederung nach RAV, IV, etc. sollte aufgeweicht werden. Ziel muss es doch sein, dass wir allen Betroffenen eine Berufsausbildung ermöglichen, was ihnen und der Gesellschaft am meisten nützt. Als Gutachterin erstaune mich dazu die kantonalen Unterschiede beim Bundesgesetz. Grundsätzlich sollten wir uns bei unserem Handeln immer überlegen, wie das für ein Familienmitglied wäre.

Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel ist Fachärztin für Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. Psychotherapie und führt eine Praxis in Uzwil.

«EINE DIAGNOSE BEDEUTET NICHT IMMER GLEICH ARBEITSUNFÄHIGKEIT»



Der Versicherungsmediziner Bruno Soltermann ist überzeugt, dass eine erfüllende berufliche Tätigkeit auch für psychisch Kranke wichtig ist. Sie sollen möglichst schnell wieder Fuss fassen.

Herr Soltermann, sind Sie der oberste Gutachter der Schweiz?

Nein, ich gehöre zwar zu einer Gruppe von Versicherungsmedizinern, welche die Qualität der Begutachtung gesteigert haben. Unser Credo ist jedoch, wenn immer möglich, keine Gutachten zu machen. Wir haben eine Mittlerrolle zwischen den Versicherten, den Versicherern und den Leistungserbringern. Uns geht es darum, Betroffene zum richtigen Zeitpunkt wieder an die Arbeit zurückzubringen

...dies mit Fokus auf möglichst geringe Kosten für die Versicherer?

Junge Menschen einfach so zu invalidisieren, erachte ich als unethisch. Erkrankte sollen so lange wie nötig, aber so kurz wie möglich, vom Arbeitsplatz weg sein. Psychisch Kranke brauchen eine Tagesstruktur.

Reintegration ist aber nicht immer einfach...

Die Patienten wie auch die Arbeitgeber müssen das wollen. Daher ist es Aufgabe der behandelnden Ärzte und der Versicherungsfachleute, sie zu motivieren. Es braucht Gespräche mit allen Beteiligten: dem Patienten, dem Arbeitgeber, dem Arzt und den Versicherern.

Psychisch Kranke wollen oft nicht, dass der Arbeitgeber etwas über ihre Krankheit erfährt...

Trotz Daten- oder Persönlichkeitsschutz muss ein Arbeitgeber wissen, was los ist – vor allem wenn es um eine Teilarbeitsfähigkeit geht. Meiner Erfahrung nach ist dies auch einfacher für Arbeitsteams, denn die Verhaltensweisen eines psychisch Kranken sind so besser einzuordnen.

Sie plädieren für Gespräche. Warum werden diese Leistungen im Tarmed limitiert?

Diese Leistungen werden ausserhalb des Tarmed vergütet über die KIMPA-Leistungspositionen.

Wo setzen Sie an?

Zum einen bieten wir verschiedene Weiterbildungen für die Reintegration von psychisch Kranken für Versicherungsfachleute an. Zum anderen braucht es eine Beurteilung der Ressourcen der Patienten und nicht nur deren Defizite. Wir können nicht von einer Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit schliessen. Es geht darum, die Anforderungen einer Tätigkeit mit dem vorhandenen Fähigkeitsprofil des Betroffenen zu vergleichen.

Ärztinnen und Ärzte ärgern sich über Observationen und Gutachter-korrigierte Diagnosen...

Hier braucht es noch mehr Differenziertheit und Sensibilität von allen Seiten. Observationen müssen möglich sein, aber korrekt unter Respektierung der Privatsphäre ablaufen. Der Fokus einer jeden psychischen Behandlung sollte nicht nur auf die Heilung gelegt, sondern es gilt, Patienten auch dahin zu führen, dass sie eine sinnvolle Tätigkeit wahrnehmen können, die sie in einem sozialen Gefüge befriedigt. Ärzte können hier Hand bieten, dass das gelingt.

Dr. med. Bruno Soltermann ist Facharzt für Chirurgie und verfügt über einen Master in Versicherungsmedizin. Seit 2000 ist er Chefarzt des Schweizer Versicherungsverbands.

