

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

*Bericht im Rahmen des mehrjährigen
Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV)*

Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen

*Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen,
Belastungen und Berentungsverläufe*

Forschungsbericht Nr. 6/09



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Office fédérale des assurances sociales OFAS

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

Autoren/Autorinnen: Niklas Baer, Ulrich Frick, Tanja Fasel
Arbeitsgemeinschaft: Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation BL, Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ZH, Fachhochschule Kärnten
c/o FPR BL
Bientalstrasse 7
4410 Liestal
Tel. +41 (0) 61 927 71 65
E-mail: niklas.baer@kpd.ch; ulrich.frick@isgf.unizh.ch,
tanja.fasel@kpd.ch

Auskünfte: Martin Wicki
Abteilung Mathematik Analysen Statistik
Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. +41 (0) 31 322 90 02
E-mail: martin.wicki@bsv.admin.ch

ISBN: 3-909340-72-5

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares
an das Bundesamt für Sozialversicherungen gestattet.

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

Bestellnummer: 318.010.6/09 d

Bericht im Rahmen des Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV)

Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen:

Typologisierung der Personen, ihrer
Erkrankungen, Belastungen und
Berentungsverläufe

Niklas Baer¹, Ulrich Frick^{2/3}, Tanja Fasel¹

Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation BL¹, Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ZH², Fachhochschule Kärnten³



Unter Mitarbeit von:

Markus Basler, Hannah Frick, Paola Fontana, Sabine Gilliéron, Ernst Kreuzmair, Dominik Lang, Anu Madathilparambil, Nicolas Mattmüller, Daniela Müller, Barbara Myska, Christine Ochsner, Irina Pitsch, Esther Reinmann, Melanie Schüpbach, Christoph Stettler, Madeleine Sulzbachner, Corinne Tamagni, Adrian Vogt, Daniel Weber, Mirjam Wenger, Sara Widmer

Liestal, Zürich, Feldkirchen, 11. Juni 2009

Dank

Unser Dank gilt allen IV-Stellen, welche uns in grosser Arbeit Ihre Versichertenakten (auf Papier) zur Verfügung gestellt haben und durch die unkomplizierte Zusammenarbeit wesentlich zur Realisierung der vorliegenden Studie beigetragen haben. Danke auch an Herrn Jürg Schelling, Leiter Aus-/Fortbildung und Controlling der IV-Stelle Basel-Stadt für die Unterstützung im Rahmen der Schulung der MitarbeiterInnen. Ein Dankeschön gebührt weiter den Experten Dr. med. Renato Marelli, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie; Prof. Dr. med. Peter Keel, Chefarzt Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Bethesda-Spital, Basel-Stadt; Dr. med. Monika Hermelink, Leiterin RAD, SVA des Kantons St. Gallen; Daniel Thommen, Berufsberater IV-Stelle Basel-Stadt; Dr. med. Theodor Cahn, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Anna Domingo, lic. phil. Psychologin M.S., Psychotherapeutin, Basel-Stadt, welche uns fachlich beraten haben. Ausserdem möchten wir allen Personen danken, welche durch ihre Mitarbeit an der Dossiercodierung, den statistischen Analysen und der Literaturrecherche entscheidend zur Realisierung dieser Studie beigetragen haben - es sind dies: Markus Basler, Hannah Frick, Paola Fontana, Sabine Gilliéron, Ernst Kreuzmair, Dominik Lang, Anu Madathilparambil, Nicolas Mattmüller, Daniela Müller, Barbara Myska, Christine Ochsner, Irina Pitsch, Esther Reinmann, Melanie Schüpbach, Christoph Stettler, Madeleine Sulzbachner, Corinne Tamagni, Adrian Vogt, Daniel Weber, Mirjam Wenger und Sara Widmer. Schliesslich danken wir Martin Wicki vom Bundesamt für Sozialversicherungen für die intensive Projektbegleitung und genaue Durchsicht des Manuskripts sowie Markus Buri vom Bundesamt für Sozialversicherungen für die grosse Unterstützung bei der Zurverfügungstellung und Verwendung der Daten.

Vorwort des Bundesamts für Sozialversicherungen

Das rasante Anwachsen der Anzahl Rentnerinnen und Rentner zwischen Mitte der 1980er Jahre bis vor kurzem ist gemäss der IV-Statistik zu grossen Teilen auf das Wachstum bei den Rentnerzahlen aus psychischen Gründen zurückzuführen. Ein zweiter Blick auf die Zahlen enthüllt sodann, dass zwischen 1986 und 2006 eine Verneunfachung der Zahlen in einer einzigen Kategorie der IV ausschlaggebend für diese Entwicklung war, eine Kategorie, die ursprünglich für einfache psychische Entwicklungsstörungen gedacht war, heute aber vermehrt auch schwieriger zuteilbare und stetig anwachsende psychische Leiden umfasst wie etwa „psychogene oder milieureaktive Störungen“, Neurosen oder „Borderline cases“, depressive, hypochondrische oder wahnhafter Fehlentwicklungen, aber auch Sprachstörungen wie Stottern oder psychosomatische Störungen. Als eines der ersten Projekte des Forschungsprogramms FoP-IV wurde deshalb beschlossen, diese dem „Gebrechenscode 646“ zugeordnete Gesundheitsstörungen näher zu analysieren: Welche gesundheitlichen, psychosozialen und gesellschaftlichen Konstellationen stehen hinter dem raschen Anstieg dieses Codes und der damit erfassten psychischen Störungen? Lässt sich eine sinnvolle Gruppierung vornehmen, die gezielte sozialberufliche Interventionen ermöglichen? Und lassen sich allfällige Risikofaktoren benennen, die zu psychisch bedingter Invalidität führen?

Vorgängig führte das gleiche Forscherteam eine Machbarkeitsstudie durch und empfahl eine umfassende Grundlagenanalyse durchzuführen auf der Basis von rund 1000 repräsentativ für die ganze Schweiz ausgewählter IV-Dossiers von Berenteten mit einer Gesundheitsstörung gemäss Code 646.

Heute liegen detaillierte Auswertungen von Rentendossiers aus der Zeitperiode 1992-2006 vor. Die grosse Anzahl von Variablen konnte zu folgenden drei Typologien verdichtet werden: Belastungen, Diagnosen und Berentungsprozesse. Diese wurden dann eingehend auf gegenseitige Abhängigkeiten und nach soziodemographischen Merkmalen geprüft.

Schlussfolgerungen lassen sich vor allem in Bezug auf die medizinisch-arbeitsmarktliche Abklärung sowie auf die Frühintervention ziehen. Zuallererst kann festgestellt werden, dass es medizinische Befunde sind, die eine Berentung nach diesem Code einleiten und nicht soziodemographische Merkmale wie Wohnort, Alter, Herkunft oder Bildung; zudem erweisen sich die Befunde als stabil über die Beobachtungsphase. Dies stellt dem Abklärungsprozess der Invalidenversicherung insgesamt eine gute Note hinsichtlich seiner Unvoreingenommenheit und Unabhängigkeit aus.

Was die medizinische Abklärung betrifft, so lassen sich mehrere Schlüsse ziehen: Zum einen erweist sich der „Code 646“ als wenig hilfreich für die medizinische Abklärung, die ansonsten als sorgfältig, wenn auch oft mit einer übermässigen Anzahl Arztberichten äusserst aufwändig beurteilt wird. Zum andern wurden in der analysierten Periode die arbeitsmarktlichen Abklärungen und die Beurteilung der versicherungsmedizinischen Voraussetzungen, insbesondere der funktionellen Leistungsfähigkeit oder Arbeitsfähigkeit durch die Ärzteschaft nur sehr marginal vorgenommen, wodurch es in diesen Dossiers oftmals an Hinweisen für eine rasche Rehabilitation der Versicherten mangelt.

Einige Schlussfolgerungen in Bezug auf Früherkennung, Prävention, Frühintervention und Rehabilitation verdeutlichen die Grenzen einer Sozialversicherung: ein Teil der Erkrankungsmuster deuten auf langjährige Problemlagen hin, die sich in frühkindlichen Belastungen wie Verwahrlosung, psychische Probleme der Eltern, schulische Schwierigkeiten, mangelndes soziales Netz etc. äussern, sich später in unsteten Arbeitsbiographien und einknickenden Erwerbseinkommen fortsetzen und schliesslich in körperlichen und psychischen Symptomen manifestieren, die mit der Zeit zu chronifizieren drohen. Die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt für eine „Frühintervention“ durch die IV bleibt dabei weitgehend offen.

Trotz diesen Einschränkungen ziehen die Autoren für die IV einige bedeutende Schlüsse:

- Zwischen der medizinischen Abklärung von Gesundheitsschäden und einer allfälligen Arbeits- und Erwerbseinschränkung müssen durch Stärkung und Ausbau der versicherungsmedizinischen und rehabilitativen Kompetenz in den RAD und IV-Stellen bessere Verbindungen geschaffen werden, wie dies durch das Inkrafttreten der 5. Revision ermöglicht wurde.

- Für die bedeutenden Gruppen der Persönlichkeitsstörungen und Schmerzstörungen mit Depression sind krankheitsspezifische rehabilitative Konzepte und Massnahmen zu entwickeln.
- Die Früherkennung durch Arbeitgeber muss weiter unterstützt werden, ermöglicht dies doch einen Zugang zu Erkrankten, bevor sie die Stelle definitiv verlieren. Arbeitsplatzanpassungen sind heute praktisch ausschliesslich auf somatische Erkrankungen ausgerichtet, wogegen für psychische Erkrankte noch kaum Anpassungskonzepte existieren oder umgesetzt werden.
- Das Klassifikationssystem ist zu überdenken und möglicherweise mit ICD-10 oder ICF-Codes zu ergänzen. Der Einsatz beruflicher Massnahmen ist auf weitere Gruppen auszudehnen, insbesondere auch auf bereits etwas ältere Personen mit Persönlichkeitsstörungen, Depressionen oder Schmerzstörungen und auf Personen mit Migrationshintergrund. Auch hier sind mit der 5. IV-Revision die Voraussetzungen verbessert worden.

Die Empfehlungen zielen sicherlich in die richtige Richtung. Das BSV berät derzeit intern und mit den IV-Stellen, ob und wie die Vorschläge im Einzelnen realisierbar und umzusetzen sind. Bereits sind Pilot- und Forschungsprojekte im Bereich der Früherkennung am Laufen oder in Vorbereitung.

Mit der 5. IVG-Revision können also wesentliche Teile der Empfehlungen aus der Analyse realisiert werden. Es gilt zu evaluieren, inwiefern die eingeführten neuen Instrumente auch greifen und zu einer verbesserten Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Arbeitsprozess und damit Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beitragen und zu erforschen, ob noch durch die 5. Revision nicht abgedeckte Massnahmen notwendig sind.

Martin Wicki

Projektleiter

Bereich Forschung und Evaluation

Alard du Bois-Reymond

Vizedirektor

Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

L'augmentation extrêmement rapide du nombre de rentiers AI depuis le milieu des années 80 et jusqu'à tout récemment encore s'explique en grande partie par l'augmentation du nombre de personnes mises en invalidité pour raisons psychiques. C'est du moins ce que semblent montrer les statistiques de l'AI. Mais si l'on y regarde de plus près, on s'aperçoit que l'évolution observée entre 1986 et 2006 s'explique en fait par la multiplication par neuf des cas relevant d'une seule catégorie AI. Conçue initialement pour les troubles simples du développement psychique, cette catégorie comprend aussi aujourd'hui, et de plus en plus, des pathologies difficiles à classer dont le nombre va croissant, telles que les « troubles réactifs du milieu ou psychogènes », les névroses et les états limites (borderline), la tendance dépressive, hypochondriaque ou délirante, mais aussi les troubles du langage, comme le bégaiement, et les troubles psychosomatiques. Par conséquent, l'un des premiers projets décidés dans le cadre du programme de recherche PR-AI a été d'étudier de plus près les atteintes à la santé classées sous le code d'infirmité 646 : quelles situations recouvre la multiplication rapide de ce code, du point de vue tant de la santé et des conditions psychosociales que de la société, ainsi que des troubles psychiques qui en relèvent ? Est-il possible d'y distinguer différents groupes, de façon à permettre des interventions socioprofessionnelles ciblées ? Et peut-on repérer des facteurs de risque susceptibles d'entraîner une invalidité pour raisons psychiques ?

Les mêmes chercheurs avaient mené au préalable une étude de faisabilité, qui recommandait une analyse en profondeur d'un millier de dossiers AI, représentatifs de l'ensemble de la Suisse et relatifs à des personnes touchant une rente pour une atteinte à la santé associée au code 646.

Nous disposons aujourd'hui de l'analyse détaillée de dossiers de rente datant de la période 1992-2006. Les nombreuses variables ont été regroupées en trois grandes typologies – difficultés, diagnostics et processus aboutissant à la rente – que nous avons étudiées de manière approfondie pour ce qui est des corrélations et des caractéristiques sociodémographiques.

Les conclusions concernent principalement, d'une part, l'instruction dans la perspective de l'insertion sur le marché du travail et, d'autre part, l'intervention précoce. La première constatation est que ce sont les résultats des examens médicaux qui induisent l'octroi d'une rente relevant de ce code, et non des caractéristiques sociodémographiques telles que le lieu de domicile, l'âge, l'origine ou la formation ; de plus, ces résultats sont stables sur toute la période analysée. On peut donc donner globalement une bonne note au processus d'instruction pour ce qui est de l'absence de préjugés et de l'indépendance de jugement.

En ce qui concerne l'aspect médical de l'instruction, plusieurs constats s'imposent. Tout d'abord, le code 646 est peu utile pour l'instruction elle-même, qui est par ailleurs menée avec soin, quoique le nombre de rapports médicaux paraisse exagéré. Ensuite, durant la période d'observation, les médecins n'ont guère abordé des questions comme les possibilités d'insertion sur le marché du travail ou les conditions médico-assurantielles, notamment les capacités fonctionnelles ou la capacité de travail. De ce fait, les dossiers comportent rarement des indications incitant à entreprendre rapidement la réadaptation des assurés.

Certains résultats touchant la détection précoce, la prévention, l'intervention précoce et la réadaptation mettent en évidence les limites d'une assurance sociale. Pour un certain nombre de cas, l'évolution a été longue : des difficultés sont apparues dès la petite enfance (abandon, problèmes psychiques chez les parents, échec scolaire, manque de réseau social, etc.), elles se sont manifestées plus tard par une instabilité professionnelle et de maigres revenus, et ont débouché sur des symptômes physiques et psychiques menaçant de passer, avec le temps, à la chronicité. La question du moment juste pour l'intervention « précoce » de l'AI reste ainsi largement ouverte.

Malgré ces réserves, les auteurs tirent de l'étude plusieurs conclusions importantes pour l'AI. Selon eux, il faut :

- lier plus étroitement l'examen médical des atteintes à la santé à l'éventuelle limitation de la capacité de travail et de gain, en renforçant et en développant les compétences des médecins des SMR et

des offices AI dans le domaine de la médecine des assurances et de la réadaptation, ce qui a été rendu possible par l'entrée en vigueur de la 5^e révision ;

- développer des stratégies et des mesures de réadaptation destinées particulièrement au groupe important que représentent les troubles de la personnalité et les troubles douloureux accompagnés de dépression ;
- continuer à soutenir la détection précoce par les employeurs, car elle permet d'avoir accès à des personnes malades avant qu'elles ne perdent définitivement leur emploi. Alors qu'il n'existe quasiment aucune stratégie ni, a fortiori, aucune mesure concrète pour les malades psychiques, l'adaptation des postes de travail bénéficie à l'heure actuelle presque uniquement aux malades physiques ;
- revoir le système de classification et, le cas échéant, le compléter par des codes conformes à la CIM-10 ou à l'ICF. Des mesures d'ordre professionnel doivent être octroyées à des groupes plus étendus, notamment aux assurés d'un certain âge présentant des troubles de la personnalité, une dépression ou des troubles douloureux, ainsi qu'aux migrants. La 5^e révision de l'AI a amélioré les conditions sur ce point-là aussi.

Ces recommandations vont sans aucun doute dans la bonne direction. L'OFAS examine actuellement en interne et avec les offices AI si chacune d'entre elles est réalisable et applicable en pratique, et de quelle manière. Des projets pilotes et de recherche sont déjà en cours ou en préparation dans le domaine de la détection précoce.

La 5^e révision de l'AI a donc permis de réaliser une bonne partie, et une partie essentielle, de ces recommandations. Il y a maintenant : tout d'abord, évaluer dans quelle mesure les nouveaux instruments introduits sont efficaces et débouchent sur une meilleure insertion ou réinsertion des personnes atteintes de troubles psychiques dans le processus du travail, et ainsi sur une meilleure participation à la vie de la société ; ensuite, déterminer si des mesures non prévues par la 5^e révision sont nécessaires.

Martin Wicki

Chef de projet

Secteur Recherche et évaluation

Alard du Bois-Reymond

Vice-directeur

Chef du domaine Assurance-invalidité

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Secondo la Statistica AI, il rapidissimo aumento dei beneficiari di rendite registrato dalla metà degli anni Ottanta fino a qualche anno fa è dovuto in gran parte ai casi d'invalidità per motivi psichici. Un'analisi più attenta dei dati rivela che tra il 1986 e il 2006 questa evoluzione è stata marcata in modo determinante da un'unica categoria in cui i casi di rendita si sono moltiplicati per nove, una categoria originariamente pensata per semplici disturbi dello sviluppo psichico, che oggi viene sempre più spesso utilizzata per classificare tutta una serie di disturbi psichici difficilmente definibili e in costante aumento ("disturbi reattivi all'ambiente o psicogeni", nevrosi, disturbi di tipo borderline, personalità ad impronta depressiva, ipocondriaca o paranoidea, disturbi di eloquio come la balbuzie e disturbi psicosomatici). Per questo motivo è stato deciso che uno dei primi progetti del programma di ricerca PR-AI avrebbe analizzato più da vicino i disturbi della salute attribuiti al "codice d'infermità 646". Quali situazioni sociali, psicosociali o di salute sono all'origine del celere aumento dei casi secondo il codice 646 e dei disturbi psichici da esso contemplati? È possibile suddividere i casi in questione in modo tale da poter attuare interventi socioprofessionali mirati? Vi sono fattori di rischio che possono portare a un'invalidità per motivi psichici?

Lo stesso gruppo di ricerca aveva condotto in precedenza uno studio di fattibilità, in seguito al quale aveva raccomandato di procedere a un'ampia analisi fondamentale basata su un campione rappresentativo per tutta la Svizzera contenente un migliaio d'incarti di beneficiari di una rendita AI con problemi di salute secondo il codice 646.

Attualmente disponiamo di valutazioni dettagliate su incarti relativi al periodo 1992-2006. Il gran numero di variabili è stato riassunto mediante tre tipologie, una per i disturbi, una per le diagnosi e una per i processi che portano alla concessione di una rendita. In seguito, esse sono state esaminate nel dettaglio per individuare eventuali interdipendenze e caratteristiche sociodemografiche.

Lo studio permette di trarre conclusioni soprattutto per quanto concerne gli accertamenti sanitari e di idoneità al mercato del lavoro e l'intervento tempestivo. Anzitutto si è potuto constatare che la concessione delle rendite secondo il codice 646 si fonda su reperti medici – rivelatisi stabili nel periodo in esame – e non su caratteristiche sociodemografiche quali il domicilio, l'età, le origini o l'istruzione. Complessivamente, il processo di accertamento dell'assicurazione invalidità ottiene così buoni voti per quanto concerne imparzialità e indipendenza.

In merito all'accertamento medico si possono trarre diverse conclusioni: 1) il "codice 646" non è di grande utilità per l'accertamento medico, che per il resto – pur essendo estremamente costoso a causa di un numero sproporzionato di rapporti medici – è effettuato in modo accurato; 2) durante il periodo analizzato, i medici hanno proceduto solo in modo molto marginale ad accertamenti dell'idoneità al mercato del lavoro e a valutazioni delle condizioni medico-assicurative (in particolare della capacità funzionale e della capacità al lavoro). Spesso, negli incarti analizzati mancano dunque indicazioni per una rapida riabilitazione degli assicurati.

Alcune conclusioni relative al rilevamento tempestivo, alla prevenzione, all'intervento tempestivo e alla riabilitazione mettono in evidenza i limiti di un'assicurazione sociale: una parte dei casi selezionati presenta problemi di lunga durata dovuti a fattori negativi manifestatisi durante la prima infanzia, quali l'abbandono, problemi psichici dei genitori, difficoltà scolastiche, mancanza di una rete sociale ecc., che portano in seguito a una discontinuità nella biografia lavorativa e a una flessione nel reddito da attività lucrativa per poi finire in sintomi fisici e psichici che con il tempo possono diventare cronici. Resta aperta la questione del momento giusto per un "intervento tempestivo" da parte dell'AI.

Nonostante queste limitazioni, gli autori del presente studio hanno tratto qualche conclusione importante per l'AI:

- I collegamenti tra l'accertamento medico del danno alla salute e l'eventuale limitazione della capacità al lavoro e della capacità al guadagno vanno migliorati rafforzando ed estendendo le competenze medico-assicurative e riabilitative dei SMR e degli uffici AI, come è avvenuto con l'entrata in vigore della 5a revisione AI.

- Si dovranno sviluppare piani e provvedimenti riabilitativi specifici ai singoli quadri clinici per le numerose persone affette da turbe della personalità o disturbi da dolore con depressione.
- Bisogna continuare a sostenere i datori di lavoro nel rilevamento tempestivo, grazie al quale si può entrare in contatto con le persone bisognose di aiuto prima che perdano definitivamente il posto di lavoro. Per il momento i posti di lavoro vengono adattati praticamente soltanto nei casi di malattie somatiche, mentre questo genere di soluzioni è ancora pressoché inesistente per le persone affette da problemi psichici.
- Il sistema di classificazione va riconsiderato e possibilmente completato con codici ICD-10 o ICF. I provvedimenti d'integrazione professionale devono essere estesi ad altri gruppi, in particolare alle persone non più giovani che soffrono di problemi di personalità, depressioni o disturbi dolorosi e alle persone con retroterra migratorio. Anche in questo caso con la 5a revisione AI le premesse sono state migliorate.

Le raccomandazioni vanno senza dubbio nella direzione giusta. L'UFAS sta attualmente discutendo, al suo interno e con gli uffici AI, se e come realizzare le singole proposte. Nel settore del rilevamento tempestivo sono già in corso o in fase di preparazione progetti pilota e progetti di ricerca.

La 5a revisione AI ha permesso di realizzare una parte considerevole delle raccomandazioni scaturite dall'analisi. Ora bisognerà valutare l'efficacia dei nuovi strumenti, verificare in che misura permettano di migliorare la reintegrazione professionale e la partecipazione sociale dei disabili psichici e accertare se siano necessari altri provvedimenti oltre a quelli già previsti dalla 5a revisione.

Martin Wicki

Capoprogetto

Settore Ricerca e sviluppo

Alard du Bois-Reymond

Vicedirettore

Capo dell'Ambito Assicurazione invalidità

Foreword by the Federal Social Insurance Office

According to Invalidity Insurance (IV) statistics, the rapid rise in the number of IV pension recipients from the mid-1980s until a few years ago can be largely attributed to the growing number of individuals awarded an IV pension on the grounds of a psychological impairment or disability. A closer look at the figures reveals that, between the years of 1986 and 2006, one IV category – Code 646 – was almost singlehandedly responsible for this development. The Code 646 category, which had seen a ninefold increase over the aforementioned period, originally covered straightforward mental development disorders, but in recent years has widened to include a range of mental health problems that are difficult to classify and increasingly prevalent, such as “psychogenic or reactive disorders”, neuroses, borderline cases, depressive, hypochondriacal or delusional states, as well as speech and psychosomatic disorders. The decision was therefore taken that an in-depth analysis of the increase in Code 646 IV pension recipients should be the subject of one of the first projects launched as part of the FoP-IV research programme. The aim of such a study would be to find answers to the following fundamental questions: which combinations of health, psychosocial and societal factors lie behind this trend? In the interests of developing better-targeted socio-occupational interventions, can individuals in the Code 646 category be divided into distinct groups? Are there any factors which put a person at greater risk of claiming an IV pension due to a psychological disability or impairment?

The research team first conducted a feasibility study and recommended a comprehensive and fundamental analysis, based on around 1,000 IV case files which are representative of the entire stock of Code 646 IV pension recipients in Switzerland.

The present study provides a detailed analysis of IV pension case files dating from 1992 to 2006. The authors condensed the many variables in these documents into three typologies – pre-existing stress factors, diagnoses, and the IV registration and adjudication procedure – before identifying the socio-demographic features of each one and examining whether there were any interdependencies between them.

The key findings concern medical and occupational rehabilitation assessments as well as early intervention measures. The first observation was that, throughout the ten-year observation period, the award of an IV pension to individuals classified in Code 646 was based on medical criteria and not on sociodemographic factors, such as place of residence, age, nationality or level of education. The study also found that the IV adjudication procedure overall was impartial and independent.

With regard to the IV medical assessment procedure, the study reaches a number of interesting conclusions. First, the scope of Code 646 makes such assessments rather difficult. Even though the study found that the medical assessment is exhaustive, the procedure tends to be rather complex due to the excessive number of doctor reports. Second, the members of the medical community who are involved in this procedure rarely assess the applicants' potential for occupational rehabilitation or examine whether applicants meet the insurance medicine-based criteria, such as their functional abilities or capacity to work. This is borne out by the fact that scant mention is given to the applicants' rehabilitation potential in the IV case files.

A number of findings in relation to early identification, prevention, early intervention and rehabilitation reflect the limitations of a social insurance system. Some illnesses point to longstanding problems that date back to early childhood stresses, such as neglect, parents with mental health issues, problems at school, and absence of a support network. In adulthood, these lead to erratic career trajectories and low earnings, and are ultimately manifested as physical and psychological symptoms which risk becoming chronic over time. The issue of the right time for “early intervention” on the part of the IV remains largely unresolved.

Nevertheless, the authors of the study set out a number of key recommendations for the Swiss IV system.

- The medical assessment of the applicants' health impairment and the evaluation of their functional ability and occupational rehabilitation potential must be better coordinated. This can be achieved by strengthening and extending the insurance-medicine and rehabilitation range

of expertise of the RAD and IV offices, as already envisaged by the 5th revision of the invalidity insurance legislation.

- Rehabilitation programmes and measures should be developed specifically for two major Code 646 groups, namely depressed individuals also suffering from a personality or pain disorder.
- Employers must also be helped and encouraged to identify at-risk employees early on, as this will make it possible to contact the person concerned and take action before (s)he definitively loses her/his job. While many employers currently make workplace adjustments, these are almost exclusively geared towards individuals suffering from somatoform illnesses, with few projects of this kind in place for employees with mental health problems.
- The classification system needs an overhaul. For example, the inclusion of ICD-10 or ICF codes could help refine current classifications. Occupational measures should be offered to more groups, in particular to older claimants suffering from depression or personality and pain disorders, as well as to migrants. Once again, the requisite legal bases are already in place.

These recommendations are definitely a step in the right direction. The FSIO is currently studying the feasibility of each of these proposals and how best to implement them. These studies are being carried out both in-house and with input from the IV offices. A series of pilot and research projects on early identification are already under way or are in development.

Clearly, under the new provisions in the Federal Law on Invalidity Insurance, it will be possible to follow the authors' recommendations. It is therefore important that reviews are undertaken to establish to what extent these new instruments have been extended to people suffering from mental health problems and whether a higher number of them have been successfully reintegrated in the workforce and in society as a result.

Martin Wicki

Project manager

Research and Evaluation Section

Alard du Bois-Reymond

Deputy Director

Head of Invalidity Insurance

Inhaltsübersicht

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	IX
Zusammenfassung	XI
Résumé	XXV
Riassunto	XXXIX
Summary	LIII
1 Ausgangslage und Problemstellung	1
2 Methodik	5
3 Soziodemografische Situation der IV-Rentner/innen	13
4 Spezifische Risikokonstellationen der IV-Rentner/innen	33
5 Gesundheitliche Situation der IV-Rentner/innen	87
6 Berentungsprozess der IV-Rentner/innen	141
7 Belastungs-, Diagnosen- und Verfahrenstypen der IV-Rentner/innen	171
8 Massnahmeempfänger ohne IV-Rente nach Code 646	187
9 Diskussion und Schlussfolgerungen	201
10 Fazit und Empfehlungen	223
Literaturverzeichnis	231
Anhang	233

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	IX
Zusammenfassung	XI
Résumé	XXV
Riassunto	XXXIX
Summary	LIII
1 Ausgangslage und Problemstellung	1
1.1 Ziele der Dossieranalyse	2
1.2 Einflussfaktoren auf psychisch bedingte Invalidisierungen	2
1.3 Machbarkeitsstudie zur Dossieranalyse	3
2 Methodik	5
2.1 Stichproben	5
2.1.1 Stichprobe 1 - „IV-Rente nach Code 646“	6
2.1.2 Ausschöpfungsraten	6
2.1.3 Stichprobe 2 - „Vergleichsgruppe“	7
2.2 Datenquelle	7
2.3 Datenerfassung	8
2.4 Berechnung abgeleiteter Variablen	10
2.5 Statistische Methodik	11
3 Soziodemografische Situation der IV-Rentner/innen	13
3.1 Alter, Geschlecht und Zivilstand	14
3.2 Migration	21
3.3 646-Berentete nach Wohnortregion	27
3.4 Bildung, Berufsklassifikation und Erwerbseinkommen	28
3.5 Zusammenfassung	31
4 Spezifische Risikokonstellationen der IV-Rentner/innen	33
4.1 Belastungen aus Kindheit und Jugend	33
4.1.1 Ausgewählte Zusammenhänge mit den biografischen Belastungen	35
4.1.2 Zusammenfassung	40
4.2 Belastungen durch kritische Lebensereignisse sowie durch Migration	42
4.2.1 Ausgewählte Zusammenhänge zu den kritischen Lebensereignissen	43
4.2.2 Ausgewählte Zusammenhänge zu den migrationsbezogenen Belastungen	49
4.2.3 Zusammenfassung	52
4.3 Merkmale und Belastungen der Erwerbsbiografie	54
4.3.1 Übersicht über einige Daten zur Erwerbsbiografie	56
4.3.2 Arbeitsbelastungen	58

4.3.3	Erste Anzeichen von Arbeitsplatzproblemen	60
4.3.4	Auslösende Ereignisse für die Erwerbsunfähigkeit	61
4.3.5	Konkrete arbeitsbezogene Funktionseinschränkungen der Berenteten	61
4.3.6	Beitragsjahre und Erwerbseinkommen der Berenteten	63
4.3.7	Die Rolle der Arbeitgeber bei der letzten Arbeitsstelle vor Berentung	67
4.3.8	„Einkommensknicke“ - mögliche Krisen der Einkommensbiografie	73
4.4	Typologie der Belastungen	77
5	Gesundheitliche Situation der IV-Rentner/innen	87
5.1	Gesundheitsverhalten der Berenteten vor IV-Anmeldung	90
5.2	Merkmale der Persönlichkeit	95
5.3	Medizinische Diagnosen der Berenteten nach Code 646	100
5.4	Typologie der Diagnosen	111
5.5	Zusammenhänge mit den Diagnosetypen	125
6	Berentungsprozess der IV-Rentner/innen	141
6.1	Deskriptive Resultate zum Berentungsprozess	144
6.2	Typologie der Berentungs-Konstellationen	160
7	Belastungs-, Diagnosen- und Verfahrenstypen der IV-Rentner/innen	171
7.1	Einflussfaktoren für Belastungskonstellationen	171
7.2	Einflussfaktoren für Diagnosenkonstellationen	176
7.3	Einflussfaktoren für Berentungskonstellationen	181
8	Massnahmeempfänger ohne IV-Rente nach Code 646	187
8.1	Soziodemografische Merkmale von Massnahmeempfängern und Berenteten	187
8.2	Biografische Belastungen von Massnahmeempfängern und Berenteten	189
8.3	Arbeitsbiografie von Massnahmeempfängern und Berenteten	190
8.4	Gesundheitsverhalten und Persönlichkeit von Massnahmeempfängern und Berenteten	191
8.5	Diagnosen von Massnahmeempfängern und Berenteten	192
8.6	Verfahrensmerkmale bei Massnahmeempfängern und Berenteten	195
8.7	Früherer und aktueller beruflicher Status der Massnahmeempfänger ohne Rente	196
9	Diskussion und Schlussfolgerungen	201
9.1	Gibt es typische Gruppen von Berenteten aus psychischen Gründen?	202
9.2	Die Berenteten nach Code 646 insgesamt	211
9.3	Die typischen Belastungskonstellationen	212
9.4	Die ärztliche Begutachtung	214
9.5	Die beruflichen IV-Massnahmen	217
9.6	Der Code "646"	219
9.7	Die typischen Berentungskonstellationen	220

10	Fazit und Empfehlungen	223
10.1	Fazit und generelle Empfehlungen	223
10.2	Fazit und Empfehlungen nach praktischen Interventionsbereichen	225
10.2.1	Interventionsbereich 1: Medizinisches Abklärungsverfahren	225
10.2.2	Interventionsbereich 2: Berufliche Massnahmen	226
10.2.3	Interventionsbereich 3: Spezifische Ausschlussprozesse	226
10.2.4	Interventionsbereich 4: Früherkennung und Frühintervention	227
10.2.5	Interventionsbereich 5: Arbeitgeber	228
10.2.6	Interventionsbereich 6: Vorarbeiten zur 6. IV-Revision	229
10.2.7	Interventionsbereich 7: Codizes zur Gebrechensstatistik der Invalidenversicherung	229
	Literaturverzeichnis	231
	Anhang	
11	Messkonzept	233
11.1	Datenmodell und Realisierung in ACCESS / SAS	234
11.2	Datenerfassung	235
11.3	Datenquelle	236
11.4	Unterschiede bei den Formularen	237
11.5	Fehlende Formulare	238
11.6	Gutachten	238
12	Indikatorbildung	239
12.1	Kodierung	239
12.2	Abgeleitete (berechnete) Indikatoren	240
12.3	Reliabilitätsprüfung	243
13	Stichproben	245
13.1	Design der Stichprobe „IV-Rente nach Code 646“ (Sample 1)	245
13.2	Ziehung	245
13.3	Ausschöpfungsraten	247
13.4	Ziehung von Kontrolldossiers	250
14	Statistische Methodik	251
14.1	Klassifikationsanalysen	251
14.2	Latent Class Analyse und Verallgemeinerungen (Latent Profile)	253
14.3	Klassifikations- und Regressionsbäume (CART) und ihre Stabilität (Random Forest)	255
	Literaturverzeichnis	259

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1:	Verlauf der prävalenten 646-Rentenfälle nach Kantonen 1993-2006	5
Abbildung 3-1:	Veränderung des Durchschnittsalters bei erster und letzter IV-Anmeldung	15
Abbildung 3-2:	Veränderungen der Altersgruppen bei IV-Anmeldung	16
Abbildung 3-3:	Altersgruppen-Vergleich zwischen Berenteten und Allgemeinbevölkerung	17
Abbildung 3-4:	Altersverteilung bei erster IV-Anmeldung nach Herkunftsland	18
Abbildung 3-5:	Verschiedene soziodemografische Merkmale nach Altersgruppen	19
Abbildung 3-6:	Maximal obligatorische Schulbildung (Berentete)	20
Abbildung 3-7:	Maximal obligatorische Schulbildung (Wohnbevölkerung, 25-64 Jährige)	21
Abbildung 3-8:	Entwicklung des Anteils von MigrantInnen	22
Abbildung 3-9:	Veränderungen der Anteile von Migrantinnen und Migranten	22
Abbildung 3-10:	Nationalitäten-Vergleich zwischen Berenteten und Allgemeinbevölkerung	23
Abbildung 3-11:	Anteil der bei Anmeldung Verheirateten nach Herkunftsland und Geschlecht	24
Abbildung 3-12:	Wohnsituation der Berenteten nach Herkunftsland	25
Abbildung 3-13:	Anteil Berenteter mit schlechten Sprachkenntnissen nach Herkunfts- Umgebung	26
Abbildung 3-14:	Veränderungen des Anteils Berenteter mit schlechten Sprachkenntnissen	27
Abbildung 3-15:	Vergleich der Wohnortregionen zwischen Berenteten und Allgemeinbevölkerung	28
Abbildung 3-16:	Bildungs-Vergleich zwischen Berenteten und Allgemeinbevölkerung	29
Abbildung 3-17:	Verteilung der Berufsklassifikation	29
Abbildung 3-18:	Höchste absolvierte Bildungsstufe nach Herkunftsland	30
Abbildung 3-19:	Erwerbseinkommen nach Berufsklassifikation und Geschlecht	31
Abbildung 4-1:	Erfahrungen von Vernachlässigung, Gewalt und Missbrauch nach Geschlecht	36
Abbildung 4-2:	Anteil biografisch Hochbelasteter nach Altersgruppe bei Anmeldung	37
Abbildung 4-3:	Anteile biografisch Hochbelasteter nach Herkunftsland	39
Abbildung 4-4:	Alter bei Ersterkrankung nach Anzahl Belastungen aus Kindheit und Jugend	40
Abbildung 4-5:	Anzahl biografischer Belastungen und belastender Lebensereignisse nach Alter bei Anmeldung	44
Abbildung 4-6:	Anzahl biografischer Belastungen und belastender Lebensereignisse nach Diagnose	45
Abbildung 4-7:	Alter bei Ersterkrankung, letztem kritischen Lebensereignis, ersten Arbeitsplatzproblemen und IV-Erstanmeldung	46
Abbildung 4-8:	Quote kritischer Lebensereignisse nach Diagnosengruppe	47
Abbildung 4-9:	Einzelne belastende Lebensereignisse nach Diagnose	48
Abbildung 4-10:	Belastungen durch Migration nach Anmeldezeitraum	49
Abbildung 4-11:	Anzahl biografischer Belastungen, belastender Lebensereignisse und Belastungen durch Migration nach Herkunftsland (n=300 Eingewanderte)	50
Abbildung 4-12:	Einzelne Migrationsbelastungen nach Herkunftsland	51
Abbildung 4-13:	Branchenzugehörigkeit von Berenteten nach 646 und der Erwerbstätigen in der Schweiz (Durchschnittswerte 1991-2005)	57
Abbildung 4-14:	Diagnostizierte Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems nach Branchenzugehörigkeit der Berenteten nach 646	58
Abbildung 4-15:	Längerdauernde physische und psychische Arbeitsbelastungen nach Branche	59

Abbildung 4-16:	Funktionseinschränkungen der Berenteten aus psychischen Gründen	61
Abbildung 4-17:	Häufigste Funktionseinschränkungen nach Diagnosegruppe	62
Abbildung 4-18:	Anteile der Beitragsjahre mit Erwerbstätigkeit, Erwerbslosigkeit und mit Sozialtransfers nach IV-Anmeldungszeitraum	63
Abbildung 4-19:	Einkommen der Berenteten nach Geschlecht und Anmeldungszeitraum	64
Abbildung 4-20:	Erwerbseinkommen der Berenteten nach Diagnosengruppe	65
Abbildung 4-21:	Anteil der Sozialtransfers an der gesamten Erwerbsbiografie	66
Abbildung 4-22:	Jahreseinkommen nach Alter beim Auftauchen der ersten Arbeitsplatzprobleme	67
Abbildung 4-23:	Status des letzten Arbeitsverhältnisses vor IV-Anmeldung	68
Abbildung 4-24:	Bemühung des letzten Arbeitgebers zur Weiterbeschäftigung	69
Abbildung 4-25:	Bemühung des letzten Arbeitgebers zur Weiterbeschäftigung nach Branche	70
Abbildung 4-26:	Anteil von Berenteten mit Nischenarbeitsplätzen nach Branche	70
Abbildung 4-27:	Bemühung des letzten Arbeitgebers zur Weiterbeschäftigung nach Diagnose	71
Abbildung 4-28:	Der Wunsch von Arbeitgebenden nach Hilfestellungen durch die Invalidenversicherung	72
Abbildung 4-29:	Alter bei Ersterkrankung und Einkommensrückgängen nach Diagnose	73
Abbildung 4-30:	Einkommensknicke nach Geschlecht: Dauer bis IV-Anmeldung und Alter bei Knick	74
Abbildung 4-31:	Einkommensknicke nach Alter bei Anmeldung: Dauer bis IV-Anmeldung und Alter bei Knick	75
Abbildung 4-32:	Einkommensknicke nach Zeitraum der Anmeldung: Dauer bis IV-Anmeldung, Dauer bis Berentung und Alter bei Knick	76
Abbildung 4-33:	Belastungsgruppe 1: Mittlere Belastung / Baseline (37.9%)	78
Abbildung 4-34:	Belastungsgruppe 2: Weitgehend unbelastet/schlecht dokumentiert (20.7%)	79
Abbildung 4-35:	Belastungsgruppe 3: Familiäre psychische Erkrankung (18.1%)	80
Abbildung 4-36:	Belastungsgruppe 4: Hoch belastet (14.3%)	81
Abbildung 4-37:	Belastungsgruppe 5: Alleinerziehend (9.0%)	82
Abbildung 4-38:	Entwicklung der absoluten Zahlen der verschiedenen Belastungsgruppen	84
Abbildung 4-39:	Zeitliche Meilensteine bei den Belastungsgruppen	85
Abbildung 5-1:	Anteile sportlich Inaktiver in der Allgemeinbevölkerung und bei den 646-Berenteten	90
Abbildung 5-2:	Unter- und Übergewicht in der Allgemeinbevölkerung und bei 646-Berenteten	91
Abbildung 5-3:	Konsum verschiedener Substanzen in der Allgemeinbevölkerung und bei 646-Berenteten	92
Abbildung 5-4:	Nikotin- und Alkoholkonsum nach Belastungstypen	93
Abbildung 5-5:	Schädliches Gesundheitsverhalten nach Diagnose	94
Abbildung 5-6:	Dokumentierte Persönlichkeitsakzentuierungen der Berenteten (933 Akzentuierungen bei n=603 Berenteten)	96
Abbildung 5-7:	Persönlichkeitsgruppen nach Geschlecht	97
Abbildung 5-8:	Persönlichkeitsakzentuierungen nach Belastungsklassen	98
Abbildung 5-9:	Negative Kindheitserfahrungen von Berenteten mit dissozialen Zügen	99
Abbildung 5-10:	Die häufigsten somatischen Einzeldiagnosen (n≥20) der Berenteten	101
Abbildung 5-11:	Somatische Diagnosen-Hauptkapitel der Berenteten (1457 Diagnosen bei n=609 Berenteten; Diagnose-Hauptkapitel mit n≥10)	102
Abbildung 5-12:	Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen (n≥10) der Berenteten	103

Abbildung 5-13:	Psychiatrische Diagnosen-Hauptkategorien der Berenteten (1785 Diagnosen bei n=850 Berenteten)	104
Abbildung 5-14:	Hauptsächliche rentenbegründende Einzel-Diagnose aus rehabilitativer Sicht (n=835)	105
Abbildung 5-15:	Hauptsächliche rentenbegründende Diagnosen-Gruppe aus rehabilitativer Sicht (n=835)	106
Abbildung 5-16:	Anteil der Übergänge von somatischen zu psychiatrischen Diagnosen nach Zeitraum der IV-Anmeldung*	109
Abbildung 5-17:	Entwicklung der Anzahl der Diagnosen insgesamt sowie der unterschiedlichen Diagnosen	110
Abbildung 5-18:	Diagnosenklasse 1: Depression und multiple Organkrankheiten (32.9%)	111
Abbildung 5-19:	Anteil der Diagnosenklasse LC1 (Depression und multiple somatische Krankheiten) an den 646-Renten nach Zeitraum der IV-Anmeldung (n=284)	112
Abbildung 5-20:	Anteile von Persönlichkeitsstörungen mit und ohne Depressionsdiagnose im Zeitverlauf	113
Abbildung 5-21:	Diagnosenklasse 2: Persönlichkeitsstörungen (28.2%)	115
Abbildung 5-22:	Diagnosenklasse 3: Depression ohne multiple Organkrankheiten und Persönlichkeitsstörung (22.6%)	118
Abbildung 5-23:	Diagnosenklasse 4: Schizophrenie und Minderintelligenz (10.0%)	120
Abbildung 5-24:	Diagnosenklasse 5: Substananzhängigkeit und Persönlichkeitsstörung (6.5%)	122
Abbildung 5-25:	Anteile der Diagnosenklassen an den 646-Renten nach Zeitraum	126
Abbildung 5-26:	Absolute Werte der Diagnosenklassen nach Zeitraum	126
Abbildung 5-27:	Anteil der Diagnosenklassen nach Altersgruppen	127
Abbildung 5-28:	Diagnosenklassen nach Anteil von Eingewanderten	128
Abbildung 5-29:	Rentenrelevante Diagnosen nach Anteil von Eingewanderten	129
Abbildung 5-30:	Diagnosenklassen nach ausgewählten Branchen	129
Abbildung 5-31:	Diagnosenklassen nach Belastungsklassen	130
Abbildung 5-32:	Anteil der Berenteten mit psychiatrischer Komorbidität nach Diagnoseklassen (n=244)	131
Abbildung 5-33:	Diagnosenunabhängige Unterschiede zwischen den Depressionsklassen	132
Abbildung 5-34:	Anteil von Berenteten mit Suizidversuch nach Diagnosenklasse	133
Abbildung 5-35:	Anteil von Berenteten mit Suizidversuch nach Belastungsklasse	134
Abbildung 5-36:	Diagnostische Wechsel zwischen den verschiedenen Arztdokumenten nach Diagnosenklasse	135
Abbildung 5-37:	Latenz zwischen Ersterkrankung und erster psychiatrischer Hospitalisation nach Diagnosenklasse	136
Abbildung 5-38:	Operationen und psychiatrische Hospitalisationen nach Diagnosenklasse	137
Abbildung 5-39:	Anteil der ersten und letzten Arztberichte, in denen von einer möglichen Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen wird (in Prozent)	138
Abbildung 5-40:	Diagnosenklassen nach entscheidender Diagnose für die Berentung	139
Abbildung 6-1:	Anteile von Berenteten mit IV-Haushaltsabklärungen respektive juristischem Einbezug im Zeitverlauf	149
Abbildung 6-2:	Anzahl (unterschiedlicher) psychiatrischer und somatischer Diagnosen nach Diagnosenklasse	150
Abbildung 6-3:	Intensität der ärztlichen Abklärung nach Diagnosenklasse	151
Abbildung 6-4:	Ausführlichkeit und Beschreibung der Funktionsfähigkeit der rentenauslösenden medizinischen Stellungnahmen	152

Abbildung 6-5:	Fachgebiet des medizinischen Erstgutachters (IV-Arztberichte)	153
Abbildung 6-6:	Ärztliche Empfehlung einer Beruflichen IV-Massnahme und effektive Durchführung	154
Abbildung 6-7:	Ärztliche Empfehlung einer Beruflichen IV-Massnahme und effektive Durchführung nach Migrationsstatus	155
Abbildung 6-8:	Erhaltene berufliche IV-Massnahme nach rentenauslösender Diagnose	156
Abbildung 6-9:	Erhaltene berufliche IV-Massnahme nach Diagnosenklasse	157
Abbildung 6-10:	Laut 1. Arztbericht angezeigte IV-Massnahmen nach Diagnosenklasse	157
Abbildung 6-11:	Laut 1. Arztbericht zu prüfende Leistung nach Diagnosenklasse	158
Abbildung 6-12:	Erfassung von Potential und Arbeitsbiografie im Verlauf der Zeit	159
Abbildung 6-13:	Verfahrensmuster 1: Neuere Verfahren mit komplexer somatischer Diagnostik und kurzer Dauer (8.3%)	160
Abbildung 6-14:	Verfahrensmuster 2: Klar psychiatrische Verfahren (48.2%)	161
Abbildung 6-15:	Verfahrensmuster 3: Ältere psychiatrische Verfahren mit sehr langer Dauer (7.3%)	162
Abbildung 6-16:	Verfahrensmuster 4: Komplexe Verfahren mit somatischem Beginn und juristischer Einsprache (3.8%)	163
Abbildung 6-17:	Verfahrensmuster 5: Neuere, diagnostisch einfachere Verfahren mit somatischem Beginn (32.4%)	164
Abbildung 6-18:	Vergleich von psychiatrischen und eher somatisch geprägten Verfahren(LC2 und LC5)	165
Abbildung 6-19:	Vergleich von neueren somatischen, älteren psychiatrischen und komplexen aufwändigen Verfahren	166
Abbildung 6-20:	Verfahrenstypen nach Diagnosetypen	167
Abbildung 6-21:	Verfahrenstypen nach Alter bei IV-Anmeldung	168
Abbildung 6-22:	Anteile der Verfahrenstypen nach Zeitraum der IV-Anmeldung	169
Abbildung 7-1:	Idealtypische Verlaufsvorstellung einer Invalidität	171
Abbildung 7-2:	Idealtypisches Kausalmodell für Belastungskonstellationen	172
Abbildung 7-3:	Belastungskonstellationen als Ausgangsbasis für Klassifikationsanalyse	173
Abbildung 7-4:	Klassifikationsanalyse der Belastungskonstellationen	173
Abbildung 7-5:	Random-Forest-Analyse der Berentungskonstellationen	175
Abbildung 7-6:	Idealtypisches Kausalmodell zur Entstehung der Diagnosenkonstellationen („substantialistische“ Deutung)	176
Abbildung 7-7:	Diagnosenkonstellationen als Ausgangsbasis für Klassifikationsanalyse	177
Abbildung 7-8:	Klassifikationsanalyse der diagnostischen Konstellationen	178
Abbildung 7-9:	Random Forest Analyse der diagnostischen Konstellationen	180
Abbildung 7-10:	Einflussdiagramm für Berentungskonstellationen	181
Abbildung 7-11:	Berentungskonstellationen als Ausgangsbasis für Klassifikationsanalysen	182
Abbildung 7-12:	Klassifikations-Modell der Berentungskonstellationen	183
Abbildung 7-13:	Vereinfachtes Modell der klassifizierten Berentungskonstellationen	184
Abbildung 7-14:	Random Forest Analyse der Berentungskonstellationen	185
Abbildung 8-1:	Psychische Störungen bei Berenteten und Nicht-Berenteten	194
Abbildung 8-2:	Somatische Krankheiten bei Berenteten und Nicht-Berenteten	194

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3-1:	Soziodemografische Merkmale der Berenteten nach Code 646	13
Tabelle 4-1:	Biografische Belastungen aus Kindheit und Jugend der Berenteten nach Code 646	34
Tabelle 4-2:	Biografische Belastungen nach rentenrelevanter Diagnose in Prozent	38
Tabelle 4-3:	Kritische Lebensereignisse aller Berenteten nach Code 646 und spezifische Belastungen bei Migrantinnen und Migranten	42
Tabelle 4-4:	Übersicht über Merkmale der Arbeitsbiografie und Arbeitsbelastungen	54
Tabelle 4-5:	Merkmale der Belastungstypen und Zusammenhänge	83
Tabelle 5-1:	Übersicht über die wichtigsten Merkmale der gesundheitlichen Situation der Berenteten nach Code 646	88
Tabelle 5-2:	Theoretisch vorgesehene und tatsächliche IV-Codierung für die Berenteten	107
Tabelle 5-3:	Die häufigsten psychiatrischen Diagnosen der Diagnosenklasse 1	113
Tabelle 5-4:	Die häufigsten somatischen Diagnosen Diagnosenklasse 1	114
Tabelle 5-5:	Die häufigsten psychiatrischen Diagnosen der Diagnosenklasse 2	116
Tabelle 5-6:	Die häufigsten somatischen Diagnosen der Diagnosenklasse 2	116
Tabelle 5-7:	Die häufigsten psychiatrischen Diagnosen der Diagnosenklasse 3	118
Tabelle 5-8:	Die häufigsten somatischen Diagnosen der Diagnosenklasse 3	118
Tabelle 5-9:	Die häufigsten psychiatrischen Diagnosen der Diagnosenklasse 4	120
Tabelle 5-10:	Die häufigsten somatischen Diagnosen der Diagnosenklasse 4	120
Tabelle 5-11:	Die häufigsten psychiatrischen Diagnosen der Diagnosenklasse 5	122
Tabelle 5-12:	Die häufigsten somatischen Diagnosen der Diagnosenklasse 5	123
Tabelle 6-1:	Übersicht über die Merkmale des Berentungsprozesses	142
Tabelle 8-1:	Vergleich der Kontrollgruppe mit den Berenteten nach Code 646: Soziodemografische Merkmale	188
Tabelle 8-2:	Vergleich der Kontrollgruppe mit den Berenteten nach Code 646: Belastungen aus Kindheit/Jugend	190
Tabelle 8-3:	Vergleich der Kontrollgruppe mit den Berenteten nach Code 646: Arbeitsbiografie/Arbeitsbelastungen/Merkmale letzter Arbeitsplatz	191
Tabelle 8-4:	Vergleich der Kontrollgruppe mit den Berenteten nach Code 646: Lebensumstände/Gesundheitsverhalten/Persönlichkeitsmerkmale	192
Tabelle 8-5:	Vergleich der Kontrollgruppe mit den Berenteten nach Code 646: Diagnosen/Unfälle	193
Tabelle 8-6:	Vergleich der Kontrollgruppe mit den Berenteten nach Code 646: (Medizinische) Verfahrensmerkmale	195
Tabelle 8-7:	Berufliche Situation vor IV-Anmeldung	197
Tabelle 8-8:	Letzte dokumentierte berufliche Situation	197
Tabelle 8-9:	Letzte berufliche Situation zusammengefasst	198
Tabelle 12-1:	Reliabilitätskontrolle durch Berechnung von Übereinstimmungsquoten	243
Tabelle 13-1:	Rentenzahlungen wegen Code 646 in den Jahren 1993 bis 2006	245
Tabelle 13-2:	Rücklauf nach Prävalenzjahren	249
Tabelle 13-3:	Rücklaufquote und Stichprobengrösse nach Kantonen	250

Zusammenfassung

Ausgangslage

Die Anzahl der Renten der Schweizerischen Invalidenversicherung (IV) ist in den letzten zwei Jahrzehnten stetig und stark angewachsen - wie in anderen europäischen Ländern auch. Die Zunahme der IV-Renten in der Schweiz ist spezifisch auf die Berentungen wegen psychischer Störungen zurückzuführen. Abgesehen von einer einzelnen Kategorie¹ sind die übrigen psychiatrisch bedingten Invalidisierungen aber kaum stärker angestiegen als die Gesamtheit aller anderen Berentungen auch.

Die Kategorie 646 der "Psychogenen oder milieureaktiven Störungen" ist zwischen 1986 und 2006 als Berentungsgrund um das Neunfache angestiegen, und hat damit praktisch im Alleingang den Fokus der 5. IV-Revision auf die psychisch kranken Versicherten gelenkt. Allein zwischen 1993 und 2006 wurden über 60'000 Personen neu nach dieser Kategorie invalidisiert, nur 24'000 Personen fielen in dieser Zeitspanne weg. Um welche Erkrankungen es sich bei dieser Sammelkategorie im Einzelnen handelt, war bisher unbekannt. Es wird häufig angenommen, dass es sich um "nicht oder nur schwer objektivierbare" Erkrankungen handelt.

Es sollte mit einer umfassenden Analyse von IV-Akten von Berenteten nach Code 646 in Annäherung an die Ursachenfrage geklärt werden, was zugenommen hat, also welche Erkrankungen und welche Art von Berentungskonstellationen. Um neue Erkenntnisse über die Berentungsverläufe und deren Zusammenhänge zu generieren, wurden folgende Themenbereiche genauer untersucht: Biografische und soziodemografische Merkmale der berenteten Person, Merkmale der Persönlichkeit und des Gesundheitsverhaltens, Merkmale des sozialen Umfeldes, Merkmale der Arbeits- und Einkommensbiografie, Merkmale der Erkrankung und ihrer Folgen, Merkmale des Behandlungs- und Rehabilitationsprozesses sowie Merkmale des Abklärungs- und Begutachtungsprozesses.

Der praktische Zweck all dieser Erhebungen geht letztlich über eine reine Beschreibung der Kategorie "646" hinaus. Eine Kenntnis der verschiedenen Typen von Berenteten, ihrer Risikofaktoren und ihrer typischen Ausgliederungs- und Berentungsverläufe bildet überhaupt erst die Grundlage für spezifische Konzepte zur Frühintervention, beruflichen Rehabilitation und Invaliditätsprävention.

Stichproben und Methodik

Bisher wurden IV-Akten noch nie einer vergleichbaren Analyse unterzogen. Um zu prüfen, ob die teils älteren IV-Akten überhaupt geeignet sind, derartige Fragestellungen zu beantworten und ob die

1 Die psychischen Krankheiten sind bei der Invalidenversicherung in folgende Kategorien unterteilt: 641 (Schizophrenie), 642 (Manisch-depressives Kranksein), 643 (Organische Psychosen und Leiden des Gehirns), 644 (Übrige Psychosen, Involutionen, Depressionen), 645 (Psychopathie), 646 ("Psychogene oder milieureaktive Störungen; Neurosen; Borderline cases (Grenzbereich Psychose - Neurose); einfache psychische Fehlentwicklungen z.B. depressiver, hypochondrischer oder wahnhafter Prägung; funktionelle Störungen des Nervensystems und darauf beruhende Sprachstörungen, wie Stottern; psychosomatische Störungen, soweit sie nicht als körperliche Störungen codiert werden"), 647 (Alkoholismus), 648 (Übrige Süchte, Toxikomanie), 649 (Übrige geistige und charakterliche Störungen einschliesslich Sprachentwicklungsstörungen, Oligophrenie).

Akten über die Zeit und die Kantone hinweg vergleichbare Informationen bereitstellen, wurde vorgängig eine Machbarkeitsstudie mit 170 IV-Akten aus verschiedenen Kantonen und Berentungsjahren durchgeführt (Baer & Frick, 2007). Die Machbarkeitsstudie erkannte den Informationsgehalt der IV-Akten als ausreichend und insgesamt gut vergleichbar an.

Für die anschliessende Hauptstudie wurde eine Zufallsstichprobe von 887 Dossiers von Berenteten nach Code 646 gezogen. Diese Stichprobe berücksichtigt die regionalen und zeitlichen Proportionen in der Grundgesamtheit und ist repräsentativ für den gesamten *Rentner/innen-Bestand* nach 646 in der Schweiz zwischen 1993 und 2006. Die Dossierstichprobe beschränkte sich demnach nicht auf die Neurenten der Jahre 1993 bis 2006, sondern auf alle jemals in dieser Zeitspanne vorhandenen Renten nach 646 - inklusive Renten, die schon früher gesprochen wurden. Die Ergebnisse dieser Studie beanspruchen Gültigkeit für eine Mehrheit des psychiatrischen Rentenbestandes in der Schweiz. Für die Risikofaktorenanalyse wurde als Vergleichsgruppe eine repräsentative 646-Zufallsstichprobe von 273 Versicherten gezogen, die mindestens einmal eine berufliche IV-Massnahme erhalten und bis zwei Jahre nach Massnahmeverfügung keine IV-Rente bezogen hatten.

Neben der Beschreibung der erfassten Merkmale sowie ihrer wichtigsten Zusammenhänge wurden für die Typenanalysen neuere und differenzierte statistische Analysen eingesetzt (latent class analysis, latent class mixture modelling). Dabei wurden drei verschiedene Typologien berechnet, nämlich je eine Typologie der Belastungskonstellationen, der Diagnosenkonstellationen sowie der Verfahrenskonstellationen. Die Zusammenhänge von Belastungen, Erkrankungen und Verfahren sowie mögliche weitere Einflussfaktoren wurden mit Klassifikations- und Regressionsbäumen (CART, Random Forest) überprüft.

Resultate

Was charakterisiert die Berentungsgruppe 646 als ganze?

Die Mehrheit der Berenteten aus psychischen Gründen meldet sich nach dem 40. Altersjahr bei der Invalidenversicherung an. Männer und Frauen sind in etwa gleich häufig vertreten. Nur ein geringer Teil von ihnen verfügt über eine längere Schulbildung, 40% haben keine qualifizierte Berufsausbildung absolviert. Zwei Drittel sind oder waren einmal verheiratet, mehr als die Hälfte lebt mit Partnerin oder Partner sowie Kindern zusammen. Regional betrachtet sind die 646-Berenteten in der Genferseeregion und in der Nordwestschweiz proportional übervertreten.

In Bezug auf mögliche biografische Belastungsfaktoren fällt auf, dass 40% der Berenteten in psychiatrisch vorbelasteten Familien aufgewachsen sind. Bei jeweils über einem Drittel sind schwere und längerdauernde Vernachlässigung in der Kindheit und schwere körperliche Erkrankungen der Eltern dokumentiert. Jeweils etwa ein Fünftel hat gemäss Akten schwere Gewalt und längerdauernde Trennung von den Eltern erlebt. Sexueller Missbrauch, Heimaufenthalte, Trennung der Eltern oder gar Tod eines Elternteils kommen bei jeweils rund 10% der Fälle vor. Knapp die Hälfte der Berenteten hat schon als Kind oder Jugendlicher selbst unter psychischen Störungen gelitten. 30% der Berenteten nach Code 646 sind mit unterdurchschnittlichen Leistungen in der Schule aufgefallen und 15% mit schwierigem Verhalten. Je mehr solche Belastungen eine Person erlebt hat, desto jünger ist sie bei IV-Anmeldung und desto tiefer war auch ihr durchschnittliches Erwerbseinkommen - biografische Belastungen stehen demnach bei Vielen mit einer später verminderten beruflichen Funktionsfähigkeit in Zusammenhang. Insgesamt haben über 40% der Berenteten vier und mehr markante

biografische Belastungen erlebt, was mit einiger Sicherheit die Verhältnisse in der Allgemeinbevölkerung übertrifft.

85% der Berenteten waren jemals vor Berentung erwerbstätig, im Vergleich zu den Erwerbstätigen in der Schweizer Bevölkerung besonders häufig in der Industrie, im Gesundheits- und Sozialwesen, in der Öffentlichen Verwaltung sowie im Gastgewerbe. Im Durchschnitt waren die Berenteten vor ihrer Erwerbsunfähigkeit während 14 Jahren erwerbstätig. Dabei fällt auf, dass ihr durchschnittliches Jahreseinkommen nur ein Drittel des Schweizerischen Durchschnittseinkommens erreicht, zudem stammen rund 30% ihrer Einkommen aus Sozialtransferleistungen. Das zeigt, dass die berufliche Anpassung der später Berenteten schon während ihrer Erwerbsbiografie relativ schlecht war. Die häufigsten Frühwarnzeichen für Arbeitsplatzprobleme waren das Auftreten von psychischen oder somatischen Symptomen, besonders viele Stellenwechsel, Absenzen sowie soziale Konflikte am Arbeitsplatz. Diese Auffälligkeiten liegen zeitlich viele Jahre vor IV-Anmeldung - ein Hinweis darauf, dass Massnahmen zur betrieblichen Sensibilisierung sowie zu einer engeren Verbindung von psychiatrischen Fachpersonen und Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes dringend geboten wären.

Unabhängig von diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen sind bei fast 70% der Berenteten in den Akten akzentuierte (also subklinische) Persönlichkeitsmerkmale dokumentiert, wiederum ein Wert, der die Verhältnisse in der Allgemeinbevölkerung wahrscheinlich deutlich übertrifft. Besonders häufig sind selbstunsichere, vermeidende und emotional instabile Persönlichkeiten. Solche Persönlichkeitszüge treten besonders häufig bei Personen auf, die biografisch hoch belastet sind, sie führen oft zu zwischenmenschlichen Problemen und erschweren insgesamt die Rehabilitation. Neben den eigentlichen Erkrankungen stellen sie einen Hauptfaktor für die Berentung dar.

Die *häufigsten aller in den Akten dokumentierten* psychiatrischen Diagnosen sind die wiederkehrende depressive Störung und andere affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, somatoforme Schmerzstörungen, Angststörungen, Alkoholerkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Polytoxikomanie sowie Schizophrenie.

Die *häufigsten für die Berentung entscheidenden* Erkrankungen sind die Persönlichkeitsstörungen, die wiederkehrende depressive Störung und die somatoforme Schmerzstörung. Bei 70% der Berenteten sind auch somatische Erkrankungen diagnostiziert, zu einem grossen Teil handelt es sich dabei um Krankheiten des Bewegungsapparates (Rückenleiden etc.). Insgesamt ist anhand der dokumentierten Diagnosen zu fragen, ob eine „646“-Codierung tatsächlich eine korrekte Einstufung darstellte: Bei rund 25% aller Berenteten wäre eine andere Kategorisierung (641-645, 647-649) zumindest nahe gelegen. Dies ändert nichts an der Zunahme psychiatrischer Invalidisierungen, aber es würde den Umfang der oft als „unklar und schwer objektivierbar“ bezeichneten 646-Erkrankungen relativieren.

Nach Code 646 berentete Migrantinnen und Migranten

Mit rund 30% sind Ausländerinnen und Ausländer gegenüber ihrem Anteil in der erwerbstätigen Bevölkerung in der Schweiz (20%) bei den Berenteten proportional übervertreten. Insgesamt sind 34% der Berenteten in die Schweiz immigriert. Sie sind bei der IV-Anmeldung deutlich älter als die SchweizerInnen, was weitere Unterschiede mit sich bringt. Seit den 80er Jahren ist vor allem der Anteil der immigrierten Frauen deutlich angestiegen und bewegt sich seit 1999 auf demselben Ni-

veau wie der Anteil der Migranten, der in etwa gleich geblieben ist. Bezüglich Herkunft dominieren einerseits die früheren Herkunftsländer Italien und Portugal andererseits die zeitlich jüngeren wie die Türkei sowie die Staaten des ehemaligen Jugoslawiens. Die Migrantinnen und Migranten leben häufiger mit Partner/in und Kindern zusammen und sind häufiger in ländlicher Umgebung ohne gute Bildungschancen aufgewachsen als die Schweizer. Bei über 60% der MigrantInnen sind spezifische Belastungen (Gewalterfahrung im Herkunftsland, traumatisierende Flucht, Trennung der Familie durch die Migration etc.) dokumentiert. Etwa die Hälfte der MigrantInnen verfügt nur über mässige Kenntnisse der jeweiligen Landessprache der Schweiz. Wenn hier demnach von Migrantinnen und Migranten gesprochen wird, ist zu bedenken, dass es sich bei den nach Code 646 Berenteten wahrscheinlich weder um ein repräsentatives Abbild der Verhältnisse in den jeweiligen Herkunftsländern noch der Verhältnisse der in die Schweiz eingewanderten Personen insgesamt handelt, sondern um eine selektionierte Gruppe mit relativ wenig Bildung, ländlicher Herkunft und schlechten Sprachkenntnissen.

Entwicklungen über die Zeit hinweg

Vergleicht man die IV-Anmeldungen vor 1990 und später, fallen zwei Veränderungen auf, die miteinander zusammenhängen: Zum einen ist das durchschnittliche Alter bei IV-Anmeldung seit den 80er Jahren bis heute um 8 Jahre angestiegen, vor allem wegen des Anstieges der 50-59-Jährigen. Und zum anderen hat der Anteil der MigrantInnen am 646-Rentenbestand - in erster Linie wegen der Zunahme der eingewanderten Frauen - von knapp 30% auf über 40% zugenommen. Stark zugenommen hat insbesondere der Anteil belasteter MigrantInnen mit schlechten Sprachkenntnissen. Diese beiden Entwicklungen sind verbunden mit weiteren Unterschieden bezüglich Krankheitsspektrum, prämorbidem beruflicher Anpassung, familiärer Integration und anderen Faktoren. Insgesamt zeigen deshalb die aus psychischen Gründen Berenteten vor 1990 ein etwas anderes Profil als die später Berenteten. Verändert haben sich über die Zeit hinweg auch Merkmale des IV-Verfahrens: Der Anteil von Verfahren mit juristischer Einsprache hat sich seit 1990 verdoppelt, der Anteil von Verfahren mit beruflichen Massnahmen ist zurückgegangen und die Ausführlichkeit der medizinischen Gutachten ist angestiegen - in erster Linie bedingt durch die gegenüber SchweizerInnen deutlich umfangreichere Begutachtung bei MigrantInnen mit komplexen (somatoformen) Störungsbildern.

Typologie der Belastungskonstellationen der 646-Berenteten

Aus rund 50 erhobenen Belastungsmerkmalen aus Biografie, kritischen Lebensereignissen und Arbeitsbiografie wurde eine stabile und gut differenzierende Belastungs-Typologie berechnet. Die gefundenen Belastungstypen lassen sich folgendermassen beschreiben:

Typ 1 - Alleinerziehende, erwerbstätige Frauen (9% der Berenteten): Der prozentuale Anteil dieser Gruppe an den 646-Renten hat sich seit 1990 verdoppelt, zahlenmässig hat sie sich mehr als verdreifacht. Typisch sind depressive Leiden und Schmerzstörungen sowie ein hohes Erkrankungsalter. Diese Gruppe hat einen für die 646-Berenteten durchschnittlichen Anteil von Migrantinnen. Der Anteil Alleinerziehender ist bei den 646-Renten doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Alleinerziehende sind bekanntermassen eine wichtige soziale Risikogruppe für psychische Erkrankungen.

Typ 2 - Biografisch extrem Belastete (14% der Berenteten): Extrem häufige Erfahrungen von Heimaufenthalt, wechselnden Pflegemilieus, Verlust eines Elternteils, Vernachlässigung und Gewalt. Sehr häufig sind schon frühe Leistungsprobleme und Verhaltensauffälligkeiten in der Schulzeit dokumentiert. Insgesamt zeigt diese Gruppe eine typische „broken-home“-Biografie. Zahlenmässig ist diese Gruppe seit 1990 unverändert, anteilmässig hat sie sich halbiert. Diagnostisch handelt es sich überwiegend um Persönlichkeitsstörungen. Typisch sind häufige psychiatrische Hospitalisationen und ein besonders frühes Ersterkrankungsalter. MigrantInnen sind in dieser Gruppe unterdurchschnittlich vertreten. Zudem ist hier besonders häufig ein schädliches Gesundheitsverhalten (riskanter Alkoholkonsum, Nikotinkonsum) festzustellen.

Typ 3 - Psychiatrisch familiär Vorbelastete (18% der Berenteten): In fast allen Fällen haben schon die Eltern oder andere nahe Verwandte an psychischen Störungen gelitten. Dies und die Tatsache, dass die Berenteten dieser Gruppe kaum je länger von den Eltern getrennt oder in einem Heim aufgewachsen sind, machen die Hauptunterschiede zur vorherigen Gruppe aus. Dokumentiert sind häufige Erfahrungen von Gewalt und Vernachlässigung. Wie die vorherige ist auch diese Gruppe zahlenmässig seit 1990 unverändert, anteilmässig hat sie sich ebenfalls halbiert. Diagnostisch handelt es sich häufig um Persönlichkeitsstörungen sowie Depressionen. Typisch sind besonders häufige Hospitalisationen in einer psychiatrischen Klinik. Diese Gruppe zeigt den geringsten Anteil an MigrantInnen. Auch diese Gruppe leidet zusätzlich häufig unter einem riskanten Alkoholkonsum und Nikotinkonsum.

Typ 4 - Unbelastete und schlecht Dokumentierte (21% der Berenteten): Diese Gruppe zeigt unterdurchschnittliche Werte bei sämtlichen erhobenen Belastungen. Dies liegt bei einem Teil der Fälle an den effektiv nicht vorhandenen Belastungen, bei einem eher grösseren Teil an der mangelhaften Dokumentation in den Akten. Bei dieser Gruppe wurden die Biografie, die Arbeitsbiografie und auch die Lebensumstände oft nicht festgehalten. Diese Gruppe mit einem unterdurchschnittlichen Ausländeranteil hat sich in den letzten rund 20 Jahren zahlenmässig verdoppelt. Typisch sind häufige depressive Erkrankungen, ein hohes Ersterkrankungs- und Anmeldungsalter und besonders seltene psychiatrische Hospitalisierungen. Bei dieser Gruppe wurde besonders selten (nur in 10% der Fälle) ein medizinisches Gutachten verfasst. Vereinfacht gesagt handelt es sich hier um ältere Schweizer mit depressiven Störungen und reduzierten Arbeitsmarktchancen, die vor Berentung relativ oberflächlich abgeklärt wurden.

Typ 5 - Mittelgradig Belastete (38% der Berenteten): Diese Gruppe zeigt erwartungsgemässe Belastungen, die wahrscheinlich über dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung liegen, sich aber im Vergleich zu den anderen 646-Belastungsgruppen etwa im Mittel bewegen. Typisch für diese Personen sind eine Unterschichtsherkunft und Belastungen aus schwerer körperlicher Arbeit - vor allem in der Industrie und im Baugewerbe. Diagnostisch handelt es sich um die Gruppe mit dem höchsten Anteil an Schmerzstörungen. Diese Gruppe ist zahlenmässig ebenfalls klar angestiegen und zeigt mit 50% den höchsten Anteil an MigrantInnen. Medizinische Gutachten wurden hier so häufig wie in keiner anderen Gruppe in Auftrag gegeben (in über 35% der Fälle).

Typologie der Erkrankungen der 646-Berenteten

Sämtliche Diagnosen (*mit* oder *ohne* Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) aus den IV-Arztberichten sowie den medizinischen Gutachten wurden erfasst und einheitlich codiert (ICD-10 der WHO).

Aus all diesen rund 7'000 psychiatrischen und somatischen Diagnosen wurde eine Typologie berechnet, die folgende 5 Erkrankungskonstellationen ergab:

Typ 1 - Substanzabhängigkeit und Persönlichkeitsstörung (7% der Berenteten): Alle Personen dieser Gruppe haben eine Suchterkrankung, mehrheitlich sind sie polytoxikoman oder opiatabhängig, 40% sind alkoholabhängig. 85% von ihnen haben eine Persönlichkeitsstörung. Körperlich fallen sie als einzige durch einen relativ hohen Anteil von infektiösen und parasitären Krankheiten auf, 30% haben eine Virushepatitis und 10% eine HIV-Krankheit - beides wohl Folgen der Suchterkrankung. Diese Gruppe zeigt extrem hohe Werte bei den biografischen und psychosozialen Belastungen. Zahlenmässig ist diese Gruppe in den letzten zwei Jahrzehnten konstant geblieben. Inwieweit die fast immer gleichzeitig diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen auch eine Folge der IV-Gesetzgebung sind (eine Substanzabhängigkeit begründet für sich allein betrachtet noch keine Invalidität) bleibt dahingestellt.

Typ 2 - Schizophrenie und Minderintelligenz (10% der Berenteten): Diese Gruppe umfasst Schizophrenie (50%), Minderintelligenz (30%) und frühe Entwicklungsstörungen (20%). Es handelt sich also auch hier um schwere Störungen mit frühem oder sehr frühem Beginn. Sie zeigen unterdurchschnittliche biografische und psychosoziale Belastungen - die Hauptbelastung liegt in der Erkrankung selbst. Zahlenmässig ist diese Gruppe in den letzten zwei Jahrzehnten konstant geblieben. Für die hier dominanten Störungen existieren eigentlich separate Codes, sie scheinen unter 646 mehrheitlich falsch codiert.

Typ 3 - Depression ohne Persönlichkeitsstörung und ohne körperliche Erkrankungen (23% der Berenteten): 80% der Personen dieser Gruppe haben eine depressive Störung, 25% haben eine Schmerzstörung, 13% eine Angststörung und 13% eine posttraumatische Belastungsstörung. Es dominieren hier demnach affektive und neurotische Störungen ohne weitere Zusatzdiagnosen, das heisst, bei diesem Diagnosentyp steht eine mehr oder weniger reine affektive Morbidität im Vordergrund. Diese Gruppe ist insgesamt biografisch und psychosozial eher wenig belastet. Zahlenmässig hat sich diese Gruppe in den letzten zwei Jahrzehnten verdoppelt.

Typ 4 - Persönlichkeitsstörungen (28% der Berenteten): Fast alle Personen dieser Gruppe leiden an einer Persönlichkeitsstörung sowie weiteren psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen und Alkoholabhängigkeit, körperliche Krankheiten fehlen fast gänzlich. Das gleichzeitige Vorhandensein dieser psychischen Störungen ist typisch für Persönlichkeitsstörungen. Auch hier handelt es sich um biografisch hoch belastete Menschen. Zahlenmässig ist diese Gruppe in den letzten zwei Jahrzehnten konstant geblieben.

Typ 5 - Depression, Schmerzstörungen, Persönlichkeitsstörung und multiple somatische Erkrankungen (33% der Berenteten): Diese umfangreichste Personengruppe zeichnet sich vor allem durch depressive Zustände aus, die sich vor allem somatisch äussern. Von der obigen Depressionsgruppe unterscheiden sie sich auch durch die hier häufigen Persönlichkeitsstörungen, somatoformen Schmerzstörungen und somatischen Erkrankungen. Zudem ist diese Gruppe psychosozial deutlicher belasteter. Auf einen Teil dieser Gruppe trifft das Phänomen der invalidisierenden Wirkung von multiplen psychosozialen Belastungen am ehesten zu. Zahlenmässig hat sich diese Gruppe in den letzten zwei Jahrzehnten verdoppelt.

Generelle Merkmale des Anmelde- und Abklärungsverfahrens der IV

70% der Berenteten haben bei der IV-Anmeldung eine Rente beantragt, rund 40% zusätzlich oder allein eine berufliche Massnahme. Häufig sind bei der Anmeldung schon Kranken- und Pensionskassen sowie die Sozialhilfe involviert. Der Einbezug der Kranken- und Pensionskassen schon vor IV-Anmeldung hat seit den 90er Jahren zudem deutlich zugenommen. In rund 15% der Fälle wurde von Versichertenseite eine juristische Einsprache gegen den IV-Entscheid vorgenommen, in rund 10% der Fälle kam es zu einem Gerichtsbeschluss. Die Dauer von der ersten IV-Anmeldung bis zur Berentung ist sehr unterschiedlich und reicht von rund 2 bis zu 22 Jahren.

Die ärztliche Begutachtung der Berenteten nach 646

Schon bei der zeitlich ersten Beurteilung gehen die Ärzte nur bei einem Drittel aller Fälle von einem besserungsfähigen gesundheitlichen Zustand aus. Dies ist ein Hinweis auf die Schwere und Chronizität der Erkrankungen bei einer deutlichen Mehrheit der Versicherten. Bis zur letzten Stellungnahme vor Berentung sinkt dieser Wert gar auf rund 20%. Auffällig ist jedoch, dass beim umfangreichsten Diagnosentyp "Depression, Schmerzstörungen, Persönlichkeitsstörung und multiple somatische Erkrankungen" schon zu Verfahrensbeginn nur bei 20% der Personen eine Verbesserungsmöglichkeit gesehen wird, also sehr viel seltener als bei den schweren und früh beginnenden psychiatrischen Erkrankungen wie Schizophrenie, Minderintelligenz oder Persönlichkeitsstörungen. Personen mit Schmerzstörung wird somit unterdurchschnittlich oft eine Besserung „zugetraut“, obwohl sie über eine relativ gute berufliche Anpassung vor Krankheitsbeginn verfügen. Dies kann nicht an der Schwere der Erkrankung alleine liegen, sondern scheint eher durch die Art der Krankheitspräsentation sowie die Dynamik der Arzt-Patient-Beziehung erklärbar. Nur bei einem Drittel der Berenteten war zu Beginn des ärztlichen Abklärungsverfahrens ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie involviert, besonders häufig handelte es sich stattdessen um Allgemeinmediziner und Internisten - oft sind dies die Hausärzte der AntragsstellerInnen. Dies zeigt auch, dass sich psychische Probleme teilweise zuerst in körperlichen Symptomen äussern. Je länger die zugrundeliegende psychische Problematik nicht erkannt wird, desto grösser ist aber auch die Wahrscheinlichkeit einer inadäquaten Behandlung und einer Chronifizierung des Zustandes. Insgesamt wurde zudem bei einem Viertel der Berenteten aus psychischen Gründen im gesamten Berentungsverfahren überhaupt nie eine psychiatrische Abklärung vorgenommen.

Der Anspruch auf eine IV-Rente ist juristisch nicht direkt von einer Erkrankung abhängig, sondern ausschliesslich von deren Folgen für die Arbeitsfähigkeit. Eine genaue Kenntnis der arbeitsrelevanten Krankheitsfolgen, also der funktionellen Einschränkungen ist zudem für allfällige rehabilitative Massnahmen entscheidend. Hier liegt das Hauptproblem des ansonsten sehr umfassenden und differenzierten ärztlichen Abklärungsverfahrens: Bei der Hälfte der durchschnittlich 5-seitigen rentenauslösenden medizinischen Dokumente steht entweder gar kein Satz oder höchstens ein einziger Satz zu den Folgen der Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit, also dazu, was jemand kann und nicht kann. Der Detaillierungsgrad der expliziten Beschreibungen von Funktionseinschränkungen bewegt sich meistens auf einem Aussageniveau wie „ist nicht belastbar“, „ist zuwenig stabil“. Solche allgemeinen Beurteilungen sind nicht handlungsleitend, und damit fehlt die fachliche Basis für allfällige berufliche Massnahmen. Dies weist darauf hin, dass die rehabilitative und die medizinische Abklärung meist zwei voneinander unabhängige Verfahren sind. Wirksame berufliche Massnahmen bei psychisch Kranken setzen aber eine Kenntnis und Umsetzung des medizinischen Wissens in der

Rehabilitation voraus. Die hier festzustellende ungenügende versicherungsmedizinische Reichweite der ärztlichen Berichte ist an sich seit längerem bekannt und war auch einer der Gründe für die Schaffung der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD).

Die fehlende rehabilitative Komponente der ärztlichen Begutachtung zeigt sich auch an anderen Indikatoren: So wurde zwar bei einigen Berenteten auf Ressourcen und Potential aufmerksam gemacht, gleichzeitig wurde aber nur bei einem Drittel der Berenteten die Arbeitsbiografie zumindest rudimentär aufgelistet. Nur bei 20% der Berenteten wurden konkrete berufliche Massnahmen überhaupt erörtert. Zudem ist nur selten beschrieben, ob es auslösende Ereignisse für die Arbeitsunfähigkeit oder spezielle Arbeitsbelastungen gab oder welches die ersten Anzeichen von krankheitsbedingten Arbeitsplatzproblemen waren. Zusammengefasst sind in den meisten ärztlichen Berichten und Gutachten die gesamte Arbeitssituation und -problematik der Versicherten sowie ihre Eingliederungsmöglichkeiten weitgehend ausgeblendet. Trotzdem bei diesen ärztlichen Abklärungen zumeist die „Rentenfrage“ zu prüfen war, sollte auch für einen Rentenentscheid nicht nur implizit, sondern konkret und nachvollziehbar dargelegt werden, welche Konsequenzen eine Krankheit bei einer bestimmten Person für die Arbeitsfähigkeit nach sich zieht.

In Bezug auf die rein medizinische Seite kann man hingegen von einer umfassenden und intensiven Abklärung ausgehen. In jedem Dossier sind durchschnittlich 11 ärztliche Stellungnahmen dokumentiert (inklusive RAD, Spitalaustrittsberichte, Revisionsberichte etc.), ausgearbeitet von durchschnittlich 7 verschiedenen Ärzten. Die Bandbreite ist sehr gross und reicht je nach Dossier von einer bis zu 90 Stellungnahmen durch eine/n bis zu 42 involvierten ÄrztInnen.

Die beruflichen Massnahmen der Berenteten nach 646

Die ärztlichen Begutachter haben seit den 80er Jahren bis heute relativ konstant in etwa 40% der Fälle berufliche IV-Massnahmen für angezeigt erachtet. Diese Empfehlungen wurden aber nur selten umgesetzt: Nur bei insgesamt 13% der Berenteten wurde eine solche Massnahme verfügt, mit historisch abnehmender Tendenz. Das gegenüber Ärzten verbreitete Vorurteil, sie seien rein "defizitorientiert" relativiert sich damit, eher waren es die IV-Stellen, die Eingliederungsmassnahmen zunehmend seltener als angezeigt erachteten.

Dabei fällt auf, dass Migrantinnen und Migranten vor Berentung praktisch überhaupt nie eine berufliche Massnahme durchlaufen haben, nur 3% von ihnen erhielten eine solche, verglichen zu 17% bei Schweizerinnen und Schweizern. Anders ausgedrückt wurden 97% der MigrantInnen ohne vorherigen Eingliederungsversuch invalidisiert. Dies hängt zum einen mit dem Migrationshintergrund zusammen und zum anderen mit der Erkrankung und dem Alter bei der IV-Anmeldung.

Die wichtigste Indikation für die Verfügung einer beruflichen Massnahme scheint ein junges Alter zu sein. Berentete, die eine berufliche Massnahme erhalten haben, waren bei ihrer ersten IV-Anmeldung im Durchschnitt 11 Jahre jünger als diejenigen ohne Massnahme. Besonders häufig haben Versicherte mit Minderintelligenz und POS Massnahmen erhalten, gefolgt von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen und Substanzabhängigkeit - also mit Geburtsgebrechen oder sehr früh beginnenden psychischen Erkrankungen. Alle anderen psychischen Störungen sind verbunden mit einer geringen Rate an beruflichen Massnahmen. Bei der zahlenmässig grössten Diagnosenklasse "Depression, Schmerzstörungen, Persönlichkeitsstörung und multiple somatische Erkrankungen" wurde nur bei 11% der Personen vor Berentung jemals eine berufliche Massnahme

durchgeführt, bei der drittgrössten Diagnosenklasse "Depression ohne Persönlichkeitsstörung und ohne körperliche Erkrankungen" war dies gar nur bei 5% der Personen der Fall. Dies obwohl von den Personen dieser beiden Diagnosenklassen in einem Drittel der Fälle eine berufliche Massnahme beantragt worden war. Es ist bedenkenswert, dass berufliche Massnahmen in erster Linie bei frühen und schweren psychischen Störungen durchgeführt werden, nicht aber bei Menschen, die doch über eine meist längerdauernde Erwerbsbiografie verfügen und auch sozial meist besser integriert waren. Dies wirft die Frage auf, inwieweit das rehabilitative System - abgesehen von den 'klassischen' beruflichen Massnahmen für die 'klassische' Klientel mit Minderintelligenz, POS, kindlichen Entwicklungsstörungen und Schizophrenie - überhaupt spezifische berufliche Massnahmen für die stark angestiegene Klientel mit Depressionen und Schmerzstörungen zur Verfügung stellen kann. Man kann sich zudem fragen, warum keine systematischen Anstrengungen unternommen wurden, um für diese doch seit längerem bekannte Klientel spezifische Massnahmen zu entwickeln.

Typologie der Verfahren der 646-Berenteten

Anhand von rund 50 Merkmalen des IV-Abklärungsprozesses wurde eine Typologie der Verfahrenskonstellationen entwickelt, die wiederum 5 verschiedene Typen unterscheidet.

Typ 1 - Neuere Verfahren mit komplexer somatischer Diagnostik und kurzer Dauer (8% der Berenteten): Diesem Verfahrenstyp begegnet man zunehmend seit Mitte der 90er Jahre. Er fällt dadurch auf, dass berufliche Massnahmen fast nie durchgeführt worden sind und dass die ärztliche Begutachtung zu Beginn fast immer von somatischer Seite erfolgte. Psychiatrisch ist dieser Typ schlecht dokumentiert, somatisch hingegen sehr intensiv inklusive ausführlicher Rentengutachten. Typisch ist eine Vielzahl unterschiedlicher Diagnosen. Migrantinnen und Migranten sind mit 50% proportional stark übervertreten. Von Erstanmeldung bis Berentung dauert es zwei Jahre. Diagnostisch handelt es sich ausschliesslich um den Typ 5 "Depression und Schmerzstörungen". Dieser Typ ist zahlenmässig angestiegen.

Typ 2 - Klar psychiatrische Verfahren (48% der Berenteten): Der grösste Verfahrenstyp ist seit den 80er Jahren immer etwa gleich häufig und betrifft Personen, die von relativ wenigen Ärzten diagnostisch ziemlich übereinstimmend und vor allem psychiatrisch abgeklärt wurden. Die Rentengutachten sind knapp gehalten. Von Erstanmeldung bis Berentung dauert es 3 Jahre. Diagnostisch handelt es sich häufig um die Typen "Persönlichkeitsstörungen" und "Depression ohne somatische Diagnosen". MigrantInnen sind hier proportional untervertreten.

Typ 3 - Ältere psychiatrische Verfahren mit sehr langer Dauer (7% der Berenteten): Hier dauert es durchschnittlich ganze 22 Jahre von der Erstanmeldung bis zur Berentung. Ein Drittel dieser Personen hat berufliche IV-Massnahmen erhalten, meist fand schon von Beginn weg eine psychiatrische Begutachtung statt. Es handelt sich insgesamt um eingliederungsorientierte Verfahren bei früh erkrankten Personen. Diagnostisch sind hier fast nur die Typen "Schizophrenie/Minderintelligenz" und "Persönlichkeitsstörungen" vorhanden. MigrantInnen sind hier proportional deutlich untervertreten.

Typ 4 - Komplexe, somatisch geprägte Verfahren mit juristischer Einsprache (3.8% der Berenteten): Dies ist der anzahlmässig kleinste, hinsichtlich Aufwand aber mit Abstand intensivste Verfahrenstyp. Schon bei Anmeldung sind oft Krankenkassen oder Sozialhilfe involviert, in über der Hälfte der Fälle wurde eine juristische Einsprache gegen den IV-Entscheid vorgenommen und die Rentengutachten

sind besonders zahlreich und von grossem Umfang. Durchschnittlich waren 15 verschiedene Ärzte involviert, die fast 30 Stellungnahmen abgegeben haben. Fast alle dieser Personen haben explizit eine IV-Rente beantragt, zudem haben schon vor Anmeldung 60% von ihnen Sozialtransferleistungen (Krankentaggelder etc.) bezogen. Von Erstanmeldung bis Berentung dauerte es 10 Jahre. Diagnostisch handelt es sich fast ausschliesslich um den Typ 5 "Depression und Schmerzstörungen". Dieser Typ ist zahlenmässig angestiegen. MigrantInnen sind hier proportional übervertreten.

Typ 5 - Neuere, diagnostisch einfachere Verfahren mit somatischem Beginn und kurzer Dauer (32% der Berenteten): Genau gleich wie der Typ 1, aber mit dem einzigen Unterschied, dass die diagnostische Situation hier sehr viel klarer ist: Hier gibt es sehr viel seltener unterschiedliche Diagnosen. Die Rentengutachten sind deutlich kürzer, da der 'Fall' anscheinend viel klarer ist. Diagnostisch sind hier die Typen "Depression und Schmerzstörungen" und "Persönlichkeitsstörungen" häufig. Dieser Typ ist zahlenmässig angestiegen. MigrantInnen sind hier proportional stark übervertreten.

Was beeinflusst die Art des IV-Verfahrens?

Es wurde eine Vielzahl von möglichen Einflussfaktoren daraufhin untersucht, ob sie die Art des IV-Abklärungsverfahrens bestimmen, soziodemografische und biografische Merkmale, Region der IV-Stelle, Branche, historische Periode der IV-Anmeldung, Diagnosen und andere. Die Untersuchung zeigt klar, dass es ausschliesslich die Erkrankungen sind, welche die Art des IV-Verfahrens bestimmen. Es ist demnach nicht der Fall, dass früher anders vorgegangen wurde als heute, dass sich das Vorgehen je nach Region oder Kanton markant unterscheiden würde oder dass beispielsweise Ausländer ganz anders behandelt wurden als Schweizer etc. Die Berentungsverfahren orientieren sich an medizinischen Kriterien und ein markanter und systematischer Einfluss von IV-fremden oder diskriminierenden Faktoren (Herkunft, Geschlecht, soziale Schicht o.ä.) auf den Berentungsprozess kann ausgeschlossen werden. Dies unterstreicht schliesslich die überragende Bedeutung der spezifischen psychischen Erkrankung an sich: Die unterschiedlichen psychischen Erkrankungen entfalten unterschiedliche Verfahrensdynamiken, entsprechend wichtig wäre es, diese diagnosespezifischen Dynamiken besser zu verstehen und erkrankungsspezifische Interventionen zu entwickeln. Die grosse Bedeutung der Erkrankungsart rechtfertigt prinzipiell auch die zentrale Rolle der Ärzte im IV-Verfahren. Das Problem der ärztlichen Rolle im IV-Verfahren ist demnach nicht ihre zentrale Stellung, sondern ihre mangelhafte rehabilitative Orientierung und Einbindung.

Zunahme einiger spezifischer Personengruppen

Betrachtet man die Resultate in einem gesellschaftlichen Gesamtkontext der Invalidisierungen aus psychischen Gründen, so lassen sich im Hinblick auf deren Zunahme einige Personengruppen beschreiben, bei denen eine vertiefte Untersuchung sinnvoll sein könnte, beispielsweise folgende:

Zum einen hat sich in den letzten rund 20 Jahren die Invalidisierung nach 646 der alleinerziehenden Frauen prozentual verdoppelt und ist zahlenmässig gar um das 3.5-fache angestiegen. Womit dies zusammenhängt (Zunahme der Belastungen, verringerter sozialer Rückhalt der Alleinerziehenden etc.), wäre zu prüfen.

Der Anteil der MigrantInnen, vor allem der ausländischen Frauen, mit einer 646-Berentung hat ebenfalls zugenommen. Auch hier wären Einflussfaktoren noch genauer zu untersuchen - inklusive

migrantenspezifische Merkmale des IV-Abklärungsverfahrens (seltene Durchführung beruflicher Massnahmen, fehlende Entwicklung spezifischer Massnahmen für diese Personengruppe).

Eine weitere Gruppe, die zugenommen hat, besteht aus älteren, depressiven Schweizern, deren Chancen auf dem Arbeitsmarkt als gering beurteilt werden. Diese Gruppe wird häufig nur oberflächlich abgeklärt, ist schlecht dokumentiert und wird rasch berentet. Auch diese Gruppe hat sich in den letzten 20 Jahren zahlenmässig verdoppelt.

Die Kontrollgruppe der 'erfolgreichen' 646-Massnahmeempfänger

Um Risikofaktoren für eine Berentung nach Code 646 zu finden, wurde eine repräsentative Kontrollgruppe von 646-Versicherten untersucht, die eine berufliche Massnahme erhalten und bis zwei Jahre danach keine IV-Rente (auch keine Teil-Rente) bezogen haben. Dies ist ein härteres Kriterium als das vom Bundesamt für Sozialversicherungen verwendete Erfolgskriterium (bis zwei Jahre danach keine *ganze* IV-Rente). Diese 'erfolgreichen' Massnahmeempfänger wurden in der Folge verglichen mit den 646-Berenteten. Der Vergleich zeigt erstens, dass eine Analyse der Risikofaktoren nicht sinnvoll ist, weil es sich bei den Massnahmeempfängern um eine relativ spezifische Personengruppe handelt, die sich von der Gruppe der Berenteten deutlich unterscheidet. Der Vergleich zeigt zweitens, dass rund die Hälfte dieser 'erfolgreichen' Massnahmeempfänger nicht 'erfolgreich' eingegliedert, sondern einfach *noch* nicht berentet ist.

Bei den Massnahmeempfängern handelt es sich typischerweise um junge Schweizer Männer, von denen fast die Hälfte noch bei den Eltern oder in einer Institution lebt. Biografisch sind sie sogar noch stärker belastet als die Berenteten, zudem zeigten sie überwiegend schon während der Schulzeit Leistungsprobleme und Verhaltensauffälligkeiten. Nur ein Drittel von ihnen war vor der beruflichen Massnahme jemals erwerbstätig. Diagnostisch handelt es sich bei einem Drittel von ihnen um hirnorganische Störungen (F0), Minderintelligenz (F7), kindliche Entwicklungsstörungen (F8) sowie kindliche Verhaltensstörungen (F9), das heisst um Geburtsgebrechen oder kinderpsychiatrische Störungen, welche laut Definition gar nicht in die Kategorie 646 gehören. Sehr viel seltener als bei den Berenteten handelt es sich bei den Massnahmeempfängern um Personen mit Depressionen, Schmerzstörungen oder Persönlichkeitsstörungen. Ein entscheidender Unterschied zwischen Berenteten und Massnahmeempfängern ist deren Alter: Im Durchschnitt sind die Massnahmeempfänger 11 Jahre jünger.

Das heisst, dass berufliche IV-Massnahmen besonders häufig bei sehr jungen Versicherten mit Geburtsgebrechen und kinderpsychiatrischen Störungen als Unterstützung beim Einstieg ins Erwerbsleben verfügt wurden und besonders selten bei den zahlenmässig viel grösseren Gruppen mit Depressionen, Schmerzstörungen und Persönlichkeitsstörungen, wo es bei der Zielsetzung eher um die erfolgreiche Wiedereingliederung gehen würde. Einfach gesagt wurde bei einer kleinen spezifischen Personengruppe sehr viel unternommen und bei den grossen diagnostischen Hauptgruppen sehr wenig.

Um die Wirksamkeit der beruflichen Massnahmen bei diesen Versicherten grob einschätzen zu können, wurde der letzte im Dossier dokumentierte berufliche Status erhoben. Es zeigt sich folgende Situation: 31% der Massnahmeempfänger sind (teil)erwerbstätig, 17% sind in Ausbildung oder in einer weiteren beruflichen IV-Massnahme, 10% sind arbeitslos gemeldet oder sozialhilfeabhängig, 20% sind mittlerweile doch IV-berentet, weitere 10% sind krank, hospitalisiert oder gestorben. Bei

rund 10% schliesslich ging der Kontakt verloren und es fehlen weitere Angaben. Optimistisch geschätzt kann man somit bei maximal der Hälfte der Massnahmeempfänger von einem realisierten oder künftig möglichen Eingliederungserfolg ausgehen. Allerdings ist festzuhalten, dass schon vor der beruflichen Massnahme 28% der Versicherten (teil)erwerbstätig waren - die Quote der Erwerbstätigen hat sich demnach unter dem Strich um nur 3% erhöht.

Die ärztliche Abklärung der Massnahmeempfänger schliesslich gibt noch weniger darüber Auskunft, welche Folgen die Erkrankung für die Arbeitsfähigkeit hat als dies bei den berenteten Personen der Fall ist. Die konkreten arbeits- und funktionsbezogenen ärztlichen Ausführungen sind bei Massnahmeempfängern derart rudimentär, dass man sich fragen muss, ob auf einer solchen Basis berufliche Massnahmen überhaupt gezielt indiziert und durchgeführt werden können.

Fazit und Empfehlungen

1. Es gibt 5 klar voneinander abgrenzbare Berentungstypen aus psychischen Gründen. Konstituierend für diese Typen sind die unterschiedlichen Erkrankungsmuster. Das IV-Berentungsverfahren wird fast ausschliesslich durch diese Krankheitstypen bestimmt und nicht durch IV-fremde Faktoren wie biografische, sozialstrukturelle, regionale oder historische Merkmale. Diese Krankheitstypen und ihr spezifischer rehabilitativer Bedarf sollten weiter untersucht werden. Untersuchungen wie die hier vorgelegte können die Basis bilden für die Erarbeitung spezifischer und wirksamerer rehabilitativer Konzepte.
2. Der grösste Teil der Berenteten nach 646 zeigt ein nachvollziehbares Muster von meist markanten biografischen und psychosozialen Belastungen, unterschiedlichen Erkrankungen sowie unterschiedlichen Verfahrenskonstellationen. Die Untersuchung relativiert damit die verbreitete Meinung, bei den Berenteten nach Code 646 handle es sich generell um ‚unklare und nicht objektivierbare‘ Erkrankungen. Zudem sind etwa 25% der Berenteten fälschlicherweise unter 646 codiert. Die IV-Gebrechenscodes sollten künftig durch eine international vergleichbare und gut standardisierte Klassifikation ergänzt werden.
3. Angesichts der Bedeutung der Krankheitskonstellationen ist es unverzichtbar, dass die Ärzte die zentrale Rolle im IV-Abklärungsverfahren einnehmen. Die festgestellte gutachterliche Konstanz und die medizinische Perspektive geben eine gewisse Garantie, dass nicht sachfremde Faktoren das Berentungsgeschehen beeinflussen. Die wichtige Stellung der ärztlichen Begutachtung sollte nicht aufgeweicht werden, aber sie sollte einen stärker rehabilitativen Fokus einnehmen. Die stärkere rehabilitative Orientierung sollte mit den Beteiligten erarbeitet, konkretisiert und in ausreichendem Masse geschult werden.
4. Das Problem der ärztlichen Rolle im IV-Abklärungsverfahren liegt neben der mangelnden rehabilitativen Orientierung in der fehlenden Verbindung der medizinischen mit der rehabilitativen Abklärung und Massnahmeplanung. Das ärztliche Wissen wird vor allem für die Rentenprüfung verwendet statt prioritär für die Eingliederung. Es sollten integrierte Abläufe erarbeitet werden, die sicherstellen, dass das ärztliche und psychologische Wissen in die rehabilitative Planung einfließen.
5. Obwohl juristisch eine Invalidität an den kausalen Zusammenhang von Gebrechen und Erwerbsunfähigkeit gebunden ist, wird genau dieser Zusammenhang in der ärztlichen

Begutachtung üblicherweise kaum ausgeführt. Auch wenn nur die spezifischen Folgen der Erkrankung invalidisierend sind und nicht eine Diagnose an sich, fehlt die notwendige Funktionsdiagnostik und insgesamt das rehabilitative Denken überhaupt, und damit fehlt auch die fachliche Basis für allfällige rehabilitative Interventionen. Es sollten mit den RAD und mit erfahrenen niedergelassenen Gutachtern aus rehabilitativer Sicht Inhalte und Anforderungen an ärztliche Berichte und Gutachten erarbeitet und fachlich begründet werden.

6. Nur ein geringer Teil der Berenteten aus psychischen Gründen hat vor der Berentung irgendeine berufliche IV-Massnahme erhalten. Die hauptsächlichen Indikationen für solche Massnahmen sind ein (sehr) junges Alter und dementsprechend schwerpunktmässig Störungsbilder mit frühem Beginn. Versicherte über 30 Jahre und damit auch bestimmte Störungsbilder sowie Migranten waren bisher mehrheitlich oder fast ganz von solchen Massnahmen ausgeschlossen, ohne dass dies durch die Schwere der Erkrankung oder andere fachliche Kriterien erklärbar wäre. Gerade bei Schmerzstörungen und Depressionen wären prämorbid meistens eine Erwerbsbiografie und damit auch gewisse Ressourcen vorhanden. Das Fehlen von MigrantInnen oder Personen mit Schmerzstörungen in der beruflichen Rehabilitation weist vielmehr auf eine negative Dynamik der Arzt-Patient-Beziehung respektive der Berufsberater-Versicherter-Beziehung sowie auf eine gewisse Hilflosigkeit der Verfahrensakteure hin. Der Zugang zu beruflichen Massnahmen sollte über die ‚klassische‘ IV-Klientel hinaus für die grosse Masse der psychisch Kranken geöffnet werden und es sollten fachlich begründete Indikationen für berufliche Massnahmen erarbeitet werden. Wo solche Massnahmen neu zu entwickeln sind, bedürfen sie einer begleitenden Evaluierung.
7. Für die umfangreichsten psychiatrischen Berentungsgruppen der Persönlichkeitsstörungen sowie Schmerzstörungen mit Depression fehlen spezifische arbeitsrehabilitative Konzepte. Solche sollten dringend entwickelt und in ihrer Wirksamkeit überprüft werden.
8. Betrachtet man über die statistischen Analysen hinaus den Gesamtkontext der Invalidisierungen aus psychischen Gründen, so werden Hinweise auf mögliche soziale Ausgrenzungsprozesse gegeben, bei denen eine vertiefte Untersuchung sinnvoll sein könnte: Dies betrifft die zunehmende Berentung der alleinerziehenden Frauen, die zunehmende Berentung sowie das Fehlen von beruflichen Massnahmen bei MigrantInnen respektive Personen mit Depressionen und Schmerzstörungen und schliesslich die zunehmende Berentung älterer depressiver Schweizer (mit womöglich schlechten Arbeitsmarktchancen) in schlecht dokumentierten Kurzverfahren.
9. Der Erfolg der bisher durchgeführten beruflichen Massnahmen muss bei psychisch Kranken realistisch gesehen werden: Nur 30% der Massnahmeempfänger sind bei Dossierabschluss zumindest teilerwerbstätig. Die Hälfte der Massnahmeempfänger ist mittlerweile schon oder wird noch IV-berentet. Dies zeigt zum einen die Schwere und Chronizität vieler psychischer Erkrankungen und zum anderen die deutlichen strukturellen, konzeptionellen und fachlichen Mängel in der beruflichen Rehabilitation. Die neuen Massnahmengefässe der 5. IV-Revision eröffnen hier neue Chancen, sie sollten aber rasch mit fachlichen Inhalten gefüllt werden.

10. Die Berentungsprozesse weisen je nach Erkrankung einen zeitlich sehr unterschiedlichen Verlauf auf, beginnen aber oft sehr früh. Frühintervention im Sinne der 5. IV-Revision ist bezogen auf das Ersterkrankungsalter meistens schon spät. Dies ist bei entsprechenden Massnahmen zu berücksichtigen. Hingegen eröffnet sich vor allem bei Schmerzstörungen und Depressionen ein Feld für effektive Frühintervention und Invaliditätsprävention. Hier sollte in Zusammenarbeit mit Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes weitere Forschung betrieben werden, die in der Lage ist, neue Interventionskonzepte zu entwickeln.
11. Nach unserer Kenntnis wurde mit dieser Studie erstmals eine repräsentative empirische Analyse der Typen von Invalidisierungen aus psychischen Gründen sowie ihrer Berentungskonstellationen in der Schweiz vorgelegt. Die Analyse von Verwaltungsdaten ist mit einem hohen Aufwand verbunden, ermöglicht aber auch eine hohe Praxis-Relevanz der Ergebnisse. Die mit dem FoP-IV erstmals begonnene umfassende Forschungstätigkeit sollte fortgesetzt werden. Eine stärkere Basierung von rehabilitativen Konzepten und beruflichen Massnahmen auf fachlich und methodisch fundierten Forschungsergebnissen scheint dringend, da sich mit dem bisherigen Evidenzgrad die Wirksamkeit beruflicher Massnahmen nicht nachhaltig verbessern lässt.

Résumé

Contexte initial

Le nombre de rentes de l'assurance-invalidité (AI) a connu une augmentation importante et continue ces vingt dernières années. Le phénomène est similaire dans beaucoup de pays européens, mais se distingue en Suisse par la hausse des rentes octroyées en raison de troubles psychiques. Les mises en invalidité d'origine psychiatrique n'ont cependant pas beaucoup plus augmenté que les rentes dans leur ensemble, sauf pour une catégorie².

En effet, le nombre de rentes relevant du code 646 "troubles psychogènes ou en réaction au milieu" a été multiplié par 9 entre 1986 et 2006, si bien que la 5^e révision de l'AI s'est focalisée sur les assurés atteints de troubles psychiques. Rien qu'entre 1993 et 2006, plus de 60 000 personnes ont été mises en invalidité dans cette catégorie, alors que seulement 24 000 en sont sorties. On ne savait pas encore, jusqu'ici, quelles maladies y étaient regroupées ; on suppose généralement qu'il s'agit de troubles "non ou difficilement objectivables".

Une analyse approfondie des dossiers AI des rentiers relevant de ce code devait permettre de trouver un début d'explication en déterminant ce qui a augmenté, c'est-à-dire quelles maladies et quels types de rentes. Il fallait donc tenter de dresser une typologie des raisons psychiques et d'identifier les facteurs de risque jouant un rôle dans l'octroi de ces rentes. Pour générer des données nouvelles sur le processus aboutissant à l'octroi d'une rente et le contexte dans lequel il prend place, nous avons étudié de plus près les caractéristiques des rentiers concernés: biographie et situation sociodémographique, personnalité et comportement en matière de santé, environnement social, parcours professionnel et revenus, maladie et ses conséquences, traitement et réadaptation, procédure d'instruction et expertise. Mais le but concret de tous ces relevés va au-delà de la description de la catégorie 646. En effet, connaître les divers types de rentiers, les facteurs de risque et les processus ayant abouti à leur exclusion et au passage à l'invalidité est indispensable si l'on veut développer des stratégies spécifiques pour l'intervention précoce, la réadaptation professionnelle et la prévention de l'invalidité.

Echantillons et méthodologie

Les dossiers AI n'avaient encore jamais fait l'objet d'une telle analyse. La première chose était de savoir si ces dossiers, dont certains étaient déjà anciens, convenaient pour répondre aux questions posées et s'ils fournissaient des informations comparables d'un canton à l'autre et d'une époque à l'autre. Une étude de faisabilité réalisée au préalable (Baer & Frick, 2007), qui portait sur

2 L'AI subdivise les infirmités psychiatriques en neuf catégories: 641 (schizophrénie), 642 (accès maniaque dépressif), 643 (psychoses organiques et lésions cérébrales), 644 (autres psychoses et dépressions involutives), 645 (psychopathie), 646 (troubles réactifs du milieu ou psychogènes ; névroses, états limites (borderline) ; anomalies psychiques simples, par exemple tendance dépressive, hypochondriaque ou délirante ; troubles fonctionnels du système nerveux et troubles du langage qui en découlent, tels que bégaiement ; troubles psychosomatiques qui n'ont pas été codifiés comme troubles physiques), 647 (alcoolisme), 648 (autres toxicomanies) et 649 (autres troubles du caractère, du comportement et de l'intelligence, y compris les troubles du développement du langage ; oligophrénie).

170 dossiers pris dans différents cantons et concernant différentes années d'octroi, avait montré que leur contenu était suffisant et globalement comparable.

Pour l'étude principale qui a suivi, nous avons constitué un échantillon aléatoire comprenant 887 dossiers d'assurés qui avaient reçu une rente relevant du code 646. Cet échantillon, reflétant les pourcentages de l'effectif de base (données temporelles et géographiques), est représentatif des rentiers relevant du code 646 entre 1993 et 2006. L'échantillon ne se limitait donc pas aux nouvelles rentes des années 1993 à 2006, mais comprenait toutes les rentes relevant du code 646 versées durant cette période, y compris celles qui avaient été octroyées auparavant. Les résultats de cette étude peuvent donc être extrapolés à la majorité des rentes octroyées pour des raisons psychiatriques en Suisse. Pour l'analyse des facteurs de risque, nous avons constitué un échantillon représentatif aléatoire, destiné à servir de témoin et constitué de 273 assurés relevant du code 646, qui avaient bénéficié au moins une fois d'une mesure d'ordre professionnel de l'AI et ne touchaient pas de rente AI deux ans après l'octroi de la mesure.

Outre la description des caractéristiques enregistrées et les principaux éléments de la situation, nous avons utilisé pour l'étude des types de nouvelles analyses statistiques, plus précises (*latent class analysis, latent class mixture modelling*), qui nous ont permis de définir trois typologies, une pour les difficultés, une autre pour les diagnostics et une troisième pour les procédures. Nous avons contrôlé les liens entre difficultés, maladies et procédures, ainsi que les facteurs d'influence possibles, au moyen d'arbres de classification et de régression (CART, forêt aléatoire).

Résultats

Quelles sont les caractéristiques générales du groupe des rentiers relevant du code 646 ?

La majorité des personnes mises en invalidité pour raisons psychiques s'inscrivent à l'assurance-invalidité après 40 ans. Les hommes et les femmes sont également représentés. Seule une petite partie de ces personnes disposent d'une formation scolaire longue, 40 % n'ont aucune qualification professionnelle. Deux tiers sont ou ont été mariés, plus de la moitié vivent avec leur partenaire et des enfants. Du point de vue géographique, les rentiers relevant du code 646 sont surreprésentés dans la région lémanique et dans le nord-ouest de la Suisse.

En ce qui concerne les difficultés rencontrées durant le parcours biographique, on est frappé par le fait que 40 % des rentiers ont grandi dans une famille présentant des antécédents psychiatriques. Nous avons retrouvé dans les dossiers des négligences sévères et prolongées dans l'enfance dans plus d'un tiers des cas et des maladies somatiques graves des parents dans un autre gros tiers ; des violences accentuées dans un cinquième des cas et une longue séparation d'avec les parents dans un autre cinquième ; des abus sexuels, des séjours en home, la séparation des parents, voire le décès de l'un des deux dans 10 % des cas.

Près de la moitié des rentiers relevant du code 646 avaient déjà souffert eux-mêmes de troubles psychiques durant l'enfance ou à l'adolescence ; 30 % s'étaient fait remarquer à l'école par de mauvais résultats et 15 % par des problèmes de comportement. Plus ils avaient connu des difficultés, plus ils s'étaient inscrits à l'AI jeunes et plus leur revenu moyen antérieur était bas. Chez nombre d'entre eux, les difficultés biographiques ont donc été suivies d'une réduction de la capacité d'insertion professionnelle. Au total, plus de 40 % ont connu au moins quatre épisodes

biographiques difficiles, ce qui est très certainement supérieur au pourcentage rencontré dans la population générale.

85 % des rentiers avaient à un moment ou un autre exercé une activité professionnelle avant de toucher une rente mais, par rapport aux actifs au sein de la population suisse, plus souvent dans l'industrie, la santé ou le domaine social, l'administration publique et l'hôtellerie. En moyenne, ils avaient travaillé 14 ans avant leur passage à l'invalidité. On est frappé par le fait que leur revenu annuel moyen n'atteignait que le tiers du revenu moyen suisse, sans compter que 30 % de ce revenu provenait des prestations sociales: l'adaptation professionnelle des personnes qui allaient toucher des rentes était donc déjà relativement mauvaise durant leur période d'activité.

Les signes avant-coureurs des problèmes professionnels avaient été le plus souvent des symptômes psychiques ou somatiques, avec en particulier de nombreux changements d'emploi, des absences et des conflits sociaux sur le lieu de travail. Ces signes étaient apparus plusieurs années avant l'inscription à l'AI, ce qui indique que des mesures de sensibilisation des employeurs et un lien plus étroit entre les psychiatres et les entreprises du marché primaire seraient absolument nécessaires.

Indépendamment des troubles de la personnalité diagnostiqués, des traits de personnalité accentués (au minimum subcliniques) sont mentionnés dans près de 70 % des dossiers, un chiffre là aussi probablement supérieur à celui de la population générale. On trouve fréquemment des personnalités manquant de confiance en elles, évitantes ou instables sur le plan émotionnel. Ces traits, particulièrement fréquents chez les personnes ayant connu de nombreuses difficultés biographiques, débouchent souvent sur des problèmes relationnels et rendent la réinsertion globalement plus difficile. Ils constituent, en plus de la maladie elle-même, un facteur essentiel du passage à la rente.

Les diagnostics psychiatriques *figurant le plus souvent dans les dossiers* sont les troubles dépressifs à répétition et les autres troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité, les troubles somatoformes douloureux, les névroses d'angoisse, l'alcoolisme, les syndromes post-traumatiques, les polytoxicomanies et la schizophrénie.

Les maladies *ayant le plus souvent déterminé l'octroi d'une rente* sont les troubles de la personnalité, les troubles dépressifs à répétition et les troubles somatoformes douloureux. 70 % des rentiers présentent aussi des maladies somatiques, principalement de l'appareil locomoteur (problèmes de dos, etc.).

Globalement, au vu des diagnostics indiqués, on peut se demander si le code 646 était celui qui convenait réellement: chez 25 % des rentiers, au moins une autre catégorisation (641-645, 647-649) aurait été envisageable. Ce constat ne remet pas en question l'augmentation des mises en invalidité pour raisons psychiques, mais relativise le nombre des maladies relevant du code 646 qui peuvent être qualifiées de "peu claires et difficilement objectivables".

Rentiers issus de la migration relevant du code 646

Les étrangers (30 % des cas) sont surreprésentés chez les rentiers par rapport à leur proportion dans la population active en Suisse (20 %). Au total, 34 % des rentiers sont des immigrés. Ils sont nettement plus âgés que les Suisses au moment où ils déposent une demande à l'AI, ce qui induit d'autres différences. Depuis les années 80, c'est surtout le nombre de femmes qui a augmenté ;

depuis 1999, leur pourcentage est pratiquement identique à celui des hommes, qui est resté à peu près stable. En ce qui concerne les pays d'origine, les plus représentés sont, d'une part, les pays d'immigration classiques (Italie et Portugal) et, d'autre part, les plus récents comme la Turquie et l'ex-Yougoslavie. Les migrants vivent plus souvent en couple et avec des enfants, et ils ont plus souvent grandi dans un environnement rural, dépourvu de bonnes offres de formation, que les Suisses. Chez plus de 60 % d'entre eux, on retrouve dans la biographie des difficultés spécifiques (violence dans le pays d'origine, fuite traumatisante, séparation de la famille par la migration, etc.). De plus, environ la moitié des migrants ne connaissent que très mal la langue de la région de Suisse où ils vivent. Quand on parle ici de migrants, il faut donc savoir que les rentiers relevant du code 646 ne sont sans doute pas représentatifs de la situation dans leur pays d'origine ni de la situation des étrangers en Suisse, mais d'un groupe particulier caractérisé par un bas niveau de formation, une origine rurale et de mauvaises connaissances linguistiques.

Evolution dans le temps

Si l'on compare les demandes AI d'avant 1990 et celles d'après cette date, on remarque deux changements liés entre eux: d'une part, l'âge moyen au moment du dépôt de la demande a augmenté de huit ans depuis les années 80, surtout en raison du plus grand nombre de personnes entre 50 et 59 ans ; d'autre part, le pourcentage de migrants relevant du code 646 est passé de tout juste 30 % à plus de 40 %, accroissement dû principalement à l'augmentation du nombre de femmes. Le plus forte hausse concerne les migrants ayant un passé difficile et peu de connaissances linguistiques. Ces deux tendances sont associées à d'autres différences touchant, entre autres, les maladies en cause, l'adaptation professionnelle avant la mise en invalidité et l'intégration familiale. Au total, les personnes qui ont obtenu une rente pour des raisons psychiques avant 1990 ont un profil assez différent de celles qui en ont obtenu une par la suite.

Un autre élément qui a évolué avec le temps est l'instruction de l'AI. Le pourcentage de procédures ayant donné lieu à une opposition a doublé depuis 1990, celui des procédures comportant des mesures d'ordre professionnel a diminué et les expertises médicales sont plus exhaustives - principalement parce qu'elles sont beaucoup plus complètes pour les migrants, dont les tableaux cliniques sont plus complexes (troubles somatoformes notamment), que pour les Suisses.

Typologie des difficultés rencontrées par les rentiers relevant du code 646

Nous avons établi une typologie stable et précise des difficultés à partir d'une cinquantaine de caractéristiques recensées dans la biographie, les événements critiques de la vie et le travail. Cinq catégories se dégagent.

Type 1 - Femmes professionnellement actives élevant seules leurs enfants (9 % des rentiers): par rapport au total des rentiers relevant du code 646, ce groupe a quasiment doublé en pourcentage et plus que triplé en chiffres absolus depuis 1990. Il se caractérise par des troubles dépressifs et des troubles douloureux, ainsi que par un âge élevé au début de la maladie. Il comporte un pourcentage moyen de migrantes pour les rentiers relevant du code 646. La proportion des femmes élevant seules leurs enfants est deux fois plus élevée dans le groupe des rentiers relevant du code 646 que celle observée dans la population générale ; on sait par ailleurs que ces femmes forment un groupe

social présentant un risque élevé de souffrir de troubles psychiques.

Type 2 - Personnes ayant connu des difficultés extrêmes (14 % des rentiers): la fréquence des événements tels que séjours en home, changements de famille d'accueil, perte de l'un des parents, négligence et violence est particulièrement élevée. Très souvent, les problèmes scolaires et comportementaux ont commencé tôt. Ce groupe se caractérise par la présence massive de familles dissociées. En chiffres absolus, il n'a pas évolué depuis 1990, mais il a diminué de moitié en pourcentage. Du point de vue diagnostique, il comprend surtout des troubles de la personnalité, et il se caractérise par des hospitalisations psychiatriques fréquentes et par l'apparition précoce de la maladie. Les migrants sont sous-représentés. On trouve très souvent un comportement à risque pour la santé (forte consommation d'alcool et de tabac).

Type 3 - Personnes ayant des antécédents psychiatriques familiaux (18 % des rentiers): dans presque tous les cas, les parents ou d'autres proches ont déjà souffert de troubles psychiques. Cette caractéristique, ajoutée au fait que les rentiers appartenant à ce groupe ont rarement été séparés longtemps de leurs parents ou élevés dans un home, constituent les principales différences avec le groupe précédent. On trouve souvent un passé de violence et de négligence. Comme le précédent, ce groupe reste stable depuis 1990 en chiffres absolus, mais a diminué de moitié en pourcentage. Sur le plan du diagnostic, il s'agit souvent de troubles de la personnalité et de dépressions ; les hospitalisations en clinique psychiatrique sont fréquentes. Ce groupe présente le plus faible pourcentage de migrants. On y trouve également un alcoolisme et un tabagisme à risque.

Type 4 - Rentiers n'ayant pas connu de difficultés majeures, mais dont le dossier est lacunaire (21 % des rentiers): la fréquence des difficultés recensées dans ce groupe est inférieure à la moyenne, ce qui s'explique en partie par leur absence réelle, mais aussi et surtout par la mauvaise qualité des dossiers: la biographie, le parcours professionnel et les conditions de vie n'y sont souvent pas indiqués. Ce groupe compte un faible pourcentage d'étrangers ; en chiffres absolus, il a doublé ces vingt dernières années. Il se caractérise par des dépressions fréquentes, un âge élevé pour la première manifestation de la maladie et pour la demande AI, et des hospitalisations psychiatriques particulièrement rares. Une expertise médicale n'a été établie que dans 10 % des cas. En résumé, il s'agit ici de Suisses d'un certain âge présentant des troubles dépressifs et des difficultés à trouver du travail, pour lesquels l'instruction précédant la rente a été relativement superficielle.

Type 5 - Personnes ayant connu des difficultés moyennes (38 % des rentiers): comme on peut s'y attendre, la fréquence de ces difficultés est certainement supérieure à la moyenne de la population, mais reste modérée en comparaison des autres groupes relevant du code 646. Ces personnes appartiennent à une classe sociale inférieure et subissent les conséquences d'un travail physique dur, principalement dans l'industrie et le bâtiment. Ce groupe, qui a nettement grossi, compte le plus fort pourcentage de troubles douloureux, ainsi que de migrants (50 %). Des expertises médicales y ont été demandées beaucoup plus souvent que dans tous les autres groupes (plus de 35 % des cas).

Typologie des maladies dont souffrent les personnes relevant du code 646

Nous avons recensé et codé conformément à la CIM-10 de l'OMS tous les diagnostics (avec ou sans répercussions sur la capacité de travail) figurant dans les rapports médicaux et les expertises médicales. A partir de ces 7000 diagnostics, tant psychiatriques que somatiques, nous avons dressé

une typologie dont se dégagent cinq types de maladies.

Type 1 - Toxicomanies et troubles de la personnalité (7 % des rentiers): toutes les personnes de ce groupe consomment des substances psycho-actives ; la plupart sont polytoxicomanes ou opiodépendantes, 40 % sont alcoolodépendantes, 85 % ont un trouble de la personnalité. Sur le plan physique, leur seule caractéristique commune est une proportion relativement élevée de maladies infectieuses ou parasitaires: 30 % ont une hépatite virale et 10 % une maladie à VIH, consécutives à la toxicomanie. Ce groupe présente un taux extrêmement élevé de difficultés biographiques et psychosociales. En chiffres, il est resté stable ces vingt dernières années. On ne peut pas dire dans quelle mesure la fréquence élevée du diagnostic concomitant de troubles de la personnalité résulte de la législation de l'AI (puisque une dépendance ne constitue pas en soi un motif d'invalidité).

Type 2 - Schizophrénie et retard mental (10 % des rentiers): ce groupe comprend la schizophrénie (50 %), le retard mental (30 %) et les troubles du développement psychologique (20 %), c'est-à-dire des pathologies graves ayant débuté tôt, voire très tôt. Les difficultés biographiques ou psychosociales y sont moins représentées, le principal problème étant la maladie elle-même. Ce groupe est également resté constant. Pour les troubles les plus représentés ici, il existe en fait des codes distincts ; la plupart ne semblent donc pas être à leur place sous le code 646.

Type 3 - Dépression sans troubles de la personnalité et sans maladie somatique (23 % des rentiers): dans ce groupe, 80 % des personnes présentent un trouble dépressif, 25 % un syndrome douloureux, 13 % un trouble anxieux et 13 % un trouble de stress post-traumatique. Les atteintes prédominantes sont donc les troubles de l'humeur et les névroses, sans diagnostic supplémentaire, ce qui signifie que dans ce type, la morbidité au premier plan concerne presque uniquement les affects. On y trouve assez peu de difficultés biographiques ou psychosociales. En chiffres, ce groupe a doublé ces vingt dernières années.

Type 4 - Troubles de la personnalité (28 % des rentiers): presque toutes les personnes de ce groupe souffrent d'un trouble de la personnalité ou d'autres problèmes psychiques tels que dépression, troubles anxieux ou alcoolisme ; les maladies somatiques sont pratiquement absentes. La concomitance de plusieurs problèmes psychiques est typique des troubles de la personnalité. Là aussi, les personnes ont été confrontées dans leur vie à des difficultés considérables et le groupe est resté stable.

Type 5 - Dépressions, troubles douloureux, troubles de la personnalité et maladies somatiques multiples (33 % des rentiers): ce groupe, le plus diversifié, se caractérise avant tout par des états dépressifs qui s'expriment essentiellement sur le plan somatique. Il se distingue du groupe des dépressions mentionné plus haut par la fréquence des troubles de la personnalité, des troubles somatoformes douloureux et des maladies somatiques, et il présente davantage de difficultés psychosociales. L'effet invalidant des difficultés psychosociales multiples est un phénomène qui s'applique tout à fait à une partie du groupe. Celui-ci a doublé ces vingt dernières années.

Caractéristiques générales du dépôt de la demande et de la procédure d'instruction AI

Au moment du dépôt de leur dossier AI, 70 % des rentiers demandaient une rente et 40 % une mesure d'ordre professionnel (en plus ou uniquement). Souvent, ils avaient déjà fait appel aux caisses-maladie, aux caisses de pension et à l'aide sociale ; les interventions des caisses-maladie et des

caisses de pension avant le dépôt de la demande sont beaucoup plus fréquentes depuis les années 90. Les assurés se sont opposés à la décision de l'AI dans 15 % des cas et les tribunaux ont rendu une décision dans 10 % des cas. L'intervalle entre la première demande AI et l'octroi de la rente est très variable, allant de deux à 22 ans.

L'examen médical des rentiers relevant du code 646

Dans leur première appréciation, les médecins envisagent dans un tiers des cas seulement que l'état de santé pourrait s'améliorer, ce qui souligne la gravité et la chronicité de la maladie chez une nette majorité des assurés. Ce chiffre tombe même à 20 % au moment du dernier avis avant l'octroi de la rente. Mais ce qui est frappant, c'est que dans le groupe diagnostique le plus large, "dépressions, troubles douloureux, troubles de la personnalité et maladies somatiques multiples", les médecins, au début de la procédure, ne voient une possibilité d'amélioration que dans 20 % des cas, donc beaucoup moins souvent que dans des maladies psychiatriques graves comme la schizophrénie, le retard mental ou les troubles de la personnalité. Les personnes souffrant d'un trouble douloureux se voient donc moins souvent que les autres créditées d'une possibilité d'amélioration, alors que leur adaptation professionnelle avait été relativement bonne avant le début de la maladie. Ce phénomène ne peut pas s'expliquer uniquement par la gravité de celle-ci mais plutôt, apparemment, par la façon dont elle est présentée et par la dynamique de la relation médecin-malade. Un psychiatre ou un psychothérapeute ne participe d'emblée aux examens médicaux que dans un tiers des cas ; habituellement, la personne impliquée est un généraliste ou un interniste ; souvent, c'est le médecin de famille qui a déposé la demande, ce qui montre aussi que les problèmes psychiques peuvent se traduire d'abord par des symptômes somatiques. Plus la maladie sous-jacente reste longtemps méconnue, plus il y a de risque que le traitement soit inapproprié et que le trouble devienne chronique. En outre, un quart des rentiers pour raisons psychiques ne font l'objet d'aucune expertise psychiatrique durant toute la durée de l'instruction.

Du point de vue juridique, le droit à une rente AI ne dépend pas directement de la maladie, mais uniquement de ses répercussions sur la capacité de travail. De plus, la connaissance exacte de ces répercussions, c'est-à-dire des limitations fonctionnelles, est décisive quant au choix des éventuelles mesures de réadaptation. C'est là que réside le problème majeur des examens médicaux, par ailleurs très complets et précis. Dans la moitié des documents sur la base desquels la rente est octroyée, d'une longueur moyenne de cinq pages, on ne trouve aucune phrase, à la rigueur une seule, indiquant les répercussions de la maladie sur la capacité de travail, autrement dit ce que la personne peut faire et ne pas faire. Les descriptions des limitations fonctionnelles se limitent généralement à "ne peut pas faire de gros efforts" ou à "n'est pas suffisamment stabilisé". De telles généralités ne donnent pas d'indications sur la conduite à tenir et ne constituent donc pas une base suffisante pour l'octroi de mesures d'ordre professionnel. On a l'impression que l'instruction du point de vue de la réadaptation et celle du point de vue médical sont deux procédures distinctes. Or, pour que les mesures d'ordre professionnel soient efficaces dans le cas des malades psychiques, il ne suffit pas d'avoir de bonnes connaissances médicales, il faut les appliquer à la réadaptation. Le manque de portée médico-assurantielle des rapports médicaux, connu en soi depuis longtemps, a d'ailleurs été l'une des raisons qui ont amené à créer les services médicaux régionaux (SMR).

D'autres indicateurs confirment que les examens médicaux ne sont pas axés sur la réadaptation. Ainsi, les médecins attirent parfois l'attention sur les ressources et le potentiel des assurés, mais ne

mentionnent que dans un tiers des cas leur passé professionnel, et souvent de manière rudimentaire. Ils n'évoquent des mesures concrètes d'ordre professionnel que dans 20 % des cas. En outre, ils ne précisent généralement pas si des événements ont déclenché l'incapacité de travail ou si l'assuré a subi des difficultés professionnelles particulières, ni par quels problèmes la maladie a commencé à se manifester. En résumé: pour l'instant, la plupart des rapports et des expertises établis par les médecins ne mentionnent ni la situation professionnelle des assurés ni la problématique qui en découle, pas plus que les possibilités de réadaptation. Même si ces examens médicaux avaient généralement dû être effectués sous l'angle de la rente, il aurait fallu aussi qu'ils expliquent non pas implicitement, mais concrètement et de manière compréhensible, les conséquences de la maladie pour la capacité de travail de la personne concernée.

En revanche, du point de vue strictement médical, on peut dire que les examens sont complets et poussés. En moyenne, chaque dossier contient onze avis médicaux (y compris SMR, rapports de sortie d'hôpital, rapports de révision, etc.) et a été traité par sept médecins différents. La fourchette, très large, va de 1 à 90 avis rendus par 1 à 42 médecins.

Les mesures de réadaptation professionnelle des rentiers relevant du code 646

Les experts médicaux jugent des mesures d'ordre professionnel indiquées dans 40 % des cas, chiffre relativement stable depuis les années 80. Mais ces recommandations ont rarement été mises en œuvre: une telle mesure n'a été octroyée qu'à 13 % des rentiers, et la tendance est à la baisse. Le préjugé courant vis-à-vis des médecins - ils ne s'intéresseraient qu'aux déficits - est ainsi relativisé; ce sont plutôt les offices AI qui considèrent de plus en plus rarement les mesures de réadaptation comme indiquées.

On est frappé par le fait que les migrants, avant de toucher leur rente, ne bénéficient pratiquement jamais de mesures d'ordre professionnel; 3 % d'entre eux seulement en ont obtenu une, contre 17 % des Suisses. Autrement dit, 97 % des migrants ont été mis en invalidité avant toute tentative de réadaptation. Ce phénomène s'explique probablement par l'origine étrangère d'une part et, de l'autre, par la maladie et par l'âge au moment du dépôt de la demande AI.

L'âge semble être l'indicateur le plus important pour l'octroi des mesures d'ordre professionnel. Les rentiers qui en ont obtenu avaient en moyenne, au moment de la première demande, onze ans de moins que ceux qui n'en ont pas obtenu. Les plus généreusement servis sont les assurés souffrant d'un retard mental ou d'un syndrome psycho-organique, suivis par ceux présentant des troubles de la personnalité, des troubles anxieux et une toxicomanie; autrement dit, une infirmité congénitale ou une maladie psychique ayant débuté très tôt. Le taux est faible pour tous les autres troubles psychiques. Pour la catégorie diagnostique la plus nombreuse (dépressions, troubles douloureux, troubles de la personnalité et maladies somatiques multiples), seuls 11 % des assurés ont effectué une mesure d'ordre professionnel avant d'obtenir une rente; pour la troisième en nombre de personnes (dépression sans troubles de la personnalité et sans maladie somatique), on tombe à 5 %. Pourtant, dans ces deux catégories, une mesure avait aussi été évoquée pour un tiers des assurés. Une conclusion semble s'imposer: les mesures d'ordre professionnel sont octroyées en premier lieu aux personnes qui présentent des troubles psychiques précoces et graves, mais pas à celles qui ont un passé professionnel généralement assez conséquent et étaient aussi mieux intégrées socialement. Il faut donc se poser deux questions: exception faite des mesures d'ordre professionnel "classiques"

à l'intention de la clientèle "classique" avec oligophrénie, syndromes psycho-organiques, troubles du développement intellectuel et schizophrénie, le système de réadaptation propose-t-il réellement des mesures adaptées aux assurés atteints de dépression ou de troubles douloureux, pourtant de plus en plus nombreux ? Et pourquoi l'AI n'a-t-elle pas cherché systématiquement à développer des mesures spécifiques pour cette catégorie d'assurés, connue pourtant depuis assez longtemps ?

Typologie de la procédure pour les rentiers relevant du code 646

A partir d'une cinquantaine de caractéristiques présentées par l'instruction AI, nous avons établi une typologie des procédures. Celles-ci se répartissent en cinq catégories.

Type 1 - Procédures récentes avec diagnostic somatique complexe et durée brève (8 % des rentiers): ce type de procédure se rencontre de plus en plus souvent depuis le milieu des années 90. Le groupe se caractérise par l'absence quasi totale de mesures d'ordre professionnel et par le fait que les examens médicaux portent presque exclusivement, au début, sur l'aspect somatique. Il est mal documenté du point de vue psychiatrique, mais très bien du point de vue somatique, avec des expertises très détaillées. Il se distingue notamment par la multiplicité des diagnostics. Les migrants y sont surreprésentés (50 %). Le délai entre le dépôt de la première demande et la rente est de deux ans. Du point de vue diagnostique, il s'agit presque uniquement du type 1 "dépression et troubles douloureux". Ce groupe est de plus en plus nombreux.

Type 2 - Procédures clairement psychiatriques (48 % des rentiers): ce type de procédure, le plus courant depuis les années 80 mais dont la fréquence n'a pas augmenté, concerne les personnes pour lesquelles les diagnostics, posés par un assez petit nombre de médecins, sont assez cohérents et surtout clairement psychiatriques. Les expertises sont réduites au minimum. Il faut trois ans entre le dépôt de la demande et la rente. Du point de vue diagnostique, il s'agit souvent de "troubles de la personnalité" et de "dépression sans maladie somatique". Les migrants sont sous-représentés.

Type 3 - Procédures psychiatriques anciennes et de très longue durée (7 % des rentiers): 22 ans en moyenne s'écoulent entre le dépôt de la demande et la rente. Un tiers de ces assurés ont obtenu des mesures d'ordre professionnel et la plupart ont passé d'emblée une expertise psychiatrique. Il s'agit dans l'ensemble d'une procédure axée sur la réadaptation chez des personnes dont la maladie a commencé tôt. Du point de vue des diagnostics, on ne trouve pratiquement que les types "schizophrénie et retard mental" et "troubles de la personnalité". Les migrants sont nettement sous-représentés.

Type 4 - Procédures complexes, principalement somatiques, et ayant fait l'objet d'une opposition (3,8 % des rentiers): ce groupe est le plus petit en chiffres, mais de loin le plus important en termes de travail occasionné. Les caisses-maladie et l'aide sociale sont souvent impliquées dès le dépôt de la demande, une opposition a été interjetée contre la décision de l'AI dans plus de la moitié des cas, et les expertises sont particulièrement fréquentes et complètes. En moyenne, 15 médecins y ont participé et ont rendu près de 30 avis. Presque toutes ces personnes avaient demandé explicitement une rente AI et 60 % d'entre elles bénéficiaient déjà de prestations sociales (indemnités journalières, etc.). Dix ans séparent la demande et la rente. Du point de vue diagnostique, il s'agit presque exclusivement du type 5, "dépressions et troubles douloureux". Ce groupe est de plus en plus nombreux et les migrants y sont surreprésentés.

Type 5 - Procédures assez récentes et plus simples sur le plan diagnostique, avec début somatique et durée brève (32 % des rentiers): très similaire au type 1, avec pour seule différence que le diagnostic est bien plus clair. Les divergences diagnostiques sont beaucoup plus rares et les expertises nettement plus courtes, car le cas paraît plus simple. Les diagnostics les plus représentés sont les "dépressions et troubles douloureux" et les "troubles de la personnalité". Ce type de procédure est de plus en plus fréquent. Les migrants sont très nettement surreprésentés.

Qu'est-ce qui influe sur le type de procédure AI ?

Nous avons étudié de nombreux facteurs afin de déterminer s'ils conditionnent le type d'instruction de l'AI: caractéristiques sociodémographiques et biographiques, région dans laquelle se trouve l'office AI, branche, période durant laquelle la demande a été déposée, diagnostic, etc. Cette analyse montre clairement que le type de maladie est le seul élément à conditionner le type de procédure. On ne peut donc pas dire que l'on procédait autrefois différemment d'aujourd'hui, que la manière de procéder varie d'une région ou d'un canton à l'autre, ou que les étrangers sont traités très différemment des Suisses. La procédure repose sur des critères médicaux, sans influence marquée et systématique par des facteurs extérieurs à l'assurance ou discriminants (origine, sexe et couche sociale, notamment). Ce constat ne fait que souligner l'importance déterminante de la maladie psychique en elle-même: des troubles différents engendrant, en termes de procédure, des dynamiques différentes, il serait important de mieux comprendre les dynamiques spécifiques de chaque diagnostic et de développer des interventions propre à chacun. Cette importance décisive du type de maladie justifie aussi, fondamentalement, le rôle central des médecins dans l'instruction AI. Mais si le rôle des médecins est problématique, ce n'est pas à cause de son importance, mais parce qu'ils ne sont pas assez impliqués dans la réadaptation.

Augmentation de certains groupes d'assurés

Si l'on considère l'augmentation de l'invalidité pour raisons psychiques dans le cadre de la société en général, on peut définir quelques groupes de personnes qu'il serait intéressant d'étudier de plus près:

- les femmes élevant seules leurs enfants: les invalidités relevant du code 646 chez ces personnes ont été multipliées par deux en pourcentage et par 3,5 en chiffres absolus ces vingt dernières années. Il faudrait analyser à quoi tient cette augmentation (charges trop lourdes, intégration sociale réduite, etc.) ;
- les migrants, surtout les femmes étrangères: le pourcentage de ceux qui relèvent de ce code a également augmenté. Ici aussi, il faudrait étudier plus précisément les facteurs en jeu, notamment les caractéristiques particulières de l'instruction de l'AI pour ces cas (fréquence plus faible des mesures d'ordre professionnel, absence de développement de mesures destinées spécifiquement à ce groupe de personnes) ;
- les Suisses d'un certain âge, dépressifs, ayant peu de chances de trouver du travail: pour ce groupe de personnes, qui a aussi doublé ces vingt dernières années, l'instruction de l'AI est généralement superficielle, les dossiers lacunaires et les rentes vite accordées.

Le groupe témoin des bénéficiaires de mesures de réadaptation relevant du code 646

Pour déterminer quels sont les facteurs de risque quant à l'octroi d'une rente en vertu du code 646, nous avons examiné un groupe témoin représentatif, constitué d'assurés relevant de ce code et ayant obtenu une mesure d'ordre professionnel dont on peut dire qu'elle a "réussi", puisqu'ils ne touchaient pas de rente deux ans plus tard. C'est là un critère de succès plus strict que celui appliqué par l'Office fédéral des assurances sociales (pas de rente *entière* deux ans après). Nous avons ensuite comparé ces bénéficiaires à des rentiers relevant du code 646.

La comparaison a montré, premièrement, qu'une analyse des facteurs de risque n'aurait pas de sens, parce que les personnes ayant effectué une mesure de réadaptation constituent un groupe particulier se différenciant nettement de celui des rentiers et, deuxièmement, que la moitié de ces personnes n'étaient pas réellement réinsérées, mais simplement qu'elles n'avaient *pas encore* obtenu de rente.

Les bénéficiaires de mesures de réadaptation sont généralement des jeunes hommes suisses, qui pour près de la moitié vivent encore chez leurs parents ou dans une institution. Du point de vue biographique, ils ont connu encore plus de difficultés que les rentiers ; la majorité avaient eu des problèmes dès la période scolaire, aussi bien en termes de résultats que de comportement. Un tiers seulement avaient travaillé avant de se voir octroyer une mesure d'ordre professionnel.

Du point de vue diagnostique, il s'agit pour un tiers de troubles mentaux organiques (F0), de retard mental (F7), de troubles du développement psychologique (F8) et de troubles du comportement apparaissant dans l'enfance (F9), c'est-à-dire d'infirmités congénitales ou de troubles pédopsychiatriques qui, selon les définitions, ne relèvent pas de la catégorie 646. Les dépressions, les troubles douloureux et les troubles de la personnalité sont beaucoup plus rares que chez les rentiers. L'âge constitue une différence capitale entre les deux groupes: les bénéficiaires de mesures de réadaptation ont en moyenne onze ans de moins.

Autrement dit, les mesures d'ordre professionnel sont surtout octroyées aux jeunes assurés atteints d'une infirmité congénitale et de troubles relevant de la pédopsychiatrie, au titre d'aide à l'entrée dans la vie professionnelle, mais très rarement aux personnes faisant partie des groupes les plus représentés (dépressions, troubles douloureux et troubles de la personnalité), pour lesquelles le but serait plutôt une réinsertion. Pour être clair: on fait beaucoup pour un petit groupe de personnes et très peu pour les groupes les plus importants en termes de diagnostic.

Afin d'évaluer grossièrement l'efficacité des mesures d'ordre professionnel pour ces assurés, nous avons relevé la situation professionnelle mentionnée en dernier dans le dossier. Il en ressort que 31 % des bénéficiaires travaillent (à temps plein ou à temps partiel), 17 % sont en formation ou exécutent une autre mesure d'ordre professionnel, 10 % sont au chômage ou à l'aide sociale, 20 % ont quand même fini par obtenir une rente AI et 10 % sont malades, hospitalisés ou décédés. Enfin, pour 10 % de ces personnes, on a perdu le contact ou ne dispose d'aucune information. En étant optimiste, on peut donc estimer que la réadaptation est ou sera peut-être réussie pour la moitié des bénéficiaires au maximum. Il faut noter toutefois que 28 % des assurés travaillaient déjà auparavant, ne fût-ce qu'à temps partiel ; de ce fait, le taux n'a augmenté, en fin de compte, que de 3 %.

Dernier point: les examens médicaux fournissent moins de renseignements relatifs aux répercussions de la maladie sur la capacité de travail pour les bénéficiaires de mesures que pour les rentiers. Pour ces personnes, les indications concrètes que donnent les médecins sur le travail et les

capacités fonctionnelles sont tellement rudimentaires que l'on peut se poser la question: ces bases suffisent-elles pour choisir une mesure d'ordre professionnel et dire qu'elle peut être exécutée ?

Conclusions et recommandations

1. On distingue clairement cinq types de mises en invalidité pour raisons psychiques, se distinguant par le type de maladie qui en est la cause. L'instruction de l'AI dépend presque exclusivement du type de maladie en question et n'est pas influencée par des facteurs extérieurs, tels que des caractéristiques biographiques, sociales ou structurelles, régionales ou historiques. Ces types de maladie et les besoins de réadaptation qui en découlent nécessiteraient une analyse plus poussée. Les résultats d'études du type de celle présentée ici permettraient d'élaborer des stratégies de réadaptation spécifiques plus efficaces.
2. La majorité des rentiers relevant du code 646 répondent à un modèle clair ; ils ont connu des difficultés biographiques et psychosociales le plus souvent marquantes, des maladies diverses et des procédures d'instruction différentes. L'étude relativise ainsi l'idée couramment répandue selon laquelle les personnes ayant obtenu une rente en vertu du code 646 ont en général des maladies "peu claires et non objectivables". De plus, ce code a été attribué à tort dans un quart des cas environ ; il faudrait compléter la liste des codes d'infirmités par une classification bien standardisée et permettant des comparaisons internationales.
3. Etant donné que la maladie est déterminante, il faut absolument que les médecins soient au cœur de la procédure d'instruction. La constance observée dans les expertises et la perspective médicale garantissent plus ou moins que des facteurs étrangers n'influencent pas sur le processus aboutissant à la rente. Il ne faut donc pas reléguer à l'arrière-plan l'expertise médicale, mais au contraire l'axer clairement sur la réadaptation. Cette orientation devrait être précisée de concert avec les intéressés et faire l'objet d'une formation suffisante.
4. Le second problème du rôle des médecins dans l'instruction AI, à part le fait que l'objectif devrait être la réadaptation, est l'absence de lien entre celle-ci et les examens médicaux, tant au niveau de l'instruction que des mesures et du plan ; le savoir médical sert plus à se prononcer sur l'octroi d'une rente qu'à décider d'une mesure de réadaptation. Il faudrait donc mettre au point des processus intégrés garantissant que les connaissances médicales et psychologiques sont mises à profit pour établir le plan de réadaptation.
5. Le lien de causalité entre infirmité et incapacité de travail, qui du point de vue juridique conditionne pourtant l'invalidité, est habituellement à peine abordé dans les examens médicaux. Même si seules les conséquences de la maladie sont invalidantes et non pas le diagnostic en soi, il manque le diagnostic fonctionnel, pourtant indispensable, et par conséquent aussi la base technique sur laquelle fonder les interventions de réadaptation éventuelles. Il faudrait élaborer, en collaboration avec les SMR et des spécialistes installés expérimentés, des contenus et des normes allant dans le sens de la réadaptation, qui s'appliqueraient aux rapports et aux expertises médicales, auxquels ils donneraient une base techniquement fondée.

