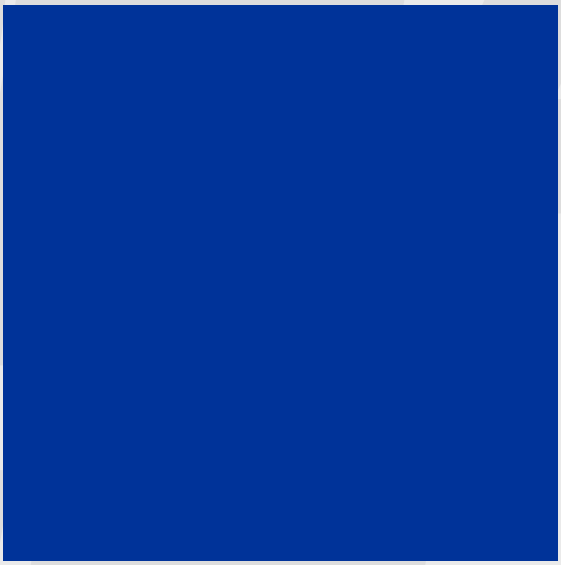
BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Bericht im Rahmen des dritten mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP3-IV)

Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten

Erfolgsfaktoren, Verlauf und Zufriedenheit

Forschungsbericht Nr. 8/18



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Office fédéral 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: Baer, Niklas[1]; Frick, Ulrich[2]; Besse, Christine[3]; Cuonz, Neisa[4]; Matt, Michael[5] ([1]Fachstelle Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatrie Baselland; [2]HSD University of Applied Studies, Köln; [3]Gemeindepsychiatrische Dienste, Departement Psychiatrie, CHUV; [4]Psychologin FH, Zürich; [5]ValueQuest GmbH, Wädenswil)

Fachstelle Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatrie BL
Bienenstrasse 7
CH-4410 Liestal
Tel. +41 (0) 61 553 52 01
E-mail: niklas.baer@pbl.ch

Auskünfte: Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
CH-3003 Bern

Martin Wicki (Forschung und Evaluation)
Tel. +41 (0) 58 462 90 02
E-mail: martin.wicki@bsv.admin.ch

ISSN: 1663-4659 (eBericht)
1663-4640 (Druckversion)

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, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch

Bestellnummer: 318.010.8/18d

Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten

Erfolgsfaktoren, Verlauf und Zufriedenheit

Niklas Baer[1], Ulrich Frick[2], Christine Besse[3], Neisa Cuonz[4], Michael Matt[5]

1. Fachstelle Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatrie Baselland
2. HSD University of Applied Sciences, Köln
3. Gemeindepsychiatrische Dienste, Departement Psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
4. Psychologin FH, Zürich
5. ValueQuest GmbH, Wädenswil

Liestal, Köln, Lausanne, Zürich, Wädenswil, 30. April 2018

Vorwort des Bundesamts für Sozialversicherungen

Die Invalidenversicherung verfolgt das Ziel, Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkt oder verhindert sind, beruflich einzugliedern. Mit den IV-Revisionen seit 2008 stehen der IV eine Reihe von zieldienlichen Massnahmen zur Verfügung.

Mehrere Projekte im Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung (FoP-IV) hatten die Umsetzung der Eingliederungsmassnahmen zum Gegenstand. Insbesondere im Fokus waren dabei die IV-Revisionen sowie die Rolle der verschiedenen Akteure im Eingliederungsprozess, also IV-Stellen, Ärztinnen und Ärzte sowie Arbeitgeber. Die betroffenen versicherten Personen wurden zwar zu einzelnen Themen wie zur Qualität der Hörgeräteversorgung, zu den Organisationen der Behindertenhilfe oder zum Assistenzbeitrag direkt befragt, jedoch nie umfassend zu den Eingliederungsmassnahmen als solche.

Die vorliegende Studie schliesst nun diese Lücke. Über 900 Personen, die Eingliederungsmassnahmen erhalten haben, wurden schriftlich zu ihrer Lebens- und Arbeitssituation, zum Eingliederungsverlauf und zu den subjektiv wahrgenommenen Wirkungen der Massnahmen auf ihre soziale und berufliche Eingliederung befragt. Ergänzend wurden zwanzig Interviews mit Betroffenen geführt.

Ziel der Studie ist es, die kritischen Erfolgsfaktoren, die den Gesundheitszustand und den Eingliederungsverlauf beeinflussen, auf individueller, beruflicher, sozialer und institutioneller Ebene zu erheben. Dabei standen die familiäre und berufliche Biografie, die gesundheitliche wie auch die Behandlungssituation, das soziale Umfeld sowie die Erfahrungen im Eingliederungsprozess und die aktuelle Lebensqualität im Zentrum der Befragung. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass gezielte Massnahmen, die spezifisch auf eine Beeinträchtigung ausgerichtet sind, das Selbstvertrauen und das Arbeitsverhalten und damit den Eingliederungserfolg stark beeinflussen. Dabei trägt die Bezugsperson der IV-Stelle wesentlich zum Erfolg bei, wenn sie die Lebenssituation der betroffenen Person ganzheitlich versteht und einschätzt und wenn sie aktiv und unbürokratisch beratend zur Seite steht.

Die Erfahrungen der befragten Personen, die IV-Massnahmen zur Eingliederung erhielten, zeigen, dass der persönlichen und kontinuierlichen Beziehung zur Beratungsperson der IV eine überaus hohe Bedeutung zukommt. Möglichst frühe mündliche Kontaktaufnahme, persönlicher Austausch statt distanzierter, schriftlicher Verkehr und schematisches Vorgehen schaffen ein Vertrauensverhältnis und beeinflussen den Eingliederungsverlauf positiv. Nicht nur die Beratungspersonen der IV-Stellen sind gefordert, auch die enge und möglichst einvernehmliche Zusammenarbeit mit den Behandelnden und andern Akteuren – von der Anamnese über die Eingliederungsmassnahmen bis zur Stellenvermittlung – werden im Bericht als ein Erfolgsfaktor für die Eingliederung identifiziert. Insbesondere ohne die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten und den Arbeitgebern sind Fortschritte bei der Eingliederung fraglich. Dazu müssen die Sensibilisierung- und Kooperationsanstrengungen fortgesetzt und verstärkt werden.

Die Befragung der versicherten Personen zeigt, dass der Erfolg von Eingliederungsmassnahmen der IV nicht allein auf die finanzielle Unabhängigkeit, also die berufliche Eingliederung, sondern auf die gesamte Lebenssituation bezogen werden muss.

Die Ergebnisse und Empfehlungen der Studie bestätigen, dass die Weiterentwicklung der IV die wesentlichen Erfolgsfaktoren enthält und damit den Eingliederungsprozess gezielt optimieren und verstärken wird.

Stefan Ritler, Vizedirektor
Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Avant-propos de l’Office fédéral des assurances sociales

L’assurance-invalidité vise à réinsérer professionnellement les personnes dont la capacité de gain est limitée ou compromise pour des raisons de santé. Les révisions adoptées depuis 2008 ont doté l’assurance d’une série de mesures pour atteindre cet objectif.

Dans le cadre du programme de recherche sur l’assurance-invalidité (PR-AI), plusieurs projets ont porté sur la mise en œuvre des mesures de réadaptation, en particulier des évaluations portant sur les révisions de l’AI et des projets ayant trait au rôle de différents acteurs dans le processus de réadaptation (offices AI, médecins et employeurs). Les assurés, quant à eux, ont certes pu donner leur avis sur certains thèmes comme la qualité de l’appareillage auditif, les organisations d’aide aux personnes handicapées ou la contribution d’assistance, mais jamais d’une manière globale au sujet des mesures de réadaptation.

La présente étude vient combler cette lacune. Plus de 900 personnes ayant bénéficié de mesure de réadaptation ont répondu par écrit à un questionnaire qui passait en revue leur situation personnelle et professionnelle, le déroulement de la réadaptation et les effets subjectivement ressentis en termes d’intégration sociale et professionnelle. Une vingtaine d’entretiens menés avec des personnes concernées ont complété la démarche. Le projet visait à recenser les facteurs influençant favorablement l’état de santé et le cours de la réadaptation sur le plan individuel, professionnel, social et institutionnel. Le questionnaire s’est ainsi concentré sur le parcours familial et professionnel des assurés, leur état de santé et le traitement qu’ils ont suivi, leur entourage, leurs expériences de la réadaptation et leur qualité de vie. Les résultats montrent clairement que les mesures qui traitent spécifiquement une atteinte à la santé ont un net impact sur la confiance en soi et l’attitude face au travail, et partant sur le succès de la réadaptation. Il apparaît aussi que la personne de référence de l’office AI a aussi sa part dans ce succès par sa compréhension et son appréciation de la situation de vie de l’assuré et par ses conseils et son engagement auprès de lui, sans formalités inutiles.

L’expérience des personnes interrogées ayant bénéficié de mesures de réadaptation révèle que le caractère personnel et ininterrompu de la relation avec les référents AI est d’une grande importance. Au lieu d’un commerce distant et par courrier interposé suivant des procédures schématiques, un contact direct aussi tôt que possible et un accompagnement personnel suscitent une relation de confiance et favorisent grandement la réadaptation. Les référents AI ne sont pas les seuls concernés. Une collaboration étroite et aussi consensuelle que possible avec le personnel soignant et les autres acteurs impliqués, de l’anamnèse au placement en passant par les mesures de réadaptation, représente aussi un facteur de succès. Sans une bonne coopération entre le médecin traitant et l’employeur, notamment, il est peu probable que la réadaptation puisse progresser correctement. Des efforts allant dans le sens d’une sensibilisation et d’une bonne coopération doivent donc être poursuivis et renforcés.

L’enquête menée auprès des assurés indique que l’effet des mesures de réadaptation ne doit pas être rapporté uniquement à l’indépendance financière et donc à la réinsertion professionnelle, mais qu’il englobe l’intégralité de la situation de vie des assurés.

Les résultats obtenus et les recommandations qui en sont tirées confirment le Conseil fédéral dans l’idée que les principaux facteurs de succès sont abordés par le développement continu de l’AI et qu’il convient bel et bien d’optimiser et de renforcer le processus de la réadaptation.

Stefan Ritler, vice-directeur

Responsable du domaine Assurance-invalidité

Premessa dell’Ufficio federale delle assicurazioni sociali

L’assicurazione invalidità (AI) ha lo scopo di integrare professionalmente le persone la cui capacità al guadagno è limitata o resa impossibile per motivi di salute. Grazie alle revisioni susseguitesi dal 2008, l’AI dispone oggi di una serie di provvedimenti mirati a tale scopo.

Diversi progetti condotti nel quadro dei Programmi di ricerca sull’AI (PR-AI) si sono occupati dell’attuazione dei provvedimenti d’integrazione. Particolare attenzione è stata data alle valutazioni delle revisioni AI e dei progetti per quanto concerne il ruolo dei diversi attori coinvolti nel processo d’integrazione, come per esempio gli uffici AI, i medici e i datori di lavoro. Finora gli assicurati interessati erano stati interpellati su singoli temi come la qualità della fornitura degli apparecchi acustici, le organizzazioni di aiuto ai disabili o il contributo per l’assistenza, ma mai in generale riguardo ai provvedimenti d’integrazione in quanto tali.

Il presente studio contribuisce ora a colmare questa lacuna. Oltre 900 ex beneficiari di provvedimenti d’integrazione sono stati interpellati per iscritto sulla loro situazione di vita e lavorativa, sul decorso dell’integrazione e sulla percezione soggettiva degli effetti dei provvedimenti sulla loro integrazione sociale e professionale. In aggiunta sono stati condotti colloqui di approfondimento con 20 di questi interpellati.

Il progetto mirava in ultima analisi a rilevare sul piano individuale, professionale, sociale e istituzionale i fattori di successo critici per lo stato di salute e il decorso dell’integrazione. L’indagine si è concentrata su biografia familiare e professionale, stato di salute e stato della terapia, contesto sociale, esperienze fatte durante il processo d’integrazione e qualità di vita attuale. Dai risultati emerge chiaramente che provvedimenti mirati, che tengono conto in modo specifico delle limitazioni, influenzano notevolmente l’autostima e il comportamento lavorativo, e dunque il successo dell’integrazione. A tale proposito la persona di riferimento dell’ufficio AI può fornire un contributo sostanziale, se è in grado di comprendere e valutare nel suo complesso la situazione dell’interessato e se segue quest’ultimo attivamente e senza troppa burocrazia.

Dal bagaglio di esperienze dei beneficiari di provvedimenti d’integrazione intervistati emerge concretamente che il rapporto personale e costante con il/la consulente AI è importantissimo. Il contatto verbale tempestivo e lo scambio personale al posto di un contatto distante in forma scritta e procedure schematiche creano un rapporto di fiducia e incidono positivamente sul decorso dell’integrazione. Oltre ai consulenti AI, nel rapporto è identificata quale fattore di successo per l’integrazione anche una collaborazione il più stretta e consensuale possibile con i medici curanti e gli altri attori coinvolti, dall’anamnesi ai provvedimenti d’integrazione fino ad arrivare al collocamento. In particolare risulta incerto un progresso nell’integrazione senza la collaborazione con i medici curanti e i datori di lavoro. Per questo occorre proseguire e potenziare l’impegno a favore della sensibilizzazione e della cooperazione.

L’indagine tra gli assicurati mostra che il «successo» dei provvedimenti d’integrazione dell’AI non può essere ricondotto esclusivamente al raggiungimento dell’autonomia finanziaria (vale a dire dell’integrazione professionale), ma riguarda la situazione di vita nel suo complesso.

I risultati e le raccomandazioni del presente studio confermano al Consiglio federale che l’ulteriore sviluppo dell’AI tiene conto dei fattori di successo essenziali e può dunque contribuire a ottimizzare e rafforzare in modo mirato il processo d’integrazione.

Stefan Ritler, vicedirettore
Capo dell’Ambito Assicurazione invalidità

Foreword by the Federal Social Insurance Office (FSIO)

Invalidity insurance serves to help people whose capacity for work is limited or who are unable to work for health reasons to reintegrate into the workforce. Since 2008, a number of appropriate measures have been available to the invalidity insurance offices, thanks to the invalidity insurance reforms.

Several projects in the invalidity insurance research programme (FoP-IV) have addressed the implementation of integration measures. In particular, the focus has been on the evaluations of the revisions of the law on invalidity insurance and projects related to the roles of the different players in the integration process, such as the invalidity insurance offices, physicians and employers. The insured persons affected were asked directly about individual topics such as the quality of hearing aids, organization of services for the disabled or assistance allowances but were never asked comprehensively about integration measures as such.

This study now aims to close this gap. Over 900 former recipients of integration measures were asked to comment in writing about their life and work situations, the integration process and their subjective perceptions of the effectiveness of the measures in terms of their social and occupational integration. In addition, twenty interviews were conducted with people affected. Finally, the project served to gather information on the critical success factors which influence health and the integration process at the individual, occupational, social and institutional levels. The survey focused on family and employment history, health and treatment, the social environment and experiences of the integration process as well as current quality of life. The results clearly show that targeted measures geared to specific impairments have a significant impact on self-confidence, behaviour at work and thus the success of integration. The monitor from the invalidity insurance office plays a major role in the success by seeking to understand and assess the whole picture of the affected person's life situation and by providing unbureaucratic advice.

The experience of the persons surveyed who were granted invalidity insurance measures for the purpose of integration shows that the personal and continuous relationship with the invalidity insurance office monitor was of very great importance. Verbal contact as early on as possible, the personal exchange instead of written correspondence and a schematic process create a relationship of trust and have a positive effect on the integration process. In addition to highlighting the importance of the role played by the invalidity insurance office advisors, the report identifies the close cooperation with the treatment providers and other players – from the patient’s history through integration measures to the job search – as a success factor for integration. Without the cooperation with the consulting physicians and employers, progress in respect of integration is questionable. For this purpose, efforts at sensitization and cooperation must be continued and reinforced.

A survey of the insured persons shows that the “success” of invalidity insurance integration measures cannot be related solely to financial independence, i.e. occupational integration, but to the life situation in general.

The results and recommendations drawn from the survey of those affected confirm to the Federal Council that the key success factors are part of the ongoing development of invalidity insurance which serve in turn to further optimize and strengthen the integration process.

Stefan Ritler, Vice-Director

Head of Invalidity Insurance Domain

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis I
Abbildungsverzeichnis IV
Tabellenverzeichnis VI
Zusammenfassung VII
Résumé XXI
Riassunto XXXV
Summary XLIX
1 Ausgangslage, Untersuchungsziele und -fragen 1
1.1 Ausgangslage 1
1.2 Zielsetzungen 2
1.3 Fragestellungen 2
2 Methodik 5
2.1 Vorüberlegungen zum Studiendesign 5
Wirkungsmodell 5
Einflussfaktoren auf den Eingliederungserfolg 5
Lebenssituation im Verlauf 6
2.2 Studienkonzept 7
Design für schriftliche Befragungen 7
Interviews 8
2.3 Teilnahme an der Befragung 11
2.4 Datenanalyse 12
Deskriptive Analyse 12
Durchführung der Befragung 12
Gliederung des Berichtes 13
3 Sozioprofessionelle Merkmale der Versicherten 15
3.1 Überblick über beide Stichproben 15
3.2 Fazit 20
4 Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Behandlung 23
4.1 IV-Gebrechenscodes, körperliche und psychische Gesundheit 23
4.2 Vergleiche zwischen IV-Massnahmenempfängern und Schweizer Bevölkerung 27
4.3 Aussagen von Versicherten 29
4.4 „Komorbide" somatische und psychische Belastung/Symptomatik 30
4.5 Funktionsdefizite und Alltagsbeeinträchtigungen 33
4.6 Zusammenhang von Symptomatik und Funktionseinschränkung 36
4.7 Typologie der Funktionseinschränkungen 38
4.8 Angaben zur Behandlung 43
4.9 Medikamenteneinnahme – Vergleich mit der Schweizer Bevölkerung 47
4.10 Ärztliche Ansprechperson für Arbeitsprobleme 48
4.11 Aussagen von Versicherten 49
4.12 Zufriedenheit mit gesundheitlicher Situation und Behandlung 51
4.13 Fazit 52

5 Familiäre und berufliche Biografie der Versicherten 55
5.1 Arbeitsunfähigkeit im letzten Monat respektive Jahr 57
5.2 Bezug von Arbeitslosenleistungen und Sozialhilfe 59
5.3 Arbeitsbiografie und Art der Gebrechen 61
5.4 Aussagen von Versicherten 62
5.5 Familiäre Biografie und Einschränkungstyp 62
5.6 Fazit 63
6 Soziale Situation und Unterstützung 65
6.1 Soziales Netz bei Massnahmenempfängern und Schweizer Bevölkerung 67
6.2 Soziales Netz und Beeinträchtigung 68
6.3 Aussagen von Versicherten 70
6.4 Ressourcen für ein ausgeglichenes Befinden 71
6.5 Leiden unter sozialen Reaktionen 72
6.6 Zufriedenheit mit der sozialen Lebenssituation 76
6.7 Fazit 77
7 IV-Eingliederungsmassnahmen 79
7.1 Art der Eingliederungsmassnahmen 79
7.2 Massnahmen und Art der Behinderung 81
7.3 Aussagen der Versicherten 82
7.4 Wirkungen der Eingliederungsmassnahmen 84
7.5 Erfahrungen mit der IV-Stelle 85
7.6 Aussagen von Versicherten 86
7.7 Hoffnungen und Befürchtungen der Massnahmebeginner 89
7.8 Aussagen von Versicherten 91
7.9 Erfahrungen mit den durchgeführten Massnahmen 92
7.10 Fehlende oder schädliche Wirkungen der Eingliederung 94
7.11 Kooperation der Akteure in der Eingliederung 95
7.12 Aussagen von Versicherten 98
7.13 Berufliche Wirkungen der Massnahmen 99
7.14 Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht 100
7.15 Hilfreiche Arbeitsanpassungen 101
7.16 Fazit 104
8 Berufliche und finanzielle Situation 107
8.1 Renten- und Erwerbseinkommen 2015 und 2017 108
8.2 Typologie der Einnahmequellen bei Befragung 110
8.3 Transparenz und Unterstützung am Arbeitsplatz 115
8.4 Aussagen von Versicherten 119
8.5 Zufriedenheit mit der beruflichen und finanziellen Lebenssituation 120
8.6 Fazit 122
9 Zufriedenheit, Lebensqualität und Perspektiven 125
9.1 Lebensqualität 125
9.2 Zufriedenheit in einzelnen Lebensbereichen 127
9.3 Aussagen von Versicherten 130
9.4 Erwartungen an die Zukunft 132
9.5 Aussagen von Versicherten 136
9.6 Fazit 136