«MEHR SORGFALT BEI IV-ABKLÄRUNGEN!»



Fehler bei der Interpretation von sozialen Faktoren und fehlende Übersetzungsarbeit zwischen Instanzen bleiben nicht folgenlos, warnt Maria Cerletti.

Frau Dr. Cerletti, unter der Maxime, dass Patienten nach einer IV-Ablehnung eher ihre Arbeitstätigkeit wieder aufnehmen, verstärkte die letzte IV-Revision Kontrollen und die Reintegration. Psychiatern wehren sich dagegen. Ist es denn so, dass nur eine IV-Rente alle Probleme löst?

Nein. Aber es gibt auch keine Evidenz über eine vermehrte Aufnahme der Arbeitstätigkeit nach Rentenablenkung. Eine Fallbearbeitung durch die IV oder das Sozialamt unterscheidet sich zudem sehr in Punkto Unterstützungs- oder Pensionskassenleistungen. Es kommt also für Betroffene darauf an, welche Ämter fallführend sind.

Führt die falsche Interpretation von sozialen Faktoren zu mehr IV-Ablehnungen?

Psychosoziale Faktoren sind im IVG nicht rentenberechtigt, nur wenn sie «krankheitsrelevant» sind. Oft wird eine IV-Rentenablenkung damit begründet, dass soziale Faktoren für die Krankheit massgebend seien, beispielsweise ein Verlust eines Elternteils, der mit einer psychischen Erkrankung in zeitlichem Zusammenhang steht. Wir Psychiater betrachten gemäss dem bio-psycho-sozialen Modell eine Erkrankung unter verschiedenen Dimensionen. Ein Lebensereignis einzig als «sozial» zu kategorisieren und sowohl den individuellen emotionalen Bedeutungsgehalt als auch die psychische Verarbeitungsfähigkeit auszublenden, erachten viele von uns als medizinisch-fachlich unzureichend.

Sie kritisieren «fehlende» Übersetzungsarbeit?

Die Sachbeurteilung durch Juristen steht immer am Ende einer Kette von Übersetzungsprozessen. Wir als Behandler übersetzen nonverbale Symptome des Patienten in eine medizinische Befundsprache. Nun muss aber auch der RAD-Arzt oder Versicherungsmediziner Übersetzungsarbeit den Juristen gegenüber leisten, damit diese unser medizinisches Denken nachvollziehen können. Oft wird dies nicht gemacht.

Was fordern Sie also?

In der aktuellen Verfahrenspraxis stellen RAD-Ärzte keine Nachfragen oder verlangen Präzisierungen. Damit werden wir Behandler im Unwissen gehalten, wie unsere Berichte interpretiert werden. Mehr und mehr schreiben wir also Arztberichte wie medizinische Gutachten, um dabei jedem möglichen Einwand zuvorkommen. Ich fordere daher im Sinne einer korrekten Abklärung, dass sorgfältiger vorgegangen und eine Art Replik-Duplik-Prozess eingeführt wird. Ein solcher Prozess würde es den behandelnden Ärzten erlauben, den Juristen möglicherweise fehlende Erklärungen nachzuliefern und damit die Nachvollziehbarkeit sicherzustellen.

Dr. med. Maria Cerletti ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH und führt eine Praxis in Zürich.



«DAS ERFOLGSREZEPT IST KOOPERATION»



Der SBB-Personalchef Markus Jordi setzt bei Krankheitsausfällen auf die aktive Zusammenarbeit der betriebsinternen Case Manager mit Mitarbeitenden, Ärzten und Versicherern.

Herr Jordi, im Fokus der IV-Revisionen steht die Reintegration. Macht das Sinn?

Reintegration ist Teil unserer HR-Strategie und wird von einem qualifizierten Gesundheitsmanagement getragen.

Krankenschreibungen haben bis zu 30% zugenommen. Bei der SBB auch?

Unser Gesundheitsmanagement setzt auf Prävention und Früherkennung, aber auch auf Sensibilisierung und Schulung der Vorgesetzten. Dazu sind uns Fakten und Daten wichtig. Jährlich publizieren wir einen Gesundheitsbericht, der unter anderem die Fehltagel pro FTE (Vollzeitäquivalente) ausweist. Diese konnten wir dank Massnahmen stabilisieren und reduzieren – trotz der Demografie-Effekte.

