

Herrn Bundesrat
 Alain Berset
 Vorsteher EDI
 Generalsekretariat GS-EDI
 Inselgasse 1
 3003 Bern

Bern, 25. Februar 2016

Stellungnahme zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der IV)

Sehr geehrter Herr Bundesrat
 Sehr geehrte Damen und Herren

Die FMPP (Dachorganisation der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen ÄrztInnen der Schweiz) bedankt sich für die Möglichkeit einer Stellungnahme zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung.

Die Entwicklung der IV wie auch die Zusammenarbeit mit dem BSV und den IV-Stellen sind wichtige und zentrale Anliegen der FMPP, die mit einer Vertreterin aus dem Vorstand an den seit mehreren Jahren von FMH und BSV organisierten Gesprächen rund um die IV teilnimmt. Dass die im dortigen Rahmen erkannten und diskutierten Problemfelder rund um die IV nun in den vorgeschlagenen Gesetzesänderungen aufgenommen werden, ist erfreulich.

Gerne nehmen wir zu den geplanten Änderungen anhand des Fragebogens wie folgt Stellung:

1. Sind Sie mit der Ausrichtung der IV Revision "Weiterentwicklung der IV" einverstanden?

Wie positionieren Sie sich zu den grossen Linien der Vorlagen im Allgemeinen?

Die FMPP ist mit der Ausrichtung der IV-Revision "Weiterentwicklung der IV" einverstanden und begrüsst die vorliegende Überarbeitung mit dem angestrebten Ziel, die Integration der Versicherten in die Gesellschaft vermehrt zu fördern. Der verstärkte Einbezug der behandelnden ÄrztInnen ist dabei ein zentrales Anliegen der FMPP.

Ziffer 1.2.1. Zielgruppe 1: Kinder (0 – 13)

2. Sind Sie einverstanden mit der Aktualisierung der Geburtsgeborenenliste anhand der fünf Kriterien (a. fachärztlich diagnostiziert, b. invalidisierend, c. einen bestimmten Schweregrad aufweisend; d. eine langdauernde und komplexe Behandlung erfordert und e. mit medizinischen Massnahmen nach Art. 14 behandelbar)?

(Vgl. hierzu Ziffer 1.2.1.1 des erläuternden Berichts sowie Artikel 13 des Entwurfs des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung mit den entsprechenden Kommentaren und Ziffer 2 des erläuternden Berichtes)

Die Aktualisierung der Geburtsgebrechensliste gemäss Art. 13 des Entwurfes IVG ist grundsätzlich zu begrüssen.

Die erweiterten Möglichkeiten der Diagnostik und der Behandlungen sollten angepasst und entsprechend definiert werden. Beim Gg 404 sind die Anpassungen schon erfolgt (Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung KSME, gültig ab 1.3.2012).

Bei der Aktualisierung und Überarbeitung der Geburtsgebrechensliste sollten neben den ÄrztInnen des BSV und der RAD's auch VertreterInnen der Fachgesellschaften (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrie) als ExpertInnen beigezogen werden.

Die Beurteilung des Invalidisierungs- und des Schweregrads von Erkrankungen, die eine langdauernde und/oder komplexe Behandlung erfordern, ist nicht einfach. Deshalb ist die Absicht, regionale Zentren mit FachärztInnen (NeuropädiaterInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen) zu bilden, die eine Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen fördern, welche medizinische Massnahmen beantragen, zu begrüssen.

3. Sind Sie einverstanden mit der Anpassung der IV-Leistungen bei Geburtsgebrechen an die Kriterien der Krankenversicherung (Festschreibung der Kriterien "Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit" im IVG; Regelung des Bundesrates, welche Kosten übernommen werden)? (1.2.1.2 sowie Art. 14, und 27 ter – 27 quinquies E- IVG)

Die Evidenz-basierte Beurteilung der WZW-Kriterien für Behandlungen von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist nur mit Einschränkungen möglich.

Der Forschungsbericht der ZHAW zu Handen des BSV vom 29.7.2014 „Literaturstudie zu evidenzbasierten, internationalen Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von psychischen Krankheiten bei Minderjährigen und jungen Erwachsenen“ wies auf die unterschiedlich breite Evidenz der Wirksamkeit der in der Praxis durchgeführten Interventionen hin. Neben psychotherapeutischen und pharmakotherapeutischen wurden vor allem psychosoziale Interventionen bisher wissenschaftlich zu wenig untersucht. Während für einzelne Krankheitsbilder Behandlungsstandards definiert werden konnten, bestehen insbesondere für die Wirksamkeit von Therapien beim gleichzeitigen Vorliegen von mehreren Störungen (Komorbidität) und von Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen, die in einem hoch belasteten sozialen Umfeld aufwachsen, Lücken bezüglich Evidenz. Beides ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie häufig anzutreffen und erfordert im Hinblick auf eine mögliche Chronifizierung der Krankheit(en), welche eine schulische und insbesondere spätere berufliche Integration erschwert, einen spezifischen und individuell angepassten Zugang sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Akteure.