10 Analyse der Interviews ... 139
10.1 Kategorisierung der Gesprächsinhalte durch Interviewerinnen ... 139
10.2 Synthetische Gliederung der Gesprächsinhalte ... 143
Erfahrungen mit der IV ... 143
Die versicherte Person selbst ... 148
Das Umfeld ... 149
11 Erfolgs- und Verlaufsfaktoren ... 153
11.1 Faktoren für den Erfolg von IV-Eingliederungsmassnahmen ... 153
11.2 Veränderungen im zeitlichen Verlauf ... 158
11.3 Aussagen von Versicherten ... 162
11.4 Fazit ... 163
12 Schlussfolgerungen und Empfehlungen ... 165
Literatur ... 177
Anhang 1: Fragebogen ... 179
Anhang 2: Modellierung von Erfolgs-/Verlaufsfaktoren ... 195

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkungsmodell „Versichertenperspektive“ – auf Basis der ICF (WHO) 6
Abbildung 2: Interviewbereitschaft nach Erwerbsstatus (N=889)* 9
Abbildung 3: IV-Gebrechensart nach Sprachregion (TS 1; N=453) 20
Abbildung 4: Gesundheitszustand IV-Massnahmenempfänger und Schweizer Allgemeinbevölkerung 28
Abbildung 5: Körperliche Beschwerden und psychische Belastung (N=379) 28
Abbildung 6: „Komorbidität“ in beiden Teilstudien (TS 1: N=428, TS 2: N=421) 31
Abbildung 7: Kontrollüberzeugung nach „Komorbidität“ (TS 1: N=410, TS 2: N=405) 31
Abbildung 8: „Komorbidität“ nach zeitlichen Verlauf und Outcome (Teilstudie 2; N=424) 32
Abbildung 9: Eingliederungserfolg und Rentensituation im 2015 nach „Komorbidität“ (TS 1; N=427-429) 33
Abbildung 10: Funktionsdefizite und Eingliederungserfolg I (N=441-430) 35
Abbildung 11: Funktionsdefizite und Eingliederungserfolg II (N=441-430) 35
Abbildung 12: Funktionsdefizite, Alltagseinschränkungen und psychische Belastung (N=409-426) 36
Abbildung 13: Einschränkungstyp 1 (beide Teilstudien, N=853) 39
Abbildung 14: Einschränkungstypen 3 und 4 (beide Teilstudien, N=853) 40
Abbildung 15: Einschränkungstypen 2 und 5 (beide Teilstudien, N=853) 40
Abbildung 16: Befragte mit starken Beeinträchtigungen im Alltag nach Einschränkungstyp (TS 1; N=460) 42
Abbildung 17: Diagnostik und IV-Kodierung der Einschränkungstypen (TS 1; N=434) 43
Abbildung 18: Hauptsächlicher Behandler nach Medikation 45
Abbildung 19: Anzahl täglich eingenommener Medikamente nach „Komorbidität“ 46
Abbildung 20: Art der täglich bis mehrmals pro Woche eingenommen Medikamente nach Einschränkungstyp (TS 1; N=369-430) 47
Abbildung 21: Tägliche Einnahme von Psychopharmaka bei IV-Massnahmenempfängern und in der Schweizer Bevölkerung 48
Abbildung 22: Zufriedenheit mit Gesundheit und Behandlung nach Behandlungssituation (N=308-332) 52
Abbildung 23: Arbeitsunfähigkeit letzte 4 Wochen/52 Wochen nach Eingliederungserfolg 58
Abbildung 24: Dauer von Arbeitsunfähigkeit und Sozialtransfers sowie Problembeginn nach Einschränkungstyp (TS 1; N=445-362) 59
Abbildung 25: ALV- und Sozialhilfebezug nach „Komorbidität“ (TS 1; N=337) 60
Abbildung 26: ALV- und Sozialhilfebezug nach Zeitverlauf und Eingliederungserfolg (TS 2; N=324) 61
Abbildung 27: Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie nach Gebrechensart (TS 1; N=302-306) 62
Abbildung 28: Zusammenhang zwischen familiärer und beruflicher Biografie nach Einschränkungstyp (TS 1; N=415) 63
Abbildung 29: Vermissen Vertrauensperson nach Wohnsituation und Art der Funktionsdefizite (TS 1; N=418-429) 67
Abbildung 30: Soziales Netz bei IV-Massnahmenempfängern und Schweizer Bevölkerung in Prozent 68
Abbildung 31: Verlässliche Personen im Umfeld nach psychischer Belastung in Prozent 69
Abbildung 32: „Sehr grosse“ Arbeits-Hilfen nach Grad der Alltagsbeeinträchtigung in Prozent 69
Abbildung 33: Leiden unter Symptomen und Nebenwirkungen von Medikamenten nach Anzahl täglich eingenommener Medikamente (TS 1; N=401/359) 73
Abbildung 34: Krankheitsbedingtes und soziales Leiden – Mittelwerte und Konfidenzintervalle nach Eingliederungserfolg (TS 1) 74

Abbildung 35: Krankheitsbedingtes und ‚soziales' Leiden nach Verlauf und Erwerbseinkommen (Teilstudie 2; N=348-380) 75
Abbildung 36: Leiden unter sozialen Reaktionen nach Anzahl verlässlicher Personen im privaten Umfeld (TS 1; N=383-363) 76
Abbildung 37: IV-Massnahme und Einkommenssituation 2017 (TS 1; n=396) 80
Abbildung 38: Massnahmegruppe* nach Gebrechensart (TS 1; N=452) 82
Abbildung 39: Wirkungen der IV-Massnahmen (Teilstudie 1; N=241-299) 84
Abbildung 40: Erwartungen der Versicherten zu Beginn des Eingliederungsprozesses (N=114-142) 90
Abbildung 41: Erwartungen und Befürchtungen nach Einschränkungsgrad (N=114-141) 91
Abbildung 42: Keine respektive negative Wirkungen der Massnahmen nach Einschränkungsgrad (Teilstudie 1; N=296 / 279) 94
Abbildung 43: Zustandekommen und Nutzen von gemeinsamen Gesprächen nach Schwere der Beeinträchtigung (Teilstudie 1; N=406) 97
Abbildung 44: Kooperation der beteiligten Akteure und Massnahmewirkung 98
Abbildung 45: Hilfreiche Arbeitsanpassungen nach Gebrechensart (N=356) 102
Abbildung 46: Hilfreiche Arbeitsanpassungen nach „Komorbidität" (N=342) 103
Abbildung 47: IV-Rente und Erwerbseinkommen 2015 und 2017 (TS 1; n=396) 109
Abbildung 48: Erwerbseinkommen 2015 und 2017* (N=405) 110
Abbildung 49: Einkommens-Cluster aller Befragten (beide Teilstudien; ungewichtet; N=853) 111
Abbildung 50: Einkommensgruppen nach Typen von Funktionsdefiziten (TS 1; N=430) 113
Abbildung 51: Einkommen bei Befragung der im 2015 nicht integrierten (Teil)Rentner/innen (Teilstudie 1; N=112) 114
Abbildung 52: Offenheit gegenüber Vorgesetzten und Arbeitskollegen nach Einschränkungstyp (Teilstudie 1; N=239-237) 117
Abbildung 53: Offenheit gegenüber Vorgesetzten und Arbeitskollegen und „meistens-immer" erfahrene Unterstützung (Teilstudie 1; N=218-231) 117
Abbildung 54: Offenheit gegenüber Vorgesetzten und eher-sehr gute Informiertheit des Vorgesetzten (Teilstudie 1; N=232-235) 118
Abbildung 55: Zufriedenheit mit der beruflichen und finanziellen Situation – nach Einkommenscluster (TS 1: N=375-400 / TS 2: N= 379-405) 120
Abbildung 56: Beruflich/finanziell Zufriedene nach Zeitverlauf und Outcome (TS 2; N=365-382) 121
Abbildung 57: Lebensqualität nach psychischer Belastung in beiden Teilstudien 126
Abbildung 58: Lebensqualität bei IV-Massnahmenempfänger/innen und Allgemeinbevölkerung 127
Abbildung 59: Eher/sehr zufrieden in Lebensbereichen (TS1: N=384-419; TS2: N=368-413) 128
Abbildung 60: Zufriedenheit in Lebensbereichen nach Eingliederungserfolg (TS1: N=384-419) 129
Abbildung 61: Zufriedenheit in Lebensbereichen nach Einschränkungstyp (TS 1; N=344-373) 130
Abbildung 62: Erwartungen nach Erfolg und zeitlichem Verlauf (TS 1: N=312; TS 2: N=358) 132
Abbildung 63: Zufriedenheit und Erwartungen (TS 1; N= 332-357) 133
Abbildung 64: Erwartung von beruflicher und finanzieller Verbesserung nach Einkommenstyp (TS 1; N=351-359) 134
Abbildung 65: Erwartung von gesundheitlicher Verbesserung nach Gesundheitszustand (TS 1; N=350-347) 135
Abbildung 66: Univariate Odds Ratios für den beruflichen Eingliederungserfolg 155
Abbildung 67: Multivariate Odds Ratios für den beruflichen Eingliederungserfolg 157
Abbildung 68: Univariate Odds Ratios für Veränderungen im Zeitverlauf (Massnahmebeginn) 160
Abbildung 69: Multivariate Odds Ratios für Veränderungen im Zeitverlauf (Massnahmebeginn) 161

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesprächspartner/innen nach Sample, Geschlecht, ungefährem Alter und Beeinträchtigung 10
Tabelle 2: Rücklauf Teilstudie1 (Erfolgsfaktoren; ungewichtete Daten) 11
Tabelle 3: Rücklauf Teilstudie 2 (Veränderungen im Zeitverlauf; ungewichtete Daten) 11
Tabelle 4: Sprache, IV-Stelle und IV-Stellentyp der Versicherten 15
Tabelle 5: Alter, Geschlecht, Nationalität, Bildung und Wohnsituation der Versicherten 17
Tabelle 6: Berufliche Funktion, Branche und Sektor der Versicherten 18
Tabelle 7: IV-Gebrechensart und –codes, Gesundheitszustand der Versicherten 24
Tabelle 8: Körperliche und psychische Belastung / Gesundheit der Versicherten 26
Tabelle 9: Funktionsdefizite der Versicherten 33
Tabelle 10: Alltagseinschränkungen der Versicherten in Prozent 37
Tabelle 11: Typologie der Funktionsdefizite (Latent Class Analysis) 38
Tabelle 12: Medikamenteneinnahme und medizinische Behandlung der Versicherten 43
Tabelle 13: Ärztlicher Ansprechpartner für Arbeitsprobleme der Versicherten 49
Tabelle 14: Zufriedenheit mit Gesundheit und Behandlungssituation 51
Tabelle 15: Familiäre, schulische und berufliche Biografie der Versicherten 55
Tabelle 16: Indikatoren der sozialen Integration und Unterstützung aus Sicht der Versicherten 65
Tabelle 17: Krankheitsbedingtes und soziales Leiden der IV-Versicherten 72
Tabelle 18: Zufriedenheit mit der sozialen und Wohnsituation in Prozent 76
Tabelle 19: IV-Massnahmen, Dauer, Erfolg und Kosten 79
Tabelle 20: Erfahrungen mit der IV-Stelle 85
Tabelle 21: Eingliederungsprocedere: Erfahrungen und Wirkungen 93
Tabelle 22: Problemverständnis und Kooperation der beteiligten Akteure 95
Tabelle 23: Berufliche Auswirkungen und Schadenminderungspflicht 100
Tabelle 24: (Potentiell) hilfreiche Arbeitsanpassungen 101
Tabelle 25: Erwerbsstatus und Einkommen / Lebensunterhalt 107
Tabelle 26: Einkommens-Cluster (gewichtete Daten) 112
Tabelle 27: Aktuell Erwerbstätige: Arbeitsvertrag und Einkommen bei Befragung* 115
Tabelle 28: Aktuell Erwerbstätige: Transparenz, Informiertheit und Verhalten Arbeitsumgebung 115
Tabelle 29: Zufriedenheit mit der beruflichen und finanziellen Situation bei Befragung 120
Tabelle 30: Lebensqualität im Allgemeinen 125
Tabelle 31: Kategorienbildung der Interviewerinnen 139
Tabelle 32: Synthetische Gliederung der Interviewaussagen 146
Tabelle 33: Univariate Faktoren für beruflichen Eingliederungserfolg 154
Tabelle 34: Univariate Faktoren für Veränderungen im Zeitverlauf (Massnahmebeginn) 159

Zusammenfassung

Die vorliegende Untersuchung zeigt erstmals in dieser Breite und Tiefe, wie die Versicherten selbst die Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) erlebt haben, wie sie ihre Lebenssituation wahrnehmen und wie sich diese im Rahmen des Eingliederungsprozesses verändert hat.

Ausgangslage

In den bisherigen Untersuchungen des ersten und zweiten Forschungsprogrammes zur Invalidenversicherung (FoP-IV) bestanden die zugrundliegenden Quellen meist aus Registerdaten, Versichertendossiers, Abrechnungsdaten, Experteninterviews oder internen Dokumenten der IV-Stellen. Hingegen fehlt bisher eine breite und vertiefte Kenntnis der Sicht der Versicherten selbst. Dieses Forschungsprojekt will mit einer schweizweit aussagekräftigen Befragung der Versicherten diese Lücke füllen. Nur die Versicherten selbst, die Eingliederungsmassnahmen erlebt haben oder am Beginn solcher Massnahmen stehen, können beispielsweise darüber Auskunft geben, welche Gefühle, Erwartungen und Befürchtungen mit einer Anmeldung bei der IV verbunden sind, welches Verhalten der IV-Beratungspersonen sie als besonders hilfreich erlebt haben, welchen Nutzen oder vielleicht auch Schaden sie aus den Massnahmen gezogen haben, wie sie ihr berufliches, soziales und privates Umfeld erleben und wie sich ihre Lebenssituation sowie Lebensqualität im Verlauf allenfalls verändert hat.

Zielsetzungen und wichtige Fragestellungen

Mit dem hier vorliegenden Forschungsprojekt verfolgt das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) zwei generelle Zielrichtungen:

- *Verlauf:* Zum einen soll die Lebens- und Arbeitssituation von aktuellen und ehemaligen Empfängerinnen und Empfängern von IV-Eingliederungsmassnahmen im zeitlichen Verlauf erhoben werden. Neben der Wahrnehmung des Eingliederungsverlaufs betrifft dies auch die berufliche und finanzielle Situation, das soziale Umfeld, die familiäre Situation, die gesundheitliche und Behandlungssituation, Einschränkungen im Alltag sowie das Erleben gesellschaftlicher Zugehörigkeit respektive das Leiden an Symptomen, Einschränkungen und wahrgenommener Exklusion.
- *Erfolg:* Zum anderen soll untersucht werden, welche Faktoren sich günstig oder ungünstig auf den Erfolg der Eingliederungsmassnahmen ausgewirkt haben. Die zu untersuchenden Erfolgsfaktoren sollen sich nicht nur auf die Eingliederung beziehen, sondern auch das wahrgenommene Verhalten von behandelnden Ärzten, Arbeitgebern und Personen im familiären und sozialen Umfeld etc. berücksichtigen.

Bei beiden Fragebereichen sollen sowohl ‚äussere' (objektive) wie auch ‚innere' (subjektive) Daten gewonnen werden. Zudem soll geprüft werden, ob und allenfalls in welcher Hinsicht sich dabei Unterschiede zeigen zwischen Massnahmeempfängerinnen und -empfängern mit psychischen respektive somatischen Einschränkungen.

Die hauptsächlichen Fragestellungen sind:

- Wie lässt sich die Lebenssituation von aktuellen und ehemaligen IV-Massnahmeempfänger/innen beschreiben (Beschwerden, Funktionseinschränkungen, soziales Umfeld, Wohnsituation, Erwerbsstatus und Einkommen, Behandlungssituation)?
- Welche familiäre und berufliche Biografie bringen die Massnahmeempfänger/innen mit und welche Rolle spielt diese für den Erfolg?

- Inwiefern verändern sich im Verlauf von IV-Eingliederungsmassnahmen die sozial-berufliche Lebenssituation, der Gesundheitszustand und die Perspektiven?
- Welche Faktoren sagen den Eingliederungserfolg am besten voraus?
- Wie wird oder wurde der Kontakt zur Beraterin oder zum Berater der IV-Stelle erlebt? Wie wurden die anderen Akteure (Ärzte, Vorgesetzte, Fachleute in IV-externen arbeitsrehabilitativen Massnahmen) und deren Kooperation wahrgenommen?
- Wie stellt sich die gesundheitliche und soziale Situation von Massnahmeempfänger/innen im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung dar? Wie zufrieden sind sie zudem mit ihrer Situation, welche Perspektiven haben sie und wie schätzen sie ihre Lebensqualität ein?

Studiendesign, Rücklauf und Analysen

Die Fragen lassen sich in zwei Fragekomplexe zusammenfassen: Fragen zu den Erfolgsfaktoren für die berufliche Eingliederung und Fragen zur Lebenssituation der Versicherten im zeitlichen Verlauf. Es wurden deshalb zwei getrennte Fall-Kontroll-Befragungen durchgeführt, wobei für beide Teilstudien ein Fall-Kontroll-Design gewählt wurde. Für die Teilstudie 1 („Erfolgsfaktoren“) bestand die Einschlusspopulation aus Versicherten mit psychischen (Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen) und muskuloskelettalen Erkrankungen, die zuletzt im Jahr 2014 eine berufliche IV-Massnahme (Frühinterventionsmassnahmen, Integrationsmassnahmen, Massnahmen beruflicher Art) durchlaufen und in den Jahren 2015 und 2016 keine Massnahme mehr erhalten haben. Als „Eingliederungserfolg“ wurde definiert: Monatliches Erwerbseinkommen im Jahr 2015 von mindestens CHF 1000.- und kein Leistungsbezug aus Arbeitslosigkeit oder IV-Rente. Als Kontrollgruppe wurden vergleichbare Versicherte definiert, die mindestens ein Erfolgskriterium nicht erfüllten.

Für die Teilstudie 2 („Verlauf“) wurden zwei Gruppen mit denselben Erkrankungen untersucht, nämlich Versicherte, die kürzlich erstmals eine berufliche IV-Massnahme bewilligt bekommen hatten sowie möglichst ähnliche Versicherte, die zuletzt im 2014 eine Massnahme durchlaufen hatten. Aus diesen zwei gematchten Personengruppen (Beginner und Absolventen) wurde ein zeitlicher Verlauf konstruiert.

Insgesamt wurden 4000 Personen zur Befragung eingeladen (je rund 1000 Personen pro Gruppe). Von diesen haben in der Teilstudie zum Erfolg 25 Prozent der Erfolgreichen und 25.3 Prozent der nicht Erfolgreichen an der Befragung teilgenommen. In der Teilstudie zum zeitlichen Verlauf haben 24.7 Prozent der Beginner und 27 Prozent der Absolventen teilgenommen. Es ergeben sich keine Hinweise auf Stichprobenverzerrungen, beispielsweise durch einen höheren Rücklauf bei Erfolgreichen. In der statistischen Auswertung von Erfolgsfaktoren bzw. von Verlaufsfaktoren wurde als zentrales Werkzeug jeweils das Verfahren der logistischen Regression eingesetzt (vgl. Hosmer et al., 2013).

Schliesslich wurden mit 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Befragung weiterführende Interviews durchgeführt, wobei sowohl erfolgreich wie auch nicht erfolgreich Integrierte und sowohl Massnahmenfbeginner wie Absolventen und schliesslich sowohl Versicherte mit psychischen wie auch mit muskulo-skelettalen Erkrankungen berücksichtigt wurden. Die Gespräche wurden in einem mehrstufigen gemeinsamen Prozess inhaltsanalytisch ausgewertet.

Resultate

Im Folgenden werden zunächst die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung beschrieben, inklusive ihre familiäre und berufliche Biografie, und anschliessend ihre Angaben zu Krankheit und Behinderung sowie zu ihrer sozialen und beruflichen Lebenssituation. Weiter wird beschrieben, wie

sie die IV-Eingliederungsmassnahmen erlebt haben und wie zufrieden sie aktuell mit ihrem Leben sind. Dann werden die Erkenntnisse aus den Interviews mit ausgewählten Versicherten dargestellt und schliesslich die Analysen zu den Erfolgsfaktoren für die berufliche Eingliederung sowie zu den Veränderungen im zeitlichen Verlauf zusammengefasst.

