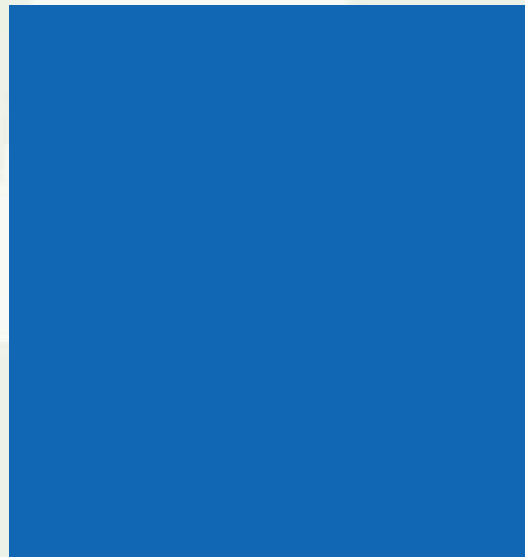


BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Invalidität infolge psychischer Beeinträchtigung

Zahlen- und Massnahmenvergleich in sechs Ländern

Forschungsbericht Nr. 7/05



BSV /
OFAS /
UFAS /

Bundswart für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Oficiu federal de tar asicurarizilor sociale

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe "Beiträge zur Sozialen Sicherheit" konzeptionelle Arbeiten und Forschungsbereiche zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

Autor/innen: Heijdel, Wendy; Prins, Rien
AStri Research and Conultancy Group
Stationsweg 26
2312 AV Leiden (Niederlande)
E-mail: astri@astri.nl
Internet: <http://uk.astri.nl>

Auskünfte: Bruno Nydegger Lory
Bereich Forschung & Entwicklung
Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstrasse 20
3003 Bern (CH)
Tel. 031 322 90 38, Fax: 031 324 06 87
E-mail: bruno.nydegger@bsv.admin.ch

ISBN: dt. 3-909340-21-0
fr. 3-909340-22-9

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung, 3003 Bern (CH)

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversicherung gestattet.

Vertrieb: BBL, Vertrieb Publikationen, 3003 Bern (CH)
<http://www.bbl.admin.ch/bundespublikationen>

Bestellnummer: dt. [318.010.7/05d](#)
fr. [318.010.7/05f](#)
engl. [Disability benefits due to mental health problems](#)

Reihe "Beiträge zur Sozialen Sicherheit" <http://www.bsv.admin.ch>



**INVALIDENRENTEN INFOLGE
PSYCHISCHER BEEINTRÄCHTIGUNG**

**Zahlen- und Massnahmenvergleich
in sechs Ländern**

September 2004

P04/335

Rienk Prins
Wendy Heijdel

AStri Research and Consultancy Group
Stationsweg 26
2312 AV Leiden
The Netherlands

Tel.: + 31 71 512 49 03
Fax: + 31 71 512 52 47
E-Mail: astri@astri.nl
Website: www.astri.nl

Übersetzung aus dem Englischen

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Eines der grössten Herausforderungen für die Eidgenössische Invalidenversicherung (IV) ist die überproportionale Zunahme von Leistungsbeziehenden aufgrund psychischer Beeinträchtigungen. Gegenwärtig ist bei 4 von 10 Neuberentungen psychische Erkrankung die Hauptursache für die Invalidität.

Nicht nur die Schweiz sieht sich einer solchen Entwicklung gegenüber gestellt. Die OECD hält in ihrem Bericht *Transforming disability into ability / Transformer le handicap en capacité* (2003) fest, dass psychische Behinderungen für einen Viertel bis einen Drittel der Rentenbezügerinnen und -bezüger in den Invalidenversicherungen sowie einen beachtlichen Anteil an der Zunahme der Rentenbestände verantwortlich sind.*

Im Rahmen der 5. Revision des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG) ist vorgesehen, Massnahmen für einen effektiveren Umgang mit psychischen Erkrankungen und den oft stressbedingten Erkrankungen des Knochen- und Bewegungsapparates einzuführen. Da andere Staaten ebenfalls vor dieser Herausforderung stehen hat das Bundesamt für Sozialversicherung einen Auftrag erteilt, ausländische Erfahrungen in der Früherkennung, der Abklärung und Reintegration von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen zu identifizieren und zu systematisieren.

Wie die vorliegende Überblicksstudie zeigt, sind in mehreren Staaten bereits eine Reihe von Massnahmen diskutiert und zum Teil auch schon entwickelt worden, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten von Invalidisierungsprozessen einsetzen sollen – von der Prävention bis zur (beruflichen) Wiedereingliederung. Dabei handelt es sich in den meisten Fällen um Instrumente, die den verschiedenen Akteuren mit Empfehlungen zur Verfügung gestellt werden; systematische Anwendungen und Evaluationen fehlen jedoch noch weitgehend.

Bruno Nydegger Lory
Kompetenzzentrum Grundlagen
Bereich Forschung und Entwicklung

* Mental and psychological problems are responsible for between one-quarter and one-third of the disability reciprocity levels, and for a considerable portion of the increase of these levels. / Les troubles mentaux et psychologiques interviennent (pour un quart à un tiers dans les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité, et pour une part considérable dans la hausse de ces taux (OECD / OCDE 2003: 10).

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

L'augmentation sans commune mesure du nombre de bénéficiaires de prestations présentant des handicaps psychiques est pour l'assurance-invalidité fédérale (AI) l'un des plus grands défis à relever. Actuellement, dans quatre cas de nouvelle rente sur dix, une affection psychique est la principale cause de l'invalidité.

La Suisse n'est pas seule à se trouver confrontée à une telle évolution. L'OCDE, dans son rapport *Transformer le handicap en capacité* (2003, p. 10), constate que les troubles mentaux et psychologiques interviennent pour un quart à un tiers dans les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité, et pour une part considérable dans la hausse de ces taux.

Dans le cadre de la 5^e révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), il est prévu d'introduire des mesures pour réagir plus efficacement aux maladies psychiques et aux affections du squelette et de l'appareil locomoteur, souvent dues au stress. Etant donné que d'autres Etats doivent affronter le même défi, l'Office fédéral des assurances sociales a demandé que soient repérées et présentées de manière systématique les expériences faites à l'étranger en matière de détection précoce, de suivi et de réinsertion des personnes présentant un handicap psychique.

Comme le montre la présente étude, il y a déjà plusieurs pays dans lesquels toute une série de mesures sont discutées et ont parfois déjà été élaborées en vue d'être appliquées à différents moments du processus d'invalidisation, de la prévention à la réadaptation (professionnelle). Dans la plupart des cas, il s'agit d'instruments, accompagnés de recommandations, mis à la disposition des divers acteurs ; cependant, en général, application et évaluation systématiques font encore défaut.

Bruno Nydegger Lory
Centre de Compétence Analyses fondamentales
Secteur Recherche et Développement

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

L'assicurazione federale per l'invalidità (AI) deve far fronte ad una situazione molto difficile e rispondere all'aumento smisurato dei beneficiari di prestazioni affetti da disturbi psichici. Attualmente il 40 per cento delle nuove rendite d'invalidità è da ricondurre principalmente a malattie psichiche.

La Svizzera non è l'unico Paese ad essere confrontato ad un'evoluzione di questo tipo. Nel suo rapporto *Transforming disability into ability / Transformer le handicap en capacité* (2003), l'OCSE ha constatato che nell'assicurazione invalidità i disturbi psichici sono alla base di un numero importante di casi di rendita (da un quarto ad un terzo) nonché di una parte considerevole delle nuove rendite.*

Nel quadro della 5a revisione delle legge sull'assicurazione per l'invalidità (LAI) è prevista l'introduzione di provvedimenti atti a trattare in modo più efficace le malattie psichiche nonché le malattie alle ossa e all'apparato motorio, spesso dovute allo stress. Poiché anche altri Stati si trovano nella stessa situazione, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali ha assegnato l'incarico di raccogliere e ordinare in modo sistematico informazioni sulle esperienze fatte all'estero nell'ambito dell'individuazione tempestiva, dell'accertamento e della reintegrazione di persone affette da disturbi psichici.

Come mostra il presente studio panoramico, sono diversi gli Stati in cui è già stata discussa, e in parte anche sviluppata, una serie di provvedimenti da applicare nelle diverse fasi dell'invalidità - dalla prevenzione alla reintegrazione (professionale). Si tratta nella maggior parte dei casi di strumenti messi a disposizione dei diversi attori, cui se ne raccomanda l'uso; per il momento, tuttavia, applicazioni e valutazioni sistematiche sono pressoché inesistenti.

Bruno Nydegger Lory
Centro di Competenza Analisi fondamentali
Settore Ricerca e Sviluppo

* Mental and psychological problems are responsible for between one-quarter and one-third of the disability reciprocity levels, and for a considerable portion of the increase of these levels. / Les troubles mentaux et psychologiques interviennent (pour un quart à un tiers dans les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité, et pour une part considérable dans la hausse de ces taux (OECD / OCDE 2003: 10).

Foreword by the Federal Social Insurance Office

One of the greatest challenges faced by the Federal Invalidity Insurance system (IV) is the over-proportional rise in the number of people receiving benefits due to mental and psychological problems. Currently, mental illness is the main cause of invalidity for four out of ten new IV benefit recipients.

Switzerland is not the only country to be affected by this development. In its 2003 report *Transforming disability into ability*, the OECD states that “mental and psychological problems are responsible for between one-quarter and one-third of the disability reciprocity levels, and for a considerable portion of the increase of these levels” (p. 10).

The 5th revision of the Federal Law on Invalidity Insurance (IVG) envisages the introduction of measures for a more effective treatment of mental/psychological illnesses, as well as skeletal disorders and impairment to the organs of locomotion, which are often stress-related. Since other countries are also faced with the same problem, the Federal Social Insurance Office commissioned a report to identify and systematise other countries' experiences with the early detection, clarification and reintegration of people with mental and psychological problems.

As the present survey shows, discussions are under way in several countries on a range of measures. Some have already been developed for implementation at different points during the disablement process – from prevention to (professional) re-integration. The majority of these instruments provide recommendations to those working in the field of invalidity insurance. However, the systematic application and evaluation of these instruments could still be improved.

Bruno Nydegger Lory
Competence Centre for Basic Principles
Research and Development

VORWORT DER AUTOREN

Die Ausführung der vorliegenden länderübergreifenden Erhebung über Invalidenrenten und Rentenstatistiken sowie Vorsorgemassnahmen von Invalidität hing massgeblich vom Interesse und der Unterstützung verschiedener Personen und Institutionen ab.

In diesem Zusammenhang bedanken wir uns für das Interesse und die aktive Unterstützung durch die Sozialversicherungseinrichtungen der sechs diese Studie umfassenden Länder.

Ebenso bedanken wir uns bei den verschiedenen Experten von Institutionen aus den Bereichen Soziale Sicherheit, Sozialforschung und Invaliditätsmanagement, die wesentlich zum Gelingen dieses Unterfangens beigetragen haben. Sie belieferten uns mit Informationen über Programme, Strategien, Pilotprojekte bzw. vorgesehene Verfahren zur Lösung von Problemen im Zusammenhang mit Invalidität infolge psychischer Beeinträchtigungen.

Nicht zuletzt gilt unser besonderer Dank auch den Statistikern und Forschern bzw. Wissenschaftlern der Sozialversicherungseinrichtungen, die unser Projekt unterstützten und – auch unter massivem Zeitdruck – uns Datenmaterial und Antworten auf unsere zusätzlichen Fragen lieferten. Diese Studie hätte ohne die aktive Unterstützung der folgenden Experten nicht ausgeführt werden können:

- Annemarie Halin und Petra van den Eynde, Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering RIZIV, Brussels.
- Rita Kloosterman und Joanna Kuznier, Canada Pension Plan Disability Policy, Social Development Canada, Ottawa.
- Lena Ericson und Sisko Bergendorff, Riksförsäkringsverket RFV, Stockholm.
- Ingrid van den Ende und Hilbrand Bruinsma, Uitvoeringsorgaan Werknemers Verzekeringen UWV, Amsterdam.
- Edgar Kruse und Thomas Bütetisch, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR, Frankfurt.
- Bruno Nydegger Lory und François Donini, Bundesamt für Sozialversicherung BSV, Bern.

Leiden, Holland
September 2004

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG	I
RÉSUMÉ	V
RIASSUNTO	IX
SUMMARY	XIII
1 HINTERGRUND, ZIEL UND ZWECK SOWIE METHODIK	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Ziel und Zweck der Untersuchung	1
1.3 An der Studie beteiligte Länder	3
1.4 Quellen und Einschränkungen	4
1.5 Gliederung des Studienberichts	5
2 MERKMALE VON INVALIDITÄTSBEDINGTER RENTENABHÄNGIGKEIT	7
2.1 Einführung	7
2.2 Invalidenrentenprogramme: Trends bei den Beständen, Zugängen und Aufhebungen	8
2.3 Versicherte und Invalidenrentenbezüger im Jahr 2002	11
3 INVALIDITÄT INFOLGE PSYCHISCHER BEEINTRÄCHTIGUNGEN	17
3.1 Demografische Aspekte bei Invalidität infolge psychischer Probleme	17
3.2 Psychische Erkrankungen und Teilrenten	20
4 MASSNAHMENPALETTE	21
4.1 Ziel der Untersuchung	21
4.2 Früherkennung von potentiell gefährdeten Gruppen	22
4.2.1 Monitoring von Personen mit Risiko für dauernde Arbeitsunfähigkeit (UK)	22
4.2.2 Identifizierung von Arbeitnehmenden mit psychischen Gesundheitsproblemen (NL)	23
4.3 Beschäftigungsbezogene Interventionen	23
4.3.1 Richtlinien zur Arbeitswiederaufnahme bei psychischen Störungen (NL)	23
4.3.2 Arbeitsplatzerhaltung und psychische Gesundheit: Übersicht entsprechender Literatur und Pilotprojekte (UK)	26
4.3.3 Initiativen zur Bewusstseinsförderung von psychosozialen Risiken (EU)	27
4.3.4 Präventionsstrategien im Umgang mit Angst, Depressionen und stressbedingten Krankheiten (Europa)	28
4.3.5 Abkommen über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz (NL)	29

4.4	Sozialversicherungsbezogene Massnahmen	29
4.4.1	Spezifische Kriterien für die Evaluation von psychosomatischen Syndromen (Dänemark)	29
4.4.2	Früherkennung von Personen mit chronischem Müdigkeitssyndrom (Belgien)	30
4.4.3	Evaluierung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen (Deutschland)	31
4.4.4	Anerkennung psychischer Beeinträchtigungen als Berufskrankheiten? (International)	32
5	ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION	35
5.1	Benchmarks	35
5.2	Hintergründe	38
5.3	Intervention bei Invalidität infolge psychischer Erkrankungen	39
	LITERATURVERZEICHNIS	41

ZUSAMMENFASSUNG

Das schweizerische Bundesamt für Sozialversicherung BSV hat die AStri Research and Consultancy Group mit einer länderübergreifenden Vergleichsstudie über Invalidität infolge psychischer Beeinträchtigungen beauftragt. Der Vergleich soll einen besseren Einblick und damit eine bessere Kenntnis über die Charakteristik und Funktionsweise der wachsenden Invalidenrentenproblematik und somit geeigneter Gegenmassnahmen bieten.

Die Studie setzt sich aus zwei Teilen zusammen und wurde im Frühling 2004 durchgeführt. Der *quantitative* Teil zielt darauf ab festzustellen, inwiefern sich Invalidenrenten infolge psychischer Probleme in den miteinbezogenen Ländern bezüglich Umfang, Trends, Diagnosemuster und Risikogruppen gleichen. Bei den Ländern handelt es sich um die vier bereits in einer früheren Studie teilnehmenden Länder Belgien, Deutschland, Holland und Schweden, sowie um die neu miteinbezogenen Länder Schweiz und Kanada. Da es sich bei diesen Ländern um moderne Staaten mit gut entwickelten Sozialsicherungssystemen handelt, sind sie gut vergleichbar. Obwohl bezüglich Erwerbsersatzbestimmungen erhebliche Unterschiede bestehen (z. B. Anschlussleistungen oder Renten nach Ablauf der Leistungen aus der Krankentaggeldversicherung), wirken sich die Vorkehrungen ihrer Systeme sehr ähnlich aus.

Der *qualitative* Teil der Studie konzentriert sich auf Massnahmen, die in den verschiedenen Ländern hinsichtlich Prävention und Reduzierung von Invalidität (Rentenbezug) infolge psychischer Probleme eingeführt wurden bzw. zur Einführung vorgesehen sind. Dieser Teil des Projekts beschränkt sich nicht allein auf die sechs erwähnten Länder, sondern zieht auch andere (EU)-Länder mit ein.

Die im *quantitativen* Teil verwendeten Quellen stammen aus dem Zahlenmaterial offizieller Statistiken und aus Übersichten von Sozialversicherungseinrichtungen aus den miteinbezogenen Ländern. Sie beziehen sich auf (rentenbezugsberechtigte) Behinderung bei Arbeitnehmenden (in der Schweiz: aktive Bevölkerung) in der Zeit von 1993 – 2002. Die wichtigsten Ergebnisse der quantitativen Vergleiche sind in Benchmark-Übersichten zusammengefasst:

Invalidenrentenbezüger (Bestand) pro 1000 Versicherten

Hoch	Holland
Mittel	Belgien, Deutschland, Schweden
Tief	Kanada, Schweiz

Zunahme des Anteils der Invalidenrentenbezüger über 10 Jahre

Hoch	Schweiz
Mittel	Belgien und Schweden
Tief	Kanada, Deutschland, Holland

Neuberentungen (Zugänge) pro 1000 Versicherte

Hoch	Holland und Schweden
Mittel	Belgien, Deutschland und die Schweiz
Tief	Kanada

Aufhebungen (Abgänge) pro 1000 Bezüger

Hoch	Belgien
Mittel	Kanada, Holland und die Schweiz
Tief	Deutschland

Neuberentungen infolge psychischer Beeinträchtigungen pro 1000 Versicherte

Hoch	Schweiz
Mittel	Belgien, Deutschland, Holland und Schweden
Tief	Kanada

Rentenbezügerbestand infolge psychischer Beeinträchtigungen pro 1000 Versicherte

Hoch	Holland, Schweden
Mittel	Belgien, Schweiz
Tief	Kanada, Deutschland

Die kurze Übersicht über Massnahmen zur Prävention und Eindämmung der Zunahme von vorübergehender und dauernder Invalidität infolge psychischer Beeinträchtigungen bezog sich auch auf Personen im Anstellungsverhältnis als Zielgruppe. Es handelt sich dabei also um Massnahmen, die auf unselbständige Erwerbstätige mit einem Risiko für psychische Beschwerden abzielen und die krankheits- bzw. invaliditätsbedingte Absenzen aufweisen. Medizinische Interventionen wurden in den Erhebungen nicht mitberücksichtigt.

Die in die Betrachtungen miteinbezogenen Massnahmen können in drei Kategorien unterteilt werden:

1. *Früherkennung*: Ziel ist, potentiell von dauernder Erwerbsunfähigkeit Betroffene (UK) und Angestellte mit psychischen Störungen (Holland) möglichst frühzeitig zu erkennen.