Wie gelingt das?

Zum einen haben wir ein Präsenzmanagement bei Kurzabwesenheiten, zum anderen eine aktive Personalarbeit bei Langzeitausfällen. Systemauffälligkeiten wie die Montag/Freitagausfälle werden angesprochen. Alle Mitarbeitenden werden durch unser Reintegrationsmanagement unterstützt. Für Mitarbeitende über 50 Jahre betreiben wir eine spezielle Organisationseinheit mit etwa 100 angepassten Arbeitsplätzen. Unsere Case Manager suchen aktiv den Kontakt zu Mitarbeitenden, Ärzten, Sozialversicherungen und Krankenkassen. Dies mit Erfolg: unsere Reintegrationsrate liegt bei 77% – zwei Drittel davon im eigenen Betrieb. Wenn eine Firma dies gut macht, kann viel menschliches Leid abgelenkt werden.

Aus welchen Gründen sind Mitarbeitende bei Ihnen krankgeschrieben?

Hauptursache sind sicher körperliche Beeinträchtigungen. Wir sehen aber, dass der Anteil psychisch Kranker zunimmt und zwar spezifisch in der Altersgruppe zwischen 30 bis 40 Jahren – also in der eigentlichen Rushhour der Karriere. Diese Altersgruppe ist stark von den Veränderungen der Arbeitswelt betroffen, wie der Arbeitsverdichtung und dem Skill Shift, den die Digitalisierung mit sich bringt. In dieser Phase fordert eine Laufbahn stets neue Qualifikationen, was dann mit der Familienphase zusammenfällt.

Arbeitgeber kritisieren, dass Psychiater Betroffene zu lange und zu «hochprozentig» krankschreiben?

Ich halte nichts davon, Feindbilder zu schaffen. Dazu verstehe ich gut, dass Ärzte eine Fürsprecherrolle einnehmen. Mit mehr Austausch könnten wir hier aber gemeinsam mehr erreichen. Beispielsweise, dass jemand trotz Einschränkungen bestimmte Aufgaben am Arbeitsplatz wahrnehmen kann, worauf beispielsweise das ressourcenorientierte Eingliederungsprofil (REP) von Compasso zielt.

Welche Erwartungen haben Arbeitgeber im Kontext psychischer Erkrankungen generell?

Im Fokus steht die konkrete Kooperation zwischen allen Beteiligten. Wenn dies gelingt, können Mitarbeitende wieder optimal eingegliedert und eine Rentifizierung vermieden werden. Die grossen Umwälzungen unserer Arbeitswelt bergen aber Risiken. Wir sollten diese Veränderungen daher als Gesellschaft früh thematisieren und deren Konsequenzen auf den Tisch legen.

Markus Jordi ist seit zehn Jahren als Leiter Human Resources bei der SBB für rund 29'000 Mitarbeitende verantwortlich. Er engagiert sich im Beirat von Compasso.

«ICH BIN FROH, DASS MICH DIE IV SO UNTERSTÜTZT!»

Als Betroffener mit einer psychiatrischen Erkrankung wünscht sich Remo Lüchinger von der IV ein aktives, persönliches und transparentes Zugehen sowie Geduld und einen Vertrauensvorschuss bei beruflichen Massnahmen.

Herr Lüchinger, bis heute leiden Sie an einer psychischen Erkrankung. Wann begann das?

Ich arbeitete als kaufmännischer Angestellter bei einem grossen Dienstleistung-Betrieb als ich mit 34 Jahren wiederholt erschöpft war und mehrfach krankgeschrieben wurde, ohne dass ich wusste, was mir fehlte. Dann ging es mir so schlecht, dass ich zum Psychiater ging. Der diagnostizierte eine Depression.

Wann kamen Sie in Kontakt mit der IV?