6. Seule une minorité des rentiers pour raisons psychiques avaient obtenu, avant la rente, une mesure d'ordre professionnel. Les principales indications de ces mesures sont le jeune, voire très jeune âge et, partant, surtout les pathologies à début précoce. Les assurés de plus de 30 ans et donc certaines pathologies, de même que les migrants, sont pour l'instant pratiquement exclus de la réadaptation, sans que cela s'explique par la gravité de la maladie ou par d'autres critères techniques. Or ce sont justement les personnes souffrant de troubles douloureux ou de dépressions qui disposent d'une expérience professionnelle antérieure à leur maladie et donc aussi de certaines ressources. L'absence des migrants et des personnes atteintes de troubles douloureux dans la réadaptation professionnelle est vraisemblablement le signe d'un dysfonctionnement dans la relation entre le médecin et le malade ou entre le conseiller professionnel et l'assuré, ainsi que d'une certaine impuissance des différents acteurs de la procédure. L'accès aux mesures de réadaptation d'ordre professionnel doit être ouvert, au-delà de la clientèle "classique" de l'AI, à la grande masse des malades psychiques, et il faudrait définir pour ces mesures des indications techniquement fondées. Celles qui seront développées devront faire l'objet d'une évaluation régulière.
7. Pour les grands groupes que constituent les personnes ayant reçu une rente pour les motifs psychiatriques "troubles de la personnalité" et "troubles douloureux avec dépression", il manque des stratégies de réadaptation professionnelle spécifiques. Il faut d'urgence en développer, en contrôlant leur efficacité.
8. Si, au-delà des analyses statistiques, on considère le contexte général des invalidités pour raisons psychiques, on s'aperçoit qu'il existe probablement des processus d'exclusion sociale qui nécessiteraient une étude approfondie. Il faudrait ainsi examiner de plus près la multiplication des rentes chez les femmes élevant seules leurs enfants ; l'augmentation du nombre de rentiers et l'absence de mesures d'ordre professionnel chez les migrants et les personnes souffrant de dépression et de troubles douloureux ; et enfin l'accroissement du nombre de rentiers suisses dépressifs d'un certain âge (ayant peu de chances de trouver du travail), pour lesquels l'instruction est brève et mal documentée.
9. Le succès des mesures d'ordre professionnel octroyées jusqu'ici aux malades psychiques doit être relativisé: 30 % seulement des bénéficiaires travaillaient, du moins à temps partiel, au moment de la clôture du dossier ; la moitié d'entre eux ont continué à toucher une rente AI ou en ont obtenu une depuis. Ce constat montre, d'une part, que ces maladies sont graves et chroniques et, d'autre part, que la réadaptation professionnelle présente des lacunes structurelles, conceptuelles et techniques majeures. Les nouvelles mesures introduites par la 5^e révision de l'AI permettent d'espérer une amélioration, mais il faudrait leur donner rapidement un contenu technique.
10. Le processus aboutissant à l'octroi d'une rente diffère fortement selon les maladies, mais débute souvent très tôt. L'intervention au sens de la 5^e révision de l'AI arrive généralement trop tard, compte tenu de l'âge où les personnes tombent malades, ce dont il faut tenir compte pour les mesures correspondantes. En revanche, elle donne, surtout pour les troubles douloureux et les dépressions, les moyens nécessaires à une intervention précoce et à une prévention de l'invalidité effective. Il faudrait ici pousser plus loin les recherches, en collaboration avec les entreprises du marché primaire du travail.

11. Pour autant que nous le sachions, cette étude est la première à fournir une analyse empirique approfondie et représentative des types de mises en invalidité pour raisons psychiques et des modalités de l'octroi des rentes en Suisse. Quoique coûteuse en temps et en argent, l'analyse des données administratives donne des résultats très intéressants pour la pratique. Cette activité approfondie de recherche statistique, entamée dans le cadre du PR-AI, devrait être poursuivie. Il est urgent de mieux fonder les stratégies de réadaptation et les mesures d'ordre professionnel sur des résultats de recherche solides, du point de vue tant technique que méthodologique, car les connaissances actuelles sont insuffisantes pour qu'il soit possible d'améliorer durablement l'efficacité de ces mesures.

Riassunto

Contesto

Negli ultimi vent'anni il numero di rendite d'invalidità è aumentato in modo forte e costante sia in Svizzera che in altri Paesi europei. Per quanto concerne l'assicurazione federale per l'invalidità (AI) questo fenomeno è dovuto in particolare alle rendite concesse per disturbi psichici. In generale, questi ultimi hanno però registrato un incremento pari a quello delle altre cause d'invalidità, ad eccezione di una categoria³, quella dei "Disturbi reattivi all'ambiente o psicogeni" (codice 646).

Tra il 1986 e il 2006, il numero di rendite versate per infermità della categoria 646 si è moltiplicato per nove, il che ha indotto l'assicurazione a incentrare la 5^a revisione AI sugli assicurati affetti da malattie psichiche. Solo tra il 1993 e il 2006 sono stati registrati oltre 60'000 nuovi casi d'invalidità di questa categoria, contro sole 24'000 persone che hanno smesso di ricevere prestazioni. Finora non si sapeva quali fossero nel dettaglio le malattie contemplate da questa categoria. Comunemente si riteneva che si trattasse di disturbi "non o solo difficilmente oggettivabili".

Con un'analisi dettagliata degli incarti di assicurati che ricevono una rendita AI secondo il codice 646 si è voluta abbozzare una prima spiegazione delle cause, determinando cosa fosse aumentato - ossia quali malattie e quali tipi d'invalidità.

Per acquisire nuove conoscenze sui processi che portano alla concessione di una rendita e sui relativi nessi causali sono state analizzate più particolarmente le seguenti aree tematiche: le caratteristiche biografiche e sociodemografiche dei beneficiari di rendita, la personalità e l'atteggiamento verso la salute, il contesto sociale, il percorso professionale e l'evoluzione salariale, l'insorgere della malattia e le relative conseguenze, il processo di cura e di riabilitazione nonché il processo di accertamento e di perizia.

Sul piano pratico, lo scopo ultimo di tutti questi rilevamenti va oltre alla semplice descrizione della categoria 646: l'identificazione dei diversi tipi di beneficiari di rendita, dei fattori di rischio e dei tipici processi di esclusione e di concessione della rendita è la base indispensabile per elaborare piani specifici nell'ambito dell'intervento tempestivo, della riabilitazione professionale e della prevenzione dell'invalidità.

Campionatura e metodologia

Finora gli incarti AI non erano mai stati utilizzati per un'analisi di questo tipo. Per verificare se questi incarti, in parte risalenti già a diversi anni, fossero veramente adatti per rispondere a domande di questo genere e se le formazioni ivi contenute fossero paragonabili indipendentemente dal Cantone

3 L'AI suddivide le affezioni psichiche nelle categorie seguenti: 641 (schizofrenia), 642 (psicosi maniaco-depressiva), 643 (psicosi organiche e lesioni cerebrali), 644 (altre forme di psicosi, depressione involutiva), 645 (psicopatia), 646 (disturbi reattivi all'ambiente o psicogeni; nevrosi; disturbi di tipo borderline [casi limite psicosi - nevrosi]; alterazioni semplici dello sviluppo psichico, p. es. personalità ad impronta depressiva, ipocondriaca o paranoidea; disturbi funzionali del sistema nervoso con conseguenti disturbi di eloquio come la balbuzie; disturbi psicosomatici se non catalogati come disturbi fisici), 647 (alcolismo), 648 (altre forme di dipendenza, tossicomania), 649 (altri disturbi mentali e caratteriali, inclusi i disturbi nell'evoluzione del linguaggio, oligofrenia).

e dall'anno in cui era stata concessa la rendita, è stato compiuto previamente uno studio di fattibilità sulla base di 170 incarti relativi a più anni e forniti da diversi Cantoni (Baer & Frick, 2007). Lo studio di fattibilità ha stabilito che in generale le informazioni contenute negli incarti AI erano sufficienti e, nel complesso, facilmente comparabili.

Per lo studio principale è stato selezionato un campione di 887 incarti con il codice 646 che rispecchiava le quote regionali e temporali della popolazione di riferimento ed era rappresentativo dell'insieme dei beneficiari di rendita secondo il codice 646 rilevati in Svizzera tra il 1993 e il 2006. Il campione non includeva così unicamente le rendite accordate nel periodo in esame, bensì anche quelle concesse in precedenza. I risultati scaturiti dal presente studio possono dunque essere riferiti alla maggior parte delle rendite concesse nel nostro Paese per motivi psichici. Quale base di confronto per l'analisi dei fattori di rischio è stato scelto un campione aleatorio rappresentativo di 273 assicurati classificati con il codice 646 che avevano beneficiato almeno una volta di un provvedimento professionale dell'AI e che nei due anni successivi alla sua notifica non hanno riscosso alcuna rendita AI.

Oltre alla descrizione delle caratteristiche rilevate e ai principali nessi causali, per lo studio dei tipi sono state utilizzate analisi statistiche recenti e differenziate (*latent class analysis, latent class mixture modelling*), in base alle quali sono state definite tre diverse tipologie, una per i disturbi, una per le diagnosi e una per le procedure. I nessi causali tra disturbi, malattie e procedure e i possibili altri fattori d'incidenza sono stati analizzati mediante alberi di classificazione e di regressione (*CART, Random Forest*).

Risultati

Cosa caratterizza i beneficiari di rendita secondo il codice 646 nel loro insieme?

La maggior parte degli invalidi psichici - con percentuali pressoché identiche per gli uomini e per le donne - inoltra una richiesta di prestazioni all'AI dopo i 40 anni. Di questi solo una parte esigua ha seguito una formazione scolastica di una certa durata e il 40% non possiede alcuna formazione professionale qualificata. Due terzi sono sposati o lo sono stati e più della metà convive con il partner e i figli. Nella regione lemanica e nella Svizzera nordoccidentale il numero di assicurati secondo il codice 646 è superiore alla media. Riguardo a possibili fattori negativi nella biografia degli interessati risulta che il 40% dei beneficiari di rendita è cresciuto in una famiglia con precedenti psichiatriche. Presso più di un terzo sono state rilevate una trascuratezza grave e di lunga durata nell'infanzia o gravi malattie fisiche dei genitori. Stando agli atti, in circa un quinto dei casi gli assicurati sono stati vittime di gravi violenze o hanno vissuto una lunga separazione dai genitori. Il 10% circa ha invece subito abusi sessuali, ha soggiornato in un istituto, ha vissuto la separazione dei genitori o addirittura il decesso di uno di loro. Quasi la metà dei beneficiari di rendita ha sofferto personalmente di disturbi psichici già da bambino o in gioventù. A scuola, il 30% degli invalidi secondo il codice 646 aveva avuto prestazioni inferiori alla media e il 15% manifestato problemi di comportamento.

Più i fattori negativi cui una persona è stata confrontata sono numerosi, più la richiesta di prestazioni AI è precoce e il reddito medio da attività lucrativa conseguito prima dell'invalidità esiguo. In molti casi una biografia difficile porta dunque a una limitazione delle capacità lavorative di un individuo. Complessivamente oltre il 40% dei beneficiari di rendita è stato confrontato ad almeno quattro fattori

negativi che hanno influenzato in modo notevole la loro biografia - una percentuale molto probabilmente superiore a quella della popolazione in generale.

Prima di vedersi assegnare una rendita, l'85% dei beneficiari ha esercitato almeno un'attività lucrativa. Rispetto all'insieme della popolazione attiva svizzera, queste persone erano occupate in misura superiore alla media nell'industria, nel settore sanitario o sociale, nell'Amministrazione pubblica o nel settore alberghiero e della ristorazione. In media, prima di diventare incapaci al lavoro, gli interessati hanno lavorato 14 anni. Dallo studio risulta che il loro reddito annuo medio corrispondeva soltanto a un terzo del reddito medio svizzero e derivava oltretutto nella misura del 30% da trasferimenti sociali. Questo mostra che già durante la vita attiva i beneficiari di rendita avevano difficoltà relativamente importanti ad adeguarsi alle esigenze del mondo lavorativo.

Tra i segnali più frequenti che lasciavano presagire l'esistenza di problemi sul posto di lavoro vi erano l'insorgere di sintomi psichici o somatici, numerosi cambiamenti d'impiego, l'assenteismo e conflitti sul posto di lavoro. Queste anomalie si erano manifestate ben prima della richiesta di prestazioni AI, il che indica quanto sia necessario sensibilizzare le aziende a questo problema e migliorare i contatti tra queste ultime e gli specialisti in ambito psichiatrico.

Indipendentemente dai disturbi della personalità diagnosticati, dagli atti risulta che quasi il 70% dei beneficiari di rendita presenta tratti di personalità accentuati (cioè subclinici). Anche in questo caso il valore supera probabilmente in modo netto quello rilevato per l'insieme della popolazione. Tra questi assicurati si riscontrano in special modo personalità che mancano di fiducia in sé stesse, personalità evitanti e personalità instabili dal punto di vista emozionale. Questi tratti caratteriali, particolarmente frequenti in soggetti con una biografia molto difficile, sfociano sovente in problemi relazionali e complicano la riabilitazione. Accanto alle malattie vere e proprie, essi rappresentano una delle principali cause di concessione di una rendita.

Le diagnosi psichiatriche *più documentate negli incarti* sono i disturbi depressivi ricorrenti e altri disturbi affettivi, i disturbi della personalità, i disturbi somatoformi, i disturbi d'ansia, le malattie legate al consumo di alcol, i disturbi da stress posttraumatico, la politossicomania e la schizofrenia.

Tre le malattie *che portano più spesso alla concessione di una rendita* vi sono i disturbi della personalità, i disturbi depressivi ricorrenti e i disturbi somatoformi. Nel 70% dei casi, ai beneficiari di rendita sono state diagnosticate anche malattie somatiche, perlopiù all'apparato motorio (mal di schiena ecc.).

In generale, in base alle diagnosi documentate è lecito chiedersi se molte delle classificazioni nella categoria 646 fossero effettivamente corrette. Nel 25% dei casi sarebbe stata perlomeno ipotizzabile un'altra categoria (641-645, 647-649). Pur non cambiando nulla al fatto che le invalidità per motivi psichici sono aumentate, ciò avrebbe relativizzato il volume effettivo delle malattie classificate con il codice 646, spesso definite come malattie „poco chiare e difficilmente oggettivabili“.

Migranti che beneficiano di una rendita secondo il codice 646

Tra i beneficiari di rendita, gli stranieri sono sovrarappresentati (30% circa), se si considera che costituiscono il 20% della popolazione attiva in Svizzera. Gli immigrati che beneficiano di una rendita in Svizzera sono il 34% in tutto. Questi si annunciano all'AI in età molto più avanzata rispetto agli svizzeri, il che determina ulteriori differenze. Dagli anni Ottanta ad oggi è aumentata soprattutto la per-

centuale delle migranti, che dal 1999 si attesta sugli stessi livelli di quella dei migranti, rimasta praticamente invariata. I migranti provengono prevalentemente dall'Italia e dal Portogallo - i paesi d'immigrazione tradizionali - ma recentemente anche dalla Turchia e dagli Stati della ex Jugoslavia. Rispetto agli svizzeri, i migranti convivono più frequentemente con il/la loro partner e con i figli e sono più spesso cresciuti in un ambiente rurale con poche opportunità di istruzione. Oltre il 60% dei migranti presenta fattori negativi specifici (violenze subite nel Paese d'origine, esperienze traumatiche durante la fuga, separazione dalla famiglia a causa della migrazione ecc.). La metà circa dei migranti ha una limitata conoscenza della lingua parlata nella regione svizzera in cui si sono insediati. Quando ci si riferisce ai migranti bisogna dunque considerare che probabilmente i beneficiari di rendita secondo il codice 646 non sono rappresentativi né della situazione nei rispettivi Paesi di origine né di quella dell'insieme delle persone immigrate in Svizzera, ma sono un gruppo selezionato con un livello d'istruzione relativamente basso, proveniente da zone rurali e con conoscenze linguistiche limitate.

Sviluppi nel tempo

Se si confrontano le richieste di prestazioni AI inoltrate prima del 1990 con quelle inoltrate dopo il 1990, saltano all'occhio due cambiamenti connessi tra loro: da un lato, l'età media alla quale ci si annuncia all'AI è aumentata di 8 anni dagli anni Ottanta a oggi, soprattutto in seguito all'incremento del numero dei 50-59enni. Dall'altro, la percentuale dei migranti tra i beneficiari di una rendita secondo il codice 646 è salita da quasi il 30% a oltre il 40%, soprattutto in seguito all'aumento del numero di donne immigrate. In particolare, è sensibilmente aumentata la percentuale dei migranti con scarse conoscenze linguistiche afflitti da disturbi. Queste due evoluzioni determinano ulteriori differenze in termini di tipo di malattie, integrazione professionale premorbosa, integrazione familiare e altro. Nel complesso, quindi, chi beneficiava di una rendita per motivi psichici prima del 1990 aveva un profilo un po' diverso da chi ne ha beneficiato negli anni successivi.

Col passare del tempo sono cambiati anche alcuni aspetti della procedura AI: dal 1990 la percentuale delle procedure con opposizione giuridica è raddoppiata, la percentuale delle procedure con provvedimenti professionali è diminuita e le perizie mediche si sono fatte più dettagliate - in primo luogo perché i migranti con quadri complessi di disturbi (somatoformi) vengono sottoposti a esami molto più approfonditi rispetto agli svizzeri.

Tipologia delle combinazioni di fattori negativi dei beneficiari di rendita secondo il codice 646

Sulla base di una cinquantina di fattori negativi rilevati, riguardanti biografia, eventi critici della vita e storia professionale, è stata stabilita una tipologia di combinazioni di fattori negativi stabile e ben differenziata. Le combinazioni rilevate possono essere così descritte:

Tipo 1 - Madri sole che esercitano un'attività lucrativa (9% dei beneficiari di rendita): dal 1990 a oggi, sul totale delle rendite secondo il codice 646, la percentuale di questo gruppo è raddoppiata; in cifre assolute i casi sono più che triplicati. Aspetti tipici: disturbi depressivi e dolorosi come pure la comparsa della malattia in età avanzata. Rispetto all'insieme dei casi di rendita secondo il codice 646, la percentuale di migranti in questo gruppo rientra nella media. Le madri sole, un gruppo sociale noto per la sua esposizione al rischio di malattie psichiche, presentano una percentuale di casi di rendita

secondo il codice 646 doppia rispetto a quella della popolazione in generale.

Tipo 2 - Soggetti con una storia estremamente difficile (14% dei beneficiari di rendita): elevatissima frequenza di soggiorni in istituto, continuo cambiamento dei contesti di affidamento, perdita di un genitore, abbandono e violenza. Molto spesso è documentata l'esistenza di problemi di rendimento e di comportamenti anomali già in età scolare. Nell'insieme, questo gruppo è caratterizzato da una classica biografia "*broken home*". Questo gruppo è rimasto numericamente invariato dal 1990, mentre in percentuale si è praticamente dimezzato. Dal punto di vista diagnostico, questi assicurati presentano prevalentemente disturbi della personalità. Aspetti tipici: ricoveri frequenti in clinica psichiatrica e prima comparsa della malattia in età particolarmente precoce. In questo gruppo i migranti sono presenti in misura inferiore alla media. Molto frequente è l'assunzione di comportamenti dannosi per la salute (consumo pericoloso di alcol e nicotina).

Tipo 3 - Soggetti con una tara psichiatrica ereditaria (18% dei beneficiari di rendita): in quasi tutti i casi, anche i genitori o altri parenti stretti soffrivano di disturbi psichici. Questo gruppo si distingue da quello precedente principalmente per due altri aspetti: perlopiù le persone che lo costituiscono non hanno vissuto una lunga separazione dai genitori e non sono cresciute in un istituto. Sono documentate frequenti esperienze di violenza e abbandono. Come il gruppo precedente, anche questo è rimasto numericamente invariato dal 1990, mentre in percentuale si è praticamente dimezzato. Dal punto di vista diagnostico, questi assicurati presentano spesso disturbi della personalità e depressioni. Aspetti tipici: ricoveri particolarmente frequenti in cliniche psichiatriche. In questo gruppo figura il minor numero di migranti in assoluto. Anche questo gruppo è spesso interessato da un consumo pericoloso di alcol e nicotina.

Tipo 4 - Soggetti senza fattori negativi di rilievo e con una documentazione carente (21% dei beneficiari di rendita): questo gruppo presenta valori inferiori alla media per quanto concerne tutti i fattori negativi rilevati. In alcuni casi, ciò dipende dall'effettiva mancanza di tali fattori ma per lo più anche dall'incompletezza della documentazione. Spesso mancano informazioni sulla biografia, la storia professionale e la situazione di vita di questi soggetti. Negli ultimi 20 anni questo gruppo - che vanta una percentuale di stranieri inferiore alla media - è numericamente raddoppiato. Aspetti tipici: malattie depressive frequenti, prima comparsa della malattia e richiesta di prestazioni in età avanzata e, infine, rarissimi ricoveri in ospedale psichiatrico. I soggetti di questo gruppo sono sottoposti molto raramente a perizie mediche (solo il 10% dei casi). In altri termini si tratta di cittadini svizzeri di una certa età affetti da disturbi depressivi e con opportunità ridotte sul mercato del lavoro, il cui caso è stato esaminato in modo relativamente superficiale prima della concessione della rendita.

Tipo 5 - Soggetti con una combinazione di fattori negativi di gravità media (38% dei beneficiari di rendita): questo gruppo presenta i fattori negativi prevedibili, probabilmente in misura superiore alla media della popolazione in genere, ma nella media rispetto agli altri gruppi di beneficiari di rendita secondo il codice 646. Aspetti tipici di queste persone: appartenenza a ceti bassi e disturbi dovuti a lavori manuali pesanti, soprattutto nell'industria e nell'edilizia. Dal punto di vista diagnostico, questo gruppo è quello con la più alta percentuale di disturbi dolorosi. Anch'esso è aumentato numericamente e presenta la più alta percentuale di migranti (50%). Riguardo alle perizie mediche, ne sono state commissionate più che negli altri gruppi (in oltre il 35% dei casi).

Tipologia delle patologie dei beneficiari di una rendita secondo il codice 646

Tutte le diagnosi (*con o senza* ripercussioni sulla capacità lavorativa) tratte dai referti medici AI e dalle perizie mediche sono state rilevate e codificate in modo uniforme (secondo l'ICD-10 dell'OMS). Sulla base di queste circa 7'000 diagnosi psichiatriche e somatiche è stata stabilita una tipologia comprendente i 5 quadri patologici seguenti:

Tipo 1 - Dipendenza da sostanze e disturbi della personalità (7% dei beneficiari di rendita): tutti i soggetti appartenenti a questo gruppo hanno una malattia da dipendenza, per lo più sono politossicomani od oppiodipendenti. Il 40% è alcolizzato. L'85% ha un disturbo della personalità. Sul piano fisico, questo gruppo di soggetti è l'unico a presentare una percentuale relativamente alta di malattie infettive e parassitarie: il 30% è affetto da epatite virale, il 10% da HIV, entrambi conseguenze della dipendenza. Questo gruppo, caratterizzato da un livello estremamente elevato di fattori biografici e psicosociali negativi, è rimasto numericamente costante negli ultimi venti anni. C'è da chiedersi in che misura i disturbi della personalità che vengono quasi sempre diagnosticati insieme alla dipendenza patologica siano un effetto della legislazione AI (di per sé, infatti, la dipendenza da sostanze non è sufficiente per il riconoscimento di un'invalidità).

Tipo 2 - Schizofrenia e ritardo mentale (10% dei beneficiari di una rendita): questo gruppo comprende assicurati affetti da schizofrenia (50%), ritardo mentale (30%) e disturbi precoci dello sviluppo (20%). Anche in questo caso si tratta dunque di disturbi gravi, che insorgono precocemente o molto precocemente. Questi soggetti presentano un numero inferiore alla media di fattori biografici e psicosociali negativi - il principale fattore negativo è la malattia stessa. Negli ultimi venti anni questo gruppo è rimasto numericamente costante. Per i disturbi che caratterizzano questo gruppo di persone vi sono in realtà altri codici; nella maggior parte di questi casi il codice 646 è errato.

Tipo 3 - Depressione senza disturbi della personalità e senza malattie fisiche (23% dei beneficiari di rendita): l'80% dei soggetti appartenenti a questo gruppo è affetto da un disturbo depressivo, il 25% da un disturbo doloroso, il 13% da un disturbo d'ansia e il 13% da un disturbo posttraumatico da stress. Questo tipo è caratterizzato da disturbi affettivi e neurotici, senza ulteriori diagnosi, e quindi da una morbosità quasi puramente affettiva. Complessivamente le persone in questione presentano una quantità piuttosto contenuta di fattori biografici e psicosociali negativi. Negli ultimi venti anni questo gruppo è numericamente raddoppiato.

Tipo 4 - Disturbi della personalità (28% dei beneficiari di rendita): quasi tutti i soggetti appartenenti a questo gruppo soffrono di un disturbo della personalità e di altri disturbi psichici come depressione, disturbi d'ansia e alcolismo. Le malattie fisiche sono quasi del tutto assenti. La compresenza di questi disturbi psichici è tipica dei disturbi della personalità. Questi soggetti presentano molti fattori biografici negativi. Negli ultimi venti anni questo gruppo è rimasto numericamente costante.

Tipo 5 - Depressione, disturbi dolorosi, disturbi della personalità e malattie somatiche multiple (33% dei beneficiari di rendita): questo gruppo di soggetti, il più numeroso, è contraddistinto soprattutto da stati depressivi, che si manifestano principalmente a livello somatico. Questi assicurati si distinguono da quelli del tipo 3 per la frequente concomitanza di disturbi della personalità, disturbi dolorosi somatoformi e malattie somatiche. Questo gruppo presenta inoltre una quantità molto maggiore di fattori psicosociali negativi. Per una parte di questi assicurati si può probabilmente parlare di effetto invalidante di una molteplicità di fattori psicosociali negativi. Negli ultimi venti anni questo gruppo è numericamente raddoppiato.

Aspetti generali della procedura di richiesta di prestazioni e di accertamento dell'AI

Il 70% dei beneficiari di rendita ha chiesto una rendita al momento della presentazione della richiesta di prestazioni AI; il 40% circa ha chiesto anche o soltanto un provvedimento professionale. Spesso, quando si domandano prestazioni AI, sono già intervenute a monte le casse malati, le casse pensioni o, eventualmente, l'aiuto sociale. Dagli anni Novanta il ricorso alle casse malati e alle casse pensioni prima della richiesta di prestazioni AI è notevolmente aumentato. Nel 15% dei casi circa gli assicurati hanno fatto opposizione contro la decisione dell'AI. Nel 10% dei casi circa si è giunti a una sentenza giudiziaria. Il lasso di tempo che passa dalla prima richiesta di prestazioni AI alla concessione di una rendita varia molto e va da circa 2 a 22 anni.

Perizie mediche sui beneficiari di rendita secondo il codice 646

Già alla prima valutazione, i medici intravedono soltanto in un terzo dei casi la possibilità di un miglioramento dello stato di salute. Ciò indica che una netta maggioranza degli assicurati è affetta da malattie gravi e croniche. Al momento dell'ultimo parere medico prima della concessione di una rendita, la percentuale scende addirittura al 20% circa. Colpisce, però, che nel caso della diagnosi più frequente („Depressione, disturbi dolorosi, disturbi della personalità e malattie somatiche multiple“), già all'inizio della procedura i medici intravedono una possibilità di miglioramento soltanto per il 20% degli interessati, ovvero molto più raramente che in caso di malattie psichiatriche gravi e precoci come schizofrenia, ritardo mentale o disturbi della personalità. Questo significa che ai soggetti affetti da un disturbo doloroso è riconosciuto un potenziale di miglioramento inferiore alla media, nonostante prima dell'insorgere della malattia queste persone fossero relativamente ben integrate nel mondo del lavoro. Ciò non può dipendere soltanto dalla gravità della malattia ma sembrerebbe piuttosto riconducibile al modo in cui essa è presentata e alle dinamiche esistenti nel rapporto medico-paziente.

Solo in un terzo delle procedure di accertamento medico è stato interpellato fin dall'inizio uno specialista in psichiatria e psicoterapia. Nella maggior parte dei casi, invece, gli esami sono stati condotti da medici generalisti o internisti (spesso i medici di famiglia degli assicurati). Ciò mostra anche che a volte i problemi psichici si manifestano inizialmente con sintomi fisici. Quanto più tardi viene riconosciuta la problematica psichica che sta alla base del disturbo, tanto maggiore è la probabilità che venga prescritta una terapia inadeguata e che lo stato patologico si cronicizzi. In un quarto dei casi d'invalidità per motivi psichici, inoltre, durante l'intera procedura AI non è mai stato eseguito alcun accertamento psichiatrico.

Giuridicamente, il diritto a una rendita AI non dipende direttamente dall'esistenza di una malattia, ma esclusivamente dalle conseguenze che questa malattia ha sulla capacità lavorativa. L'esatta conoscenza delle conseguenze della malattia sul lavoro, ovvero delle limitazioni funzionali, è decisiva per stabilire eventuali provvedimenti riabilitativi. Ed è proprio questo il principale problema delle perizie mediche, altrimenti molto dettagliate e differenziate (in media cinque pagine): in oltre la metà di esse si trova al massimo una frase in merito alle conseguenze della malattia sulla capacità lavorativa ovvero a ciò che una persona può o non può fare. Per descrivere le limitazioni funzionali sono utilizzate espressioni alquanto approssimative del tipo „il soggetto non ha la resistenza per“ o „è troppo poco stabile“. Valutazioni così generiche non forniscono indicazioni sulla via da seguire, ragion per cui manca la base tecnica per decidere in merito a eventuali provvedimenti professionali. Come si

può vedere, dunque, l'accertamento riabilitativo e l'accertamento medico sono due procedure per lo più indipendenti l'una dall'altra. Ma affinché i provvedimenti professionali concessi a un malato psichico siano efficaci, occorre disporre delle informazioni mediche necessarie e tenerne conto ai fini della riabilitazione. L'insufficiente approfondimento degli aspetti di medicina assicurativa nei referti medici è un problema noto da tempo ed è stato anche uno dei motivi che ha portato alla creazione dei Servizi medici regionali (SMR).

Ci sono però anche altri elementi che evidenziano l'insufficiente attenzione delle perizie mediche per la componente riabilitativa: se è vero che le risorse e le potenzialità degli assicurati sono talvolta menzionate, la loro storia professionale è tracciata - fosse anche in modo rudimentale - soltanto in un terzo dei casi. Solo per il 20% dei beneficiari di rendita sono valutati provvedimenti professionali concreti. È inoltre raro trovare nelle perizie indicazioni su eventi che potrebbero aver scatenato l'incapacità al lavoro, su particolari situazioni di stress lavorativo o, ancora, sui primi sintomi con cui si sono manifestati i problemi sul lavoro dovuti alla malattia. Riassumendo, le perizie e i referti medici trascurano quasi completamente la situazione lavorativa degli assicurati (e gli eventuali problemi ad essa legati) come pure le loro possibilità d'integrazione. Anche se nella maggior parte dei casi gli accertamenti medici non avevano finalità riabilitative ma servivano unicamente all'esame del diritto alla rendita, ai fini della decisione si sarebbero dovute esporre comunque in modo concreto e chiaro, e non soltanto vagamente, le conseguenze di una determinata malattia sulla capacità lavorativa dell'assicurato.

Per quanto riguarda invece gli aspetti puramente medici, si può ritenere che gli accertamenti siano completi e accurati. Ogni pratica contiene in media 11 pareri di 7 medici diversi (SMR, dimissioni ospedaliere, rapporti di revisione ecc.). Il margine di oscillazione è molto ampio e va, a seconda della pratica, da 1 a 90 pareri di 1-42 medici.

Provvedimenti professionali per i beneficiari di rendita secondo il codice 646

Dagli anni Ottanta ad oggi, la percentuale dei casi in cui i medici incaricati degli accertamenti hanno reputato indicati provvedimenti professionali AI è rimasta relativamente costante (circa il 40%). Alle loro raccomandazioni è stato però dato seguito piuttosto raramente: solo per il 13% dei beneficiari sono stati effettivamente disposti provvedimenti di questo tipo, con una tendenza al calo. Va pertanto relativizzato il diffuso pregiudizio secondo cui i medici mettono l'accento esclusivamente sui deficit degli assicurati. In effetti, sono stati piuttosto gli uffici AI a considerare indicati i provvedimenti d'integrazione in un numero sempre minore di casi.

Un dato interessante è che i migranti non risultano quasi mai aver beneficiato di provvedimenti professionali prima della concessione della rendita: solo nel 3% dei casi sono state infatti disposte misure di questo tipo, contro il 17% per gli svizzeri. In altre parole, nel 97% dei casi ai migranti è stata concessa una rendita d'invalidità senza alcun tentativo preliminare d'integrazione. Ciò è riconducibile, da un lato, al retroterra migratorio e, dall'altro, alla patologia e all'età degli interessati al momento della richiesta di prestazioni AI.

Il principale fattore di indicazione dei provvedimenti professionali sembrerebbe essere la giovane età del richiedente. Al momento della loro prima richiesta di prestazioni AI, i beneficiari di rendita che hanno ottenuto provvedimenti professionali avevano in media 11 anni in meno dei loro omologhi per i quali non sono state disposte misure di questo tipo. I provvedimenti sono stati riconosciuti con par-

ticolare frequenza agli assicurati afflitti da ritardo mentale o SPO, seguiti da quelli con disturbi della personalità, attacchi di panico e dipendenza da sostanze, vale a dire persone con infermità congenite o patologie psichiche a manifestazione precoce. Per tutti gli altri disturbi psichici, il tasso di provvedimenti professionali è inferiore. Per quanto concerne la categoria diagnostica quantitativamente più consistente, „depressione, disturbi dolorosi, disturbi della personalità e malattie somatiche multiple“, solo nell'11% dei casi è stato messo in atto un provvedimento professionale prima della concessione della rendita, mentre per la terza classe in ordine di grandezza, „depressione senza disturbi della personalità e senza malattie fisiche“, la quota scende addirittura al 5%. Questo nonostante un terzo degli assicurati di queste due categorie avesse richiesto un provvedimento professionale. È problematico il fatto che tali misure siano concesse soprattutto agli assicurati affetti da disturbi psichici gravi e precoci e non a quelli con un percorso professionale più lungo e, nella maggior parte dei casi, una migliore integrazione sociale. Ci si chiede in che misura il sistema riabilitativo - a parte i provvedimenti „classici“ per gli invalidi „classici“ con ritardo mentale, SPO, disturbi dello sviluppo infantile e schizofrenia - sia in grado di offrire provvedimenti professionali specifici per gli assicurati affetti da depressione e disturbi dolorosi, il cui numero è in forte crescita. Ci si può inoltre chiedere perché non siano stati fatti sforzi per sviluppare sistematicamente provvedimenti specifici per questa categoria di assicurati, i cui problemi sono noti già da tempo.

Tipologia delle procedure per i beneficiari di rendita secondo il codice 646

Sulla base di circa 50 caratteristiche dell'accertamento al diritto alle prestazioni AI sono stati individuati cinque diversi tipi di procedura.

Tipo 1 - Procedure piuttosto recenti e di breve durata caratterizzate da una diagnosi somatica complessa (8% dei beneficiari di rendita). Questo tipo di procedura è diventato sempre più frequente a partire dalla metà degli anni Novanta. Si rileva in particolare la quasi totale assenza di provvedimenti professionali e il fatto che le perizie mediche iniziano quasi sempre con un esame dei sintomi somatici. La documentazione è carente per quanto riguarda gli aspetti psichiatrici, ma estremamente ricca per gli aspetti somatici e include perizie di rendita dettagliate. Una caratteristica tipica è la molteplicità delle diagnosi. Con una quota del 50%, i migranti sono decisamente sovrarappresentati. Tra la prima richiesta di prestazioni e la concessione della rendita passano due anni. Questo tipo di procedura concerne esclusivamente casi con una diagnosi di tipo 5, „depressione e disturbi dolorosi“. Il numero di queste procedure è cresciuto.

Tipo 2 - Procedure puramente psichiatriche (48% dei beneficiari di rendita). È il tipo di procedura più diffuso e la sua incidenza risulta piuttosto stabile dagli anni Ottanta a questa parte. Si tratta di accertamenti prevalentemente psichiatrici, svolti da un numero relativamente esiguo di medici le cui diagnosi risultano per lo più concordanti. Le perizie di rendita sono ridotte all'essenziale. Tra la prima richiesta di prestazioni e la concessione della rendita passano tre anni. Queste procedure concernono spesso le diagnosi „disturbi della personalità“ e „depressione senza malattie fisiche“. I migranti sono sottorappresentati.

Tipo 3 - Procedure psichiatriche di vecchia data e durata estremamente lunga (7% dei beneficiari di rendita). In questi casi, tra la prima richiesta di prestazioni e la concessione della rendita passano in media 22 anni. Un terzo degli assicurati ha beneficiato di provvedimenti professionali AI e nella maggior parte dei casi è stata effettuata inizialmente una perizia psichiatrica. Si tratta in generale di

procedure che puntano all'integrazione di persone ammalatesi precocemente. Questo tipo di procedura concerne quasi esclusivamente le diagnosi „schizofrenia e ritardo mentale“ e „disturbi della personalità“. I migranti sono nettamente sottorappresentati.

Tipo 4 - Procedure complesse a carattere somatico caratterizzate da contenziosi giuridici (3.8% dei beneficiari di rendita). Si tratta del tipo di procedura meno rilevante dal punto di vista numerico, ma di gran lunga più dispendioso in termini di risorse. Già al momento della richiesta sono spesso coinvolti casse malati o servizi di aiuto sociale e nella metà dei casi è stata presentata un'opposizione contro la decisione dell'AI. Le perizie di rendita sono particolarmente numerose e voluminose. Mediamente sono stati interpellati 15 diversi medici, per un totale di circa 30 pareri. Quasi tutti gli interessati hanno esplicitamente richiesto una rendita e inoltre il 60% di essi ha beneficiato di trasferimenti sociali (indennità giornaliera in caso di malattia ecc.) già prima di annunciarsi all'AI. Tra la prima richiesta di prestazioni e la concessione della rendita passano 10 anni. Queste procedure concernono esclusivamente la diagnosi „depressione e disturbi dolorosi“. Il loro numero è aumentato. I migranti sono sovrarappresentati.

Tipo 5 - Procedure piuttosto recenti e semplici dal punto di vista diagnostico, di breve durata, caratterizzate da sintomi iniziali di tipo somatico (32% dei beneficiari di rendita). Si tratta di procedure simili a quelle del tipo 1 con l'unica differenza che, in questo caso, il quadro diagnostico è molto più chiaro. Le diagnosi divergono molto raramente e le perizie di rendita sono nettamente più brevi, poiché il „caso“ appare molto più chiaro. Queste procedure concernono frequentemente le diagnosi „Depressione e disturbi dolorosi“ e „Disturbi della personalità“. Il loro numero è aumentato. I migranti sono decisamente sovrarappresentati.

Cosa influisce sul tipo di procedura AI?

Al fine di determinare il loro eventuale influsso sul tipo di procedura di accertamento adottata, sono stati analizzati numerosi possibili fattori quali le caratteristiche sociodemografiche e biografiche, la regione in cui si trova l'ufficio AI, il settore, l'epoca in cui è stata presentata la domanda, le diagnosi e altri ancora. I risultati dello studio mostrano in modo molto chiaro che sono esclusivamente le patologie a determinare il tipo di procedura AI. Non si può quindi sostenere che il modo di operare sia cambiato nel tempo, che la procedura vari notevolmente da una regione all'altra o da un Cantone all'altro, che gli stranieri siano stati trattati in modo totalmente diverso rispetto agli svizzeri ecc. La procedura di concessione delle rendite si fonda su criteri medici e può essere escluso un influsso rilevante e sistematico di fattori estranei all'AI o discriminanti (origine, sesso, fascia sociale ecc.). In definitiva, questo sottolinea l'importanza preponderante della patologia psichica in sé: le varie infermità comportano dinamiche procedurali diverse, che sarebbe importante comprendere per poter sviluppare interventi specifici. In linea di principio, la grande importanza del tipo di patologia giustifica anche la centralità del ruolo dei medici nelle procedure AI. Sotto questo punto di vista, il problema non è quindi rappresentato dalla centralità del ruolo dei medici nella procedura AI, ma semmai dalla loro insufficiente attenzione per gli aspetti riabilitativi e dal loro scarso coinvolgimento nel relativo processo.

Aumento dei casi d'invalidità in alcuni gruppi di persone

Se si considerano i risultati nel contesto sociale globale dei casi d'invalidità per motivi psichici, si possono individuare alcuni gruppi di persone che, vista la loro crescita numerica, meriterebbero un esame più approfondito.

Uno di questi gruppi è costituito dalle madri sole. Tra queste, negli ultimi 20 anni circa i casi d'invalidità secondo il codice 646 sono percentualmente raddoppiati e il loro numero è aumentato di 3 volte e mezza. Bisognerebbe esaminare le cause di questo incremento (aumento degli oneri, minor sostegno sociale prestato ai genitori soli ecc.).

È anche aumentata la percentuale di migranti, in particolare di donne straniere, che beneficiano di una rendita AI secondo il codice 646. Anche in questo caso bisognerebbe esaminare in modo ancora più approfondito i fattori che influenzano questa evoluzione, comprese le specificità della procedura di accertamento dell'AI nel caso dei migranti (provvedimenti professionali applicati raramente, nessuno sviluppo di provvedimenti specifici per questo gruppo di persone).

Un altro gruppo che ha registrato un aumento è costituito da svizzeri non più giovani con disturbi depressivi, che si ritiene abbiano poche chance sul mercato del lavoro. Sovente i casi di queste persone sono studiati solo in modo superficiale, le procedure non sono sufficientemente documentate e si giunge rapidamente alla concessione di una rendita. Anche questo gruppo è raddoppiato negli ultimi 20 anni.

Il gruppo di controllo dei destinatari di provvedimenti con „esito positivo“

Per identificare i fattori di rischio che portano alla rendita secondo il codice 646, è stato analizzato un gruppo di controllo rappresentativo di assicurati di questa categoria che hanno beneficiato di provvedimenti professionali e che nei due anni seguenti non hanno percepito alcuna rendita AI. Si tratta di un criterio di successo più restrittivo rispetto a quello utilizzato dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (nessuna rendita AI *intera* nei due anni successivi al provvedimento professionale). Il gruppo di controllo è stato poi comparato con i beneficiari di rendita secondo il codice 646. Il confronto mostra innanzitutto che non ha senso analizzare i fattori di rischio, in quanto i beneficiari di provvedimenti professionali costituiscono un insieme di persone piuttosto specifico che si distingue nettamente da quello dei beneficiari di rendita. Emerge inoltre che in circa la metà dei casi questi assicurati non sono veramente integrati, ma semplicemente *ancora* in attesa della concessione della rendita.

I beneficiari dei provvedimenti professionali sono di regola giovani uomini svizzeri, quasi la metà dei quali vive ancora con i genitori o in un'istituzione. Questi assicurati presentano una quantità di fattori biografici negativi ancora superiore ai beneficiari di rendita e nella maggior parte dei casi hanno manifestato problemi di rendimento e anomalie comportamentali fin dai tempi della scuola. Solo un terzo di essi è già stato professionalmente attivo prima dei provvedimenti. Per quanto concerne le diagnosi, un terzo di queste persone soffre di disturbi organici del cervello (F0), ritardo mentale (F7), disturbi dello sviluppo infantile (F8) o disturbi del comportamento infantile (F9), ovvero di infermità congenite o di disturbi psichiatrici infantili che, secondo la definizione, non rientrano affatto nel codice 646. Tra i beneficiari di provvedimenti professionali, le persone affette da depressione, disturbi dolorosi o disturbi della personalità sono molto più rare che tra i beneficiari di rendita. Una differenza

sostanziale tra i due gruppi è l'età: i beneficiari di provvedimenti hanno in media 11 anni di meno.

Questo significa che i provvedimenti professionali AI vengono concessi con particolare frequenza ad assicurati molto giovani colpiti da infermità congenite e disturbi psichiatrici infantili per aiutarli ad entrare nel mondo del lavoro e, invece, molto raramente a quelli del gruppo quantitativamente molto più consistente degli assicurati afflitti da depressione, disturbi dolorosi e disturbi della personalità, per i quali i provvedimenti sarebbero veramente finalizzati alla reintegrazione. In parole povere, si è fatto molto per una piccola e specifica categoria di persone e molto poco per il gruppo con la diagnosi più frequente.

Per poter valutare in modo approssimativo l'efficacia dei provvedimenti professionali concessi agli assicurati del gruppo di controllo, è stata rilevata l'ultima situazione professionale indicata nei loro incarti. Ne risulta che il 31% di essi esercita un'attività lucrativa almeno a tempo parziale, il 17% è in formazione o beneficia di un altro provvedimento professionale AI, il 10% è iscritto alla disoccupazione o dipende dall'aiuto sociale, il 20% si è visto nel frattempo concedere una rendita AI, il 10% è ammalato, ospedalizzato o deceduto e per un altro 10% circa si sono perduti i contatti e non si hanno informazioni più precise. Il tasso di successo o possibile successo dei provvedimenti d'integrazione può quindi essere stimato, nel migliore dei casi, al 50% al massimo. Considerando però che prima delle misure il 28% degli assicurati in questione era già attivo professionalmente (almeno a tempo parziale), la quota di coloro che svolgono un'attività lucrativa è, a conti fatti, aumentata solo del 3%.

Nel caso dei beneficiari di provvedimenti professionali, le informazioni fornite dagli accertamenti medici riguardo alle ripercussioni dell'infermità sulla capacità lavorativa sono ancora più scarse che nel caso dei beneficiari di rendita. Le indicazioni concrete dei medici sulla capacità lavorativa e funzionale dei beneficiari di provvedimenti professionali sono talmente superficiali da far dubitare che su una base di questo genere possano essere prescritti e messi in atto provvedimenti professionali mirati.

Conclusioni e raccomandazioni

1. Le rendite secondo il codice 646 sono concesse per 5 tipi di patologie psichiche chiaramente distinti. La procedura adottata dall'AI è determinata quasi esclusivamente dal tipo di patologia e non da fattori estranei all'AI (biografici, socio-strutturali, regionali o storici). I tipi di patologie e le relative esigenze riabilitative andrebbero esaminati in modo più approfondito. Il presente studio e altre ricerche analoghe possono fornire lo spunto per l'elaborazione di concetti riabilitativi più mirati ed efficaci.
2. La maggior parte dei beneficiari di rendita secondo il codice 646 presenta un combinazione chiara di fattori biografici e psicosociali negativi perlopiù gravi, diverse patologie e svariate tipologie procedurali. I risultati dell'analisi relativizzano dunque l'opinione diffusa secondo cui i beneficiari di rendita secondo il codice 646 sono affetti in genere da disturbi „poco chiari e non oggettivabili“. Inoltre, il codice 646 è attribuito erroneamente in circa il 25 per cento dei casi. In futuro, i codici delle infermità AI dovrebbero essere integrati da una classificazione standardizzata paragonabile a livello internazionale.

3. Considerata l'importanza del tipo di patologia sull'esito della richiesta di rendita, i medici ricoprono necessariamente un ruolo fondamentale nelle procedure di accertamento. La costanza rilevata nelle perizie e l'approccio medico garantiscono in una certa misura che la concessione della rendita non sia influenzata da fattori estranei all'AI. L'importanza del rapporto medico non va sminuita, ma la perizia dovrebbe essere maggiormente incentrata sulla riabilitazione. Questo cambiamento di prassi andrà definito e attuato in collaborazione con i medici, ai quali dovranno essere offerte possibilità di formazione adeguate.
4. Il problema del ruolo del medico nella procedura di accertamento AI risiede, oltre che nell'insufficiente indirizzo riabilitativo, nell'assenza di un collegamento tra gli aspetti medici e quelli riabilitativi sia per quanto riguarda l'accertamento che la pianificazione dei provvedimenti. Il medico utilizza il suo sapere soprattutto per esaminare il diritto alla rendita invece di dare la priorità all'integrazione. Dovrebbero pertanto essere definiti processi integrati che facciano confluire le conoscenze mediche e psicologiche nella pianificazione della riabilitazione.
5. Nonostante dal punto di vista giuridico il riconoscimento dell'invalidità presupponga l'esistenza di un nesso causale tra infermità e incapacità lavorativa, di regola i rapporti medici trascurano proprio l'esame di questa relazione. Anche se l'invalidità è dovuta unicamente alle conseguenze specifiche della patologia e non alla diagnosi in quanto tale, nei documenti medici si lamenta l'assenza della necessaria diagnosi funzionale e, soprattutto, dell'ottica riabilitativa. Vengono così a mancare le informazioni medico-assicurative necessarie per stabilire eventuali interventi riabilitativi. L'assicurazione invalidità, in collaborazione con i SMR e con periti indipendenti di grande esperienza, dovrebbe definire in un'ottica riabilitativa, motivandoli tecnicamente, i contenuti e i requisiti per i rapporti e le perizie mediche.
6. Solo a una piccola parte dei beneficiari di rendita per motivi psichici sono stati accordati provvedimenti professionali AI prima della concessione della rendita. I principali fattori che determinano l'adozione di misure di questo tipo sono la giovane o giovanissima età e, dunque, la manifestazione precoce di patologie. Gli assicurati sopra i 30 anni (e quindi anche determinati quadri patologici) come pure i migranti sono stati finora quasi completamente esclusi dai provvedimenti d'integrazione, senza che ciò fosse giustificato dalla gravità della patologia o da altri criteri medici. Proprio nel caso dei disturbi dolorosi e delle depressioni, gli assicurati hanno spesso avuto un percorso professionale nel periodo precedente la malattia e dispongono quindi anche di determinate risorse. L'assenza di migranti o di persone con disturbi dolorosi nella riabilitazione professionale è riconducibile piuttosto a una dinamica negativa nel rapporto medico-paziente o nel rapporto orientatore professionale-assicurato, nonché a un certo stato di impotenza degli attori coinvolti nella procedura. L'accesso ai provvedimenti professionali, fin qui di fatto riservato ai clienti "classici" dell'AI, dovrebbe essere esteso alla grande massa degli assicurati affetti da malattie psichiche. Allo stesso tempo occorrerebbe definire criteri per stabilire i casi in cui sono indicati provvedimenti professionali. Laddove dovranno essere sviluppati nuovi provvedimenti, questi andranno sottoposti a una valutazione.

7. Per i principali tipi di diagnosi che portano alla concessione di una rendita per motivi psichici, ossia i disturbi della personalità e i disturbi dolorosi accompagnati da depressione, mancano strategie specifiche di riabilitazione al lavoro, che andrebbero pertanto sviluppate urgentemente e valutate sotto il profilo della loro efficacia.
8. Se si va oltre le analisi statistiche e si esamina il contesto globale dei casi d'invalidità per motivi psichici, vi sono elementi che indicano possibili processi di esclusione sociale, che varrebbe la pena di analizzare in modo approfondito. Si tratta in particolare dell'aumento dei casi d'invalidità nel gruppo delle madri sole, l'incremento del numero di rendite concesse ai migranti e alle persone affette da depressione e disturbi dolorosi e la mancanza di provvedimenti professionali per questi gruppi di persone e, infine, l'aumento del numero di rendite concesse attraverso procedure brevi e scarsamente documentate a svizzeri di una certa età con disturbi depressivi (e, probabilmente, con poche chance sul mercato del lavoro).
9. Il tasso di successo dei provvedimenti professionali finora concessi ad assicurati affetti da patologie psichiche è piuttosto modesto: al momento dell'archiviazione dell'incarto solo il 30% di questi ultimi è almeno parzialmente attivo professionalmente. Metà dei beneficiari di provvedimenti professionali si è vista nel frattempo concedere una rendita AI oppure sta per ricevere una decisione di rendita positiva. Ciò mostra, da una parte, la gravità e la cronicità di molte patologie psichiche e, dall'altra, le evidenti lacune strutturali, concettuali e tecniche della riabilitazione professionale. Da questo punto di vista, gli strumenti messi a disposizione dalla 5a revisione AI aprono nuove opportunità, ma dovrebbero essere rapidamente integrati con i necessari contenuti.
10. Il processo che porta alla concessione di una rendita ha una durata molto variabile a seconda della patologia, ma spesso comincia molto presto. Per quanto concerne i provvedimenti professionali occorre tenere presente che nella maggior parte dei casi l'intervento „tempestivo“ ai sensi della 5a revisione AI avviene già troppo tardi rispetto all'età della prima manifestazione della patologia. Soprattutto nel caso dei disturbi dolorosi e delle depressioni, invece, si hanno reali opportunità di intervenire tempestivamente e prevenire l'invalidità. In collaborazione con le imprese, andrebbero condotte altre ricerche in questo campo per sviluppare nuove strategie di intervento.
11. A nostra conoscenza, il presente studio è la prima analisi empirica approfondita e rappresentativa delle cause di invalidità per motivi psichici e delle combinazioni di fattori che portano alla rendita in Svizzera. Nonostante richieda un onere elevato, l'analisi dei dati amministrativi permette di ottenere risultati di elevata rilevanza pratica. La vasta attività di ricerca avviata con il PR-AI dovrebbe essere proseguita. Poiché le prove scientifiche attualmente disponibili non sono sufficienti per migliorare in modo durevole l'efficacia dei provvedimenti professionali, è assolutamente necessario basare maggiormente le strategie di riabilitazione e i provvedimenti professionali su risultati di ricerca attendibili dal punto di vista tecnico e metodico.

Summary

Background

Like other European countries, Switzerland has seen a steady and significant rise in the number of invalidity insurance (IV) pension recipients over the last twenty years. In Switzerland this situation can be largely attributed to the rise in the number of individuals on an IV pension as the result of a psychological disability or impairment. However, it should be noted that the significant increase was confined to only one category⁴; the rise in the number of new recipients in the other eight categories has remained largely the same as that observed across the IV system as a whole.

Between 1986 and 2006, the number of people who were awarded an IV pension as the result of a "psychogenic or reactive disorder" (IV Code 646) increased ninefold and was almost single-handedly responsible for a shift in the focus of the 5th IV revision to individuals suffering from a psychological disability or impairment. Between 1993 and 2006 alone, there were over 60,000 new IV recipients classified under Code 646, while only 24,000 previous recipients left the IV system during the same period. It remains unclear what the actual disorders within this category actually were. There is a general assumption that Code 646 refers to a collection of psychological impairments which are impossible or difficult to diagnose formally.

A comprehensive and in-depth analysis of Code 646 case files is therefore needed to identify *what* types of illnesses individuals in this category suffer from and the various factors which have led them to claim an IV pension. In order to gain new insight into the different pathways that lead to IV pension receipt and their interdependencies, the following determinants were subject to a more detailed examination: personal and sociodemographic background of Code 646 IV pension recipients, their personality traits and health behaviour, features of their social environment, their working life and their income, previous illnesses and their consequences, the treatment and rehabilitation process, as well as the IV pension adjudication and assessment processes generally.

The aim of the present research goes beyond simply describing the composition of Code 646 IV pension recipients. It also seeks to identify the different types of IV pension recipients, the factors which place them at risk from invalidity, as well as the run-up to their withdrawal from the labour market and the pathways that led them to apply for an IV pension. These findings will help lay the foundations for the introduction of targeted measures, such as early intervention, occupational rehabilitation and invalidity prevention, aimed at mitigating the risk of invalidity.

4 The Swiss IV system currently recognises nine categories of psychiatric disorders: 641 (schizophrenia); 642 (manic depression); 643 (organic psychoses and neurological disorders); 644 (other psychoses and geriatric depression); 645 (psychopathy); 646 (psychogenic or reactive disorders; neuroses; borderline cases); straightforward psychological abnormalities, e.g. depressive states, hypochondria and other delusional states; nervous system abnormalities and resulting speech disorders, such as stuttering; psychosomatic disorders insofar as they are not categorised as a physical disorder; 647 (alcoholism); 648 (other addictions; drug addictions); and 649 (other mental and personality disorders, including speech development disorders and mental retardation/intellectual disability).

Samples and methodology

This is the first time that IV case files have been subject to a comparative analysis. To begin with, a feasibility study, based on a sample of 170 IV case files from various cantons and years, was carried out to ascertain whether older files were suitable for inclusion and whether their information content was comparable (Baer & Frick, 2007). The study concluded that the files contained sufficient information and were suitable for use in a comparative analysis.

The main study was based on a random sample of 887 Code 646 case files. It takes into account regional and temporal shares in the statistical population and is representative of the *entire stock of Code 646 IV pension recipients* in Switzerland during the 1993-2006 period. This means that the sample was not restricted to individuals who received an IV pension for the first time during this period, but covered all Code 646 IV pension recipients, including those who were already in receipt of an IV pension. Consequently, the research findings can be considered valid for the majority of individuals in Switzerland who are in receipt of an IV pension on the grounds of a psychological disability or impairment. The risk factor analysis was based on a representative reference group, consisting of a random representative sample of 273 Code 646 individuals who had received IV occupational measures at least once and had not claimed an IV pension for up to two years afterwards.

In addition to describing the main recorded variables as well as their major interdependencies, the type analyses were carried out using the latest, elaborate statistical methods (latent class analysis and latent class mixture modelling). These identified three different typologies - a combination of various stressful life events, a combination of diagnoses, and finally a combination of IV pension-related procedures. Classification and regression trees (CART, Random Forest) were used to examine their interdependencies, as well as other possible determinants.

Findings

What are the general characteristics of Code 646 IV pension recipients?

Most of the individuals who are in receipt of an IV pension due to a psychological disability or impairment are at least 40 years old when they first apply to the IV system. Men and women are equally represented in this group. Only a small minority has a post-compulsory education, while 40% have no vocational qualifications at all. Two thirds are or were married, and more than half live with a partner and children. In terms of the regional distribution, the Lake Geneva region and northwest Switzerland, relative to their size, have a particularly high incidence of Code 646 IV pension recipients.

As concerns possible personal background factors, 40% of Code 646 IV pension recipients come from families with a history of mental illness. As children, one third of this group had endured severe and long-term neglect and had a parent or parents with a serious physical illness. According to the case files, around one fifth had been victims of violence and had been permanently removed from their parents' care. Approximately 10% had suffered sexual abuse, spent time in care, were separated from their parents or experienced the death of a parent. Just over half of Code 646 IV pension recipients suffered from psychological problems as a child or adolescent. 30% had under-performed academically, and 15% had displayed problem behaviour while at school. The more of these stressful personal life events Code 646 recipients had experienced, the younger they were when

they applied to the IV for a pension and the lower their average income was, due to the fact that these experiences negatively affected the ability of many in this group to take up and/or hold down a job later in life. In total, over 40% of IV pension recipients had experienced four or more major stressful life events, a figure which is well above the population average.

85% of the Code 646 group had been gainfully employed at some point prior to becoming an IV pension recipient. In contrast to the Swiss working population as a whole, individuals in this group were employed primarily in industry, in the health care and welfare systems, or in the public administration and hospitality sectors. On average, they had been gainfully employed for 14 years prior to the award of an IV pension. Their average annual income amounted to only one third of the national average income, of which around 30% was derived from social transfer benefits. This indicates that the occupational integration of individuals who later became Code 646 IV pension recipients was already poor prior to claiming a pension.

The most common early warning signs in this regard were the onset of psychological or somatoform symptoms, unusually frequent changes of employer, absenteeism as well as interpersonal problems with co-workers. The fact that these individuals had experienced such problems many years before finally coming to the attention of the IV indicates that measures are urgently needed to make employers better aware of these warning signs, as well as to encourage greater cooperation between them and psychology/psychiatric professionals.

According to the information derived from the IV case files, close to 70% of IV pension recipients displayed pronounced (i.e. subclinical) personality traits, regardless of the type of personality disorder with which they were diagnosed. Once again, this figure is probably considerably higher than the population average. Individuals in this group, particularly those who had experienced multiple, highly stressful events in their personal life, tend to be insecure, emotionally unstable and have an avoidant personality. These traits can cause interpersonal problems and make rehabilitation difficult. Besides the actual illness, these personality traits are a key factor behind IV pension receipt.

The most frequently documented psychiatric diagnoses are recurrent depression and other affective disorders, personality disorders, somatoform pain disorders, anxiety, alcoholism, post-traumatic stress, multiple substance dependency and schizophrenia. The illnesses *which lead most frequently to IV pension receipt* are personality disorders, recurrent depression and somatoform pain disorders. 70% of Code 646 IV pension recipients have also been diagnosed with a somatoform illness, primarily affecting the musculoskeletal system (e.g. back pain etc.).

An examination of the diagnoses documented in the IV case files begs the question of whether some individuals are wrongly classified under Code 646. The diagnoses attributed to around 25% of Code 646 pension recipients correspond more closely to one of the other eight IV-recognised categories of psychiatric disorders (641-645, 647-649). Having said this, the unintentionally erroneous coding of recipients cannot explain the observed rise in the number new IV pension recipients suffering from a psychological disability or impairment. However, coding errors probably exaggerate the true scale of Code 646 illnesses, which are often classified as "vague and difficult to diagnose formally".

Code 646 IV pension recipients in the migrant population

Compared to their share in the working population of Switzerland (20%), foreigners are over-represented in the IV pension recipient population (30%). 34% of all IV pension recipients are immigrants. They tend to be considerably older than their Swiss counterparts when they apply for an IV pension. This age difference also produces further differences between non-Swiss and Swiss IV pension recipients. Since the 1980s the share of female migrants has risen considerably. Indeed, since 1999 their numbers have reached the same level as those of their male peers, even though the share of the latter has remained largely stable. In terms of the country of origin, there are two main groups. On the one hand, there is the first wave of migrants to Switzerland, i.e. Italians and Portuguese. On the other, there are more recent migrants from countries such as Turkey and former Yugoslavia. Compared to Swiss IV pension recipients, these groups are more likely to live with a partner and children and to have grown up in a rural environment with little access to education.

Around 60% had experienced highly specific types of stressful life events, which included being victims of violence in their home country, escaping from their home country in traumatic circumstances and being separated from their family as a result. Around half of migrants in the Code 646 category have only a modest working knowledge of one of Switzerland's three national languages.

The migrants in this study, i.e. those in receipt of an IV pension, are not representative of either the population in their country of origin or of the given migrant community in Switzerland. Rather they constitute a selective group of individuals who have relatively little education, come from a rural background and possess poor language skills.

Evolution over time

If one compares IV applications prior to and after 1990, two distinct, yet interdependent, differences emerge. First, the average age at the time of the first IV application has risen by eight years since the 1980s, primarily due to the surge in applicants aged between 50 and 59. Second, the share of foreign-born Code 646 IV pension recipients has increased from some 30% to over 40%, which is predominantly due to the higher numbers of foreign-born women now in receipt of an IV pension. Added to this is the dramatic rise in the number of foreign-born recipients with poor knowledge of one of Switzerland's three national languages. Both developments are linked to other differences concerning the type of illness they have and their level of integration in the labour market and in society generally. Overall, the profile of individuals who were awarded an IV pension prior to 1990 due to a psychological disability or impairment differs from that of post-1990 recipients.

Certain features of the IV pension procedure have also greatly changed over time. The share of IV pension applications which were legally contested has doubled since 1990, while the share involving occupational measures has shrunk. In addition, medical assessments have become more detailed, which is chiefly due to the considerable increase in the assessment of migrants presenting with complex (somatoform) symptoms compared to that of their Swiss peers.

Typology of stress factors for Code 646 pension recipients

Based on a survey of the approximately 50 types of difficulties encountered by the Code 646 group in their personal and working lives, and as a result of critical life events, we were able to identify five stable and distinct types of affected recipients:

Type 1 - Working single mothers (9% of IV pension recipients): their percentage share in the Code 646 pension recipient group has doubled since 1990, while their actual numbers have more than tripled. Typically these women were diagnosed with depression and pain disorders. Also, they tend to be older at the time of onset. This group has an average share of migrants. The share of single mothers in the Code 646 IV pension recipient group is twice as high as that of the general population. It is well known that single mothers are one of the major populations groups at higher risk of mental health problems.

Type 2 - Individuals with an extremely troubled personal history (14% of IV pension recipients): repeatedly in and out of care, frequent changes in foster families, loss of a parent, neglect and violence. Many in this group frequently under-performed academically and displayed behavioural problems while at school. Overall, they typically tend to be from broken homes. While their actual numbers have remained unchanged since 1990, their share of the total group of Code 646 IV pension recipients has halved. Individuals in this group suffer predominantly from personality disorders, involving very frequent hospitalisation in a psychiatric clinic. Also they tend to be very young at the time of onset. Migrants are under-represented in this group. In addition, Type 3 individuals have a higher incidence of risky health behaviour (risky alcohol use, nicotine consumption).

Type 3 - Individuals from families with a history of psychiatric illness (18% of IV pension recipients): In almost all cases, their parents or other close relatives had suffered from mental health problems. This and the fact that Type 3 IV pension recipients have spent most of their lives with their parents or in residential care are the two main characteristics which distinguish between them and Type 2 individuals. Type 3 individuals had also frequently been victims of violence and neglect. As in Type 2, the actual size of this group has remained unchanged since 1990, though their share of the total group of Code 646 IV pension recipients has halved. Typically individuals in this group have been diagnosed with a personality disorder and depression. This group also has the lowest share of migrants. Type 3 individuals have a tendency towards risky health behaviour (risky alcohol use and nicotine consumption).

Type 4 - Individuals with no pre-existing problems or about whom little is known (21% of IV pension recipients): The scale of the difficulties experienced by this group is below average. In some instances, this is due to the effective absence of such problems. However, in other cases it is due to a dearth of information in their IV case file, often with scant details about their family background, working life and their general circumstances. This group has a below-average share of migrants and has doubled in size over the last 20 years. Typically individuals in this group suffer from depressive illnesses. They are also much older both at the time of onset and when they apply for an IV pension. Cases of psychiatric hospitalisation are extremely rare. Very few individuals in this group - 10% - were subject to a medical assessment (a mere 10%). To be more precise, this group comprises older Swiss nationals with depressive disorders and few employment opportunities who were awarded an IV pension after a relatively cursory examination of their pension application.

Type 5 - Moderate difficulties (38% of IV pension recipients): As expected, this group tends on average to have experienced more difficulties than the general population. However, compared to other Code 646 recipients, these problems tend to be relatively moderate. Typically they come from a lower class background and their problems tend to be the result of their physically demanding work, particularly in industry and the construction sector. This group has the highest share of pain disorder sufferers, has grown in size and has the highest share of migrants (50%). Compared to the other four types, this group was the most likely to have undergone a medical assessment (over 35% of cases).

Illness typology of Code 646 IV pension recipients

We collected and uniformly coded (according to the WHO ICD-10) all diagnoses as documented in both the IV medical reports and assessments, regardless of whether the diagnosed illness had affected their ability to work or not. From these approximately 7,000 psychiatric and somatoform diagnoses, we were able to identify five types of illness combinations: Type 1 - drug dependency and personality disorder (7% of IV pension recipients): All people in this group have an addictive disorder, with the majority dependent on multiple substances or on opiates. 40% are alcohol-dependent and 85% have a personality disorder. In terms of physical illness, they are the only group with a relatively high share of infectious and parasitic disease - 30% have viral hepatitis and 10% HIV, both of which are linked to their drug use. These individuals have an extremely high incidence of troubled personal histories and psychosocial stress. However, the size of this group has remained stable over the last 20 years. The question remains open with regard to how far the personality disorders with which this group is almost always diagnosed are in fact due to the IV legislation, since substance dependency alone does not qualify a person as invalid.

Type 2 - schizophrenia and mental retardation (10% of IV pension recipients): 50% of individuals in this group suffer from schizophrenia, 30% from mental retardation and 20% from early childhood developmental disorders. In other words, the disorders tend to be severe and have an early or very early onset. This group has below-average values in relation to troubled personal histories and psychosocial stress. The primary source of stress is the illness itself. The size of this group has remained stable over the last 20 years. Given that the most common disorders in Type 2 have their own coding, it would appear that the majority of individuals in this category are classified wrongly under Code 646.

Type 3 - depression without a personality disorder and without physical illness (23% of IV pension recipients): 80% of people in this group have a depressive disorder, while 25% suffer from a pain disorder, 13% from anxiety and a further 13% from post-traumatic stress. The most common disorders in this category are affective and neurotic, and are not accompanied by any other diagnosed health problem. In other words, a purely affective morbidity is observed among most individuals in the Type 3 group. They tend to suffer from a lower level of psychosocial stress and have a less troubled personal history.

Type 4 - personality disorders (28% of IV pension recipients): Almost everyone in this group suffers from a personality disorder, in addition to other mental health problems such as depression, anxiety and alcohol dependence. Very few suffer from a physical illness. This combination of psychological problems is usually highly indicative of a personality disorder. Individuals in this group tend to have a

very troubled personal history. In terms of numbers, this group has remained constant over the last 20 years.

Type 5 - depression, pain disorder, personality disorder and multiple somatoform illnesses (33% of IV pension recipients): This is the broadest group and is primarily characterised by individuals suffering from depression, which is chiefly expressed through a range of psychosomatic symptoms. The difference between Types 4 and 5 is that individuals in the latter frequently suffer from personality disorders, psychalgia and somatoform illnesses. In addition, this group suffers from much higher levels of psychosocial stress. For some individuals in this group, it would appear that the root cause of their invalidity is the cumulative effect of multiple psychosocial stresses. In terms of numbers, this group has doubled over the last 20 years.

General characteristics of the IV registration and adjudication procedure

When they contacted the IV, 70% of IV pension recipients had applied for a pension, while around 40% submitted a claim for occupational measures, either in conjunction with a pension or alone. Often the health insurers, pension funds and social welfare were already involved in the case. The involvement of these systems prior to the IV pension application has increased considerably since the 1990s. In around 15% of cases, applicants legally contested the IV decision; around 10% of cases went before the Federal Insurance Court. The duration of a successful application process can range from around two to 22 years.

The medical assessment of Code 646 IV pension recipients

In around one third of cases, doctors felt that the health of the patient was unlikely to improve, and this as early as the first medical assessment. For a clear majority of cases, this is an indication of the severity and chronic nature of the illness. By the time it comes to the submission of the final medical opinion prior to the pension award, this rate drops from over 30% to around 20%. However, it is striking that in the broadest diagnosis category "depression, pain disorders, personality disorders and multiple somatoform illnesses", even at the beginning of the process the health of only some 20% of cases is considered likely to improve, in other words much less likely than those with severe and early-onset psychiatric illnesses, such as schizophrenia, mental retardation or personality disorders. The improvement rate for people with pain disorders is below average, even though this group tended to be relatively well integrated in the labour market prior to the onset of their illness. This is certainly not due solely to the severity of the illness, but appears to depend on how the illness manifests itself and on the nature of the doctor-patient relationship.

In only around one third of IV pension recipient cases was a psychiatrist or psychotherapist involved from the beginning of the medical assessment procedure; in most cases general practitioners or internal medicine specialists (the latter tended to be the claimant's family doctor) were involved. This is further proof that a certain share of individuals suffering from certain psychological problems initially present with physical symptoms which tend to suggest a medical rather than psychiatric disorder. The longer the underlying psychological problem remains undetected, the greater the likelihood of inadequate treatment and of the illness becoming chronic. Overall, around one quarter of people who are in receipt of an IV pension on psychological grounds never underwent a

psychiatric assessment during the entire IV application procedure.

Legally speaking, entitlement to an IV pension is not directly contingent on an illness, but exclusively on the effects this illness has on a person's earning capacity. Accurate information about the work-related consequences, i.e. functional restrictions, is also decisive for the success of any rehabilitation measures. Here the main problem is the very broad-based and detailed medical assessment procedure. In around half of pension-related medical documents, which are on average five pages long, there is either no entry concerning the consequences of the illness on the person's earning capacity (i.e. what the person can or cannot do). Where mention is made, it amounts at most to a single sentence. The degree of detail in these entries frequently amount to nothing more than bald statements such as "is unable to cope with pressure" or "is unstable". These are insufficient to determine what action should be taken, which in turn means that the specialist information needed to decide on the appropriate occupational measures is lacking. This finding points to the fact that rehabilitation and medical clarification are two entirely separate and independent procedures. If occupational measures are to be effective for people with psychological problems, sufficient general and medical knowledge with regard to rehabilitation must be available beforehand. The lack of insurance medicine-relevant content in these medical reports has long been recognised as a problem, and was one of the reasons behind the creation of the Regional Medical Services (RAD).

There is further evidence to back up the claim that the medical assessment procedure tends to take little account of rehabilitation. While some recipients were made aware of the resources available to them and their potential to return to the workforce, only one third of IV case files contained details, albeit often rudimentary, about the claimants' working life. In only 20% of cases were occupational measures mentioned. Furthermore, few case files held information on the particular events which led to the earning incapacity, on specific occupational stress, or on the first signs of health-related problems that affected the person's ability to work. This means that the medical reports and assessments tend largely to overlook not only the entire working history and work-related problems faced by the claimants but also the possibilities of reintegrating them in the workforce. One of the reasons for this situation is that the primary focus of medical assessments tends to be the determination of pension eligibility rather than the rehabilitation potential of the claimant. This begs the question of whether expert medical input should be sought at an earlier stage, and whether the focus of this input should be increasingly on rehabilitation possibilities. Even though the stated aim of these medical assessments was to ascertain the person's IV pension eligibility, the actual written medical decision need to state explicitly and transparently the effects that the illness has on the applicant's ability to work.

From a purely medical perspective, the clarification procedure appears to be both exhaustive and intensive. Every case file contains an average of 11 medical opinions (including regional medical services' reports, hospital discharge reports, benefit review reports etc.), written by an average of seven different doctors. The spectrum is very wide and ranges from one to up to 90 opinions per file, submitted by as few as one doctor and as many as 42.

Occupational measures undertaken by Code 646 IV pension recipients

Since the 1980s, the share of cases in which medical assessors have recommended IV occupational measures has remained relatively stable (around 40%). However, these recommendations

were rarely acted upon. Only 13% of pension recipients availed of such measures, a rate which has continued to fall over time. The general preconception that doctors are overly focussed on deficit containment can be disproved by the finding that it was in fact the IV offices which rarely recommended IV pension applicants for rehabilitation measures.

As a result, very few migrants had been in receipt of IV occupational measures prior to the award of an IV pension: 3% compared to 17% of their Swiss peers. To put it another way, 97% of migrants who are now registered disabled had never been through any type of rehabilitation process. The reasons for this situation are threefold: their migrant status, the type of illness they have, and the age at which they first apply to the IV.

The young are most likely to receive IV occupational measures. Pension recipients who availed of an IV occupational measure were on average 11 years younger when they first applied to the IV than those who had not taken part in a rehabilitation programme. Individuals with mental retardation and early developmental disorders are most likely to be referred for IV occupational measures, followed by people with personality disorders, anxiety and substance dependency - in other words those with a congenital illness or a mental illness with early onset. A lower uptake rate was observed among all other categories of psychiatric disorders. In the diagnosis category "depression, pain disorders, personality disorders and multiple somatoform illnesses", which is the largest in terms of numbers, only 11% had availed of occupational measures prior to receiving an IV pension; this drops to 5% for the third largest diagnosis category "depression without a personality disorder and without physical illness". This is all the more surprising given that one third of individuals in both categories applied for an IV occupational measure. It begs the question of why occupational measures are directed first and foremost at individuals suffering from early onset and severe mental handicaps, but not at those who had been in work often long before they were eligible for an IV pension and who are also better integrated socially. Furthermore, can the current rehabilitation system - apart from the occupational measures aimed at 'typical' recipients, i.e. those suffering from mental retardation, developmental disorders, childhood development problems and schizophrenia - actually offer specific occupational measures for the burgeoning numbers of people with depression and pain disorders? This begs an additional question as to why no systematic efforts have been made to develop specific measures for this group which had come to the attention of the IV many years ago.

Typology of application procedures concerning Code 646 IV pension recipients

Based on around 50 features of the IV adjudication process, we were able to identify five different types of procedures.

Type 1 - Newer and shorter procedure which diagnoses a complex somatoform disorder (8% of IV pension recipients). This procedure has become more prevalent since the mid-1990s. Very few have availed of occupational measures and the medical assessment has almost always been based on the assumption that the person was suffering from some type of somatoform disorder. There is little psychiatry-related information, yet the diagnostic procedure is extremely intensive and includes exhaustive pension eligibility assessments. Typically these cases involve a great many different diagnoses. With a share of 50%, migrants, both male and female, are strongly overrepresented relative to their overall share in the general population. This procedure generally takes two years, from initial contact with the IV system to the receipt of a pension. In terms of the diagnosis, individuals in this

group all fall into the Type 5 category "depression and pain disorders". The numbers in this group are on the rise.

Type 2 - Psychiatric assessment procedure (48% of IV pension recipients). This has remained the most common procedure since the 1980s. There is little agreement among the relatively few medical experts involved with regard to the diagnosis, and is based primarily on input from psychiatrists. The expert reports tend to be short. This procedure generally takes three years, from initial contact with the IV system to the receipt of a pension. In terms of the diagnosis, individuals in this group suffer from "personality disorders" and "depression and absence of a diagnosed somatoform disorder". Migrants, both male and female, are underrepresented relative to their overall share in the general population.

Type 3 - Older and much longer psychiatric procedure (7% of IV pension recipients). This procedure on average takes a full 22 years, from the initial contact with the IV system to the receipt of a pension. One third of individuals in this category have previously received IV occupational measures, mostly at the start of a psychiatric assessment. Generally, the procedure focuses primarily on the possible rehabilitation of individuals who have been identified as being at risk of invalidity. In terms of diagnosis, almost all individuals in this group suffer from "schizophrenia/mental retardation" and "personality disorders". Migrants, both male and female, are strongly underrepresented relative to their overall share in the general population.

Type 4 - Complex procedure chiefly concerned with the diagnosis of somatoform disorders and involving legal appeals against the IV decision (3.8% of IV pension recipients). In terms of numbers, this is the least common, but by far the most intensive type of procedure. By the time the person contacts the IV, health insurers and/or social welfare are already involved in the case. Over half of these cases involve a legal appeal against the IV decision and the pension eligibility assessments are many and exhaustive. On average, a total of 15 different doctors are involved, submitting close to 30 opinions. Almost all of these people have explicitly applied for an IV pension, of which 60% have been in receipt of social transfer benefits prior to contacting the IV (daily sickness allowance etc.). This procedure generally takes 10 years from the initial contact with the IV system to the receipt of a pension. In terms of diagnosis, all individuals in this group fall exclusively into the Type 5 "depression and pain disorders" category. The numbers in this group are on the rise. Migrants, both male and female, are overrepresented relative to their overall share in the general population.

Type 5 - Newer, shorter and diagnostically simpler procedure, initially based on diagnosing possible somatoform disorders (32% of IV pension recipients). This is exactly the same as the Type 1 category, except that the diagnosis is more clear-cut and tends to be unanimous. Pension eligibility assessments are considerably shorter, as the 'case' is apparently much more straightforward. In terms of diagnosis, individuals in this group suffer from "depression and pain disorders" and "personality disorders". The numbers in this group are on the rise. Migrants, both male and female, are heavily overrepresented relative to their overall share in the general population.

What factors influence the type of IV procedure which is undertaken?

We investigated a series of factors which could have a bearing on the type of IV procedure to which the claimant is subject, such as sociodemographic and personal history characteristics, location of the IV office, economic sectors, the time when first contact with the IV is made, diagnoses etc. The

study clearly shows that the type of illness is the sole determinant. As a result, the approach today is no different from past approaches. Also the region or canton where the person submits his or her IV pension application has no systematic bearing on the choice of procedure, nor was any evidence found that migrants are treated differently than Swiss nationals. Since the procedure is based strictly on medical criteria, it would be reasonable to assume that non IV-related or discriminatory factors (e.g. country of origin, gender and social class) do not influence the final outcome in any major or systematic way. Ultimately this highlights the major importance of distinguishing carefully among the various types of mental illness, as each illness entails its own specific procedural dynamics. Consequently, we should strive for a better understanding of these dynamics and shape interventions to the given illness accordingly. This finding is also evidence of the significant role of medical experts in the IV procedure. The problem here is not the central role they play but rather the fact that they give little consideration to rehabilitation and are rarely involved in such processes.

Increase in new IV pension recipients from specific population groups

If we look at the findings in terms of society as a whole, it emerges that the increase in the numbers drawing an IV pension on psychological grounds is limited to several clearly identifiable population groups. Therefore, a more in-depth examination of such cases would be prudent.

In the last 20 years, the percentage share of single mothers in receipt of an IV pension and classified under Code 646 has doubled, while the actual number has more than tripled (3.5 times higher). The reasons behind this trend (e.g. increased stress and little or no support network) require further investigation.

The share of migrants, particularly women, in receipt of an IV pension (Code 646) has also increased. Likewise, this requires further investigation. This work should consider migrant-specific features of the IV pension eligibility procedure (poor uptake of occupational measures, lack of measures developed specifically for this group).

Another group of Code 646 IV recipients which is on the rise is older Swiss nationals suffering from a depressive disorder and with little hope of finding employment. Often their IV pension application is subject to only a cursory examination and they are awarded an IV pension almost immediately. Their numbers have doubled in the last twenty years.

Control group of 'successful' Code 646 recipients of IV measures

To identify the risk factors of becoming registered disabled according to Code 646, we took a representative control group of individuals who were classified in this category and who had received occupational measures but did not go on to receive any form of IV pension for up to two years afterwards. This is a more reliable criterion of success than the one currently used by the Federal Social Insurance Office (no *full* pension for up to two years afterwards). These 'successful' recipients of occupational measures were then compared to the remaining Code 646 IV pension recipients.

The comparison found that an analysis of the risk factors would be meaningless because the sample deals with a relatively specific population group that differs considerably from the entire group of Code 646 IV pension recipients. It also shows that around half of these 'successful' recipients had not been 'successfully' rehabilitated, but were simply *still* not in receipt of a pension.

This group typically comprises young Swiss men, of whom almost half still live with their parents or in a special care facility. They have experienced considerably more stressful life events than other IV pension recipients, and the majority had under-performed academically and displayed problem behaviour while still at school. Only one third had been employed before availing of IV occupational measures. In terms of the diagnosis, one third suffered from neurological disorders (F0), mental retardation (F7), childhood development disorders (F8) or childhood behaviour disorders (F9), i.e. congenital illness or paediatric psychiatric disorders and thus, per definition, do not belong in the Code 646 category. They are much less likely than other Code 646 IV pension recipients to suffer from depression, pain disorders or personality disorders. A decisive difference between these two groups is their age: recipients of occupational measures are, on average, 11 years younger.

This means that young people with a congenital illness and paediatric psychiatric problems took up IV occupational measures much more frequently and in greater numbers (in order to kick-start their working life) than individuals suffering from depression, pain disorders and a personality disorder, for whom the aim of such measures would be their reintegration in the labour market. To put it another way, a great deal of effort is made for a small, highly specific group of recipients, while almost nothing is done for the major diagnostic groups.

With a view to carrying out a rough evaluation of the effectiveness of these occupational measures for the control group, we collected information on their occupational status from their IV case file. 31% of individuals in receipt of such measures were gainfully employed (full- or part-time); 17% are in training or in receipt of another type of IV occupational measure; 10% are registered unemployed or dependent on social welfare; 20% have since gone on to draw an IV pension, while a further 10% were ill, hospitalised or deceased. In around 10% of cases, the contact is finally lost and there is a lack of additional data. From this we can deduce, perhaps optimistically, that at most half of those in receipt of occupational measures were or will be successfully integrated in the labour market. However, we also observed that even prior to their uptake of occupational measures, 28% were gainfully employed (either full- or part-time). Nevertheless, the share of all cases in gainful employment rose by only 3%.

Ultimately, the medical assessments of individuals who received IV occupational measures provide even less information on the effects which the illness has on their earning capacity than they do for other IV pension recipients. The rudimentary nature of these medical reports begs the question of whether, based on such reports, it is actually possible to recommend and implement occupational measures in a targeted way, if at all.

Conclusions and recommendations

1. There are five distinct pathways to an IV pension award due to a psychological disability or impairment. A constituent feature of each pathway is the pattern of the given illness. The IV pension award procedure almost exclusively depends on the type of illness involved and not on non-IV related factors, such as personal history, sociostructural, regional and historical factors. These illnesses and their specific rehabilitation needs require further investigation. Other studies, like the present one, could then form the basis for the development of more specific and more effective rehabilitation programmes.

2. The majority of Code 646 IV pension recipients present with a transparent pattern of personal life problems and psychosocial stress, as well as with different illnesses and procedural patterns. This finding counters the commonly held perception that Code 646 IV pension recipients suffer from illnesses which are 'unclear and difficult to diagnose formally'. In addition, some 25% of Code 646 IV pension recipients have been classified wrongly. In future, internationally comparable and standardised classifications should be used to refine current IV psychiatric disorder codes.
3. With regard to the importance of the combination of illnesses from which a person suffers, it is essential that doctors play a central role in the IV adjudication procedure. The observed consistency in terms of their assessments and input, to some extent, guarantee that irrelevant factors have no bearing on the procedure. While their conclusions should not be watered down, medical assessments need to focus more on rehabilitation. To this end, the participating medical experts must be involved in developing and substantiating the necessary guidelines, as well as receive sufficient training to be able to apply these in practice.
4. The problem of the role of doctors in the IV adjudication process not only concerns the lack of focus on rehabilitation but also the lack of coordination with regard to the medical and rehabilitation assessment and the decisions on what measures should be taken. Medical input is used first and foremost to assess pension eligibility rather than to determine the person's rehabilitation potential. Integrated processes should be developed which guarantee that the opinions of medical and psychology experts are considered when deciding on possible rehabilitation measures.
5. Although the legislation defines invalidity as an incapacity to work due to a health impairment, the medical assessments generally do not take this into account. Even when only certain consequences of the illness render the person invalid and not the diagnosis per se, the necessary diagnosis with regard to how the functioning of the person is affected is lacking, as is the consideration of his or her rehabilitation potential, and thus the medical bases needed for any rehabilitative intervention. From a rehabilitation perspective, the content and deliverables of medical reports and assessments should be established together with the regional medical services and experienced assessors, before being reviewed by other medical experts.
6. Only a small share of individuals who receive an IV pension due to a psychological disability or impairment had earlier received one of the various occupational measures offered by the IV. The key determinants for the uptake of such measures are age (the very young) and correspondingly early onset of the illness. The over-30s, individuals who present with certain symptoms, and migrants have largely or almost entirely been excluded from such measures, whereby no reasons, such as the severity of the illness or other work-related criteria, are given for this situation. Among those with pain disorders and depression, the vast majority had working life experience and had the corresponding resources at their disposal prior to the onset of their illness. The lack of migrants or people with pain disorders in occupational rehabilitation increasingly points to problems in either the doctor-patient relationship or in the careers advice-insured relationship, as well as to a certain degree of powerlessness of those involved in the procedure. Access to occupational measures should be extended beyond the 'classic' IV recipients to cover the large share of people suffering from psychologi-

cal problems. In turn, professionally substantiated indicators for occupational measures should be developed. Any re-designed measures should be subject to an evaluation.

7. There is a lack of rehabilitation programmes aimed specifically at the largest group of IV pension recipients with a psychological disability or impairment, namely those with personality and pain disorders. These must be developed as a matter of urgency and their effectiveness scrutinised.
8. If we consider the statistical analyses in the much broader context of society as a whole, the rise in the number of individuals in receipt of an IV pension due to a psychological disability or impairment seems to suggest that in some cases social exclusion may be a contributory factor. This applies specifically to three groups: single mothers (increase in the number of IV pension recipients in this group); migrants and individuals suffering from depression and pain disorders (uptake rate for occupational measures almost zero); and finally older Swiss nationals with a depressive disorder and with few employment opportunities, if any, and who were awarded an IV pension after a cursory examination of their application. Further investigation of such cases is therefore needed.
9. A pragmatic interpretation of the success of occupational measures which have been implemented to date is needed when it comes to those suffering from a psychological disability or impairment. Only 30% of individuals who received occupational measures were in employment (at least part-time) by the time the case was closed. In the meantime, half were in receipt or went on to receive an IV pension. This indicates not only the severity and chronic nature of many psychological illnesses but also the significant structural, conceptual and professional loopholes with regard to the current occupational rehabilitation system. The new package of measures in the 5th IV revision envisage further rehabilitation opportunities but these need to be substantiated with professional input as quickly as possible.
10. The duration of IV pension award procedures varies widely depending on the illness, but often begins very early on. Early intervention, as envisaged in the 5th IV revision, is linked to the age of onset, which means that it comes too late for most applicants. All corresponding measures should take this situation into account. In contrast, there is a greater potential for effective early intervention and invalidity prevention, particularly for those suffering from pain disorders and depression. Here, further research should be carried out with a view to developing new intervention programmes.
11. To our knowledge, this is the first detailed and representative empirical analysis in Switzerland of the psychological illnesses which lead a person to become an IV pension recipient as well as their treatment by the IV system. Although the analysis of administrative data involves a great deal of time and effort, it generates findings of major relevance for practitioners. The wide-ranging research efforts, which began with the FoP-IV, should continue. The IV pension adjudication process, as a matter of urgency, should focus more explicitly on rehabilitation strategies and occupational measures. If this work cannot rely on scientifically and methodologically sound research it will be impossible to improve the effectiveness of such measures in the long-term.

1 Ausgangslage und Problemstellung

Eine wesentliche Ursache für die Zunahme der Renten der Invalidenversicherung (IV) und die damit verbundene defizitäre finanzielle Situation der IV liegt in der starken Zunahme der Berentungen aus psychischen Gründen. Über die letzten 20 Jahre betrachtet haben aber nicht alle psychisch bedingten Rentenfälle so stark zugenommen, sondern nur eine einzelne Gruppe. Diese von der IV mit dem Code "646"⁵ gekennzeichnete Kategorie der psychischen Störungen⁶ hat sich in den letzten 20 Jahren fast verzehnfacht. Im Jahr 1986 bestanden rund 5'000 IV-Renten mit diesem Code, 2006 waren es rund 50'000 IV-Renten. Jede zweite IV-Rente wegen psychischer Krankheit wird heute nach Code 646 gesprochen. Damit hat das Wachstum dieser IV-Gebrechenskategorie als Rentenursache entscheidend zur politischen Diskussion über die Invalidenversicherung beigetragen. Zudem wird diese Kategorie auch hauptsächlich in Verbindung gebracht mit so genannt "schwer objektivierbaren" (und damit als Invaliditätsursache auch umstrittenen) Krankheiten.

Das hängt unter anderem damit zusammen, dass die Kategorie 646 als Sammelkategorie respektive Restkategorie definiert ist, die ein breites Spektrum sehr unterschiedlicher psychischer Störungen beinhaltet. Bis heute ist allerdings unbekannt, welche psychischen Störungen effektiv wie häufig darin enthalten sind und welche dieser Störungen respektive Personengruppen in den letzten zwei Jahrzehnten so stark zugenommen haben. Gegenwärtig bleiben zudem die Abgrenzungen der psychiatrischen 646-Kategorie zu anderen psychiatrischen und auch zu somatischen IV-Gebrechenskategorien unscharf. Wie weit es sich hierbei um ein effektives Anwachsen der spezifischen Störungen dieser Kategorie oder um Verschiebungen der Zuschreibung (Codierung) handelt, ist unklar. Denkbar wäre, dass in den letzten Jahren eine zunehmende ‚Psychiatisierung‘ von Störungen stattgefunden hat, die früher unter einer somatischen Kategorie codiert worden sind. Allerdings sind auch die dabei in Frage kommenden somatischen (körperlich bedingten) Berentungskategorien (beispielsweise der Sammel-Code 738) in den letzten Jahren deutlich angestiegen.

Die vorliegende Untersuchung befasst sich deshalb mit der Differenzierung der Invalidisierungen aus psychischen Gründen nach Code 646 und sieht eine detaillierte Analyse einer repräsentativen und zahlenmässig stabile Ergebnisse ermöglichenden Stichprobe von Versichertendossiers vor. Insbesondere soll die vorliegende Untersuchung Typen von Berenteten aus psychischen Gründen identifizieren, und sie soll Aufschluss darüber geben, um welche psychischen Erkrankungen es sich bei diesem Code 646 handelt und welche Belastungen sowie Berentungsverläufe diese Berentungstypen aufweisen. Um diese Erkenntnisse generieren zu können, sollten IV-Akten von berenteten Personen nach Code 646 - repräsentativ für die gesamtschweizerische Situation der letzten rund 15 Jahre - einer eingehenden Analyse unterzogen werden.

5 Definition der Gebrechenskategorie 646 der IV: "Psychogene oder milieureaktive Störungen; Neurosen; Borderline cases (Grenzbereich Psychose - Neurose); einfache psychische Fehlentwicklungen z.B. depressiver, hypochondrischer oder wahnhafter Prägung; funktionelle Störungen des Nervensystems und darauf beruhende Sprachstörungen, wie Stottern; psychosomatische Störungen, soweit sie nicht als körperliche Störungen codiert werden"

6 Alle IV-Kategorien psychischer Krankheiten im Überblick: 641 (Schizophrenie), 642 (Manisch-depressives Kranksein), 643 (Organische Psychosen und Leiden des Gehirns), 644 (Übrige Psychosen, Involutionsdepression), 645 (Psychopathie), 646 (Psychogene oder milieureaktive Störungen) 647 (Alkoholismus), 648 (Übrige Süchte (Toxikomanie), 649 (Übrige geistige und charakterliche Störungen einschliesslich Sprachentwicklungsstörungen, Oligophrenie)

1.1 Ziele der Dossieranalyse

Bei diesem Projekt handelt es sich folglich um eine gross angelegte und tiefgehende Analyse von Berentungsverläufen von Versicherten mit einer Berentung nach Code 646. Die Untersuchung hat zum Zweck, aufgrund eines besseren Verständnisses der invalidisierten Personen und ihrer Lebensumstände sowie des gesamten IV-Verfahrens praxisrelevante und differenzierte Aufschlüsse darüber zu erhalten, bei welchen Gruppen von Versicherten auf welche Risikofaktoren zu achten ist und mit welchen Massnahmen diesen Ausgliederungsprozessen möglichst früh begegnet werden kann.

Das Projekt hat zwei Ziele: In einem ersten Schritt soll mit den Angaben aus einer repräsentativen Anzahl Dossiers von berenteten Versicherten nach Code 646 sowie von Vergleichspersonen eine Datenbank erstellt werden, die alle potentiell wesentlichen Informationen zu Person, Arbeitsbiografie, Umfeld, Erkrankung und IV-Verfahren enthält.

In einem zweiten Schritt sollen diese Daten nach zwei Fragekomplexen ausgewertet werden: Welche Typen von berenteten Personen, Belastungskonstellationen und Berentungsverläufen lassen sich unterscheiden und welches sind die Risikofaktoren für eine Invalidisierung nach Code 646? Aus der Beantwortung dieser beiden Fragestellungen sollen Schlussfolgerungen und Empfehlungen für eine wirksamere Präventionspraxis der IV-Stellen gezogen werden.

1.2 Einflussfaktoren auf psychisch bedingte Invalidisierungen

Aus der Forschung über prädiktive Faktoren für Frühberentung und Rehabilitationserfolg sind für psychisch Behinderte verschiedene potenziell relevante Merkmale bekannt:

- Geschlecht, Alter, erreichter Bildungsstatus, abgeschlossene Berufsausbildung
- Persönlichkeitsmerkmale, Bewältigungsstrategien, soziale Integration, soziale Kompetenzen
- Art der Behinderung, Diagnose, psychopathologisches Zustandsbild, Komorbidität, Anzahl und Dauer früherer Hospitalisierungen, Alter bei Erstmanifestation, Erkrankungsdauer
- prämorbid beruflichen Anpassung, Merkmale der prämorbid sozialen und familiären Situation, Arbeitszufriedenheit, psychosoziale Charakteristika des Arbeitsplatzes
- Merkmale von Rehabilitationsmassnahmen, Abschluss versus Abbruch einer Rehabilitationsmassnahme, Erwartungen der Fachleute und weitere Kriterien im Umfeld (beispielsweise IV-Stellen-Merkmale)
- Hilfesuchverhalten, Vorhandensein psychotherapeutischer Behandlung, Merkmale der medizinisch-psychologischen Behandlung und Abklärung
- Integration/Koordination psychiatrischer und rehabilitativer Unterstützung und andere.

Zudem muss man davon ausgehen, dass die Eingliederungs-Prognose von dynamischen Zusammenhängen zwischen Störungsbild und persönlichen, arbeitsbezogenen sowie sozialen Kriterien beeinflusst wird. Es sind je nach diagnostischer Kategorie unterschiedliche Faktoren zu vermuten, die den Berentungsverlauf voraussagen. Da es sich bei der Kategorie 646 um eine sehr heterogene Gruppe von Störungsbildern handelt, sind auch hier komplexere Zusammenhänge zu erwarten.

Gerade bei psychisch Behinderten muss man im Unterschied zu vielen Versicherten nach einem Unfallgeschehen oft von längeren und schleichenden Erkrankungs- und Desintegrationsverläufen ausgehen, die kumulativ von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst werden.

Die vielfältigen Forschungsergebnisse zu den möglichen Prädiktoren für Frühberentung und Rehabilitationsergebnis bildeten die theoretische Grundlage für die Dossieranalyse. Hierzu wurde schon in der Machbarkeitsstudie ein Variablenmodell entwickelt, welches die verschiedenen Prognoseebenen - Person, Erkrankung und Verlauf, (prämorbid) berufliches und soziales Umfeld, Begutachtungs-, Behandlungs-, Rehabilitations- und Verfahrensprozess - berücksichtigt⁷. Für diese Untersuchung war es entscheidend, dass das definitive Variablenmodell alle wesentlichen Einflussbereiche berücksichtigt und gleichzeitig ökonomisch ist. Damit die Dossieranalyse die nötige und hier auch geforderte inhaltliche Tiefe erreicht, durften die zu kodierenden Variablen zudem nicht nur nach ihrer Operationalisierbarkeit und Eindeutigkeit ausgewählt werden, sondern mussten auch komplexere qualitative und teils bewertende Merkmale und Beobachtungen zulassen, die sich erst aus einer synthetisierenden Betrachtung des Dossiers ergeben.

1.3 Machbarkeitsstudie zur Dossieranalyse

Die Steuergruppe des FoP-IV schrieb diese umfangreiche Dossieranalyse auf der Basis der Resultate einer vorgängig durchgeführten Machbarkeitsstudie (Baer & Frick, 2007) aus, da bisher noch nie eine derart umfangreiche Analyse von Versichertendossiers der IV-Stellen durchgeführt worden war. Die Machbarkeitsstudie belegte die Durchführbarkeit einer derartigen Untersuchung: Die interessierenden Themenbereiche waren zwar nie in allen Dossiers sehr gut dokumentiert, wurden aber insgesamt zumindest als genügend beurteilt für weiter gehende Analysen. Die differenzierte Untersuchung von 170 Dossiers von zwei deutschsprachigen und einer französischsprachigen IV-Stelle aus den Jahren 1992 und 2005 ergab, dass - *unabhängig von Berentungsjahr und kantonaler IV-Stelle* - die Dossiers eine Vielzahl von Informationen enthalten, die für die eine Analyse der Typologie von Berentungskonstellationen und -verläufen sowie deren Einflussfaktoren von potentieller Bedeutung sind.

Die Machbarkeitsstudie zeigte auch, dass sich die potenziell relevanten Faktoren im Berentungsprozess von Personen mit Code 646 so operationalisieren lassen, dass Dossiers sinnvoll und valide ausgewertet werden können. Eine tiefere inhaltliche Analyse einer landesweiten, repräsentativen Dossier-Stichprobe wurde demnach - bei allen festgestellten Problemen - als prinzipiell machbar und zielführend erachtet.

Damit die resultierende Datenbank den praktischen Erfahrungen sowie dem aktuellen Forschungsstand entsprach, also fachlich gut abgestützt war, und zudem auch für weitere Auswertungen ergiebig sein würde - gedacht wurde hier vor allem an allfällige künftige migrationspezifische Analysen -

7 Aus der Forschung sind darüberhinaus auch administrative und organisatorische Prädiktoren (bspw. IV-Stellen-interne) sowie volkswirtschaftliche und makroökonomische wie soziologische Einflussfaktoren (Arbeitslosenquote, Stigmatisierung psychischer Erkrankungen etc.) bekannt, die in einer Dossieranalyse nicht berücksichtigt werden können. Einige dieser Faktoren sind aber für die Schweiz schon untersucht und teils vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) selbst publiziert worden.

wurden die aus den Dossiers zu erhebenden Variablen im Vorfeld der Dossieranalyse eingehend mit verschiedenen Spezialisten diskutiert, entsprechend angepasst und auch gewichtet. Letztlich wurde jedes IV-Dossier nach mehreren Hundert Variablen ausgewertet, die in der Folge weiteren Berechnungen unterzogen wurden. Die Grundlage des vorliegenden Berichtes besteht aus mehreren Hundert direkt aus den Dossiers erhobenen Variablen zu den Berenteten nach Code 646. Zusammen mit den aus diesen Original-Daten abgeleiteten Variablen umfasst die Datengrundlage für diesen Bericht deutlich mehr als 1'000 Variablen. Man kann beim vorliegenden Bericht demnach nicht nur von einer *repräsentativen*, sondern auch *tiefgehenden* Analyse der Berenteten aus psychischen Gründen ausgehen.

2 Methodik

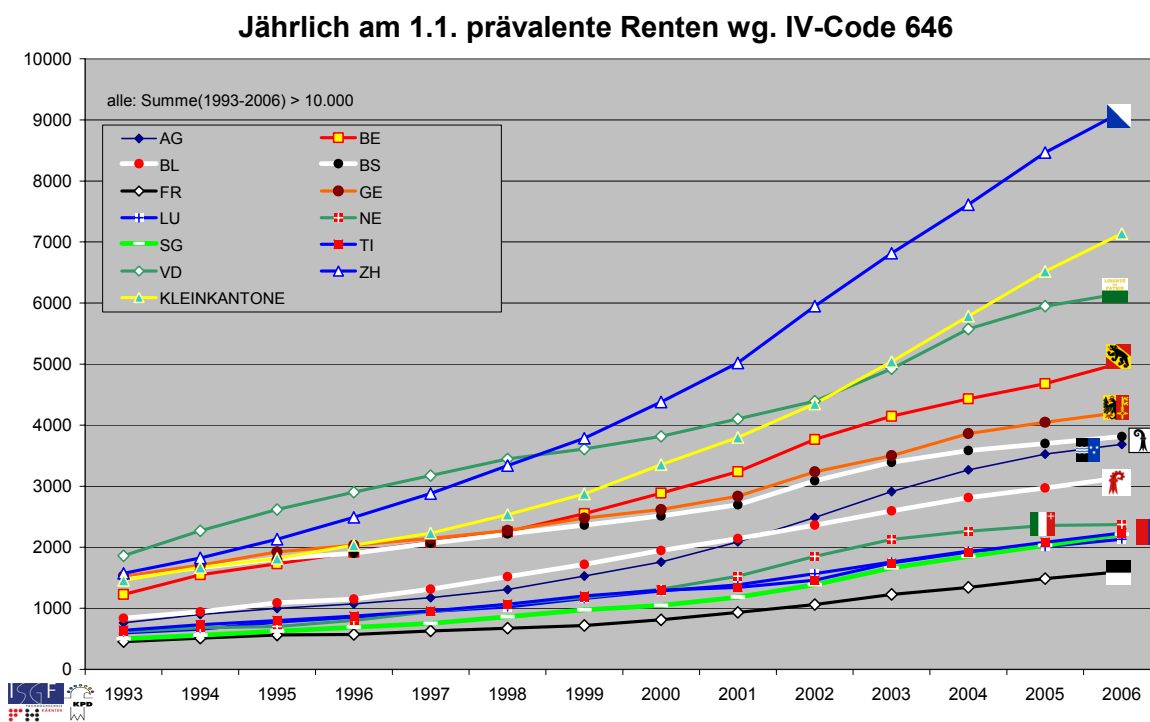
Der Methodikteil der vorliegenden Untersuchungen ist zugunsten der Darstellung der zahlreichen Ergebnisse bewusst kurz gehalten. Details zu den einzelnen Unterkapiteln sind im Anhang zu finden. Im Folgenden soll in komprimierter Form etwas zur Stichprobenziehung, zu den Dossiers als Datenquellen, zur konkreten Datenerfassung und schliesslich stark vereinfacht zu den angewendeten statistischen Methoden gesagt werden.

2.1 Stichproben

Die Daten zur Ziehung der Stichprobe wurden vom Bundesamt für Sozialversicherungen in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt. Die Anzahl der Personen, welche pro Jahr eine IV-Rente aufgrund von Code 646 beziehen (so genannte Prävalenz), hat sich zwischen 1993 und 2006 um den Faktor 3.8 von jährlich knapp 14'000 auf fast 53'000 erhöht. Grundgesamtheit (n=426'543) für die Ziehung der Stichprobe sind die summierten Jahresprävalenzen aller 646-Renten-Dossiers der Jahre 1993 bis 2006 aus der ganzen Schweiz (also nicht nur die Neurenten).

Dabei verlief die Zunahme der prävalenten Rentendossiers über die Kantone der Schweiz hinweg nicht einheitlich. Abbildung 2.1 zeigt, dass vor allem im Kanton Zürich und in den so genannten „Kleinkantonen“ (mit jeweils weniger als 10'000 Rentendossiers binnen der 14 Beobachtungsjahre und deshalb zu einer Gruppe zusammengefasst) ein steilerer Anstieg der Prävalenzzahlen stattgefunden hat als in den übrigen Kantonen. Daher wurde die Urliste stratifiziert nach Prävalenzjahr und Kanton.

Abbildung 2-1: Verlauf der prävalenten 646-Rentenfälle nach Kantonen 1993-2006



2.1.1 Stichprobe 1 - „IV-Rente nach Code 646“

Dadurch, dass man jene Dossiers zur Ziehung der Stichprobe berücksichtigt, welche in einem bestimmten Jahr als 646-Rentenfälle vorliegen (Prävalenz anstatt Inzidenz, also der Rentenbestand während eines Jahres und nicht die Anzahl der jährlichen Neurenten), erhält ein Dossier, das über mehrere Jahre als 646-Rentenfall fungiert, ein proportional zu seiner Rentenzeit erhöhtes Gewicht bei der Aufnahme in die Analysestichprobe. Damit wird eine Stichprobe gezogen, welche aus Sicht des Rentenzahlers „risiko-adjustiert“ ist und somit inhaltlich genau bei denjenigen Dossiers präzisere Schlüsse über Typologien und mögliche Risikofaktoren zulässt, welche für den Auftraggeber von besonderem Interesse sind. Durch „Ziehen ohne Zurücklegen“ wird verhindert, dass Personen mehrmals in die Stichprobe aufgenommen werden.

Die Dossiers der Kleinkantone wurden in einem zweistufigen Ziehungsverfahren ausgelost: Zunächst wurden aus denjenigen 14 Kantonen⁸, die jeweils über die gesamte Beobachtungsstrecke hinweg nicht mehr als 10'000 Rentenfälle nach Code 646 aufwiesen, insgesamt sieben (AR, GL, JU, NW, SH, SZ, UR) zufällig ausgelost und zu einem fiktiven Kanton „Kleinkantone“ zusammengefasst. In der zweiten Stufe der Zufallsziehung wurde dieser „Kleinkanton“ wie die übrigen Kantone behandelt. Die Ziehung einer ersten Zufallsstichprobe (Details siehe Anhang) beinhaltete 902 Dossiers, in einer weiteren Zufallsstichprobe wurden 779 Reserve-Dossiers gezogen, auf welche zurückgegriffen werden konnte, falls die Dossiers der ersten Stichprobe aus irgendwelchen Gründen (z.B. gerade in Bearbeitung, nicht auffindbar usw.) nicht verfügbar waren.

2.1.2 Ausschöpfungsraten

Von den angeforderten 902 Dossiers erfüllten 19 (2,1%) nicht die Einschlusskriterien. Von den verbleibenden 883 Dossiers konnten insgesamt 726 zugestellt werden. Dies bedeutet eine Rücklaufquote von 82,2%. Um die in der Machbarkeitsstudie (Baer & Frick, 2007) aus Gründen der statistischen Power angestrebte Stichprobengrösse von ca. 900 Dossiers nicht zu verfehlen, wurden 156 Dossiers aus der zweiten Zufallsstichprobe „Reserve“ von den verschiedenen IV-Stellen zur Verfügung gestellt. Zudem erhielt unsere Arbeitsgruppe fünf Dossiers, die nicht bestellt wurden, sondern aufgrund von unklaren AHV-Nummern und/oder Verwechslungen übermittelt worden waren. Diese wurden nach dem Prinzip grösstmöglicher Realitätsnähe der Stichprobe ebenfalls mit ausgewertet. Damit betrug die realisierte Stichprobengrösse N=887 Dossiers. Das bedeutet aber nicht, dass alle Analysen mit 887 Dossiers durchgeführt werden konnten.

Unter den 887 Dossiers existierte eine hohe Variationsbreite, was ihre tatsächliche Auswertbarkeit anbelangt. Insgesamt 13 Dossiers waren aus den verschiedensten Gründen (keine Dokumente zum Zeitpunkt vor der Berentung, unvollständige Dossiers aufgrund der Abgabe des Falles an eine andere IV-Stelle, vorwiegend Dokumente einer anderen Person, gar keine Dokumente im Dossier etc.) nicht auswertbar.

Es zeigte sich, dass ältere Dossiers schlechter beschaffbar waren. Für die Prävalenzjahre 1993 bis 1995 konnten nur knapp zwei Drittel der ursprünglich angeforderten Dossiers auch tatsächlich

⁸ AI, AR, GL, GR, JU, NW, OW, SH, SO, SZ, TG, UR, VS, ZG

übermittelt werden. In den Jahren ab 2004 lag die initiale Ausschöpfungsquote teilweise deutlich über 90%. Es konnte jedoch mit Hilfe der ebenfalls zufällig gezogenen Reserve-Dossiers sichergestellt werden, dass für alle Jahre ausreichend Dossiers vorhanden sind. Von daher kann die Stichprobe als repräsentativ für die Grundgesamtheit hinsichtlich ihrer historischen Zusammensetzung betrachtet werden. In der regionalen Zusammensetzung der Stichprobe ergaben sich bei den Kantonen zum Teil erhebliche Unterschiede, was die Bebringbarkeit der angeforderten Rentendossiers anbelangt.

Durch den gewählten Ziehungsmechanismus mit zwei unabhängigen, stratifizierten Stichproben konnten allerdings auch hinsichtlich der regionalen Zusammensetzung die Proportionen der Grundgesamtheit weitgehend präzise in der realisierten Stichprobe eingehalten werden, ohne dass eine (methodisch schlechter interpretierbare) Quotenstichprobe entstanden wäre. Das angestrebte Ziel, eine repräsentative Stichprobe für die nach Code 646 berenteten Personen proportional zu ihren Rentenansprüchen in den Jahren 1993 bis 2006 zu ziehen, scheint damit erreicht.

2.1.3 Stichprobe 2 - „Vergleichsgruppe“

Bei der vorliegenden Studie ging es neben der Typologisierung der nach Code 646 Berenteten um die Identifizierung von Risikofaktoren für eine Berentung nach diesem Code. Zu diesem Zweck musste eine Vergleichsgruppe ausgewählt werden, um zu untersuchen, in welchen Merkmalen sich die Berenteten nach Code 646 von dieser Vergleichsgruppe unterscheiden. Unter den verschiedenen mit der Studienbegleitgruppe diskutierten Möglichkeiten zur Gewinnung einer Vergleichsgruppe hat sich das Bundesamt für Sozialversicherungen für folgendes Einschlusskriterium zur Definition der Grundgesamtheit der Vergleichsgruppe entschieden.

Zur Vergleichsgruppe gehören potenziell alle Dossiers, welche ...

- mindestens einmal eine berufliche Massnahme unter dem Code 646 erhalten haben,
- zum Stichtag der Ziehung keine IV-Rente beziehen
- und bei denen dieser „rentenlose“ Zustand mindestens zwei Jahre andauert, und
- die in den Kantonen geführt werden, welche (siehe 2.1.1) in die Stichprobe aufgenommen wurden.

Diese Auswahl diene, in Anlehnung an das „Erfolgs-Kriterium“ des Bundesamts für Sozialversicherungen, als Operationalisierung für erfolgreiche Wiedereingliederungsmassnahmen. Die Stichprobenziehung fusste dann auf zwei vom Bundesamt für Sozialversicherungen zur Verfügung gestellten Listen mit allen jemals verfügbaren beruflichen Massnahmen, und zusätzlich allen RentenbezügerInnen, die jemals eine berufliche Massnahme erhalten hatten. Nach Abgleich beider Listen konnten n=4143 Dossiers identifiziert werden, welche die oben genannten Einschlusskriterien erfüllten. Von diesen wurden via Zufallsverfahren n=273 ausgewählt und angefordert. Die Ausschöpfung für diese Stichprobe an Vergleichsdossiers war vollständig.

2.2 Datenquelle

Insgesamt sind die 1160 Dossiers über die Zeit und die Kantone hinweg sehr ähnlich, was Dossierinhalte und Verfahrensablauf betrifft. Bei der Dossierführung hingegen sind Unterschiede sowohl

zwischen den einzelnen Kantonen sowie auch innerhalb der Kantone über die Zeit hinweg - die Dossiers sind teilweise über 30 Jahre alt - zu vermerken (siehe Anhang). Was den Umfang der Dossiers anbelangt, so reicht dieser von wenigen Seiten bis hin zu sehr umfangreichen Akten. Die strukturelle Gliederung der Dossiers ist hauptsächlich in chronologischer Reihenfolge der einzelnen Dokumente, teilweise sind die Akten jedoch auch thematisch geordnet (Ärztliche Dokumente, IV-Dokumente wie Verfügungen etc., arbeitsbezogene Dokumente etc.). In seltenen Fällen ist gar keine Struktur innerhalb der Akten zu erkennen. In einigen wenigen Kantonen sind seit ein paar Jahren ein Verzeichnis der Dokumente sowie eine Fallchronik enthalten.

Weiter sind die Dossiers zum Teil unvollständig: Einerseits fehlen zentrale Formulare wie die Anmeldung oder der Auszug aus dem Individuellen Konto, oder es fehlen einzelne Seiten eines Formulars. Es wird auch gelegentlich auf Dokumente verwiesen, die aber im Dossier nicht aufzufinden sind. Je nach Formular führt das Fehlen einzelner Dokumente in unterschiedlichem Ausmass zu Datenverlust.

Ein Sonderfall ist bei den Gutachten gegeben, welche eine Hauptinformationsquelle darstellen: Gutachten wurden nur bei einem Teil der Versicherten überhaupt in Auftrag gegeben. In einem Grossteil der Akten ist somit kein Gutachten vorhanden, so dass das Problem der fehlenden Informationen für die einzelnen Variablen gelöst werden musste. Die Details aller Regelungen wurden einheitlich und für alle Bearbeiter zugänglich in einem inkrementell wachsenden Manual dokumentiert und kommuniziert.

2.3 Datenerfassung

Die aus den Dossiers zu extrahierenden Merkmalsbereiche sowie auch die Themenbereiche und konkreten Variablen wurden einerseits aufgrund der Erkenntnisse aus der erwähnten Machbarkeitsstudie (Baer & Frick, 2007) sowie mittels Expertengespräche und Literaturstudium konkretisiert. Folgende Merkmalsbereiche resp. Themenbereiche haben sich dadurch herauskristallisiert und bilden die Grundlage für die Datenerfassung (Tabelle 2.1). Die Bereiche unterscheiden sich darin, aus welchen Quellen die entsprechenden Informationen hauptsächlich gezogen werden (vgl. Anhang).

Die zur Erfassung der Daten aus den IV-Dossiers eigens temporär angestellten MitarbeiterInnen wurden sorgfältig durch zwei Psychologen rekrutiert. Sämtliche MitarbeiterInnen wurden förmlich auf ihre Verschwiegenheit verpflichtet (Schweigepflicht nach Art.33 ATSG) und im Rahmen von ausgiebigen Schulungen in die Thematik (IV-Verfahren) sowie die konkrete Arbeit am Dossier eingeführt.

Jedes Dossier wurde von zwei verschiedenen MitarbeiterInnen bearbeitet: Die Erfassung der Formulardaten wurde von den AssistentInnen vorgenommen (z.B. Datum der Anmeldungen, Abtippen der auf Papier verfügbaren Auszüge aus dem Individuellen Konto, usw.). Angaben, die ein Rating im Sinne einer Informationsverdichtung aufgrund psychologischer Urteilsbildung vorsahen, wurden von den PsychologInnen beurteilt und erfasst.

Im Rahmen der Schulung erfolgte eine sorgfältige Beschreibung der jeweiligen Variablen, wobei die beiden Gruppen von Mitarbeitenden (AssistentInnen und PsychologInnen) je ein Manual zu den für sie relevanten Variablen erhielten. Das entsprechende Manual wurde im weiteren Verlauf der Arbeiten wöchentlich (teilweise auch häufiger) aktualisiert.

Schliesslich wurden die MitarbeiterInnen in einem letzten Schulungsbaustein in den Gebrauch der

Dateneingabemaske (ACCESS) eingeführt. Während der insgesamt sechsmonatigen Bearbeitungszeit wurden wöchentlich separate Teamsitzungen für die AssistentInnen sowie für die PsychologInnen durchgeführt. Die Sitzungen dienten zum einen der Klärung von Fragen und der Einigung auf eine einheitliche Vorgehensweise (alles Besprochene wurde im Manual aufgenommen), erwiesen sich andererseits aber auch zentral im Hinblick auf das Belastungspotenzial der Arbeit.

Tabelle 2-1: Merkmalsbereiche als Grundlage für die Datenerfassung

Merkmalsbereiche	Themenbereiche	Mögliche Quellen
Person	- Soziodemografie	- Gutachten
	- Situation in der Herkunftsfamilie	- Arztberichte
	- Ereignisse in der Kindheit	- Haushaltabklärung
	- Aktuelles familiäres Umfeld	- Berichte von
	- Ev. Migrationserfahrungen	Rehamassnahmen
	- Kritische Lebensereignisse	- Anmeldeformular
	- Persönlichkeitsmerkmale	- Weitere Dokumente (Briefe
	- Gesundheitsverhalten	des Versicherten etc.)
	- Krankheitsverarbeitung,	
	Bewältigungsstrategien	
- Soziales Umfeld		
Arbeitsbiografie	- Verlauf Schulzeit & Ausbildung	- Gutachten
	- Arbeitsbelastungen	- Lebenslauf
	- Probleme am Arbeitsplatz	- Berichte von beruflichen
	- Situation letzter Arbeitsplatz	Massnahmen
	- Einkommensverlauf	- Fragebogen Arbeitgeber
		- Arbeitszeugnisse
	- Auszug aus dem Individuellen	
	Konto	
	- Berichte anderer	
	Versicherungen	
Erkrankung und Behandlung	- Erkrankungsbeginn und	- Gutachten
	Krankheitsverlauf	- IV-Arztberichte
	- Somatische Behandlungen	- IV-Revisionsberichte
	- Psychiatrische Behandlungen	- Hospitalisationsberichte
	- Behandlungsverlauf	- Weitere ärztliche Berichte
	- Diagnosen und Eingriffe	
- Arbeitsunfähigkeit und		
Funktionseinschränkungen		
Verfahren	- Durchführung beruflicher	- Verfügte individuelle
	Massnahmen	Leistungen
	- Einstellung der	- Juristische Einsprachen
	Verfahrensbeteiligten zur	- Gerichtsurteile
	Arbeitsfähigkeit	- Berichte über berufliche
	- Juristische Aspekte	Massnahmen
- Zeitlicher Verlauf des Verfahrens	- Gutachten	
- Rehabilitative Orientierung	- Gesamtes Dossier	

Um die Verlässlichkeit der Daten zu gewährleisten, wurden Reliabilitätsprüfungen durchgeführt, bei denen dasselbe Dossier von allen AssistentInnen resp. PsychologInnen bearbeitet und dann mit einem „Gold-Standard“ verglichen wurde. Die Übereinstimmung lag über alle RaterInnen hinweg im Mittelwert zwischen 91,7% und 95,1% (siehe Anhang). Die erzielten Ergebnisse können als hervorragende Rater-Übereinstimmung gewertet werden. Aufgrund der Ergebnisse der Reliabilitätsprüfungen wurden die wenigen missverständlichen Bereiche der Variablen nachgeschult und Kodiervorschriften eingehend diskutiert, was ebenfalls ins jeweilige Manual eingeflossen ist.

Nach Beendigung der Datenerfassung erfolgte eine Prüfung des Datensatzes hinsichtlich Doppel-

Einträgen sowie logischer und inhaltlicher Plausibilität. Existierende Doppelerfassungen konnten zumeist als nicht gelöschte Ergebnisse von Schulungen identifiziert und der gültige Datensatz ausgewählt werden. Unplausible Daten wurden durch eine Überprüfung anhand des entsprechenden Dossiers geklärt. Die eingefrorene, pseudonymisierte Datenbank wurde dem Bundesamt für Sozialversicherungen übermittelt und kann für weitere Auswertungen (jenseits der Resultate dieser Studie) benützt werden.

2.4 Berechnung abgeleiteter Variablen

Die erfassten Daten aus den Dossiers wurden teilweise vielfältigen Berechnungen unterzogen, um zusätzliche Erkenntnisse zu gewinnen und um sie für die verschiedenen statistischen Verfahren brauchbar zu machen. Neben den herkömmlichen Ableitungen (Summenbildung, Gruppierungen, aggregierte Variablen etc.) wurden auch weitergehende Berechnungen durchgeführt.

Dies betrifft zum einen die Daten aus den Arztberichten und Gutachten: Sämtliche somatischen und psychiatrischen Diagnosen in den Arztberichten und Gutachten wurden durch einen erfahrenen und mehrsprachigen Arzt in ein einheitliches Diagnosen-Klassifikationssystem codiert (International Classification of Diseases, ICD-10, WHO).

Anschliessend wurden die codierten Diagnosen weiteren Berechnungen unterzogen, beispielsweise wurde berechnet, wie viele unterschiedliche somatische und psychiatrische Diagnosen ein Versicherter aufweist, wie viele Diagnosen durchschnittlich pro Person in einem Arztbericht zu finden sind usw. Sämtliche codierten psychiatrischen Diagnosen des rentenauslösenden Dokumentes (je nachdem Gutachten oder IV-Arztbericht) wurden daraufhin eingeschätzt, welche (aufgrund des Forschungsstandes und praktischer Evidenz) mit den stärksten funktionellen Einschränkungen verbunden und damit besonders „rentenrelevant“ ist.

Aus der zeitlichen Abfolge der verschiedenen Arztberichte wurde weiter registriert, in welchem Muster psychiatrisch und/oder somatisch diagnostizierende Arztberichte aufeinander gefolgt sind. Jedes Dokument wurde anhand der Diagnosen in „rein psychiatrisch“, „rein somatisch“ und „sowohl psychiatrisch wie somatisch“ klassifiziert. Anschliessend wurde für alle Personen festgehalten, welche und wie viele Wechsel zwischen somatischer und psychiatrischer Diagnostik eine Person innerhalb des medizinischen Abklärungsverfahrens aufweist.

Aus den im jeweiligen „Individuellen Konto - Auszug“ dokumentierten Einkommensverläufen konnten eine ganze Reihe von Indikatoren für die Berufsbiographie berechnet werden. Zunächst wurden sämtliche Einkommen geschlechtsgetrennt auf das Lohn-Niveau des Jahres 1993 adjustiert. Zudem wurde pro dokumentiertes Jahr erfasst, welcher Anteil am Jahreseinkommen durch Erwerbseinkommen, und welcher Anteil durch sämtliche erhaltene Sozialtransfers (Arbeitslosenunterstützung etc.) eingenommen wurde. In einem zweiten Schritt wurden die Einkommenszeitreihen daraufhin untersucht, ob in aufeinander folgenden Jahren ein Einkommensrückgang beim Jahreseinkommen auf einen bestimmten Prozentsatz des Vorjahreseinkommens zu verzeichnen war. Die betreffenden Jahre wurden als Jahre mit Einkommensknicke markiert. Zudem wurden aus den vielen erhobenen Datumsangaben zeitliche Dauern und Verläufe berechnet. Damit konnten unter anderem Abläufe des IV-Verfahrens, Krankheitsverläufe und Entwicklungen der Erwerbsbiografie dargestellt werden. Schliesslich wurden neben den Berechnungen dieser quantitativen Variablen auch die qualitativ festgehaltenen Merkmale (Stichworte zu Arbeitsplatzproblemen, Biografie, Erkrankung und

Verfahren, Zitate aus rentenauslösenden Arztberichten und Gutachten etc.) kategorisiert, um sie weiteren Berechnungen zugänglich zu machen.

2.5 Statistische Methodik

Neben einer Reihe statistischer Standardmethoden zur Berechnung von deskriptiven Kennzahlen wurden im Rahmen der vorliegenden Studie auch zwei Verfahren eingesetzt, welche nicht zum Standardrepertoire sozialwissenschaftlicher Analysen gehören. Die beiden Verfahren sollen hier kurz beschrieben werden (Details siehe Anhang).

Die Berechnung der Typologien der Belastungen und Diagnosen wurden mittels der so genannten „Latent Class Analyse“ (LCA) durchgeführt. Die Verallgemeinerung dieses Verfahrens („latent profile analysis“ bzw. „latent class mixture modeling“) wurde benutzt, um die Typologie der Berentungskonstellationen zu berechnen. Die Identifikation der Belastungs- Diagnosen- und Verfahrenstypen in ihren wechselseitigen Abhängigkeiten erfolgte mittels eines relativ jungen statistisch-methodischen Rahmens namens CART und random forest Analysen.

Die eingesetzten Latent Class Analysen⁹ gehen davon aus, dass es „latente“ Muster von Gruppenprofilen (auf mehreren Variablen, die zum Beispiel eine typische Rentenkonstellation darstellen) gibt, zu dem jedes einzelne Objekt (also jedes Dossier) eine unterschiedlich starke Bindung hat. Jedes Objekt gehört damit in unterschiedlicher Stärke zu jeder „typischen“ Gruppe. Starke Strukturen in den Daten drücken sich dann in den Ähnlichkeitsbeziehungen zwischen den „latenten Profilen“ und den konkreten, manifesten Objekten (Dossiers) dergestalt aus, dass jedes Objekt nur zu genau einem latenten Profil eine starke Nähe hat, zu allen anderen latenten Profilen aber eine grosse Distanz. Für jede Person wird eine Zugehörigkeitswahrscheinlichkeit zu jeder der latenten Klassen berechnet. Über die Zahl der zu berücksichtigenden Klassen (oder „Typen“) kann anhand statistischer Fit-Kriterien entschieden werden. Und als Ergebnis können einerseits die latenten Profile selber als „typische Muster“ gegeneinander verglichen werden, andererseits aber auch die Zugehörigkeitswahrscheinlichkeiten als metrische Variablen in der weiteren Analyse eingesetzt werden.

Die Güte einer Lösung bei der LCA ist statistisch prüfbar und die Frage nach der Anzahl der zu bildenden Klassen als statistisches Fit-Kriterium quantifizierbar. Mehr als 10 Typen sind eher selten berichtet worden. Die Profile der Latenten Klassen (also die „Typen-Profile“) werden jeweils so berechnet, dass global betrachtet die Lösung disjunkte, und jeweils möglichst nur für ein einziges Profil hohe Zugehörigkeitswahrscheinlichkeiten für alle Objekte produziert.

Bei Klassifikations- und Regressionsbäume (CART)-Analysen wird die Gesamtstichprobe sukzessive in ineinander geschachtelte, intern zunehmend homogenere Teilstichproben zerlegt wodurch in der graphischen Veranschaulichung eine Baumstruktur entsteht. Es wird die Unähnlichkeit in der jeweiligen abhängigen Variable zwischen den Knoten optimiert. CART-Analysen sind besonders gut dazu geeignet, komplexe Interaktionsstrukturen in den Daten zu entdecken und erfordern zudem keine spezifischen Verteilungsformen in den Prädiktorvariablen. Daher sind sie im vorliegenden Fall

⁹ Für eine deutschsprachige Einführung und Übersicht vgl. Rost (1996)

dazu eingesetzt worden, um die Beziehungen zwischen Belastungskonstellationen, soziostrukturellen Bedingungen (Region, Branche, historische Periode, Lebensalter, Geschlecht, Bildung, Kinderzahl), Krankheitskonstellationen und Berentungskonstellationen zu überprüfen.

Es wurde zusätzlich ein Verfahren eingesetzt, das die Stabilität dieser Bäume bei einer grossen Zahl von möglichen Stichproben derselben Grundgesamtheit überprüfen soll. Random Forest Analysen erfüllen diesen Zweck dadurch, dass sie einerseits eine Vielzahl von zufälligen Stichprobenreplikationen (sog. „bootstrapping“) erzeugen und dann andererseits schrittweise mit jeweils zufällig zugelassenen Prädiktorvariablen pro Stichprobe einen Klassifikationsbaum berechnen.

3 Soziodemografische Situation der IV-Rentner/innen

Im Folgenden werden einige Eckdaten der Berenteten nach Code 646 dargestellt.

Tabelle 3-1: Soziodemografische Merkmale der Berenteten nach Code 646

Variable	Anzahl	Prozent	Variable	Anzahl	Prozent
Geschlecht			Höchste Bildungsstufe		
Männlich	411	47.1	Obligatorische Schule	298	39.1
Weiblich	462	52.9	Sekundärstufe	411	53.9
Altersgruppen bei Anmeldung			Tertiärstufe	53	7.0
Bis 29	153	17.9	Berufsqualifikation vorhanden		
30-39	210	24.5	Nein	264	39.2
40-49	286	33.4	Ja	409	60.8
50+	207	24.2	Nationalität SchweizerIn		
Bei letzter Anmeldung verheiratet			Nein	256	29.8
Nein	477	53.8	Ja	548	63.7
Ja	410	46.2	Unklar	56	6.5
Eheschliessungen insgesamt			Herkunftsland		
Nie geheiratet	292	35.0	Schweiz	557	65.7
Ein- oder mehrmals	568	65.0	Italien	56	6.6
Anzahl Kinder			Spanien	13	1.5
0	390	45.3	Portugal	28	3.3
1	141	16.4	Frankreich	30	3.5
2	193	22.4	Deutschland	13	1.5
3	86	10.0	Nachfolgestaat. Jugoslawien	83	9.8
4 und mehr	50	5.8	Türkei	40	4.7
Alleinerziehend (länger als 2 Jahre)			Andere	28	3.3
Nein	760	89.7	Umgebung, in der aufgewachsen		
Ja	87	10.3	Ländlich	310	57.2
Wohnsituation			Gemischt	95	17.5
Allein	197	24.4	Urban	137	25.3
Mit Partner/Kinder	457	56.7	Wohnort nach Grossregion (ohne Ausland)		
Bei Eltern	81	10.0	Genferseeregion	186	22.0
WG/Freunde	17	2.1	Mittelland	156	18.4
Institution	44	5.5	Nordwestschweiz	177	20.9
Anderes	10	1.2	Zürich	133	15.7
Durchschnittliches Erwerbseinkommen pro Jahr			Ostschweiz	62	7.3
Männer	21'000		Zentralschweiz	93	11.0
Frauen	15'100		Tessin	39	4.6
Anzahl Schuljahre			Jahr der letzten IV-Anmeldung		
<5 Jahre	37	4.6	Vor 1991	180	21.0
5-8 Jahre	211	26.1	1991 bis 1994	194	22.6
9 Jahre	418	51.7	1995 bis 1998	218	25.4
10+ Jahre	143	17.7	1999 bis 2005	266	31.0

Tabelle 3-1 zeigt im Überblick Anzahl und prozentuale Verteilung einiger wesentlicher Merkmale.¹⁰ Unter den Berenteten sind die Frauen leicht übervertreten, ebenso die Altersgruppen über 40 Jahre. Fast zwei Drittel der Berenteten sind oder waren einmal verheiratet. Der grössere Teil lebt mit Partnerin oder Partner und Kindern zusammen, rund 10% ziehen die Kinder alleine auf. Bei diesen Alleinerziehenden handelt es sich mit einer einzigen Ausnahme um Frauen. Es fällt auf, dass nur ein geringer Teil der Berenteten über eine längerdauernde Schulbildung verfügt und gar nur ein sehr geringer Anteil über eine Tertiärausbildung, also eine Fachhochschule, Hochschule oder weiterführende Berufsschule besucht hat. Insgesamt verfügen 40% der Berenteten über keine qualifizierte Berufsausbildung.

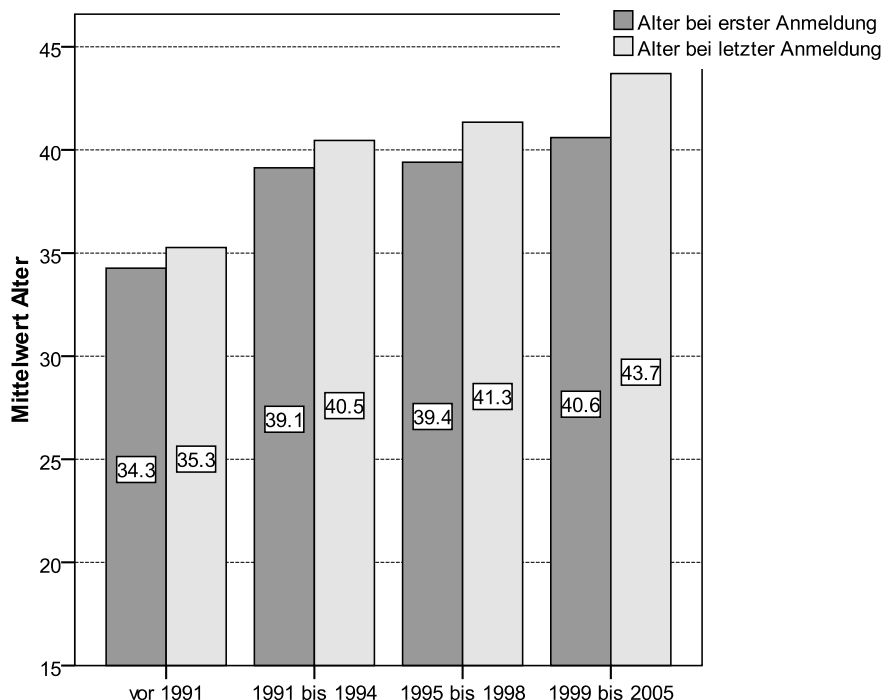
Bemerkenswert ist zudem das im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung doch sehr tiefe durchschnittliche Erwerbs-Einkommen der Berenteten, die überhaupt über eine Erwerbsbiografie verfügen (die folgenden Einkommen wurden jeweils für Männer und Frauen separat auf das Jahr 1993 normiert): Die Männer haben über ihre gesamte Erwerbsbiografie hinweg durchschnittlich 21'000 Franken pro Jahr verdient, die Frauen typischerweise weniger, nämlich rund 15'000 Franken. Betrachtet man zum groben Vergleich das (ebenfalls auf 1993 normierte) Jahreseinkommen von Erwerbstätigen in der Schweiz, so verdienten beispielsweise im Jahr 2006 Männer brutto rund 60'000 Franken, die Frauen rund 50'000 Franken. Ein effektiver Vergleich ist allerdings nicht möglich, da wir das frühere Arbeitspensum der Berenteten anhand der Daten nicht kennen - im Gegensatz zu den in der Allgemeinbevölkerung erhobenen Werten, die auf ein Vollzeitpensum hochgerechnet sind. Der sehr grosse Unterschied zu den Einkommen der Berenteten gibt aber dennoch ein Bild davon, dass diese entweder häufig kein volles Arbeitspensum hatten oder, respektive und, häufiger nicht gearbeitet haben. Die jährlichen Maximaleinkommen der Berenteten zeigen aber, dass diese mit ganz wenigen Ausnahmen nicht in hohen Einkommensklassen waren.

Etwa zwei Drittel sind gebürtige Schweizer, ein Drittel sind Migrantinnen und Migranten. Bei den Herkunftsländern der MigrantInnen handelt es sich zum einen hauptsächlich um die „älteren“ Einwanderungsländer wie Italien und Portugal und andererseits um „neuere“ Einwanderungsländer wie die Türkei und vor allem die Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens. Der grösste Teil der Eingewanderten ist zudem in ländlicher Umgebung aufgewachsen. Im Weiteren wird nun auf einige soziodemografische Merkmale genauer eingegangen, und es werden einige ausgewählte Zusammenhänge sowie Veränderungen über die Zeit hinweg aufgezeigt.

3.1 Alter, Geschlecht und Zivilstand

In Bezug auf das Alter der wegen psychischer Probleme berenteten Personen zeigen sich einige interessante Resultate. Betrachtet man das Alter, in dem sie sich erstmals respektive zum letzten Mal vor der jetzt bestehenden IV-Berentung bei einer IV-Stelle angemeldet haben, über die Zeit der letzten etwa 20 Jahre hinweg, so sieht man einen klaren Anstieg des Alters bei Erst- wie auch bei Letztanmeldung (Abbildung 3-1):

¹⁰ Hinweis zu sämtlichen Übersichts-Tabellen zu Beginn der jeweiligen Kapitel: Die Unterschiede in Bezug auf die Anzahl der Nennungen (N) kommen durch die Möglichkeit von Mehrfachantworten oder durch Unterschiede bei den fehlenden Werten (siehe Abbildung zum Datenmodell im Anhang) zu Stande: Dossierbedingt konnten nicht immer alle Merkmale codiert werden.

Abbildung 3-1: Veränderung des Durchschnittsalters bei erster und letzter IV-Anmeldung

Im Vergleich zu den Versicherten, die sich vor 1991 erstmals bei der Invalidenversicherung angemeldet haben, ist das Durchschnittsalter bei den Erstanmeldungen ab 1999 um 6 Jahre angestiegen. Bei den Letztanmeldungen (viele Personen haben sich mehr als einmal bei der Invalidenversicherung angemeldet) beträgt der Altersunterschied sogar 8 Jahre. Das Alter der angemeldeten Personen ist - abgesehen von einer Abflachung in den Jahren 1995 bis 1999 - stetig angestiegen. Das weist darauf hin, dass es sich bei den Versicherten, die sich in den letzten Jahren bei der Invalidenversicherung angemeldet haben, teilweise um eine Population handelt, die sich klar unterscheidet von denjenigen, die sich in früheren Jahren angemeldet haben.

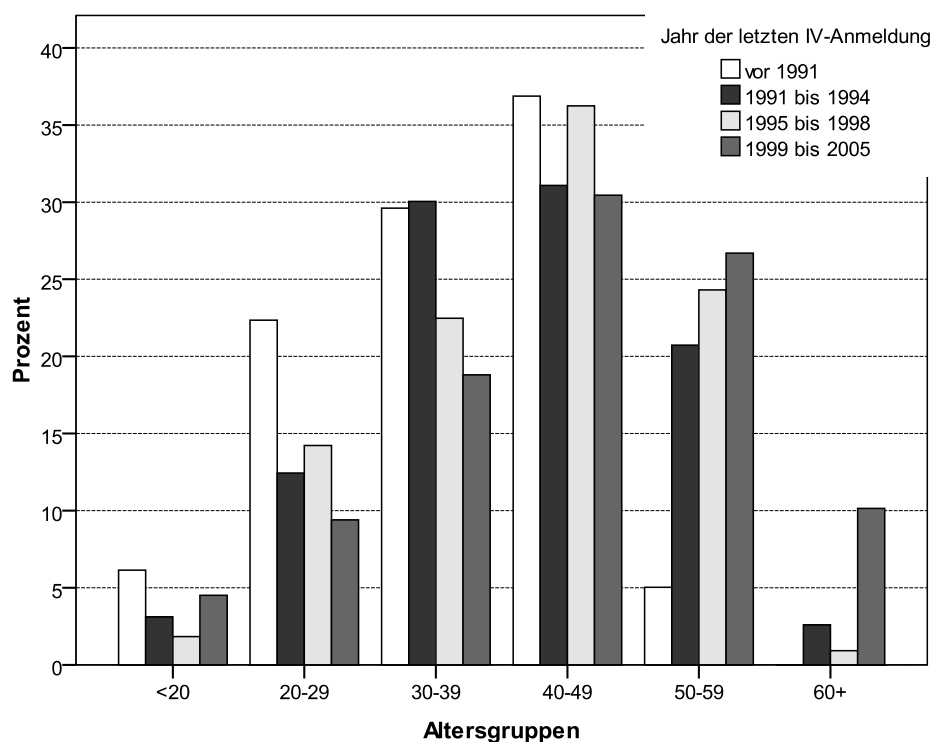
Auffallend ist, dass das Alter bei der letzten (von gegebenenfalls mehreren) Anmeldungen stärker angestiegen ist als das Alter bei der ersten Anmeldung: Betrag der Unterschied zwischen erster und letzter Anmeldung vor 1991 noch etwa ein Jahr, so waren es bei der letzten Anmeldungskohorte knapp 4 Jahre. Dies mag damit zusammenhängen, dass die Zahl der Anmeldungen zwischen vor 1991 und nach 1999 durchschnittlich von 1.2 auf über 1.5 Anmeldungen pro Person gestiegen ist. Je mehr Anmeldungen durchschnittlich vorhanden sind desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Zeitunterschied steigt, da bei einer einzigen Anmeldung der Zeitunterschied natürlich gleich null ist. Abgesehen davon weisen die Daten aber auch zum einen auf Veränderungen in der Population der aus psychischen Gründen berenteten Personen hin und zum anderen auf Veränderungen im IV-Verfahren. Dies wird weiter unten genauer analysiert.

Betrachtet man die einzelnen Altersgruppen nach Anmeldungsjahr bei der Invalidenversicherung, sieht man einige Trends (Abbildung 3-2): Die Anteile der (letzten) IV-Anmeldungen haben sich in den letzten rund 20 Jahren bei den jungen Altersgruppen der unter 20-Jährigen, der unter 29-Jährigen und der unter 39-Jährigen verringert - bei den unter 29-Jährigen um mehr als die Hälfte, bei den unter 39-Jährigen um fast die Hälfte. Hingegen sind die IV-Anmeldungen in der Altersgruppe

50-59 Jahre um über das Fünffache angestiegen - ähnliches gilt auch für die (zahlenmässig allerdings nicht so relevante) Altersgruppe 60 plus.

Das heisst, die schliesslich aus psychischen Gründen berenteten Personen gelangen immer später zur Invalidenversicherung. Oder anders gesagt: Früher waren es eher jüngere Menschen, die nach Code 646 berentet wurden, heute sind es immer mehr ältere. Auch hier geben die Daten Anlass dazu, an eine gewisse Veränderung der aus psychischen Gründen berenteten Personengruppe zu denken. Die vor den 90er Jahren berenteten Personen sind nur bedingt vergleichbar mit denjenigen, die heute aus psychischen Gründen berentet werden.

Abbildung 3-2: Veränderungen der Altersgruppen bei IV-Anmeldung

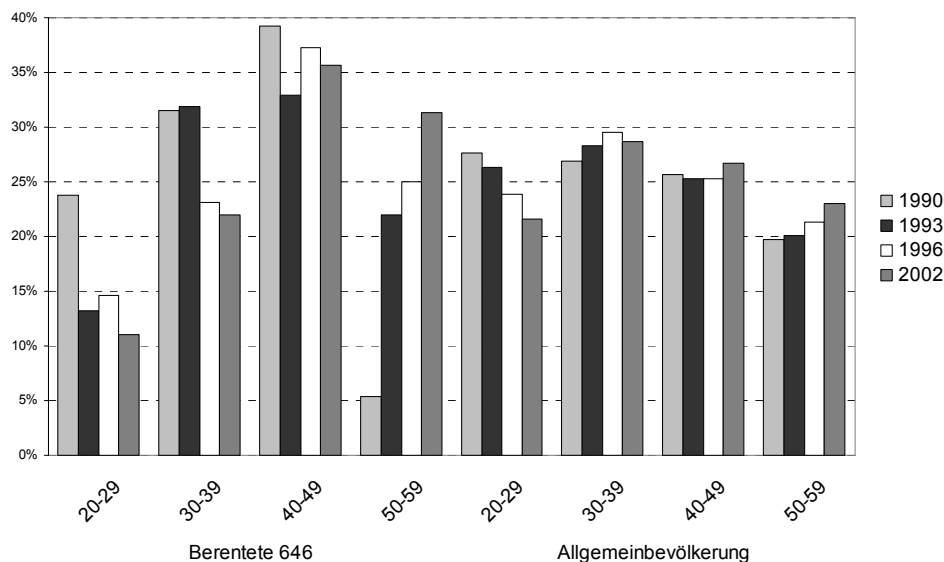


Es wäre denkbar, dass die Verschiebung der Altersgruppen - also der Rückgang bei den Jüngeren und der Anstieg bei den Älteren Resultat ist der demografischen Entwicklung in der Schweiz. Effektiv haben sich die relativen Anteile der für uns relevanten Altersgruppen zwischen 20 und 65 Jahren auch in der Allgemeinbevölkerung (Erwerbstätige) verändert (Abbildung 3-3). Vergleichswerte für die von uns gebildeten Anmeldungs-Kohorten (vor 1991, 1991-1994, 1995-1998, 1999-2005) waren für die Allgemeinbevölkerung die jeweiligen etwa in der Mitte liegenden respektive verfügbaren Jahre 1990, 1993, 1996 und 2002.

Vergleicht man die relativen Veränderungen der Altersgruppen am Total dieser Altersgruppen (ohne Berücksichtigung der für unsere Population weniger relevanten unter 20- und über 60-Jährigen, daher auch die leichten Anteilsunterschiede bei den Berenteten zur vorherigen Abbildung), so zeigen sich aber doch deutliche Differenzen: Bei den Berenteten nach Code 646 ist die Altersgruppe der unter 30-Jährigen viel stärker zurückgegangen und die Altersgruppe der über 50-Jährigen viel deutlicher angestiegen als in der Allgemeinbevölkerung in der Schweiz. Zudem ist der Anteil der 30- bis

39-Jährigen in der Schweizer Bevölkerung nicht zurückgegangen wie dies bei unseren Daten der Fall ist. Die Demografie erklärt demnach die veränderte Alterszusammensetzung der psychisch bedingten Invalidisierungen nur zum Teil.