Beschreibung der Befragungsteilnehmer/innen

Gesamthaft haben sich 916 IV-Versicherte, die eine berufliche Massnahme der IV zugesprochen erhalten haben, an der Befragung beteiligt. Hinsichtlich Geschlecht, Nationalität und Sprachregion sind die Versicherten in etwa ähnlich verteilt wie in der Gesamtbevölkerung, während es bei der Bildung und dem Arbeitssektor Unterschiede gibt: Die Befragten verfügen seltener über einen tertiären Bildungsabschluss und deutlich häufiger über eine obligatorischen Schulbildung, und sie haben häufiger vor IV-Anmeldung in der Industrie gearbeitet (zu einem Drittel gegenüber einem Viertel in der gesamten Erwerbsbevölkerung). Vergleicht man Branche und Eingliederungserfolg, fallen drei Branchen/Situationen auf: Das Baugewerbe ist bei den erfolgreichen Verläufen häufiger vertreten, das Gastgewerbe und die „Ausbildung“ (Personen in Ausbildung) seltener – womit die oft schwierige Situation bei jungen IV-Versicherten angedeutet wird.

Es zeigen sich klare Unterschiede zwischen der lateinischen Schweiz und der Deutschschweiz: Der Anteil von Versicherten mit ausländischer Nationalität, mit maximal obligatorischer Schulbildung und mit muskuloskelettalen Erkrankungen ist in der lateinischen Schweiz deutlich höher.

Allerdings unterscheidet sich der Eingliederungserfolg in den IV-Stellen der lateinischen Schweiz nicht von dem in den IV-Stellen in der Deutschschweiz, was wahrscheinlich damit zu tun hat, dass sich die Effekte gegenseitig aufheben: Während eine ausländische Nationalität und ein geringer Bildungsgrad mit beruflichem Misserfolg korrelieren, korrelieren muskusloskelettale Erkrankungen (gegenüber psychischen) mit beruflichem Erfolg. Gesamthaft erfüllt ein Drittel der IV-Versicherten nach beruflichen IV-Massnahmen effektiv die hier angewandten Erfolgskriterien – auch dies wie alle folgenden Resultate ein gewichteter Wert, der die realen Verhältnisse wiedergibt (bei der Ziehung der Stichprobe waren ursprünglich jeweils 50 Prozent Erfolgreiche und nicht Erfolgreiche berücksichtigt worden).

Im zeitlichen Verlauf zeigt sich eine Zunahme der Alleinlebenden und der Alleinerziehenden. Das heisst: Es kommt während des IV-Eingliederungsprozesses zunehmend zu Trennungen.

Die Art des Gebrechens (muskuloskelettal gegenüber psychisch) macht bei vielen der genannten Merkmale einen Unterschied: Versicherte in Kaderpositionen, Versicherte mit entweder tertiärem Bildungsabschluss oder lediglich obligatorischer Schulbildung sowie Versicherte, die im Dienstleistungssektor arbeiten oder gearbeitet haben, haben meist eine psychische Erkrankung. Dass sie häufig keine höhere Ausbildung haben, liegt wahrscheinlich an ihrem besonders frühen Erkrankungsalter: Je früher der Krankheitsbeginn, desto geringer der Bildungsgrad der Befragten.

Familiäre und berufliche Biografie

Den Versicherten wurden Fragen gestellt nach allfälligen Problemen in ihrer Herkunftsfamilie und in ihrer schulischen sowie beruflichen Biografie, zudem wurde das Ausmass an Arbeitsunfähigkeit im letzten Jahr vor Befragung sowie ein allfälliger bisheriger Bezug von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe erhoben.

Rund ein Drittel der Versicherten sieht einen Zusammenhang zwischen frühen familiären Belastungen und späteren Arbeitsproblemen. Dies trifft vor allem auf psychisch kranke Versicherte zu. Frühe familiäre Belastungen werden von ihnen relativ häufig geschildert, darunter besonders häufig ein unberechenbares und impulsives Verhalten der Eltern, eine übermässig strenge Erziehung, Überbehütung und Gewalt sowie psychische Krankheit bei den Eltern.

Zudem berichten viele Versicherte – und wiederum speziell häufig psychisch kranke Versicherte – über Probleme in der Schule und im Beruf. Jeweils rund die Hälfte aller Befragten berichtet über Konflikte mit Arbeitskolleginnen und -kollegen und Vorgesetzten an früheren Stellen, über Mobbingerlebnisse in Schule, Lehre oder Arbeit, über Kündigungserfahrungen, Überforderung oder längere Arbeitsunfähigkeiten an früheren Stellen. Rund 30 Prozent der psychisch kranken Versicherten haben zudem die Berufsausbildung vorzeitig abgebrochen, was klar über dem Durchschnitt der Lehrabbrüche in der Schweiz liegt.

Je nach Teilstudie 60–70 Prozent der Versicherten haben schon Perioden hinter sich, in denen sie arbeitslos oder sozialhilfeabhängig waren. Im zeitlichen Verlauf der IV-Massnahmen steigt der Anteil jener, die Arbeitslosen- und Sozialhilfe beziehen, wobei es hier auch auf den beruflichen Erfolg der Massnahmeabsolventen ankommt: Bei Absolventen mit einem (Teil)Erwerbseinkommen nimmt der Anteil der Arbeitslosen zu, bei den Absolventen ohne Erwerbseinkommen hingegen nimmt der Anteil der Sozialhilfeabhängigen deutlich zu.

Betrachtet man das Ausmass an Arbeitsunfähigkeit im letzten Jahr vor Befragung, so waren Versicherte mit Eingliederungserfolg im 2015 im 2016 mit durchschnittlich 7 Wochen deutlich kürzer arbeitsunfähig als Versicherte ohne Eingliederungserfolg (16 Wochen).

Die Resultate zeigen, dass die Arbeitsbiografie prognostischen Wert haben kann und dass sich nicht selten ein gewisses Muster zeigt von der frühen familiären Biografie über die Arbeitsbiografie bis hin zur aktuellen Situation. Die Kenntnis der typischen Probleme in der Arbeitsbiografie wäre an sich für die Eingliederungsplanung zentral, da wegen der oft längerdauernden oder anhaltenden Beeinträchtigungen auch für die Zukunft dieselben Probleme zu erwarten sind.

Gesundheit, Krankheit und Beeinträchtigung

Rund 55 Prozent der Befragten leiden unter einer psychischen Erkrankung – einer Psychose, neurotischen Störung oder Persönlichkeitsstörung – und 45 Prozent unter muskuloskelettalen Erkrankungen. Die Art der Erkrankung differiert deutlich nach Integrationserfolg: Von den Befragten mit muskuloskelettalen Erkrankungen konnten 45 Prozent erfolgreich integriert werden gegenüber lediglich 25 Prozent der Versicherten mit psychischen Störungen, wobei Versicherte mit psychotischen Störungen besonders oft nicht integriert wurden.

Die gesundheitliche Belastung ist psychisch wie auch körperlich sehr hoch: Rund 90 Prozent leiden gemäss ihren Aussagen unter starken körperlichen Beschwerden, zwei Drittel unter mittleren bis starken psychischen Beschwerden, 80 Prozent unter einer mittleren oder tiefen Energie und Vitalität und 60 Prozent unter einer geringen Überzeugung, das eigene Leben beeinflussen zu können (Kontrollüberzeugung). Lediglich ein Drittel gibt im Allgemeinen eine gute oder sehr gute Gesundheit an – in der Schweizer Bevölkerung beträgt dieser Anteil über 80 Prozent. Es handelt sich bei den Massnahmeempfängerinnen und -empfängern um eine stark selektionierte Personengruppe.

Personen mit guter allgemeiner Gesundheit, mit geringerer psychischer Belastung und mit geringerer körperlicher Belastung sind nach IV-Massnahmen häufiger integriert. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich eine Verbesserung der psychischen Gesundheit, eine Abnahme der psychischen Belastung und eine leichte Verbesserung der allgemeinen Gesundheit. Die körperlichen Beschwerden nehmen hingegen im zeitlichen Verlauf kaum ab.

Psychische und somatische Beschwerden hängen wiederum sehr eng zusammen. 80 Prozent der Versicherten mit psychischen Störungen haben körperliche Beschwerden, und 60 Prozent der Versicherten mit muskuloskelettalen Erkrankungen sind psychisch belastet. Dies gilt insbesondere für stark belastete Personen: Versicherte mit einer „hohen“ psychischen Belastung haben nahezu immer

gleichzeitig „starke“ körperliche Beschwerden. Rein psychische, respektive rein körperliche Belastungsprofile sind die Ausnahme. Versicherte, die sowohl psychisch wie auch körperlich erheblich belastet sind, sind beruflich besonders selten erfolgreich und entsprechend häufig berentet.

Das Ausmass der Versicherten mit starken Einschränkungen im Alltag ist erheblich, nicht nur bei der Arbeit, sondern auch in der Partnerschaft, im Kontakt zu Freunden, in der Haushaltführung und beim Erledigen administrativer Angelegenheiten oder bei Freizeitaktivitäten ausser Haus – wobei jeweils ein Viertel bis die Hälfte der Versicherten über starke Einschränkungen berichten.

Neben den Belastungen/Symptomen wurden auch die aktuellen Funktionseinschränkungen erfragt. Durchschnittlich sind die Versicherten in rund 7 von 16 untersuchten Funktionsbereichen stark eingeschränkt, besonders häufig beim Heben und Tragen von Lasten, bei der emotionalen Ausgeglichenheit, hinsichtlich Perfektionismus/Arbeitstempo und beim längeren Sitzen und Stehen. Während bei den somatischen Funktionsdefiziten vor allem der schmerzbedingte Bedarf nach vermehrten Pausen für den Eingliederungserfolg relevant ist, sind fast alle psychosozialen Einschränkungen für den Erfolg wichtig, vor allem Energie und Eigeninitiative, kognitive Einschränkungen, Ängste, mangelnde Ausgeglichenheit und Impulsivität, Perfektionismus, Inflexibilität sowie Vermeidungsverhalten.

Die statistische Analyse der Funktionsdefizite ergibt 5 Typen von IV-Versicherten:

- Eine Gruppe mit vergleichsweise (nicht absolut zu verstehen) wenigen und spezifischen Einschränkungen (30 Prozent) – oft Personen mit guter Bildung, männlich, ohne starke Alltagseinschränkungen und häufig mit Eingliederungserfolg (39 Prozent).
- Eine Gruppe mit ausschliesslich psychischen Defiziten (20 Prozent) – oft sehr stark eingeschränkt im Alltag mit frühem Problembeginn in Schule, Ausbildung oder Beruf und mit durchschnittlichem (34 Prozent) Eingliederungserfolg.
- Eine Gruppe mit ausschliesslich somatischen Einschränkungen (18 Prozent), mit geringer Alltagseinschränkung, spätem Problembeginn, oftmaligem Sekundärabschluss und meist (61 Prozent) mit Eingliederungserfolg.
- Eine Gruppe mit vor allem somatischen, aber auch zusätzlichen psychischen Defiziten (19 Prozent), mit relativ häufiger starker Alltagseinschränkung, oft geringem Bildungsgrad (obligatorische Schule), hohem Ausländeranteil und selten (21 Prozent) mit Eingliederungserfolg.
- Sowie eine Gruppe mit sehr starken psychischen und somatischen Einschränkungen (13 Prozent), die im Alltag meist stark eingeschränkt sind, meist erst nach dem 25. Altersjahr erste Probleme hatten, den höchsten Anteil von Personen mit obligatorischer Schulbildung haben und sehr selten (13 Prozent) Eingliederungserfolg haben.

Schliesslich zeigt sich, dass das Ausmass der Belastungen/Krankheitssymptome sehr eng mit dem Ausmass der Funktionseinschränkungen respektive der Beeinträchtigung zusammenhängt. Es handelt sich quasi um die zwei Seiten derselben Medaille.

Behandlungssituation

Die Mehrheit der Versicherten befindet sich in einer Behandlung, meist bei einem Hausarzt oder bei einem frei praktizierenden Psychiater (25 Prozent). Allerdings sind auch rund 20 Prozent der Befragten nicht in einer Behandlung. Bei einem Teil dieser Personen kann man davon ausgehen, dass sie aktuell keine Behandlung benötigen, bei einem anderen Teil wäre dies angesichts des oft chronischen oder wiederkehrenden Verlaufes von psychischen und muskuloskelettalen Erkrankungen möglicherweise sinnvoll. Die Versicherten fühlen sich von ihren Therapeuten nämlich sehr gestützt, weil diese ihre Arbeitssituation, Arbeitsbiografie und die nötigen Arbeitsanpassungen meist gut kennen. Auffällig

ist allerdings, dass die Behandelnden nur in einem Viertel der Fälle jemals einen Kontakt zum Vorgesetzten des Versicherten hatten (eine Ausnahme sind die Versicherten am Beginn des IV-Eingliederungsprozesses, wo es in rund 40 Prozent der Fälle zu einem Kontakt kam). Insgesamt sind rund 75 Prozent der Versicherten eher oder sehr zufrieden mit ihrer Behandlungssituation. Bei den Unzufriedenen handelt es sich oft um psychisch kranke Versicherte in hausärztlicher Behandlung, womit keine Kausalität impliziert ist.

Während rund ein Drittel bis 45 Prozent der Versicherten nicht täglich Medikamente einnimmt, nehmen die Übrigen meist mehrere Medikamente ein. Der Anteil von Personen ohne tägliche Medikamenteneinnahme nimmt im zeitlichen Verlauf zu und ist zudem bei den Erfolgreichen deutlich höher als bei den nicht Integrierten – was auch den besseren Gesundheitszustand dieser beiden Gruppen spiegelt. Rund 20 Prozent der Befragten nehmen täglich 3 und mehr Medikamente ein. Das Problem dabei ist, dass die Befragten mit zunehmender Anzahl einzunehmender Medikamente auch häufiger unter Nebenwirkungen leiden.

In den Interviews mit den Versicherten wird schliesslich deutlich, wie wichtig die Erfahrung der Erkrankung und der damit verbundenen Einschränkungen im Alltag für das Erleben ist. Die Betroffenen werden damit konfrontiert, dass ihr Selbstbild und vielleicht auch ihr Lebensentwurf je nachdem nicht mehr umsetzbar sind und sie eine veränderte Perspektive aufbauen müssen. Ein weiterer wichtiger Punkt im Erleben ist der, dass Krankheit und Behinderung zu erheblichen Problemen in der Partnerschaft führen können. Hier sind die Behandlungspersonen eine wichtige Hilfe. Die Behandlungspersonen können hingegen die nicht seltene soziale Isolation und Einsamkeit der Versicherten nicht kompensieren. Zentral sind sie hingegen in Bezug auf die Krankheitsverarbeitung, in der Bestätigung, auch als Erwerbsloser wertvoll zu sein, hinsichtlich konkreter Interventionen und Kooperationen am Arbeitsplatz sowie im Kontakt mit der IV. Behandelnde, die sich diesbezüglich nicht engagieren, werden eher kritisch gesehen.

Soziales Umfeld und soziale Unterstützung

Die erhebliche Beeinträchtigung der meisten Versicherten schlägt sich in ihrer sozialen Einbettung weniger stark nieder als in beruflicher Hinsicht. Es gelingt der Hälfte bis zwei Dritteln der Versicherten, trotz teils schweren Belastungen ein soziales Netz aufrecht zu erhalten. Rund die Hälfte hat drei und mehr „verlässliche“ Personen im privaten Umfeld, auf die sie sich bei Problemen verlassen kann (instrumentelle Hilfen), und ebenso viele haben Vertrauenspersonen, mit denen sie auch über ganz persönliche Dinge sprechen können (emotionale Hilfen). Gleichzeitig vermissen mehr als ein Drittel der Befragten eine Vertrauensperson, was fast doppelt so häufig ist wie in der Gesamtbevölkerung. Dies hängt wiederum mit der Schwere der Beeinträchtigung zusammen: Je grösser die Funktionseinschränkungen, desto häufiger fehlt eine Vertrauensperson. Und auch die Art der Einschränkungen macht einen Unterschied: Befragte mit Antriebsproblemen, kognitiven Einschränkungen, Ängsten und emotionaler Instabilität sowie Impulsivität vermissen besonders häufig eine Vertrauensperson. Weitere Personengruppen, die besonders häufig eine Vertrauensperson vermissen, sind Versicherte, die alleine wohnen, Alleinerziehende sowie junge Versicherte, die bei den Eltern wohnen.

Das Umfeld kann theoretisch auch bei der Stellensuche eine grosse Hilfe sein. Aber dies trifft, wenn überhaupt, dann sehr viel häufiger bei Versicherten mit geringeren Alltagsbeeinträchtigungen zu. Sie können häufiger auf konkrete Unterstützung aus der Herkunftsfamilie, der eigenen Familie, der Nachbarschaft, von engen Freundinnen und Freunden, früheren Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen sowie Vorgesetzten oder Kolleginnen und Kollegen aus dem Verein zurückgreifen als Versicherte mit starken Alltagseinschränkungen, die eine solche Unterstützung wohl besonders nötig hätten oder gehabt hätten.

Weiter wurden die Versicherten auch danach gefragt, welche Ressourcen sie haben, die ihnen – abgesehen von Behandlung/Therapie – helfen, sich ausgeglichen zu fühlen. Am wichtigsten sind die eigene Familie, eine gewisse finanzielle Sicherheit und eine gute Wohnsituation. Erfolgreich integrierte Versicherte berichten deutlich häufiger über derartige Ressourcen als nicht Integrierte. Im zeitlichen Verlauf des Eingliederungsprozesses zeigt sich gesamthaft keine Verbesserung dieser Ressourcen. Eine Verbesserung sieht man ausschliesslich bei denjenigen Versicherten, die im weiteren Verlauf erwerbstätig wurden. Das weist darauf hin, dass die Arbeitsmarktintegration nicht einfach durch andere ‚Ressourcen' kompensiert werden kann.

IV-Versicherte leiden nicht nur unter Krankheitssymptomen und beruflichen Einschränkungen, sondern zu jeweils 30-40 Prozent unter dem Erleben negativer sozialer Reaktionen wie zum Beispiel soziale Distanzierung oder Unverständnis, dem Gefühl, die Beeinträchtigung verstecken zu müssen oder gesellschaftlich nicht dazuzugehören, sowie finanziellen Sorgen.

Psychisch kranke Versicherte sind sozial nicht signifikant schlechter integriert als Versicherte mit somatischen Gebrechen. Gesamthaft muss man schliesslich erwähnen, dass es eine Gruppe gibt von Personen (rund 5-10 Prozent), die sehr allein und wohl auch sehr einsam sind, sich der Gesellschaft nicht zugehörig fühlen und stark unter negativen sozialen Reaktionen leiden, respektive sich vor solchen fürchten, wenn sie ihre Situation offenlegen würden.

Erfahrungen mit den IV-Eingliederungsmassnahmen

Die Befragten haben besonders häufig Frühinterventions- und Umschulungsmassnahmen erhalten, gefolgt von erstmaligen beruflichen Ausbildungs- und Integrationsmassnahmen. Frühinterventionsmassnahmen sind oft erfolgreich, während bei den nicht erfolgreichen Versicherten Integrationsmassnahmen und erstmalige berufliche Ausbildungen häufiger vorkommen. Integrationsmassnahmen und erstmalige berufliche Ausbildungsmassnahmen werden oft als Voraussetzung für eine weiterführende Integration eingesetzt und teils auch schon bei Versicherten mit noch geringer Arbeitsfähigkeit (Integrationsmassnahmen). Frühintervention hingegen setzt häufig bei einem bestehenden Arbeitsverhältnis ein – was die Chancen für einen erfolgreichen Abschluss erhöht.

Die beruflichen Massnahmen zeigen unabhängig vom Eingliederungserfolg Wirkung in Bezug auf Grundarbeitsfähigkeiten und Selbstvertrauen. Besonders häufig werden solche positiven Wirkungen angegeben von Versicherten, die eine erstmalige berufliche Ausbildung gemacht haben. Hier berichten jeweils drei Viertel, dass sie gelernt haben, trotz Problemen zu arbeiten und ihr Arbeitsverhalten sowie ihr Selbstvertrauen verbessern konnten. Relativ häufig wurde ihnen auch bei der Stellenvermittlung geholfen. Zudem wurde häufig ihre Selbsteinschätzung realistischer und ihr interaktionelles Verhalten adäquater. Rund ein Fünftel gibt an, dass sich die Massnahmen positiv auf den Gesundheitszustand ausgewirkt hätten. Massnahmen können also für die versicherte Person auch wirksam sein, wenn sie in Bezug auf den Arbeitsmarkt nicht erfolgreich sind.

Hinsichtlich Wirkungen der IV-Eingliederungsmassnahmen ist allerdings zu erwähnen, dass rund 30 Prozent angeben, dass ihnen die Massnahme/n nicht genutzt respektive sogar gesundheitlich geschadet hätten. Dies wird vor allem von stärker beeinträchtigten Versicherten beschrieben. Keinen Nutzen, respektive eine gesundheitsschädigende Wirkung der IV-Massnahmen wurde von den Befragten speziell häufig in denjenigen Fällen berichtet, in denen es nie zu einem gemeinsamen Gespräch zwischen IV-Beratungsperson, Arzt oder Arbeitgeber gekommen ist. Dass Gesundheitsschädigung im Verfahren und fehlender Austausch so klar korrelieren, sollte zu weiteren Abklärungen Anlass geben.