2. *Arbeitsbezogene Interventionen*: (mit Ansatz auf Einzelpersonen-, Firmen- oder Branchenebene). In diesem Bereich konnten vielfältige Initiativen, Instrumentarien und Massnahmenprogramme festgestellt werden, unter anderem: Wiedereingliederungsrichtlinien bei längeren Absenzen infolge psychischer Erkrankungen (Holland), Pilotprojekt bezüglich Arbeitsstellenerhaltung und psychischer Gesundheit (UK), Bewusstseinsförderungsinitiativen zur Angehung von psychosozialen Risiken (Europa), Präventionsstrategien zum Umgang mit Ängsten, Depressionen und stressbezogenen Krankheiten (Europa) sowie die Anwendung von Verträgen für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (Holland).

3. *Sozialversicherungsrelevante Massnahmen*: In dieser Kategorie werden vier Massnahmetypen aufgezeigt: Spezifische Kriterien zur Evaluation von psychosomatischen Syndromen (Dänemark), Früherkennung von Personen mit chronischer Schlafstörung (Belgien), Beurteilung der Invalidität bei Personen mit psychischen Leiden (Deutschland) und Bestrebungen, Stress als Berufskrankheit anzuerkennen (verschiedene Länder).

Dass man sich auch auf das Firmen- und Arbeitsumfeld (zweite Kategorie) konzentriert, hat vielerlei Ursachen. Zum einen kann die Arbeit ein Teil der Ursachen für psychische Gesundheitsprobleme ausmachen: ungünstige Arbeitsbedingungen, wie schlechter Managementstil oder geringer Halt im sozialen Umfeld, können psychische Gesundheitsprobleme, depressive Phasen usw. hervorrufen. Des Weiteren fallen durch die dadurch verursachten krankheitsbedingten Absenzen hohe Kosten an. Firmen können dieser Entwicklung durch Vorsorgemassnahmen und entsprechende Arbeitsbedingungen entgegen wirken: Bestehende Strukturen für Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz erleichtern bspw. die Einführung von Förderungsmassnahmen hinsichtlich psychischer Gesundheit. Dementsprechend erstaunt es nicht, dass sich die meisten Strategien, Programme, Pilotprojekte und Studien auf Massnahmen im Arbeitsbereich konzentrieren bzw. diese untersuchen oder fördern.

Der zweite Massnahmenstrang liegt im Sozialversicherungsbereich. In diesem Bereich kommen sowohl eine präventive Annäherung (z. B. Monitoring vor der Geltendmachung von Ansprüchen) als auch "sekundäre Vorsorgemassnahmen" (wenn bereits über eine kurze Dauer Renten bezogen werden) zum Zug. Ferner wird in einigen Ländern das Beurteilungsverfahren bei Invalidität und dessen Qualität einer Revision unterzogen, da die für die Ausrichtung einer Rente zuständigen Personen bei den entsprechenden Versicherungen erhebliche Mühe bekunden, Fälle aus der Kategorie der psychischen Beeinträchtigungen zu beurteilen.

Lässt man die Einschränkungen der untersuchten Quellen einmal ausser Acht, kann aus den Erhebungen geschlossen werden, dass verschiedene Ansätze Beachtung finden, wenn auch viele noch "in den Kinderschuhen" stecken. So sind Evaluationen zur Beurteilung von Ergebnissen und Auswirkungen von anscheinend erfolgreich eingeführten Massnahmen, besonders im Arbeitsumfeld, immer noch selten.

RÉSUMÉ

Afin de mieux percevoir l'évolution et de connaître les mesures prises pour répondre au problème des pensions d'invalidité, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a confié à l'AS^{tri} Research and Consultancy Group le mandat de mener une étude comparative sur l'invalidité résultant de problèmes de santé psychique dans plusieurs pays.

L'étude, réalisée au printemps 2004, se divise en deux parties.

Une partie *quantitative* étudie les différences dans l'octroi de prestations d'invalidité pour cause de problèmes de santé psychique entre les pays considérés, en ce qui concerne le nombre de bénéficiaires, les tendances, les diagnostics types et les groupes à risque. Les quatre pays ayant précédemment participé à un tel projet (l'Allemagne, la Belgique, les Pays-Bas et la Suède), ainsi que le Canada et la Suisse sont les pays pris en compte dans la présente étude. Ils sont comparables, car ils possèdent un système de sécurité sociale très développé et sont des pays avancés. Si ces systèmes peuvent être très différents en matière de remplacement du revenu (par exemple des prestations sont prévues après la fin du paiement des pensions ou des prestations maladie), ils sont en grande partie similaires pour ce qui est de leur résultat.

Une partie *qualitative* présente les différentes mesures qui ont été introduites ou sont sur le point de l'être dans plusieurs pays dans le but de prévenir et de limiter l'invalidité (l'octroi de prestations) résultant de problèmes de santé psychique. Cette partie du projet ne se limite pas aux six pays mentionnés ci-dessus mais porte également sur d'autres pays (de l'Union européenne).

Les principaux chiffres des statistiques officielles et les études réalisées par les organismes de sécurité sociale des pays considérés ont servi de sources pour la partie quantitative du projet. Ils se réfèrent à l'invalidité (admissible) des membres de la population active (en Suisse: tous les habitants) et concernent la période qui va de 1993 à 2002. Les principaux résultats des comparaisons quantitatives ont été résumés sous forme de tableaux regroupant les pays par catégories:

Bénéficiaires de prestations d'invalidité (effectif) pour 1000 assurés

Elevé	Pays-Bas
Moyen	Allemagne, Belgique, Suède
Faible	Canada, Suisse

Augmentation du nombre de bénéficiaires sur dix ans

Elevé	Suisse
Moyen	Belgique, Suède
Faible	Allemagne, Canada, Pays-Bas

Nouveaux bénéficiaires (entrées) pour 1000 assurés

Elevé	Pays-Bas, Suède
Moyen	Allemagne, Belgique, Suisse
Faible	Canada

Fins de prestations (sorties) pour 1000 bénéficiaires

Elevé	Belgique
Moyen	Canada, Pays-Bas, Suisse
Faible	Allemagne

Nouveaux bénéficiaires pour cause de problèmes de santé psychique pour 1000 assurés

Elevé	Suisse
Moyen	Allemagne, Belgique, Pays-Bas, Suède
Faible	Canada

Nombre de bénéficiaires pour cause de problèmes de santé psychique pour 1000 assurés

Elevé	Pays-Bas, Suède
Moyen	Belgique, Suisse
Faible	Allemagne, Canada

Le bref aperçu des mesures visant à prévenir et à limiter à court ou à long termes l'invalidité pour cause de problèmes de santé psychique est centré sur les personnes exerçant une activité lucrative qui peuvent avoir des problèmes de santé psychique et sont régulièrement en absence maladie ou invalidité. Les interventions médicales n'entraient pas dans le champ d'investigation de la présente étude.

Les mesures exposées dans l'étude peuvent être divisées en trois catégories:

1. *Méthodes de dépistage précoce*. Ces mesures permettent d'identifier les personnes qui risquent de se retrouver en situation d'incapacité de travail à long terme (UK) et les employés souffrant de problèmes de santé psychique (Pays-Bas).

2. *Interventions liées au travail* (au niveau de l'individu, de l'entreprise ou d'un secteur particulier). On trouve dans cette catégorie toute une série d'initiatives, d'instruments et de politiques. Il s'agit par exemple de lignes directrices pour reprendre le travail en cas de problèmes de santé psychique (Pays-Bas), d'un projet pilote pour le maintien de l'emploi en cas de problèmes de santé psychique (UK), d'initiatives de sensibilisation aux risques psychosociaux (Europe), de stratégies de prévention permettant de faire face aux troubles liés à l'anxiété, à la dépression et au stress (Europe) et de l'élaboration de conventions garantissant la santé et la sécurité au travail (« occupational health and safety covenants », Pays-Bas).

3. *Mesures de sécurité sociale*. Quatre types de mesures sont présentées dans cette catégorie: critères spécifiques pour évaluer les syndromes psychosomatiques (Danemark), dépistage précoce des personnes souffrant du syndrome de fatigue chronique (Belgique), évaluation de l'invalidité chez les personnes atteintes de troubles mentaux (Allemagne) et initiatives pour que le stress soit reconnu comme une maladie professionnelle (différents pays).

L'accent a été mis sur l'entreprise et le domaine professionnel (deuxième catégorie) pour plusieurs raisons. D'une part, le travail peut être en partie à l'origine des problèmes de santé psychique; des conditions de travail défavorables comme une mauvaise gestion ou un accompagnement social insuffisant peuvent être la cause de problèmes de santé psychique, d'épisodes dépressifs, etc. De plus, les absences maladie liées à ce type de problèmes coûtent très cher. Mais d'autre part, les entreprises peuvent aussi favoriser l'introduction de mesures de prévention; si l'entreprise met à disposition une structure garantissant la santé et la sécurité au travail, il est plus facile de prendre des dispositions pour promouvoir entre autres la santé psychique.

Il n'est donc pas surprenant que la majorité des stratégies, des politiques, des projets pilotes et des études s'intéressent aux mesures à appliquer dans le cadre professionnel et en préconisent l'application.

Les assurances sociales sont un deuxième domaine où des mesures peuvent être prises. On adopte ici deux approches: la prévention pour le dépistage des problèmes avant qu'une demande de prestations ne soit faite et la « prévention secondaire » si la personne est déjà bénéficiaire (à court terme) d'une prestation. En outre, le processus d'évaluation de l'invali-

dité et sa qualité sont révisés dans plusieurs pays, car les responsables de l'octroi des prestations savent difficilement comment appliquer le système à cette catégorie de clients.

En conclusion, malgré les limites des sources prises en compte, différents systèmes ont pu être examinés, même si beaucoup d'entre eux sont encore en phase de développement. Mais il y a à ce jour très peu d'évaluations portant sur l'impact et la mise en œuvre des mesures apparemment efficaces, surtout dans le domaine du travail.

RIASSUNTO

L'Ufficio federale svizzero delle assicurazioni sociali (UFAS) aveva commissionato all'*AStri* Research and Consultancy Group uno studio comparativo sull'invalidità dovuta ad infermità psichica basato sui dati di diversi Paesi. Il confronto aveva lo scopo di ampliare e migliorare la conoscenza delle caratteristiche e della dinamica dell'aumento del numero delle rendite d'invalidità proponendo al contempo contromisure adeguate.

Lo studio, eseguito nella primavera del 2004, consta di due analisi: una *quantitativa* ed una *qualitativa*. Obiettivo dell'analisi *quantitativa* era di valutare le analogie delle rendite concesse per invalidità psichica nei Paesi considerati in relazione a volume, tendenze, diagnosi e categorie di rischio. Per il confronto sono stati scelti Stati moderni con sistemi di sicurezza sociale evoluti: quattro Paesi già oggetto di uno studio precedente (Belgio, Germania, Olanda e Svezia) più la Svizzera e il Canada. Nonostante le disposizioni dei diversi sistemi in materia d'indennità di perdita di guadagno presentino notevoli differenze (p. es. in relazione a sussidi o rendite versati alla scadenza delle prestazioni d'indennità giornaliera dell'assicurazione malattie), gli effetti dei provvedimenti proposti sono molto simili.

L'analisi *qualitativa* prende in esame i provvedimenti introdotti o previsti nei Paesi interessati al fine di prevenire e ridurre l'invalidità (nel senso del versamento di rendite). Questa parte del progetto non è limitata ai sei Paesi citati, ma è estesa ad altri Stati (membri dell'UE).

I dati utilizzati nell'analisi *quantitativa* – riferiti alle rendite d'invalidità dei salariati (per la Svizzera: degli assicurati in età lavorativa) – sono tratti da statistiche ufficiali e panoramiche di istituzioni delle assicurazioni sociali dei Paesi considerati relative al periodo compreso tra il 1993 e il 2002. I principali risultati dei confronti quantitativi sono riassunti in tabelle comparative (i tassi sono calcolati in per mille in funzione del numero di assicurati).

Tasso di beneficiari di rendite d'invalidità

Elevato	Olanda
Medio	Belgio, Germania, Svezia
Basso	Canada, Svizzera

Crescita del tasso di beneficiari di rendite d'invalidità sull'arco dei 10 anni considerati

Forte	Svizzera
Media	Belgio e Svezia
Debole	Canada, Germania, Olanda

Tasso di beneficiari di nuove rendite d'invalidità

Elevato	Olanda e Svezia
Medio	Belgio, Germania e Svizzera
Basso	Canada

Tasso di rendite estinte o soppresse

Elevato	Belgio
Medio	Canada, Olanda e Svizzera
Basso	Germania

Tasso di beneficiari di nuove rendite d'invalidità dovute ad infermità psichica

Elevato	Svizzera
Medio	Belgio, Germania, Olanda e Svezia
Basso	Canada

Tasso di beneficiari di rendite d'invalidità dovute ad infermità psichica

Elevato	Olanda, Svezia
Medio	Belgio, Svizzera
Basso	Canada, Germania

La breve panoramica dei provvedimenti finalizzati a prevenire i casi d'invalidità, durevole o passeggera, dovuta a disturbi psichici ovvero contenere l'aumento del loro numero è riferita anche ai salariati e contempla dunque provvedimenti destinati ai lavoratori dipendenti a rischio che hanno già fatto registrare assenze dovute a malattia o invalidità. Nelle rilevazioni non si è tenuto conto dei provvedimenti medici.

I provvedimenti considerati possono essere divisi in tre categorie:

1. *Individuazione tempestiva*: lo scopo è di individuare il più presto possibile le persone potenzialmente minacciate da incapacità al guadagno durevole (Gran Bretagna) e i salariati affetti da disturbi psichici (Olanda).

2. *Interventi in ambito lavorativo* (approccio individuale, aziendale o settoriale). In questa categoria si registrano molteplici iniziative, strumenti e programmi, in particolare: direttive per la reintegrazione in caso di assenza prolungata dovuta a disturbi psichici (Olanda), un progetto pilota per il mantenimento del posto di lavoro e la salute psichica (Gran Bretagna), iniziative per il promovimento della consapevolezza contro i rischi psicosociali (Europa), strategie preventive volte a combattere paure, depressioni e malattie dovute allo stress (Europa) e l'applicazione di accordi per la sicurezza e la protezione della salute sul posto di lavoro (Olanda).

3. *Provvedimenti rilevanti per le assicurazioni sociali*. In questa categoria si rilevano quattro tipi di provvedimento: elaborazione di criteri specifici per la valutazione dei disturbi psicosomatici (Danimarca), individuazione tempestiva delle persone affette da disturbi del sonno cronici (Belgio), valutazione dell'invalidità delle persone affette da disturbi psichici (Germania) e iniziative finalizzate al riconoscimento dello stress come malattia professionale (diversi Paesi).

L'ambiente di lavoro nelle aziende (seconda categoria) è stato scelto come oggetto dello studio per diverse ragioni. In primo luogo perché può essere in parte causa di problemi psichici: difficili condizioni lavorative, cattiva gestione e scarsa integrazione possono essere all'origine di disturbi psichici, depressioni ecc. Inoltre, le assenze per malattia che ne conseguono causano costi elevati. Le aziende possono prevenire situazioni di questo genere adeguando le condizioni di lavoro con appositi provvedimenti. La presenza di strutture per la protezione della salute e per la sicurezza sul lavoro, per esempio, agevola l'attuazione di provvedimenti per il promovimento della salute psichica. Non sorprende quindi che molto spesso strategie, programmi, progetti pilota e studi analizzino e promuovano provvedimenti destinati al settore lavorativo.

La seconda categoria di provvedimenti concerne le assicurazioni sociali. In questo settore sono praticate sia la prevenzione primaria (destinata a chi non ha ancora chiesto prestazioni, si pensi p. es. al monitoraggio) che la prevenzione secondaria (destinata a chi, per breve tempo, ha già beneficiato di una rendita). Inoltre, in alcuni Paesi si sta procedendo ad una revisione della procedura di valutazione dell'invalidità (inclusi i requisiti qualitativi) in quanto le persone responsabili della concessione delle rendite presso le competenti istituzioni assicurative hanno notevoli difficoltà a valutare i casi d'infermità psichica.

Nonostante i limiti delle fonti considerate, dall'analisi delle rilevazioni emergono diversi approcci, anche se in molti casi si è ancora ai primi passi. Soprattutto in relazione all'ambiente lavorativo sono ancora rare, per esempio, valutazioni dei risultati ed analisi degli effetti che documentino il successo dei provvedimenti introdotti.

SUMMARY

In order to obtain a better insight into the features of the growth and measures to face the disability pension problem, the Swiss Federal Office for Social Security (Bundesamt für Sozialversicherung, BSV) requested the AStri Research and Consultancy Group to make a comparative cross-national exploration of disability due to mental health problems.

The study comprised two parts and has been carried out Spring 2004.

The *quantitative* part aimed to assess in how far disability benefit receipt due to mental health problems is similar across the countries covered with regard to size, trends, diagnostic patterns and risk groups. The countries included are those four countries, which already participated in the earlier study (Belgium, Germany, the Netherlands and Sweden) as well as Switzerland and Canada. These countries are quite comparable, as they are modern countries with well developed social security systems. Although some major features of their income replacement arrangements differ (e.g. follow up benefit or pension after exhaustion of sickness benefit payment,) they have many similarities in the outcomes of their systems.

In the *qualitative* part the study focused on the 'repertoire' of measures that have been introduced or are pending in various countries, which aim to prevent and reduce disability (benefit receipt) due to mental health problems. This part of the project was not restricted to the six countries mentioned before but also covered other (EU) countries.

The sources used in the quantitative study are basic figures from official statistics and overviews produced by social security agencies in the countries included. They regard (eligible) disability in employed persons (in Switzerland: inhabitants) in the period 1993-2002. The major outcomes of the quantitative comparisons have been summarized in some benchmark overviews:

Disability recipients (stock) per 1000 insured

High	The Netherlands
Medium	Belgium, Germany, Sweden
Low	Canada, Switzerland

Growth in disability benefit recipients in 10 years

High	Switzerland
Medium	Belgium and Sweden
Low	Canada, Germany, the Netherlands

New disability recipients (influx) per 1000 insured

High	The Netherlands and Sweden
Medium	Belgium, Germany and Switzerland
Low	Canada

Completions (outflow) per 1000 beneficiaries

High	Belgium
Medium	Canada, the Netherlands and Switzerland
Low	Germany

New recipients due to mental health problems per 1000 insured

High	Switzerland
Medium	Belgium, Germany, the Netherlands and Sweden
Low	Canada

Stock of recipients due to mental health problems per 1000 insured

High	The Netherlands, Sweden
Medium	Belgium, Switzerland
Low	Canada, Germany

The 'quick scan' of measures which aim to prevent or restrict short and long term disability due to mental health problems, also concentrated on persons in employment as the target group. So the measures discussed focus on persons in employment, who are vulnerable to mental health problems, and show sickness absence or disability. Medical interventions fell outside the scope of the inquiry.

The measures explored can be divided into three categories:

1. *Early identification methods*. They consists of measures for screening of persons at risk of long term work incapacity (UK) and identification of employees with mental health problems (Netherlands).

2. *Employment related interventions* (be it on individual level, company level or sectoral level). Here a wide range of initiatives, instruments and policies have been found, which include: work resumption guidelines in case of mental health problems (Netherlands), pilot project on job retention and mental health (UK), initiatives raising awareness to tackle psychosocial risks (Europe), prevention strategies for coping with anxiety, depression and stress related disorders (Europe), and the use of 'occupational health and safety covenants' (Netherlands).