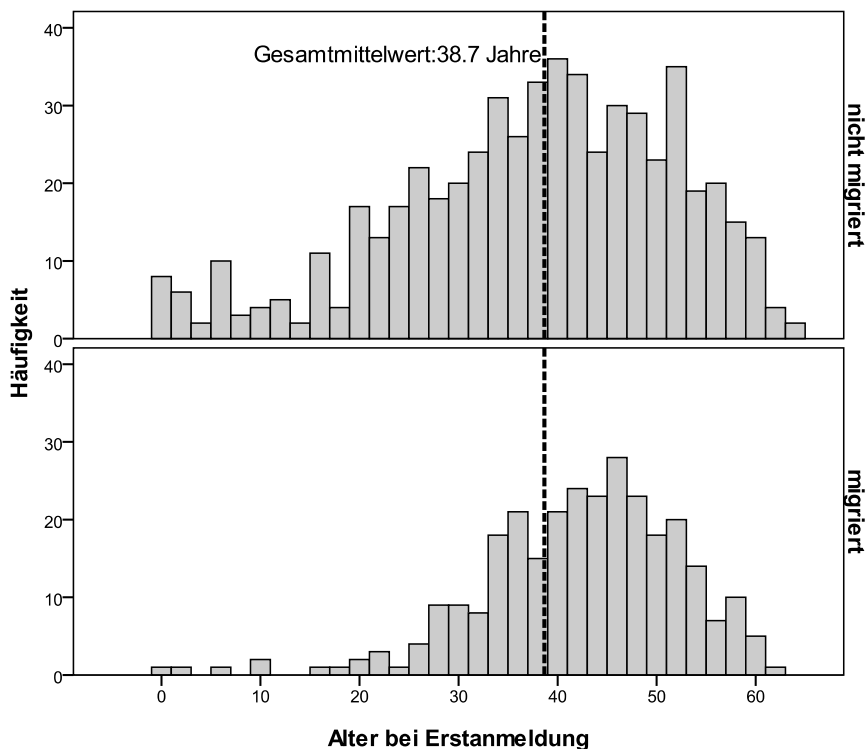
Abbildung 3-3: Altersgruppen-Vergleich zwischen Berenteten und Allgemeinbevölkerung



Quelle: Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP), BFS

Vergleicht man die Altersverteilung der Versicherten bei ihrer IV-Anmeldung so zeigen sich unter anderem relativ klare Unterschiede nach Herkunftsland respektive danach, ob es sich um Versicherte handelt, die in der Schweiz aufgewachsen sind oder um Versicherte, die in die Schweiz eingewandert sind (Abbildung 3-4). Das durchschnittliche Alter aller nach Code 646 Berenteten liegt bei 38.7 Jahren. Dieser Wert wird von den eingewanderten Versicherten allerdings deutlich übertroffen, ihr Durchschnittsalter bei der ersten IV-Anmeldung liegt bei über 45 Jahren. Migrantinnen und Migranten melden sich also typischerweise einige Jahre später erstmals bei der Invalidenversicherung an als in der Schweiz Aufgewachsene. Die Altersverteilungen nach Herkunftsland zeigen auch, dass bei den Schweizern ein erheblicher Teil der Erstanmeldungen im Kindes- und Jugendalter liegt - dies ist bei den Eingewanderten erwartungsgemäss seltener der Fall, da sie in diesem Alter oft noch gar nicht in der Schweiz lebten.

Ein deutlich höheres Alter bei der IV-Anmeldung ist natürlich kein isoliertes unabhängiges Resultat, sondern verbunden mit weiteren Unterschieden in Bezug auf die Art der Erkrankung, auf die vorhandenen Ressourcen und Defizite, und das Alter wirkt möglicherweise auch auf die Art des IV-Verfahrens ein. Wenn beispielsweise ein höheres Alter bei der Anmeldung zusammenhängt mit einem späteren Erkrankungsalter, dann ist es wahrscheinlicher, dass jemand sich familiär und beruflich etablieren und über eine gewisse Zeit hinweg 'funktionieren' konnte. Ein frühes Anmeldungsalter könnte dann umgekehrt bedeuten, dass jemand vielleicht sozial und beruflich gar nie voll integriert war. Die hinter diesem Altersunterschied vorhandene Dynamik wird in den folgenden Kapiteln schrittweise verdichtet.

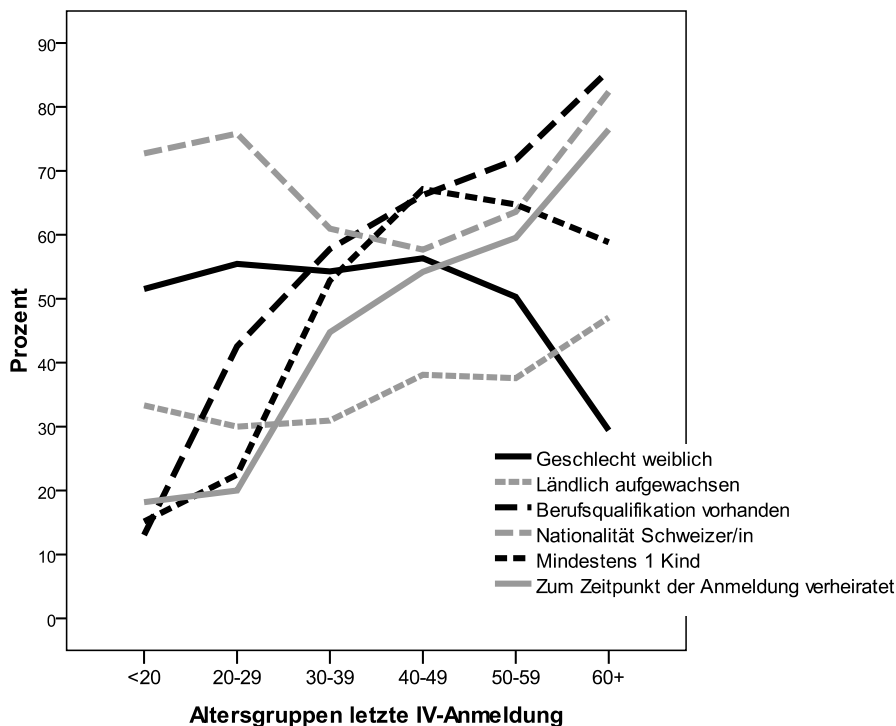
Abbildung 3-4: Altersverteilung bei erster IV-Anmeldung nach Herkunftsland

Ein relevanter durchschnittlicher Anstieg des Alters bei der IV-Anmeldung führt dazu, dass sich die Angemeldeten heute nicht nur in Bezug auf die Nationalität, sondern in Bezug auf diverse soziodemografische Merkmale unterscheiden von denjenigen, die sich beispielsweise noch in den 80er Jahren bei der Invalidenversicherung angemeldet haben (Abbildung 3-5).

Ein höheres IV-Anmeldungsalter hängt zusammen mit einem erhöhten Anteil von Versicherten, die über eine Berufsqualifikation verfügen: Versicherte, die sich nach ihrem 50. Altersjahr bei der IV anmelden, verfügen zu fast 90% über eine berufliche Qualifikation. Bei denjenigen, die sich vor dem 30. Altersjahr anmelden, ist das nur bei rund 40% der Fall. Das weist möglicherweise umgekehrt auch darauf hin, dass eine abgeschlossene Berufsbildung ein protektiver Faktor gegenüber einer frühen Berentung ist.

Parallel zum Anstieg der Berufsqualifikationsquote steigt mit zunehmendem Alter auch der Anteil der Verheirateten. Das kann umgekehrt wiederum heissen, dass 'Verheiratet-Sein' ein protektiver Faktor in Bezug auf eine frühe Berentung ist. Wer sich erst in höherem Alter anmelden muss und damit wahrscheinlich auch erst in höherem Alter erkrankt ist, hatte länger Zeit, eine Partnerschaft zu etablieren. Bezüglich Nationalität zeigt sich bei den psychisch bedingten Berenteten, dass der Anteil der Schweizer vor allem in den jüngsten und ältesten Altersgruppen der Erwerbstätigen besonders hoch ist. In den Altersgruppen zwischen 30 und 60 Jahren - und vor allem zwischen 40 und 49 - sind die Eingewanderten überdurchschnittlich vertreten. Dies entspricht sicher auch ihrer generell guten Vertretung in dieser Altersgruppe.

Abbildung 3-5: Verschiedene soziodemografische Merkmale nach Altersgruppen



Der etwas höhere Anteil von älteren Versicherten, die in ländlicher Umgebung aufgewachsen sind, hängt womöglich mit dem höheren Anteil von Eingewanderten in diesen Altersgruppen zusammen.

Der mit 70% sehr hohe Männeranteil in der (zahlenmässig kleinen) höchsten Altersgruppe ist kein spezifisches Resultat für die nach Code 646 Berenteten, sondern bei den gesamten Invalidisierungen in der Schweiz ein Phänomen bei dieser Altersgruppe. Hier handelt es sich wie unsere Daten zeigen überproportional oft um Frühpensionierungen.

Betrachtet man die Zusammenhänge von Geschlecht und anderen soziodemografischen und sozio-ökonomischen Merkmalen der Berenteten nach Code 646 so zeigen sich einige statistisch hoch signifikante Zusammenhänge (die man allerdings teilweise auch in der Allgemeinbevölkerung findet). Frauen verfügen häufiger als Männer über keinerlei Berufsqualifikation, sind bei den rein manuellen Berufen untervertreten und haben häufiger höchstens die obligatorische Schulzeit absolviert

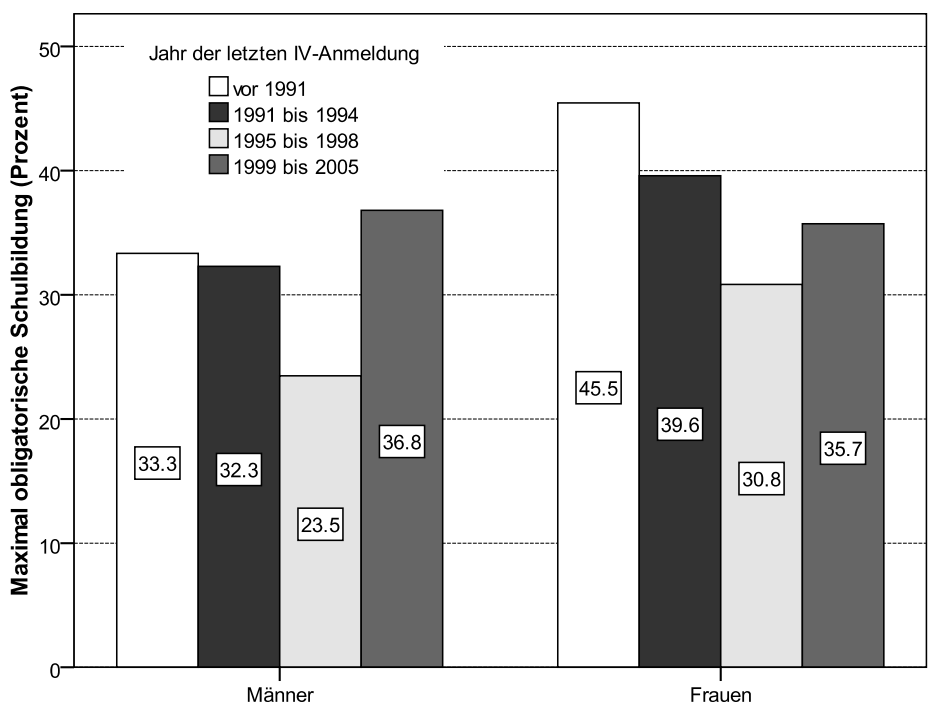
In Bezug auf die familiäre Situation sind sie hingegen besser eingebunden als die Männer, sie wohnen häufiger mit Partner und Kindern zusammen (statt alleine) und waren früher (und häufiger) verheiratet als die Männer. Bei ihrer ersten Heirat (und ihrer allfälligen ersten Scheidung) sowie bei der Geburt der Kinder waren sie zudem jünger als die Männer.

Die Berenteten nach Code 646 sind generell zu einem etwa gleich hohen Prozentsatz verheiratet wie die Erwerbstätigen in der Allgemeinbevölkerung. Hingegen zeigen sich deutliche Unterschiede bei den Frauen in Bezug auf den Status 'alleinerziehend während mehr als zwei Jahren'. Bei den berenteten Frauen waren mit 10% doppelt so viele alleinerziehend wie bei den Frauen in der erwerbstätigen Allgemeinbevölkerung.

Sehr viel schlechter ist hingegen wie erwähnt das Einkommen der Frauen gegenüber demjenigen der Männer - auch dies ein Ergebnis, das die IV-berenteten Frauen nicht prinzipiell von den Frauen in der Allgemeinbevölkerung abhebt. Allerdings ist der Einkommensunterschied bei den berenteten Frauen noch deutlicher (über 30%) als bei den Frauen in der Allgemeinbevölkerung (rund 20%). In Anbetracht der familiären Situation der berenteten Frauen - sie haben häufiger eine Familie als die Männer - ist es denkbar, dass der Einkommensunterschied auch mit den familiären Betreuungsaufgaben und einem allenfalls reduzierten Pensum als Erwerbstätige zusammenhängt.

In Bezug auf das Geschlecht und die höchste erreichte Schulbildung ist der zeitliche Vergleich interessant (Abbildung 3-6):

Abbildung 3-6: Maximal obligatorische Schulbildung (Berentete)



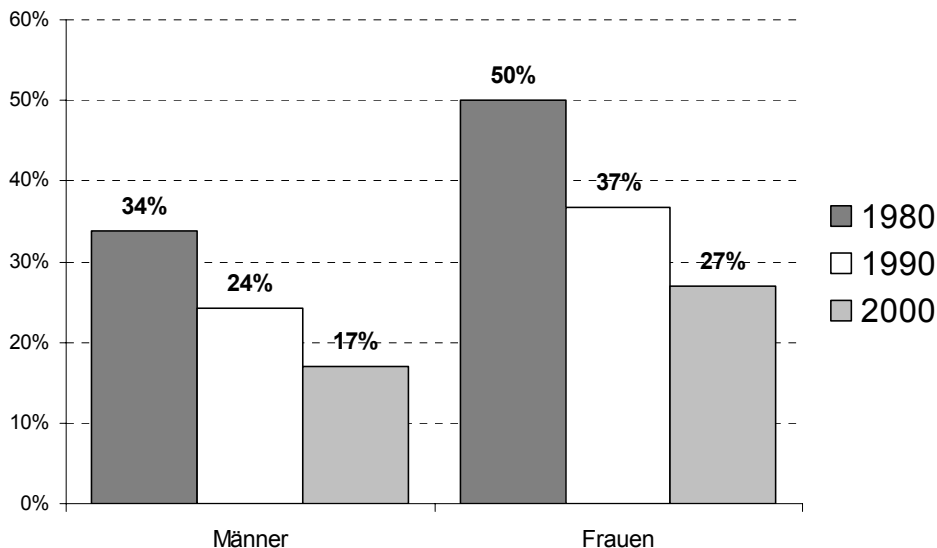
Ist bei den männlichen Berenteten über die letzten rund 20 Jahre kein klarer Trend zu erkennen, so zeigt sich bei den Frauen, dass sie zunehmend über eine höhere Schulbildung verfügen: Die Frauen, die sich vor 1991 bei der Invalidenversicherung angemeldet haben, verfügten nur zu etwas mehr als 50% über mehr als die obligatorische Schulbildung.

Bei denjenigen Frauen, die sich nach 1995 angemeldet haben, verfügten 65-70% über eine höhere Schulbildung. Waren die Frauen, die wegen Code 646 berentet wurden, bis 1998 immer schlechter gebildet als die Männer, ist dieses Verhältnis seit 1999 ausgeglichen.

Speziell bei Frauen hat sich demnach in den letzten Jahren das Bildungsprofil verändert, es haben sich zunehmend Frauen angemeldet, die über eine gute Schulbildung wie auch über eine Berufsqualifikation verfügen.

Der Vergleich mit dem Bildungsstand der Wohnbevölkerung der 25-64-Jährigen in der Schweiz macht deutlich, dass die berenteten Frauen zumindest bis Ende der 90er Jahre dem gesamtschweizerischen Trend der Frauen folgen, wenn auch auf schlechterem Niveau (Abbildung 3-7):

Abbildung 3-7: Maximal obligatorische Schulbildung (Wohnbevölkerung, 25-64 Jährige)



Quelle: Eidgenössische Volkszählungen 1980, 1990 und 2000, BFS

Seit dem Ende der 90er Jahre hat sich die Bildungssituation der berenteten Frauen gegenüber den Frauen in der Allgemeinbevölkerung wieder verschlechtert. 36% der berenteten Frauen verfügen über maximal eine obligatorische Schulbildung gegenüber nur 27% der Frauen in der Allgemeinbevölkerung.

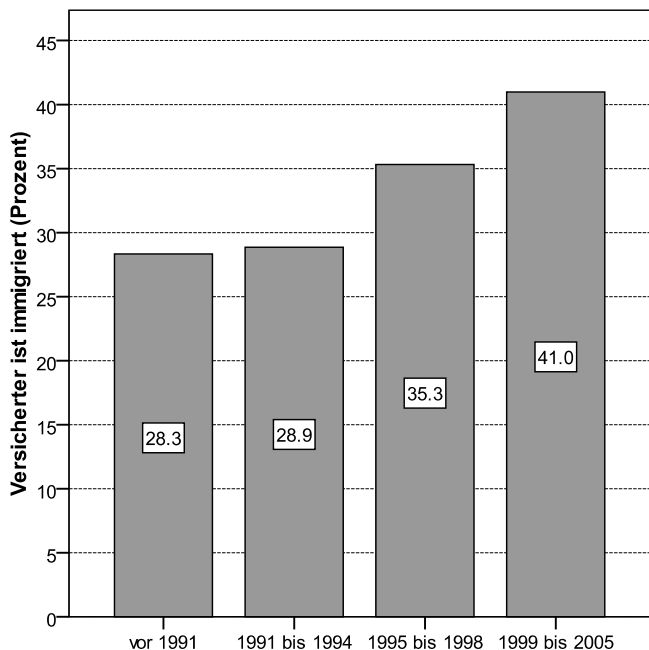
Bei den männlichen Berenteten ist die Situation generell anders als diejenige der männlichen Allgemeinbevölkerung: hat sich der Anteil mit geringer Bildung in der Allgemeinbevölkerung zwischen 1980 und 2000 von 34% auf 17% halbiert, so ist dieser bei den berenteten Männern insgesamt auf dem Niveau der 80er Jahre stehen geblieben respektive seither sogar leicht angewachsen.

Die nach Code 646 berenteten Männer verfügen demnach im Jahr 2000 doppelt so oft wie die Männer in der Allgemeinbevölkerung über eine maximal obligatorische Schulzeit - die berenteten Frauen haben im Jahr 2000 mit 36% gegenüber 27% ebenfalls einen klar erhöhten Anteil von schlecht Gebildeten.

3.2 Migration

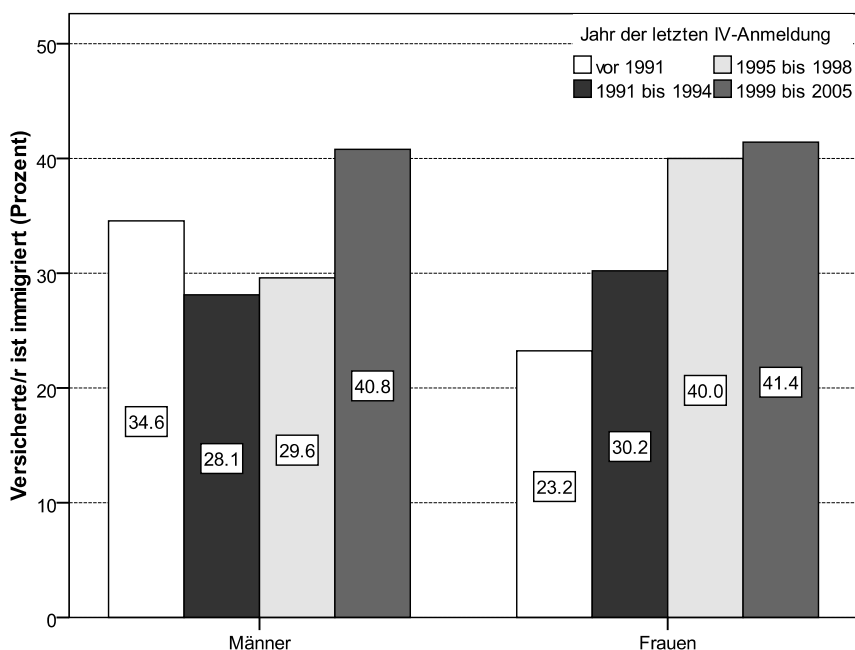
Ob eine Person, die nach Code 646 berentet wurde, selbst in die Schweiz eingewandert ist, scheint für die Entwicklung dieser Gruppe von Berenteten ein wesentliches Merkmal zu sein. Über die Zeit hinweg hat sich die Quote von immigrierten Berenteten nach 646 deutlich verändert (Abbildung 3-8).

Abbildung 3-8: Entwicklung des Anteils von MigrantInnen



Handelte es sich noch vor 1991 bei den IV-Anmeldungen wegen psychischer Gründe zu knapp 30% um Migrantinnen und Migranten, so waren es in der jüngsten Zeit über 40%. Auffallend ist, dass die Migrantinnen gegenüber den Migranten ‚aufgeholt‘ haben (Abbildung 3-9):

Abbildung 3-9: Veränderungen der Anteile von Migrantinnen und Migranten



Vor 1991 waren es vor allem männliche Eingewanderte, die sich bei der Invalidenversicherung angemeldet haben, heute ist das Verhältnis von Migrantinnen und Migranten ausgeglichen. Dies könnte auch mit den unterschiedlichen Situationen in den ‚alten‘ und ‚neuen‘ Herkunftsländern, mit unterschiedlichen Beweggründen für die Migration (eher Arbeitssuche oder eher Flucht) oder mit veränderten gesetzlichen Regelungen zusammenhängen (beispielsweise Aufhebung des Saisonierstatut für Nicht-EU-Angehörige 1991, Personenfreizügigkeitsabkommen mit der EU 2002).

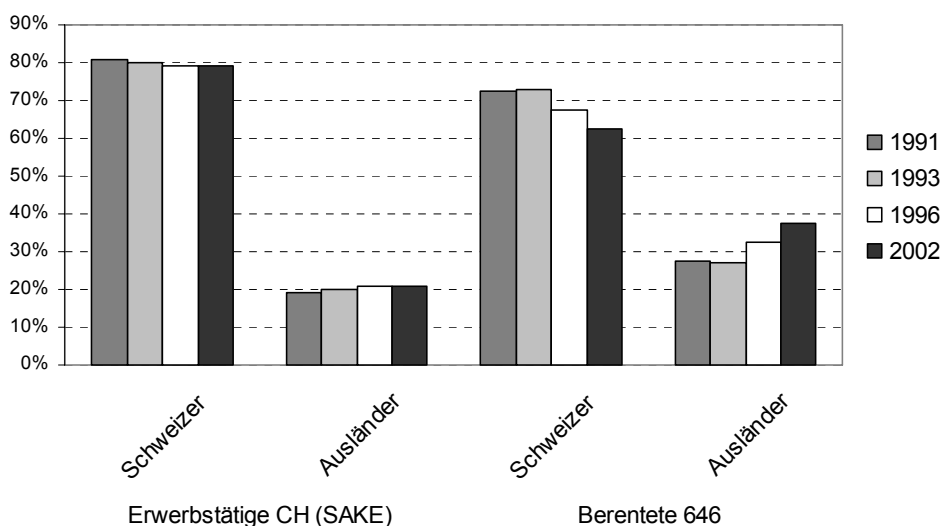
Auch hier stellt sich die Frage, ob dies eine Entwicklung ist, die spezifisch für psychisch bedingte Renten gilt, oder ob es sich um eine allgemeine Entwicklung in der Bevölkerung handelt (Abbildung 3-10).

Der Vergleich zwischen der Erwerbstätigenpopulation und den RentnerInnen mit psychischen Störungen zeigt, dass in der Tat auch bei der erwerbstätigen Bevölkerung der Ausländeranteil leicht angestiegen ist, allerdings nur um einen sehr geringen Anteil. Insgesamt liegt die Ausländerquote bei der erwerbstätigen Bevölkerung früher wie heute bei etwa 20%.

Bei den Berentungen aus psychischen Gründen hingegen ist der Ausländeranteil (wegen der Vergleichbarkeit mit der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung wurde auch bei den Berenteten dafür die ‚Nationalität bei Antragstellung‘ und nicht der ‚Herkunftsstaat‘ hinzugezogen) seit der Zeit vor 1991 stetig angestiegen.

Es handelt sich dabei also nicht um einen generellen Anstieg der eingewanderten Bevölkerung bei den Erwerbstätigen, sondern um ein spezifisches Charakteristikum der berenteten Personen. Die erhöhte Ausländerquote ist aber wohl nicht nur bei den psychisch bedingten IV-Berentungen zu finden, sondern auch bei Invalidisierungen wegen anderer Ursachen.

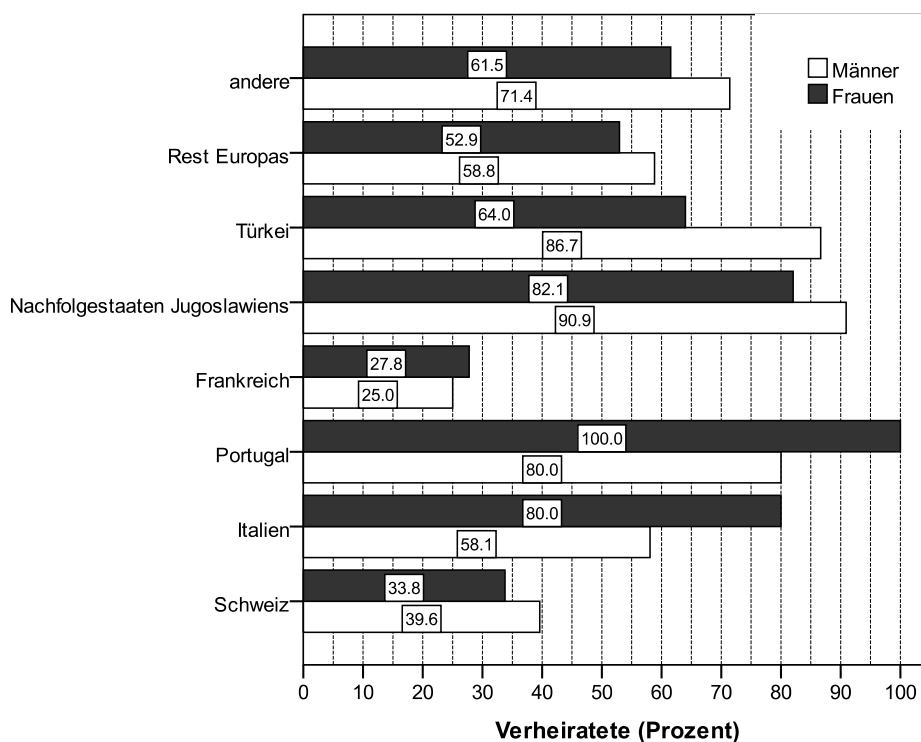
Abbildung 3-10: Nationalitäten-Vergleich zwischen Berenteten und Allgemeinbevölkerung



Quelle: Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE), BFS

Der Anstieg des Ausländeranteils bei den IV-Anmeldungen in den letzten rund 20 Jahren führt dazu, dass sich auch andere Merkmale der Berenteten nach § 646 verändert haben, beispielsweise Zivilstand, Wohnsituation, Kinderzahl oder Stadt-Land-Unterschiede (Abbildung 3-11):

Abbildung 3-11: Anteil der bei Anmeldung Verheirateten nach Herkunftsland und Geschlecht



Vergleicht man die Anteile der bei IV-Anmeldung Verheirateten nach deren Herkunftsland und Geschlecht ist zu erkennen, dass zum einen die Schweizerinnen und Schweizer zusammen mit den aus Frankreich stammenden Versicherten am seltensten verheiratet sind, nur für 25 bis 40% dieser Personen trifft dies zu. Die Versicherten aus allen anderen Herkunftsländern sind viel häufiger verheiratet, besonders häufig trifft dies zu für MigrantInnen aus Portugal, den Nachfolgestaaten Jugoslawiens, der Türkei sowie Italien.

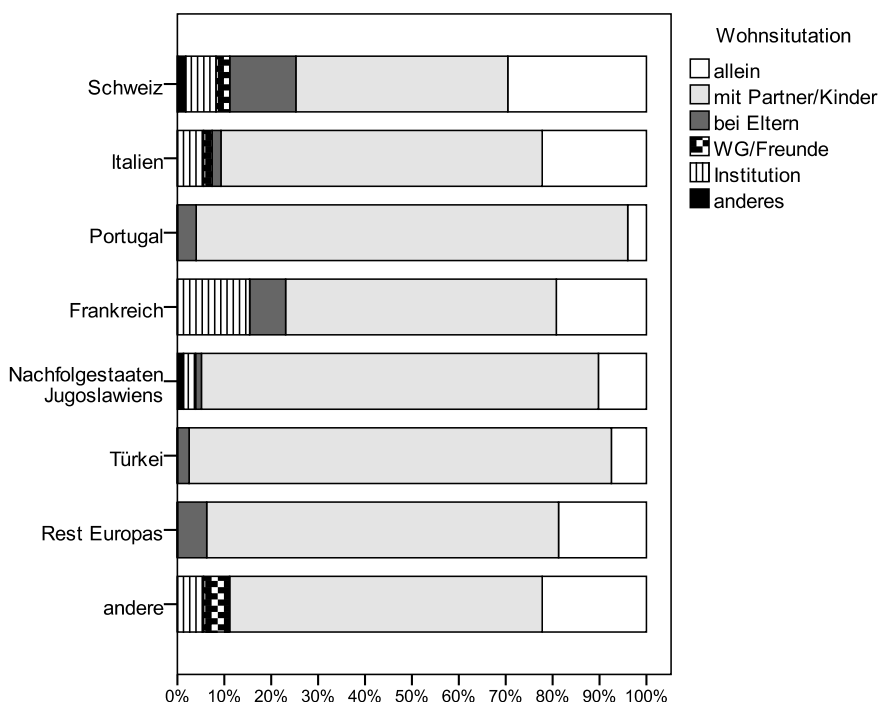
Auffallend ist weiter, dass in Bezug auf die Verheirateten das Geschlechterverhältnis von Land zu Land verschieden ist (verheiratet sind bei den MigrantInnen aus Italien und Portugal vor allem die Frauen, bei den MigrantInnen aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien häufiger die Männer), dass aber der Anteil der verheirateten Männer *zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung* insgesamt über alle Herkunftsländer etwa gleich hoch ist wie bei den Frauen.

Über die gesamte Biografie gesehen sind die Frauen hingegen seltener ledig geblieben als die Männer. Dass die Frauen *bei Anmeldung* nicht mehr häufiger verheiratet sind als die Männer bedeutet, dass sie zu diesem Zeitpunkt häufiger schon eine Ehescheidung hinter sich haben. Dies ist im Hinblick auf die mögliche Konsequenz, bei Anmeldung ‚alleinerziehend‘ zu sein - und damit auch besonders belastet - von Bedeutung.

Die Schweizer sind bei IV-Anmeldung etwas häufiger verheiratet als die Schweizerinnen, ebenso Männer aus der Türkei (n=15) sowie Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien (n=44). Umgekehrt ist es bei den Portugiesinnen (n=13), die alle verheiratet sind und den Italienerinnen (n=25), von denen 4 von 5 verheiratet sind. Hier zeigt sich demnach ein Unterschied zwischen den früheren und neueren Einwanderungsländern

In Bezug auf die Wohnsituation der Versicherten bei Anmeldung zeigen sich entsprechend dem Zivilstand wiederum Unterschiede zwischen den Herkunftsländern, diesmal vor allem auch zwischen den Schweizern und den Eingewanderten insgesamt (Abbildung 3-12):

Abbildung 3-12: Wohnsituation der Berenteten nach Herkunftsland



Die 646-Berenteten aus der Schweiz leben, entsprechend ihrer unterdurchschnittlichen Heiratsquote, nicht nur häufiger alleine, sondern sie leben vergleichsweise sehr oft noch bei den Eltern oder in einer Institution, also in einem betreuten Wohnheim.

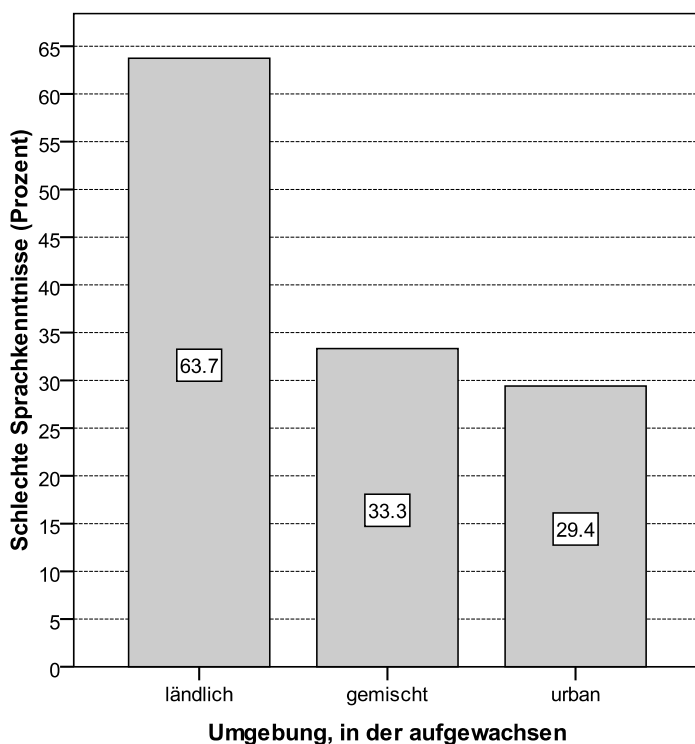
Eine etwas spezielle Gruppe - auch in Bezug auf andere Merkmale, wie noch gezeigt wird - sind die Versicherten mit französischer Herkunft (n=30). Sie wohnen ebenfalls unterdurchschnittlich oft mit Partnern und/oder Kindern zusammen, dafür häufiger als die anderen in einer Wohngemeinschaft.

Unterschiede zeigen sich auch in Bezug auf die Umgebung, in der die Versicherten aufgewachsen sind, hier grob klassifiziert nach urban, gemischt (Agglomeration) und ländlich: Die Schweizer sind zu fast 50% in einer urbanen oder stadtnahen Umgebung aufgewachsen, ähnliches gilt auch für die Franzosen und die Migranten aus der Türkei, wobei diese anders als die Franzosen recht häufig in urbaner Umgebung aufgewachsen sind. Besonders häufig urban aufgewachsen sind Einwanderer aus anderen Ländern Europas (Spanien, Deutschland, Belgien, Österreich etc.) sowie noch häufiger

aus Einwanderungsländern ausserhalb Europas. Vermehrt in ländlicher Umgebung aufgewachsen sind Einwanderer aus Italien, Portugal sowie aus dem ehemaligen Jugoslawien.

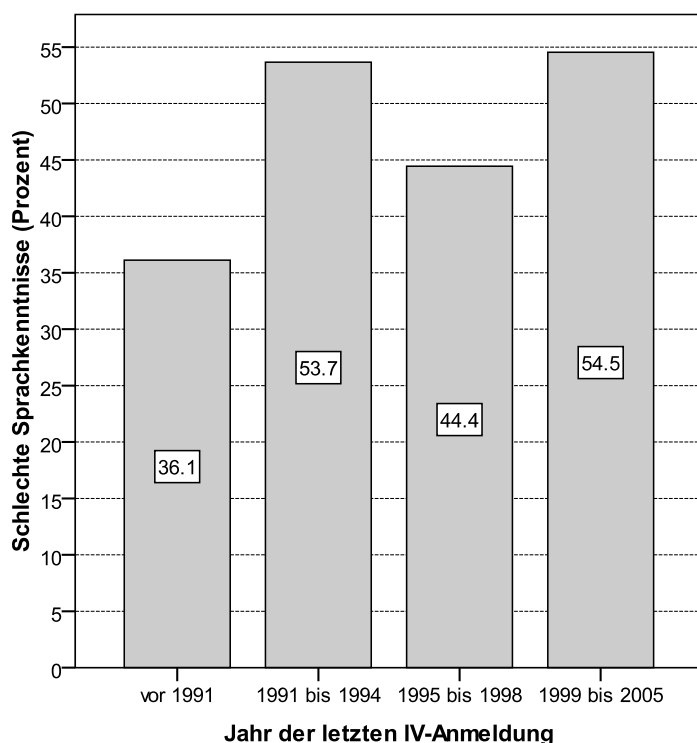
Obwohl nicht für jedes Herkunftsland einzeln übertragbar, ist dieses Stadt-Land-Merkmal auch deswegen interessant, weil die Kenntnisse der jeweiligen Landessprache der Schweiz deutlich danach variieren, ob jemand in ländlicher oder in eher städtischer Umgebung aufgewachsen ist (Abbildung 3-13):

Abbildung 3-13: Anteil Berenteter mit schlechten Sprachkenntnissen nach Herkunfts-Umgebung



Berentete nach Code 646, die in ländlicher Umgebung aufgewachsen sind, verfügen zu rund 65% über rudimentäre oder nur mässige Kenntnisse der jeweiligen Landessprache der Schweiz. Dieser Anteil ist doppelt so hoch wie bei denjenigen, die in der Stadt oder in Stadtnähe aufgewachsen sind, wobei Stadt oder Agglomeration bezüglich der Kenntnisse der jeweiligen Landessprache der Schweiz keinen Unterschied macht. Eine ländliche Herkunfts-Umgebung ist demnach wegen der möglichen Bildungsferne bezüglich Integration ein Belastungsfaktor.

Betrachtet man die Anteile der eingewanderten Versicherten mit schlechten Kenntnissen der jeweiligen Landessprache der Schweiz über die letzten rund 20 Jahre hinweg, so zeigt sich ein Trend in Richtung Verschlechterung (Abbildung 3-14).

Abbildung 3-14: Veränderungen des Anteils Berenteter mit schlechten Sprachkenntnissen

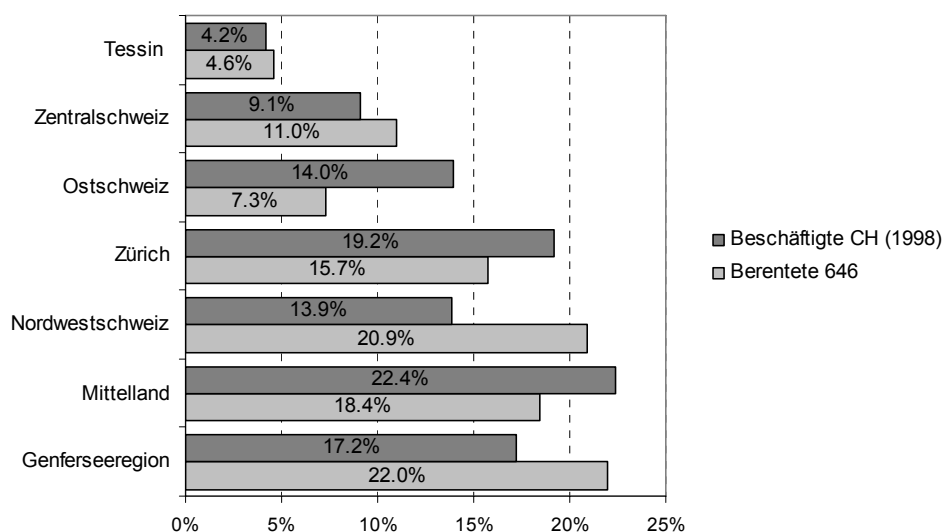
Vor den 90er Jahren verfügten noch über 63% der Eingewanderten über gute Kenntnisse der jeweiligen Landessprache. Dieser Anteil ist bis in jüngster Zeit auf 45% gesunken, das heisst, 55% der wegen psychischer Störungen berenteten Ausländer verfügen seit den 90er Jahren nur über rudimentäre bis höchstens mässige Sprachkenntnisse.

Das bedeutet wiederum, dass ‚Migranten‘ natürlich keine einheitliche Gruppe sind, sondern sich - wie die Schweizer auch - zusammensetzen aus ganz unterschiedlichen Populationen. In unserem Kontext ist einfach zu beachten, dass der Anteil von aus ländlichen Umgebungen stammenden und schlecht Deutsch (respektive Französisch oder Italienisch, je nach Sprachregion der zuständigen IV-Stelle) sprechenden Migrantinnen und Migranten in den letzten knapp 20 Jahren angestiegen ist.

3.3 646-Berentete nach Wohnortregion

Betrachtet man die Wohnortregion der wegen psychischer Störungen Berenteten so zeigen sich einige Unterschiede, wenn man sie mit den Anteilen dieser Grossregionen bei den Erwerbstätigen der Schweizer Allgemeinbevölkerung vergleicht (Abbildung 3-15):

Abbildung 3-15: Vergleich der Wohnortregionen zwischen Berenteten und Allgemeinbevölkerung



Quelle: Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE), BFS

Die Berenteten aus psychischen Gründen sind übervertreten in der Genferseeregion und in der Nordwestschweiz. In fast allen anderen Regionen sind die nach Code 646 Berenteten gegenüber den Anteilen der Beschäftigten untervertreten, respektive gleich verteilt (Tessin). Dies reflektiert das generelle Bild der erhöhten Invalidisierungswahrscheinlichkeit in den Regionen Basel und Genf.

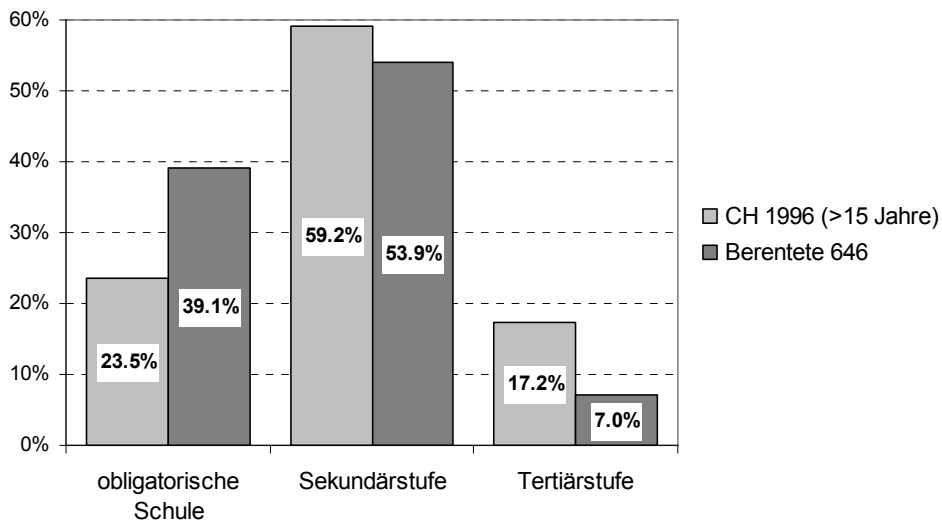
3.4 Bildung, Berufsklassifikation und Erwerbseinkommen

Bildung ist bekanntlich einer der wichtigsten protektiven Faktoren gegenüber psychischer Erkrankung und Invalidität. Der Vergleich der höchsten absolvierten Bildungsstufe von Berenteten und Allgemeinbevölkerung über 15 Jahren zeigt, dass die Berenteten aus psychischen Gründen hier ebenfalls benachteiligt sind (Abbildung 3-16):

Etwa 40% der Berenteten hat höchstens die obligatorische Schule abgeschlossen, ein doppelt so hoher Anteil wie derjenige in der Allgemeinbevölkerung. Sind bei der Sekundärstufe die Anteile etwa ausgeglichen, so zeigen sich besonders bei der Tertiärstufe die schlechteren Voraussetzungen der Berenteten: Der Anteil von Berenteten, die über eine tertiäre Ausbildung verfügen, ist nicht einmal halb so hoch wie der Anteil in der Allgemeinbevölkerung (Wert aus dem Jahr 1996).

Heute verfügen etwa 30% der Schweizer Allgemeinbevölkerung über einen tertiären Bildungsabschluss - also mehr als viermal so viele wie in der Population der psychiatrisch Berenteten.

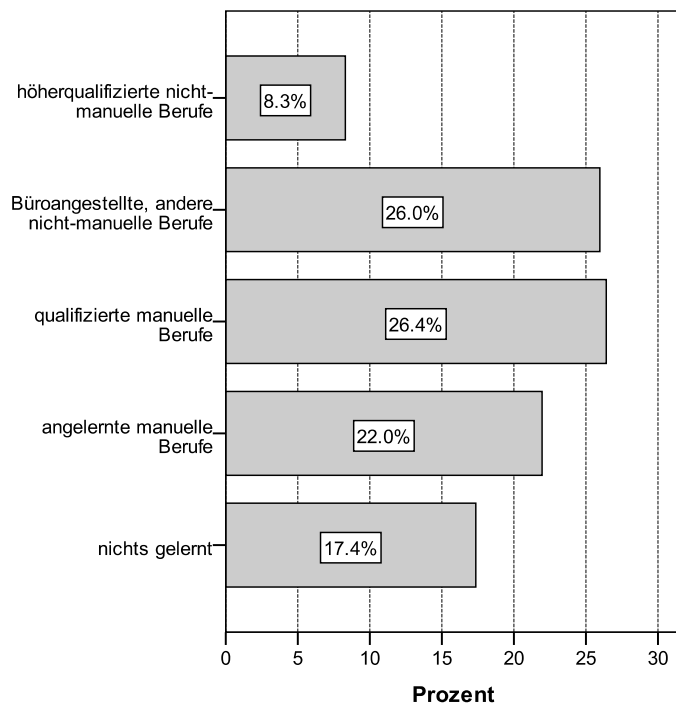
Abbildung 3-16: Bildungs-Vergleich zwischen Berenteten und Allgemeinbevölkerung



Quelle: Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE), BFS

Die folgende Verteilung der Berufsqualifikationen zeigt dabei, dass 17% der psychiatrisch Berenteten über gar keine Form von beruflicher Qualifikation verfügen, weitere 22% sind in einem manuellen Beruf angelernt worden - nicht selten ohne offizielle Anlehre, sondern 'on the job' (Abbildung 3-17):

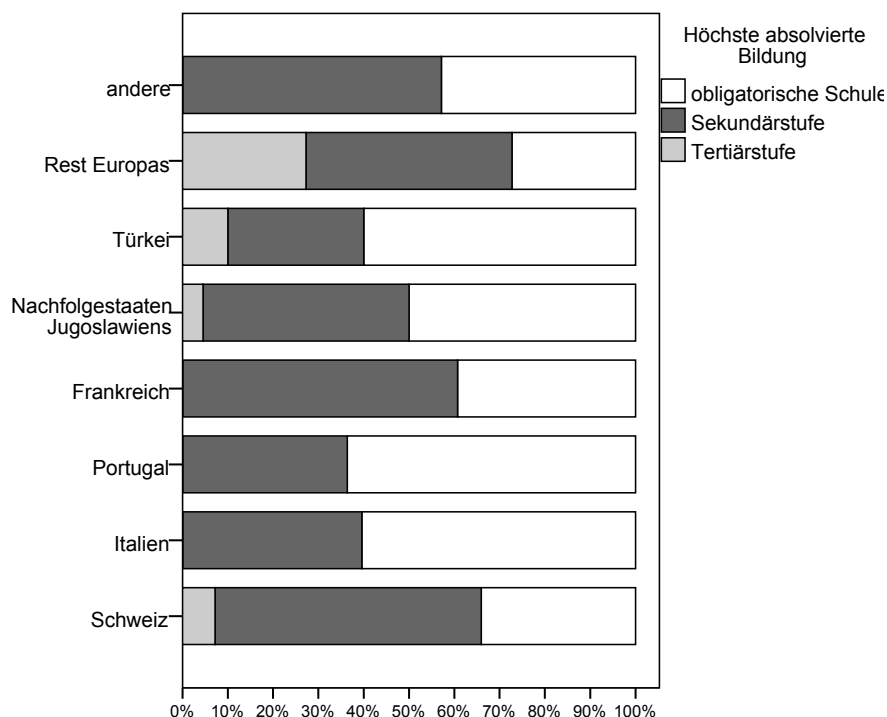
Abbildung 3-17: Verteilung der Berufsklassifikation



Insgesamt verfügen demnach 40% der Berenteten über eine geringe Berufsqualifikation. Weitere 26% verfügen über eine qualifizierte Berufsausbildung im vorwiegend manuellen Bereich (Handwerk). Nochmals 26% haben eine Berufsausbildung, vorwiegend im Bürobereich oder in anderen nicht manuellen Berufen abgeschlossen. Nur 8% der Berenteten aus psychischen Gründen verfügen über eine höher qualifizierte Ausbildung in einem nicht manuellen Beruf.

Schaut man sich den Bildungsstatus nach Herkunftsland der Berenteten an, so zeigt sich ein Graben zwischen Süd- und Osteuropa und anderen europäischen Ländern (Abbildung 3-18):

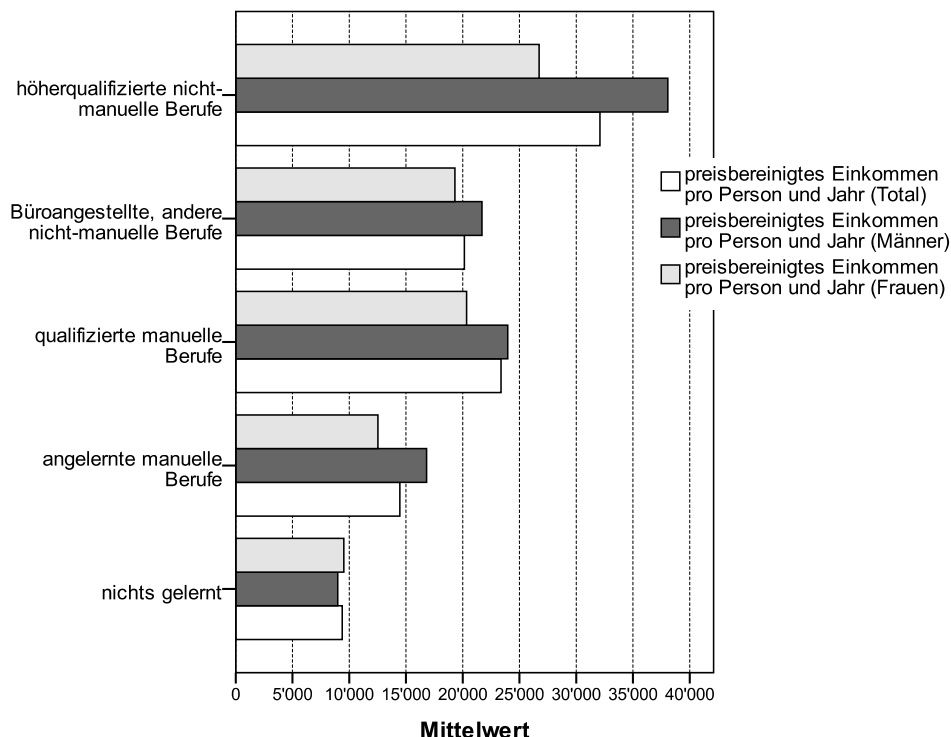
Abbildung 3-18: Höchste absolvierte Bildungsstufe nach Herkunftsland



Über eine eher hohe Bildungsstufe verfügen die Berenteten aus der Schweiz und vor allem aus europäischen Ländern, die hier nicht speziell aufgeführt sind (Rest Europas meint v.a. Mittel- und Nordeuropa). Die Versicherten aus diesen anderen europäischen Ländern verfügen im Gegenteil über die höchste Quote von Ausbildungen auf der Tertiärstufe. Herkunftsländer mit besonders hohen Quoten von Berenteten, die höchstens die obligatorische Schule abgeschlossen haben, sind die Türkei, Portugal, Italien und das ehemalige Jugoslawien.

Die Berufsqualifikation hat erwartungsgemäss einen relativ engen Zusammenhang mit dem Erwerbseinkommen (Abbildung 3-19): Das durchschnittliche (auf das Lohnniveau von 1993 normierte) Jahreseinkommen der Berenteten mit psychischen Störungen steigt mit höherer Berufsqualifikation ziemlich linear an, wobei die Frauen in den qualifizierten Berufen deutlich weniger verdienen als die Männer mit derselben Qualifikation. Berentete mit einem höher qualifizierten nicht-manuellen Beruf verdienen ein Drittel mehr als solche mit einem qualifizierten nicht-manuellen Beruf oder als kaufmännische Angestellte, doppelt so viel wie Angelernte und 2.5mal so viel wie Ungelernte.

Abbildung 3-19: Erwerbseinkommen nach Berufsklassifikation und Geschlecht



Bedenkt man, dass 40% der Berenteten höchstens einen angelernten manuellen Beruf ausgeübt haben, wird klar, dass sie ökonomisch nur begrenzte Ressourcen hatten. Bei vielen der nach Code 646 Berenteten ist demnach davon auszugehen, dass sie an oder unter der Armutsgrenze gelebt haben, was an sich schon ein gewichtiger Belastungsfaktor ist.

3.5 Zusammenfassung

Über die letzten rund 20 Jahre hinweg hat sich die Gruppe der Menschen, die wegen psychischer Störungen invalidisiert wurden, verändert: Sie sind älter geworden. Insbesondere die Altersgruppe der bei IV-Anmeldung über 50Jährigen ist seit den 80er Jahren deutlich angestiegen. Insgesamt ist das durchschnittliche Alter bei der IV-Anmeldung um rund 8 Jahre gestiegen.

Das hängt zum Teil mit einer weiteren Veränderung zusammen, nämlich mit dem deutlichen Anstieg der Eingewanderten in dieser Berentungsgruppe. Ihr Anteil an den psychisch bedingten Berentungen ist seit den 80er Jahren bis heute um über 10% gestiegen, deutlich über ihren Anteil in der Erwerbstätigenbevölkerung hinaus. Migrantinnen und Migranten sind bei ihrer IV-Anmeldung viel älter als Schweizer mit psychischen Problemen.

Die wichtigsten Herkunftsländer der später wegen psychischer Störungen Berenteten sind das ehemalige Jugoslawien, Italien, die Türkei, Frankreich und Portugal, also alte und neuere Einwanderungsländer, die sich in einigen Details unterscheiden.

Migranten und in der Schweiz aufgewachsene Berentete nach Code 646 unterscheiden sich deutlich: Eingewanderte sind viel häufiger verheiratet, haben mehr Kinder, wohnen dementsprechend häufiger mit Partner und Kindern zusammen, sind häufiger in einer ländlich geprägten Umgebung

aufgewachsen, was zusammenhängt mit besonders schlechten Kenntnissen der jeweiligen Landessprache der Schweiz und verfügen über weniger Bildung als die Schweizer. Entsprechend dem Ausländeranteil ist demnach auch der Anteil von psychisch bedingt Berenteten mit schlechten Kenntnissen der jeweiligen Landessprache der Schweiz und geringerer Schulbildung gestiegen, was die berufliche Eingliederung erschwert. Die Migranten sind in den un- und angelernten Berufsgruppen deutlich übervertreten.

Ein höheres Alter beim Kontakt mit der Invalidenversicherung bringt - abgesehen von allfälligen Belastungen durch Migration - weitere Konsequenzen mit sich, beispielsweise, dass die Versicherten häufiger beruflich, sozial und bezüglich Bildung (bei den Frauen) besser angepasst sind als dies früher der Fall war. Ist jemand schon in Kindheit oder Adoleszenz erkrankt, führt dies häufig dazu, dass keine Berufsausbildung abgeschlossen und keine Partnerschaft oder Familie etabliert werden konnte etc. Ein deutlich höheres Alter bei IV-Anmeldung bedeutet demnach, dass die heutige psychisch kranke Klientel der Invalidenversicherung nur noch begrenzt mit derjenigen aus den 80er und früheren Jahren vergleichbar ist. Vor allem auch die wegen psychischer Probleme berenteten Frauen haben sich über die Zeit verändert, nämlich dahingehend, dass sie heute über eine bessere Schulbildung und auch eher über eine berufliche Qualifikation verfügen als noch in den 80er Jahren.

Schliesslich fällt auf, dass bei den psychisch bedingten Berenteten schon rein soziodemografisch betrachtet gewisse Belastungsfaktoren gegenüber der Allgemeinbevölkerung überproportional vorhanden sind: Sie sind häufiger alleinerziehend, leben häufig an- oder unter der Armutsgrenze, verfügen über weniger Bildung und haben häufig keinen Beruf gelernt. Im nächsten Kapitel werden die verschiedenen möglichen Belastungsquellen genauer analysiert.

4 Spezifische Risikokonstellationen der IV-Rentner/innen

In diesem Kapitel werden zuerst unter 4.1 die Umstände der Lebensgeschichte analysiert, im Besonderen werden die allfälligen biografischen Belastungen aus Kindheit und Jugend dargestellt. Im Unterkapitel 4.2 folgen die Belastungen aus kritischen Lebensereignissen sowie die Resultate zu den aus einer Einwanderung folgenden, respektive der einer Emigration vorausgegangenen Belastungen. Kapitel 4.3 zeigt die allfälligen Belastungen aus der Erwerbsbiografie. Im Kapitel 4.4 folgen die Resultate einer Typenanalyse der erfahrenen Belastungen, Kapitel 4.5 formuliert eine Synthese der Daten zu den Belastungen aus Biografie, Arbeitsleben und allfälliger Migration.

„Die 57-jährige Versicherte hat einen gewalttätigen Vater, welcher ihre Mutter wiederholt betrügt. Die Mutter reagiert hilflos, wird depressiv und medikamentenabhängig. So muss die Versicherte schon früh den Haushalt führen. Der Vater missbraucht die Versicherte sexuell. Als 14-Jährige muss die Versicherte miterleben, wie der Vater an einem Herzinfarkt erstickt. Ein paar Jahre später hat auch die Mutter der Versicherten einen Herzinfarkt. Die Versicherte erleidet nach der Trennung von ihrem wohlhabenden, gewalttätigen Ehemann ebenfalls einen Herzinfarkt und in der Folge zwei weitere. Zudem wird bei der Versicherten eine Hysterektomie durchgeführt, seither leidet sie unter starken wiederkehrenden Depressionen und Panikattacken. Bei IV-Anmeldung lebt sie in ständiger Angst vor einem neuen Infarkt, vereinsamt und vom Sozialamt.“

4.1 Belastungen aus Kindheit und Jugend

Die folgende Übersichtstabelle 4-1 zeigt die Verteilung verschiedener biografischer Merkmale der wegen psychischen Störungen berenteten Personen. Je nach Variablen kann das Total der Nennungen unterschiedlich sein, da hier die (wenigen) Werte für die unklaren Fälle sowie für die „Missings“ nicht gezeigt werden¹¹.

¹¹ „Missing“ ist eine Variable dann, wenn das gesamte Thema - hier die Biografie - in den Akten nicht dokumentiert ist. Wenn beispielsweise etwas zur Biografie der Versicherten dokumentiert ist, aber nirgendwo von „Vernachlässigung“ die Rede ist, dann wurde ein „Nein“ eingegeben (Versicherter wurde nicht vernachlässigt). Wenn aber überhaupt nichts oder fast nichts dokumentiert ist zur Biografie, dann wurden diese Variablen leer gelassen, da ein „Nein“ hier möglicherweise ein falsch positives Bild geben würde. Insgesamt ist es denkbar, dass die vorliegenden Werte die Belastungen, denen die Versicherten in ihrer Biografie ausgesetzt waren, unterschätzen. Damit solche Belastungen überhaupt Eingang in ein Dossier der Invalidenversicherung finden, müssen sie verschiedene ‚Filter‘ überwinden, beispielsweise ob überhaupt eine psychiatrische Begutachtung stattgefunden hat, ob diese lange genug gedauert hat und präzise genug war, um solche Informationen zu erheben, ob der Versicherte seine Biografie in einem zu positiven Licht geschildert hat („ich hatte eine gute Kindheit“) usw. Dennoch sind diese Resultate für die weiteren Analysen brauchbar, da die mögliche Unterschätzung der Belastungen alle Personengruppen und Zeitabschnitte in gleicher Weise zu treffen scheint und damit auch keine spezielle Verzerrung bewirkt (mit Ausnahme einer spezifischen, besonders schlecht dokumentierten Personengruppe, wie unter Kapitel 4.4 zur der Belastungs-Typologie gezeigt wird).

Tabelle 4-1: Biografische Belastungen aus Kindheit und Jugend der Berenteten nach Code 646

Variable	Anzahl	Prozent	Variable	Anzahl	Prozent
Psychische Störungen in der Herkunftsfamilie			Längerer Aufenthalt (>1 Jahr) in Heim		
Nein	476	61.8	Nein	676	88.8
Ja	294	38.2	Ja	85	11.2
Psychische Störungen eines Elternteils			Tod eines Elternteils im Kindesalter		
Nein	538	70.5	Nein	666	88.3
Ja	225	29.5	Ja	88	11.7
Soziale Schicht der Eltern			Scheidung/Trennung der Eltern im Kindesalter		
Unterschicht	282	58.9	Nein	648	85.7
Mittelschicht	171	35.7	Ja	108	14.3
Oberschicht	26	5.4	In häufig wechselnden Pflegemilieus aufgewach.		
4 und mehr Geschwister			Nein	692	91.3
Nein	694	78.2	Ja	66	8.7
Ja	193	21.8	Schwere körperl. Erkrankung eines Elternteils		
Wurde als Kind vernachlässigt			Nein	554	72.8
Nein	490	64.3	Ja	207	27.2
Ja	272	35.7	Psychische Störungen in Kindheit/Jugend		
Wurde als Kind sexuell missbraucht			Nein	424	54.4
Nein	699	92.5	Ja	355	45.6
Ja	57	7.5	Schulische Schwierigkeiten (Leistung)		
Wurde als Kind gewalttätig behandelt			Nein	573	70.7
Nein	596	78.7	Ja	237	29.3
Ja	161	21.3	Schulische Auffälligkeiten (Verhalten)		
Längerdauernde Trennung von Eltern (>1 Jahr)			Nein	694	86.0
Nein	622	82.4	Ja	113	14.0
Ja	133	17.6	Hinweise für falsche Berufswahl		
4 und mehr dieser biografischen Belastungen			Nein	706	87.9
Nein	512	57.7	Ja	97	12.1
Ja	375	42.3			

Betrachtet man die dargestellten Belastungen so fällt auf, dass bei einem vergleichsweise grossen Teil der Versicherten psychische Störungen in der Herkunftsfamilie vorgekommen sind - bei fast 40% der Berenteten wegen psychischer Störungen ist dies der Fall. Gemeint sind damit Verwandte bis zum dritten Grad. Schaut man nur darauf, ob spezifisch die Eltern eine psychische Störung aufwiesen, so sind es immerhin noch 30%, das heisst der Grossteil der Berenteten, die in der Herkunftsfamilie mit psychischer Krankheit konfrontiert waren, hatten Eltern mit einer psychischen Störung.

Der grösste Teil der Versicherten ist in der sozialen Unterschicht aufgewachsen, etwa ein Drittel in der Mittelschicht und nur ein marginaler Teil in der Oberschicht. Diese Einschätzungen passen relativ gut zu den erreichten Bildungsabschlüssen. Mehr als ein Fünftel der Berenteten ist zudem mit 4 und mehr Geschwistern aufgewachsen.

Die dokumentierten Erfahrungen von Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit sind erheblich (zudem ist auch diesbezüglich eine Unterschätzung denkbar): bei 35% der Berenteten ist

dokumentiert, dass sie über längere Zeit unter Vernachlässigung litten. Bei 8% ist dokumentiert, dass sie sexuell missbraucht worden sind, und mehr als ein Fünftel der Versicherten war immer wieder körperlicher Gewalt (abgesehen von sexuellem Missbrauch) ausgeliefert. Dabei ist zu bedenken, dass bei diesen Variablen ganz leichte Belastungen nicht als „Ja“ codiert wurden und als solche wahrscheinlich auch nicht in eine IV-Akte Eingang gefunden hätten. Gemeint sind hier wiederholte schwere Gewalttätigkeiten bis hin zu nicht seltenen sadistischen Praktiken, sexueller Missbrauch oder schwere Formen der Vernachlässigung. *Wenn* solche Erfahrungen dokumentiert sind, dann sind sie klar, eindrücklich und stimmig dokumentiert. Die weiteren Analysen belegen die Relevanz dieser Erfahrungen.

Eine weitere relevante Belastung ist die der Trennung von den Eltern, sei es durch einen längerdauernden Heimaufenthalt oder durch häufig wechselnde Pflegemilieus, in denen die Berenteten aufgewachsen sind. 18% der Berenteten haben unter einer längerdauernden Trennung von den Eltern gelitten, 11% waren länger in einem Kinder- oder Jugendheim, 9% sind in häufig wechselnden Pflegemilieus aufgewachsen. Diese Zahlen liegen wahrscheinlich deutlich über den Verhältnissen, in denen Kinder in der Allgemeinbevölkerung leben.

12% der Berenteten haben als Kind den Tod eines Elternteils erlitten, 14% die Scheidung oder Trennung der Eltern erfahren und fast 30% haben bei einem Elternteil eine schwere körperliche Erkrankung miterlebt. All diese Merkmale sind bekanntermassen relevante Belastungsfaktoren für eine spätere psychische Erkrankung.

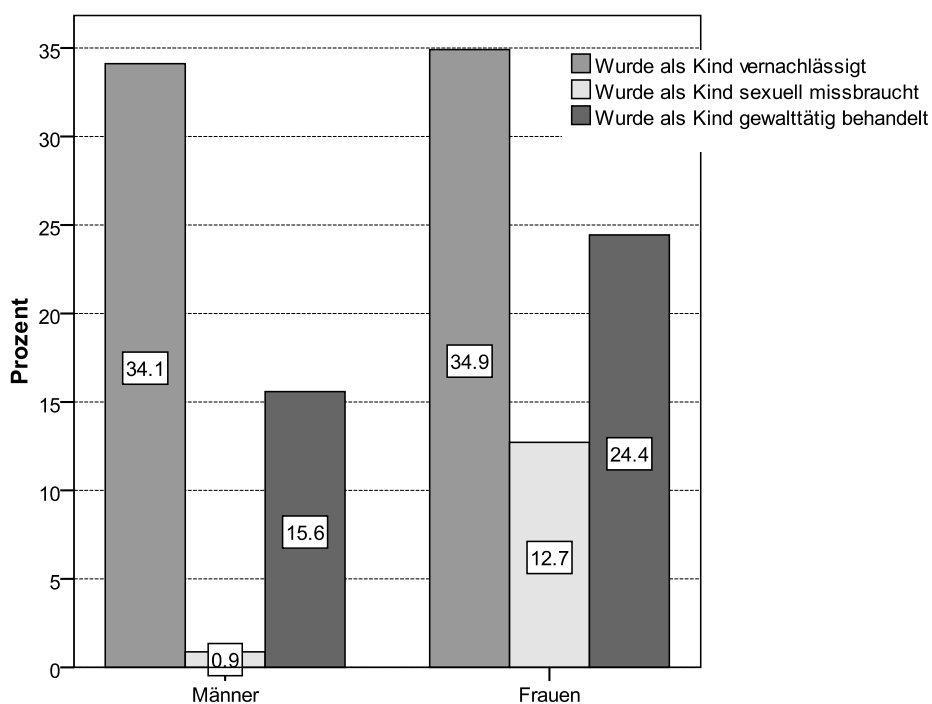
Es ist bemerkenswert, dass mit einem Anteil von 46% fast die Hälfte der Berenteten schon in Kindheit oder Jugend selbst unter einer psychischen Erkrankung gelitten hat. Bei insgesamt 30% zeigte sich dies auch schon früh in schulischen Schwierigkeiten bezüglich ihrer Leistung, bei 14% war das Verhalten in der Schulzeit schon negativ aufgefallen. Schliesslich ist bei 12% der Berenteten dokumentiert, dass eine offensichtlich falsche Berufswahl getroffen wurde, beispielsweise eine Ausbildung in einem Berufsfeld, das vom Vater bestimmt wurde, welches aber dem Versicherten in keinerlei Hinsicht entsprochen hat.

Im Folgenden werden nun einige ausgewählte Zusammenhänge zu den Belastungen aus Kindheit und Adoleszenz gezeigt, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, sondern zum Zweck, die reinen Belastungszahlen zu differenzieren und greifbarer zu machen. Die kompletten Analysen der diversen Belastungen und ihre Typologisierung folgen dann weiter unten.

4.1.1 Ausgewählte Zusammenhänge mit den biografischen Belastungen

In Bezug auf negative Erfahrungen aus der Kindheit und Adoleszenz unterscheiden sich Männer und Frauen im Grossen und Ganzen nur wenig. Eine Ausnahme ist die Erfahrung von sexuellem Missbrauch und Gewalt (Abbildung 4-1):

Abbildung 4-1: Erfahrungen von Vernachlässigung, Gewalt und Missbrauch nach Geschlecht

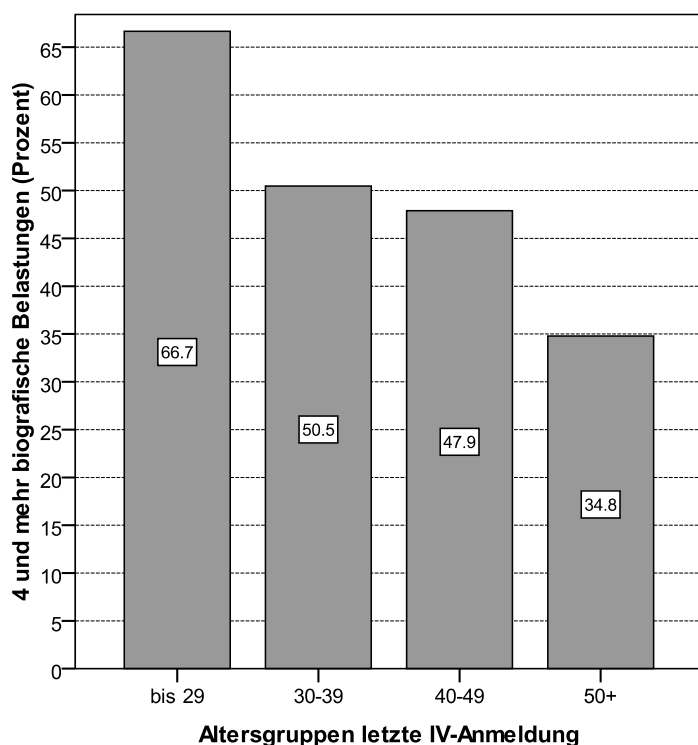


Sowohl Frauen wie Männer waren mit einem Anteil von über einem Drittel häufig betroffen von schwerer Vernachlässigung, wobei hier das Geschlecht keinen Unterschied macht. Hingegen waren weibliche Berentete wegen psychischer Störungen zu 13% Opfer von sexueller Gewalt in Kindheit und/oder Jugend (überwiegend aus dem Verwandtenkreis). Sexuelle Gewalt scheint bei den Männern keine vergleichbare Rolle zu spielen. In Bezug auf sonstige Gewalttätigkeit waren ebenfalls die Frauen häufiger ein Opfer: Jede vierte Berentete hat schwere körperliche Gewalt in ihrer Kindheit oder Adoleszenz erlebt gegenüber 16% der männlichen Berenteten.

Betrachtet man die biografisch Hochbelasteten (hier definiert nach dem Vorhandensein von 4 und mehr der in der Übersichtstabelle gezeigten 17 Belastungen) nach dem Zeitraum, in dem sie sich bei der Invalidenversicherung angemeldet haben, so zeigt sich, dass ihr Anteil in den letzten rund 20 Jahren deutlich gesunken ist.

Personen, die sich noch in den 80er Jahren oder früher bei der IV angemeldet haben, waren zu 50% Menschen, die biografisch hochbelastet waren. In den letzten Jahren waren es noch 38%, die so viele Belastungen aus der Kindheit mitbrachten. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass sich die Anteile der psychischen Erkrankungsarten über die Jahre etwas verschoben haben (nicht alle psychischen Erkrankungen sind eng mit psychosozialen Belastungen aus Kindheit und Jugend verbunden)

Wichtig - wenn auch nicht überraschend - ist das Resultat, dass der Anteil der biografisch Hochbelasteten mit höherem Alter bei der IV-Anmeldung sinkt (Abbildung 4-2):

Abbildung 4-2: Anteil biografisch Hochbelasteter nach Altersgruppe bei Anmeldung

Versicherte, die sich mit unter 29 Jahren bei der IV anmelden, sind zu zwei Dritteln hochbelastet wegen negativen Erfahrungen aus Kindheit oder Adoleszenz. Bei den Versicherten, die sich mit über 50 Jahren anmelden, ist dies ‚nur‘ noch bei etwa einem Drittel der Fall. Dies ist ein möglicher Hinweis für die Bedeutung der biografischen Belastungen für die Fähigkeit, beruflich als Erwachsener gut funktionieren zu können. Die biografisch Hochbelasteten können sich beruflich meist gar nicht integrieren und werden schon früh auffällig.

Wer sich in höherem Alter bei der IV anmeldet, tut dies wahrscheinlich aus Gründen, die in der späteren Lebensgeschichte der Versicherten zu suchen sind und vielleicht weniger direkt mit den Kindheitsbelastungen zu tun haben. Denkbar wäre allerdings auch, dass andere Faktoren auf dieses Ergebnis eingewirkt haben, beispielsweise dass ab einem gewissen Alter die Biografie nicht mehr so genau erhoben wird, oder dass die eigene Erinnerung daran etwas verzerrt ist etc.

Die Auswertung der biografischen Belastungen nach ‚dominanter‘ Diagnose für die Berentung (die eine IV-Rente auslösende Diagnostik beinhaltet normalerweise mehrere Diagnosen, zu den Details dieser rehabilitativ wichtigen Variable siehe weiter unten) zeigt einige markante Unterschiede (Tabelle 4-2):

Die Tabelle 4-2 zeigt die Anteile einiger relevanter Belastungen pro ‚rentenrelevanter‘ Diagnosengruppe. Biografisch besonders belastet sind die Berenteten mit einer Persönlichkeitsstörung und diejenigen mit einer Suchterkrankung. Eher wenig biografisch belastet sind Versicherte, die wegen rein somatischer Diagnosen (also fälschlicherweise unter Code 646 kategorisiert) berentet wurden. Ebenfalls eher weniger biografische Belastungen hatten Versicherte mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis oder mit einer depressiven Erkrankung.

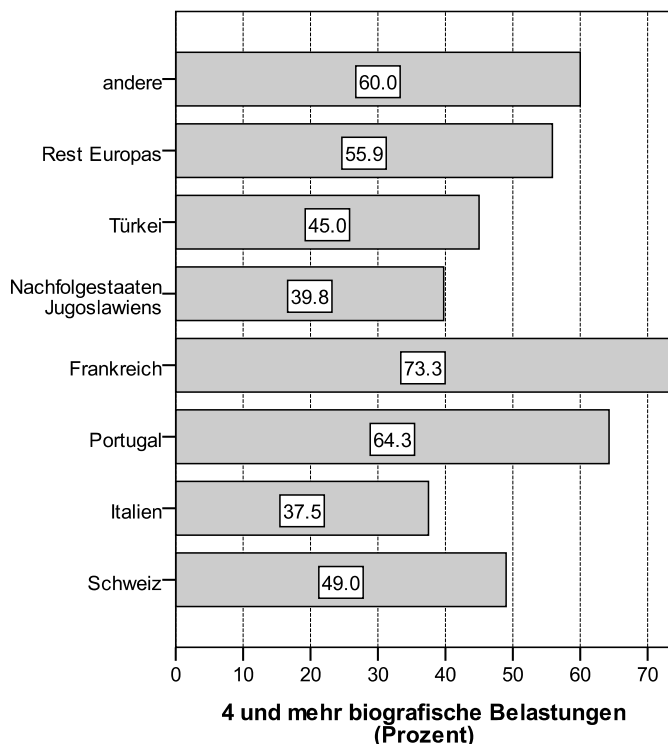
Tabelle 4-2: Biografische Belastungen nach rentenrelevanter Diagnose in Prozent

	Sucht	Schizophrenie	Depressionen	Angste, Zwänge, PTSD	Somatoforme Störungen	Persönlich- keitsstörungen	Intelligenz- minderung, POS	Somatische Krankheiten
Psychische Störungen in der Herkunftsfamilie	61%	39%	39%	44%	28%	42%	30%	22%
Wurde als Kind vernachlässigt	43%	33%	34%	26%	30%	47%	25%	28%
Wurde als Kind sexuell missbraucht	13%	8%	5%	11%	3%	9%	10%	6%
Wurde als Kind gewalttätig behandelt	24%	12%	19%	30%	19%	26%	0%	19%
Längerdauernde Trennung von Eltern	22%	20%	13%	10%	14%	23%	25%	9%
Tod eines Elternteils im Kindesalter	11%	6%	15%	7%	14%	13%	15%	9%
Scheidung/Trennung der Eltern im Kindesalter	17%	18%	9%	7%	8%	21%	20%	6%
In häufig wechselnden Pflegemilieus aufgewachsen	15%	8%	4%	4%	3%	14%	5%	6%
Schwere körperliche Erkrankung eines Elternteils	28%	22%	33%	29%	34%	22%	20%	44%
Unterschicht	30%	33%	39%	33%	62%	33%	30%	28%
4 und mehr Geschwister	15%	24%	34%	26%	44%	21%	5%	19%
Psychische Störungen in Kindheit/Jugend	65%	39%	27%	47%	22%	67%	70%	28%
Schulische Schwierigkeiten (Leistung)	33%	39%	21%	26%	14%	38%	85%	34%
Schulische Auffälligkeiten (Verhalten)	20%	16%	4%	11%	5%	23%	40%	6%

Personen, die wegen Sucht, Minderintelligenz, Psychoorganischem Syndrom oder Persönlichkeitsstörung berentet wurden, haben überwiegend (oder gar definitionsgemäss) schon in der Kindheit selbst unter psychischen Störungen gelitten. Dies ist ein sinnvolles Resultat, da alle diese Krankheiten meist früh beginnen. Sozial besonders belastet durch viele Geschwister und durch eine Unterschicht-Herkunft sind die Diagnosengruppen der Schmerzstörungen und der Depressionen.

Familiär besonders vorbelastet durch psychische Störungen in der Herkunftsfamilie sind die Berenteten wegen Sucht, Schizophrenie und Angst und Zwangserkrankungen - und erwartungsgemäss besonders selten die wegen somatischen Diagnosen Berenteten. In der Kindheit vernachlässigt wurden häufig Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung. Gewalt haben besonders häufig Menschen mit Angst- und Zwangsstörungen erlebt. Die gemäss rentenauslösendem Dokument wegen somatischer Krankheiten berenteten Personen (aber anscheinend psychisch ebenfalls betroffen, da sie sonst nicht nach Code 646 kategorisiert worden wären) haben interessanterweise besonders häufig erfahren, dass ein Elternteil an einer schweren und chronischen körperlichen Erkrankung litt.

In Bezug auf die Verteilung der biografisch hoch belasteten Personen nach Herkunftsland zeigen sich auch einige deutliche Unterschiede (Abbildung 4-3):

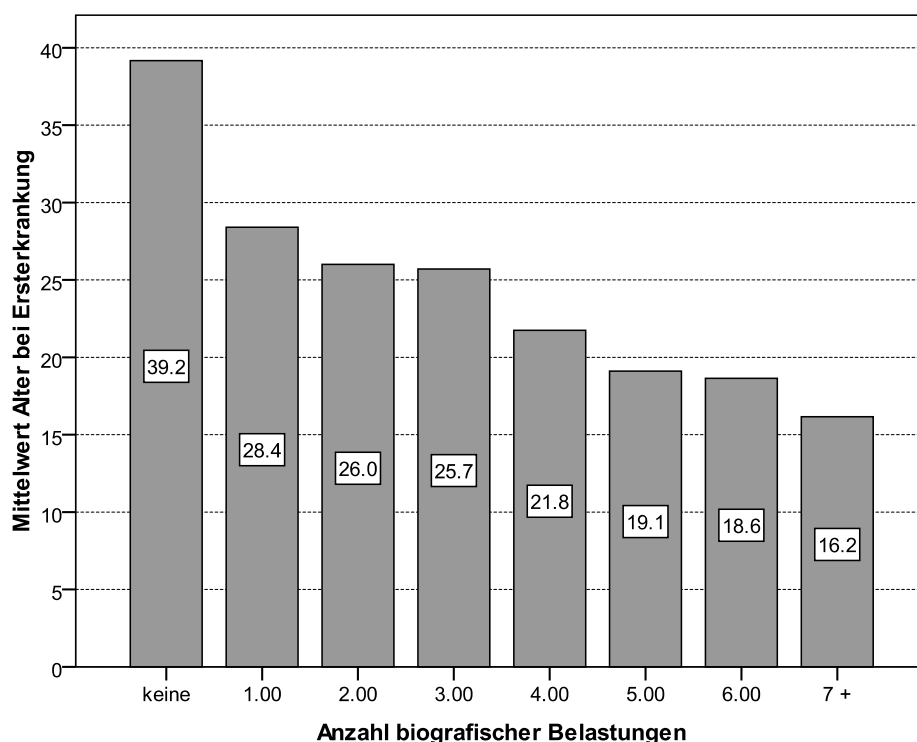
Abbildung 4-3: Anteile biografisch Hochbelasteter nach Herkunftsland

Besonders hohe Anteile von biografisch Hochbelasteten kommen aus Frankreich, Portugal, aus aussereuropäischen Ländern sowie aus der Schweiz. Die Berenteten mit Heimatland Frankreich (n=30) sind die biografisch am stärksten belastete Berentungsgruppe nach Code 646, 60% von ihnen bringen 4 und mehr der genannten Belastungen mit. Zuständig für diese aus Frankreich stammenden Personen waren vor allem die IV-Stellen Genf, Waadt, Neuenburg und Basel-Stadt, also Stellen an der Grenze zu Frankreich. Bei einem grossen Teil handelt es sich denn auch um Grenzgänger.

Vergleichsweise wenige biografische Belastungen aus der Kindheit bringen laut IV-Akten Eingewanderte aus der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien und Italien mit. Bei diesen scheinen andere Belastungsformen relevanter zu sein wie noch gezeigt werden wird. Weitere Analysen zeigen, dass sich die Art der einzelnen Belastungen - sei es ein destruktiver Erziehungsstil oder psychische Störungen der Eltern - nach Herkunftsland nicht stark unterscheiden. Das heisst, es gibt keine herkunftsspezifischen Besonderheiten früher psychosozialer Belastungsarten. Vielmehr zeigt sich, dass es unabhängig des Herkunftslandes biografisch stärker und weniger stark belastete Personen gibt.

Schliesslich zeigen sich die Folgen solcher biografischer Belastungen auch in der Erwerbsbiografie: Je mehr Belastungen jemand aus seiner Kindheit und Jugend mitbringt, umso geringer ist später sein durchschnittliches jährliches Erwerbseinkommen. Dieser Zusammenhang ist hoch signifikant und besteht auch bei Kontrolle des Alters bei IV-Anmeldung. Wesentlicher als der rein monetäre Aspekt ist natürlich das, was ein Einkommen auch signalisiert: die Güte der beruflichen Integration im weitesten Sinn. Die folgende Grafik zeigt zudem, wie stark ein hohes Belastungsausmass mit dem Alter bei erster psychischer Erkrankung zusammenhängt (Abbildung 4-4):

Abbildung 4-4: Alter bei Ersterkrankung nach Anzahl Belastungen aus Kindheit und Jugend



Das durchschnittliche Ersterkrankungsalter bei biografisch ganz Unbelasteten liegt mit 40 Jahren rund doppelt so hoch wie bei Personen mit 4 und mehr Belastungen. Mit jeder zusätzlichen Belastung (ab mindestens einer Belastung) sinkt das Ersterkrankungsalter grob um 1-2 Jahre. Dies gilt nicht für die Gruppe der gänzlich Unbelasteten. Der grosse Unterschied - 10 Jahre - liegt bei keiner gegenüber einer Belastung.

4.1.2 Zusammenfassung

Insgesamt ist ein beachtlicher Teil der Berenteten nach Code 646 schon aus früher Biografie merklich belastet. Die hier aufgeführten möglichen Belastungen aus Kindheit und Jugend wie Gewalt, Vernachlässigung, Tod oder Trennung der Eltern im Kindesalter oder Heimplatzierungen sowie häufig wechselnde Pflegemilieus und andere sind in ihren Konsequenzen nicht zu unterschätzen. Dass insgesamt 42% der Berenteten mindestens 4 derartige Belastungen erfahren haben, zeigt zudem, dass es sich um eine Personengruppe handelt, deren Erfahrungen in dieser Häufung wohl nicht mit der Allgemeinbevölkerung vergleichbar sein dürften.

Der Anteil der Versicherten mit hohen Belastungen aus der frühen Biografie ist über die letzten 20 Jahre gesunken, was zum Teil auch damit zusammenhängt, dass das Alter bei der IV-Anmeldung über diesen Zeitraum angestiegen ist. Je älter Versicherte bei der Anmeldung sind, desto seltener sind sie biografisch hoch belastet. Besonders belastet sind demnach diejenigen psychisch kranken Versicherten, die sich in jungen Jahren bei der IV anmelden. Ihnen ist es im Zusammenhang mit diesen Belastungen und ihrer Erkrankung häufig nicht gelungen, sich beruflich zu etablieren.

Dass es sich bei diesen Belastungsfaktoren nicht einfach um vernachlässigbare individuelle Befindlichkeiten handelt, sondern um signifikante Faktoren in Bezug auf die Güte der späteren beruflichen Funktionsfähigkeit, zeigen die Zusammenhänge zwischen Belastungsausmass und Höhe des Erwerbseinkommens. Ein höheres Einkommen haben fast nur Versicherte erzielt, die in ihrer Kindheit und Jugend kaum derartigen Belastungen ausgesetzt waren.

Die gezeigten biografischen Belastungen sind nur ein Teil der möglichen Belastungen, denen man ausgesetzt sein kann. Die Resultate zu den weiteren Belastungsfaktoren werden im Folgenden dargestellt.

„In der Kindheit hat der 33-jährige Versicherte viele kleinere, teilweise dubiose Unfälle. Mit 5 Jahren wird eine Sehschwäche diagnostiziert, mit 10 Jahren wird eine Hüftoperation wegen angeborener Hüftfehlstellung nötig. Der Versicherte wird sehr streng und autoritär erzogen. Es werden dabei auch Schläge und "psychische Folter" durch beide Elternteile eingesetzt. Die Eltern versuchen systematisch seine psychische Entwicklung und Autonomie zu verhindern. Er muss sein gesamtes Taschengeld für Eisenbahnmodelle ausgeben und muss Kleider aus der ehemaligen Sowjetunion tragen, weshalb er in der Schule gehänselt wird. Mit 28 zieht der Versicherte von zu Hause aus. Obwohl er grosse Angst vor einer Beziehung zu einer Frau hat und bisher noch keine sexuellen Erfahrungen gesammelt hat, wünscht er sich unbedingt eine Partnerschaft. In Stresssituationen reagiert der Versicherte mit massiven Zwängen (Ordnungs- und Kontrollzwänge), Ängsten und Suizidalität. Er hat mehrere Suizidversuche unternommen.“

„Die Mutter des 46-jährigen Versicherten stirbt als dieser 7 Jahre alt ist und hinterlässt die beiden Kinder dem gewalttätigen Vater. Der ältere, vom Versicherten geliebte Bruder begeht infolge der Gewalterfahrung Suizid. Der Versicherte muss schnell selbständig werden und für sich selbst schauen. Er gilt als schwererziehbar und wächst in verschiedenen Heimen auf. Wird bereits als Jugendlicher kriminell (Körperverletzung). Seither besteht eine narzisstische Persönlichkeitsstörung. Als Erwachsener führt er ein unstetes Leben, wird wegen Zuhälterei verurteilt und ist deswegen im Gefängnis. Daraufhin heiratet er im Ausland und aus dieser Ehe geht ein Kind hervor. Seine jetzige Partnerin ist krank und bezieht ebenfalls eine IV-Rente. Beim Versicherten entwickelt sich im Erwachsenenalter zusätzlich noch eine Schmerzstörung.“

4.2 Belastungen durch kritische Lebensereignisse sowie durch Migration

Die folgende Übersichtstabelle zeigt einige Resultate zu den kritischen Lebensereignissen (linke Spalte) sowie in der rechten Spalte eine Übersicht über die Belastungen im Zusammenhang mit einer Migration in die Schweiz (Tabelle 4-3):

Tabelle 4-3: Kritische Lebensereignisse aller Berenteten nach Code 646 und spezifische Belastungen bei Migrantinnen und Migranten

Variable (Lebensereignisse)	Anzahl	Prozent	Variable (Migration)	Anzahl	Prozent
Ein Todesfall einer bedeutsamen Person			Migration		
Nein	465	52.4	Nein	587	66.2
Ja	422	47.6	Ja	300	33.8
Zwei Todesfälle bedeutsamer Personen			Mindestens eine Migrationsbelastung		
Nein	741	83.5	Nein	109	37.5
Ja	146	16.5	Ja	182	62.5
Ein bedeutsames Trennungserlebnis			Gewalterfahrung im Herkunftsland		
Nein	566	63.8	Nein	226	89.3
Ja	321	36.2	Ja	27	10.7
Zwei bedeutsame Trennungserlebnisse			Trauma bei Flucht aus dem Herkunftsland		
Nein	817	92.1	Nein	258	93.5
Ja	70	7.9	Ja	18	6.5
Ein Kindsverlust			Rückkehrwunsch		
Nein	794	89.5	Nein	228	82.0
Ja	93	10.5	Ja	50	18.0
Zwei Kindsverluste			Finanzielle Verantwortung		
Nein	859	96.8	Nein	245	87.5
Ja	28	3.2	Ja	35	12.5
Strafrechtliche Verurteilung			Trennung der Familie durch Migration		
Nein	823	92.8	Nein	148	51.9
Ja	64	7.2	Ja	137	48.1
Gefängnisaufenthalt			Schlechte Sprachkenntnisse		
Nein	850	95.8	Nein	115	50.9
Ja	37	4.2	Ja	111	49.1
Scheidungen und Trennungen			Diskriminierungserfahrungen in der Schweiz		
Keine	633	73.6	Nein	258	92.5
1	204	23.7	Ja	21	7.5
2	20	2.3	Längere Ausschaffungsdrohung (> 1 Jahr)		
3	3	0.3	Nein	263	94.3
4 und mehr kritische Ereignisse (ohne Geburten)			Ja	16	5.7
Nein	469	52.9			
Ja	418	47.1			
Anzahl Geburten					
Keine	390	45.3	3	86	10.0
1	141	16.4	4	36	4.2
2	193	22.4	5 und mehr	14	1.6

„Die Mutter der 43-jährigen Versicherten stirbt bei der Geburt des Bruders, ihr Vater kurz darauf ebenfalls. Die beiden Geschwister wachsen dann bei den Grosseltern auf. Der erste Ehemann der Versicherten suizidiert sich nach dem Konkurs der eigenen Firma. Im Rahmen der zweiten Ehe erlebt die Versicherte Gewalt durch ihren Mann, der Alkoholiker ist. Deswegen kommt es zu einem langen Gerichtsprozess wegen häuslicher Gewalt. Die Versicherte lebt mit den beiden Söhnen zusammen, der ältere ist arbeitslos und der jüngere oft aggressiv. Sie hat finanzielle Probleme wegen der nicht geregelten Alimentenzahlung. Die Versicherte leidet unter einer rezidivierenden depressiven Störung und diffusen Schmerzen.“

Die aufgeführten kritischen Lebensereignisse unterscheiden sich von den oben beschriebenen biografischen Belastungen zum einen dadurch, dass sie zeitlich nicht an den Zeitraum Kindheit oder Jugend gebunden sind, sondern die gesamte Lebensspanne betreffen - üblicherweise bis zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung. Zum anderen unterscheiden sie sich dadurch, dass es belastende aber meist einmalige Ereignisse sind und nicht längerdauernde missliche Zustände wie bei den frühen biografischen Belastungen.

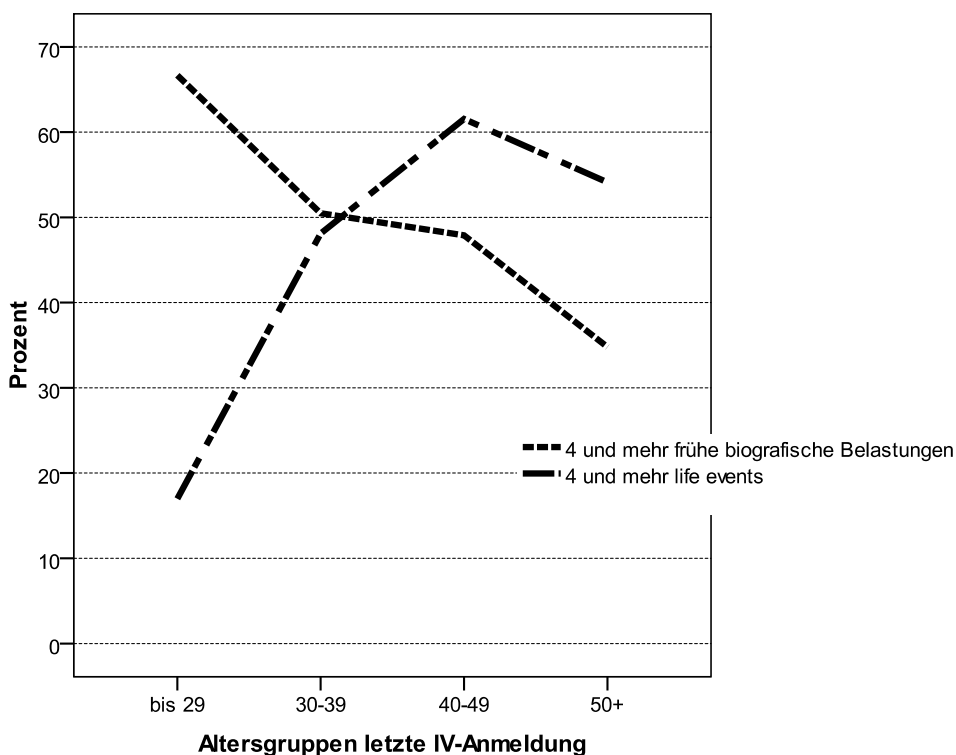
Zudem sind solche Lebensereignisse Erfahrungen, die auch zu einem ‚normalen‘ Leben gehören, was man von den meisten obigen biografischen Belastungsfaktoren nicht sagen kann. Lebensereignisse können schliesslich auch dann kritisch sein in dem Sinne, dass man sie psychisch bewältigen muss, wenn es sich um potentiell freudige Ereignisse handelt wie beispielsweise Heiraten oder Geburten.

Bei den kritischen Ereignissen „Tod“ oder „Trennung“ wurde beim Codieren darauf geachtet, dass es sich um Todesfälle oder Trennungen bei für die Berenteten emotional „bedeutsamen“ Personen handelt. Bei einem Todesfall eines Elternteils wurde beispielsweise Bedeutsamkeit vorausgesetzt, ansonsten wurde ein Todesfall aber nur dann als kritisches Lebensereignis eingestuft, wenn beispielsweise in einem Gutachten erwähnt wurde, dass es sich bei der verstorbenen Person um eine für den Versicherten wichtige Person handelt. Zu beachten ist natürlich, dass mit zunehmendem Alter auch die Wahrscheinlichkeit steigt, von solchen kritischen Lebensereignissen betroffen zu sein.

4.2.1 Ausgewählte Zusammenhänge zu den kritischen Lebensereignissen

Im Folgenden werden einige ausgewählte Zusammenhänge zu den kritischen Lebensereignissen gezeigt. Mit Bezug auf die gezeigten Resultate im vorherigen Kapitel zu den biografischen Belastungen soll zuerst einmal der Zusammenhang von längerdauernden Belastungen aus der Kindheit zu den einmaligen aber einschneidenden Lebensereignissen gezeigt werden (Abbildung 4-5):

Abbildung 4-5: Anzahl biografischer Belastungen und belastender Lebensereignisse nach Alter bei Anmeldung

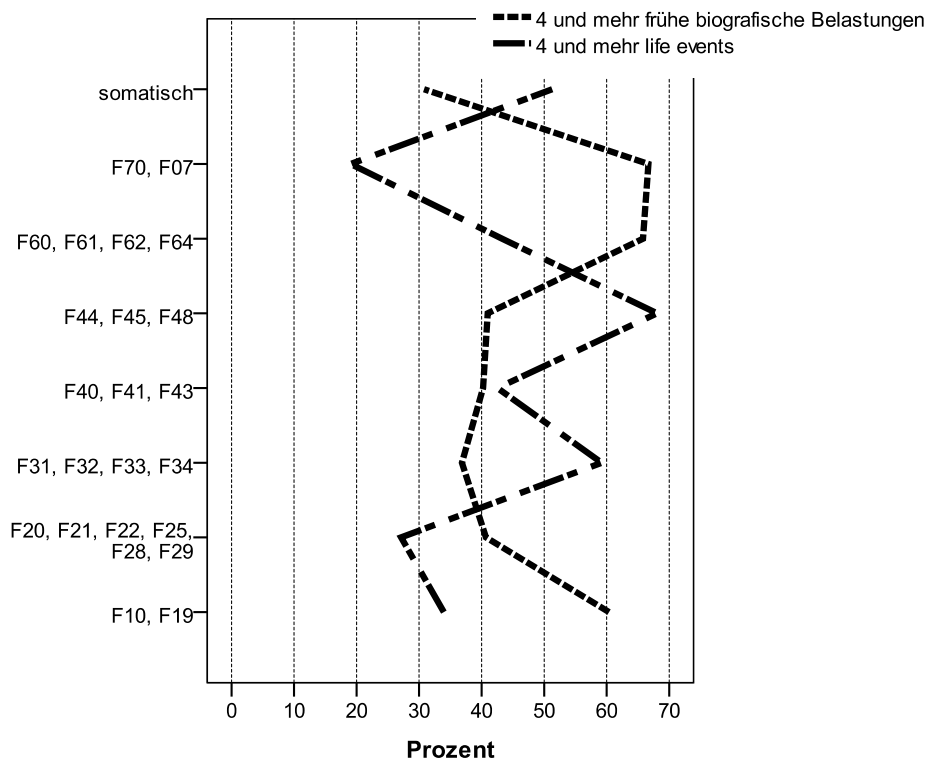


Die biografischen Belastungen und die Belastungen durch kritische Lebensereignisse verhalten sich je nach Alter bei der IV-Anmeldung unterschiedlich: Wer sich in jungen Jahren bei der IV anmeldet hat sehr wahrscheinlich (zu 70%) unter markanten biografischen Belastungen gelitten, aber nur unter wenigen kritischen Lebensereignissen. Die Belastungen - respektive auch die Bewältigungsanforderungen - durch kritische Lebensereignisse steigen dann aber bis zum 50. Altersjahr drastisch an von unter 20% bis auf über 60%. Wer sich noch später anmeldet hat dann aber interessanterweise nicht noch mehr, sondern eher leicht weniger solche Ereignisse zu berichten.

Bei den biografischen Belastungen verhält es sich wie oben gezeigt genau umgekehrt: Je älter bei Anmeldung desto weniger derartige Belastungen. Ein höheres Alter bei Anmeldung und damit auch bei Problembeginn heisst also, dass jemand überhaupt Zeit hatte, sich Verhältnisse zu etablieren wie Heiraten, Geburten und damit vielleicht auch Scheidungen und Kindsverluste, die dann auf der Seite der kritischen Lebensereignisse zu Buche schlagen.

Betrachtet man die Hochbelasteten durch Biografie und die Hochbelasteten durch Lebensereignisse nach den verschiedenen Diagnosegruppen, so zeigen sich auch hier deutliche Unterschiede (Abbildung 4-6):

Abbildung 4-6: Anzahl biografischer Belastungen und belastender Lebensereignisse nach Diagnose

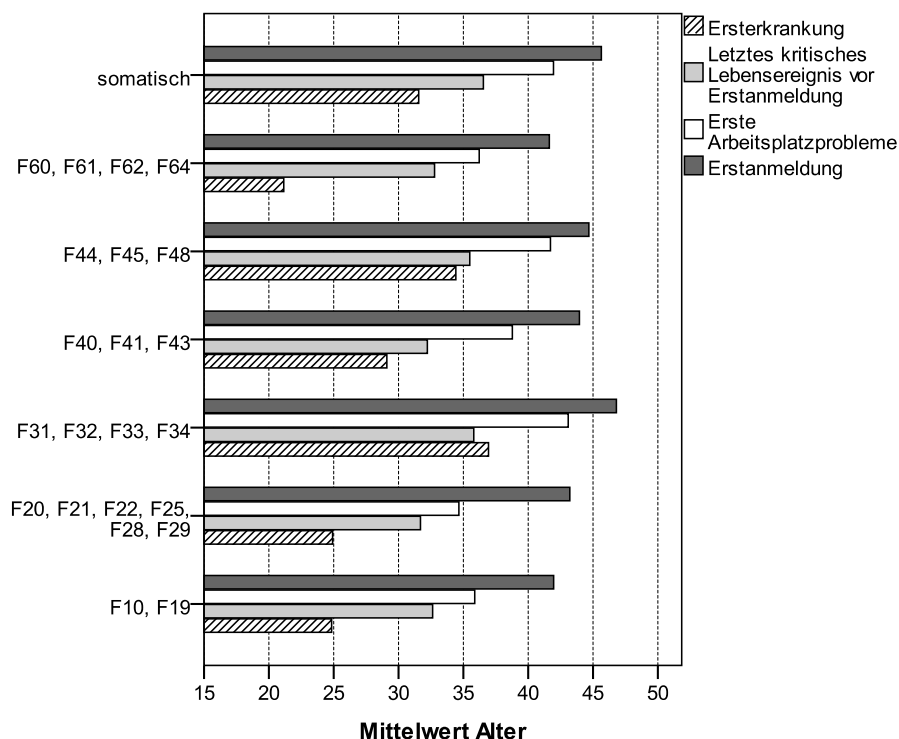


Auch hier verhalten sich die zwei Belastungsarten nahezu komplementär: Personen, die wegen somatischer Krankheiten berentet wurden, haben mehr Belastungen durch Ereignisse denn durch die Biografie, ebenso die Gruppen der Schmerzstörungen (F4.) und der Depressionen (F3.). Umgekehrt haben Substanzabhängige (F1.), Schizophrene (F2.), Persönlichkeitsstörungen (F6.), Minderintelligente (F70) und POS (F07) mehr Belastungen in Kindheit und Adoleszenz als belastende Lebensereignisse. Interessant ist die Gruppe der Angst, Zwangs- und Posttraumatischen Belastungsstörungen, die von beiden Belastungen zu je etwa 40% gleich stark betroffen sind.

„Die 51-jährige Versicherte ist in unklaren Verhältnissen aufgewachsen. Seit der Kindheit ist die Versicherte heiser und leidet unter Angina und Rachenentzündungen. In der Adoleszenz versucht sie sich das Leben zu nehmen. Der Bruder der Versicherten suizidiert sich und ihre Schwester unternimmt ebenfalls den Versuch. Die Versicherte ist zweimal geschieden und hat 6 Kinder aus diesen zwei Ehen. Nach der 2. Scheidung lässt sie sich gehen, hat zahlreiche Männerbekanntschaften und konsumiert viel Alkohol, sodass sie 4 der 6 Kinder ins Heim geben muss und nur die Zwillinge bei ihr leben. Die dritte Ehe geht sie mit einem Mann ein, der abartige sexuelle Bedürfnisse hat und sie zwingt diese mit ihm auszuleben. Sie kümmert sich um ihre pflegebedürftigen Eltern, bis der Vater stirbt und die Mutter ins Altersheim kommt. Bei der Versicherten wird eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert.“

Untersucht man den Zeitverlauf zwischen Ersterkrankung und erster IV-Anmeldung unter Berücksichtigung des Alters bei erstmals auftretenden (respektive in den Akten erstmals dokumentierten) Problemen am Arbeitsplatz sowie beim letzten kritischen Lebensereignis vor Anmeldung, so zeigen sich nach Diagnosengruppe Unterschiede (Abbildung 4-7):

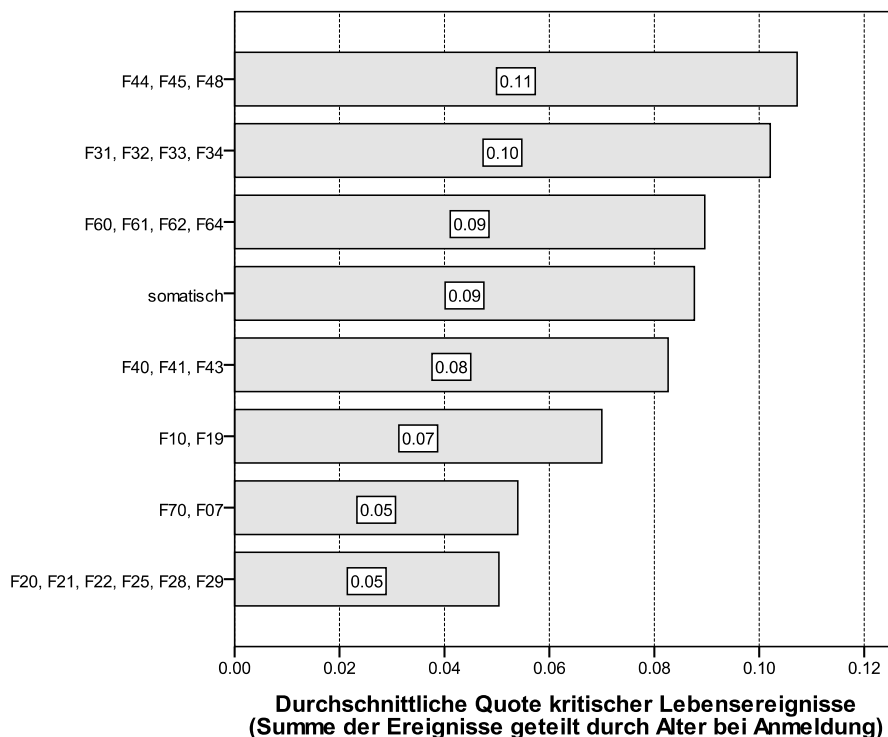
Abbildung 4-7: Alter bei Ersterkrankung, letztem kritischen Lebensereignis, ersten Arbeitsplatzproblemen und IV-Erstanmeldung



Normalerweise sieht die zeitliche Abfolge folgendermassen aus: Jemand wird krank, später folgt das letzte kritische Lebensereignis vor Anmeldung und ein paar Jahre später treten die ersten Probleme am Arbeitsplatz auf, worauf nochmals etwa 5 Jahre später die Anmeldung bei der Invalidenversicherung folgt. Bei der zahlenmässig wichtigsten Diagnosengruppe - den Depressionen - sieht das allerdings anders aus, sie erkranken im Durchschnitt erstmals kurz *nach* dem letzten kritischen Lebensereignis.

Das weist zum einen auf die bekannte Bedeutung von kritischen Lebensereignissen bei der Entstehung von depressiven Erkrankungen hin, und zum anderen generell darauf, dass es in Bezug auf die psychischen Störungen ganz unterschiedliche Berentungsverläufe gibt.

Da die Anzahl der erlebten kritischen Lebensereignisse mit zunehmendem Alter naturgemäss ansteigt, wurde eine Quote solcher Ereignisse pro Altersjahr berechnet (Anzahl solcher Ereignisse dividiert durch die Altersjahre bei IV-Anmeldung). Betrachtet man diese Quote nach Diagnosengruppe zeigt sich folgendes Bild (Abbildung 4-8):

Abbildung 4-8: Quote kritischer Lebensereignisse nach Diagnosengruppe

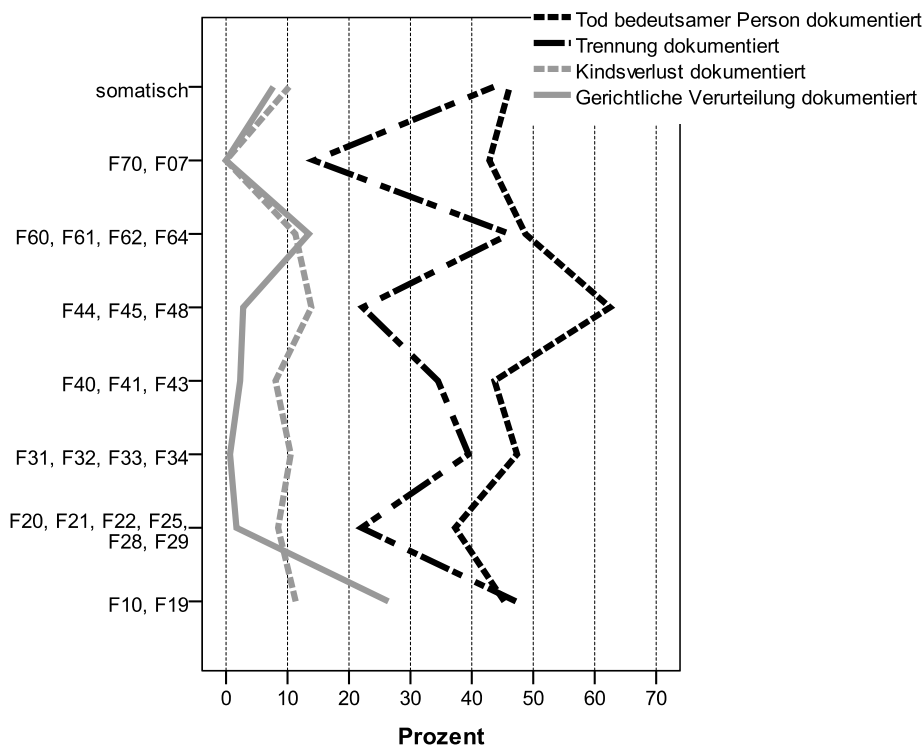
Am seltensten sind kritische Lebensereignisse dokumentiert bei schizophrenen Erkrankungen (F2.), Minderintelligenz (F70) und POS (F07), diese Personen haben innerhalb von 20 Lebensjahren ein solches Ereignis. Diese Quote ist bei Schmerzstörungen (F4.) und Depressionen (F3.) rund doppelt so hoch, sie haben alle 10 Lebensjahre ein derartiges Ereignis (durchschnittlich 0.05 Ereignisse pro Altersjahr). Das weist natürlich umgekehrt darauf hin, dass Personen mit Schmerzstörungen und Depressionen vor ihrer Erkrankung meist besser sozial und familiär integriert waren und damit auch mehr ‚Chancen‘ hatten, Ereignisse wie Geburten, Heiraten, Scheidungen etc. überhaupt zu haben.

„Der 43-jährige Halbrusse wird streng autoritär erzogen, mit hohem Erwartungsdruck der Eltern. In der Schule ist der Versicherte aufgrund seiner Herkunft ein Aussenseiter, er beginnt das Jura-Studium, schliesst dieses jedoch nie ab. Er geht eine Zweckehe mit einer Russin ein, worunter er leidet. Der Versicherte schießt einem Schwarzafrikaner, den er für einen Dealer hält, in den Fuss. Sowohl Mutter als auch Schwester des Versicherten sterben an einer Hirnatrophie ungeklärter Ätiologie vor dem 50. Lebensjahr - er entwickelt die selbe erbliche Hirnatrophie wie bereits Mutter und Schwester und konsumiert zudem zunehmend Alkohol. Seit der Kindheit besteht eine Persönlichkeitsstörung. Er ist wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand vorbestraft, berufliche Schwierigkeiten und eheliche Probleme belasten ihn.“

Eine speziell zu beachtende Gruppe ist hier diejenige der Persönlichkeitsstörungen (F6.). Diese Gruppe ist nämlich auch biografisch besonders stark belastet und sozial schlecht integriert - und sie hat trotzdem häufig belastende Lebensereignisse zu bewältigen. Diese Diagnosengruppe erscheint mehrfach belastet und daher speziell vulnerabel.

Im Detail zeigen sich je nach Art der erfahrenen Lebensereignisse nach Diagnosegruppe einige relativ typische Unterschiede (Abbildung 4-9):

Abbildung 4-9: Einzelne belastende Lebensereignisse nach Diagnose



Belastet durch eine gerichtliche Verurteilung sind mit einem Anteil von 25% besonders häufig Berentete mit einer Suchterkrankung (F1.), gefolgt von Personen mit Persönlichkeitsstörungen mit einem Anteil gegen 15%.

Etwa 10% der Personen aller Diagnosegruppen mit Ausnahme von Minderintelligenz und POS (F70, F07) haben den Verlust eines Kindes durch Abtreibung, Fehlgeburt oder späteren Tod erlitten. Trennungserlebnisse sind mit einem Anteil von gegen 50% gehäuft bei Berenteten mit Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und körperlichen Erkrankungen zu finden, und eher selten bei Berenteten mit Schmerzstörungen (*obwohl* sie häufig einen Partner haben) und bei Schizophrenen (weil sie selten einen Partner haben).

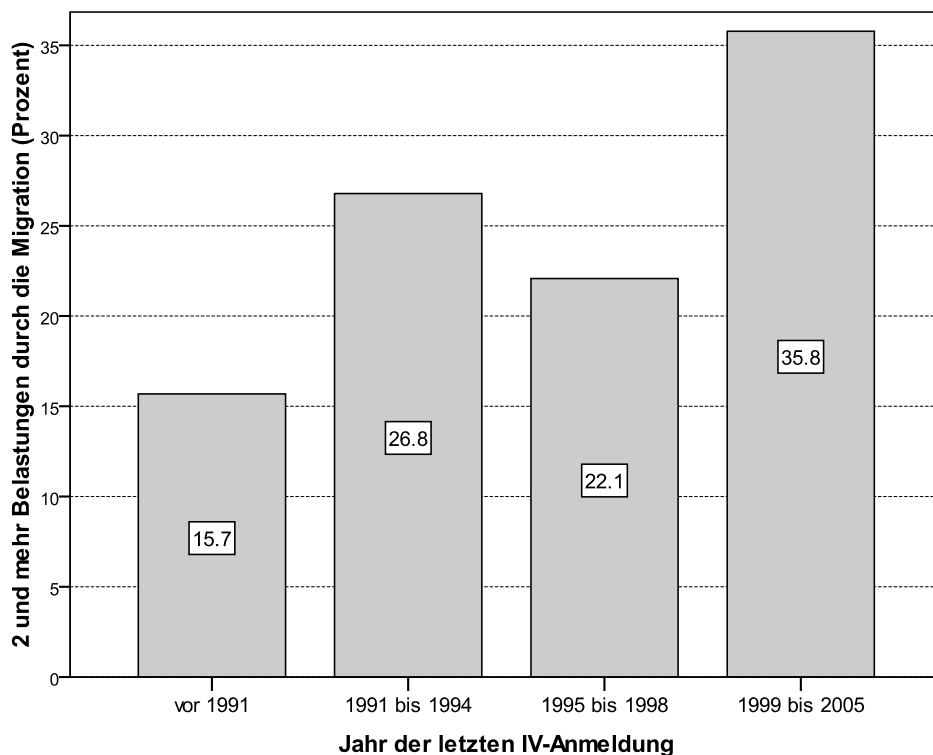
Hingegen haben mit einem Anteil von über 60% Berentete mit Schmerzstörungen deutlich am häufigsten den Tod einer emotional nahe stehenden Person erlebt. Die Grafik zeigt also, dass auch die kritischen Lebensereignisse in ihrer Bedeutung für die wegen psychischer Störungen berenteten Personen nach Art der Erkrankung differenziert bewertet werden müssen.

4.2.2 Ausgewählte Zusammenhänge zu den migrationsbezogenen Belastungen

„Die 27-jährige Versicherte ist in ärmlichen Verhältnissen als letztes von 9 Kindern in der Türkei aufgewachsen. Sie hat sich die Ausbildungen selber finanziert, da der Vater nicht einverstanden war, dass sie zur Schule geht. Der Bruder will sie erschiessen, als sie sich in einen älteren, verheirateten Mann verliebt. Daraufhin will sie der Vater zwangsverheiraten, worauf sie sehr jung alleine in die Schweiz flieht. Ihr erster Mann hat seine vorherige Geliebte erschossen und ist daher 12 Jahre im Gefängnis. Sie hat Mitleid mit ihm, weshalb sie ihn heiratet und mit ihm einen Sohn bekommt. Danach kommt es wiederum zu einer problematischen zweiten Ehe und auch die dritte Ehe geht in die Brüche. Die Beziehung zum Sohn ist ebenfalls konfliktreich und die Versicherte ist vereinsamt. Seit einer Hysterektomie leidet sie an diffusen Schmerzen und Somatisierungen.“

Verfolgt man die Zusammenhänge von Einwanderung und spezifischen Belastungsfaktoren, die der Migration vorausgegangen sind (Gewalterfahrung im Herkunftsland), mit dem Migrationserlebnis direkt zusammenhängen (Traumatisierende Fluchterfahrungen) oder der Einwanderung in die Schweiz folgen (Diskriminierungserfahrungen in der Schweiz, finanzielle Verantwortung für Verwandte im Herkunftsland etc.), so sieht man Unterschiede nach Zeitraum der IV-Anmeldung (Abbildung 4-10):

Abbildung 4-10: Belastungen durch Migration nach Anmeldezeitraum

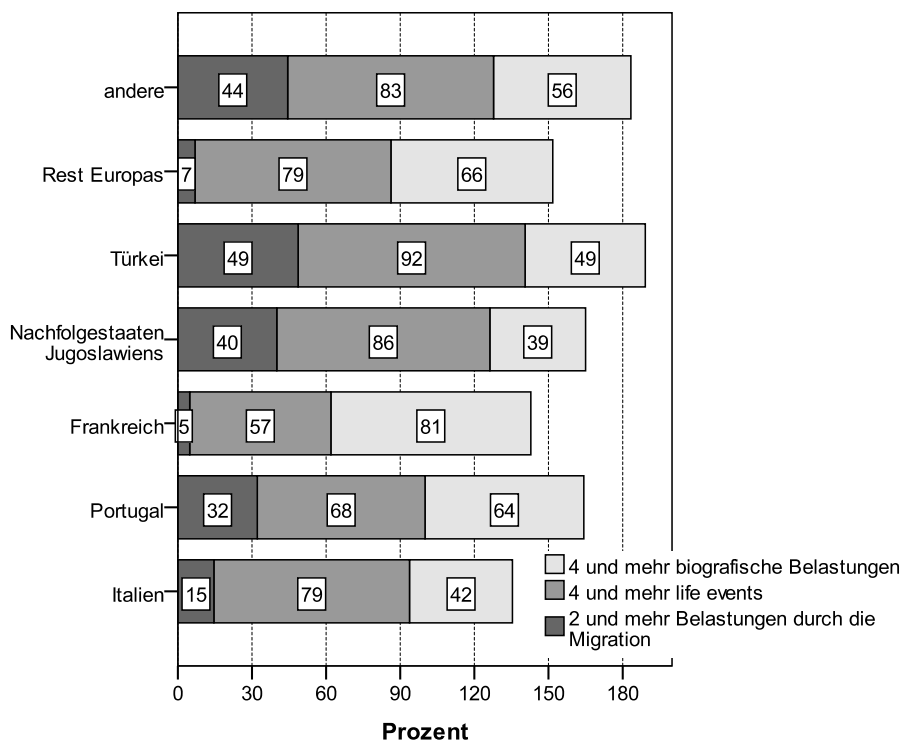


Migrantinnen und Migranten, die sich in den 80er Jahren oder früher erstmals bei der Invalidenversicherung angemeldet haben waren seltener solchen spezifischen Migrationsbelastungen ausgesetzt als diejenigen MigrantInnen, die sich seit den 90er Jahren angemeldet haben. Konkret hat sich der Anteil der Eingewanderten, bei denen zwei und mehr relevante Migrationsbelastungen in den Akten dokumentiert sind (was generell mit grosser Sicherheit eine starke Unterschätzung der effektiven Belastungen von Eingewanderten darstellt) von 16% auf 36% mehr als verdoppelt. Das heisst, die neuere berentete Migrationsbevölkerung vor allem aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei stellt eine gegenüber früheren Einwanderern aus Italien, Spanien und Portugal deutlich höher belastete Gruppe dar, was die Erfahrungen im Herkunftsland und die Migration selbst betreffen.

„Die 49-Jährige geht in der Schweiz nie einer Erwerbstätigkeit nach, sie ist Hausfrau. Im ehemaligen Jugoslawien erlebt sie den Krieg mit. Sie ist in einem Konzentrationslager gefangen und weiss monatelange nicht, was mit ihren Kindern ist. In dieser Zeit erlebt sie viel Gewalt und entwickelt daraufhin eine Posttraumatische Belastungsstörung. Zum Vater der Kinder, welcher Alkoholiker ist, hat sie keinen Kontakt mehr. Sie hat einen 7-jährigen Sohn bei einer Überschwemmung in der Heimat verloren. Sie leidet zudem an einer somatoformen Schmerzstörung.“

Die folgende Grafik zeigt für die berentete Einwanderungsbevölkerung die Anteile der verschiedenen Belastungsformen nach Herkunftsland (Abbildung 4-11):

Abbildung 4-11: Anzahl biografischer Belastungen, belastender Lebensereignisse und Belastungen durch Migration nach Herkunftsland (n=300 Eingewanderte)

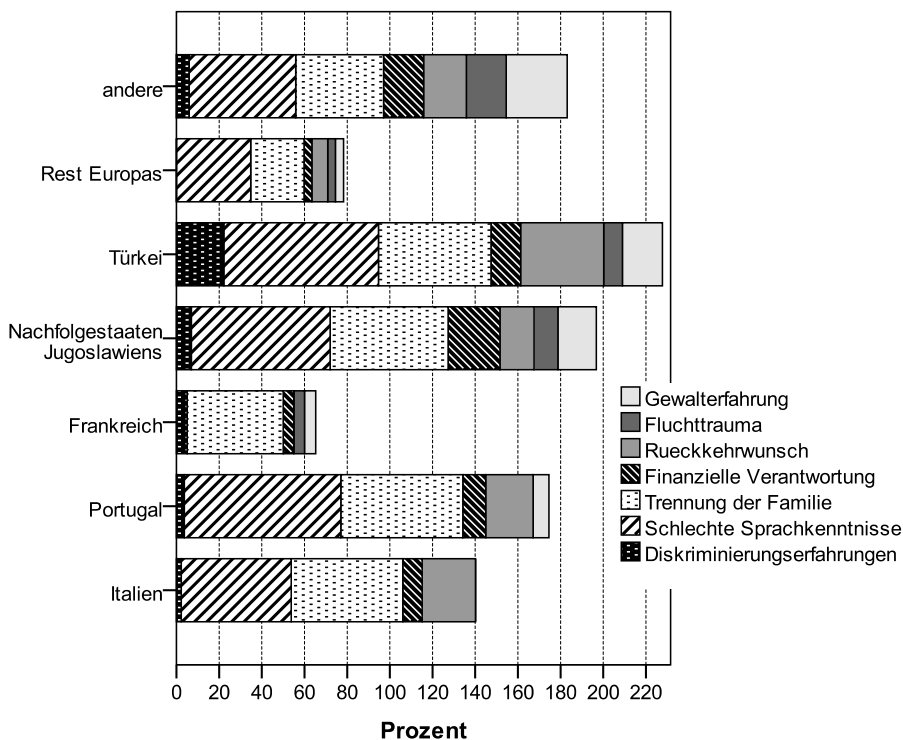


Berentete aus der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien sowie aus Herkunftsländern ausserhalb Europas zeigen sowohl hohe Anteile bei den Belastungen durch kritische Lebensereignisse wie auch bei den Migrationsbelastungen. Migrantinnen und Migranten aus Frankreich und anderen europäischen Ländern wie Deutschland, Belgien oder Österreich („Rest Europas“) sind dagegen erwartungsgemäss sehr viel weniger durch die Migration belastet - dafür biografisch höher belastet).

Interessanterweise gleichen sich diese Belastungsarten etwas aus, im Durchschnitt sämtlicher Belastungen liegen die Herkunftsländer einigermassen nahe beieinander. Etwas höher liegt der Gesamtbelastungs-Durchschnitt bei Berenteten aus der Türkei, aus aussereuropäischen Ländern, dem ehemaligen Jugoslawien sowie aus Portugal. Es zeigt sich auch hier, dass die seit den 80er Jahren Eingewanderten etwas höher belastet sind als die Migranten aus früheren Jahren.

Abgesehen vom Ausmass der Migrationsbelastungen ist es aufschlussreich, wenn man analysiert, welche Herkunft mit welchen spezifischen Belastungen verbunden ist (Abbildung 4-12):

Abbildung 4-12: Einzelne Migrationsbelastungen nach Herkunftsland



Opfer von Gewalt im Herkunftsland waren vor allem die Berenteten aus aussereuropäischen Ländern (jeder Dritte), aus der Türkei (jeder Vierte) und aus dem ehemaligen Jugoslawien (jeder Fünfte). Für über 60% der Migranten aus aussereuropäischen Ländern, aus der Türkei und aus Portugal war die Migration zudem besonders häufig mit einer Trennung von der eigenen Familie verbunden. Einen besonders häufigen Rückkehrwunsch hegen 40% respektive knapp 30% der Eingewanderten aus der Türkei und aus Italien.

Schlechte Kenntnisse der jeweiligen Landessprache der Schweiz sind besonders häufig bei Eingewanderten aus Portugal, dem ehemaligen Jugoslawien sowie der Türkei. Mit rund 20 bis 30% ist bei

einem sehr hohen Anteil der Berenteten aus dem ehemaligen Jugoslawien sowie aus aussereuropäischen Ländern dokumentiert, dass sie eine finanzielle Verantwortung gegenüber den in ihrer Heimat Zurückgebliebenen haben (es ist selten, dass diese doch belastende Verpflichtung in den IV-Akten von den Ärzten erfragt und dann auch noch dokumentiert wird, deshalb ist ein Anteil von 30% als sehr hoch einzustufen, effektiv sind es dann noch viel mehr). Diskriminierungserfahrungen in der Schweiz leiden gemäss Akten im Wesentlichen nur die aus der Türkei Eingewanderten (immerhin rund 25%). Die hohe Belastung durch eine Ausschaffungsdrohung war bei den Berenteten generell sehr selten.

„Der 38-Jährige Versicherte wächst ohne emotionale Wärme bei einem Onkel im Kosovo auf. Er kämpft in der Opposition und wird mit 16 Jahren das erste Mal festgenommen und im Gefängnis gefoltert. Aus dem Militärdienst desertiert er und flüchtet über die grüne Grenze nach Ungarn. Der Versicherte wird als Student erneut festgenommen und 1 Jahr in Haft schwer gefoltert. Es kommt zu einer andauernden Persönlichkeitsveränderung aufgrund dieser Extrembelastungen. Daraufhin wird er in der Schweiz als Flüchtling aufgenommen. Es gelingt ihm in der Schweiz Fuss zu fassen. Die Probleme am Arbeitsplatz tauchen erst nach dem Wechsel des Vorgesetzten auf, die neue Chefin kommt ihm wie eine böse Gefängniswärterin vor.“

4.2.3 Zusammenfassung

Zu den kritischen Lebensereignissen: Anders als die Belastungen aus der Kindheit steigen die Belastungen wegen kritischer Lebensereignisse mit zunehmendem Alter der Versicherten an bis etwa zum 50. Altersjahr, anschliessend nehmen sie wieder ab. Da über die letzten rund 20 Jahre das Alter der Berenteten aus psychischen Gründen angestiegen ist, ist auch die Relevanz solcher Ereignisse gestiegen. „Kritische Lebensereignisse“ sind Erfahrungen, die mehrheitlich zum Leben gehören, ihre Herausforderung liegt darin, dass man sie psychisch verarbeiten muss, auch wenn es sich um prinzipiell positive Ereignisse handelt. Problematisch kann aber eine Häufung solcher Ereignisse sein.

Bei den vielen psychischen Störungen, die hier erfasst wurden, geht die Ersterkrankung den berentungsnahen kritischen Ereignissen um viele Jahre voraus, beispielsweise bei schizophrenen Erkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen. Anders sieht das bei den depressiven Erkrankungen und bei den Schmerzstörungen aus, wo das letzte kritische Ereignis in einem sehr engen Zusammenhang steht mit der - im Übrigen relativ späten - Ersterkrankung.

Depressionen und Schmerzstörungen sind gemeinsam mit den Persönlichkeitsstörungen auch diejenigen Erkrankungen, die die höchste kritische Ereignisdichte aufweisen, unabhängig vom Alter bei Berentung. Bei Depressionen und Schmerzstörungen geht das einher mit einer eher geringen biografischen Belastung, bei den Berenteten mit Persönlichkeitsstörung sieht man sich einer Kumulation von besonders vielen biografischen Belastungen und einer hohen kritischen Ereignisdichte gegenüber. Auffallend ist auch, welche kritischen Ereignisse bei welchen Störungsgruppen besonders häufig dokumentiert sind: Trennungserlebnisse bei Berenteten mit Persönlichkeitsstörung, Todesfälle bei Berenteten mit Schmerzstörungen und gerichtliche Verurteilung bei Substanzabhängigen und Persönlichkeitsgestörten.

Insgesamt ist bei solchen Auswertungen aber zu bedenken, dass das Vorhandensein mehrerer kritischer Lebensereignisse bei einer Person (inklusive Heiraten, Geburten, Scheidungen etc.) umgekehrt auch bedeuten, dass jemand sich so weit integrieren konnte, dass er überhaupt das „kritische“ Ereignis einer Heirat, Geburt oder Scheidung erleben konnte. Es sind denn auch typischerweise Diagnosegruppen wie die Schizophrenie oder Minderintelligenz, bei denen relativ selten solche Ereignisse dokumentiert sind, was an sich der noch grössere Belastungsfaktor sein mag.

Zu den migrationsspezifischen Belastungen: Über die letzten zwei Jahrzehnte ist nicht nur der Anteil der Berenteten angestiegen, die in die Schweiz eingewandert sind, sondern es ist auch der Anteil der durch aversive Erfahrungen im Herkunftsland, durch traumatisierende Fluchterfahrungen oder schwierige Bedingungen in der Schweiz belasteten Migranten gestiegen. Der Anteil belasteter Migranten hat sich gegenüber demjenigen, der sich in den 80er Jahren oder früher bei der Invalidenversicherung angemeldet hat, verdoppelt.

Entsprechend ist nicht überraschend, dass die migrationsspezifische Belastung besonders hoch liegt bei den ‚neuen‘ Einwanderern wie denjenigen aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien ist. Diese Herkunftsländer tauchen bei den Anmeldungen seit den 90er Jahren vermehrt auf.

Betrachtet man die verschiedenen Belastungsarten - aus der Biografie, aus kritischen Lebensereignissen und aus dem Migrationskontext - gemeinsam, so zeigt sich zum einen, dass die Gesamtbelastung aller Migranten in etwa vergleichbar ist, dass aber die Akzente unterschiedlich gesetzt sind. Berentete aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien haben hohe Migrations- und Lebensereignisbelastungen und geringe biografische Belastungen, in dieselbe Richtung wenn auch in reduziertem Ausmass zeigt das Profil der aus Italien Eingewanderten. Bei den Franzosen zeigt sich das umgekehrte Bild, eine besonders hohe biografische Belastung, aber wenig kritische Ereignisse und kaum migrationsspezifische Belastungen. Dies ist ähnlich bei den Einwanderern aus anderen europäischen Ländern (Deutschland, Spanien, Belgien, Österreich), die besonders wenig migrationsspezifische Belastungen zeigen, dafür eine hohe Ereignisdichte. Wiederum anders sieht die Verteilung bei den Portugiesen aus, bei denen sämtliche Belastungsarten gleich stark ausgeprägt sind.

Eine differenzierte Sicht über den Inhalt der migrationsspezifischen Belastungen weist schliesslich nochmals darauf hin, dass es *die* Migranten nicht gibt, sondern dass es sich - sogar auf dem vorliegenden Niveau einer Aktenanalyse - um heterogene Gruppen handelt mit unterschiedlichen Voraussetzungen: So sind beispielsweise die Sprachkenntnisse in der Schweiz unterschiedlich mit sehr grossen Anteilen schlecht landessprachig Sprechender aus Süd- und Südosteuropa.

Typisch für Berentete aus der Türkei ist ihr sehr häufig in den Akten dokumentierter Rückkehrwunsch (bekanntlich ist die Ambivalenz zwischen dem Wunsch, in der Schweiz zu bleiben, und dem Wunsch, ins Heimatland zurückzukehren, ein starker Belastungsfaktor). Auch häufige Gewalterfahrungen in der Türkei vor der Migration begründen einen Belastungsfaktor, den sie vor allem auch mit Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien teilen. Schliesslich ist typisch für Berentete aus ausereuropäischen Ländern, dass sie besonders oft durch finanzielle Verantwortung für die zurückgebliebenen Verwandten belastet sind.

4.3 Merkmale und Belastungen der Erwerbsbiografie

Die folgende Tabelle zeigt einige Merkmale der Arbeitsbiografie der Berenteten nach Code 646 sowie die Resultate zu den erhobenen Arbeitsbelastungen (Tabelle 4-4). Die Daten wurden entweder den Arbeitgeber-Formularen entnommen, aus den Akten eingeschätzt oder aus den Tabellen zum Individuellen Konto abgeschrieben:

Tabelle 4-4: Übersicht über Merkmale der Arbeitsbiografie und Arbeitsbelastungen

Variable (letzte Stelle)	Anzahl	Prozent	Variable (Arbeitsbelastung)	Anzahl	Prozent
Auflösungsgründe Stelle (535 Gründe bei n=382)			Schwere körperliche Arbeit		
Arbeitsleistung	52	9.7	Nein	692	85.9
Betriebliche Entwicklung	76	14.2	Ja	114	14.1
Befristetes Arbeitsverhältnis	42	7.9	Schichtarbeit		
Absenzen	80	15.0	Nein	747	93.3
Krankheit	115	21.5	Ja	54	6.7
Sozialverhalten	21	3.9	Umwelt-Stressoren (Lärm, Gase, Hitze, Kälte)		
Negatives Arbeitsverhalten	26	4.9	Nein	759	94.9
Frühpensionierung	20	3.7	Ja	41	5.1
Anderes	103	19.3	Unter Ausbildungsniveau tätig		
Erste Problemzeichen (1070 Zeichen bei n=642)			Nein	759	94.3
Lehrabbruch	63	9.7	Ja	46	5.7
Viele Stellenwechsel	127	19.6	Ohne festen Arbeitsvertrag		
Soziale Konflikte	70	10.8	Nein	748	93.4
Negatives Arbeitsverhalten	34	5.2	Ja	53	6.6
Somatische Probleme	152	23.4	Monotone, repetitive Tätigkeit		
Psychische Probleme	209	32.2	Nein	738	91.8
Arbeitsunfähigkeit, Absenzen	126	19.4	Ja	66	8.2
Mangelnde Leistung	47	7.2	Andere Belastung		
Überlastung	107	16.5	Nein	730	91.1
Rückstufung	40	6.2	Ja	71	8.9
Suizidversuch	6	0.9	Irgendeine körperliche Belastung > 1 Jahr		
Nie gearbeitet	14	2.2	Nein	515	63.3
Anderes	89	13.7	Ja	299	36.7
Einschränkungen (699 Einschränkungen bei n=407)			Nischen-Arbeitsplatz		
Stabilität, Konstanz, Belastb.	135	33.2	Nein	705	89.8
Sozialkompetenz	116	28.5	Ja	80	10.2
Leistung	54	13.3	Mobbing-Opfer		
Kognition	98	24.1	Nein	727	92.4
Selbstvertrauen, Selbstwert	33	8.1	Ja	58	7.4
Antrieb, Initiative, Tempo	82	20.1	Wechsel des Vorgesetzten		
Präsenz	58	14.3	Nein	759	97.4
Isolation	21	5.2	Ja	20	2.6
Flexibilität	35	8.6	Schwieriges Sozialverhalten des Versicherten		
Affekte	36	8.8	Nein	625	79.8
Andere	31	7.9	Ja	158	20.2

Variable	Anzahl	Prozent	Variable (Arbeitsbelastung)	Anzahl	Prozent
Auslöser für AuF (219 Ereignisse bei n=194)			Unzufriedenheit mit Arbeitssituation		
Todesfall	35	18.0	Nein	668	85.6
Trennungserlebnis	20	10.3	Ja	112	14.4
Erkrankung	69	35.6	Irgendeine psychosoziale Belastung		
Unfall	25	12.9	Nein	534	67.7
Soziale Konflikte	19	9.8	Ja	255	32.3
Arbeitsplatzverlust	19	9.8	Auswertungen Individuelles Konto (N=520)		
Überlastung	22	11.3	Anzahl Beitragsjahre (Mittelwert)		
Trauma (Gewalt)	10	5.2	Männer (n=245)	18.8	
Unfall zu Beginn Arbeitsunfähigkeit			Frauen (n=275)	16.5	
Nein	809	91.2	Jährliches Erwerbs-Einkommen (adjustiert 1993)		
Ja	78	8.8	Männer	20'100	
Branche letzte Stelle vor Anmeldung			Frauen	15'300	
Landwirtschaft	11	1.5	Total	17'800	
Industrie	181	24.8	Prozent des Einkommens durch Sozialtransfers		
Baugewerbe	56	7.7	Männer		31.0
Handel, Reparatur	100	13.7	Frauen		26.7
Gastgewerbe	53	7.3	Total		28.8
Verkehr, Nachrichten	38	5.2	Summe Einkommensrückgänge		
Banken, Versicherungen	30	4.1	Auf 90% des Vorjahres	(n=472)	2163
Immobilienwesen, Dienstleist.	57	7.8	Auf 75% des Vorjahres	(n=442)	1471
Öffentliche Verwaltung	42	5.8	Auf 60% des Vorjahres	(n=420)	1071
Unterrichtswesen	19	2.6	Auf 50% des Vorjahres	(n=386)	820
Gesundheit, Soziales	109	15.0	Auf 40% des Vorjahres	(n=339)	624
Sonstige Dienstleistungen	33	4.5	Auf 30% des Vorjahres	(n=273)	431
Auflösung der letzten Stelle bei IV-Anmeldung			Durchschnittl. Beitragsjahre mit Einkommen aus		
Stelle noch bestehend	293	45.9	Unselbständigem Erw.eink.	(n=438)	13.9
Durch Arbeitgeber	197	30.9	Selbständigem Erw.eink.	(n=45)	6.6
Durch Versicherten	68	10.7	Betreuungsgutschriften	(n=32)	13.8
Einvernehmlich	54	8.5	IV-Taggeld	(n=17)	2.0
Unklar	26	4.1	Arbeitslosenunterstützung	(n=62)	2.0
Bemühungen Arbeitgeber zur Weiterbeschäftigung			Prozent von Beitragsjahren mit		
Nein	637	81.6	Erwerbstätigkeit (unselbst.)	(n=438)	76.2
Ja	144	18.4	Erwerbslosigkeit	(n=215)	48.9
Umplatzierungsmöglichkeiten im Betrieb			Sozialtransfers	(n=284)	29.0
Nein	273	90.1	Irgendein Jahr mit Erwerbstätigkeit		
Ja	30	9.9	Nein	82	15.8
Umplatzierungsmöglichkeiten geprüft			Ja	438	84.2
Nein	122	42.1	Irgendein Jahr ohne Erwerbstätigkeit		
Ja	168	57.9	Nein	305	58.7
Hilfestellungen durch IV erwünscht			Ja	215	41.3
Nein	275	94.2	Alter beim Auftauchen der ersten Arbeitsplatzprobleme		
Ja	17	5.8	Bis 24 Jahre	144	21.6
Alter beim Auftauchen der ersten Arbeitsplatzprobleme			35-44 Jahre	193	29.0
Bis 24 Jahre	144	21.6	Ab 45 Jahren	166	24.9
25-34 Jahre	163	24.5			

Die tabellarische Übersicht zeigt einige Eckdaten zur Erwerbsbiografie von Berenteten nach Code 646, die im Folgenden etwas eingehender beschrieben werden.

4.3.1 Übersicht über einige Daten zur Erwerbsbiografie

Der grösste Teil der Berenteten war irgendwann vor Berentung zumindest einmal erwerbstätig, nur 15% haben gemäss Auszug aus dem Individuellen Konto nie ein Einkommen aus selbständiger oder unselbständiger Tätigkeit erzielt, das heisst, der überwiegende Teil der Berenteten stand irgendwann im Erwerbsleben und ist daraus desintegriert. Auf der anderen Seite haben rund 40% der Berenteten in ihrer Erwerbsbiografie mindestens einmal ein Beitragsjahr, in dem sie nicht erwerbstätig waren - also arbeitslos waren, im Haushalt arbeiteten, Kinder betreuten oder IV-Taggeld respektive Sozialhilfe bezogen.

Die durchschnittliche Dauer der Erwerbstätigkeit (genauer die dokumentierte Anzahl der Beitragsjahre mit unselbständigem Einkommen) bei den 85% Berenteten, die einmal erwerbstätig waren, betrug 14 Jahre. Die durchschnittliche Anzahl der Erwerbsjahre bei unselbständigen Erwerbenden liegt bei 7 Jahren.

Insgesamt zeigt sich, dass ein sehr grosser Teil einmal erwerbstätig war und dies durchaus über einen nennenswerten Zeitraum (14 Jahre) hinweg, allerdings anscheinend bei einigen immer wieder unterbrochen durch Zeiten der Erwerbslosigkeit. Immerhin 29% der gesamten Einkommen der Berenteten über ihre gesamte Erwerbsbiografie hinweg entstammt aus Sozialtransfers, also aus Beiträgen von Sozialhilfe, Arbeitslosenunterstützung, Invalidenversicherung oder Alimenten. Bei den Männern ist dieser Anteil mit 31% etwas höher als bei den Frauen mit 27%. Dass rund 30% der gesamten Einkommen der Berenteten nicht aus Erwerbstätigkeit stammen, ist ein Indiz dafür, dass bei einem Teil schon die prämorbid berufliche Anpassung beeinträchtigt war.

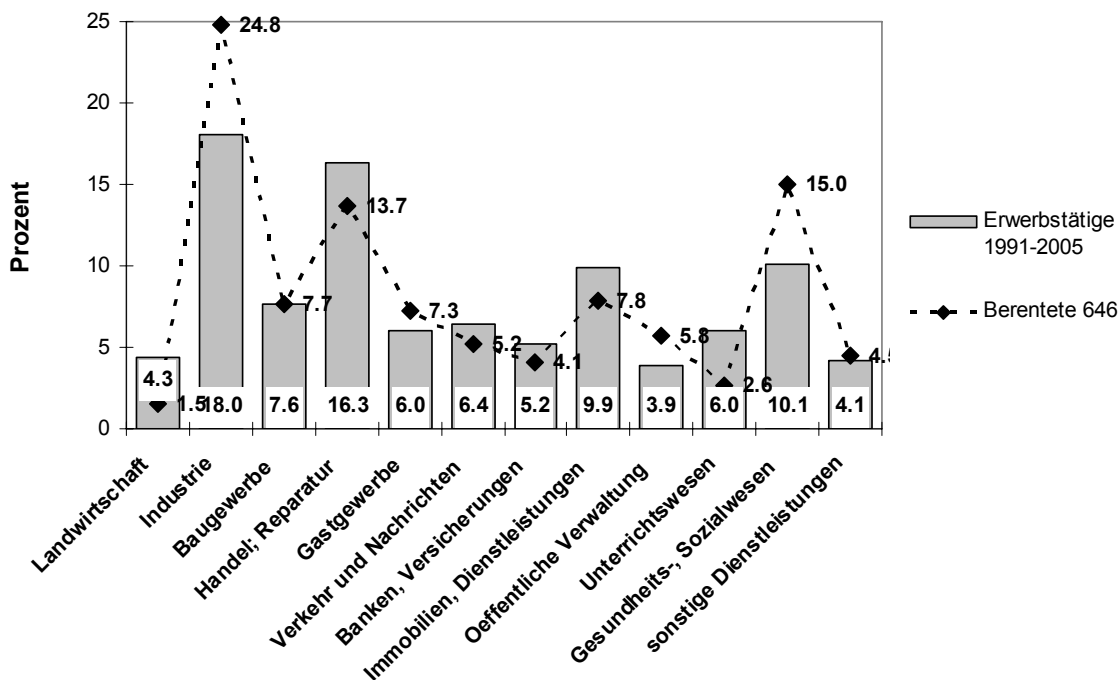
Es sei auch nochmals erwähnt, dass das durchschnittliche Einkommen der Berenteten aus psychischen Gründen im Vergleich zum mittleren Einkommen der Schweizer Erwerbstätigen mit 18'000 CHF pro Jahr gegenüber rund 55'000 CHF drastisch reduziert ist, auch das ein Hinweis auf die früheren Arbeitsprobleme der Berenteten.

Interessant ist der Blick auf den Verlauf der Einkommens-Biografie der Berenteten gemäss Individuellem Konto. Bei den Berenteten, die Beitragsjahre mit Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit zu verzeichnen haben, wurde berechnet, wie oft und in welchem Jahr sie einen "Knick" aufweisen, das heisst, einen Einkommensrückgang ihres Jahreseinkommens im Vergleich zum Vorjahr. Die Absicht hinter dieser Berechnung liegt darin, dass man möglicherweise via Erwerbsbiografie zu frühen Anzeichen von Problemen kommt, die dann in der Umsetzung die Basis von Frühinterventionen darstellen könnten.

Solche Einkommens-"Knicke" sind bei den Berenteten sehr häufig: So verzeichnen beispielsweise 472 Personen insgesamt 2'163 Einkommensknicke auf 90% des Vorjahresniveaus, das heisst, sie verdienten in einem bestimmten Jahr 10% weniger als im vorherigen Jahr und hatten insgesamt knapp 5 Knicke pro Person. Rückgänge auf 50% des Vorjahresniveaus hatten noch 386 Berentete, insgesamt hatten diese knapp 400 Personen zusammen 820 solche Knicke, also mehr als zwei Knicke pro Person. Je grösser der Knick desto weniger Personen sind betroffen. Rein deskriptiv bleibt die Feststellung, dass die Berenteten in ihrer Erwerbsbiografie sehr viele solche Knicke hatten. Auch gesunde Arbeitnehmer, vor allem jüngere, haben natürlich Einkommensrückgänge von

einem Jahr zum anderen, aber normalerweise geht es ab einem gewissen Alter eher 'aufwärts' statt 'abwärts', und zudem haben die meisten Arbeitnehmer nicht wiederholt Sozialtransfer-Einkommen zu verzeichnen. Weiter unten werden die weiteren Auswertungen zu den Einkommensrückgängen gezeigt. Die Verteilung der Branchenzugehörigkeit der Berenteten wegen psychischer Probleme gibt mit einigen Unterschieden die Wirtschaftsstruktur in der Schweiz recht gut wider (Abbildung 4-13):

Abbildung 4-13: Branchenzugehörigkeit von Berenteten nach 646 und der Erwerbstätigen in der Schweiz (Durchschnittswerte 1991-2005)



Quelle: Erwerbstätigenstatistik (ETS), BFS

Gegenüber dem Durchschnitt der Schweizer Erwerbstätigen aus den Jahren 1991 bis 2005 haben die Berenteten häufiger in der Industrie, in der Öffentlichen Verwaltung und im Gesundheits- und Sozialwesen gearbeitet. Untervertreten sind sie in der Landwirtschaft, im Handel, in der Branche Immobilienwesen/Dienstleistungen sowie im Unterrichtswesen. Dass die Berenteten in der Öffentlichen Verwaltung und im Gesundheits- und Sozialwesen übervertreten sind, entspricht angesichts der relativ hohen Invalidisierungsquoten in diesen Branchen ebenfalls den Erwartungen.