Für die meisten Befragten war die IV-Anmeldung ein kritischer Moment, in dem sie sich als „gescheitert" erlebt haben. Trotzdem berichten sie bei Befragung meist über positive Erfahrungen, vor allem

in Bezug auf die Beratungsperson der IV-Stelle. Diese wurde in 50-60 Prozent der Fälle als kompetent und engagiert erlebt. Dabei ist die persönliche Beziehung zur IV-Beratungsperson zentral. Dies verdeutlichen auch die diesbezüglichen Aussagen der interviewten Versicherten. Die Bedeutung einer guten persönlichen Beziehung (statt eines rein professionell/administrativen Kontaktes) ist für die Versicherten sehr gross.

Entscheidend ist für die Versicherten auch der Eindruck, die IV, respektive der Beratungsperson habe eine *passende* Massnahme gesucht, die spezifisch auf die individuellen Funktionseinschränkungen und Potentiale fokussiert. Dies bestätigt die schriftliche Befragung: Erfolgreich Integrierte hatten mehr als zweimal so häufig als „spezifisch" wahrgenommene Eingliederungsmassnahmen als nicht Integrierte. Zudem ist es wichtig, dass die IV-Beratungspersonen zuhören und zu verstehen versuchen, dann aber ein Vorgehen festlegen und mit einer gewissen Zuversicht den Lead übernehmen. Und schliesslich ist von Bedeutung, dass die IV-Beratungsperson die Optionen mit dem Versicherten bespricht und partizipativ vorgeht. Dies ist ein wesentlicher Punkt, da viele Versicherte sich der IV ausgeliefert fühlen und unter einer geringen Kontrollüberzeugung leiden, also nicht das Gefühl haben, sie könnten ihr Leben selbst steuern. Dies betrifft nicht wenige: Ein Viertel bis ein Drittel der Versicherten fühlten sich einer Behörde ausgeliefert, unter Druck gesetzt und erlebten häufige Wechsel der Beratungsperson. In den Gesprächen werden zudem längere Wartezeiten (auf IV-Entscheide) als demoralisierend und lähmend beschrieben.

Hoffnungen, Erwartungen und Befürchtungen sind sehr häufig zu Beginn des IV-Eingliederungsprozesses: Zwar sind 4 von 5 Versicherten zu Beginn optimistisch was den beruflichen Nutzen der IV-Massnahme betrifft, aber gleichzeitig hat rund die Hälfte auch Angst, in der Massnahme zu scheitern, ist verunsichert, weil Therapeut und IV-Stelle die Situation unterschiedlich beurteilen oder befürchtet, dass man ihre Probleme und Möglichkeiten nicht versteht. Je beeinträchtigter die Versicherten sind, desto häufiger haben sie solche Ängste oder sind pessimistisch, was den Nutzen der Massnahmen betrifft.

Schliesslich wurde nach allfälligen Erfahrungen der Versicherten mit der Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht gefragt. Bei rund 10 Prozent der Versicherten machen die IV-Stellen eine entsprechende Auflage, wobei jeweils rund die Hälfte angibt, diese habe ihnen eher/sehr geholfen, respektive geschadet. Bei denjenigen Personen, die diese Auflagen sowohl eher erhielten als auch häufiger negativ erlebten, handelt es sich meist um schwerer eingeschränkte Versicherte. Bemerkenswert ist aber, dass doch rund die Hälfte im Nachhinein über einen positiven Effekt dieser (Druck)Massnahmen berichtet. Der Einsatz solcher Auflagen hat demnach ein Potential und sollte aus rehabilitativer Sicht noch genauer untersucht werden: In welchen Situationen erhöht er wirklich den Eingliederungserfolg, wann wirkt er hingegen eher kontraproduktiv?

Berufliche und finanzielle Situation

Der Anteil der IV-Versicherten, die eine Erwerbstätigkeit (in welchem Ausmass auch immer) angeben, verbessert sich im zeitlichen Verlauf von rund 40 Prozent bei Massnahmenbeginn auf 65 Prozent nach Massnahmenende, und der Anteil arbeitsloser Personen nimmt deutlich ab. Das bedeutet jedoch noch nicht, dass erwerbstätige Versicherte nicht mehr auf weitere Einkommensquellen angewiesen sind: Zwei Drittel aller Versicherten benötigen weitere Einkommensquellen. Lediglich bei der Gruppe der erfolgreich integrierten Versicherten finanzieren sich rund 80 Prozent ausschliesslich über ein Erwerbseinkommen. Da die Gruppe der „Erfolgreichen" gesamthaft gesehen ein Drittel der Befragten der Teilstudie zum Eingliederungserfolg umfasst, ist also bei rund einem Viertel (80 Prozent von einem Drittel) davon auszugehen, dass sie heute erwerbstätig sind *und* finanziell unabhängig.

Aber es kann auch bei anderen Gruppen, zum Beispiel bei den erwerbstätigen (Teil)Rentnerinnen und -rentnern zumindest teilweise von einem (finanziellen) Eingliederungserfolg ausgegangen werden. Dies gilt vor allem für Versicherte mit einem geringeren IV-Rentengrad.

Die wiederum vorgenommene statistische Gruppierung der Einkommensquellen, mit denen die Befragten im 2017 ihren Lebensunterhalt bestreiten, ergibt für die Gesamtheit aller Befragten fünf personenbezogene Einkommenstypen (ungewichtete Werte, deshalb nicht direkt vergleichbar mit den Resultaten der beiden Teilstudien):

- Etwa 10 Prozent der Befragten leben vor allem vom Gesparten, von privater Unterstützung sowie teilweise von einem Erwerbseinkommen.
- Rund 7 Prozent beziehen eine (Teil)Rente und haben allesamt noch ein Erwerbseinkommen.
- Rund 15 Prozent beziehen eine IV-Rente ohne Erwerbseinkommen, dafür teils mit Ergänzungsleistungen und Pensionskassenrente.
- Die vierte Gruppe (rund ein Fünftel) umfasst Versicherte, die häufig von der Arbeitslosen- und Sozialhilfe sowie auch privat unterstützt werden.
- Schliesslich gibt es eine Gruppe von Versicherten (rund 48 Prozent), die zu 90 Prozent ausschliesslich vom Erwerbseinkommen leben, teils noch unterstützt durch die Partnerin oder den Partner.

Versicherte mit vergleichsweise geringer Beeinträchtigung oder mit ausschliesslich somatischen Defiziten finanzieren ihren Lebensunterhalt vorwiegend durch ihr Erwerbseinkommen. Umgekehrt sind Befragte mit psychischen oder kombinierten psychischen und somatischen Beschwerden meist auf Ersatzeinkommen oder private Unterstützung angewiesen.

Zwischen dem Jahr 2015, das entscheidend war für die Zuteilung in erfolgreiche versus nicht erfolgreiche IV-Versicherte, und dem Zeitpunkt bei Befragung im 2017 hat sich die Erwerbssituation vieler Befragter schon wieder geändert. Dies gilt vor allem für diejenigen Befragten, welche im 2015 keine IV-Rente bezogen und ein Erwerbseinkommen unter CHF 1000 erzielten: Von diesen sind zwei Jahre später rund 30 Prozent berentet. Betrachtet man nur die Einkommenssituation, zeigt sich eine finanzielle Verbesserung vor allem bei denjenigen Befragten, die im 2015 gar kein Einkommen erzielten – von ihnen gibt rund die Hälfte bei Befragung ein Erwerbseinkommen an. Während der Eingliederungsprozess bei diesen Personen häufig eine Verbesserung bewirkt, mussten vor allem die Befragten mit etwas höheren Einkommen Einbussen hinnehmen. Gesamthaft verdienten 42 Prozent der Befragten im 2017 etwa gleich viel wie im 2015, 30 Prozent verdienten weniger und 28 Prozent mehr. Das bedeutet: Unter dem Strich haben die IV-Massnahmen das Einkommen der Versicherten nicht verbessert – aber auch nicht verschlechtert. Vielmehr zeigt sich eine Umverteilung der Einnahmequellen und eine Situationsklärung im Verlauf des IV-Eingliederungsprozesses: Zum einen in Richtung Erwerbseinkommen und Abnahme der Arbeitslosenhilfe und zum anderen in Richtung IV-Berentung und Sozialhilfeabhängigkeit sowie Abnahme prekärer Einkommenssituationen. Auffallend ist dabei die kurze Zeitspanne, in der diese Aufteilung geschieht.

Zufriedenheit, Lebensqualität und Perspektiven

Die Versicherten berichten gesamthaft selten über eine gute Lebensqualität: Etwas mehr als die Hälfte der Befragten gibt eine sehr schlechte, schlechte oder mittelmässige allgemeine Lebensqualität an. Der Unterschied zur Allgemeinbevölkerung in der Schweiz ist sehr gross: Lediglich 8 Prozent der Bevölkerung berichten über eine mittelmässige bis sehr schlechte Lebensqualität. Nur Versicherte, die erfolgreich integriert werden konnten, nehmen häufiger eine gute Lebensqualität wahr, aber auch bei ihnen ist der Unterschied zur Allgemeinbevölkerung noch gross.

Die Lebensqualität verändert sich über den zeitlichen Verlauf hinweg nicht, unterscheidet sich aber deutlich nach beruflichem Eingliederungserfolg. Die wahrgenommene Lebensqualität hängt sehr eng mit der gesundheitlichen – psychischen wie auch körperlichen – Belastung zusammen: So geben beispielsweise lediglich 10 Prozent der Befragten mit starken psychischen Belastungen an, eine gute Lebensqualität zu haben.

Die Versicherten sind insgesamt relativ zufrieden mit ihrer Wohnsituation, ihrer familiären und sozialen Situation, ihrer Behandlung und mit ihrer Partnerschaft. Hingegen sind sie seltener zufrieden mit ihrer beruflichen, psychischen, körperlichen und finanziellen Situation, also mit denjenigen Bereichen, die zur IV-Unterstützung geführt haben. Eingliederungserfolg hängt mit Ausnahme der Wohnsituation durchwegs mit höheren Zufriedenheitswerten zusammen.

Die Erwartungen und Perspektiven der Befragten verändern sich über die Zeit: Bei Beginn des IV-Eingliederungsprozesses erhoffen sich gesamthaft rund 40 Prozent der Versicherten eine Verbesserung ihrer Situation – dieser Anteil sinkt im zeitlichen Verlauf.

Insgesamt glaubt der grösste Teil der Versicherten nicht, dass sich künftig etwas verbessern werde. Da die Befragten gesamthaft eine geringe Lebensqualität, eine hohe gesundheitliche Belastung und ein hohes Mass an Ausgliederung aufweisen, ist der geringe Anteil von Versicherten mit einer Verbesserungs-Perspektive bedenkenswert. Personen, die mit ihrer aktuellen Situation unzufrieden sind, erwarten häufiger in Zukunft eine Verbesserung ihrer Situation, dies gilt vor allem hinsichtlich Beruf, psychischer Gesundheit, Partnerschaft und Finanzen. Unzufriedenheit kann demnach produktiv, respektive aktivierend sein. Gleichzeitig erwarten auch mehr unzufriedene Versicherte, dass sich ihre Situation künftig verschlechtern werde, während die Zufriedenen deutlich häufiger erwarten, dass ihre Situation in Zukunft so bleibt wie sie aktuell ist. Das heisst, dass es bei den unzufriedenen Versicherten hinsichtlich Perspektive zwei Gruppen gibt: Die einen glauben (noch) an Verbesserungen, die anderen nicht (mehr).

Befragte, die aktuell Arbeitslosen- oder Sozialhilfe beziehen, sind oft unzufrieden und haben häufig positive Erwartungen an die berufliche und finanzielle Zukunft, während vor allem die Versicherten mit einer IV-Rente sehr selten die Erwartung/Hoffnung haben, dass sich künftig beruflich oder finanziell etwas verbessert. Die oft zufriedenen Erwerbstätigen schliesslich erhoffen sich recht häufig positive Veränderungen für die Zukunft. In Bezug auf die Erwartungen an die künftige körperliche und psychische Gesundheit zeigt sich: Je schlechter es den Versicherten geht, desto seltener haben sie die Erwartung, dass sich ihr Gesundheitszustand künftig verbessern werde.

Faktoren für den Eingliederungserfolg

Die Analyse der Faktoren für den Eingliederungserfolg war ein zentrales Ziel der vorliegenden Untersuchung. Es wurden rund 70 verschiedene mögliche Faktoren aus sämtlichen hier verfügbaren Merkmalsbereichen in die Analyse einbezogen (soziodemografische Merkmale der versicherten Personen, soziales Umfeld, krankheitsbezogene Merkmale und Funktionseinschränkungen, Merkmale des Eingliederungsprozesses und der Behandlung etc.). Die Analyse zeigt zunächst, dass sehr viele dieser Merkmale *univariat* – also für sich alleine – signifikant sind und teils deutlich zwischen Eingliederungserfolg und –misserfolg unterscheiden, darunter nicht nur Merkmale des Gesundheitszustandes, der Behinderung und der Lebensqualität, sondern auch Merkmale der IV-Massnahmen und der IV-Beratungsperson:

Gezielte Massnahmen, die spezifisch auf die Beeinträchtigung ausgerichtet waren, den Arbeitsrhythmus und das Arbeitspensum steigern konnten, das Arbeitsverhalten und das Selbstvertrauen verbesserten sowie die Fähigkeit der Versicherten, *trotz* ihrer Probleme zu arbeiten (Bewältigungsfähigkeit),

hängen mit dem Eingliederungserfolg zusammen. Weitere Faktoren sind, dass die IV-Beratungsperson wie auch die Betreuenden in den Durchführungsstellen das Arbeitsproblem verstanden haben, dass die IV aktiv geholfen hat, eine Arbeitsstelle zu finden und dass sie bei auftauchenden Problemen und Krisen im Eingliederungsverlauf gut unterstützt haben. Abgesehen von den Merkmalen der Eingliederung sind eine gute subjektive Lebensqualität, eine geringe psychische Belastung, eine hohe Kontrollüberzeugung und eine gute allgemeine Gesundheit sowie geringe psychische Funktionseinschränkungen relevante univariate Erfolgsfaktoren.

Die *multivariate* Analyse der Einflussfaktoren auf den Eingliederungserfolg schliesslich, die alle Korrelationen der Einflussvariablen untereinander berücksichtigt, zeigt sechs Erfolgsfaktoren, die unabhängig von allen anderen Faktoren den Eingliederungserfolg am besten voraussagen:

- eine geringe Lebensqualität bringt eine um 60 Prozent reduzierte Chance auf beruflichen Erfolg mit sich;
- eine psychische Erkrankung hat eine 2.2fach verringerte Erfolgschance gegenüber einer muskuloskelettalen Erkrankung;
- Einschränkungen in der Flexibilität (perfektionistisch und unflexibel) bringen eine um 60 Prozent reduzierte Chance auf beruflichen Erfolg mit sich;
- Einschränkungen in der Ausgeglichenheit (impulsives, konflikthaftes Verhalten) bewirken eine rund 2fach verringerte Erfolgschance;
- Personen, denen nie gekündigt wurde, haben eine um 70 Prozent verbesserte Erfolgschance;
- Personen mit einem höheren Bildungsgrad (Sekundär- oder Tertiärstufe) haben eine um 40 Prozent verbesserte Chance.

Diese Erfolgsfaktoren veranschaulichen die Bedeutung des subjektiven Erlebens (Faktor „Lebensqualität“), der Art der Erkrankung (Faktor „Psychische Erkrankung“), der Persönlichkeit, des Arbeits- und interaktionellen Verhaltens (Faktoren „Inflexibilität“ und „Impulsivität“), der Arbeitsbiografie (Faktor „Nie gekündigt worden“) sowie der Bildung.

Veränderungen im zeitlichen Verlauf des Eingliederungsprozesses

Ein weiteres wichtiges Ziel war die Analyse von Veränderungen im zeitlichen Verlauf. In Bezug auf Veränderungen im IV-Eingliederungsverfahren zeigen sich zunächst *univariat* wiederum viele Merkmale. Im Verlauf werden immer mehr Versicherte berentet, beziehen eine private Lebensversicherung oder eine Rente der 2. Säule – oder sind unbefristet angestellt. Im Eingliederungsverlauf reduzieren sich zudem die Beeinträchtigungen bei der Arbeit und in der Partnerschaft, die Summe der Alltagseinschränkungen, das subjektive Leiden, aber auch die Erwartungen und Hoffnungen auf eine gesundheitliche und berufliche Verbesserung sowie auf eine bessere Behandlungssituation im Verlauf. Es kommt zudem zunehmend zu Trennungen von Partner oder Partnerin und Kindern und zu vermehrtem Alleinleben der Versicherten.

Das Resultat der *multivariaten* Analyse der Veränderungen zeigt lediglich 4 Merkmale, die sich unter Berücksichtigung aller Zusammenhänge im Zeitverlauf verändern:

- Einschränkungen in der Energie und Eigeninitiative erhöhen die Chancen, es mit einem Massnahmenbeginner/in zu tun zu haben, um das 3fache;
- mit zunehmender Dauer der Arbeitsunfähigkeit im Jahr vor Befragung erhöht sich die Chance, es mit einem Massnahmenbeginner/in zu tun zu haben;
- wenn Versicherte erwarten, dass sich ihr körperlicher Gesundheitszustand verbessert, erhöht sich die Chance, es mit einem Massnahmenbeginner/in zu tun zu haben, um 80 Prozent;

- wenn Versicherte nicht allein leben, erhöht sich die Chance, es mit einem Massnahmenbeginner/in zu tun zu haben, um das Zweifache.

Im Verlauf verbessern sich demnach Merkmale von Symptomatik und Behinderung („Energie, Eigeninitiative“) sowie der Arbeitsfähigkeit („Wochen Arbeitsunfähigkeit im letzten Jahr“) – und verringern, respektive verschlechtern sich die Hoffnung („Erwartet Besserung des körperlichen Gesundheitszustandes“) sowie die familiäre Situation („Alleinlebend“).

Erkenntnisse aus den Interviews

Die Analyse der Gesprächsinhalte in den Interviews mit ausgewählten Versicherten ergibt 3 Gruppen von Gesprächsthemen, die wiederum in Themen und Unterthemen unterteilt werden konnten:

- *Die IV (die IV als Behörde, die IV-Beratungsperson und der Eingliederungsprozess):* Hier wurde die IV-Anmeldung als kritischer Moment wie auch die Dankbarkeit gegenüber der IV thematisiert sowie die Entmutigung durch lange Wartezeiten. Weitere Themen waren die Wichtigkeit einer persönlichen Beziehung zur IV-Beratungsperson sowie hilfreiche Elemente des Eingliederungsprozesses wie eine fundierte Abklärung, Massnahmen, die Selbstvertrauen fördern etc.
- *Die versicherte Person (Persönlichkeit, Hoffnungen und Erwartungen sowie Ängste und Verlusterlebnisse):* Hier wurde beschrieben, dass auch Eigeninitiative, Arbeitswille und Offenheit der Versicherten selbst für die Eingliederung wichtig sind und dass die Eingliederung einen inneren Verarbeitungsprozess mit sich bringt. Weitere Themen waren die teils enttäuschten Erwartungen und die häufigen beruflichen und sozialen Ängste etc.
- *Das Umfeld (Behandlung, Familie und Freunde, Arbeitsplatz, Kooperation der involvierten Akteure):* Hier wurde angesprochen, dass therapeutische Unterstützung und Engagement der Therapeuten am Eingliederungsprozess wesentlich sind, dass Partnerin oder Partner und Familie eine entscheidende Stütze sein können, dass Transparenz am Arbeitsplatz wie auch eine gute Beziehung zum Vorgesetzten wesentlich sein können und dass schliesslich die gegenseitige Abstimmung der involvierten Akteure wichtig ist etc.

Empfehlungen

Die Schlussfolgerungen und Implikationen dieser Befunde werden im Bericht ausführlich dargestellt. Stark vereinfacht, lassen sich unter anderem folgende Bereiche nennen, in denen die Befragung der Versicherten Hinweise für Potentiale gibt:

Eingliederung als innerer und äusserer Prozess

Die IV-Anmeldung ist beruflich und persönlich ein kritischer Moment im Leben der Versicherten, der eine äussere Anpassung wie auch eine innere Verarbeitung bedingt. Diese Prozesse müssen koordiniert ablaufen, vor allem mit den behandelnden Therapeuten.