3. *Social security related measures*. In this category four types of measures are presented: specific criteria for evaluation of psychosomatic syndromes (Denmark), early assessment of persons with Chronic Fatigue Syndrome (Belgium), disability evaluation in persons with mental disorders (Germany) and attempts to have stress acknowledged as an occupational disease (various countries).

The focus on the enterprise and working environment (second category) has many roots. Firstly, work may be part of the causes of mental health problems: working conditions like negative management style or low social support may lead to mental health problems, depressive episodes etc. Further, these problems may cause high costs of sickness absence. On the other hand the enterprise also may create conditions for preventionaction: existing occupational health and safety structure in the work place facilitate the provision of (e.g.) mental health promotion activities.

So it is not surprising that the majority of strategies, policies, pilot projects and studies explore or promotes measures to be applied in the province of employment.

The second province of measures can be located in the social insurance sector. Here both the preventive approach is chosen (e.g. screening, before benefit claims are send in) and 'secondary prevention' measures, when the person already is on (short term) benefit receipt. Further, the disability assessment process and its quality is subject to revision in some countries, as sickness and disability benefit administrators 'struggle' with operating the scheme for this category of clients.

Notwithstanding the limitations of the sources examined it may be concluded that several approaches receive attention, whereas many still are 'under development'. Evaluation studies, which assess the impact and implementation of measures that seem successful, especially in the field of employment, still are quite rare.

1 HINTERGRUND, ZIEL UND ZWECK SOWIE METHODIK

1.1 Hintergrund

Die AStri Research & Consultancy Group wurde im Jahr 2000 von einer holländischen Staatskommission (Dutch State Committee¹, Donner 1) mit einer Evaluationsstudie über den aktuellen Wissensstand in Holland bezüglich Trends, Ursachen und Interventionen bei vorübergehender and dauernder Erwerbsunfähigkeit infolge psychischer Gesundheitsprobleme beauftragt. Der Bericht zu diesem Projekt enthielt auch eine länderübergreifende Erhebung von Invalidenrentenstatistiken. Das Ziel der Erhebung war, Benchmarks festzustellen und aufzuzeigen, auf welcher Position Holland im internationalen Vergleich bezüglich Invalidenrentenbezug infolge psychischer Beeinträchtigungen lag. Dies sollte anhand der Vergleiche von statistischem Material in Bezug auf die Systeme sozialer Sicherung in vier Ländern geschehen. Dabei wurden Daten betreffend Trends und spezifische Merkmale von Invalidenrentnerinnen und -rentnern in Belgien, Deutschland, Schweden und Holland miteinander verglichen. Bei den an dieser quantitativen Studie teilnehmenden Sozialversicherungsinstitutionen handelte es sich um RIZIV (Belgien), VDR (Deutschland), Riksförsäkringsverket (Schweden) und LISV (Holland)².

Die Studie erfuhr einige Aufmerksamkeit, da sie einen systematischen Einblick in die länderspezifischen Charakteristiken der Invalidenrenten und Invalidenrentenbezüger infolge psychischer Gesundheitsprobleme ermöglichte. Die zunehmende Zahl der Invalidenrentenbezüger findet auch in der Schweiz immer grössere Beachtung. Das Bundesamt für Sozialversicherung BSV hat deshalb AStri mit einer Aktualisierung des länderübergreifenden Vergleichs von Invaliditätsanteilen zwecks besseren Einblicks in die Invalidenrentenproblematik beauftragt, diesmal einschliesslich Schweizer Daten sowie der Daten von weiteren Ländern (falls interessiert). Zudem sollte ein qualitativer Teil in die Studie miteinbezogen werden, namentlich ein Kurzüberblick über Massnahmen zur Eindämmung und Prävention von Invalidität infolge psychischer Beeinträchtigungen.

1.2 Ziel und Zweck der Untersuchung

Der *quantitative* Teil der Studie zielt darauf ab festzustellen, inwiefern Invalidenrenten infolge psychischer Leiden sich in den miteinbezogenen Ländern hinsichtlich Umfang, Trends, Diagnosemuster und Risikogruppen gleichen. Wo möglich, werden auch allfällige Unterschiede und deren Hintergründe verglichen, besonders, was Unterschiede bei der Änderung von gesetzlichen Rahmenbedingungen (z. B. Kriterien zur Festlegung von Invali-

¹ Das Komitee beriet die holländische Regierung in Sachen Politik zur Senkung von krankheits- und invaliditätsbedingten Absenzen infolge psychischer Erkrankungen.

² Siehe Prins, 2000.

dität, versicherte Bevölkerung) oder der administrativen Verfahren (z. B. Vorgehen bei der Beurteilung von Invalidität) betrifft.

Dementsprechend konzentriert sich der quantitative Teil auf zwei Hauptthemen: *Entwicklungen* im Invaliditätsbereich: Neurenten ("Zugänger"), Bestand ("Bezüger") und Aufhebungen ("Abgänger") im Invalidenrentenprogramm hinsichtlich demografischer Merkmale (Geschlecht, Altersgruppen) und Hauptdiagnosegruppen bzw. Hauptursachen; *Charakteristiken* der Kategorie der Invalidenrentenbezüger mit psychischen Beeinträchtigungen hinsichtlich demografischer Aspekte (Geschlecht, Alter) und, sofern verfügbar, der zu Grunde liegenden Subdiagnosen. Ebenso untersucht wurden die Gründe für die Aufhebung von Invalidenrentenzahlungen.

Im *qualitativen* Teil der Studie liegt der Fokus auf der "Palette" von bereits eingeführten oder zur Einführung vorgesehenen Massnahmen zur Vorsorge gegen und Senkung von Invalidität (Renten) infolge psychischer Beeinträchtigungen. Entsprechend umfangreich fällt das zu untersuchende Feld aus und beinhaltet zum Beispiel folgende Massnahmenbereiche:

- Vorsorgemassnahmen;
- Früherkennung (z. B. von Hochrisikogruppen);
- Diagnose- und Beurteilungsinstrumentarien (z. B. Invaliditätsgradbeurteilung);
- Berufliche Wiedereingliederungs- und Rehabilitationsmassnahmen.

Die diesbezüglichen Untersuchungen konzentrieren sich zwar auf die an der Studie beteiligten Länder, schliessen aber interessante Initiativen aus anderen Ländern bzw. von internationalen Organisationen angeregte Massnahmen mit ein. Der qualitative Teil hat jedoch den Charakter einer Kurzübersicht und bietet folglich eine Aufzählung von bereits unternommenen sowie vorbereiteten Massnahmen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit und ohne eingehende Evaluation der empirisch-methodologischen Basis, auf der die Durchführung der Massnahmen fusst. Sofern sie verfügbar waren, sind Informationen über Evaluationsdaten bezüglich Implementierung bzw. Auswirkungen von Massnahmen in zusammengefasster Form angefügt.

An erster Stelle soll die Übersicht einen Einblick in laufende Initiativen und gemachte Erfahrungen verschaffen und damit den zuständigen Verantwortlichen bei der Planung von Massnahmen eine Grundlage zur Problemlösung in den einzelnen Ländern bieten.

1.3 An der Studie beteiligte Länder

Zusätzlich zu den vier bereits an einer früheren Studie teilnehmenden Ländern (Belgien, Deutschland, Holland und Schweden) nahmen an der vorliegenden Studie auch die Schweiz und Kanada teil. Da es sich bei allen um moderne Staaten mit gut entwickelten Systemen der sozialen Sicherung handelt, sind sie gut vergleichbar. Obwohl sie sich zwar in einigen Aspekten des Erwerbseinkommensersatzes unterscheiden (z. B. Folgerenten nach Ablauf von Krankentaggeld- oder Rentenzahlungen), zeigen sich bei den Auswirkungen ihrer Systeme grosse Ähnlichkeiten.

Belgien

In Belgien ist in den letzten Jahren der Zuwachs von Invalidenrenten zurückgegangen. Während in den Jahren 1980 – 1985 der Anstieg 10% betrug, waren es noch 6% zwischen 1985 und 1990, 4% von 1990 – 1995 und schliesslich noch 1% von 1995 – 1999 (Transforming, 2003). Aus den Statistiken im Jahresbericht 2002 des RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering) geht hervor, dass der Anteil psychischer Erkrankungen einen Viertel bis einen Drittel des Invalidenrentenbezügerbestands ausmachte und von 28% im Jahr 1997 auf 30% im Jahr 2001 angestiegen ist.

Kanada

Der Invalidenrentenbezug ist seit 1990 stetig angestiegen. Dabei sind die psychischen Beeinträchtigungen zu einem Hauptfaktor von Invalidität bei den Erwerbstätigen geworden und betreffen nun nahezu eine von vier Personen, die staatliche Invalidenrenten beziehen. Der Anzahl Rentenbezüger infolge psychischer Leiden stieg von 21'830 im Jahr 1990 auf 63'171 im Jahr 2000 (Parliamentary Research Branch, 2002). Dabei ist Invalidität infolge psychischer Erkrankungen bei jüngeren Erwerbstätigen zur Hauptursache für einen IV-Rentenbezug geworden (Worksite News, 2003). OECD-Daten zeigen, dass der Anteil von IV-Bezügern infolge psychischer Erkrankungen am IV-Rentnerbestand von 11% im Jahr 1990 auf 21% im Jahr 1999 angestiegen ist (Transforming, 2003).

Deutschland

Die Zunahme der IV-Rentenbezüge ist über den Zeitraum von 1985 – 1990 zurückgegangen. Dagegen war zwischen 1990 und 1995 ein starker Anstieg zu verzeichnen, der sich aber in den vergangenen Jahren verlangsamt hat. Bei den Neuzugängen machen psychische Leiden etwa einen Viertel aus. So ist dieser Anteil bei den Neuberentungen von 17% im Jahr 1990 auf 28% im Jahr 1999 (Transforming, 2003) angestiegen.

Holland

In Holland ist die Anzahl von IV-Rentnern mit Voll- oder Teilrente 1993 auf 921'000 angewachsen. Revisionen des Invaliditäts-Kriterienkatalogs und der Berechnungsarten haben dazu geführt, dass die Anzahl Neuberentungen zurückgegangen ist. Zudem wurde ein Teil des Bestands nach neuen, enger gefassten Definitionen und strengeren Beurteilungs-

richtlinien neu geprüft. Dies führte dazu, dass die Rentneranzahl 1996 auf 855'000 fiel. Anschliessend war allerdings wieder eine Zunahme zu verzeichnen (Gould & Laitinen-Kuikka, 2003). Seit 2002 jedoch gehen die Anteile an Neuberentungen sowie der Rentenbestand erneut zurück. Der Anteil der psychischen Erkrankungen bei den Neuberentungen stieg von 30% im Jahr 1990 auf 33% im Jahr 1999 (Transforming, 2003).

Schweden

Anfangs der 1990er Jahre stiegen die Neuberentungen auf Rekordhöhen. Nach 1993 ging die Anzahl der Neuberentungen wieder zurück (Mansson, 1997), was auf weniger Langzeit-Krankheitsabsenzen, strengere Richtlinien und eine restriktivere Anwendung derselben zurückzuführen war. In den vergangenen Jahren lässt sich jedoch wieder eine Zunahme der Neuberentungen verzeichnen. Dabei ist das Durchschnittsalter der Neuzugänge von 55 Jahren in den 1980er Jahren auf knapp über 50 Jahre heute gesunken (The Social Insurance Institution). Psychische Erkrankungen scheinen überwiegend bei jüngeren Altersgruppen vorzukommen, mit geringen Unterschieden zwischen Frauen und Männern (Prinz, 2003). Der Anteil der psychischen Krankheiten bei den Neuberentungen stieg im letzten Jahrzehnt von 16% im Jahr 1990 auf 24% im Jahr 1999 (Transforming, 2003).

Schweiz

Bis 1985 gab es in der Schweiz nur sehr wenige IV-Rentner. Doch danach setzte eine stete Zunahme der Anzahl Neurentner ein, die die meisten anderen westeuropäischen Länder übertrifft. Die Anzahl der Neurentner stieg von etwa 100'000 (1980) auf über 200'000 im Jahr 2000 (Prinz, 2003).

OECD-Daten zeigen, dass psychische Krankheiten in der Schweiz zu den Hauptursachen für Invalidität zählen. Der Anteil psychischer Krankheiten im IV-Bestand betrug 1990 etwa ein Drittel (34%) und 39% im Jahr 1999. Bei den Neuberentungen betrug dieser Anteil 1999 etwa ein Drittel (34%).

1.4 Quellen und Einschränkungen

Ausser einigen interessanten Unterschieden in den jeweiligen Programmen gab es auch pragmatische Gründe, weshalb gerade diese Länder für die Teilnahme an der Studie gewählt worden waren: Das von den zuständigen Stellen gelieferte statistische Material liess sich gut vergleichen.

Sozialversicherungsrelevante statistische Daten bieten im Allgemeinen Informationen über Rentenansprüche, Entschiede, Rentenzahlungen, Aufhebungen, Ursachen, Kosten usw. der einzelnen Systeme. Diese Quellen sind indessen nicht uneingeschränkt vergleichbar, da sie von Land zu Land unterschiedliche Zwecke verfolgen und unterschiedliche Detailangaben bieten. Statistiken im Zusammenhang mit Invalidität sollten nicht als zuverlässige Indikatoren für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung betrachtet werden. Sie geben nur

teilweise Aufschluss über das Vorkommen von psychischen Krankheiten und Todesfälle in diesem Zusammenhang, da sowohl Definitionen und Berechtigungskriterien als auch Diagnose- und Berichtusanzen der jeweiligen Sozialversicherungen in den Ländern die Zahlen erheblich beeinflussen.

Andererseits schliessen diese unausgewogenen Quellen Beurteilungsmöglichkeiten keineswegs aus, zumindest was Vergleiche der Abstufungen, Trends und Risikogruppen betrifft. Sie bieten zudem einen Einblick in die Art und Weise, wie psychische Erkrankungen von den Sozialversicherungssystemen der verschiedenen Länder gehandhabt werden, was sich bei der Genehmigung von Ansprüchen, Dauer der IV-Renten sowie den Gründen für und Anzahl der Aufhebungen von IV-Rentenzahlungen widerspiegelt.

Bei den hier verwendeten Quellen handelt es sich um Basiszahlen aus offiziellen Statistiken und Übersichten, die von den entsprechenden Sozialversicherungsstellen der beteiligten Länder zur Verfügung gestellt worden sind, und sich auf (bezugsberechtigte) Invalidität von angestellten Erwerbstätigen im Zeitraum von 1993 – 2002 beziehen. Auf Grund von Unterschieden in den jeweiligen Invaliditätsrichtlinien sind die verglichenen Bevölkerungsgruppen nicht völlig identisch. So werden in allen Ländern die angestellten Erwerbstätigen in die nationalen Erhebungen miteinbezogen. In Schweden und Kanada werden zusätzlich auch die selbstständig Erwerbstätigen miteinbezogen, während in der Schweiz alle an Einwohner bezahlten IV-Renten in das statistische Zahlenmaterial aufgenommen werden. Wo notwendig, sind die Zahlen so angepasst worden, dass nur die aktive Bevölkerung (im Alter von 15 – 65 Jahren) abgedeckt wurde. Holländische, schwedische und Schweizer Zahlen beinhalten auch Invalidität infolge Berufsunfällen und Berufskrankheiten, während das statistische Zahlenmaterial der anderen drei Länder diese Risiken nicht miteinschliesst. Die Daten aus Kanada stammen aus dem Datenmaterial des kanadischen Rentenplans (Canada Pension Plan) und dem staatlichen Invaliditätsprogramm³. Auf die Konsequenzen aus diesen Einschränkungen wird bei der Interpretation der Auswirkungen eingegangen. Statistiken über Rehabilitationsprogramme und Wiedereingliederungsmassnahmen sind in dieser Studie nicht berücksichtigt worden.

1.5 Gliederung des Studienberichts

Die Kapitel 2 und 3 enthalten den quantitativen Teil der Studie. Im zweiten Kapitel werden die Ähnlichkeiten und Unterschiede der Länder bezüglich ihrer allgemeinen Invalidenrentenanteile (ohne Berücksichtigung der Ursachen) beschrieben. In Kapitel 3 wird auf die Invali-

³ Das kanadische Rentenprogramm (Canada Pension Plan) schliesst die Provinz Quebec nicht mit ein. Diese verfügt über einen eigenen separaten, allerdings ähnlichen Rentenplan. Die Daten aus Kanada ziehen keine anderen Zahlen aus weiteren kanadischen Invaliditätseinkommensprogrammen mit ein, z. B. Sozialhilfe (Wohlfahrt), Arbeitnehmererwerbssersatzleistungen, Veteranenrenten und private Invaliditätsversicherungen.

denrenten infolge psychischer Erkrankungen eingegangen. Dabei vergleichen wir die Länder hinsichtlich Invalidenrentenbestand und Neuzugängen infolge psychischer Leiden. Das vierte Kapitel enthält den qualitativen Teil der Erhebungen. Es bietet einen Überblick über die Ergebnisse unserer Kurzaufnahme der Massnahmen und Initiativen, die von Firmen und den Sozialversicherungen zur Handhabung von krankheitsbedingten Absenzen und Invalidität eingeführt worden sind bzw. angewendet werden. In Kapitel 5 werden die Ergebnisse aus den quantitativen und qualitativen Subprojekten zusammengefasst und besprochen. Dieses Kapitel enthält schliesslich die Benchmark-Übersichten der sechs Länder.

2 MERKMALE VON INVALIDITÄTSBEDINGTER RENTENABHÄNGIGKEIT

2.1 Einführung

Der Zahl der Invalidenrentenempfänger ist in vielen Ländern hoch. In den meisten Ländern haben die Invalidenberentungen in den 1990er Jahren zugenommen, wobei einige Länder in den vergangenen Jahren eine Zunahmeverlangsamung verzeichnen konnten, was teilweise auf Reformen bei den Rentenprogrammen zurückzuführen ist. Andere Länder hingegen sind mit weiter ansteigenden IV-Rentenzahlen konfrontiert. Abgänge aus Invaliditätsprogrammen kommen trotz beträchtlicher Unterschiede zwischen den Ländern im Zusammenhang mit Neubeurteilungen von bestehenden Fällen, Ausrichtung von Teilrenten und Anreize zur Erwerbsaufnahme usw. sehr selten vor. So können nur gerade durchschnittlich 1% der IV-Rentenbezüger als Abgänge auf Grund von Genesung oder Erwerbswiederaufnahme bezeichnet werden (Gould & Laitinen-Kuikka, 2003).