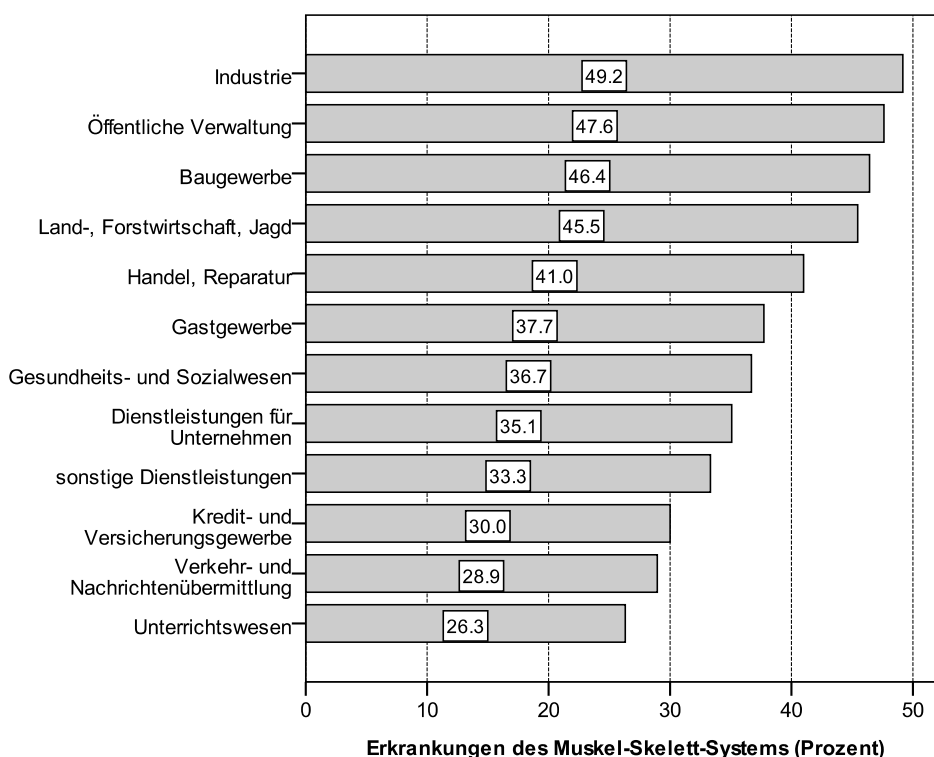
Abgesehen von diesen Unterschieden bilden die Berenteten aus psychischen Gründen aber doch die gesamte Schweizer Wirtschaft gut ab. Der deutlichste Unterschied ist ihre Übervertretung in industriellen Betrieben, was angesichts der unterdurchschnittlichen Bildungsqualifikationen nicht überrascht (wobei die Branchenzugehörigkeit an sich noch nichts über die Qualifikationen aussagt, aber es kann hier davon ausgegangen werden, dass es sich bei diesen industriellen Arbeitstätigkeiten meist um manuelle und tendenziell einfachere Tätigkeiten handelte).

4.3.2 Arbeitsbelastungen

Mit der häufigen Tätigkeit in der Industrie ist aber auch schon angedeutet, dass ein bedeutsamer Teil der Berenteten eine erhöhte Wahrscheinlichkeit hatte, spezifischen Arbeitsbelastungen ausgesetzt gewesen zu sein (körperlich anstrengende, monotone, Arbeit unter erhöhter Lärmexposition etc.).

Dass beispielsweise das Risiko für Muskel-Skelett-Erkrankungen auch für die aus psychischen Gründen Berenteten je nach Branche ziemlich unterschiedlich waren (obwohl es sich nicht nur um Arbeitsunfälle gehandelt haben muss), zeigt die folgende Abbildung 4-14:

Abbildung 4-14: Diagnostizierte Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems nach Branchenzugehörigkeit der Berenteten nach 646



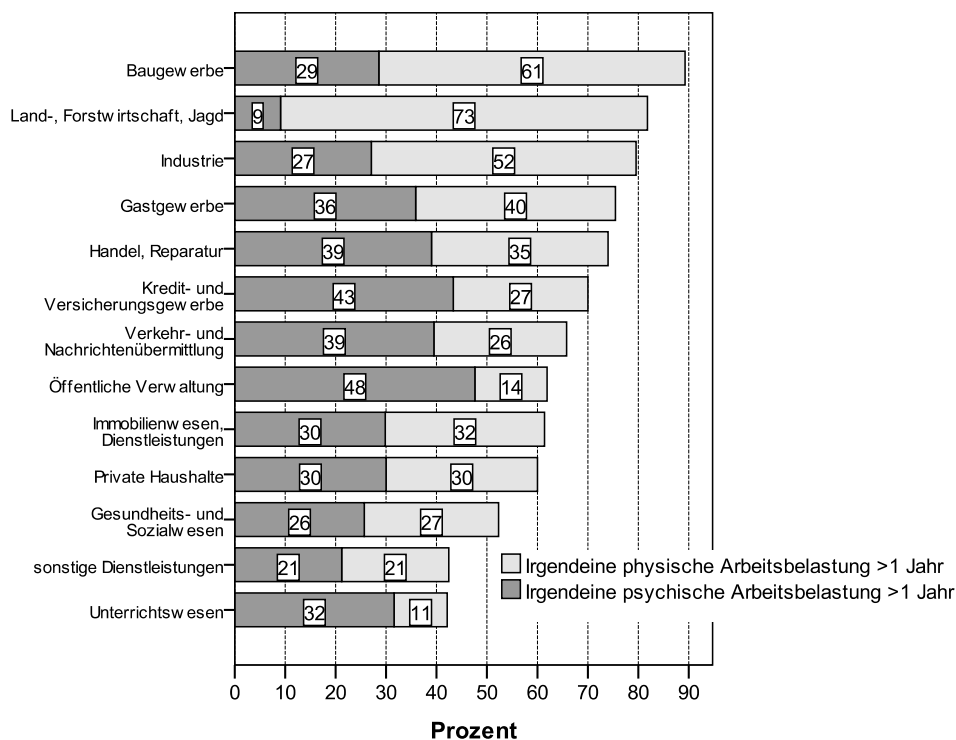
Aus sämtlichen in den IV-Dossiers verfügbaren Arztberichten und medizinischen Gutachten wurden alle Diagnosen erhoben, die die Versicherten jemals erhalten haben, darunter auch viele somatische Diagnosen. Die obige Grafik zeigt, dass beispielsweise 50% der Berenteten aus psychischen Gründen, die in der Industrie und in der Öffentlichen Verwaltung gearbeitet haben, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems hatten, ebenso die in der Landwirtschaft und im Baugewerbe tätigen Berenteten. Auch bei Berenteten aus dem Handel und dem Gastgewerbe bringen mit einem Anteil von gegen 40% viele Personen eine Geschichte von Muskel-Skelett-Erkrankungen mit. Häufig wurde diesen diagnostizierten Erkrankungen attestiert, dass sie „ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit“ seien, was auch der Grund ist, dass sie schliesslich nicht nach einer somatischen IV-Gebrechenskategorie berentet wurden.

Man muss sich aber angesichts dieser Zahlen bewusst sein, dass die aus psychischen Gründen invalidisierten Personen zugleich oft eine Geschichte von diagnostizierbaren körperlichen Erkrankungen mitbringen, insbesondere wenn sie in gewissen Branchen gearbeitet haben.

Bei rund 37% der Berenteten sind denn im Dossier auch längerdauernde physische Belastungen dokumentiert, häufig durch schwere körperliche Arbeit, etwas weniger häufig durch monotone Arbeit oder Schichtarbeit. Bei rund 9% der Berenteten markierte zudem ein Unfall den Beginn ihrer rentenbegründenden Erwerbsunfähigkeit, wobei nicht nur Arbeitsunfälle gemeint sind.

Wenn man neben den körperlichen noch die psychosozialen Arbeitsbelastungen nach Branche vergleicht, ergibt sich ein fast komplementäres Bild (Abbildung 4-15):

Abbildung 4-15: Längerdauernde physische und psychische Arbeitsbelastungen nach Branche



Die Grafik zeigt klar, dass die physischen und psychischen Arbeitsbelastungen in den meisten Branchen nach dem Entweder-oder Prinzip verteilt sind, entweder die Arbeit ist körperlich belastend oder dann psychisch. Die höchsten physischen Belastungen finden sich in Landwirtschaft, Industrie, Baugewerbe und Gastgewerbe - bei 40 bis 75% der in diesen Branchen tätigen Berenteten war mindestens eine längerdauernde physische Belastung dokumentiert.

Diese Branchen sind zugleich diejenigen, in denen auf der anderen Seite bei einem eher geringen Anteil der Berenteten psychosoziale Belastungssituationen dokumentiert sind wie Mobbing, Vorgesetztenwechsel, Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation oder Probleme durch schwieriges Sozialverhalten des Berenteten. Eher häufig waren bei den Berenteten die psychosozialen Belastungen hingegen in der Banken- und Versicherungsbranche, in der Öffentlichen Verwaltung und im Handel.

4.3.3 Erste Anzeichen von Arbeitsplatzproblemen

Die Frage, woran man möglichst früh psychische Probleme bei Arbeitnehmenden erkennen kann, ist praktisch von besonderer Bedeutung, speziell in Bezug auf die seit 1.1.2008 in Kraft getretenen neuen IV-Massnahmen wie Früherkennung und -intervention, aber auch für Fachleute wie Case Manager von Krankentaggeldversicherern oder Pensionskassen und natürlich für Personalverantwortliche in den Betrieben selbst. Das ganze Dossier wurde daraufhin analysiert, ob derartige erste Anzeichen von Problemen am Arbeitsplatz dokumentiert sind, und welcher Art diese sind.

Insgesamt wurden 1070 «erste Anzeichen» erhoben bei 642 Berenteten, rund 1.7 Anzeichen pro Person im Durchschnitt. Das häufigste Frühwarnzeichen ist laut Akten das Auftreten von psychischen Problemen selbst, bei einem Drittel der Versicherten zeigten sich die ersten Probleme in der Form von (vielfältigen) psychischen Symptomen. Das zweithäufigste Anzeichen lag bei einem Viertel der Versicherten im Auftreten von körperlichen Krankheitssymptomen. Das bedeutet, dass überwiegend frühe Anzeichen (in den Akten) dann greifbar werden, wenn eine Erkrankung schon begonnen hat. Auf der anderen Seite, und hier liegt wohl ein Potential, liegen diese Symptome zeitlich viele Jahre vor der IV-Anmeldung und erst recht vor der Berentung. Das weist darauf hin, dass Krankheitssymptome zwar wahrgenommen werden, dass aber anscheinend nicht genug unternommen werden konnte, um den Berentungsprozess zu stoppen.

Weitere wichtige Frühzeichen sind viele Stellenwechsel (20% der Versicherten), viele Absenzen (19%), Überlastung am Arbeitsplatz (17%) sowie soziale Konflikte am Arbeitsplatz (11%) und Lehrabbruch (10%). Man kann davon ausgehen, dass diese Frühzeichen von den Beteiligten mit grosser Sicherheit wahrgenommen werden - dass diese Wahrnehmung aber anscheinend nichts am weiteren (Berentungs-)Verlauf geändert hat. Vielleicht sind weniger die Art der Anzeichen als die Art der Reaktion entscheidend. Schliesslich kann zu diesen Resultaten auch gesagt werden, dass diese «frühen» Anzeichen eigentlich nicht «früh» in einem primärpräventiven Sinn sind, sondern eher als sekundärpräventiv einzustufen wären. Wenn ein Lehrabbruch das erste Problemzeichen ist, dann wurde vorher schon etwas verpasst. Es ist natürlich anzunehmen, dass einem solchen Lehrabbruch schon Probleme vorangegangen sind - aber solche Probleme sind in den Akten fast nie dokumentiert. Und wenn sie nicht dokumentiert sind bedeutet das, dass sie für das IV-Verfahren nicht für besonders relevant gehalten werden.

Die hier gezeigten Resultate zu den Frühzeichen von Arbeitsplatzproblemen deuten darauf hin, dass es keine verlässlichen Kategorien für frühe Problemsymptome gibt und kein Konzept, wie aus Problemanzeichen Interventionen abgeleitet werden sollen.

Insgesamt fällt bei der Aktenanalyse auf, wie klar der gesamte Verfahrensprozess erst mit der Erkrankung und meist schon länger bestehenden Erwerbsunfähigkeit beginnt. Die ganze Vorgeschichte, der Erkrankungs- oder Krisenverlauf ist in den Unterlagen kaum greifbar - hingegen ist meistens die Kindheits- oder Jugendbiografie aufgearbeitet, die aber sehr lange zurückliegt. Die ganze Zeit zwischen Kindheit und bestehender Erkrankung und insbesondere das Erwerbsleben bleibt häufig im Dunkeln, obwohl gerade diese Zeitspanne rehabilitativ besondere Erkenntnisgewinne bringen würde.

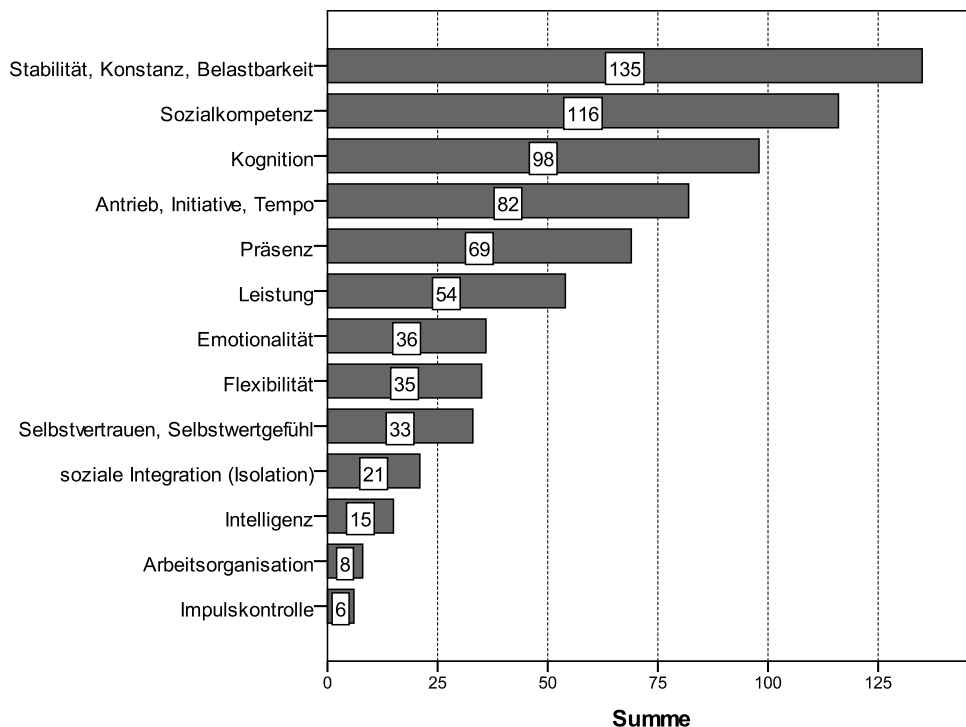
4.3.4 Auslösende Ereignisse für die Erwerbsunfähigkeit

Ähnlich verhält es sich mit den in den Dossiers vorhandenen Angaben über allfällige auslösende Ereignisse für die Arbeitsprobleme: Hier konnten aufgrund der Durchsicht der gesamten Akten nur 219 auslösende Umstände bei 194 Berenteten gefunden werden. Das kann bedeuten, dass es tatsächlich nicht häufiger auslösende Umstände gab, sondern einfach eine Erkrankung aufgetaucht ist. Wahrscheinlicher ist aber, dass es mehr solche Auslöser gab, diese aber nirgends dokumentiert waren. Auch die Kenntnis von potentiell wichtigen Auslösern von Erwerbsunfähigkeit wäre an sich rehabilitativ von Belang. Wenn solche Momente bekannt wären, liesse es sich auch besser abschätzen, wie verbesserungsfähig der Funktionszustand eines Versicherten wäre, wenn solche Umstände wegfallen würden etc. Der deutlich am häufigsten genannte Probleme auslösende Umstand war denn auch die «Erkrankung» selbst (36% der Fälle), dann «Todesfälle», «Unfälle» und «Trennungserlebnisse». Bei diesen Resultaten muss man sich vergegenwärtigen, dass diese nur grob orientierend sein können, da einfach sehr Vieles anscheinend gar nicht Eingang in die Akten fand.

4.3.5 Konkrete arbeitsbezogene Funktionseinschränkungen der Berenteten

Das letzte medizinische Dokument vor dem Rentenentscheid wurde daraufhin angeschaut, ob und welche Funktionseinschränkungen festgehalten wurden. Wir wollten über die reine medizinische Diagnose hinaus wissen, welche Kompetenzen denn ein Versicherter wegen seines medizinischen Problems nicht mehr abrufen konnte. Die Frage nach den Funktionseinschränkungen will wissen, was jemand nicht mehr *kann*, nicht was er *hat* (Abbildung 4-16):

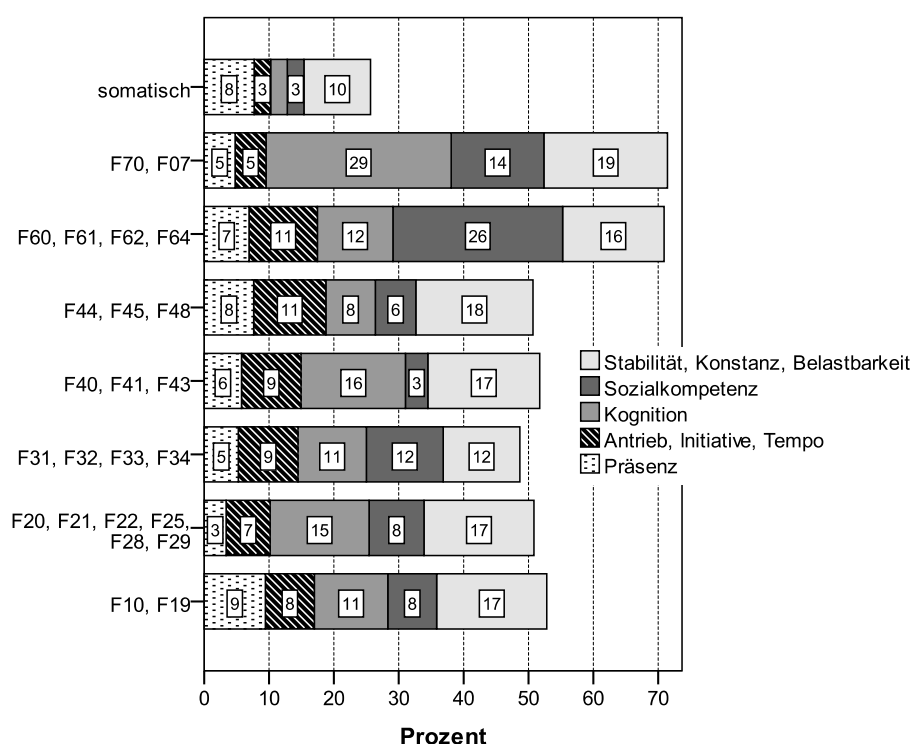
Abbildung 4-16: Funktionseinschränkungen der Berenteten aus psychischen Gründen



Insgesamt wurden 699 Funktionseinschränkungen bei 407 Berenteten erhoben, also 1.7 Einschränkungen pro Person im Durchschnitt. Die zwei häufigsten dokumentierten funktionellen Behinderungen sind zum einen die mangelhafte psychische Stabilität und Belastbarkeit, und zum anderen die mangelnde Sozialkompetenz. Es folgen mit einem Anteil von 24% kognitive Einschränkungen (des Denkens und der Wahrnehmung), Probleme des Antriebs, der Eigeninitiative und des Arbeitstempos. Weniger häufig aber immer noch relevant sind Probleme bei der Arbeitspräsenz (14%) und bei der Leistung (13%).

Im Zusammenhang mit den Diagnosegruppen zeigen die eingeschätzten Funktionseinschränkungen ein aufschlussreiches Bild (Abbildung 4-17):

Abbildung 4-17: Häufigste Funktionseinschränkungen nach Diagnosegruppe



Mangelnde Sozialkompetenz war bei den Berenteten mit einer Persönlichkeitsstörung (F6.) die entscheidende Funktionseinschränkung, bei Berenteten mit Minderintelligenz oder POS (F70, F07) waren es erwartungsgemäss die kognitiven Einschränkungen. Absentismus war besonders ausgeprägt bei Berenteten mit Schmerzstörungen und Substanzabhängigkeit und bei Personen mit schizophrenen Erkrankungen waren es Belastbarkeit und kognitive Einschränkungen.

Dabei ist aber in Erinnerung zu rufen, dass es sich bei den hier gezeigten Einschränkungen um Einschätzungen im Sinne der ärztlichen Stellungnahmen zu den Auswirkungen der Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit handelt - und genau diese Angaben waren überraschend knapp gehalten. Man muss deshalb davon ausgehen, dass die real vorhandenen Einschränkungen durch die Akten nicht vollständig wiedergegeben werden. Die hier gezeigten Funktionseinschränkungen sind dennoch im Grossen und Ganzen sinnvoll, wenn man sich die Erkrankungen vergegenwärtigt, aber im Vergleich zu anderen Inhalten, die in ärztlichen und weiteren Berichten innerhalb des IV-Verfahrens abgehan-

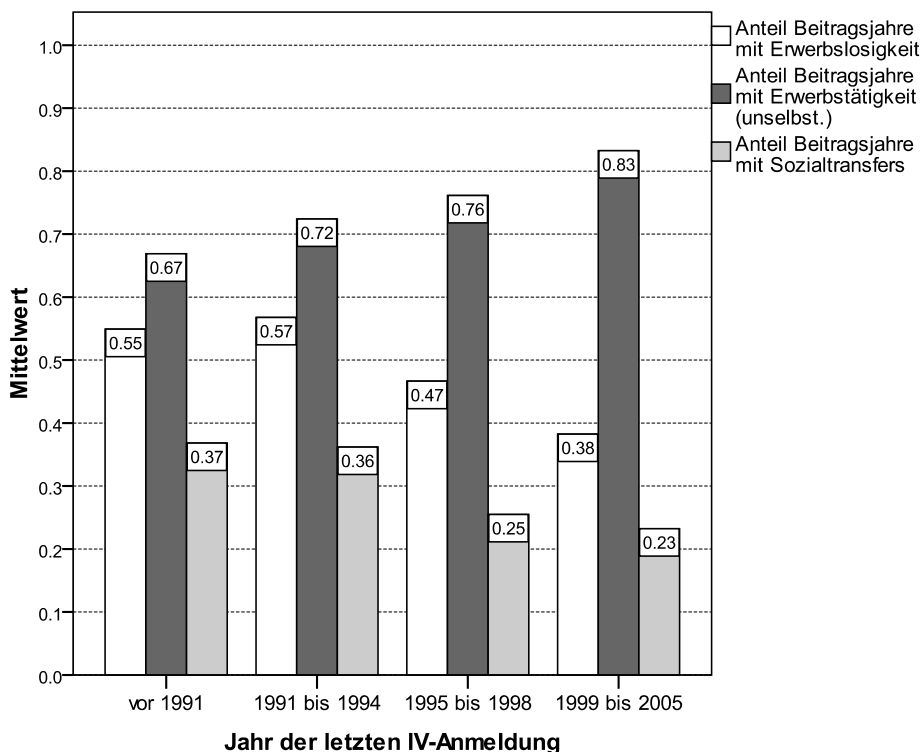
delt werden, ist die Dokumentation der Funktionseinschränkungen unsystematisch und äusserst knapp. Das ist erstaunlich, da die Funktionseinschränkungen in einem IV-Berentungsverfahren der zentrale Punkt überhaupt sind. Eine Rente wird nicht wegen einer Erkrankung zugesprochen, sondern ausschliesslich wegen der Folgen der Erkrankung für die Arbeitsfähigkeit - und mit diesen Folgen sind die Funktionseinschränkungen gemeint. Dies wird weiter unten noch eingehender besprochen.

4.3.6 Beitragsjahre und Erwerbseinkommen der Berenteten

Im Folgenden werden die Resultate zum Individuellen Einkommen im Zusammenhang mit anderen Merkmalen analysiert. Im so genannten «IK-Auszug» wird für jeden Versicherten unter anderem festgehalten, in welchem Monat und Jahr er welche Art von Einkommen generiert hat, beispielsweise Einkommen aus unselbständiger Tätigkeit, aus selbständiger Tätigkeit, aus Sozialtransfers (Arbeitslosenunterstützung, Invalidenversicherung, Sozialhilfe) etc. Dieser - je nach Erwerbsbiografie mehrere Seiten umfassende - IK-Auszug wurde elektronisch erfasst und eingehenderen Auswertungen unterzogen.

Die nächste Grafik zeigt, wie viele Beitragsjahre die Berenteten aufweisen, in denen ein Einkommen aus Erwerbstätigkeit ausgewiesen ist, wie viele Beitragsjahre mit Erwerbslosigkeit und wie viele mit einer Form von Sozialtransfer, wobei zu beachten ist, dass sich die Anteile nicht auf 100% summieren, da innerhalb eines einzigen Beitragsjahres oft verschiedene Einkommen vorkommen (Abbildung 4-18):

Abbildung 4-18: Anteile der Beitragsjahre mit Erwerbstätigkeit, Erwerbslosigkeit und mit Sozialtransfers nach IV-Anmeldungszeitraum

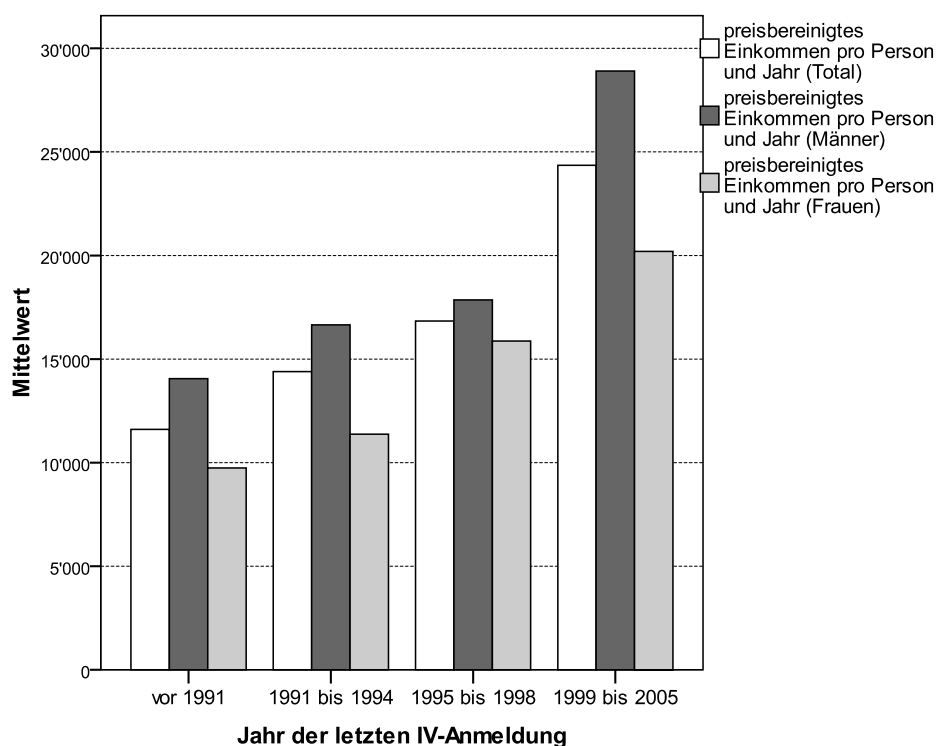


Die psychisch kranken RentnerInnen, die sich in den 80er Jahren und früher angemeldet haben, wiesen bei zwei Dritteln ihrer Beitragsjahre eine Erwerbstätigkeit aus, bei etwa der Hälfte der Jahre einen Zeitraum mit Erwerbslosigkeit und bei rund einem Drittel der Jahre Einkommen aus Sozialtransfers.

Dieses Profil hat sich bis in die jüngste Zeit stetig und deutlich verändert, und zwar in Richtung *bessere* prämorbid berufliche Anpassung: Bei den zuletzt Angemeldeten war bei 83% der Beitragsjahre ein Erwerbseinkommen vorhanden, nur noch bei knapp 40% eine Erwerbslosigkeitsphase und nur noch in einem Viertel der Beitragsjahre wurde ein Sozialtransfer registriert.

Da wir wissen (siehe 3.1), dass das Alter der Versicherten bei IV-Anmeldung in den letzten rund 20 Jahren stetig gestiegen ist, bedeutet das, dass sich zunehmend beruflich besser und länger integrierte Personen bei der IV angemeldet haben - und nicht umgekehrt wie immer wieder vermutet wurde. Dies verdeutlicht auch die folgende Grafik (Abbildung 4-19):

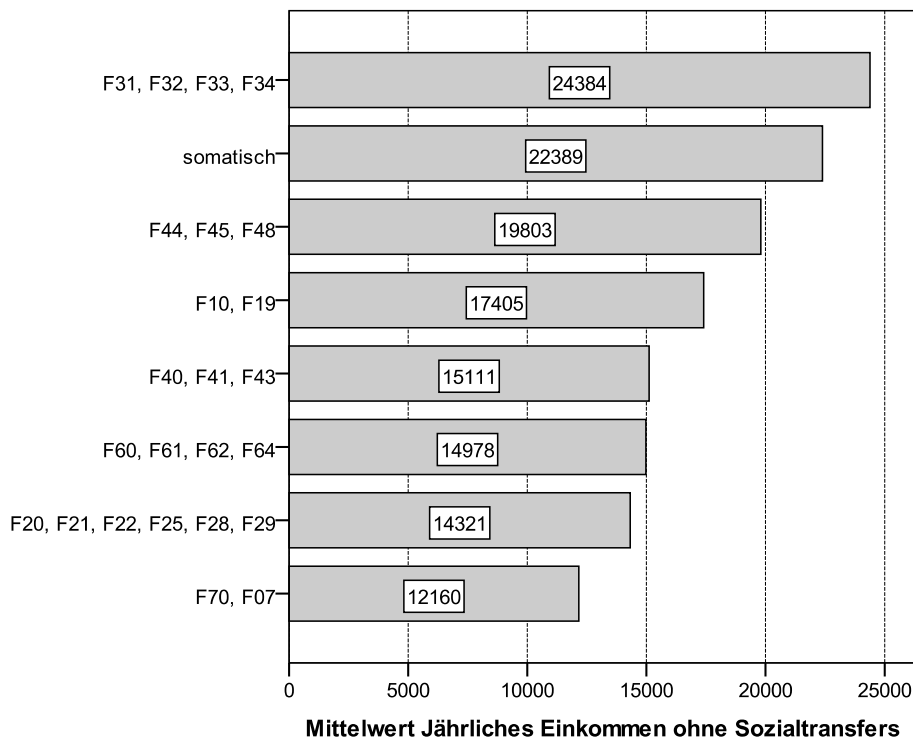
Abbildung 4-19: Einkommen der Berenteten nach Geschlecht und Anmeldezeitraum



Die Abbildung zeigt, dass im Verlauf der Jahre nicht nur die Anteile der Erwerbstätigenjahre an der gesamten Erwerbsbiografie gestiegen sind, sondern auch die Höhe des am Lohnindex adjustierten Einkommens. Die psychisch kranken Rentnerinnen und Rentner, die sich in den 80er Jahren angemeldet haben, hatten ein durchschnittliches Jahreseinkommen von rund 12'000 CHF (adjustiert auf das Niveau von 1993). Bei den Anmeldungen in den letzten Jahren war das Einkommen ziemlich genau doppelt so hoch. Diese Entwicklung gilt gleich für beide Geschlechter, wenn auch in absolut unterschiedlicher Höhe - bei den Männern stieg das Einkommen von 14'000 auf 28'000, bei den Frauen von 10'000 auf 20'000 CHF (adjustiert auf das Niveau von 1993).

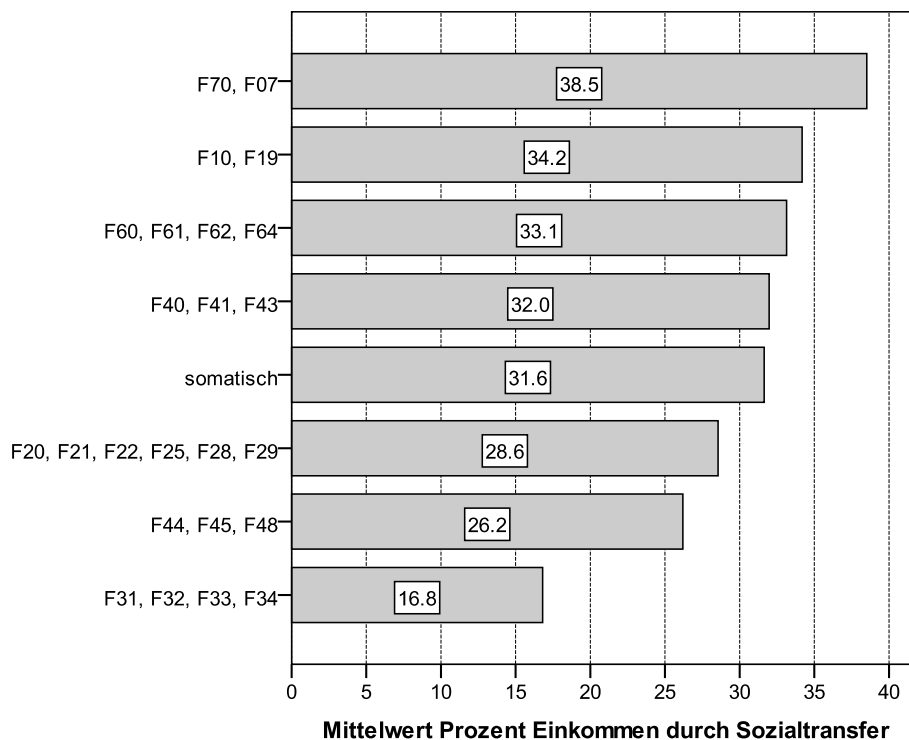
Betrachtet man das jährliche Durchschnittseinkommen der Berenteten nach Diagnose, so lassen sich ebenfalls deutliche Unterschiede feststellen (Abbildung 4-20):

Abbildung 4-20: Erwerbseinkommen der Berenteten nach Diagnosegruppe



Die drei Diagnosegruppen, die sich über dem Gesamtmittelwert des Einkommens befinden, sind Depressionen (F3.), körperliche Erkrankungen und Schmerzstörungen (F44 ff). Das sind zum einen diejenigen Gruppen, die sich mit einem höheren Alter bei der IV anmelden und die vor Problembeginn beruflich besser angepasst waren. Personen, die wegen Depressionen berentet wurden, haben jährlich fast doppelt so viel verdient wie Personen mit Berentungsgrund Minderintelligenz (F70), POS (F07), Schizophrenie (F2.), Persönlichkeitsstörung (F6.) oder Ängsten, Zwängen und Belastungsstörungen (F40ff).

Vergleichsweise hoch ist der Einkommensdurchschnitt von Substanzabhängigen (F1.), was daran erinnert, dass es sich bei Substanzabhängigen um eine spezielle Gruppe handelt: Substanzabhängige können in Zeiten, wo sie den Substanzkonsum kontrollieren können, an sich meist ‚normal‘ arbeiten. Interessanterweise zeigen die von den verschiedenen Diagnosegruppen erhaltenen Sozialtransfers ein nicht völlig kompatibles Bild (Abbildung 4-21):

Abbildung 4-21: Anteil der Sozialtransfers an der gesamten Erwerbsbiografie

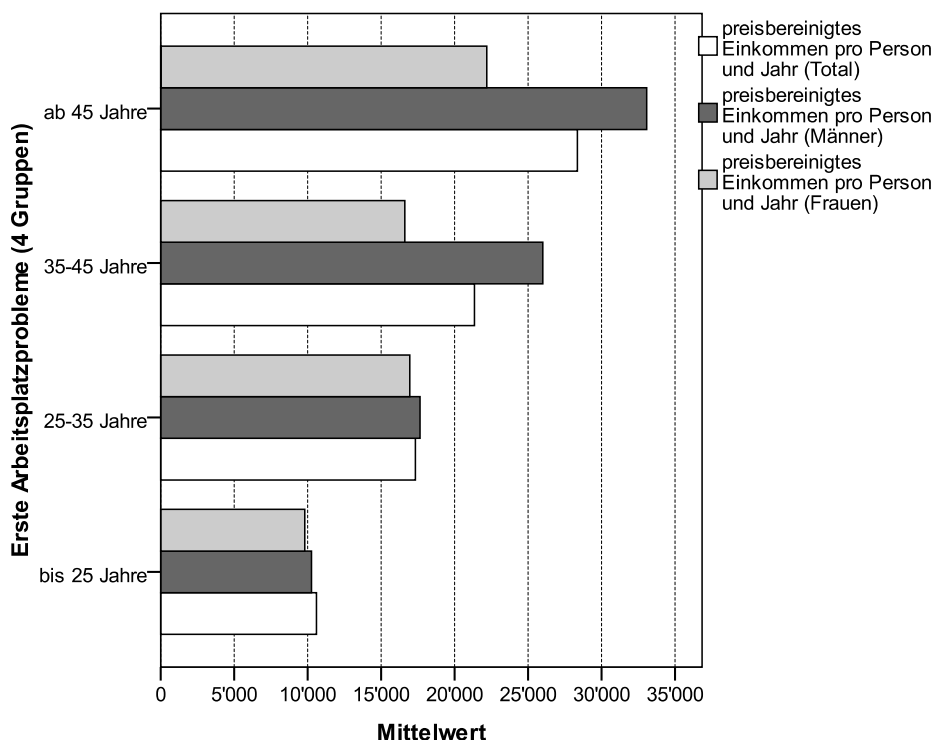
Nach wie vor zeigen sich Personen mit Minderintelligenz und POS (also mit Geburtsgebrechen) am meisten eingeschränkt, etwa 40% ihres gesamten Einkommens stammt aus Sozialtransfers. Danach folgen aber schon Substanzabhängige mit 35% Sozialtransfers. Das macht deutlich, dass sie zwar vergleichsweise ein gutes Einkommen hatten, aber eben auch viele oder lange Zeiträume, in denen sie von Sozialtransfers lebten. Einen besonders geringen Anteil Sozialtransfers am Gesamteinkommen hatten Depressive (17%), Personen mit Schmerzstörungen (26%) und erstaunlicherweise Schizophrene (29%).

Berentete mit depressiven Erkrankungen sowie mit Schmerzstörungen haben beruflich normalerweise längere Zeit gut funktioniert, und sind dann anscheinend vergleichsweise schnell berentet worden, was die geringen Anteile von Sozialtransfers erklären würde.

Schizophrene sind hingegen relativ früh erkrankt und normalerweise durch ihre Erkrankung doch stark beeinträchtigt. Dass sie mit einem - im Vergleich - dermassen geringen Sozialtransferanteil ausgekommen sind, mag damit zusammen hängen, dass ein Drittel von ihnen noch bei den Eltern wohnt, trotz einem durchschnittlichen Alter bei IV-Anmeldung von über 35 Jahren. Eine Wohnung bei den Eltern ist bei praktisch keinem einzigen Berenteten mit Depression oder Schmerzstörung der Fall.

Neben dem Alter der Berenteten bei ihrer ersten rentenrelevanten Erkrankung wurde aufgrund des Gesamtdossiers auch versucht, den Zeitpunkt des Auftauchens der ersten Probleme am Arbeitsplatz festzuhalten. Diese Variable ist von besonderer Bedeutung, wie auch die folgende Grafik verdeutlicht (Abbildung 4-22):

Abbildung 4-22: Jahreseinkommen nach Alter beim Auftauchen der ersten Arbeitsplatzprobleme



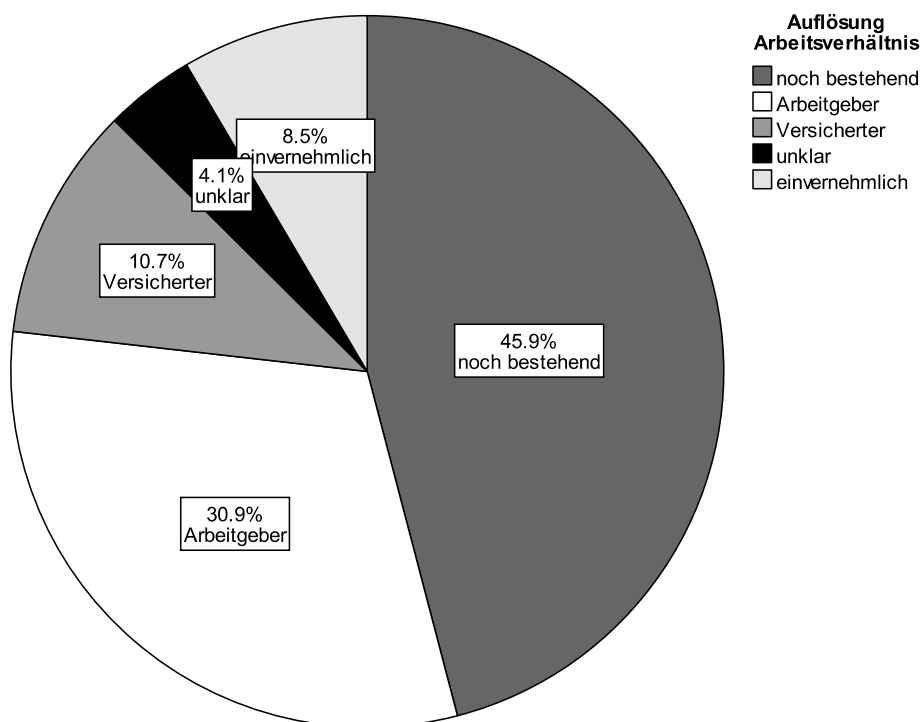
Jede Altersgruppe umfasst in etwa einen Viertel der Berenteten. Je jünger die Person beim Auftauchen der ersten Arbeitsplatzprobleme, desto geringer war das durchschnittliche Jahreseinkommen. Das mag banal scheinen, es zeigt aber nochmals, wie wichtig das Alter ist, in dem die Probleme auftauchen, und zwar teilweise unabhängig vom Alter bei der Ersterkrankung. Es gibt viele Berentete, die sehr früh erkranken, dann aber noch 20 Jahre mehr oder weniger intensiv erwerbstätig sind.

4.3.7 Die Rolle der Arbeitgeber bei der letzten Arbeitsstelle vor Berentung

Eine wichtige Rolle im Invalidisierungsverfahren spielen selbstverständlich auch die Arbeitgeber. Wenn Versicherte sich bei der Invalidenversicherung anmelden, beginnt von Rechtes wegen automatisch ein Abklärungsprozess, in dem unter anderem mittels eines normierten Fragebogens auch Auskünfte des letzten Arbeitgebers eingeholt werden. Dabei werden die Arbeitgeber gefragt, wer das Arbeitsverhältnis aufgelöst hat, ob betriebsintern für den betreffenden Versicherten alternative Beschäftigungsmöglichkeiten denkbar wären, ob solche überhaupt geprüft wurden und schliesslich, ob Hilfestellungen durch die Invalidenversicherung erwünscht seien.

Zudem wurde anhand des Dossiers eingeschätzt, ob beim letzten Arbeitgeber Bemühungen dokumentiert sind, den Versicherten im Betrieb zu halten.

Zunächst der Status des letzten Arbeitsverhältnisses vor der Anmeldung bei der Invalidenversicherung (Abbildung 4-23):

Abbildung 4-23: Status des letzten Arbeitsverhältnisses vor IV-Anmeldung

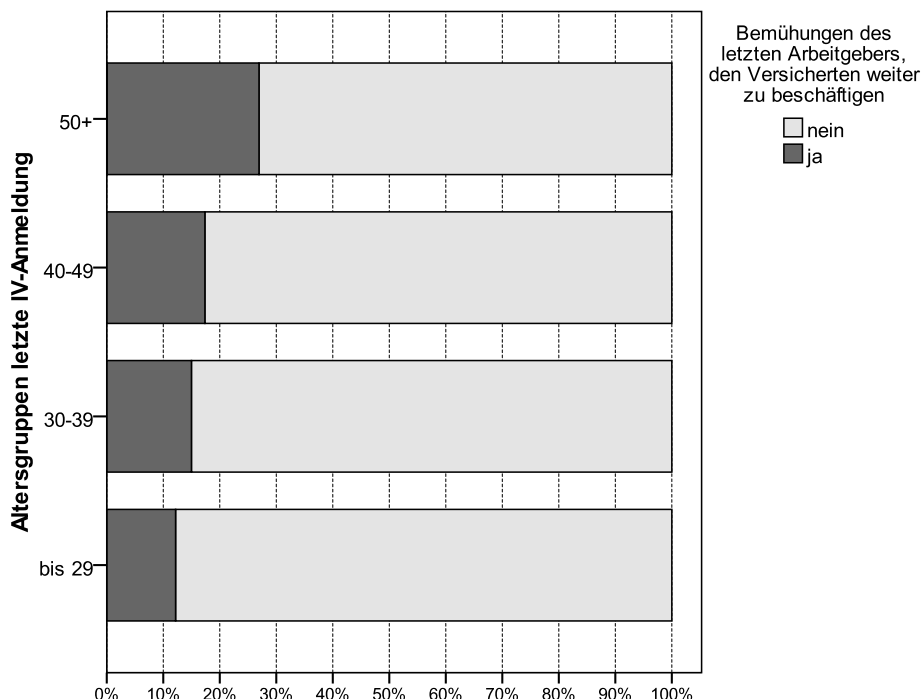
Knapp die Hälfte der letzten Arbeitsverhältnisse vor IV-Anmeldung besteht noch zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung, ein aus rehabilitativer Sicht sehr wichtiger Umstand. Auch wenn man davon ausgehen muss, dass ein Teil dieser «noch bestehenden» Arbeitsverhältnisse real nicht mehr bestehen, dass man von betrieblicher Seite her nur noch darauf wartet, dass die Karenzzeit zur Kündigung abläuft etc. - so bleibt doch ein bedeutsamer Anteil von «noch bestehenden» Arbeitsverhältnissen, wo man vielleicht mit geeigneten Interventionsmassnahmen einen Arbeitsplatz erhalten könnte.

Die Tatsache, dass es sich hierbei um das Zustandsbild der letzten Arbeitsverhältnisse von Berenteten handelt, mag den Anteil der potentiell erhaltbaren Arbeitsverhältnisse verringern - immerhin handelt es sich um Personen, denen eine voraussichtlich dauernde Erwerbsunfähigkeit attestiert wurde.

Anders gesagt: Wenn sogar bei diesen vulnerablen Versicherten fast die Hälfte der Arbeitsverhältnisse noch besteht, dann ist bei anderen, weniger beeinträchtigten und vielleicht auch weniger vorurteilsbehafteten Versicherten mit einem relevanten Potential von prinzipiell noch bestehenden Arbeitsverhältnissen bei IV-Anmeldung zu rechnen.

Aufgrund des Dossiers wurde eingeschätzt, ob sich der letzte Arbeitgeber «bemühte», die später Berenteten im eigenen Betrieb trotz Problemen weiter zu beschäftigen. Hier ist es interessant zu schauen, ob es Merkmale gibt, die verstärkt dazu führen, dass Arbeitgeber erkrankte MitarbeiterInnen weiter zu beschäftigen versuchen (Abbildung 4-24):

Abbildung 4-24: Bemühung des letzten Arbeitgebers zur Weiterbeschäftigung



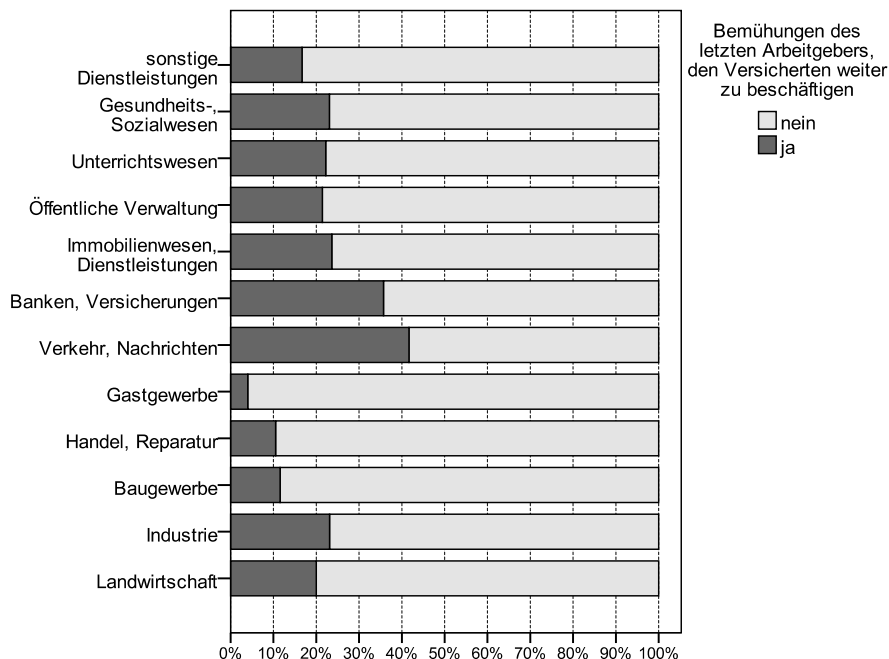
Ein wesentlicher Steuerungsfaktor für die Bemühungen der Arbeitgeber scheint das Alter der erkrankten Arbeitnehmer zu sein - und damit häufig verbunden auch die Dauer der Anstellung im betreffenden Betrieb: Je älter die erkrankten Arbeitnehmer desto häufiger bemühten sich Arbeitgeber um eine Weiterbeschäftigung. Bei den unter 30-Jährigen ist dies ‚nur‘ bei etwa 10% der Berenteten der Fall, bei den über 50-Jährigen bei immerhin knapp 30% der Fälle.

Weitere Unterschiede in Bezug auf die Weiterbeschäftigungs-Bemühungen zeigen sich auch nach Branche (Abbildung 4-25):

Im Vergleich besonders häufige Anstrengungen, einen erkrankten Mitarbeiter im Betrieb zu halten, wurden bei den Berenteten in der Banken- und Versicherungsbranche und im Verkehrs- und Nachrichtenwesen gemacht, immerhin in rund 40% der Fälle. Besonders selten - in unter 5% der Fälle - bemühte man sich im Gastgewerbe, psychisch erkrankte Mitarbeiter weiter zu beschäftigen. Auch in der Branche Handel und Reparatur und im Baugewerbe wurden relativ selten solche Bemühungen unternommen. Dagegen hat man sich in der Industrie leicht überdurchschnittlich hoch um eine Weiterbeschäftigung bemüht.

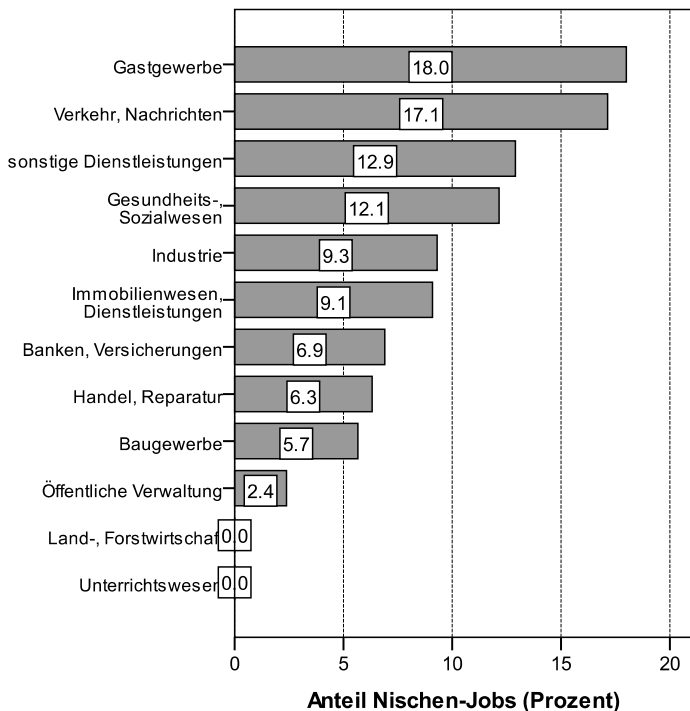
Die Industrie hat damit etwa gleich häufig versucht, für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit psychischen Problemen eine interne Lösung zu finden wie die Öffentliche Verwaltung, das Gesundheits- und Sozialwesen, die Immobilienbranche und das Unterrichtswesen.

Abbildung 4-25: Bemühung des letzten Arbeitgebers zur Weiterbeschäftigung nach Branche



Das Resultat, dass man im Gastgewerbe dermassen selten überhaupt versucht hat, einen Mitarbeiter zu halten, ist allerdings nach folgender Abbildung 4-26 zu relativieren:

Abbildung 4-26: Anteil von Berenteten mit Nischenarbeitsplätzen nach Branche

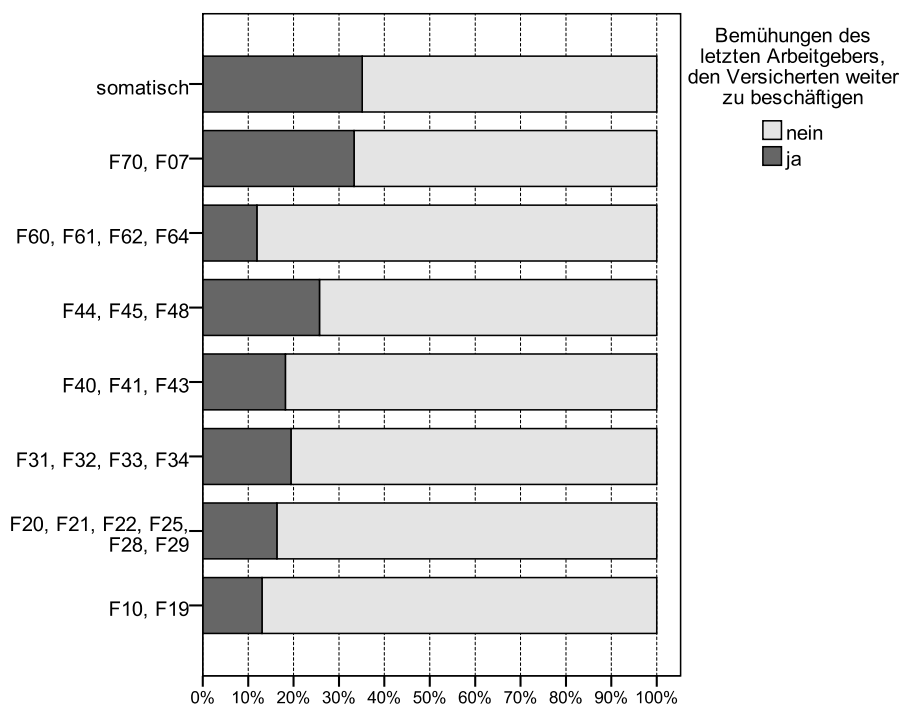


Insgesamt hatten 10% der aus psychischen Gründen Berenteten zuletzt einen so genannten „Nischenarbeitsplatz“ inne, das heisst, einen Arbeitsplatz in der freien Wirtschaft, der den üblichen Leistungs-Anforderungen aber nicht genügen würde. Anders gesagt hätten 10% der Berenteten sich wohl schon deutlich früher bei der Invalidenversicherung angemeldet, wenn sie nicht eben noch einen solchen Schon-Arbeitsplatz gehabt hätten.

Die obige Grafik zeigt nun, dass die Berenteten aus dem Gastgewerbe am häufigsten, fast doppelt so häufig wie der Gesamtdurchschnitt, einen solchen Nischenarbeitsplatz hatten. Dies relativiert das vorherige Resultat, dass man sich im Gastgewerbe besonders selten um eine Weiterbeschäftigung bemüht hat, womöglich etwas: Im Gastgewerbe haben viele der später Berenteten unter Schonbedingungen noch arbeiten können, was sie an einem anderen Ort vielleicht nicht mehr gekonnt hätten. Wenn sie dann aber noch krank wurden, wurde das Anstellungsverhältnis aufgelöst. Auf der anderen Seite hatten etwa gleich viele Berentete auch in der Verkehrs- und Nachrichtenbranche einen Nischenarbeitsplatz, und dies ist eine Branche, die sich besonders häufig um eine Weiterbeschäftigung bemüht hat. Dies liegt unter anderem daran, dass es sich dabei unter anderem um einige sehr grosse Betriebe (Post, Swisscom) handelt, für die es einfacher ist, alternative Lösung zu suchen als für die häufig sehr viel kleineren Betriebe im Gastgewerbe.

Schliesslich ist es aufschlussreich, die Weiterbeschäftigungsbemühungen des letzten Arbeitgebers im Zusammenhang mit der Art der Erkrankung der Berenteten zu vergleichen (Abbildung 4-27):

Abbildung 4-27: Bemühung des letzten Arbeitgebers zur Weiterbeschäftigung nach Diagnose

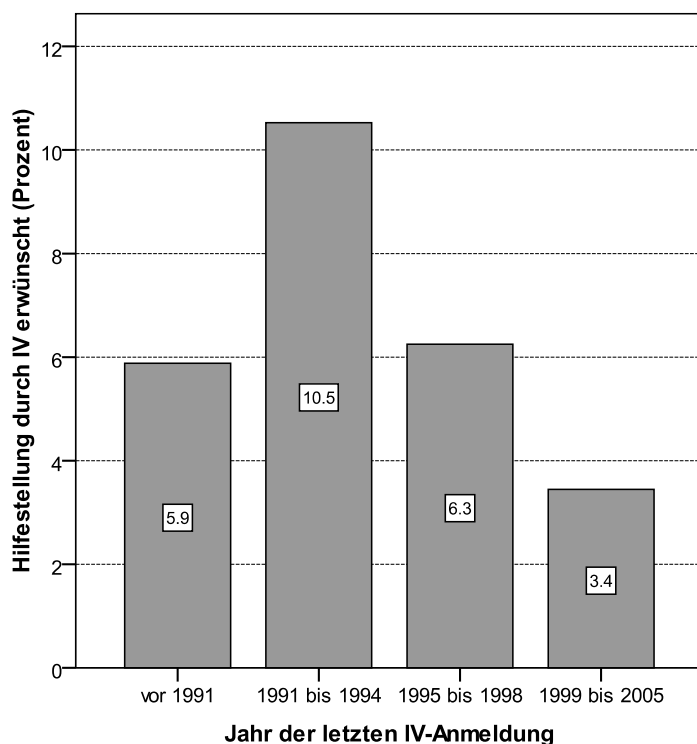


Am häufigsten bemühte sich der Arbeitgeber um eine Weiterbeschäftigung bei Berenteten mit einer vorwiegend körperlichen Erkrankung sowie bei Minderintelligenz (dies sind allerdings nur sehr wenige Personen) und bei Personen mit einer Schmerzstörung. Am seltensten versuchte der Arbeitge-

ber, beeinträchtigte Mitarbeiter intern weiter zu beschäftigen, wenn sie eine Persönlichkeitsstörung oder eine Suchterkrankung haben. Dies ist aus zwei Gründen aufschlussreich, weil es zum einen zeigt, dass Arbeitgeber eher für körperlich Kranke Anstrengungen zum Arbeitsplatzert halt unternehmen als für psychisch Kranke und weil es zum anderen darauf hinweist, dass Arbeitgeber wohl vor allem dann nicht mehr so viele Anstrengungen unternehmen, wenn die Beziehung zum betreffenden Mitarbeiter schwierig ist - und davon kann man bei Persönlichkeitsstörungen zu einem rechten Teil ausgehen. Bei Persönlichkeitsstörungen ist auch daran zu denken, dass die Umgebung oft nicht realisiert, dass es sich hierbei um eine psychische Erkrankung handelt, und nicht einfach um ein ‚schwieriges‘ oder ‚böswilliges‘ Verhalten. In Bezug auf die oben gezeigte Branchenübersicht kann man hier auch anfügen, dass über 40% aller Berenteten mit einer Persönlichkeitsstörung im Gastgewerbe gearbeitet haben, also in derjenigen Branche, die am seltensten nach Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten gesucht hat. Auch bei (fortgeschrittenen) Suchterkrankungen ist die Toleranz vieler Arbeitgeber relativ begrenzt. Bei Substanzabhängigkeiten handelt es sich dabei erwiesenermassen um besonders vorurteilsbehaftete Erkrankungen.

Schliesslich werden die Arbeitgeber im Formular auch danach gefragt, ob sie „Hilfestellungen der Invalidenversicherung“ beanspruchen möchten (Abbildung 4-28):

Abbildung 4-28: Der Wunsch von Arbeitgebenden nach Hilfestellungen durch die Invalidenversicherung



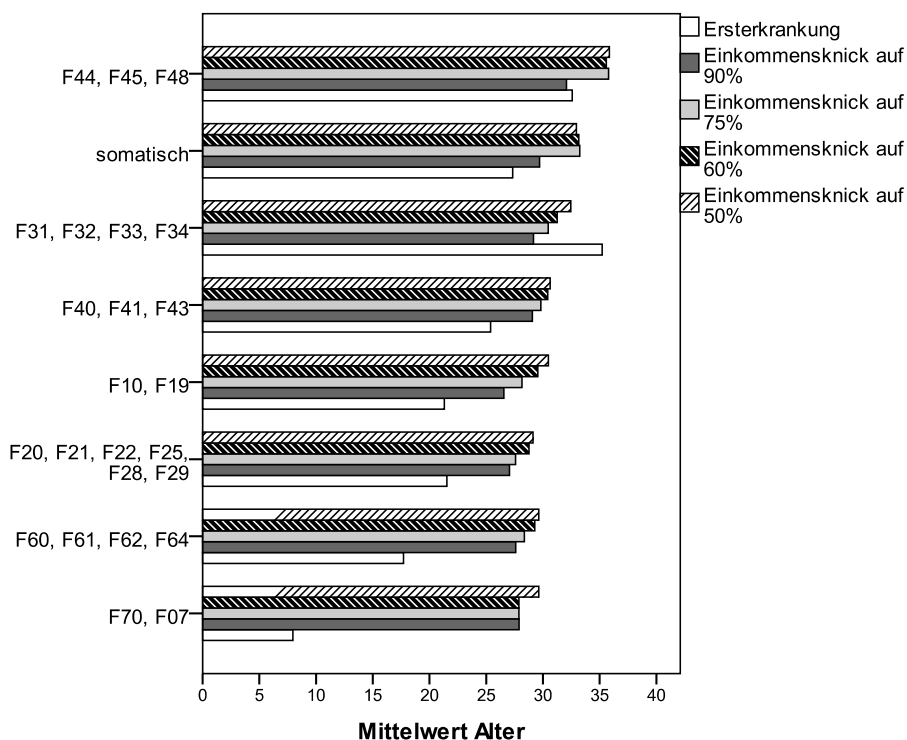
Die Grafik zeigt eindrücklich, dass seitens der Arbeitgeber der Wunsch nach Hilfestellungen durch die Invalidenversicherung in Fällen von Mitarbeitern, die vielleicht noch ein bestehendes Arbeitsverhältnis haben und sich bei der IV angemeldet haben, bis im Jahr 2005 sehr gering war. Interessanterweise hat sich der Anteil der Betriebe, die einen solchen Wunsch haben, seit Beginn der 90er

Jahre von 11% auf 3% verringert. Das heisst, dass in den letzten Jahren vor der 5.IV-Revision praktisch kein einziger Arbeitgeber von später aus psychischen Gründen Berenteten irgendeine Unterstützung durch die Invalidenversicherung wünschte.

4.3.8 „Einkommensknicke“ - mögliche Krisen der Einkommensbiografie

Wie erwähnt wurden anhand des Individuellen Kontos der Berenteten so genannte „Einkommensknicke“ berechnet: Für alle Berenteten, die über eine Erwerbsbiografie verfügen wurde berechnet, ob überhaupt und in welchem Beitragsjahr ihr Erwerbseinkommen um einen gewissen Prozentsatz gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen ist. Solche Knicke wurden berechnet für sämtliche Einkommensrückgänge zwischen 5-70% gegenüber dem Vorjahreseinkommen. Anschliessend konnte berechnet werden, wie viele Jahre zwischen dem letzten Knick um einen bestimmten Prozentsatz und der letzten IV-Anmeldung respektive der Berentung liegen. Dass die ‚Einkommens-Biografie‘ aufschlussreich sein kann, um den Berentungsverlauf von psychisch Kranken besser verstehen zu können, lässt sich beispielsweise an der gemeinsamen Betrachtung des Ersterkrankungsalters und dem Alter bei unterschiedlich hohen Einkommensknicken sehen (Abbildung 4-29):

Abbildung 4-29: Alter bei Ersterkrankung und Einkommensrückgängen nach Diagnose

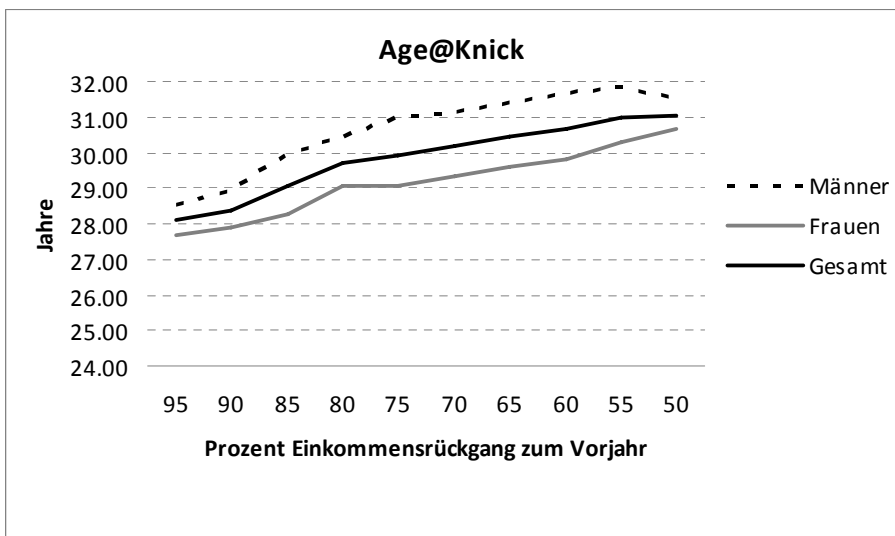
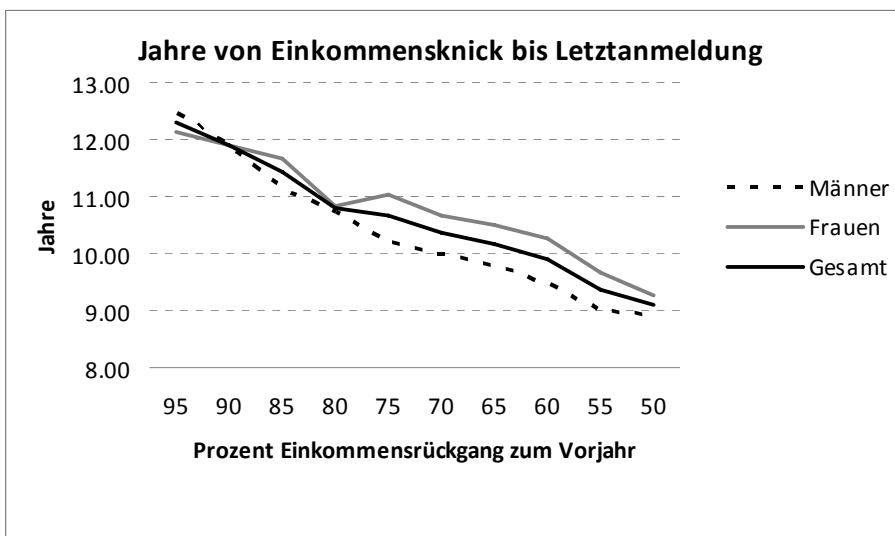


Wie schon beim zeitlichen Vergleich der kritischen Lebensereignisse und der Ersterkrankung zeigen sich auch bei Ersterkrankung und Einkommensknicken je nach Diagnose unterschiedliche Muster: Bei allen Diagnosegruppen ausser Depression und Schmerzstörung liegt das Ersterkrankungsalter zeitlich meist deutlich vor den Einkommensknicken. Bei Depression und Schmerzstörung - und das sind zahlenmässig zwei der drei häufigsten Berentungsgruppen wegen psychischer Störungen - kommen zuerst ein oder mehrere Knicke und erst anschliessend die Ersterkrankung. Bei den Be-

renteten mit Schmerzstörungen (F45 ff) liegt der letzte Einkommensrückgang auf 90% des Vorjahresniveaus zeitlich ganz knapp vor der Ersterkrankung. Bei den Berenteten mit Depression folgen ab dem 30. Altersjahr die verschieden hohen Einkommensrückgänge bis auf 50% des Vorjahresniveaus und etwa 2 Jahre später die erste depressive Krise. Das bedeutet, dass bei diesen beiden Störungsgruppen die Einkommensrückgänge kritische Momente sein können, allenfalls auch erste Anzeichen von Problemen. Insgesamt zeigt die Grafik auch, dass erwartungsgemäss die geringeren Einkommensknicke zeitlich systematisch früher geschehen (zu Beginn der Erwerbsbiografie sind einkommensbezogen eher Unregelmässigkeiten zu erwarten und auch temporäre Rückgänge als in fortgeschrittenerem Alter).

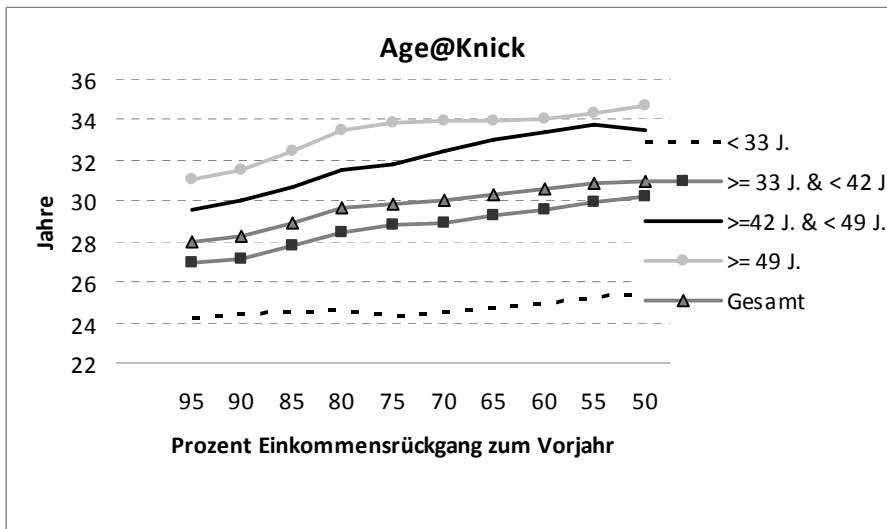
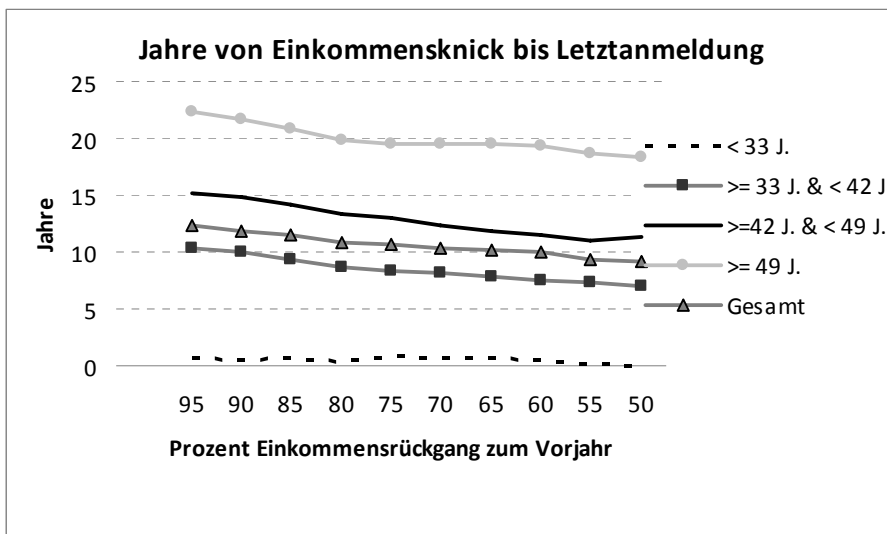
Im Folgenden werden übersichtsartig die Resultate der verschiedenen Einkommensknicke nach Geschlecht, Alter bei IV-Anmeldung und Jahr der Anmeldung gezeigt (Abbildung 4-30 bis 4-32):

Abbildung 4-30: Einkommensknicke nach Geschlecht: Dauer bis IV-Anmeldung und Alter bei Knick



Bei den nach Geschlecht aufgeschlüsselten Einkommensknicke zeigt sich, dass bei den Männern die Zeitdauer zwischen Einkommensknicke und IV-Anmeldung geringer ist als bei den Frauen, bei denen es länger dauert bis sie sich anmelden. Auf der anderen Seite ist bei den Männern das Alter bei Knick höher als bei den Frauen. Insgesamt dauert es aber auch vom letzten 50%-Knick bis zur letzten Anmeldung 9 Jahre. Interessant ist zudem, dass sich im Durchschnitt bei den Berenteten aus psychischen Gründen sämtliche Einkommensrückgänge, mit welchem Ausmass auch immer, in einem zeitlich engen Fenster zwischen dem 28. und dem 31. Altersjahr zeigen.

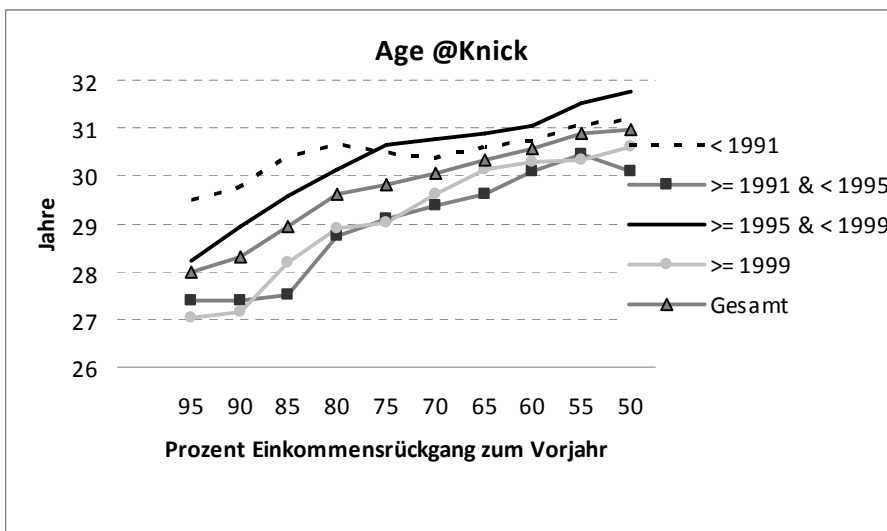
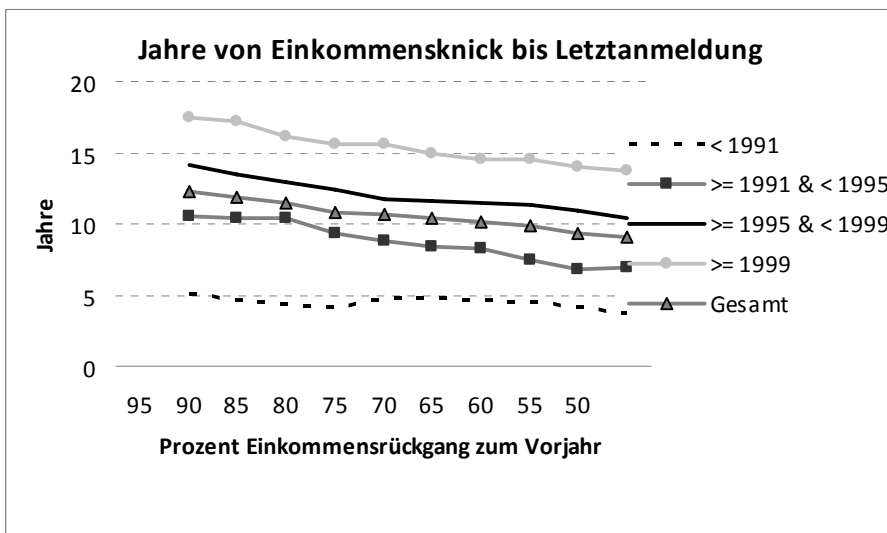
Abbildung 4-31: Einkommensknicke nach Alter bei Anmeldung: Dauer bis IV-Anmeldung und Alter bei Knick



Bei den nach Alter bei IV-Anmeldung aufgeschlüsselten Einkommensknicke ist bedeutsam, dass bei den jüngeren Altersgruppen zwischen Einkommensknicke und Anmeldung kaum Zeit vergeht. Bei diesen Altersgruppen sind die Einkommensknicke klare Warnsignale (auf der anderen Seite sind die Knicke in jüngerem Alter aber auch eher normal, das heisst, es handelt sich hierbei um sehr sensi-

tive aber wenig spezifische Frühwarnzeichen, die zwar bei den Betroffenen richtig anzeigen, aber auch bei vielen Nicht-Betroffenen).

Abbildung 4-32: Einkommensknicke nach Zeitraum der Anmeldung: Dauer bis IV-Anmeldung, Dauer bis Berentung und Alter bei Knick



Besonders wichtig ist die Aufschlüsselung nach Zeitraum, in dem sich die Berenteten bei der IV angemeldet haben: Bei den Anmeldungen aus den 80er Jahren oder früher lagen zwischen Knick und Anmeldung etwa 5 Jahre, bei den neuesten Anmeldungen lagen dazwischen etwa 15 Jahre. Hier hat sich ein völlig anderes Verlaufsmuster etabliert. Anscheinend war vor 20 Jahren ein Einkommensrückgang zeitlich sehr eng verbunden mit einer IV-Anmeldung als er dies heute ist.

4.4 Typologie der Belastungen

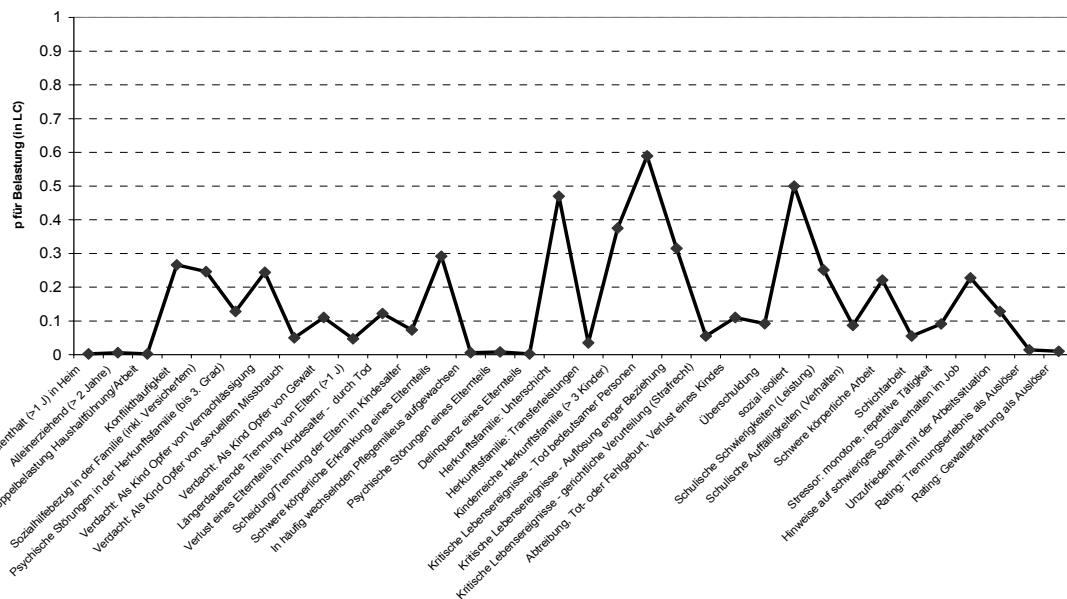
Im Folgenden werden nun die Resultate der „Latent Class Analyse“ (LCA) für die verschiedenen Belastungsmerkmale gezeigt. Diese Analyse fasst aus allen gezeigten Belastungsmerkmalen personenbezogene Klassen oder Typen von Belastungen zusammen.

Insgesamt wurden bei der Analyse 48 Belastungsmerkmale aus Biografie, kritischen Lebensereignissen und Arbeitsbiografie berücksichtigt, von denen sich 34 Merkmale als für die Analyse relevant herausstellten, welche im Folgenden gezeigt werden. Alle Belastungen wurden zur Vermeidung von fehlenden Werten zweigeteilt in „Belastung ist dokumentiert“ gegenüber „Belastung ist nicht dokumentiert“ - und nicht in „Belastung wird bejaht“ versus „Belastung wird verneint“. Da die hier gezeigten Belastungen in den Dossiers manchmal überhaupt nicht thematisiert sind, ist es in diesen Fällen nicht möglich festzustellen, ob eine Belastung wirklich bestanden hat oder nicht, das heisst, man hat dort fehlende Werte. Deshalb muss man sich für die Typologie auf den Status „dokumentiert“/„nicht dokumentiert“ beschränken.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sein kann, dass Belastungen zwar vorhanden wären, aber wegen lückenhafter Aktenlage unterschätzt werden. Dies könnte speziell bei einem der unten gezeigten Belastungstypen, nämlich den „weitgehend Unbelasteten“ der Fall sein. Bei dieser Gruppe ist auch deutlich seltener als bei den anderen ein psychiatrisches Gutachten vorhanden, und dieses stellt eine der Hauptinformationsquellen für die Belastungsfaktoren dar. Auch wenn man bei dieser Gruppe die „Unbelastetheit“ etwas vorsichtig interpretieren muss, geben die Resultate aber zentrale und inhaltlich weiterführende Anhaltspunkte für eine Typologie der aus psychischen Gründen berenteten Personen.

Auf den folgenden Seiten werden für alle 34 Belastungsvariablen die Wahrscheinlichkeiten gezeigt, mit denen sie in einer bestimmten Gruppe vorkommen. Wenn beispielsweise bei der Gruppe der „Hoch Belasteten“ das Merkmal „Längerdauernde Trennung von den Eltern“ bei einem Wert von 0.8 liegt, bedeutet das, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person dieser Gruppe diese Belastung erlebt hat, 80% beträgt. Bei den hier gezeigten 34 Belastungs-Merkmalen handelt es sich um diejenigen, die in der „Latent Class Analyse“ als relevant übrig geblieben sind. Die restlichen Merkmale sind statistisch unbedeutend.

Abbildung 4-33: Belastungsgruppe 1: Mittlere Belastung / Baseline (37.9%)

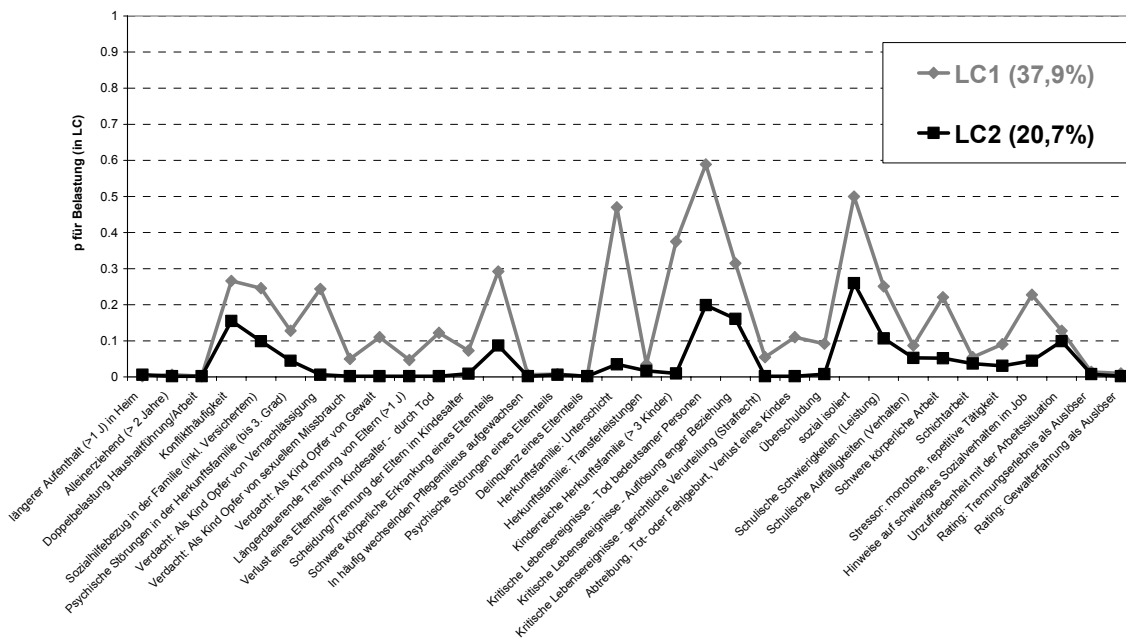


„Der 61-jährige Türke ist Analphabet und gehört einer aramäischen Minderheit an. Er darf als Kind nur im Verborgenen die aramäische Sprache sprechen. Er wird in der Heimat Opfer von Verfolgung und muss sein kleines Geschäft gezwungenermaßen unter Wert verkaufen. Daraufhin flüchtet er in die Schweiz. Ohne Ausbildung arbeitet er in der Schweiz jahrelang als Hilfsarbeiter in einer Fabrik und atmet dabei giftige Dämpfe ein. Aus kultureller Überzeugung muss er einen männlichen Nachfolger zeugen, um seinen Namen weiter zu geben - nach 7 Töchtern wird er im Alter von 50 Jahren endlich Vater eines Sohnes. Er ist an einer Depression erkrankt.“

Die mittlere Belastungsgruppe (Abbildung 4-33), hier Baseline genannt, fällt dadurch auf, dass sie bei fast allen Belastungen etwa in der Mitte liegt. Das heisst nicht, dass sie im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung unbelastet wäre: Ein Viertel dieser Personen hat jemanden in der Familie, der Sozialhilfe bezieht, ein Viertel wurde in der Kindheit vernachlässigt, fast ein Drittel hatte einen Elternteil mit einer schweren chronischen Erkrankung, die Hälfte ist in der Unterschicht aufgewachsen, 6% haben eine bedeutsame Person durch Tod verloren, die Hälfte lebt sozial isoliert und über ein Fünftel hatte Arbeitsbelastungen durch schwere körperliche Arbeit oder durch Konflikte am Arbeitsplatz wegen sozial schwierigem Verhalten.

Auffallend ist andererseits, dass kaum jemand aus dieser Gruppe Eltern hatte, bei denen eine psychische Störung dokumentiert ist.

Abbildung 4-34: Belastungsgruppe 2: Weitgehend unbelastet/schlecht dokumentiert (20.7%)

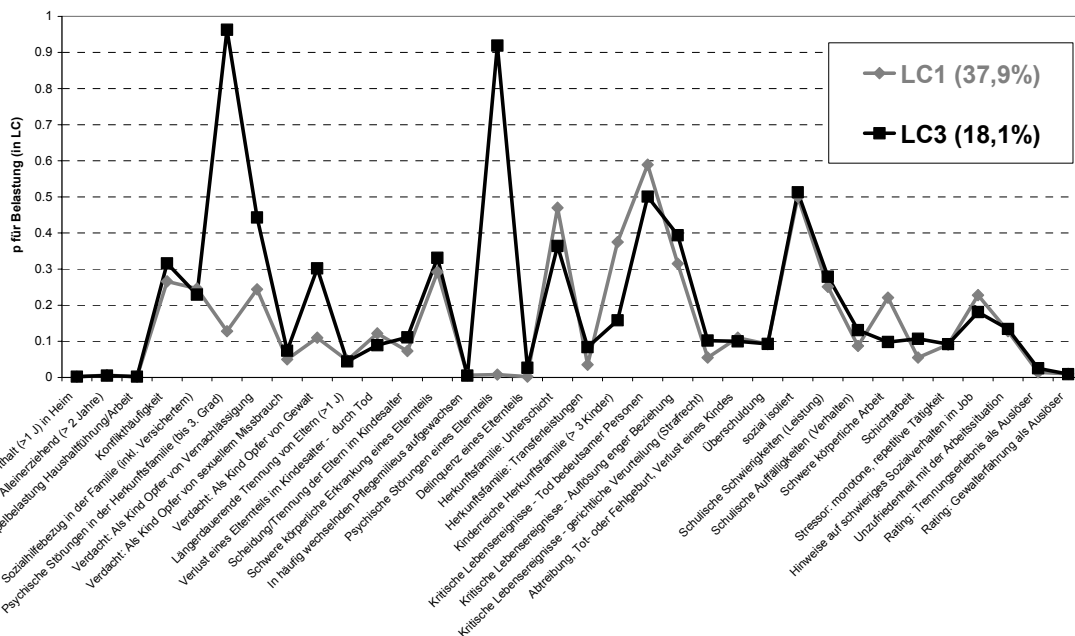


„Die Eltern des 27-jährigen Schweizer, hauptsächlich die Mutter, können nicht akzeptieren, dass der Versicherte Probleme hat und nicht so erfolgreich ist wie sein Bruder. Er leidet an einer anhaltenden wahnhaften Störung und wird übermässig bemuttert und wohnt noch zu Hause. Der Versicherte muss sich auch im Alter von 27 Jahren noch abmelden, wenn er mal nicht zum Essen kommt und braucht die Erlaubnis der Mutter, um länger als bis 23 Uhr weg zu sein. Er hat keinen eigenen Willen, sondern übernimmt das, was die Mutter ihm sagt. In dem kleinen Dorf wo er wohnt, wird er teilweise gehänselt und als „behindert“ bezeichnet.“

„Die 49-jährige Schweizerin ist seit der Jugend heroinabhängig und prostituiert sich während 25 Jahren. Sie unternimmt mehrere Suizidversuche. Sie lebt mit einem Mann zusammen, der immer wieder im Gefängnis ist. Es bestehen finanzielle Probleme.“

Die Gruppe 2 (Abbildung 4-34) fällt dadurch auf, dass sie fast nirgends eine nennenswerte Belastung zeigt. Die einzige Ausnahme ist, dass doch ein Viertel bei Anmeldung sozial isoliert lebt. Auch wenn bei dieser Gruppe auffallend viele IV-Akten schlecht dokumentiert sind, so muss man davon ausgehen, dass diese Gruppe in den erfassten Merkmalen wenig belastet ist (aber vielleicht dafür in anderen, nicht erhobenen Merkmalen). Wie auch immer, es handelt sich um (mit einem Anteil von 21% relativ viele) Personen, die im IV-Verfahren ungenügend untersucht werden.

Abbildung 4-35: Belastungsgruppe 3: Familiäre psychische Erkrankung (18.1%)



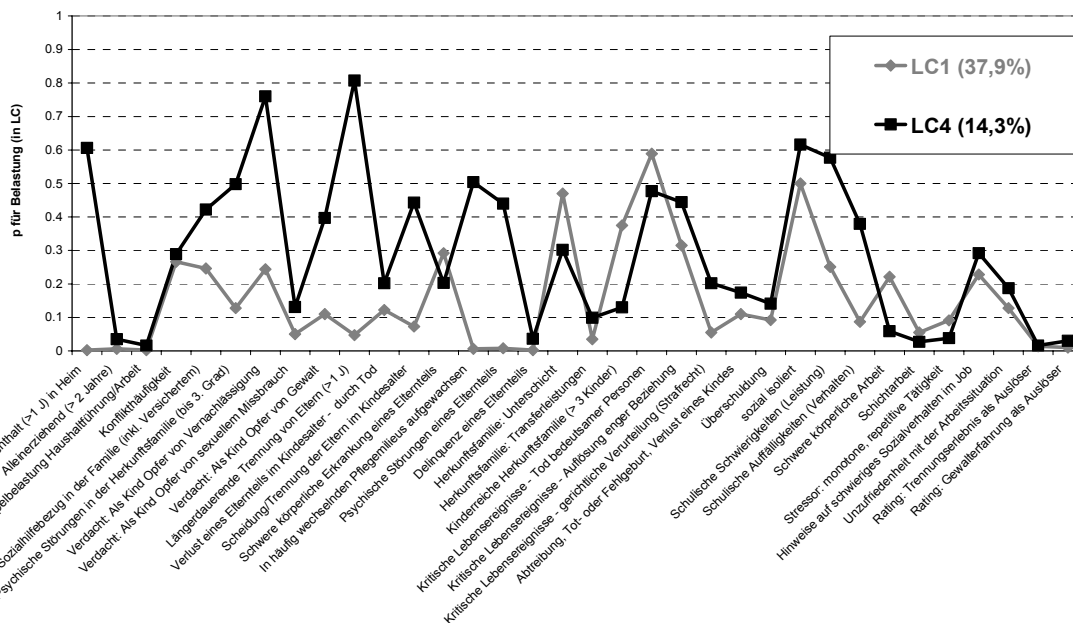
„Der 52-jährige Schweizer hat eine schwierige Kindheit und Jugend. Die Mutter ist an Krebs erkrankt und stark depressiv und suizidal, sie versucht mehrmals mit dem Versicherten erweiterten Suizid zu begehen. Der Vater missbraucht die Kinder sexuell. Im Erwachsenenalter ist der Versicherte mit einer Frau verheiratet, die ihn während 19 Jahren betrügt. Schliesslich verlässt ihn diese Frau, weil er vermehrt Alkohol konsumiert. Er wird immer depressiver.“

„In der Herkunftsfamilie der 42-jährigen Schweizerin gibt es mehrere Fälle von Schizophrenie. Die Mutter der Versicherten ist deshalb auch häufig länger psychiatrisch hospitalisiert, was für die Versicherte als ältestes Kind besonders belastend ist. Alle drei Geschwister sind ebenfalls psychisch krank. Der Vater der Versicherten ist in einer strengen religiösen Gesellschaft. Im Alter von 20 Jahren muss die Versicherte von Zuhause weg und wird in einer Familie platziert, weil sie es nicht mehr aushält. Ihre Krankheitsgeschichte beginnt mit einer Depression, danach kommt es zu Wahnvorstellungen und schliesslich zeigt sich, dass die Versicherte an einer schizotypen Störung erkrankt ist. Dank mehreren Hospitalisationen und Psychopharmaka kann die Versicherte wieder stabilisiert werden.“

Die Gruppe der Berenteten, die in ihrer Herkunftsfamilie psychische Erkrankung bis zum dritten Verwandtschaftsgrad oder speziell bei den Eltern erlebt haben (Abbildung 4-35), zeigt ansonsten dasselbe Belastungsmuster wie die Gruppe der mittelgradig Belasteten, mit Ausnahme ihrer stark erhöhten Gewalterfahrung und ihrer viel häufigeren Erfahrung von Vernachlässigung.

Die psychische Erkrankung der Herkunftsfamilie bringt demnach nicht nur ein hereditäres Risiko mit sich, sondern kann auch via Gewalt und Vernachlässigung destruktiv wirksam werden.

Abbildung 4-36: Belastungsgruppe 4: Hoch belastet (14.3%)

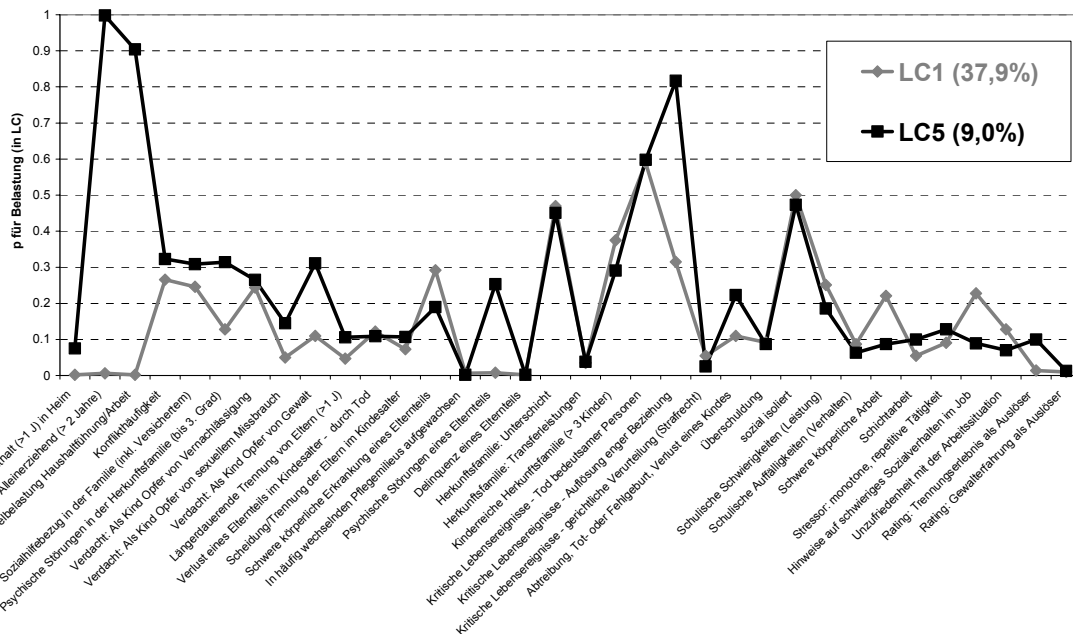


„Die heute 29-jährige Schweizerin muss als Kind viele Medikamente nehmen und sich zahlreichen Operationen und Untersuchungen unterziehen. Die jüngere Schwester der Versicherten stirbt kurz nach der Geburt. Der Vater ist unberechenbar und schlägt Frau und Kinder brutal. Als die Versicherte sieben Jahre alt ist, erschießt sich der Vater, was sie als Erleichterung erlebt. Nach dem Suizid des Vaters ist die Mutter depressiv, ist überfordert mit der Situation und lässt die Kinder verwaarloosen. Die Versicherte trinkt bereits mit 14 Jahren viel Alkohol und zieht mit 16 Jahren von zu Hause aus. Aufgrund schulischer Probleme muss die Versicherte das Gymnasium abbrechen und kann auch die begonnene Lehre nicht abschliessen. Sie leidet an einer Persönlichkeitsstörung.“

„Die 59-jährige Schweizerin wird als Kleinkind durch einen Vormund in eine Familie gegeben, die sich nicht um sie kümmert. Mit drei Jahren kommt sie zu einer Tante, dann später zur Mutter, die mit einem aggressiven Mann verheiratet ist. Sie reisst mehrmals von Zuhause aus. Als sie sieben Jahre alt ist, kommt der Bruder zur Welt, der von der Mutter bevorzugt wird. Die Versicherte hat schulische Schwierigkeiten und beginnt mit 16 Jahren sich zu prostituieren. Sie wird ungewollt schwanger und gibt das Kind zur Adoption frei. Während über 30 Jahren arbeitet sie in einem Salon als Prostituierte und leidet an einer rezidivierenden depressiven Störung.“

Das Profil der hoch Belasteten (Abbildung 4-36) zeigt hohe Belastungen auf: 80% der Berenteten aus dieser Gruppe waren in ihrer Kindheit und Jugend einer längerdauernden Trennung von den Eltern ausgesetzt, 60% wuchsen über längere Zeit in einem Heim auf, 50% gar in häufig wechselnden Plegemilieus. 75% dieser Berenteten wurden als Kinder stark vernachlässigt, 40% waren Opfer von Gewalt und die Hälfte hatte Eltern, die selbst schon unter psychischen Störungen litten. Fast 60% dieser Personen zeigten schon in der Schule Leistungsprobleme und 40% waren verhaltensauffällig. Viele dieser Berenteten respektive deren Familienmitglieder bezogen bei IV-Anmeldung Sozialhilfe, 60% sind bei Anmeldung sozial isoliert.

Abbildung 4-37: Belastungsgruppe 5: Alleinerziehend (9.0%)



„Die 48-jährige Schweizerin muss als Kind sexuelle "Spielchen" mit dem Vater machen. Der Bruder der Versicherten wird immer bevorzugt behandelt. Die Ausbildung muss sie abbrechen, weil die Eltern sie nach Hause holen und ihr den Kontakt zum Freund verbieten. Sie wird mit einem von den Eltern gutgeheissenen Freund des Bruders verheiratet, von dem sie ungewollt schwanger wird, er schlägt sie, worauf sie sich scheiden lässt. Es kommt immer wieder zu depressiven Episoden. Der neue Partner missbraucht die Tochter der Versicherten sexuell, daraufhin kommt es zur Trennung. Die Versicherte lebt mit der Tochter alleine und hat immer wieder versucht zu arbeiten.“

„Die 52-jährige Türkin erlebt eine schlimme Kindheit und Jugend in der Türkei. Sie wird früh zwangsverheiratet und es kommt in der Ehe zu Gewalt, Vernachlässigung und Unterdrückung. Sie kommt mit ihrer Familie in die Schweiz. Seit der Scheidung ist sie alleinerziehend, arbeitet in einer Fabrik und leidet an Depressionen.“

Die letzte Gruppe der Alleinerziehenden (Abbildung 4-37) fällt vor allem durch dieses Merkmal besonders auf: In dieser Gruppe sind *alle* Personen (Frauen) alleinerziehend, und 90% von ihnen wiesen eine Doppelbelastung Haushaltführung/Kinderbetreuung und Erwerbstätigkeit auf. Logischerweise ist bei ihnen auch das kritische Lebensereignis „Auflösung einer engen Beziehung“ so häufig wie bei keiner anderen Gruppe. Biografisch ist auch von Bedeutung, dass sie häufig als Kinder Gewalt erlitten haben (30%) sowie sexuellen Missbrauch (15%). Zudem hatten 30% von ihnen Eltern, die selbst schon psychisch krank waren.

Die folgende Tabelle zeigt einige relevante Belastungs-Zusammenhänge auf (Tabelle 4-5):

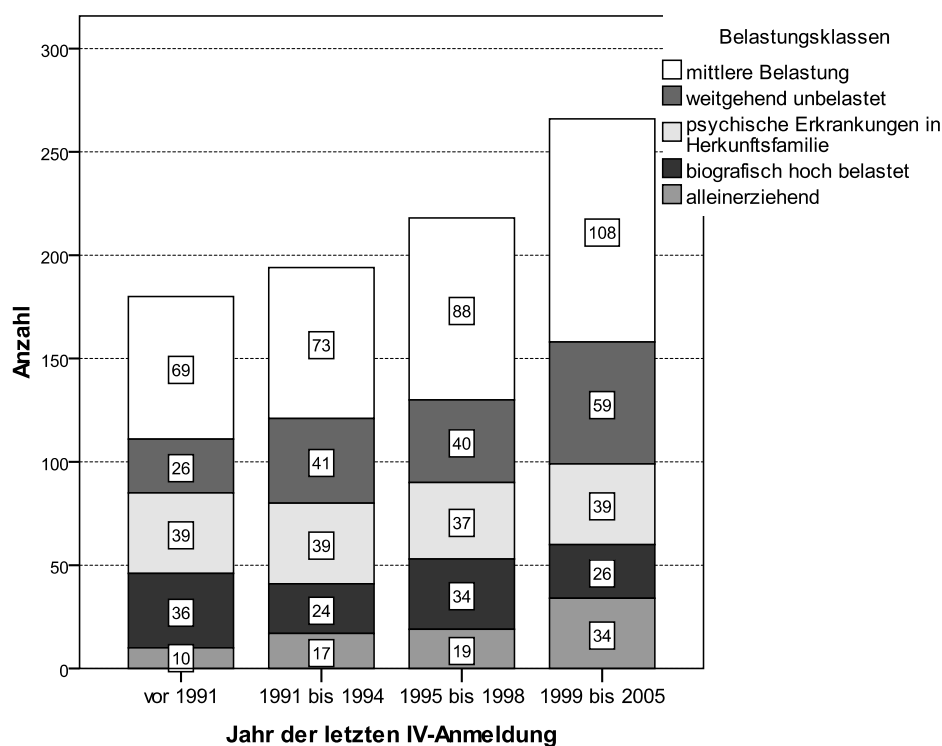
Tabelle 4-5: Merkmale der Belastungstypen und Zusammenhänge

Typ	Belastungs-Merkmale	Zusammenhänge	%
Mittlere Belastung (Baseline)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grösste Personengruppe mit durchschnittlichen Werten für fast alle Belastungen, deshalb Referenzgruppe ▪ Häufig in Unterschicht-Milieu aufgewachsen ▪ Besonders häufig schwere körperliche Arbeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gruppe mit dem höchsten Anteil von Schmerzstörungen ▪ Anteil an allen Renten 646 in den letzten über 20 Jahren unverändert ▪ Gruppe mit dem deutlich höchsten Anteil von Eingewanderten (50%) ▪ 40% aus Industrie und Bau ▪ Gruppe mit einem hohen Anteil an med. Gutachten (>35%) 	37.9
Weitgehend unbelastet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterdurchschnittliche Werte bei sämtlichen erfassten Belastungen ▪ Gleichzeitig häufiger schlechte Dokumentation in den Akten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoher Anteil von Depressionen ▪ Anteil an allen Renten 646 hat sich in den letzten 20 Jahren verdoppelt ▪ Gruppe mit einem unterdurchschnittlichen Anteil von Eingewanderten (<30%) ▪ Hohes Ersterkrankungsalter ▪ Hohes IV-Anmeldungsalter ▪ Geringster Anteil an psychiatrischen Hospitalisationen (0.6/Person) ▪ Gruppe mit dem deutlich tiefsten Anteil an med. Gutachten (10% versus 30% bei allen anderen Gruppen) 	20.7
Familiäre psychische Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychische Störungen in der Herkunftsfamilie und speziell auch bei den Eltern bei über 90% der Fälle ▪ Häufige Erfahrungen von Gewalt und Vernachlässigung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoher Anteil von Persönlichkeitsstörungen ▪ Anteil an allen Renten 646 hat sich in den letzten 20 Jahren fast halbiert ▪ Gruppe mit dem geringsten Anteil an Eingewanderten ▪ Höchster Anteil an psychiatrischen Hospitalisationen (1.6/Person) ▪ Gruppe mit einem hohen Anteil an med. Gutachten (35%) 	18.1
Hoch belastet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extrem häufige Erfahrungen von Heimaufhalten, wechselnden Pflegemilieus und Verlust eines Elternteils ▪ Extrem häufige Erfahrungen von Vernachlässigung und häufige Erfahrungen von Gewalt ▪ Sehr häufig schon in der Schule Leistungsprobleme und Verhaltensauffälligkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Höchster Anteil von Persönlichkeitsstörungen (55%) ▪ Anteil an allen Renten 646 hat sich in den letzten 20 Jahren halbiert ▪ Unterdurchschnittlicher Anteil von Eingewanderten ▪ Zweithöchster Anteil an psychiatrischen Hospitalisationen (1.5/Person) ▪ Frühestes Erkrankungsalter ▪ Frühestes IV-Anmeldungsalter 	14.3
Alleinerziehend	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weibliches Geschlecht ▪ Allesamt alleinerziehend ▪ Fast immer Doppelbelastung Haushaltführung und Erwerbstätigkeit ▪ Vergleichsweise häufig Gewalterfahrung und sexueller Missbrauch in der Kindheit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Höchster Anteil von Depression ▪ Hoher Anteil von Schmerzstörungen ▪ Anteil an allen Renten 646 hat sich in den letzten 20 Jahren verdoppelt ▪ Durchschnittlicher Anteil von Eingewanderten ▪ Höchster Anteil operativer Eingriffe (0.8/Person) ▪ Hohes Erkrankungsalter ▪ Hohes IV-Anmeldungsalter ▪ 25% aus dem Gesundheits- und Sozialwesen 	9.0

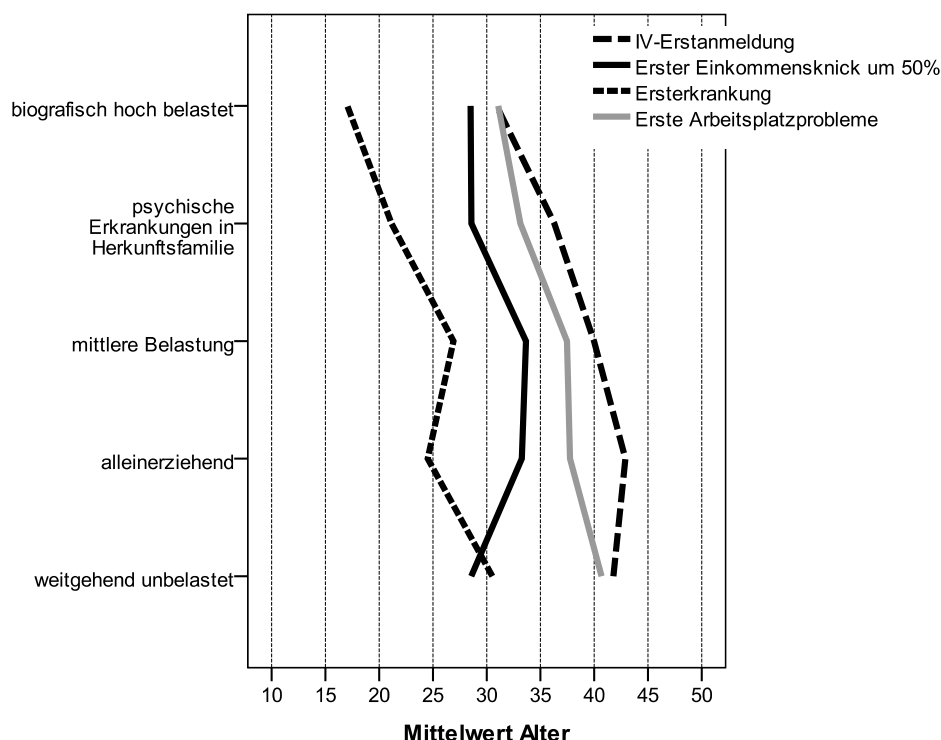
Betrachtet man diese verschiedenen Belastungsgruppen nochmals speziell unter dem Gesichtspunkt der zeitlichen Entwicklung der letzten über 20 Jahre, so sind wie in der obigen Tabelle erwähnt anteilmässig vor allem die Belastungs-Gruppen der Alleinerziehenden und der weitgehend Unbelasteten respektive schlecht Dokumentierten angestiegen. Anteilmässig gesunken sind die „klassischen“ IV-Renten Gruppen der psychiatrisch familiär Vorbelasteten und der hoch Belasteten. Anteilmässig etwa gleich geblieben ist die grösste Gruppe mit einer mittleren Belastung.

In absoluten Zahlen sieht die (bis 2005 bekanntlich generell steigende) Entwicklung der Berenteten aus psychischen Gründen so aus, dass die psychiatrisch familiär Vorbelasteten gleich häufig geblieben sind, sich die Gruppe der Alleinerziehenden verdreifacht hat und sich die grösste Gruppe der mittelgradig Belasteten um 50% angewachsen ist, womit diese zwar prozentual gleich blieb, aber absolut gesehen am meisten angewachsen ist (Abbildung 4-38):

Abbildung 4-38: Entwicklung der absoluten Zahlen der verschiedenen Belastungsgruppen



In Bezug auf die Berentungsverläufe ist es schliesslich interessant, wenn man einige zeitliche ‚Meilensteine‘ im Vergleich der Belastungsgruppen analysiert (Abbildung 4-39): Zuerst eine generelle Erkenntnis: Bei allen Gruppen wäre der erste Einkommensknicke mit einem 50%-Rückgang gegenüber dem Vorjahreseinkommen demnach ein Hinweis auf kurzfristig zu erwartende Arbeitsplatzprobleme - respektive bei den weitgehend Unbelasteten gar ein Hinweis auf eine bevorstehende Ersterkrankung! Damit könnten prinzipiell solche Einkommensrückgänge auch für eine Früherkennung und Frühintervention genutzt werden.

Abbildung 4-39: Zeitliche Meilensteine bei den Belastungsgruppen

Die wegen psychischer Störungen berenteten Personen aus der biografischen Hochbelastungsgruppe erkranken mit durchschnittlich rund 15 Jahren besonders früh, was angesichts ihrer extremen Belastung aus der Kindheit nachvollziehbar ist. Sie sind dann aber nach Erkrankung noch während durchschnittlich über 10 Jahren im Erwerbsleben bis mit etwa 30 Jahren erstmals das Einkommen markant zurückgeht und bald die ersten Arbeitsplatzprobleme auftauchen - zeitgleich mit der IV-Anmeldung.

Die psychiatrisch familiär Vorbelasteten erkranken erstmals im frühen Erwachsenenalter mit 22 Jahren und haben kurz vor dem 30. Altersjahr den ersten Einkommensknick, gefolgt von ersten Arbeitsplatzproblemen 5 Jahre später. Bei ihnen dauert es bis zur IV-Anmeldung dann aber noch etwa 3 Jahre. Die alleinerziehenden Frauen erkranken etwas später mit durchschnittlich 25 Jahren und haben auch später - mit 33 Jahren - den ersten Einkommensknick. Dann vergehen aber nochmals etwa 5 Jahre bis zu den ersten Arbeitsplatzproblemen und nochmals rund 4 Jahre bis zur Anmeldung. Insgesamt dauert es bei ihnen von der Ersterkrankung bis zur Anmeldung am längsten - fast 20 Jahre. Die Referenzgruppe der mittelgradig Belasteten zeigt ein ähnliches Muster wie die alleinerziehenden Frauen - aber mit dem Unterschied, dass die Referenzgruppe nach dem Einkommensknick rasch Probleme am Arbeitsplatz bekommt und sich dann auch rascher bei der IV anmeldet. Die Gruppe der weitgehend Unbelasteten respektive schlecht Dokumentierten zeigt ein anderes Muster: Sie erkranken erst nach dem ersten grossen Einkommensknick und zudem mit rund 30 Jahren im Durchschnitt besonders spät. Bei ihnen könnte der Einkommensknick demnach ein Frühwarnzeichen sein. Dass der Anteil der depressiven Erkrankungen bei dieser Gruppe hoch ist, erstaunt nicht: Schon die weiter oben gezeigten zeitlichen Auswertungen bezüglich Diagnosegruppen hatten darauf hingewiesen, dass bei den Depressionen anders als bei den anderen Erkrankungsgruppen der Einkommensknick vor der Ersterkrankung kommt.

5 Gesundheitliche Situation der IV-Rentner/innen

Die folgende Tabelle 5-1 zeigt einige wesentliche gesundheitsbezogene Merkmale der Berenteten aus psychischen Gründen. Es wurden anhand der IV-Akten verschiedene Merkmale erhoben, die zumindest Hinweise geben sollten auf folgende Fragen:

Wie war das *Gesundheitsverhalten*, also der gesundheitsbezogene Lebensstil der Berenteten vor der IV-Anmeldung (Tabak-, Cannabis- und Alkoholkonsum, mangelnde physische Aktivität, Übergewicht)?

Welche typischen und allenfalls eine Eingliederung erschwerende *Persönlichkeitsmerkmale* lassen sich beschreiben (Leistungsorientierung, akzentuierte Persönlichkeitszüge, Ausdrucksfähigkeit der eigenen psychischen Befindlichkeit, subjektive Begründung der eigenen Erwerbsunfähigkeit, Verleugnung oder Bagatellisierung des psychischen Problems, Art der Problembewältigung)?

Welche psychiatrischen und somatischen (körperlichen) *Diagnosen* haben die Berenteten jemals erhalten? Gibt es typische Diagnoseklassen, zu denen sich alle jemals erhaltenen Diagnosen zusammenfassen lassen - respektive: Ist überhaupt eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in den Akten dokumentiert?

Und um einen Hinweis auf die mögliche zeitliche *Latenz einer spezialisierten psychiatrischen Abklärung und Behandlung* zu erhalten: Wie oft wurden die aus psychischen Gründen Berenteten zuerst rein somatisch diagnostiziert und erst anschliessend psychiatrisch? Und damit im Zusammenhang: Wie oft gab es zwischen den verschiedenen medizinischen Stellungnahmen im Dossier ‚Übergänge‘ zwischen rein somatischen, rein psychiatrischen und gemischten Diagnosestellungen?

Welche Diagnosen waren aus rehabilitativer Sicht für die Berentung wahrscheinlich entscheidend, weil sie mit den wichtigsten *funktionellen Einschränkungen* verbunden waren?

Wie war die Inanspruchnahme von *medizinischer und psychiatrischer Behandlung*, wie viele Berentete waren wie oft in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert, wie viele haben sich einem medizinischen Eingriff unterzogen?

Und schliesslich: Wie viele Berentete haben laut Akten jemals einen Suizidversuch unternommen?

Anschliessend an die tabellarische Übersicht wird eine Beschreibung der gesundheitlichen Situation der Berenteten vorgenommen, zum Teil im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung - sofern Vergleiche möglich sind - sowie mit der Darstellung ausgewählter Zusammenhänge zu den einzelnen Gesundheitsmerkmalen.

Tabelle 5-1: Übersicht über die wichtigsten Merkmale der gesundheitlichen Situation der Berenteten nach Code 646

Variable	Anzahl	Prozent	Variable	Anzahl	Prozent
Rauchen			Irgendeine Persönlichkeitsakzentuierung dokum.		
Nein	109	30.7	Nein	284	32.0
Nikotin	170	47.9	Ja	603	68.0
Cannabis	38	10.7	Dokumentierte Persönlichkeitsakzentuierung		
Beides	38	10.7	Misstrauisch, überempfindlich	87	9.8
Alkoholkonsum			Kühl, distanziert	41	4.6
Abstinent	95	24.9	Verantwortungslos, aggressiv	35	3.9
Unauffällig trinkend	87	22.8	Emotional instabil, impulsiv	152	17.1
Risikokonsum/Abhängigkeit	200	52.4	Aufmerksamkeitssüchtig	52	5.9
Übergewicht			Rigid, perfektionistisch	49	5.5
Nein	487	61.2	Ängstlich-vermeidend	197	22.2
Uebergewichtig (BMI>25)	250	31.4	Abhängig, unselbständig	112	12.6
Untergewichtig (BMI<18)	59	7.4	Egozentrisch, narzisstisch	90	10.1
Bewegung			Anderes	118	13.3
Zuwenig	91	39.4	Summe der Persönlichkeitsakzentuierungen		
Normal	114	49.4	0	284	32.0
Sportlich aktiv	26	11.3	1	352	39.7
Summe schädliches Gesundheitsverhalten (max. 5)			2	190	21.4
0	298	36.2	3 und mehr	61	6.9
1	271	32.9	Jemals gestellte psychiatrische Diagnosen		
2	170	20.6	F0: Hirnorganische Störungen	18	2.1
3	68	8.3	F1: Sucht	172	20.2
4-5	17	2.0	F2: Schizophrenie	97	11.4
Übertriebene Leistungsorientierung			F3: Affektive Störungen	548	64.5
Nein	738	88.8	F4: Neurotische Störungen	405	47.6
Ja	93	11.2	F5: Essstörungen	31	3.6
Unfähigkeit, Gefühle wahrzunehmen, auszudrücken			F6: Persönlichkeitsstörungen	416	48.9
Nein	703	86.7	F7: Intelligenzminderung	62	7.3
Ja	108	13.3	F8: Entwicklungsstörungen	20	2.4
Passive Problembewältigung			F9: Störungen in Kindheit	16	1.9
Nein	160	21.8	Häufigste psychiatrische Einzeldiagnosen (>5%)		
Ja	575	78.2	F33: Rez. depressive Störung	398	46.8
Problem-Verleugnung			F60: Persönlichkeitsstörungen	388	45.6
Nein	103	13.8	F45: Somatoforme Störungen	195	22.9
Ja	642	86.2	F32: Depressive Episode	128	15.1
Externale Begründung der Arbeitsunfähigkeit			F41: Sonstige Angststörungen	115	13.5
Nein	184	32.3	F34: Dysthymie	102	12.0
Ja	386	67.7	F10: Störungen durch Alkohol	88	10.4
Bei Anmeldung psychische Gründe angegeben			F43: Belastungsstörungen	79	9.3
Nein	275	37.3	F19: Multi. Substanzgebrauch	67	7.9
Ja	463	62.7	F40: Phobische Störung	63	7.4
			F20: Schizophrenie	49	5.8

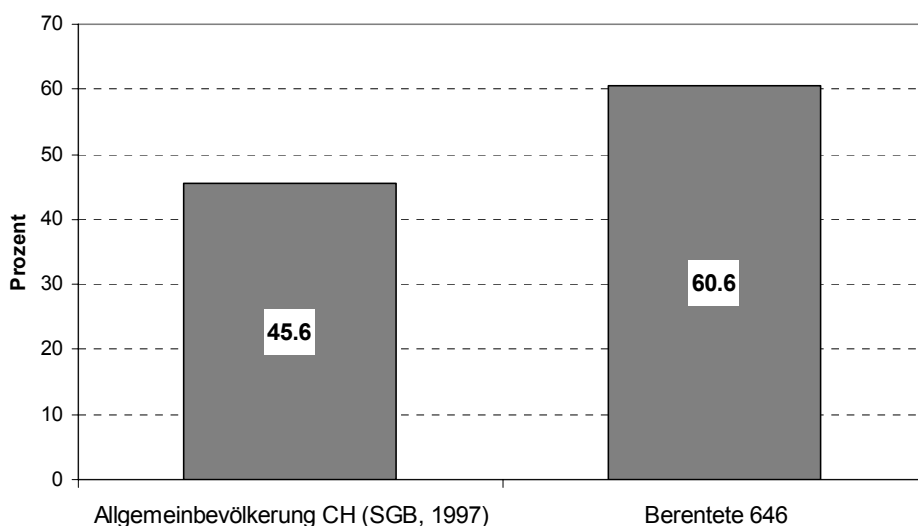
Jemals gestellte somatische Diagnosen (häufigste)			Irgendeine psychiatrische Hospitalisation dok.		
Muskel-Skelett-System	341	56.0	Nein	530	59.8
Verdauungssystem	147	24.1	Ja	357	40.2
Kreislaufsystem	144	23.6	Anzahl psychiatrischer Hospitalisationen		
Endokrine K./Stoffwechsel	137	22.5	0	530	59.8
Nervensystem	122	20.0	1	146	16.5
Urogenitalsystem	91	14.9	2	78	8.8
Atmungssystem	88	14.4	3	56	6.3
Verletzungen, Vergiftungen	78	12.8	4 und mehr	77	8.7
Neubildungen	55	9.0	Irgendein medizinischer Eingriff dokumentiert		
Symptome/abnorme Befunde	46	7.6	Nein	624	70.3
Angeborene Fehlbildungen	43	7.1	Ja	263	29.7
Infektionen, parasitäre K.	41	6.7	Anzahl medizinischer Eingriffe		
Augenkrankheiten	36	5.9	0	624	70.3
Blutkrankheiten	26	4.3	1	126	14.2
Hautkrankheiten	26	4.3	2	65	7.3
Ohrenkrankheiten	23	3.8	3	28	3.2
Irgendeine somatische Diagnose			4 und mehr	44	5.0
Nein	278	31.3	Suizidversuch dokumentiert		
Ja	609	68.7	Nein	436	87.0
Irgendeine psychiatrische Diagnose			Ja	65	13.0
Nein	37	4.2	Einschränkungen (699 Einschränkungen, n=407)		
Ja	850	95.8	Stabilität, Konstanz, Belastb.	135	33.2
Psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf AuF			Sozialkompetenz	116	28.5
Nicht vorhanden	106	13.2	Leistung	54	13.3
Vorhanden	696	86.8	Kognition	98	24.1
Funktionell wichtigste Diagnose (Rating) n>20			Selbstvertrauen, Selbstwert	33	8.1
F60: Persönlichkeitsstörung	265	30.7	Antrieb, Initiative, Tempo	82	20.1
F33: Rez. depressive Störung	124	14.9	Präsenz	58	14.3
F45: Somatoforme Störung	105	12.6	Isolation	21	5.2
Somatische Erkrankung	39	4.7	Flexibilität	35	8.6
F20: Schizophrenie	34	4.1	Affekte	36	8.8
F41: Sonstige Angststörung	31	3.7	Andere	31	7.9
F19: Multi. Substanzgebrauch	28	3.4	Somatische Diagnose zeitlich vor psychiatrischer		
F43: Belastungsstörungen	27	3.2	Nein	737	83.1
F10: Störungen durch Alkohol	25	3.0	Ja	159	16.9
F48: Neurasthenie	20	2.4			
Funktionell wichtigste Diagnosen gruppiert					
Substanzabhängigkeit	53	6.4			
Schizophrenie	59	7.1			
Affektive Störungen	152	18.3			
Ängste, Zwänge, PTSD	87	10.5			
Schmerz-/Konversionsstör.	144	17.3			
Persönlichkeitsstörungen	275	33.1			
Intelligenzminderung/POS	21	2.5			
Somatische Erkrankung	39	4.7			

5.1 Gesundheitsverhalten der Berenteten vor IV-Anmeldung

Das Gesundheitsverhalten der wegen psychischer Ursachen berenteten Personen unterscheidet sich von der Schweizer Allgemeinbevölkerung in mancher Hinsicht, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Erhebungsart der jeweiligen Daten unterschiedlich ist - hier eine Analyse von Versicherungsakten, auf der anderen Seite Vergleichszahlen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) oder aus Studien. Dennoch geben die Zahlen in der Grössenordnung einige Hinweise.

In Bezug auf die sportliche Aktivität unterscheiden sich die psychisch bedingten Rentnerinnen und Rentner von der Allgemeinbevölkerung darin, dass sie seltener sportlich aktiv sind (Abbildung 5-1):

Abbildung 5-1: Anteile sportlich Inaktiver in der Allgemeinbevölkerung und bei den 646-Berenteten

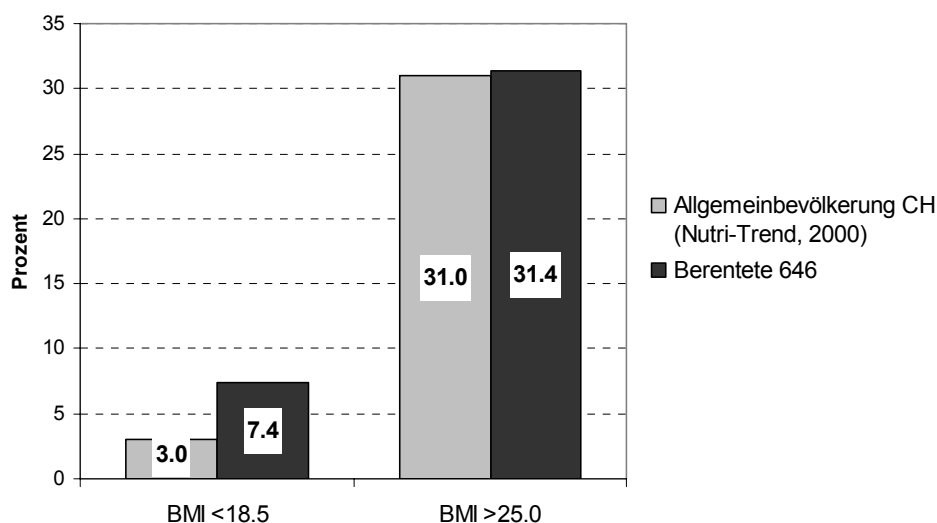


Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), BFS

Das Ausmass der physischen Aktivität wird hier gezeigt, weil dieses einen relativ engen Zusammenhang aufweist zur psychischen Befindlichkeit - in welche Richtung auch immer dieser Zusammenhang wirkt, sei es, dass körperliche Aktivität die psychische Befindlichkeit verbessert, sei es, dass psychisch Kranke weniger körperlich aktiv sind oder beides. Gerade bei depressiven Störungen, die den Hauptteil der Berenteten nach Code 646 ausmachen, ist die physische Aktivität jedenfalls ein zentrales Merkmal.

Der Vergleich des Körpergewichts der Berenteten mit demjenigen in der Schweizer Bevölkerung zeigt bei dem Anteil der Übergewichtigen mit einem Body-Mass-Index von über 25 keinen Unterschied, der Anteil Übergewichtiger ist also bei den Berenteten nicht erhöht (Abbildung 5-2):

Abbildung 5-2: Unter- und Übergewicht in der Allgemeinbevölkerung und bei 646-Berenteten



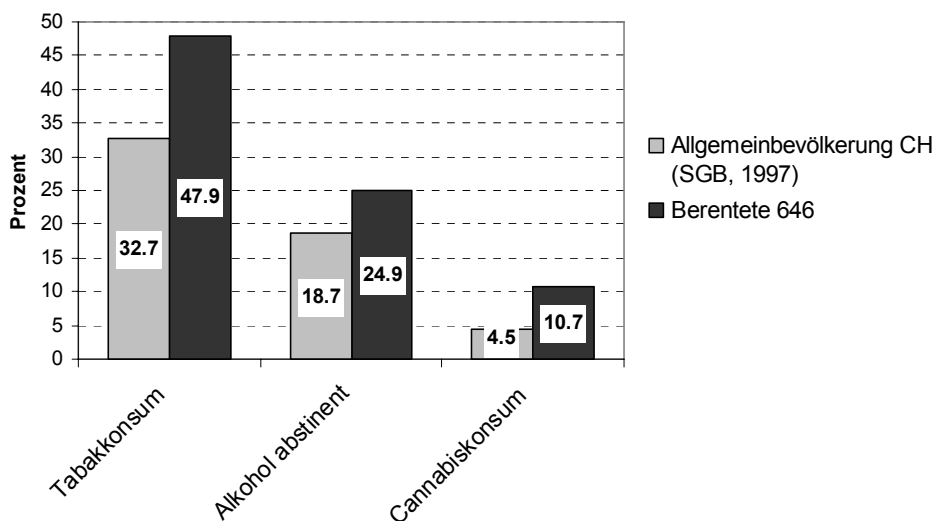
Quelle: Nutri-Trend Studie 2000; Nestlé & BAG

Dies ist angesichts des höheren Anteils von nicht sportlich Aktiven bei den Berenteten aus psychischen Gründen ein etwas erstaunliches Resultat. Der BMI war in den Akten - anders als die Merkmale zum Tabak- oder Alkoholkonsum - relativ gut zu erheben, da er oft in Arztberichten oder Spital Austrittsberichten dokumentiert war. Hingegen sind gegenüber der Schweizer Bevölkerung deutlich mehr Berentete untergewichtig (7% gegenüber 3%).

In Bezug auf den Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum, der schwieriger zu erheben war, mussten wir uns vor allem darauf stützen, ob ein problematischer oder riskanter Konsum in einem Arztbericht oder Gutachten erwähnt wurde. Hierbei ging es nicht um die Feststellung eines Konsummusters, das die diagnostischen Kriterien einer Substanzabhängigkeit erfüllt (das wäre dann in den Diagnosen festgehalten), sondern um einen subklinischen, aber möglicherweise schädigenden Konsum.

Der Vergleich mit Bevölkerungsdaten aus der Schweiz ist beim Alkoholkonsum schwierig, da wir keine derart klaren Kriterien beim Codieren des riskanten Konsums anlegen konnten. Hingegen kann man die Quote der Abstinente bei den Berenteten und in der Schweizer Bevölkerung vergleichen (Abbildung 5-3):

Abbildung 5-3: Konsum verschiedener Substanzen in der Allgemeinbevölkerung und bei 646-Berenteten



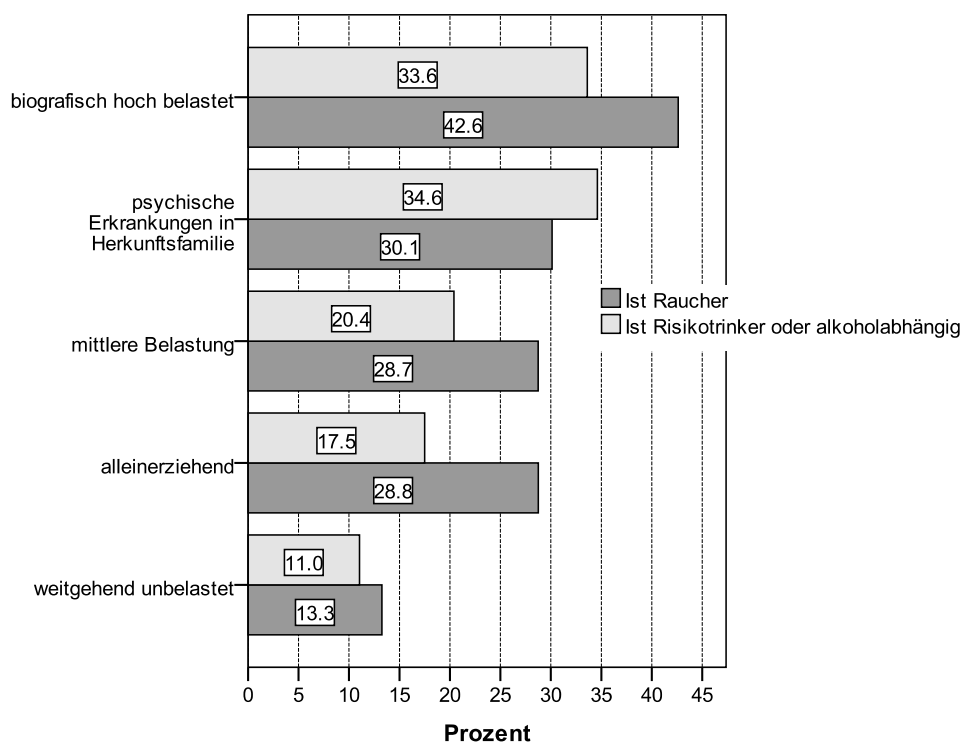
Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), BFS

Die Grafik zeigt - auf den ersten Blick etwas überraschend, dass der Anteil der Alkoholabstinenten bei den Berenteten um einiges höher ist als bei der Allgemeinbevölkerung (25% gegenüber 19%). Dies soll aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Anteil der Berenteten, die einen riskanten Alkoholkonsum haben oder gar alkoholabhängig sind, bei den Berenteten mit über 50% sehr hoch ist - und mit Sicherheit deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Sehr viel kleiner als bei der Schweizer Bevölkerung ist bei den Berenteten demnach die mittlere Gruppe der „unauffällig Trinkenden“.

Der erhöhte Anteil von Abstinenten hängt möglicherweise mit dem erhöhten Anteil der Migrationsbevölkerung bei den Berenteten zusammen, die tiefere Alkoholkonsumwerte zeigen als die Schweizer: Psychisch kranke RentnerInnen aus der Schweiz haben einen doppelt so hohen Anteil von riskant Alkohol Konsumierenden wie die MigrantInnen (30% gegenüber 15%). Berentete MigrantInnen sind zudem auch seltener Raucher als die Schweizer, andererseits ist bei ihnen der Anteil der Übergewichtigen und physisch Inaktiven höher als bei den Schweizern.

Deutlich erhöhte Werte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung haben die psychisch kranken Rentnerinnen und Rentner beim Tabakkonsum (48% gegenüber 33%) und beim Cannabiskonsum (11% gegenüber 5%). Dabei ist aber darauf hinzuweisen, dass dies vielleicht sogar eine Unterschätzung ist, da beispielsweise ein Cannabiskonsum in den IV-Akten nicht systematisch erfasst wird, sondern eher nur in Einzelfällen.

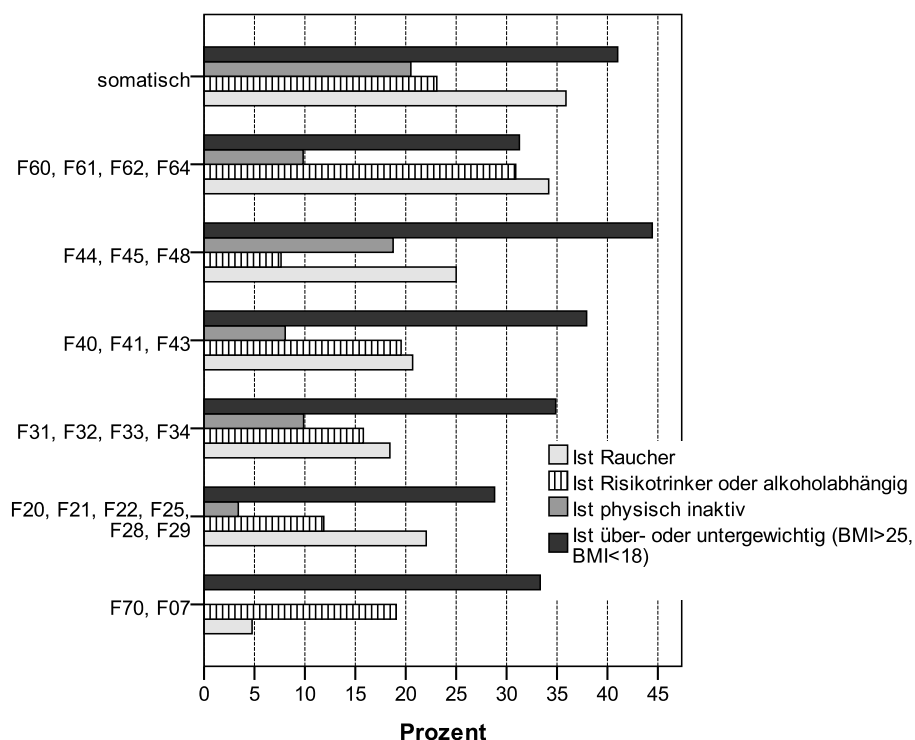
Betrachtet man das in Bezug auf Nikotin und Alkohol schädliche Gesundheitsverhalten auf dem Hintergrund der oben dargestellten Belastungstypen, so zeigt sich ein eindrückliches Bild (Abbildung 5-4):

Abbildung 5-4: Nikotin- und Alkoholkonsum nach Belastungstypen

Der Anteil der Berenteten mit schädlichem Gesundheitsverhalten geht mit sinkender Belastung aus Biografie, kritischen Lebensereignissen und Arbeitsleben stetig und markant zurück. Bei der biographisch hoch belasteten Gruppe, aber auch bei den Berenteten die in psychiatrisch vorbelasteten Familien aufgewachsen sind, liegt der Anteil von zumindest riskant Alkoholkonsumierenden bei einem Drittel und der Raucher-Anteil bei 30 bis über 40% - und ist damit bei beiden Risikoverhaltensweisen höher als bei der Referenzgruppe der mittelgradig Belasteten und sehr viel höher als bei den weitgehend Unbelasteten (auch wenn hier nochmals erwähnt werden muss, dass die ‚Unbelasteten‘ häufig eben auch ‚Unterdokumentierte‘ sind).

Das heisst, dass es sich hier letztlich um kumulative Belastungen handelt: Die psychisch aus ihrer Lebensbiografie vorbelasteten Personen sind zusätzlich noch durch ein gesundheitsschädigendes Verhalten psychisch und physisch belastet.

Unterschiede beim schädlichen Gesundheitsverhalten zeigen sich auch nach Diagnose (wiederum ist hier wie im gesamten Bericht bisher diejenige Diagnose gemeint, die für die Erwerbsunfähigkeit als besonders relevant eingeschätzt wurde - siehe Abbildung 5-5):

Abbildung 5-5: Schädliches Gesundheitsverhalten nach Diagnose

Die Gruppe der wegen Substanzabhängigkeit Berenteten wird hier nicht gezeigt, da die Werte für Nikotin- und Alkoholkonsum bei ihnen erwartungsgemäss über 80% liegen.

Es ist zwar nachvollziehbar, dass die Berenteten aus körperlichen Gründen und diejenigen mit vorwiegend somatoformen Schmerzstörungen (F45 ff) die höchsten Anteile an Übergewicht (über 40%) und physischer Inaktivität (20%) haben. Dabei muss man sich bewusst sein, dass in den Akten Inaktivität normalerweise erst dann dokumentiert wird, wenn sie wirklich als Problem wahrgenommen wird. Hier kann man davon ausgehen, dass „Inaktivität“ normalerweise bedeutet, dass jemand fast überhaupt nichts unternimmt, kaum aus dem Hause geht, sehr viele Stunden am Tag fernsieht oder ähnlich.

Relevant sind die hohen Anteile von Übergewicht und Inaktivität bei den Berenteten wegen Schmerzstörungen. Wenn man davon ausgeht (was nicht durchgehend zulässig ist), dass bei dieser Personengruppe aus somatischen Gründen keine unüberwindbaren Hindernisse für eine physische Aktivität vorliegen, kann man eine solche Inaktivität sowie das Übergewicht auch als kontraproduktives Verhalten sehen, das die Schmerzen noch verstärken kann. Bei den Berenteten aus somatischen Gründen fällt zudem auch der hohe Raucheranteil auf (über 35%).

Der Anteil von riskant Alkohol Konsumierenden ist hingegen bei der Gruppe der Personen mit Persönlichkeitsstörung deutlich höher als bei allen anderen Gruppen (30%). Dies ist angesichts der bekannten häufigen Komorbidität von Persönlichkeitsstörung und Substanzabhängigkeit nicht überraschend, aber dennoch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit relevant.

5.2 Merkmale der Persönlichkeit

Neben dem gesundheitsbezogenen Lebensstil und natürlich den Erkrankungen selbst, die weiter unten dargestellt werden, spielen auch Persönlichkeitsmerkmale der Versicherten eine Rolle im Berentungs- respektive im rehabilitativen Verfahren. Da bei psychisch kranken Menschen bekannt ist, dass in der beruflichen Rehabilitation die Sozialkompetenz neben Stabilität und Belastbarkeit von entscheidender Bedeutung für den Eingliederungserfolg ist, liegt es auf der Hand, dass auch bestimmte *Persönlichkeitsakzentuierungen* wichtig sind.

Hinzu kommt, dass eine gravierendere Erkrankung die Betroffenen letztlich zwingt, eine neue berufliche Perspektive aufzubauen, vielleicht ein neues Selbstverständnis zu entwickeln und zuvor sicher scheinende Werte zu hinterfragen etc. Dafür braucht es eine gewisse Flexibilität und auch die Fähigkeit, Gefühle wahrnehmen und ausdrücken zu können.

Zudem ist es - speziell bei psychisch erkrankten Menschen - von Bedeutung, ob jemand sein psychisches Problem wahrnehmen und identifizieren kann. Menschen, die von ihrer Persönlichkeit, von ihrem Krankheitsverständnis oder von ihrer Erkrankung bei der Identifizierung ihres Problems beeinträchtigt sind, nehmen das Problem nicht als zu sich selbst zugehörig wahr. Entweder sehen sie das Problem in der Umwelt liegend (die anderen haben ein Problem, nicht ich) oder ausschliesslich körperlich bedingt (ich habe keine Probleme, aber mein Körper kann nicht). Die Frage ist also bei den Berenteten aus *psychischen Gründen* zum einen, ob jemand sein Problem als psychisch wahrnimmt und zum anderen, ob er es als etwas durch aussen Verursachtes empfindet (man hat mich gemobbt) oder als etwas, das sich im Wesentlichen in ihm selbst entwickelt hat.

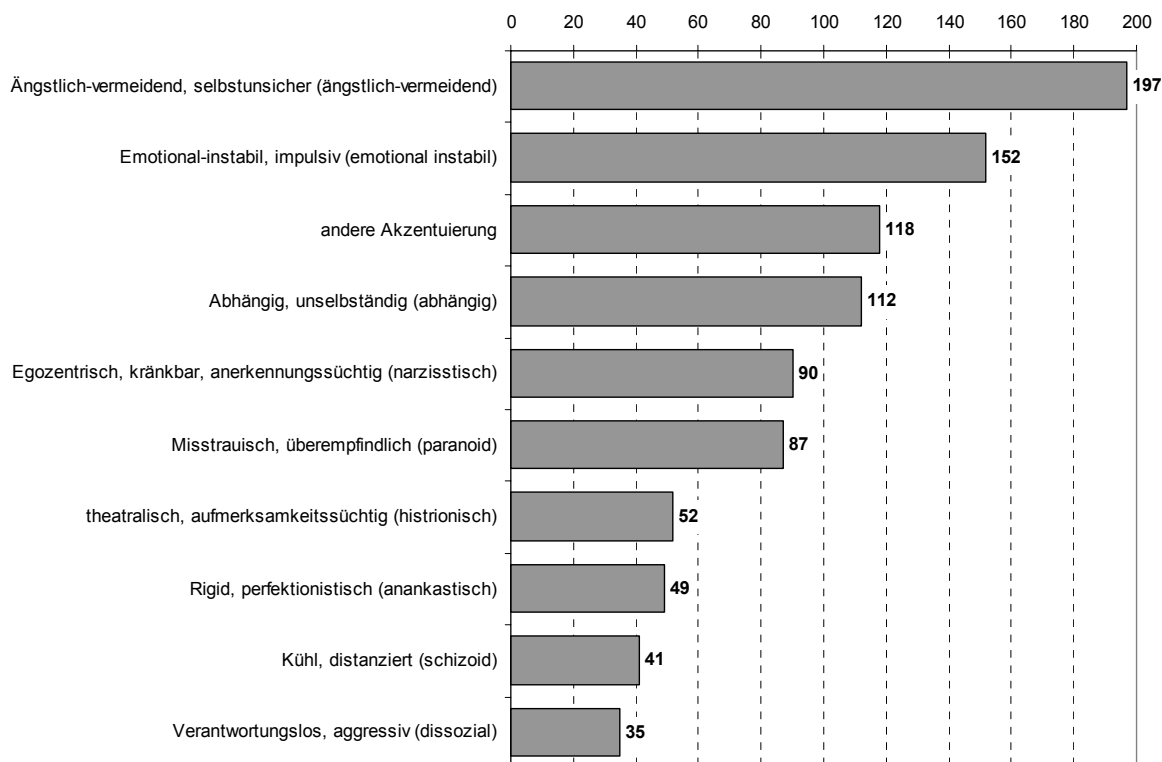
Schliesslich ist für eine erfolgreiche Rehabilitation ebenfalls von Bedeutung, über welche Problemlösestrategien jemand verfügt, das heisst beispielsweise, ob er Probleme eher aktiv durch Tätigkeiten zu lösen versucht, oder ob er sie eher passiv mit Abwarten etc. zu lösen versucht.

Entsprechend wurden folgende Merkmale anhand der Akten eingeschätzt: Persönlichkeitsakzentuierungen (diverse), Problemerkennntnis (psychisches Problem wird akzeptiert versus es wird verleugnet), subjektive Begründung der Erwerbsunfähigkeit (Problem liegt bei anderen oder nur im Körper versus Problem gehört zu mir und ist in erster Linie psychisch), Alexithymie (kann Gefühle erleben und ausdrücken versus kann dies nicht) und Problembewältigung (aktiv versus passiv). Schliesslich wurde aus der IV-Anmeldung auch erhoben, wie die Berenteten die Behinderung umschreiben (Krankheit, Geburtsgebrechen oder Unfall).