- Systematische Kooperation mit den Behandelnden von Beginn weg – schon beim Erstgespräch
- Genauere Untersuchung der gesundheitsschädigenden Effekte beruflicher IV-Massnahmen und allenfalls Entwicklung von Anreizen, respektive Sanktionen für nicht kooperationswillige Ärzte

Der Erfolg von IV-Eingliederungsmassnahmen bei psychisch Kranken ist gering

- Umsetzung der laufenden „Weiterentwicklung der IV“

- Schulung der Betreuenden in den Durchführungsstellen in Bezug auf wesentliche Krankheitssymptome und Funktionseinschränkungen bei psychisch und muskuloskelettal erkrankten Personen
- Die Beziehung zur IV-Beratungsperson ist zentral, ebenso die Beziehungskonstanz sowie persönliche Gespräche. Hier muss die Fallbelastung der Beraterinnen und Berater angepasst und in deren Schulung investiert werden.
- Spezifischere Massnahmen, besseres und (ausser Routinefällen) obligatorisches Assessment vor Eingliederungsplanung, Nutzung der Arbeitsbiografie als Informationsquelle
- Reduktion der Wartezeiten auf IV-Entscheide und proaktive Kontaktaufnahme der IV mit den Versicherten
- Frühes Ansprechen von Versagensängsten und Wünschen nach einer beruflichen Umschulung in der IV-Beratung
- Sicherstellen, dass bei Versicherten mit sowohl psychischen wie körperlichen Belastungen eine umfassende und nachhaltige Behandlung erfolgt, die auch weitergeführt wird, wenn es zu beruflichen Erfolgen kommt
- Wo nötig Einbezug und Entlastung der Partner/innen von IV-Versicherten
- Bessere Instruktion und spezifischere Auftragserteilung durch die IV-Stellen
- Weiterführung des Eingliederungsprozesses, wenn Interventionen zwar nicht direkt zur Integration führen, aber positive Wirkungen auf Grundarbeitsfähigkeiten und Selbstbild von Versicherten zeigen
- Noch stärkere Fokussierung auf Massnahmen im ersten Arbeitsmarkt sowie verstärkte Hilfe bei der Stellenvermittlung.

Steigerung der IV-Meldungen durch Arbeitgeber

- Verpflichtung der Arbeitgeber, sich stärker für Gesundheitsprobleme im Betrieb zu engagieren: Sensibilisierung, Schulung von Führungskräften/HR, finanzielle Anreize und Sanktionen bei fehlender Wahrnehmung der Fürsorgepflicht etc
- Verstärkte öffentliche Kommunikation seitens der IV, dass
  a) es sich bei den Versicherten – vor allem bei den IV-Rentner/innen – um deutlich eingeschränkte Personen handelt und dass
  b) die IV vor allem eine Integrationsversicherung ist und nicht ein ‚Zeichen des Scheiterns'.

Forschung

- Genauere Untersuchung der rehabilitativen Effekte von Auflagen (Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht).
- Forschung zu Möglichkeiten der bisher vernachlässigten psychiatrischen Ergonomie (zu konkreten Arbeitsanpassungen je nach psychischer Einschränkung).

Résumé

Cette enquête est la première à décrire de façon aussi détaillée et approfondie la façon dont les personnes assurées ont vécu les mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité (AI), comment elles perçoivent leur situation et comment celle-ci a évolué au cours de la réadaptation.

Contexte

Jusqu'ici, les sources des enquêtes réalisées pour les deux premiers programmes de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI) étaient généralement des données de registres, des dossiers d'assurés, des données de décompte, des entretiens avec des spécialistes ou des documents internes des offices AI. Il manquait toutefois une connaissance détaillée et approfondie du point de vue des personnes assurées elles-mêmes. La présente recherche avait pour but de combler cette lacune par une enquête nationale significative auprès de ces personnes. Seuls les assurés qui ont bénéficié de mesures de réadaptation ou en entamaient une ont pu indiquer, par exemple, quels sont les sentiments, les attentes et les craintes qui accompagnent le dépôt d'une demande AI, quels comportements des conseillers AI les ont particulièrement aidés, quelle utilité ils en ont retirée ou peut-être quels inconvénients ils ont subis, ce qu'ils ont ressenti dans leur vie professionnelle, sociale et privée, et comment leur situation et leur qualité de vie ont, le cas échéant, évolué.

Objectifs et principales questions de recherche

Avec le présent projet de recherche, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) poursuivait deux objectifs généraux :

- *Retracer l'évolution :* le premier objectif était de suivre dans le temps la situation sociale et professionnelle des bénéficiaires de mesures de réadaptation de l'AI, qu'ils aient terminé celles-ci ou qu'ils en suivent au moment de l'enquête. Outre l'évolution de la réadaptation, il concernait aussi la situation professionnelle et financière, l'environnement social, la situation familiale, la santé et le traitement, les limitations dans la vie quotidienne et la participation à la vie sociale – ou encore la souffrance due aux symptômes, aux limitations et à l'exclusion ressentie.
- *Évaluer la réussite :* le second objectif était d'analyser les facteurs qui ont favorisé ou contrarié la réussite des mesures de réadaptation. Ces facteurs ne sont pas uniquement en rapport avec cette dernière, mais tiennent également compte du comportement des médecins traitants, des employeurs et de l'environnement familial et social, tel qu'il est ressenti par les personnes concernées.

Dans les deux domaines, il s'agissait de recueillir des données aussi bien « extérieures » (objectives) qu'« intérieures » (subjectives), puis d'étudier s'il existe des différences entre les bénéficiaires de mesures atteints de troubles psychiques et ceux présentant des limitations physiques et, si oui, de déterminer lesquelles.

Les principales questions de recherche étaient les suivantes :

- Quelle est la situation des bénéficiaires de mesures de réadaptation de l'AI qui les ont terminées et de ceux qui en suivent au moment de l'enquête (atteintes à la santé, limitations fonctionnelles, environnement social, logement, situation professionnelle et revenu, traitement) ?
- Par quelle biographie familiale et quel parcours professionnel les bénéficiaires sont-ils passés et quel rôle ces éléments jouent-ils dans la réussite de la réadaptation ?

- Comment la situation sociale et professionnelle, la santé et les perspectives évoluent-elles au cours des mesures de réadaptation de l'AI ?
- Quels sont les facteurs susceptibles de prédire au mieux la réussite de la réadaptation ?
- Comment le contact avec les conseillers des offices AI a-t-il été vécu ? Comment les autres acteurs (médecins, supérieurs hiérarchiques, professionnels impliqués dans les mesures en lien avec le travail, mais extérieures à l'AI) ont-ils été perçus ?
- Quels sont l'état de santé et la situation sociale des bénéficiaires de mesures de réadaptation, par comparaison avec la population générale suisse ? À quel point sont-ils satisfaits de leur situation, quelles perspectives ont-ils et comment évaluent-ils leur qualité de vie ?

Conception de l'étude, taux de retour et analyses

Les questions peuvent être réunies en deux groupes : celles sur les facteurs de réussite de la réadaptation professionnelle et celles sur la situation de vie des personnes assurées et son évolution. Deux enquêtes distinctes ont donc été menées avec la méthode « cas-témoins ». La population incluse dans l'étude partielle 1 (« Facteurs de réussite ») comprenait des assurés présentant soit des troubles psychiques (psychoses, névroses ou troubles de la personnalité), soit des troubles musculo-squelettiques, qui avaient suivi leur dernière mesure de réadaptation en 2014 (mesures d'intervention précoce, mesures de réinsertion ou mesures d'ordre professionnel) et n'en avaient plus obtenu en 2015 et 2016. La « réussite de la réadaptation » était définie comme étant, en 2015, un revenu d'une activité lucrative d'au moins 1000 francs par mois et l'absence de prestations de l'assurance-chômage et de rente AI. Le groupe témoin était formé d'assurés comparables, mais qui ne remplissaient pas tous les critères de réussite.

Pour l'étude partielle 2 (« Évolution »), l'enquête s'adressait à deux groupes présentant les mêmes pathologies : d'une part des assurés à qui l'AI venait d'octroyer une mesure d'ordre professionnel (« nouveaux ») et, d'autre part, des assurés, les plus comparables possible, qui avaient suivi une dernière mesure en 2014 (« anciens »). La comparaison de ces deux groupes appariés a permis d'en déduire l'évolution dans le temps.

Au total, 4000 personnes ont été invitées à participer (1000 par groupe). Sur ce total, 25 % de celles pour lesquelles la réadaptation avait réussi (« assurés réinsérés ») et 25,3 % de celles pour lesquelles elle avait échoué (« assurés non réinsérés ») ont participé à l'enquête sur la réussite de la réadaptation, tandis que 24,7 % des nouveaux et 27 % des anciens ont participé à celle sur l'évolution dans le temps. Aucun biais d'échantillonnage n'a été détecté, par exemple en raison d'un taux de retour plus élevé chez les assurés réinsérés. Le principal outil employé pour l'analyse statistique des facteurs de réussite et d'évolution a été la régression logistique (cf. Hosmer et al., 2013).

Enfin, des entretiens plus poussés ont été menés avec 20 participants ; le groupe sélectionné comprenait aussi bien des personnes réinsérées que des personnes non réinsérées, des nouveaux que des anciens, et aussi bien des assurés atteints de troubles psychiques que d'autres présentant des troubles musculo-squelettiques. Le contenu de ces entretiens a été analysé selon un processus commun à plusieurs niveaux.

Résultats

Nous commençons par brosser le portrait des participants à l'enquête, avec leur biographie familiale et leur parcours professionnel, les indications relatives à leur maladie et à leur handicap, ainsi qu'à leur situation sociale et professionnelle. Puis nous décrivons la façon dont ils ont vécu les mesures de réadaptation de l'AI et leur degré de satisfaction par rapport à leur vie du moment. Nous présentons

ensuite les conclusions des entretiens avec les assurés sélectionnés et terminons en résumant l'analyse des facteurs de réussite pour la réinsertion professionnelle et des changements apparus au cours de l'évolution.

Description des participants à l'enquête

Au total, 916 personnes assurées ayant obtenu une mesure d'ordre professionnel de l'AI ont participé à l'enquête. Leur répartition est sensiblement égale à celle de la population générale en termes de sexe, de nationalité et de région linguistique, mais différente en ce qui concerne la formation et le secteur professionnel : les sondés disposent plus rarement d'un diplôme tertiaire et se sont beaucoup plus souvent arrêtés à la fin de la scolarité obligatoire, et ils ont plus souvent travaillé dans l'industrie avant de déposer une demande AI (un tiers contre un quart dans la population active). En ce qui concerne les secteurs, on distingue trois cas particuliers par rapport à la réadaptation : celle-ci a réussi plus fréquemment dans le bâtiment, plus rarement dans l'hôtellerie et la restauration, de même que dans la « formation » (personnes en formation) – ce qui renvoie aux difficultés souvent rencontrées par les jeunes assurés AI.

Les différences entre Suisse latine et Suisse alémanique sont nettes : le pourcentage d'assurés de nationalité étrangère ayant au maximum achevé la scolarité obligatoire et atteints de troubles musculo-squelettiques est nettement plus élevé en Suisse latine.

Pourtant, le taux de réussite de la réadaptation est identique dans les offices AI de Suisse latine et de Suisse alémanique, ce qui s'explique probablement par une annulation réciproque des effets, car la nationalité étrangère et le bas niveau de formation sont corrélés à l'échec professionnel, mais les troubles musculo-squelettiques (par rapport aux psychiques) à la réussite. Au total, un tiers des assurés AI satisfait effectivement, après des mesures d'ordre professionnel, aux critères de réussite appliqués ici – valeur pondérée, comme pour tous les résultats suivants, qui reflète les conditions réelles – alors que l'échantillonnage initial avait retenu 50 % de réussites et 50 % d'échecs.

Au cours de l'évolution, on constate une augmentation du nombre de personnes vivant seules et de familles monoparentales ; autrement dit, les séparations sont plus fréquentes durant la réadaptation AI.

Le type d'infirmité (musculo-squelettique versus psychique) entraîne une différence sur de nombreux points : les cadres, les assurés qui disposent d'un diplôme tertiaire et ceux qui ont suivi uniquement la scolarité obligatoire, de même que ceux qui travaillent ou ont travaillé dans le secteur des services, ont généralement une maladie psychique. L'absence de formation d'un niveau plus élevé tient probablement à un âge particulièrement précoce pour le début de la maladie : plus celle-ci se manifeste tôt, plus faible est le niveau de formation des personnes interrogées.

Biographie familiale et parcours professionnel

L'enquête demandait aux assurés s'ils avaient rencontré des difficultés dans leur famille et dans leur parcours scolaire et professionnel, à quelle fréquence ils avaient été absents pour cause de maladie l'année précédant l'enquête, et s'ils avaient déjà touché des indemnités de chômage ou l'aide sociale.

Un tiers des assurés voit un rapport entre leurs difficultés familiales précoces et leurs problèmes professionnels ultérieurs. C'est principalement le cas pour les ceux atteints d'une maladie psychique, qui citent assez souvent, parmi leurs difficultés familiales précoces, le comportement imprévisible, impulsif ou instable, le handicap psychique ou encore la violence des parents, ainsi qu'une éducation particulièrement stricte ou surprotectrice.

De nombreux assurés, et là aussi surtout les malades psychiques, parlent également de problèmes dans le parcours scolaire et professionnel. La moitié des sondés rapportent des conflits avec leurs

collègues de travail ou leur supérieur hiérarchique dans les postes occupés antérieurement, du harcèlement à l'école, pendant l'apprentissage ou au travail, des licenciements, des exigences trop élevées en matière de performance ou des absences prolongées justifiées par une incapacité de travail. De plus, 30 % des personnes atteintes d'une maladie psychique ont interrompu prématurément leur formation professionnelle, ce qui est nettement supérieur à la moyenne des interruptions d'apprentissage en Suisse.

Selon cette étude, 60 à 70 % des assurés se sont déjà retrouvés au chômage ou à l'aide sociale. Le pourcentage de chômeurs et de bénéficiaires de l'aide sociale augmente au cours des mesures AI, ce qui tient notamment à la réussite professionnelle des personnes ayant achevé les mesures : parmi elles, le pourcentage de chômeurs augmente chez celles qui tirent un revenu de leur activité lucrative, même partiel, alors que c'est le pourcentage de celles à l'aide sociale qui augmente nettement chez celles sans revenu.

Si l'on considère la fréquence des absences pour cause de maladie la dernière année avant l'enquête, on s'aperçoit que les assurés réinsérés en 2015 ont été en 2016 nettement moins souvent absents (sept semaines en moyenne) que ceux pour lesquels la réinsertion n'a pas réussi (16 semaines).

Les résultats montrent que le parcours professionnel peut avoir une valeur pronostique et qu'il se fait souvent selon un schéma particulier, allant de la biographie familiale à la situation actuelle en passant par le parcours professionnel. La connaissance des problèmes typiques au sein de ce dernier serait en soi essentielle pour la planification de la réadaptation car, étant donné que les handicaps sont souvent de longue durée ou permanents, il faut s'attendre à rencontrer les mêmes problèmes à l'avenir.

Santé, maladie et handicap

Parmi les personnes interrogées, 55 % souffrent d'une maladie psychique – psychose, névrose ou trouble de la personnalité – et 45 % de troubles musculo-squelettiques. Le type de pathologie est très différent suivant la réussite de l'intégration : 45 % des assurés présentant des troubles musculo-squelettiques ont réussi à se réinsérer, contre seulement 25 % des assurés atteints d'une maladie psychique, ceux ayant des troubles psychotiques étant les moins intégrés.

L'atteinte à la santé, tant psychique que physique, est très importante : selon leurs indications, 90 % des assurés souffrent de troubles physiques très marqués, deux tiers de troubles psychiques d'intensité moyenne à forte, 80 % n'ont que peu ou pas d'énergie et s'épuisent rapidement, 60 % doutent de pouvoir influer sur leur vie, et seul un tiers dit avoir une santé bonne à très bonne – alors que ce pourcentage est supérieur à 80 % dans la population générale. Les bénéficiaires des mesures constituent un échantillon très particulier de personnes.

Les assurés qui jouissent d'une bonne santé générale, avec peu de troubles psychiques et physiques, sont plus souvent réinsérés à l'issue des mesures de l'AI. Sur la durée, on constate une amélioration de la santé psychique, une diminution des problèmes psychiques et une légère amélioration de l'état de santé, mais pratiquement pas de diminution des troubles physiques.

Toutefois, les deux types de troubles sont étroitement liés : 80 % des assurés atteints de troubles psychiques ont des troubles physiques et 60 % des assurés présentant des troubles musculo-squelettiques ont des difficultés psychiques. Ce constat vaut en particulier pour les personnes très fortement atteintes dans leur santé : les assurés ayant des troubles psychiques importants ont presque toujours simultanément des troubles physiques importants. Les atteintes purement psychiques ou purement physiques constituent l'exception. La réussite de la réadaptation professionnelle est particulièrement rare chez les assurés qui ont d'importantes difficultés tant psychiques que physiques ; ils touchent par conséquent souvent une rente.

Le pourcentage d'assurés confrontés à d'importantes limitations dans leur vie quotidienne est élevé, non seulement au travail, mais aussi dans la vie de couple, les contacts avec les amis, la tenue du ménage, la gestion des tâches administratives ou les loisirs hors domicile : c'est le cas d'un quart à la moitié d'entre eux.

Outre leurs difficultés et leurs symptômes, les personnes ont également été interrogées sur leurs limitations fonctionnelles. En moyenne, elles sont fortement limitées dans sept domaines fonctionnels étudiés sur seize, principalement dans ceux où il est question de soulever ou porter des charges, de faire preuve d'égalité d'humeur, de tendre à la qualité (perfectionnisme) tout en supportant un rythme de travail, et de rester assis ou debout très longtemps. Alors que dans les déficits fonctionnels physiques, c'est surtout le besoin de faire davantage de pauses en raison des douleurs qui est déterminant pour la réussite de la réadaptation, presque toutes les limitations psychosociales sont importantes pour celle-ci, en premier lieu l'énergie et la prise d'initiative, les limitations cognitives, les peurs, les sautes d'humeur et l'impulsivité, le perfectionnisme, le manque de flexibilité et les conduites d'évitement.

L'analyse statistique des déficits fonctionnels permet de définir cinq types d'assurés AI :

- un groupe avec des limitations relativement peu nombreuses (non en chiffres absolus) et spécifiques (30 %) : ce sont souvent des personnes ayant une bonne formation, de sexe masculin, sans limitations importantes au quotidien, pour qui la réadaptation a fréquemment réussi (39 %);
- un groupe avec des déficits uniquement psychiques (20 %), constitué de personnes souvent très limitées dans le quotidien, chez qui les problèmes apparaissent tôt à l'école, dans la formation ou au travail, et dont la réadaptation affiche un taux de réussite moyen (34 %) ;
- un groupe avec des limitations uniquement physiques (18 %), peu de limitations au quotidien, une apparition tardive des problèmes, souvent une formation de niveau secondaire et une réadaptation généralement réussie (61 %) ;
- un groupe avec des déficits principalement physiques, mais aussi psychiques (19 %), des limitations au quotidien relativement fréquentes, souvent un faible niveau de formation (scolarité obligatoire), présentant une forte proportion d'étrangers et de rares réussites en matière de réadaptation (21 %) ;
- et, enfin, un groupe d'assurés présentant d'importantes limitations tant psychiques que physiques (13 %), qui sont très limités dans le quotidien, chez qui les premiers problèmes ne sont apparus qu'après l'âge de 25 ans, dont la majorité n'ont suivi que la scolarité obligatoire et dont la réadaptation échoue le plus souvent (13 %).

Pour conclure, on peut dire que l'importance des difficultés et des symptômes pathologiques est très étroitement liée à l'importance des limitations fonctionnelles et du handicap : ce sont pour ainsi dire les deux faces de la même médaille.

Traitement

La majorité des assurés suivent un traitement, le plus souvent chez leur médecin de famille ou chez un psychiatre exerçant dans son propre cabinet (25 %). Mais 20 % des personnes interrogées ne suivent aucun traitement. On peut supposer qu'une partie d'entre elles n'en ont pas besoin, mais qu'un traitement serait peut-être indiqué pour les autres, étant donné l'évolution souvent chronique ou récidivante des troubles psychiques et musculo-squelettiques. Les assurés se sentent très soutenus par leurs thérapeutes, parce que ceux-ci connaissent généralement bien leurs conditions de travail,

leur parcours professionnel et les adaptations qui sont nécessaires à leur poste de travail. Étonnamment, les médecins et les thérapeutes n'ont toutefois eu des contacts avec les supérieurs hiérarchiques que dans un quart des cas (sauf pour les assurés en début de réadaptation, où ils en ont eu dans 40 % des cas). Globalement, 75 % des assurés sont satisfaits ou assez satisfaits de leur traitement. Les insatisfaits sont souvent des personnes atteintes d'une maladie psychique, suivies par leur médecin de famille (ce qui n'implique aucun rapport de causalité).