Im Folgejahr wurde ich zu einer IV-Begutachtung aufgeboten und war auch zum ersten Mal in der Klinik. Von 2009-2011 wartete ich dann auf den IV Bescheid. Ich konnte mit 30%-Teilzeitarbeit wiedereinsteigen, was ich aber kurze Zeit später abbrechen musste. Dann hörte ich wieder nichts mehr von der IV, bekam aber eine Rente. 2013 meldete ich mich selbst bei der IV Stelle. Nach einigen Wochen wurde mir dann eine Person zugeteilt, die mich beriet. So bekam ich die Chance, erneut eine Ausbildung zu beginnen. Ab Anfang 2014 machte ich ein Vollzeit-Praktikum in einem Wohnheim für Menschen mit Behinderung, was ich abbrechen musste, obwohl ich die Zulassungsprüfung zum Sozialpädagogikstudium bestanden hatte.

Wie entstand die Idee, eine Peer-Ausbildung zu beginnen und wird die von der IV unterstützt?

Bei einem Klinikaufenthalt kam eine Frau, die sagte, sie wäre selbst psychisch beeinträchtigt und würde Betroffene begleiten. Sie würde Gespräche führen oder spazieren gehen – das ist genau das gewesen, was mich interessierte. Mit meinem IV-Job-Coach habe ich das dann angeschaut. Die kantonale IV bezahlt die Ausbildungskosten und teilweise die Fahrt- und Spesenkosten.

Warum ist eine Arbeit für Sie wichtig?

Es ist wichtig, dass ich etwas zu tun habe und dass ich einen Platz in der Gesellschaft habe. Ich möchte dieser auch etwas zurückgeben und meinen Beitrag leisten.

Glauben Sie, sie werden jemals wieder voll arbeiten können?

Klar wäre es mein Wunsch, wieder ganz arbeiten zu können. Ich hätte schon sehr viel erreicht, wenn ich 50% arbeiten könnte.

Glauben Sie, es ist wichtig, auch dann Unterstützung bei der einer beruflichen Rehabilitation zu bekommen, wenn es noch ungewiss ist, ob man jemals wieder 100% wird arbeiten können?

Das glaube ich! Mir hat die IV einen Job-Coach, ein Laufbahnberater, zur Seite gestellt. Der berät mich, hilft, Weichen zu stellen oder auch gewisse finanzielle Hilfen zu bekommen.

Finden Sie rückblickend, dass Sie bisher von der IV hilfreich unterstützt wurden?

Am Anfang dauerte es zu lange und ich musste über zwei Jahre auf den IV-Entscheid warten. Natürlich war ich froh, als ich dann eine Rente zugesprochen bekam, aber es hat 3-4 Jahre gedauert, bis eine wirkliche Zusammenarbeit von mit der IV zustande kam.

Remo Lüchinger leidet seit dem jungen Erwachsenenalter an depressiven Verstimmungen und Ängsten. Sein Zustand hat sich seit 2015 stabilisiert. Zurzeit macht er eine Ausbildung zum Peer-Berater und arbeitet als Praktikant in einer psychiatrischen Institution.



KLINIK UND PRAXIS

IV-BERICHTE: INHALT UND STOLPERSTEINE ODER – WAS SIE UNBEDINGT WISSEN MÜSSEN

Der IV-Arztbericht ist eine wichtige und unerlässliche Grundlage zur Beurteilung einer möglichen Wiedereingliederungsmassnahme oder einer Rente. Vor allem der erste Bericht beeinflusst die Weichenstellung, deshalb beschreibt der Artikel die wichtigsten Elemente eines IV-Arztberichts.