So relevant diese Merkmale in der Eingliederungspraxis sind, so schwer sind die meisten von ihnen zu operationalisieren und anhand der IV-Akten zu kodieren. Voraussetzung für die Feststellung dieser Merkmale anhand der Akten war, dass Hinweise auf das Vorliegen derartiger Probleme dokumentiert waren.

Die folgende Grafik zeigt zunächst die Häufigkeit der in den Akten dokumentierten Persönlichkeitsakzentuierungen. Bei diesen lehnten wir uns an die International Classification of Diseases (ICD-10, WHO 2007) der Persönlichkeitsstörungen an (Abbildung 5-6):

Abbildung 5-6: Dokumentierte Persönlichkeitsakzentuierungen der Berenteten (933 Akzentuierungen bei n=603 Berenteten)



Die Abbildung zeigt zunächst einmal die für uns überraschende Häufigkeit von (immerhin dokumentierten, das heisst irgendwo in den Akten genannten) akzentuierten Persönlichkeitsmerkmalen: Fast 70% der aus psychischen Gründen Berenteten haben typische besonders ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmale.

Dabei muss man sich bewusst sein, dass es sich bei Persönlichkeitsakzentuierungen noch nicht um diagnostizierte Persönlichkeitsstörungen handelt, sondern um subklinische Anzeichen, deshalb „Akzentuierungen“ genannt. Auf der anderen Seite sind solche Akzentuierungen nicht zu unterschätzen: Sie würden in den Akten wahrscheinlich nicht festgehalten, wenn sie in einem üblichen Ausmass respektive nur temporär vorhanden sind.

Wenn jemand etwas misstrauisch ist oder vorsichtig, dann wird das in den IV-Akten nicht vermerkt, wenn es sich nicht über einen starken und andauernden Persönlichkeitszug handelt, der sich in der Biografie des Berenteten nicht schon mehrfach als zumindest auffällig oder hinderlich erwiesen hat. Mit der Feststellung derartiger auffälliger Persönlichkeitszüge wurde versucht, auch *unterhalb der klinischen Grenze* für die Feststellung einer Persönlichkeitsstörung solche potentiell problematischen Ausprägungen zu erfassen.

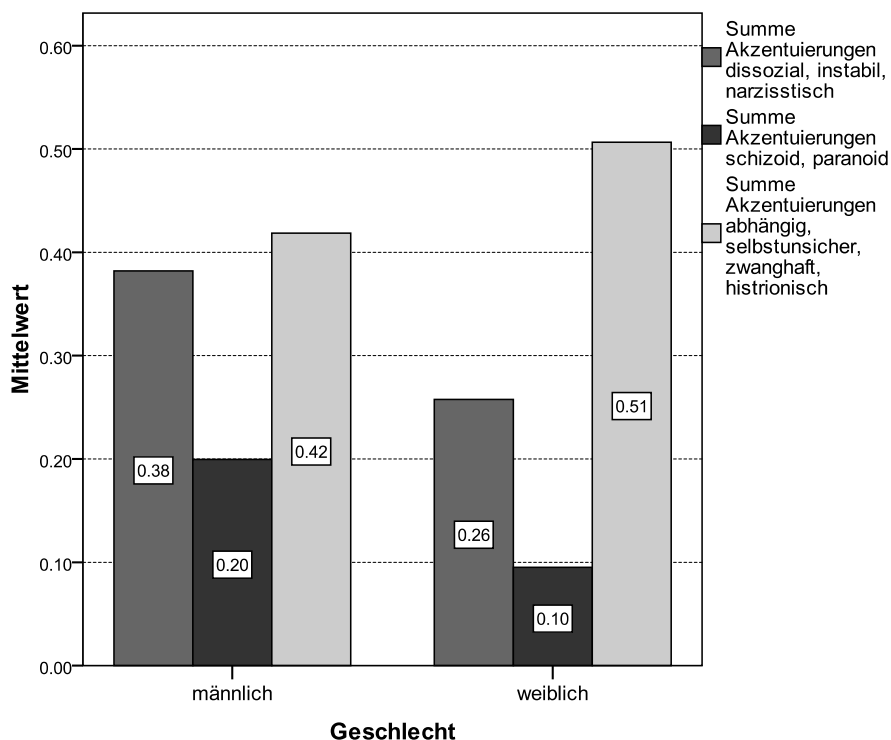
Die häufigsten Persönlichkeitsakzentuierungen sind diejenigen des ängstlich-vermeidenden, selbstunsicheren, des emotionalen instabilen, impulsiven, des abhängig-unselbständigen sowie des kränkbareren, egoistischen, narzisstischen Typs. Ängstlich-vermeidend und selbstunsicher kann in der Praxis beispielsweise bedeuten, dass man einem Versicherten vielleicht sogar eine neue Stelle findet und dieser hoch erfreut ist, dass er sie aber aus Angst vor Versagen nicht antritt. Emotional-instabil, impulsiv könnte bedeuten, dass jemand zu Beginn an einem Arbeitsplatz sehr freundlich

und bemüht ist, aber schon bei geringen Konflikten sehr impulsiv und verletzend reagiert. Abhängig, unselbständig könnte heissen, dass jemand immer sehr viel Bestätigung benötigt und immer andere fragen muss, was er jetzt tun soll. Narzisstisch meint, dass jemand immer nur für seinen eigenen Profit schaut und andere ausnutzt und zudem schon bei kleinster Kritik sehr empfindlich und aggressiv reagiert.

Eine Rate von knapp 70% der Berenteten, die solche Persönlichkeitsakzentuierungen aufweisen, ist wahrscheinlich weit über dem Durchschnitt solcher Merkmale in der Allgemeinbevölkerung. Zudem sind sämtliche dieser Merkmale - auch wenn sie beispielsweise vom ängstlich-vermeidenden Typ sind und nicht dauernd in soziale Konflikte ausarten - ein relevantes Hindernis für die berufliche Eingliederung.

Die (faktorenanalytische) Gruppierung dieser Persönlichkeitsmerkmale ergibt eine 3-Gruppen-Lösung: Eine „extrovertierte Gruppe“ mit den Persönlichkeitszügen *dissozial, emotional-instabil und narzisstisch*, eine „exzentrische Gruppe“ mit den Merkmalen *schizoid und paranoid*, und schliesslich eine „selbstunsichere Gruppe“ mit den Merkmalen *abhängig, selbstunsicher, zwanghaft und aufmerksamkeitsüchtig*. Dass diese 3-Gruppen-Lösung aus den codierten Persönlichkeitsakzentuierungen den aus der klinischen Forschung bekannten drei Clustern von Persönlichkeitsstörungen entspricht, spricht für die Validität der hier erhobenen Persönlichkeitszüge (die einzige Ausnahme besteht darin, dass im klinischen Bereich die histrionische Persönlichkeitsstörung - "aufmerksamkeitssüchtig" - zur ersten Gruppe gezählt wird statt wie hier zur letzten). Wenn man diese drei Persönlichkeitsfaktoren nach Geschlecht analysiert, zeigt sich folgende Verteilung (Abbildung 5-7):

Abbildung 5-7: Persönlichkeitsgruppen nach Geschlecht

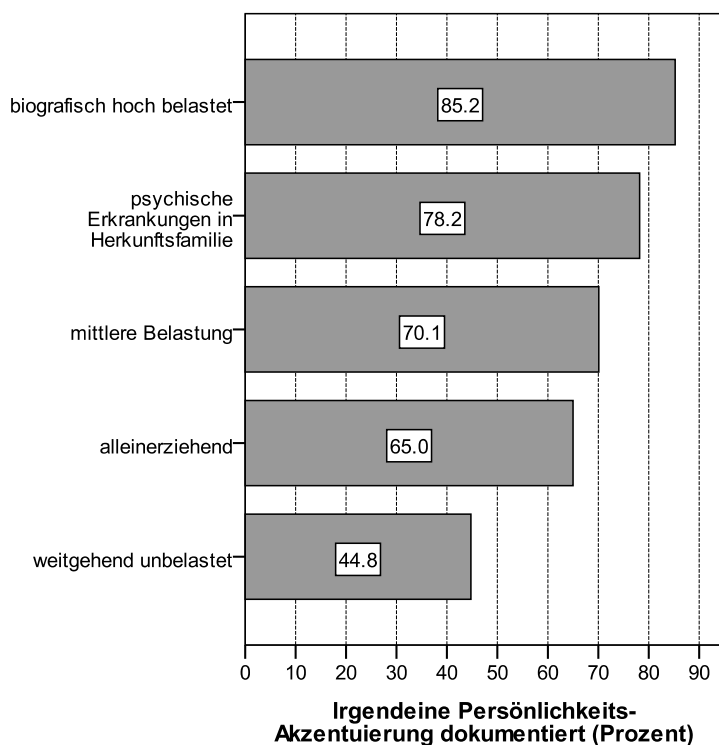


Die aus psychischen Gründen berenteten Frauen zeigen seltener Persönlichkeitszüge vom dissozialen, instabilen, narzisstischen sowie vom schizoiden, paranoiden Typ. Dafür leiden sie häufiger unter selbstunsicheren oder histrionischen (aufmerksamkeitssüchtig, theatralisch) Persönlichkeitsmerkmalen.

Im Durchschnitt haben sich über die letzten rund 20 Jahre hinweg immer mehr Versicherte bei der IV angemeldet, bei denen *keine* solche Persönlichkeitszüge erwähnt sind. Das hängt damit zusammen, dass der Anteil der Eingewanderten aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei gestiegen ist - und bei diesen werden seltener als bei den Schweizer Berenteten akzentuierte Persönlichkeitszüge erwähnt. Auch der prozentuale Anteil (nicht die absolute Zahl) von Berenteten mit Persönlichkeitsstörungen ist im Verlauf der Zeit gesunken (siehe dazu weiter unten).

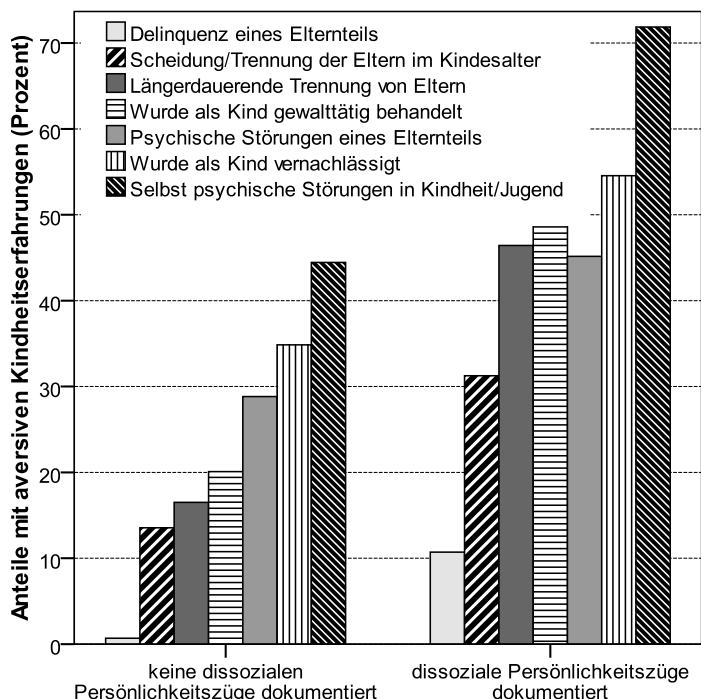
Vergleicht man den Anteil der Berenteten mit solchen erschwerenden Persönlichkeitszügen nach den Belastungstypen, so zeigt sich auch hier die Bürde einer hohen biografischen Belastung (Abbildung 5-8):

Abbildung 5-8: Persönlichkeitsakzentuierungen nach Belastungsklassen



Die Personen aus der generell hoch belasteten Gruppe und diejenigen mit familiärer psychiatrischer Vorbelastung zeigen fast doppelt so häufig Persönlichkeitsakzentuierungen wie Personen aus der Gruppe der weitgehend Unbelasteten, und auch deutlich mehr als die Gruppe der mittel Belasteten oder Alleinerziehenden, die sich im Mittel bewegen. Wie auch immer der Wirkmechanismus zwischen früher Belastung und späterer Persönlichkeitsakzentuierung abläuft, aus den Daten geht hervor, wie sich bei den Berenteten aus psychischen Gründen die häufigen und teils extremen negativen Erfahrungen aus der Lebensbiografie später in Form von ‚schwierigen‘ Aspekten der Persönlichkeit niederschlagen.

Abbildung 5-9: Negative Kindheitserfahrungen von Berenteten mit dissozialen Zügen



Eindrucklich ist der Zusammenhang von Biografie und schwieriger Persönlichkeit bei den Berenteten mit dokumentierten dissozialen Zügen (Abbildung 5-9):

Die Berenteten mit dissozialen Zügen sind hier exemplarisch gezeigt für den Grossteil der Personen mit schwieriger Persönlichkeit oder gar mit einer Persönlichkeitsstörung, für die diese Zusammenhänge auch gelten. Berentete, die im IV-Verfahren als verantwortungslos, aggressiv oder dissozial auffallen, haben in einem extremen Ausmass schon als Kinder unter Belastungen gelitten: 10% von ihnen hatten Eltern, die selbst delinquent waren (wahrscheinlich eine deutliche aktenbedingte Unterschätzung), 30% haben die Trennung der Eltern miterlebt, etwa die Hälfte war über längere Zeit in einem Heim oder in einer Pflegefamilie, ebenfalls die Hälfte wurde gewalttätig behandelt und/oder vernachlässigt und über 70% zeigten schon früh selbst psychische Störungen.

Diese schwierigen - weil unflexiblen - Verhaltensmuster ziehen dann im sozialen Kontakt oft weitere negativen Konsequenzen mit sich und können auch zu sozialer Isolation führen: 60% der Berenteten mit einer Persönlichkeitsakzentuierung leben sozial isoliert, gegenüber ‚nur‘ 30% der Berenteten ohne solche Muster. In Anbetracht der grossen Bedeutung sozialer Fertigkeiten für Arbeitsplatzert halt und Eingliederung bei psychisch kranken Menschen sind die Häufigkeit solcher schwieriger Erlebens- und Verhaltensmuster eine grosse Bürde. Hinzu kommt, dass ein relevanter bis grosser Anteil der Berenteten nach Code 646 weitere Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensmuster zeigt, die in der beruflichen Rehabilitation nicht förderlich sind:

Eine so genannte „Alexithymie“ (etwa: keine Worte für Gefühle), also die Unfähigkeit, Gefühle wahrnehmen und ausdrücken zu können war doch bei 13% der Berenteten dokumentiert respektive mit Hinweisen belegt. Auch eine übertriebene Leistungsorientierung, also die übertriebene und ausschliessliche Ausrichtung des Selbstwertes auf die berufliche Leistung, konnte bei 11% gefunden

werden - häufiger bei Berenteten aus somatischen Gründen und wegen somatoformer Störungen sowie auch bei Minderintelligenz.

Alexithymie findet sich interessanterweise ebenfalls gehäuft bei denjenigen Personen, die wegen somatischer Probleme berentet wurden, aber auch bei Depressiven und Substanzabhängigen.

Eine passive Form von Problembewältigung (statt einer aktiven Suche nach Lösungen) zeigt sich leicht gehäuft bei Substanzabhängigen und bei Berenteten mit somatoformen Schmerzstörungen, ist aber bei allen Berenteten ausserordentlich häufig (78% zeigen eine eher passive Problemlösestrategie). Allerdings ist hier darauf hinzuweisen, dass eine aktive Problemlöseart nicht unbedingt immer adäquater ist als eine passive. Zudem ist der Umgang mit Problemen auch teilweise durch die Art der Erkrankung geprägt, beispielsweise bei Depression.

Das Muster von Problem-Verleugnung schliesslich ist insgesamt mit 86% aller Berenteten ebenfalls ausserordentlich häufig. Mit "Problem-Verleugnung" ist gemeint, dass Berentete, soweit dokumentiert, nicht in der Lage waren, bei sich selbst (statt nur in der Umgebung oder im Körper) markante psychische Defizite wahrzunehmen und zu akzeptieren und darüber hinaus eine neue berufliche Identität und Perspektive aufzubauen. Fast immer betroffen sind - teils definitionsgemäss - Berentete mit Persönlichkeitsstörung, Schmerz- und Konversionsstörungen, Schizophrenie sowie mit einer Substanzabhängigkeit. Auch wenn es ein hoher Anspruch sein mag, die eigenen psychischen Defizite zu erkennen und entsprechende Schritte einzuleiten, so gibt dies doch einen Hinweis, welche Krankheitsgruppen hier speziell handicapiert sind.

Die Fähigkeit, eigene Defizite wahrzunehmen und sich gleichzeitig nicht aufzugeben, sondern an Entwicklungsmöglichkeiten zu glauben, ist in der psychiatrischen Literatur unter dem Stichwort "Recovery" gut bekannt. Letztlich gibt die sehr hohe Rate von 85% der Berenteten, bei denen ein solcher Entwicklungsprozess nicht stattgefunden hat, einen Hinweis (unter anderen), warum eine Berentung nicht verhindert werden konnte. Dabei ist es aber wichtig, dass nicht eine normative Feststellung gemacht wird: Problemakzeptanz ist nicht in erster Linie eine Frage des Willens, sondern der Störung sowie der Persönlichkeit. Problemakzeptanz (oder "Einsicht") ist aber ein entscheidender Faktor für eine erfolgreiche Bewältigung krankheitsbedingter Arbeitsplatzprobleme.

5.3 Medizinische Diagnosen der Berenteten nach Code 646

Die Dossieranalyse beinhaltet unter anderem die Erfassung sämtlicher gestellter ärztlicher Diagnosen, sei es aus IV-Arztberichten oder aus medizinischen Gutachten. Ein gewichtiger Anteil sowohl der diagnostizierenden Ärzte wie auch der gestellten Diagnosen waren somatischer Herkunft. Im Folgenden werden die verschiedenen Arten von Diagnosen (somatisch und psychiatrisch) sowie verschiedene Arten von Berechnungen zu diesen Diagnosen gezeigt:

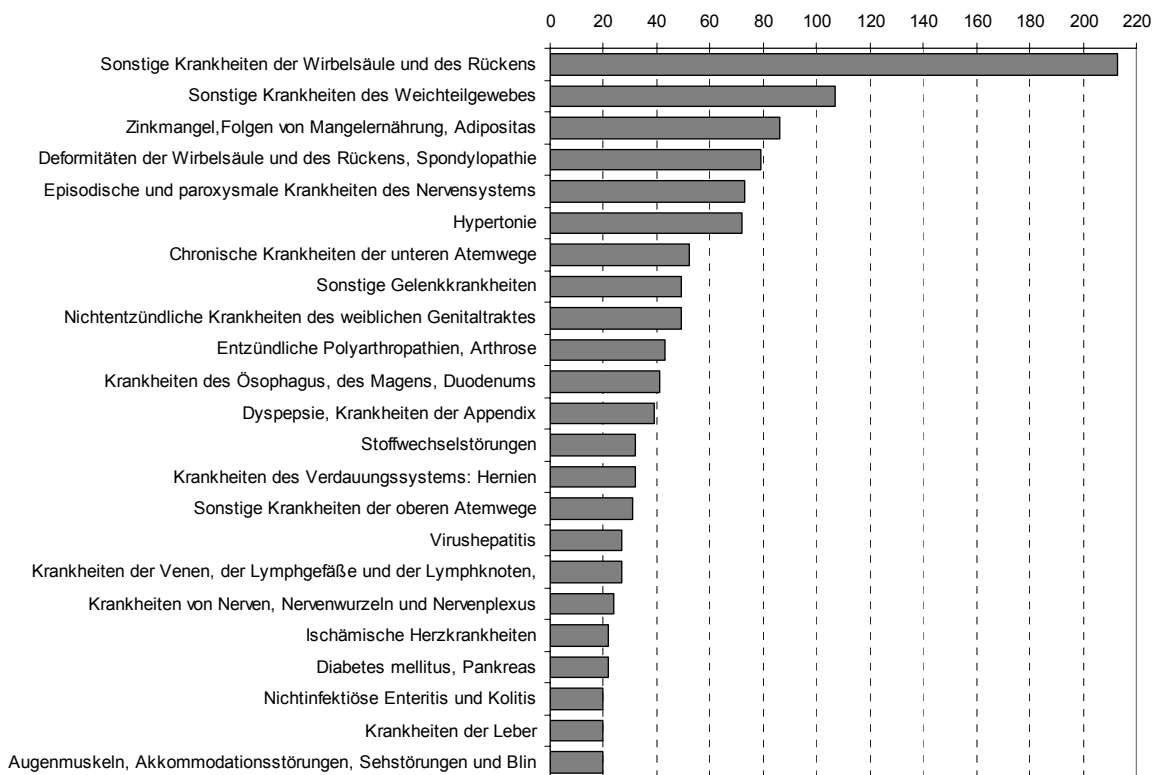
Berechnet wurde zum einen eine *Typologie* aller jemals für die Berenteten nach Code 646 gestellten Diagnosen. Eingang in diese Typenanalyse fanden sämtliche Diagnosen, ob ihnen von Seiten des Arztes nun eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestiert wurde oder nicht. Diese Typologie ist nach der oben gezeigten Belastungstypologie die zweite Klassenbildung, die dritte und letzte umfassende Typologie erfolgt im nächsten Kapitel zu den IV-Verfahrenstypen.

Weiter wurden *Abfolge und Übergänge* zwischen Arztdokumenten mit rein somatischen, rein psychiatrischen und gemischten Diagnosen berechnet. Das heisst, für jedes Arztdokument wurde berechnet, ob die medizinische Kategorie der Diagnosen zwischen körperlich und psychisch gewechselt hat oder nicht. Damit lässt sich die typische diagnostische *Karriere* der Berenteten verfolgen. Bei diesen Berechnungen wurden ausschliesslich diejenigen Diagnosen berücksichtigt, denen ärztlicherseits eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestiert wurde.

Schliesslich wurden alle Diagnosen aus dem rentenauslösenden ärztlichen Dokument (entweder ein IV-Arztbericht oder ein von der IV in Auftrag gegebenes Gutachten) für jeden Berenteten danach kodiert, welche der verschiedenen gestellten *Diagnosen aus funktioneller Sicht* (das heisst mit Fokus auf die mit der Erkrankung verbundenen Einschränkungen) hauptsächlich verantwortlich war für die Erwerbsunfähigkeit und damit auch für die Berentung. Diese Diagnosen wurden bisher im Bericht für einzelne Grafiken schon verwendet.

Zuerst werden die Häufigkeitsauswertungen zu den verschiedenen erhobenen Diagnosen gezeigt, wobei mit den häufigsten somatischen Einzeldiagnosen bei den letztlich aus psychischen Gründen berenteten Personen begonnen wird (Abbildung 5-10):

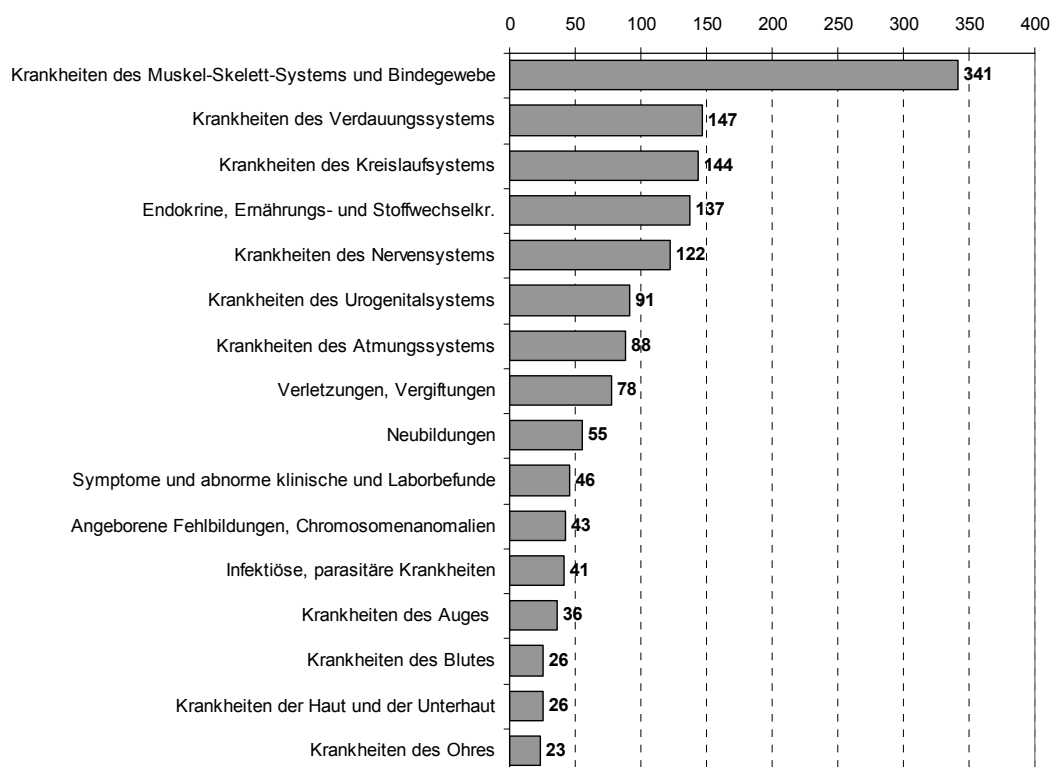
Abbildung 5-10: Die häufigsten somatischen Einzeldiagnosen (n≥20) der Berenteten



Die mit grossem Abstand häufigste somatische Diagnose betrifft eine Restkategorie der Rückenkrankheiten (jeder Vierte), gefolgt von einer Restkategorie der Krankheiten des Weichteilgewebes (jeder Achte), Folgen von Mangelernährung und Übergewicht (jeder Zehnte) sowie Deformitäten des Rückens und degenerativen Skeletterkrankungen (jeder Elfte). Wie oben schon erwähnt waren die Berenteten mit Rückenleiden besonders oft im Baugewerbe und auch in der Industrie sowie in der Land- und Forstwirtschaft tätig. Berentete mit Krankheiten des Weichteilgewebes findet man neben der Industrie gleich häufig im Gesundheitswesen, Unterrichtswesen und in der Öffentlichen Verwaltung. Personen mit Deformitäten der Wirbelsäule und Spondylopathien haben am häufigsten in privaten Haushalten und in der Industrie gearbeitet.

Fasst man die gestellten Diagnosen nach somatischen Hauptkapiteln zusammen, so ergibt sich folgende Reihenfolge nach Häufigkeit (Abbildung 5-11):

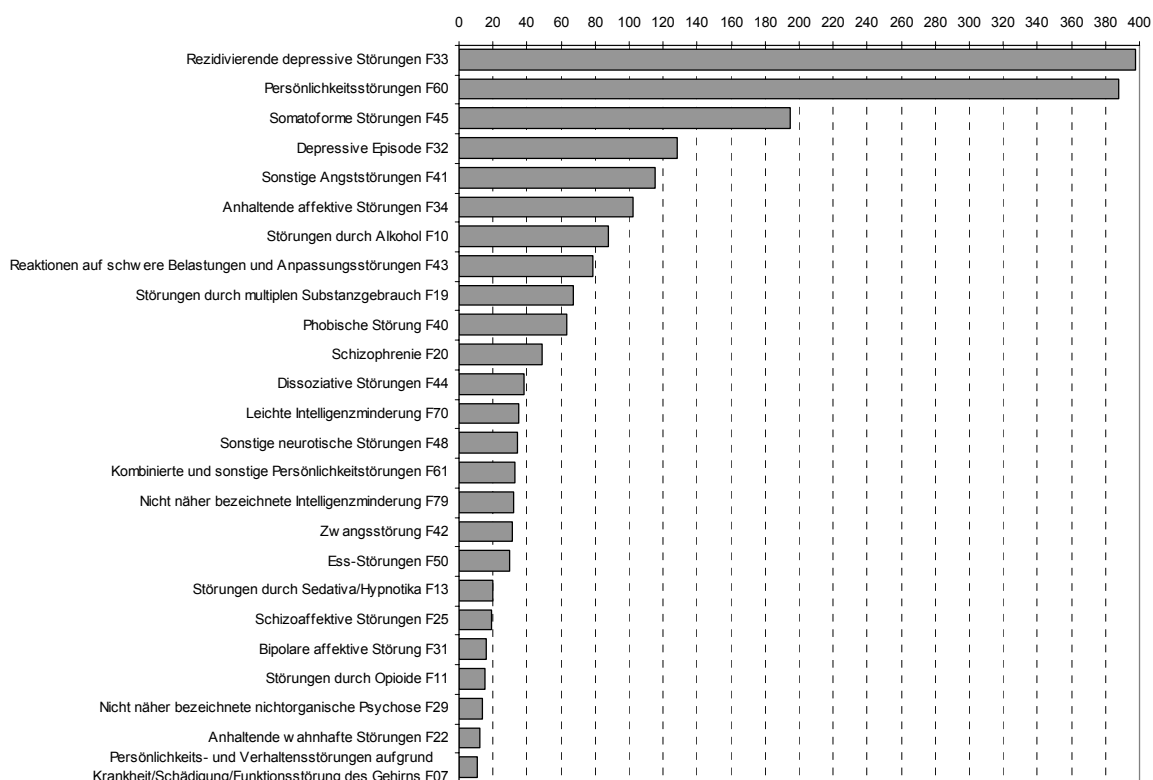
Abbildung 5-11: Somatische Diagnosen-Hauptkapitel der Berenteten (1457 Diagnosen bei n=609 Berenteten; Diagnose-Hauptkapitel mit n≥10)



Die wichtigste Diagnosenkategorie betreffen das Muskel-Skelett-System und das Bindegewebe. Bemerkenswert ist, dass fast die Hälfte der Berenteten aus psychischen Gründen Muskel-Skelett-Erkrankungen aufweisen. Bei den IV-Anmeldungen vor 1991 lag der Anteil von psychiatrisch Berenteten mit Muskel-Skelett-Erkrankungen bei knapp 30%. Seit den 90er Jahren liegt er hingegen unverändert bei 40%, das heisst, hier hat ein Anstieg bei den psychisch bedingten Renten stattgefunden.

Betrachtet man die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen der Berenteten nach Code 646 so zeigt sich folgende Rangliste der Häufigkeiten (Abbildung 5-12):

Abbildung 5-12: Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen (n≥10) der Berenteten



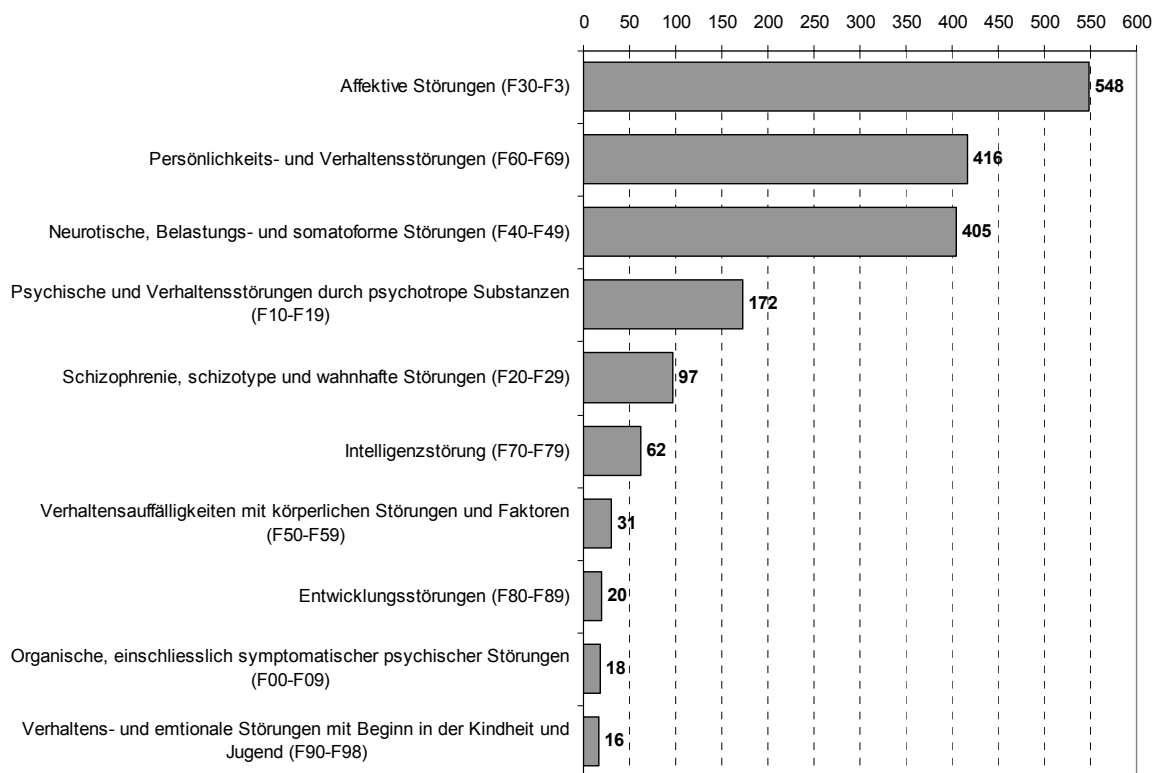
Die häufigste psychiatrische Einzeldiagnose, die Berentete nach Code 646 jemals erhalten haben, ist diejenige der rezidivierenden (wiederkehrenden) depressiven Störung. Bei knapp 400 Berentete wurde zumindest einmal diese Diagnose gestellt.

Fast gleich häufig wurde die Diagnose irgendeiner Persönlichkeitsstörung gestellt, in rund 390 von 887 Fällen, gefolgt von somatoformen Schmerzstörungen (knapp 200 Fälle) und depressiven Episoden (130 Fälle). Es folgen Angsterkrankungen, weitere affektive Störungen, Alkoholerkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Drogensucht und Schizophrenie, dissoziative Störungen sowie Intelligenzminderung.

Schaut man sich die zu Hauptkategorien zusammengefassten psychiatrischen Diagnosen an, so ergibt sich das folgende, etwas klarere Bild (Abbildung 5-13).

Affektive Störungen bilden die deutlich häufigste psychiatrische Diagnosenkategorie, gefolgt von den Persönlichkeitsstörungen sowie den Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen, wobei bei den letzteren die somatoformen Schmerzstörungen mit rund 50% den hauptsächlichsten Anteil ausmachen.

Abbildung 5-13: Psychiatrische Diagnosen-Hauptkategorien der Berenteten (1785 Diagnosen bei n=850 Berenteten)



Es ist bemerkenswert, dass bei 65% aller aus psychischen Gründen Berenteten jemals eine depressive Erkrankung diagnostiziert wurde. Bedenkt man, dass es eine Gruppe von Berenteten gibt, die überhaupt nie eine psychiatrische Diagnose erhalten haben, ist der Anteil eigentlich noch höher. Aber auch Persönlichkeitsstörungen und Neurotische Störungen wurden bei fast 50% der Berenteten jemals diagnostiziert und sind damit sehr häufig. Diese drei Gruppen machen den überwiegenden Teil aller Berenteten aus.

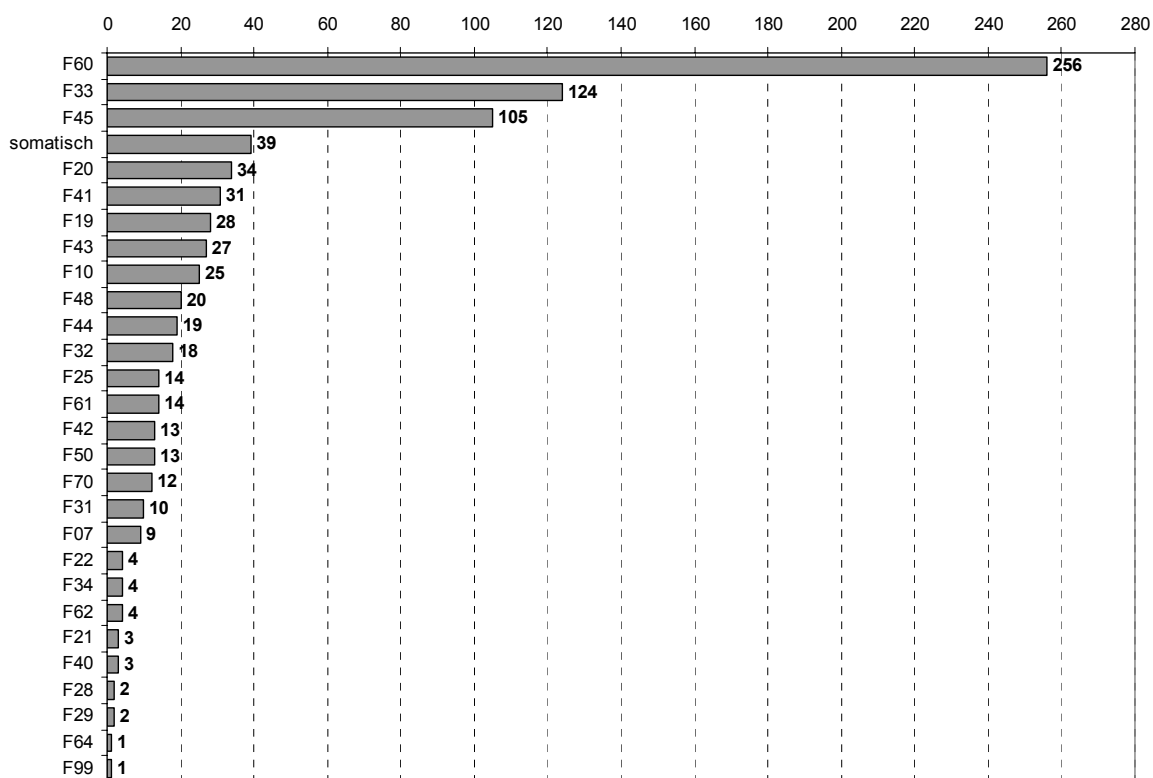
Auffallend ist weiter, dass schizophrene Störungen (Hauptanteil hat die Schizophrenie-Diagnose F20) und Intelligenzstörungen auch bei rund 100 respektive 60 Fällen vorhanden sind; diese Störungskategorien gehören für sich allein gesehen nicht in die IV-Kategorie 646. Dies gilt an sich auch für Entwicklungsstörungen und hirnanorganische Störungen - sofern nicht weitere Störungen hinzugekommen sind, die dann eine Enteilung in die Kategorie 646 rechtfertigen würden.

Schliesslich wurden die Diagnosen aus dem letzten ärztlichen Dokument vor der Berentung, also aus dem rentenauslösenden Arztbericht oder Gutachten, daraufhin kodiert, welche der meist mehreren Diagnosen „mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit“ aus funktionellen Gesichtspunkten das höchste Gewicht beim Berentungsentscheid hatte. Diese Einschätzung war in den meisten Fällen relativ einfach zu machen, da selten mehrere Diagnosen mit gleich starken funktionellen Einschränkungen gestellt wurden. Generell wurde aber gemäss Forschungsstand und gemäss praktischer Erfahrung davon ausgegangen, dass gewisse Störungen tendenziell mit mehr funktionellen Einschränkungen verbunden sind als andere. So wurde beispielsweise eine Schizophrenie-Diagnose tendenziell hoch gewichtet, ebenso eine zumindest mittelgradige Intelligenzminderung und auch eine als schwer beschriebene Persönlichkeitsstörung, weil es sich

um meist chronische Erkrankungen handelt, die mit sozialen und kognitiven Einschränkungen verbunden sind. Somatische Diagnosen wurden meistens dann als rentenbegründend eingeschätzt, wenn es keine psychiatrische Diagnose gab.

Die folgende Grafik (Abbildung 5-14) der als rentenentscheidend eingeschätzten Einzel-Diagnosen zeigt eine ähnliche Verteilung der Diagnosen wie die oben gezeigte Verteilung der jemals gestellten Diagnosen (unabhängig von ihrer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit), allerdings mit einigen entscheidenden Unterschieden:

Abbildung 5-14: Hauptsächliche rentenbegründende Einzel-Diagnose aus rehabilitativer Sicht (n=835)

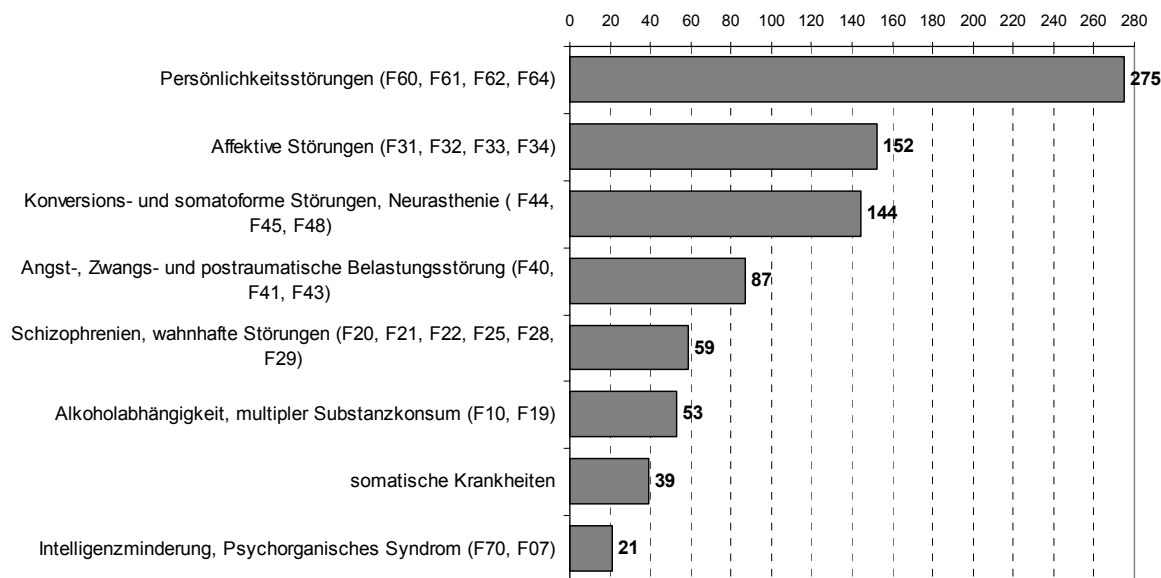


In Bezug auf die funktionellen Auswirkungen der vor Berentung gestellten Diagnosen sind die Persönlichkeitsstörungen von herausragender Bedeutung - bei fast einem Drittel aller nach Code 646 Berenteten ist eine Persönlichkeitsstörung der hauptsächlichste Grund für die Erwerbsunfähigkeit.

Die zwei weiteren wichtigen Gruppen sind diejenige der wiederkehrenden depressiven Störung und der somatoformen Schmerzstörung. An vierter Stelle folgt eine Gruppe von Berenteten, die wegen einer somatischen Erkrankung nicht mehr arbeiten konnten, an fünfter Stelle die schizophrenen Erkrankungen. Im Vergleich zu ihrer Häufigkeit viel seltener als rentenbegründend eingeschätzt wurde die depressive Episode (F32).

Wenn man die Einzel-Diagnosen zu Gruppen zusammenfasst zeigt sich die folgende vereinfachte Verteilung (Abbildung 5-15):

Abbildung 5-15: Hauptsächliche rentenbegründende Diagnosen-Gruppe aus rehabilitativer Sicht (n=835)



Persönlichkeitsstörungen bilden nach wie vor die dominierende Kategorie, gefolgt von Affektiven Störungen, Konversions- und somatoformen Störungen sowie Angst-, Zwangs- und posttraumatischen Belastungsstörungen. Dann folgen fast ausschliesslich Diagnosengruppen, die für sich allein genommen nicht in die Kategorie 646 gehören würden: Schizophrenie, Sucht, somatische Krankheiten und Intelligenzminderung sowie POS.

Die diagnostischen Kategorien der Berenteten vermögen die öffentliche Diskussion über die Gruppe der Berenteten aus psychischen Gründen allgemein und ganz direkt der hier untersuchten Gruppe Code 646 etwas zu relativieren: Insbesondere der Diagnosengruppe 646 wird häufig unterstellt, es handle sich um „schwer objektivierbare“ Krankheiten. Verwiesen wird oft auf die „Fibromyalgie“ und andere Störungsbilder im somato-psychischen Grenzbereich. Die effektiven Diagnosen - seien es die lifetime-Diagnosen oder auch die als rentenbegründend eingeschätzten Diagnosen - widersprechen diesem Bild von unspezifischen, unklaren oder „nicht wirklichen“ Störungen: Persönlichkeitsstörungen sind unflexible und andauernde unangepasste Verhaltensmuster, die mit einer sehr hohen funktionellen Belastung und diversen Beeinträchtigungen verbunden sind. Dass sie von Laien oft nicht als Störungen erkannt werden, bedeutet nicht, dass sie schwer objektivierbar oder in Bezug auf die Arbeitsbeeinträchtigung vernachlässigbar wären.

Auch Depressionen sind meistens wiederkehrende Erkrankungen mit einem relevanten Behinderungspotential, und auch sie sind relativ klar diagnostizierbar. Einzig bei der Diagnose „depressive Episode“ kann man sich fragen, ob eine solche *Episode* denn rentenbegründend sein kann, wo eine Berentung doch eine voraussichtlich für längere Zeit oder für immer andauernde Behinderung voraussetzt. Die Gruppe der Konversionsstörungen (= Umwandlung eines psychischen Konfliktes in ein körperliches Symptom) und der somatoformen Störungen schliesslich ist eine juristisch immer wieder umstrittene Gruppe. Auf sie trifft das Bild der schwer zu objektivierenden Störungen vielleicht noch am ehesten zu. Aber auch diese Krankheiten können mit starker (objektiver und subjektiver) Behinderung verbunden sein - auch wenn sich keine objektiven somatischen Grundlagen für Schmerzen etc. zeigen.

Alle restlichen Gruppen - Ängste, Zwänge und posttraumatische Belastungsstörungen, Schizophrenie, Sucht, Minderintelligenz und POS (immerhin beide Geburtsgebrechen) und auch die meisten somatischen Erkrankungen - sind offensichtlich kaum „schwer objektivierbare“ Störungen.

Wie schon weiter oben angedeutet, stellt sich hier nebenbei auch die Frage, ob alle diese Berenteten in die richtige IV-Kategorie eingeteilt worden sind.

- Für schizophrene Erkrankungen (F20) ist eigentlich eine eigene IV-Kategorie vorgesehen (Code 641 oder dann Code 644 bei schizoaffektiven Psychosen), wobei „wahnhaftige Störungen“ auch im Code 646 erwähnt werden.
- Einige der hier erfassten somatischen Erkrankungen gehörten eher in die Restkategorie der „Übrigen Veränderungen der Knochen- und Bewegungsorgane“ (Code 738) respektive in die Gruppe der „Spondylosen und Osteochondrosen“ (Code 736).
- Intelligenzminderungen gehören zum Code 649 („Übrige geistige/charakterliche Störungen“).
- Bei den Persönlichkeitsstörungen ist die Abgrenzung zur IV-Kategorie der „Psychopathie“ oder zur Gruppe der „Übrigen geistigen/charakterlichen Störungen“ (Code 649) unklar.
- Auch die bipolaren affektiven Störungen, also die manisch-depressiven Erkrankungen, gehören in eine andere, eigene Kategorie (Code 642).
- Das so genannte „Psychoorganische Syndrom“ (POS), das in einigen Fällen diagnostiziert wurde, gehört an sich in die Kategorie „Kongenitales infantiles Psychosyndrom“ (Code 404), sofern bis zum 9. Altersjahr als solches behandelt.
- Zudem sind die Alkoholerkrankungen zu erwähnen, die für sich genommen in die separate IV-Kategorie „Alkoholismus“ (Code 647) gehören würden.
- Dasselbe gilt sinngemäss für die Störungen durch multiplen Substanzgebrauch, für die der Code 648 „Übrige Süchte (Toxikomanie)“ vorgesehen wäre (Tabelle 5-2):

Tabelle 5-2: Theoretisch vorgesehene und tatsächliche IV-Codierung für die Berenteten

Rentenbegründende Diagnose* (alle 646)	Vorgesehener Code	Anzahl Berentete
Psychoorganisches Syndrom (F07)	404	9
Alkoholabhängigkeit (F10)	647	25
Multipler Substanzgebrauch	648	28
Schizophrenie (F20, F21, F22)	641	34
Schizoaffektive Störung, weitere (F25, F28, F29)	644	18
Persönlichkeitsstörungen (F60, F61, F62, F64)	646 (zumindest für dissoziale PS)	18
Intelligenzminderung (F70)	649	12
Somatische Krankheiten	Nicht Kp. XXVI (meist 736, 738)	39
Fehlend (keine Diagnose/kein Arztdokument)		57
Summe		240 (27%)

*Einschätzung (siehe oben)

Die obige Tabelle zeigt, dass - gemäss den als rentenbegründend eingeschätzten Diagnosen - für über einen Viertel der nach Code 646 berenteten Personen ein anderer Gebrechenscode der Invalidenversicherung wahrscheinlich naheliegender gewesen wäre. Einschränkend muss man sagen, dass die Diagnostik des rentenauslösenden ärztlichen Dokumentes nicht alle im Dossier enthaltenen Diagnosen berücksichtigt, zudem handelt es sich um eine Einschätzung.

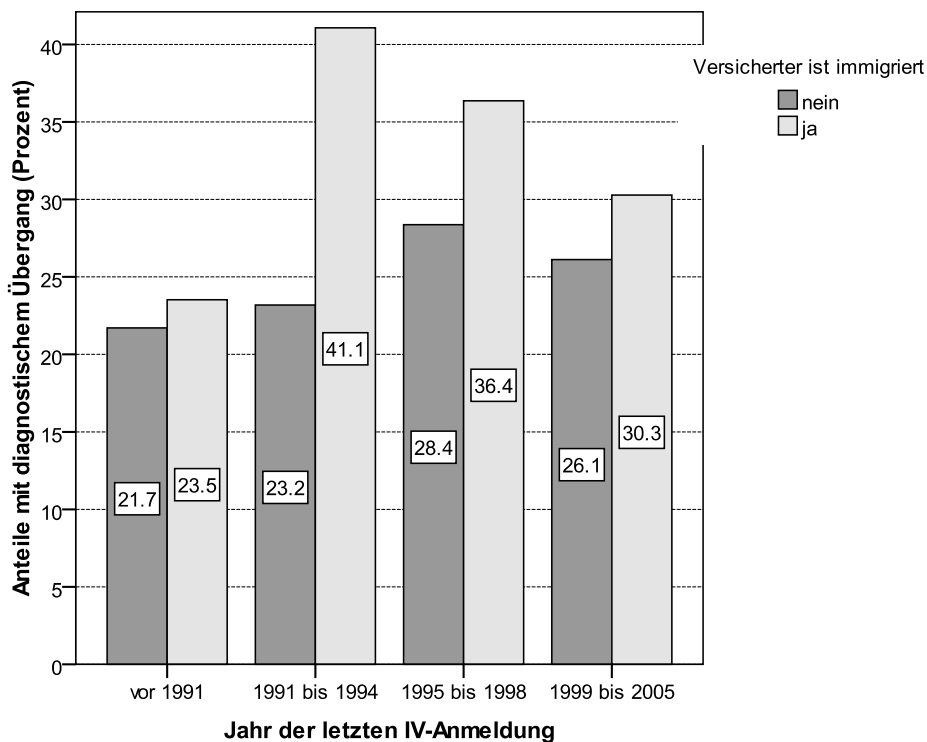
Allerdings deckt sich dieses Resultat mit dem Eindruck aus den Kodierarbeiten, dass es möglicherweise eine Tendenz gibt, mit 646 zu kodieren, wenn irgendwann einmal eine entsprechende Störung erwähnt wird - auch wenn schon andere und möglicherweise gewichtigere Krankheiten diagnostiziert wurden. Vielleicht entsteht diese Tendenz auch aus der Tatsache, dass der Code 646 eine Restkategorie ist, in die dann auch zugeteilt wird, wenn angesichts verschiedener Diagnosen eine gewisse Unsicherheit der Zuordnung besteht.

Dass rund ein Viertel der Berenteten eine fragliche 646-Codierung aufweist, ist nicht nur ein IV-internes, technisches Problem. Die Gruppe der 646-Berentungsgründe stand bisher unter dem Generalverdacht der „schwer objektivierbaren“ Krankheiten und auch unter dem generellem Verdacht des missbräuchlichen Bezugs von Leistungen der Invalidenversicherung. In den Fokus des Interesses ist diese Gruppe durch ihr besonders starkes Wachstum geraten. Dieses Wachstum sollte aber angesichts der fraglichen Codierungen etwas relativiert werden.

Gemeint sind mit den „schwer objektivierbaren“ Störungen wie erwähnt normalerweise Störungen im Grenzbereich von somatischen und psychiatrischen Erkrankungen. Dass solche Störungen zunehmend in den Fokus des Interesses geraten sind, ist insofern nachvollziehbar, als dass sich die diagnostischen Karrieren der Berenteten in den letzten rund 20 Jahren etwas verändert haben.

Dies lässt sich anhand der Diagnosen-Übergänge zwischen verschiedenen ärztlichen Dokumenten erkennen. Mit Übergang ist beispielsweise gemeint, dass ein Versicherter in einem ärztlichen Dokument ausschliesslich eine somatische Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) gestellt erhielt und im nächsten Dokument eine ausschliesslich psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die folgende Grafik zeigt den Anteil aller Übergänge von somatisch zu psychiatrisch, von somatisch zu psychiatrisch/somatisch (gemischt) sowie von gemischt zu rein psychiatrisch bei SchweizerInnen und MigrantInnen (Abbildung 5-16):

Abbildung 5-16: Anteil der Übergänge von somatischen zu psychiatrischen Diagnosen nach Zeitraum der IV-Anmeldung*



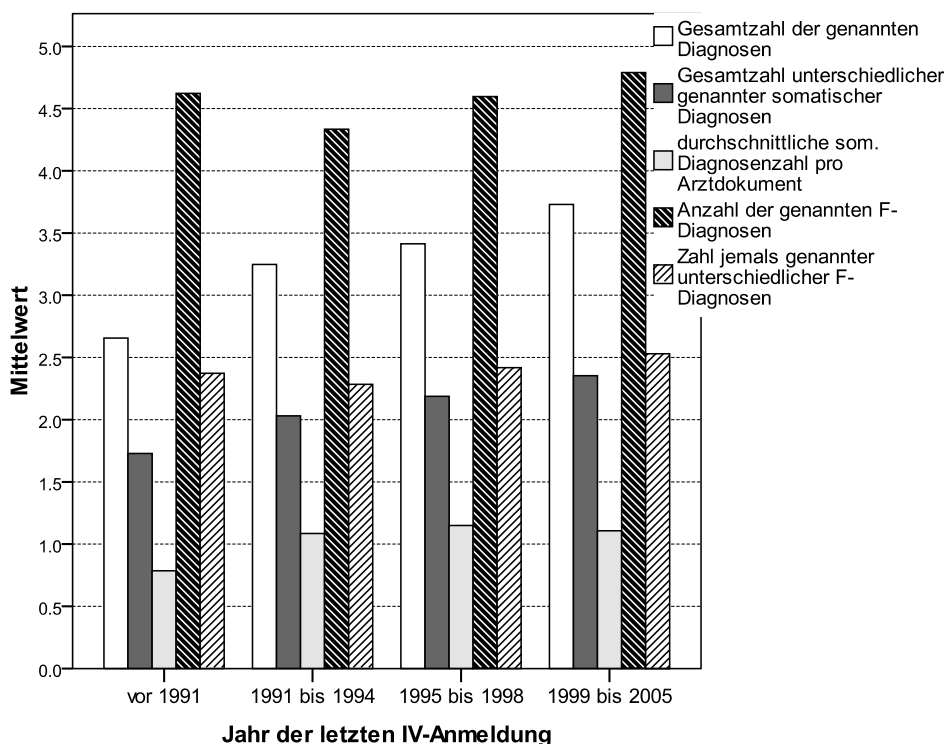
* Hier zusammengefasst sind alle Übergänge von a) rein somatisch zu rein psychiatrisch, b) von somatisch zu gemischt und c) von gemischt zu psychiatrisch

Derartige Übergänge, in denen in einem früheren Arztdokument die somatische Seite im Vordergrund stand und im nächsten die psychiatrische, sind im Durchschnitt in den letzten 20 Jahren sowohl bei den SchweizerInnen wie auch bei den MigrantInnen angestiegen. Besonders stark angestiegen sind die Übergänge bei den MigrantInnen, die sich zu Beginn der 90er Jahre bei der IV angemeldet haben. Das hängt damit zusammen, dass Migrantinnen und Migranten häufiger durch somatoforme Erkrankungen auffallen. Somatoforme Störungen sind gerade dadurch gekennzeichnet, dass körperliche Symptome und psychische Belastungszustände gemischt auftreten.

Die Anzahl der ärztlichen Stellungnahmen selbst ist nicht für diese Entwicklung verantwortlich, da sie mit durchschnittlich etwa 11 Stellungnahmen (inkl. Spitalberichte, IV-interne Stellungnahmen) pro berentete Person über die Jahre gleich geblieben ist.

Wenn auch die Anzahl der ärztlichen Stellungnahmen etwa gleich geblieben ist, so haben die Anzahl der somatischen Diagnosen und auch die Anzahl unterschiedlicher somatischer Diagnosen pro Berenteten zugenommen - im Gegensatz zur Anzahl psychiatrischer Diagnosen (Abbildung 5-17):

Abbildung 5-17: Entwicklung der Anzahl der Diagnosen insgesamt sowie der unterschiedlichen Diagnosen



Die Abbildung zeigt, dass im Verlaufe der Jahre sowohl die Gesamtzahl der durchschnittlich pro Berenteten gestellten *psychiatrischen Diagnosen* wie auch die Anzahl der unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen gleich geblieben ist - ganz im Gegensatz zur steigenden Gesamtzahl *somatischer Diagnosen* und zur Anzahl unterschiedlicher somatischer Diagnosen pro Person.

Das könnte heissen, dass die diagnostische Unsicherheit in Bezug auf die psychischen Störungen nicht gewachsen ist, aber die Unsicherheit in Bezug auf die somatische Krankheitssituation der Berenteten.

Betrachtet man zudem die letzte und aus funktioneller Sicht rentenbegründende Diagnose im Zusammenhang mit dem Anteil an diagnostischen Übergängen von somatisch zu psychiatrisch, so zeigt sich, dass bei den Berenteten wegen Schmerzstörungen sowie bei den Suchtkranken und Depressiven bei rund 20% zuerst eine somatische Diagnose gestellt wurde.

Das heisst, dass viele psychisch Erkrankte zuerst somatisch abgeklärt werden (und dabei auch viel rehabilitativ wertvolle Zeit vergeht). Am seltensten sind anfängliche somatische Begutachtungen wenig überraschend bei Minderintelligenz und schizophrenen Störungen.

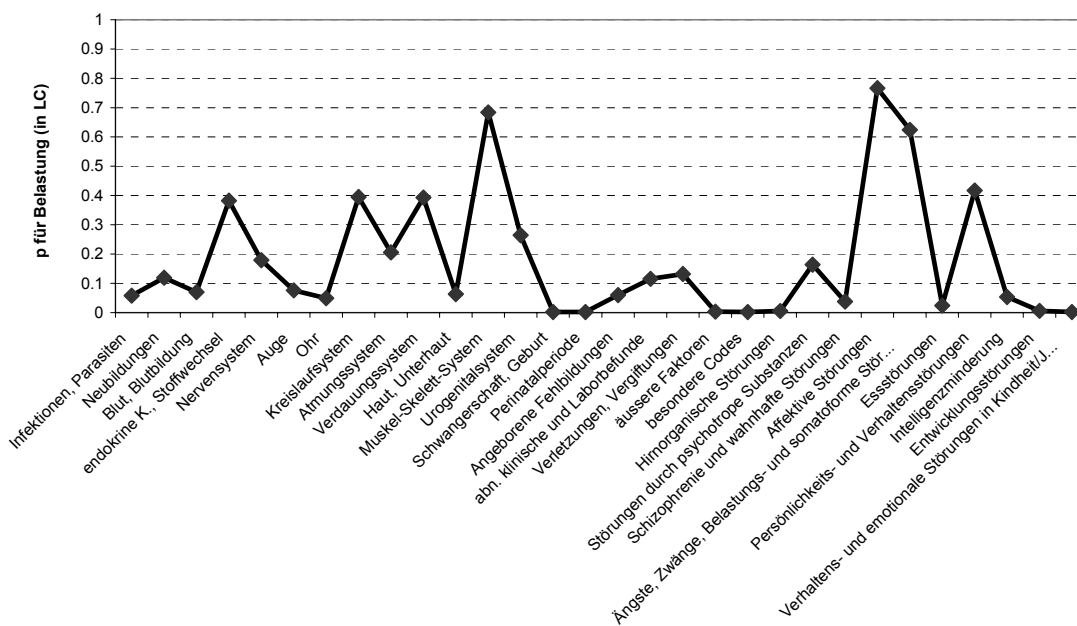
5.4 Typologie der Diagnosen

Alle Diagnosen aus sämtlichen IV-Arztberichten und dem rentenauslösenden psychiatrischen Dokument innerhalb eines Dossiers wurden bei der Erhebung im Originaltext festgehalten. Damit verfügt man über ein Gesamtbild aller innerhalb einer IV-Akte jemals genannten somatischen und psychiatrischen Diagnosen, die die Berenteten erhalten haben. Alle diese Diagnosen wurden - wie oben schon die erfahrenen Belastungen - einer Latenten Klassen-Analyse unterzogen (siehe dazu auch den Methodikteil).

Diese Analyse ergab 5 personenbezogene Diagnosenklassen (das heisst Diagnosenklassen, denen sich die Berenteten zuordnen lassen), die aus somatischen und psychiatrischen Diagnosen zusammengesetzt sind und sich statistisch gut voneinander unterscheiden.

Die erste Diagnosengruppe (Abbildung 5-18) ist gekennzeichnet durch einen 80%igen Anteil von Personen mit einer Depressions-Diagnose und durch einen hohen Anteil von neurotischen Störungen (insbesondere somatoformen Störungen) und von Persönlichkeitsstörungen sowie durch hohe Anteile bei verschiedensten somatischen Krankheiten:

Abbildung 5-18: Diagnosenklasse 1: Depression und multiple Organkrankheiten (32.9%)

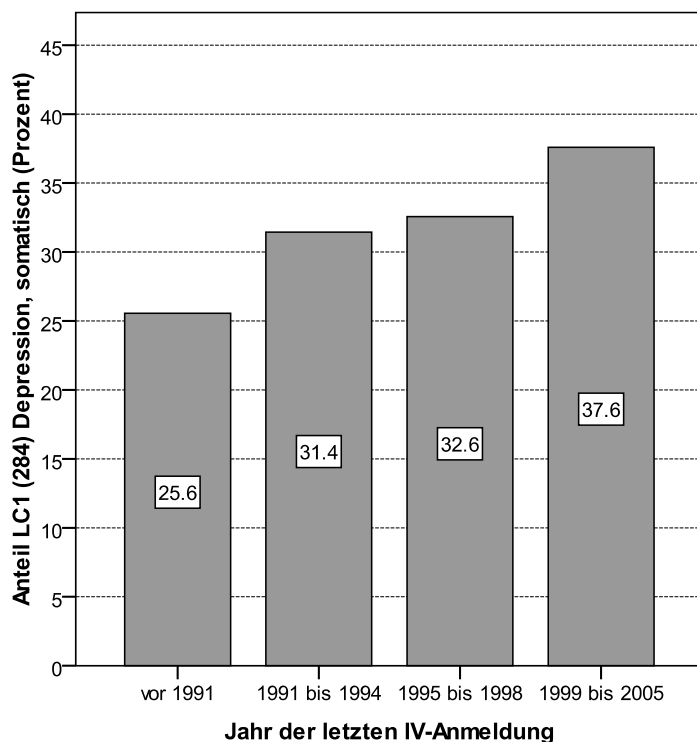


Insbesondere haben 70% der Berenteten aus dieser Gruppe auch eine Diagnose der Kategorie des Muskel-Skelett-Systems, vor allem Krankheiten und Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens, Spondylopathien und Krankheiten des Weichteilgewebes. Keine Diagnosengruppe weist so viele somatische Erkrankungen auf wie diese. Insgesamt wurden für diese 284 Berenteten 1248 somatische Diagnosen vergeben, also mehr als vier somatische Diagnosen pro Person.

Hinzu kommt, dass mehr als ein Drittel dieser Berenteten auch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung erhalten haben. Die Diagnosenklasse „LC1“ („latent class1“) ist zudem mit einem Anteil von 33% aller Berenteten nach Code 646 die häufigste überhaupt.

Der Anteil dieses Diagnosentyps ist in den letzten rund 20 Jahren deutlich gewachsen (siehe Abbildung 5-19):

Abbildung 5-19: Anteil der Diagnosenklasse LC1 (Depression und multiple somatische Krankheiten) an den 646-Renten nach Zeitraum der IV-Anmeldung (n=284)

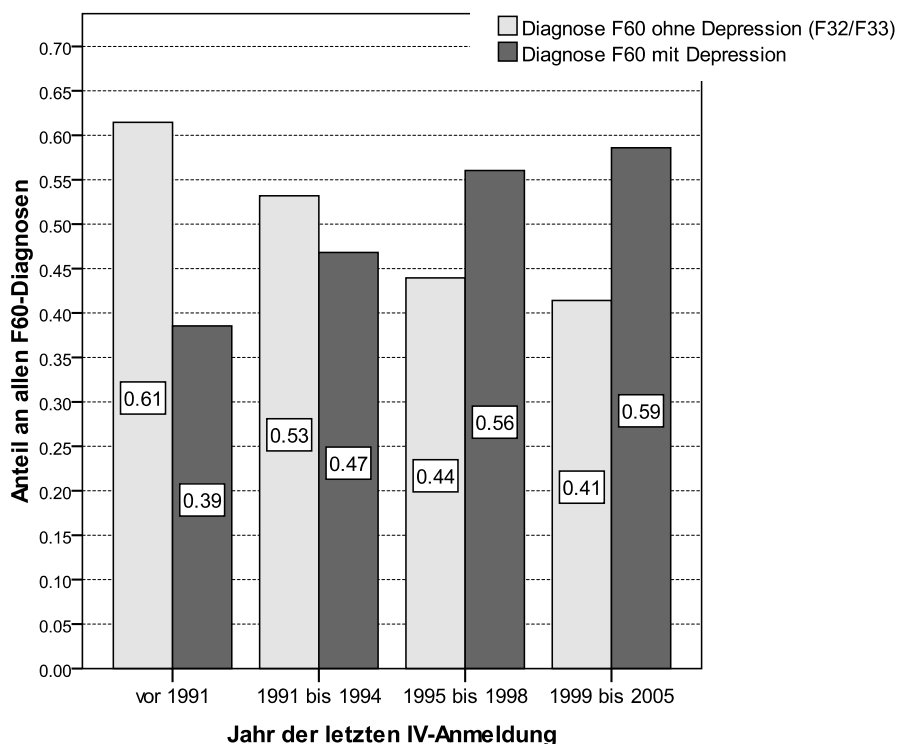


Bei den 646-Berenteten, die sich vor 1991 angemeldet haben gehörten 26% in diese Diagnosenklasse, bei den Anmeldungen zwischen 1999 und 2005 waren es 38%. Dabei muss man sich noch einmal vergegenwärtigen, dass es sich hier um eine repräsentative Stichprobe des *Rentenbestandes* handelt und nicht nur um die Neurenten. Damit sich der gesamte 646-Rentenbestand dermassen verändern konnte, müssen seit den 90er Jahren sehr viele Neurenten mit diesem Diagnosentyp gesprochen worden sein.

An diesem Depressionstyp (es folgt noch ein weiterer) fällt neben dem hohen Anteil von somatoformen Störungen zudem der hohe Anteil von Personen mit einer Persönlichkeitsstörung auf. Man muss davon ausgehen, dass Schmerz- sowie Persönlichkeitsstörungen für die Berentung oft relevanter waren als die Depression selbst. Wenn man zudem die Kombination von Persönlichkeitsstörung und Depression über die letzten 20 Jahre hinweg analysiert, zeigt sich eine spezifische Entwicklung (Abbildung 5-20):

Von den insgesamt 388 Berenteten mit einer Persönlichkeitsstörung haben 195 nie die zusätzliche Diagnose einer Depression erhalten, 193 haben zusätzlich eine Depressionsdiagnose - sei es eine rezidivierende depressive Störung (F33) oder eine depressive Episode (F32). Das Verhältnis ist also genau 50:50.

Abbildung 5-20: Anteile von Persönlichkeitsstörungen mit und ohne Depressionsdiagnose im Zeitverlauf



Im Zeitverlauf zeigt sich, dass die Berenteten mit einer Persönlichkeitsstörung ohne Depressionsdiagnose von einem 61:39 Verhältnis auf ein 41:59 Verhältnis gesunken sind, das heisst, in den 80er Jahren hatten nur 39% der Berenteten mit einer Persönlichkeitsstörung noch eine Depressionsdiagnose, wohingegen es in den letzten Jahren genau umgekehrt war, wo nur 41% keine zusätzliche Depressionsdiagnose aufwiesen. Warum sich das Verhältnis von Persönlichkeitsstörungen mit und ohne Depression in den letzten 20 Jahren genau umgekehrt hat, bleibt unklar. Es könnte auch mit veränderten diagnostischen Gewohnheiten zusammenhängen.

Tabelle 5-3: Die häufigsten psychiatrischen Diagnosen der Diagnosenklasse 1

Rezidivierende depressive Störungen F33	155
Persönlichkeitsstörungen F60	112
Somatoforme Störungen F45	99
Depressive Episode F32	55
Sonstige Angststörungen F41	51
Anhaltende affektive Störungen F34	41
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen F43	32
Phobische Störung F40	26
Störungen durch Alkohol F10	24
Dissoziative Störungen F44	23

Tabelle 5-4: Die häufigsten somatischen Diagnosen Diagnosenklasse 1

Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	127
Zinkmangel, Folgen von Mangelernährung, Adipositas	73
Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes	68
Hypertonie	64
Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens, Spondylopathie	46
Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	42
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	35
Krankheiten des Ösophagus, des Magens, Duodenums	35
Dyspepsie, Krankheiten der Appendix	35
Sonstige Gelenkkrankheiten	35

„R. F. kommt am 2. Mai 1949 als zweites von drei Kindern zur Welt. Wegen eines verkrümmten Fusses muss sie nach der Geburt sechs Wochen in der Klinik bleiben. Ebenfalls leidet sie als Kind unter Asthma. R. F. ist eine gute Primar- und Sekundarschülerin. Als sie 10 Jahre alt ist, suizidiert sich ihr Vater zusammen mit dem kleinen Bruder. Sie leidet unter Schuldgefühlen, weil sie es nicht verhindern konnte. Danach kommt es zu schulischen Schwierigkeiten. Die Mutter von R. F. heiratet wieder und die Familie zieht häufig um. Nach Beendigung der obligatorischen Schulzeit arbeitet sie als PTT-Angestellte. Während einem Sprachaufenthalt in England lernt die 20-Jährige ihren späteren Ehemann, einen Marokkaner kennen. Zwei Jahre später heiratet das Paar und eine Tochter kommt zur Welt. Die Familie lebt in England. Drei Jahre später kommt es zur Scheidung und R. F. kehrt mit ihrer Tochter in die Schweiz zurück. Als alleinerziehende Mutter arbeitet sie über lange Zeit 100% in der Stadtverwaltung, um über die Runden zu kommen. Alimente erhält sie vom Kindsvater keine. Als die mittlerweile 24-jährige Tochter ins Drogenmilieu abrutscht, kommt es bei R. F. 1995 zu einem Erschöpfungssyndrom und zahlreichen somatischen Begleiterscheinungen. Zudem hat sie eine Auffahrkollision und entwickelt ein HWS-Syndrom. Sie sucht deshalb zahlreiche Spezialisten auf, wobei sämtliche somatischen Untersuchungen keinen Befund ergeben. Bei der Arbeit in der Stadtverwaltung kommt es bereits früh zu Problemen - R. F. wird vom Vorgesetzten als vermindert leistungsfähig sowie schwierig im Umgang gesehen, worauf es zu einer internen Umplatzierung kommt. Durch die steigende Arbeitsbelastung ist sie auch dort überfordert und es wird wiederum innerhalb der Verwaltung nach einem alternativen Einsatzbereich für sie gesucht. Die Situation eskaliert - der Vorgesetzte kritisiert den Umgangston von R. F., diese fühlt sich gemobbt. Sie ist enttäuscht und wütend darüber, sieht die Schuld einzig und allein beim Arbeitgeber. Die Mutter von R. F. erkrankt zudem in dieser Zeit an Darmkrebs und R. F. kümmert sich bis zu deren Tod 2002 intensiv um sie. Sie hat Suizidgedanken. Bei der Stadtverwaltung wird wiederum eine neue Lösung für sie gesucht, aber auch diese scheitert an den zahlreichen Fehlern, mangelnder Selbständigkeit, langsamem Arbeitstempo und problematischem Sozialverhalten. Seit Sommer 2003 ist R. F. vom Hausarzt 50% krankgeschrieben. Der Arbeitgeber empfiehlt schliesslich die Angestellte freizustellen, da die Leistungen weiterhin ungenügend sind und der Umgang schwierig ist. Ende 2003 meldet sie sich bei der IV an. Im IV-Gutachten werden folgende Diagnosen gestellt:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
- Erschöpfungssyndrom
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus

- Abhängigkeitssyndrom von Tabak, ständiger Substanzgebrauch
- Atopische Dermatitis
- Asthma bronchiale
- Chronisches Zerviko- und Thorakovertebralsyndrom
- Vaginale Hysterektomie, Keilexzision aus dem rechten Ovar
- Und viele andere mehr

Die Gutachter kommen zum Schluss, dass eine halbe IV-Rente angebracht ist, mit der Auflage, R. F. soll sich einer regelmässigen Psychotherapie in Kombination mit einer Psychopharmakotherapie unterziehen. Die IV folgt dieser Empfehlung und verfügt Ende 2004 eine halbe Rente.“

Die zweite Diagnosenklasse zeigt ein vollkommen anderes Profil (Abbildung 5-21). 80% dieses Diagnostentyps leiden unter einer Persönlichkeitsstörung sowie unter weiteren psychiatrischen Erkrankungen. Besonders häufig bei diesen weiteren psychiatrischen Erkrankungen sind rezidivierende depressive Erkrankungen und Angststörungen. Aber kaum jemand dieser Gruppe leidet unter somatischen Erkrankungen - es macht gar den Anschein, als ob diese Gruppe der Berenteten überhaupt keine somatischen Erkrankungen aufweist. Allerdings weist jeder Sechste eine somatoforme Schmerzstörung auf. Diese Diagnosenklasse umfasst 28% aller Berenteten und bildet damit die zweitgrösste Gruppe:

Abbildung 5-21: Diagnosenklasse 2: Persönlichkeitsstörungen (28.2%)

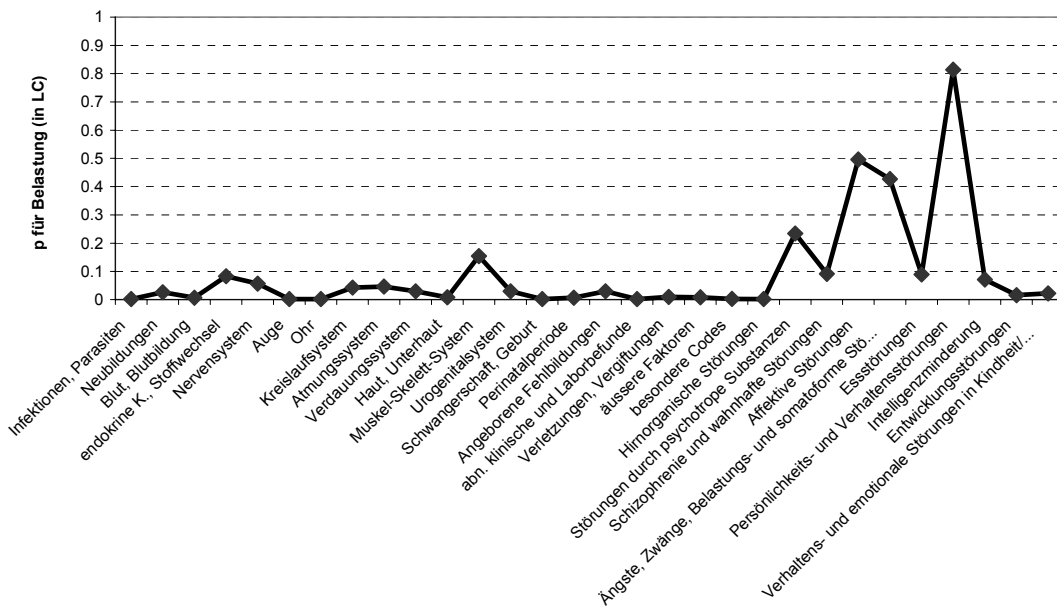


Tabelle 5-5: Die häufigsten psychiatrischen Diagnosen der Diagnosenklasse 2

Persönlichkeitsstörungen F60	224
Rezidivierende depressive Störungen F33	96
Sonstige Angststörungen F41	45
Somatoforme Störungen F45	44
Störungen durch Alkohol F10	39
Anhaltende affektive Störungen F34	34
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch F19	26
Ess-Störungen F50	24
Phobische Störung F40	23
Depressive Episode F32	22

Tabelle 5-6: Die häufigsten somatischen Diagnosen der Diagnosenklasse 2

Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	22
Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens, Spondylopathie	12
Zinkmangel, Folgen von Mangelernährung, Adipositas	11
Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	11
Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes	10
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	9
Sonstige Gelenkkrankheiten	6
Angeborene Fehlbildungen des Harnsystems	6
Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	5
Krankheiten der Schilddrüse	4

„I. H. kommt als erste von zwei Schwestern am 13. März 1972 per Kaiserschnitt zur Welt. In der Kindheit erleben die Schwestern massive Gewalttätigkeiten zwischen dem jähzornigen Vater und der gefühlskalten Mutter. Der Vater schlägt auch die Mädchen und äussert Morddrohungen. Als I. H. 12 Jahre alt ist, lassen sich die Eltern scheiden. Sie hat in dieser Zeit die ersten Essstörungen. Die Schwestern wachsen in der Folge bei der Mutter auf, zum Vater besteht nur wenig Kontakt. Die Primarschulzeit von I. H. verläuft problemlos. In der Sekundarschule muss sie dann das erste Jahr repetieren. Als I. H. 20 Jahre alt ist, wird sie vom Stiefvater sexuell belästigt. Im Jahr 1993 besteht sie die Matura und besucht in der Folge die Kunstgewerbeschule. Daraufhin intensivieren sich die Essstörungen. Es kommt zu zahlreichen Absenzen und schliesslich zur Beurlaubung. Im Jahr 1996 mit 24 Jahren wird sie wegen „Bulimia nervosa“ erstmals stationär behandelt, es wird zudem die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gestellt. Nach dem Versuch die Ausbildung an der Kunstgewerbeschule weiterzuführen, kommt es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands sowie Suizidabsichten, worauf die junge Frau erneut in die Psychiatrische Klinik eingewiesen wird. Es wird in dieser Zeit zudem eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode diagnostiziert. Die Beziehung zu einem Mann scheitert, I. H. hält die Nähe nicht aus. Sie ist schwanger und lässt einen Abbruch vornehmen. 1997 kommt es zu einer psychotischen Entwicklung und I. H. wird ins Kriseninterventionszentrum eingewiesen. Nach einer Stabilisierung des psychischen Zustands meldet sich I. H. bei der IV an. Die behandelnden Ärzte empfehlen 1998 so rasch als möglich berufliche Massnahmen durchzuführen. Die Erwerbsunfähigkeit sehen sie bei 75% - die Prognose jedoch bei einer sorgfältig geplanten beruflichen Rehabilitation als

günstig. Die IV hält bei einer 75%igen Erwerbsunfähigkeit berufliche Massnahmen für nicht angemessen und spricht der 26-Jährigen 1998 eine ganze IV-Rente zu. I. H. kommt in ein Übergangswohnheim, wo sie im Sinne eines Arbeitstrainings arbeiten kann. Es kommt wiederum zu einer Stabilisierung der gesundheitlichen Situation. Wiedereingliederungsmassnahmen werden 1999 noch immer als verfrüht erachtet. Im Sommer 2000 zieht die 28-Jährige in eine eigene Wohnung. In der gleichen Zeit absolviert sie ein Praktikum in einem graphischen Betrieb, wo sie wegen ihrer guten Arbeit und ihrer Kreativität sehr geschätzt wird. Diese Situation kann sie jedoch nicht „aushalten“, sie beklagt sich über innerbetriebliche Differenzen und verliert den Praktikumsplatz. Aufgrund des Fehlens von Struktur und Halt beginnt sie zur Spannungsregulation vermehrt Alkohol zu konsumieren. 2002 begibt sie sich wiederum in die Psychiatrische Klinik. Es kommt durch intensive therapeutische Bemühungen wiederum zu einer vorübergehenden Stabilisierung, weshalb eine rehabilitative Abklärung in die Wege geleitet und eine berufliche Wiedereingliederung anvisiert wird. Es wird von einer Arbeitsfähigkeit von 50% ausgegangen, die jedoch noch steigerbar sei. I. H. wird in einem beruflichen Abklärungsprogramm aufgenommen und danach wird ein von der IV finanziertes Arbeitstraining als Vorbereitung einer erstmaligen beruflichen Ausbildung zur Gestalterin durchgeführt. Im Rahmen des Arbeitstrainings kommt es vermehrt zu psychischen Krisen und sozialem Rückzug, wodurch I. H. nicht am Arbeitsplatz erscheint. Die geplante Ausbildung zur Gestalterin wird um ein Jahr verschoben, da I. H. zum jetzigen Zeitpunkt überfordert wäre. I. H. kann während dieser Zeit an einem geschützten Arbeitsplatz arbeiten und erhält eine ganze IV-Rente. In den folgenden Jahren verändert sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten nicht wesentlich, im Jahr 2007 kommt es dann zu einer erneuten Stabilisierung und I. H. äussert wieder den Wunsch nach einer Ausbildung. Im Rahmen einer IV-Begutachtung wird I. H. eine 60% Arbeitsfähigkeit attestiert. Berufliche Massnahmen sind nun angezeigt und möglich, wobei die sehr lange Arbeitskarenz bei der 35-jährigen Frau ohne Berufsausbildung prognostisch ungünstig ist.“

Die dritthäufigste Diagnosengruppe (Abbildung 5-22) zeichnet sich wiederum aus durch einen hohen (80%) Anteil an depressiven Erkrankungen, häufigen neurotischen Störungen (50% - vor allem somatoforme Schmerzstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen) sowie einem erhöhten Anteil bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen (rund 25%).

Der Anteil der Muskel-Skelett-Erkrankungen ist aber deutlich niedriger als bei der ersten Depressionsgruppe. Ansonsten - und das ist auffallend - zeigen diese Betroffenen mit Depression überhaupt keine somatischen Erkrankungen.

Schliesslich fällt auf, dass bei dieser Depressionsgruppe fast keine Persönlichkeitsstörungen vorkommen, die hingegen bei der ersten, somatisch gefärbten Depressionsgruppe zu 40% vorhanden sind. Diese Diagnosengruppe bedeutet demnach eine vor allem psychiatrisch gekennzeichnete Depression, im Gegensatz zur ersten Depressionsgruppe, die eine somatisch stark mitgeprägte Depression zeigt.

Abbildung 5-22: Diagnosenklasse 3: Depression ohne multiple Organkrankheiten und Persönlichkeitsstörung (22.6%)

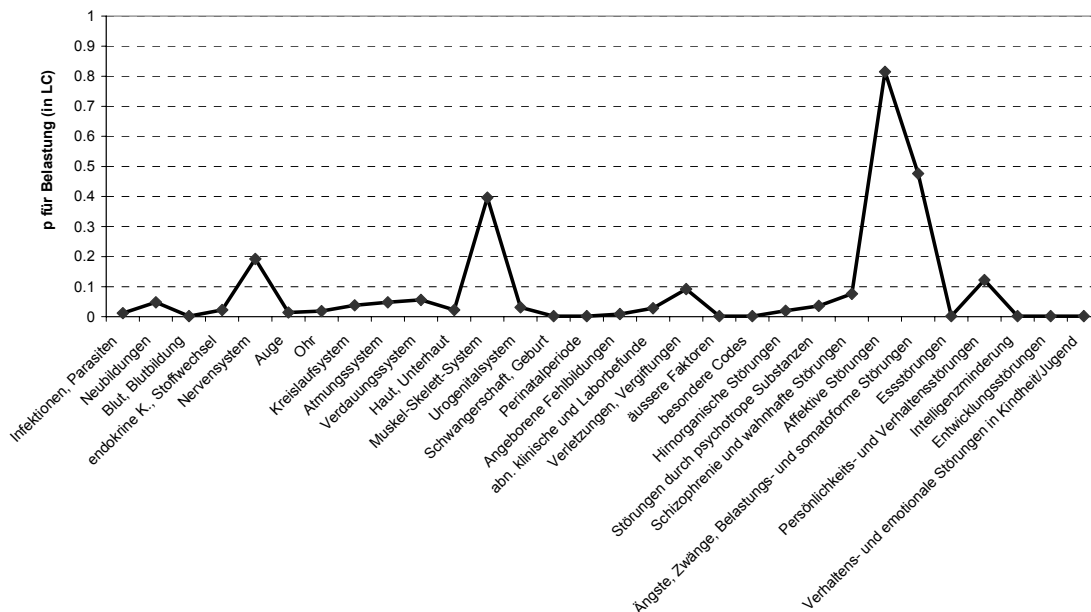


Tabelle 5-7: Die häufigsten psychiatrischen Diagnosen der Diagnosenklasse 3

Rezidivierende depressive Störungen F33	126
Somatoforme Störungen F45	49
Depressive Episode F32	44
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen F43	26
Anhaltende affektive Störungen F34	19
Sonstige Angststörungen F41	16
Sonstige neurotische Störungen F48	12
Phobische Störung F40	10
Zwangsstörung F42	10
Dissoziative Störungen F44	8

Tabelle 5-8: Die häufigsten somatischen Diagnosen der Diagnosenklasse 3

Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	53
Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes	27
Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	23
Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens, Spondylopathie	16
Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus	10
Entzündliche Polyarthropathien, Arthrose	7
Sonstige Krankheiten des Nervensystems	5
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	5
Sonstige Gelenkkrankheiten	5
Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	5

„P. C. ist am 7. Juli 1952 in der Türkei als termingerechte Hausgeburt zur Welt gekommen. Sie ist das letzte von insgesamt drei Kindern. Die Mutter stirbt drei Monate nach der Geburt unter unklaren Umständen - der Vater sagt an „Fieber und Husten“. Das Mädchen wächst in einer ländlichen Gegend bei der Grossmutter väterlicherseits auf und verlebt eine normale Kindheit, wobei sie viel im landwirtschaftlichen Betrieb der Grosseltern mithelfen muss. P. C. besucht während vier Jahren die Grundschule, eine weitere schulische und berufliche Ausbildung ist nicht möglich. Im Alter von 20 Jahren heiratet sie einen Bauernsohn aus der Nachbarschaft und zieht zu dessen Eltern auf den Hof. Ein Jahr später kommt das erste gemeinsame Kind, ein Sohn zur Welt, wiederum ein Jahr darauf der zweite Sohn und vier Jahre später bringt sie noch ein Mädchen zur Welt. Alle Kinder sind gesund. In dieser Zeit ist P. C. hauptsächlich als Mutter und Hausfrau tätig. Der Ehemann geht 1982 erstmals als Saisonnier in die Schweiz. P. C. bleibt weiterhin in der Heimat und kümmert sich um die Kindererziehung und arbeitet auf dem Bauernhof der Schwiegereltern. Im Alter von 35 Jahren wird sie nochmals ungewollt schwanger und lässt einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen. Im Jahr 1989 mit 37 Jahren folgt P.C. mit ihren drei Kindern dem Ehemann in die Schweiz. Seither ist sie aufgrund der schwierigen finanziellen Situation der Familie berufstätig - sie arbeitet während sieben Jahren als Raumpflegerin und ist zwischenzeitlich kurz arbeitslos. Seit dem Frühjahr 1996 ist P. C. von ihrem Hausarzt wegen Schmerzen in beiden Händen zu 100% arbeitsunfähig geschrieben und lässt sich das diagnostizierte Karpaltunnelsyndrom operieren. Die Operation hat jedoch keine Besserung gebracht, die Schmerzen bleiben weiterhin bestehen, zudem kommen Schmerzen im Bereich von Nacken, Schultern und Armen hinzu. Als die Sperrfrist abgelaufen ist erhält P. C. von ihrem Arbeitgeber die Kündigung. Sie meldet sich daraufhin 1,5 Jahre nach der Operation bei der IV an. Im ersten Arztbericht nach der IV-Anmeldung erwähnt der behandelnde Rheumatologe zusätzlich zu der somatischen Diagnose eine „starke psychogene Überlagerung der Beschwerden mit ausgeprägter depressiver Entwicklung“ und überweist sie zu einem Psychiater, wo sie seither in gesprächspsychotherapeutischer Behandlung ist. Die IV gibt daraufhin ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag. Die Gutachter kommen zu folgender Diagnose: Chronifiziertes schwer gehemmt-depressives Zustandsbild mit zunehmender Symptomatik welches seit 1996 besteht. Zudem lässt das subjektiv erlebte Schmerzsyndrom bei nur teilweise objektivierbaren Ursachen auf die Diagnose einer somatoformen Störung schliessen. Aus psychiatrischer Sicht wird P. C. als 75% erwerbsunfähig betrachtet. Die Gutachter halten eine Wiedereingliederungsmassnahme zu dem Zeitpunkt als nicht sinnvoll und empfehlen eine erneute Prüfung in einem Jahr. Dringend nötig ist bis dahin eine Behandlung mit Antidepressiva sowie eine begleitende Psychotherapie. Im Jahr 1998 bekommt die 46-Jährige eine ganze IV-Rente zugesprochen. In der Folge verschlechtert sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten weiter und sie kann den Haushalt nicht mehr führen und braucht Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen von ihren Kindern. Die Rente wird weiterhin beibehalten.“

Die vierte Diagnosenklasse umfasst in erster Linie Berentete mit einer schizophrenen Erkrankung (50% aller Personen in dieser Gruppe) sowie Berentete mit einer Intelligenzminderung (30%). Weiter fallen in dieser Gruppe die Entwicklungsstörungen auf (20%), die in keiner anderen Diagnosenklasse vorkommen. Entwicklungsstörungen beginnen im Kindesalter und zeigen sich durch Störungen der sprachlichen Entwicklung, der Lese- und Rechtschreibfertigkeiten oder auch tiefgreifende Entwicklungsstörungen wie Autismus.

Diese Diagnosenklasse umfasst damit schwerere Beeinträchtigungen mit (sehr) frühem Beginn, deren Ursachen relativ umgebungsunabhängig sind (Abbildung 5-23). Jeder zehnte nach Code 646 Berentete gehört zu dieser Diagnoseklasse (10.0%):

Abbildung 5-23: Diagnosenklasse 4: Schizophrenie und Minderintelligenz (10.0%)

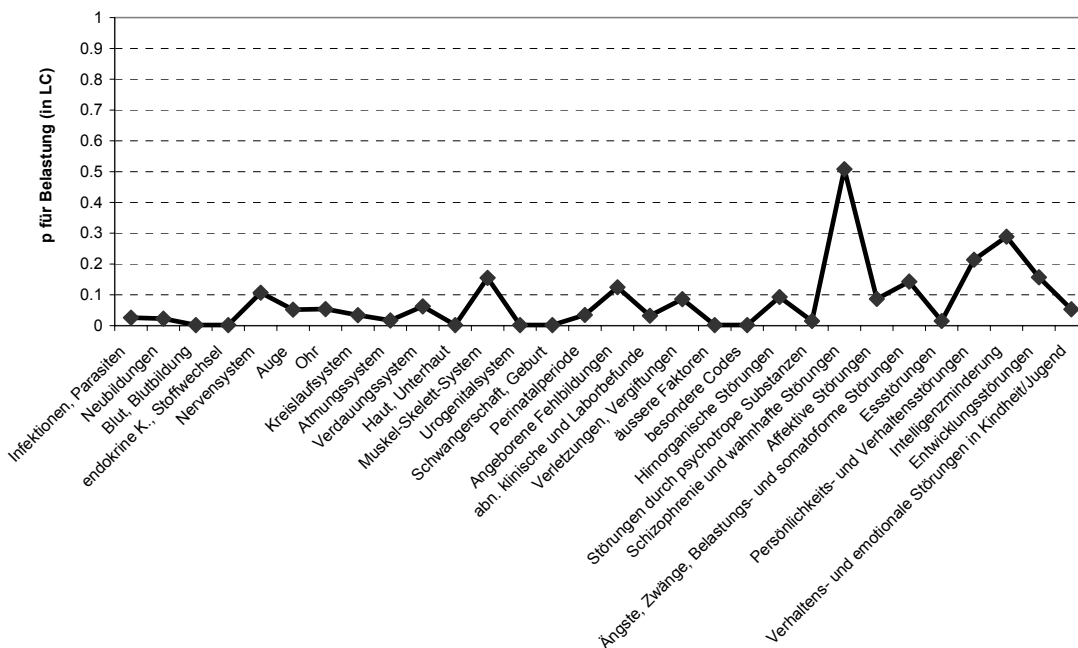


Tabelle 5-9: Die häufigsten psychiatrischen Diagnosen der Diagnosenklasse 4

Schizophrenie F20	24
Leichte Intelligenzminderung F70	16
Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung F79	11
Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose F29	9
Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache/des Sprechens F80	9
Persönlichkeitsstörungen F60	7
Schizotype Störung F21	5
Anhaltende wahnhafte Störungen F22	5
Schizoaffektive Störungen F25	5
Zwangsstörung F42	5

Tabelle 5-10: Die häufigsten somatischen Diagnosen der Diagnosenklasse 4

Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	6
Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	4
Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems	4
Glaukom, Affektionen (Glaskörper, Augapfel, Sehnerv, Sehbahn)	3
Sonstige Krankheiten des Ohres	3
Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens, Spondylopathie	3

„S. B. wird am 7. Oktober 1967 als erstes von zwei Kindern geboren. Über die Kindheit ist nur wenig bekannt. Die Eltern bezeichnen die Entwicklung des Knaben als unauffällig. Auch die obligatorische Schulzeit verläuft ohne Probleme. Als S. B. 16 Jahre alt ist, stirbt sein Vater an Krebs. Der Jugendliche zieht sich daraufhin zurück, ist unsicher und hilflos. Ab 1984 besucht S. B. die Handelsschule, bricht diese jedoch nach einem Jahr ab. Anschliessend beginnt er eine kaufmännische Lehre, bricht diese aber 2 Jahre später ebenfalls ab. Eine Lehre als Laborist, welche er 1989 beginnt, beendet er wiederum im 3. Lehrjahr ohne Abschluss. Im Sommer 1992 stirbt der Cousin von S. B., zu dem dieser eine enge Beziehung hat. Seither verschlechtert sich sein Zustand kontinuierlich, was 1993 zu einer psychiatrischen Hospitalisation führt. In der Klinik wird beim 26-Jährigen eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert. Durch psychotherapeutische und medikamentöse Therapie während der Hospitalisation verbessert sich der psychische Gesundheitszustand von S. B. soweit, dass eine berufliche Wiedereingliederung möglich ist. S. B. wird bei der IV angemeldet. Er wohnt in dieser Zeit noch immer bei der Mutter. Die behandelnden Ärzte schlagen eine berufliche Abklärung und ein Arbeitstraining vor, bei einem weiteren Rückgang der psychotischen Symptomatik sehen sie die Möglichkeit eine Ausbildung zu absolvieren. Es wird im Frühjahr 1994 ein Arbeitsversuch in der Montageabteilung und im Büro einer Institution zur beruflichen Rehabilitation durchgeführt, um zu entscheiden, welcher der beiden Bereiche für eine Ausbildung besser geeignet ist. Während der beruflichen Abklärungsphase zeigt sich, dass S. B. von seinen praktischen und intellektuellen Fähigkeiten her alle Voraussetzungen zum Erlernen eines Berufs im Bürobereich mitbringt. Der behandelnde Psychiater ist der Meinung, dass mit einer engmaschigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Begleitung im Umfeld einer geschützten Ausbildungsstätte der erfolgreiche Abschluss der Bürolehre möglich ist. S. B. ist sehr motiviert. Im Sommer 1994 beginnt er die zweijährige Bürolehre im geschützten Rahmen und zeigt sehr gute Leistungen in der Berufsschule sowie im büropraktischen Bereich. Seine grossen Ängste vor den schriftlichen Prüfungen führen teilweise zu somatischen Reaktionen (Magenschmerzen, Durchfall, Schwindel etc.), was wiederum zu Absenzen führt. Durch geeignete therapeutische Interventionen gehen die Absenzen stark zurück. Während dem 2. Ausbildungssemester stirbt der einzige Schulfreund von S. B. plötzlich, was ihn, wie auch die anderen beiden Todesfälle in seiner Biographie, an den Rand einer psychischen Krise bringt - diese wird aber durch stützende Gespräche abgewendet. Das dritte und vierte Semester absolviert S. B. ebenfalls erfolgreich und er schliesst die Bürolehre 1996 im Rang mit der Note 5.4 ab. Nach einem Bewerbungstraining tritt er aus der Institution zur beruflichen Rehabilitation aus und meldet sich beim Arbeitsamt an. Es besteht die Hoffnung auf einen Arbeitsplatz in der freien Wirtschaft und er besucht ein Beschäftigungsprogramm vom Arbeitsamt. Im darauf folgenden Jahr verschlechtert sich die psychische Verfassung von S. B., er leidet vermehrt unter Selbstunsicherheit, Ängsten, Zweifeln sowie Schwierigkeiten im Umgang mit Vorgesetzten und bewirbt sich deshalb in derselben Institution, in der er die Bürolehre absolviert hat um einen geschützten Arbeitsplatz. Er wird daraufhin dort in der Abteilung Informationslogistik angestellt, seine Arbeitsfähigkeit wird auf 50% eingeschätzt und er erhält 1998 eine ganze IV-Rente. S. B. wird dann in die EDV-Abteilung der Institution versetzt und arbeitet dort 80% als PC-Supporter. Er ist unter diesen Bedingungen beinahe zu einer 100%igen Arbeitsleistung in der Lage, sein behandelnder Psychiater sieht ihn als optimal eingegliedert und hält die gefundene Lösung (Rente und Arbeit im geschützten Rahmen) für gut. In der freien Marktwirtschaft schätzt der Psychiater die Arbeitsfähigkeit von S. B. auf 50%, zudem bestünde das Risiko einer psychotischen Dekompensation.“

Die letzte Diagnosenklasse schliesslich fällt dadurch auf, dass *sämtliche* Berentete dieser Gruppe eine Suchterkrankung haben, gegen 40% eine Alkoholerkrankung, etwa 50% eine Polytoxikomanie und weitere eine Opiatabhängigkeit. Zudem leiden 85% aller zu dieser Gruppe gehörenden Personen an einer Persönlichkeitsstörung, und bei 50% der Personen ist eine affektive Erkrankung diagnostiziert. Mit 6.5% der nach Code 646 Berenteten ist die kleinste Diagnosenklasse, allerdings auch eine mit frühem Beginn der Störungen (früher Beginn bei den Persönlichkeitsstörungen) und einer - im Gegensatz zu den gleichfalls frühen Störungen der Klasse 4 mit Schizophrenie, Minderintelligenz und Entwicklungsstörungen - besonders hohen biografischen Umgebungsbelastung. Speziell bei dieser Gruppe fällt zudem der relativ hohe Anteil von Personen mit Infektionen und parasitären Krankheiten auf - 30% sind an einer Virushepatitis erkrankt, knapp 10% an einer HIV-Infektion (Abbildung 5-24):

Abbildung 5-24: Diagnosenklasse 5: Substanzabhängigkeit und Persönlichkeitsstörung (6.5%)

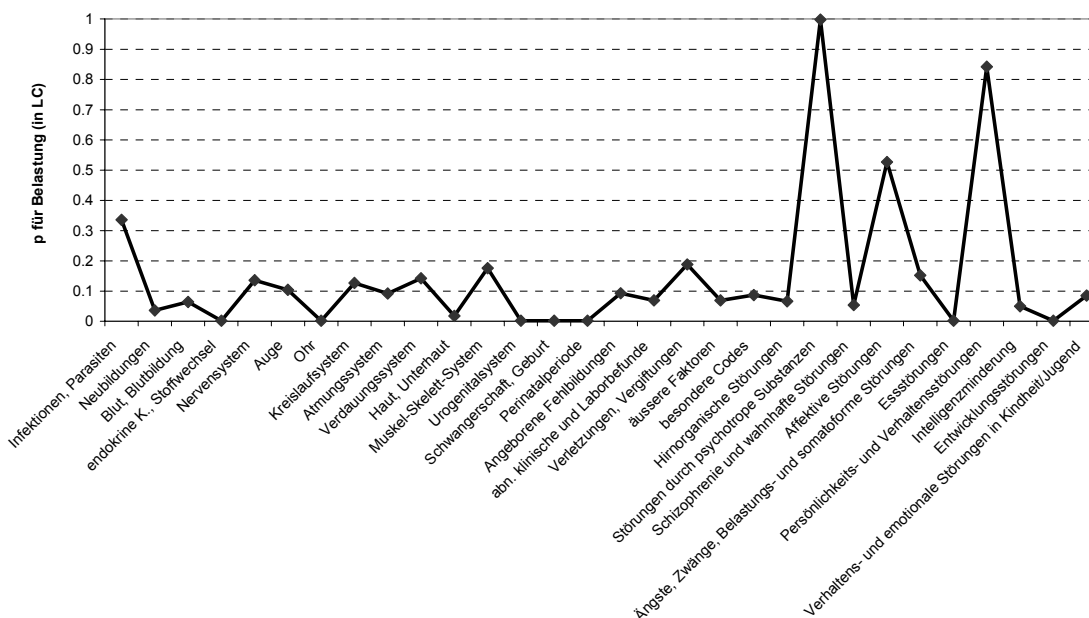


Tabelle 5-11: Die häufigsten psychiatrischen Diagnosen der Diagnosenklasse 5

Persönlichkeitsstörungen F60	40
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch F19	26
Störungen durch Alkohol F10	23
Rezidivierende depressive Störungen F33	19
Störungen durch Opioide F11	8
Depressive Episode F32	7
Anhaltende affektive Störungen F34	7
Kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen F61	4
Störungen durch Sedativa/Hypnotika F13	3
Phobische Störung F40	3

Tabelle 5-12: Die häufigsten somatischen Diagnosen der Diagnosenklasse 5

Virushepatitis	17
Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	7
Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	6
Verletzungen des Kopfes	6
Augenmuskeln, Akkommodationsstörungen, Sehstörungen und Blindheit	5
HIV Infektion	5
HIV-Krankheit	4
Alimentäre Anämien, Hämolytische Anämien	4
Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken	4
Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	3

„T. V. ist am 25. April 1983 durch eine schwierige Geburt in der Schweiz zur Welt gekommen. Im Alter von sechs Wochen wird er von seiner aus Osteuropa stammenden Mutter zu Verwandten in die Heimat gegeben, erfährt dort Gewalt und wird vernachlässigt. Mit sechs Jahren kommt T. V. zurück in die Schweiz zu seiner Mutter und deren neuem Ehemann, welche in der Zwischenzeit ein Mädchen, also eine Halbschwester für T. bekommen haben. Er wird 1989 wegen einem seit Geburt bestehenden Hörproblem erstmals bei der IV angemeldet und erhält ein Hörgerät. Im Kindergarten und in der Einführungsklasse zeigt T. V. Verhaltensprobleme, die Eltern haben Erziehungsschwierigkeiten mit ihm. Deshalb und da die Eltern beide berufstätig sind, werden T. V. und seine Halbschwester anfänglich von einer Tagespflegefamilie, dann von der Mutter des Stiefvaters betreut. Im Alter von 9 Jahren wird der Knabe von seiner Halbschwester getrennt und in einer Pflegefamilie untergebracht. Er zeigt massive Verhaltens- und Beziehungsprobleme. Im Rahmen einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abklärung wird unter anderem ein Deprivationssyndrom festgestellt. Als T. V. 12 Jahre alt ist, wird klar, dass er aufgrund seiner schweren Verhaltensstörung sowie zahlreicher Delikte (Diebstahl, Einbruch, Sachbeschädigung) und Drogenkonsum sowohl in der öffentlichen Schule als auch in der Pflegefamilie nicht mehr tragbar ist, er wird daraufhin in einem Jugendheim untergebracht. Auch dort kommt es zu massiven Schwierigkeiten und weitere Platzierungen scheitern. Psychologische Abklärungen liefern Hinweise dahingehend, dass der Jugendliche emotional und mittlerweile auch intellektuell retardiert ist. Die Diagnose der Psychologin des Jugendheims, wo der 15-jährige Knabe in der Folge platziert wird, lautet: Frühkindliche Deprivation mit psychischer Fehlentwicklung sowie mangelhafter Entwicklung der Persönlichkeit. Es wird eine heiminterne Sonderschulung sowie Psychotherapie empfohlen - die IV übernimmt die Kosten. Im geschlossenen Erziehungsheim kommt es zu aggressiven Ausbrüchen, Sachbeschädigungen, Verweigerung sowie Kokain-, Heroin-, LSD- und Haschischkonsum. T. V. prostituiert sich, um die Drogen finanzieren zu können. Er unternimmt einen ersten Suizidversuch mit Tabletten, als sich seine Freundin mit einer Heroinüberdosis suizidiert. Daraufhin erhält der Jugendliche einen Vormund, wird in einer Stiftung untergebracht und es wird eine erstmalige berufliche Ausbildung begonnen, welche jedoch gesundheitsbedingt nach kurzer Zeit abgebrochen werden muss. T. V. unternimmt einen zweiten Suizidversuch. Mit 16 Jahren verbringt er sechs Monate auf einem Therapie-Schiff für Drogensüchtige. Kaum ist er zurück, gerät er in die Homosexuellenszene, prostituiert sich wiederum und intensiviert den Drogenkonsum - es kommt zu einer ersten drogeninduzierten psychotischen Episode. T. V. wird in der Zeit von seinem 17. bis 20. Lebensjahr mehrmals psychiatrisch hospitalisiert. Im Alter von 20 Jahren meldet er sich dann erneut bei der IV an. In einem ersten Arztbericht

wird T. V. eine schwere Persönlichkeitsstörung mit emotionaler Instabilität, Borderline-Charakteristika, Dissozialität und unterdurchschnittlicher Intelligenz bestehend seit Kindheit diagnostiziert. Zudem besteht eine Polytoxikomanie mit drogeninduzierten Psychosen sowie einer Verwahrlosungsentwicklung. Mit 21 bekommt er eine ganze IV-Rente zugesprochen. Im Rahmen einer erneuten Hospitalisation kommt es zu aggressivem und delinquentem Verhalten und einem weiteren Suizidversuch. Sämtliche klinikinternen Arbeitsversuche scheitern. Es kommt immer wieder zu exzessivem Drogenkonsum. T. V. wird daraufhin in einem „Männerheim“ untergebracht, wo er auch einfache Arbeiten verrichtet. Mit 23 begibt sich T. V. zwecks stationären Drogenentzugs in eine Klinik. Er erfährt dort, dass er HIV positiv ist. Nach der Entlassung aus der Klinik lebt der Versicherte mit einem transsexuellen Partner, der im Milieu arbeitet, zusammen. Der psychische Gesundheitszustand ist gemäss Berufsberater nicht stabil genug um eine berufliche Massnahme durchzuführen.“

Die Darstellung der jemals erhaltenen medizinischen Diagnosen gibt ein *vollständigeres Bild* über die Berenteten als die ausschliessliche Analyse der Diagnostik der rentenauslösenden ärztlichen Dokumente, weil sie die ganze (dokumentierte) diagnostische Biografie enthält. Die Darstellung der aus funktioneller Sicht hauptsächlichsten Diagnose für die Berentung - letztlich die entscheidende medizinische Leistung im IV-Verfahren - gibt in Bezug auf den Berentungsprozess ein *präziseres Bild*, weil es eine Beurteilung darüber ermöglicht, welche Erkrankung für die Erwerbsunfähigkeit von besonderer Relevanz ist.

Die unterschiedliche Perspektive dieser beiden Diagnose-Analysen zeigt sich besonders gut anhand der beiden Diagnoseklassen mit somatischer respektive psychiatrischer Depression: Depressionen sind die am häufigsten diagnostizierten Erkrankungen, weswegen sie bei den Diagnoseklassen so prominent auftauchen. Für die Berentung selbst sind sie aber oft von untergeordneter Bedeutung: Eine Depression ist aus funktioneller Sicht nur bei knapp 20% der Berenteten der Rentengrund, etwa gleich häufig wie die somatoformen Schmerzstörungen.

Der häufigste Berentungsgrund ist mit etwa 35% die Persönlichkeitsstörung. Wenn also in den folgenden Analysen wiederholt von den zwei umfangreichen Diagnoseklassen „mit Depression“ die Rede ist, dann darf nicht vergessen werden, dass diese verkürzte Bezeichnung von der Häufigkeit der Depressionsdiagnosen herrührt und nicht von deren überragender Bedeutung für die Berentung. Zudem muss man sich immer vergegenwärtigen, dass diese beiden Depressionstypen hohe Anteile von anderen Diagnosen einschliessen, seien es Persönlichkeitsstörungen oder somatoforme Schmerzstörungen, weitere neurotische Störungen und körperliche Krankheiten.

Beide, unabhängig voneinander berechneten respektive eingeschätzten Diagnosetypen zeigen insgesamt übereinstimmend sowohl quantitativ wie auch qualitativ die Bedeutung von depressiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, somatoformen Störungen im weitesten Sinne wie auch von frühen und oft umgebungsunabhängigen Erkrankungen wie Schizophrenie, Intelligenzminderung und Entwicklungsstörungen.

Es gibt Störungsgruppen bei den Berenteten aus psychischen Gründen, die einerseits sehr wenige somatische Erkrankungen aufweisen und andererseits auch solche, die gerade dadurch gekennzeichnet sind, dass sie ausserordentlich häufig verschiedene körperliche Erkrankungen mit sich bringen. Es gibt demnach bei den Berenteten aus psychischen Gründen psychiatrische Krankheitsbilder entweder mit sehr grosser oder dann fast ganz ohne somatische Komorbidität.

Eine andere Achse der Betrachtung ist diejenige der Persönlichkeitsstörung: Einige Diagnosentypen beinhalten sehr hohe Anteile von Berenteten mit einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung, bei anderen Typen fehlen diese fast gänzlich wie bei der Depressionsklasse ohne multiple Organkrankheiten.

Persönlichkeitsstörungen sind deswegen so wichtig, weil sie - auch wenn sie nicht die Hauptdiagnose bilden - als Begleitdiagnose in Bezug auf das rehabilitative Verfahren entscheidend sein können. Auch wenn beispielsweise momentan bei einem Patienten eine depressive Episode besonders auffallend scheint, so ist diese für eine mögliche berufliche Eingliederung nicht so entscheidend, weil sie vorübergehen kann. Viel eher relevant ist die gleichzeitig bestehende Persönlichkeitsstörung, die mit Einschränkungen der Sozialkompetenz, Spannungsregulation und Flexibilität verbunden ist.

Die Anteile von Berenteten mit Persönlichkeitsstörungen sind auch in denjenigen Diagnoseklassen hoch, wo sie nicht selbst typenbildend sind - bei der Diagnosenklasse der Depressiven mit multiplen Organkrankheiten beispielsweise. Auf der anderen Seite fehlen sie bei der Depressionsklasse ohne multiple Organkrankheiten fast gänzlich. Dies ist ein Hauptunterschied zwischen den beiden Depressionstypen.

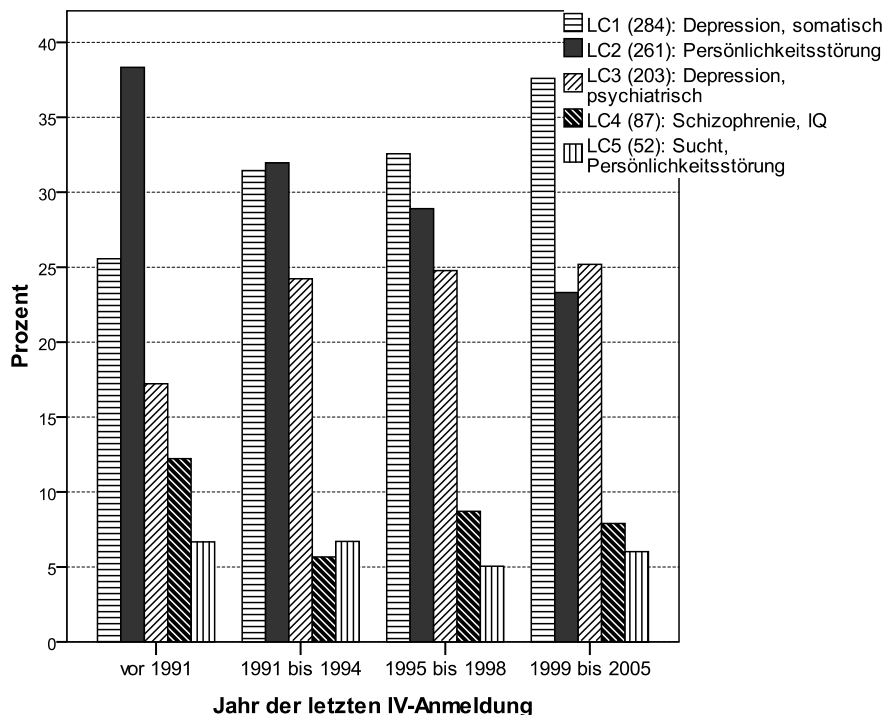
Eine weitere wichtige Unterscheidung zeigt sich je nach Anteilen von somatoformen Schmerzstörungen bei den Diagnosentypen. Bei beiden Depressionstypen - mit oder ohne multiple Organkrankheiten - kommen somatoforme Störungen relativ häufig vor, bei den anderen drei Diagnosentypen seltener (Persönlichkeitsstörungen) bis gar nicht (Schizophrenie und Minderintelligenz sowie Sucht und Persönlichkeitsstörung). Bei diesen Gruppen kann man sich auch aufgrund entsprechender Ergebnisse aus der Forschung fragen, ob sie somatisch nicht gar unterdiagnostiziert sind.

5.5 Zusammenhänge mit den Diagnosentypen

Betrachtet man die Entwicklung der relativen Anteile respektive auch der absoluten Anzahl der einzelnen Diagnosentypen im Verlauf der letzten 20 Jahre, so zeigt sich zum einen, dass sich die relative Gewichtung der Erkrankungen stark verschoben hat (Abbildung 5-25):

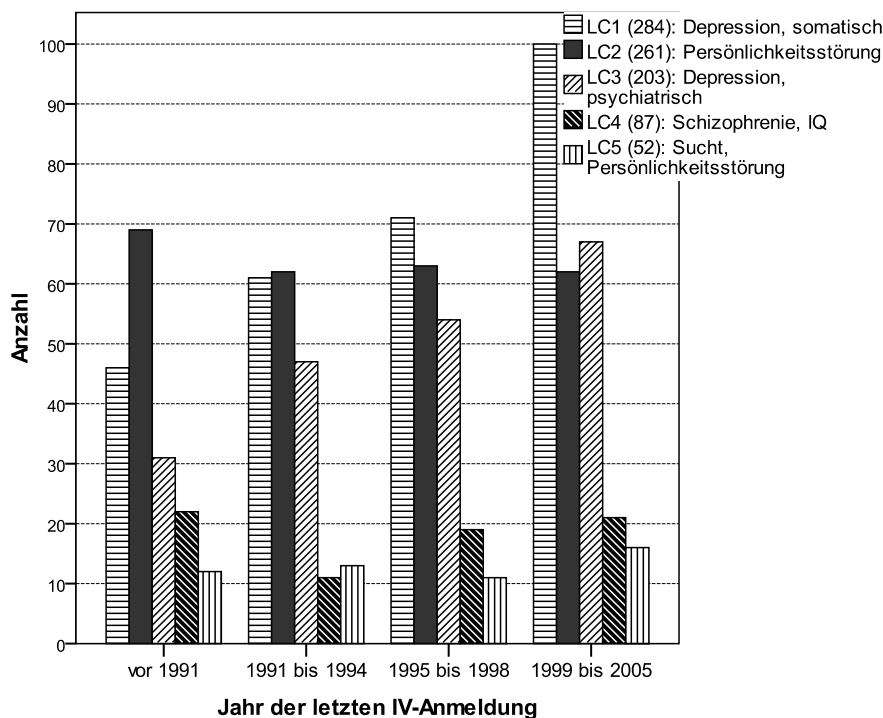
Anteilmässig stark gewachsen sind die beiden Depressionsklassen - die Depression mit somatischen Begleiterkrankungen von 25% aller Renten bis auf über 35%, und die Depression ohne somatische Begleiterkrankungen von etwa 15% auf 25%. Anteilmässig stark gesunken ist mit einem Rückgang von fast 40% auf knapp 25% aller Renten die Gruppe der Berenteten mit Persönlichkeitsstörung. Ebenfalls zurückgegangen ist die Gruppe der Schizophrenen und Personen mit Intelligenzminderung. Gleich geblieben ist nur die kleine Gruppe mit Sucht und Persönlichkeitsstörung.

Abbildung 5-25: Anteile der Diagnosenklassen an den 646-Renten nach Zeitraum



Diese relativen Gewichte bilden aber die Wirklichkeit nur teilweise ab, letztlich sind die absoluten Zahlen ja von Bedeutung, und diese zeigen ein etwas anderes Bild (Abbildung 5-26):

Abbildung 5-26: Absolute Werte der Diagnosenklassen nach Zeitraum

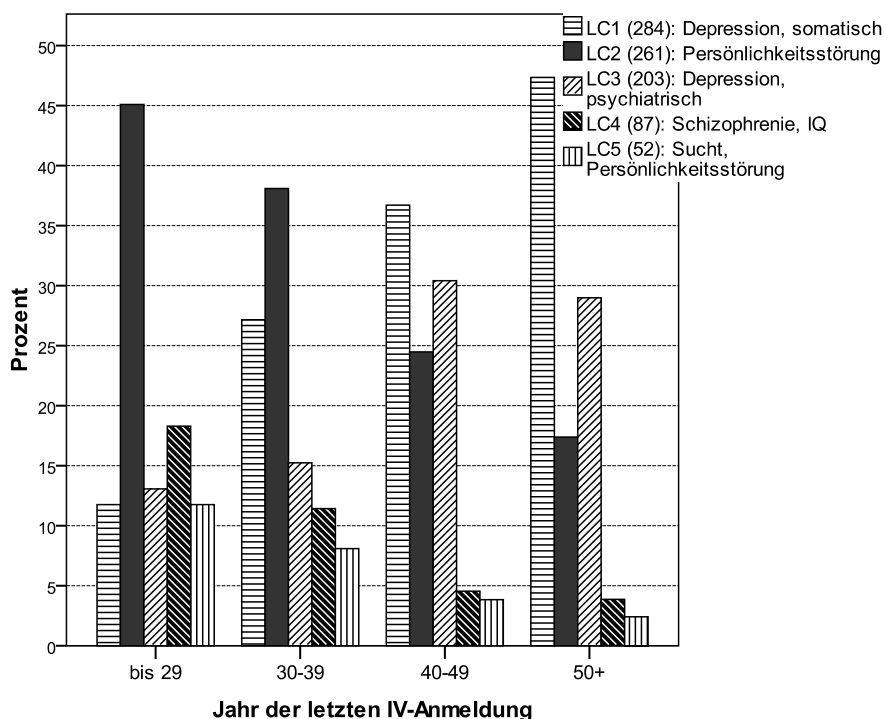


Die beiden Depressionsklassen haben sich zahlenmässig mehr als verdoppelt, während alle anderen Gruppen zahlenmässig über die Zeit hinweg erstaunlich stabil geblieben sind. Die Zunahme der Berentungen aus psychischen Gründen beruht demnach vor allem auf der Zunahme der Berentungen wegen Depressionen, die je nach Typ verknüpft sind mit multiplen somatischen Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, somatoformen Schmerzstörungen und Belastungsstörungen.

Interessant an diesem Resultat ist, dass sich das Wachstum der Berentungen nicht auf alle Diagnosentypen bezieht, sondern lediglich auf zwei umschriebene Gruppen. Bei den Störungsgruppen, die nicht angewachsen sind - Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie, Intelligenzminderung, Substanzabhängigkeit - scheint es, dass es einfach einen gewissen Anteil von beeinträchtigten Menschen mit solchen Störungen in der Bevölkerung gibt, die berentet werden. Die Frage ist, womit das Wachstum der beiden Depressionsgruppen bei den Berenteten zu tun hat.

Aufgrund unserer Daten gibt es wie im Kapitel zur Soziodemografie schon angedeutet zwei Merkmale, die sich über die Zeit hinweg verändert haben, und die in einem Zusammenhang mit dieser diagnostischen Verschiebung stehen können. Das eine Merkmal ist das zunehmende Alter bei der IV-Anmeldung (Abbildung 5-27):

Abbildung 5-27: Anteil der Diagnosenklassen nach Altersgruppen

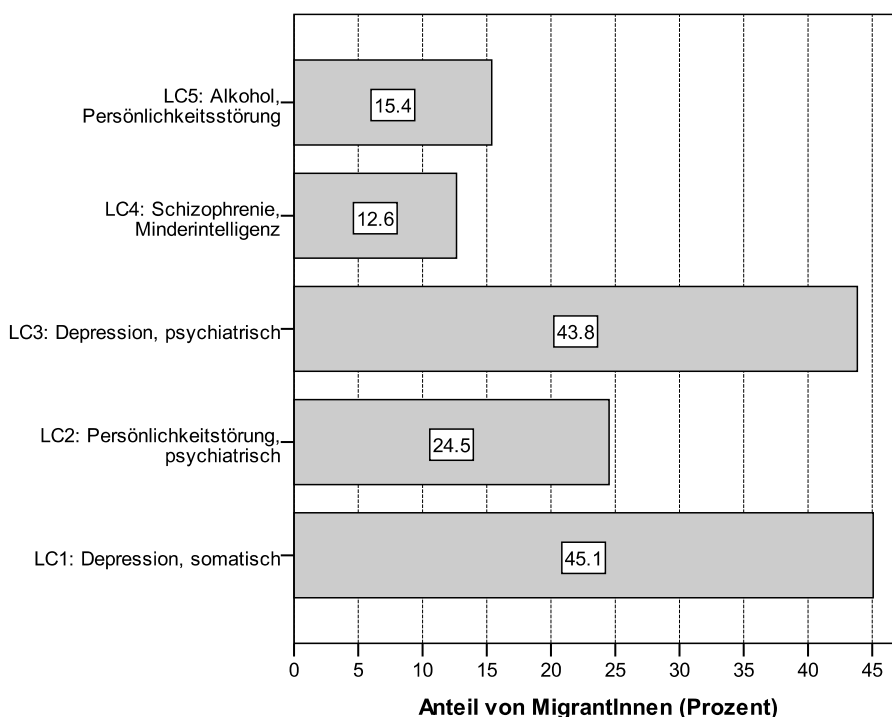


Betrachtet man die Anteile der einzelnen Diagnosentypen nach den verschiedenen Altersgruppen, so zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter die Anteile der beiden Depressionstypen stark ansteigen - von etwa 10% auf über 45% bei der somatisch geprägten Depression und von 15% auf 30% bei der psychiatrisch geprägten Depression. Mit zunehmendem Alter nehmen andererseits die Anteile von Berenteten mit Persönlichkeitsstörungen stark ab - von 45% auf rund 15%. Auch Schizophrenie/Minderintelligenz sowie Sucht/Persönlichkeitsstörung nehmen stetig ab. Das heisst:

Hat sich jemand der nach Code 646 Berenteten im Alter von über 50 Jahren bei der IV angemeldet, so kann man bei 50% eine somatisch geprägte Depression erwarten, bei rund 30% eine psychiatrisch geprägte Depression, bei 15% eine Persönlichkeitsstörung und praktisch nie eine Schizophrenie, Intelligenzminderung oder Suchterkrankung. Hat sich hingegen jemand unter 30 Jahren bei der IV angemeldet, so kann man bei 75% dieser Berenteten davon ausgehen, dass sie an einer Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie, Intelligenzminderung oder Suchterkrankung leiden. Da die Anzahl der Anmeldungen im höheren Alter angestiegen ist, hat dies sicher auch zu den diagnostischen Veränderungen beigetragen.

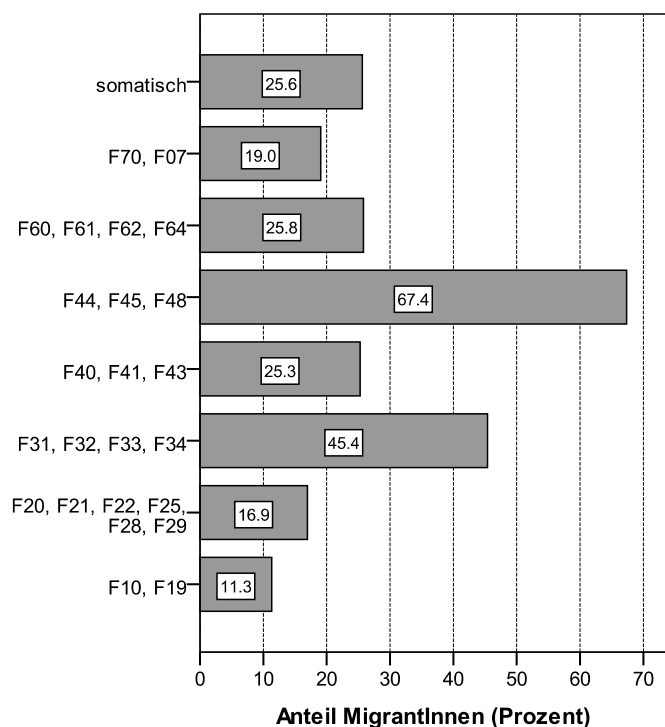
Der zweite Zusammenhang - und zudem nicht unabhängig vom steigenden Alter bei IV-Anmeldung - ist derjenige der Migration (Abbildung 5-28):

Abbildung 5-28: Diagnosenklassen nach Anteil von Eingewanderten



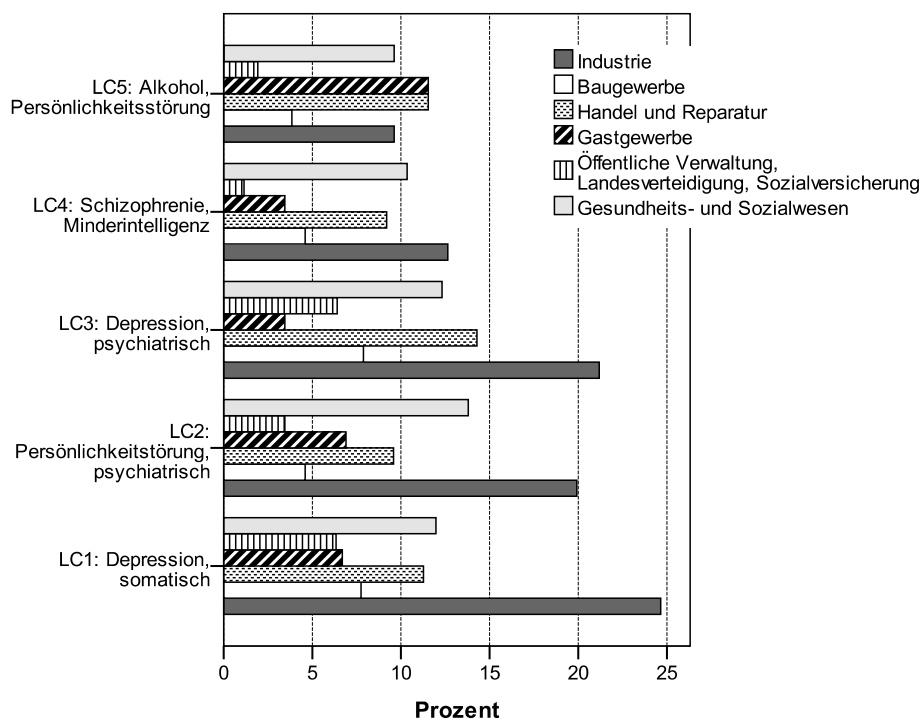
Der Anteil der Eingewanderten bei den 646-Renten verteilt sich je nach Diagnosentyp sehr unterschiedlich: Bei den beiden Depressionsgruppen sind Eingewanderte mit rund 45% deutlich übervertreten, bei den Diagnosentypen Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie/Minderintelligenz sowie Sucht/Persönlichkeitsstörung untervertreten (durchschnittlicher Anteil bei allen 646-Renten rund 35%). Bedenkt man, dass der Anteil aller nach 646 berenteten Personen in den letzten 20 Jahren angestiegen ist, sieht man hier einen zweiten möglichen Grund für die diagnostischen Veränderungen - der allerdings nicht unabhängig ist vom zunehmenden Alter bei der IV-Anmeldung. Vergleicht man die Diagnosen aus dem letzten (rentenrelevanten) ärztlichen Dokument vor Berentung nach ihrem Anteil von MigrantInnen, so zeigt sich, dass MigrantInnen bei den Schmerzstörungen (es handelt sich bei der Gruppe F44, F45, F48 vor allem um somatoforme Störungen) stark übervertreten sind (Abbildung 5-29)

Abbildung 5-29: Rentenrelevante Diagnosen nach Anteil von Eingewanderten



Abgesehen von den zeitlichen Veränderungen fällt auf, dass die Berenteten je nach Diagnosentyp mit unterschiedlicher Häufigkeit in gewissen Branchen tätig waren (Abbildung 30):

Abbildung 5-30: Diagnosenklassen nach ausgewählten Branchen

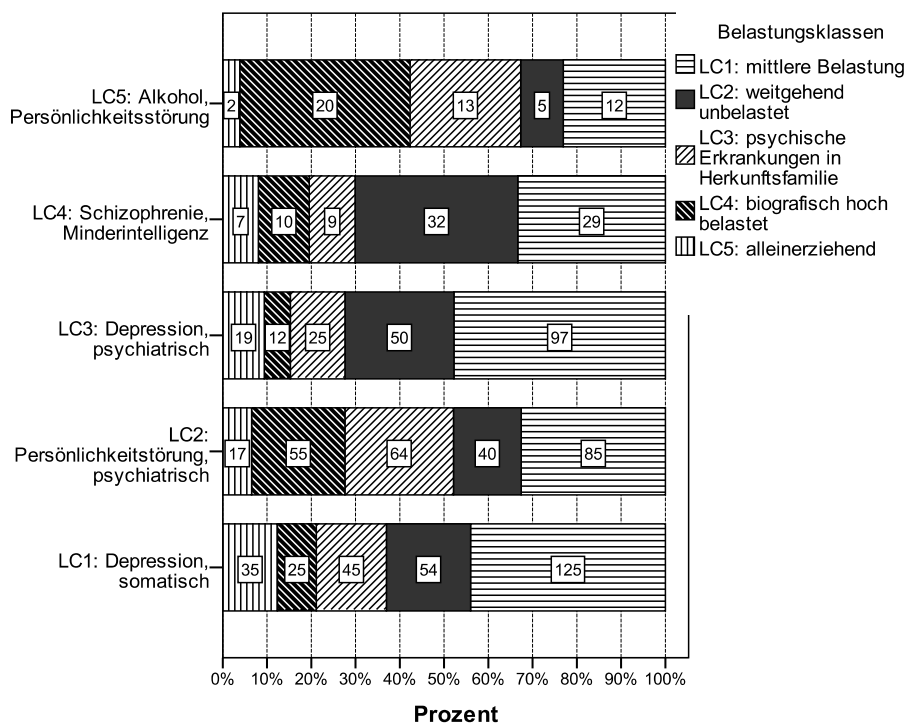


Berentete mit dem Diagnosentyp Depression und multiple somatische Erkrankungen waren besonders häufig in der Industrie tätig, beide Depressionstypen zudem im Vergleich auch häufig im Baugewerbe und in der Öffentlichen Verwaltung. Berentete mit Suchterkrankungen waren doppelt so häufig wie die anderen Diagnosentypen im Gastgewerbe tätig.

Die generell geringeren Branchen-Anteile bei den Gruppen Schizophrenie/Minderintelligenz sowie Sucht/Persönlichkeitsstörung weisen darauf hin, dass sie allgemein geringere Erwerbsquoten hatten - 40% der Berenteten mit Diagnosentyp Schizophrenie/Minderintelligenz war nie erwerbstätig vor Berentung, alle anderen Gruppe waren zumindest zu 80% erwerbstätig.

In Bezug auf die erfahrenen Belastungen aus Biografie, kritischen Lebensereignissen und Arbeitsleben lassen sich den Diagnosentypen nun auch die oben dargestellten, ebenfalls mit „latent-class Analyse“ berechneten Belastungstypen gegenüberstellen (Abbildung 5-31):

Abbildung 5-31: Diagnosenklassen nach Belastungsklassen

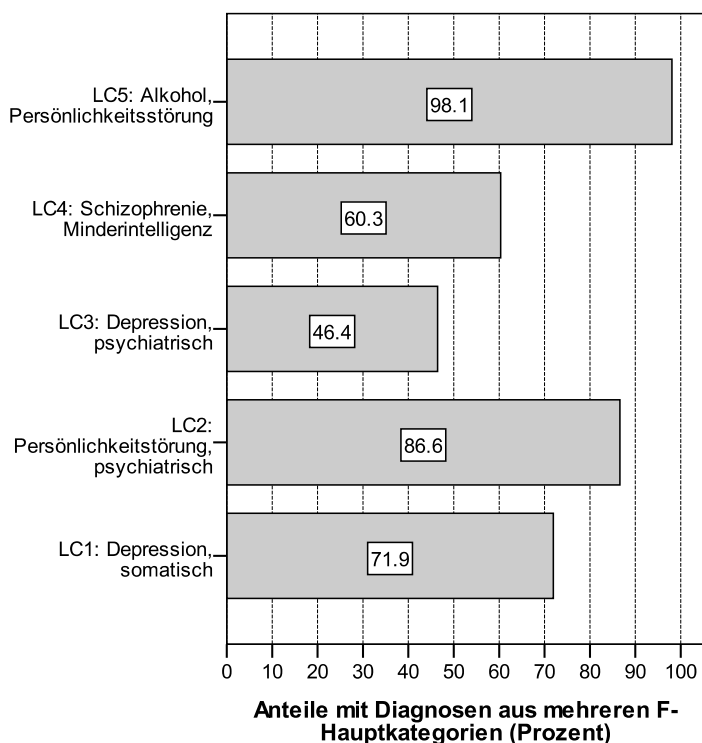


Der Vergleich der beiden Typologien, die in sich nun sämtliche jemals erhaltenen Diagnosen sowie sämtliche erhobenen Belastungen zusammenfassen, zeigt einige typische Zusammenhänge: Berentete mit Diagnosentyp Sucht/Persönlichkeitsstörung sowie mit Diagnosentyp Persönlichkeitsstörung weisen die höchsten Anteile an biografisch Hochbelasteten sowie an familiär psychisch Vorbelasteten auf.

Die beiden Depressionsklassen haben hohe Werte bei der mittleren Belastungsklasse („Übrige“) und die höchsten Anteile an Alleinerziehenden. Berentete mit Diagnosentyp Schizophrenie/ Minderintelligenz haben einen besonders hohen Anteil von „Weitgehend Unbelasteten“, das heisst, bei ihnen war vor allem die Erkrankung die zentrale Belastung und weniger Faktoren in der Umgebung.

Eine spezielle Belastung ergibt sich zudem aus der Komorbidität, das heisst dem Zusammenkommen von mehreren psychiatrischen Diagnosen bei einer Person. Nur ein Viertel aller Berenteten (27.5%) haben psychiatrische Diagnosen, die sich auf eine Hauptkategorie der International Classification of Diseases (ICD-10, WHO 2007) beschränken (das heisst entweder nur Sucht oder nur Affektive Störungen oder nur Schizophrenie etc.). Demnach weisen rund drei Viertel aller Berenteten Diagnosen aus mehreren Diagnosekategorien auf. Der Anteil dieser komorbiden Berenteten ist je nach Diagnoseklasse sehr unterschiedlich (Abbildung 5-32):

Abbildung 5-32: Anteil der Berenteten mit psychiatrischer Komorbidität nach Diagnoseklassen (n=244)

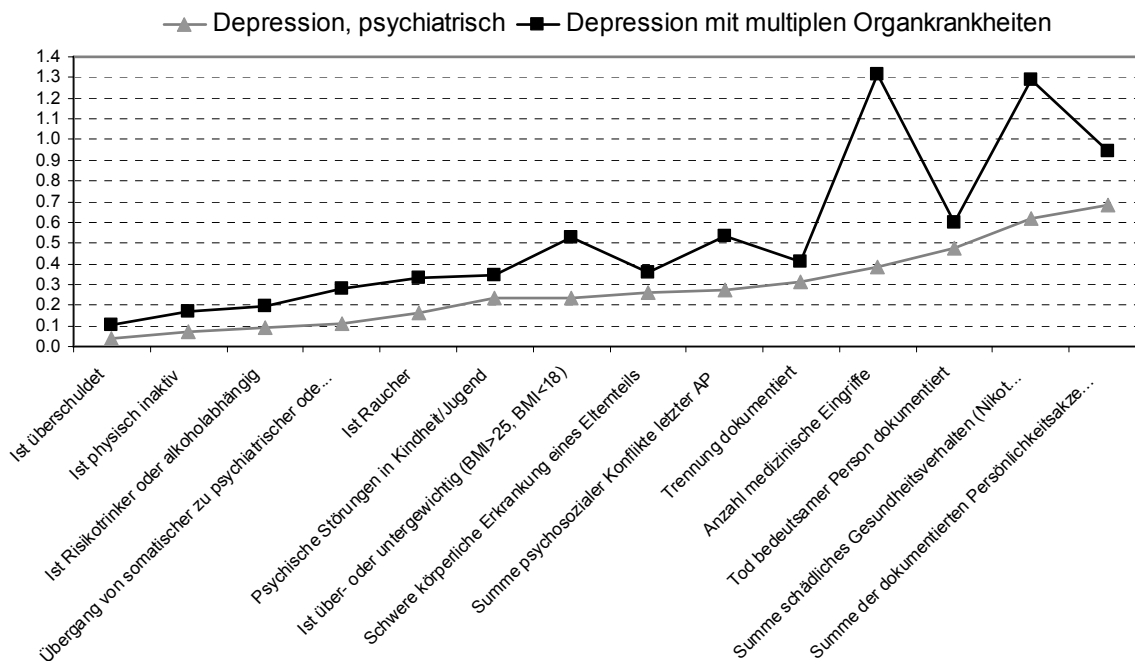


Beim Diagnosentyp Sucht/Persönlichkeitsstörung gibt es ausschliesslich Berentete mit Komorbidität, das heisst weiteren Diagnosen. Dies hängt wahrscheinlich auch seit längerem mit der IV-Gesetzgebung zusammen, die einem Suchtgeschehen an sich noch keine invalidisierende Wirkung zumisst - wenn die Sucht nicht Folge ist einer invalidisierenden Erkrankung oder eine solche nach sich zieht.

Am wenigsten Personen mit mehreren Erkrankungen gibt es in der Klasse der psychiatrisch Depressiven - etwa doppelt so viele wie in der Klasse der somatisch Depressiven. Die ‚somatisch‘ Depressiven haben in 72% der Fälle nicht „nur“ eine Depression haben, sondern weitere psychiatrische Diagnosen wie Persönlichkeitsstörungen und somatoforme Schmerzstörungen. Dies zeigt ein weiteres Mal die relativ hohe Belastung der Diagnosentypen Sucht/Persönlichkeitsstörung, Persönlichkeitsstörung sowie somatisch geprägte Depression. Das heisst, dass auch die beiden Depressivstypen diesbezüglich sehr unterschiedlich sind.

Wenn man die beiden Depressionstypen noch etwas genauer unterscheidet und dabei nicht nur die Symptomatik betrachtet oder die Belastungsklassen, sondern nach weiteren Unterscheidungsmerkmalen sucht, so zeigt sich, dass die Berenteten mit der somatisch geprägten Depression wie in der obigen Grafik angedeutet eine höher belastete und damit auch rehabilitativ schwierigere Gruppe sind (Abbildung 5-33):

Abbildung 5-33: Diagnosenunabhängige Unterschiede zwischen den Depressionsklassen



Die hier gezeigten Unterschiede sind statistisch alle signifikant. Allgemein zeigen sie alle in dieselbe Richtung, dahingehend, dass die Berenteten mit Depression und multiplen somatischen Erkrankungen höher belastet sind als die Gruppe der eher psychiatrisch geprägten Depressiven. Insbesondere fällt auch auf, dass die Depressiven mit körperlichen Begleiterkrankungen häufiger ein schädigendes Gesundheitsverhalten haben (50% Übergewichtige gegenüber 25% bei den psychiatrisch Depressiven), und dass 40% von ihnen mindestens einen Elternteil mit einer schweren und lange dauernden *körperlichen* Erkrankung hatten. Fast die Hälfte dieser somatisch Depressiven haben also schon in ihrer Kindheit und Jugend bei ihren Eltern chronische Krankheiten erlebt.

Auffallend ist zudem, dass die somatisch Depressiven häufiger als ‚schwierige‘ Persönlichkeiten beschrieben sind (und auch häufiger selbst schon in der Kindheit psychische Störungen entwickelt haben) und entsprechend auch doppelt so häufig psychosoziale Konflikte am letzten Arbeitsplatz hatten.

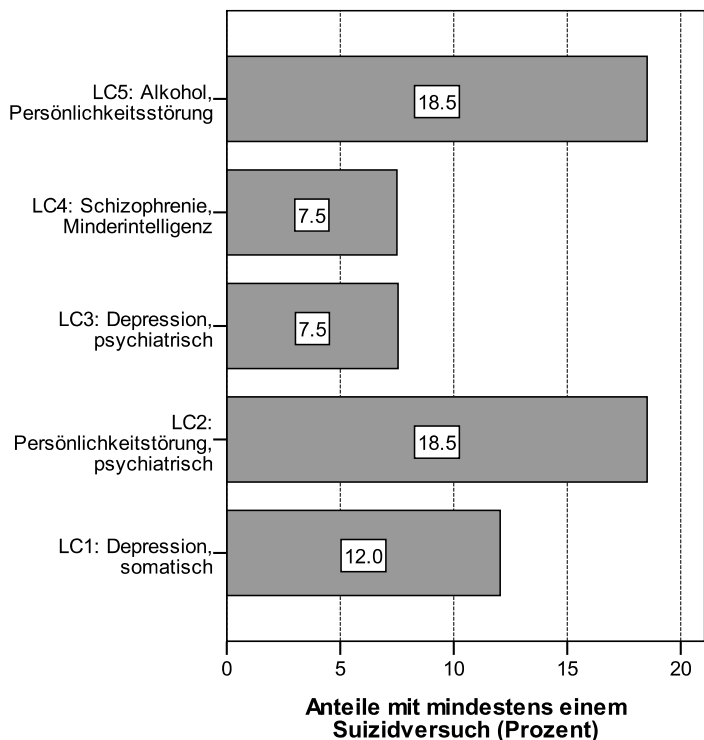
Schliesslich fällt auf, dass sich das Inanspruchnahmeverhalten bezüglich medizinischer Behandlung der beiden Gruppen stark unterscheidet: 30% der somatisch Depressiven wurden zuerst rein somatisch abgeklärt gegenüber nur 10% bei den psychiatrisch Depressiven. Zudem sind bei den somatisch Depressiven viele häufigere medizinische Eingriffe, also Operationen, dokumentiert - 1.3 Operationen gegenüber 0.4 Operationen bei den psychiatrisch Depressiven, also dreimal so viele.

Diese Gruppe der somatisch Depressiven ist angesichts dieser Resultate aus rehabilitativer Sicht als besonders anspruchsvoll zu beschreiben: Sie haben multiple Erkrankungen, also eine sehr hohe Morbidität, was an sich schon ein Risikofaktor für ungünstige Krankheits- und Behandlungsverläufe darstellt. Dann weisen sie oft einen gesundheitsschädigenden Lebensstil auf, und vor allem sind sie häufig im sozialen Kontakt ‚schwierig‘, was am Arbeitsplatz zu Problemen führt.

Schliesslich waren sie in 40% der Fälle schon als Kind durch eine chronische körperliche Erkrankung eines oder beider Elternteile belastet, was auch die Frage aufwirft, inwieweit die körperliche Erkrankung der Eltern einen frühen Einfluss auf diese Berenteten hatte - sei es durch die Vorbildfunktion oder durch eine hereditäre Vorbelastung. 40% dieser Berenteten waren jedenfalls selbst schon in Kindheit oder Jugend psychisch auffällig, sind also früh erkrankt, was prognostisch ungünstig ist - dies betrifft in erster Linie diejenigen Personen aus dieser Gruppe, bei denen auch eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde.

Betrachtet man die Diagnosegruppen danach, wie häufig ein oder mehrere Suizidversuche in den Akten dokumentiert sind, zeigt sich wiederum, dass - nach den bekanntlich biografisch besonders belasteten Gruppen mit Suchterkrankung und Persönlichkeitsstörung - auch diejenige mit somatischer Depression besonders gefährdet ist (Abbildung 5-34):

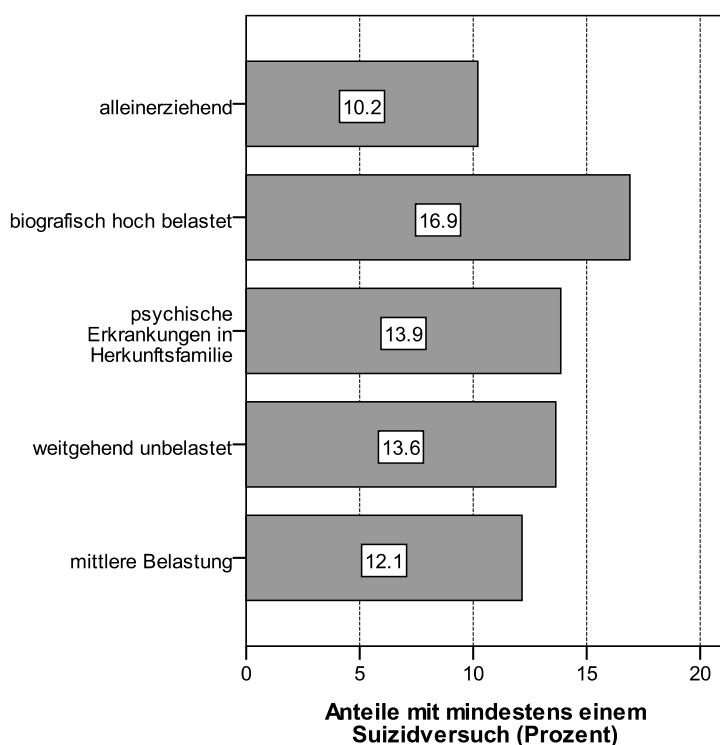
Abbildung 5-34: Anteil von Berenteten mit Suizidversuch nach Diagnosenklasse



12% der Berenteten aus der Gruppe mit somatischer Depression haben mindestens einen dokumentierten Suizidversuch hinter sich, also jeder Achte aus dieser Gruppe. Bei den besonders betroffenen Diagnosengruppen Sucht und Persönlichkeitsstörung ist es gar jeder Fünfte.