Auch die Entwicklung bei den Ursachenmustern geben in vielen Ländern Anlass zur Besorgnis. So ging aus einigen Studien hervor, dass bei den Neuberentungen in den meisten Ländern etwa ein Viertel bis ein Drittel in die Kategorie psychische Krankheiten fallen. Dabei fällt auf, dass je jünger die Rentenbezüger sind, umso höher der Anteil der Personen mit psychischen Beeinträchtigungen ist. Eine Ursache für die Zunahme von psychischen Problemen wird in den Veränderungen der Arbeitsbedingungen vermutet. So hat eine ILO-Studie eine abrupte Zunahme von psychischen Problemen bei Erwerbstätigen festgestellt. Dabei klagt eine von zehn Personen über Depressionen, Angstzustände, Stress oder Burnout, was in einigen Fällen zu Hospitalisierung und Arbeitsstellenverlust führte (Gabriel & Liimatainen, 2000). Im Rahmen der dritten europäischen Erhebung über Arbeitsbedingungen (Third European Survey on Working Conditions) ist herausgefunden worden, dass nahezu ein Viertel der angestellten Erwerbstätigen über allgemeine Müdigkeit klagt, über ein Viertel leiden an Stress und 15% dieser Gruppe klagen über Kopfschmerzen, 11% über Gereiztheit, 8% über Schlafstörungen und 7% haben Angstzustände (Paoli & Merllié, 2001).

In der vorliegenden Studie werden wir nicht vertiefend auf einen Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheitsproblemen – insbesondere von invalidenrentenrelevanten psychischen Erkrankungen – eingehen können. In diesem Einführungskapitel vergleichen wir in erster Linie die Anwendung von Invaliditätsprogrammen in den an dieser Studie teilnehmenden Ländern, und zwar unabhängig der Ursachen. Ferner vergleichen wir die Trends bezüglich der Anzahl Neurentner, des Verbleibens in und der Austritte aus IV-Rentenplänen sowie der Rolle von sozio-demografischen Merkmalen der Versicherten. Zuerst beschreiben wir die Wachstumsraten bei den IV-Rentenbezügern über die letzten zehn Jahre. Dies wird ergänzt durch einen vertiefteren Einblick in die Anwendung der Programme mittels einer Analyse, die das letzte Jahr des Erhebungszeitraums (2002) umfasst und den Bestand sowie die Zugänge und Aufhebungen erfasst.

2.2 Invalidenrentenprogramme: Trends bei den Beständen, Zugängen und Aufhebungen

Vier der teilnehmenden Länder verzeichnen einen Zuwachs an IV-Rentenbezügern

Die vier Länder Belgien, Holland, Schweden und die Schweiz verzeichnen in den letzten zehn Jahren eine Zunahme der Anzahl Invalidenrenterinnen und -rentner (in absoluten Zahlen). Die höchste Zuwachsrate hatte dabei die Schweiz zu verzeichnen, gefolgt von Schweden und Belgien. Des Weiteren ist zu bemerken, dass anfänglich auch Kanada und Deutschland von steigenden Zahlen betroffen waren, diese in den vergangenen 4 bis 5 Jahren aber stagnierten oder leicht zurückgingen.

Tabelle 2.1 Zuwachsraten bei der Anzahl IV-Rentenbezüger (1993 – 2002)⁴

Jahr	B	CA	D	NL	S	CH
1994	0,9%	6,7%	0,7%	-3,6%	2,1%	5,5%
1995	1,1%	2,8%	0,6%	-4,6%	-0,5%	4,5%
1996	1,0%	-0,6%	-0,8%	-0,7%	-0,2%	4,6%
1997	1,2%	-1,6%	3,0%	0,6%	2,4%	4,4%
1998	2,2%	-0,8%	0,8%	3,9%	0,0%	4,9%
1999	1,6%	-1,8%	0,2%	2,1%	1,0%	5,3%
2000	3,1%	-1,8%	-2,4%	3,3%	3,2%	4,7%
2001	2,4%	-0,8%	0,2%	3,0%	4,4%	7,9%
2002	2,7%	0,0%	-1,7%	1,3%	7,3%	6,3%
Total ⁵	17,5%	2,0%	0,5%	5,1%	21,2%	59,4%

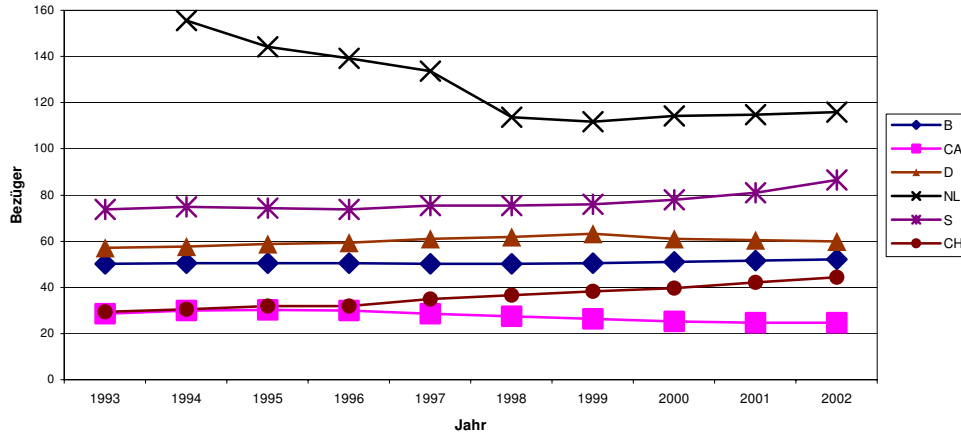
Steigende Prävalenzraten in Schweden, der Schweiz und bei den Frauen in Holland

Auch im Vergleich mit der versicherten Bevölkerung verzeichnen Deutschland und Kanada immer noch leichte Rückgänge über die letzten Jahre (Grafik 2.1). Belgien bleibt stabil, während die Prävalenzraten in Schweden und der Schweiz in den vergangenen Jahren leicht angestiegen sind. Nach erheblichen Rückgängen bis 1999 steigen die Raten bei den holländischen Frauen wieder an, während die Männer in Holland immer noch leichte Rückgänge verzeichnen können.

⁴ B: Belgien CA: Kanada; D: Deutschland; NL: Holland; S: Schweden; CH: Schweiz.

⁵ Gesamtwachstum über 10 Jahre.

Grafik 2.1 Invalidenrentenbezüger pro 1000 Versicherte (1993 – 2002)

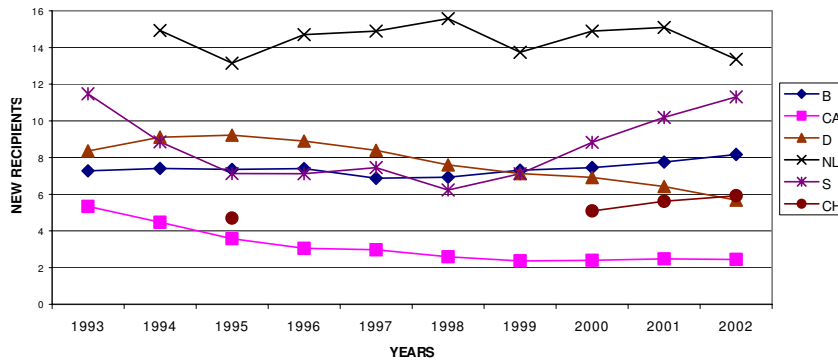


Des Weiteren ist aus Grafik 2.1 ersichtlich, dass sich die Prävalenzraten in den Ländern zwar mit grossen Unterschieden, aber stabil entwickelten: Holland weist die höchsten Quoten auf – mit bis zu viermal höheren Werten als das Land mit den tiefsten Raten (Kanada). Kanada und die Schweiz verfügen über die tiefsten Prävalenzraten.

Zunehmende Häufigkeit in der Schweiz, in Belgien und Schweden

Die oben erwähnten Zahlen beziehen sich auf den Bestand und ergeben sich aus zwei Komponenten: den IV-Neuberentungen ("Zugänge") und den IV-Aufhebungen ("Austritte"). Aus Grafik 2.2 ist ersichtlich, dass die Anzahl der Neuberentungen pro 1000 Versicherten in Deutschland stark und in Kanada leicht zurückgeht. Die Eintrittshäufigkeit hatte in der Schweiz und in Belgien über die letzten fünf Erhebungsjahre leicht zugenommen, während Schweden einen steilen Anstieg zu verzeichnen hatte. Holland war mit beträchtlich fluktuierenden Zahlen konfrontiert, weist aber seit zwei Jahren einen deutlichen Häufigkeitsrückgang auf. Holland verzeichnet trotzdem die höchsten Zugangsraten und Kanada wiederum die tiefsten (etwa ein Sechstel der holländischen Werte). Bezüglich Männer- und Frauenanteile weisen alle Länder ähnliche Muster auf.

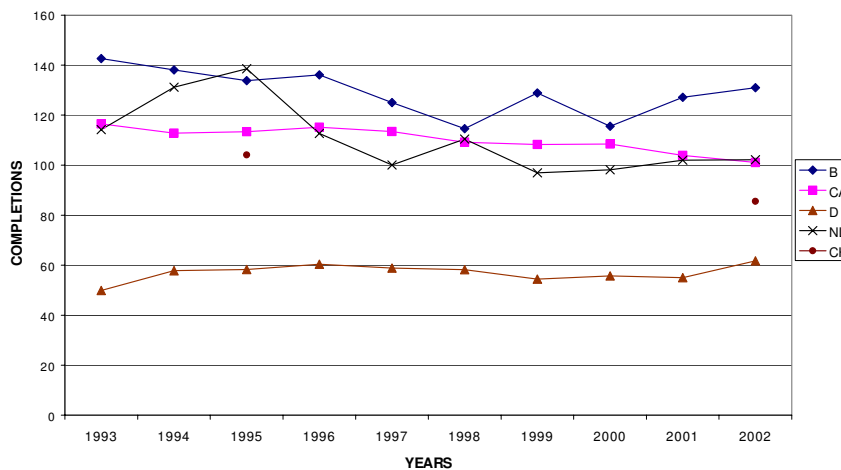
Grafik 2.2 Neuberentungen pro 1000 Versicherte (1993 – 2002)



Zunahme bei den Rentenaufhebungen in drei Ländern

Aufhebungen haben ebenfalls Auswirkungen auf den Jahresbestand der IV-Rentenbezüger. Aus Grafik 2.3 ist ersichtlich, dass in den fünf Ländern, aus denen entsprechendes Datenmaterial verfügbar war, die Anzahl der Aufhebungen (pro 1000 Bezüger) in Deutschland ziemlich stabil blieb, während Kanada und die Schweiz einen leichten Rückgang zu verzeichnen hatten. Belgien und Holland weisen Fluktuationen auf. Deutschland weist durchgehend die tiefsten Aufhebungsraten auf und Belgien konstant die höchsten. Die Frauen- und Männeranteile folgen in den meisten Ländern einem ähnlichen Muster. In Belgien und Holland jedoch weisen die Entwicklungen bei den IV-Aufhebungen bei den Frauen über längere Zeit starke Fluktuationen auf.

Grafik 2.3 Aufhebungen pro 1000 IV-Bezüger (1993 – 2002)⁶



⁶ Keine Zahlen über Aufhebungen in Schweden verfügbar.

2.3 Versicherte und Invalidenrentenbezüger im Jahr 2002

In diesem Berichtsabschnitt werden sowohl der Bestand als auch die Neuzugänge und Aufhebungen einer vertiefteren Analyse unterzogen. Zuerst vergleichen wir aber die versicherten Bevölkerungsgruppen der verschiedenen Länder bezüglich Geschlecht- und Altersstruktur, da diese demografischen Faktoren teilweise bestimmenden Charakter in der Anwendung der Rentensysteme ausüben.

Leicht höherer Männer- als Frauenanteil bei den meisten versicherten Populationen

Tabelle 2.2 zeigt, dass die Werte für die Frauen- und Männeranteile in allen beteiligten Ländern sehr ähnlich sind. Schweden und die Schweiz verfügen über praktisch paritätische Anteile, während die anderen Länder in ihren Versichertenbeständen etwas mehr Männer als Frauen aufweisen⁷.

Tabelle 2.2 Frauen- und Männeranteile in den Versichertenbeständen (2002)⁸

Geschlecht	B	CA	D	NL	S	CH
Männer	55%	54%	56%	56%	51%	51%
Frauen	45%	46%	44%	44%	49%	49%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Versichertenbestand und Altersgruppen

Aus Tabelle 2.3 werden beim Vergleich der Altersgruppen weitere Unterschiede sichtbar. Holland weist dabei den grössten Anteil junger Versicherter auf (18% sind unter 25 Jahre alt) und mit 9% einen relativ kleinen Anteil bei der ältesten Versichertengruppe (55- bis 64-Jährige). Auch Kanada verfügt mit 10% über einen relativ geringen Anteil der ältesten Versichertengruppe. Schweden und die Schweiz weisen die höchsten Anteile dieser Gruppe auf.

⁷ Wir haben nicht näher ergründet, ob die verhältnismässig tiefe Prozentzahl der Männer auf die Definition der versicherten Bevölkerung in der Schweiz zurückzuführen ist. In Schweden hingegen hat der tiefe prozentuale Männeranteil damit zu tun, dass Schweden traditionell einen hohen Frauenanteil bei den Erwerbstätigen aufweist.

⁸ Da für Kanada keine Zahlen für die versicherte Bevölkerung für das Jahr 2002 erhältlich waren, wurden Schätzungen auf der Basis der Versichertenzahlen von 2001 verwendet. Diese Schätzungen bezüglich versicherter Bevölkerung für das Jahr 2002 wurden durch diesen ganzen Abschnitt hindurch verwendet.

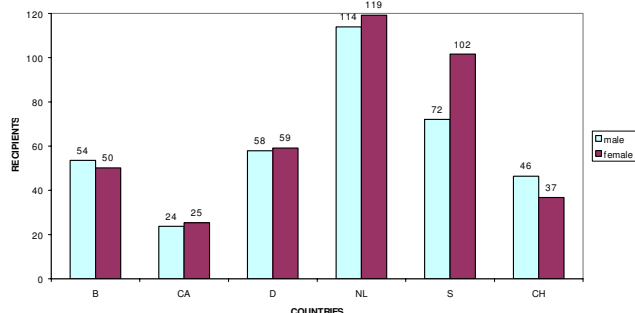
Tabelle 2.3 Versicherte nach Altersgruppe (2002)

Alter	B	CA	D	NL	S	CH
16-24 Jahre	10%	14%	11%	18%	16%	13%
25-34 Jahre	29%	23%	21%	26%	21%	22%
35-44 Jahre	28%	29%	30%	26%	22%	26%
45-54 Jahre	21%	24%	24%	21%	21%	22%
55-64 Jahre	12%	10%	13%	9%	20%	17%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

IV-Bezüger: Demografische Merkmale

In Grafik 2.4 sind die jeweiligen Anteile der Frauen und der Männer bei den Invalidenrentenbezügern dargestellt. Daraus ist ersichtlich, dass Schweden und Holland höhere Frauen- als Männeranteile bei den IV-Bezügern aufweisen. In Kanada und Deutschland herrscht beinahe Gleichstand der Geschlechteranteile, während Belgien und die Schweiz höhere Männer- als Frauenanteile pro 1000 Versicherte aufweisen. Folglich kann nicht von "universalem" Muster bei den Geschlechteranteilen der IV-Bezüger gesprochen werden. Zudem ist aus der Datentabelle ersichtlich, dass sich Holland sowohl was den Frauen- als auch was den Männeranteil betrifft, von den anderen abhebt, während die hohen Quoten in Schweden vor allem auf die weiblichen Versicherten zurückzuführen sind.

Grafik 2.4 Invalidenrentenbezüger pro 1000 Versicherte nach Geschlecht (2002)



Wie erwartet, variieren die Prävalenzraten auch je nach Alter. So weisen jüngere Altersgruppen eine tiefere Quote auf, während sich bei den älteren Altersgruppen höhere Raten ergeben. Dieses allgemeine Muster ist in allen Ländern so erkennbar.

Die Tabelle 2.4 ermöglicht überdies einen detaillierteren Einblick in die länderübergreifenden Unterschiede: So sind bei den jüngeren Altersgruppen besonders erheblich Unterschiede zu verzeichnen. Während nämlich in Kanada kaum jemand im Alter von unter 25 Jahren Invalidenrente bezieht, beziehen in der Schweiz und Holland 5 von 1000 Versicherten und in Schweden 13 von 1000 Versicherten dieser Altersgruppe eine Invalidenrente.

Demgegenüber stehen bei den 55- bis 64-Jährigen fünf Mal mehr Bezüger in Holland, während die Schweiz in dieser Altersgruppe vier Mal mehr und Kanada drei Mal mehr Bezüger als Belgien verzeichnet.

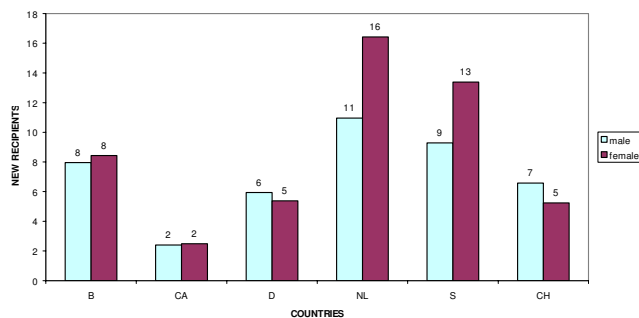
Tabelle 2.4 Invalidenrentenbezüger pro 1000 Versicherte nach Altersgruppe (2002)

Alter	B	CA	D	NL	S	CH
16-24 Jahre	3	0	1	5	13	5
25-34 Jahre	13	2	7	38	20	14
35-44 Jahre	38	12	22	79	50	29
45-54 Jahre	89	32	61	169	109	57
55-64 Jahre	155	128	271	546	235	107
Total	52	25	58	116	87	42

Hoher Frauenanteil in Holland und Schweden

In Grafik 2.5 sind die Neuberentungen pro 1000 Versicherte dargestellt. Kanada und die Schweiz verfügen über die niedrigsten Neuzugangsraten, und Holland sowie Schweden über die höchsten. Holland und Schweden verzeichnen bei den Neurentnern mehr Frauen als Männer, während sich in der Schweiz ein gegenteiliges Bild ergibt. Dort finden sich bei den Neuberentungen nämlich mehr Männer als Frauen. In den anderen Länder sind die Geschlechteranteile bei den Neuberentungen in etwa ausgeglichen.

Grafik 2.5 Neuberentungen pro 1000 Versicherte nach Geschlecht (2002)



Sieht man sich die geschlechts- und altersrelevanten Zahlen an (siehe Tabelle 2.5), sind bei den höchsten Altersgruppen bemerkenswerte Unterschiede zwischen den Ländern feststellbar. So verzeichnen Deutschland und die Schweiz einen höheren Männeranteil bei den Neuberentungen, während Schweden und Holland über höhere Frauenanteile verfügen.

Des Weiteren ist aus den Daten ersichtlich, dass Holland in allen Altersgruppen hohe Anteile verzeichnet, während die zweit höchsten Anteile in Schweden vor allem auf die älteste Altersgruppe zurückzuführen sind.