1. Vollständige Dokumentation im Längsschnitt der subjektiven Beschwerden und objektiv erhobenen Befunde.	<ul style="list-style-type: none"> Der Behandler kennt den Längsverlauf am besten Der später beauftragte Gutachter macht hingegen eine Querschnitterhebung
2. Präzise Diagnostik und Persönlichkeitsbeurteilung	<ul style="list-style-type: none"> Nachvollziehbare Diagnosen nach Klassifikationssystem (ICD/DSM) gestützt auf die erhobene Anamnese und auf fremdanamnestiche Angaben Diagnose «leicht», «mittel» oder «schwer» ist weniger entscheidend, als der Krankheitsverlauf und die Funktionseinschränkungen
3. Krankheitsverlauf	<ul style="list-style-type: none"> Anhand von Fakten und Befunden darstellen Möglichst auf fremdanamnestiche Angaben stützen
4. Erwerbsbiographie	<ul style="list-style-type: none"> Hinweise auf Ausbildungsabbrüche, häufige Stellenwechsel, Konflikte am Arbeitsplatz und Arbeitsversuche mit Ergebnis benennen
5. Bisherige Behandlungen	<ul style="list-style-type: none"> Therapieerfolge, Misserfolge und Hospitalisationen eingeholte Zweitmeinungen ebenfalls erwähnen
6. Aktueller Zustand und Befunde	<ul style="list-style-type: none"> Psychopathologie gemäss AMDP Realitätsprüfung und Urteilsbildung Affektsteuerung und Impulskontrolle Selbstwertregulation und Regressionsfähigkeit Beziehungsfähigkeit und Kontaktgestaltung
7. Funktionseinschränkungen	<ul style="list-style-type: none"> Massgebend sind die gestörten Funktionen; insbesondere soll deren Auswirkung auf das aktuelle Leben und vor allem auf die Arbeit beschrieben werden, z.B. gemäss Mini-ICF: <ul style="list-style-type: none"> Fähigkeit zur Anpassung an Regeln/Routine Fähigkeit zur Planung/Strukturierung von Aufgaben Flexibilität und Umstellungsfähigkeit Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit Durchhaltefähigkeit/Selbstbehauptungsfähigkeit Kontaktfähigkeit zu Dritten/Gruppenfähigkeit Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten Fähigkeit zur Selbstpflege
8. Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> Nicht nur die Defizite, sondern auch die nutzbaren Ressourcen sind massgebend, was Kenntnisse über die berufliche Tätigkeit bedingt
9. Medikamentenspiegel	<ul style="list-style-type: none"> Ein Medikamentenspiegel kann nützlich sein, zur Einschätzung der Compliance und der therapeutischen Wirksamkeit.
10. Arbeitsunfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> Arbeitsunfähigkeit ist definiert in Art. 6 ATSG
ACHTUNG STOLPERSTEINE!	
Konsistenz der Behinderung	<ul style="list-style-type: none"> Konsistenz bedeutet, dass eine Einschränkung in verschiedenen und vergleichbaren Lebensbedingungen ähnlich sein muss.
Invaliditätsfremde Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> Sozioökonomische und psychosoziale Faktoren wie z.B. <ul style="list-style-type: none"> belastende berufliche Tätigkeit, Mobbing, Arbeitskonflikte Betreibung, Überschuldung, Niedriglohnarbeit unsicherer Arbeitsplatz, erfolglose Neuselbstständigkeit Partnerschafts- und Familienprobleme negative Migrationserfahrungen Wirtschaftslage - schlechte Konjunktur, Arbeitsmarktsituation Integrationsfähigkeit (Migrationshintergrund, Kultur, Sprache) gelten per se als nicht invalidisierend/rentenbestimmend, ausser sie haben invalidisierende Gesundheitsschäden zur Folge.
Diagnosen	<ul style="list-style-type: none"> Abhängigkeitserkrankungen, wie z.B. eine Alkoholabhängigkeit, begründen für sich alleine betrachtet keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Bezüglich der rechtlichen Wertung der sog. Dualdiagnosen (psychische Erkrankung und Abhängigkeitserkrankung) geht der Rechtsanwender davon aus, dass medizinisch zwischen induzierten psychischen Störungen (durch Sucht hervorgerufen) und unabhängigen Störungen (mit Sucht assoziiert) unterschieden werden kann. Z-Kodierungen gelten generell als nicht invalidisierend
AUF (nicht EUF)	<ul style="list-style-type: none"> Der Arzt äussert sich zur AUF, nicht jedoch zu Invalidität und Erwerbsunfähigkeit (EUF) – letztere sind juristische Begriffe.
Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten / Schadenminderungspflicht	<ul style="list-style-type: none"> Aus juristischer Sicht gilt die Pflicht, von sich aus alles Zumutbare zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit zu tun. Antidepressive Behandlung mit Psychopharmaka gilt als zumutbar, ausser wenn erhebliche/aussergewöhnliche Risiken attestiert werden. Stationäre Behandlung gilt ebenfalls als zumutbar, wenn eine fachärztliche Empfehlung vorliegt und eine Verbesserung zu erwarten ist. Bei krankheitsbedingtem Verweigern von Medikamenten (z.B. bei einer Schizophrenie) -> keine Schadenminderungspflicht.
Konsistenz des Arztberichtes	<ul style="list-style-type: none"> Für die Aussagekraft eines Arztberichtes kommt es darauf an, dass dieser inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Nicht nur die Befunde beim Patienten sollten konsistent sein, auch der Arztbericht muss es sein: Fakten keine Plädoyers! -> Konsistente und glaubwürdige Berichte -> weniger Gutachten
Weitere Empfehlungen	<ul style="list-style-type: none"> Im Hinblick auf ein potenzielles Gerichtsverfahren, soll möglichst alles schriftlich festgehalten werden. Telefonate und mündliche Besprechungen sind schriftlich festzuhalten und der IV einzureichen. Die IV ist verpflichtet, alle vorhandenen Informationen in ihre Entscheidung einfließen zu lassen.
Aufwendentschädigung	<ul style="list-style-type: none"> IV-Stellen sind gehalten die IV-Berichte nach Aufwand zu entschädigen.