Dies ist im Vergleich zur Häufigkeit von Suizidversuchen in der Allgemeinbevölkerung (geschätzte Lebenszeitprävalenz 10% - BAG, 2005) deutlich erhöht - erst recht deshalb, weil die IV-Akten zunächst nicht systematisch nach Suizidversuchen kodiert, sondern diese erst im Nachhinein anhand der zusammenfassenden Bemerkungen der Kodierenden zu den Dossiers erfasst wurden. Damit wird die Quote der Suizidversuche bei den Berenteten nach Code 646 mit ziemlicher Sicherheit unterschätzt.

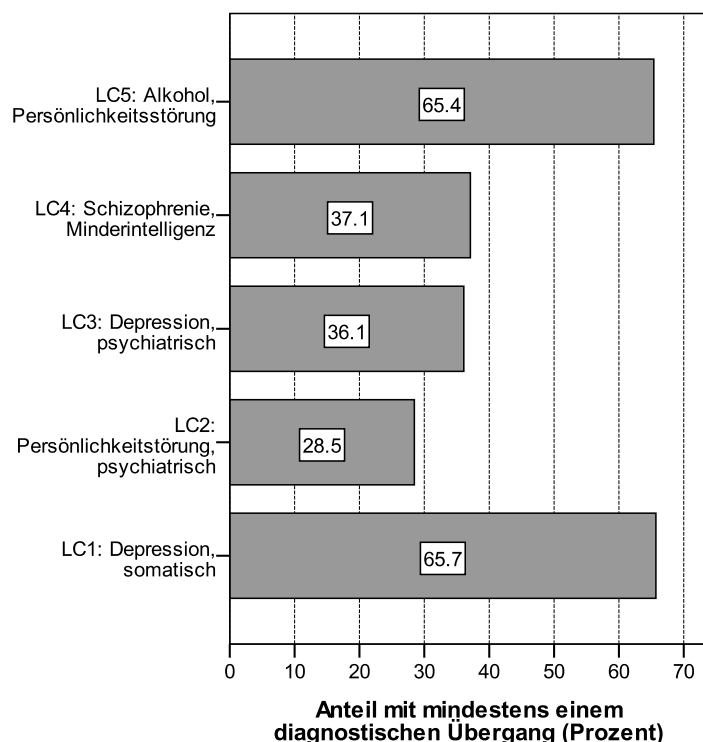
Abbildung 5-35: Anteil von Berenteten mit Suizidversuch nach Belastungsklasse



Vergleicht man die Anteile von Personen mit mindestens einem dokumentierten Suizidversuch nach Belastungsklassen, so zeigt sich erwartungsgemäss, dass die biografisch hoch Belasteten einen erhöhten Anteil aufweisen (Abbildung 5-35). Interessanterweise zeigen die Alleinerziehenden diesbezüglich den tiefsten Wert:

Ein weiteres Merkmal, nach dem sich die Diagnosentypen deutlich unterscheiden, sind deren diagnostische Verläufe (Abbildung 5-36):

Abbildung 5-36: Diagnostische Wechsel zwischen den verschiedenen Arztdokumenten nach Diagnosenklasse



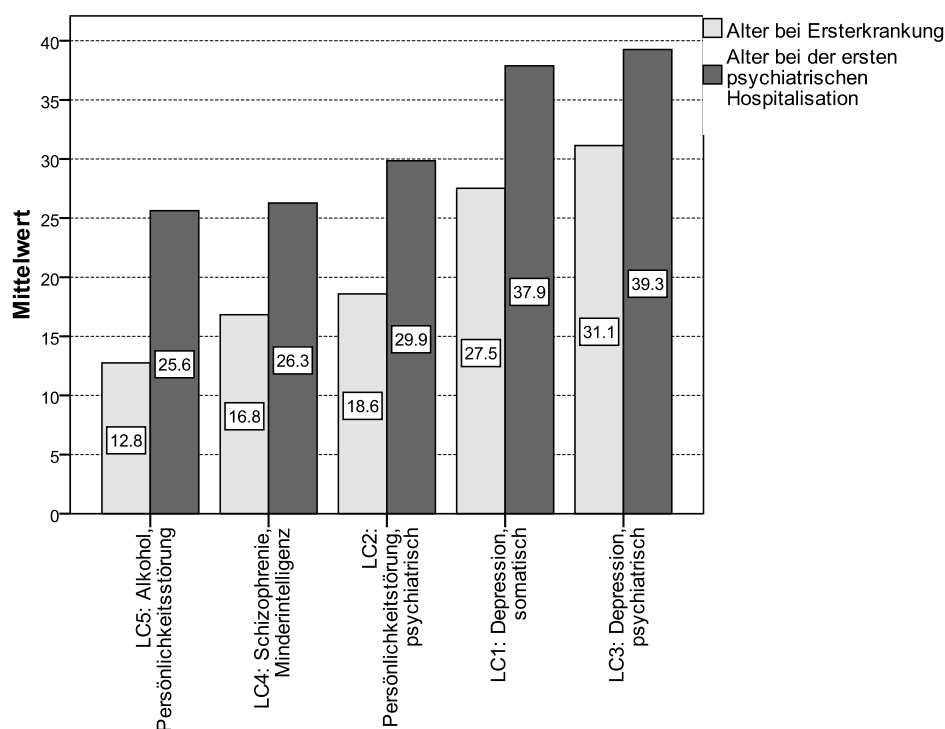
Für jedes Arztdokument wurde wie erwähnt erfasst, ob dessen Diagnostik rein somatisch, rein psychiatrisch oder gemischt ist, und es wurden die sechs möglichen Übergänge berechnet. Betrachtet man die durchschnittliche Anzahl solcher Übergänge (von einer rein somatischen zu einer rein psychiatrischen Diagnostik, von einer rein somatischen zu einer gemischten Diagnostik etc.), so fallen die Diagnosetypen somatische Depression und Sucht/Persönlichkeitsstörung besonders auf. Sie haben doppelt so häufige diagnostische Wechsel (rund zwei Drittel), was für die somatische Depression typisch ist: Dieser Diagnosetyp wird oft zunächst rein somatisch abgeklärt.

Beim Diagnosetyp Sucht und Persönlichkeitsstörung ist der Verlauf häufig durch gemischte Diagnosen gekennzeichnet, was angesichts der mit chronischen Suchterkrankungen verbundenen somatischen Erkrankungen (Virushepatitis, HIV-Infektion) nicht überraschend ist.

Die oben gezeigte Grafik der wechselnden Diagnostik bildet die ganze Realität des Abklärungs- und Behandlungsverlaufes natürlich nur annähernd ab, gleichwohl weist sie auf den sehr wesentlichen Umstand hin, dass gerade bei der Gruppe der somatisch und somatoform Depressiven (über 30% mit somatoformen Schmerzstörungen) aufgrund der vielfältigen somatischen Abklärungen oft viel Zeit vergeht bis zu einer spezialisierten (psychiatrischen) Diagnostik. Dies leistet der Chronifizierung der Problematik Vorschub.

Ein prognostisch wichtiges Merkmal ist die Latenz zwischen Ersterkrankung und erster spezialisierter, das heisst bei den Berenteten aus psychischen Gründen erster psychiatrischer Behandlung. Anhand der IV-Akten war es nicht möglich zu erfassen, in welchem Jahr eine allfällige ambulante psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen wurde. Hingegen ist normalerweise dokumentiert, ob und wann ein Berenteter eine stationäre psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen hat (Abbildung 5-37):

Abbildung 5-37: Latenz zwischen Ersterkrankung und erster psychiatrischer Hospitalisation nach Diagnosenklasse

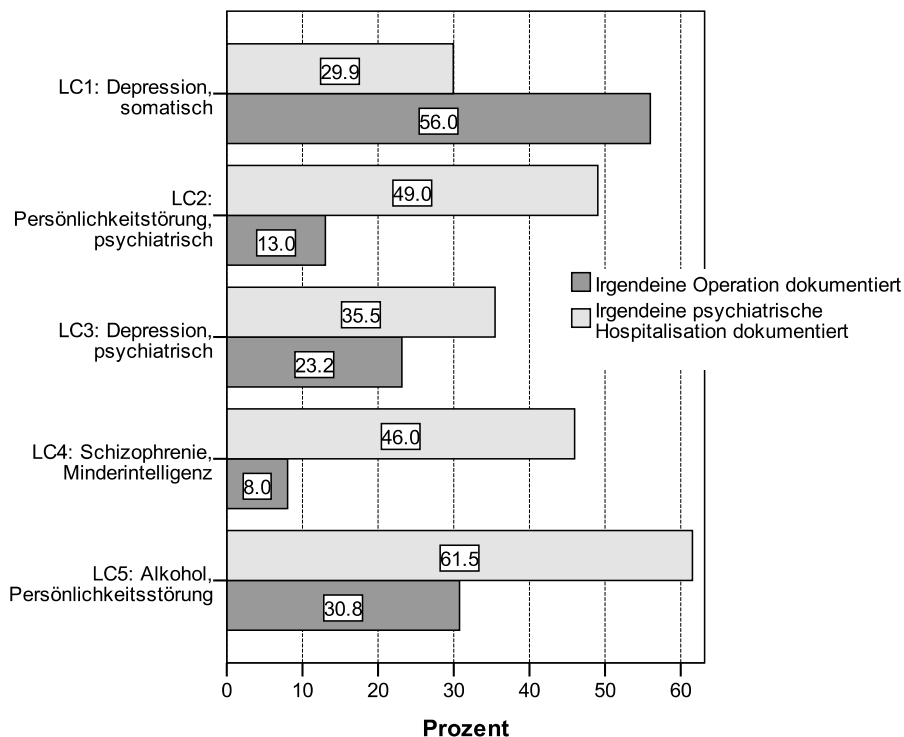


Über alle Diagnosetypen hinweg zeigt sich eine grosse Latenz zwischen Ersterkrankung und erster psychiatrischer Behandlung in einer Psychiatrischen Klinik (bei denjenigen Berenteten, die überhaupt eine psychiatrische Hospitalisation hatten). Am wenigsten Zeit zwischen Erkrankung und Klinikbehandlung verstreicht bei den gemischt Depressiven (mit somatischen Krankheiten, Schmerzstörungen, Persönlichkeitsstörungen), nämlich 8 Jahre.

Am grössten ist die Latenz bei der Gruppe Sucht/Persönlichkeitsstörung, nämlich 13 Jahre, gefolgt von den Persönlichkeitsstörungen mit 11 Jahren. Aber sogar bei den Schizophrenen liegen 10 Jahre zwischen Ersterkrankung und Ersthospitalisation. Wenn man die Dauer bis zur ersten Hospitalisation als groben Indikator für die Behandlungslatenz nehmen will, kann man davon ausgehen, dass sich die psychische Erkrankung schon ziemlich stark verfestigt hat, bevor von den Berenteten überhaupt Behandlung in Anspruch genommen wurde.

Schaut man weitere Indikatoren des Behandlungsverlaufes an, zeigen sich auch bei den stationären Aufenthalten in einer psychiatrischen Klinik respektive in einem somatischen Spital wegen medizinischen Eingriffen typische Werte (Abbildung 5-38):

Abbildung 5-38: Operationen und psychiatrische Hospitalisationen nach Diagnosenklasse

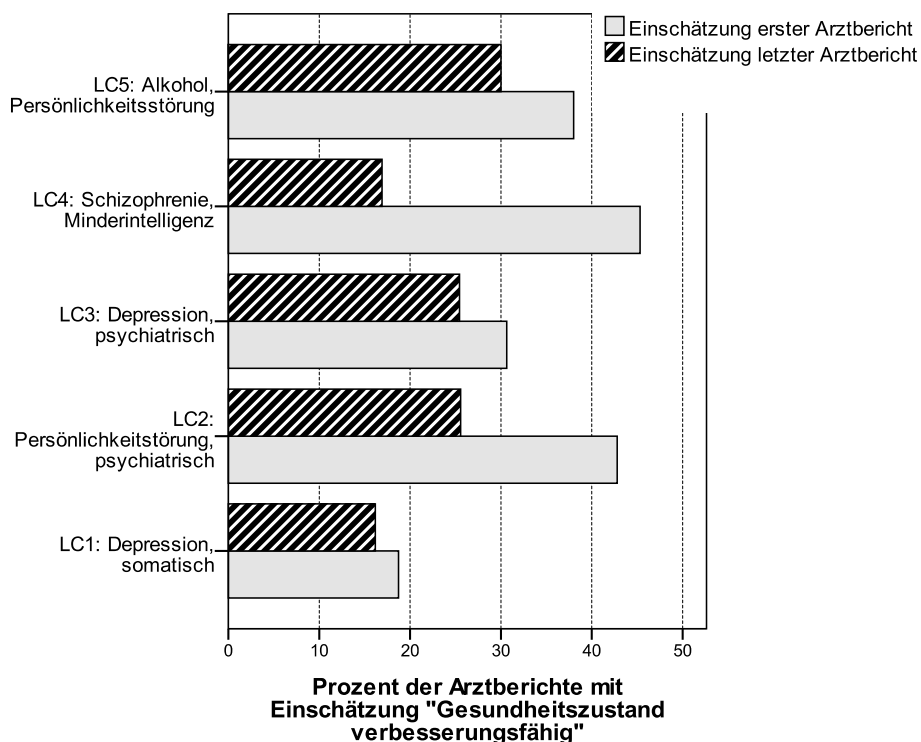


Die medizinischen Eingriffe wurden ausschliesslich dann erfasst, wenn sie in einem medizinischen Dokument explizit erwähnt waren, da bei den Kodierenden kein medizinisches Wissen vorausgesetzt werden konnte. Die Werte stellen damit sicher eine - allerdings unsystematische - Unterschätzung der effektiven Häufigkeit von medizinischen Eingriffen dar, die Verteilung hingegen kann als verlässlich angeschaut werden.

Am häufigsten psychiatrisch hospitalisiert wurden Berentete der Diagnosenklassen mit Sucht, mit Schizophrenie und mit Persönlichkeitsstörung, am seltensten Personen mit einem der beiden Depressionstypen. Hingegen sind bei den somatisch Depressiven zwei bis sieben Mal so häufig Operationen dokumentiert wie in den anderen Diagnosetypen: Bei fast 60% der somatisch Depressiven wurde gemäss rentenauslösendem Gutachten ein medizinischer Eingriff vorgenommen. Gleichzeitig muss man aber auch erwähnen, dass doch 30% der somatisch Depressiven zudem eine vollstationäre psychiatrische Hospitalisation aufweisen. Bei den Hospitalisationen wurden im Übrigen nur die vollstationären Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik gezählt, stationäre Aufenthalte in einer Einrichtung für Suchtkranke wurden nicht erfasst, ebenso wenig Aufenthalte in einer psychosomatischen Station in einem Allgemeinspital.

In Bezug auf das Abklärungsverfahren, das im nächsten Kapitel eingehender dargestellt wird, sowie auf die Schwere der Erkrankungen der Berenteten aus psychischen Gründen, ist es aufschlussreich, die Einschätzungen der einbezogenen Ärzte bezüglich möglicher Verbesserung des Gesundheitszustandes zu betrachten (Abbildung 5-39):

Abbildung 5-39: Anteil der ersten und letzten Arztberichte, in denen von einer möglichen Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen wird (in Prozent)



Die Grafik zeigt die prozentuale Häufigkeit, mit der die Ärzte im IV-Arztbericht das Kästchen „Gesundheitszustand verbesserungsfähig“ angekreuzt haben. Es werden hier der erste im Dossier vorhandene Arztbericht dargestellt sowie der letzte Arztbericht vor der Berentung.

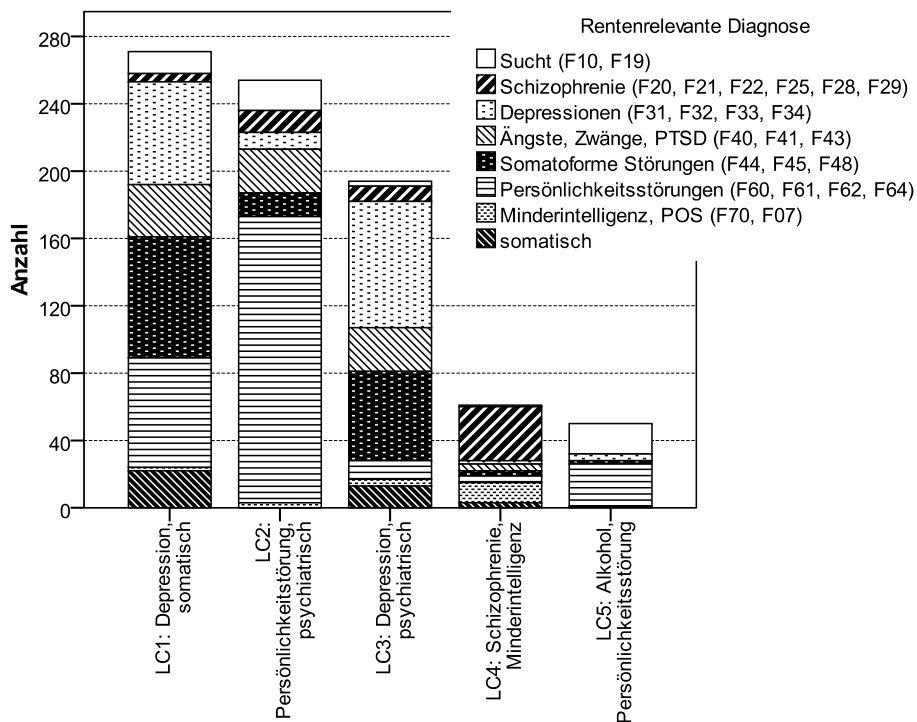
Die Einschätzung des ersten Arztberichtes im IV-Abklärungsverfahren ist erwartungsgemäss bei allen Diagnosetypen optimistischer als die des letzten Arztberichtes - bei insgesamt etwa einem Drittel ging man von einer Verbesserungsfähigkeit aus. Allerdings trifft dies auf die Gruppe der somatisch Depressiven nicht zu: Bei ihnen gingen die Ärzte schon im ersten Arztbericht nur in knapp 20% der Fälle von einer Verbesserungsfähigkeit aus - also nicht einmal in halb so vielen Fällen, wie die Ärzte bei der Gruppe der Schizophrenen und Minderintelligenten von einer Verbesserungsmöglichkeit ausgingen oder in der hoch belasteten Gruppe mit Sucht und Persönlichkeitsstörung! Einfach gesagt sehen die Ärzte bei Schizophrenen, Minderintelligenten, Polytoxikomanen und Personen mit Persönlichkeitsstörungen doppelt so häufig eine gute medizinische Prognose wie bei Personen mit Depression, Persönlichkeitsstörung, Schmerzstörung und somatischen Problemen. Dies ist auf den ersten Blick etwas überraschend, wird aber verständlich, wenn man sich bewusst macht, was eine Mischung dieser verschiedenen Störungen bei einem Berenteten in der Rehabilitation bedeuten kann.

Diese ärztliche Einschätzung zeigt, wie problematisch respektive chronifiziert dieser Diagnosetyp beurteilt wird. Das hat möglicherweise auch damit zu tun, dass die beiden Depressionstypen bei der IV-Anmeldung schon älter sind. Das bei den anderen Diagnosetypen oft deutlich jüngere Alter bei IV-Anmeldung unterstützt sicher auch eine häufiger positive, und manchmal wohl auch etwas gar optimistische Prognose, wenn man die Einschätzung des letzten Arztberichtes betrachtet. Bedenkenswert ist, dass es sich hierbei nicht um irgendeine Diagnosegruppe handelt, sondern um die

grösste Gruppe der Berenteten. Hinzu kommt, dass auch die zweite Depressionsgruppe eher skeptisch beurteilt wird. Zusammen machen diese beiden Gruppen rund die Hälfte der Berenteten nach Code 646 aus. Insgesamt ist es bemerkenswert, dass bei rund 70% der aus psychischen Gründen Berenteten schon zu Beginn des ärztlichen Abklärungsverfahrens nicht von einer Verbesserungsfähigkeit des Gesundheitszustandes ausgegangen wird, sondern von einem stationären Zustand oder gar von einer Verschlechterung. Dieses Resultat liefert einen Hinweis darauf, dass im gesamten Berentungsprozess nicht nur die Berenteten selbst eine Rolle spielen, sondern auch weitere Akteure wie die behandelnden oder begutachtenden Ärzte, die IV-Stellen inkl. Abklärungsverfahren etc.

Schliesslich sollen nun die beiden verschiedenen Arten von berechneten Diagnosen, also zum einen die aufgrund der jemals erhaltenen Diagnosen berechnete vollständige Typologie und zum anderen die aufgrund ihrer funktionellen Bedeutung für die Erwerbsunfähigkeit als rentenentscheidend eingeschätzte Diagnose (von den Diagnosen, die im rentenauslösenden Arztbericht oder Gutachten aufgeführt sind) miteinander in Verbindung gebracht werden (Abbildung 5-40). Ein solcher Vergleich ist nicht banal, da es sich bei den beiden Diagnosen-Gruppierungen um völlig unterschiedlich erhobene Variablen handelt. Die „Diagnosenklassen“ wurden berechnet aus sämtlichen in den Arztberichten und Gutachten festgestellten Diagnosen. Die daraus resultierenden Diagnosetypen wurden dann benannt nach ihren häufigsten Diagnosen - unabhängig davon, mit welchen Behinderungsfolgen diese verbunden sind. Die Variable der „rentenrelevanten Diagnose“ hingegen wurde erfasst anhand des letzten medizinischen Dokuments vor Berentung. Enthielt dieses Dokument mehrere Diagnosen wurde aus diesen die funktionell bedeutsamste und damit „rentenrelevante“ Diagnose bestimmt:

Abbildung 5-40: Diagnosenklassen nach entscheidender Diagnose für die Berentung



Die Abbildung zeigt einerseits, dass die beiden erhobenen Diagnosen gut übereinstimmen, so sind beispielsweise beim Diagnosentyp „Persönlichkeitsstörung psychiatrisch“ bei rund zwei Dritteln der Berenteten ebenfalls Persönlichkeitsstörungen als entscheidend für die Berentung eingeschätzt worden, Ähnliches gilt für die anderen Diagnosentypen.

Andererseits gibt diese Zusammenstellung weitere Differenzierungen: Berentete mit dem Diagnosentyp „Depression somatisch“ haben nur zu einem Fünftel auch in erster Linie eine Rente wegen Depression erhalten, in einem Viertel der Fälle geschah die Berentung eher wegen einer somatoformen Schmerzstörung und fast ebenso häufig wegen einer Persönlichkeitsstörung. Auch beim Diagnosentyp „Depression psychiatrisch“ haben etwa in einem Viertel der Fälle Schmerzstörungen den Ausschlag für die Berentung gegeben, allerdings kaum jemals eine Persönlichkeitsstörung. Diese Grafik zeigt schliesslich nochmals, wie entscheidend Persönlichkeitsstörungen - aber unter anderen auch Schmerzstörungen - für die Funktionsfähigkeit sind.

Im nächsten und letzten deskriptiven Kapitel werden weitere Resultate zum Berentungsprozess gezeigt und wiederum zu einer (letzten) Typologie der IV-Verfahren zusammengefasst. Anschliessend folgen eine Synthese der gezeigten Resultate, in der die drei verschiedenen Typologien mit weiteren Analysemethoden rechnerisch aufeinander bezogen werden sowie eine Verdichtung der gesammelten Analysen zu einer übergreifenden Typologie der Berenteten aus psychischen Gründen.

6 Berentungsprozess der IV-Rentner/innen

Die zum Berentungsprozess gehörenden Merkmale wurden aus folgenden Quellen erhoben:

1. IV-Anmelde-Formularen (Anzahl Anmeldungen, beantragte Leistungen, involvierte Behörden bei Anmeldung, schon bestehender Sozialversicherungsbezug des Versicherten etc.)
2. Arztberichten und medizinischen Gutachten (Gesundheitszustand, zu prüfende Leistung, Vorschlag für Massnahmen, Fachgebiet des Arztes, Art des ärztlichen Dokumentes, Anzahl ärztliche Stellungnahmen inkl. RAD, Anzahl involvierte Ärzte, Seitenzahl des rentenauslösenden ärztlichen Dokumentes, Anzahl Sätze zu den Folgen der Krankheit auf die Arbeitsfähigkeit etc.)
3. Vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) zur Verfügung gestellten Daten zu den verrechneten Leistungen für individuelle Massnahmen (Art der durchgeführten individuellen Massnahme, Durchführung einer beruflichen Massnahme)
4. IV-Revisionsfragebogen für Versicherte und zuständige Ärzte (Fragebogen zum Gesundheitszustand nach der Berentung)
5. Einschätzungen und Feststellungen anhand des gesamten Dossiers durch die CodierInnen (Widersprüchlichkeit der psychiatrischen Stellungnahmen, Aufzeigen von Rehabilitationmöglichkeiten, Aufzeigen von Potential und Ressourcen, Erhebung der Arbeitsbiografie, Durchführung von arbeitsplatzbezogenen Massnahmen inkl. Arbeitsamt-massnahmen und nicht verrechenbare IV-Massnahmen, Merkmale solcher Arbeitsmassnahmen, Beizug eines Juristen durch den Versicherten, Durchführung einer Haushalt-abklärung durch die IV etc.)

Die folgende Tabelle 6-1 zeigt die Resultate zu den erhobenen Merkmalen, die man im weitesten Sinne dem Berentungsprozess zuschreiben kann.

Tabelle 6-1: Übersicht über die Merkmale des Berentungsprozesses

Variable	Anzahl	Prozent	Variable	Anzahl	Prozent
Anzahl Anmeldungen			1. Arztbericht psychiatrisch		
1	675	78.5	Nein	485	63.7
2	131	15.2	Ja	276	36.3
3	39	4.5	Letzter Arztbericht psychiatrisch		
4+	15	1.7	Nein	395	52.0
Beantragte Leistungen (MFA)			Ja	365	48.0
Rente	617	69.6	Mind.1 psychiatrischer Arztbericht		
Berufliche Massnahme	369	41.6	Nein	325	40.5
Leistungsbezug bei Anmeldung			Ja	477	59.5
IV-Leistungen	167	18.8	Mind. 1 Gutachten in Akte		
AHV-Leistungen	16	1.8	Nein	558	62.9
SUVA-Leistungen	45	5.1	Ja	328	37.0
Oblig. Unfallversicherung	35	3.9	Davon psychiatrisches/multidisz. Gutachten		
Militärversicherung	4	0.5	Nein	31	9.5
Involvierte Behörden bei Anmeldung (MFA)			Ja	297	90.5
Arbeitsamt	73	15.8	Psych./multidisz. Gutachten/psych. Arztbericht		
Fürsorge	110	23.9	Nein	227	25.6
Kranken- und Pensionskasse	200	43.4	Ja	660	74.4
Psychosoz. Beratungsstellen	25	5.4	Art rentenauslösendes Arztdokument (RA)		
Sonstige Beratungsstellen	41	8.9	Arztbericht	593	69.4
Psychiatrische Versorgung	60	13.0	Medizinisches Gutachten	261	30.6
Somatische Versorgung	49	10.6	RA: Seitenzahl		
Arbeitgeber	17	3.7	1-4	575	67.2
Andere kantonale Behörden	27	5.9	5-10	199	23.4
Karitative Organisationen	3	0.7	11-20	69	8.1
Aerztliche Stellungnahmen			21-40	10	1.2
1-5	233	26.8	RA: Sätze zu Folgen Krankheit auf AF		
6-10	287	33.0	0	112	13.2
11-20	259	29.7	1	315	37.0
21-90	91	10.5	2	197	23.1
Involvierte Aerzte			3	112	13.2
1-3	248	28.6	4+	115	13.5
4-7	361	41.6	RA: Aerztliche Stellungnahmen bzgl. AF		
8-10	128	14.7	Nicht widersprüchlich	279	75.4
11-42	131	15.1	Widersprüchlich	91	24.6*

Variable	Anzahl	Prozent	Variable	Anzahl	Prozent
1. Arztbericht: Gesundheitszustand			RA: Erörterung BM		
Stationär	398	54.0	Nein	482	56.6
Besserungsfähig	237	32.2	Ja	369	43.4
Sich verschlechternd	102	13.8	Insg.: Aufzeigen Rehabilitationsmöglichkeiten		
Letzter Arztbericht: Gesundheitszustand			Nein	689	80.3
Stationär	442	59.6	Ja	169	19.7
Besserungsfähig	164	22.1	Insg.: Aufzeigen von Potential und Ressourcen		
Sich verschlechternd	136	18.3	Nein	503	58.5
1. Arztbericht: Berufl. Massn. angezeigt			Ja	357	41.5
Nein	370	61.6	Insg.: Erhebung der Arbeitsbiographie		
Ja	231	38.4	Nein	217	25.4
Letzter Arztbericht: Berufl. Massn. angezeigt			Rudimentär	303	35.4
Nein	450	72.1	Auflistung der Stellen	234	27.4
Ja	174	27.9	Auflistung und Diskussion	101	11.8
Verrechnete berufliche Massnahme (BM)			Erhaltene BM		
Nein	769	86.7	0	769	86.7
Ja	118	13.3	1	51	5.7
Art verrechnete BM			2	27	3.0
Berufliche Abklärung 1+	9	1.0	3	17	1.9
Berufliche Erstausbildung 1+	28	3.1	4+	23	2.7
Berufliche Umschulung 1+	76	8.6	Medizinische Massnahmen		
Andere BM 1+	28	3.2	0	871	98.2
1. BM vor Erstberentung (inkl. Berufsberatung)			1+	16	1.8
Berufsberatung	234	85.1	Hilfsmittel		
Umschulung	13	4.7	0	862	97.2
Wiedereinschulung	4	1.5	1+	25	2.7
Arbeitsvermittlung	5	1.8	Abklärungsmassnahmen		
Erstmalige berufl. Ausbildung	18	6.5	0	768	86.6
Unklar	1	0.4	1+	119	13.4
Arbeitsaufnahme nach 1. BM			Sonderschulmassnahmen		
Nein	139	88.0	0	873	98.4
Ja	19	12.0	1+	14	1.6
Frühzeitiger Abbruch 1. BM			Haushaltabklärung		
Nein	104	65.4	Nein	721	88.9
Ja	55	34.6	Ja	90	11.1
Engagement des Versicherten bei 1. BM			Jurist beigezogen		
Nein	51	37.0	Nein	684	84.3
Ja	87	63.0	Ja	127	15.7
Vorschlag für weiteres Vorgehen nach 1. BM					
Nein	72	46.8			
Ja	82	53.2			

6.1 Deskriptive Resultate zum Berentungsprozess

Rund 75% der Berenteten aus psychischen Gründen haben sich bis zur Berentung nur einmal bei der IV angemeldet, ein Viertel hat sich zweimal oder öfter angemeldet. Das weist darauf hin, dass bei einem geringeren Teil der Versicherten zwischen der ersten und der letzten Anmeldung eine nennenswerte Zeitspanne liegt. Dies kann verschiedene Gründe haben, sei es, dass jemand wegen eines Geburtsgebrechens schon nach der Geburt angemeldet wurde und dann erst im Erwachsenenalter wieder, oder dass nach der ersten Anmeldung eine berufliche Massnahme erfolgte und der Versicherte sich einige Jahre später wieder für eine Rente angemeldet hat usw. Es gibt diesbezüglich eine sehr grosse Bandbreite an Verläufen. Auf der anderen Seite hat sich der grösste Anteil der aus psychischen Gründen Berenteten nur einmal angemeldet.

Bei der letzten IV-Anmeldung haben die Berenteten in 70% der Fälle unter anderem eine IV-Rente beantragt, 42% haben - teilweise zusätzlich - eine berufliche Massnahme beantragt (und erfahrungsgemäss häufig gleichzeitig eine IV-Rente, falls diese Massnahme nicht zum Erfolg führen würde).

Bei der IV-Anmeldung wurden von den Versicherten als „involvierte Behörden“ besonders häufig die Kranken- und Pensionskassen angegeben, zudem waren häufig schon das Sozialamt und das Arbeitsamt involviert. Die psychiatrische oder somatische Versorgung - also private oder öffentliche Stellen wie Arztpraxen, Spitäler, psychiatrische Kliniken oder ambulante psychiatrische Dienste - waren insgesamt laut Versichertem bei Anmeldung nur selten in das Verfahren involviert, nur in etwa 5% der Anmeldungen.

Bei etwa 5% der aus psychischen Gründen Berenteten hat bei IV-Anmeldung entweder der Versicherte selbst, der Partner oder die Kinder des Versicherten schon IV-Leistungen bezogen. Das ist ein doch sehr geringer Anteil.

Schaut man die IV-Arztberichte an, so zeigt sich, dass schon beim ersten in den Akten enthaltenen Arztbericht insgesamt nur bei 32% der Berenteten von einem besserungsfähigen gesundheitlichen Zustand ausgegangen wird. Das heisst, bei 70% der Berenteten sind die Ärzte schon zu Beginn des IV-Verfahrens davon ausgegangen, dass der Zustand sich entweder noch verschlechtert oder gleich (schlecht) bleibt. Bei über 50% der Berenteten ging man von einem stationären, das heisst gleichbleibenden Gesundheitszustand aus, bei 14% von einem sich stetig verschlechternden Zustand.

Diese Einschätzung entwickelt sich bis zum letzten vor Berentung vorhandenen Arztbericht (falls überhaupt mehr als einer vorhanden ist) dahingehend, dass nur noch 22% der behandelnden Ärzte von einer Verbesserungsmöglichkeit ausgehen, hingegen schon 18% von einer stetigen Verschlechterung. Das bedeutet, dass man bei den Versicherten zu Beginn des IV-Abklärungsverfahrens noch etwas mehr Verbesserungsmöglichkeiten in Bezug auf den Gesundheitszustand gesehen hat als vor der Berentung, was nicht erstaunlich ist.

Die Erhebung des medizinischen Fachgebietes der im Verfahren involvierten Ärzte zeigt, dass zu Beginn des Verfahrens, das heisst also beim 1. IV-Arztbericht, nur ein Drittel der Arztberichte von einem Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie erstellt wurden. Zwei Drittel der Arztberichte wurden von bezüglich psychischer Störungen nicht spezialisierten Ärzten erstellt - vor allem von Allgemeinmedizinerinnen und Internisten. Die Quote spezialisierter Arztberichte steigert sich bis zum letzten IV-Arztbericht auf 48%. Wenn man die gesamte Verfahrenszeit betrachtet, so wurde irgendwann einmal bei einem Versicherten in 60% der Fälle ein psychiatrischer Arztbericht ausgefüllt. Das be-

deutet, dass doch ein grosser Teil des ärztlichen Abklärungs- und Beurteilungsverfahrens bei psychisch kranken Versicherten von nicht auf diese Störungen spezialisierten Ärzten durchgeführt wurde.

In Bezug auf die Gutachten zeigt sich, dass ebenfalls nur in einem Drittel der IV-Akten ein Gutachten zu finden war, in zwei Dritteln der Dossiers waren ausschliesslich IV-Arztberichte enthalten (wenn überhaupt). Die Gutachten waren dann jedoch in 90% der Fälle spezialisierte psychiatrische Gutachten, 10% waren Gutachten von anderen medizinischen Spezialisten. Dann gibt es auch multidisziplinäre Gutachten unter Mitwirkung von Spezialisten verschiedener ärztlicher Fachrichtungen. Zählt man diese hinzu, ergibt sich eine Gesamtrate von immerhin 75% aller wegen psychischer Gründe Berenteten, die entweder einen psychiatrischen Arztbericht, ein psychiatrisches oder ein multidisziplinäres Gutachten aufweisen. Anders gesagt: Ein Viertel der Berenteten nach Code 646 hat kein einziges ärztliches Dokument in den Akten, das auch nur teilweise psychiatrischer Herkunft wäre. Das ist angesichts der Tragweite der Beurteilung und angesichts der Spezifität der Erkrankungen erwähnenswert.

Das letzte respektive das ausführlichste ärztliche Dokument vor der IV-Berentung (wenn ein psychiatrisches Gutachten vorhanden war, wurde dieses erhoben, wenn nur ein Arztbericht vorhanden war, wurde der letzte vor Berentung erhoben) war für uns von besonderem Interesse. Zum einen wurde erfasst, wie viele Seiten dieses Dokument umfasste und weiter, wie viele Sätze zu den Folgen der Erkrankung für die Arbeitsfähigkeit geschrieben wurden. Beides sind nur Annäherungen an die Realität, dennoch vermögen sie ein Bild darüber zu geben, wie genau und vor allem wie funktionsbezogen die rentenauslösende ärztliche Begutachtung vorgenommen wurde. Bekanntlich erwirkt eine Krankheitsdiagnose noch keine Berechtigung für eine Erwerbsunfähigkeitsrente. Verlangt wird vom IVG ein kausaler Zusammenhang zwischen Erkrankung und Erwerbsunfähigkeit. Diesen kausalen Zusammenhang herzuleiten (oder eben nicht) ist letztlich die entscheidende Aufgabe der beurteilenden Ärzte im IV-Verfahren.

Die Ergebnisse sind diesbezüglich erstaunlich: Zwei Drittel der rentenauslösenden ärztlichen Dokumente haben eine Seitenzahl zwischen 1 und 4. Die durchschnittliche Seitenzahl liegt bei immerhin knapp 5 Seiten. Die Anzahl Sätze zu den Folgen der Krankheit auf die Arbeitsfähigkeit hingegen liegt bei 50% der rentenauslösenden Dokumente zwischen *keinem und einem Satz*. Im Durchschnitt wurden 1.9 Sätze zu den funktionellen Beeinträchtigungen formuliert. All die anderen Sätze respektive der Rest des rentenauslösenden ärztlichen Dokuments betrifft die Krankheitssymptomatik, die Krankheits-Vorgeschichte und die Herleitung und Besprechung der medizinischen Diagnostik.

Dazu muss gesagt werden, dass eine Feststellung wie „die Arbeitsfähigkeit liegt bei 50%“ unsere Kriterien nicht erfüllte, um als 1 Satz gezählt zu werden. Wir wollten wissen, warum jemand nicht arbeiten kann respektive irgendeine Information darüber erhalten, wie sich die Krankheit konkret auswirkt. „Wegen der Schizophrenie hat er Konzentrationsstörungen, weswegen er die Arbeit als Buchhalter nicht mehr machen kann“ hätte die Kriterien erfüllt, um als 1 Satz gezählt zu werden.

Selbstverständlich ist in den Arztberichten für Fachleute teilweise implizit angedeutet, dass und warum ein Versicherter nicht arbeiten kann - aber eben nur implizit. In den allermeisten Fällen wird zwar evident, *dass* jemand nicht mehr arbeiten kann, aber es wird nicht klar, *warum* genau er das nicht mehr kann. Dies ist insbesondere auch deshalb von grosser Bedeutung, weil damit auch die Basis für rehabilitative Interventionen fehlt. Eine präzise Beschreibung der medizinischen Diagnostik ist eine Grundlage für medizinische Behandlung, aber es ist noch keine Grundlage für rehabilitatives

Handeln, das die Verbesserung von Funktionen zum Ziel hat. Das bedeutet nicht, dass in den medizinischen Dokumenten keine relevanten Informationen enthalten sind - im Gegenteil. Die Analyse der IV-Akten zeigt deutlich, dass die ärztlichen Dokumente letztlich inhaltlich das Kernstück des gesamten Verfahrens sind. Entscheidend ist vielmehr, dass sie mit den anderen Aspekten des IV-Verfahrens wenig bis gar nicht verknüpft sind: Auf der einen Seite werden vielleicht rehabilitative Eingliederungsaspekte diskutiert, auf der anderen Seite wird die medizinische Situation abgeklärt, aber weder inhaltlich noch sprachlich werden die verschiedenen Perspektiven verknüpft. Damit das medizinische Wissen rehabilitativ bedeutsam würde, müssten die Ärzte sehr viel deutlicher die Konsequenzen der Erkrankung mit ihren Symptomen fokussieren, das heisst die krankheitsbedingten Einschränkungen von psychischen Grundfunktionen und konkreten Fähigkeiten. Daran könnte der rehabilitative Prozess ansetzen.

Die Bedeutung der Mediziner für das IV-Abklärungsverfahren zeigt sich an der Anzahl der ärztlichen Stellungnahmen, die in einem Dossier zu finden sind, sowie an der Anzahl der im Verfahren involvierten Ärzte. Summiert man die ärztlichen Stellungnahmen, bei denen auch die IV-internen ärztlichen Stellungnahmen miteinbezogen wurden (beispielsweise durch die Regionalen Ärztlichen Dienste, RAD), dann finden sich bei rund einem Viertel der Berenteten 1-5 Stellungnahmen, bei je rund 30% 6-10 respektive 11-20 Stellungnahmen, und bei 10% der Berenteten 21-90 ärztliche Stellungnahmen. Im Durchschnitt sind in jedem Dossier 11 ärztliche Stellungnahmen zu finden. Unter Stellungnahme wurde jeder medizinisch-fachliche Hinweis zum Versicherten gewertet, reine Formalitäten wurden nicht berücksichtigt. Anders gesagt wurde jede schriftliche fachliche Äusserung eines Arztes zum Versicherten gezählt. Die häufigsten Dokumente dabei waren Arztberichte, Gutachten, Spitalaustrittsberichte, ärztliche Revisionsberichte, ärztliche Dokumente von Unfallversicherern und E-Mails oder handschriftliche Bemerkungen von IV-internen Ärzten. Die Spanne von 1 bis 90 ärztlichen Stellungnahmen zeigt an sich schon die grosse Heterogenität der medizinischen Abklärungsverfahren. Entsprechend heterogen ist auch die Anzahl der im Verfahren involvierten Ärzte: Bei knapp 30% der Berenteten waren 1-3 Ärzte involviert, bei über 40% waren es 4-7 Ärzte, bei 15% der Berenteten 8-10 und bei nochmals 15% 11-42 Ärzte. Die durchschnittliche Anzahl involvierter Ärzte pro Berentetem liegt bei rund 6.5 Ärzten. Auch hier zeigt sich, dass in einem „durchschnittlichen“ IV-Verfahren viele verschiedene Ärzte beteiligt sind, häufig aus unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen.

Diese Zahlen mögen auch andeuten, dass es sich beim IV-Abklärungsverfahren bei den aus psychischen Gründen Berenteten um medizinisch relativ umfassende oder gar intensive Abklärungen gehandelt hat. Nur in wenigen Fällen hat bei dieser Rentengruppe ein kurzer Arztbericht gereicht, um berentet zu werden. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass hierbei auch die Revisionsberichte mit eingeschlossen sind, die ja erst *nach* der Berentung in Auftrag gegeben werden (zur periodischen Überprüfung, ob die Voraussetzungen für eine IV-Rente noch erfüllt sind). Trotzdem kann man feststellen, dass neben administrativen Unterlagen die medizinischen Dokumente bei den Dossiers der Berenteten im Normalfall quantitativ und qualitativ die zentrale Informationsquelle darstellen.

Alle diese ärztlichen Stellungnahmen - also das gesamte medizinische Abklärungsverfahren - wurden summativ dahingehend beurteilt, wie weit bei den psychisch kranken Versicherten Rehabilitationsmöglichkeiten aufgezeigt wurden respektive, wie solche überhaupt erörtert wurden. Zudem wurde beurteilt, wie häufig auch das Arbeitspotential der Versicherten und deren Ressourcen erhoben und dargestellt wurden.

Schliesslich wurde erhoben, ob irgendeinmal im medizinischen Verfahren die Arbeitsbiografie der Versicherten erhoben wurde - und wie genau dies gemacht wurde. Die Resultate zu diesen Fragebereichen zeigen einige, in der Zwischenzeit natürlich schon erkannte Lücken auf: Nur bei 20% der Berenteten wurden konkrete Rehabilitationsmöglichkeiten erörtert (und diese auch dokumentiert), bei den restlichen 80% wurden solche nie erwähnt, sondern es wurde die medizinische Abklärung dargestellt und zur Invalidität Stellung genommen. Die Erörterung konkreter Rehabilitationsmöglichkeiten würde beispielsweise bedeuten, dass ärztlicherseits die Möglichkeit eines beruflichen Trainingsprogrammes oder einer Umschulung besprochen würde.

In Bezug auf Potential oder Ressourcen des Versicherten wird bei immerhin 40% der Berenteten auf solche aufmerksam gemacht („der Explorand ist an sich flink und zuverlässig“ etc.). Diese Stärken finden aber wie erwähnt deutlich seltener eine konkrete Umsetzung in eine Rehabilitationsmöglichkeit.

Eine Erhebung der Arbeitsbiografie wurde bei 25% der Berenteten in keiner Weise durchgeführt respektive dokumentiert. Bei weiteren 35% wurde dies nur „rudimentär“ gemacht („der Versicherte hat unter anderem als Sanitärinstallateur gearbeitet“ etc.). Bei etwa 25% der Fälle findet sich eine Nennung aller oder wenigstens einiger Arbeitsstellen der Berenteten, allerdings ohne zusätzliche Informationen (wie es den Versicherten an diesen Stellen ergangen ist, ob ihnen gekündigt wurde, wie die Arbeitsgüte oder das soziale Verhalten war etc.). Nur bei 12% der Berenteten wurden die Arbeitsstellen im Wesentlichen genannt und mit weiteren Informationen (und seien diese auch knapp gehalten) versehen.

Das heisst auch, dass von ärztlicher Seite her nur bei rund jedem 10. Berenteten genügend Kenntnis der beruflichen Vorgeschichte vorhanden ist, um zu spezifischen arbeitsrehabilitativen Fragen Stellung zu nehmen. Die prämorbid berufliche Anpassung - also das berufliche Funktionieren vor der Erkrankung - ist einer der wichtigsten beruflichen Prognosefaktoren überhaupt. Bei fehlenden Informationen zum früheren beruflichen Funktionieren, zu spezifischen Arbeitsplatzproblemen sowie zu allenfalls überfordernden Arbeitsbedingungen, lässt sich an eine solche ärztliche Begutachtung - wie präzise sie auch sonst sein mag - keine rehabilitative Planung anschliessen.

Dabei ist aber zu sagen, dass es normalerweise auch nicht der Auftrag der begutachtenden Ärzte war, eine gutachterliche Basis für einen Rehabilitationsplan zu erstellen. In den meisten Fällen hatten sie von Seite der IV den Auftrag erhalten, nur zu einer Berentung Stellung zu nehmen. Hier muss man aber nochmals in Erinnerung rufen, dass 40% der nunmehr Berenteten ursprünglich, also bei erster IV-Anmeldung, auch eine berufliche Massnahme beantragt hatten. In 36% der ersten IV-Arztberichte wurde von Seiten der IV auch „berufliche Massnahme“ als zu prüfende Leistung den Ärzten weiter gegeben. Die Resultate zeigen, dass diesem Antrag letztlich meistens in fachlicher Hinsicht nur ungenügend Folge geleistet wurde: Nur in 20% der Fälle wurde eine Arbeitsrehabilitation ärztlicherseits überhaupt erörtert, und nur in 12% der Fälle wurde die Arbeitsbiografie in einem so differenzierten Ausmass aufgenommen, um seriös über berufliche Rehabilitationsprognose, berufliche Möglichkeiten und entsprechend nötige Hilfestellungen Auskunft geben zu können.

Es sei nochmals erwähnt, dass in den ärztlichen Dokumenten implizit (zwischen den Zeilen) vieles mitschwingt, das eine Idee geben könnte, ob und wie man beruflich rehabilitieren könnte. Für den Grossteil der Eingliederungs-Fachleute ist aber anzunehmen, dass diesbezüglich wesentliche respektive absolut notwendige Informationen fehlen.

Es ist festzuhalten, dass es den Ärzten anscheinend gar nicht an der Überzeugung mangelt, dass berufliche Massnahmen zweckmässig sein könnten - 40% der Erstbegutachtenden (IV-Arztberichte) finden solche Massnahmen angezeigt - aber es fehlt den Begutachtenden anscheinend das Bewusstsein darüber, wie wichtig ihr medizinisches Wissen für solche berufliche Massnahmen wäre. Vielleicht ist dies mit ein Grund dafür, dass solche berufliche Massnahmen in der Folge - trotz Befürwortung durch die Ärzte - nur selten auch durchgeführt werden (siehe unten).

Beim letzten Arztbericht vor Berentung finden die Ärzte immerhin noch bei knapp 30%, dass berufliche Massnahmen angezeigt wären. Dies lässt aus ärztlicher Sicht doch darauf schliessen, dass man sich bei vielen Berenteten bis kurz vor Berentung noch etwas von Eingliederungsmassnahmen erhofft hätte, was möglicherweise auf ein gewisses Rest-Potential bei den Berenteten schliessen lässt.

Effektiv durchgeführt worden sind laut Daten des Bundesamts für Sozialversicherungen (verrechnet) berufliche IV-Massnahmen aber nur bei insgesamt 118 Berenteten, das sind 13%. Darunter fallen insbesondere berufliche Umschulungen (9% aller Berenteten) und deutlich seltener auch berufliche Erstausbildungen (3%), zudem erhielten weitere 3% der Berenteten andere berufliche Massnahmen wie Arbeitsvermittlung, Einarbeitungszuschüsse etc. (einige Versicherte hatten mehrere Massnahmen, insgesamt hatten aber wie erwähnt nur 13% irgendeine berufliche Massnahme).

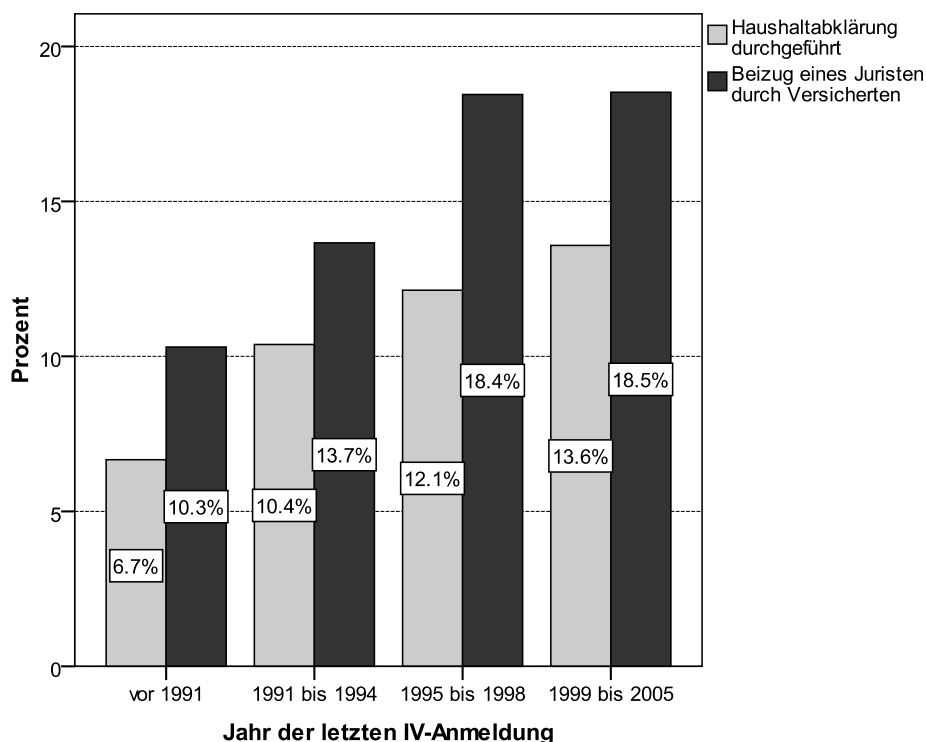
Die von uns erhobenen Massnahmen umfassten nach einem anderen Raster auch nicht verrechenbare Massnahmen wie IV-Stelleninterne Berufsberatung soweit dokumentiert und zeigen, dass insgesamt etwas mehr als jeder vierte Berentete irgendwann einmal zumindest eine Beratung erhalten hat.

Der Erfolg dieser Massnahmen war relativ gering, nur 12% dieser Versicherten mit einer beruflichen Massnahme haben anschliessend eine Arbeit aufnehmen können (nach ihrer ersten beruflichen Massnahme). In einem Drittel der Fälle wurde die erste Massnahme abgebrochen, obwohl in zwei Drittel der Fälle ein entsprechendes Engagement des Versicherten dokumentiert ist. In der Hälfte der Fälle wurde nach dieser beruflichen Massnahme kein weiteres Vorgehen vorgeschlagen oder geplant, sondern die Eingliederungsbemühungen eingestellt.

Im Folgenden werden nun wieder einige ausgewählte Zusammenhänge zu wesentlichen Merkmalen des IV-Verfahrens dargestellt, anschliessend folgt die Beschreibung der berechneten Typologie der IV-Verfahren bei Berenteten aus psychischen Gründen.

Anhand grober Indikatoren lässt sich betrachten, wie sich das IV-Abklärungsverfahren über die Zeit hinweg verändert hat, und in welchem Ausmass die Berenteten einen Anwalt beigezogen haben (Abbildung 6-1):

Abbildung 6-1: Anteile von Berenteten mit IV-Haushaltsabklärungen respektive juristischem Einbezug im Zeitverlauf



Im Verlauf der letzten rund 20 Jahre haben sich die Anteile von Berenteten mit IV-Haushaltsabklärungen deutlich erhöht. Haushaltsabklärungen bedeuten, dass eine IV-Stellen-Mitarbeiterin zu den IV-angemeldeten (weiblichen) Personen nach Hause geht und dort untersucht, in welchen häuslichen/familiären Aufgabenbereichen jemand in welchem Ausmass krankheitsbedingt behindert ist. Dies ist bei denjenigen Versicherten angezeigt, die nicht oder nie erwerbstätig waren.

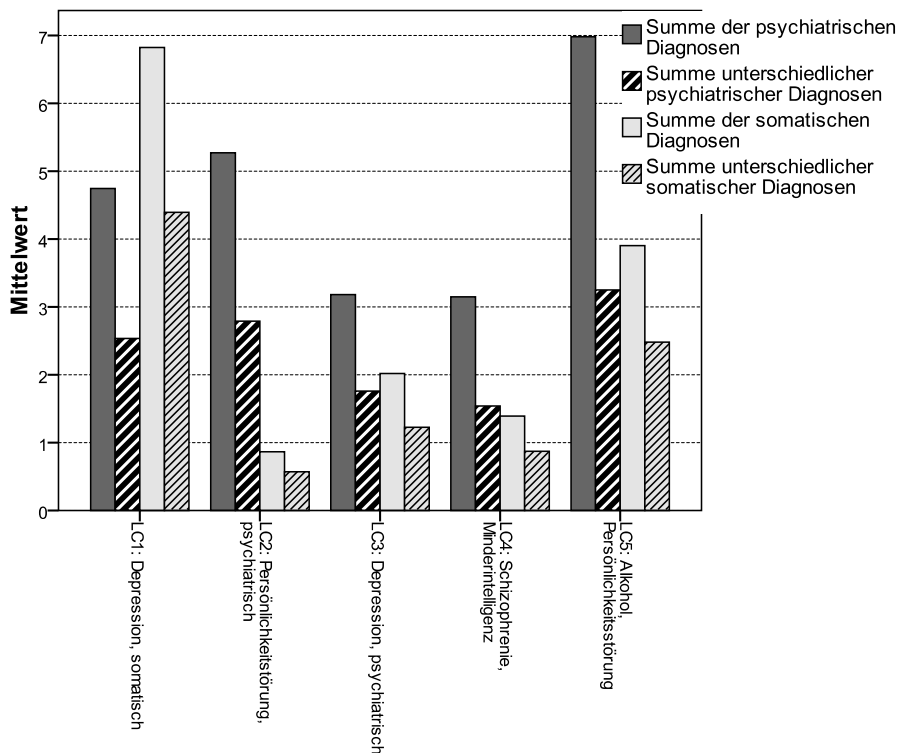
Diese Haushaltsabklärungs-Rate hat sich in den letzten 20 Jahren in etwa verdoppelt. Dabei ist zu bedenken, dass in dieser Zeit nicht zunehmend mehr Frauen berentet wurden, das Geschlechterverhältnis ist über die letzten 20 Jahre hinweg vielmehr gleich geblieben.

Ebenfalls fast verdoppelt hat sich der Anteil der aus psychischen Gründen Berenteten, die innerhalb des IV-Verfahrens einen Anwalt beigezogen haben. Fast ebenso viele Berentete haben in den letzten Jahren mindestens einmal eine IV-Entscheidung angefochten.

Das heisst letztlich, dass sowohl die Ansprüche der IV-Stellen an eine präzise Datengrundlage gestiegen sind wie auch die Ansprüche der Versicherten auf die Durchsetzung ihrer Rechte.

Die Situation in Bezug auf die Intensität der medizinischen Abklärungen, die das Kernstück des IV-Abklärungsverfahrens darstellen, präsentiert sich je nach Diagnosenklasse unterschiedlich (Abbildung 6-2):

Abbildung 6-2: Anzahl (unterschiedlicher) psychiatrischer und somatischer Diagnosen nach Diagnosenklasse

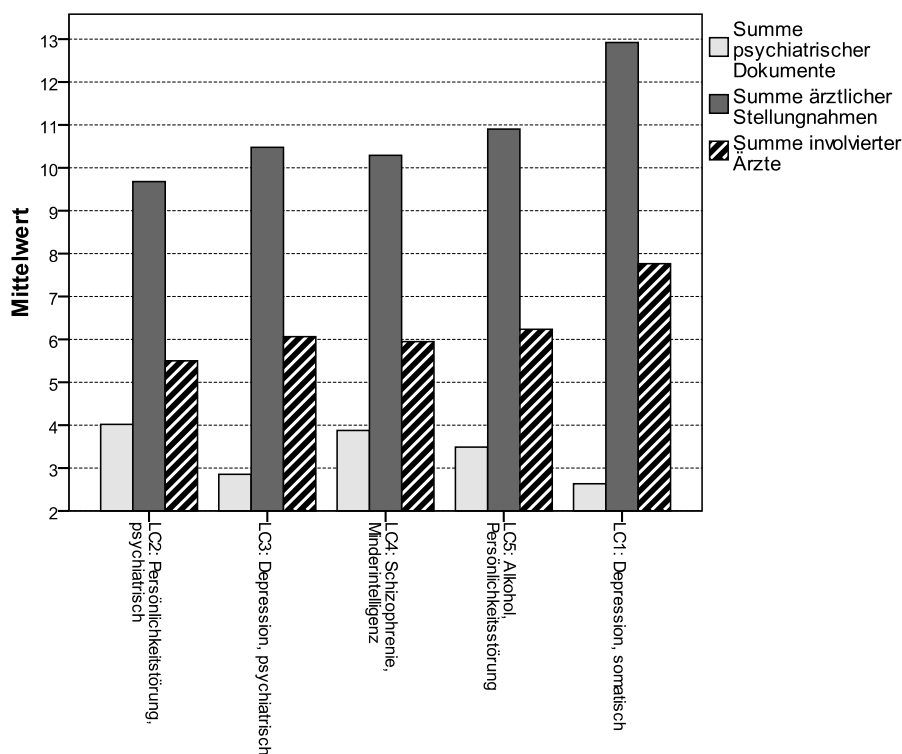


Am meisten Diagnosen weisen die Gruppen mit somatischer Depression (rund 7 Diagnosen) sowie mit Sucht und Persönlichkeitsstörung auf (ebenfalls 7 Diagnosen), wobei dies im ersten Fall die somatischen Diagnosen betrifft und im letzten psychiatrische Diagnosen. Deutlich weniger Diagnosen wurden bei den Gruppen mit psychiatrischer Depression sowie mit Schizophrenie und Minderintelligenz gestellt.

Am meisten ärztliche Stellungnahmen werden bei Berenteten des Diagnosentyps somatische Depression gemacht, im Durchschnitt entfallen auf jede Person 13 Stellungnahmen von durchschnittlich rund 8 involvierten Ärzten (Abbildung 6-3). Zudem ist das rentenauslösende ärztliche Dokument mit durchschnittlich 6 Seiten besonders umfangreich (hier nicht dargestellt).

Dies zeigt, dass diese Berenteten analog ihrer multiplen Erkrankungen auch viele Ärzte aufsuchen, und im Abklärungsverfahren besonders aufwändig sowie diagnostisch komplex sind. Typischerweise ist dies aber auch diejenige Gruppe, die am wenigsten psychiatrische Stellungnahmen aufweist, hingegen aber viele von somatischen Ärzten. Angesichts der psychiatrischen Komplexität der Erkrankungen in dieser Gruppe zeigt sich - trotz allem überdurchschnittlichen Aufwand - ein spezifischer Abklärungsmangel. Diese Berenteten wurden zwar sehr umfangreich aber zu einem rechten Teil einseitig somatisch abgeklärt.

Abbildung 6-3: Intensität der ärztlichen Abklärung nach Diagnosenklasse



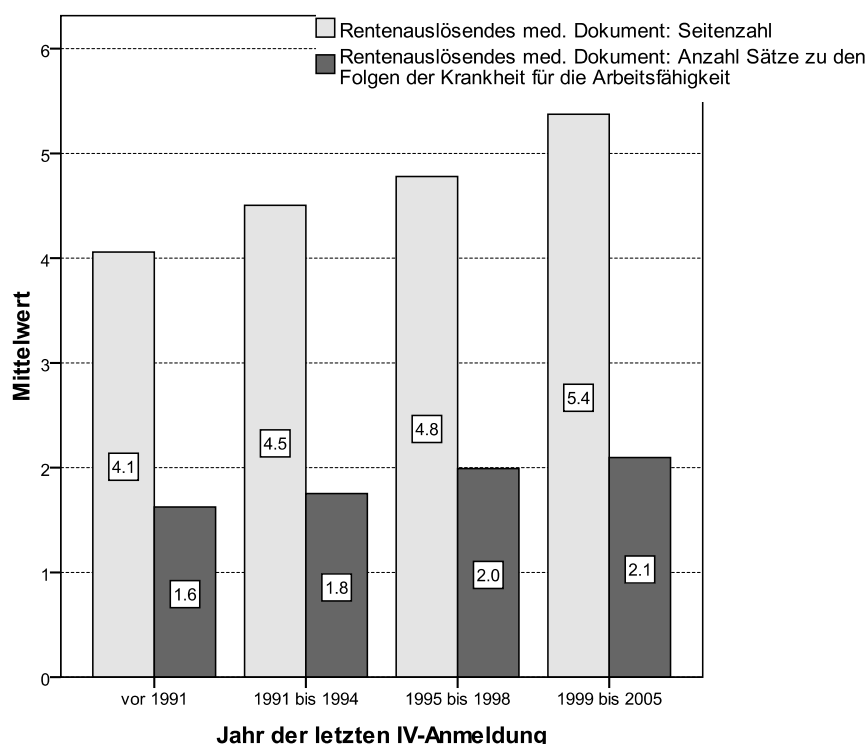
Auf der anderen Seite stehen die Diagnosenklassen Schizophrenie/Minderintelligenz sowie die Persönlichkeitsstörungen ohne Substanzabhängigkeit, die einen sehr viel geringeren medizinischen Abklärungsaufwand mit sich bringen. Das rentenauslösende medizinische Dokument schliesslich umfasst bei ihnen im Durchschnitt nur gerade etwa 2 Seiten.

Die Ausführlichkeit des rentenauslösenden ärztlichen Dokuments - gemessen wiederum anhand der Anzahl A4-Seiten - ist im Verlauf der letzten 20 Jahre stetig angestiegen. In den 80er Jahren war ein solches Dokument noch 4 Seiten lang, heute sind 5.5 Seiten.

Etwa im selben Verhältnis ist auch die Beschreibung der Funktionsfähigkeit - gemessen an der Anzahl Sätze zu den Folgen der Erkrankung für die Arbeitsfähigkeit - gestiegen: Von 1.6 Sätzen auf durchschnittlich 2.1 Sätze. Dies ist insgesamt immer noch etwa gleich wenig, wenn man bedenkt, dass eine IV-Rente ausschliesslich an diesen Zusammenhang von Gebrechen und Erwerbsfähigkeit geknüpft ist. Trotzdem zeigt sich da ein gewisser Trend zu einer vermehrten ‚Übersetzung‘ von Diagnosen in Funktionen (Abbildung 6-4):

Besonders ausführlich sind die Renten-Gutachten bei den Ausländern, vor allem bei Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, aus aussereuropäischen Ländern, aus Portugal, aus der Türkei sowie aus Italien. Die Gutachten umfassen bei ihnen 6 Seiten und mehr. Bei den Schweizern und den Franzosen sind es 2 Seiten weniger. Dieser markante Unterschied ist wohl wiederum durch verschiedene Umstände bedingt, unter anderem durch das unterschiedliche Diagnosespektrum und die unterschiedlich starke Komplexität der Symptomatik (multiple somatische Probleme) je nach Herkunftsregion.

Abbildung 6-4: Ausführlichkeit und Beschreibung der Funktionsfähigkeit der rentenauslösenden medizinischen Stellungnahmen

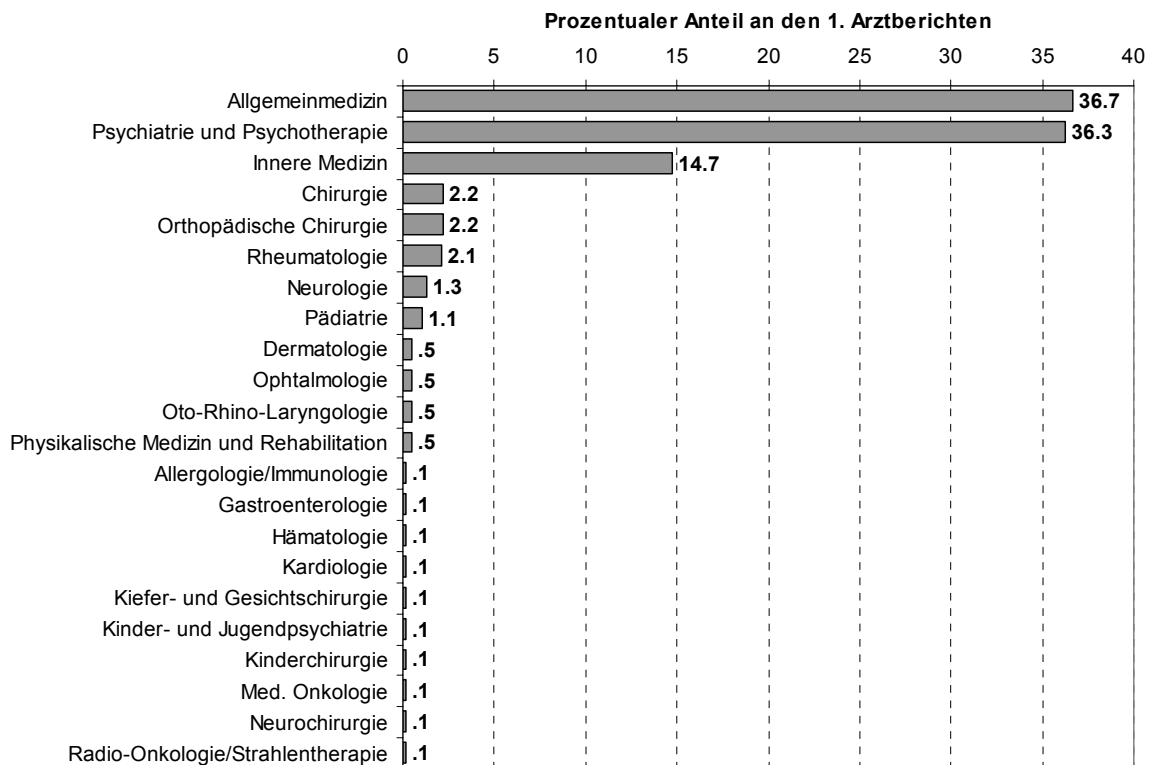


Da der Anteil der Migranten an den 646-RentnerInnen im Verlauf der Zeit deutlich angestiegen ist, ist insgesamt auch die Ausführlichkeit der Renten-Gutachten gestiegen. Die deutlich umfangreichere Begutachtung bei Migranten mit multiplen Problemen und uneindeutiger Haupterkrankung weist aber nochmals auf eine gewisse ‚Hilflosigkeit‘ der Begutachtenden bei dieser Personengruppe hin: Die bei Migranten gegenüber Schweizern teils andersartige Krankheitspräsentation ist schwieriger zu verstehen.

Inwieweit sich in dieser Grafik auch eine diskriminierende Tendenz zeigt - bei den Ost- und Südeuropäern schaut man ganz genau hin, die Schweizer werden durchgewinkt - lässt sich hier nicht feststellen. Diese Frage wird aber in den differenzierteren Analysen im Kapitel 10 vertieft und auf der Basis der vorhandenen Informationen nach möglichen Antworten gesucht.

Viele psychisch Kranke sehen erst spät im IV-Verfahren oder nie einen Psychiater, dies bestätigt auch die nächste Abbildung 6-5:

Mehr als ein Drittel der ersten IV-Arztberichte über die Berenteten aus psychischen Gründen wurden von einem Allgemeinmediziner verfasst, sogar noch etwas mehr als von Psychiatern. Hinzu kommen weitere 15% der Berichte, die von Spezialisten der Inneren Medizin verfasst wurden. Die Dominanz der Bereiche Allgemeinmedizin und Innere Medizin bedeutet, dass sehr oft Hausärzte den 1. IV-Arztbericht verfasst haben.

Abbildung 6-5: Fachgebiet des medizinischen Erstgutachters (IV-Arztberichte)

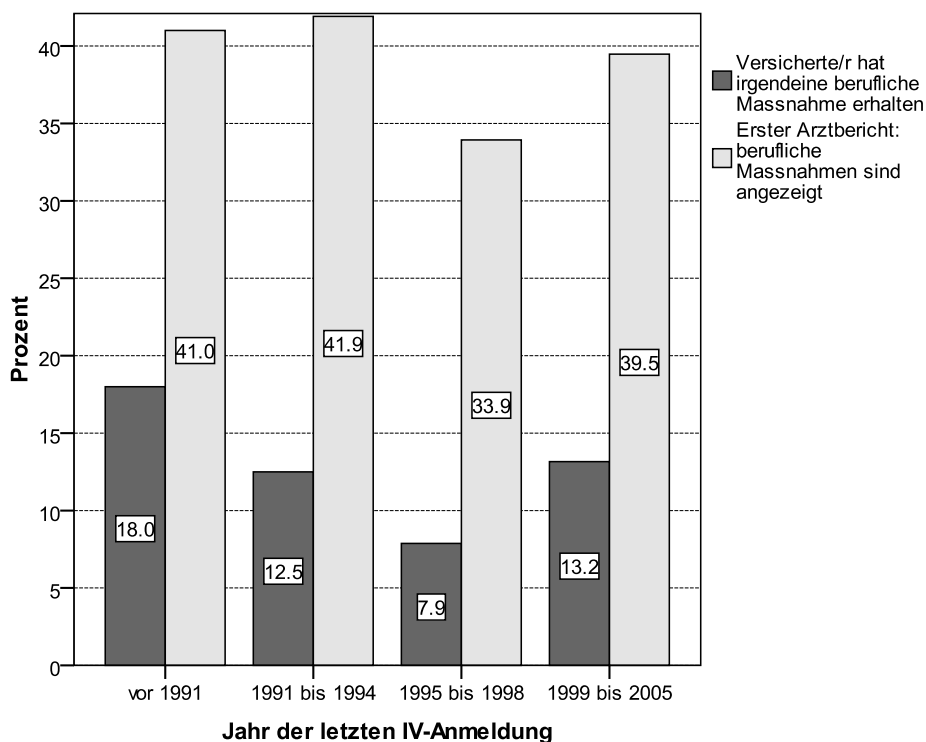
Die Situation beim letzten IV-Arztbericht zeigt mit einem Anteil psychiatrischer Berichte von gegen 50% eine etwas ‚verbesserte‘ Situation, dennoch wurde insgesamt bei 40% der aus psychischen Gründen berenteten Personen nie ein psychiatrischer IV-Arztbericht verfasst. Relevant ist dies deshalb, weil die IV-Arztberichte normalerweise den ersten medizinischen Abklärungsschritt darstellen (viel früher als ein allfälliges Gutachten).

Wenn die psychiatrische Abklärung aber oft erst so spät in Gang gesetzt wird und viele Versicherte schon auf körperliche Probleme fixiert sind, verstärkt dies die Chronifizierung des Zustandes und fördert die Fehldeutung der effektiven Probleme (die bei diesen Berenteten doch überwiegend im psychischen Bereich angesiedelt werden müssen).

Diese Problematik ist nicht neu und durchaus seit längerem bekannt, sie hat sich allerdings über die Zeit auch nicht verändert: Die Anteile der aus psychischen Gründen Berenteten, die irgendeinen psychiatrischen Arztbericht oder ein psychiatrisches Dokument in den Akten haben, oder deren erster Arztbericht psychiatrisch war, ist über die letzten mehr als 20 Jahre konstant geblieben. Im Gegenteil - und dies hängt mit der veränderten diagnostischen Zusammensetzung der Berenteten zusammen (mehr somatoforme Störungen) - ist der 1. Arztbericht heute seltener ein psychiatrischer als er es vor 20 Jahren gewesen wäre.

Ebenfalls gleich häufig geblieben sind die Empfehlungen von ärztlicher Seite, dass mit den Versicherten berufliche Massnahmen durchgeführt werden sollten (Abbildung 6-6):

Abbildung 6-6: Ärztliche Empfehlung einer Beruflichen IV-Massnahme und effektive Durchführung



Früher wie heute haben die Ärzte bei rund 40% der Berenteten im ersten Arztbericht die Durchführung einer beruflichen Massnahme empfohlen. Durchgeführt wurde eine solche aber nur bei einem relativ kleinen Teil der Personen, bei denen dies ärztlicherseits angezeigt gewesen wäre. Im Gegenteil hat sich der Anteil der psychisch kranken Versicherten, die eine berufliche IV-Massnahme erhalten haben, über die Zeit hinweg verringert, von 18% in den 80er Jahren auf 8% in der zweiten Hälfte der 90er Jahre bis wieder auf 13% in den letzten Jahren.

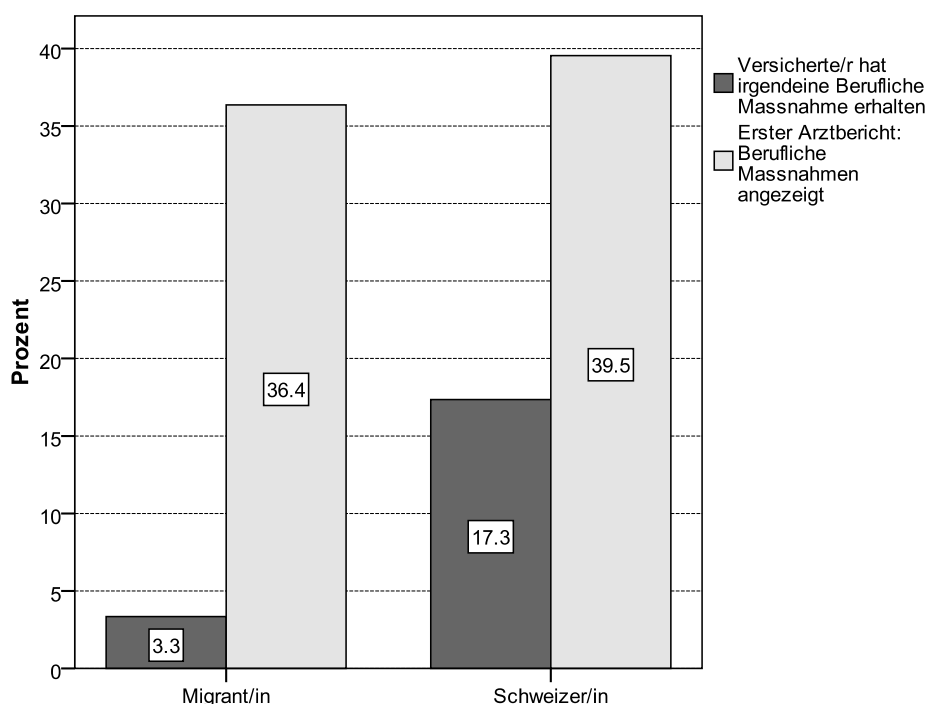
Anscheinend hat man im IV-Verfahren - und dies oft entgegen den ärztlichen Empfehlungen - berufliche Massnahmen bei psychisch Kranken eher selten als angezeigt erachtet. Wenn man heute immer wieder von „Ressourcenorientierung“ spricht und oft den Ärzten pauschal ein diesbezügliches Defizit vorwirft, so zeigen diese Resultate doch deutlich, dass es in der Vergangenheit vielmehr die IV-Stellen waren, die sich von beruflichen Massnahmen immer weniger erhofft haben.

Dies zeigt, wie dringend notwendig die 5. IV-Revision mit ihrer Fokussierung auf berufliche Massnahmen war und ist. Die Ärzte hingegen haben immer schon bei einem hohen Anteil der psychisch kranken Versicherten berufliches Potential gesehen.

Dies gilt mit gewissen Unterschieden nicht nur für die Berenteten mit Schweizer Herkunft, sondern auch für Migrantinnen und Migranten (Abbildung 6-7):

Die Ärztinnen und Ärzte haben bei 40% der Schweizer Berenteten und bei 36% der Eingewanderten eine berufliche Massnahme empfohlen, also in etwa gleich häufig. Ganz anders sieht es aber hinsichtlich der effektiven Durchführung solcher Massnahmen aus: 17% der Schweizerinnen und Schweizer, aber nur 3% der Migrantinnen und Migranten haben vor der Berentung jemals irgendeine berufliche Massnahme erhalten. Das bedeutet, dass 97% der MigrantInnen berentet wurden, ohne dass man jemals versucht hätte, sie an eine Arbeitsstelle zu vermitteln, umzuschulen, weiterzubilden etc.

Abbildung 6-7: Ärztliche Empfehlung einer Beruflichen IV-Massnahme und effektive Durchführung nach Migrationsstatus



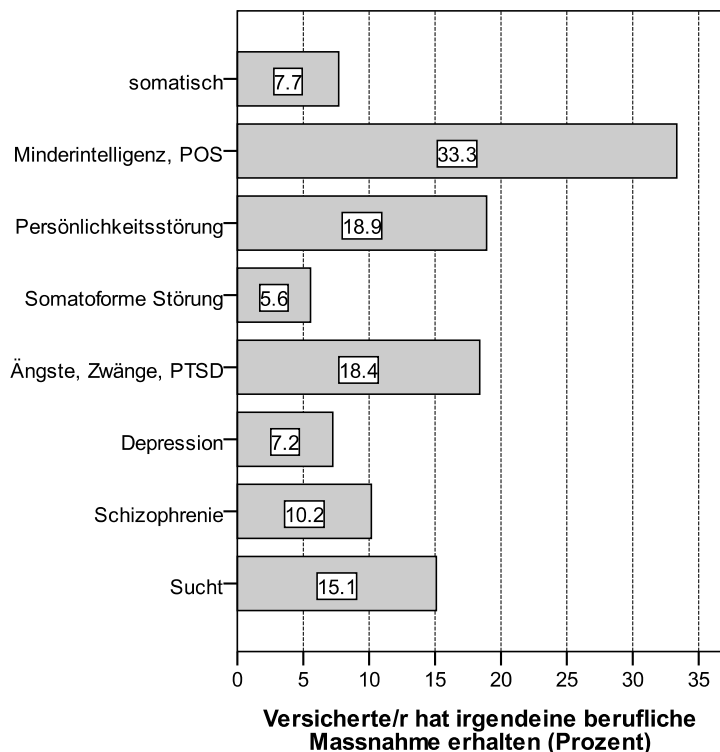
Die Hintergründe für ein solch gravierendes Missverhältnis sind wahrscheinlich komplex und hängen sicher nicht nur mit dem IV-Verfahren zusammen, sondern auch mit höherem Alter, dem Verhalten und der Krankheitspräsentation der berenteten Migranten. Welches auch immer die (wohl dynamischen) Gründe dafür sind: Dass nur mit jedem elften Migranten, bei dem dies ärztlich empfohlen wurde, rehabilitativ gearbeitet wurde, ist aus der Eingliederungsperspektive katastrophal.

Einer der wichtigsten Indikationen für die Verfügung einer Beruflichen IV-Massnahme scheint für die IV-Stellen das Alter zu sein. Diejenigen psychisch kranken Versicherten, die eine berufliche Massnahme erhalten haben, waren bei ihrer ersten IV-Anmeldung im Durchschnitt 11 Jahre jünger als diejenigen ohne Massnahme (29 Jahre gegenüber 40 Jahre).

Damit sind natürlich diejenigen Personen, die sich erst später bei der IV anmelden - und damit auch diejenigen, die erst später in ihrem Leben psychisch erkranken - in Bezug auf berufliche Massnahmen stark benachteiligt.

Dass den IV-Stellen berufliche Massnahmen insbesondere bei sehr jungen Versicherten indiziert schienen, zeigen auch folgende Grafiken (Abbildung 6-8 und Abbildung 6-9), welche die Massnahmen nach Berentungsdiagnose und anschliessend nach Diagnosenklasse zeigen:

Abbildung 6-8: Erhaltene berufliche IV-Massnahme nach rentenauslösender Diagnose

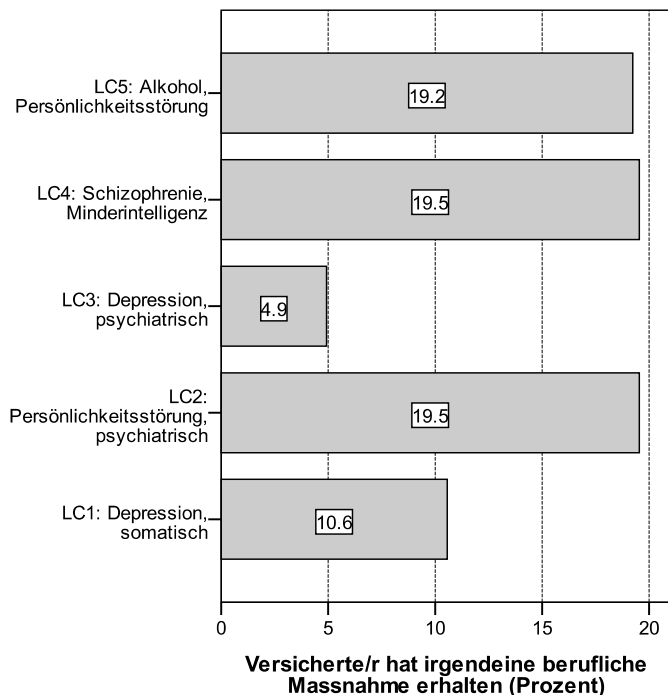


Am häufigsten haben Versicherte mit Minderintelligenz und POS eine berufliche Massnahme erhalten (zu über 30%), gefolgt von denjenigen mit Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen und Substanzabhängigkeit. Das sind allesamt Störungen, die entweder Geburtsgebrechen sind oder dann meistens sehr früh beginnen (in der Adoleszenz). Alle anderen Diagnosen sind verbunden mit einer sehr geringen Rate von beruflichen Massnahmen.

Dasselbe Bild zeigt sich nach berechneter Diagnosenklasse: Die beiden Depressionsgruppen hatten nur sehr selten eine solche Massnahme, das sind diejenigen die später im Leben erkranken. Dabei ist daran zu erinnern, dass die beiden Depressionsgruppen (mit ihren häufigen Anteilen anderer Störungen) zusammen etwa die Hälfte aller nach 646 Berenteten ausmachen.

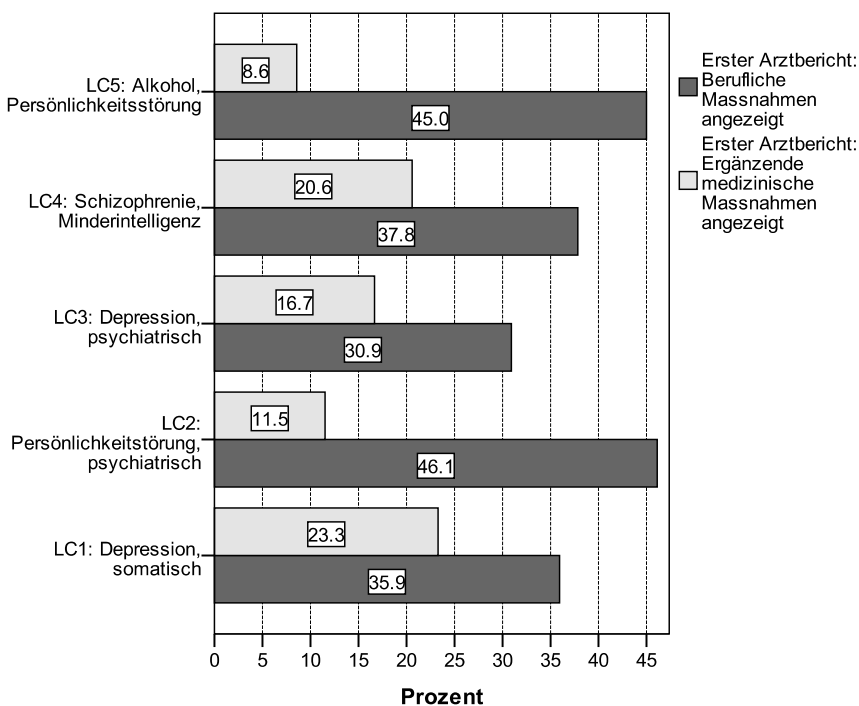
Betrachtet man die Anteile der Berenteten mit beruflichen Massnahmen bei den Diagnoseklassen mit Depression, so ist erstaunlich, wie selten Berentete mit einer „reinen“ Depression solche Massnahmen erhalten haben - nur 5% dieser Personen erhielten eine solche Massnahme zugesprochen. Auch bei den somatisch-psychiatrischen Depressiven sind es nur 11%, aber immerhin doppelt so viele wie bei den Depressionen ohne Zusatzdiagnosen (Abbildung 6-9).

Abbildung 6-9: Erhaltene berufliche IV-Massnahme nach Diagnosenklasse



Laut ärztlichem Erstgutachter wären auch bei den beiden Depressionsgruppen in 30-35% der Fälle berufliche Massnahmen angezeigt gewesen, zudem relativ häufig auch ergänzende medizinische Massnahmen (Abbildung 6-10):

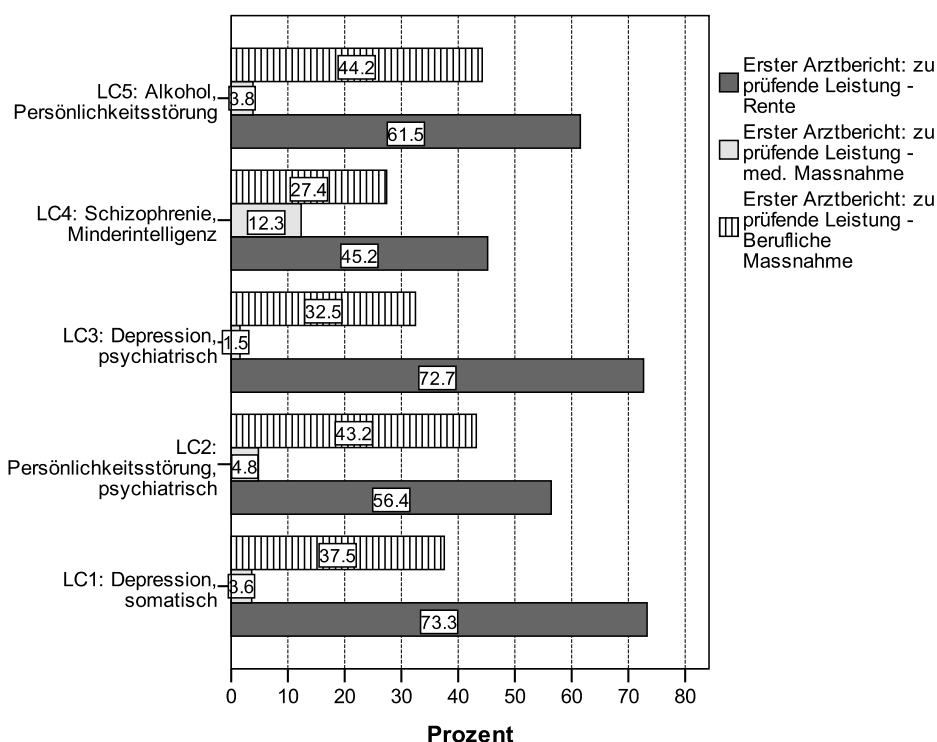
Abbildung 6-10: Laut 1. Arztbericht angezeigte IV-Massnahmen nach Diagnosenklasse



Dass bei den Depressionsgruppen relativ häufig medizinische Massnahmen empfohlen wurden (vor allem bei den somatisch Depressiven) und gleichzeitig im Vergleich mit den anderen Gruppen eher weniger berufliche Massnahmen, weist vielleicht darauf hin, dass bei diesen Gruppen der Berenteten effektiv die Krankheitssymptome besonders imponieren respektive im Vordergrund stehen.

Im IV-Arztbericht ist zudem meist auch vermerkt, welche IV-Leistung von der IV-Stelle zu prüfen ist, also welches der Anlass ist, weswegen nun ein Abklärungsverfahren gestartet wurde. Diese zu prüfende Leistung hängt eng aber nicht vollständig mit dem Antrag des Versicherten im IV- Anmeldeformular zusammen, wo angekreuzt werden kann, welche IV-Leistungen beantragt werden (Abbildung 6-11):

Abbildung 6-11: Laut 1. Arztbericht zu prüfende Leistung nach Diagnosenklasse

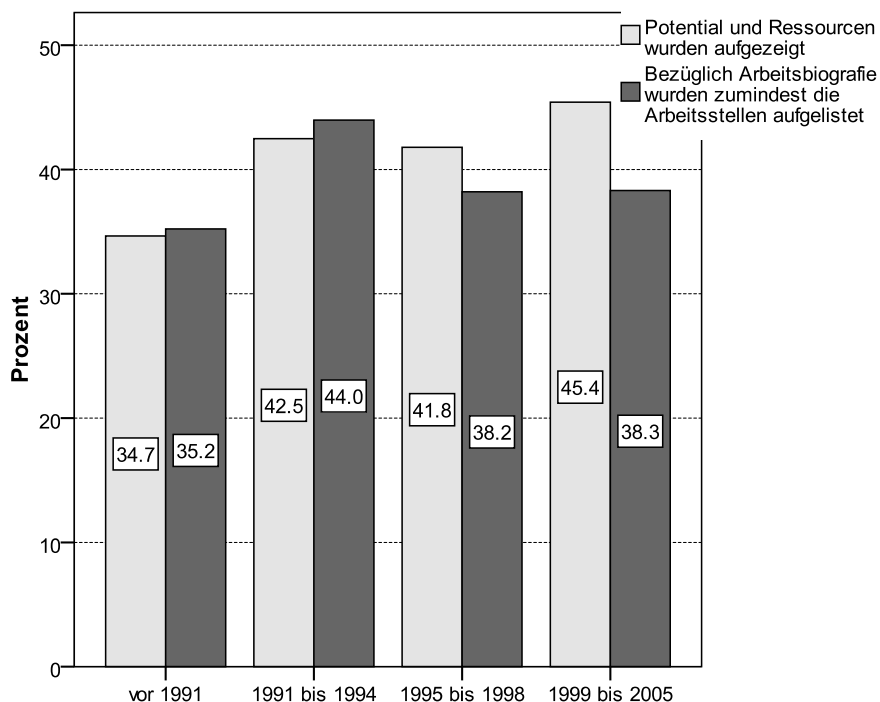


Die am häufigsten zu prüfende Leistung war die IV-Rente und zwar bei allen Diagnoseklassen. Besonders häufig, bei über 70% der Personen der beiden Depressionstypen war das der Fall. Bei den beiden Gruppen mit Persönlichkeitsstörung war der Anteil der beruflichen Massnahmen als zu prüfende Leistung vergleichsweise am höchsten - über 40%. Bei diesen beiden Typen war ebenfalls der Anteil der von den Ärzten empfohlenen beruflichen Massnahmen besonders hoch.

Das zeigt, dass der Antrag des Versicherten (die von ihm beanspruchte/n Leistung/en) naturgemäss teilweise eng zusammen hängt mit der von der IV-Stelle zur Prüfung an die Ärzte vorgegebenen Leistung, und dies wiederum hängt teilweise zusammen mit der Empfehlung der Ärzte. Das ist sicher positiv - es wird der Antrag des Versicherten abgeklärt - und gleichzeitig muss man sich fragen, an welcher Stelle hier die fachliche rehabilitative Sicht eingreift.

Schliesslich noch zur ärztlichen Erfassung rehabilitativer Gesichtspunkte: Unter anderem wurde erfasst, in welcher Intensität in der ärztlichen Begutachtung rehabilitative Potentiale und auch die Arbeitsbiografie erhoben und dargestellt wurden (Abbildung 6-12):

Abbildung 6-12: Erfassung von Potential und Arbeitsbiografie im Verlauf der Zeit



Die Erhebung der Arbeitsbiografie in einem Detaillierungsgrad, der rehabilitativ nützlich wäre (zumindest eine Auflistung der wichtigsten Arbeitsstellen des Versicherten), hat sich seit den 80er Jahren kaum verbessert (von etwa 35 auf gegen 40%). Hingegen wurde zunehmend häufig das berufliche Potential der Versicherten aufgezeigt (von rund 35 auf 45%).

Das Resultat, dass sich die Erhebung der Arbeitsbiografie nur leicht intensiviert hat und nach wie vor auf relativ tiefem Niveau liegt, ist bezüglich der Durchführung von IV-Eingliederungsmassnahmen von praktischer Bedeutung: Ohne eine ärztliche und vor allem ohne eine psychiatrische Analyse der Arbeitsbiografie vor Erkrankung fehlen die zentralen Informationen für die rehabilitativen Bemühungen und auch für eine Indikationsstellung, ob solche und welche überhaupt durchgeführt werden sollen. Selbstverständlich können später Mitarbeitende (Berufsberater, Integrationsfachleute) der IV-Stellen diese Informationen erheben, aber die fachliche Verknüpfung von medizinischem und rehabilitativem Wissen geht verloren. Und dieses *integrierte Wissen* ist der wichtigste Verfahrensfaktor für den Erfolg von beruflichen Massnahmen.

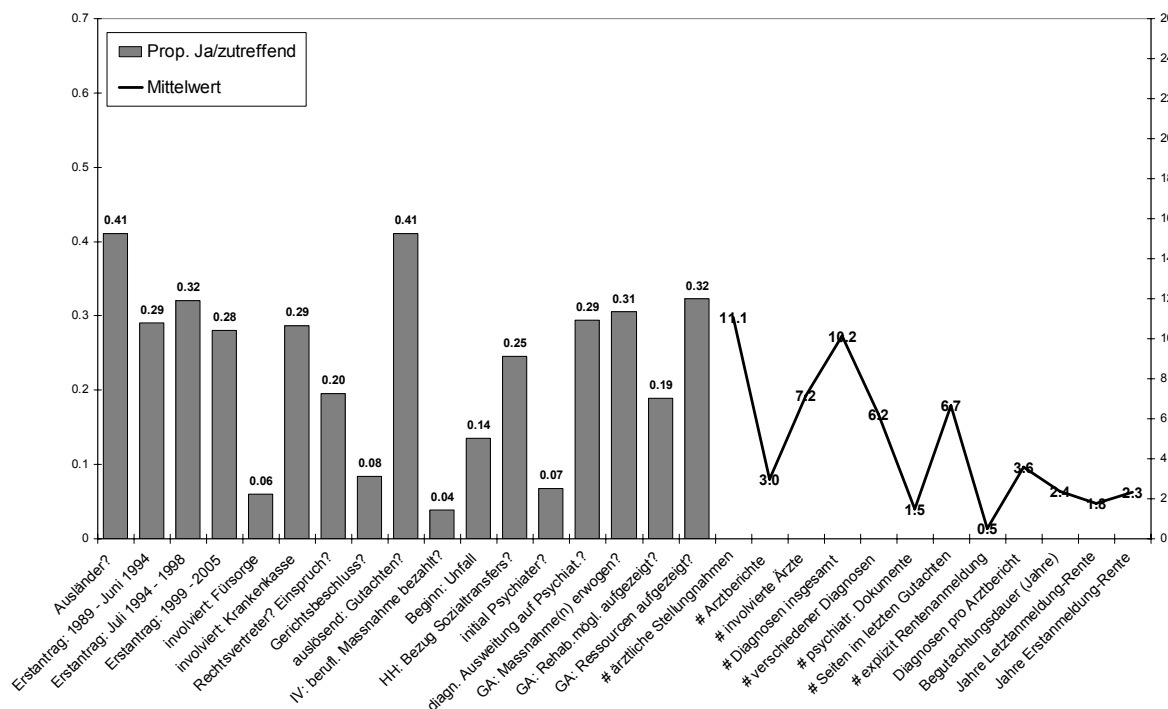
Im Folgenden werden nun die Berechnungen zur Verfahrens-Typologie respektive zu den Berentungs-Konstellationen gezeigt sowie deren deskriptive Zusammenhänge mit den Diagnosentypen. Dies soll Antwort geben auf die Frage, in welcher Art die Erkrankungen der Berenteten mit den IV-Verfahren zusammenhängen.

6.2 Typologie der Berentungs-Konstellationen

Die Latent Class-Analyse der verschiedenen Verfahrensmerkmale hat eine Lösung mit wiederum 5 Typen ergeben.

Der erste Typ umfasst rund 8% aller Berenteten aus psychischen Gründen und ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass es sich um zeitlich eher jüngere Verfahren (seit Mitte der 90er Jahre) handelt, die diagnostisch komplex waren und typischerweise zuerst somatische Abklärungen enthalten mit späterer Ausweitung auf psychiatrische Abklärungen (Abbildung 6-13):

Abbildung 6-13: Verfahrensmuster 1: Neuere Verfahren mit komplexer somatischer Diagnostik und kurzer Dauer (8.3%)

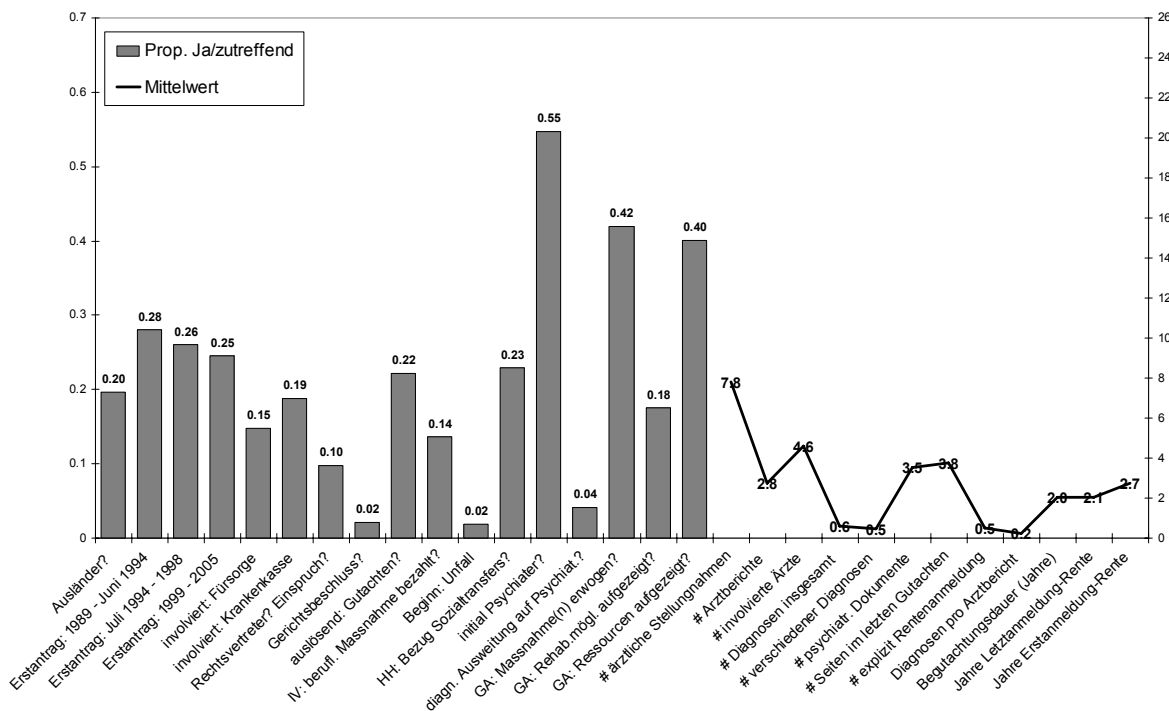


Bei diesem Verfahrenstyp fällt auf, dass kaum jemand (4%) eine berufliche IV-Massnahme erhalten hat, und dass nur bei 7% dieser Personen die erste ärztliche Begutachtung durch einen Psychiater vorgenommen wurde. Mit durchschnittlich 1.5 psychiatrischen Dokumenten pro Person ist dieser Verfahrenstyp zudem der psychiatrisch am wenigsten dokumentierte, somatisch hingegen einer der besonders gut dokumentierten Typen. Typisch sind hier auch die relativ ausführlichen Renten-Gutachten. Schliesslich fällt bei diesen Berenteten auf, dass die Begutachtungsdauer und auch die Verfahrensdauer insgesamt (Dauer von Anmeldung bis Berentung) besonders kurz ist: So dauert es zwischen letzter Anmeldung und Berentung nur 1.6 Jahre im Durchschnitt.

Diese erste Berentungskonstellation bedeutet demnach ein kurzes Verfahren mit vielen somatischen Abklärungen ohne rehabilitative Perspektive (beispielsweise durch berufliche Massnahmen). Der Anteil der Migranten an dieser Gruppe ist mit 41% überdurchschnittlich.

Ganz anders präsentiert sich der zweite Verfahrenstyp der „Klar psychiatrischen Verfahren“ (Abbildung 6-14):

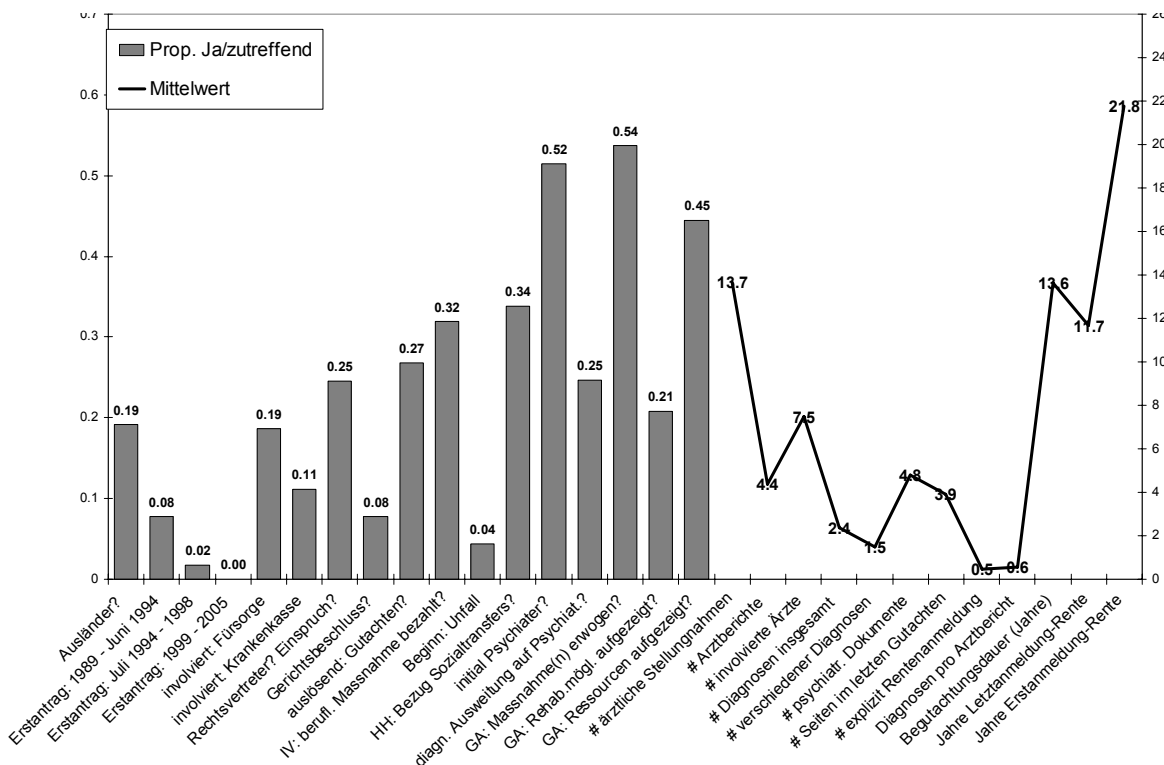
Abbildung 6-14: Verfahrensmuster 2: Klar psychiatrische Verfahren (48.2%)



Zu diesem Verfahrenstyp gehört fast die Hälfte aller nach Code 646 Berenteten. Typisch ist hier, dass diese Berenteten normalerweise (in 55% der Fälle) zuerst einmal von einem Psychiater abgeklärt wurden, und dass insgesamt sehr wenige Ärzte (durchschnittlich 4.6 Ärzte) in das Verfahren involviert waren. Dies zeigt sich auch an einer sehr geringen Anzahl Diagnosen. Die Rentengutachten sind relativ kurz (3.8 Seiten) und auch die Verfahrensdauer ist vergleichsweise kurz (2.1 Jahre von letzter Anmeldung bis Berentung), was auch damit zusammenhängt, dass nur bei etwa 14% dieser Personen eine berufliche IV-Massnahme durchgeführt wurde. Diese Verfahren scheinen also häufig ‚ein klarer Fall‘ gewesen zu sein und zudem diagnostisch rein psychiatrisch.

Der dritte Verfahrenstyp ist von der Dauer her das Gegenteil zum eben dargestellten Typ: Zwischen Erstanmeldung und Berentung vergehen im Durchschnitt 22 Jahre, von der letzter Anmeldung bis zur Berentung immer noch 12 Jahre (Abbildung 6-15):

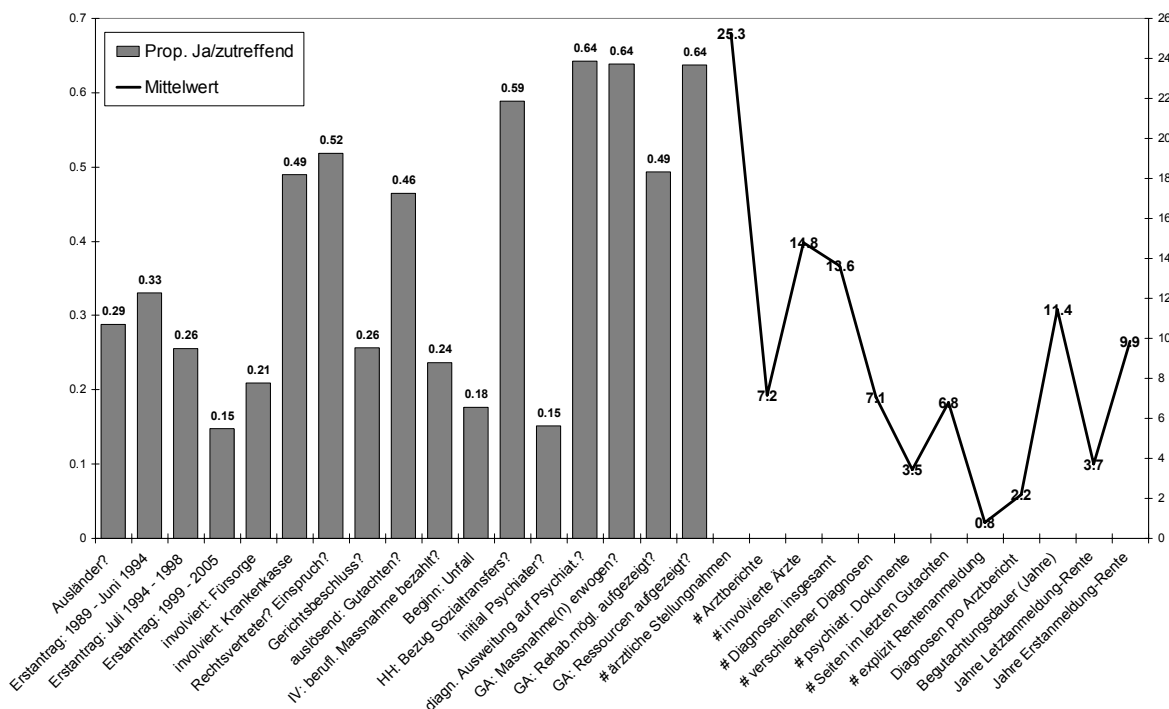
Abbildung 6-15: Verfahrensmuster 3: Ältere psychiatrische Verfahren mit sehr langer Dauer (7.3%)



Kennzeichnend für diese Gruppe ist, dass die erste Anmeldung (logischerweise) noch in den 80er Jahren oder früher gemacht wurde, und dass immerhin 32% dieser Gruppe mindestens einmal eine berufliche IV-Massnahme erhalten haben. Zudem handelt es sich häufig um Fälle, die zuerst einmal von einem Psychiater abgeklärt wurden (52%). In den ärztlichen Stellungnahmen wurden gerade bei diesen Personen besonders häufig Ressourcen aufgezeigt und Rehabilitationsmöglichkeiten diskutiert. Es ist also anzunehmen, dass es sich bei dieser insgesamt relativ kleinen Gruppe (7% aller Berenteten) um eingliederungsorientierte Verfahren bei früh erkrankten Personen gehandelt hat.

Der vierte Verfahrenstyp ist anzahlmässig der kleinste, aber in Bezug auf den Verfahrensaufwand wahrscheinlich mit Abstand der grösste (Abbildung 6-16):

Abbildung 6-16: Verfahrensmuster 4: Komplexe Verfahren mit somatischem Beginn und juristischer Einsprache (3.8%)

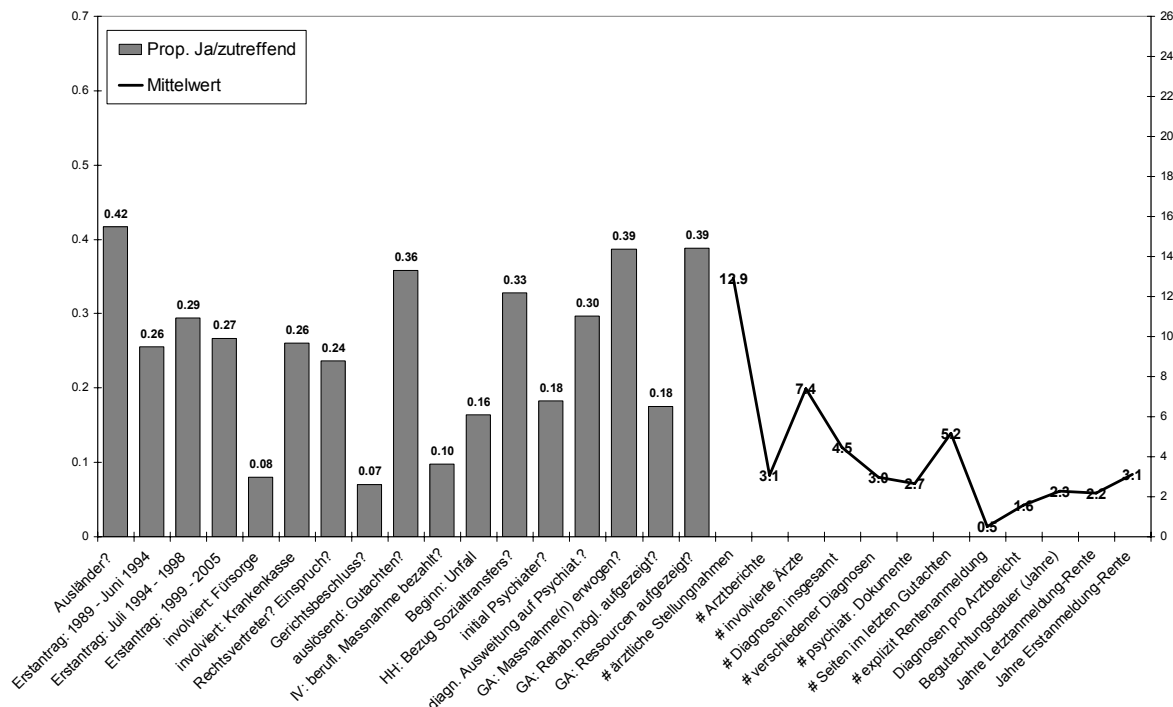


Diese sehr profilierte Gruppe zeichnet sich dadurch aus, dass zum einen besonders oft die Krankenkassen zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung schon involviert sind, und dass in über der Hälfte aller Fälle eine juristische Einsprache gegen einen IV-Entscheid vorgenommen wurde. Folglich ist das rentenauslösende Dokument auch besonders häufig ein IV-Gutachten - und zwar mit dem im Vergleich grössten Umfang. Besonders häufig wurden hier von den Ärzten auch berufliche Massnahmen diskutiert und Ressourcen aufgezeigt. Mit einem Anteil von 24% wurden bei dieser Gruppe auch überdurchschnittlich oft solche Massnahmen durchgeführt, allerdings im Verhältnis zur Häufigkeit, mit der sie von ärztlicher Seite diskutiert wurden, doch relativ selten.

Charakteristisch für diesen Typ ist die ausserordentlich hohe Anzahl ärztlicher Stellungnahmen - im Durchschnitt haben hier 15 verschiedene Ärzte in 26 Stellungnahmen zu jedem dieser Berenteten berichtet. Besonders hoch ist auch der Anteil von Personen, die bei IV-Anmeldung explizit eine IV-Rente beantragt haben (80%). Weiter ist für diese Gruppe auch wichtig, dass die erste ärztliche Ausrichtung in 85% der Fälle eine somatische war und keine psychiatrische. Schliesslich ist für diese Gruppe der im Vergleich überragende Anteil von Personen zu erwähnen, die bei Anmeldung erhaltene Sozialtransferleistungen angegeben haben (Leistungen der IV oder anderer Versicherungen - vor allem wahrscheinlich Krankentaggelder, da relativ häufig die letzte Arbeitsstelle bei IV-Anmeldung noch nicht gekündigt war).

Die fünfte Verfahrensklasse umfasst 32% der Berenteten und bildet damit die zweitgrösste Verfahrensgruppe (Abbildung 6-17):

Abbildung 6-17: Verfahrensmuster 5: Neuere, diagnostisch einfachere Verfahren mit somatischem Beginn (32.4%)



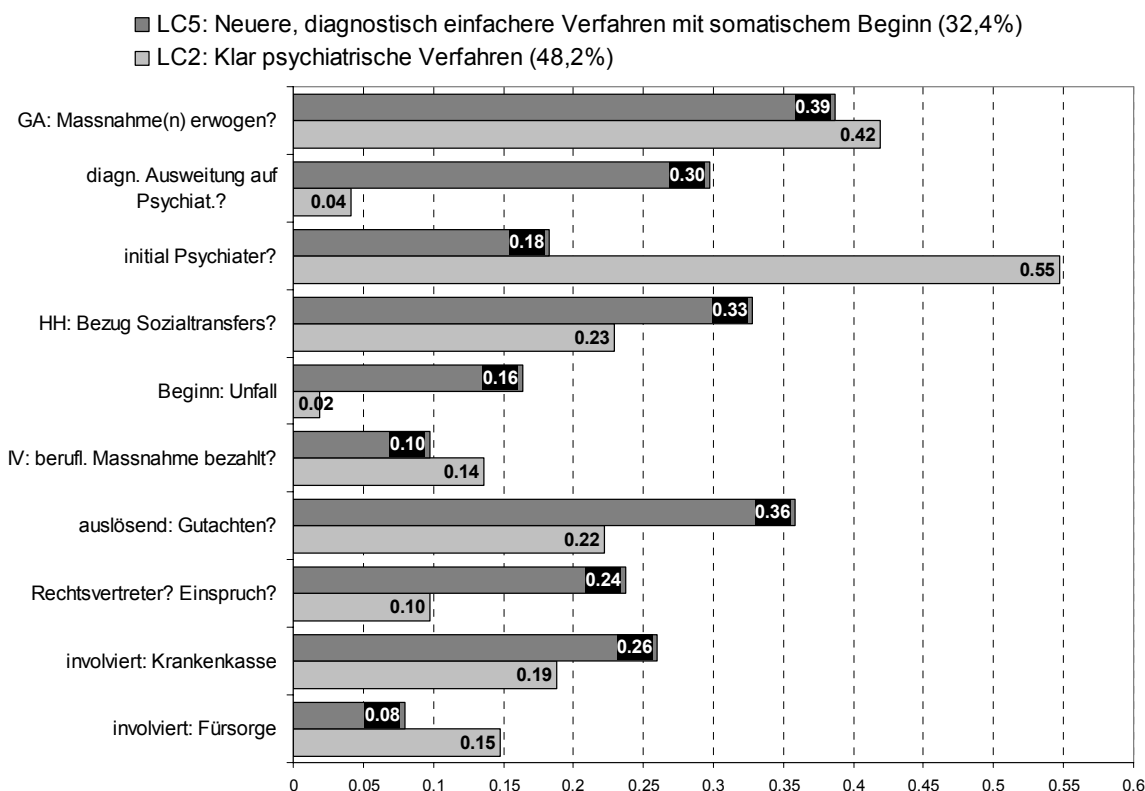
Dieser Typ gleicht dem ersten Typ sehr, unter anderem darin, dass es sich häufig um Verfahren jüngerer Datums handelt, ebenfalls häufig um Migranten (42%) sowie darin, dass die Begutachtungsdauer sowie die ganze Verfahrensdauer von Anmeldung bis Berentung relativ kurz sind. Ebenso kommen hier berufliche Massnahmen selten vor und nur selten (allerdings nicht ganz so selten wie bei der ersten Gruppe) war ein Psychiater der Erstgutachter (in 18% der Fälle). Der Unterschied zur ersten Gruppe liegt nur darin, dass die diagnostische Situation bei dieser Gruppe sehr viel klarer ist: Aus mehr ärztlichen Stellungnahmen und Dokumenten sowie involvierten Ärzten resultieren bei dieser Gruppe nur halb so viele Diagnosen sowie auch halb so viele unterschiedliche Diagnosen als bei der ersten Gruppe. Diese Gruppe hat auch etwas häufiger psychiatrische Dokumente als die erste, und die Rentengutachten sind hier weniger umfassend (5.2 gegenüber 6.7 Seiten).

Die Verfahrenstypen lassen sich nochmals zusammengefasst kurz folgendermassen benennen:

1. Neuere Verfahren mit komplexer somatischer Diagnostik und kurzer Dauer (LC1: 8.3%)
2. Klar psychiatrische Verfahren (LC2: 48.2%)
3. Ältere psychiatrische Verfahren mit sehr langer Dauer (LC3: 7.3%)
4. Komplexe Verfahren mit somatischem Beginn und juristischer Einsprache(LC4: 3.8%)
5. Neuere Verfahren mit somatischem Beginn, aber diagnostisch relativ klar (LC5: 32.4%).

Wenn man die beiden umfangreichsten Verfahrenstypen - die klar psychiatrischen Verfahren und die neueren, diagnostisch vergleichsweise einfacheren Verfahren mit somatischem Beginn - vergleicht, die zusammen rund 80% der Berenteten nach Code 646 umfassen, fallen einige typische Unterschiede auf, die sich schon in ähnlicher Art bei den Auswertungen zu den Diagnoseklassen gezeigt haben (Abbildung 6-18):

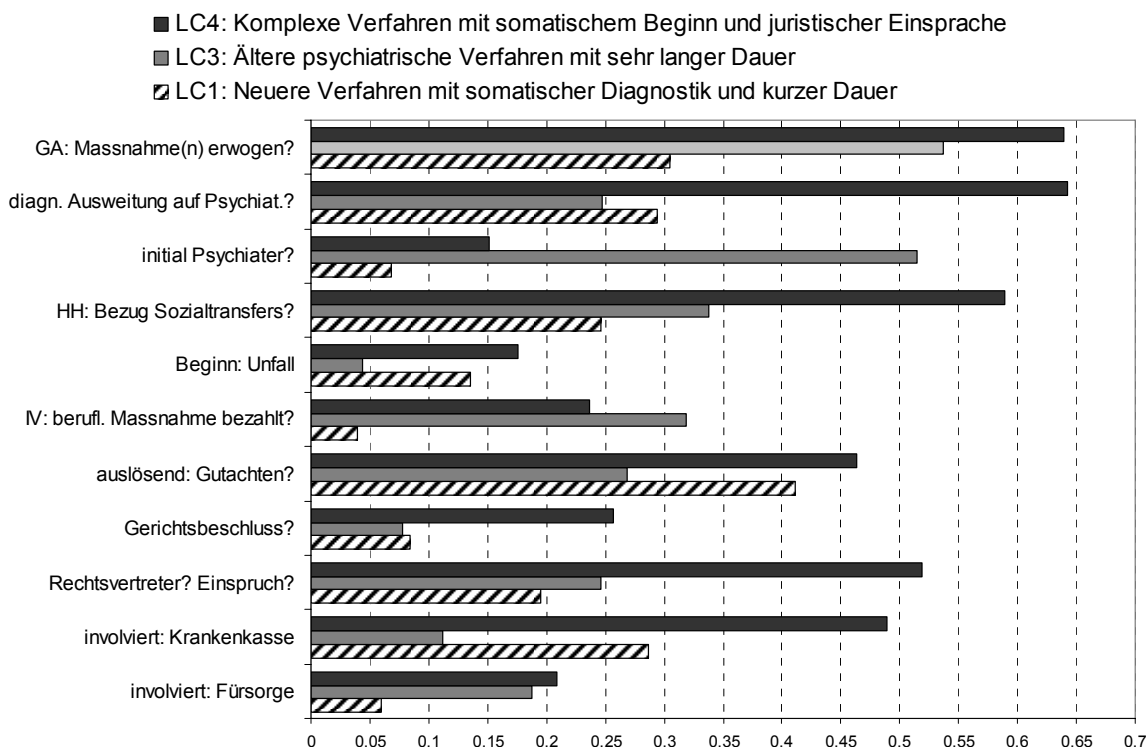
Abbildung 6-18: Vergleich von psychiatrischen und eher somatisch geprägten Verfahren(LC2 und LC5)



Die klar psychiatrischen Verfahren zeichnen sich im Gegensatz zu den somatisch geprägten Verfahren unter anderem dadurch aus, dass von Beginn weg psychiatrisch abgeklärt wurde und dass kaum je ein Unfall den Beginn der Berentungskarriere bildete. Zudem wurde weniger oft begutachtet, weniger oft juristisch Einsprache erhoben und häufiger schon bei IV-Anmeldung Sozialhilfe bezogen. Die Berenteten haben auch weniger oft Versicherungsleistungen beansprucht.

Vergleicht man die restlichen 3 Verfahrenstypen, die gesamthaft in etwa ein Fünftel der Berenteten nach Code 646 ausmachen, so zeigt sich, dass es sich um drei spezifische und sehr unterschiedliche Gruppen handelt (Abbildung 6-19).

Abbildung 6-19: Vergleich von neueren somatischen, älteren psychiatrischen und komplexen aufwändigen Verfahren



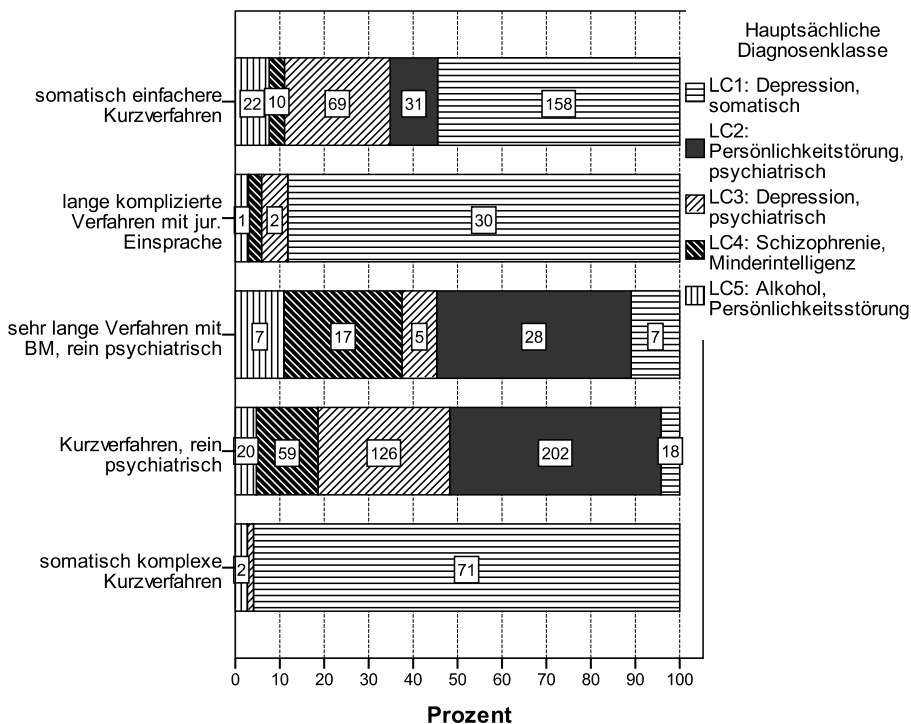
Schon optisch zeigt sich, dass die komplexen Verfahren (LC4, mit somatischem Beginn und juristischer Einsprache) bei fast allen Merkmalen übervertreten sind: Diese Personen beziehen sehr häufig schon bei Anmeldung Versicherungsleistungen (IV, Krankentaggeld), sehen kaum je zu Verfahrensbeginn einen Psychiater - später aber sehr oft - haben häufig einen Unfall bei Problembeginn und werden intensiv begutachtet. Die Ärzte halten bei ihnen besonders häufig eine berufliche Massnahme für angebracht, eine solche wurde aber nur vergleichsweise selten durchgeführt.

Die neueren somatischen Kurz-Verfahren (LC1) liegen oft in der Mitte dieser drei Gruppen. Auffallen tun sie eigentlich durch ihre Unauffälligkeit und dadurch, dass diese Berenteten zu Beginn praktisch nie (nur zu 7%) von einem Psychiater gesehen werden.

Die Personen des Typs psychiatrisches Alt-Verfahren (LC3) haben besonders häufig eine berufliche Massnahme erhalten und wurden zuerst von einem Psychiater beurteilt.

Wenn man nun die Verfahrenstypen nach den oben gezeigten Diagnosetypen gruppiert, zeigt sich folgendes Bild (Abbildung 6-20):

Abbildung 6-20: Verfahrenstypen nach Diagnosetypen



Wenn man die diagnostisch relativ einfache Verfahrensklasse mit somatischem Beginn (LC5) betrachtet, so sieht man, dass die relativ klaren somatischen Verfahren aus jüngerer Zeit zu etwas über der Hälfte Diagnosen aus dem somatischen Depressionstyp umfassen sowie einen recht hohen Anteil an Persönlichkeitsstörungen.

Bei den klar psychiatrischen Verfahren (LC2) überwiegen zahlenmässig die reinen Persönlichkeitsstörungen, gefolgt von den reinen Depressionen - eben den beiden „reinen“ psychiatrischen Gruppen.

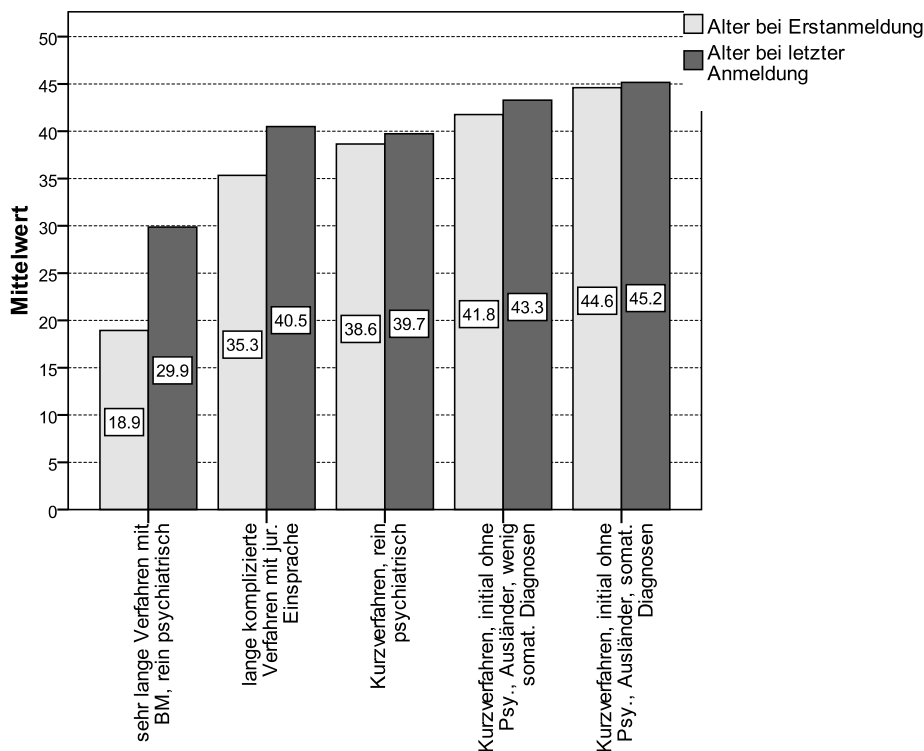
Bei den langen komplexen Verfahren (LC4) mit juristischer Einsprache sind fast nur Berentete aus dem somatischen Depressionstyp zu finden.

Bei den sehr langen aber rein psychiatrischen Verfahren (LC3) gibt es zwei Diagnosetypen: Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie/Minderintelligenz.

Bei der somatisch geprägten, aber diagnostisch sehr komplexen Verfahrensklasse LC1 gibt es nur eine einzige Diagnosenklasse, nämlich die somatische Depression.

Analysiert man die 5 Verfahrenstypen in Bezug auf ihr durchschnittliches Alter bei erster und letzter IV-Anmeldung, so zeigen sich relativ deutliche Unterschiede (Abbildung 6-21):

Abbildung 6-21: Verfahrenstypen nach Alter bei IV-Anmeldung

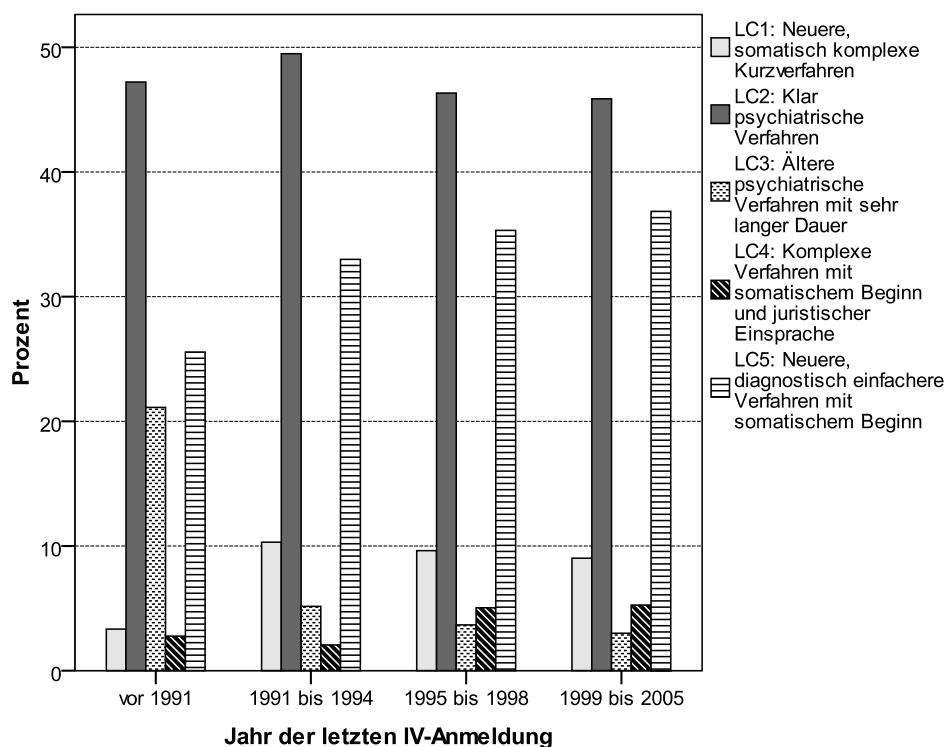


Das Alter bei IV-Anmeldung unterscheidet stark zwischen den einzelnen Verfahrenstypen - wie auch schon bei den Diagnoseklassen: Beim Verfahrenstyp mit besonders langer Dauer erfolgte schon in der Adoleszenz eine erstmalige IV-Anmeldung, deshalb auch die sehr lange Verfahrensdauer. Normalerweise haben sich diese Berenteten später ein zweites Mal angemeldet.

Bei den komplizierten Verfahren mit juristischer Einsprache haben sich die Berenteten mit rund 35 Jahren erstmals angemeldet und wahrscheinlich sehr häufig noch ein zweites Mal. Bei allen anderen Verfahrenstypen liegen Erst- und Zweitanmeldung sehr nahe beieinander, das heisst, diese Personen haben sich sehr häufig nur ein einziges Mal angemeldet, allerdings in höherem Alter - zwischen 40 und 45 Jahren.

Die folgende Abbildung 6-22 zeigt nochmals im Überblick die Anteile der verschiedenen Verfahrenstypen je nach Zeitraum der letzten IV-Anmeldung. Dabei wird ersichtlich, dass der Anteil der klar psychiatrischen Verfahren (LC2) über die Zeit stabil geblieben ist, dass hingegen die zweitgrösste Gruppe der somatisch geprägten, diagnostisch aber klareren Verfahren (LC5) deutlich angestiegen ist - von rund 25% in den 80er Jahren bis auf über 35% in neuester Zeit. Ebenso angestiegen sind die aufwändigen Verfahren mit juristischer Einsprache (LC4) sowie seit Beginn der 90er Jahre die somatisch geprägten und diagnostisch komplexen Verfahren (LC1).

Abbildung 6-22: Anteile der Verfahrenstypen nach Zeitraum der IV-Anmeldung



Im Kapitel 7 werden die drei dargestellten Typologien - Belastungen, Diagnosen und Verfahren - zueinander und zu weiteren Merkmalen in Bezug gebracht, und es wird eine Synthese in Bezug auf die Berentungskonstellationen und deren bestimmende Faktoren gemacht.

7 Belastungs-, Diagnosen- und Verfahrenstypen der IV-Rentner/innen

Eine stark vereinfachende Annahme über die Gründe, die zu einer Invaliditätsrente führen, kann in Anlehnung an sozialmedizinische Vorstellungen über Krankheitsverursachungen als „Risikofaktoren-Modell“ der Invaliditätsrente bezeichnet werden: Es gibt typische Belastungskonstellationen, die zu einer spezifischen Konstellation bei den durch Belastungen ausgelösten Erkrankungen führen. Die Erkrankungskonstellationen erfordern jeweils zu ihrer Anerkennung als rentenbegründende Ursache ein spezifisches Ablaufmuster des Berentungsprozesses.

In der Abbildung 7-1 ist diese Vorstellung als Kausaldiagramm idealtypisch aufgezeichnet. Die Kreise beziehen sich dabei jeweils auf die unterschiedlichen oben dargestellten Typologien, die mithilfe der LCA- bzw. latent mixture Modellen voneinander isoliert wurden.

Abbildung 7-1: Idealtypische Verlaufsvorstellung einer Invalidität

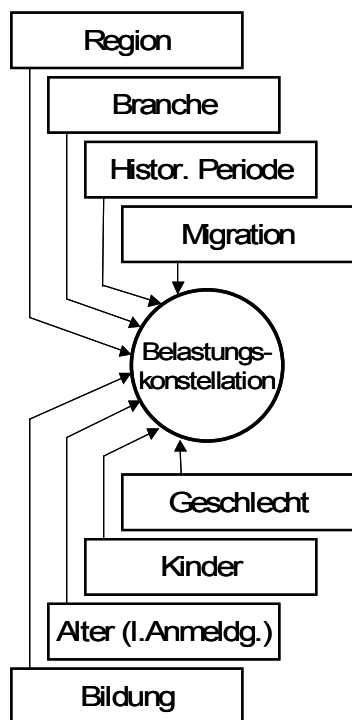


Würde diese inhaltliche Vorstellung zur Gänze zutreffen, dann sollten sich die in den vorangegangenen Kapiteln 4 bis 6 dargestellten Typologien für Belastungen, Diagnosen und Berentungsprozesse statistisch durch geeignete Modelle aufeinander beziehen lassen. Denn zur Analyse der Typologien wurden ausschliesslich Dossiers verwendet, bei denen den AntragstellerInnen eine Invaliditätsrente zugesprochen worden ist. Daher sollte eine Begründung in einer spezifischen Krankheitskonstellation auffindbar sein. Mit diesem Modell verträglich wären zudem Erkrankungsmuster, die sich nicht aus einer spezifischen Belastungssituation heraus entwickelt haben, sondern beispielsweise als autonom sich entwickelnde psychische Erkrankung verlaufen: In der Belastungstypologie waren ja auch Muster auffindbar, die durch vergleichsweise geringere Belastungen gekennzeichnet waren.

Im Verlauf dieses Abschnittes werden nun sukzessive weitere Rahmenbedingungen aus der individuellen Biographie der RentnerInnen (Geschlecht, Alter bei Antragstellung, Kinderzahl, Bildung, Migrationserfahrung) sowie aus ihrem sozialen/ökonomischen Umfeld (regionale Herkunft, Branche, historische Periode) darauf hin untersucht, wie stark sie die verschiedenen Typen beeinflussen.

7.1 Einflussfaktoren für Belastungskonstellationen

Das Vorgehen erfolgte schrittweise. Als Erstes wurde untersucht, inwieweit die genannten biographischen und Umfeld-Bedingungen mit bestimmten Mustern bei den Belastungen zusammentreffen. Dadurch ergibt sich ein idealtypisches Muster für die Bedingungsfaktoren der Belastungskonstellationen, wie es in Abbildung 7-2 dargestellt wurde.

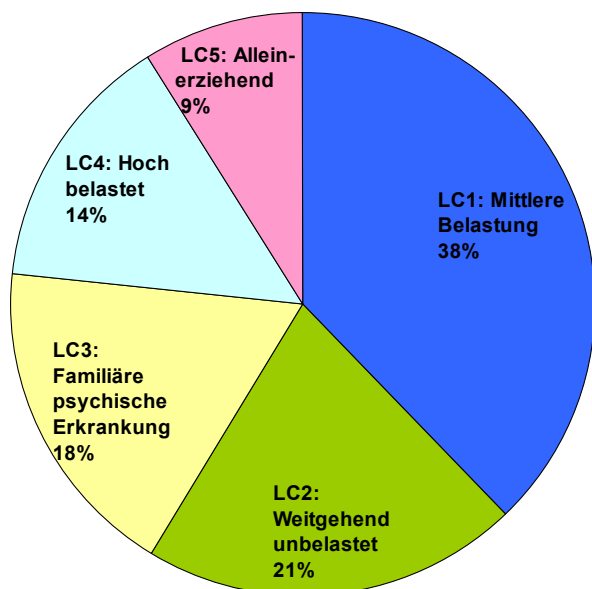
Abbildung 7-2: Idealtypisches Kausalmodell für Belastungskonstellationen

Es wird in diesem Modell nicht angenommen, dass es Rückbezüge von Diagnosen auf die Belastungskonstellationen gibt. Ebenso wenig wird zugelassen, dass sich die Typologie der Berentungskonstellationen auf die Belastungssituation auswirkt. Beides sind Vereinfachungen gegenüber der sozialen Wirklichkeit, denn es ist durchaus möglich, dass sich die Chronifizierung einer Krankheit auch auf die Belastungskonstellation im beruflichen Alltag auswirken kann, und sich dann beispielsweise gehäuft Hinweise auf ein schwieriges Sozialverhalten im Berufsfeld in den Dossiers finden lassen (wie beispielsweise beim Belastungstyp „hoch belastet“). Zudem könnte eine besonders lange Verfahrensdauer auch ihre Wirkungen bei den AntragstellerInnen hinterlassen (beispielsweise in sozialer Isolation oder Überschuldung). Hier ist aber die inhaltliche Fragestellung, inwieweit festgestellte Belastungsmuster in der Folge zu bestimmten Diagnosemustern und später Berentungskonstellationen führen können, für die Invalidenversicherung zunächst bedeutsamer. Zugleich zur Untersuchung dieser potenziellen Einflussfaktoren auf die jeweilige Typologie soll aber dargestellt werden, wie der innere Zusammenhang von Belastung, Diagnosenkonstellation und Berentungsprozess sich darstellt.

Methodisch wurde dieser Zusammenhang durch CART-Modelle und Random Forest Modelle überprüft (vgl. Methodenkapitel 2 sowie Anhang).

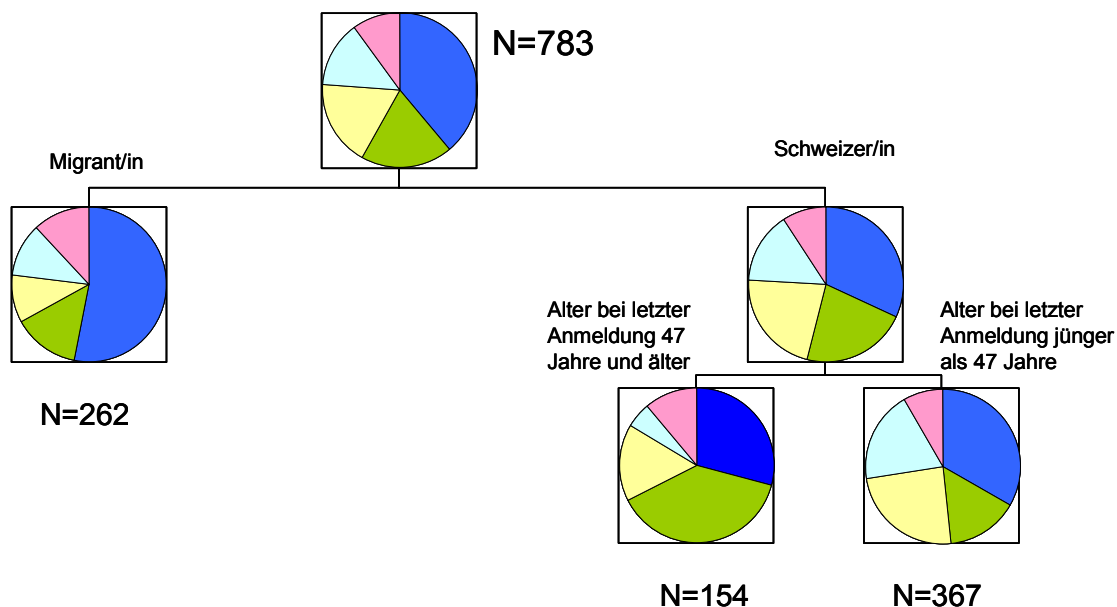
In der Abbildung 7-3 ist die Ausgangsbasis für die Klassifikationsanalyse (CART-Analyse) dargestellt. Zwischen dieser Abbildung und dem Tortendiagramm in der Wurzel des CART Baumes (Abbildung 7-4) zu Belastungskonstellationen bestehen kaum Abweichungen, obwohl in die CART-Analyse nur diejenigen Dossiers aufgenommen werden konnten ($n=783$), bei denen alle potenziellen Prädiktoren ohne fehlende Werte aus den Dossiers gebildet werden konnten. Es gibt also keine Hinweise dafür, dass hier ein Bias durch vollständig dokumentierte Dossiers aufgetreten wäre.

Abbildung 7-3: Belastungskonstellationen als Ausgangsbasis für Klassifikationsanalyse



Der Klassifikationsbaum (siehe Abbildung 7-4) benutzt dieselben Farbkodierungen für die Belastungsmuster wie die Abbildung 7-3. Er fällt relativ einfach aus: Nur die Tatsache einer Migration, sowie das Alter bei der letzten Rentenansmeldung (vor der Rentenverfügung) können die Vorhersage der Belastungskonstellatation bedeutsam gegenüber der Basisrate verbessern.

Abbildung 7-4: Klassifikationsanalyse der Belastungskonstellationen



Migrierte RentnerInnen weisen in einem klar höheren Ausmass als die übrige Stichprobe Belastungen vom Typus „Basisrate an Belastungen“ auf. Ältere Rentnerinnen mit Schweizer Herkunft sind häufiger (als nach Basisrate zu erwarten) unter den „gering Belasteten“ (respektive den besonders schlecht Dokumentierten), während nicht migrierte jüngere RentnerInnen (jünger als 47 Jahre bei der letzten Anmeldung) in etwa die Belastungsproportionen der Gesamtstichprobe widerspiegeln.

Alle übrigen untersuchten Variablen (Geschlecht, Kinder, Bildung, Branche, historische Periode, Region) tragen in der Stichprobe nicht bedeutsam zur Vorhersage des Belastungstypus bei.

Dieses Bild wird allerdings von der folgenden Analyse (Random-Forest Analyse, Abbildung 7-5) noch in bestimmten inhaltlichen Aspekten „korrigiert“. Diese Analysen wurden zusätzlich zu den Klassifikationsanalysen durchgeführt, um allfällige weitere wichtige Einflussfaktoren, die im Klassifikationsbaum von den zentralen Faktoren vielleicht ‚überschattet‘ werden, auch noch heraus zu kristallisieren.