Falls ausschliesslich Behandlungsmethoden, die Evidenz-basierten WZW-Kriterien entsprechen, in den Behandlungskatalog aufgenommen werden, besteht die Gefahr, dass die effektive Wirksamkeit und Zweckmässigkeit von wichtigen und sinnvollen psychiatrisch-psychotherapeutischen Interventionen und deren notwendige Dauer nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Ab Ziffer 1.2.2 Zielgruppe 2: Jugendliche und junge psychisch erkrankte Versicherte (13- 25)

4. Sind Sie mit der Ausweitung der Früherfassung auf Jugendliche einverstanden? (1.2.2.1 sowie Art. 3a bis Abs. 1bis Pst. a E- IVG)

Ja.

Die rasche Erfassung arbeitsunfähiger Jugendlicher mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen vor Abschluss der Oberstufe und deren Integration in die Berufsbildung und in den Arbeitsmarkt bis

zum 25. Lebensjahr sind sehr zu begrüssen.

5. *Sind Sie mit der Ausweitung der Integrationsmassnahmen auf Jugendliche einverstanden? (1.2.2.1 sowie Art. 14a Abs. 1 Bst. Befragter: E- IVG)*

Ja.

Da bei der Einführung des NFA die Finanzierung von sonderpädagogischen Massnahmen ab 2008 den Kantonen übertragen worden war, konnten, bedingt durch die vermehrte Integration in die Normalklassen, nicht alle Kinder und Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen genügend schulisch gefördert und auf den Arbeitsmarkt vorbereitet werden. Dadurch wurden zunehmend Integrationsmassnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation nötig. Solche Massnahmen von maximal zwei Jahren Dauer schaffen oft erst die Voraussetzungen, um die erstmalige berufliche Ausbildung (EBA) in Angriff zu nehmen.

6. *Sind Sie mit der Mitfinanzierung kantonaler Brückenangeboten zur Vorbereitung auf erstmalige berufliche Ausbildungen einverstanden? (1.2.2.2 sowie Art 68 bis Abs. 1ter und 1quater E- IVG)*

Ja.

7. *Sind Sie mit der Mitfinanzierung des Case Managements Berufsbildung auf Kantonsebene Einverstanden? (1.2.2.3)*

Ja.

Das Case Management Berufsbildung kann bei Jugendlichen mit gesundheitlichen Problemen eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt erst ermöglichen oder Ausbildungsabbrüche verhindern. Wichtig ist auch hier, dass eine gute Vernetzung und Zusammenarbeit aller involvierten Akteure gewährleistet ist.

8. *Sind Sie mit der Anpassung der Höhe des Taggelds an gesunde Personen in Ausbildung einverstanden? (1.2.2.5 sowie Art. 22 und 24ter E- IVG)*

Ja.

Eine finanzielle Besserstellung von jungen Versicherten gegenüber Jugendlichen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ist nicht gerechtfertigt; deshalb ist die Anpassung der Höhe des Taggelds an die branchenübliche Entschädigung für Lernende sinnvoll.

9. *Sind Sie mit den vorgeschlagenen finanziellen Anreizen für Arbeitgebende zur Schaffung von Ausbildungsplätzen einverstanden? (1.2.2.5 sowie Art. 24quater E- IVG)*

Ja.

Eine gewünschte Integration von Jugendlichen in den ersten Arbeitsmarkt ist mit höherem Aufwand verbunden und soll entsprechend entschädigt werden.

10. *Sind Sie mit der vorgeschlagenen Erhöhung der Altersgrenze für medizinische Eingliederungsmassnahmen einverstanden (bis zum Abschluss beruflicher Massnahmen, maximal bis zum vollendeten 25. Altersjahr)? (1.2.2.6 sowie Art. 12 E- IVG)*

Ja.

Aus entwicklungspsychiatrischer Sicht wird damit die über das Jugendlichenalter hinaus dauernde Lebensphase, in welcher die berufliche Identitätsbildung stattfindet, in Bezug auf berufliche Eingliederungsmassnahmen angemessener berücksichtigt. Diese Möglichkeit sollte unbedingt auch für Personen eingeführt werden, deren Ausbildung erst nach dem 20. Altersjahr beginnt.