Si un tiers à 45 % des assurés ne prennent pas de médicaments tous les jours, les autres en prennent généralement plusieurs. Le pourcentage de personnes sans traitement quotidien augmente avec le temps ; il est nettement plus élevé chez celles qui sont réinsérées que chez celles qui ne le sont pas – ce qui reflète aussi le meilleur état de santé des deux premiers groupes. Quelque 20 % des sondés prennent quotidiennement trois médicaments ou davantage. Le problème est que plus ils en prennent, plus ils souffrent d'effets secondaires.

Enfin, les entretiens avec les assurés montrent clairement combien l'expérience de la maladie et des limitations qui y sont liées au quotidien est importante en termes de ressenti. Les personnes concernées sont confrontées à l'incapacité d'incarner leur image d'elles-mêmes et peut-être aussi de réaliser leur projet de vie, et sont donc obligées de se construire de nouvelles perspectives. Un autre point important du vécu est que la maladie et le handicap sont susceptibles d'entraîner de sérieux problèmes dans le couple, et que les thérapeutes et les médecins ne peuvent pas compenser l'isolement et la solitude des assurés, pourtant fréquents. En revanche, ils peuvent s'avérer précieux pour le travail d'élaboration psychique face à la maladie et pour aider les chômeurs à conserver leur estime d'eux-mêmes, ainsi que pour les interventions et la coopération concrètes sur le lieu de travail et dans les contacts avec l'AI. Ceux qui ne s'investissent pas sur ces différents points font l'objet de critiques assez acerbes.

Environnement et soutien social

Le handicap important de la plupart des personnes assurées se répercute moins sur leur intégration sociale que sur leur insertion professionnelle. La moitié à deux tiers d'entre elles réussissent à conserver un réseau social malgré des difficultés parfois majeures. La moitié ont dans leur entourage au moins trois personnes sur lesquelles elles peuvent compter en cas de problème (aide instrumentale) ou des personnes de confiance avec lesquelles elles peuvent parler de problèmes très personnels (soutien moral). En même temps, plus d'un tiers n'en ont pas, soit près de deux fois plus que la population générale. Cette absence est associée à différents facteurs : tout d'abord à la gravité du handicap (plus les limitations fonctionnelles sont importantes, moins les assurés ont des personnes de confiance), puis au type de limitations (en particulier problèmes d'énergie, limitations cognitives, peurs, sautes d'humeur et impulsivité) et, enfin, à la situation en matière de logement (assurés vivant seuls, familles monoparentales et jeunes qui habitent chez leurs parents).

L'entourage peut théoriquement constituer une grande aide pour la recherche d'un emploi. Mais ce constat (quand il est pertinent) vaut pour un certain type d'assurés – peu limités dans leur vie quotidienne, pouvant se faire aider concrètement par leur famille d'origine, leur propre famille, des amis proches, des voisins, d'anciens collègues de travail ou supérieurs hiérarchiques, des connaissances rencontrées dans des associations – beaucoup plus souvent que pour les assurés très limités dans leur quotidien, qui pourtant auraient ou auraient eu particulièrement besoin de cette aide.

Le questionnaire demandait aussi aux assurés de citer les éléments particulièrement favorables à leur équilibre psychique (hormis les mesures thérapeutiques). Il en ressort que les principaux sont la famille, une certaine sécurité financière et un bon logement. Les assurés réinsérés possèdent nettement plus souvent que les non-insérés de telles ressources. Globalement, celles-ci ne s'améliorent pas au

cours du processus de réadaptation ; une amélioration n'est perceptible que pour les assurés qui reprennent par la suite une activité professionnelle. Ce phénomène montre que l'intégration sur le marché du travail ne peut pas être simplement compensée par d'autres « ressources ».

Les assurés AI ne souffrent pas seulement des symptômes de leur maladie et de leurs restrictions professionnelles ; 30 à 40 % souffrent aussi des réactions sociales négatives, telles que mise à l'écart ou incompréhension, sentiment de devoir cacher l'atteinte à sa santé, impression de ne plus faire partie de la société et difficultés financières.

Les personnes atteintes d'une maladie psychique ne sont pas significativement plus mal intégrées socialement que celles présentant des infirmités physiques. Signalons pour finir qu'il existe un petit groupe de personnes (5 à 10 %) qui vivent très isolées et très seules, ne se sentent pas intégrées dans la société et souffrent énormément des réactions sociales négatives ou craignent d'y être confrontées si elles dévoilaient leur situation.

Expérience des mesures de réadaptation de l'AI

Les personnes interrogées ont principalement obtenu des mesures d'intervention précoce et des mesures de reclassement, suivies des mesures de formation professionnelle initiale et des mesures de réinsertion. Les bénéficiaires de mesures d'intervention précoce sont souvent réinsérés, tandis que les assurés non réinsérés ont plus souvent obtenu des mesures de réinsertion et de formation professionnelle initiale. Ces deux dernières mesures constituent fréquemment une condition préalable à la poursuite de l'intégration, mais sont parfois aussi octroyées à des assurés ayant une capacité de travail encore réduite (mesures de réinsertion), alors que les mesures d'intervention précoce se situent plutôt dans le cadre d'un emploi existant – et augmentent les chances de réussite.

Les mesures d'ordre professionnel ont, indépendamment de la réussite de la réadaptation elle-même, une efficacité sur les capacités de travail de base et la confiance en soi. Ces effets positifs sont particulièrement cités par les assurés qui ont suivi une formation professionnelle initiale : les trois quarts disent avoir appris à travailler malgré leurs problèmes, et amélioré tant leur comportement au travail que leur confiance en eux-mêmes. Ils ont aussi été aidés assez souvent dans leur recherche d'emploi. Ils sont devenus plus réalistes dans leur auto-évaluation et plus adéquats dans leurs contacts avec les autres. Un cinquième disent que les mesures ont eu des effets positifs sur leur santé. Les mesures peuvent donc être efficaces pour les assurés même en l'absence de réussite sur le marché du travail.

En ce qui concerne les effets des mesures de réadaptation de l'AI, il faut toutefois mentionner que 30 % des personnes disent qu'elles ne leur ont rien apporté, voire qu'elles ont plutôt aggravé leurs problèmes de santé. C'est surtout l'avis des assurés très handicapés. L'absence d'effets positifs et les effets négatifs pour la santé sont surtout cités dans les cas où il n'y a eu aucune réunion avec le conseiller AI, le médecin ou l'employeur. Il serait nécessaire de faire une analyse plus approfondie de cette corrélation nette entre l'atteinte à la santé durant le processus et l'absence d'échanges.

Pour la majorité des sondés, le dépôt de la demande AI a été un moment difficile, qu'ils ont vécu comme un constat d'échec. Mais, dans l'ensemble, ils jugent l'expérience positive, surtout en ce qui concerne le conseiller de l'office AI ; dans 50 à 60 % des cas, ils estiment que celui-ci était compétent et ont l'impression qu'il s'est beaucoup engagé pour eux. La relation personnelle avec les conseillers AI est donc essentielle, ce que les assurés ont confirmé dans le cadre des entretiens. Pour eux, il est très important d'avoir une bonne relation personnelle, plutôt qu'un contact purement professionnel ou administratif.

Un autre point déterminant pour les assurés est l'impression que l'AI ou le conseiller a cherché une mesure *adaptée* à leurs problèmes spécifiques, centrée sur leurs limitations fonctionnelles et leur potentiel. C'est ce que confirme l'enquête écrite : les personnes réinsérées ont bénéficié deux fois

plus souvent que les non-réinsérées de mesures de réadaptation perçues comme « spécifiques ». De plus, il importe que les conseillers AI écoutent et cherchent à comprendre, mais qu'ensuite ils définissent la marche à suivre et en prennent la direction avec une certaine assurance. Et, pour finir, il est important aussi qu'ils discutent des options avec les assurés et que ceux-ci soient partie prenante dans ce choix. Ce point est essentiel, car de nombreux assurés ont l'impression d'être « à la merci » de l'AI et se sentent contrôlés, et n'ont donc pas le sentiment de pouvoir gérer leur vie eux-mêmes. Ce sentiment n'est pas rare : un quart à un tiers se sont sentis livrés à la bonne volonté des autorités, mis sous pression par l'AI ou ont eu des interlocuteurs qui changeaient tout le temps. Dans les entretiens, certains se sont plaints des délais d'attente trop longs (pour les décisions de l'AI), qu'ils ont qualifiés de démoralisants et paralysants.

Les espoirs, les attentes et les peurs sont très fréquents au début du processus de réadaptation : si quatre assurés sur cinq sont optimistes à ce stade quant à l'utilité des mesures AI pour leur vie professionnelle, la moitié ont peur d'un échec et sont désorientés parce que leur thérapeute et l'office AI ne portent pas le même jugement sur leur situation, ou encore craignent que l'on ne comprenne pas leurs problèmes et leurs possibilités. Plus les assurés sont handicapés, plus ils sont sujets à ces craintes ou sont pessimistes quant à l'utilité des mesures.

Enfin, l'enquête demandait aux assurés leurs expériences avec « l'obligation de réduire le dommage et de collaborer » : dans 10 % des cas l'office AI avait imposé une telle obligation ; la moitié précisait que cette obligation les avait plutôt ou beaucoup aidés ou, au contraire, qu'elle avait eu des effets négatifs. La plupart des personnes à qui l'on a imposé cette obligation et qui l'ont ressentie négativement étaient des assurés fortement limités. On note toutefois que la moitié parlent a posteriori d'un effet positif de cette mise sous pression. Par conséquent, l'usage de ces obligations présente un potentiel et devrait être mieux analysé du point de vue de la réadaptation : dans quelles situations augmente-t-il réellement les chances de réussite et quand est-il contreproductif ?

Situation professionnelle et financière

Le pourcentage d'assurés AI qui indiquent avoir une activité lucrative (quel que soit leur taux d'occupation) s'accroît avec le temps, passant de 40 % au début des mesures à 65 % à la fin, et le pourcentage de personnes au chômage diminue notablement. Mais cela ne signifie pas pour autant que les assurés actifs n'aient plus besoin d'autres sources de revenus : deux tiers d'entre eux ne peuvent pas s'en passer. Ce n'est que dans le groupe des assurés bien réinsérés que 80 % des personnes vivent uniquement de leur activité professionnelle. Comme ce groupe comprend au total un tiers des personnes interrogées, on peut supposer qu'un quart des sondés de l'étude partielle sur la réussite de la réadaptation (80 % d'un tiers) sont aujourd'hui actifs professionnellement *et* indépendants financièrement.

Mais il est possible aussi de parler de réussite, au moins partielle (du point de vue financier), pour d'autres groupes, par exemple les personnes qui travaillent tout en touchant une rente. Ce constat vaut surtout pour les assurés ayant un quart de rente ou une demi-rente AI.

L'agrégation statistique des sources de revenu dont les sondés vivaient en 2017 permet de distinguer, pour l'ensemble des personnes concernées, cinq types de revenus (chiffres non pondérés, donc non directement comparables avec les résultats des deux études partielles) :

- 10 % des sondés vivent principalement de leurs économies, d'une aide privée et, en partie, d'un revenu d'activité lucrative ;
- 7 % touchent une rente, complète ou partielle, et conservent un revenu d'activité lucrative ;

- 15 % touchent une rente AI et n'ont pas de revenu d'activité lucrative, mais perçoivent en plus des prestations complémentaires et/ou une rente de la caisse de pension ;
- le quatrième groupe (un cinquième) comprend des assurés qui vivent souvent du chômage ou de l'aide sociale, ainsi que d'une aide privée ;
- enfin, on trouve un groupe d'assurés (48 %) qui vivent à 90 % de leur activité professionnelle, mais parfois avec le soutien de leur partenaire.

Les assurés relativement peu atteints ou ne présentant que des déficits physiques vivent principalement du revenu de leur activité professionnelle. Inversement, la plupart de ceux qui ont des troubles psychiques ou une combinaison de troubles psychiques et physiques ont besoin d'un revenu de remplacement ou d'un soutien privé.

Entre 2015, année déterminante pour l'attribution au groupe de la réussite de la réadaptation ou à celui de l'échec, et 2017, année de l'enquête, la situation de nombreux sondés a déjà changé en ce qui concerne les revenus. C'est le cas principalement pour ceux qui, en 2015, ne touchaient pas de rente AI et dont le revenu de l'activité lucrative était inférieur à 1000 francs : deux ans plus tard, 30 % touchent une rente. Si l'on considère la situation en termes de revenus, on constate une amélioration financière, surtout pour les sondés qui n'avaient aucun revenu en 2015 ; la moitié d'entre eux disent en avoir un au moment de l'enquête. Chez eux, le processus de réadaptation entraîne donc souvent une amélioration. Par contre, le bilan est plus mitigé principalement pour les sondés ayant un revenu assez élevé, dont certains ont subi des pertes : 42 % gagnent à peu près autant en 2017 qu'en 2015, 30 % gagnent moins et 28 % davantage. Cela signifie qu'au bout du compte, les mesures de l'AI n'améliorent pas le revenu des assurés – mais ne le diminue pas non plus. On observe plutôt, au cours de la réadaptation, une redistribution des sources de revenus et une clarification de la situation : d'une part dans le sens d'un revenu d'activité lucrative et d'une diminution du chômage, d'autre part dans le sens d'un passage à la rente AI et à l'aide sociale, ainsi que d'une diminution de la précarité financière. Un point frappant est la rapidité de cette évolution.

Satisfaction, qualité de vie et perspectives

Les personnes assurées témoignent rarement d'une bonne qualité de vie : pour un peu plus de la moitié, celle-ci est très mauvaise, mauvaise, ou ni bonne ni mauvaise. La différence est très grande par rapport à la population générale suisse, dont seulement 8 % lui attribuent des jugements de cet ordre. Seuls les assurés qui se sont réinsérés estiment avoir une bonne qualité de vie, mais, même chez eux, l'écart avec la population générale est grand.

La qualité de vie n'évolue pas dans le temps, mais diffère nettement selon le résultat de la réinsertion professionnelle. Elle est très étroitement liée aux problèmes de santé, tant psychiques que physiques ; par exemple, 10 % seulement des personnes interrogées qui présentent des difficultés psychiques importantes disent avoir une bonne qualité de vie.

Les assurés sont globalement assez satisfaits en ce qui concerne le logement, la situation familiale et sociale, le traitement et la relation de couple. Mais ils le sont plus rarement de leur situation professionnelle, psychique, physique et financière, autrement dit des domaines qui les ont amenés à demander le soutien de l'AI. La réussite de la réadaptation est fortement corrélée à des notes de satisfaction plus élevées, hormis pour le logement.

Les attentes et les perspectives des sondés évoluent avec le temps : au début du processus de réadaptation, 40 % d'entre eux espèrent une amélioration de leur situation, mais ce pourcentage baisse par la suite.

Globalement, la majorité des assurés ne pense pas que l'avenir aura tendance à s'améliorer. Ce faible pourcentage mérite réflexion, sachant que les personnes interrogées ont généralement une mauvaise qualité de vie, souffrent d'importantes atteintes à la santé et sont en situation d'exclusion. Celles qui sont insatisfaites de leur situation du moment s'attendent plus souvent à une amélioration, notamment en ce qui concerne l'activité professionnelle, la santé psychique, la vie de couple et les finances. Cela signifie que l'insatisfaction peut être productive et stimulante. En même temps, ces assurés insatisfaits s'attendent davantage à ce que leur situation se dégrade, alors que les satisfaits pensent plus souvent qu'elle restera inchangée. Autrement dit, deux groupes se dessinent parmi les assurés insatisfaits : les uns croient (encore) à une amélioration, les autres n'y croient pas (ou plus).

Les sondés qui touchent des indemnités de chômage ou l'aide sociale sont souvent insatisfaits et ont fréquemment des attentes positives concernant leur avenir professionnel et financier, alors que les bénéficiaires de rente AI, principalement, ont très rarement l'espoir que leur situation professionnelle ou financière s'améliore. Enfin, ceux qui sont actifs professionnellement, souvent satisfaits, s'attendent généralement à des changements positifs pour leur avenir. S'agissant des attentes relatives à la santé physique et psychique, on constate que plus les assurés vont mal, moins ils s'attendent à voir leur santé s'améliorer.

Facteurs de réussite de la réadaptation

L'analyse des facteurs de réussite de la réadaptation constituait l'un des principaux objectifs de la présente enquête. Elle a porté sur 70 facteurs de réussite possibles, tirés des caractéristiques disponibles ici (caractères socio-démographiques des personnes assurées, environnement social, traits liés à la maladie et aux limitations fonctionnelles, particularités de la réadaptation et du traitement, etc.). L'analyse montre tout d'abord que, parmi ces caractéristiques, beaucoup sont significatives de manière *univariée* – c'est-à-dire indépendante – et permettent parfois de faire nettement la différence entre réussite et échec de la réadaptation ; c'est le cas, entre autres, non seulement de celles relatives à l'état de santé, au handicap et à la qualité de vie, mais aussi de celles concernant les mesures et les conseillers AI.

Les mesures qui visaient spécifiquement le handicap, qui ont pu accroître le rythme de travail et le taux d'occupation, améliorer le comportement dans le travail et la confiance en soi, ainsi que l'aptitude des assurés à travailler *malgré* leurs problèmes, sont corrélées avec la réussite de la réadaptation. Les autres facteurs importants sont le fait que le conseiller AI, tout comme les responsables des mesures, aient compris la problématique du travail à laquelle fait face la personne, que l'AI l'ait aidée à trouver un emploi et qu'elle l'ait bien soutenue en cas de problème ou de crise. Enfin, mentionnons parmi les autres facteurs de réussite univariés les particularités de la réadaptation, une bonne qualité de vie, peu de difficultés psychiques, l'impression d'avoir le contrôle de sa vie et une bonne santé générale, de même que l'absence de limitations psychiques fonctionnelles majeures.

L'analyse *multivariée* des facteurs qui influent sur la réussite de la réadaptation, tenant compte de toutes les corrélations des variables d'influence entre elles, fait ressortir six facteurs de réussite qui prédisent celle-ci au mieux, indépendamment de tous les autres :

- une mauvaise qualité de vie diminue de 60 % les chances de réussite de la réinsertion professionnelle ;
- une maladie psychique est liée à des chances de réussite réduites d'un facteur 2,2 par rapport à une maladie musculo-squelettique ;
- le manque de flexibilité (perfectionnisme et rigidité) est corrélé à 60 % de chances de réussite en moins ;

- les problèmes liés à l'égalité d'humeur (impulsivité et comportement conflictuel) divisent par deux les chances de réussite ;
- les personnes qui n'ont jamais été licenciées ont 70 % de chances de plus de réussir que les autres ;
- celles qui ont une formation élevée (niveau secondaire ou tertiaire) ont 40 % de chances en plus que les autres.

Ces facteurs de réussite illustrent l'importance du vécu et du ressenti (facteur « qualité de vie »), du type de pathologie (facteur « maladie psychique »), de la personnalité, du comportement au travail et dans les contacts avec autrui (facteurs « manque de souplesse et impulsivité »), du parcours professionnel (facteur « absence de licenciement ») et de la formation.

Changements au cours du processus de réadaptation

L'autre objectif important du projet de recherche était d'analyser l'évolution dans le temps. L'analyse *univariée* des changements survenus durant le processus de réadaptation met là encore en évidence de nombreux facteurs. Les assurés qui soit touchent une rente, soit vivent d'une assurance-vie privée ou d'une rente du 2e pilier sont de plus en plus nombreux, de même que ceux bénéficiant d'un contrat à durée indéterminée. En outre, les limitations au travail et dans le couple, l'accumulation des limitations dans la vie quotidienne, la souffrance subjective, mais aussi l'attente et l'espoir d'une amélioration de la santé, de la situation professionnelle et du traitement, diminuent durant le processus de réadaptation, et les séparations d'avec le partenaire et les enfants, de même que la vie en solitaire, sont de plus en plus fréquentes.

Le résultat de l'analyse *multivariée* ne met en évidence que quatre traits qui évoluent, toutes choses égales par ailleurs, au cours du temps :

- les limitations de l'énergie et de la prise d'initiative multiplient par trois les chances d'avoir affaire à une personne qui commence une mesure ;
- les chances d'avoir affaire à une telle personne augmentent parallèlement à la durée des arrêts de travail l'année précédant l'enquête ;
- ces mêmes chances augmentent de 80 % quand les assurés s'attendent à ce que leur santé physique s'améliore ;
- elles doublent quand les assurés ne vivent pas seuls.

On constate donc qu'avec le temps, les caractéristiques liées à la symptomatologie et au handicap (« énergie, initiative ») et à la capacité de travail (« semaines d'arrêt de travail pendant la dernière année ») s'améliorent, mais que l'espoir (« espère une amélioration de la santé physique ») s'amenuise et que la situation familiale (« vit seul ») se dégrade.