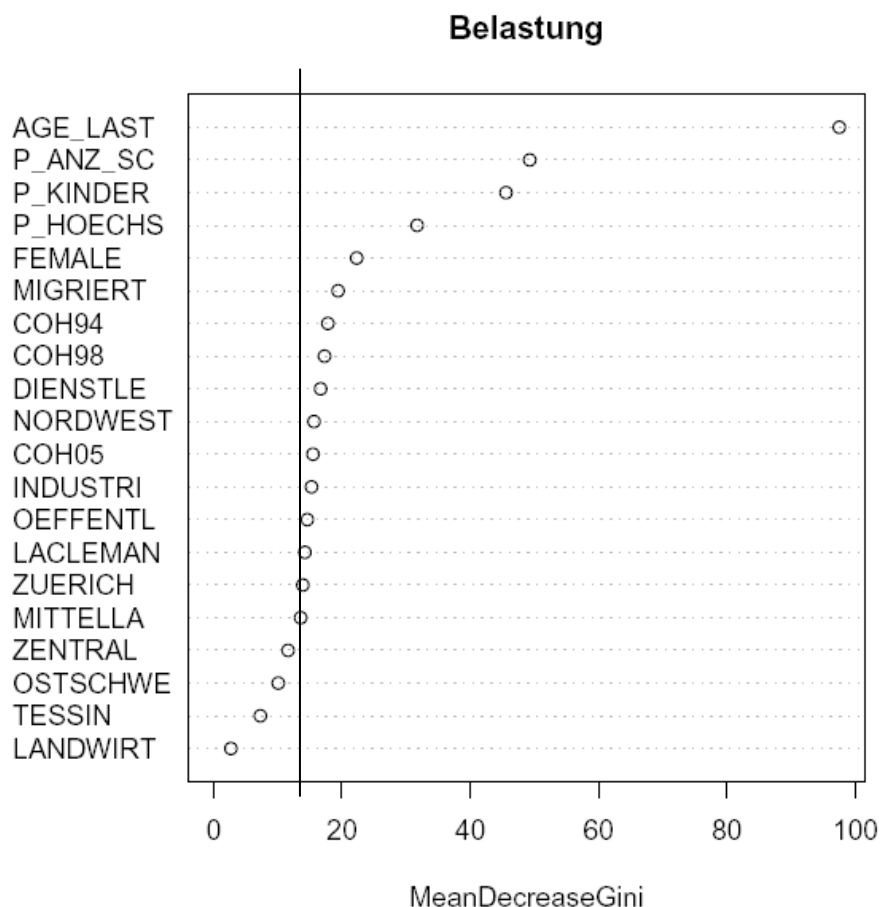
Wenn verschiedene Einflussfaktoren miteinander zusammenhängen, zeigt der Klassifikationsbaum nur die rechnerisch wichtigste, die Random-Forest-Analyse hingegen auch die anderen, sofern sie wirklich bedeutsam sind. Diese zusätzlichen Analysen zeigen vereinfacht gesagt die Resultate einer grossen Menge von Stichproben (5000), die aus den vorhandenen Daten gezogen wurden.

Da es sich bei unseren Daten ja um eine repräsentative Stichprobe der gesamten 646-Renten in der Schweiz handelt, kann mit einem solchen Vorgehen quasi die Gesamtheit der 646-Renten simuliert werden. So kann es auch sein, dass zu den Einflussfaktoren des Klassifikationsbaumes noch weitere hinzukommen, die bei einer leicht veränderten Stichprobe aus der Gesamtpopulation der 646-RentnerInnen in der Schweiz vielleicht ebenfalls im Klassifikationsbaum hätten auftauchen können.

Dies ist hier effektiv der Fall: Zu den gezeigten Einflüssen Alter bei Anmeldung und Migration sind auch die Anzahl der absolvierten Schuljahre, der höchste erzielte Bildungsabschluss, das Geschlecht, die Zahl eigener Kinder, sowie eine Erstantragsstellung in den 90er Jahren für die Vorhersage des Belastungstypus indikativ (Kriterium „Rückgang im generalisierten Gini-Index > 0.175“; vgl. nachfolgende Abbildung 7-5).

Zudem wird deutlich, dass der Einfluss des Alters weitaus grösser ist als der Einfluss des Migrationsstatus. Die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Belastungskonstellationen (also die oben gezeigten Belastungstypen) sind der Reihe nach: Alter bei letzter IV-Anmeldung, Anzahl Schuljahre, Anzahl Kinder, höchste absolvierte Schulbildung, Geschlecht, Migration, Erstantrag in den 90er Jahren, letzter Arbeitsplatz sowie weitere Merkmale der Branche und der Wohnortregion der Renteten.

Eher mit Vorsicht sollten die potenziellen Einflüsse von historischen Perioden, Branchen (Dienstleistungssektor) und Region interpretiert werden. Zum einen sind sie rechnerisch ungleich weniger bedeutsam als die Einflüsse von Alter, Bildung, Kindern, und Geschlecht. Zum anderen bleibt aber auch inhaltlich unklar, wie ein isolierter und geringer Einfluss von Region oder Zeitraum der IV-Anmeldung (ohne seine Verschränkung mit Migrationsstatus oder Lebensalter) soziologisch oder ökonomisch für die Belastungstypen interpretiert werden könnte.

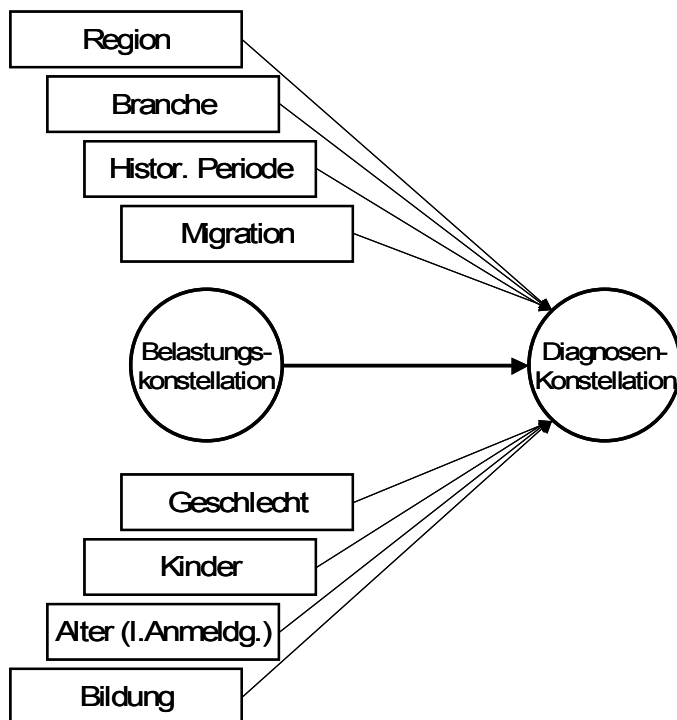
Abbildung 7-5: Random-Forest-Analyse der Berentungskonstellationen**Zusammenfassung: Welche Faktoren beeinflussen die Belastungskonstellationen?**

Die 5 verschiedenen Belastungstypen - Alleinerziehend, Hoch belastet, Familiär vorbelastet, Unbelastet/Unterdokumentiert und Mittlere Belastung (Baseline) - lassen sich vor allem durch zwei Faktoren differenzieren: Zum einen durch die Tatsache einer Migration, zum anderen durch das Alter. Eingewanderte RentnerInnen sind besonders oft vom Belastungstyp „Mittlere Belastung“, ältere Schweizer (über 47 Jahre) besonders häufig vom Typ „Unbelastet/Unterdokumentiert“. Bei den jüngeren Schweizern kommen die Belastungstypen „Familiär vorbelastet“ und „Hoch belastet“ etwas häufiger vor. Auffallend daran ist, dass die älteren Schweizer mit einer Berentung aus psychischen Gründen häufig schlecht dokumentiert sind, denn darum handelt es sich beim Typ „Unbelastet/Unterdokumentiert“ zu einem rechten Teil. Hier kann man sich fragen, ob ab einem bestimmten Alter die Biografie mit ihren allfälligen Belastungen nicht mehr so intensiv abgeklärt und dokumentiert wird. Weitere einzelne Einflüsse auf die Belastungstypen sind die Bildung, das Geschlecht und die Anzahl der Kinder, die mit dem Alter und dem Migrationsstatus zusammenhängen.

7.2 Einflussfaktoren für Diagnosenkonstellationen

Das unterstellte Kausalmodell für die „Entstehung“ der diagnostischen Konstellationen sieht neben dem Einfluss der manifesten Indikatoren für Alter, Bildung, Geschlecht, Migration, Kinder, Branche, Region und historische Periode auf die Krankheitskonstellationen auch vor, dass die latenten Klassen der eben gezeigten Belastungskonstellationen von Bedeutung sein können. Das entsprechende Einflusdiagramm sieht daher wie folgt aus:

Abbildung 7-6: Idealtypisches Kausalmodell zur Entstehung der Diagnosenkonstellationen („substantialistische“ Deutung)

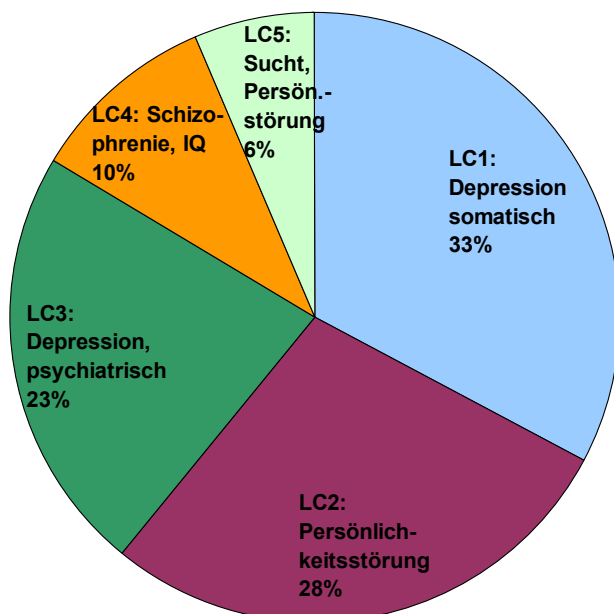


Nicht vorgesehen ist in der Abbildung 7-6, dass der Berentungsprozess selbst auf die gefundenen Diagnosekonstellationen einen Einfluss hätte, was an sich denkbar wäre. Vielmehr soll in diesem Modell davon ausgegangen werden, dass die gefundenen Diagnosetypen substantielle, reale Einheiten darstellen, die unabhängig vom Prozess ihrer Untersuchung bestehen.

Denkbar wäre prinzipiell auch, generell oder für einzelne Diagnosetypen, dass die IV-Abklärungsverfahren selbst diese Diagnosetypen beeinflussen oder gar formen. Ein solches Modell würde davon ausgehen, dass die Diagnosetypen nicht etwas Gegebenes sind, sondern etwas Künstliches, das vom Verfahren selbst ‚gemacht‘ wird. Dies wäre dann ein soziologisches Modell, das sich von dem im Folgenden gezeigten substantialistischen Modell in der Wirkungsrichtung unterscheiden würde. Letztlich ist es aber so, dass die IV-Verfahren und die Diagnosentypen recht eng zusammenhängen. Die gesamten bisher gezeigten Resultate und auch die offensichtliche Chronologie der Ereignisse sprechen sicher nicht gegen ein Modell, in dem Belastungen krank machen und diese unterschiedlichen Erkrankungen wiederum spezifische Verfahren nach sich ziehen.

Auch für die latenten Diagnosenklassen werden unten zuerst die verschiedenen Typen nochmals gezeigt (Abbildung 7-7). Es ist sinnvoll, sich zunächst zu vergewissern, dass zwischen allen Dossiers und der für die Analyse berücksichtigten Teilmenge von $n=783$ Dossiers keine bedeutsamen Selektionsartefakte aufgetreten sind. Dies kann als bestätigt gelten.

Abbildung 7-7: Diagnosenkonstellationen als Ausgangsbasis für Klassifikationsanalyse

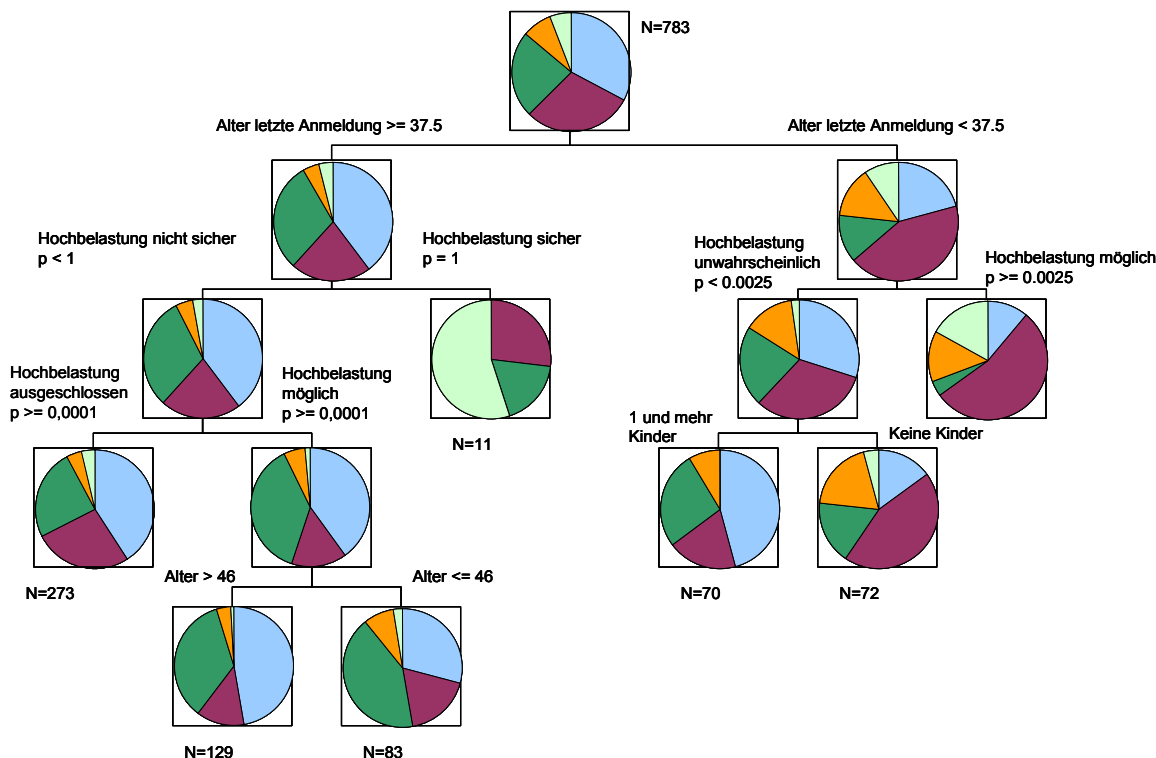


Im Vergleich zu den Belastungstypen in Abbildung 7-4 ist der Klassifikationsbaum für die Diagnosenkonstellationen ungleich komplexer und erreicht bis zu 4 Stufen. Die erste zu berücksichtigende Variable ist das Alter bei der letzten Anmeldung (siehe nächste Abbildung 7-8).

Der optimale Cutoff-Punkt lag bei 37,5 Lebensjahren, und damit niedriger als in der obigen Analyse der Belastungen. Besonders auffällig ist der stark differenzierende Einfluss der Variable "hoch belastet" "p" meint dabei die Zugehörigkeitswahrscheinlichkeit: wenn $p=1$, dann ist die Wahrscheinlichkeit gleich 100%, wenn $p=0$, dann ist die Wahrscheinlichkeit gleich Null).

In der linken Hälfte des Baumes, bei den älteren Antragstellern ist eine sichere Zugehörigkeit zur Gruppe der Hochbelasteten mit einer extrem erhöhten Ausprägung des diagnostischen Musters LC5 (Sucht und Persönlichkeitsstörung) verbunden (Endknoten mit der Fallzahl 11).

Abbildung 7-8: Klassifikationsanalyse der diagnostischen Konstellationen



Wenn in derselben Altersgruppe allerdings die Wahrscheinlichkeit für Hochbelastung grösser ist als Null, aber zugleich kleiner als 1, dann ergibt sich eine Diagnosenverteilung weitgehend analog zur Basisrate (der Endknoten mit der Fallzahl 273). Für die über-37-Jährigen mit nicht ausschliessbarer Hochbelastung kann noch eine weitere Differenzierung nach dem Antragsalter durchgeführt werden: über 46-jährige AntragsstellerInnen haben besonders hohe Chancen, zur Diagnosen-LC1 „Depression mit multiplen organischen Erkrankungen“ (Anteil im Endknoten mit der Fallzahl 129 ist 47% anstelle von 33%) oder zur Diagnosen-LC3 „Depression mit multiplen organischen Erkrankungen“ (Anteil = 35% anstelle von 23%) zu gehören.

Noch stärker überrepräsentiert sind die „Depressionen mit multiplen organischen Erkrankungen“ in der Altersgruppe zwischen 37 und 46 Jahren ohne sichere Hochbelastung und ohne sicher ausgeschlossene Hochbelastung (Endknoten mit der Fallzahl 83, Anteil LC3 = 42% anstelle von 23%).

In der rechten Hälfte des Klassifikationsbaumes bei den unter 38-jährigen AntragsstellerInnen spielt ebenfalls die Belastungskonstellation „Hoch belastet“ das erste nachgelagerte Split-Kriterium: Wer unter den Jüngeren auch nur ein wenig die Merkmale dieser Hochbelastungsgruppe auf sich zieht (Wahrscheinlichkeit für Hochbelastung 0.0025), hat ohne weitere Differenzierungen eine deutlich erhöhte Chance, zur Diagnosen-LC2 „Persönlichkeitsstörung“ zu zählen (Endknoten mit Fallzahl n=145 rechts, Anteil = 54% im Vergleich zur Basisrate von 30%).

Wer unter den Jüngeren allerdings >= nur sehr unwahrscheinlich Merkmale der Hochbelastungsgruppe auf sich vereinigt (Wahrscheinlichkeit für Hochbelastung kleiner 0.0025), also sicher nicht in diese Gruppe zählt, bei dem spielt für die diagnostische Klasse dann die Kinderlosigkeit eine entscheidende Rolle: Ohne Kinder ist LC2 „Persönlichkeitsstörung“ besonders häufig (Endknoten mit Fallzahl n=72; Anteil LC2 = 44%). Diese Stelle des Baumes weist auch besonders viele RentnerInnen

mit Diagnosenklasse 4 „Schizophrenie und Minderintelligenz“ auf (Anteil = 19% statt 10%). Mit Kindern (Endknoten mit Fallzahl n=70) ist dagegen LC1 „Depression mit multiplen organischen Krankheiten“ überrepräsentiert (Anteil = 46% im Vergleich zu 33%).

In der untersuchten Stichprobe übt also lediglich die Belastungskonstellation „Hoch belastet“ einen unverzichtbaren rechnerischen Einfluss auf die Diagnosekonstellationen aus, und zwar an drei verschiedenen Knotenpunkten des Baumes. Die übrigen Belastungsmuster sind nicht nachweislich von Bedeutung.

Das Lebensalter bei der letzten Antragstellung ist ebenfalls an mehr als einer Stelle im Baum von Bedeutung für die Diagnosenklassifikation. Die dritte (und auch schon letzte) Variable mit Erklärungskraft ist dann noch die Existenz eigener Kinder. Alle weiteren biographischen (Bildung, Geschlecht, Migrationsstatus), sozialstrukturellen (Branche, Region) und historischen (Zeitraum der IV-Anmeldung) Variablen waren einflusslos.

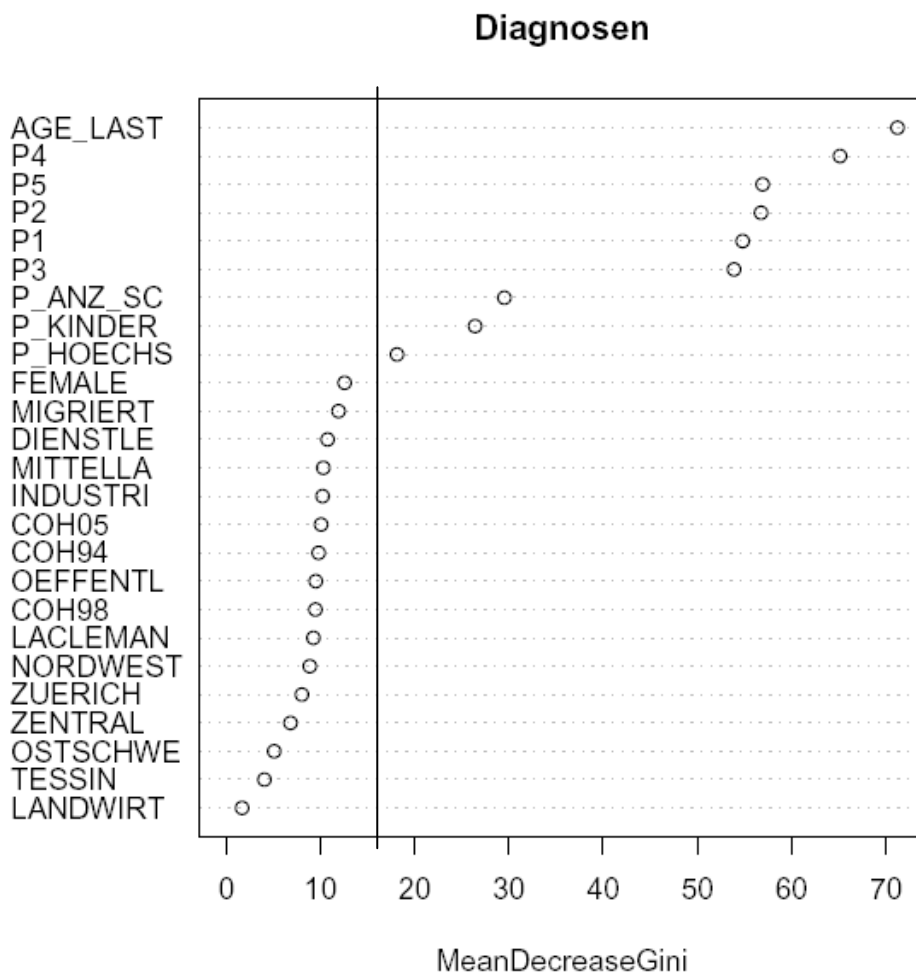
Dieses bemerkenswerte Ergebnis ändert sich nur unwesentlich, wenn man anstelle einer Optimierung der Klassifikation in der realisierten Stichprobe das Verhalten der Klassifikationsbäume in einer Vielzahl von Stichproben mittels Random Forest Analyse untersucht (vgl. Abbildung 7-9). Weil natürlich die Wahrscheinlichkeitsausprägungen für die fünf Belastungskonstellationen untereinander korreliert sind, setzen sich je nach Zusammensetzung der Bootstrap-Stichprobe meistens die Variable „Hoch belastet“, aber ansonsten auch andere Belastungstypen (die Variablen P5, P2, P1 und P3) als Splitkriterium für die Zufallsbäume durch.

Das Alter bei der letzten Anmeldung übt den relativ grössten Erfolg bei der Erhöhung der Reklassifikationstreffer aus. Zudem sind die Bildung der RentnerInnen (sowohl als Zahl der absolvierten Schuljahre, wie seltener auch als höchster erreichter Schulabschluss) und die Kinderzahl von Bedeutung. Weil offensichtlich zwischen Bildung, Geschlecht und Kinderzahl bedeutsame Korrelationen in der untersuchten Stichprobe bestehen, taucht im Klassifikationsbaum von Abbildung 7-8 nur die Kinderzahl als Prädiktor auf.

Die Ergebnisse können als Bestätigung für den fehlenden Einfluss von Region, Branche und historischer Periode auf die typischen Diagnosenkonstellationen gewertet werden. Es bleibt zu überlegen, ob nicht durch die Einführung der Belastungskonstellationen als potenzielle Prädiktoren der diagnostischen Konstellationen ein indirekter Einfluss dieser soziostrukturellen bzw. historischen Umstände transportiert wird.

Aber da oben keinerlei Zusammenhänge mit der Belastungsgruppe LC4 „hoch belastet“ gefunden werden konnten, die für die Diagnosenkonstellationen ja besonders wichtig ist, und beide Analysen sowohl bei Belastungen wie bei Diagnosen den soziostrukturellen und historischen Umständen bestenfalls marginale Effektgrössen zugeordnet haben, kann diese Aussage als empirisch gut untermauert gelten: Für die Diagnosekonstellationen spielen soziostrukturelle und historische Umstände weder direkt noch indirekt eine wichtige Rolle.

Abbildung 7-9: Random Forest Analyse der diagnostischen Konstellationen



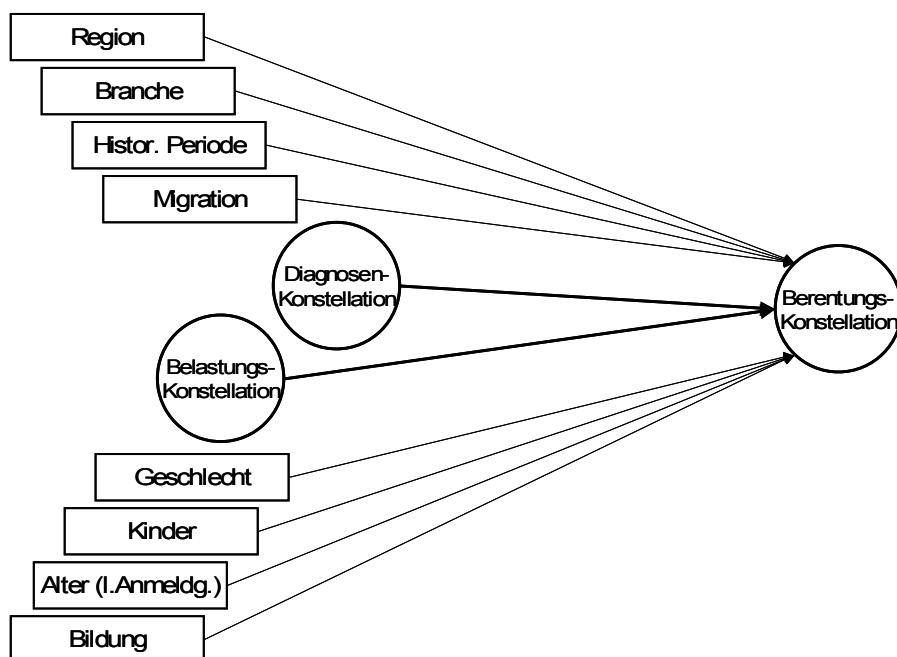
Zusammenfassung: Welche Faktoren beeinflussen die Diagnosekonstellationen?

Zuerst das wichtigste Ergebnis: Es sind fast ausschliesslich das Alter und die hohe Belastung, also biografische Merkmale, welche die diagnostizierten Erkrankungen bestimmen. Es ist damit ausgeschlossen, dass in bestimmten Regionen oder bestimmten Zeiträumen oder bestimmten Beschäftigungsbranchen verschiedene Krankheitstypen auftauchen. Wer sich mit weniger als 37 Jahren bei der IV angemeldet hat, gelangt bei erfahrener Hoch-Belastung in die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen oder bei geringerer Belastungswahrscheinlichkeit und vorhandenen Kindern in die Gruppe der somatischen Depressionen. Eine geringe Belastungswahrscheinlichkeit und keine Kinder macht hingegen den Diagnosetyp Schizophrenie/Minderintelligenz wahrscheinlich. Wer sich in späterem Alter angemeldet hat, gelangt je nach erfahrener Hoch-Belastung schliesslich in die Gruppe Sucht/Persönlichkeitsstörung oder dann in eine der beiden Depressionsgruppen: bei einem Alter von über 46 in die Gruppe der somatisch Depressiven, bei einem mittleren Alter zwischen 37 und 46 in die Gruppe der reinen Depressionen. Das heisst, dass die verschiedenen Belastungstypen und auch das Alter bei IV-Anmeldung die Zugehörigkeit zu einem Erkrankungstyp prognostizieren. Dies lässt sich in der Praxis für eine raschere Erfassung der Problematik und des Handlungsbedarfes sowie auch für die Sekundärprävention respektive Frühintervention nutzen.

7.3 Einflussfaktoren für Berentungskonstellationen

Das Einflussdiagramm für die im Kapitel 6 dargestellten typischen Berentungskonstellationen ist von der Zahl möglicher Prädiktoren her naturgemäss das umfangreichste, weil sowohl Belastungsmuster wie auch diagnostische Konstellationen als Einfluss nehmend für die Berentungskonstellationen angenommen werden.

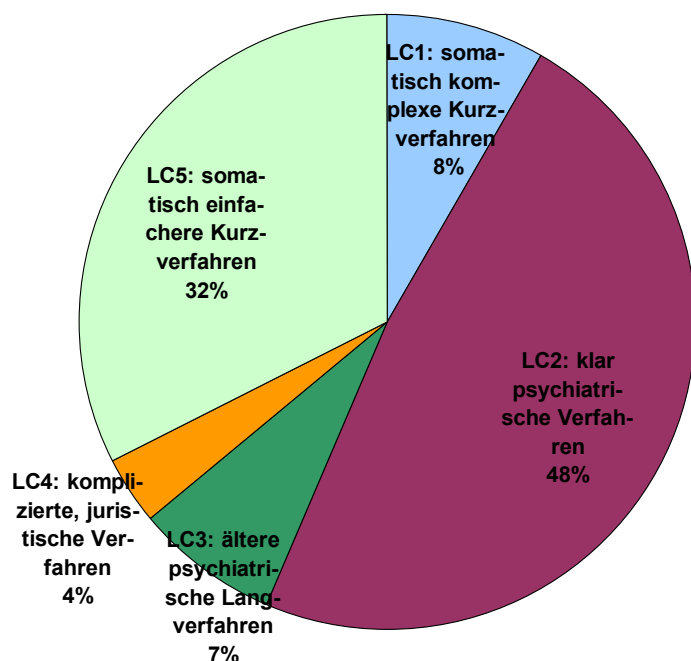
Abbildung 7-10: Einflussdiagramm für Berentungskonstellationen



Zunächst sind noch einmal die Typen und ihre Basisraten anhand von Abbildung 7-11 zu vergegenwärtigen:

Es dominieren die „klassisch-psychiatrischen“ Berentungsverfahren (LC2) mit einer Basisrate von annähernd 48% aller Dossiers. Die „jüngeren Verfahren mit weniger Diagnosen und weniger psychiatrischen Dokumenten“ (LC5) sind an zweiter Stelle mit knapp einem Drittel aller Dossiers. „Psychiatrische Altverfahren“ (LC3), die „jüngeren Verfahren mit mehr Diagnosen aber ebenfalls weniger psychiatrischen Dokumenten“ (LC1) und die „komplizierten Verfahren“ (LC4) machen jeweils deutlich weniger als 10% der Dossiers aus.

Auch für die Berentungskonstellationen ist ein systematischer Stichprobenfehler infolge von fehlenden Werten bei den Prädiktorvariablen nicht wahrscheinlich, trotzdem die Ausgangsbasis auf n=783 abgesunken ist.

Abbildung 7-11: Berentungskonstellationen als Ausgangsbasis für Klassifikationsanalysen

Die nächste Abbildung 7-12 zeigt, welche Einflussfaktoren für die Differenzierung der einzelnen Berentungskonstellationen entscheidend sind. Schon vom visuellen Eindruck her wird deutlich, dass für die Berentungskonstellationen die angestrebte „Entmischung“ des Basisknotens in seine einzelnen Konstellationen mithilfe der Prädiktorvariablen von allen bisher dargestellten Klassifikationsbäumen am besten gelungen ist:

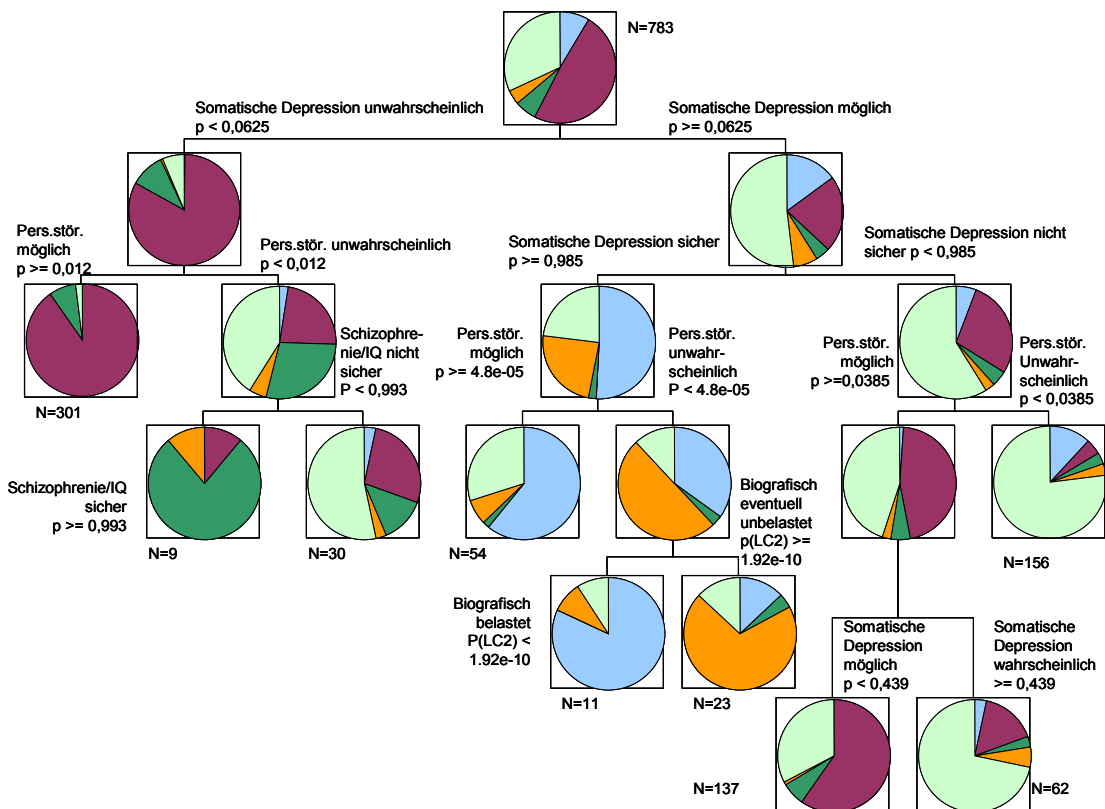
Die Zusammensetzung in den Endknoten ist weitaus homogener als bei den bisherigen Bäumen, obwohl keine höhere Gliederungstiefe zum Einsatz kam (4 Stufen) als bei den Diagnosen-Bäumen. Eine solch klare Entmischung der Typen ist bei diesem statistischen Verfahren erstaunlich. Das zeigt, dass sehr klar unterschiedliche Berentungskonstellationen gefunden werden konnten:

Betrachtet man zunächst die linke Seite des Baumes, sieht man dass die *klar psychiatrischen Verfahren* besonders dominant sind, wenn die Diagnosenkonstellation somatische Depression sehr unwahrscheinlich ist und zugleich eine Persönlichkeitsstörung nicht ausgeschlossen werden kann.

Überwiegend *ältere psychiatrische Langzeitverfahren* (genauer: 78%) entstehen, wenn somatische Depressionen und Persönlichkeitsstörungen unwahrscheinlich sind, die Diagnosenkonstellation Schizophrenie und Minderintelligenz hingegen fast sicher zutrifft.

Ist die Diagnosenkonstellation Schizophrenie und Minderintelligenz) nicht sicher, dann handelt es sich hingegen überdurchschnittlich häufig um *somatisch einfachere Kurzverfahren*.

Abbildung 7-12: Klassifikations-Modell der Berentungskonstellationen



Die rechte Hälfte des Baumes, die dadurch eingeleitet wird, dass die Diagnosenkonstellation somatische Depression möglich ist, wird weiter unterteilt durch die Frage, ob eine solche als gesichert angenommen werden kann: Bei einer sicher bestehenden somatischen Depression und einer möglichen Persönlichkeitsstörung handelt es sich meist um *somatisch komplexe Kurzverfahren*.

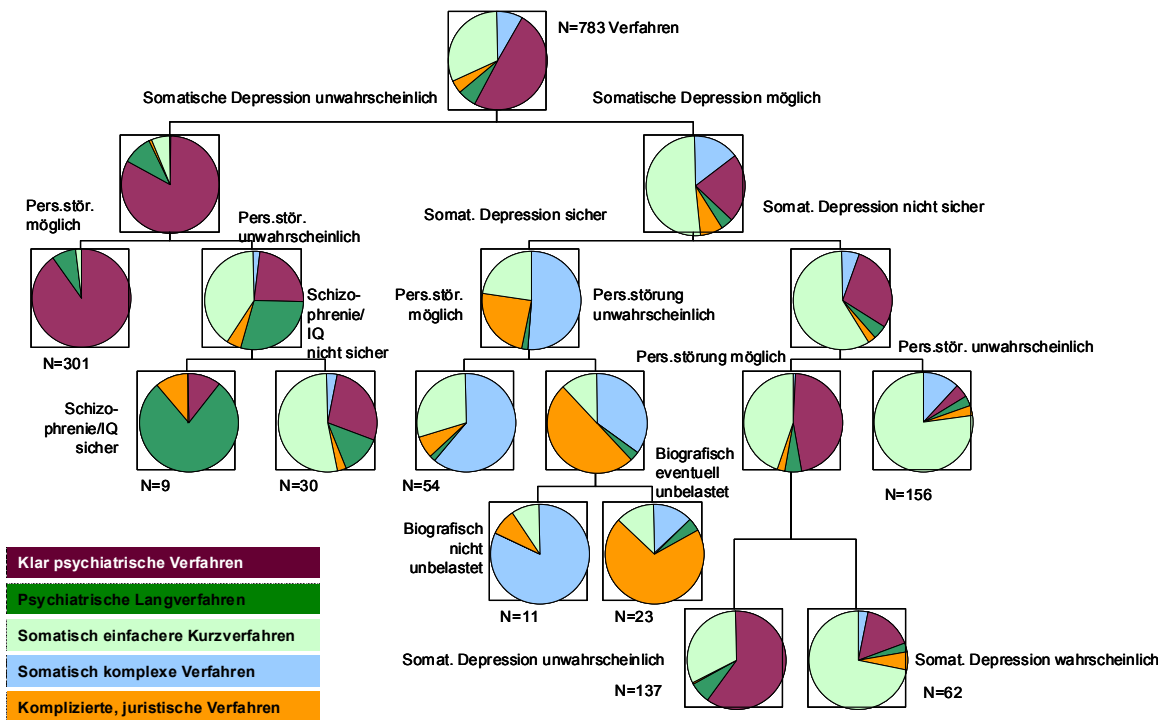
Um diese *somatisch komplexen Kurzverfahren* handelt es sich noch sehr viel häufiger, wenn eine Persönlichkeitsstörung sowie der Belastungstyp Unbelastet/Unterdokumentiert annähernd ausgeschlossen werden können. Gibt es allerdings Hinweise, dass es sich um biografisch unbelastete/unterdokumentierte Personen handelt, dann ist dies mit einer Dominanz von *komplizierten juristischen Verfahren* zu rechnen.

Ist der somatische Depressionstyp wahrscheinlich und eine Persönlichkeitsstörung möglich, dann handelt es sich meist um *somatisch einfachere Kurzverfahren*. Derselbe Verfahrenstypus ist auch dann sehr häufig, wenn eine somatische Depression möglich, eine Persönlichkeitsstörung hingegen ausgeschlossen werden kann.

Der letzte Endknoten (n=137) wird wiederum von den *klar psychiatrischen Verfahren* dominiert. Dieser Verfahrenstyp wird dann wahrscheinlich, wenn sowohl eine somatische Depression vorhanden ist und eine Persönlichkeitsstörung *nicht* ausgeschlossen werden kann.

Die folgende Abbildung 7-13 zeigt wegen der Bedeutung dieser Analyse der Einflussfaktoren auf die Berentungsverfahren nochmals eine vereinfachte Version:

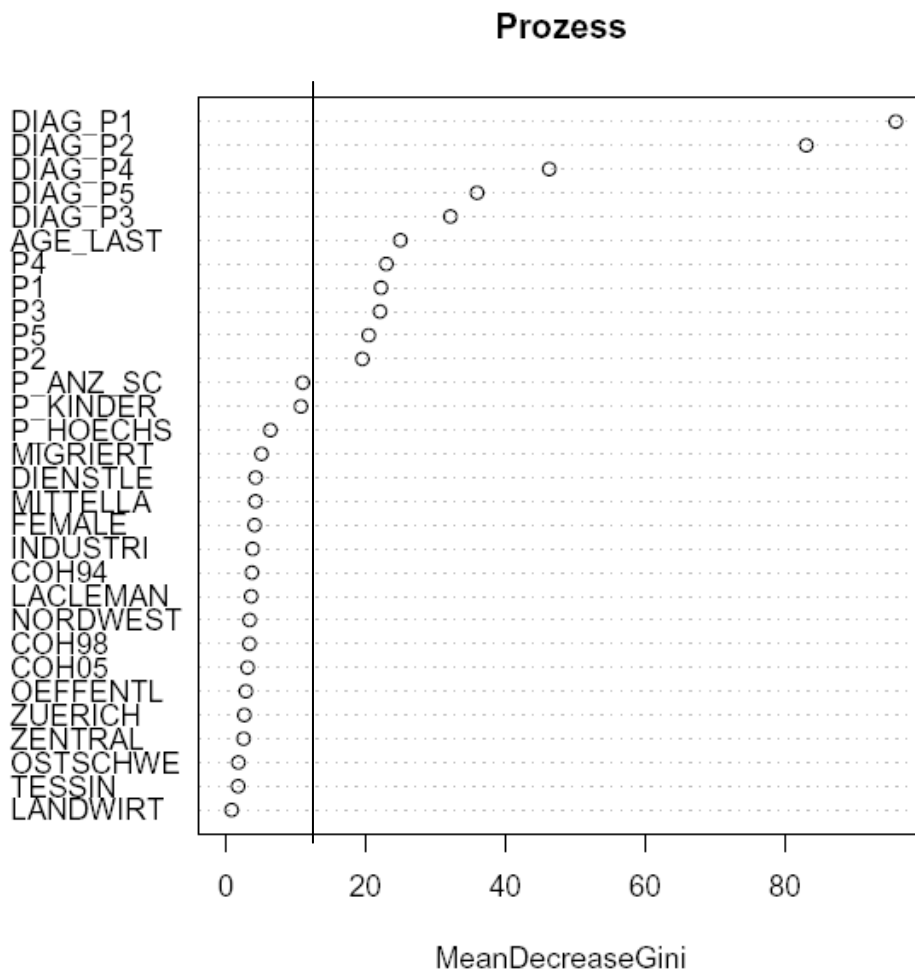
Abbildung 7-13: Vereinfachtes Modell der klassifizierten Berentungskonstellationen



Im Klassifikationsbaum für die Berentungskonstellationen spielen also insbesondere die von den Arztberichten stammenden diagnostischen Konstellationen eine herausragende Rolle für den Typus des Berentungsprozesses. Nur in einem einzigen Fall wurde ein Split auch einmal möglich/notwendig aufgrund einer biographischen Belastungssituation. Alle übrigen untersuchten Variablen, das heisst sämtliche biographischen Merkmale, sämtliche sozialstrukturellen Variablen, historische Umstände oder regionale Unterschiede sind für den Ablauf des Berentungsverfahrens nicht von Bedeutung.

Dies ist ein bemerkenswertes Ergebnis, das auch bei der erneuten Untersuchung mittels Random Forest Analysen nicht mehr entscheidend geändert wird in seinem inhaltlichen Kern (vgl. Abbildung 7-14). Lediglich das Alter bei der letzten Anmeldung, das ja seinerseits mit Belastungs- wie auch mit diagnostischen Konstellationen eng verbunden ist, kann sich in diese Reihe der Prädiktoren eingruppiieren.

Abbildung 7-14: Random Forest Analyse der Berentungskonstellationen



Dies kann in einem doppelten Sinne gedeutet werden: Zum ersten ist die Unabhängigkeit des Berentungsverfahrens von Einflüssen, die eher eine soziale Ungleichheit bei der Zuerkennung von IV-Renten bedeuten würden (Region, Branche, historische Periode) ein erfreulicher Umstand. Auch die weitgehende Nicht-Berücksichtigung von biographischen Merkmalen (Kinderzahl, Migration, Bildung, Geschlecht) in den Aspekten des Berentungsverfahrens zeigt, dass sich die Berentungen weitgehend an diagnostisch-medizinischen Umständen orientieren, und nicht an individuellen Biographien und nur sehr begrenzt an Belastungskonstellationen (wobei dies nicht im Widerspruch steht zum Primat der medizinischen Begutachtung).

Andererseits ist aber der - aus sachlichen Gründen wichtige - Primat einer medizinischen Begutachtung bisher auch oft verbunden mit einem Verzicht auf eine eingehendere Diagnostik der Arbeitsfähigkeit bzw. der Chancen und Potenziale zur beruflichen Rehabilitation, wie im deskriptiven Teil oben schon eingehend gezeigt werden konnte. In der Ausweitung der ärztlichen Beurteilung auch auf funktionelle und rehabilitative Gesichtspunkte liegt sicher eine grosse Chance des IV-Abklärungsverfahrens.

Zusammenfassung: Welche Faktoren beeinflussen die Berentungskonstellationen?

Das zentrale Ergebnis all dieser Analysen ist: Die Berentungsverfahren werden von den Erkrankungen bestimmt. Es gibt medizinisch voneinander abgrenzbare Erkrankungen, die den weiteren Verlauf bestimmen und letztlich auch die Berentung. Bestimmte Erkrankungen haben vor über 20 Jahren zu denselben Verfahrensprozessen geführt wie dies in jüngerer Zeit der Fall gewesen ist. Dies bedeutet letztlich nichts anderes, als dass sich die IV-Stellen in ihrem Abklärungsverfahren von der ärztlichen Beurteilung haben leiten lassen. Die IV-Stellen haben sich in ihren Rentenentscheiden nicht leiten lassen von Merkmalen wie Nationalität, Geschlecht, Bildung und anderen. Das heisst, dass das Berentungsverfahren bei psychisch Kranken über die Zeit insgesamt gleich geblieben und nicht von IV-fremden Faktoren bestimmt ist.

Zudem ist zu beachten, dass nach den Erkrankungen direkt die verschiedenen Belastungstypen direkt Einfluss nehmen auf die Berentungsverfahren. Das zeigt, dass die Erkrankungen natürlich eng verbunden sind mit den erfahrenen Belastungen - und beides führt dann zu einer Berentung.

Der generelle Missbrauchsvorwurf gegenüber den Personen mit einer Invalidisierung aus psychischen Gründen lässt sich mit diesen Resultaten sehr stark relativieren: Abgesehen von einer umschriebenen Gruppe von psychiatrisch Berenteten, bei denen anhand der vorliegenden (und bei einer Aktenanalyse natürlich eingeschränkten) Datenlage unklar bleibt, warum keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben ist, weist der überwiegende Teil der nach 646 Berenteten ein nachvollziehbares Muster von Belastungen, Erkrankungen und entsprechenden Verfahrensprozessen aus.

Ein weiterer (geringerer) Einflussfaktor ist das Alter bei IV-Anmeldung: Hier kann man sich schliesslich überlegen, ob nicht bei älteren Versicherten vorschnell mit Blick auf den Arbeitsmarkt auf eine Unabwendbarkeit einer IV-Berentung geschlossen wurde.

8 Massnahmeempfänger ohne IV-Rente nach Code 646

Das Ziel dieser Studie ist neben der Beschreibung der Typen von Berenteten nach Code 646 und der Darstellung der Berentungskonstellationen auch eine Beschreibung von möglichen Risikofaktoren für eine Berentung nach Code 646. Die bisherigen Analysen haben diesbezüglich eine Fülle von Anhaltspunkten geliefert, letztlich wird für eine Risikoanalyse aber eine Vergleichsgruppe benötigt. Die im Folgenden darzustellende Kontrollgruppe umfasst 273 Versicherte, die ebenfalls unter 646 kategorisiert wurden, also dasselbe diagnostische Profil aufweisen sollten wie die dargestellten IV-Rentnerinnen und Rentner. Der Unterschied zur Rentengruppe liegt bei der Kontrollgruppe darin, dass alle Kontrollpersonen eine berufliche IV-Massnahme erhalten haben und bis zwei Jahre nach Massnahmeverfügung keine IV-Rente beziehen (siehe Kapitel 2).

Die Idee dieser Kontrollgruppe liegt darin, den Berenteten diejenigen Personen gegenüber zu stellen, die nach krankheitsbedingten Arbeitsproblemen mit Hilfe der Invalidenversicherung wieder erfolgreich eingegliedert werden konnten respektive über einen gewissen Zeitraum nach Massnahme nicht invalidisiert werden mussten. Die Entscheidung, diese Personengruppe als Kontrollgruppe zu nehmen, wurde vom Bundesamt für Sozialversicherungen als Auftraggeber dieser Studie gefällt, entsprach aber auch unserer Empfehlung. Die Absicht ist unter anderem, mit einem solchen Vergleich Hinweise auf Prognosefaktoren für eine erfolgreiche Eingliederung zu erhalten, das heisst, die Definition einer solchen Kontrollgruppe erfolgte auch im Hinblick auf die neuen Massnahmen der IV im Rahmen der 5. IV-Revision.

Im Folgenden werden einige deskriptive Resultate zur Kontrollgruppe gezeigt. Da die oben dargestellte Rentengruppe ebenfalls einen Anteil von Personen (13%) umfasste, die mindestens einmal eine berufliche IV-Massnahme (BM) erhalten haben, verfügen wir nun über 3 Gruppen von psychisch kranken Versicherten:

1. Berentete ohne BM: IV-Berentete nach 646, die niemals eine berufliche IV-Massnahme erhalten haben (N=769)
2. Berentete mit BM: IV-Berentete nach 646, die jemals berufliche IV-Massnahmen erhalten haben (N=118)
3. BM ohne Rente (Kontrollgruppe): IV-Versicherte nach 646, die 2 Jahre nach einer verfügten Beruflichen IV-Massnahme nicht berentet sind (Kontrollgruppe, N=273).

Die folgenden Übersichtstabellen (siehe Tabelle 8-1 bis Tabelle 8-6) zeigen einige Kennziffern der Kontrollgruppe im Vergleich zu den beiden Gruppen von Berenteten - Berentete *mit* vorhergehender Beruflicher IV-Massnahme und Berentete *ohne* vorhergehende berufliche IV-Massnahme.

8.1 Soziodemografische Merkmale von Massnahmeempfängern und Berenteten

Der Vergleich der Versicherten mit und ohne IV-Rente zeigt schon auf den ersten Blick, dass die beiden Gruppen sich stark unterscheiden (Tabelle 8-1): Ist bei den Berenteten das Geschlechterverhältnis etwa ausgeglichen, so sind in der Gruppe der beruflichen Massnahmen ohne IV-Rente (Kontrollgruppe) die Männer mit etwa zwei Drittel deutlich übervertreten. Der grösste Unterschied zwischen Massnahmeempfängern und Rentnern liegt aber im Alter:

Massnahmeempfänger waren bei ihrer ersten IV-Anmeldung im Schnitt 17 Jahre jünger als die Berenteten ohne vorherige Massnahme. Allerdings waren sie nur 5 Jahre jünger als die Berenteten, die einmal eine berufliche Massnahme erhalten haben. Hier zeigt sich nochmals klar, dass eine berufliche IV-Massnahme eng an ein junges Alter geknüpft ist.

Tabelle 8-1: Vergleich der Kontrollgruppe mit den Berenteten nach Code 646: Soziodemografische Merkmale

	Kontrollgruppe 646		Berentete 646
	BM ohne Rente (%)	Rente mit BM (%)	Rente ohne BM (%)
Geschlecht weiblich	36.9	52.6	53.0
Alter bei erster IV-Anmeldung (mean)	23.4	28.8	40.2
Max. 9 Schuljahre	63.5	73.9	83.7
Sekundär-Stufe absolviert	97.0	91.7	93.3
Tertiärstufe absolviert	2.6	8.3	6.7
Heimatstaat Schweiz	72.5	81.4	59.9
Versicherter ist migriert	21.0	14.4	36.8
Schlechte Landessprachkenntnisse	50.0	33.3	50.2
Jemals geheiratet	28.4	40.4	70.0
Jemals geschieden/getrennt	11.9	21.9	31.6
Ein oder mehrere Kinder	23.1	30.7	58.3
Alleinerziehend (> 2Jahre)	4.7	6.1	10.9
Sozialhilfebezug in Familie inkl. Vers.	25.3	29.6	25.3
Wohnt allein	14.8	24.8	24.4
Wohnt mit Partner/Kindern	26.5	32.4	60.3
Wohnt bei Eltern	27.6	23.8	8.0
Wohnt in Institution	17.5	10.5	4.7
Ländlich aufgewachsen	58.7	46.5	59.2

Der sehr grosse Altersunterschied zwischen Kontrollgruppe und Rentengruppe macht einen echten Vergleich in Bezug auf mögliche Risikofaktoren für eine Berentung unmöglich. Angesichts des jungen Alters der Massnahmeempfänger muss man sich fragen, wie weit es sich bei ihnen um Personen handelt, die *dank Massnahmen wirklich keine IV-Rente* benötigen oder wie weit sie einfach *noch keine IV-Rente* beziehen. Auf diese Frage wird am Schluss dieses Kapitels eingegangen.

Der grosse Altersunterschied zieht erwartungsgemäss weitere relevante Unterschiede mit sich: Massnahmeempfänger sind sehr viel seltener verheiratet (28%) und geschieden (12%) und haben auch seltener Kinder (23%) als die Berenteten mit (40%, 22%, 31%) und ohne berufliche Massnahme (70%, 32%, 58%). Besonders gross sind diese Unterschiede jeweils zur Gruppe der Berenteten ohne berufliche Massnahme.

Massnahmeempfänger ohne Rente haben häufiger eine Ausbildung, die über die obligatorische Schulzeit hinausgeht und sie liegen in Bezug auf den Anteil von Migranten etwa im Durchschnitt der Schweizer Bevölkerung (21% Migranten). Tief ist der Migranten-Anteil bei den Berenteten, die eine berufliche Massnahme erhalten haben (14%), hingegen besonders hoch bei den Berenteten, die zuvor keine Massnahme erhalten haben (37%).

Auffallend ist bei den Massnahmeempfängern ohne Rente der hohe Anteil von Personen, die bei den Eltern wohnen (28%) oder in einem Wohnheim (18%).

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass es sich bei der Kontrollgruppe der Personen mit Eingliederungsmassnahme aber ohne Rente typischerweise um junge, männliche Schweizer handelt, die oft noch bei den Eltern oder in einer betreuten Einrichtung wohnen. Damit unterscheidet sich diese Gruppe sehr deutlich von den Rentnerinnen und Rentnern, die niemals eine Eingliederungsmassnahme erhalten haben. Hingegen zeigt sich eine gewisse Verwandtschaft zwischen der Kontrollgruppe und den RentnerInnen, die vor Berentung eine Eingliederungsmassnahme erhalten haben.

8.2 Biografische Belastungen von Massnahmeempfängern und Berenteten

In Bezug auf die psychosozialen Belastungen aus Kindheit und Jugend zeigt sich ebenfalls ein deutlich unterschiedliches Profil der Nicht-Berenteten und Berenteten:

Die nicht-berenteten Massnahmeempfänger zeigen insgesamt ein stark belastetes, in mancherlei Hinsicht auch deutlich stärker belastetes Profil als die Berenteten (vor allem als diejenigen ohne vorherige Massnahme):

58% der Nicht-Berenteten haben psychische Erkrankungen in der Herkunftsfamilie erlebt, 29% waren Opfer von Gewalt, 13% Opfer von sexuellem Missbrauch und mehr als ein Drittel war längere Zeit in einem Heim oder sonst von den Eltern getrennt. Jeder Fünfte ist in häufig wechselnden Pflegefamilien aufgewachsen. Zudem zeigte ein sehr grosser Teil der Nicht-Berenteten schon während der Schulzeit Leistungsprobleme (64%) und Verhaltensauffälligkeiten (55%). Bei jedem Vierten finden sich in den Akten schliesslich Hinweise auf eine falsche Berufswahl.

Die Verteilung der Belastungen zeigt, dass es sich bei den Massnahmeempfängern also um eine besonders stark biografisch belastete Gruppe handelt, die überwiegend schon sehr früh Probleme zeigten. Bedenkt man die hohen Anteile von Personen mit psychischen Störungen, Gewalt sowie Trennungs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Herkunftsfamilie, so erinnert das an die oben bei den Berenteten dargestellten Belastungskonstellationen der „Familiär Vorbelasteten“ sowie der „Hoch Belasteten“.

Ein ähnliches Profil zeigt wiederum die Rentengruppe mit erhaltener Beruflicher Massnahme, allerdings - mit Ausnahme bei der erfahrenen Vernachlässigung - in deutlich milderer Form. Der Vergleich mit der Rentengruppe ohne vorherige Massnahme macht deutlich, dass es sich hier um zwei sehr unterschiedliche Gruppen handelt.

Tabelle 8-2: Vergleich der Kontrollgruppe mit den Berenteten nach Code 646: Belastungen aus Kindheit/Jugend

Variable	Kontrollgruppe 646		Berentete 646	
	BM ohne Rente (%)	Rente mit BM (%)	Rente ohne BM (%)	
Psychische Störungen in Familie	57.8	45.9	36.9	
Psychische Störungen der Eltern	46.2	36.1	28.4	
Opfer von Vernachlässigung	40.3	46.4	33.0	
Opfer von sexuellem Missbrauch	12.6	8.3	5.4	
Opfer von Gewalt	28.7	17.6	16.3	
Längere Trennung von Eltern (>1 J.)	34.7	22.0	16.9	
Längerer Aufenthalt in Heim (>1 J.)	33.5	18.2	10.0	
Verlust Elternteil durch Tod	13.4	11.9	11.6	
Verlust Elternteil durch Trennung	36.6	19.4	13.4	
Wechselnde Pflegemilieus	20.5	13.8	7.9	
Körperliche Krankheit bei Eltern	28.6	17.6	28.8	
Delinquenz eines Elternteils	1.9	1.9	0.9	
4 und mehr Geschwister	16.0	15.8	31.4	
In Unterschicht aufgewachsen	51.3	42.4	61.5	
Schulische Probleme (Leistung)	63.6	47.0	26.3	
Schulische Probleme (Verhalten)	55.2	26.8	11.9	
Hinweise auf falsche Berufswahl	24.7	19.8	10.9	

8.3 Arbeitsbiografie von Massnahmeempfängern und Berenteten

Betrachtet man die Arbeitsbiografie der drei Gruppen zeigt sich zunächst ein deutlicher Unterschied in Bezug darauf, ob jemand jemals erwerbstätig gewesen ist vor IV-Anmeldung: Dies war nur bei einem Drittel der Nicht-Berenteten der Fall, wohingegen rund die Hälfte der Berenteten vor IV-Kontakt jemals erwerbstätig war. Dies hat womöglich mit dem deutlich jüngeren Alter der Nicht-Berenteten bei Anmeldung zu tun.

Nach Branche verglichen sieht man, dass die Massnahmeempfänger etwas häufiger im Baugewerbe, im Verkehr- und Nachrichtenwesen sowie im Gastgewerbe tätig waren, dafür etwas seltener in der Industrie, im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in Banken und Versicherungen. Die Übervertretung im Baugewerbe zeigt sich daran, dass doch jeder fünfte Massnahmeempfänger durch längerdauernde, schwere körperliche Arbeit belastet war.

Tabelle 8-3: Vergleich der Kontrollgruppe mit den Berenteten nach Code 646: Arbeitsbiografie/Arbeitsbelastungen/Merkmale letzter Arbeitsplatz

Variable	Kontrollgruppe 646		Berentete 646
	BM ohne Rente (%)	Rente mit BM (%)	Rente ohne BM (%)
Ist erwerbstätig gewesen	37.0	52.5	49.0
Branche: Industrie	18.8	22.7	23.6
Branche: Baugewerbe	12.7	7.2	7.3
Branche: Handel, Reparatur	15.2	13.4	12.9
Branche: Gastgewerbe	11.5	8.2	6.7
Branche: Verkehr/Nachrichten	8.5	3.1	5.2
Branche: Banken, Versicherungen	1.2	3.1	4.0
Branche: Dienstleistungen	6.1	5.2	7.7
Branche: Öffentliche Verwaltung	4.2	5.2	5.5
Branche: Gesundheits-, Sozialwesen	10.9	15.5	13.9
Schwere körperliche Arbeit (> 1 Jahr)	19.6	4.7	15.6
Mobbing-Opfer (auch subjektiv)	11.3	7.1	7.4
Selbst schwieriges Sozialverhalten	28.7	27.8	19.1
Unzufriedenheit mit Arbeitssituation	21.5	16.3	14.1
Nischen-Job	8.8	17.3	9.2
Arbeitgeber bemühte sich für Vers.	21.4	12.4	19.3
Durchschnittliches Einkommen (CHF)	15'600.-	14'900.-	18'700.-
Letztes Arbeitsverhältnis bestehend	25.9	42.2	46.5
Umplatzierung im Betrieb möglich	13.0	13.3	6.8
Umplatzierungsmöglichkeit geprüft	55.3	48.8	57.9
Hilfestellung durch IV erwünscht	9.4	4.4	6.1

Auffällig ist, dass vergleichsweise recht viele Massnahmeempfänger unzufrieden waren mit ihrer Arbeitssituation, bevor sie sich bei der IV angemeldet haben - dies passt zum Resultat, dass bei ihnen oft auch eine ‚falsche Berufswahl‘ dokumentiert ist. Das durchschnittliche (preisbereinigte) Jahreseinkommen der Nicht-Berenteten ist mit 15'600 CHF tiefer als dasjenige der Rentner ohne Massnahme (höheres Alter) aber gut vergleichbar mit dem Einkommen der Rentner mit vorheriger Massnahme. Insgesamt zeigt der Vergleich der Arbeitsbiografie weniger Unterschiede zwischen den Gruppen als die Soziodemografie oder die Biografie.

8.4 Gesundheitsverhalten und Persönlichkeit von Massnahmeempfängern und Berenteten

Massnahmeempfänger leben deutlich seltener sozial isoliert als Berentete (66% gegenüber 84% respektive 79%), unterscheiden sich aber in ihrem Gesundheitsverhalten kaum von den Berenteten: Die Nicht-Berenteten konsumieren lediglich etwas häufiger Nikotin oder Cannabis, was möglicherweise mit ihrem jüngeren Alter zusammenhängt.

Tabelle 8-4: Vergleich der Kontrollgruppe mit den Berenteten nach Code 646: Lebensumstände/Gesundheitsverhalten/Persönlichkeitsmerkmale

Variable	Kontrollgruppe 646		Berentete 646	
	BM ohne Rente (%)	Rente mit BM (%)	Rente mit BM (%)	Rente ohne BM (%)
Überschuldung	18.4	4.5		8.8
Sozial isoliert	66.1	84.2		79.0
Nikotin/Cannabis-Konsum	75.7	63.9		70.4
Riskanter Alkoholkonsum	53.9	59.3		51.1
Zuwenig körperliche Aktivität	22.0	23.5		42.1
Übergewicht (BMI >25)	29.1	30.3		31.6
Übertriebene Leistungsorientierung	17.8	20.9		9.6
Alexithymie	28.0	14.7		13.1
Problem-Verleugnung	60.7	81.0		87.0
Passive Problembewältigung	48.6	67.3		80.0
Externale subj. Begründung AUF	38.0	59.2		68.9
Persönlichkeitsakzentuierung (>=1)	65.2	81.4		65.9
Misstrauisch, empfindlich	6.2	10.2		9.8
Kühl, distanziert	2.6	8.5		4.0
Verantwortungslos, asozial	5.5	4.2		3.9
Emotional-instabil, impulsiv	18.7	31.4		15.0
Aufmerksamkeitssüchtig	4.4	3.4		6.2
Perfektionistisch	4.0	8.5		5.1
Ängstlich-vermeidend	27.1	29.7		21.1
Abhängig-selbstunsicher	11.7	17.8		11.8
Egozentrisch, narzisstisch	15.4	11.9		9.9
Andere	11.7	8.5		14.0

Auf der anderen Seite sind sie seltener dadurch belastet, dass sie körperlich zuwenig aktiv sind (22%) - dies ist bei den Rentnern ohne vorherige Massnahme doppelt so häufig der Fall (42%). Auffallend ist hingegen, dass bei fast 20% der Massnahmeempfänger ohne Rente eine finanzielle Überschuldung in den Akten erwähnt ist. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass ein Teil dieser (jungen) Massnahmeempfänger eingeschränkt ist bei der Alltagsbewältigung.

8.5 Diagnosen von Massnahmeempfängern und Berenteten

Betrachtet man die jemals gestellten psychiatrischen Diagnosen, so zeigen sich wiederum klare Unterschiede. Am deutlichsten sind die Unterschiede bei den Diagnose-Hauptkategorien F0 (Hirnorganische Störungen), F3 (Affektive Störungen), F8 (Entwicklungsstörungen) und F9 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend).

Tabelle 8-5: Vergleich der Kontrollgruppe mit den Berenteten nach Code 646: Diagnosen/Unfälle

Variable	Kontrollgruppe 646		Berentete 646
	BM ohne Rente (%)	Rente mit BM (%)	Rente ohne BM (%)
Hirnorganische Störungen (F0)	11.7	3.4	1.8
Substanzabhängigkeit (F1)	14.4	26.3	18.3
Schizophrene Störungen (F2)	3.0	8.5	11.3
Affektive Störungen (F3)	35.2	52.5	63.2
Neurotische Störungen (F4)	33.0	33.9	47.5
Essstörungen (F5)	4.9	11.9	2.2
Persönlichkeitsstörungen (F6)	34.1	62.7	44.5
Intelligenzstörungen (F7)	9.1	12.7	6.1
Entwicklungsstörungen (F8)	15.9	6.8	1.6
Kindliche Verhaltensstörungen (F9)	18.2	5.9	1.2
Subj. Problem: Geburtsgebrechen	29.8	18.0	7.0
Subj. Problem: Krankheit	61.6	77.5	83.4
Subj. Problem: Unfall	7.0	9.9	10.5
Unfall zu Problembeginn	6.8	6.8	9.1

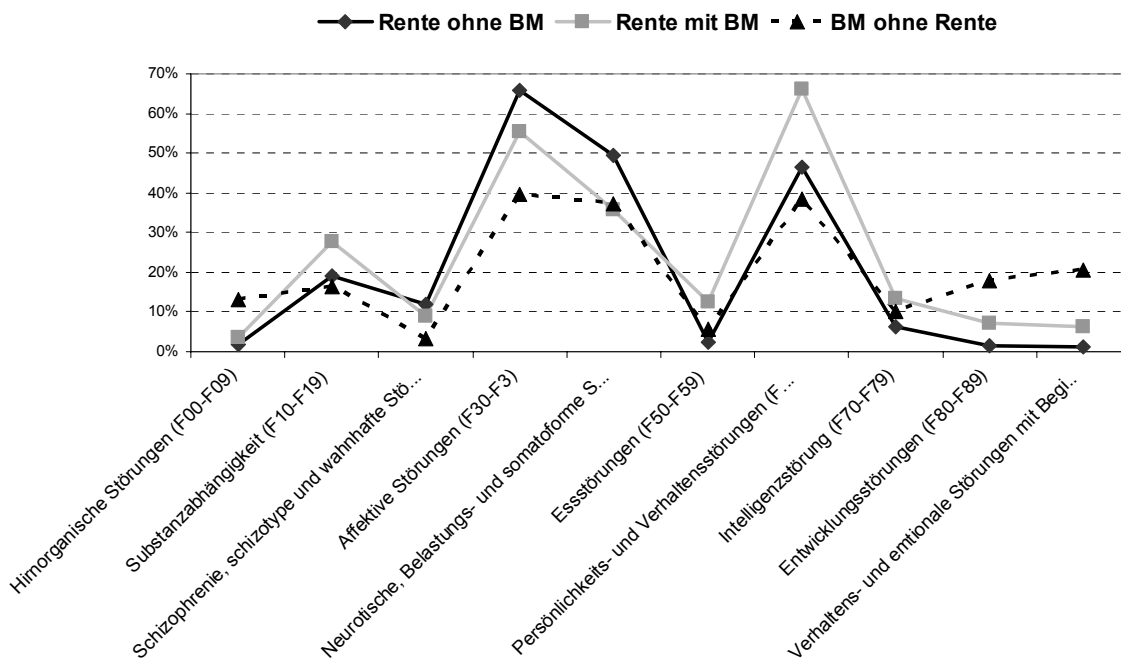
Die beruflichen Massnahmeempfänger sind sehr viel häufiger in den beiden kinderpsychiatrischen Diagnosekategorien F8 und F9 vertreten. Hinzu kommen, respektive parallel dazu sind vorhanden, nochmals 12% mit F0-Störungen, das sind ausschliesslich Psychoorganische Syndrome (POS), die normalerweise vor dem 10. Lebensjahr diagnostiziert werden. Insgesamt haben 32% der beruflichen Massnahmeempfänger irgendeine Diagnose aus den Kategorien F0, F7, F8 und F9 (bei denen Mehrfachnennungen möglich sind).

Das heisst, dass knapp ein Drittel der Nicht-Berenteten ein Geburtsgebrechen hat oder eine psychiatrische Diagnose mit Beginn in der Kindheit. Dazu passt, dass 30% der Nicht-Berenteten bei Anmeldung angegeben haben, dass die Art der Behinderung ein Geburtsgebrechen sei. Damit zeigt sich, dass zumindest ein Teil der Personen dieser Gruppe nicht mit den Berenteten vergleichbar ist. Bei den Berenteten mit vorheriger Beruflicher Massnahme ist der Anteil von Geburtsgebrechen mit 18% ebenfalls deutlich höher als bei den Berenteten ohne Massnahme - aber dennoch deutlich tiefer als bei den Nicht-Berenteten.

Damit wird auch nochmals unterstrichen, dass berufliche IV-Massnahmen bei psychisch Kranken vor allem dann gesprochen werden, wenn es sich um Geburtsgebrechen oder sehr frühe Erkrankungen handelt.

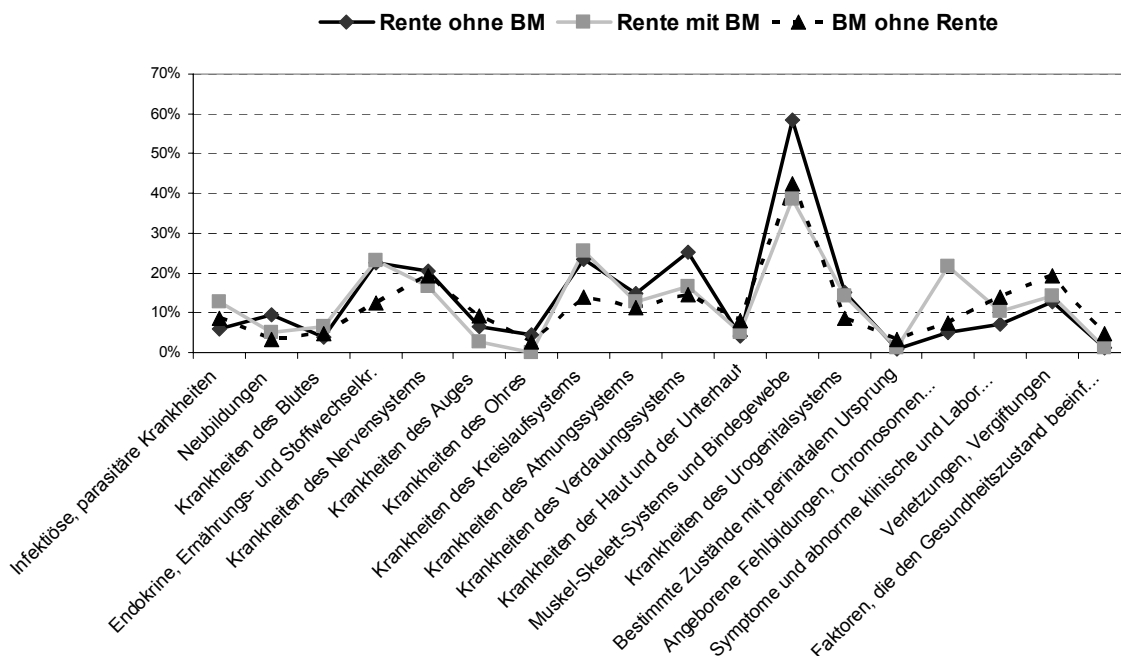
Sehr viel seltener (35% gegenüber 53% respektive 63%) sind bei den Nicht-Berenteten die Depressionen und anderen Diagnosen aus der Kategorie der Affektiven Störungen (F30-F39). Dies ist nachvollziehbar, wenn man das höhere Erkrankungsalter bei Depression berücksichtigt. Auch bei den somatoformen Störungen und bei den Persönlichkeitsstörungen sind die Nicht-Berenteten untervertreten (Abbildung 8-1 und Abbildung 8-2):

Abbildung 8-1: Psychische Störungen bei Berenteten und Nicht-Berenteten



In Bezug auf das Vorhandensein von körperlichen Erkrankungen zeigen die Nicht-Berenteten erwartungsgemäss (jüngeres Alter) seltener somatische Diagnosen, ausser bei den Verletzungen. .

Abbildung 8-2: Somatische Krankheiten bei Berenteten und Nicht-Berenteten



Zusammengefasst präsentiert sich bei den Massnahmeempfängern diagnostisch ein ziemlich anderes Bild als bei den Berenteten. Sie sind somatisch im Durchschnitt deutlich gesünder als die Rentnerinnen und Rentner und haben auch weniger psychische Störungen, die normalerweise in etwas

höherem Alter beginnen. Hingegen wurden bei ihnen häufig Geburtsgebrechen und kinderpsychiatrische Erkrankungen diagnostiziert, die in einem solchen Ausmass bei den Berenteten nicht vorhanden sind.

8.6 Verfahrensmerkmale bei Massnahmeempfängern und Berenteten

Die Verfahrensmerkmale differenzieren relativ stark zwischen den Gruppen: Nicht-Berentete fallen zunächst dadurch auf, dass sie nur selten bei Anmeldung eine IV-Rente beantragt haben (Mehrfach-Anträge sind bei Anmeldung möglich). Im Gegensatz zu 29% Nicht-Berenteter mit einem Rentenanspruch haben bei den Berenteten mit vorheriger Massnahme 52% einen Rentenanspruch gestellt und bei den Berenteten ohne Massnahme 72%.

Tabelle 8-6: Vergleich der Kontrollgruppe mit den Berenteten nach Code 646: (Medizinische) Verfahrensmerkmale

Variable	Kontrollgruppe 646		Berentete 646	
	BM ohne Rente (%)	Rente mit BM (%)	Rente mit BM (%)	Rente ohne BM (%)
IV-Rente beantragt bei Anmeldung	28.6	51.7		72.3
BM beantragt bei Anmeldung	71.1	68.6		37.5
Haushaltabklärung durchgeführt	4.1	4.8		12.0
Juristische Einsprache gemacht	11.6	17.1		15.4
5 und mehr ärztliche Stellungnahmen	57.4	90.6		79.9
4 und mehr involvierte Ärzte	45.9	75.2		70.8
3 und mehr Arztberichte	62.9	66.9		58.0
Kein psychiatrisches Dokument	19.3	10.4		9.3
Mehr als 2 psychiatrische Dokumente	43.9	64.3		48.3
Auslösendes Dokument: > 5 Seiten	31.1	22.1		22.3
Auslösendes Dokument: > 2 Sätze	19.4	31.0		26.0
Stellungnahmen sind widersprüchlich	84.6	14.3		26.2
Ausschluss früherer Diagnosen	11.7	4.4		6.5
Ausl. Dokument: BM diskutiert	69.3	57.9		41.1
Total: Reha aufgezeigt	26.7	35.7		17.2
Total: Potential aufgezeigt	40.6	63.5		38.1
Total: Arbeitsbiografie dokumentiert	62.9	78.9		74.0
1. Arztbericht: Besserungsfähig	56.8	56.1		28.5
1. Arztbericht: BM angezeigt	75.8	62.7		35.0
1. Arztbericht: Med. Mass. angezeigt	17.4	17.5		17.4

Umgekehrt präsentiert sich die Situation bei den beruflichen Massnahanträgen: Die Nicht-Berenteten und die Berenteten mit Massnahme haben auch viel häufiger eine solche beantragt als die RentnerInnen ohne Massnahme (71% respektive 69% gegenüber 38%). Die Anträge bei IV-Anmel-

dung und die Art der durchgeführten Massnahmen hängen demnach sehr eng zusammen (wie auch immer die Zusammenhänge verursacht sind).

Betrachtet man das ärztliche Abklärungsverfahren, so zeigt sich erwartungsgemäss, dass Massnahmeempfänger (noch) sehr viel weniger häufig von Ärzten beurteilt wurden: Sie weisen deutlich weniger ärztliche Stellungnahmen und auch weniger involvierte Ärzte auf. Hingegen wurden bei ihnen gleich viele IV-Arztberichte verfasst wie bei den RentnerInnen. Das deutet darauf hin, dass die Nicht-Berenteten zwar im ‚regulären‘ Abklärungsverfahren (stellvertretend dafür die offiziellen IV-Arztberichte) gleich häufig begutachtet wurden, dass sie aber sehr viel seltener besonders viele Stellungnahmen und involvierte Ärzte provozieren, wie dies bei gewissen Gruppen der Berenteten der Fall ist. Die Nicht-Berenteten haben auf der anderen Seite doppelt so häufig (19%) wie die Berenteten überhaupt kein psychiatrisches Dokument in den Akten. Dies ist ein Hinweis auf die erhöhte Anzahl von Geburtsgebrechen.

Zu beachten ist zudem, dass die Anzahl Sätze über die Folgen der Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit im wesentlichen ärztlichen Dokument bei den Massnahmeempfängern geringer ausfällt als bei den Rentnerinnen und Rentnern. Das zeigt, dass die - sowieso generell geringe - Betrachtung der Funktionsfähigkeit noch weniger intensiv ausfällt, wenn es nicht um eine Rente sondern um eine berufliche IV-Massnahme geht. Dabei muss man sich fragen, wie gezielt berufliche Massnahmen durchgeführt werden können, wenn derart wesentliche ärztliche Informationen nur so selten und rudimentär vorhanden sind.

Nicht überraschend aber trotzdem eindrücklich ist der Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug darauf, ob die ärztlichen Gutachter eine Eingliederungsmassnahme empfohlen haben: Bei den Massnahmeempfängern (mit und ohne Rente) haben die erstbegutachtenden Ärzte in rund 70% der Fälle eine solche Massnahme empfohlen, bei den anderen nur in 35% der Fälle. Schaut man genauer hin, so zeigt sich, dass die Ärzte eine Berufliche Massnahme bei 76% der Nicht-Berenteten empfohlen haben und bei 63% der Berenteten mit Massnahme, das heisst, bei Letzteren waren sie womöglich schon von Beginn weg (zu Recht) etwas skeptischer in Bezug auf die Erfolgsaussichten.

8.7 Früherer und aktueller beruflicher Status der Massnahmeempfänger ohne Rente

Die Akten der Kontrollgruppe also der Empfängerinnen und Empfänger von beruflichen IV-Massnahmen wurden darauf hin analysiert, welches der hauptsächlichste berufliche Status im letzten Jahr vor IV-Anmeldung war. Zudem wurde festgehalten, welcher berufliche Status als letzter in den Akten dokumentiert war. Damit sollte eine Einschätzung über den Effekt der Beruflichen IV-Massnahme gewonnen werden, und es sollte auch geprüft werden, inwieweit es sich bei dieser Gruppe wirklich um beruflich erfolgreich eingegliederte Personen handelt - wieweit also diese Gruppe sich als Kontrollgruppe von so genannt «Erfolgreichen» im Gegensatz zu den Berenteten eignet. Betrachtet man zunächst den beruflichen Status im letzten Jahr vor IV-Anmeldung, so zeigt sich, dass 28% zumindest teilerwerbstätig waren, 24% sich noch in der Schule oder in einer Berufsausbildung befanden und je rund 10% arbeitslos, in stationärer Behandlung oder schon in einer Beruflichen IV-Massnahme waren (Tabelle 8-7). Die letzte in den Akten festgehaltene berufliche Situation zeigt, dass sich diese - rein äusserlich und quantitativ - nicht markant von der Ausgangssituation unterscheidet (Tabelle 8-8):

Tabelle 8-7: Berufliche Situation vor IV-Anmeldung

	Häufigkeit	Prozent
Voll erwerbstätig	46	17.3
Teilerwerbstätig	26	9.8
Stelle, krankgeschrieben	6	2.3
Anderes	4	1.5
Arbeitslos, RAV	29	10.9
Haushalt/Familie	10	3.8
Ausbildung/Schule	64	24.1
Geschützter IV-Arbeitsplatz	1	0.4
Sonderschule	20	7.5
Sozialhilfe	13	4.9
Hospitalisation/Entzug	22	8.3
Unklar/fehlend	3	1.1
Berufliche IV-Massnahme	22	8.3
Gesamt	266	100.0

Tabelle 8-8: Letzte dokumentierte berufliche Situation

	Häufigkeit	Prozent
Voll erwerbstätig	59	22.2
Teilerwerbstätig	24	9.0
Anderes	5	1.9
Arbeitslos, RAV	20	7.5
Haushalt/Familie	2	.8
Ausbildung/Schule	17	6.4
Berufliche IV-Massnahme	27	10.2
IV-Rente	21	7.9
Geschützter IV-Arbeitsplatz	2	0.8
Sonstige IV-Leistungen	1	0.4
Sozialhilfe	7	2.6
Krankheit/Unfall	5	1.9
Tod	8	3.0
IV-Rentenabklärung	17	6.4
Hospitalisation, Entzug	12	4.5
Unklar/Kontakt verloren	13	4.9
Unklar/fehlend/widersprüchlich	15	5.6
IV-Rente abgelehnt	11	4.1
Gesamt	266	100.0

Von all den Personen, die eine berufliche IV-Massnahme erhalten haben und bis 2 Jahre später keine IV-Rente bezogen (dies war das Auswahlkriterium für die Ziehung dieser Stichprobe), ist bei 31% in den Akten als letzter Status eine Erwerbstätigkeit dokumentiert. Weitere 17% sind in einer Ausbildung oder nach wie vor, respektive erneut, in einer Beruflichen IV-Massnahme. Wenn man den relativ detailliert erhobenen beruflichen Status in Gruppen zusammenfasst, präsentiert sich folgendes Bild (Tabelle 8-9):

Das Bild bei Dossier-Ende hat sich insofern etwas geklärt, als dass gegen 20% der Personen mittlerweile auch IV-berentet sind oder sich in einem Rentenabklärungsprozess befinden. Zu 11% der Personen ist gar nichts bekannt, entweder ist der Kontakt zur IV-Stelle abgebrochen oder es fehlen überhaupt Angaben. 10% der Personen sind krank, hospitalisiert oder in der Zwischenzeit verstorben. Insgesamt sind dies gegen 40% der Kontrollgruppe, bei denen man mit einer gewissen Sicherheit sagen kann, dass sie nicht «erfolgreich» waren, respektive dass sie mittlerweile auch zur IV-Rentengruppe 646 zählen.

Tabelle 8-9: Letzte berufliche Situation zusammengefasst

	Häufigkeit	Prozent
Erwerbstätig	83	31%
RAV, Sozialhilfe	27	10%
Ausbildung, Schule, Berufliche IV-Massnahme	44	17%
IV-Rente, IV-Rente abgelehnt/in Abklärung, IV-Arbeitsplatz, sonstige IV-M.	52	20%
Krankheit, Unfall, psychiatrische Hospitalisation, Entzug, Tod	25	9%
Unklar da Kontakt verloren, unklar da fehlend/widersprüchlich	28	11%
Haushalt, Familie, anderes	7	3%
Gesamt	266	100.0

Bei den rund 60% der Kontrollgruppe, die erwerbstätig sind oder noch in einer Ausbildung oder Umschulung oder dann arbeitslos gemeldet sind, bleibt der weitere Weg offen, respektive kann man annehmen, dass ein gewisser Teil erwerbstätig wird oder bleibt. Insgesamt kann man davon ausgehen, dass rund die Hälfte dieser Kontrollgruppe "erfolgreich" ist oder sein wird (im Sinne einer zumindest teilzeitlichen Erwerbstätigkeit oder einer Haushaltführung/Kinderbetreuung).

Diese Zahlen lassen sich aus zwei Perspektiven dokumentieren: Zum einen wird deutlich, dass berufliche IV-Massnahmen prinzipiell auch bei psychisch kranken Versicherten Erfolg haben können, immerhin knapp ein Drittel ist erwerbstätig, weitere sind noch in Ausbildung. Man kann also nicht sagen, solche Massnahmen hätten überhaupt nie Erfolg. Zum anderen muss man aber auch feststellen, dass man bei psychisch Kranken nicht davon ausgehen darf, dass berufliche Massnahmen praktisch immer und rasch erfolgreich sind, weil es sich häufig um langfristige und schwere Erkrankungen handelt. 40% der MassnahmeempfängerInnen sind entweder gestorben, 'verschollen', berentet oder in einer Klinik respektive Drogenentzugsinstitution.

Als Fazit muss man in Bezug auf die Kontrollgruppe festhalten, dass sich diese aus verschiedenen Gründen nicht eignet, um Risikofaktoren für eine IV-Berentung berechnen zu können: Zum einen handelt es sich um Personen, die sich unter anderem bezüglich Alter, Geschlecht und Erkrankung

von den Rentnerinnen und Rentnern deutlich unterscheiden, und zum anderen sind sie bei weitem nicht so viel «erfolgreicher» als die Berenteten. Vielmehr muss man bei einem recht grossen Teil der Massnahmeempfänger eher davon ausgehen, dass sie *noch nicht berentet* sind. In vielerlei Hinsicht unterscheiden sie sich wie gezeigt kaum von den Berenteten, die früher auch einmal eine berufliche Massnahme erhalten haben. Wenn man die besonders hohen biografischen Belastungen dieser Personengruppe in Betracht zieht, muss man die rehabilitative Erfolgsprognose erst recht zurückhaltend formulieren.

Schliesslich zeigen diese Daten, dass berufliche IV-Massnahmen vor allem bei jungen und sehr jungen Versicherten durchgeführt werden, zu denen die IV-Stelle zum Teil infolge Geburtsgebrechen oft schon in jungen Jahren einen Kontakt aufgebaut hat (Sonderschule). Hier wird (sicher zu Recht) relativ viel Energie in Richtung Berufsausbildung und Eingliederung investiert - im Gegensatz zu den psychisch kranken Versicherten, die sich erst in späterem Alter bei der IV anmelden. Man muss sich aber fragen, ob nicht auch bei den später Erkrankten noch viel häufiger Potential vorhanden wäre, um berufliche Massnahmen durchzuführen. Gerade diese in höherem Alter Erkrankten verfügen meist über eine mehrjährige Erwerbsbiografie und leiden zudem vergleichsweise seltener als die jüngeren Versicherten einschneidenden und vielfältig behindernden Gebrechen wie Schizophrenie, Minderintelligenz oder Persönlichkeitsstörung. Dass gerade solche ältere Versicherte in der beruflichen Eingliederung viel seltener berücksichtigt wurden, ist nur schwer nachvollziehbar.

9 Diskussion und Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie hatte verschiedene Fragen zu untersuchen: Zum einen sollte versucht werden, anhand der Analyse einer repräsentativen Stichprobe von IV-Akten aus der Kategorie "646" (Hauptgruppe von Menschen, die in der Schweiz wegen psychischer Störungen eine IV-Rente beziehen), eine Typologie dieser Menschen zu erstellen. Dazu sollte nach Möglichkeit auch eine Typologie von häufigen Berentungskonstellationen erarbeitet werden, das heisst von typischen Mustern von Verfahrensmerkmalen, zeitlichen Verläufen und soziodemografischen Gegebenheiten. Es sollten auch zeitliche Zusammenhänge aufgezeigt werden im Sinne von typischen individuellen Berentungsverläufen. Schliesslich sollten durch den Vergleich mit einer Kontrollgruppe von psychisch kranken Versicherten, die eine berufliche Massnahme der Invalidenversicherung in Anspruch genommen und bis zwei Jahre später keine IV-Rente bezogen haben, auch mögliche Risikofaktoren für eine Berentung untersucht werden.

Die Absicht dieser gross angelegten und aufwändigen Studie - es wurde eine Vorstudie mit 170 IV-Akten durchgeführt und für die Hauptstudie mussten 1'200 IV-Akten aus nahezu allen IV-Stellen der Schweiz beschafft, eingehend analysiert und mit anspruchsvollen methodischen sowie statistischen Verfahren ausgewertet werden - bestand darin, eine differenziertere Sicht auf die Kategorie "646" zu erhalten. Bei dieser Restkategorie handelt es sich um eine Gruppe von psychisch kranken Versicherten, die in den letzten Jahren stark angestiegen ist und von der man bisher nur wenig wusste. Bis heute war beispielsweise nicht bekannt, wie viele dieser Berenteten welche Diagnosen hatten, und unter welchen Umständen sie berentet worden sind. Die IV-Kategorie "646" ist ein diagnostisch heterogener und vage umschriebener Sammeltopf der unterschiedlichsten psychischen und psychosomatischen Krankheiten, weswegen bis heute unklar war, welche Erkrankungsarten in dieser Kategorie dominieren. Hinter der Frage, um welche Menschen, mit welchen Krankheiten, aus welchen psychosozialen Umständen es sich handelt, steht implizit auch die Frage "Warum sind die Invalidisierungen aus psychischen Gründen in den letzten 20 Jahren dermassen stark angestiegen?"

Die Tatsache, dass sich diese Kategorie in den letzten 20 Jahren als Rentengrund fast verzehnfacht hat - die Anzahl der IV-Renten wegen des psychiatrischen "Code 646" ist in der Schweiz zwischen 1986 und 2006 von rund 5'000 auf etwa 50'000 angestiegen - und weil sie als Restkategorie unscharf bezeichnet ist, macht sie auch anfällig für Unterstellungen in Richtung ungerechtfertigter Bezug von IV-Leistungen. Die im Rahmen des FoP-IV durchgeführte Studie zu den nicht zielkonformen Leistungen in der Invalidenversicherung (Ott, Bade & Wapf, 2007) identifizierte beispielsweise folgende so genannte Risikokrankheitsbilder, welche in Bezug auf nicht zielkonforme Leistungen anfällig sind: "Gesundheitsschäden mit unklarer Kausalität (die sog. "nicht-objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen"), welche hauptsächlich somatoforme Schmerzstörungen und körperliche Leiden in Kombination mit psychischen Beeinträchtigungen umfassen, werden als problematisch erachtet." Als Risikogruppen für nicht zielkonforme IV-Leistungen sehen die befragten Experten jene Personen, welche ein erhöhtes Risiko in sich tragen, an einer Gesundheitsbeeinträchtigung mit unklarer Kausalität zu erkranken - Personen mit eingeschränkten Chancen auf dem Arbeitsmarkt, Personen welche in überdurchschnittlichem Ausmass körperliche Arbeit verrichten (oft Personen mit Migrationshintergrund) und schliesslich auch Personen, die hohen Belastungen und beruflichem Druck ausgesetzt sind. Die Zugehörigkeit zur Kategorie 646 wird als Risikomerkmak für den Bezug nicht zielkonformer Leistungen aufgeführt.

Es war nicht Auftrag dieser Studie, allfälligen Missbrauch der Invalidenversicherung zu untersuchen. Eine solche Fragestellung hätte auch andere methodische Zugänge erfordert. Dennoch ist klar, dass eine Studie zu diesem Thema sich nicht ganz von der übergeordneten Frage lösen kann, warum denn gerade die psychisch bedingten Invalidisierungen derart angestiegen sind in den letzten 20 Jahren. Die hier vorliegenden Resultate sollen und können die *Ursachen* des Anstieges nicht erklären. Dennoch können anhand der Daten relevante Zusammenhänge mit dem Anstieg der psychisch bedingten Renten aufgezeigt werden.

Im Folgenden werden die hauptsächlichen Fragestellungen nach den Berentungstypen und Risikofaktoren soweit möglich beantwortet, anschliessend werden historische Unterschiede in der Zusammensetzung der psychisch bedingten IV-Rentenpopulation aufgezeigt und es werden Schlussfolgerungen gezogen mit Blick auf die aktuellen und künftigen Anstrengungen zur Früherkennung und Frühintervention bei psychisch bedingten Arbeitsplatzproblemen. Dabei werden auch allgemeine Merkmale des IV-Verfahrens sowie Merkmale des ärztlichen Beurteilungsverfahrens aus rehabilitativer Sicht gewürdigt.

9.1 Gibt es typische Gruppen von Berenteten aus psychischen Gründen?

Um die Frage nach einer Typologie der Berenteten aus psychischen Gründen zu beantworten, wurden verschiedene Arten von Typologien berechnet: Zum einen wurden die psychosozialen Belastungen, die diese Menschen aus ihrer Kindheit und Jugend, aus kritischen Lebensereignissen und aus ihrer Arbeitsbiografie mitbringen, zu verschiedenen Belastungsmustern zusammengefasst. Zum zweiten wurden die Berentungskonstellationen, das heisst die Merkmale des IV-Abklärungsverfahrens und des ärztlichen Beurteilungsverfahrens sowie historische und regionale Umstände zu einer Typologie aggregiert. Und schliesslich wurden sämtliche Diagnosen, die bei den Berenteten dokumentiert sind, zu einer Diagnosentypologie zusammengefasst.

Diese drei Typologien umfassen einen Grossteil der Informationen, die in den IV-Akten vorhanden sind. Wenn man die Belastungs-, Verfahrens- und Erkrankungstypen zueinander in Verbindung setzt, ergibt sich ein relativ klares und sinnvolles Muster. Dabei zeigt sich, dass die entscheidende Typologie für die Berentungskonstellationen - die für die Invalidenversicherung letztlich von grösster Bedeutung ist - die Diagnosen sind.

Dies mag banal erscheinen, ist aber eine zentrale und relevante Erkenntnis dieser Untersuchung: Es sind in erster Linie die unterschiedlichen Erkrankungsmuster, die das gesamte IV-Verfahren steuern, und nicht andere mögliche Einflussfaktoren wie die historische Dimension, regionale Unterschiede, die Nationalität, das Geschlecht oder die Branche, in der jemand vor seiner Berentung gearbeitet hat. Es sind die unterschiedlichen Erkrankungen, die eine unterschiedliche Dynamik des Verfahrens auslösen.

Diese Erkrankungstypen wiederum sind eng verbunden mit den unterschiedlichen Belastungsmustern, denen die Berenteten ausgesetzt waren. Ein besonders wichtiger Faktor, der sich in den verschiedenen Berechnungen immer wieder als sehr relevant herausgestellt hat, ist das Alter, in dem sich die Berenteten bei der Invalidenversicherung angemeldet haben. Auch dieses ist über das, je nach Diagnosetyp unterschiedliche, Alter bei Ersterkrankung eng verknüpft mit den Erkrankungen selbst.

Da die entscheidende Typologie, die sich aus dieser Aktenanalyse ergibt, die psychiatrisch-somatischen Erkrankungsmuster sind, die sich aus typischen Belastungskonstellationen nachvollziehen lassen und später dann zu typischen Verfahrensabläufen führen, kann man für den Grossteil der psychiatrisch Berenteten mit Sicherheit ausschliessen, dass IV-fremde Faktoren eine bedeutende Rolle im Berentungsprozess spielen. Gleichzeitig lassen sich auch potentiell diskriminierende sachfremde Einflussfaktoren im Berentungsverfahren mehrheitlich ausschliessen. Es wurden, nach Grösse der Gruppen sortiert, folgende Erkrankungstypen gefunden:

1. Depressionen mit Persönlichkeitsstörung sowie komplexen somatischen und somatoformen Begleiterkrankungen
2. Persönlichkeitsstörungen mit psychiatrischen Begleiterkrankungen
3. Depressionen ohne Persönlichkeitsstörung, ohne somatische Begleiterkrankungen
4. Schizophrenie, Minderintelligenz und Entwicklungsstörungen
5. Multiple Substanzabhängigkeiten und Persönlichkeitsstörung

Bei diesen Krankheitsgruppen handelt es sich um so unterschiedliche Formen sowie Kombinationen psychischer Erkrankungen, dass es nachvollziehbar wird, dass sie zum einen ganz unterschiedliche Lebensgeschichten mitbringen und zum anderen verschiedene Dynamiken in ihren Arbeitsbiografien, beruflichen Desintegrationsprozessen und auch IV-Abklärungskonstellationen auslösen.

Typ 1: Depression mit Persönlichkeitsstörung sowie komplexen somatischen und somatoformen Begleiterkrankungen

Für die Personen mit *Depression, Persönlichkeitsstörung, Schmerzstörung und komplexen somatischen Begleiterkrankungen* ist charakteristisch, dass sie in höherem Alter erkranken und sich ihre Probleme vor allem in körperlicher Form präsentieren, wobei diese körperlichen Diagnosen weitgehend unspezifisch wirken oder eben somatoformer Natur sind (Schmerzstörungen ohne nachweisbare körperliche Grundlage). Damit verbunden ist, dass diese Menschen zuerst oft jahrelang bei verschiedenen Ärzten rein somatisch abgeklärt und behandelt werden und sich besonders häufig auch medizinischen Eingriffen unterziehen lassen, bevor erstmals eine psychiatrische Diagnose gestellt wird. Diese Diagnose lautet dann meistens Depression oder somatoforme Schmerzstörung.

So selten bei diesen Menschen eine rentenrelevante körperliche Erkrankung gefunden wird, so falsch wäre es allerdings davon auszugehen, dass diese Personen nicht eingeschränkt sind: Diese Gruppe ist familiär, von ihrer Arbeitsbiografie her sowie zusätzlich durch einen gesundheitsschädigenden Lebensstil und durch die frustrierenden somatischen Abklärungen einer höheren Belastung ausgesetzt und biografisch vulnerabler als die dritte Gruppe der "reinen" Depressionen. Es ist eindrücklich zu sehen, dass viele dieser Menschen schon als Kinder damit konfrontiert waren, dass mindestens ein Elternteil unter einer chronischen und schweren körperlichen Erkrankung gelitten hat. Hinzu kommt, dass es sich bei fast der Hälfte dieser Personen um Migrantinnen und Migranten handelt, die also auch durch die Migration teilweise schon belastet sind. Zudem dürften kulturelle Unterschiede in der Art der Mitteilung seelischer Belastungen bei dieser Gruppe eine Rolle spielen. Während in gewissen Herkunftsländern erwartet wird, dass man funktioniert und sein psychisches Befinden unter Kontrolle hat und nicht zeigt, wie man sich fühlt, ist es in anderen Ländern eher üblich, sich über psychische Prozesse zu äussern und Gefühlen freien

Lauf zu lassen. Ähnlich verhält es sich auch mit Psychosomatisierungstendenzen (Kirkcaldy, Wittig, Furnham, Merbach & Siefen, 2006). Die erhöhte Vulnerabilität dieser Gruppe zeigt sich auch am hohen Anteil von Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung: Persönlichkeitsstörung ist - gemeinsam mit den multiplen Substanzabhängigkeiten - diejenige Diagnose, die mit dem weitaus höchsten Ausmass von aversiven Erfahrungen in Kindheit und Jugend verbunden ist. Hier zeigt sich demnach, dass hinter den eher unspezifischen körperlichen Problemen ein relevantes Mass an psychosozialen Belastungen und früher Traumatisierung verborgen sein kann, dass durch die überwiegend somatische Abklärung zu spät oder gar nicht erkannt wird.

In Bezug auf Frühintervention und Prävention von Chronifizierung und Zustandsverschlechterung handelt es sich auf der anderen Seite bei diesen Schmerzstörungen aus folgenden Gründen um eine prioritäre Gruppe: Es ist die zahlenmässig grösste Gruppe, zudem ist es auch jene Gruppe, welche in den letzten über 20 Jahren am stärksten angestiegen ist, und es handelt sich um Menschen, die meist über längere Arbeitserfahrung sowie über ein familiäres Netz verfügen - also auch Ressourcen haben. Sekundärpräventiv wäre hier zu beachten, dass der Erkrankungs- und Ausgliederungsprozess bei diesen Personen schleichend verläuft, er beginnt mit körperlichen Symptomen und ist bei erstmaliger psychiatrischer Begutachtung oft schon ziemlich chronifiziert.

Ansatzpunkt für Prävention und Frühintervention bei dieser Gruppe könnte beispielsweise eine adäquate medizinische Information sein, die das Leiden ernst nimmt aber einer katastrophisierenden Bewertung durch die Betroffenen entgegen wirkt. Weiter könnte das Gesundheitsverhalten als Ansatzpunkt für Interventionen genommen werden: Diese Personen zeigen insgesamt das dysfunktionalste Gesundheitsverhalten aller Berenteten, sie bewegen sich zuwenig, sind häufig übergewichtig und rauchen sehr häufig. Damit verschlechtert sich ihr körperliches Befinden zusätzlich, und vor allem verstärkt die mangelnde physische Aktivität auch die depressive Stimmung. Ein weiterer Ansatzpunkt könnte vielleicht die Schaffung von (sprachlichen) Weiterbildungsmöglichkeiten sein. Es handelt sich hier um Personen, die besonders oft in einem Unterschichtmilieu aufgewachsen sind, dann in die Schweiz emigrieren und in einfachen manuellen aber körperlich belastenden Arbeiten in der Industrie und im Baugewerbe arbeiten. Da oft noch eine Persönlichkeitsstörung vorhanden ist und damit auch eine gewisse Rigidität, wäre diese Gruppe vielleicht häufig besser durch frühzeitige, perspektivegebende - und auch verpflichtende - Bildungsmassnahmen zu erreichen denn durch psychotherapeutische Bemühungen.

In der rehabilitativen Praxis der IV-Stellen, psychiatrischen Dienste oder Eingliederungsstellen bedeuten diese Personen meist eine besondere Herausforderung, weil sie ihre Probleme in körperlichen Beschwerden identifizieren und weil sie häufig rigide Überzeugungen von Beschwerden und Arbeitsfähigkeit haben - "ich kann erst wieder arbeiten, wenn ich keine Schmerzen mehr habe". Dies kann zu Frustrationen bei ärztlichen Begutachtern und bei Eingliederungsverantwortlichen führen und in der Folge zu einer Dynamik, in der das berufliche Potential dieser Menschen zuwenig gesehen und gefördert wird: Bei keiner Gruppe wird von ärztlicher Seite her schon von Beginn weg so selten eine Verbesserungsfähigkeit des Gesundheitszustandes für möglich gehalten wie bei dieser, und zudem werden hier nur sehr selten berufliche Massnahmen durchgeführt. Das führt auch dazu, dass die Berentungsprozesse bei diesem Typ üblicherweise nur kurz dauern. Gleichzeitig ist aber eben zu konstatieren, dass dieser Berentungstyp mehrere prognostisch ungünstige Faktoren aufweist, die eine Rehabilitation erschweren.

Typ 2: Persönlichkeitsstörungen mit psychiatrischen Begleiterkrankungen

Der zweitgrösste Diagnosentyp ist gekennzeichnet durch den hohen Anteil von *Persönlichkeitsstörungen*, verbunden mit anderen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, und Ängsten, aber ganz ohne somatische Begleiterkrankungen. Hierbei handelt es sich um einen anderen Typ als den vorher beschriebenen: Charakteristisch ist hier, dass die psychische Krankheit in der Adoleszenz erstmals manifest wurde, in praktisch allen Fällen verbunden mit traumatischen Erfahrungen in Kindheit und Jugend. Dieser umfangreiche Berentungstyp zeigt die besondere und bisher unterschätzte Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen als Risikomerkmak für eine Invalidität.

Die Daten der vorliegenden Studie verdeutlichen, warum dies so ist: Zum einen handelt es sich um eine besonders vulnerable Personengruppe, die in ihrer frühen Biografie häufig durch Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch, wechselnde Pflegemilieus traumatisiert und schon während der Schulzeit durch Leistungs- und Verhaltensprobleme auffällig wurde. Dies steht im Einklang mit Forschungsergebnissen aus Längsschnittuntersuchungen zum Zusammenhang zwischen Kindsmisshandlung (Gewalt, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung) und Persönlichkeitsstörungen im frühen Erwachsenenalter: Bei Personen, welche in der Kindheit Opfer von Misshandlungen wurden, ist das Risiko an einer Persönlichkeitsstörung zu erkranken, viermal so hoch wie bei jenen Personen, welche in der Kindheit nicht misshandelt wurden (Johnson, Cohen, Brown, Smailes & Bernstein, 1999; Grover, Carpenter, Price et al., 2007). Bei Persönlichkeitsstörungen ist zudem schon von der diagnostischen Definition her von einem fixierten und durchgehenden Muster von unangepassten Erlebens- und Verhaltensmustern auszugehen. Das heisst, diese Personen sind normalerweise nicht in der Lage, sich flexibel an unterschiedliche Situationen anzupassen oder einfühlsam auf Mitmenschen einzugehen. Der üblicherweise vorhandene Mangel an Sozialkompetenz führt an Arbeitsstellen über kurz oder lang zu Spannungen und Konflikten, denen diese Versicherten wenig Bewältigungsstrategien entgegensetzen können, da sie normalerweise krankheitsbedingt die Umgebung für die Probleme verantwortlich machen ("man hat mich gemobbt"). Sozialkompetenz ist aber neben der psychischen Stabilität der wichtigste berufliche Prognosefaktor bei psychisch Kranken überhaupt (Baer, 2001).

Typischerweise handelt es sich hier um Personen, die sich trotz ihrer frühen und beeinträchtigenden Erkrankung noch 15 Jahre oder länger an verschiedenen Stellen über eine gewisse Zeit halten können, aber immer wieder auch Kündigungen erfahren. Es ist kein Zufall, dass die Arbeitgeber sich bei diesen Menschen am seltensten noch darum bemüht haben, nach Problembeginn intern im Betrieb eine Lösung zur Weiterbeschäftigung zu finden.

Das rehabilitative Hauptproblem dieser Menschen ist nicht völlig anders als dasjenige der Personen mit somatoformen Schmerzstörungen: Die Identifikation der eigentlichen persönlichen Schwierigkeiten im Berufsleben ist krankheitsbedingt erschwert. Während Personen mit somatoformen Störungen ihre Probleme in körperlichen Symptomen und Beschwerden lokalisieren, erleben Menschen mit Persönlichkeitsstörungen die Probleme vor allem in der (je nach momentanem Zustand als feindlich erlebten) sozialen Umwelt. Beides behindert eine effektive Verhaltensänderung. Es ist deshalb nicht erstaunlich, dass viele dieser Menschen mit Persönlichkeitsstörungen mit der Zeit - nachdem sie sich immer wieder um Arbeitsstellen und auch berufliche IV-Massnahmen bemüht haben - wiederholt auch depressive Krisen erleben und suizidal werden: Die beiden Diagnosentypen mit hohen Anteilen von Personen mit Persönlichkeitsstörungen haben mit einem Anteil von 20% rund doppelt so häufig schon Suizidversuche unternommen wie die anderen Gruppen.

Bis in die frühen 90er Jahre war dieser Berentungstyp zahlenmässig wie auch anteilmässig mit Abstand der wichtigste. Seither ist sein relatives Gewicht an allen 646-Renten etwas gesunken, weil die Schmerzstörungen und Depressionen stark zugenommen haben, in absoluten Zahlen ist die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen aber genau gleich geblieben. In Bezug auf das Herkunftsland dieser Personen ist die Verteilung gleich wie in der Allgemeinbevölkerung, etwa 80% sind in der Schweiz geboren.

Die präventive Seite sieht hier anders aus als bei den Schmerzstörungen und Depressionen: Primärpräventiv müsste man eigentlich auf der Ebene der Erziehung oder der Unterstützung von dysfunktionalen Familiensystemen wirksam werden oder sekundär bei Leistungsproblemen und Verhaltensauffälligkeiten in der Schule nachhaltig aktiv werden, was nicht Sache der Invalidenversicherung ist. In Bezug auf die Frühintervention zeigt sich aber bei diesem Berentungstyp ein erhebliches Potential. Dieses liegt zum einen in einer Sensibilisierung für die Erscheinungsformen, Häufigkeit und arbeitsbezogene Problematik dieser Störungen und in der Erarbeitung einiger Interventions-Leitlinien speziell für diesen Typ. Dazu würden auch Leitlinien dazu gehören, welche Arbeitsplatzanpassungen hier wirksam sein könnten, beispielsweise eine adäquate Information der Vorgesetzten, um die bei diesem Typ üblichen Überforderungen der Vorgesetzten und Mitarbeitenden zu verringern. Entscheidend für die Frühintervention ist es aber, dass die zuständigen Eingliederungsverantwortlichen überhaupt erkennen, dass es sich um eine Persönlichkeitsstörung handelt und nicht um mangelnde Disziplin etc. Dafür benötigen sie die Unterstützung der Psychiater, beispielsweise der RAD-Psychiater.

Dieser Berentungstyp wird von ärztlicher Seite der Erkrankung entsprechend, also psychiatrisch, abgeklärt und behandelt. Das Problem liegt bei diesem Typ eher im rehabilitativen Bereich: Das rehabilitative System mit den herkömmlichen beruflichen IV-Massnahmen und mit seiner typischen Trennung zwischen rehabilitativen Diensten und psychiatrischen Einrichtungen wird dieser Personengruppe nicht gerecht. Zum einen sind Eingliederungsverantwortliche in den Institutionen, welche berufliche IV-Massnahmen durchführen, sowie häufig auch die Eingliederungsverantwortlichen in den IV-Stellen selbst durch die oft schwierige Beziehungsdynamik (fordernd, entwertend, instabil, selbstbezogen, anhänglich, vermeidend etc.) dieser Menschen überfordert. Zum anderen liegt das Problem dieser Menschen nicht in mangelnden Fertigkeiten, die sich mit einer Umschulung oder ähnlichem kompensieren lassen, sondern in überdauernden Merkmalen der Persönlichkeit, die immer wieder zu Spannungen oder sozialem Rückzug führen. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen bräuchten eine psychologisch kompetente, bei Bedarf einsetzbare, längerfristig verfügbare Betreuungsperson sowie Vorgesetzte, die präzise informiert wurden, wie sie mit solchen Mitarbeitenden umgehen können. Ausserdem ist eine gute und transparente Zusammenarbeit der involvierten psychiatrischen und rehabilitativen Fachleute nötig. Solange all dies nur in Ansätzen verwirklicht ist, bleibt die berufliche Prognose dieser Personen trotz der meist vorhandenen instrumentellen und kognitiven Fähigkeiten ungünstig.

Typ 3: Depressionen ohne Persönlichkeitsstörung, ohne somatische Begleiterkrankungen

Den dritten Diagnosentyp kann man als *psychiatrische, affektiv geprägte Depression* umschreiben, da bei diesem die multiplen somatischen Begleiterkrankungen wie auch die Persönlichkeitsstörungen fehlen. Neben kleineren Personenanteilen mit Schmerz-, Angst- und Belastungsstörungen dominieren hier die depressiven Erkrankungen. Auch dieser Berentungstyp

hat sich in den letzten über 20 Jahren zahlen- wie auch anteilmässig verdoppelt. In den meisten Fällen führt dieser Erkrankungstyp im Alter zwischen 40 bis 50 Jahren zu einer IV-Anmeldung. Das hängt damit zusammen, dass das Ersterkrankungsalter mit durchschnittlich 32 Jahren bei diesem Typ über alle Gruppen hinweg am höchsten liegt.

Dieser Depressionstyp ist in vieler Hinsicht kaum zu unterscheiden vom somatischen Depressionsstyp - höheres Alter bei Erkrankung und IV-Anmeldung, hoher Anteil von Eingewanderten, ähnliche Arbeits- und familiäre Situation - zeigt aber in einigen Punkten ein ganz anderes Profil: Diese Personengruppe fällt weniger häufig auf durch markante psychosoziale Vorbelastungen oder schwieriges Sozialverhalten sowie durch schädliches Gesundheitsverhalten. Ebenso fehlen hier die vielen somatischen Abklärungen und medizinischen Eingriffe. Der diagnostische Prozess ist bei diesen ‚psychiatrisch‘ Depressiven sehr viel weniger komplex und weniger aufwändig. Zudem ist es von funktioneller Seite her betrachtet bei diesen Personen am häufigsten die depressive Erkrankung selbst, welche die Erwerbsunfähigkeit bedingt - und nicht die somatoforme Schmerzstörung oder die Persönlichkeitsstörung.

Vordergründig ist dieser Erkrankungstyp relativ unauffällig - bis es zur Erkrankung kommt. Dann kommt es allerdings häufiger zu psychiatrischen Hospitalisationen als bei den somatisch Depressiven. Bei dieser Personengruppe steht eher die ‚reine‘ Depression im Vordergrund, verbunden mit Angsterkrankungen und posttraumatischen Belastungsstörungen. Es handelt sich zudem um die Gruppe mit dem höchsten Anteil von Frauen, nämlich knapp 60%. Diese Menschen fallen im Vergleich mit den anderen Berentungstypen dadurch auf, dass sie gar nicht auffallen: Sie leben sozial unauffällig, sind biografisch nicht hoch belastet und verfügen über eine bessere berufliche Qualifikation als die anderen Gruppen. In Bezug auf die Arbeitssituation waren sie besonders häufig zufrieden mit ihrer letzten Arbeitsstelle, hatten von allen Gruppen das höchste (allerdings immer noch geringe) Durchschnittseinkommen und auch der Arbeitgeber hat sich bei ihnen besonders häufig darum bemüht, sie nach Erkrankung im eigenen Betrieb zu behalten.

Auffallend ist höchstens, dass bei diesen Personen häufig ein auslösendes Ereignis für die Erwerbsunfähigkeit dokumentiert ist, nämlich ein Trennungserlebnis oder ein Todesfall in der engeren Umgebung. Diese - bei einem Viertel - als auslösend erwähnten kritischen Lebensereignisse sind aber nicht spezifisch für diese Depressionsgruppe allein, sondern treffen auf beide Depressionstypen zu. Depressionen sind die einzigen Erkrankungen, die zeitlich erst *nach* dem letzten dokumentierten kritischen Lebensereignis auftreten und auch erst nach erfolgten Einkommens-Rückgängen. Alle anderen Erkrankungstypen erkranken erstmals *bevor* sich Probleme am Arbeitsplatz zeigen. Depressionen zeigen also eher einen schleichenden Vorlauf, wobei bei einem Teil ein Verlusterlebnis die Erkrankung auszulösen scheint.

Es handelt sich dabei möglicherweise um depressive Krankheitsbilder, die von den begutachtenden Ärzten als schwer respektive sehr behindernd beurteilt werden. Jedenfalls zeigt sich, dass die Ärzte bei keiner anderen Gruppe derart selten eine berufliche IV-Massnahme für angezeigt erachten und auch bei keiner anderen Gruppe so selten etwas über die Konsequenzen der Erkrankung für die Arbeitsfähigkeit aussagen. Ebenfalls so selten wie bei keiner anderen Gruppe wurde bei dieser Depressionsgruppe die Arbeitsbiografie erhoben.

Dies macht den Eindruck, dass besonders klar war, dass diese Personen bis auf weiteres nicht mehr arbeitsfähig sind. Damit hängt auch damit zusammen, dass diese Gruppe die geringste Massnahmenquote aller Berenteten aufweist: Nur 5% dieser ‚psychiatrisch‘ Depressiven haben eine

berufliche Massnahme zugesprochen erhalten. Das ist ein bemerkenswertes Resultat, weil es sich bei diesem Berentungstyp um diejenigen Menschen handelt, die prämorbid von allen beruflich am besten integriert waren.

In Bezug auf die Frühintervention handelt es sich bei diesem Berentungstyp - wie auch bei einem Teil des somatisch-depressiven Typs - um Personen, die in einer frühen Phase am Arbeitsplatz noch funktionieren, obwohl wahrscheinlich schon depressive Symptome vorhanden sind. Erste Anzeichen sind zunächst beim Einkommen sichtbar, das - vielleicht infolge Pensenreduktion oder beruflichem Abstieg - in den Jahren vor der depressiven Ersterkrankung zurückgeht.

Es ist bekannt, dass viele Menschen mit depressiven Symptomen nicht in erster Linie durch Absenzen auffallen, sondern durch so genannten "Präsentismus", also dadurch, dass sie weiterhin am Arbeitsplatz erscheinen, obwohl sie schon depressive Symptome haben (und dadurch den weitaus grösseren Anteil von betrieblichen Produktivitätsverlusten 'verursachen' als durch Absentismus). Es wäre also auch aus einer rehabilitativen Perspektive wichtig, depressive Symptome am Arbeitsplatz früh zu erkennen und früh psychiatrisch-psychotherapeutisch zu behandeln. Insofern sind beide Depressionstypen von besonderer Bedeutung, weil sie erst erkranken, nachdem sie jahrelang gearbeitet haben, weil Arbeitgeber dann auch eher bereit sind zu unterstützen, und weil diesen Erkrankungen subtile Zeichen wie Einkommensrückgänge und kritische Lebensereignisse vorangehen, die eine Früherkennung nutzen könnte. Gleichzeitig muss man aber auch bei dieser Gruppe wieder anerkennen, dass es sich häufig um chronische und behindernde Störungen handelt, bei denen die ärztlichen Gutachter nur selten berufliche Massnahmen überhaupt für angezeigt erachten.

Typ 4: Schizophrenie, Minderintelligenz und Entwicklungsstörungen

Der vierte Berentungstyp beinhaltet wiederum relativ klar umschriebene Störungen: *Schizophrenie, Minderintelligenz und Entwicklungsstörungen*. Dieser Typ umfasst also Menschen, die entweder schon seit Geburt (Minderintelligenz) oder seit sehr früher Kindheit (Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens und andere) manifest beeinträchtigt sind oder dann üblicherweise spätestens im frühen Erwachsenenalter erstmals erkrankt sind (Schizophrenie, schizotype Störung, schizoaffektive Störung). Vereinzelt sind auch Personen mit einer Zwangsstörung in dieser Gruppe enthalten.

Dieser Berentungstyp entfaltet aus verschiedenen Gründen eine völlig andere Berentungsdynamik als die oben beschriebenen Typen: Zum einen sind diese psychischen Erkrankungen 'offensichtlich', zum anderen sind sie zu einem rechten Teil hereditär oder perinatal zumindest mitbedingt und relativ unabhängig vom Milieu, in dem eine Person aufgewachsen ist. Typischerweise kommen bei dieser Gruppe die Belastungen nicht primär aus dem Umfeld, sondern ihre Behinderungen verursachen belastende Erschwernisse bei ihnen selbst und bei ihrer Umgebung.

Diese Menschen fallen dadurch auf, dass sie sozial, familiär und beruflich nie in einem Ausmass integriert waren wie dies beispielsweise bei den Menschen mit Depressionen oder Schmerzstörungen der Fall war. Sie waren sehr viel seltener jemals verheiratet, waren - wenn überhaupt - weniger lang erwerbstätig, haben sehr viel seltener Kinder und waren über lange Zeit von Leistungen der Sozialhilfe abhängig. Häufig leben sie auch als Erwachsene in fortgeschrittenem Alter noch bei den Eltern oder dann in einer betreuten Wohneinrichtung und verfügen infolge der frühen Erkrankung

häufig nicht über eine höhere Schulbildung. Zum Teil muss man sich nebenbei angesichts der Daten fragen, wie es möglich war, dass sie über lange Zeit mit derart geringen Sozialtransferleistungen finanziell über die Runden kamen. Ohne markante finanzielle Unterstützung der Eltern über viele Jahre hinweg wäre dies bei vielen dieser Menschen wohl nicht möglich gewesen.

Dabei ist zu beachten, dass es sich bei dieser Gruppe im Wesentlichen um zwei ganz unterschiedliche Hauptgruppen handelt, nämlich die Schizophrenen und die Minderintelligenten. Diese beiden Erkrankungen bewirken auch eine ganz unterschiedliche Verfahrensdynamik: Menschen mit einer Minderintelligenz haben besonders häufig berufliche IV-Massnahmen, bei Personen mit einer schizophrenen Erkrankung ist dies eher selten der Fall. Dies ist nochmals ein Hinweis darauf, dass berufliche Massnahmen bei Geburtsgebrechen eher zugesprochen werden als bei Erkrankungen. Und es ist auch ein möglicher Hinweis darauf, dass bei psychischen Störungen seltener berufliche Massnahmen verordnet werden als bei anderen Gebrechen.

Für diesen Berentungstyp gibt es eigentlich nur zwei in Frage kommende Verfahrenskonstellationen: Zum einen die sehr langen Berentungs-Verfahren mit Beruflicher Massnahme (vor allem bei Minderintelligenz) oder dann die klar psychiatrischen Verfahren mit einfacher psychiatrischer Diagnostik. Insgesamt lässt sich bei dieser Gruppe festhalten, dass es sich um klar umschriebene und folgenschwere Krankheiten handelt, die relativ umgebungsunabhängig sind. Sofern es sich um Minderintelligenz handelt, wurde von Seiten der Invalidenversicherung mit beruflichen Massnahmen einiges versucht, um eine Integration zu ermöglichen. Handelt es sich um schizophrene Störungen wurde eher wenig in diese Richtung unternommen, obwohl die begutachtenden Ärzte relativ häufig - sogar häufiger als bei den zuvor viel besser integrierten depressiven Patienten - Verbesserungsmöglichkeiten durch Eingliederungsmassnahmen angegeben haben.

Von einem rehabilitativen Standpunkt aus betrachtet, ist die Handlungsbereitschaft der Invalidenversicherung in Bezug auf minderintelligente Versicherte natürlich sinnvoll, dem gegenüber stehen allerdings die relativ seltenen IV-Massnahmen bei schizophrenen Erkrankten. Bei einem Teil dieser Personen wäre vielleicht mit angemessener Unterstützung und entsprechenden Anpassungen am Arbeitsplatz zumindest eine Teilerwerbstätigkeit zu erreichen.

Schliesslich muss man bei diesem Berentungstyp auch festhalten, dass er in der IV-Kategorie 646 falsch platziert ist. Sowohl für Minderintelligenz wie auch für Schizophrenie und Entwicklungsstörungen bestehen andere IV-Codes. Selbstverständlich ist es gut möglich, dass gewisse Personen aus dieser Gruppe jemals eine weitere psychische Störung diagnostiziert erhalten haben, die zum Code 646 passen würde. Hier muss man aber bedenken, wie folgenschwer diese Primärerkrankungen sind. Eine vorübergehende depressive Episode bei einem Menschen mit Minderintelligenz sollte nicht dazu führen, dass er in der Kategorie 646 codiert wird. Damit wird eine Restkategorie aufgebläht, die im Übrigen politisch unter Missbrauchsverdacht steht.

Typ 5: Multiple Substanzabhängigkeiten und Persönlichkeitsstörung

Der letzte und mit einem Anteil von etwas über 6% seltenste Berentungstyp ist dadurch charakterisiert, dass sämtliche Personen dieser Gruppe eine Suchterkrankung haben, meistens polytoxikoman oder opiatabhängig sind, und zudem sehr oft eine Persönlichkeitsstörung haben. Dieser Berentungstyp ist zwar quantitativ relativ begrenzt, er ist aber in mancher Hinsicht sehr auffällig: Es handelt sich hier um diejenigen Berenteten, die biografisch am höchsten belastet sind. Etwa 70%

von ihnen haben in der Kindheit unter Vernachlässigung gelitten, ein Drittel hat Gewalt erfahren, ein Viertel wuchs in wiederholt wechselnden Pflegemilieus auf, rund 20% wurden sexuell missbraucht, und die Hälfte hatte zumindest einen Elternteil, der selbst psychisch krank war. Die psychische Erkrankung der Eltern bestand eindrucksmässig mehrheitlich ebenfalls in einer Substanzabhängigkeit.

Es zeigen sich bei diesem Berentungstyp ähnliche Muster wie beim Typ 2 *Persönlichkeitsstörungen mit psychiatrischen Begleiterkrankungen*, wobei hier das Ausmass an erfahrener Traumatisierung nochmals deutlich grösser ist. Dies führt auch dazu, dass sich bei gegen 80% dieser Menschen schon in Kindheit oder Jugend psychische Störungen manifestiert haben, und dass jeder Zweite schulische Leistungsprobleme hatte und fast ebenso viele in der Schule verhaltensauffällig waren.

Diese besonders schlechten Startbedingungen schlagen sich ebenfalls in einer hohen Suizidgefährdung nieder, bei 20% sind Suizidversuche in den Akten dokumentiert. Diese Personen melden sich erwartungsgemäss relativ früh erstmals bei der Invalidenversicherung an und nahezu alle vor dem 40. Altersjahr. Über die Zeit hinweg gesehen ist der *Anteil* dieser Gruppe wegen der Zunahme der Berenteten mit Schmerzstörungen und Depressionen gesunken, in *absoluten Zahlen* dagegen ist er stabil geblieben und seit dem Jahr 2000 gar leicht angestiegen.

Die Erwerbsbiografie und auch der Einkommensverlauf zeigen ein charakteristisches Muster für diesen Typ: Erstaunlicherweise hat diese Gruppe fast das höchste durchschnittliche Jahreseinkommen, gleichzeitig aber auch den höchsten Anteil von Erwerbsjahren, in denen sie Sozialtransferleistungen verzeichnen. Das lässt sich dahingehend interpretieren, dass diese Menschen an sich konstante Arbeitsleistungen erbringen können - wenn sie nicht Substanzen konsumieren. Sie haben zwar viele Jahre nicht arbeiten können und von Sozialtransfers gelebt bevor sie sich bei der Invalidenversicherung angemeldet haben, aber wenn sie arbeiten konnten haben sie vergleichsweise gut verdient. Es ist ein bekanntes Resultat aus der rehabilitativen Forschung, dass Substanzabhängige in Bezug auf die Arbeit häufig weniger handicapiert sind als Menschen mit anderen psychischen Störungen, dass sie hingegen wegen ihrer Sucht sehr diskontinuierliche Erwerbsbiografien aufweisen. Dieser Störungstyp fällt auch dadurch auf, dass sich die Arbeitgeber fast nie bemüht haben, diese Personen im Betrieb zu halten. Arbeitgeber reagieren bei Substanzabhängigkeit bekanntlich mit weniger Toleranz als bei anderen psychischen Störungen.

Speziell fordernd ist dieser Berentungstyp in der Rehabilitation, vor allem auch durch die meist gleichzeitig vorliegende Persönlichkeitsstörung, was vielleicht auch der Grund war, warum diese Personen überhaupt nach Code 646 berentet wurden. Gemäss letzter ärztlicher Begutachtung vor Berentung stand jedenfalls die Persönlichkeitsstörung aus funktioneller Sicht im Vordergrund. Auch wenn die Mehrfach-Diagnose Sucht und Persönlichkeitsstörung durchaus weitere Gründe haben mag wie beispielsweise den, dass eine Suchtproblematik gemäss Rechtsprechung allein nicht für eine IV-Berentung ausreicht. Es darf jedoch angesichts des Gesamtbildes dieser Gruppe wohl in den allermeisten Fällen davon ausgegangen werden, dass effektiv eine solche Komorbidität vorliegt - deswegen gleicht dieser Berentungstyp auch so stark dem Typ 2 der Persönlichkeitsstörungen mit psychiatrischen Begleiterkrankungen. Das Besondere dieser Gruppe liegt eher umgekehrt darin, dass sie neben der Persönlichkeitsstörung auch noch eine Substanzabhängigkeit haben.

Hinzu kommt schliesslich, dass dieser Berentungstyp wohl infolge des intravenösen Opiatkonsums oder wegen des chronischen Alkoholkonsums auch körperlich oft in einem schlechten Zustand ist: Ein recht grosser Teil hat eine Virushepatitis, eine HIV-Erkrankung und weitere Folgeschäden wie Venenerkrankungen etc.

Aus rehabilitativer Sicht gilt für diese Gruppe Ähnliches wie für die Gruppe mit Persönlichkeitsstörungen ohne Sucht, mit dem Unterschied allerdings, dass der Überlebens-Aspekt ("harm-reduction") hier wegen der hohen Suizidversuchsrate und der zusätzlichen körperlichen Konsequenzen der Substanzabhängigkeit eine noch grössere Rolle spielt. Die Ressourcen dieser Gruppe liegen andererseits in der bis zu einem bestimmten Abhängigkeits-Stadium oft noch gut vorhandenen instrumentellen Arbeitsfähigkeit.

9.2 Die Berenteten nach Code 646 insgesamt

Abgesehen davon, dass sich die aus psychischen Gründen berenteten Menschen in unterschiedliche Erkrankungskonstellationen klassifizieren lassen, zeigen sie auch als Gesamtgruppe einige charakteristische Merkmale.

Die Menschen mit einer Berentung nach IV-Code 646 umfassen diagnostisch - entgegen der Definition dieses Gebrechenscodes - das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen von hirnganischen Störungen (F0) bis zu den emotionalen und Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit (F9). Die Vermutung, dass es sich mehrheitlich um umstrittene Erkrankungen wie Fibromyalgie, Schleudertrauma oder ähnliche Störungen handle, trifft nicht zu. Derartige Diagnosen kommen in der rentenauslösenden Begutachtung praktisch nie vor.

Hingegen zeigen die Daten, dass es sich um Personen handelt, deren IV-Berentung ein langer Vorlauf voraus geht. Ein erheblicher Teil war schon seit Kindheit oder Jugend krank, auffällig oder beeinträchtigt, bei anderen haben sich schon mehrere Jahre vor IV-Anmeldung gesundheitliche Probleme verdichtet und zu einem schleichenden beruflichen Desintegrationsprozess geführt. Bei einem bedeutsamen Teil zeigen sich gesundheitliche Probleme lange vor IV-Anmeldung in körperlichen Beschwerden, was zu langwierigen somatischen Abklärungen und medizinischen Eingriffen führt, ohne dass diese den Gesundheitszustand verbessern würden. Nicht nur zwischen psychiatrischer Ersterkrankung und IV-Anmeldung vergeht sehr viel Zeit, es dauert meist auch mehrere Jahre von Ersterkrankung bis zum Auftauchen der ersten Arbeitsplatzprobleme. Das bedeutet, dass psychisch Kranke nach der ersten Manifestation ihrer Erkrankung über Jahre hinweg versuchen, weiter am Arbeitsplatz zu funktionieren. Auch wenn gewisse IV-Verfahrensprozesse mit zwei bis drei Jahren eine vergleichsweise kurze Dauer bis zur Berentung aufweisen, so dauern die Erkrankungs- und Desintegrationsprozesse dieser Menschen häufig deutlich länger, und haben meist schon lange begonnen, bevor sie das erste Mal vom Umfeld wahrgenommen werden.

Betrachtet man die Lebensbiografie der wegen psychischer Störungen berenteten Menschen, so wird ersichtlich, dass ein bedeutsamer Teil von ihnen gar nie wirklich sozial und beruflich integriert war, sondern spätestens seit der Adoleszenz oder seit dem frühen Erwachsenenalter beruflich und sozial teilweise oder ganz desintegriert ist. Die Analysen der Erwerbs- und Einkommensbiografie zeigen, dass diese Menschen einen erheblichen Teil ihres Einkommens aus Sozialtransfers generieren mussten, und dass das Durchschnittseinkommen der Erwerbstätigen nicht einmal halb so hoch war wie dasjenige der Schweizer Erwerbstätigen insgesamt. Psychiatrisch berentete Personen mit einem (auf das Lohnniveau von 1993 adjustierten) Jahreseinkommen von über 60'000 Franken sind beispielsweise ausserordentlich selten. Auch andere Indikatoren der sozialen Integration und des beruflichen Funktionsniveaus zeigen in dieselbe Richtung: Kaum jemand verfügt über einen tertiären Bildungsabschluss, viele nur über maximal 9 Schuljahre, ein grosser Teil hat keine qualifizierte

Ausbildung und manuelle Hilfsarbeiten sind häufig. Dies sind allesamt keine Berentungsgründe, aber sie weisen auf eine Ausgangslage hin, die weitere Belastungen nach sich ziehen kann und vielleicht im Verlauf der Jahre psychische Erkrankungen begünstigen und in der Folge auch die psychischen Gesundheitsprozesse beeinträchtigen kann. Bildung ist bekanntermassen einer der zentralen protektiven Faktoren in Bezug auf eine Invalidisierung (Aarts, de Jong & Prinz, 2000).

Bei vielen Berenteten aus psychischen Gründen sind die schlechten Bildungsvoraussetzungen aber nicht der Beginn des Problems, sondern schon eine Folge der früheren Umstände. Das Ausmass an schon im Kindesalter erfahrener psychischer Belastung ist insgesamt erheblich und in nicht wenigen Fällen erschreckend. Dies reflektieren im übrigen auch die Erfahrungen aus der Kodierarbeit dieser Untersuchung: Obwohl die - zum Teil psychologisch ausgebildeten - StudienmitarbeiterInnen eingehend vorbereitet und eng begleitet wurden, zeigte sich nach etwa drei bis vier Wochen Kodierarbeit, dass das intensive Aktenstudium zu einer emotionalen Betroffenheit der Mitarbeitenden führte. Obwohl wir mit Belastungen gerechnet hatten, übertraf das Ausmass, die Dichte und die Häufigkeit der in den Akten dokumentierten psychosozialen Belastungen die Erwartungen.

Die Konsequenzen dieser frühen psychischen, sozialen und bildungsmässigen Beeinträchtigungen ziehen sich bei vielen Berenteten wie ein roter Faden durch die Biografie und äussern sich in 'schwierigen' Charakterzügen, emotionaler Instabilität und mangelnder Belastbarkeit, wiederkehrenden beruflichen Misserfolgen, gehäuften kritischen Lebensereignissen, sozialer Isolation, schädlichem Gesundheitsverhalten und Suizidversuchen. Dies zeigt sich nicht nur bei den berenteten psychisch Kranken, sondern ebenso bei der laut BSV-Definition "erfolgreich eingegliederten" Kontrollgruppe der psychisch Kranken, die zwei Jahre nach der Durchführung einer Beruflichen IV-Massnahme (noch) keine IV-Rente beziehen - die aber gemäss letztem dokumentierten Stand in den Akten einige Zeit später trotzdem häufig invalidisiert, arbeitslos, sozialhilfeabhängig oder hospitalisiert sind. Diese Biografien verdeutlichen, wie destruktiv frühe Mangelereignisse sein und zu welchen chronischen Krankheitsverläufen und Desintegration sie führen können. Es wäre eine Illusion zu denken, dass man mit geeigneten Massnahmen den grössten Teil dieser psychisch bedingten Invalidisierungen hätte verhindern oder hätte rückgängig machen können. Das bedeutet aber auf der anderen Seite nicht, dass man nicht einiges verbessern könnte - und mittlerweile mit der 5. IV-Revision zum Teil auch schon verbessert hat.

9.3 Die typischen Belastungskonstellationen

Diese insgesamt erheblichen Belastungen lassen sich nach Personengruppen mit typischen Belastungskonstellationen differenzieren. Aus rund 50 erhobenen Belastungsmerkmalen aus früherer Biografie, kritischen Lebensereignissen und Arbeitsbiografie wurde eine stabile und gut differenzierende Belastungs-Typologie berechnet. Die gefundenen Belastungstypen lassen sich folgendermassen beschreiben:

Die erste Gruppe umfasst alleinerziehende, erwerbstätige Frauen (9% der Berenteten). Der prozentuale Anteil dieser Gruppe an den 646-Renten hat sich seit 1990 verdoppelt, zahlenmässig hat sie sich mehr als verdreifacht. Typisch sind depressive Leiden und Schmerzstörungen sowie ein hohes Erkrankungsalter. Diese Gruppe hat einen für die 646-Berenteten durchschnittlichen Anteil von Migrantinnen. Der Anteil Alleinerziehender ist bei den 646-Renten doppelt so hoch wie in der

Allgemeinbevölkerung. Alleinerziehende sind bekanntermassen eine wichtige soziale Risikogruppe für psychische Erkrankungen (Typ 1).

Zur zweiten Gruppe gehören biografisch extrem belastete Personen (14% der Berenteten). Typisch sind hier extrem häufige Erfahrungen von Heimaufenthalten, wechselnden Pflegemilieus, Verlust eines Elternteils, Vernachlässigung und Gewalt. Sehr häufig sind schon frühe Leistungsprobleme und Verhaltensauffälligkeiten in der Schulzeit dokumentiert. Insgesamt zeigt diese Gruppe eine typische „broken-home“-Biografie. Zahlenmässig ist diese Gruppe seit 1990 unverändert, anteilmässig hat sie sich halbiert. Diagnostisch handelt es sich überwiegend um Persönlichkeitsstörungen. Typisch sind häufige psychiatrische Hospitalisationen und ein besonders frühes Ersterkrankungsalter. MigrantInnen sind in dieser Gruppe unterdurchschnittlich vertreten. Zudem ist hier besonders häufig ein schädliches Gesundheitsverhalten (riskanter Alkoholkonsum, Nikotinkonsum) festzustellen (Typ 2).

Kennzeichnend für die dritte Belastungsgruppe sind familiäre psychiatrische Vorbelastungen (18% der Berenteten). In fast allen Fällen haben schon die Eltern oder andere nahe Verwandte an psychischen Störungen gelitten. Dies und die Tatsache, dass die Berenteten dieser Gruppe kaum je länger von den Eltern getrennt oder in einem Heim aufgewachsen sind, machen die Hauptunterschiede zur vorherigen Gruppe aus. Dokumentiert sind häufige Erfahrungen von Gewalt und Vernachlässigung. Wie die vorherige ist auch diese Gruppe zahlenmässig seit 1990 unverändert, anteilmässig hat sie sich ebenfalls halbiert. Diagnostisch handelt es sich häufig um Persönlichkeitsstörungen sowie Depressionen. Typisch sind besonders häufige Hospitalisationen in einer psychiatrischen Klinik. Diese Gruppe zeigt den geringsten Anteil an MigrantInnen. Auch diese Gruppe leidet zusätzlich häufig unter einem riskanten Alkoholkonsum und Nikotinkonsum (Typ 3).

Zur vierten Gruppe gehören die weitgehend Unbelasteten und schlecht Dokumentierten (21% der Berenteten). Diese Gruppe zeigt unterdurchschnittliche Werte bei sämtlichen erhobenen Belastungen. Dies liegt bei einem Teil der Fälle an den effektiv nicht vorhandenen Belastungen, bei einem eher grösseren Teil an der mangelhaften Dokumentation in den Akten. Bei dieser Gruppe wurden die Biografie, die Arbeitsbiografie und auch die Lebensumstände oft nicht festgehalten. Diese Gruppe mit einem unterdurchschnittlichen Ausländeranteil hat sich in den letzten rund 20 Jahren zahlenmässig verdoppelt. Typisch sind häufige depressive Erkrankungen, ein hohes Ersterkrankungs- und Anmeldungsalter und besonders seltene psychiatrische Hospitalisierungen. Bei dieser Gruppe wurde besonders selten (nur in 10% der Fälle) ein medizinisches Gutachten verfasst. Vereinfacht gesagt handelt es sich hier häufig um ältere Schweizer mit depressiven Störungen und reduzierten Arbeitsmarktchancen, die vor Berentung relativ oberflächlich abgeklärt wurden (Typ 4).

Die fünfte und grösste Gruppe umfasst Personen mit mittelgradigen Belastungen (38% der Berenteten). Diese Gruppe zeigt erwartungsgemässe Belastungen, die wahrscheinlich über dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung liegen, sich aber im Vergleich zu den anderen 646-Belastungsgruppen etwa im Mittel bewegen. Typisch für diese Personen sind eine Unterschichtsherkunft und Belastungen aus schwerer körperlicher Arbeit - vor allem in der Industrie und im Baugewerbe. Diagnostisch handelt es sich um die Gruppe mit dem höchsten Anteil an Schmerzstörungen. Diese Gruppe ist zahlenmässig ebenfalls klar angestiegen und zeigt mit 50% den höchsten Anteil an MigrantInnen. Medizinische Gutachten wurden hier so häufig wie in keiner anderen Gruppe in Auftrag gegeben, in über 35% der Fälle (Typ 5).

9.4 Die ärztliche Begutachtung

Die IV-Akten dokumentieren die zentrale Rolle der begutachtenden Ärzte (womit im Folgenden alle beurteilenden Ärzte gemeint sind, nicht nur diejenigen, die explizit ein "Gutachten" verfasst haben) im IV-Abklärungsverfahren. Da die IV-Berentung voraussetzt, dass eine Erwerbsfähigkeit wegen einer Krankheit, eines Unfalls oder eines Geburtsgebrechens über zumindest einen gewissen Zeitraum hinweg nicht mehr gegeben ist, ist die ärztliche Beurteilung der Erkrankung und ihrer Folgen entscheidend.

Eines der wichtigsten Resultate dieser Untersuchung ist, dass die Art des IV-Verfahrens praktisch ausschliesslich von der Charakteristik der Erkrankung gesteuert wird - und nicht von IV-fremden Faktoren wie regionalen oder historischen Umständen. Die IV-Prozesse aus den letzten Jahren unterscheiden sich kaum von den Verfahren aus den 80er oder 90er Jahren. Es sind die Krankheiten, die eine spezielle Dynamik entwickeln und es sind die Ärzte, die diese anscheinend früher wie heute in einer relativ stabilen Weise aufgreifen und diagnostizieren. Trotz Entwicklungen in der Diagnostik, in der öffentlichen Wahrnehmung und in der politischen Diskussion wie auch in der Rechtsprechung sind die Verfahren relativ stabil und auf die Erkrankungen bezogen geblieben. Bis zum Jahr 2005 - das letzte in unserer Rentenstichprobe enthaltene Jahr - kann man deshalb davon ausgehen, dass es sich bei den Berentungen insgesamt um nicht-willkürliche, ärztlich geleitete Entscheidungsprozesse von grosser Konstanz gehandelt hat. Die Veränderungen in den Häufigkeiten verschiedener Diagnosen über die Zeit hinweg liegen denn auch nicht prioritär in einer veränderten Diagnostik, sondern in veränderten Störungsmustern und der soziodemografischen Zusammensetzung der RentnerInnen-Population, beispielsweise dem Anstieg der somatoformen Schmerzstörungen durch die Zunahme der Migrantinnen und Migranten bei den Berentungen.

Für eine Akten-Analyse der Lebens- und Arbeitsbiografie der berenteten Personen sind die ärztlichen Dokumente die insgesamt wichtigsten Informationsträger. In den ärztlichen Stellungnahmen wird zumindest teilweise greifbar, um welche Menschen es sich handelt, wie ihre Vorgeschichte war, welche Gesundheitsprobleme sie haben, in welchen Symptomen sich diese äussern und anderes.

Diese Informationsfülle der ärztlichen Dokumente wird häufig im weiteren Verfahren nicht genutzt, was sich beispielsweise daran zeigt, dass Ärzte in ihren Beurteilungen berufliche IV-Massnahmen relativ häufig als angezeigt erachten, solche aber nur sehr selten auch durchgeführt werden, oder daran, dass Ärzte ebenfalls relativ häufig von einer möglichen Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgehen - häufig ohne Konsequenzen für das weitere Berentungsverfahren.

Dies hat auch mit der Art der ärztlichen Beurteilung selbst zu tun. Wenn man die ärztliche Seite kritisch analysiert, geben die Resultate dieser Studie einige Hinweise: Die ärztliche Begutachtung sollte an sich den Zusammenhang von Krankheit und Erwerbsunfähigkeit aufzeigen, und genau dies tut sie meistens höchstens implizit. Bereits in einer Studie aus dem Jahr 1999 zur ärztlichen Beurteilung und ihrer Bedeutung im IV-Verfahren wurde darauf hingewiesen, dass bei den Ärzten eine Unsicherheit besteht, was die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anbelangt und dass entsprechende Richtlinien fehlen (Bachmann & Furrer, 1999). So diskutieren Arztberichte und längere ärztliche Gutachten in der vorliegenden Studie die diagnostische Situation und ihre Vorgeschichte ausführlich, fassen die bisherigen Diagnosen früherer Gutachter zusammen und machen zum Schluss eine meist knappe Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Aber diese Stellungnahmen verdeutlichen normalerweise nur rudimentär, wie genau sich die psychische Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit - auf die Funktionsfähigkeit - auswirkt, welche Funktionen effektiv beeinträchtigt

sind, ob und gegebenenfalls mit welchen Massnahmen sich diese Beeinträchtigungen verbessern oder zumindest kompensieren liessen etc. In den allermeisten Fällen 'ahnt' man mit psychiatrischer Berufserfahrung ungefähr, wozu die Berenteten nicht in der Lage sind, aber dies wird kaum je explizit gemacht und ausgeführt. Damit bleibt genau der, aus rechtlicher und rehabilitativer Perspektive, zentrale Zusammenhang von Krankheit und Erwerbsunfähigkeit meistens unklar.

Das Problem dabei liegt nicht darin, dass die Berentungen von der Problematik her nicht nachvollziehbar oder unberechtigt wären, sondern darin, dass durch eine solche ärztliche Dokumentation keine Basis für eine rehabilitative Indikationsstellung geschaffen wird. Nicht nur eine IV-Berentung, sondern auch sämtliche rehabilitativen Massnahmen richten sich nach Art und Ausmass der funktionellen Beeinträchtigungen und nicht nach einer Diagnose - auch wenn eine solche schon eine gewisse Information in sich enthält.

Eine Schizophrenie-Diagnose inklusive einer differenzierten Symptomschilderung bedeutet an sich weder eine Rentenbedürftigkeit noch eine Massnahmeunfähigkeit. Nur die *Konsequenzen* dieser Schizophrenieerkrankung geben darüber Aufschluss - und diese sind je nach Person, deren persönlichen und Umwelt-Ressourcen, der Art des Arbeitsplatzes, der sozialen Unterstützung, der Güte der psychiatrischen Behandlung etc. sehr unterschiedlich. Analysiert man die ärztliche Begutachtung vor Berentung so zeigt sich, dass die Aussagen über die funktionellen Einschränkungen normalerweise nicht aussagekräftig sind. Die meisten Darstellungen beinhalten Aussagen wie "ist nicht belastbar", "ist nicht stabil", "ist nicht leistungsfähig" oder ähnlich. Es wird hier nicht bestritten, dass dem so sei, aber solche Ausführungen tragen wenig Information.

Folgende Fragen bleiben unbeantwortet: Warum und in welchen Aktivitäten ist jemand nicht belastbar? Welche Situationen erlebt der Versicherte als belastend? Was könnte ihm zu mehr Belastbarkeit verhelfen? Welche konkreten Funktionseinschränkungen sind vorhanden und - vor allem bei psychisch Kranken - welche subjektiven Einschränkungen sind vorhanden (spezifische, Ängste, Phantasien, Misstrauen etc.)? Wesentlich wären auch Hinweise darauf, ob sich die festgestellten Funktionseinschränkungen beispielsweise durch Training beheben lassen - vor allem im Hinblick auf die neuen sozialrehabilitativen Massnahmen der Invalidenversicherung, die dem "Belastbarkeitstraining" eine besondere Bedeutung zumessen. Hier müsste man beispielsweise von ärztlicher Seite wissen, ob sich die Einschränkungen überhaupt trainieren lassen (was oft nicht der Fall ist) oder ob es Anpassungen in der Arbeitsumgebung braucht (was möglicherweise häufiger der Fall wäre, aber kaum je diskutiert wird).