Ab Ziffer 1.2.3 Zielgruppe 3: psychisch erkrankte Versicherte (25 - 65)

11. Sind Sie mit dem Ausbau der Beratung und Begleitung einverstanden (Ausdehnung der eingliederungsorientierten Beratung auf Versicherte und weitere Akteure; gesetzliche Verankerung von Beratung und Begleitung vor Anmeldung und während der Frühintervention; Rechtsanspruch auf Beratung und Begleitung während und nach der Eingliederungsphase)? (1.2.2.7, 1.2.3.1 und 1.2.4.1 letzter Abschnitt sowie Art. 3a und 14 quater E- IVG)

Ja.

Die Erweiterung der Früherfassung von noch nicht arbeitsfähigen Versicherten ist sehr zu unterstützen; ein rasches und frühzeitiges Handeln unter Einbezug aller Akteure ist wichtig. Niederschwellige Beratung und Begleitung nach der Eingliederungsphase sichern die Integration im Arbeitsmarkt auch langfristig.

12. Sind Sie mit der Ausweitung der Früherfassung auf Versicherte, die erst von Arbeitsunfähigkeit bedroht sind, einverstanden? (1.2.3.2 sowie Art. 3abis Abs. 1bis Bst. Befragter: E- IVG)

Ja.

So kann der Verlust der Arbeitsstelle eher verhindert werden.

13. Sind Sie mit der Flexibilisierung der Integrationsmassnahmen einverstanden (Aufhebung der Beschränkung auf maximal zwei Jahre Integrationsmassnahmen pro Person, jedoch weiterhin Beschränkung auf maximal zwei Jahre Integrationsmassnahmen pro Person, jedoch weiterhin Beschränkung auf maximal zwei Jahre pro Zusage)? (1.2.3.3 sowie Art. 14a Abs. 3 E- IVG)

Ja.

Die Möglichkeit weitere und erneute Integrationsmassnahmen zu treffen, obwohl bereits früher berufliche Massnahmen erfolgt sind, ist sehr sinnvoll. Dies berücksichtigt insbesondere auch die spezifische Situation psychischer Erkrankungen, welche häufig von starken zyklischen Schwankungen geprägt sind.

Ab Ziffer 1.2.4 Verbesserung der Koordination der beteiligten Akteure

14. Sind Sie einverstanden, die Möglichkeit für Zusammenarbeitsvereinbarungen mit Dachverbänden der Arbeitswelt im Gesetz zu verankern? (1.2.4.1 sowie Art 68sexies E- IVG)

Ja.

Wichtig ist, dass mit den ArbeitgeberInnen zusätzlich zu den erwähnten Zusammenarbeitsvereinbarungen, auch konkrete Massnahmen getroffen und ihnen Hilfestellungen sowie entsprechende Anreize angeboten werden, um Widerstände, Vorurteile und Ängste rund um die Anstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verringern. Wissenschaftliche Studien (wie z.B. Niklas Baer „Der schwierige Mitarbeiter“) zeigen klar, dass ArbeitgeberInnen durchaus gewillt sind, auch Menschen mit einer gewissen gesundheitlichen Beeinträchtigung einzustellen; sie benötigen dazu aber professionelle Unterstützung und spezifische Informationen.

15. Sind Sie mit der vorgeschlagenen Regelung des Unfallschutzes während Eingliederungsmassnahmen einverstanden? Bevorzugen Sie für die Prämienberechnung das Modell "Einheitsprämie" oder das Modell "Betriebsprämie"? Sind Sie einverstanden, dass Versicherte in Eingliederungsmassnahmen, die eine Rente (und kein Taggeld) erhalten, dieser Regelung nicht unterstellt werden? (1.2.4.2, Art 11 und 25 E- IVG sowie Art. 17 E- UVG)

Ja.

Das Modell „Betriebsprämie“, das weniger Unsicherheit und einen geringeren administrativen Aufwand bedeutet, ein nicht zu unterschätzender Faktor, wird bevorzugt.

16. Sind Sie einverstanden, die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu stärken (Bekanntgabe geeigneter Daten, Förderung der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung in Versicherungsmedizin)? (1.2.4.4 sowie Art. 66a E- IVG)

Ja.

Die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und IV-Stellen muss intensiviert und verbessert werden. Es ist ein Kernanliegen von uns ÄrztInnen, das in einigen wenigen Kantonen auf Initiative der ÄrztInnen bereits aktiv umgesetzt worden ist, indem zum Beispiel Vereinbarungen zur Zusammenarbeit erstellt worden sind.