Fulvia Rota



DUNKLE WEGE DER IV – AUSGLIEDERUNG STATT EINGLIEDERUNG

Sind Patienten so viele kostspielige «Niemande», die keinen interessieren?

Seit Jahren erleben wir Psychiater, wie durch das Bundesgericht, also durch fachfremde Juristen, immer mehr psychische Krankheiten als «überwindbar» und damit als nicht (mehr) rentenberechtigt erklärt werden. Betroffen sind unter anderem somatoforme Schmerzstörungen und Schleudertraumata, auch mittelschwere Depressionen. Zudem stellte das Bundesgericht 2014 klar: «der Arztperson kommt keine abschliessende Beurteilungskompetenz in Bezug auf Arbeitsfähigkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu.» Ferner: «Zwischen der ärztlich gestellten Diagnose und der Arbeitsunfähigkeit besteht keine Korrelation». Die IV-leitenden Gesundheitsökonominnen, Versicherungsmathematiker, die Bundesrichter und auch das Parlament wollen uns behandelnde Ärzte respektive Psychiater und Psychologen nicht hören. Eifrig werden seit dem Jahr 2010 Tausende von Patienten gesund erklärt oder maximal 39% arbeitsunfähig – denn damit besteht kein Anrecht auf Integration und kein Anrecht auf Rente. Zurückgewiesenen und Ausgegliederten bleibt der Gang aufs Sozialamt. Im Jahr 2016 wurden allein in den Kantonen Zürich und Aargau 1045 Renten aufgehoben, viele davon trotz fehlender Integrationsmöglichkeiten.

Durch die weitgehend erfolgreiche Spaltung von uns Ärzten in «Gut-Schlechtachtende» und Behandelnde werden viele Rentenstopps ermöglicht. Trotz der «Rely 1-Studie», welche nachweist, dass die Arbeitsfähigkeit bei den gleichen psychisch kranken Patienten durch verschiedene Gutachter sehr unterschiedlich beurteilt wird, werden wir Behandelnde nur selten für eine erweiterte Anamnese angefragt. Aufrichtige Gutachter werden durch weitere, von der IV angeordnete Gutachten «ausgebootet». Gelingt uns die Überwindung dieser Spaltung nicht, werden die Patienten weiterhin verlieren.

Weitere Methoden, IV-Renten zu stoppen, zurückzuweisen oder Integrationsmöglichkeiten zu

verweigern sind anonyme Meldungen oder versicherungsmathematische Bereinigungen – wenn das Einkommen der Patienten um 2000 CHF im Jahr zu hoch ist, entspricht dies nur noch 48% Arbeitsunfähigkeit und hat eine Rentenreduktion zu Folge. Auch wiederholte psychiatrische Begutachtungen, das Rückweisen von Einsprachen und erzwungene Sozialgerichtsverfahren verfehlen ihr Ziel nicht. Während bis vor kurzem fachfremde Sozialdetektive zum Einsatz kamen, droht «verdächtigen IV-Rentnern» nun die Peilsenderüberwachung.