Tabelle 2.5 Neuberentungen pro 1000 Versicherte nach Alter und Geschlecht (2002)

Alter	B		CA		D		NL		S		CH	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
16-24 Jahre	3	2	0	0	0	0	2	4	3	3	2	2
25-34 Jahre	5	5	1	1	1	1	7	15	3	4	2	2
35-44 Jahre	8	9	1	2	3	4	11	18	6	11	4	5
45-54 Jahre	13	14	3	4	9	9	17	25	11	17	8	8
55-64 Jahre	11	11	10	10	19	14	22	27	24	30	16	10
Total	8		2		6		13		11		6	

Aus Grafik 2.6 und Tabelle 2.6 ist ersichtlich, welches Muster sich aus den Aufhebungen von Invalidenrentenzahlungen ergibt. Alle verglichenen Länder verzeichnen bei den Abgängen aus den Invalidenrentenprogrammen einen höheren Männer- als Frauenanteil. Zudem konnte festgestellt werden, dass das Alter bei den Aufhebungen eine Rolle spielt. So können in allen Ländern, ausser der Schweiz, die höchste Anzahl an Personen aus der jüngsten Altersgruppe wieder aus den Invalidenrentenprogrammen entlassen werden. Die Schweiz weist allgemein verhältnismässig sehr niedrige Raten bei den Aufhebungen in allen Altersgruppen (ausser bei den ältesten Bezüger) auf, während Belgien die höchsten Aufhebungsraten (ausser bei den ältesten Bezüger) verzeichnet.

Grafik 2.6 Anzahl der Aufhebungen pro 1000 Bezüger nach Geschlecht (2002)

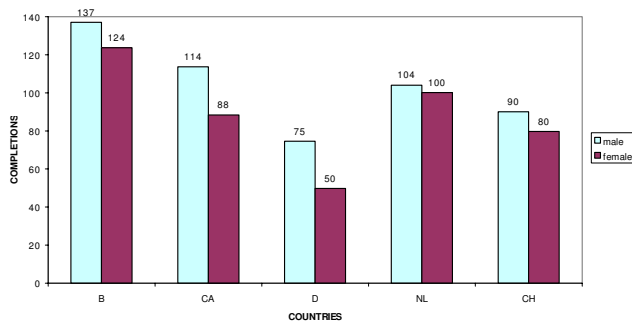


Tabelle 2.6 Aufhebungen pro 1000 Bezüger nach Geschlecht (2002)

Alter	B	CA	D	NL	CH
16-24 Jahre	391	130	216	243	48
25-34 Jahre	228	59	86	157	45
35-44 Jahre	125	40	67	106	38
45-54 Jahre	75	40	66	61	36
55-64 Jahre	169	155	61	117	149
Total	131	102	64	102	86

* Schweden: keine Angaben über Gründe für Aufhebungen von Invalidenrentenzahlungen.

Stark variierende Gründe für die Aufhebung von Invalidenrenten

Die von den meisten Sozialversicherungseinrichtungen gelieferten Daten bieten zudem einen Einblick in die Hintergründe der Aufhebungen. Aus Tabelle 2.7 sind die Gründe für die Abgänge aus den Invalidenrentenplänen ersichtlich. Obwohl die Kategorien der verschiedenen Systeme nicht unbedingt identisch sind, lassen sich klare Unterschiede feststellen.

Tabelle 2.7 Gründe für die Aufhebung von Invalidenrenten (2002)

Gründe	B	CA	D	NL	S*	CH
Ausschluss, Ablehnung	27%	-	-	-	-	-
Aufhebung vorübergehender Beitragszahlungen	-	-	11%	-	-	-
Übergang in Altersrente	32%	59%	61%	36%	-	57%
Erwerbswiederaufnahme	23%	7%	1%	45%	-	-
Genesung	-	1%	-	-	-	-
Todesfall	18%	30%	22%	11%	-	-
Migration	-	-	-	-	-	8%
Andere	-	4%	5%	9%	-	35%
Total	100%	100%	100%	100%	-	100%

* Schweden: keine Angaben die Gründe für Aufhebungen von Invalidenrentenzahlungen.

In allen Ländern ausser Holland sind die Hauptgründe für eine Aufhebung von Rentenzahlungen demografischer Natur: etwa 60% der Rentenaufhebungen erfolgen durch Erreichen des gesetzlichen Pensionsalters und 11 – 30% durch Todesfall. Doch in Belgien und Holland ergeben sich erheblich weniger Abgänge aus den Programmen infolge Erreichung des Pensionsalters (nur knapp über 30%), sondern vielmehr durch Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit bzw. in Belgien auch durch "Ablehnung" von Anträgen.

Das verhältnismässig geringe Gewicht der Übergänge von Invalidenrentenprogrammen in Altersrentenprogramme ist in diesen zwei Ländern auf verschiedene Gründe zurückzuführen. So haben die Erwerbstätigen in Belgien mehr als in anderen Ländern verschiedene Möglichkeiten zur Frühpensionierung. Und in Holland sind die tiefen Zahlen in dieser Kategorie möglicherweise auf das vergleichsweise jüngere Alter der Beitragsempfänger zurückzuführen. Es lässt sich zudem feststellen, dass die Sterbehäufigkeit von Invalidenrentenbezügern, ausser in Holland, auch zu den Aufhebungen beiträgt: In Kanada ist die Sterblichkeit sogar ein wesentlicher Faktor, ebenso in Deutschland und Belgien, allerdings in geringerem Ausmass.

3 INVALIDITÄT INFOLGE PSYCHISCHER BEEINTRÄCHTIGUNGEN

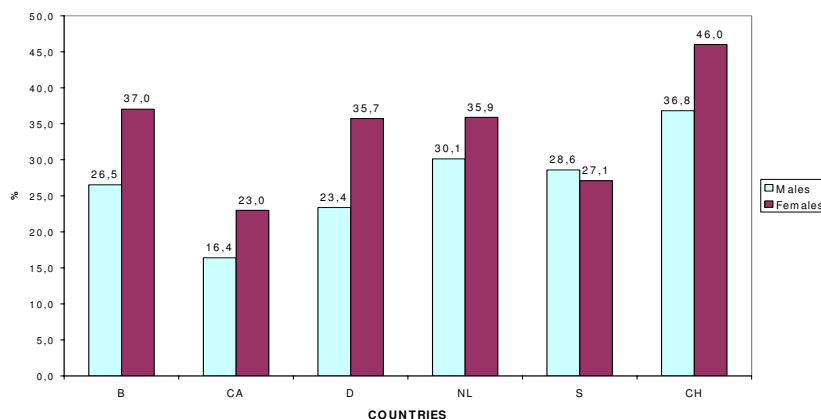
In diesem Kapitel befassen wir uns ausführlicher mit den Daten im Zusammenhang mit Invalidität infolge psychischer Beeinträchtigungen. Die Daten bezüglich der Ursachen bzw. Diagnosen aus den verschiedenen Sozialversicherungsstatistiken lassen allerdings keine detaillierten länderübergreifenden Vergleiche zu. Die Ursachen- bzw. Diagnosemuster der einzelnen Länder widerspiegeln nämlich gesetzliche, administrative und ganz besonders auch kulturelle Faktoren. Deshalb werden wir uns auf den Vergleich der Hauptursachen für Invalidität beschränken, namentlich auf Bezüger der Kategorien psychische Erkrankungen, Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats (Knochen und Bewegungsorgane) und eine Restkategorie ("alle anderen Ursachen"). In den meisten nordwesteuropäischen Ländern fallen etwa zwei Drittel aller Neuberentungen in die ersten zwei Kategorien.

3.1 Demografische Aspekte bei Invalidität infolge psychischer Probleme

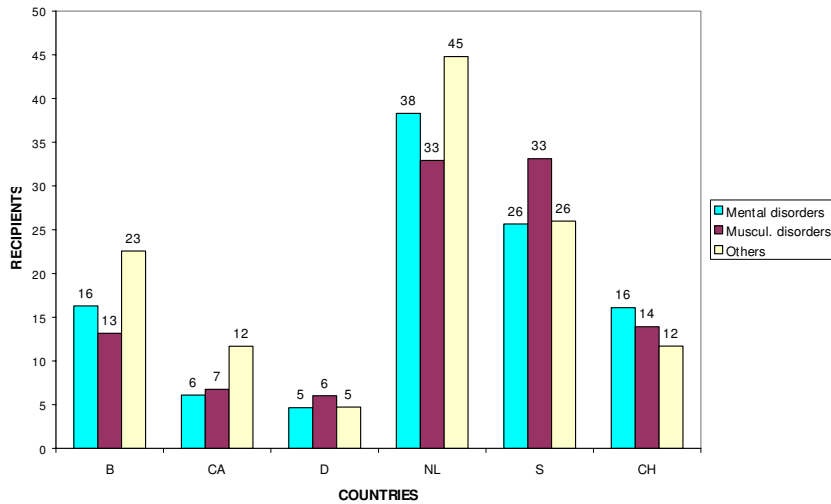
Besonders hoher Anteil an psychischen Erkrankungen in der Schweiz

Wie aus Grafik 3.1 ersichtlich, gibt es bei den Anteilen der psychischbedingten Neuberentungen einige Unterschiede. Kanada weist in dieser Kategorie den tiefsten Anteil auf und die Schweiz den höchsten (doppelt so hoch wie Kanada). Mit Ausnahme von Schweden lässt sich in allen anderen Ländern das gleiche Geschlechtsmuster feststellen: Der Frauenanteil ist nämlich durchwegs höher als der Männeranteil bei den Invalidenrentenbezügern wegen psychischer Erkrankungen. Vor allem Belgien, Deutschland und die Schweiz weisen hier erhebliche Unterschiede auf.

Grafik 3.1 Anteile der Neuberentungen infolge psychischer Erkrankungen (2002)

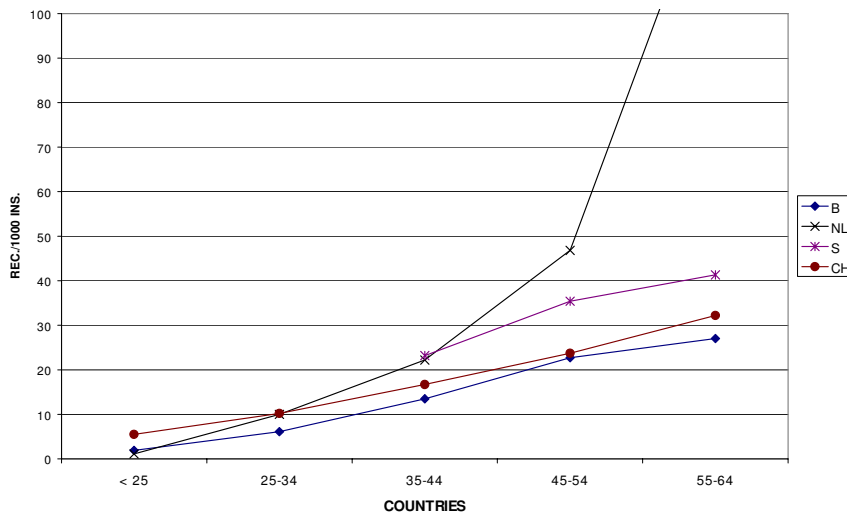


Grafik 3.2 IV-Rentenbezüger pro 1000 Versicherte nach Ursachen (2002)



Aus Grafik 3.2 ist ersichtlich, wie die Diagnosenmuster bei den Invalidenrentenbezügern aussehen bzw. welche Ursachen zur Invalidity führten. Neben dem bereits bekannten Muster, dass Holland und Schweden die höchsten Prävalenzraten aufweisen, ist ausserdem feststellbar, dass die Beeinträchtigung des Bewegungsapparats immer noch die anzahlmässig grösste Kategorie in Schweden und Deutschland ausmachen. Kanada, Belgien und Holland weisen zudem auch erhebliche Anteile in der Restkategorie ("andere Ursachen") auf.

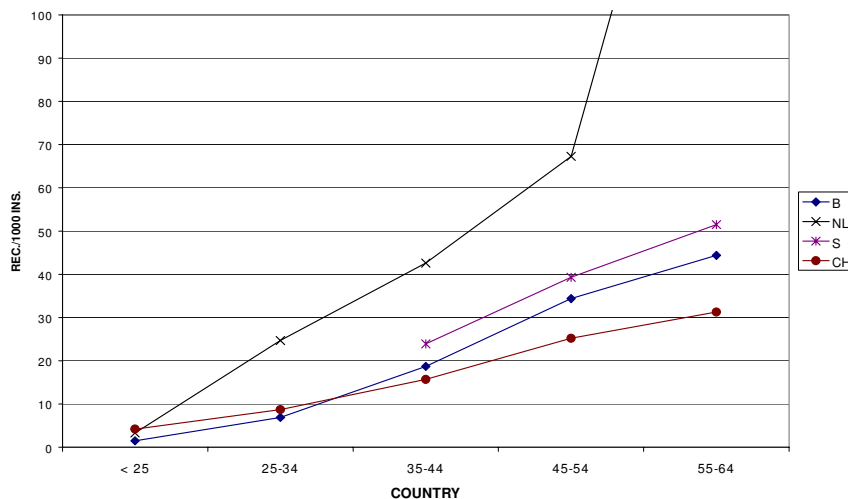
Grafik 3.3 Männeranteil (pro 1000 Versicherte) bei den psychischen Erkrankungen nach Alter (2002)



Besonders hoher Anteil an IV-Rentenbezügern infolge psychischer Beeinträchtigungen bei jungen Holländern

In den Grafiken 3.3. und 3.4 sind die Prävalenzen bei Invalidität auf Grund psychischer Beeinträchtigungen in vier Ländern dargestellt⁹. Bei den Männern zeigen sich bis zum Alter von 34 Jahren kaum Unterschiede zwischen den Ländern. Erst bei den danach folgenden Altersgruppen lassen sich in Holland und Schweden deutlich höhere Anteile als in Belgien und der Schweiz feststellen. Belgien und die Schweiz haben praktisch das gleiche Muster über alle Altersgruppen hinweg. Bei der ältesten Altersklasse weist Holland eine 3- bis 5-Mal höhere Prävalenz bei den psychischen Ursachen für Invalidität als die anderen Länder in der gleichen Altersgruppe auf.

Grafik 3.4 Frauenanteil (pro 1000 Versicherte) bei den psychischen Erkrankungen nach Alter (2002)



Die Frauenanteile bei den IV-Bezügern infolge psychischer Erkrankungen weisen ein geringfügig unterschiedliches Muster auf. Während in der Schweiz und in Belgien bei den jüngsten Altersgruppen die praktisch gleichen Prävalenzen anzutreffen sind, kommen bei den Holländerinnen im Alter von 25 – 34 Jahren psychische Ursachen für Invalidität drei Mal so häufig vor wie in den anderen Ländern. Diese länderspezifischen Unterschiede nehmen mit steigendem Alter zu. So ist der Anteil der Holländerinnen mit psychischen Erkrankungen in der ältesten Altersgruppe der IV-Bezügerinnen sechs Mal so hoch wie derjenige der Schweizerinnen in der gleichen Altersgruppe und vier Mal so hoch wie derjenige der Belgierinnen.

⁹ Für Deutschland und Kanada waren keine Daten erhältlich, und für Schweden konnten nur Daten für Personen im Alter von über 34 Jahren miteinbezogen werden.

3.2 Psychische Erkrankungen und Teilrenten

An dieser Stelle untersuchen wir, inwiefern und ob sich der Anteil von Teilberentungen bei Bezüglern infolge psychischer Erkrankungen von den Teilberentungen verglichen mit allen IV-Berentungen unterscheiden. Dieser Vergleich lässt sich nur zwischen Holland, Schweden und der Schweiz anstellen¹⁰.

Tabelle 3.1 Teilberentungen bei IV-Bezüglern mit psychischen Erkrankungen in Prozenten (2002)

	Psychische Ursachen		Alle Ursachen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Holland	25.4	23.3	37.3	26.8
Schweiz	11.2	18.5	22.9	28.2
Schweden	7.7	14.2	22.2	25.4

Aus Tabelle 3.1 ist ersichtlich, dass psychische Erkrankungen mit Vollrenten assoziiert werden. Es lässt sich ein verbreitetes Muster feststellen: nämlich, dass Teilberentungen bei psychischen Ursachen erheblich weniger häufig als im Gesamtmittel ("alle Ursachen") zugesprochen werden. Trotz dieses allgemein gültigen Musters, lassen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern feststellen: Während in Holland etwa ein Viertel der Bezüglern eine Teilrente erhält, beläuft sich dieser Anteil in der Schweiz und in Schweden auf nur gerade die Hälfte bzw. ein Drittel des holländischen Anteils.

¹⁰ Deutsche Daten fehlen und die Programme in anderen Ländern sehen nur Beiträge im Fall von Vollinvalidität vor.

4 MASSNAHMENPALETTE

4.1 Ziel der Untersuchung

Die bisherigen länderübergreifenden Vergleiche konzentrierten sich auf Vergleiche der jeweiligen Anteile von Invalidenrentnerinnen und –rentnern, Trends und den zu Grunde liegenden Mustern. Es wurde beschrieben, inwiefern sich Invalidenrentenabhängigkeit auf Personen im Erwerbsalter auswirkt, die ihre Erwerbstätigkeit infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen ganz oder teilweise aufgeben müssen.

In der Kurzübersicht über Massnahmen zur Verhinderung bzw. Eindämmung von vorübergehender und dauernder Invalidität infolge psychischer Gesundheitsprobleme konzentrieren wir uns auch auf Beschäftigte als Zielgruppe. Dementsprechend werden im Folgenden Massnahmen beschrieben, die auf Personen im Angestelltenverhältnis fokussieren, die auf psychische Gesundheitsprobleme anfällig sind und krankheitsbedingte Absenzen aufweisen bzw. invalid sind.

Wir schliessen zudem nicht alle Massnahmenarten mit ein: Medizinische Interventionen fallen nicht in den Erhebungsbereich, auch Literatur über medizinische, psychologische oder psychotherapeutische Behandlungen nicht. Wir beschränkten uns auf Massnahmen, die sich auf die Weiterführung der Arbeitstätigkeit bzw. Anstellung und damit auf eine Verringerung der Invalidenrentenabhängigkeit konzentrieren. Demzufolge beinhaltet unsere Auswahl Massnahmen, die bei den krankheitsbedingten Absenzen und Invalidität infolge psychischer Beeinträchtigungen ansetzen.

Die beschriebenen Massnahmen decken ein breites Spektrum gesundheitlicher Probleme im Bereich psychischer Krankheiten und Beschwerden ab. Wir beschränken uns dabei aber nicht allein auf Massnahmen, über die umfassende Evaluationsstudien erhältlich sind. Das wäre auch gar nicht möglich, da psychischen Problemen und deren gesundheitlichen Auswirkungen am Arbeitsplatz (z. B. Stress, Aggression, Mobbing) erst seit etwa 10 Jahren Aufmerksamkeit geschenkt wird. Psychische Probleme mit geringer oder keiner Verbindung zur Arbeit (z. B. Depressionen, chronische Müdigkeit, Fibromyalgie) werden sogar erst seit kurzem in Präventionsprogrammen erfasst. Deshalb mag es kaum erstaunen, dass die meisten im Folgenden präsentierten Instrumentarien und Strategien sich entweder noch im Entwicklungsstadium befinden oder eingeführt worden sind, ohne dass Substantielles über deren Anwendung oder Auswirkungen bekannt bzw. vorhanden ist.

Die Programme und Massnahmen können in drei Kategorien eingeteilt werden:

- Früherkennung;
- Beschäftigungsbezogene Interventionen (und zwar auf Ebene der einzelnen Personen sowie auf Firmen- bzw. Branchenebene);
- Sozialversicherungsbezogene Massnahmen.