Die behandelnden ÄrztInnen sind oft die einzigen Personen, welche die PatientInnen schon über eine lange Zeitspanne begleiten und daher den ganzen Längsverlauf der Erkrankung kennen. Wie bereits in Frage 13 erwähnt, sind psychische Erkrankungen starken zyklischen Schwankungen unterworfen. Der/die behandelnde Psychiater/in hat davon Kenntnis; er/sie kann nicht nur das aktuelle Krankheitsbild mit den entsprechenden momentanen Einschränkungen einschätzen, sondern auch wichtige Hinweise geben zu möglichen Schwierigkeiten, die wegen des zyklischen Verlaufes und aufgrund der früher gemachten Erfahrungen aufkommen könnten. Deshalb ist die interinstitutionelle Zusammenarbeit mit RAV, Sozialhilfe, IV und den ÄrztInnen unbedingt weiter zu intensivieren und zu fördern. Es ist wichtig, dass im Rahmen der fachärztlichen Weiter- und Fortbildung, die versicherungsmedizinischen Kenntnisse der ÄrztInnen verbessert und die Ressourcen der PatientInnen vermehrt beachtet werden.

Wünschenswert ist auch eine Verbesserung der Formulare für Arztberichte, die den Besonderheiten der psychiatrischen Erkrankungen angemessener Rechnung tragen, sowie generell eine Vereinfachung des administrativen Aufwandes, d.h. die kurzen Wege («Gespräch vor Akten») sollten mit der neuen Regelung möglich werden.

17. Sind Sie mit der Verlängerung des Schutzes der Versicherten im Fall von Arbeitslosigkeit nach Rentenrevision einverstanden? (1.2.4.5, Art. 68septies IVG sowie Art. 27 und 94a E- AVIG)

Ja.

18. Sind Sie mit der Einführung eines stufenlosen Rentensystems grundsätzlich einverstanden? (1.2.4.6 sowie Art. 28b E- IVG)

Ja.

19. Sind Sie mit einem stufenlosen Rentensystem mit einer ganzen Rente ab einem Invaliditätsgrad von 70 % einverstanden?

Ja

20. Sind sie mit einem stufenlosen Rentensystem mit einer ganzen Rente ab einem Invaliditätsgrad von 80 % einverstanden?

Nein.

Menschen mit einem Invaliditätsgrad von 70% und mehr haben im Arbeitsmarkt kaum je eine Chance, eine ihnen entsprechende Arbeit zu finden.

21. Sind Sie einverstanden, dass das stufenlose Rentensystem grundsätzlich nur auf Neurenten angewandt wird?

Ja.

22. Sind Sie mit der Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Bildung regionaler Kompetenzstellen für Arbeitsvermittlung einverstanden?

Ja.

23. Haben Sie weitere Bemerkungen oder Vorschläge?

Die FMPP fordert eine Stärkung der Partizipationsrechte der Versicherten. Ist die Erstellung eines Gutachtens unerlässlich, so sollte, wenn immer möglich, ein monodisziplinäres Gutachten angestrebt werden. Die sehr aufwändigen und somit sehr teuren polydisziplinären Gutachten, die, was das Fach Psychiatrie betrifft, vielfach von sehr zweifelhafter Qualität sind, müssen wenn immer möglich vermieden werden.

Die FMPP stellt sich entschieden gegen allfällige Bestrebungen, auch die bi- und monodisziplinären Gutachten nur noch über eine IT-Plattform nach dem Zufallsprinzip zu vergeben. Es ist davon auszugehen, dass dies ebenfalls zu höchst problematischen Verzögerungen in den IV-Verfahren führen und die Qualitätskontrolle auch bei den bi- und monodisziplinären Gutachten erschwert würde.

Die FMPP wünscht ausdrücklich, dass von Seiten des BSV vermehrt Massnahmen zur Verbesserung der Qualitätskontrolle von psychiatrischen (sowie auch polydisziplinären) Gutachten ergriffen werden. Die FMPP regt daher die Schaffung einer Clearingstelle an, welche die erstellten IV-Gutachten auf die Einhaltung der Qualitätskriterien hin überprüft. Dabei ist hier zu erwähnen, dass die SGPP in Zusammenarbeit mit der SGVP (Gesellschaft der Versicherungspsychiater) derzeit die 2012 eingeführten Leitlinien für psychiatrische Gutachten überarbeitet und ausweitet.

Geplant ist in einem folgenden Schritt, gemeinsam mit den anderen involvierten FG wie Rheumatologie, Neurologie, Physikalische Medizin etc., ebenfalls Leitlinien für polydisziplinäre Gutachten zu erstellen.

Wir bedanken uns für die wohlwollende Kenntnisnahme.

Freundliche Grüsse



Pierre Vallon

Präsident SGPP



Alain Di Gallo

Co-Präsident SGKJPP



Hélène Beutler

Co-Präsidentin SGKJPP