Selbstverständlich ist eine berufliche Integration insbesondere ein Arbeitsplatzersatz optimal. Doch was löst hier der Druck, eine 80-prozentige Arbeitsfähigkeit erreichen zu müssen, aus? Viele psychisch Kranke werden dadurch noch kränker. Auch Teilrenten müssen möglich sein. In unserem Land leben mindestens 80'000 Schizophreniekranken und 120'000 Bipolare, die meisten brauchen mindestens eine Teilrente. Wie die 14-Städteinitiative «Sozialpol» im Jahr 2015 zeigte, sind 40% der Sozialhilfelangzeitbezügler psychisch krank. Psychische Stabilisierung, Heilungsprozesse gedeihen aber besser in einem sicheren Umfeld. Fachfremde IV-Entscheidungen werfen unsere Patienten zurück. Uns als Behandelnden bleibt nur, Suizide zu verhindern. Wir wollen das ändern!

Dr. med. Doris Brühlmeier Rosenthal

Eh wir unsere Praxen in Resignation vorzeitig aufgeben, führen wir den begonnenen Kampf weiter:

- Derzeit sammeln wir weitere Daten, bitte betroffene Patienten an die Blitzumfrage kardiolab.ch/rentenlupe.htm melden.
- Patienten können sich gerne unter der Facebookseite «Chronisch Kranke wehrt euch» informieren.

psyCHIatrie im Dialog

Schreiben Sie uns Ihre Meinung, wir freuen uns darauf!
fmpp@psychiatrie.ch

«Das psyCHIatrie soll den Dialog für wichtige Themen unseres Fachgebiets intensivieren!»

Ansprechpartner bei Fragen rund um das Thema und Anfragen für Vorträge: Ständige Kommission Versicherungen SKV

skv@psychiatrie.ch



PSY & ASd SGPP
www.psy-congress.ch

PSY - Kongress 05.-07.09.2018
Congrès - PSY Kursaal Bern

SGPP Jahreskongress

«Bausteine in der Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen»



Literaturhinweis von Armin von Gunten:

Die Goldwater-Regel: Gilt diese noch – und wenn ja, für Psychiater und Psychologen?

Dürfen Psychologen Beurteilungen zur psychischen Gesundheit von Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens abgeben, die sie nie direkt untersucht haben? Diese Frage erhitzt immer wieder die Gemüter, denn sie ist in Fachkreisen wie in der Öffentlichkeit umstritten. Erstmals rückte sie während des US-Präsidentenwahlkampfes rund um Barry Goldwater im Jahr 1964 in den Fokus der Aufmerksamkeit. Nachdem amerikanische Psychiater diesen für zu psychisch instabil deklarieren, klagte Goldwater wegen übler Nachrede erfolgreich dagegen. Die Goldwater-Regel verbietet Psychiatern seither, eine diagnostische Beurteilung über Personen abzugeben, die sie nicht selber und persönlich untersucht haben. Eine aktuelle Debatte über diese Regel löste die US-Präsidentschaft von Donald Trump aus, dessen psychischer Status seit seiner Wahl im Jahr 2016 immer wieder öffentlich diskutiert wird. Es stellt sich die Frage, ob die Goldwater-Regel noch gültig ist und wenn ja, ob diese auch für Psychologen gilt? Lillienfeld et al. sind dem in ihrer Arbeit nun nachgegangen. Die Wissenschaftler kommen zum Schluss, dass die Goldwater-Regel aus heutiger Perspektive auf zweifelhaften wissenschaftlichen Annahmen basiert, denn auch persönliche Interviews können zu falschen Diagnosen führen. Der Forschergruppe zufolge gibt es ausgewählte Fälle, bei denen Psychiater und Psychologen unter Vorbehalt eine Informationspflicht haben, fundierte Beurteilungen zur psychischen Gesundheit von Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens abzugeben – wie eben beispielsweise über jene von Donald Trump.