4.2 Früherkennung von potentiell gefährdeten Gruppen

4.2.1 Monitoring von Personen mit Risiko für dauernde Arbeitsunfähigkeit (UK)

Die Corporate Medical Group veröffentlichte 2003 einen Bericht über Methoden zum "Screening von Personen mit einem Risiko für dauernde Arbeitsunfähigkeit" – "Screening to identify people at risk of long term incapacity to work" (Waddell et al, 2003). Dies vor dem Hintergrund, dass die Sozialversicherungen daran interessiert waren, möglichst früh all-fällige Personen mit einem Risiko für dauernde Arbeitsunfähigkeit zu erkennen.

Zielsetzung der Studie war es, Methoden zu entwickeln, die zielgerichteter und wirksamere Interventionen zulassen, um betroffene Personen dahingehend zu unterstützen, dass sie aus den Invaliditätsprogrammen entlassen und wieder ins Erwerbsleben integriert werden können. Diese Methoden sollten es ermöglichen, einerseits Risikogruppen für dauernde Arbeitsunfähigkeit und andererseits diejenigen Personen, die relativ rasch wieder eine Arbeit aufnehmen können, zu identifizieren. Sie sollten sowohl auf Einzelpersonen im Anstellungsverhältnis als auch auf invalide Gruppen (Angestellte, Arbeitslose, Nicht-Aktive) angewendet werden können. Weitere Kriterien waren zum Beispiel: einfache Durchführbarkeit (ohne Bezug einer Fachperson), genügende Transparenz und möglichst exakte "Trefferquote".

Der Bericht enthält Angaben über konzeptuelle und wissenschaftliche Grundlagen von Screenings, ob Screenings bei allen medizinischen Bedingungen angewendet werden können, den relativen Wert von administrativen Daten (bei den Sozialversicherungen) versus individuellen klinischen und psychologischen Daten sowie der Durchführbarkeit von Screenings in einem sozialversicherungstechnischen Kontext.

Im Zusammenhang mit diesem Bericht wurde eine beträchtliche Anzahl einzelner Prädiktoren für Langzeitarbeitsunfähigkeit identifiziert, doch waren nur wenige aussagekräftig genug, um in verschiedenen Studien und unterschiedlichen Kontexten zu bestehen. So liefern zwar Screenings, die auf soziodemografischen Daten beruhen, nützliche Informationen für das Sozialversicherungswesen, die verwendeten Risikofaktoren (z. B. Alter über 55) hingegen bieten nur begrenzt Informationen über mögliche Hindernisse für eine Arbeitswiederaufnahme.

Des Weiteren kam die Studie zum Schluss, dass eine einigermaßen adäquate Voraussage nur bei subakuter Arbeitsunfähigkeit (bei etwa 3-4 Wochen) möglich ist und bei über sechsmonatiger Dauer alle Betroffenen als Risikogruppe angesehen werden müssen. Die unterschiedlichen Ergebnisse legen nahe, dass aus den verschiedenen Studien nicht einfach ein einziges allgemein gültiges und verlässliches Screeninginstrument zur universellen Einsetzung hervorgegangen ist. Die Autoren der Studie räumen ein, dass das Screeninginstrument in einem Sozialversicherungskontext potentiell nützlich eingesetzt werden kann, aber einer Weiterentwicklung bedarf. Deswegen muss die Entwicklung von Screeninginstrumenten an die Ausarbeitung von effizienteren Rehabilitationsprogrammen gekoppelt werden.

Basierend auf dieser Studie wurde von den ärztlichen Abklärungseinrichtungen ("Corporate Medical Group") ein Vorprojekt für ein Pilotprogramm mit dem Ziel begonnen, Neurentnerinnen und –rentner mit der grössten Wahrscheinlichkeit einer Arbeitswiederaufnahme in den folgenden sechs bis zwölf Monaten bzw. diejenigen mit den schwierigsten medizinischen Bedingungen herauszufiltern. Bei dieser Erhebung sowie auch im laufenden Follow-up-Projekt wurden erwerbsunfähige Personen infolge psychischer Probleme nicht berücksichtigt. In den Ausführungen zum Projekt wird indessen festgehalten, dass der psychologische Faktor "Depression" zwar ein relativ gering vorkommender Prädiktor ist, aber ein umso bedeutender Vorbote von chronischen Schmerzen und Invalidität darstellt.

4.2.2 Identifizierung von Arbeitnehmenden mit psychischen Gesundheitsproblemen (NL)

In Holland spielen Betriebsärzte eine wichtige Rolle bei der Unterstützung der Unternehmen bei der Ausarbeitung und Implementierung von Programmen und Richtlinien bezüglich Arbeitsbedingungen und Handhabung krankheitsbedingter Absenzen. In diesem Zusammenhang sind Beurteilungsgrundlagen (Fragebögen) zu Händen der Arbeitnehmer entwickelt worden, die den Betriebsärzten bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit bzw. Arbeitswiederaufnahme als Basis dienen. Dabei steht dem Betriebsarzt ein Fragebogen zur Feststellung bzw. "Messung" von psychischen Gesundheitsproblemen im Allgemeinen sowie ein spezieller Fragebogen ("UBOS") zur Feststellung eines "Burnout"-Syndroms zur Verfügung. Es scheint indessen, als würde nur eine Minderheit der Betriebsärzte sich dieser Fragebögen regelmässig bedienen. Ähnliche Instrumentarien werden auch in anderen Ländern für Betriebsärzte entwickelt (z. B. Deutschland, Vereinigtes Königreich).

4.3 Beschäftigungsbezogene Interventionen

4.3.1 Richtlinien zur Arbeitswiederaufnahme bei psychischen Störungen (NL)

Eine multidisziplinäre¹¹ (staatliche) Kommission arbeitete im Jahr 2001 Verbesserungsvorschläge im Zusammenhang mit Prävention, Betreuung und Arbeitswiederaufnahme bei Absenzen infolge psychischer Probleme aus. Die Kommission erstellte als Erstes ein Inventar der laufenden Initiativen in diesem Bereich. Anschliessend wurden Richtlinien für ein integriertes Vorgehen bei Personen mit krankheits- bzw. invaliditätsbedingten Absenzen infolge psychischer Gesundheitsprobleme entwickelt. Dabei wird auch dem Problem "Einzelkonflikte am Arbeitsplatz" ausdrücklich Platz eingeräumt, da sich zeigte, dass ein erheblicher Anteil der Langzeitabsenzen auf Konflikte mit dem Arbeitgeber bzw. dem Vorgesetzten zurückzuführen war.

¹¹ Die Kommission setzte sich zusammen aus: Fachärzten, Psychotherapeuten, allgemein praktizierenden Ärzten sowie Vertretern aus Rehabilitationseinrichtungen, beruflicher Gesundheitsdienste, Sozialversicherungen, Arbeitgeberorganisationen, Gewerkschaften, Patientenorganisationen, Ministerien und wissenschaftlichen Zentren .

Die Richtlinien sind systemorientiert und sehen ein "aktives Vorgehen" vor: Nach einer verhältnismässig kurzen Genesungsdauer sollen die Probleme analysiert und Lösungen ausgearbeitet werden, damit sich Arbeitgeber wie Arbeitnehmer aktiv um eine Genesung und Arbeitswiederaufnahme bemühen (Absence, 2004). Dabei kommen folgende Schritte zur Anwendung (Zusammenfassung):

Erste Woche krankheitsbedingter Absenz

Der Arbeitnehmer meldet sich krank (am ersten oder zweiten Tag) und steht für eine telefonische Kontaktnahme des Arbeitgebers bzw. des Vorgesetzten später in der gleichen Woche zur Verfügung. Der Arbeitgeber bzw. der Vorgesetzte fragt nach, ob die Absenz mit der Arbeit zu tun hat und wann und unter welchen Bedingungen der Angestellte die Arbeit wieder aufnehmen kann.

Zweite Woche

Wiederum telefonische Kontaktnahme: Der Arbeitgeber bzw. Vorgesetzte erkundigt sich nach der Lage der Dinge und fragt nach den Ursachen, nach dem Fortschritt der Genesung und ob ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wurde. Der Patient wird des Weiteren danach gefragt, ob er sich Lösungen überlegt habe und was der Arbeitgeber (weiter) tun könnte. Falls der Hintergrund für die krankheitsbedingte Absenz weiterhin im Unklaren bleibt, sollte der Betriebsarzt beigezogen werden.

Vor der fünften oder in der fünften Woche der Absenz

Wenn es so aussieht, als würde die Absenz zur chronischen Angelegenheit: Der Betriebsarzt sollte nun eine "Problemanalyse" erstellen. Dies ermöglicht einen ersten Einblick in die Ursachen und eine Eingrenzung der Gebrechen sowie der Absenzendauer. Falls notwendig, sollte eine Follow-up-Untersuchung folgen (evt. psychiatrische Untersuchung). Basierend auf der "Problemanalyse" und auf Rat des Betriebsarztes erstellen Arbeitgeber und Arbeitnehmer einen (schriftliche) Arbeitswiederaufnahmeplan und führen diesen aus. Falls nötig mit beratendem Beistand und Betreuung.

Zwischen der sechsten und der zwölften Woche

Scheint die Absenz von komplexer Natur und weiter anzudauern, bespricht der Arbeitgeber die weiteren Schritte mit dem Arbeitnehmer und dem Betriebsarzt. Arbeitgeber und Arbeitnehmer können von der Sozialversicherungseinrichtung eine Beurteilung ("Zweitmeinung") anfordern (über weitere Lohnzahlungen und über die Verfügbarkeit und das Angebot passender Arbeit innerhalb des Unternehmens). Ebenso sollte die Möglichkeit von allfälligen "Wiedereingliederungsbeiträge" abgeklärt werden.

Nach der zwölften Woche

Der Arbeitgeber bzw. Vorgesetzte sowie der Arbeitnehmer und Betriebsarzt stehen in regelmässigem Kontakt (alle sechs Wochen) und besprechen den Stand der Genesung und die Möglichkeiten der Arbeitswiederaufnahme. Die Nachfragedaten sowie allfällige Anpassungen bzw. Änderungen im Arbeitswiederaufnahmeplan werden schriftlich vereinbart.

Zum Schluss: Prävention zukünftiger krankheitsbedingter Absenzen

Falls notwendig, besprechen der Betriebsarzt, der Arbeitnehmer und der Vorgesetzte, wie vorgesorgt werden kann, damit der betreffende Arbeitnehmer nicht wieder krank wird. Dabei ist von zentraler Bedeutung, dass geprüft wird, inwiefern die Arbeit bzw. Arbeitssituation und das Verhalten des Arbeitnehmers am Arbeitsplatz geändert werden kann, um zu verhindern, dass der Arbeitnehmer wieder arbeitsunfähig wird. Ebenso muss geprüft werden, ob einzelne Faktoren der Arbeitssituation auch gesundheitsrelevante Auswirkungen auf andere Arbeitnehmer und deren Arbeitsausübung in der gleichen Abteilung bzw. Firma haben.

Die Richtlinien wurden im Herbst 2001 veröffentlicht, gefolgt von einer Werbekampagne (für Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Gesundheitsleistungserbringer usw.) und einem Schulungsprogramm (z. B. für Betriebsärzte). Beide flankierenden Massnahmen zielten darauf ab, die entsprechenden Kreise für die Anwendung der Richtlinien zu motivieren. Eine erste Erhebung ergab, dass ein Jahr nach der Einführung nur eine Minderheit der Betriebsärzte und Arbeitgeber die Richtlinien anwenden.

Ein erst kürzlich evaluiertes Pilotprojekt in sieben Institutionen (Gesundheitswesen), die sich motiviert zeigten, die hohen krankheitsbedingten Absenzen infolge psychischer Gesundheitsprobleme (positive Selektion!) anzugehen, hat folgende Zwischenergebnisse hervorgebracht (siehe van den Heuvel et al., 2004):

- a. Die Richtlinien sind nicht integral eingesetzt worden: Jede Institution hat die am besten auf ihre Bedürfnisse passenden Elemente in ihre jeweiligen Programme übernommen;
- b. Grundsätzliche Vorgaben der Richtlinien (z. B. gleichzeitiges Fokussieren auf Genesung und Arbeitswiederaufnahme) sind in alle Programme aufgenommen worden;
- c. Erleichtert wurde die Anwendung der Richtlinien, wenn (Auswahl): das Management dies unterstützte, die jeweiligen Vorgesetzten von Betroffenen in die Ausarbeitung ihres Programms miteinbezogen wurden, die Vorgesetzten geschult wurden, eine externe Beratung beigezogen wurde (kostenlos in diesem Pilotprojekt);
- d. Hindernisse (Auswahl) bei der Anwendung der Richtlinien ergaben sich, wo die Implementierung sich als zeitaufwändig erwies. Auch ist die Feststellung von psychischen Gesundheitsproblemen durch Vorgesetzte schwierig: Sie kontaktieren Mitarbeitende mit psychischen Problemen nur ungern; die Richtlinien werden als sehr weitgehend aufgefasst.

Eine im Juni 2004 abgehaltene Konferenz über die ersten Erfahrungen hat zudem festgehalten, dass die Unterstützung des Managements für die Implementierung der Richtlinien unabdingbar ist, da Vorgesetzte und Betriebsärzte zögern, an die Eigenverantwortlichkeit der Arbeitnehmer zu appellieren, und Leistungserbringer im Bereich der psychischen Gesundheit nur ungenügend über das Bestehen dieser Richtlinien und die ausserordentlich bedeutende Rolle, die Arbeit bzw. eine Anstellung beim Genesungsprozess spielt, wissen¹².

¹² Persönliche Kommunikation mit Ilse Hento (Holland).

4.3.2 **Arbeitsplatzerhaltung und psychische Gesundheit: Übersicht entsprechender Literatur und Pilotprojekte (UK)**

Im Rahmen des im Vereinigten Königreich eingesetzten neuen Programms für Invalide (New Deal for Disabled Persons NDDP) wurde die vorhandene Literatur zu diesem Themenbereich durchgesehen, mit dem Ziel, die Hauptkriterien für ein Pilotprojekt zur Arbeitsplatzerhaltung auszuarbeiten. In diesem Zusammenhang sind die Studienverfasser unter anderem zum Schluss gekommen (hauptsächlich auf Literatur aus dem englischen Sprachraum basierend), dass ein erheblicher Mangel an Forschung und Literatur über psychische Gesundheit und Arbeitsplatzerhaltung herrscht (Thomas, et al., 2002). Literatur ist zu den folgenden drei Modellen evaluiert worden:

- a. *"Employee assistance programmes EAPs"* (Arbeitnehmeransatz): Arbeitgeber stellen eine Art Beratungsbeitrag zur Verfügung, um damit psychisch unter Druck stehenden Personen Zugang zu kostenloser und vertraulicher Hilfe zu ermöglichen (z. B. Intervention bei arbeitsbedingtem Stress ohne Arbeitsunterbruch). Diese Programme werden hauptsächlich in grossen Organisationen in den Vereinigten Staaten und dem Vereinigten Königreich angewendet.
- b. *"Social process model"* (Vermittlungsansatz, soziale Integration): Dabei wird eine Person mit entsprechender Erfahrung bzw. Ausbildung speziell als Vermittler für Arbeitsplatzerhaltungsbemühungen eingesetzt und bietet einerseits der Arbeitgeberseite Informationen über die Art der Beeinträchtigung und erläutert andererseits beeinträchtigten Arbeitnehmern die Arbeitsplatzprogramme. Zudem soll diese Person auch mit Arbeitgebern verhandeln, um arbeitnehmergerechte Anpassungen zu vereinbaren und schult Vorgesetzte sowie andere relevante Personen, wie invalide Mitarbeitende unterzubringen sind.
- c. *"Case management approach"* (fallweiser Ansatz): Dabei wird eine Bezugsperson, die zur besseren Kommunikation zwischen den involvierten Parteien (Gesundheitsdienste, Arbeitgeber, Arbeitnehmer, weitere betroffene bzw. beteiligte Institutionen) beiträgt, beigezogen. Sie koordiniert als Fallmanager den weiteren Behandlungsverlauf anhand eines zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer vereinbarten Arbeitswiederaufnahmepans.

Die Verfasser gelangen zum Schluss, dass das Fallmanagement die wirksamste Methode darstellt. Dieses Modell wurde im Vereinigten Königreich (Thomas, et al., 2003) weiter getestet und als Pilotprojekt mit einer verhältnismässig geringen Anzahl Klienten eingesetzt. Anlässlich des Projekts stellte sich folgender Bedarf heraus:

- Frühzeitige Intervention: Der Zugang zum Fallmanagementdienst sollte innerhalb von 4 Wochen erfolgen;
- Unablässiges Fokussieren auf Arbeitswiederaufnahme (wie, wann, welche Aufgabe bzw. Stelle);
- Laufende Unterstützung;

- Zugang zum Programm, ungeachtet der Ursache bzw. Diagnose;
- Fallmanager müssen ein gewisses Spektrum an Erfahrung und Ausbildung bzw. Wissen aufweisen (z. B. im Bereich psychische Gesundheit, arbeitsrelevante Themen, Mitgefühl für den Klienten sowie Verständnis für die Anliegen des Arbeitgebers, Vermittlung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer).

4.3.3 Initiativen zur Bewusstseinsförderung von psychosozialen Risiken (EU)

Im Herbst 2002 hat die in Bilbao, Spanien, ansässige Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz (European Agency for Safety and Health at Work) eine Übersicht von Modellen für "good practice" und Prävention psychosozialer Risiken am Arbeitsplatz präsentiert. Die präsentierten Programme konzentrieren sich auf drei Risikobereiche: Stress, Mobbing und Gewalt. Folgend einige der präsentierten Beispiele (Agency, 2002):

Entwicklung von Programmen zur psychischen Gesundheitsförderung in Industrieunternehmen (Vereinigtes Königreich)

Im Vereinigten Königreich haben mehrere grosse Arbeitgeber ein Programm zur innerbetrieblichen psychischen Gesundheitsförderung ("Company Mental Health Policy") mit dem Ziel entwickelt, das psychische Wohlbefinden ihrer Arbeitnehmer zu erhalten. Die Programme bestehen aus einem Risikobeurteilungsansatz (zur Förderung realistischer Verbesserungen bei der Arbeitsplanung und -verwaltung) und Initiativen zur Bewusstseinsförderung (Broschüren über den Umgang mit solchen Problemen, Tagesworkshops zum Thema Stress usw.). Mit diesem Ansatz konzentriert man sich explizit auf Präventivmassnahmen, die auf Organisationsebene ansetzen. Der Ansatz auf Organisationsebene gilt als nachhaltiger wirksam als nachträgliche Rehabilitation oder Individualinterventionen.

Implementierung von Antimobbingprogrammen (Finnland)

Mobbing am Arbeitsplatz kann zu schwerem Stress, psychischen und physischen Gesundheitsproblemen, posttraumatischen stressbedingten Krankheiten sowie vermehrten krankheitsbedingter Absenzen führen. Zahlreiche (grosse) Organisationen in Finnland haben Programme und Richtlinien zum Umgang mit Mobbing Situationen ausgearbeitet und implementiert. Vorgesetzte und OSH-Personal (Occupational Safety and Health Service) werden unterstützt und darin geschult, wie mit Mobbingtätern und -opfern umzugehen ist, sowohl auf persönlicher Ebene als auch innerhalb der Organisation.