Conclusions des entretiens

L'analyse du contenu des entretiens avec les assurés sélectionnés amène à distinguer trois groupes de sujets de discussion, chacun pouvant être lui-même subdivisé en thèmes principaux et en thèmes secondaires :

- *L'AI (AI en tant qu'autorité, que conseillers AI et que processus de réadaptation) :* les thèmes traités ici ont été le moment difficile que représente le dépôt d'une demande AI, la gratitude envers l'assurance et le découragement dû aux longs délais d'attente, ainsi que l'importance d'une relation personnelle avec le conseiller AI et les composantes utiles du processus de réadaptation telles qu'une instruction détaillée du dossier et des mesures visant à rétablir la confiance en soi, notamment.

- *La personne assurée (personnalité, espoirs et attentes, peurs et sentiments de perte) :* les thèmes abordés ici ont été l'importance, pour la réadaptation, de la prise d'initiative, de la volonté de travailler et de l'ouverture de la personne assurée elle-même, la nécessité d'un travail intérieur d'élaboration, ainsi que les attentes parfois déçues et les fréquentes peurs professionnelles et sociales, notamment.
- *L'environnement (traitement, famille et amis, poste de travail, coopération des acteurs impliqués) :* les thèmes traités ici ont été, entre autres, l'importance du soutien thérapeutique et de l'engagement des médecins et des thérapeutes dans le processus de réadaptation, le soutien décisif que peuvent apporter le partenaire et la famille, le rôle de la transparence au travail et d'une bonne relation avec le supérieur hiérarchique et, enfin, l'accord entre les différents acteurs impliqués.

Recommandations

Les conclusions et les implications de ces résultats sont présentées en détail dans le rapport. Nous citerons ici, sous une forme très simplifiée, les principaux domaines où l'enquête auprès des personnes assurées permet d'envisager des améliorations.

La réadaptation, un processus aussi bien intérieur qu'extérieur

Le dépôt d'une demande de prestations auprès de l'AI représente, dans la vie des assurés, un moment difficile sur le plan professionnel et personnel, qui les oblige à s'adapter aux circonstances extérieures et à faire un travail intérieur d'élaboration. Ces processus doivent être coordonnés, surtout avec les personnes impliquées dans le traitement.

- Coopération d'emblée systématique avec les médecins et les thérapeutes, dès le premier entretien
- Analyse plus précise des effets négatifs sur la santé des mesures d'ordre professionnel et, le cas échéant, création d'incitations et de sanctions à l'adresse des médecins qui ne sont pas disposés à coopérer.

Réussite minime des mesures de réadaptation de l'AI chez les personnes atteintes d'une maladie psychique

- Mise en œuvre du « Développement continu de l'AI » en cours
- Formation des encadrants dans les organes d'exécution, portant sur les principaux symptômes pathologiques et les principales limitations fonctionnelles chez les personnes atteintes d'une maladie psychique ou musculo-squelettique
- Importance cruciale de la relation avec les conseillers de l'AI, de la constance de cette relation et des entretiens individuels : nécessité ici d'adapter le nombre de cas à la charge de chacun des conseillers et d'investir dans leur formation
- Mesures plus spécifiques, assessment amélioré et rendu obligatoire (sauf dans les cas de routine) avant toute planification d'une réadaptation, exploitation de la source d'informations que constitue le parcours professionnel
- Réduction des délais d'attente pour les décisions de l'AI et prise de contact proactive par l'AI avec les assurés
- Abord précoce, dans le cadre du conseil AI, de la question de la peur de l'échec et des souhaits après un reclassement professionnel

- Garantie que les assurés, qu'ils soient atteints de troubles psychiques ou physiques, suivent un traitement général de longue durée, y compris après la réinsertion
- Implication des partenaires des assurés AI et soutien allégeant leur charge
- Attribution plus précise des tâches aux organes d'exécution de l'AI et amélioration de l'instruction
- Poursuite du processus de réadaptation même si les interventions n'aboutissent pas directement à la réinsertion, mais qu'elles ont des effets positifs sur les capacités de travail de base et sur l'image de soi des assurés
- Focalisation encore plus marquée sur les mesures relatives au marché primaire du travail et renforcement de l'aide au placement.

Multiplication des annonces à l'AI par les employeurs

- Obligation des employeurs de s'investir davantage en ce qui concerne les problèmes de santé en entreprise : sensibilisation, formation des cadres et des responsables des ressources humaines, incitations et sanctions financières en cas de non-respect du devoir d'assistance, etc.
- Intensification du travail de relations publiques de la part de l'AI :
  a) les assurés – surtout ceux qui perçoivent une rente – sont des personnes qui ont de réelles limitations ;
  b) l'AI est avant tout une assurance d'intégration et non pas un « constat d'échec ».

Recherche

- Analyse plus fine des effets des obligations en matière de réadaptation (obligation de réduire le dommage et de collaborer)
- Recherche relative aux possibilités de l'ergonomie psychiatrique, délaissée jusqu'ici (aménagements concrets du travail selon la maladie psychique).

Riassunto

Il presente studio espone, per la prima volta con tale ampiezza e profondità, l'esperienza personale degli assicurati con i provvedimenti d'integrazione dell'assicurazione invalidità (AI), la loro percezione rispetto alla propria situazione di vita, e il modo in cui quest'ultima è cambiata nel corso del processo d'integrazione.

Situazione iniziale

Gli studi finora condotti nell'ambito del primo e del secondo programma di ricerca sull'assicurazione invalidità (PR-AI) si sono basati perlopiù su fonti quali dati contenuti nei registri e negli incarti degli assicurati, informazioni contabili, interviste con esperti o documenti interni degli uffici AI. Mancava invece ad oggi una conoscenza ampia e approfondita del punto di vista degli assicurati stessi. Il progetto di ricerca in oggetto si è proposto di colmare questa lacuna con un'indagine presso gli assicurati che fosse significativa per l'intero territorio nazionale. Soltanto gli assicurati che hanno esperito di propria persona un provvedimento d'integrazione o si trovano all'inizio di tale processo possono ad esempio spiegare quali sentimenti, aspettative e timori siano associati a una richiesta di prestazioni dell'AI, che tipo di atteggiamento dei consulenti dell'AI sia stato loro particolarmente d'aiuto, quali benefici o forse anche danni abbiano tratto dai provvedimenti, come vivono il proprio contesto professionale, sociale e privato e in che modo la propria situazione e qualità di vita sia eventualmente cambiata nel corso del tempo.

Obiettivi e quesiti importanti

Con il presente progetto di ricerca l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) persegue due scopi generali:

- *decorso:* rilevare la situazione di vita e lavorativa di beneficiari, sia attuali che precedenti, di provvedimenti d'integrazione dell'AI nel corso del tempo; oltre alla percezione soggettiva del decorso dell'integrazione, vengono contemplati anche la situazione professionale e finanziaria, il contesto sociale, lo stato di salute e la situazione della terapia, le limitazioni nella vita quotidiana, nonché il senso di appartenenza sociale oppure la presenza di sintomi e limitazioni e la percezione dell'esclusione;
- *successo:* analizzare i fattori che hanno influenzato in senso positivo o negativo il buon esito dei provvedimenti d'integrazione; i fattori di successo in esame non devono riguardare soltanto il processo d'integrazione, ma considerare anche la percezione del comportamento dei medici curanti, dei datori di lavoro e delle persone che vivono nel contesto familiare e sociale ecc.

Per entrambi i filoni dello studio sono rilevati dati sia «esterni» (oggettivi) che «interni» (soggettivi). Inoltre si analizza se, ed eventualmente a che livello, vi siano differenze tra i beneficiari di provvedimenti con limitazioni psichiche e quelli con limitazioni somatiche.

Quesiti principali:

- Come si può descrivere la situazione di vita di beneficiari, attuali e precedenti, di provvedimenti dell'AI (disturbi, limitazioni funzionali, contesto sociale, situazione abitativa, occupazionale e reddituale, stato della terapia)?
- Qual è la biografia familiare e professionale dei beneficiari di provvedimenti e che ruolo ha per il successo del provvedimento?

- In che modo cambiano la situazione socio-professionale, lo stato di salute e le prospettive nel corso dei provvedimenti d'integrazione dell'AI?
- Quali sono i fattori che prospettano meglio di tutti l'esito dell'integrazione?
- Come viene o è stato vissuto il contatto con il/la consulente dell'ufficio AI? Come sono stati percepiti gli altri attori (medici, superiori, esperti di altri provvedimenti di riabilitazione professionale al di fuori dell'AI) e la loro cooperazione?
- Come si presentano lo stato di salute e la situazione sociale dei beneficiari di provvedimenti rispetto a quelli della popolazione svizzera in generale? Qual è il grado di soddisfazione dei beneficiati con la propria situazione, quali sono le loro prospettive per il futuro e come valutano la qualità della propria vita?

Impostazione dello studio, risposte e analisi

I quesiti possono essere raggruppati in due categorie: quelli riguardanti i fattori di successo dell'integrazione professionale e quelli riguardanti il decorso della situazione di vita degli assicurati. Pertanto sono state condotte due indagini caso-controllo distinte e per ciascuna di esse è stato scelto un determinato disegno di studio. Per lo studio particolare 1 («fattori di successo») la popolazione inclusa è costituita da assicurati affetti da malattie psichiche (psicosi, neurosi, disturbi di personalità) e muscoloscheletriche che hanno partecipato a un provvedimento professionale dell'AI (provvedimenti d'intervento tempestivo, provvedimenti di reinserimento e provvedimenti professionali) non più tardi del 2014 e ai quali non sono più stati concessi provvedimenti nel 2015 e nel 2016. Il successo dell'integrazione è stato definito così: nel 2015, reddito da lavoro mensile di almeno 1000 franchi senza riscossione di prestazioni di disoccupazione o di rendite AI. Quale gruppo di controllo sono stati definiti assicurati paragonabili che non hanno soddisfatto almeno uno dei requisiti di successo.

Per lo studio particolare 2 («decorso») sono stati analizzati due gruppi di persone con la stessa malattia, il primo di assicurati ai quali è da poco stato concesso un primo provvedimento professionale dell'AI e il secondo di assicurati possibilmente simili che hanno partecipato a un provvedimento nel 2014. A partire da questi due gruppi abbinati di persone (nuovi ed ex beneficiari) è stato costruito un decorso temporale.

Complessivamente sono state invitate a partecipare all'indagine 4000 persone (circa 1000 persone per ciascun gruppo). Allo studio particolare sui fattori di successo ha partecipato il 25 per cento dei beneficiari integrati con successo e il 25,3 per cento dei beneficiari la cui integrazione non è riuscita. Allo studio particolare sul decorso ha partecipato il 24,7 per cento dei nuovi beneficiari e il 27 per cento degli ex beneficiari. Non ci sono indizi di un'eventuale distorsione della campionatura, ad esempio a causa di un maggior numero di risposte da parte dei beneficiari integrati con successo. Nella valutazione statistica rispettivamente dei fattori di successo e del decorso è stato impiegato, quale strumento centrale, il metodo della regressione logistica.

Infine, sono stati condotti colloqui di approfondimento con 20 dei partecipanti, selezionati tenendo conto di tutti i gruppi di persone: beneficiari integrati con successo o meno, nuovi ed degli ex beneficiari di un provvedimento e infine persone affette da malattie psichiche e da malattie muscoloscheletriche. I colloqui sono stati valutati tramite l'analisi del contenuto in un processo comune a più fasi.

Risultati

Qui di seguito si procede innanzitutto a una descrizione dei partecipanti all'indagine, compresa la loro biografia familiare e professionale, per fornire poi indicazioni su malattia e limitazione, nonché sulla

situazione di vita sociale e professionale. Viene descritto inoltre come gli assicurati hanno vissuto i provvedimenti d'integrazione dell'AI e qual è attualmente il loro grado di soddisfazione con la propria vita. Infine vengono esposte le conoscenze tratte dai colloqui con assicurati selezionati e riassunte le analisi sui fattori di successo per l'integrazione professionale, nonché i cambiamenti intervenuti nel corso del tempo.

Descrizione dei partecipanti all'indagine

Complessivamente hanno partecipato all'indagine 916 assicurati ai quali era stato concesso un provvedimento professionale dell'AI. Per quanto riguarda il genere, la cittadinanza e la regione linguistica, la distribuzione tra gli assicurati è simile a quella nella popolazione complessiva, mentre ci sono differenze rispetto al livello d'istruzione e al settore lavorativo: i partecipanti dispongono più frequentemente di un diploma della scuola dell'obbligo e più raramente di un titolo di studio terziario; inoltre, prima della richiesta di prestazioni dell'AI hanno lavorato più frequentemente nell'industria (un terzo rispetto a un quarto della popolazione attiva complessiva). Confrontando il settore con il successo dell'integrazione emergono tre settori/situazioni: fra i decorsi di successo è rappresentato più frequentemente il settore edilizio, mentre s'incontrano più raramente il settore alberghiero e quello della «formazione» (persone che seguono una formazione) – questo dato accenna alla situazione difficile in cui versano spesso i giovani assicurati AI.

Emergono inoltre differenze nette tra la Svizzera latina e quella tedesca: la quota degli assicurati con cittadinanza estera, che hanno terminato al massimo la scuola dell'obbligo e sono affetti da malattie muscoloscheletriche è nettamente più elevata nella Svizzera latina.

Il successo dell'integrazione negli uffici AI della Svizzera latina tuttavia non si distacca da quello registrato negli uffici AI della Svizzera tedesca, il che è probabilmente collegato al fatto che gli effetti si annullano a vicenda: mentre la cittadinanza estera e un basso livello d'istruzione sono correlati all'insuccesso professionale, le malattie muscoloscheletriche (a differenza di quelle psichiche) sono connesse al successo professionale. Complessivamente, dopo aver partecipato a provvedimenti professionali dell'AI, un terzo degli assicurati AI soddisfa effettivamente i requisiti di successo qui applicati – anche in questo caso, come per tutti i risultati che seguono, si tratta di un valore ponderato che riflette la situazione reale (inizialmente al momento della campionatura era stata considerata la stessa percentuale di assicurati con e senza successo, ossia il 50/50 %).

Nel corso del tempo si registra un aumento di chi vive da solo e delle famiglie monoparentali, vale a dire che durante il processo di integrazione AI aumentano le separazioni.

Il tipo di infermità (muscoloscheletrica vs. psichica) fa la differenza per molte delle caratteristiche menzionate: gli assicurati che occupano una posizione di quadro, hanno un titolo di studio terziario o hanno concluso solo la scuola dell'obbligo, lavorano o hanno lavorato nel settore dei servizi soffrono perlopiù di malattie psichiche. La frequente mancanza di una formazione superiore è probabilmente riconducibile alla giovane età in cui si è manifestata la malattia: tanto più precoce è l'inizio della malattia, quanto più basso è il livello d'istruzione.

Biografia familiare e professionale

Gli assicurati hanno risposto a domande su eventuali problemi nella famiglia di origine e nella loro biografia scolastica e professionale; sono stati inoltre rilevati il grado di incapacità al lavoro nel corso dell'anno precedente l'inchiesta e l'eventuale riscossione in passato di indennità di disoccupazione e aiuto sociale.

Circa un terzo degli assicurati vede un nesso tra fattori di stress nel contesto familiare e successivi problemi lavorativi. È il caso soprattutto degli assicurati con malattie psichiche, che descrivono

relativamente spesso fattori di stress precoci, tra cui con particolare frequenza un comportamento imprevedibile e impulsivo dei genitori, un'educazione eccessivamente severa, un atteggiamento iperprotettivo, violenza nonché malattie psichiche nei genitori.

Numerosi assicurati (fra cui di nuovo particolarmente spesso persone affette da disturbi psichici) riferiscono di problemi nella propria biografia scolastica e professionale. Circa la metà degli interpellati riferisce di conflitti con i colleghi di lavoro e i superiori in precedenti rapporti di lavoro, episodi di bullismo a scuola, durante l'apprendistato o sul posto di lavoro, esperienze di licenziamento e di sovraccarico di lavoro e responsabilità o prolungati periodi di incapacità lavorativa su posti di lavoro precedenti. Circa il 30 per cento degli assicurati con disturbi psichici ha inoltre interrotto precocemente una formazione professionale: una percentuale nettamente al di sopra della media di interruzione degli apprendistati registrata in Svizzera.

A seconda dello studio particolare, tra il 60 e il 70 per cento degli assicurati ha vissuto periodi di disoccupazione o dipendenza dall'aiuto sociale. Nel corso dei provvedimenti dell'AI aumenta la quota dei beneficiari di indennità di disoccupazione e dell'aiuto sociale; ma anche in questi casi è determinante il successo professionale di chi ha partecipato al provvedimento: fra i partecipanti con un reddito da lavoro (parziale) aumenta la quota dei disoccupati, mentre fra i partecipanti senza reddito da lavoro aumenta la quota dei beneficiari dell'aiuto sociale.

Se si considera l'entità di incapacità al lavoro nell'anno precedente all'inchiesta, gli assicurati integrati con successo nel 2015 hanno presentato un'incapacità al lavoro media di 7 settimane nel 2016, quindi nettamente inferiore a quella degli assicurati la cui integrazione non è riuscita (16 settimane).

I risultati mostrano che la biografia lavorativa può avere un valore prognostico e non di rado emerge un certo pattern che dalla prima biografia familiare si estende a quella lavorativa e alla situazione attuale. Conoscere i problemi tipici della biografia lavorativa sarebbe d'importanza centrale per la pianificazione dell'integrazione, perché a causa della lunga durata o della persistenza delle limitazioni si può presumere che gli stessi problemi si ripresenteranno in futuro.

Salute, malattia e limitazioni

Circa il 55 per cento degli interpellati soffre di una malattia psichica – una psicosi, un disturbo neurotico o di personalità – e il 45 per cento di una malattia muscoloscheletrica. Il successo dell'integrazione dipende chiaramente dal tipo di malattia: il 45 per cento degli interpellati con malattie muscoloscheletriche è riuscito nell'integrazione, mentre lo stesso vale soltanto per il 25 per cento degli assicurati con disturbi psichici; l'integrazione non è riuscita con particolare frequenza nel caso degli assicurati con disturbi psicotici.

Lo stress derivante dalle condizioni fisiche e psichiche è molto elevato in entrambi i casi: stando alle affermazioni degli interpellati, il 90 per cento circa soffre di disturbi fisici molto forti, due terzi di disturbi psichici di media o grave entità, l'80 per cento di un livello energetico e vitale medio o basso, il 60 per cento è poco convinto di poter influenzare la propria vita (convinzione del controllo) e soltanto un terzo indica di essere in buona o ottima salute, mentre nella popolazione svizzera in generale questa quota è superiore all'80 per cento. I beneficiari di provvedimenti presi in esame sono un gruppo di persone fortemente selezionato.

Le persone in condizioni di salute generali buone ed esposte a pochi fattori di stress psichico e fisico risultano più spesso integrate dopo la partecipazione a un provvedimento d'integrazione dell'AI. Nel corso del tempo si ha un miglioramento della salute fisica, una riduzione dello stress psichico e un lieve miglioramento delle condizioni di salute generali. I disturbi fisici invece diminuiscono soltanto di poco nel corso del tempo.

Tra i disturbi psichici e somatici esiste a sua volta una forte correlazione. L'80 per cento degli assicurati con disturbi psichici soffre anche di disturbi fisici e il 60 per cento degli assicurati con malattie muscoloscheletriche ha problemi psichici. Questo vale in particolar modo per le persone esposte a molti fattori di stress: gli assicurati esposti a «elevati» problemi psichici hanno quasi sempre anche disturbi fisici «forti». I quadri con problemi esclusivamente psichici o fisici sono un'eccezione. Tra gli assicurati con notevoli problemi psichici e fisici il successo sul lavoro è particolarmente raro e di conseguenza è molto frequente il versamento di una rendita.

Il numero di assicurati fortemente limitati nella vita quotidiana è considerevole e le limitazioni riguardano non soltanto il lavoro, ma anche la vita di coppia, il contatto con gli amici, la gestione dell'economia domestica e il disbrigo di questioni amministrative o le attività del tempo libero fuori casa: tra il 25 e il 50 per cento degli assicurati riferisce di essere fortemente limitato.

Gli interpellati hanno risposto a domande, oltre che sui fattori di stress/sintomi, anche sulle limitazioni funzionali attuali. Gli assicurati presentano forti limitazioni mediamente in 7 delle 16 aree funzionali, in particolare nel sollevamento e supporto di carichi, per quanto riguarda l'equilibrio emotivo, il perfezionismo / i tempi richiesti sul lavoro e la posizione seduta o in piedi per lungo tempo. Mentre nel caso dei deficit funzionali di tipo somatico il successo dell'integrazione è influenzato soprattutto dal bisogno di più pause a causa dei dolori, nel caso dei deficit di tipo psicologico sono importanti quasi tutte le limitazioni psicosociali, soprattutto il livello energetico e l'iniziativa personale, le limitazioni cognitive, i timori, la mancanza di equilibrio e l'impulsività, il perfezionismo, la mancanza di flessibilità e il comportamento evitante.