Insgesamt zeigt sich, dass sich die ärztliche Begutachtung auf ihre Position als medizinische Sachverständige beschränkt und relativ stark getrennt ist von der rehabilitativen Seite. Berufliche Massnahmen werden zwar formal vorgeschlagen (auf dem Formular angekreuzt), aber kaum fachlich reflektiert. Auf der anderen Seite werden berufliche Massnahmen in Einrichtungen durchgeführt, die normalerweise weder diese ärztlichen Stellungnahmen kennen noch über ärztliches Personal verfügen. So geht das ärztliche Wissen für die Rehabilitation meist verloren. Dies gilt häufig ebenfalls für diejenigen IV-Stelleninternen Eingliederungsbemühungen, die durch Eingliederungs-Fachpersonen ohne psychiatrische oder psychologische Ausbildung durchgeführt werden. Vereinfacht gesagt unterschätzen Ärzte ihre Bedeutung für die Rehabilitation und umgekehrt wird häufig die Bedeutung der funktionellen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für die Begutachtung unterschätzt. Berufliche Massnahmen können aber erst dann wirklich wirksam werden, wenn die Ärzte die funktionellen Konsequenzen der Erkrankung ausführen und aus psychiatrischer Sicht darlegen, welche

Arbeitsprobleme vorhanden sind und wie diese mit der Erkrankung zusammen hängen. Dies würde die Rentenbeurteilung erleichtern und auch nachvollziehbarer machen und vor allem überhaupt erst eine rehabilitative Indikationsstellung ermöglichen. Ebenfalls problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass ärztlicherseits die Arbeitsbiografie selten in einem Mass erhoben wird, das Auskunft geben könnte, unter welchen Umständen welche Probleme aufgetreten und wohl auch künftig zu erwarten sind.

Ein - von ärztlicher Seite nicht beeinflussbares - Hauptproblem der ärztlichen Beurteilung scheint grundsätzlich darin zu liegen, dass eine umfassendere ärztliche Begutachtung (ein psychiatrisches oder multidisziplinäres Gutachten) nur in Auftrag gegeben wird, wenn es um die Prüfung der Rentenfrage geht. Das bedeutet, dass die hauptsächliche intellektuelle ärztliche Energie zum Schluss des Berentungsprozesses zur Rentenabklärung eingesetzt wird, aber nicht für die vorhergehenden Versuche, eine Person im Arbeitsleben zu halten. Die intensivste medizinische Abklärung dient nur der Frage "Rente: ja oder nein?". Der Fokus für die medizinische Begutachtung liegt eher auf der juristischen Seite denn auf der rehabilitativen. Die intellektuelle Energie wäre eigentlich zweckmässiger zu Beginn des Verfahrens einzusetzen, wo es für alle Beteiligten noch etwas zu „gewinnen“ gibt. Dies müsste nicht zwingend eine medizinische Begutachtung sein, es müsste einfach zu Beginn des Verfahrens eine integrierte ärztliche, psychologische und rehabilitative Problemanalyse vorgenommen werden, auf der dann die Planung der weiteren Interventionen aufbauen könnte.

Dazu würde gehören, dass die psychiatrischen Funktionseinschränkungen vermehrt konkretisiert werden und dass etwas präziser darüber nachgedacht wird, welche konkreten Anpassungen die psychiatrischen Behinderungen am ehesten zu kompensieren vermögen. Das diesbezügliche Niveau der ärztlichen Stellungnahmen ("benötigt ein gutes Umfeld", "braucht sehr viel Verständnis") ist oft so pauschal und in dieser Form auch überfordernd, dass es für die rehabilitative Praxis keine Anhaltspunkte gibt. Die Frage wäre auch hier vielmehr: Was bedeutet "ein gutes Umfeld" genau für diesen konkreten Versicherten? Wofür genau sollte man am Arbeitsplatz "sehr viel Verständnis" aufbringen? Aus praktischer Erfahrung kann man davon ausgehen, dass sich fast immer sehr klar und knapp sagen lässt, was jemand ganz genau benötigt - Voraussetzung dafür ist allerdings eine deutlich intensivere und arbeitsbezogenere medizinische Abklärung. Die diesbezüglich erforderliche medizinisch-rehabilitative Fachsprache und Abklärungsmethodik existiert zur Zeit noch nicht und müsste dringend entwickelt werden.

Dazu gehört auch, dass in der Abklärung vermehrt eruiert würde, wie sich die krankheitsbedingten Arbeitsplatzprobleme in einem frühen Stadium bemerkbar gemacht haben, und ob es irgendwelche auslösenden Ereignisse gab. Diese Fragen werden bisher kaum berücksichtigt. Für Eingliederungsbemühungen wäre es aber wichtig zu wissen, welche Anzeichen eine Zustandsverschlechterung begleiten respektive einer erneuten Krise vorangehen.

Es ist aus der psychiatrischen Rehabilitationsforschung bekannt, dass *integrierte* rehabilitative Massnahmen, die Spezialisten verschiedener Fachrichtungen in integrierter Form (in einem Team) umfassen, bei dieser schwer handicapierten Klientel deutlich erfolgreicher sind als fragmentierte Interventionen. Hier sollten auf Seiten der Ärzteschaft unbedingt Anstrengungen unternommen werden, erstens ihre Abklärungen rehabilitationsorientierter durchzuführen und zweitens ihr Wissen vermehrt den anderen Akteuren zugänglich zu machen. Diese Untersuchung zeigt, dass die entscheidenden Steuergrössen im gesamten Verfahren die Erkrankungen selbst sind. Deshalb kann es

nicht darum gehen, die Rolle der Ärzte im Verfahren generell zu beschränken, sondern vielmehr darum, das ärztliche und auch psychologische Wissen vermehrt in das rehabilitative Verfahren einzubinden. Paradoxerweise hat zwar die ärztliche Diagnostik bisher entscheidende Bedeutung für die Berentungsfrage, aber im gesamten vorhergehenden Verfahren und auch in der Schulung des rehabilitativen Personals wird den Diagnosen, also den Erkrankungen selbst, viel zu wenig Bedeutung zugemessen.

9.5 Die beruflichen IV-Massnahmen

Insgesamt haben 13% der aus psychischen Gründen berenteten Menschen irgendwann einmal eine berufliche Massnahme der Invalidenversicherung erhalten bevor sie berentet wurden. Dabei handelt es sich um den Durchschnitt, es gibt Berentungstypen wie der umfangreichste der Personen mit Depression, Persönlichkeitsstörung und Schmerzstörung (Typ 1), bei denen lediglich 5% jemals eine berufliche Massnahme erhalten haben. Die - in diesem Berentungstyp mit einem erheblichen Anteil vorhandenen - Migrantinnen und Migranten haben ebenfalls zu nur 4% jemals eine solche Massnahme erhalten. Dies widerspricht auf den ersten Blick klar den Ergebnissen einer anderen Untersuchung: Im Rahmen einer Studie zur Beruflichen Eingliederung in der IV (Furrer, Bieri & Bachmann, 2004) gaben rund 30% der Befragten über alle IV-Codizes hinweg (nicht nur 646 sondern sämtliche Krankheiten/Unfälle, Geburtsgebrechen) an, dass bei ihnen mindestens eine berufliche Massnahme eingeleitet wurde. Diese Studie zeigte aber auch, dass das Vorhandensein einer psychischen im Vergleich zu einer körperlichen Beeinträchtigung die Chance auf eine berufliche Massnahme um das Zweifache erhöht. Die Nationalität hatte in dieser Untersuchung keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit der Zusprache einer beruflichen Massnahme (Furrer, Bieri & Bachmann, 2004). Dabei sind die Unterschiede in der Untersuchungsanlage zu beachten: Die erwähnte Studie befragte nicht nur Berentete und nicht nur psychisch Kranke, zudem waren in der Telefonbefragung Personen mit mangelhaften Sprachkenntnissen unterrepräsentiert. Trotzdem ist die Schlussfolgerung, dass psychische Beeinträchtigungen generell mit einer grösseren Massnahmewahrscheinlichkeit zusammenhängen, so pauschal nicht gültig. Zudem hat die Nationalität zumindest bei den 646-Versicherten sehr wohl einen Einfluss.

Berufliche IV-Massnahmen wurden bislang vor allem bei jungen und sehr jungen Versicherten durchgeführt. Dies zeigen auch die Resultate der Kontrollgruppe: Das Durchschnittsalter der Vergleichspersonen mit Massnahme und ohne IV-Rente betrug bei IV-Anmeldung rund 21 Jahre, das Alter derjenigen Berenteten, die einmal eine Massnahme erhielten, rund 28 Jahre und das Alter der Berenteten ohne Massnahme rund 40 Jahre. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen des Forschungsberichts zur Beruflichen Eingliederung in der Eidgenössischen Invalidenversicherung, wo gezeigt werden konnte, dass mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit für die Einleitung einer beruflichen Massnahme sinkt, gleichzeitig sinken jedoch auch die Erfolgsquoten der beruflichen Massnahmen mit zunehmendem Alter (Furrer, Bieri & Bachmann, 2004).

Berufliche IV-Massnahmen werden bei Personen mit einem Code 646 (also bei psychisch Kranken) in allererster Linie durchgeführt bei jungen männlichen Versicherten, die eine Minderintelligenz aufweisen, schon durch kindliche Entwicklungsstörungen aufgefallen sind oder deren Probleme sich schon früh durch Verhaltensauffälligkeiten manifestierten. Anders formuliert: Die Hauptgruppen für berufliche IV-Massnahmen sind Personen mit Geburtsgebrechen und kinderpsychiatrischen Erkrankungen. Hingegen sind die zahlenmässig umfangreichen Gruppen mit depressiven und Schmerz-

störungen bei beruflichen Massnahmen unterrepräsentiert. Hier werden dann oft während mehreren Jahren nicht nur eine, sondern mehrere Eingliederungsmassnahmen durchgeführt. Es ist nachvollziehbar, dass berufliche IV-Massnahmen Menschen zugesprochen werden, die schon länger behindert und auf solche Massnahmen angewiesen sind. Zudem sind solche Menschen der IV-Stelle möglicherweise auch schon länger bekannt. Was den „Erfolg“ (gemessen am Anteil von Personen, welcher zwei Jahre nach Abschluss der IV-Massnahme keine ganze Rente bezieht) der beruflichen Massnahmen betrifft, so hat sich jedoch auch gezeigt, dass dieser bei Geburtsgebrechen mit nur 55% am geringsten ist, während er bei psychischen Erkrankungen insgesamt bei 68% liegt (Buri, 2000). Dies deutet darauf hin, dass die Praxis der grosszügigen Gewährung von beruflichen Massnahmen bei Personen mit Geburtsgebrechen nur begrenzt durch deren Erfolg gerechtfertigt ist. Es bleibt unklar, warum bei denjenigen Erkrankten, die prämorbid über längere Zeit erwerbstätig waren, so selten Eingliederungsversuche unternommen wurden.

Die geringe Rate von beruflichen Massnahmen kann verschieden interpretiert werden. Sie kann ein Hinweis auf die Schwere dieser Erkrankungen und die Aussichtslosigkeit solcher Massnahmen sein oder ein Hinweis auf eine bisher zu geringe rehabilitative Orientierung des IV-Verfahrens. Die vorhandenen Daten sprechen dafür, dass beide Interpretationen zutreffen. Der Vergleich mit der Kontrollgruppe der Massnahmeempfänger ohne IV-Rente hat gezeigt, dass mindestens die Hälfte dieser Personen auch nach solchen Massnahmen beruflich ausgegliedert bleibt, und dass ein Teil davon später trotzdem berentet wird. Dies ist ein Indiz für die oft schweren und langfristigen Funktionsbeeinträchtigungen durch psychische Erkrankungen.

Zum anderen zeigen die Auswertungen, dass die ärztliche Abklärung viel häufiger berufliche Massnahmen für angezeigt erachtet hatte als solche dann auch durchgeführt wurden. Auch wenn es Personengruppen gibt, die so beeinträchtigt sind, dass man sie zumindest vorübergehend von beruflichen Massnahmen 'verschonen' sollte, so bleibt doch die Eingrenzung der durchgeführten Massnahmen auf fast überwiegend junge Versicherte mit einigen diagnostischen Schwerpunkten schwer nachvollziehbar. Speziell gilt dies auch für diejenigen Berentungstypen mit Depressionen, Schmerzstörungen und Persönlichkeitsstörungen, die Erfahrungen aus dem Berufsleben mitbringen. Hier zeigt sich, dass die mit der 4. und 5. IV-Revision eingeführten neuen beruflichen Massnahmen und die nunmehr verstärkte Ausrichtung der IV auf die Eingliederung dringend notwendige Schritte waren.

Neben der Seltenheit, mit der berufliche Massnahmen bisher durchgeführt wurden, weisen die Resultate aber noch auf ein weiteres Problem hin, nämlich den oft fehlenden Bezug der Massnahme auf die Art der Erkrankung. Es ist bekannt, dass die Bedeutung der spezifischen psychischen Störung in der beruflichen Rehabilitation noch viel zu wenig berücksichtigt wird (Baer, 2001). Der Grossteil der in der Vergleichsgruppe durchgeführten Massnahmen waren Ausbildungs- oder Umschulungsmassnahmen. Dies sind die 'klassischen' Massnahmen, die bei jungen Versicherten ohne Bildungsabschluss angebracht sind. Für ältere Versicherte oder für Versicherte mit Persönlichkeitsstörungen, Depressionen oder Schmerzstörungen geht es hingegen oft nicht um eine Umschulung, sondern um längerfristige Begleitung, Arbeitsvermittlung, Anpassungen am Arbeitsplatz, also um vielleicht weniger intensive dafür längerdauernde Interventionen. Bei ihnen stehen nicht die instrumentellen Arbeitsdefizite im Vordergrund, sondern die emotionalen und sozialen Defizite. Auch diesbezüglich wurden inzwischen seitens der Invalidenversicherung Schritte unternommen.

Man muss sich aber bewusst sein, dass gerade für die umfangreichsten psychisch bedingten Berentungsgruppen heute noch kaum rehabilitative Verfahren, Abläufe, Standards etc. bestehen. Die Rehabilitation ist bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen oder Schmerzstörungen und Depressionen erfahrungsgemäss relativ rasch überfordert. Das lässt sich nicht einfach nur durch die Störungen selbst begründen, sondern auch dadurch, dass die bisherigen 'klassischen' rehabilitativen Konzepte aus der Arbeit mit minderintelligenten oder schizophrenen Personen heraus entwickelt wurden. Schon seit längerer Zeit hat sich aber die Zusammensetzung der Klientel verändert, ohne dass spezifische neue Massnahmen entwickelt worden wären. Mit der Neuausrichtung der Invalidenversicherung wurde der Rahmen für Verbesserungen geschaffen, aber die Konzeptionierung wirksamer Massnahmen für diese neue Klientel steht noch aus. Die hier aufgezeigten Berentungstypen könnten als Ausgangsbasis für weitere Analysen sowie für die Erarbeitung gezielterer Interventionen dienen. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die rapide Zunahme gewisser dargestellter Berentungsgruppen zumindest insofern 'hausgemacht' ist, als dass sich die Invalidenversicherung bis zum jetzigen Zeitpunkt (FoP-IV) wissenschaftlich und konzeptionell kaum mit den psychisch kranken Versicherten und ihrem rehabilitativen Bedarf auseinandergesetzt hat. Auch wenn berufliche Rehabilitation bis zu einem gewissen Grad eine praktische Angelegenheit ist, darf man bei einem solch geringen Spezialisierungsgrad und Wissensstand über steigende Berentungen aus psychischen Gründen nicht erstaunt sein.

9.6 Der Code "646"

Die nach IV-Code 646 Berenteten zeigen diagnostisch das gesamte Spektrum psychischer Störungen. Dies entspricht nicht der Kategorisierung der IV-Gebrechenscodizes, die für psychische Erkrankungen die Kategorien 641 bis 649 vorsehen, wobei unter anderem eigene Kategorien bestehen für schizophrene Erkrankungen, Alkoholerkrankungen, Polytoxikomanie, Minderintelligenz oder "Psychopathie". Mit der Ausnahme bipolarer affektiver Störungen (manisch-depressive Erkrankungen), die in unserer Stichprobe fast nie vorkamen, sind aber alle Störungen teils in erheblicher Zahl vorhanden. Das liegt sicher an der unscharfen Definition dieser Sammelkategorie, die auch den Begriff der "Borderline cases" enthält, der die Abgrenzung zur "Psychopathie"-Kategorie erschwert. Da die Kategorisierung der Fälle nicht von ärztlicher Seite durchgeführt wird, ist es angesichts der Unschärfen und des 'Sammeltopf'-Charakters der Kategorie nachvollziehbar, dass es zu Fehlcodierungen kommen kann.

Die unscharfe und fachlich überholte Kategorie zieht aber weitere Konsequenzen nach sich: Zum einen ist die Grenze zu anderen körperlich Restkategorien (IV-Code 738) unscharf, weswegen nicht bekannt ist, in wie weit der Anstieg der psychisch bedingten Berentungen auch mit veränderten Zuteilungsgewohnheiten in diese beiden Kategorien zusammenhängt. Zum anderen, und dies ist auch politisch von Bedeutung, wurde damit eine unscharf definierte Rentenkategorie erheblich grösser gemacht als sie tatsächlich ist. Ganz grob wäre bei gut 25% der 646-Berenteten eine andere Kategorisierung zumindest denkbar gewesen. Erkrankungen wie beispielsweise eine paranoide Schizophrenie oder Geburtsgebrechen wie Minderintelligenz gehören hingegen sicher nicht in diese Gruppe.

Da gerade der 646-Kategorie die Meinung anhaftet, es handle sich überwiegend um nicht objektivierbare Krankheiten, verstärkt die unscharfe Abgrenzung der Kategorie und die zu häufige Zuteilung die nach wie vor bestehende Stigmatisierung psychischer Erkrankungen als Befindlich-

keiten ohne Krankheitswert. Die hier vorliegenden Resultate zeigen demgegenüber, dass es sich bei der starken Zunahme der 646-Renten um eine Zunahme meist klar beschreibbarer Krankheitsbilder handelt.

Auch wenn man ein bestehendes Kategoriensystem wegen der Vergleichbarkeit der Zahlen nicht einfach ändern sollte, scheint es angezeigt, parallel dazu künftig auch die ICD-Diagnostik bei Berentung zu erfassen. Dies ergäbe auf die Dauer ein sehr viel genaueres Bild über die Zusammensetzung und die allfälligen Veränderungen der Berentungsgründe.

9.7 Die typischen Berentungskonstellationen

Die Untersuchung hat 5 typische Arten von Berentungskonstellationen oder -verfahren gezeigt, die stark mit den Krankheitstypen zusammenhängen. Bei den beiden umfangreichsten Verfahrensguppen, die 80% aller aus psychischen Gründen Berenteten umfassen, handelt es sich erstens um die klar psychiatrischen Verfahren, in denen von Abklärungsbeginn an meistens ein Psychiater involviert ist, die Diagnostik klar und umgrenzt und die Verfahrensdauer relativ kurz ist. Dies ist das typische Verfahren bei Personen mit einer Persönlichkeitsstörung (Typ 2).

Die zweite Gruppe beinhaltet Verfahren, die seit den 90er Jahren zunehmen, in denen bei Verfahrensbeginn meistens somatisch abgeklärt wurde und entsprechend auch mehr Ärzte involviert waren, in denen die Diagnostik zwar aufwändig, aber im Vergleich mit anderen Verfahren nicht allzu komplex erscheint. Dies ist das wahrscheinliche Verfahren bei Personen mit Schmerzstörung, Depression und Persönlichkeitsstörung (Typ 1).

Die drei weiteren Verfahrenstypen fassen gemeinsam die letzten 20% der Berenteten zusammen. Es handelt sich dabei um kleinere, verfahrensmässig aber besonders aufwändige Gruppen. Dazu gehören drittens die älteren Verfahren mit über zwanzigjähriger Dauer. Hier findet man hohe Anteile von Personen mit früheren beruflichen Massnahmen. Dies ist das 'klassische' Verfahren für die 'klassische' Klientel der Personen mit Schizophrenie oder Minderintelligenz (Typ 4).

Der vierte Verfahrenstyp beinhaltet schwierige und komplexe Berentungsprozesse, in denen meistens ein Rechtsvertreter beigezogen wurde. Diese Verfahren beginnen meistens mit somatischen Abklärungen, wobei im weiteren Verlauf durchschnittlich 15 Ärzte einbezogen werden. Diese Verfahren sind medizinisch und juristisch sehr aufwändig und betreffen oft gleichzeitig auch weitere Versicherungen (Krankenkassen). Dieser Verfahrenstyp manifestiert sich vor allem bei einer möglicherweise hoch belasteten Untergruppe des Krankheitstyps 1 mit Schmerzstörungen, Depression und Persönlichkeitsstörung.

Schliesslich gibt es den historisch ebenfalls jüngeren Verfahrenstyp mit gleichfalls somatischem Beginn und kurzer Dauer, der aber diagnostisch deutlich komplexer ist als die zweite, ansonsten ähnliche Verfahrensgruppe. Dieser letzte, diagnostisch komplexe Verfahrenstyp ist häufig bei Personen mit Schmerzstörungen, Depression und Persönlichkeitsstörung (Typ 1), die keine Hochbelastung aufweisen respektive schlecht dokumentiert sind. Beide somatisch geprägten Verfahrenstypen weisen einen hohen Migrantenanteil aus (40%) und einen sehr tiefen Anteil an Personen, die vor ihrer Berentung eine berufliche Massnahme verfügt erhielten.

Die statistischen Analysen haben ergeben, dass es sich bei diesen Berentungskonstellationen um sehr unterschiedliche Typen handelt, wobei es die Erkrankungstypen, sowie der Faktor der

biografischen Belastung und das Alter sind, welche die verschiedenen Verfahrenstypen vorhersagen. Statistisch ist dieses Einflussmodell von seltener Klarheit. Abgesehen vom Alter - das mit den verschiedenen Krankheitstypen zusammenhängt - sagt kein einziger der sehr vielen möglichen und in die Analyse aufgenommenen Faktoren die Berentungskonstellation voraus. Das Berentungsverfahren bei psychisch kranken Personen verläuft demnach ziemlich unabhängig von IV-fremden Einflüssen. Es wird vorhergesagt durch die medizinische Diagnostik, also durch die Erkrankungen selbst.

Selbstverständlich zeigen die Verfahrenstypen etliche Zusammenhänge in Bezug auf Herkunftsland, biografische und sozialstrukturelle Merkmale, historische Periode, Branche usw., aber alle diese Zusammenhänge verschwinden im Vorhersagemodell, weil sie letztlich über die Erkrankungen mit den Berentungskonstellationen verbunden sind. So führt beispielsweise die Schmerzstörung zum Zusammenhang zwischen Migration und somatisch geprägtem Verfahrenstyp - und nicht umgekehrt. Das ist ein entscheidender Unterschied. Das IV-Verfahren insgesamt wurde geschaffen für Menschen, die wegen eines Gebrechens nicht mehr erwerbstätig sein können, und von diesen Gebrechen wird das Verfahren in seiner Konstellation bei Berenteten nach Code 646 auch in erster Linie bestimmt.

Dieses zentrale Resultat der vorliegenden Untersuchung verdeutlicht, dass das Problem bei den Berentungen aus psychischen Gründen nicht in erster Linie darin besteht, dass eine Vielzahl IV-fremder Faktoren das Berentungsverfahren bestimmen würde. Das Hauptproblem bestand bisher vielmehr darin, dass das gesamte IV-Abklärungsverfahren zu fragmentiert funktionierte, viel zu spät einsetzte, zu wenig störungsspezifisch, eingliederungsorientiert und massnahmefreundlich war und zu stark auf die Rentenfrage fokussierte statt auf rehabilitative Möglichkeiten. Letztlich zeigt sich, dass das rehabilitative Verfahren bisher insgesamt konzeptlos und deshalb auch wenig wirksam war.

10 Fazit und Empfehlungen

Die Hauptresultate dieser umfangreichen und für die Berentungen aus psychischen Gründen (nach IV-Code 646) in der Schweiz repräsentativen Untersuchung werden im Folgenden zuerst vereinfacht zusammengefasst und mit generellen Empfehlungen verknüpft, wobei die oben dargestellten Differenzierungen mit zu beachten sind.

Schliesslich werden einige, für die Praxis wichtige Erkenntnisse und konkrete Empfehlungen gezeigt, diesmal sortiert nach möglichen Interventionsbereichen der Invalidenversicherung.

10.1 Fazit und generelle Empfehlungen

1. Es gibt 5 klar voneinander abgrenzbare Berentungstypen. Konstituierend für diese Typen sind die unterschiedlichen Erkrankungsmuster: Der Typ "Persönlichkeitsstörungen", der Typ "Schmerzstörung, Depression, Persönlichkeitsstörung und multiple somatische Krankheiten", der Typ "Depression mit psychiatrischen Begleiterkrankungen ohne Persönlichkeitsstörung", der Typ "Schizophrenie und/oder Minderintelligenz" und der Typ "Multiple Substanzabhängigkeiten und Persönlichkeitsstörungen". *Diese Krankheitstypen bilden eine wissenschaftlich fundierte Basis. Sie sollten über die Aktenanalyse hinaus und mit einer ergänzenden Methodik in Bezug auf rehabilitative Fragen weitergehend untersucht werden. Solche Untersuchungen sollten die Basis für die Erarbeitung spezifischer rehabilitativer Konzepte legen.*
2. Das IV-Berentungsverfahren wird fast ausschliesslich durch diese Krankheitstypen respektive die ärztliche Diagnostik vorhergesagt und nicht durch IV-fremde Faktoren wie biografische, sozialstrukturelle, regionale oder historische Merkmale. Das bedeutet zum einen, dass die Art der psychischen Erkrankung von herausragender Bedeutung ist und zum anderen, dass die IV-Verfahren in erster Linie sachlich-medizinisch bestimmt sind. *Die IV sollte auch öffentlich für die Bedeutung der Erkrankung für die Berentung sensibilisieren und sich forschungsbasiert gegen pauschale Unterstellungen wehren.*
3. Die hohe Bedeutung der Krankheitskonstellationen macht es unverzichtbar, dass die Ärzte die zentrale Rolle im IV-Abklärungsverfahren einnehmen. Die festgestellte gutachterliche Konstanz und die medizinische Perspektive garantieren bis zu einem gewissen Grad, dass sachfremde Faktoren das Berentungsgeschehen nicht wesentlich beeinflussen. *Die wichtige Stellung der ärztlichen Begutachtung sollte beibehalten werden, sie sollte hingegen einen rehabilitativeren Fokus erhalten.*
4. Das Problem der ärztlichen Rolle im IV-Abklärungsverfahren liegt nicht in ihrer Dominanz, sondern in der mangelnden rehabilitativen Orientierung und der fehlenden Verbindung von Medizin und Rehabilitation. Das ärztliche Wissen wird vor allem für die Rentenprüfung verwendet statt prioritär für die Eingliederung. *Es sollten Abläufe erarbeitet werden, die sicherstellen, dass zumindest die RAD-Ärzte bei Verfahrensbeginn gemeinsam mit den Berufsberatern und Eingliederungsverantwortlichen eine fundierte Abklärung vornehmen und eine rehabilitative Planung entwerfen.*

5. Obwohl eine Invalidität an den kausalen Zusammenhang von Gebrechen und Erwerbsunfähigkeit gebunden ist, wird dieser Zusammenhang in der ärztlichen Begutachtung kaum ausgeführt. Obwohl nur die spezifischen Folgen der Erkrankung invalidisierend sind und nicht eine Diagnose an sich, fehlt die notwendige Funktionsdiagnostik und insgesamt das rehabilitative Denken, und damit fehlt auch die fachliche Basis für allfällige rehabilitative Interventionen. *Es sollten mit den RAD und mit erfahrenen niedergelassenen Gutachtern aus rehabilitativer Sicht Inhalte und Anforderungen an ärztliche Berichte und Gutachten erarbeitet und fachlich begründet werden.*
6. Nur ein geringer Teil der Berenteten aus psychischen Gründen hat vor der Berentung irgendeine berufliche IV-Massnahme erhalten. Die hauptsächlichsten Indikationen für solche Massnahmen sind ein (sehr) junges Alter und entsprechend schwerpunktmässig Störungsbilder mit frühem Beginn (Minderintelligenz, kinderpsychiatrische Störungen und Persönlichkeitsstörungen). Ältere Versicherte und mit dem höheren Alter zusammenhängende Störungsbilder sowie Migranten waren bisher mehrheitlich von solchen Massnahmen ausgeschlossen. Gerade bei diesen Erkrankungen sind aber prämorbid immerhin eine Erwerbsbiografie und damit auch gewisse Ressourcen vorhanden. *Es sollten Indikationen für berufliche Massnahmen erarbeitet werden, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen.*
7. Der Erfolg solcher beruflicher Massnahmen muss bei psychisch Kranken realistisch gesehen werden: Nur 30% der repräsentativen Vergleichsgruppe der laut BSV-Definition ‚erfolgreichen‘ Massnahmeempfänger sind bei Dossierabschluss zumindest teilerwerbstätig. Ein erheblicher Teil der Massnahmeempfänger ist mittlerweile schon berentet. Dies zeigt zum einen die Schwere und Chronizität vieler psychischer Erkrankungen und zum anderen die deutlichen strukturellen und konzeptionellen Mängel in der beruflichen Rehabilitation. *Das IV-Frühinterventions- und Abklärungsverfahren sollte als integrierte ärztlich-rehabilitative Leistung gestaltet werden.*
8. Für die umfangreichsten psychiatrischen Berentungsgruppen der Persönlichkeitsstörungen sowie Schmerzstörungen mit Depression fehlen spezifische arbeitsrehabilitative Konzepte. *Es sollten dringend krankheitsspezifische rehabilitative Konzepte und Massnahmen entwickelt werden.*
9. Betrachtet man über die statistischen Analysen hinaus den Gesamtkontext der Invalidisierungen aus psychischen Gründen, so werden Hinweise auf mögliche soziale Ausgrenzungsprozesse gegeben, bei denen eine vertiefte Untersuchung sinnvoll sein könnte: Dies betrifft die zunehmende Berentung der alleinerziehenden Frauen mit Depressionen und Schmerzstörungen, die zunehmende Berentung sowie das Fehlen von beruflichen Massnahmen bei MigrantInnen respektive Personen mit Depressionen und Schmerzstörungen und schliesslich die zunehmende Berentung älterer depressiver Schweizer (mit womöglich schlechten Arbeitsmarktchancen) in schlecht dokumentierten Kurzverfahren. *Diese Ausschlussprozesse sollten im Hinblick auf ihre Dynamik und ihre Einflussfaktoren eingehender untersucht werden. Zudem sollten für diese vulnerablen Gruppen spezifische Massnahmen konzipiert werden.*

10. Dies ist die erste derart tiefgehende und repräsentative empirische Untersuchung der Typen von Invalidisierungen aus psychischen Gründen sowie ihrer Berentungskonstellationen in der Schweiz. Auch wenn eine Aktenanalyse methodische Limitierungen hat (retrospektiv, Grenzen der Dokumentation) lassen sich mit solcher Forschung wichtige Impulse für die Praxis gewinnen. *Die mit dem FoP-IV erstmals begonnene umfassende Forschungstätigkeit sollte fortgesetzt werden. Mit dem bisherigen Evidenzgrad der rehabilitativen Kenntnisse wird sich die Wirksamkeit beruflicher Massnahmen nicht nachhaltig verbessern.*

10.2 Fazit und Empfehlungen nach praktischen Interventionsbereichen

Abschliessend werden, sortiert nach möglichen praktischen Interventionsbereichen, stichwortartig die wichtigsten Erkenntnisse zusammengestellt und es werden die obigen generellen Empfehlungen konkretisiert:

10.2.1 Interventionsbereich 1: Medizinisches Abklärungsverfahren

Die Ärztinnen und Ärzte nehmen im IV-Verfahren angesichts der grossen Bedeutung des Krankheitsgeschehens zu Recht eine zentrale Rolle wahr. Das medizinische Abklärungsverfahren ist meistens umfangreich und aufwändig, und die medizinische Diagnostik erscheint zeitstabil und valide. Auf der anderen Seite befassen sich viele involvierte Ärzte nur oberflächlich oder rein somatisch mit den Versicherten. Nur selten wird explizit eine Verbindung von Erkrankung und Erwerbsfähigkeit hergestellt respektive werden die bei einer Person aus der Erkrankung resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen benannt. Die ärztlichen Stellungnahmen vernachlässigen die Arbeitsbiografie und andere rehabilitativ wichtige Aspekte und haben deshalb kaum Aussagekraft für eine rehabilitative Planung. Intensive medizinische Abklärungen (Gutachten) werden ausschliesslich zur Prüfung der Rentenfrage in Auftrag gegeben und bilden praktisch nie die Basis für eine Eingliederungsplanung. Schliesslich ist das medizinische Abklärungsverfahren kaum mit dem beruflichen Massnahmeverfahren koordiniert.

Daraus lassen sich unter anderem folgende Empfehlungen ableiten:

- Erarbeitung von fachlich begründeten Leitlinien, welche Arten von medizinischen Informationen für das rehabilitative Verfahren benötigt werden und welche arbeitsrehabilitativen Aspekte umgekehrt im medizinischen Abklärungsverfahren berücksichtigt werden sollen.
- Erarbeitung einer zweckmässigen Funktionsdiagnostik als Ergänzung und ‚Übersetzung‘ der medizinischen Diagnostik in einen versicherungsmedizinischen und arbeitsrehabilitativen Zusammenhang.
- Überarbeitung der entsprechenden Anforderungen an medizinische Gutachten und Arztberichte.
- Rehabilitative Schulung der (RAD-) Ärztinnen und Ärzte.
- Implementierung psychiatrischer Stellungnahmen als Basis für eine differenzierte Indikationsstellung zu Beginn des beruflichen Massnahmeverfahrens.
- Verbesserte Koordination des medizinischen und des beruflichen IV-Verfahrens.

10.2.2 Interventionsbereich 2: Berufliche Massnahmen

Berufliche Massnahmen wurden trotz häufiger ärztlicher Empfehlung generell selten durchgeführt und zudem seit den 80er Jahren bis zum Jahr 2000 mit stark abnehmender Tendenz. Migrantinnen und Migranten sowie die zahlenmässig umfangreichen Diagnosegruppen hatten bisher kaum Zugang zu solchen Massnahmen, die hauptsächlich bei sehr jungen Personen durchgeführt wurden. Insgesamt sind nur etwa 25% aller beruflichen Massnahmen bei psychisch Kranken eingliederungswirksam. Die Massnahmekonzepte scheinen sich vor allem an den Bedürfnissen der ‚klassischen‘ IV-Klientel mit sehr früh beginnenden Störungen zu orientieren und fokussieren Schulungs- sowie Trainingsmassnahmen. Für die grossen Krankheitsgruppen der Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und Schmerzstörungen fehlen spezifische berufliche Eingliederungskonzepte. Von besonderer Bedeutung für die berufliche Eingliederung ist schliesslich die Tatsache, dass bei etwa 70% der Berenteten zumindest akzentuierte Persönlichkeitszüge dokumentiert sind: Solche fixierten Erlebens- und Verhaltensmuster erschweren die berufliche Eingliederung deutlich.

Daraus lassen sich unter anderem folgende Empfehlungen ableiten:

- Der Zugang zu beruflichen Massnahmen sollte prinzipiell für alle Krankheitsgruppen geöffnet werden. Von besonderer Bedeutung wäre, dass auch die zahlenmässig grössten Gruppen berücksichtigt werden.
- Die faktische Hauptindikation für die Verfügung einer beruflichen Massnahme ist ein junges Alter. Diese grobe und bei weitem nicht immer prognostisch günstige Indikation sollte durch differenzierte und evidenzbasierte Indikationskriterien ersetzt werden. Wo solche fehlen, sollte entsprechende Forschung betrieben werden.
- Entsprechend müssen die bisher vor allem schulungs- und trainingsorientierten Eingliederungskonzepte über die Massnahmen der 5. IV-Revision hinaus weiter differenziert und mit Blick auf den Bedarf der Versicherten mit Persönlichkeitsstörungen, Schmerzstörungen und Depressionen angepasst werden.
- Besonderes Augenmerk sollte konzeptuell auf Möglichkeiten der Arbeitsplatzanpassungen bei psychisch Kranken gelegt werden. Angesichts der häufig ‚schwierigen‘ Persönlichkeiten sollten insbesondere vermehrt Unterstützungsmöglichkeiten für Vorgesetzte am Arbeitsplatz entwickelt werden. Diesbezüglich sollte auch Forschung betrieben werden.
- Das medizinische Wissen muss in geeigneter Form in die Eingliederungsplanung und -evaluation einfließen. Zudem sollte sichergestellt werden, dass die Eingliederungsinstitutionen diese Informationen erhalten und fachlich sowie konzeptionell in der Lage sind, diese in arbeitsrehabilitative Interventionen zu übersetzen.

10.2.3 Interventionsbereich 3: Spezifische Ausschlussprozesse

Obwohl das IV-Verfahren insgesamt in erster Linie durch die verschiedenen Erkrankungstypen beeinflusst und demnach hauptsächlich medizinisch gesteuert wird, zeigen sich einige spezifisch belastete Personengruppen, deren Anteil an den Berentungen deutlich zugenommen hat. Es handelt sich dabei zum einen um ältere, depressive Arbeitnehmende Schweizer Herkunft mit schlechten Arbeitsmarktchancen, um psychosozial belastete MigrantInnen mit geringer Bildung sowie um alleinerziehende und berufstätige Frauen mit depressiven Erkrankungen. Ein weiteres Ausschlussphä-

nomen zeigt sich zudem, teilweise überschneidend mit den vorherigen, IV-intern beim fast gänzlichen Ausschluss von MigrantInnen sowie von Depressiven mit Schmerz- und Persönlichkeitsstörung von beruflichen Massnahmen. Schliesslich wird bei Depressiven schon zu Beginn des ärztlichen Abklärungsverfahrens sehr viel seltener eine Besserung des Gesundheitszustandes für möglich gehalten als bei allen anderen Störungsgruppen (beispielsweise auch deutlich seltener als bei Personen mit Schizophrenie oder Intelligenzminderung). Die Ursachen dieser spezifischen Ausschlussdynamiken sind unklar.

Daraus lassen sich unter anderem folgende Empfehlungen ableiten, die teils über den alleinigen Verantwortungsbereich der Invalidenversicherung hinausgehen:

- Es sollten für ältere Arbeitnehmende mit psychischen Problemen vermehrte Arbeitsmöglichkeiten geschaffen werden, die ihren besonderen Ressourcen (längere Arbeitserfahrungen) wie auch ihren Problemen Rechnung tragen. Bei diesen Arbeitnehmern ist relativ viel Goodwill seitens der Arbeitgeber zu erwarten, da diese Personen oft schon längere Zeit im Betrieb gearbeitet haben.
- Für MigrantInnen mit geringer Bildung sollten noch vermehrt geeignete Bildungsmassnahmen angeboten werden, die eine gewisse Perspektive geben können und die Stellenchancen erhöhen.
- Bei doppelbelasteten alleinerziehenden Frauen sollten vermehrt Entlastungsmassnahmen geprüft werden.
- Generell sollten Massnahmen getroffen werden zur Verstärkung der transkulturellen Kompetenz im IV-Abklärungs- und beruflichen Massnahmeverfahren, um der resignativ anmutenden Interaktionsdynamik in der medizinischen Abklärung und der geringen Massnahmefreudigkeit bei MigrantInnen in der Eingliederung zu begegnen.

10.2.4 Interventionsbereich 4: Früherkennung und Frühintervention

Früherkennung und -intervention sind wesentliche Neuerungen der 5. IV-Revision, die davon ausgehen, dass eine frühe Erkennung problematischer Verläufe am Arbeitsplatz prognostisch günstig ist. Die hier vorliegenden Resultate zeigen jedoch, dass es sich häufig um jahre- bis jahrzehntelange schleichende Ausgliederungsprozesse handelt, die oft schon in Kindheit und Adoleszenz beginnen und weitgehend arbeitsunabhängig verlaufen. Daneben gibt es eine zweite Personengruppe, deren Probleme effektiv ihren Beginn während des Erwerbslebens haben. Diese Gruppe zeigt je nach Diagnose unterschiedliche Anzeichen von Problemen. Eine besondere Chance für die Frühintervention liegt bei Depressionen und Schmerzstörungen, wo den manifesten Arbeitsplatzproblemen beispielsweise während rund drei Jahren ein stetiger Einkommensrückgang vorausgeht. Bezüglich früher und diagnosespezifischer Problemanzeichen am Arbeitsplatz, die für eine effektive Früherkennung genutzt werden könnten, ist bisher aber noch generell sehr wenig bekannt.

Daraus lassen sich unter anderem folgende Empfehlungen ableiten, die wiederum teils über den alleinigen Verantwortungsbereich der Invalidenversicherung hinausgehen:

- Für einen grossen Teil der psychisch kranken Versicherten liegt der Problembeginn in der Kindheit oder Adoleszenz. Früherkennung und -intervention müssten demnach in Schule und Ausbildung geschehen. Dies ist ein grosses Feld, das zum Teil schon durch andere

Versorgungsträger abgedeckt wird. Wichtig wäre aber, dass in den Ausbildungsinstitutionen für die spezifische Problematik von Persönlichkeitsstörungen sensibilisiert würde. Die weit verbreitete Zurückhaltung beispielsweise, bei jungen Erwachsenen eine vorhandene Persönlichkeitsstörung korrekt zu diagnostizieren, mag angesichts der mit dieser Diagnose verbundenen langfristigen Krankheitsperspektive verständlich sein - sie verhindert aber die Einleitung adäquater Massnahmen und tut den Betroffenen damit keinen Dienst.

- Nicht selten sind Versicherte, die sich mit 30 bis 40 Jahren *wieder* bei der Invalidenversicherung anmelden, schon seit Kindheit oder Jugend bekannt und haben auch schon Massnahmen erhalten. Bei sehr jungen und psychisch instabilen Versicherten wäre zu empfehlen, dass sie über Sonderschulmassnahmen oder Erstausbildung hinaus durch die Invalidenversicherung längerfristig (wenn auch in losem Kontakt) im Arbeitsleben begleitet werden.
- Schliesslich sollten im Hinblick auf die Frühinterventionsmassnahmen dringend spezifische, vor allem diagnosespezifische, Massnahmen entwickelt werden. Je nach Erkrankungsart, Erkrankungsverlauf und spezifischen Funktionseinschränkungen sowie deren Konsequenzen im betrieblichen Umfeld sind unterschiedliche Interventionen angezeigt. Diesbezüglich sollten auch Forschungsanstrengungen unternommen werden. Dies gilt auch für die frühen Problemanzeichen im betrieblichen Kontext.

10.2.5 Interventionsbereich 5: Arbeitgeber

Psychisch kranke Versicherte, die sich bei der Invalidenversicherung anmelden und zuvor erwerbstätig waren, verfügen in fast 50% der Fälle zumindest formal noch über ein ungekündigtes Arbeitsverhältnis. Dies eröffnet an sich ein breites Feld für Frühintervention. Seitens der Arbeitgeber ist gegenüber somatischen und somatisch präsentierten Krankheiten besonders viel Goodwill vorhanden, ebenso gegenüber älteren Mitarbeitenden. Dies weist auch auf die Probleme sowie das Stigma psychisch erkrankter Mitarbeitenden hin. Besonders wenig Bereitschaft seitens der Arbeitgeber ist vorhanden bei Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Diesbezüglich ist zu vermuten, dass Arbeitgeber erst sehr spät (wenn überhaupt) eine Meldung an die Invalidenversicherung machen, und die Situation wegen sozialer Konflikte zu diesem Zeitpunkt häufig nicht mehr zu korrigieren ist. Die Arbeitgeber haben schliesslich in der Vergangenheit sehr selten, und zudem mit abnehmender Tendenz, den Wunsch geäussert, von der Invalidenversicherung unterstützt zu werden, was als klare Bestätigung der neuen aktiveren Ausrichtung der Invalidenversicherung gewertet werden kann. Dies setzt allerdings auch hohe Anforderungen an einen professionellen Auftritt des IV-Stellen-Personals gegenüber Arbeitgebenden.

Daraus lassen sich unter anderem folgende Empfehlungen ableiten:

- Es sollten Pilotprojekte initiiert werden zu Beratungsangeboten von Vorgesetzten und Personalverantwortlichen in Betrieben in Bezug auf psychisch erkrankte oder als 'schwierig' wahrgenommene Mitarbeitende. Dabei würde der Fokus auf den Bedürfnissen der Arbeitgebenden, Personalverantwortlichen und Vorgesetzten der betroffenen Personen liegen - in der Hoffnung, damit die 'Tragfähigkeit' der Betriebe für Mitarbeitende mit Problemen zu erhöhen. Dies sollte durch Forschung begleitet werden.
- Das IV-Stellen-Personal mit Frühinterventionsauftrag und Präsenz in den Betrieben sollte hinsichtlich psychischer Störungen und spezifischer Lösungsmöglichkeiten intensiv geschult

werden. Betriebliche Frühintervention bei psychisch Kranken ist eine anspruchsvolle Aufgabe in einem komplexen Umfeld von Befürchtungen, Vorurteilen, schlechten Erfahrungen und Überforderungserlebnissen seitens der Vorgesetzten.

- Schliesslich sollten als Hilfestellung für die Frühinterventions-Verantwortlichen der IV-Stellen differenzierte und fachlich fundierte, gleichzeitig aber auch pragmatische Triagierungskonzepte erarbeitet werden. Diese sollten beispielsweise die Entscheidung erleichtern, in welchen Fällen auf einen Arbeitsplatzersatz respektive auf einen neuen Arbeitsplatz hingearbeitet werden soll oder in welchen Fällen eine längerfristige respektive eine rasche Wiederaufnahme der Arbeit zweckmässig wäre. Dies sollte wiederum unter Beachtung der verschiedenen Erkrankungen entwickelt werden.
- All diese genannten Aktivitäten benötigen Hinweise aus der Forschung. Entsprechende Forschungsanstrengungen sollten dringend unternommen werden.

10.2.6 Interventionsbereich 6: Vorarbeiten zur 6. IV-Revision

Ein wichtiger Bestandteil der kommenden 6. IV-Revision soll die so genannte „Eingliederung aus der Rente“ sein, das heisst, es soll vermehrt versucht werden, bereits Berentete wieder in den Erwerbsprozess einzugliedern. Die hier vorliegenden Resultate zeigen allerdings, dass es sich überwiegend um Personen mit chronischen Erkrankungen, ‚schwierigen‘ Persönlichkeiten und belasteten frühen Biografien handelt, die schon seit der Adoleszenz und lange vor den ersten Arbeitsproblemen beruflich sehr schlecht angepasst waren. Ein erheblicher Teil der Berenteten war überhaupt nie richtig integriert, was sich daran zeigt, dass ihr Durchschnittseinkommen viel tiefer als dasjenige der allgemeinen Erwerbsbevölkerung war und dass sie schon vor Berentung eine hohe Sozialtransferquote zeigten. Man muss überdies bei vielen Berenteten aus psychischen Gründen davon ausgehen, dass sie grosse Angst haben, bei einem Eingliederungsversuch zu versagen oder zu dekomensieren.

Daraus lassen sich unter anderem folgende Empfehlungen ableiten:

- Es sollten fachlich begründete und evidenzbasierte Indikationskriterien erarbeitet werden, in welchen Fällen Anstrengungen zur „Eingliederung aus der Rente“ erfolgversprechend scheinen.
- Es sollten für solche erfolgversprechenden Fälle förderliche (angstreduzierende und Sicherheit gebende) Einleitungsprocedere konzipiert werden.
- Sowohl die Entwicklung differenzierter Indikationskriterien wie auch die Entwicklung der förderlichen Verfahren sollte durch weitere Forschung unterstützt werden, die dafür teilweise auf die hier generierten Erkenntnisse zurückgreifen könnte.

10.2.7 Interventionsbereich 7: Codizes zur Gebrechensstatistik der Invalidenversicherung

Der Code 646 ist eine Sammelkategorie für sehr unterschiedliche psychische Störungen und zudem wie auch andere psychiatrische Codizes der IV-Gebrechensstatistik fachlich überholt (beispielsweise "Psychopathie"). Bei über 20-25% der Berenteten nach Code 646 wäre zudem eine andere Kategorisierung nahe gelegen, das heisst, es gibt eine relevante Anzahl von Fehlcodierungen.

Daraus lassen sich unter anderem folgende Empfehlungen ableiten:

- Als Ergänzung zu den bestehenden Codizes der Invalidenversicherung sollte für alle Berenteten eine Kategorisierung nach ICD-10 oder einer vergleichbaren Klassifikation vorgenommen werden. Die bestehenden Gebrechenscodizes sollten beibehalten werden, um die historische Vergleichbarkeit zu sichern.
- Die Effekte einer solchen klassifikatorischen Ergänzung sollten evaluiert werden.

Literaturverzeichnis

- Aarts, L., de Jong, P. & Prinz, C. (2000). *Determinanten der Inanspruchnahme einer Invalidenrente. Eine Literaturstudie*. (Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 10/00), Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bachmann, F. & Furrer, C. (1999). *Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung*. (Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 6/99), Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Baer, N. (2001). *Berufliche Rehabilitation bei Menschen mit psychischen Störungen: Wirksamkeit, Prognosefaktoren und Klientenzufriedenheit*. Bern: Peter Lang.
- Baer, N. & Frick, U. (2007). *Differenzierung der Invalidisierungen aus psychischen Gründen: Machbarkeitsstudie*. (Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 2/07). Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG), (2005). *Suizid und Suizidprävention in der Schweiz: Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Statistik (BFS): Eidgenössische Volkszählung 2000. Räumliche und strukturelle Bevölkerungsdynamik der Schweiz. 1990-2000.
- Bundesamt für Statistik (BFS): Erwerbstätigenstatistik (ETS), 1991-2005.
- Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE), 1991-2002.
- Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), 1997.
- Bundesamt für Statistik (BFS): Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP), 1990-2002.
- Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), (2000). Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft.
- Buri, M. (2000). Wirksamkeit beruflicher Massnahmen der Invalidenversicherung. *Soziale Sicherheit*, 6, 327-330.
- Furrer, C., Bieri, O. & Bachmann, R. (2004). *Berufliche Eingliederung in der Eidg. Invalidenversicherung*. (Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 6/04). Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Grover, K.E., Carpenter, L.L., Price, L.H., Gagne, G.G., Mello, A.F., Mello, M.F., & Tyrka, A.R. (2007). The Relationship between Childhood Abuse and Adult Personality Disorder Symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 21, 442-447.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E.M., & Bernstein, D.P. (1999). Childhood Maltreatment increases Risk for Personality Disorders during Early Adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56, 600-606.
- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M. & Siefen, R.G. (2006). Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(9), 873-883.
- Nestlé Suisse S.A. mit Unterstützung durch das Bundesamt für Gesundheit (2000). *Nutri-Trend Studie 2000: Ernährungsgewohnheiten in der Schweiz 2000, Zwischen Tradition und Moderne*. Reinach: Birkhäuser.
- Ott, W., Bade, S. & Wapf, B. (2008). *Nicht zielkonforme Leistungen in der Invalidenversicherung: Bedeutung und Grössenordnung*. (Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 4/07). Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Rost, J. (1996). *Lehrbuch Testtheorie Testkonstruktion*. Bern: Huber.
- World Health Organization (WHO) (2007). *International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems: Tenth revision (ICD-10)*. WHO: Geneva

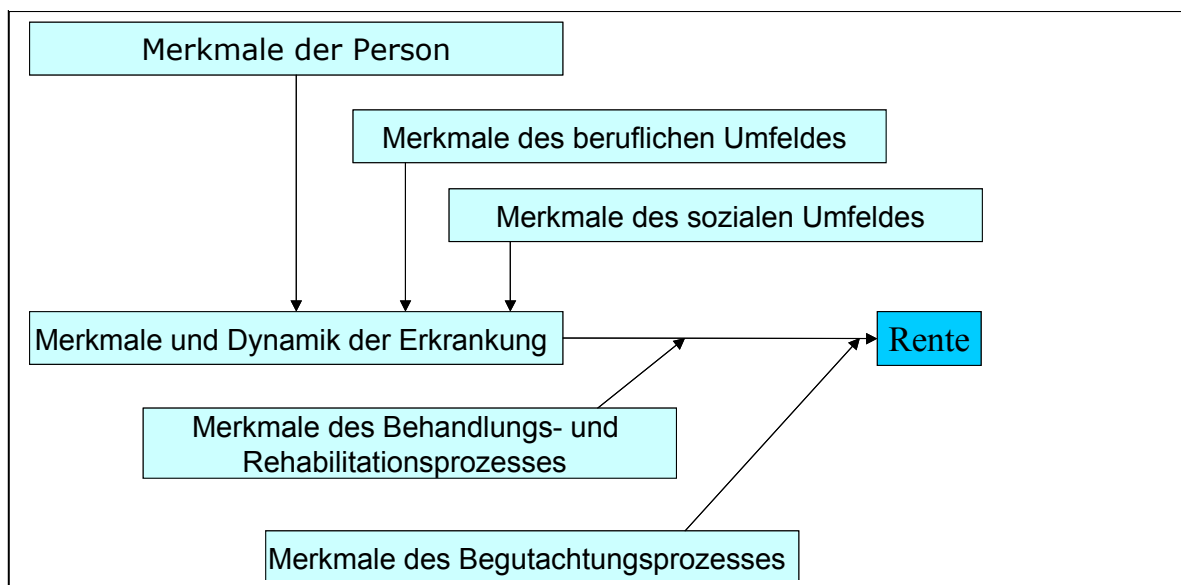
11 Messkonzept

Im Rahmen der erwähnten ausführlichen Machbarkeitsstudie (Baer & Frick, 2007) wurde überprüft, ob sich aus den Dossiers zur Berentung nach Code 646 ausreichend vollständige und reliable Informationen gewinnen lassen, um für die Hauptfragestellungen der Studie empirisch abgesicherte Aussagen formulieren zu können. Weil die Machbarkeitsstudie diesbezüglich positiv ausfiel, wurden die zu erfassenden Themenbereiche und deren Operationalisierungen - wie in der Machbarkeitsstudie vorgeschlagen - durch weitere Expertengespräche und Literaturstudium konkretisiert. Basierend auf den Erkenntnissen der Vorläuferstudie wurden:

- ein theoretisches Gerüst für die Mess- und Einflussgrößen festgelegt (Abbildung 11-1),
- ein an den unterschiedlichen Dossierelementen (Formulare, Auszüge aus elektronischen Registern, Gutachten in freier Form, Telefonnotizen, u.a.) und sonstigen Daten (z.B. Datenbank der IV-Leistungen) ausgerichtetes Datenmodell entworfen, sowie
- ein Verfahrensmodell entwickelt für eine im Hinblick auf die notwendige Datensicherheit zuverlässige Aktenverwaltung, und für eine im Hinblick auf die zu erfassenden Informationen reliable und zugleich speditiv Kodierung der Dossiers.

Dieser Prozess wurde begleitet von einer Studienbegleitgruppe aus IV-internen ExpertInnen des Bundesamtes für Sozialversicherung und weiteren externen, auch ausländischen Experten.

Abbildung 11-1: Theoretisches Gerüst für die zu kodierenden Merkmalsbereiche



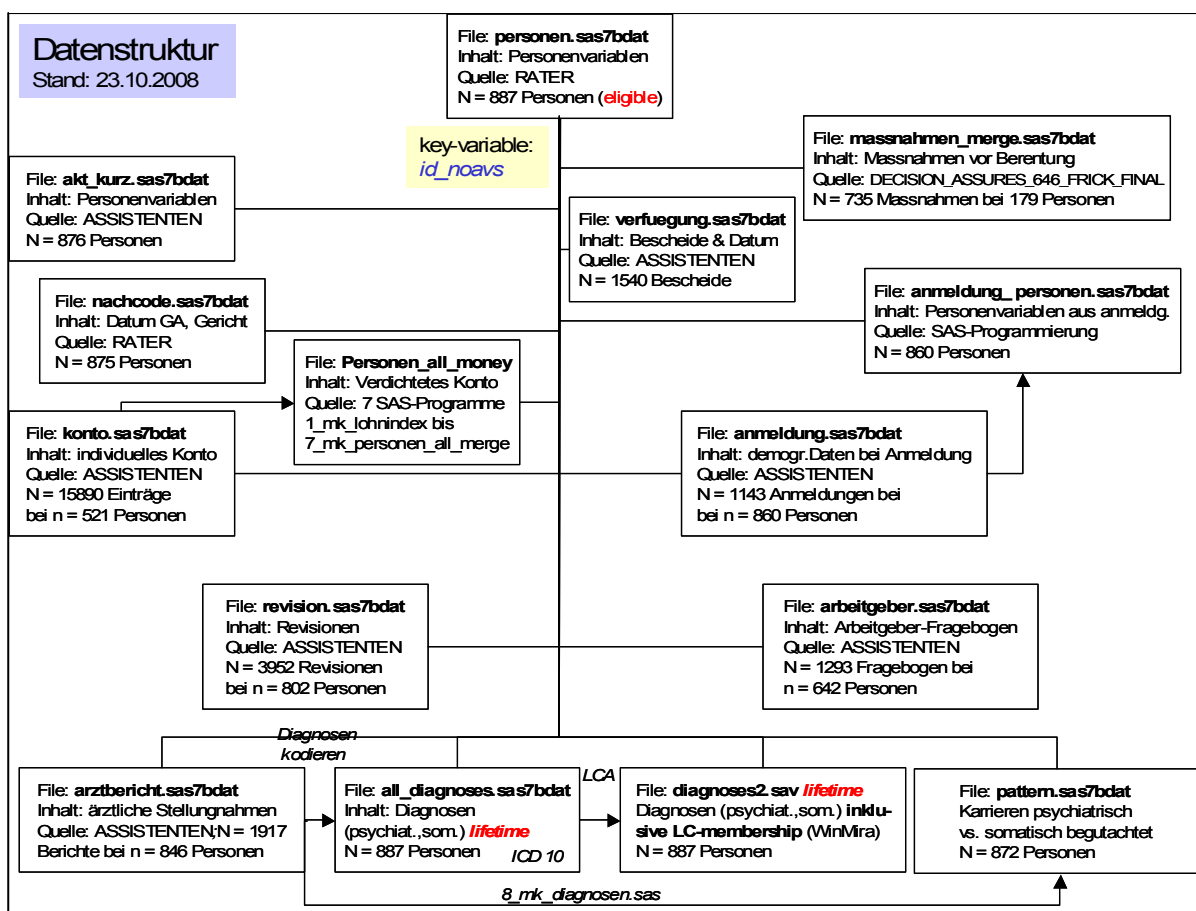
Merkmale der Person finden sich in den Anmeldungen, aber auch in fast allen anderen Bestandteilen der Dossiers. Das berufliche Umfeld wurde aus den Angaben des Arbeitgeber-Fragebogens, aus den ärztlichen Stellungnahmen, aber auch aus dem Individuellen Konto bei der Sozialversicherung kodiert. Merkmale des sozialen Umfeldes stützen sich auf die Angaben aus den verschiedenen ärztlichen Dokumenten, insbesondere aus den dort dokumentierten Fallanamnesen, sowie auf die

Angaben in der Fallanmeldung. Die Merkmale der Erkrankung wurden naturgemäss im Schwerpunkt aus den ärztlichen Stellungnahmen entnommen, ebenso wie Merkmale des Behandlungsprozesses. Aber auch aus der bei der IV zentral geführten Datenbank zu IV-Leistungen wurden Merkmale des Rehabilitationsprozesses entnommen und mit den Angaben aus den Dossiers verlinkt. Die Prozessmerkmale selbst wurden zum einen durch Beobachtung bzw. Zählung der Eigenschaften des Dossiers selbst (z.B. Anzahl Seiten im rentenauslösenden Gutachten) oder durch Berechnung (z.B. Dauer von der Erstanmeldung bis zur Rentengutsprache) abgeleitet.

11.1 Datenmodell und Realisierung in ACCESS / SAS

Abbildung 11-2 zeigt die zentralen Elemente der zur Datenerfassung/-kodierung zunächst in ACCESS realisierten Datenbank mit den zugehörigen Tabellen. Auf dieses Datenbankmodell

Abbildung 11-2: Datenmodell der Studie



wurden in ACCESS Datenerfassungsmasken aufgesetzt, deren Layout möglichst nah an das Layout der Formulare in den Dossiers angelehnt war (um Übertragungsprobleme zu vermindern).

Der Primärschlüssel besteht aus einer (verschlüsselten) Variante der AVS-Nummern der RentnerInnen. Daten wurden zunächst aus drei Quellen bezogen: ASSISTENTEN, RATER, und BSV-DATEN. Der Primärschlüssel war den Erfassungsmasken als erschöpfende Nummernliste bereits hinterlegt. Zur Sicherung der Zuordnung von eingegebenen Daten zur korrekten ID_NOAVS

konnten nur bereits vorhandene Records mit Inhalten befüllt werden. Jede Dateneditierung erforderte vor der Eingabe eine korrekte Eingabe der betreffenden 12-stelligen Record-Nummer. Die einzelnen BearbeiterInnen arbeiteten gleichzeitig, jeder(r) auf ihrer/seiner persönlichen Kopie der Ur-Datenbank. Die weitere Datenverarbeitung erfolgte in SAS, wobei die Tabellenstruktur aus Access 1:1 übernommen wurde, und Verdichtungen in neuen Datenfiles jeweils durch dementsprechende SAS Syntax-Files nachverfolgbar blieben.

Vor der sogenannten file-closing-procedure erfolgte u.a. eine Prüfung auf Doppel-Erfassungen einzelner Dossier-Bestandteile (jenseits der geplanten Doppelerfassungen zur Reliabilitätskontrolle vgl. Abschnitt 12.3) durch unterschiedliche Rater bzw. AssistentInnen. Die Fusion der unterschiedlichen persönlichen DB-Kopien der BearbeiterInnen in eine gemeinsame Datenbank erfolgte bei gleichzeitiger Überprüfung essentieller Variablen auf deren logische und inhaltliche Plausibilität. Die Programmierung der Plausibilitätskontrollen erfolgte durch einen der Studienleiter (UF). Existierende Doppelerfassungen konnten zumeist als nicht gelöschte Ergebnisse von Einschulungen identifiziert und der gültige Datensatz ausgewählt werden. Unplausible Personenschlüssel, sowie unplausible Angaben zu zentralen Variablen¹² wurden händisch durch erneute Inspektion der betreffenden Dossiers seitens der Studienmanagerin (TF) bzw. eines Studienleiters (NB) geklärt.

Die eingefrorene, pseudonymisierte Datenbank wurde dem Bundesamt für Sozialversicherungen als Set von SAS-Files mit Stand vom 23. Oktober 2008 übermittelt und kann dort für weitere Auswertungen (jenseits der Resultate dieser Studie) benützt werden.

11.2 Datenerfassung

Bei Studienbeginn wurde die Entscheidung getroffen, die ausgewählten Einzeldossiers für die Zeit der Kodierung in Papierform in den Räumen der Kantonalen Psychiatrischen Dienste Basel-Land, Fachstelle für psychiatrische Rehabilitation, temporär zu lagern. Dafür wurden die räumlichen Möglichkeiten geschaffen, so dass separiert vom Klinik- und Verwaltungsbetrieb die mit den Kodierarbeiten betrauten MitarbeiterInnen in nur von der Arbeitsgruppe betretbaren Räumen arbeiten konnten und die Dossiers in feuerfesten Stahlschränken ausserhalb der Arbeitszeiten versperrt werden konnten. Alle Mitarbeiter wurden förmlich auf ihre Verschwiegenheit verpflichtet (Schweigepflicht nach Art.33 ATSG).

Jedes Dossier wurde mindestens von zwei verschiedenen MitarbeiterInnen bearbeitet: Die Erfassung von Formulardaten „as is“ wurde vornehmlich von den AssistentInnen vorgenommen (z.B. Datum der Anmeldungen, Abtippen der auf Papier verfügbaren Auszüge aus dem Individuellen Konto, usw.). Angaben, die ein Rating im Sinne einer Informationsverdichtung aufgrund psychologischer Urteilsbildung vorsahen, wurden von den PsychologInnen der Studie beurteilt und erfasst (zur Reliabilitätskontrolle dieser Angaben vgl. Abschnitt 12.3).

¹² Als Beispiel für solche unplausiblen Angaben sei hier erwähnt: Aus den Anmeldebögen (wiederholbar pro Person) wurden Jahre der Eheschliessungen erfasst, ebenso Jahre mit Scheidungen. Daraus wurden Personensummen gebildet und in einem Indikator „Polygamie-Check“ auf Zahlen grösser Eins für bestehende Ehen, bzw. auf negative Zahlen für „unverheiratete Scheidungen“ überprüft und korrigiert.

Die Feldverwaltung (inklusive Schlüsselverwaltung des Primärschlüssels) erfolgte in einer von den Datenbank-Kopien für die eigentliche Datenerfassung vollkommen getrennten EXCEL-Maske, in der die Angaben zum Bestelldatum des betreffenden Dossiers, das Eintreffen bzw. Ausbleiben jedes Dossiers, allfällige Schlüsseländerungen im Zeitverlauf (wenn eine Person mehrere NOAVS aufwies), die Bearbeitungsdaten und die bearbeitenden Personen, sowie das Rücksendedatum der Dossierkopie an die abgebende IV-Stelle dokumentierten. Die Zuständigkeit für die Feldverwaltung war zentral bei einer Person (TF) angesiedelt.

Das für die Kodierung jeder einzelnen Variable ausschlaggebende Manual wurde während der gesamten Feldphase kontinuierlich weiter gepflegt und jeweils bei allen MitarbeiterInnen im neuen Update zur Verfügung gestellt. Probleme und Rückfragen wurden zentral von der Studienmanagerin (TF) gesammelt, gelöst und kommuniziert.

Die Arztberichte und Gutachten im Dossier wurden jeweils in den entsprechenden Teilen als Textblöcke erfasst. Diese wurden verblindet - d.h. im Gesamtkontext aller medizinischen Begutachtungen und dokumentierten medizinischen Massnahmen eines Dossiers, aber ohne weitere soziodemographische Angaben zur Person - jeweils einem erfahrenen Allgemeinarzt (deutschsprachig, fließend italienisch und französisch; Kodierungserfahrung im Rahmen von Zulassungsstudien erworben) und unabhängig davon einem Psychologen (NB) - zur Kodierung vorgelegt.

Pro (datiertem, um Verlaufsaspekte mit in der Urteilsbildung berücksichtigen zu können) Arztdokument wurden alle genannten Diagnosen mittels International Classification of Diseases (ICD-10, WHO 2007) erfasst, auf die ersten drei Stellen dieses Diagnoseschlüssels genau (also z.B. F33). Dabei wurden früher übliche diagnostische Bezeichnungen (wenn sie in sprachlicher Form vorlagen) aus älteren Dossiers in die jeweils am besten passende Schlüsselnummer der ICD-10 kodiert, bzw. von den begutachtenden Ärzten vergebene Codes früherer ICD-Versionen nach den Überführungstabellen der Weltgesundheitsorganisation abgebildet. Die Validierung insbesondere der psychiatrischen Diagnosen erfolgte durch einen der Studienleiter (NB) unabhängig vom Erst-Rating.

11.3 Datenquelle

Die insgesamt 887 (Untersuchungsstichprobe) + 273 (Kontrollgruppe) = 1160 Akten aus den IV-Stellen der gesamten Schweiz (Stichprobenzusammensetzung vgl. Abschnitt 13) sind hinsichtlich formaler Kriterien sowie strukturell teilweise ziemlich unterschiedlich. Unterschiede sind sowohl zwischen den einzelnen Kantonen sowie auch innerhalb der Kantone über die Zeit hinweg - die Akten sind teilweise über 30 Jahre alt - zu vermerken. Die Versichertenakten werden im Folgenden beschrieben und es wird auf gewisse Unterschiede aufmerksam gemacht.

Bei den uns zugesandten Akten von Versicherten der Invalidenversicherung handelte es sich grösstenteils um Ausdrucke von elektronischen Akten. Teilweise haben wir auch Originalakten erhalten, dies vor allem von älteren Fällen, oder die Akten enthielten sowohl Originale als auch Ausdrucke. Was den Umfang der Akten anbelangt, so reichte dieser von wenigen Seiten bis hin zu sehr umfangreichen Akten.

Die strukturelle Gliederung der Akten ist hauptsächlich in chronologischer Reihenfolge der einzelnen Dokumente, teilweise sind die Akten jedoch auch thematisch geordnet (Ärztliche Dokumente, IV-Dokumente wie Verfügungen etc., arbeitsbezogene Dokumente etc.). In seltenen Fällen war gar

keine Struktur innerhalb der Akten zu erkennen. In wenigen Kantonen sind seit einigen Jahren ein Verzeichnis der Dokumente sowie eine Fallchronik enthalten - eine enorme Erleichterung bei der Arbeit mit den Dossiers.

11.4 Unterschiede bei den Formularen

Die Unterschiede zwischen den Kantonen ziehen sich über alle Formulare hinweg. Im **Anmeldeformular** wird der Zivilstand nicht einheitlich erhoben resp. in gewissen Kantonen wird nur der aktuelle Zivilstand erfragt, während in anderen Kantonen alle Zivilstandsänderungen erfasst werden. Ansonsten sind die Unterschiede zwischen den Kantonen bei den Anmeldeformularen relativ gering.

Die **Fragebogen Arbeitgeber** unterscheiden sich zwischen den Kantonen hauptsächlich in Bezug auf folgende drei Fragen, die nicht in allen Kantonen auf dem Formular enthalten sind:

1. Bestehen Umplatzierungsmöglichkeiten in Ihrem Betrieb?
2. Wurden solche betriebsintern geprüft?
3. Sind Sie diesbezüglich an einer Hilfestellung durch die Fachleute der Invalidenversicherung interessiert?

Oft fehlen diese Fragen auch nur bei älteren Formularen (70er, 80er-Jahre) in einem Teil der Kantone. Lediglich in einem Kanton gibt es noch einen weiteren Unterschied im Formular für den Arbeitgeber, dort fehlt die Frage, wer das Arbeitsverhältnis aufgelöst hat. Ansonsten sind die Fragebogen Arbeitgeber weitgehend identisch.

Die **Arztberichte**, welche die IV an die behandelnden Ärzte verschickt, sind nicht immer identisch. In gewissen Kantonen wird dasselbe Formular als Arztbericht und auch als Revisionsbericht verwendet. Je nach Kanton heisst das betreffende Formular „Arztbericht für Erwachsene“, „Ärztlicher Zwischenbericht“ oder „Verlaufsbericht“. Für die BearbeiterInnen war es entsprechend schwierig zu erkennen, ob es sich um einen Arztbericht im Rahmen des Abklärungsverfahrens oder den Bericht eines Arztes im Zuge der Revision handelt. Die entsprechenden Formulare unterscheiden sich zudem hauptsächlich in Bezug auf folgende drei Fragen, die bei gewissen Kantonen fehlen:

1. Kann die Arbeitsfähigkeit verbessert werden durch medizinische Massnahmen?
2. Sind berufliche Massnahmen angezeigt?
3. Halten Sie eine ergänzende medizinische Abklärung für angezeigt?

Über die Kantone hinweg nicht einheitlich geregelt, ist die Angabe der IV auf dem Formular, welche Leistung es zu prüfen gilt. Teilweise macht die IV keine Angaben für die Ärzte, welche Leistung zurzeit geprüft wird.

Die Erfassung der **verfügten Leistung** (zugesprochen oder abgelehnt) aus den Akten brachte einige Probleme mit sich. Einerseits spielen juristische Aspekte eine Rolle, die für Laien nur schwer zu durchschauen sind, andererseits gibt es zahlreiche Dokumente, welche im Dossier enthalten sind, anhand derer die verfügte Leistung festgelegt und an verschiedene Adressaten kommuniziert wird. Diese Dokumente heissen dann z.B. Verfügung, Beschluss, Bescheid. Teilweise fehlt auch jegliche Form von Verfügung und es wird erst durch eine Abrechnung zur Auszahlung klar, dass eine Rente verfügt wurde. Die Informationen wurden dementsprechend dort entnommen, wo sie vorhanden waren, das heisst aber auch, dass keine einheitliche Quelle für die verfügten Leistungen vorliegt. Wie bereits erwähnt, wurden die Revisionsberichte wie teilweise auch Arztberichte im Zuge

der Revision an die begutachtenden Ärzte verschickt. Dies hatte dann zur Folge, dass die Frage zum Gesundheitszustand (stationär, besserungsfähig, verschlechtert), wie sie normalerweise auf dem Revisionsfragebogen an den Arzt enthalten ist, fehlt.

11.5 Fehlende Formulare

Die Akten sind teilweise unvollständig: einerseits fehlen zentrale Formulare wie die Anmeldung oder der Auszug aus dem Individuellen Konto, oder es fehlen einzelne Seiten eines Formulars. Es wird auch gelegentlich auf Dokumente verwiesen, die aber im Dossier nicht aufzufinden sind. Das Fehlen eines „Fragebogen Arbeitgeber“ oder eines „Arztberichtes“ war für uns in den meisten Fällen nicht ersichtlich, da diese Formulare an die betreffenden Adressaten (Arbeitgeber resp. behandelnde Ärzte) verschickt werden, sofern letztere überhaupt vorhanden sind. Das Fehlen einzelner Formulare führt in unterschiedlichem Ausmass zu Beeinträchtigungen bei der Auswertung. Fehlt beispielsweise das Anmeldeformular, so führt das zu einem erheblichen Informationsverlust für die vorliegende Studie, da viele zentrale Variablen wie z.B. Zivilstand, Nationalität, Kinder, involvierte Behörden etc. aus dem Anmeldeformular erfasst werden. Aufgrund dieser Überlegungen haben wir uns dazu entschlossen, die zentralen Informationen wo möglich aus dem Dossier zu erschliessen, wenn kein Anmeldeformular vorhanden war. Dies ermöglichte es, dass zentrale Informationen eruiert werden konnten. Dieser Umstand bringt jedoch auch mit sich, dass die Daten nicht immer aus einer einheitlichen Datenquelle stammen. Für alle übrigen Formulare haben wir keine vergleichbaren Substitutionsversuche unternommen. Dies war weder methodisch möglich, noch von der zeitlichen Beanspruchung her machbar.

11.6 Gutachten

Neben den Daten aus den Formularen wurden auch biographische Daten der Personen, ihres Umfeldes, zu Arbeit, Krankheit resp. Behandlung und bezüglich der Massnahmen der IV erhoben. Diese Informationen wurden hauptsächlich den medizinischen Gutachten in den Akten entnommen. Weitere mögliche Informationsquellen sind ausführlichere Arztberichte, Berichte von beruflichen Massnahmen oder auch Protokolle von Haushaltsabklärungen. Die Kantone unterscheiden sich darin, wie häufig ein formelles Gutachten eingeholt wurde. In einem Grossteil der Akten ist kein Gutachten vorhanden, so dass das Problem der fehlenden Informationen für viele Informationen jeweils im Einzelfall gelöst werden musste. Die Details aller Regelungen wurden einheitlich und für alle Bearbeiter zugänglich in einem inkrementell wachsenden Manual dokumentiert und kommuniziert. So war es beispielsweise bei Dossiers, in denen mehrere wichtige Dokumente nicht enthalten sind, unzulässig, daraus zu schliessen, dass z.B. keine biographischen Belastungen vorliegen. Bei unzureichender Datenlage musste entschieden werden, ob die Variablen überhaupt beantwortet wurden (also mit „nein“) oder ob ein Feld leer gelassen wurde. Letztlich handelt es sich also bei vielen Variablen um die Unterscheidung „im Dossier dokumentiert“ versus „im Dossier nicht dokumentiert“. Bei einer einigermaßen ausreichenden Datenlage gehen wir davon aus, dass die zentralen Belastungen erfasst werden konnten. Da in vielen Fällen kein Gutachten in den Akten enthalten ist, muss von einer starken Unterschätzung der Belastungen ausgegangen werden. Als am verlässlichsten sehen wir die Krankheitsdaten, da diese in den Dossiers gut dokumentiert sind.

12 Indikatorbildung

In diesem Abschnitt wird beschrieben, durch welche standardisierten Verfahren 1. Informationen aus den Dossiers durch dementsprechende Urteilsbildung in Messgrößen quantifiziert kodiert wurden, 2. wie diese Kodierungen auf ihre Zuverlässigkeit (Reliabilität) überprüft wurden, und 3. durch welche algorithmischen Vorschriften aus erfassten Angaben weitere Indikatoren rechnerisch gebildet wurden.

12.1 Kodierung

Die zur Erfassung der Daten aus den IV-Akten eigens temporär angestellten MitarbeiterInnen wurden sorgfältig durch zwei Psychologen (N.B., T.F.) rekrutiert und im Rahmen von ausgiebigen Schulungen in die Thematik sowie die konkrete Arbeit am Dossier eingeführt. Da in der repräsentativen Stichprobe IV-Akten aus der gesamten Schweiz enthalten waren, musste bei der Auswahl der MitarbeiterInnen darauf geachtet werden, dass drei Landessprachen abgedeckt wurden - es wurden „bilingue“ MitarbeiterInnen sowie MitarbeiterInnen mit fundierten Kenntnissen in französischer und italienischer Sprache eingestellt.

Die Arbeit mit den Versicherten-Akten bedurfte einer sorgfältigen und ausführlichen Schulung, da die meisten MitarbeiterInnen noch kein Vorwissen in Bezug auf das IV-Verfahren mitbrachten. Aufgrund der Vielzahl der MitarbeiterInnen (bis zu 8 AssistentInnen und 7 PsychologInnen) war zudem zentral darauf zu achten, dass alle jeweils auf der „gleichen Linie“ sind und die Einschätzungen nicht auseinanderdriften. Die Schulung bestand aus einer generellen Einführung zum IV-Verfahren und näherte sich dann schrittweise den zu bearbeitenden Variablen und der Arbeit mit den realen Akten an. Die Schulung wurde für die AssistentInnen, welche für die Erfassung der Daten aus den Formularen zuständig waren und die PsychologInnen, welche mit fachlichen Einschätzungen und dem Erfassen von psychologisch und medizinisch relevanten Variablen betraut wurden, getrennt durchgeführt.

Während eines eintägigen Einführungsblocks wurde den jeweiligen MitarbeiterInnen das IV-Verfahren durch den Studienleiter (N.B.) und die Studienmanagerin (T.F.) sowie, wo dies angebracht erschien, durch einen erfahrenen Fachmann der IV-Stelle Basel-Stadt erläutert und anhand der Durchsicht einer IV-Akte veranschaulicht. Im Anschluss an diesen allgemeinen Einführungsteil erfolgte die Schulung zu den jeweils zu erhebenden Variablen. Die einzelnen Variablen wurden vorgestellt und mittels einer Schulungsakte bearbeitet. Zudem wurde den MitarbeiterInnen ein Manual ausgehändigt, welches die einzelnen Variablen enthielt sowie alle Besonderheiten, die zum Zeitpunkt der Schulung bereits bekannt waren, behandelte. Es wurde ein Manual eigens für die AssistentInnen und eines für die PsychologInnen angefertigt, die beide im weiteren Verlauf der Arbeiten wöchentlich (teilweise auch häufiger) aktualisiert wurden. In einem weiteren Schulungsbaustein wurden die MitarbeiterInnen in den Gebrauch der jeweiligen Access-Maske am PC eingeführt. Zum Abschluss der Einführung begannen die AssistentInnen und PsychologInnen mit der Bearbeitung der ersten Dossiers unter der Anleitung der Studienmanagerin (TF). Es bestand die Möglichkeit, Fragen zu stellen und allfällige Schwierigkeiten gemeinsam zu besprechen. Diese ersten Dossiers wurden jeweils für die Auswertungen nicht berücksichtigt, sondern später nochmals durch einen anderen Rater bearbeitet, der dann bereits zuverlässig eingeschult war. Die Studienmanagerin selbst bearbeitete ebenfalls Akten und zwar sowohl die Variablen der AssistentInnen als auch jene der

PsychologInnen. Dies, um aufgrund der Kenntnis der Akten und Variablen aus eigener Arbeitserfahrung auf Fragen optimal eingehen zu können und zu praxistauglichen Lösungen bei Schwierigkeiten zu kommen.

Während der insgesamt sechsmonatigen Bearbeitungszeit wurden wöchentlich separate Teamsitzungen für die AssistentInnen (Leitung T.F.) sowie für die PsychologInnen (Leitung N.B. und T.F.) durchgeführt. Es wurden die Erfahrungen mit der Arbeit ausgetauscht und auftauchende Schwierigkeiten resp. Besonderheiten einzelner Akten diskutiert und eine Einigung aufgrund der Fragestellung durch Diskussion erreicht. Sämtliche diskutierten Punkte sowie notwendige Anpassungen der Ausprägungen einzelner Variablen wurden dann im jeweiligen Manual festgehalten. Ausserdem hatten sowohl AssistentInnen als auch PsychologInnen jederzeit die Möglichkeit, die Studienmanagerin zu kontaktieren und besonders dringliche Fragen sofort zu stellen. Das auf diese Weise Besprochene wurde ebenfalls im Manual verschriftlicht und mittels E-Mail an die restlichen betroffenen MitarbeiterInnen kommuniziert. Wie erwartet zeigte sich, dass die Arbeit mit den IV-Akten ein gewisses Belastungspotential birgt: Es sind eindrückliche und oft auch tragische Schicksale, die man eines nach dem anderen beim Bearbeiten der Akten „mitbekommt“ und auch verarbeiten muss. Es wurde in den Teamsitzungen über diese Belastungen gesprochen und besonders tragische Schicksale wurden aufgegriffen. Zudem wurde pro MitarbeiterIn eine von der Eingabemaske unabhängige Excel-Liste geführt, in der die MitarbeiterInnen niederschreiben konnten, was sie im jeweiligen Fall als besonders erwähnenswert, belastend oder auch erfreulich empfanden. Diese Massnahmen in Verbindung mit einem tragenden Team führten bald dazu, dass sich die empfundene Belastung reduziert hatte.

Um die Verlässlichkeit der Daten zu gewährleisten, wurden Reliabilitätsprüfungen durchgeführt, bei denen dasselbe Dossier von allen AssistentInnen resp. PsychologInnen bearbeitet wurde und dann im Fall der AssistentInnen mit dem Rating der Studienmanagerin resp. bei den PsychologInnen mit einem „Gold-Standard“ (N.B. und T.F.) verglichen wurde (siehe 12.3). Aufgrund dieser Reliabilitätsprüfungen wurden missverständliche Bereiche der Variablen nachgeschult und Kodiervorschriften eingehend diskutiert, was ebenfalls ins jeweilige Manual eingeflossen ist.

12.2 Abgeleitete (berechnete) Indikatoren

Aus den Arztberichten und Gutachten abgeleitete Variablen: Die diagnostischen Bezeichnungen in den ärztlichen Stellungnahmen (Gutachten wie eher informelle Arztberichte) wurden zunächst in den ICD-10 Code kodiert (vgl. oben, Abschnitt 11.2). Anschliessend wurden für die psychiatrischen Diagnosen aus dem V. Kapitel der ICD10 (F-Diagnosen) insgesamt

- **78 Dummy-Variablen**¹³ für die Nennung einer bestimmten **dreistelligen F-Diagnose**, sowie
- **10 Dummy-Variablen** für die **zweistelligen F-Diagnosen** (F0 bis F9) pro betreffenden Dokument angelegt.

¹³ In der ICD10 sind nicht alle theoretisch möglichen Dreisteller zwischen F00 und F99 inhaltlich belegt. Zudem sind empirisch auch nicht alle Subcodes über die n=1917 Arztberichte (bei 846 betroffenen Personen) hinweg vergeben worden.

Für die somatischen Diagnosen wurden analoge dichotome

- Dummy-Variablen (0 = nicht genannt, 1 = genannt) für insgesamt 148 verschiedene **zweistellige ICD-Codes** (von A1 bis Z8 alle empirisch aufscheinenden), sowie
- 20 Variablen für die empirisch aufscheinenden **ICD10 Kapitel** (z.B. Kapitel II: „Neubildungen“)

pro ärztlichem Dokument angelegt. Innerhalb eines Arztberichtes wurden berechnet

- die **Summe** der genannten **somatischen Diagnosen**, und
- die **Summe** der genannten **psychiatrischen Diagnosen**.

Innerhalb einer Person konnten dann folgende Indikatoren berechnet werden: Für alle 78 + 10 (psychiatrische) und 148 und 20 (psychiatrische) Diagnosen-Dummy-Variablen wurde

- je eine inhaltlich korrespondierende Variable generiert, die als „**life-time Diagnosen**“¹⁴

bezeichnet wurde. Die 20 life-time Diagnosen für die somatischen Kapitel der ICD10 und die 10 life-time Diagnosen für die F-Diagnosen bildeten die Grundlage für die im Abschnitt 14.2 dargestellte latent-class Analyse zur Typenbildung der gesundheitlichen Situation der RentnerInnen nach Code 646. Weiterhin wurden

- die Summe aller Arztberichte,
- die Summe aller somatischen Diagnosen-Nennungen,
- die Summe aller psychiatrischen Diagnosen-Nennungen,
- die Summe aller Diagnosenbezeichnungen insgesamt,
- die Summe aller unterschiedlichen somatischen Diagnosen (Zweisteller),
- die Summe aller unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen (Dreisteller), und
- die Dauer der Begutachtung (als Datumsdifferenz zwischen dem letzten und dem ersten Arztbericht/Gutachten) und
- die durchschnittliche Anzahl der Diagnosen pro Arztbericht

pro Person berechnet.

Aus der *zeitlichen Abfolge* der verschiedenen Arztberichte wurde registriert, in welchem Muster psychiatrisch und/oder somatisch diagnostizierende Arztberichte aufeinander gefolgt sind. Jedes Dokument wurde in „*rein psychiatrisch*“, „*rein somatisch*“ und „*sowohl psychiatrisch wie somatisch*“ diagnostizierend klassifiziert.

Anschliessend wurden **Wechsel in der ärztlichen Perspektive** (unter Nicht-Berücksichtigung möglicher dazwischen liegender Dokumente mit identer Perspektive wie das jeweils vorangegangene Dokument) ausgezählt und in folgenden Variablen festgehalten:

¹⁴ Streng genommen wird aber keine life-time Prävalenz einer Erkrankung abgebildet, sondern nur eine Prävalenz über die Zeitstrecke aller Arztberichte bis zum letzten Arztdokument, und in die Vergangenheit des Patienten zurück, soweit er ärztlich von mindestens einer Anamnese jeweils exploriert worden ist.

- Anzahl der diagnostischen Wechsel von ausschliesslich psychiatrischen auf ausschliesslich somatische Diagnosen
- von ausschliesslich somatischen auf ausschliesslich psychiatrische Diagnosen
- von beiden Diagnosengruppen auf ausschliesslich psychiatrische Diagnosen
- von ausschliesslich psychiatrischen Diagnosen auf beide Diagnosengruppen
- von beiden Diagnosegruppen auf ausschliesslich somatische Diagnosen und
- von ausschliesslich somatischen Diagnosen auf beide Diagnosegruppen.

Aus den im jeweiligen „Individuellen Konto“ dokumentierten **Einkommensverläufen** konnte eine ganze Reihe von Indikatoren für die Berufsbiographie berechnet werden. Allerdings sind nur für 521 Personen (knapp 59% der Dossiers) solche individuellen Erwerbsbiographien dokumentiert worden (vgl. Abbildung 11.2 im Abschnitt 11.1). Daher werden die entsprechenden Analysen für individuelle Erwerbsbiographien zwar deskriptiv dargestellt, konnten aber wegen ihrer geringen Ausschöpfungsrate nicht in den multivariaten Analysen des Abschnittes 10 Berücksichtigung finden.

Wegen des langen Zeitraums, über den sich die Erwerbsjahre bei unterschiedlichen Personen in unterschiedlichen historischen Kontexten ereignet haben, wurden die Angaben zum individuellen Konto zunächst „preisbereinigt“. D.h., dass alle innerhalb eines Jahres über multiple Arbeitgeber und andere Einkommensquellen (z.B. verschiedene Sozialtransfers-Einkommen) hinweg aufsummierten Einkommen auf das Lohn-Niveau des Jahres 1993 als dem letzten Jahr vor dem Prävalenz-Sampling (vgl. Abschnitt 13.1) adjustiert wurden. Dazu wurde der Schweizerische Lohnindex von 1943 bis 2007 geschlechtsgetrennt in Prozent des Lohnniveaus von 1993 umgeformt. Mit diesem neu kalibrierten Index wurden die betreffenden Jahreseinkommen höher (wenn der Index niedriger lag als 1993) oder tiefer (wenn der Index höher lag als 1993) gewichtet, je nach der empirischen, geschlechtsspezifischen Lohnentwicklung in der Schweiz. Die betreffenden „**korrigierten, individuellen Jahreseinkommen**“ haben auch erhaltene bzw. geschuldete Unterhaltszahlungen (positiv bzw. negativ) mit einberechnet. Zudem wurde pro dokumentiertem Jahr erfasst, welcher **Anteil am Jahreseinkommen** durch Arbeitseinkommen, und welcher Anteil durch sämtliche erhaltene **Sozialtransfers** eingenommen wurde.

Im zweiten Schritt wurden die intra-individuellen, am Lohnniveau von 1993 adjustierten Einkommenszeitreihen daraufhin untersucht, ob in aufeinanderfolgenden Jahren ein Einkommensrückgang beim Jahreseinkommen auf einen bestimmten Prozentsatz des Vorjahreseinkommens (oder weniger) zu verzeichnen war. Die betreffenden Jahre wurden als *Jahre mit Einkommensknicke* markiert. Pro Person wurde dann

- das **Lebensalter beim ersten Einkommensknicke**
- die **Zeitspanne vom ersten Einkommensknicke bis zur ersten IV-Anmeldung**
- die **Zeitspanne vom ersten Einkommensknicke bis zur letzten IV-Anmeldung**
- die **Zeitspanne vom ersten Einkommensknicke bis zur (ggf. letzten) Rentenverfügung**
- die **Zahl der Einkommensknicke** einer Person insgesamt
- sowie der über alle dokumentierten Jahre hinweg gemittelte **Anteil von Sozialtransfer-Einkommen** einer Person

berechnet. Da a priori keine Theorie darüber bestand, welcher Einkommensrückgang als möglicherweise indikativ für potenzielle Arbeitsplatzprobleme gelten könnte, wurden systematisch alle prozentualen Rückgänge auf Niveaus von 30, 40, und 50 bis 95% (letzte in 5%-Schritten) in Indikatorvariablen vom oben erwähnten Typ (5 Stück pro Cutoff-Wert) transformiert. Lediglich der Indikator „durchschnittlicher Einkommensanteil aus Sozialtransfers“ blieb von den Cutoff-Werten für Einkommensknicke unberührt.

12.3 Reliabilitätsprüfung

Jede(r) Rater(in) hat mindestens zwei, höchstens vier Dossiers bearbeitet, die zusätzlich auch vom Studienleiter bzw. der Studienmanagerin in Gänze kodiert wurden. Die Rater(innen) wussten nur, dass einige Dossiers geprüft wurden, nicht aber welche. Der „Gold-Standard“ wurde seinerseits durch enge Rücksprache der beiden beteiligten Personen (N.B. und T.F.) ohne Kenntnis der Daten der Rater(innen) validiert, d.h. vereinheitlicht.

Die Auswahl der zu Doppelratings herangezogenen Dossiers erfolgte streng zufällig. Insgesamt wurden vier verschiedene Dossiers zur Reliabilitätsprüfung herangezogen. Die Ziehung lag zu einem Zeitpunkt, an dem die RaterInnen bereits routiniert eingearbeitet waren. Schulungsdossiers wurden nicht zur Ziehung der Doppelratings berücksichtigt. Es fanden zur Reliabilitätskontrolle keine Doppelratings statt, bei denen die Rater(innen) untereinander dieselbe Akte bearbeitet hätten. Die initial zu Schulungszwecken von mehreren Personen bearbeiteten Akten werden in dieser Reliabilitätsprüfung nicht berücksichtigt. Da pro Dossiers mehrere hundert Variablen zu kodieren waren, die auch unterschiedliches Skalenniveau (dichotom, polychotom, ordinal, metrisch) aufwiesen, wurde zur Reliabilitätsprüfung lediglich die Information benutzt, ob Gold-Standard und der/die jeweilige Rater/in bei der untersuchten Variable den identischen Wert in die Datenbank eingetragen hatte oder nicht. Zur quantitativen Bestimmung der Reliabilität wurde pro doppelt geratetem Dossier über alle involvierten Variablen hinweg der Prozentwert der identischen Angaben an allen Angaben berechnet und in der untenstehenden Tabelle 12-1 eingetragen.

Tabelle 12-1: Reliabilitätskontrolle durch Berechnung von Übereinstimmungsquoten

Dossier-Nr.	Übereinstimmung zu GOLD-Standard in %			
	BearbeiterIn			
	Rater I	Rater II	Rater III	Rater IV
1	94,9	93,9		
2		95,9	95,9	99,0
3		86,5	87,5	86,5
4	95,3	90,7		
Mittelwert:	95,1	91,7	91,7	92,7

Die erzielten Ergebnisse können als hervorragende Rater-Übereinstimmung gewertet werden. Daher wurde darauf verzichtet, eine zusätzliche Schulung und ggf. zweite Reliabilitätsprüfung durchzuführen.

13 Stichproben

Die Daten zur Ziehung der Stichprobe wurden vom Bundesamt für Sozialversicherungen als anonymisierte Einzeldatensätze zur Verfügung gestellt und enthielten neben einer nicht sprechenden Identifizierungsnummer (ID_OFAS) lediglich Angaben zum Erfassungsjahr und zur Fall-führenden IV-Stelle.

13.1 Design der Stichprobe „IV-Rente nach Code 646“ (Sample 1)

Aus der Sicht der IV ist die Zahlung einer Rente ein Prozess in der Zeit, der sich an unterschiedlichen Individuen feststellen lässt. Solche Prozesse werden in der Epidemiologie durch die Masszahlen Inzidenz (Anzahl der Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum) und Prävalenz (Anzahl der innerhalb eines bestimmten Zeitfensters Erkrankten) beschrieben. Aussagen über die Typologie eines bestimmten Berentungsgrundes beziehen sich auf alle zum Beobachtungszeitpunkt auszubehaltenden Renten, also auf die jeweils prävalenten RentnerInnen. Grundgesamtheit für die Analyse sind damit die im Zeitraum von 1993-2006 jährlich prävalenten Rentenzahlungen nach Code 646 in der gesamten Schweiz. Diese Definition ist zunächst überraschend, weil sich ja die auszuwählenden Dossiers auf Personen beziehen, und nicht auf Personen-Rentenzahre. Tatsächlich werden die Analysen auch auf Personenbasis durchgeführt. Allerdings erhalten die Personen mit langen Rentenstrecken durch die hier vorgenommene Definition der Grundgesamtheit ein proportional zu ihren IV-Rentenzeiten erhöhtes Gewicht bei der Aufnahme in die Analysestichprobe. Damit wird ein Sample gezogen, das aus Sicht des Rentenzahlers „risiko-adjustiert“ ist und somit inhaltlich genau bei denjenigen Dossiers präzisere Schlüsse über Typologien und mögliche Risikofaktoren zulässt, bei denen die Bedeutung für den Rentenzahler auch am höchsten ist. Durch „Ziehen ohne Zurücklegen“ wird verhindert, dass Personen mehrmals in die Stichprobe aufgenommen werden.

Tabelle 13-1: Rentenzahlungen wegen Code 646 in den Jahren 1993 bis 2006

Jahr	Anzahl	Jahr	Anzahl	Jahr	Anzahl
1993	13.871	1998	23.584	2003	41.842
1994	15.700	1999	26.141	2004	46.251
1995	17.598	2000	29.027	2005	49.824
1996	19.299	2001	32.289	2006	52.869
1997	21.297	2002	36.951		
Summe der Anzahl Rentenzahlungen: 426'543					

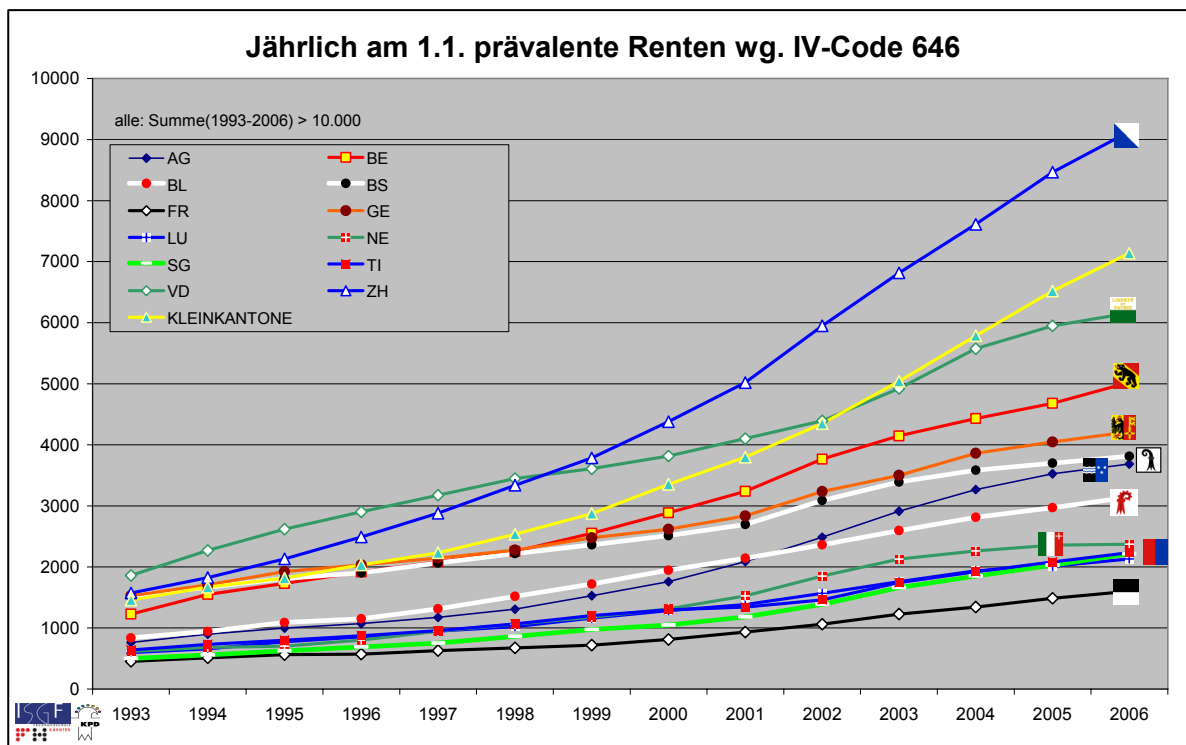
13.2 Ziehung

Die Zahl der jährlich vorzunehmenden Rentenzahlungen hat sich zwischen 1993 und 2006 um den Faktor 3,8 von jährlich knapp 14'000 Zahlungen auf fast 53'000 Zahlungen erhöht (Tabelle 13-1). In dieser Zählung wurden Rentenzahlungen an im Ausland lebende Anspruchsberechtigte nicht berücksichtigt. Die Urliste zur Ziehung der Stichprobe besteht insgesamt aus 426'543 Rentendossiers. Dabei verlief die Zunahme der prävalenten Rentendossiers über die Kantone der Schweiz hinweg

nicht einheitlich. Abbildung 13-1 zeigt, dass vor allem im Kanton Zürich und in sogenannten „Kleinkantonen“ (mit jeweils weniger als 10'000 Rentendossiers binnen der 14 Beobachtungsjahre; vgl. weiter unten) ein steilerer Anstieg der Prävalenzahlen stattgefunden hat als in den übrigen Kantonen. Daher wurde die Urliste stratifiziert nach Prävalenzjahr und Kantonen.

Um den logistischen Aufwand für die Kodierung der Dossiers in der Feldphase bei 26 Kantonen zu begrenzen, wurden die Dossiers der Kleinkantone in einem zweistufigen Ziehungsverfahren ausgelost: Zunächst wurden aus denjenigen 14 Kantonen¹⁵, die jeweils über die gesamte Beobachtungsstrecke hinweg nicht mehr als 10'000 Rentenfälle nach Code 646 aufwiesen, insgesamt sieben (AR, GL, JU, NW, SH, SZ, UR) zufällig ausgelost und zu einem fiktiven Kanton „Kleinkantone“ zusam-

Abbildung 13-1: Verlauf der prävalenten Rentenfälle (Code 646) nach Kantonen 1993-2006



mengefasst,. In der zweiten Stufe der Zufallsziehung wurde dieser Kanton wie die übrigen Kantone behandelt und 13 nach Prävalenzjahren stratifizierte Zufallsstichproben bestimmt.

Pro Kanton k und Beobachtungsjahr j wurden die Anteile der jeweiligen Zelle an der oben dargestellten Urliste bestimmt. Diese Parameter π_{kj} ($\sum_k \sum_j \pi_{kj} = 1$) wurden benutzt, um für die ange-

strebte Stichprobengrösse von 800 bis 900 Dossiers Soll-Zahlen s_{kj} für jeden Kanton und jedes Jahr zu errechnen ($s_{kj} = \pi_{kj} \cdot 900$).

Die eigentliche Ziehung erfolgte anschliessend durch die Erzeugung einer gleichverteilten Zufalls-

¹⁵ AI, AR, GL, GR, JU, NW, OW, SH, SO, SZ, TG, UR, VS, ZG

variable (SAS Funktion „RANUNI“) im Wertebereich von 0 bis 1 und anschliessender Sortierung der Urliste (innerhalb der Strata) auf diese Zufallsvariable. Die ersten s_{kj} Dossiers jedes Strati wurden in die Stichprobe „Gezogen“ der Dossieranalyse aufgenommen. Sie enthielt 902 Dossiers.

Pro Stratum wurden zusätzlich weitere annähernd s_{kj} Rentenfälle (die nächsten s Fälle laut Zufallsvariable in kleinen Strata, die nächsten $s/2$ Fälle in grösseren Strata) in eine zweite Zufallsstichprobe aufgenommen, die als „Reserve“ bezeichnet wurde. Insgesamt wurden hier $n=779$ Dossiers ausgewählt.

Beide Listen wurden mit der Identifizierungsvariable ID_OFAS in das Bundesamt für Sozialversicherungen übermittelt, und dort mit der (für die IV-Stellen und deren Dossierverwaltung) sprechenden Dossiernummer NOAVS ergänzt. Die ergänzte Liste der Stichprobe „Gezogen“ wurde anschliessend in den jeweils zutreffenden Teilen den zuständigen IV-Stellen per E-Mail mit der Bitte um Übermittlung der Dossiers zugestellt. Die Akten wurden dann auf dem Postweg und „eingeschrieben“ an die Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation versandt. Dort wurden diese elektronisch erfasst und anschliessend unter Verschluss gelagert. Nach Abschluss der Datenerfassung sowie der Plausibilitätskontrollen wurden die Akten auf deren Vorhandensein geprüft und aus der elektronischen Liste ausgetragen. Die Originalakten wurden wiederum „eingeschrieben“ via Post zurückgeschickt. Sofern es sich um Kopien handelte, wurden diese in die Verbrennung gegeben (so wie es bei den Kantonalen Psychiatrischen Diensten mit vertraulichen Akten üblich ist).

Für den Fall, dass aus der Stichprobe „Gezogen“ ein Dossier unauffindbar sein sollte, oder dass die betreffende NOAVS der angeschriebenen IV-Stelle unzutreffenderweise zugeordnet worden war, wurden die IV-Stellen anschliessend gebeten, jeweils ein Ersatzdossier aus der Liste der Stichprobe „Reserve“ in der Reihenfolge der übermittelten Reserveliste auszuwählen. „Gezogene“ und „Reserve“-Dossiers wurden zur Überprüfung der Rücklaufquote getrennt behandelt.

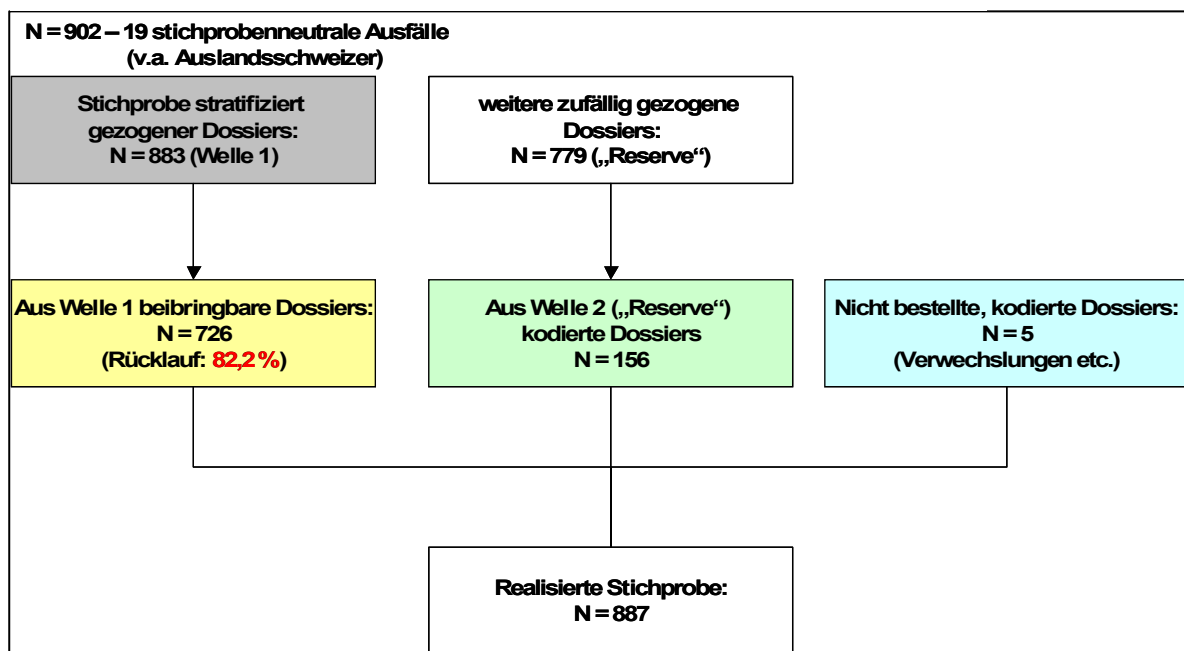
13.3 Ausschöpfungsraten

Von $n=902$ angeforderten Dossiers wurden 19 (2,1%) als sogenannte Stichproben-neutrale Ausfälle klassifiziert, welche nicht die Einschlusskriterien der Studie erfüllten. Vor allem Auslandsschweizer sind hier zu nennen, aber auch abweichende Datierungen für die sogenannten Prävalenzjahre, die ausserhalb des Beobachtungszeitraums lagen. Von den verbleibenden 883 Dossiers konnten insgesamt 726 zugestellt werden (Abbildung 13-2). Dies bedeutet eine **Rücklaufquote** von **82,2%**.

Um die in der Machbarkeitsstudie (Baer & Frick, 2007) aus Gründen der statistischen Power angestrebte Stichprobengrösse von ca. 900 Dossiers nicht zu verfehlen, wurden 156 Dossiers aus der zweiten Zufallsstichprobe „Reserve“ von den verschiedenen IV-Stellen zur Verfügung gestellt. Zudem erhielt unsere Arbeitsgruppe zusätzlich fünf Dossiers, die nicht bestellt waren, sondern aufgrund von unklaren NOAVS-Nummern und/oder Verwechslungen übermittelt worden waren. Diese wurden nach dem Prinzip grösstmöglicher Realitätsnähe der Stichprobe (analog dem intention to treat Prinzip bei medizinischen Studien) ebenfalls mit ausgewertet.

Damit betrug die realisierte Stichprobengrösse N=887 Dossiers. Diese Zahl bedeutet aber nicht, dass alle Analysen mit 887 Dossiers durchgeführt werden konnten. Unter den 887 Dossiers exist-

Abbildung 13-2: Rücklauf und realisierte Stichprobengrösse



tierte eine hohe Variationsbreite, was ihre tatsächliche Auswertbarkeit anbelangt. Daher wird bei den meisten Analysen die jeweils zugrundegelegte Fallzahl mit angegeben.

N=13 Fälle waren weitgehend unauswertbar: In fünf Fällen enthielten die Dossiers Unterlagen lediglich zu Revisionen; frühere Dokumente waren unauffindbar. Eine Akte enthielt als ältestes Dokument die Rentenverfügung, so dass auch hier keine anamnestischen Angaben kodierbar waren. In drei Fällen war der/die Berentete zwischenzeitlich ins Ausland verzogen, so dass der Dossierinhalt nicht über die letzte inländische IV-Stelle beschaffbar war¹⁶. Ein Dossier war in einen anderen Kanton übermittelt worden, der wiederum (s.o., Kleinkantone) nicht im Erhebungsplan vorgesehen war. Ein Dossier war ohne Angabe von weiteren Gründen komplett leer, obwohl es als Akte registriert war. Im Gegenzug enthielt ein Dossier vornehmlich Dokumente einer fremden Person, so dass auch hier die meisten Daten nicht auswertbar waren. Für eine Person war schliesslich ein formelles Dossier innerhalb der IV-Rente angelegt worden, anschliessend aber nie mit Inhalten befüllt, weil der Rentenfall aus Altersgründen direkt der AHV übergeben wurde.

¹⁶ Die physische Aufbewahrung der Papierunterlagen erfolgt dann in der IV-Stelle „Ausland“, die nicht Bestandteil des Untersuchungsplanes war.

Tabelle 13-2: Rücklauf nach Prävalenzjahren

Jahr	Sample 1	Rücklauf	Responderate	realisiertes N	Gewicht
1993	28	18	64,3	34	1,21
1994	32	20	62,5	33	1,03
1995	37	24	64,9	40	1,08
1996	38	27	71,1	44	1,16
1997	43	32	74,4	49	1,14
1998	46	37	80,4	47	1,02
1999	52	41	78,8	55	1,06
2000	57	46	80,7	58	1,02
2001	70	55	78,6	64	0,91
2002	78	64	82,1	71	0,91
2003	87	76	87,4	81	0,93
2004	98	89	90,8	98	1,00
2005	105	99	94,3	105	1,00
2006	112	98	87,5	103	0,92
Total	883	726	82,2	882	1,00

Unabhängig von der Datierung von Erstanmeldung bzw. letzter Verfügung (die dann ja eine Rentenverfügung darstellte) war für jedes Dossier als Merkmal festgehalten worden, aufgrund welchen Prävalenzjahres das Dossier in die Stichprobe „Gezogen“ (Spalte „Sample 1“ in Tabelle 13-2) aufgenommen worden war. Es zeigte sich, dass Dossiers, je weiter sie in der Vergangenheit zurück lagen, umso schlechter beschaffbar waren. Für die Prävalenzjahre 1993 bis 1995 konnten nur knapp zwei Drittel der ursprünglich angeforderten Dossiers auch tatsächlich übermittelt werden. In den Jahren ab 2004 lag die Ausschöpfungsquote teilweise deutlich über 90%. Durch das „Oversampling“ in der zweiten Zufallsstichprobe „Reserve“ können jedoch für alle Jahre über 90% (vgl. Spalten „realisiertes N“¹⁷ und „Gewicht“ in Tabelle 13-2) der angestrebten Zellbesetzungen auch tatsächlich erreicht werden. Die Stichprobenverluste wurden gegenkompensiert. Zudem ist sichergestellt, dass auch die „Reserve“-Dossiers zufällig gezogen wurden. Von daher kann die Stichprobe als repräsentativ für die Grundgesamtheit hinsichtlich ihrer historischen Zusammensetzung betrachtet werden.

In der regionalen Zusammensetzung der Stichprobe ergaben sich bei den Kantonen zum Teil erhebliche Unterschiede, was die Bebringbarkeit der angeforderten Rentendossiers anbelangt. Spitzenreiter in der Ausschöpfungsquote war der Kanton Aargau mit 93%. Am ungünstigsten war die Situation in den Kantonen FR, VD und ZH (Tabelle 13-3). Durch den gewählten Ziehungsmechanismus mit zwei unabhängigen Stichproben konnten allerdings auch hinsichtlich der regionalen Zusammensetzung die Proportionen der Grundgesamtheit weitgehend präzise in der realisierten Stichprobe eingehalten werden. Das angestrebte Ziel, eine repräsentative Stichprobe für die nach Code 646 berenteten Personen proportional zu ihren Rentenansprüchen in den Jahren 1993 bis 2006 zu ziehen, scheint damit eingelöst.

¹⁷ Die Summe in der Spalte „realisiertes N“ erreicht nur 882, da für die fünf unaufgefordert übersandten Dossiers kein vorab ausgelostes Prävalenzjahr existieren kann.

Es soll jedoch erwähnt werden, dass der hierzu notwendige Aufwand weitaus grösser war, als er aufgrund der Ergebnisse der Machbarkeitsstudie abgeschätzt werden konnte.

Tabelle 13-3: Rücklaufquote und Stichprobengrösse nach Kantonen

Kanton	Sample 1	Rücklauf	Responserate	realisiertes N	Gewicht
AG	57	53	93.0	61	1.07
BE	85	75	88.2	88	1.04
BL	53	43	81.1	56	1.06
BS	78	68	87.2	76	0.97
FR	25	17	68.0	23	0.92
GE	79	67	84.8	84	1.06
Kleinkantone	104	87	83.7	107	1.03
LU	38	31	81.6	34	0.89
NE	40	36	90.0	40	1.00
SG	34	28	82.4	32	0.94
TI	40	36	90.0	39	0.98
VD	113	85	75.2	111	0.98
ZH	137	100	73.0	136	0.99
Total	883	726	82.2	887	1.00

13.4 Ziehung von Kontrolldossiers

Unter den verschiedenen mit der Studienbegleitgruppe diskutierten Möglichkeiten zur Gewinnung einer Vergleichsgruppe für die oben erwähnte Stichprobe hat sich das Bundesamt für Sozialversicherungen für folgendes Einschlusskriterium zur Definition der Grundgesamtheit entschieden:

Kontrolldossiers sind potenziell alle Dossiers, die

- mindestens einmal eine berufliche Massnahme unter dem Code 646 erhalten haben,
- für die zum Stichtag der Ziehung keine IV-Rente gezahlt wird
- und bei denen dieser „rentenlose“ Zustand mindestens zwei Jahre andauert, und
- die in den Kantonen geführt werden, die (vgl. oben, 13-2) in die Stichprobe aufgenommen wurden.

Diese Auswahl diene als Operationalisierung für erfolgreiche Wiedereingliederungsmassnahmen. Die Stichprobenziehung fusste dann auf zwei vom Bundesamt für Sozialversicherungen zur Verfügung gestellten Listen mit allen jemals verfügbaren beruflichen Massnahmen, und zusätzlich allen RentnerbezieherInnen, die jemals eine berufliche Massnahme erhalten hatten. Nach Abgleich beider Listen auf Dossiers mit „nachfolgend Renten-freie berufliche Massnahmen“ und einer zeitlichen Einschränkung auf eine mindestens zweijährige Periode seit der letzten verfügbaren Massnahme ergaben sich n=4143 Dossiers, die diese Kriterien erfüllten. Von diesen wurden via Zufallsvariable n=273 zur Kodierung angefordert. Die weitere Vorgehensweise zur Identifizierung der NOAVS-Nummern und Bestellung der Dossiers erfolgte analog zum oben beschriebenen Prozedere. Die Ausschöpfung für diese Stichprobe an Kontrolldossiers war vollständig. Dies ist wohl auf eine bessere Verfügbarkeit solcher Dossiers in den IV-Stellen zurück zu führen, aus welchen Gründen auch immer.

14 Statistische Methodik

In den nachfolgenden Ergebniskapiteln werden über weite Strecken ungewichtete deskriptive Kennzahlen aus einer Auszählung der realisierten Stichprobe berichtet. Für die dabei angewendeten Standardmethoden soll hier nicht gesondert deren Hintergrund und Interpretationsrahmen erläutert werden.

Für die statistische Zusammenfassung der Themen „Belastungskonstellationen“ und „gesundheitliche Lage“ wurde zur Typenbildung jedoch ein Verfahren („latent class analysis“) gewählt, das (noch) nicht zum Standardrepertoire sozialwissenschaftlicher Analysen zählt, und das deshalb hier kurz in seinen zentralen Ideen erläutert werden soll. Seine Verallgemeinerung zur „latent profile analysis“, bzw. zu „latent class mixture modeling“ wurde benutzt, um die Berentungskonstellationen (als Typologie des Berentungsverfahrens) zu klassifizieren. Abschliessend werden Möglichkeiten erläutert, wie die Zusammenhänge dieser Typologien untereinander, bzw. mit weiteren manifesten Merkmalen aus der Kodierung der einzelnen Dossiers innerhalb eines relativ jungen statistisch-methodischen Rahmens (CART und random forest Analysen) daraufhin untersucht werden können, ob sie sich gegenseitig (zumindest rechnerisch) beeinflussen, ohne dabei das oft recht starre Gerüst methodischer Vorannahmen bei traditionellen Regressionsannahmen mit berücksichtigen zu müssen.

14.1 Klassifikationsanalysen

Das Ziel einer Typologisierung von Berentungskonstellationen lässt sich statistisch als „Klassifikationsproblem“ formulieren. Demgegenüber ist die Frage nach den möglichen Risikofaktoren einer Berentung nach Code 646 als „Regressionsproblem“ darstellbar.

Klassifikationsprobleme werden oft durch sogenannte Clusteranalysen bearbeitet. Zum besseren Verständnis des hier vorgeschlagenen Analyseverfahrens ist es sinnvoll, sich die Stärken und Schwächen der gängigen Klassifikationsverfahren als kurzen Exkurs zu vergegenwärtigen: Ziel von Clusteranalysen (allgemeiner: von Klassifikationsanalysen) ist immer, Gruppen von Objekten zusammenzufassen, die intern möglichst homogen, und extern zugleich möglichst heterogen sind. Dabei muss entschieden werden, wieviele Cluster die in den Daten vorfindbare Struktur am besten abbilden, und welches Objekt jeweils in welchen Cluster gruppiert werden soll.

All den unterschiedlichen Verfahren zur Clusteranalysen gemeinsam ist die Idee, dass sich Ähnlichkeiten zwischen unterschiedlichen Objekten (den Dossiers) durch bestimmte, multivariat bestimmbare Ähnlichkeits- oder auch Distanzkoeffizienten berechnen lassen. Es existieren dazu auch Masse, die ein unterschiedliches Skalenniveau der den Ähnlichkeitsraum aufspannenden Variablen berücksichtigen können (z.B. Gower's coefficient).

Vom Ausgangspunkt einer Ähnlichkeitsmatrix aller Objekte her werden dann meist durch hierarchisch-agglomerative Algorithmen zunächst die beiden einander ähnlichsten Objekte in einen Cluster fusioniert. Diese beiden Objekte werden dann in einem update der Ähnlichkeitsmatrix nurmehr als 1 Objekt repräsentiert (meist durch ihren Centroid, d.h. ihren Mittelwertsvektor auf allen gemessenen Variablen), und alle verbleibenden paarweisen Distanzen bzw. Ähnlichkeiten neu berechnet. Durch iteratives Vorgehen sind beim letzten Fusionsschritt dann nur noch zwei Cluster übrig, die dann schliesslich in eine Gesamtgruppe vereinigt werden. Hierarchisch divisive Verfahren

operieren demgegenüber genau umgekehrt: Sie beginnen bei der Grossgruppe aller Objekte und teilen diese nach Unähnlichkeit auf in immer feinere Objektgruppen, bis zuletzt jedes Objekt in seinem eigenen Cluster landet. Jedes Objekt ist damit nicht nur einmal, sondern auf jeder hierarchischen Stufe des sogenannten Clusterbaumes (Dendrogramm) Mitglied genau eines Clusters. Hierarchische Verfahren unterscheiden sich nach ihrem zugrundegelegten Ähnlichkeitsmass der Objekte, nach dem lokalen Fusions-/Divisionskriterium, und nach der Bewegungsrichtung. Je nach Verfahren entstehen möglicherweise stark voneinander abweichende Klassifikationsbäume.

Die sich dann unabhängig von der Bewegungsrichtung (agglomerativ oder divisiv) anschliessende Frage ist jeweils: Wieviele Cluster bilden den günstigsten Schnittpunkt zur Betrachtung der internen Ähnlichkeitsstruktur der Gesamtmenge aller Objekte? Verschiedene Ansätze zur statistischen, zufallskritischen Beurteilung dieser Frage sind alle nicht eindeutig zielführend gewesen.

Zudem haben hierarchische Verfahren alle denselben Nachteil, dass nämlich - sobald ein Objekt zu einem bestimmten Zeitpunkt des Fusionsprozesses einmal mit einem anderen Objekt in denselben Cluster gruppiert wurde - diese beiden Objekte dann unauflöslich miteinander verbunden sind. Dies war aber möglicherweise von einem Standpunkt der globalen Optimierung von Ähnlichkeiten/Distanzen ALLER Objekte her nur die zweitbeste oder überhaupt eine schlechte Lösung, denn das Fusions- bzw. Divisionskriterium optimiert nur die lokale Situation auf der jeweiligen Vereinigungs-/Teilungsstufe.

Daher wurde als Alternative das sogenannte k-means Verfahren (von MacQueen) entwickelt, bei dem der Forscher die Anzahl der k zu bildenden Cluster (z.B. 8) von Beginn an vorgibt, und durch einen iterativen Austausch- und Verschiebeprozess die Objekte solange über die vorgegebenen acht Cluster verschoben werden, bis ein globales Mass für die interne Homogenität bei gleichzeitiger externer Heterogenität der Cluster optimal wird.

Nachteil dieses Verfahrens ist, dass weiterhin kein eindeutiges Entscheidungskriterium existiert, welche Anzahl von Clustern denn einem Datensatz am angemessensten ist. Es hängt dann von der interpretativen Geschicklichkeit (oder den theoretischen Vorurteilen?) des Forschers ab, welche Lösung er favorisiert. Wie schon hierarchisch agglomerative bzw. hierarchisch divisive Clusterverfahren benutzt auch das k-means Verfahren die Vorstellung, dass jedes Objekt seiner Ähnlichkeitsstruktur nach nur in genau einen Cluster fallen kann.

Clusteranalysen - und dies ist wichtig, sich zu vergegenwärtigen - sind reine Sortieralgorithmen. Sie liefern immer eine Lösung, wenn sie auf einen Datensatz angesetzt werden. Sie sind dann hilfreich, wenn in den zu klassifizierenden Objekten tatsächlich eine starke inhaltliche Struktur vorherrscht. Sie finden aber auch (und das wurde in Simulationsstudien nachgewiesen) bei völlig homogen in einem hochdimensionierten multivariat normalverteilten Ähnlichkeitsraum verteilten Objekten eine „disjunkte“ Struktur mit einer Einteilung der Objekte in qualitativ unterschiedliche Gruppen.

14.2 Latent Class Analyse und Verallgemeinerungen (Latent Profile)

Die eingesetzten latent-class Analysen¹⁸ (LCA) gehen von einer von Clusteranalysen radikal abweichenden Idee aus. Sie behaupten nicht, dass ein Objekt seiner „inneren Bestimmung nach“ nur in genau eine Gruppe zugeteilt werden soll. Vielmehr behaupten sie, dass es „latente“ Muster von Gruppenprofilen (auf mehreren Variablen, die zum Beispiel eine typische Rentenkonstellation darstellen) gibt, zu dem jedes einzelne Objekt (also jedes Dossier) eine unterschiedlich starke Bindung hat. Jedes Objekt gehört damit in unterschiedlicher Stärke zu jeder „typischen“ Gruppe. Starke Strukturen in den Daten drücken sich dann in den Ähnlichkeitsbeziehungen zwischen den „latenten Profilen“ und den konkreten, manifesten Objekten (Dossiers) dergestalt aus, dass jedes Objekt nur zu genau einem latenten Profil eine starke Nähe hat, zu allen anderen latenten Profilen aber eine grosse Distanz. Berechnet wird diese Nähe als die Zugehörigkeitswahrscheinlichkeit eines bestimmten Datenvektors gegeben die Anzahl der latenten Klassen und die Profile der optimierten LCs. Eine manifeste Zuordnung der Objekte in „ihre“ latente Klasse ist streng genommen nicht notwendig, kann aber jederzeit anhand der maximalen Zugehörigkeitswahrscheinlichkeit vorgenommen werden. Die Zugehörigkeitswahrscheinlichkeiten als metrische Variablen werden später (vgl. unten) als Grundlage für die berichteten CART Analysen bzw. Random Forest Analysen benutzt werden.

Die Güte einer Lösung bei der LCA ist statistisch prüfbar und die Frage nach der Anzahl der zu bildenden Klassen als statistisches Fit-Kriterium quantifizierbar. Die unterschiedlichen Fit-Masse (z.B. Akaiques Information Criterion, AIC, oder Bayes Information Criterion, BIC) betonen unterschiedliche inhaltliche Aspekte unterschiedlich stark. Insbesondere das BIC neigt dazu, eher geringere Zahlen von LCs zuzulassen. Mehr als 10 Typen sind eher selten berichtet worden.

Die Profile der Latenten Klassen (also die „Typen-Profile“) werden jeweils so berechnet, dass global betrachtet die Lösung disjunkte, und jeweils möglichst nur für ein einziges Profil hohe Zugehörigkeitswahrscheinlichkeiten für alle Objekte produziert. D.h. mit anderen Worten, dass auch ggf. im hochdimensionierten Ähnlichkeitsraum sehr eng beieinander liegende Klassen zur Unterscheidung eingeführt werden, wenn sie eine insgesamt betrachtet günstigere Aufteilung der Objekte in Klassen ermöglichen. Dies ist ein weiterer Vorteil gegenüber den meisten Clusteranalysen (z.B. das oft benutzte Ward-Verfahren), bei denen im Ähnlichkeitsraum möglichst gleich weit voneinander entfernte Hyperkugeln gebildet werden.

Das erforderliche Datenniveau für LCAs ist lediglich eine qualitative Ausprägung von Itemkategorien (Nominalskala). Dies ermöglicht, auch fehlende Werte als eine weitere qualitative Ausprägung einer Variablen mit in die Analyse aufzunehmen (z.B. ja/nein/verweigerte Auskunft /nicht erhoben). Natürlich sind auch mit dem Entscheid für eine LCA „Kosten“ bei Durchführung und Interpretation der Analysen verbunden: Wegen der hohen Komplexität der Schätzalgorithmen sind Modelle mit extrem hohen Variablenzahlen als Indikatoren für latente Profile nicht mehr handhabbar.

Es bedarf also einer theoriegeleiteten, gut begründbaren Vorselektion der Indikatoren. Falls eine solche Theorie noch nicht entwickelt ist, müssen Vor-Analysen zur Variablenselektion durchgeführt werden. Ihre Implikationen sind natürlich für das endgültige Resultat vorentscheidend.

¹⁸ Für eine deutschsprachige Einführung und Übersicht vgl. Rost (1996)

Im Kapitel 4 werden zunächst $n=48$ dichotome Variablen (allesamt Indikatoren für besondere lebensbiographische -, soziale - und Arbeitsfeld-Belastungen) daraufhin untersucht, ob sie zu einer *Typologie der Belastungssituationen* unter den Frühberenteten beitragen können. Für die diversen Belastungen wurde dichotom daraufhin unterschieden, ob sie im Dossier dokumentiert waren (Wert = 1), oder ob sie nicht dokumentiert bzw. dezidiert ausgeschlossen worden waren (beide: Wert = 0). Die Berechnungen wurden mit dem Programm WinMira (Version 2001¹⁹) durchgeführt. Anhand des „item discrimination index“ wurden in einem zweiten Schritt diejenigen Variablen aus der Analyse ausgeschlossen, deren Beitrag zur Unterscheidung zwischen den latenten Klassen (LCA ohne Annahme von ordinalen Antwortkategorien) relativ am geringsten war (Diskriminationsindex nahe Null). Die endgültige Typologie wurde dann unter Berücksichtigung von „lediglich“ $n=34$ Belastungsindikatoren errechnet (vgl. Abschnitt 4.4). Ein analoges Verfahren zur Indikator-Reduktion wurde auch für die Typologie der Berentungskonstellationen (Abschnitt 9.6) angewendet.

Im Kapitel 8.6 werden die in den ärztlichen Stellungnahmen dokumentierten Krankheitsdiagnosen auf ein systematisches Zusammentreffen bei den Frühberenteten hin untersucht - ebenfalls mit einer latent class Analyse. Aus theoretischen Gründen wurden hier aber fixe Variablenanzahlen für die zu berücksichtigenden Indikatoren vorgegeben, und die Analyse nicht nach dem Diskriminationsbeitrag einzelner Diagnosengruppen gesteuert: Es sollten aus Gründen der Vollständigkeit alle F-Diagnosen der ICD10 Krankheitsklassifikation der WHO in den Analysen berücksichtigt werden, sowie gleichzeitig somatische Komorbidität in die Berechnungen integriert werden, - und zwar auf der Ebene der Krankheitskapitel für nicht-psychiatrische Diagnosen in der ICD10. Dies ergab (nach Ausschluss derjenigen Krankheitskapitel, für die in keinem einzigen Dossier Hinweise bestanden hatten, also die statistische Varianz null war) insgesamt 30 „lifetime Prävalenzindikatoren“²⁰ für Erkrankungen bei den untersuchten RentnerInnen. Auch für diese Analyse wurde nicht davon ausgegangen, dass in den Dossiers eine 1:1 Abbildung der epidemiologischen Realität enthalten ist („substantialistische (Fehl-)deutung“). Natürlich ist von Beobachtungsfehlern in beide Richtungen²¹ auszugehen und sind die ärztlichen Stellungnahmen bzw. Gutachten von einer unterschiedlichen Aussagekraft bzw. Präzision. Die Berücksichtigung von „jemals als Diagnose genannt“-Informationen vermag aber, die Entscheidungsgrundlage, die für die betreffende IV-Stelle vor der Renten-auslösenden Verfügung bestanden hat, in möglichst allen ihren Facetten und medizinischen Aspekten zu beleuchten („konstruktivistische Deutung“).

Bei der Zusammenfassung von Aspekten des Begutachtungsprozesses in eine Typologie von „Berentungskonstellationen“ (vgl. Abschnitt 6.2) tritt eine methodische Besonderheit beim Messniveau der zu berücksichtigenden Indikatoren auf: Neben Indikatoren, die dichotom als Merkmale der Berentungsprozesses formuliert werden können (z.B. „Erstantrag vor 1989?“ J/N; oder „Beziehung eines psychiatrischen Sachverständigen erst im Verlauf des Verfahrens?“ J/N), sollen hier auch Variablen berücksichtigt werden, die auf Zählungen beruhen („Anzahl Seiten im rentenauslösenden Gutachten“) oder Zeitdauern repräsentieren („Jahre zwischen erster Anmeldung und Rentenverfügung“), also metrische Daten bedeuten.

¹⁹ siehe <http://winmira.von-davier.de/wmira/index.html>

²⁰ „lifetime“ umfasst hier die Biographie bis zur letzten im Dossier dokumentierten ärztlichen Stellungnahme.

²¹ false-positive wie false-negative Urteile über das tatsächliche Vorliegen von Erkrankungen.

Um eine solche Mischung in den sogenannten „Skalenniveaus“ der Indikatorvariablen bestmöglich im Rahmen einer Typologie verarbeiten zu können, wurde die statistische Theorie der „latent class models“²² zunächst zur „latent profile analysis“²³ (Bartholomew, 1987; McCutcheon, 1987) und schliesslich zur Modellierung von „latent class mixture models“²⁴ (Muthén, 2001) erweitert. Die Interpretation der Ergebnisse einer solchen latenten Profile Analyse bzw. von Mischformen erfolgt aber weiterhin genau wie oben beschrieben: Für jede Person wird eine Zugehörigkeitswahrscheinlichkeit zu jeder der latenten Klassen berechnet. Über die Zahl der zu berücksichtigenden Klassen (oder „Typen“) kann anhand statistischer Fit-Kriterien entschieden werden. Und als Ergebnis können einerseits die latenten Profile selber als „typische Muster“ gegeneinander verglichen werden, andererseits aber auch die Zugehörigkeitswahrscheinlichkeiten als metrische Variablen in der weiteren Analyse eingesetzt werden. Die Berechnung der gemischten latenten Klassen (inklusive des Anteils latenter Profile für kontinuierliche Indikatoren) erfolgte im Programmpaket Mplus (Muthén & Muthén, 1998-2006).

14.3 Klassifikations- und Regressionsbäume (CART) und ihre Stabilität (Random Forest)

Klassifikations- und Regressionsbäume (CART) ähneln von ihrem äusserlichen Erscheinungsbild her den hierarchisch-divisiven Clusteranalysen (s.oben): Ebenso wie bei diesen wird bei CART-Analysen die Gesamtstichprobe sukzessive in ineinander geschachtelte, intern zunehmend homogenere Teilstichproben zerlegt, wodurch in der graphischen Veranschaulichung eine Baumstruktur entsteht. Während aber bei divisiven Clusterverfahren ein (zumeist multivariat berechnetes) Ähnlichkeitsmass *innerhalb* der entstehenden Tochterknoten der Baumstruktur optimiert (also möglichst hoch berechnet) wird, und von Knoten zu Tochterknoten *immer dasselbe Set von Variablen* zur Berechnung dieser Ähnlichkeit herangezogen wird, verhält es sich bei CART-Analysen genau umgekehrt: Optimiert wird die Unähnlichkeit *zwischen* den entstehenden Tochterknoten, wobei die Unähnlichkeit *nicht multivariat*, sondern auf jeweils einer *einzigsten abhängigen Variablen* gemessen und optimiert wird. Innerhalb dieses Baumes ist von jedem Mutterknoten zu den Tochterknoten *nur eine einzige Prädiktorvariable* und der von der Prozedur gewählte Cutoff-Wert dafür verantwortlich, wie die Falleinteilung in die Tochterknoten vorgenommen wird. Pro Stichproben-Split kann dies *jeweils eine andere* Variable aus dem Prädiktorensatz sein, aber auch dieselbe Variable noch einmal, die schon zur Bildung eines oberhalb angesiedelten Mutterknotens geführt hat, nur diesmal mit einem *anderen Cutoff-Wert* im verbleibenden Wertevorrat des Tochterknotens.

Die abhängige Variable ist eine dichotome oder multinomiale Klassifikation (z.B. Diagnose X: Ja/Nein; oder im multinomialen Fall: Diagnose X1, Diagnose X2 oder X3 als qualitativ unter-

²² Die Indikatorvariablen sind auf nominalem Messniveau, die Klassifikation sieht ebenfalls sich ausschliesslich qualitativ unterscheidende latente Klassen vor.

²³ Die Indikatorvariablen sind auf Intervallskalenniveau gemessen. Die Klassifikation erfolgt weiterhin in qualitativ unterschiedliche latente Klassen.

²⁴ Die Indikatoren können beliebige Messniveaus annehmen (nominal, ordinal, metrisch). Die Klassifikation erfolgt wie gehabt aber in qualitativ unterschiedliche latente Klassen. Weitere Verallgemeinerungen hinsichtlich der Eigenschaften der latenten Variable sind zwar in der statistischen Theorie möglich, werden aber im Rahmen dieses Berichts nicht benutzt.

schiedliche Ausprägungen). Die in Frage kommenden Prädiktoren seien dichotom (0/1) und/oder kontinuierlich in ihren Ausprägungen. Dann wird vom CART Algorithmus jede einzelne Prädiktorvariable an jedem empirisch möglichen Cutoff-Wert daraufhin untersucht, ob ein logistisches (oder multinomiales) Regressionsmodell eine signifikante Verbesserung in der Reklassifikation der Zielvariable gegenüber einer blossen Schätzung aufgrund der Basisraten in den Zielzuständen erlaubt. Beispielsweise sei die Diagnose „Lungenkrebs“ (Basisrate in der Stichprobe: 40%) häufiger bei Männern verbreitet, vor allem, wenn sie sehr lange geraucht haben. Dann wäre es denkbar, dass die drei Prädiktorvariablen Geschlecht, Alter, und Jahre mit Zigarettenkonsum in der ersten Stufe einer CART-Analyse zu einem Split nach Geschlecht führen würden: Bei Frauen ist die Rate des Lungenkarzinoms sehr viel geringer (z.B. 15%), bei Männern deutlich höher (z.B. 55%). Dann könnte in der Teilstichprobe der Männer ein weiterer Split bei einer Rauchdauer von 17,5 Jahren in der Gruppe oberhalb dieses Cutoff-Wertes mit einer Lungenkarzinomrate von 66% verbunden sein, darunter nur bei 49% liegen. Das Lebensalter sei in diesem Beispiel für die Männer nur bei den kürzer als 17,5 Jahre Rauchenden von Bedeutung: Über-70-jährige Kurzraucher haben eine Inzidenz des Lungenkrebses von 55%, unter 70-Jährige-Kurzraucher dagegen nur von 44%. Bei Frauen spiele (auf einem erheblich niedrigeren Niveau) nicht die Rauchdauer die entscheidende Rolle zur weiteren Differenzierung des Krankheitsrisikos, sondern das Lebensalter: Bei älteren Frauen über 65 liege die Erkrankungsrate bei 25%, bei jüngeren Frauen nur bei 10%, ohne signifikante Verbesserungsmöglichkeit der Vorhersage des Lungenkarzinoms.

Um diese Verteilung des Risikos in einer logistischen Regression korrekt abzubilden, müsste man ein Modell schätzen, das einen Haupteffekt „Geschlecht“ (Männer häufiger), und zwei Interaktionsterme „Sex*Alter“ (ältere Frauen mit erhöhtem Risiko) und „Sex*Rauchdauer“ (Männer mit langer Rauchdauer mit erhöhtem Risiko), sowie einen 2-fach-Interaktionsterm Sex*Rauchdauer*Alter (Männer mit kurzer Rauchdauer und in höherem Lebensalter) als Prädiktoren enthält. CART-Analysen sind besonders gut dazu geeignet, komplexe Interaktionsstrukturen in den Daten zu entdecken und erfordern zudem keine spezifischen Verteilungsformen in den Prädiktorvariablen. Daher sind sie im vorliegenden Fall dazu eingesetzt worden, um die Beziehungen zwischen Belastungskonstellationen, soziostrukturellen Bedingungen (Region, Branche, historische Periode, Lebensalter, Geschlecht, Bildung, Kinderzahl), Krankheitskonstellationen und Berentungskonstellationen zu überprüfen.

Für die Stichprobenaufteilung an jedem Knoten wird ein Maß für die „Unreinheit“ (impurity) der Stichprobenezusammensetzung in den entstehenden Subgruppen berechnet und als Split wird diejenige Partition ausgewählt, welche dieses Mass am stärksten reduziert. Als dieses Mass wird hier der Gini-Index verwendet. Möglich wäre auch die Devianz oder die Information bzw. Entropie. Eine weitere Aufteilung der Tochterknoten wird abgebrochen, wenn entweder die Fallzahl in den resultierenden Knoten unter einen vorab festgelegten Grenzwert abfallen würde²⁵, oder wenn die Tochterknoten intern homogen genug geworden sind, als dass sich das „Zurückschneiden“ des Baumes (pruning) „lohnen“ würde. Pruning (das heisst: der Verzicht auf den soeben optimierten Split) wird ansonsten nach jedem Split wieder durchgeführt, wenn sich die Fehlerrate bei der Reklassifikation der Fälle im Baum mit der vollen Anzahl der „Blätter“ (= momentane Endknoten) im

²⁵ Eine weithin gebräuchliche Grenze liegt bei $n=20$. Sie wurde auch hier verwendet.

Vergleich zur Fehlerrate bei nur einem einzigen (dem ersten durchgeführten) Split ungünstig, das heisst nicht mehr zufriedenstellend verbessernd entwickeln würde²⁶.

Die Analysen wurden im Statistikpaket R mittels des Freeware Moduls RPART (Therneau & Atkinson, 1997) durchgeführt. Wie bei jedem Klassifikationsverfahren, so gilt auch für CART-Analysen, dass eine Optimierung der Bedingungen in der konkreten Stichprobe mit grosser Wahrscheinlichkeit die Güte der erreichbaren Vorhersagequalität in der tatsächlichen Grundgesamtheit überschätzt (overfitting), weil ja die wahren Populationsparameter unbekannt sind.

Daher wurde zusätzlich zu den einzelnen, auf die realisierte Stichprobe hin optimierten Klassifikationsbäumen ein Verfahren eingesetzt, das die Stabilität dieser Bäume bei einer grossen Zahl von möglichen Stichproben derselben Grundgesamtheit überprüfen soll. Random Forest Analysen erfüllen diesen Zweck zum einen dadurch, dass sie diese Vielzahl von Stichproben durch Bootstrapping²⁷ erst erzeugen, und dann pro Stichprobe einen Klassifikationsbaum berechnen (sogenanntes „bagging“). Die Güte der Vorhersage wird dann simpel als Durchschnittsbildung über die Bootstrap Samples hinweg berechnet.

Zusätzlich wurde aber von Breiman (Breiman, 2001) vorgeschlagen, nicht nur einen kompletten Klassifikationsbaum auf die neu erzeugte Stichprobe hindurch zu berechnen, wobei wie üblich an jedem Knoten die gerade hier optimale Splitvariable durch systematische Ausprobieren ausgewählt wird. Vielmehr wird im Random Forest Verfahren die an jedem Knoten optimale Split-Variable nicht aus allen zur Verfügung stehenden, sondern nur aus einer streng per Zufall gezogenen Untermenge der potenziellen Prädiktoren ausgewählt.

Diese Verdopplung des „Resamplings“ sowohl auf der Seite der ausgewählten Fälle, wie auf der Seite der einzuschliessenden Variablen hat sich als besonders robust gegenüber „overfitting“ herausgestellt. Nach jedem Bootstrap Durchlauf wird eine Vorhersage der Klassifikation für all diejenigen Fälle vorgenommen, die nicht im gegenwärtigen Bootstrap vorhanden waren (sogenannte „out of bag“ oder OOB Fälle), und deren Fehlerrate bestimmt. Diese Fehlerrate wird über die sukzessive gezogenen Bootstrap Stichproben gemittelt.

Im Ergebnis einer Random Forest Analyse erscheinen - anders als bei einem einzelnen CART Baum - nicht nur die in der realisierten Stichprobe als signifikant erkannten Prädiktorvariablen, während die übrigen Variablen als „n.s.“ schlicht wegfallen. Durch das Ziehen mit Zurücklegen wird sich vielmehr je nach Stichprobenkonsistenz bei hoch korrelierten Prädiktoren einmal die eine, ein andermal die andere Prädiktorvariable im Klassifikationsbaum durchsetzen. Durch die hohe Zahl²⁸ von Stichproben ergibt sich dann ein durchschnittliches Bild, wie stark ein Prädiktor auf den durch-

²⁶ Wenn der nächste Split nicht in einen Zweig resultiert, dessen pruning-Kriterium (predicted loss, üblicherweise die error rate) über $cp \times |T| \times R(T_0)$ liegt. Cp ist der complexity parameter, |T| ist die Anzahl Blätter/Endknoten des resultierenden Baums und $R(T_0)$ ist der Wert des Pruning-Kriteriums für den kleinsten Baum (besteht nur aus der Wurzel bzw. einem Split). Cp wurde jeweils auf 0.01 fixiert.

²⁷ Bootstrapping heisst die Technik, bei der ein bestimmter statistischer Parameter (z.B. ein simpler Mittelwert) immer wieder aus einer durch Ziehen mit Zurücklegen erzeugten, neuen Stichprobe berechnet wird, und anschliessend die Verteilungsform dieses Parameters betrachtet wird. Das Ziehen einer neuen Stichprobe aus der empirisch realisierten ist nur sinnvoll, wenn tatsächlich eine repräsentative Stichprobe vorliegt.

²⁸ Es wurden jeweils 5000 Bootstraps durchgeführt.

schnittlichen Baum einwirkt, d.h. wie oft er im Schnitt als Splitvariable gezogen wurde²⁹. Als Mass für die mit einer einzelnen Variable verbundene „Erklärungskraft“ innerhalb der Klassifikationsbäume wurde der Rückgang im generalisierten Gini-Koeffizient gewählt, der die Ungleichgewichtung in der Zielvariablen über die verschiedenen Ausprägungen (bzw. Cutoff-Punkte) der Prädiktorvariable hinweg misst. Im Ergebnisteil dieses Berichtes werden jeweils alle Variablen berücksichtigt, deren durchschnittlicher Rückgang im Gini-Index > 0.175 betrug. Ist das Ziel einer Analyse jedoch die möglichst sparsame Abbildung der Verhältnisse in der realisierten Stichprobe, dann bietet die „klassische“ Analyse durch CART ein sparsames Modell zum Verständnis der Zusammenhänge in der Stichprobe. Die Analysen zum Random Forest Verfahren wurden ebenfalls mit dem Programmpaket R (Modul „randomForest“, Liaw & Wiener, 2002) berechnet.

²⁹ Exakte Definition in der R-Prozedur randomForest: “The random forest algorithm estimates the importance of a variable by looking at how much the prediction error increases when (OOB) data for that variable is permuted while all others are left unchanged.” Da diese Definition mit der durchschnittlichen Auswahlzahl eng korreliert ist, kann die Interpretation vereinfachend als “Auswahlquote” interpretiert werden.

Literaturverzeichnis Anhang

- Baer, N. & Frick, U. (2007). *Differenzierung der Invalidisierungen aus psychischen Gründen: Machbarkeitsstudie*. (Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 2/07). Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bartholomew, D. (1987). *Latent variable models and factor analysis*. London: Griffin.
- Breiman, L. (2001). *Random forests*. Machine Learning, 45, 5-32.
- Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), (2000). Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft.
- Liaw, A. & Wiener, M. (2002). *Classification and regression by random Forest*. R News, 2, 18-22.
- McCutcheon, A. (1987). *Latent class analysis*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Muthén, B. (2001). Latent variable mixture modeling. In G. Marcoulides and R. Schumacher (eds.). *New developments and techniques in structural equation modeling*. (p. 1-33): Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Muthén, L. & Muthén, B. (1998-2006). *Mplus user's guide*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Rost, J. (1996). *Lehrbuch Testtheorie Testkonstruktion*. Bern: Huber.
- Therneau, T. & Atkinson, E. (1997). An introduction to recursive partitioning using the RPART routines. Retrieved December 29, 2008, from <http://mayoresearch.mayo.edu/mayo/research/biostat/upload/61.pdf>.
- World Health Organization (WHO) (2007). *International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems: Tenth revision (ICD-10)*. WHO: Geneva.

**Weitere Forschungs- und Expertenberichte aus der Reihe
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=de>

**Autres rapports de recherche et expertises de la série
«Aspects de la sécurité sociale»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=fr>

**Altri rapporti di ricerca e perizie della collana
«Aspetti della sicurezza sociale»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=it>

**Further research reports and expertises in the series
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=en>