Prävention von Gewalt am Arbeitsplatz im Gesundheitswesen (Holland)

Eine grosse Mehrheit von Ärztinnen und Krankenschwestern in holländischen Spitälern hat psychologische oder physische Gewalt und sexuelle Belästigung erfahren. Die in diesem Zusammenhang eingesetzten Präventionsprogramme ("Safe Care Projects") in holländischen Spitälern beinhalten strikte Massnahmen gegen Aggression und Gewalt und bestehen aus verschiedenen Elementen: Als erstes werden gewalttätige Vorfälle in drei ver-

schiedene Typen eingeteilt und entsprechend vorgegangen ("gelbe und rote Karten"). Des Weiteren sind Verbesserungen bei den Sicherheitsaspekten und Schulung des Personals für Methoden der Aggressionskontrolle enthalten.

Auch andere Organisationen – internationale (ILO, European Foundation) und andere – bieten ähnliche Übersichten von "best practices" an.

4.3.4 Präventionsstrategien im Umgang mit Angst, Depressionen und stressbedingten Krankheiten (Europa)

Im Juli 2003 ist ein Bericht über Programme im Zusammenhang mit der Förderung von psychischer Gesundheit und Präventionsstrategien (einschliesslich Früherkennung und Intervention bei Angstzuständen, verschiedenen Formen von Depressionen und stressbedingten Krankheiten) herausgebracht worden. Die Studie enthält sowohl eine Würdigung der entsprechenden wissenschaftlichen Literatur als auch eine Ist-Analyse über entsprechende Programme auf kommunaler Ebene sowie in Unternehmen und Institutionen in 15 EU-Mitgliedstaaten.¹³

Die Evaluierung der Programme führte zwar zu einer Liste ausgewählter "Modelle und best practices", aber viele der aufgelisteten Modelle und Praktiken wurden noch keiner eingehenderen und strukturierteren Evaluation unterzogen. Trotzdem konnten zehn Schlüsselpfehlungen zur Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Krankheiten formuliert werden (Berkels et al., 2004). So wird im Bereich über Angst, Depressionen und stressbedingten Krankheiten bei "Erwerbstätigen im Alter von 25–60 Jahren" empfohlen, Förder- und Präventionspläne im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit in die betrieblichen Sicherheits- und Gesundheitsschutzprogramme zu integrieren. Die gewählten 20 Modelle guter Praktik ("good practice") fokussieren hauptsächlich auf die Unternehmensebene und variieren je nach Interventionsstufe, z. B.:

- Ansatz bei den Einzelpersonen (z. B. Verbesserung der Zusammenarbeit bzw. des Umgangs miteinander);
- Soziale Umgebung (z. B. Programme zur Bekämpfung von Mobbing);
- Arbeitsbedingungen (z. B. Reduzierung von Risikofaktoren oder Änderung der Arbeitsorganisation).

Bei den Massnahmen auf Unternehmensebene sollten Angst und Depressionen bei den Arbeitnehmern im Vordergrund stehen, indem deren interner Wirkungskreis ausgebaut und die soziale Integration bzw. der Zusammenhalt gefördert wird. Als Instrumente dienen dabei Schulungen, Informationen, Persönlichkeitsstärkung und Strategien im Umgang mit anderen und mit Problemen. Ebenso kommt eine Unternehmenspolitik mit Richtlinien gegen Mobbing, Belästigung und Gewalt am Arbeitsplatz zum Einsatz.

¹³ In der Studie werden drei Lebensaltersabschnitte (Kinder, Adoleszente, junge Erwachsene – erwerbstätige Erwachsene – ältere Leute) und unterschiedliche Hintergründe (z. B. Bildungsstätten, Arbeitsplätze, Altersbetreuungsdienstleistungen) untersucht.

4.3.5 **Abkommen über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz (NL)**

Abkommen über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz sind Vereinbarungen zwischen der Regierung, Arbeitgeberorganisationen und den Gewerkschaften für bestimmte Branchen mit dem Ziel, Gesundheitsrisiken zu reduzieren, Arbeitsbedingungen zu verbessern und krankheitsbedingte Absenzen sowie die Anzahl der Personen, die Anspruch auf Invalidenrenten geltend machen, zu reduzieren.

Die 1999 eingeführten Abkommen sind aufgabenbasiert und enthalten messbare Zielsetzungen, z. B. Reduzierung der krankheitsbedingten Absenzen um 20% in zwei Jahren. Andere im Abkommen erwähnte Themen können sein: Arbeitsdruck, physischer Druck und RSI (Repetitive Strain Injuries), Intervention bei Aggression und Gewalt, Erstellung eines Vorgehensprogramms bei krankheitsbedingten Absenzen, Förderung von Frühwiedereingliederungsmassnahmen usw.

Ende 2003 waren etwa 51 solcher Sicherheits- und Gesundheitsschutzabkommen in Anwendung und schlossen damit 3,3 Millionen Arbeitnehmer (46% der Erwerbstätigen in Holland) mit ein. Etwa 20% der Abkommen betrifft Massnahmen im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit hinsichtlich Arbeitsbedingungen, zum Beispiel Gewalt und Belästigung (z. B. bei der Polizei, im Gesundheitswesen) oder Arbeitsdruck und Stress (z. B. Bankensektor, Schulen, Behörden, Reinigungsdienstleister).

Die ersten Ergebnisse der Sicherheits- und Gesundheitsschutzabkommen sind positiv. In den Branchen mit einem solchen Abkommen ist 2002 die Rate an krankheitsbedingten Absenzen um 8,4% gesunken. In den Bereichen und Branchen ohne Sicherheits- und Gesundheitsschutzabkommen sind die krankheitsbedingten Absenzen im Grossen und Ganzen gleich geblieben (Arboconvenanten, 2004).

4.4 **Sozialversicherungsbezogene Massnahmen**

Im Bereich der Sozialversicherungen lässt sich eine dritte Kategorie von Massnahmen feststellen. Die diesbezüglichen Initiativen betreffen verschiedene Themenbereiche: Überprüfung von als krank gemeldeten Arbeitnehmern, Vorgehensweisen bei der Beurteilung und Einstufung von Invalidität und Anerkennung von durch den Beruf bzw. die Arbeit verursachte psychische Gesundheitsprobleme ("Berufskrankheit").

4.4.1 **Spezifische Kriterien für die Evaluation von psychosomatischen Syndromen (Dänemark)**

Bereits in den 90er Jahren hat man bei der dänischen Sozialversicherung festgestellt, dass bei ihren 275 lokalen Agenturen erhebliche Unterschiede in der Anerkennungsrate von Invalidität infolge psychosomatischer Syndrome bestehen. Des Weiteren ist aus den Reihen der Politiker und Patientenorganisationen Kritik darüber laut geworden, dass die Sozialversicherung den Antragstellern bei Erkrankungen wie Fibromyalgie, chronischem Müdigkeits-

und chronischem Stresssyndrom nur sehr zurückhaltend Invalidenrenten zuspricht. Deshalb sind im Dezember 1993 für diese Syndrome spezifische Beurteilungskriterien für allfällige Invalidenrentenansprüche weiter ausgearbeitet worden (Briket-Smith, 2000¹⁴).

Aus kürzlich erstellten dänischen Statistiken ist ersichtlich, dass Antragsteller mit Fibromyalgie, chronischem Müdigkeits- und Stresssyndrom sowie 'Whiplash associated disorders' (chronische Schmerzen) häufiger Invalidenrenten zugesprochen erhalten als die Gesamtdurchschnittsrate (alle Ursachen). Das kann auf den wachsenden Druck aus Patientenorganisationen und den Medien zurückzuführen sein. Dänische Fachleute führen dieses Ergebnis aber auch auf eine fehlende gemeinsame Grundlage in den medizinischen Berufen hinsichtlich pathologischem Status und Prognosen für diese Syndrome zurück. Eine Revision der aktuellen Richtlinien für die Beurteilungsärzte drängt sich im Moment allerdings nicht auf, da die jährliche Anzahl von Neuberentungen massiv gesunken ist (von 30'000 auf 15'800 im Jahr 2002).

4.4.2 Früherkennung von Personen mit chronischem Müdigkeitssyndrom (Belgien)

In Belgien werden Vertrauensärzte der Sozialversicherung nicht nur bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit (krankheitsbedingte Absenzen bis ein Jahr) eingesetzt, sondern auch für die Beurteilung allfälliger nachfolgender Invalidenrentenansprüchen. 1999 hat das medizinische Personal der Krankenkassen Beurteilungsrichtlinien für Ansprüche bei chronischem Müdigkeitssyndrom entwickelt. Nach diesen Richtlinien wird man einige Wochen nach dem Beginn von Krankentaggeldzahlungen zum ersten Mal tätig. Die Richtlinien sind allgemein gehalten und enthalten sowohl Invaliditätsbeurteilungsaufgaben als auch "Empfehlungen" bzw. Ratschläge für den Patienten bezüglich Arbeitswiederaufnahme. Es wird in zwei Schritten vorgegangen (Vanden Wijngaert, 2001):

1. Daten sammeln und Beziehung aufbauen

Im ersten Schritt werden alle relevanten Informationen (Anamnese, klinische Untersuchung, Analyse der Informationen vom behandelnden Arzt) gesammelt. An zweiter Stelle folgt die Schaffung einer Basis für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem beurteilenden Arzt und dem Patienten. Danach muss der Patient alle 4 bis 6 Wochen den Vertrauensarzt der Sozialversicherung aufsuchen. Nach drei Konsultationen wird eine Entscheidung getroffen: Der Versicherte wird entweder als arbeitsfähig eingestuft oder der weitere Verlauf wird beobachtet und die betroffene Person bei der Wiederaufnahme von Arbeit unterstützt.

Die Methode zur Feststellung von Personen mit chronischem Müdigkeitssyndrom wird nicht näher spezifiziert bzw. standardisiert. Dem beurteilenden Arzt stehen erstens die durch den behandelnden Arzt gelieferten Informationen (Diagnosen gemäss Arztzeugnis, zusätzlich verlangte Informationen) zur Verfügung. Als weitere Informationsquelle muss er sich auf die Informationen aus den persönlichen Gesprächen mit dem Patienten stützen. Auf der Basis

¹⁴ Literatur und persönliche Kommunikation.

dieser Informationen muss nun die Diagnose chronisches Müdigkeitssyndrom gestellt werden. Dabei werden beide Quellen als gleich relevant behandelt.

2. Monitoring und Unterstützung bei der Arbeitswiederaufnahme

In einem zweiten Schritt unternimmt der beurteilende Arzt der Sozialversicherung Folgendes:

- weitere klinische Untersuchungen (z. B. neuropsychologischer Test, Spiroergometrie);
- Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt des Versicherten und Spezialisten (bezüglich Therapie, Arbeitsunfähigkeit);
- Kontaktaufnahme zum Betriebsarzt des Patienten (z. B. zur Abklärung von Arbeitswiederaufnahmemöglichkeiten).

Zu diesem Zeitpunkt erstellt der beurteilende Arzt – zusammen mit dem Patienten – einen Vorgehens- und Zeitplan zur teilweisen und vollen Arbeitswiederaufnahme. Der Plan wird bei jedem Treffen mit dem Patienten überprüft und allenfalls angepasst.

Die Ärztinnen und Ärzte der Sozialversicherungen haben rückgemeldet, dass die Erfahrungen mit den Richtlinien positiv sei: So sei die Anzahl der Konflikte zurückgegangen, ebenso wie die Diskussionen darüber, ob eine Diagnose nun "den Tatsachen entspricht" bzw. "von Wert" sei oder nicht. Bezüglich Auswirkungen auf Arbeitswiederaufnahme oder Invalidenrentenbezug sind keine Zahlen erhältlich. Ein besser dokumentiertes Dossier wäre hier zweifelsohne von erheblichem Wert.

4.4.3 Evaluierung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen (Deutschland)

Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger hat seine Richtlinien für die Evaluierung von Patienten mit psychischen Erkrankungen einer Revision unterzogen (VDR, 2001). Der Anteil von Personen mit psychischen Krankheiten ist stetig angewachsen und medizinische sowie berufliche Rehabilitationsmassnahmen (von der Rentenversicherung finanziert) machten eine Überarbeitung der Richtlinien erforderlich. Die Richtlinien haben "empfehlenden" Charakter, vor allem für eine verlässliche sozio-medizinische Beurteilung von Invalidität hinsichtlich der folgenden zwei Ziele: Bedürfnis nach Rehabilitationsmassnahmen und Anspruchsberechtigung auf Invalidenrente. Dementsprechend erfordert die Anwendung dieser Richtlinien Kenntnis über die neuesten Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation in den verschiedenen Patientenkategorien (z. B. psychosomatische Erkrankungen oder Abhängigkeitskrankheiten).

Die Richtlinien enthalten Angaben zum Umfang einer Beurteilung und zu Untersuchungselementen. Des Weiteren wird auf allenfalls notwendige neuropsychologische Untersuchungen (z. B. EEG, EMG, CCT) hingewiesen. Zudem wurden für mehrere psychische Beeinträchtigungen weitere Beobachtungspunkte aufgeführt, die bei einer Beurteilung der funktionalen Fähigkeiten berücksichtigt werden müssen.

Die Richtlinien enthalten keine Informationen oder Anleitungen über den Zeitpunkt einer Beurteilung bzw. Früherkennung von potentiellen Patienten. Der Zeitpunkt der Evaluation hängt allein vom Patienten ab und erfolgt, nachdem der Patient einen Antrag auf Rehabilitation oder Invalidenrente eingereicht hat. Dies kann auf eigene Initiative oder auf Initiative der Krankenkasse geschehen, die den Patienten dazu auffordert, sich für ein Rehabilitationsprogramm zu bewerben oder Invalidenrente zu beantragen.

4.4.4 Anerkennung psychischer Beeinträchtigungen als Berufskrankheiten? (International)

Kürzlich hat sich eine europäische Arbeitsgruppe mit der Frage der Anerkennung von Krankheiten mit psychosozialer Ursache als Berufskrankheiten befasst (Eurogip, 2004). In den dreizehn an der Umfrage beteiligten Ländern werden psychische Folgeerscheinungen nach einem einschneidenden oder Unfall-Ereignis, wie z. B. einem Überfall, als "Berufsverletzung" bezeichnet und anerkannt. Andere psychische Beeinträchtigungen oder Krankheiten (Depressionen, Neurosen, manische und zwanghafte Störungen usw.) in Verbindung mit psychosozialen Risiken werden indes kaum als Berufskrankheiten anerkannt (und demzufolge entschädigt).

Zur Zeit werden solcherart gelagerte Krankheiten nur in sechs Ländern als Berufskrankheiten anerkannt (Belgien, Dänemark, Frankreich, Italien, Portugal und Schweden). Krankheiten mit psychosozialen Ursachen erscheinen zwar auf keiner Liste mit Berufskrankheiten, doch haben die Opfer die Möglichkeit, den Nachweis zu erbringen, dass ihre Beschwerden im direkten Zusammenhang mit ihrer Arbeit stehen. Allerdings ist es ziemlich kompliziert, den Nachweis zu erbringen, dass ein schwieriges Arbeitsumfeld die "entscheidende" bzw. "wesentliche" Ursache für zum Beispiel eine Depression ist. Da es keine klare und eindeutige Definitionen für berufsbezogene psychische Krankheiten gibt, setzt jedes Land eigene Kriterien dafür fest: z. B. "aussergewöhnlich schwerwiegend" und "andauernde Phasen" in Dänemark; oder: Ausschluss von Krankheiten im Zusammenhang mit zwischenmenschlichen Beziehungen unter dem Personal in Italien und Schweden. Die Zuspruchsrate für solche Ansprüche scheint allerdings (sehr) tief zu liegen (Bakkum & Prins, 2004).

In den anderen untersuchten Ländern (Deutschland, Österreich, Finnland, Luxemburg, Schweiz, Spanien und Irland) gibt es zur Zeit keine Möglichkeit, psychische Beeinträchtigungen als Berufskrankheiten einzustufen. In Spanien und Irland werden einzig die auf den Listen mit Berufskrankheiten aufgeführten Gebrechen auch als Berufskrankheiten anerkannt. In Deutschland fallen "psychosoziale" Krankheiten nicht in den Definitionsumfang von Berufskrankheiten (was bedingen müsste, dass einige Gruppen stärker als andere bei ihrer Berufstätigkeit diesbezüglichen spezifischen Risiken ausgesetzt sind), zumindest bis zum jetzigen Zeitpunkt dieser Untersuchung nicht. In Finnland war sich eine Arbeitsgruppe, die sich aus Vertretern der Sozialpartner, Ärzteschaft, Wissenschaft usw. zusammensetzte, einstimmig einig, dass psychische Erkrankungen den Listen mit Berufskrankheiten nicht hinzugefügt werden sollen, ausser es besteht ein zweifelsfrei festgestellter kausaler Zusammenhang zwischen psychischem Risiko am Arbeitsplatz und einer psychischen Erkrankung.

Zudem hat es auch die Europäische Kommission Ende 2003 als nicht ratsam erachtet, psychische Beschwerden mit psychosozialen Ursachen auf die europäische Liste der Berufskrankheiten zu setzen.

Das bedeutet indes nicht, dass Ansprüche auf Anerkennung von "psychosozialen" Krankheiten definitiv ausgeschlossen sind. So scheint die Situation in den Ländern ohne Anerkennungsmöglichkeiten zwar im Augenblick unumstößlich. In den anderen Ländern aber sind Bemühungen für eine bessere Definition der Rahmenbedingungen für eine Anerkennung und Entschädigung bei psychosozialen Krankheiten im Gang. In Italien zum Beispiel ist vorgesehen, den Hauptgeschäftsstellen und regionalen Büros der Sozialversicherungen Anleitungen auszuhändigen, in denen beschrieben wird, wie entsprechende Risiken und der vorgängige psychische Zustand von Arbeitnehmern beurteilt werden können. Die Unterlagen enthalten auch Angaben über Diagnostiktests und über Besuche für forensische Diagnosen.

Die Entwicklungen, wie in der Eurogip-Studie beschrieben, sind nicht zu Stoppen. So wurde in Schweden im Juni 2004 ein Projekt unter der Schirmherrschaft des Medical Advisory Council (Swedish Labour Market Insurance Company, AFA) in Angriff genommen. Ziel ist es, herauszufinden, wann psychische Erkrankungen berufsbedingt sind bzw. der Arbeit zugeschrieben werden können. Die Studie wird untersuchen, auf welcher Nachweisbasis die Beurteilungen fassen können, wenn kausale Zusammenhänge zwischen psychischen Gesundheitsproblemen und psychischem Stress am Arbeitsplatz vorliegen. Des Weiteren wird sich das Expertenteam mit der Nachweisbasis bei der Beurteilung von somatischen Gesundheitsproblemen und psychischem Arbeitsstress befassen (mit Fokussierung auf Schmerzsyndrome im Nacken- und Schulterbereich). Ausserdem werden auch einige entsprechende Rechtsfälle hinsichtlich gemachter Beurteilungen bzw. Einstufungen und Gründen für die Gerichtsentscheide in diesem Zusammenhang ausgeleuchtet¹⁵.

¹⁵ Persönliche Kommunikation durch P. Westerholm.