Scott O. Lillienfeld, Joshua D. Miller und Donald R. Lynam: *The Goldwater Rule: Perspectives From, and Implications for, Psychological Science*, *Perspect Psychol Sci*. 2017 Oct 1:1745691617727864. doi: 10.1177/1745691617727864.

Literaturhinweis von Alain Di Gallo:

Verschnupft nach der Trennung

Die Trennung der Eltern kann für betroffene Kinder mit hohem Stress verbunden sein. Es gibt Hinweise für einen Zusammenhang zwischen kindlichem Stress und nachhaltiger Dysregulation des Immunsystems. Der Umgang der Eltern mit ihrer Trennung beeinflusst die Belastung für die Kinder stärker als die Trennung an sich. Diese drei Hypothesen verbinden Murphy et al. in einem spannenden Experiment. Sie führten eine Studie mit 201 gesunden Erwachsenen im Alter von 18-55 Jahren durch. Bei 109 blieben die Eltern während ihrer Kindheit zusammen, bei 41 trennten sie sich, kommunizierten aber weiterhin und bei 51 trennten sich die Eltern und sprachen danach nicht mehr miteinander. Die 201 Probanden wurden sechs Tage lang in einem Hotel in Quarantäne gehalten. Am ersten Tag wurden ihnen mittels Nasentropfen Rhinoviren zugeführt. In den folgenden fünf Tagen wurde das Auftreten von Infektionsmarkern (Virusreplikation im Nasensekret, Antikörperproduktion) und von objektiven Erkältungszeichen (Nasenschleimproduktion) dokumentiert. 139 (74%) Teilnehmer bildeten positive Entzündungsmarker und 60 (30%) zusätzlich objektive Erkältungszeichen, also einen Schnupfen. Probanden mit getrennten Eltern, die nach der Trennung nicht mehr miteinander sprachen, erkrankten drei Mal häufiger an einem Schnupfen als Individuen aus intakten Familien. Probanden, deren Eltern sich getrennt hatten, aber weiter miteinander sprachen, hatten kein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Schnupfens. Die Konzentration proinflammatorischer Zytokine im Nasensekret vermittelte den Zusammenhang zwischen Hochrisikogruppe und Schnupfen. Möglicherweise beeinflusste der durch den Kontaktabbruch zwischen den Eltern hervorgerufene Stress die Immunregulation der betroffenen Kinder langfristig. Es ist bekannt, dass psychische Dauerbelastungen Immunzellen gegenüber der Regulation durch Corticosteroide unempfindlich machen und zu einer erhöhten Produktion von Zytokinen als Reaktion auf Infektionen führen können. Die Studie weist an einem an sich harmlosen Beispiel auf ein potentiell enormes Langzeitrisiko für Menschen hin, die in ihrer Kindheit einer von Kommunikationslosigkeit geprägten Trennung ihrer Eltern ausgesetzt waren.

Murphy M L M, Cohen S, Janicki-Deverts D, Doyle W J (2017) *Offspring of parents who were separated and not speaking to one another have reduced resistance to the common cold as adults*. *PNAS*, 114, 6515-6520.

IMPRESSUM

Redaktion

Sibille Kühnel, Ressort Kommunikation FMPP, Vorstandsmitglied SGKJPP
Kaspar Aebi, Ressort Kommunikation FMPP, Vorstandsmitglied SGPP
Martin Pfeffer, Mitglied SGPP/SGKJPP
Michael Kammer-Spohn, Mitglied SGPP
Daniele Zullino, Mitglied SGPP
Christoph Gitz, Geschäftsführer
Jaqueline Haymoz, Leitung Sekretariat
Petra Seeburger, Kommunikationsverantwortliche FMPP (Leitung)

FMPP

Altenbergstrasse 29
Postfach 686
3000 Bern 8
Telefon +41 (0)31 313 88 33
Fax +41 (0)31 313 88 99
fmpp@psychiatrie.ch

Auflage: 3000

Erscheinungsdatum: 03.2018
Layout: schroederpartners.com
Druck: Neidhart + Schön AG, Zürich