5 ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Dieses Kapitel bietet eine Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse der vorliegenden Erhebung. Zuerst erfolgt ein Vergleich der Ergebnisse aus den quantitativen Analysen. Dies ermöglicht es, die relative Position (Benchmark) der einzelnen Länder im Vergleich zum Land mit den tiefsten Raten darzustellen. Im zweiten Teil wird die grosse Massnahmenbandbreite, die wir quer durch Europa festgestellt haben, betrachtet. Die Massnahmen bzw. Programme können jedoch nicht spezifischen Ländern zugeordnet werden, da das Interesse an Invalidität infolge psychischer Gesundheitsprobleme in den meisten Ländern eine neue Erscheinung und noch weit von "geprüften, getesteten und als gut befundenen" Praktiken entfernt ist.

5.1 Benchmarks

Verhältnismässig tiefe Raten in Kanada und der Schweiz

Die in Kapitel 2 und 3 präsentierten Vergleiche haben aufgezeigt, dass es bezüglich der Anzahl von Invalidenrentnerinnen und –rentnern erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern gibt. So verzeichnen Holland und Schweden bereits "beinahe traditionell" die höchsten Prävalenzraten bei den Invalidenrentenbezügern, während Kanada und die Schweiz am wenigsten IV-Bezüger aufweisen.

Invalidenrentenbezüger (Bestand)

Hoch	Holland
Mittel	Belgien, Deutschland, Schweden
Tief	Kanada, Schweiz

Wachstum der Anzahl IV-Bezüger über 10 Jahre

Hoch	Schweiz
Mittel	Belgien und Schweden
Tief	Kanada, Deutschland, Holland

Bei den Wachstumsraten indes ergab sich ein etwas anderes Muster: Hier sind die Schweiz, Schweden und Belgien die Länder mit dem steilsten Anstieg von IV-Abhängigkeit. In den vergangenen Jahren verzeichnen Kanada und Deutschland zumeist stabile oder sogar zurückgehende Zahlen bei den IV-Bezügern. Unterzieht man aber die Vergleichbarkeit der Systeme einer eingehenderen Betrachtung, werfen die deutschen Raten Fragen nach dem Hintergrund dieses Phänomens auf, denn Deutschland weist ähnliche wirtschaftliche und arbeitsmarktliche Bedingungen auf wie andere EU-Länder auch. Die

Antwort dazu mag in den Auswirkungen des neuen Invalidenrentenprogramms und den Kriterien für den Eintritt in das Programm liegen. Allerdings verzeichnet Deutschland auch die tiefsten Zahlen krankheitsbedingter Absenzen seit über 10 Jahren.

IV-Renten-Zugänge und -Aufhebungen

Auch beim Vergleich der jährlichen Neuberentungen (pro 1000 Versicherte) verzeichnen wiederum die gleichen Länder die tiefsten Raten: Kanada mit sehr tiefen und die Schweiz und Deutschland mit vergleichsweise geringen Raten.

Neuberentungen (Zugänge)

Hoch	Holland und Schweden
Mittel	Belgien, Deutschland und die Schweiz
Tief	Kanada

Aufhebungen (Abgänge)

Hoch	Belgien
Mittel	Kanada, Holland und die Schweiz
Tief	Deutschland

Was die Anzahl der Abgänge (Austritte aus IV-Rentenprogrammen) betrifft, zeigt sich ein anderes Bild, was aber nicht unbedingt erstaunt: Denn, wo viele eintreten, treten auch relativ viele wieder aus. Dieses Phänomen kann in Holland, aber auch in Ländern mit tiefen Prävalenzraten wie Kanada, die Schweiz und Belgien beobachtet werden.

Es kann sein, dass diese Länder über Elemente in den relevanten Kriterien bzw. Verfahrensvorgaben (Neubeurteilungen? Massnahmen zur Arbeitswiederaufnahme) verfügen, die Aufhebungen begünstigen. Allerdings geht aus unseren Untersuchungen über die Gründe für Aufhebungen von IV-Renten hervor, dass diese in Deutschland, Kanada und der Schweiz hauptsächlich darin begründet sind, dass das Altersrentenalter erreicht worden ist. Aus gesundheitlicher Sicht betrachtet, sieht es so aus, als ob die Invalidenrentnerinnen und -rentner in diesen drei Ländern in einem relativ hohen Alter und in eher schlechter gesundheitlicher Verfassung sind (siehe die hohen Sterblichkeitsraten bei kanadischen und deutschen IV-Rentnerinnen und -Rentnern)¹⁶.

In Belgien und Holland lassen die tieferen Zahlen von Übergängen auf Altersrenten und die tiefen Sterblichkeitsraten (besonders in Holland) darauf schliessen, dass die Invalidenrentnerinnen und -rentner in diesen zwei Ländern jünger und damit leichter wieder in den Arbeitsmarkt integrierbar (auch gezwungenermassen) sind. Im Fall von Belgien muss erläuternd hinzugefügt werden, dass sich die Möglichkeiten von Frühpensionierungen (im

¹⁶ Aus den Daten geht nicht hervor, welche anderen Sterblichkeitsaspekte (z. B. Anteil der Personen mit Geburtsfehlern) diese Unterschiede beeinflussen.

Alter von um die 60 möglich) und deren häufige Inanspruchnahme, etwas verzerrend auf die Rolle des Alters bei IV-Austritten auswirkt.

Invalidität infolge psychischer Erkrankungen

Hinsichtlich des Hauptthemas der vorliegenden Erhebung, nämlich der Invalidität infolge psychischer Erkrankungen, zeigen unsere Vergleiche, dass sich bei den Unterschieden ein etwas anderes Muster ergibt. So weisen alle Ursachenkategorien in Holland (erheblich) höhere Raten auf, besonders wenn wir die jährlichen Neuberentungen bei den jungen Altersgruppen betrachten.

Neuberentungen infolge psychischer Beeinträchtigungen

Hoch	Schweiz
Mittel	Belgien, Deutschland, Holland und Schweden
Tief	Kanada

IV-Rentnerbestand infolge psychischer Beeinträchtigungen

Hoch	Holland, Schweden
Mittel	Belgien, Schweiz
Tief	Kanada, Deutschland

Psychische Beeinträchtigungen sind indes auch in der Schweiz ein Grund zu wachsender Besorgnis: Auch wenn die Sozialversicherungen eine relativ geringe Anzahl Neuberentungen verzeichnen, so machen die Neuberentungen infolge psychischer Erkrankungen den grössten Anteil aus (4 von 10 Neuenberentungen).

Zum Schluss lässt sich in diesem Bereich feststellen, dass in Ländern, die auch Teilberentungen kennen, psychische Erkrankungen meistens zu Vollrenten "führen". Die Gründe dafür sind nicht bekannt. Man kann dieses Phänomen (hohe Vollrentenrate) nicht allein auf die Beurteilungsmethoden oder das Fehlen von Beurteilungsrichtlinien zurückführen. Ebenso mag auch die Haltung der Versicherten und das Berufsgeheimnis der beurteilenden Ärzte einen Einfluss darauf ausüben.

5.2 Hintergründe

Ungeachtet der Tatsache, dass nur beschränkt vergleichendes Datenmaterial zur Verfügung stand, konnten dennoch substantielle Unterschiede festgestellt werden. Die Studie ermöglicht zwar wie beabsichtigt eine vollumfängliche Übersicht über die wichtigsten Hintergrundfaktoren. Allerdings lässt sich über einige dieser Faktoren auf Grund von kürzlich durchgeführten länderübergreifenden Studie diskutieren.

Es könnte nun eine lange Liste von Faktoren und Bedingungen angeführt werden, die als potentielle Erklärungen für diese Unterschiede herhalten würden. Unterschiede, die auf unterschiedliche Daten- und Statistikkonzepte zurückzuführen sind, wurden so weit als möglich bereinigt und entsprechend miteinbezogen.

Die Hintergründe für die beobachteten Unterschiede sind teilweise in den Charakteristiken der jeweiligen Invalidenrentenprogrammen zu suchen. So ist festzustellen, dass in den meisten Ländern, in denen eine Invalidenrente bezahlt wird, vergleichsweise weniger junge Leute den Programmen beitreten als in Ländern ohne feste Rentenpläne mit fixer Regelung der Rentenhöhe. Eine weitere Erklärung in diesem Bereich kann in den nicht-medizinischen Anspruchsberechtigungskriterien liegen, z. B. Mindestversicherungsdauer (z. B. 5 Jahre in Deutschland und 4 Jahre in Kanada). Und als letzter Punkt in diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass sowohl Definition von Invalidität als auch Beurteilungs- und Entscheidungsmethoden in den verschiedenen Ländern erheblich variieren können.

Weitere Erklärungen können auf Unternehmensebene gefunden werden: Personal- und Sozialpolitik der Arbeitgeber gegenüber ihren Arbeitnehmern, Arbeitsbedingungen und Art des Absenzenmanagements. Frühere länderübergreifende Studien haben gezeigt, dass Faktoren wie Arbeitsplatzschutz ("Kündungsrisiko") oder frühzeitige Intervention (durch Betriebsarzt oder Sozialversicherungsstelle) während der Dauer von Taggeldzahlungen infolge krankheitsbedingter Absenzen eine Art "Filterfunktion" bei Invaliditätsansprüchen übernommen haben.

Auch der medizinisch-kulturelle Kontext scheint eine Rolle zu spielen, z. B. Normen und Definitionen von Krankheit und Patientenverhalten, Gesundheitsvorstellungen, Krankenpflegebedingungen (z. B. Wartezeiten, Psychatriekonzepte). Dies betrifft nicht nur den Patienten bzw. Versicherten, sondern auch den behandelnden sowie den Betriebsarzt¹⁷.

¹⁷ Zum Beispiel hat Verhaak et al. (2004) festgestellt, dass Hausärzte in der Schweiz tendenziell häufiger physische Gebrechen ihrer Patienten als psychische Erkrankungen "bezeichnen" als ihre Kollegen in einigen anderen Ländern.

5.3 Intervention bei Invalidität infolge psychischer Erkrankungen

Im Folgenden werden einige der Punkte, die die Unterschiede zwischen den Ländern erklären können, aufgelistet, und zwar nach deren präventivem bzw. reaktivem Charakter. Aus unserer Inventarliste an Initiativen und Massnahmen im Umgang mit Invalidität infolge psychischer Beeinträchtigungen geht hervor, dass diesbezügliche Bemühungen hauptsächlich in zwei Bereichen stattfinden: einerseits auf Unternehmensebene und andererseits auf der Ebene der sozialen Sicherheit.

Blick auf Arbeitsplatz und Unternehmen

Dass die Unternehmen und damit die Arbeitsumgebung in diesem Zusammenhang besondere Beachtung erfährt, liegt nahe. Denn die Arbeit kann ein Teil der Ursachen für psychische Probleme ausmachen: Die Arbeit unter schlechten Arbeitsbedingungen, wie negativer Führungsstil oder geringe soziale Einbindung, können zu psychischen Problemen, depressiven Phasen usw. führen. Des Weiteren können solche Probleme hohe Kosten im Zusammenhang mit Absenzen verursachen. Ein weiterer Grund für eine Fokussierung auf die Unternehmen liegt auch darin, dass die Firmen selber präventiv aktiv werden und entsprechende Bedingungen schaffen können: Wo nämlich Gesundheitsschutz- und Sicherheitsstrukturen am Arbeitsplatz bestehen, wird z. B. die Einführung von Fördermassnahmen hinsichtlich psychischer Gesundheit erleichtert.

So mag es kaum erstaunen, dass die Mehrheit der Strategien, Programme, Pilotprojekte und Studien bei der Untersuchung bzw. Förderung von Massnahmen im Arbeitsumfeld ansetzen. In einigen Ländern (z. B. Holland) werden beschäftigungsbezogene Massnahmen im Zusammenhang mit Prävention und Intervention bei krankheitsbedingter Absenz wegen psychischen Problemen zum Teil auch explizit in Kollektivverträge aufgenommen.

Die Einführung solcher unternehmensorientierten Massnahmen wird durch flankierende Aktivitäten von internationalen und nationalen Organisationen gestützt und dementsprechend erleichtert, zum Beispiel, indem eine ganze Reihe verschiedener Instrumentarien bei der Behandlung unterschiedlichster Probleme zur Verfügung stehen (z. B. Arbeitsstress, Depression, Aggression, Mobbing).

Es sei hier angemerkt, dass die meisten der vorgeschlagenen Massnahmen (noch) nicht geprüft worden sind bzw. dass eine allfällige Evaluation einzig die Implementierungsaspekte umfasste. Andererseits sind in diesem Zusammenhang auch Meinungen laut geworden, nach denen dringlich "Best-Practice-Modelle" eingeführt und gefördert werden sollten, ohne zuerst die wissenschaftlichen Evaluationsergebnisse abzuwarten, da sich aus der Einführung ergibt, "ob sie tauglich sind oder nicht".

Psychische Erkrankungen und Sozialversicherung

Der zweite Massnahmenbereich liegt bei den Sozialversicherungen. Mehrere Länder haben ähnliche Instrumentarien für den Umgang mit krankheitsbedingten Absenzen und Invalidität

infolge psychischer Krankheiten entwickelt. Dabei fährt man zweigleisig, nämlich sowohl auf einer präventiven Schiene (z. B. Monitoring vor der Geltendmachung von Ansprüchen) als auch auf einer "Nachpräventions"-Schiene mit Massnahmen, die zum Zuge kommen, wenn jemand bereits (vorübergehend) Invalidenrente bezieht.

Zudem wird in einigen Ländern das Invaliditätsbeurteilungsverfahren sowie dessen Qualität einer Revision unterzogen. In diesem Bereich ergibt sich allerdings in verschiedenen Ländern ein gemeinsames Problem. Eine Konferenz über Invaliditätsbeurteilung bei Klienten mit psychosomatischen Beschwerden hat nämlich gezeigt, dass in allen (13) an der Konferenz teilnehmenden Ländern sich die jeweils zuständigen Experten mit der Beurteilung von Invalidität in dieser Klientenkategorie schwer tun. Es zeigte sich, dass die Beurteilung von Invalidität sowie von Rehabilitationsbedürfnissen ein in europäischen Ländern weit verbreitetes Problem darstellt (Prins et al., 2000).

"Internationaler Interventionsmarkt"

Ungeachtet der Einschränkungen der einzelnen untersuchten Quellen kann dennoch der Schluss gezogen werden, dass diese Liste an Instrumentarien einen Einblick in ein breites Spektrum von Ansätzen bietet. Besonders Informationen über Invaliditätsmanagement und weitere arbeitsumfeldbezogene Ansätze sind allmählich besser erhältlich. Internationale Arbeitsgruppen, Erfahrungsaustauschplattformen sowie Computertechnologien können die Arbeit der verantwortlichen Akteure weiter erleichtern und sie bei der Entwicklung von Programmen zur Prävention und zum Angehen von psychischen Problemen bei der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter unterstützen.

LITERATURVERZEICHNIS

Absence because of psychological problems? The steps to a healthy solution.
(ab September 2004 erhältlich, unter: www.ifdm.nl).

Agency Issue 104 – Prevention of psychosocial risks and stress at work in practice,
25/11/2002.

Allen, P., Mental health absenteeism threatens to break disability bank, in: Canadian HR
Reporter, March 22, 2004.

Arboconvenanten : Safety and Health Covenants Index,
<http://www.arboconvenantenhetbeterewerk.nl>

Aust, B. Health circles, a participative approach to improve health related working con-
ditions - Germany, In: Agency, op. cit. 2002.

Bakkum, J.P.A. & R. Prins, *Beroepsziektelijsten: een onmisbaar instrument in omringende
landen*, Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 12, nr. 1 S. 12-15, 2004.

Berkels, H., J. Henderson, N. Henke, K. Kuhn, J. Lavikainen, V. Lehtinen, A. Ozamiz, P.
Van den Heede, K. Zenzinger, Mental Health Promotion and Prevention Strategies for
Coping with Anxiety, Depression and Stress Related Disorders in Europe (2001-2003),
BAUA, Bremerhaven, 2004.

Birket-Smith, M., Psycho-somatic disorders and disability pensions in Denmark, in: Assess-
ment of disability due to psycho-somatic complaints, proceedings of an international con-
ference, AStri, Leiden, 2000.

Department for Work and Pensions, *Pathways to work, helping people into employment,
summary*, London, 2003.

Eurogip, Work related mental disorders, what recognition in Europe?, Paris, 2004.

European Agency for Safety and Health at Work, *Preventing psychosocial risks at Work:
European perspectives*, Forum, 9, 2002.

Gould, R. & S. Laitinen-Kuikka, *Current Trends in Disability Pensions in Europe, pro-
ceedings from a seminar*, Finnish Centre for Pensions, Helsinki, 2003.

Heuvel, F. van den, R. van Amstel, K. Jettinghoff, J.F. Ybema, S. van den Bossche, *Evaluatie van de Leidraad 'Aanpak verzuim om psychische redenen' in de Thuiszorg en GGD*, TNO-rapport, Hoofddorp, 2004.

Irle, H., S. Amberger und P. Nisschan, Entwicklungen in der psychotherapeutisch/psychosomatischen Rehabilitation, *Die Angestelltenversicherung*, 7/2001, S. 1–7.

Prins, R., *Disability due to mental disorders: a cross-national exploration*; In: T.J. Veerman e.a., *Psychische arbeidsongeschiktheid, een overzicht van actuele feiten en cijfers*, Leiden/Utrecht, AStri/Trimbos instituut, 2000.

Prins, R., A. van der Giezen & I. Hento, *Assessment of disability due to psychosomatic complaints; proceedings of an international invitational conference*, AStri, Leiden, 2000.

Prins, R & M. van Kolck, *Early detection of disability due to mental disorders; an exploration of instruments and experiences in West European countries*, AStri/BSV, Leiden/Bern, 2003.

Prinz, C., *European Disability Pension Policies. 11 country trends 1970-2002*. Ashgate: European Centre Vienna, 2003.

Rebergen, D. & J. Hoenen, *Burnout in de praktijk*, Vakgroep Psychologie van de Arbeid, Gezondheid en Organisatie, Rijksuniversiteit Utrecht, 2003

Swissinfo, *Mental illness sends disability claims rocketing*, August, 4, 2003 (www.swissinfo.org).

The Social Insurance Institution, *The prevention of problems related to disallowed disability pensions*, Social security and health research working paper, 21/2002, Helsinki, 2002.

Thomas, T, J. Secker & B.Grove, *Job retention and mental health; a review of the literature*. Department of Work and Pensions, London, 2002.

Thomas, T, J. Secker & B. Grove, 'Getting back before Christmas; Avon and Wiltshire Mental Health Partnership Trust, Job Retention Pilot Evaluation, Department of Work and Pensions, London, 2003.

Transforming disability into ability: policies to promote work and income security for disabled people, OECD, Paris, 2003.

VDR, *Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen, Hinweise zur Begutachtung*, Frankfurt 2001.

Vanden Wijngaert, M. et al, Het verzekeringsgeneeskundige beleid bij CVS-patienten ('Social insurance medical policy towards patient with CFS'), TBV, 8, nr. 2, 54-58, 2002.

Verhaak, P.F.M., A. van den Brink-Muinen, J. Bensing, L. Gask, *Demand and supply for psychological help in general practice in different European countries*, European Journal of Public Health, 2004, p. 134-140.

Waddell, G. et al, Screening to identify people at risk of long term incapacity to work: a conceptual and scientific review, Royal Society of Medicine Press, London, 2003.