Dall'analisi statistica dei deficit funzionali emergono cinque tipi di assicurati AI:

- un gruppo composto da persone con limitazioni relativamente poco numerose e specifiche (30 %): si tratta spesso di persone con un buon livello d'istruzione, di sesso maschile, senza forti limitazioni nella vita quotidiana e con buone probabilità di successo dell'integrazione;
- un gruppo composto da persone con deficit esclusivamente psichici (20 %): spesso fortemente limitate nella vita quotidiana, i cui problemi sono iniziati precocemente a scuola, durante la formazione o sul lavoro e con probabilità di successo nell'integrazione media (34 %);
- un gruppo di persone con limitazioni esclusivamente somatiche (18 %): poco limitate nella vita quotidiana, i cui problemi sono iniziati tardi, spesso in possesso di un titolo di scuola secondaria e quasi sempre in grado di integrarsi (nel 61 % dei casi);
- un gruppo di persone con limitazioni soprattutto somatiche, alle quali sopravvengono tuttavia anche deficit psichici (19 %): relativamente spesso molto limitate nella vita quotidiana, con un basso livello d'istruzione (scuola dell'obbligo), con un elevato tasso di stranieri; l'integrazione riesce solo raramente (nel 21 % dei casi);
- un gruppo composto da persone con limitazioni psichiche e somatiche molto forti (13 %): molto limitate nella vita quotidiana, ,i primi problemi sorte dopo i 25 anni con la quota più elevata di persone con istruzione solo obbligatoria; l'integrazione riesce molto raramente (13 %).

Emerge inoltre che la portata dei problemi/sintomi della malattia è strettamente correlata all'entità delle limitazioni funzionali ossia alla disabilità. Si tratta in un certo senso dei due lati della stessa medaglia.

Stato della terapia

La maggioranza degli assicurati è in cura medica, perlopiù presso il medico di famiglia o uno psichiatra indipendente (25 %). Un altro 20 per cento circa non segue invece alcuna cura. Per una parte di questi

ultimi si può presumere che attualmente non abbia bisogno di cure, mentre per gli altri ciò sarebbe probabilmente opportuno, visto che le malattie psichiatriche e muscoloscheletriche presentano spesso un decorso cronico o periodico. Anche perché gli assicurati si sentono decisamente sostenuti dal loro terapeuta, che ne conosce la situazione lavorativa e biografia professionale e sa quali sono gli adeguamenti necessari del posto di lavoro. Colpisce invece il fatto che soltanto nel 25 per cento dei casi i medici curanti hanno avuto un contatto con il/la superiore del paziente (sono un'eccezione gli assicurati che si trovano all'inizio del processo di integrazione dell'AI, nel cui caso vi è un contatto nel 40 % circa dei casi). Complessivamente il 75 per cento degli assicurati è piuttosto o molto soddisfatto dello stato della propria terapia. Nel caso di quelli che non sono soddisfatti, si tratta spesso di assicurati con disturbi psichici che si trovano in cura presso il medico di famiglia; questa costatazione non implica tuttavia alcun nesso causale.

Tra il 33 e il 45 per cento degli assicurati non assume farmaci quotidianamente, mentre gli altri ne assumono perlopiù diversi al giorno. La quota delle persone che non assumono farmaci quotidianamente aumenta nel corso del tempo ed è molto più elevata fra gli assicurati integrati con successo che fra quelli che non sono riusciti a integrarsi, il che riflette anche il fatto che questi due gruppi godono di uno stato di salute migliore. Circa il 20 per cento degli interpellati assume ogni giorno almeno tre farmaci. Il problema è che con il numero dei farmaci assunti cresce anche la probabilità di soffrire di effetti collaterali.

Dai colloqui con gli assicurati emerge inoltre chiaramente quanto l'esperienza della malattia e delle limitazioni che ne derivano nella vita quotidiana incidano sul vivere. Gli interessati si trovano confrontati con il fatto di dover rivedere l'immagine di sé e forse di non riuscire più a realizzare il proprio progetto di vita, motivo per cui saranno costretti a costruirsi una nuova prospettiva di vita. Un altro punto importante al riguardo è che la malattia e la limitazione possono comportare notevoli problemi con il/la partner. I medici curanti sono d'aiuto in questo contesto. Ciononostante non possono compensare l'isolamento sociale e la solitudine che non di rado colpiscono questi assicurati. Sono invece d'importanza centrale per l'elaborazione della malattia da parte del paziente (avere la conferma di valere anche senza attività lucrativa) e riguardo agli interventi concreti sul posto di lavoro e la cooperazione con il datore di lavoro, nonché il contatto con l'ufficio AI. I medici curanti che non si impegnano in questo senso sono visti in modo critico.

Contesto e sostegno sociale

La notevole limitazione della maggior parte degli assicurati incide meno sul contesto sociale, rispetto a quanto accade per quello professionale. Nonostante i problemi in parte molto seri, tra la metà e i due terzi degli assicurati riescono a mantenere una rete sociale. Circa la metà ha almeno tre persone «affidabili» nella sfera privata su cui può fare affidamento in caso di problemi (aiuti strumentali) e la stessa quota ha una persona di fiducia con cui parlare di argomenti molto personali (aiuti emotivi). Nel contempo oltre un terzo degli interpellati sente la mancanza di una persona di fiducia, il che corrisponde al doppio riscontrabile nella popolazione complessiva. Questo a sua volta è collegato con la gravità della limitazione: tanto più forti sono le limitazioni funzionali, quanto più spesso manca una persona di fiducia. Anche il tipo di limitazione è un tratto distintivo: gli interpellati con uno scarso livello energetico, limitazioni cognitive, timori, instabilità emotiva e impulsività sentono particolarmente spesso la mancanza di una persona di fiducia. Altri gruppi di persone che ne sentono molto frequentemente la mancanza sono gli assicurati che vivono da soli, genitori singoli e i giovani che vivono con i genitori.

In teoria il contesto sociale può essere di grande aiuto anche per la ricerca di un posto di lavoro. Ma se ciò è vero, lo è caso mai soltanto per gli assicurati che soffrono di pochi deficit nella vita quotidiana:

questi hanno più spesso la possibilità di ricorrere al sostegno concreto della famiglia di origine, della propria famiglia, di amici stretti, vicini, ex colleghi di lavoro e superiori o compagni di associazioni, rispetto agli assicurati che soffrono di limitazioni forti nella vita quotidiana e avrebbero o avrebbero avuto particolarmente bisogno di un tale aiuto.

Agli assicurati è stato chiesto inoltre di quali risorse, oltre al trattamento/alla terapia, essi dispongano per sentirsi equilibrati: la più importante è la propria famiglia, seguita da una certa sicurezza finanziaria e una buona situazione abitativa. Gli assicurati integrati con successo riferiscono molto più spesso di avere a disposizione risorse di questo tipo, rispetto agli assicurati la cui integrazione non è riuscita. Nel corso del processo d'integrazione, la disponibilità di siffatte risorse non migliora nel suo complesso. Un miglioramento è stato riscontrato esclusivamente per gli assicurati che in seguito hanno iniziato un'attività lucrativa. Da questo si può desumere che l'integrazione nel mercato del lavoro non può essere compensata semplicemente con altre «risorse».

Gli assicurati AI non soffrono soltanto dei sintomi della propria malattia e limitazione professionale, ma il 30-40 per cento di loro subisce la percezione di reazioni sociali negative, quali l'esclusione o l'incomprensione sociale, la sensazione di dover nascondere la propria limitazione o di non-appartenenza sociale, nonché preoccupazioni finanziarie.

Gli assicurati con disturbi psichici non sono meno integrati in modo significativo degli assicurati con infermità somatiche. Infine occorre menzionare un altro gruppo circoscritto (circa 5-10 %) di persone, molto solitarie e probabilmente anche molto sole, che non si sentono appartenere alla società e soffrono di reazioni sociali negative o le temono se rivelassero la propria situazione.

Esperienze fatte con i provvedimenti d'integrazione dell'AI

Gli interpellati hanno beneficiato particolarmente spesso di provvedimenti d'intervento tempestivo e di riformazione professionale, seguiti da provvedimenti di prima formazione professionale e di reinserimento. I provvedimenti d'intervento tempestivo sortiscono spesso il successo desiderato, ma se ciò non è il caso, si svolgono spesso provvedimenti di reinserimento e prime formazioni professionali. I provvedimenti di reinserimento e i provvedimenti di prima formazione professionale sono spesso impiegati a titolo preparatorio per l'ulteriore integrazione e in parte nel caso di assicurati che dispongono di una capacità al lavoro troppo bassa (provvedimenti di reinserimento). L'intervento tempestivo, invece, si inserisce spesso in un rapporto di lavoro esistente, il che ne aumenta la probabilità di successo.

I provvedimenti professionali sortiscono un effetto positivo sulle capacità lavorative di fondo e sull'autostima a prescindere dal successo dell'integrazione. Tali effetti positivi vengono menzionati particolarmente spesso dagli assicurati che hanno svolto una prima formazione professionale. Circa tre quarti di essi riferiscono di aver imparato a lavorare nonostante i problemi e di essere stati in grado di migliorare il proprio comportamento lavorativo e la propria autostima. Relativamente spesso hanno ricevuto anche sostegno per il collocamento. Sono inoltre più realistici nell'autovalutarsi e il loro comportamento interazionale è diventato più adeguato. Circa il 20 per cento afferma che i provvedimenti hanno avuto un effetto benefico sulle condizioni di salute. I provvedimenti possono dunque avere un effetto positivo sugli assicurati anche nel caso in cui non diano l'esito desiderato sul mercato del lavoro.

Riguardo agli effetti dei provvedimenti d'integrazione dell'AI occorre tuttavia notare che circa il 30 per cento degli interpellati afferma di non aver tratto alcun beneficio o di essere addirittura rimasto danneggiato dai provvedimenti. Questa situazione viene descritta soprattutto dagli assicurati con limitazioni più marcate. La mancanza di utilità dei provvedimenti o un effetto dannoso degli stessi per la salute sono stati menzionati particolarmente spesso nei casi in cui non si è mai svolto un colloquio tra

consulente dell'AI e medico o datore di lavoro. L'esistenza di una correlazione così netta tra il danno alla salute e la mancanza di scambi durante la procedura dovrebbe dare impulso a ulteriori accertamenti.

Per la maggior parte degli interpellati la richiesta di prestazioni AI è stato un momento critico nel quale si sono sentiti «falliti». Ciononostante nell'indagine gli interpellati riferiscono quasi sempre di esperienze positive, soprattutto in riferimento al/alla consulente dell'ufficio AI, che è stato/a percepito/a come competente e impegnato/a nel 50-60 per cento dei casi. Il rapporto personale con il/la consulente AI è centrale. Ciò emerge anche dalle affermazioni fatte al riguardo dagli assicurati intervistati. Infatti, per loro è di grande importanza un buon rapporto personale (invece di un contatto meramente professionale/amministrativo).

Per gli assicurati è determinante avere l'impressione che l'AI ovvero il/la consulente abbia cercato un provvedimento *adatto*, focalizzato sulle limitazioni funzionali e sul potenziale che essi presentano. L'indagine scritta lo conferma: gli assicurati integrati con successo hanno percepito i provvedimenti d'integrazione come «specifici» più del doppio delle volte rispetto agli assicurati la cui integrazione non è riuscita. È inoltre importante che i consulenti AI sappiano ascoltare e cerchino di comprendere, prima di fissare il modo di procedere e assumere la guida con una certa fiducia. Infine è essenziale che il/la consulente AI discuta le opzioni con l'assicurato e proceda in modo partecipativo, perché molti assicurati si sentono in balia dell'AI e hanno una scarsa convinzione di controllo ossia la sensazione di poter gestire la propria vita autonomamente. Questo vale per molti assicurati: da un quarto a un terzo si è sentito in balia di un'autorità e sotto pressione e ha subito diverse sostituzioni del/della consulente. Inoltre nei colloqui i lunghi periodi di attesa (delle decisioni AI) vengono descritti come demoralizzanti e paralizzanti.

L'inizio del processo d'integrazione AI è associato molto frequentemente a speranze, aspettative e timori: se quattro su cinque assicurati sono ottimisti riguardo all'utilità del provvedimento AI per il lavoro, contemporaneamente circa la metà ha paura di fallire nella esecuzione dello stesso, si sente insicura perché il terapeuta e l'ufficio AI danno due valutazioni diverse della situazione e teme che i suoi problemi e le sue opportunità non vengano compresi. La presenza di timori o pessimismo riguardo all'utilità del provvedimento aumenta in proporzione all'importanza delle limitazioni.

Infine agli assicurati è stato chiesto se hanno avuto esperienze con l' «obbligo di ridurre il danno e di collaborare» da parte dell'ufficio AI. Circa il 10 per cento degli assicurati afferma di aver subito tale imposizione: per la metà di loro ciò li ha piuttosto/molto aiutati, per l'altra metà danneggiati. Sia gli assicurati cui quest'obbligo è stato imposto precocemente sia quelli che lo hanno vissuto più spesso in modo negativo sono perlopiù persone con limitazioni piuttosto gravi. È tuttavia degno di nota che comunque circa la metà riferisca a posteriori di un effetto positivo di tali misure di pressione. L'impiego di questi obblighi ha dunque del potenziale e dovrebbe essere analizzato più approfonditamente in un'ottica riabilitativa: in quali situazioni è atto ad aumentare veramente la probabilità di successo dell'integrazione e in quali è piuttosto controproducente?

Situazione professionale e finanziaria

La quota degli assicurati AI che indicano di svolgere un'attività lucrativa (indipendentemente dalla misura) migliora nel corso del tempo, passando dal 40 per cento all'inizio dei provvedimenti al 65 per cento alla conclusione degli stessi, mentre la quota dei disoccupati diminuisce nettamente. Ciò non significa tuttavia che gli assicurati con un'attività lucrativa non dipendano più da altre fonti di reddito: due terzi degli assicurati continuano infatti ad averne bisogno. Soltanto nel gruppo degli assicurati integrati con successo l'80 per cento si finanzia esclusivamente tramite il reddito da lavoro. Dato che questo gruppo ammonta complessivamente a un terzo degli interpellati dello studio particolare «fattori

di successo», si può dunque ritenere che circa un quarto di questi ultimi (l'80 % di un terzo) oggi svolga un'attività lucrativa *e* sia indipendente a livello finanziario.

Ma anche per altri gruppi, per esempio quello dei beneficiari di una (frazione di) rendita che esercitano un'attività lucrativa, si può presupporre un successo (finanziario) almeno parziale dell'integrazione. Questo vale soprattutto per gli assicurati con una quota di rendita AI esigua.

Il raggruppamento statistico delle fonti di reddito con cui gli interpellati hanno provveduto al proprio sostentamento nel 2017, suddivide l'insieme dei partecipanti all'indagine secondo cinque tipi di reddito personale (valori non ponderati e dunque non direttamente confrontabili con i risultati dei due studi particolari):

- Il 10 per cento circa degli interpellati vive di risparmi, sostegno privato e in parte di un reddito da lavoro.
- Il 7 per cento circa percepisce una (frazione di) rendita e in più ha un reddito da lavoro.
- Il 15 per cento circa percepisce una rendita AI senza reddito da lavoro, e in parte prestazioni complementari e una rendita della cassa pensioni.
- Il quarto gruppo (circa il 20 %) comprende gli assicurati spesso sostenuti dall'assicurazione contro la disoccupazione, l'aiuto sociale e fonti private.
- Infine vi è un gruppo di assicurati (48 % ca.) che vivono esclusivamente del proprio reddito da lavoro (al 90 %) e sono sostenuti in parte dal/la proprio/a partner.

Gli assicurati con limitazioni relativamente esigue o deficit esclusivamente somatici provvedono al proprio sostentamento prevalentemente mediante il reddito da lavoro. Gli interpellati con problemi psichici o problemi sia psichici che fisici invece dipendono perlopiù da redditi sostitutivi o aiuti privati.

Tra il 2015 (determinante per la suddivisione degli assicurati AI in «integrati con successo» e «assicurati la cui integrazione non è riuscita») e il 2017 (anno in cui è stata svolta l'indagine) la situazione lavorativa degli interpellati è di nuovo cambiata. Ciò vale soprattutto per coloro che nel 2015 non hanno percepito alcuna rendita AI e conseguivano un reddito da lavoro inferiore a 1000 franchi: due anni dopo, il 30 per cento di questi assicurati riceve una rendita AI. Considerata soltanto la situazione reddituale, un miglioramento finanziario risulta soprattutto per gli interpellati che nel 2015 non hanno percepito alcun reddito: circa la metà indica di conseguire un reddito da lavoro al momento dell'inchiesta. Se per queste persone il processo d'integrazione sortisce spesso un miglioramento, gli interpellati con un reddito più elevato in particolare subiscono invece una riduzione. Complessivamente, nel 2017 il 42 per cento degli interpellati ha guadagnato quanto nel 2015, il 30 per cento di meno e il 28 per cento di più. Ciò significa tutto sommato che i provvedimenti dell'AI non hanno né migliorato, né peggiorato il reddito degli assicurati. Nel corso del processo d'integrazione dell'AI si delinea invece una ridistribuzione delle fonti di reddito e un chiarimento della situazione: da un lato verso il conseguimento di un reddito da lavoro e la diminuzione delle indennità di disoccupazione e dall'altro verso la riscossione di una rendita AI e la dipendenza dall'aiuto sociale nonché la diminuzione delle situazioni economiche precarie. È degna di nota la breve durata in cui avviene questa ripartizione.

Soddisfazione, qualità di vita e prospettive

Complessivamente, gli assicurati riferiscono di rado di una buona qualità di vita: poco più della metà definisce la qualità della propria vita in generale da molto scarsa a scarsa o media. La differenza rispetto alla popolazione svizzera in generale è molto grande: di questa soltanto l'8 per cento considera la qualità della propria vita da media a molto scarsa. Solo gli assicurati integrati con

successo percepiscono la propria qualità di vita più spesso come buona, ma anche nel loro caso la differenza rispetto alla popolazione complessiva è notevole.

La qualità di vita non cambia nel corso del tempo, tuttavia si differenza nettamente in base al successo dell'integrazione professionale. La percezione della qualità di vita è strettamente collegata con lo stress sullo stato di salute, ossia l'entità dei problemi psichici e fisici: per esempio, soltanto il 10 per cento degli interpellati con problemi psichici gravi afferma di avere una buona qualità di vita.

In generale, gli assicurati sono piuttosto soddisfatti della propria situazione abitativa, familiare e sociale, del proprio trattamento terapeutico e del proprio rapporto di coppia. Sono invece più raramente soddisfatti della propria situazione professionale, psichica, fisica e finanziaria, ossia di quegli ambiti che hanno condotto al sostegno AI. Il successo dell'integrazione è decisamente collegato con valori di soddisfazione più elevati nei vari ambiti, esclusa la situazione abitativa.

Le aspettative e le prospettive degli interpellati cambiano nel corso del tempo: all'inizio del processo d'integrazione AI circa il 40 per cento degli assicurati spera nel miglioramento della propria situazione, ma questa quota diminuisce con il tempo.

In generale, la maggior parte degli assicurati non crede che ci possa essere un miglioramento nel futuro. Poiché gli interpellati hanno perlopiù una scarsa qualità di vita, molti problemi di salute e un alto grado di esclusione dal mercato del lavoro, il basso tasso di assicurati dotati di una prospettiva di miglioramento dà da riflettere. Le persone non soddisfatte con la propria situazione attuale si aspettano spesso un miglioramento nel futuro, soprattutto riguardo al lavoro, alla salute psichica, alla vita di coppia e alle finanze. L'insoddisfazione può dunque essere produttiva o avere un effetto stimolante. Nel contempo gli assicurati maggiormente insoddisfatti si aspettano che la loro situazione peggiori in futuro, mentre gli assicurati soddisfatti prevedono più spesso che la propria situazione rimanga invariata. Ciò significa che tra gli assicurati insoddisfatti esistono due gruppi distinti in base alle prospettive per il futuro: il primo crede (ancora) in un miglioramento, il secondo non lo fa (più).

Gli interpellati che percepiscono indennità di disoccupazione o sussidi dell'aiuto sociale sono spesso insoddisfatti e nutrono frequentemente aspettative positive riguardo al proprio futuro professionale e finanziario, mentre soprattutto gli assicurati con una rendita AI si aspettano o sperano raramente in un miglioramento a livello professionale o finanziario nel futuro. Le persone con un'attività lucrativa, più spesso soddisfatte, si aspettano invece piuttosto frequentemente cambiamenti positivi nel futuro. Per quanto riguarda le aspettative nei confronti della propria futura salute fisica e psichica emerge che le prospettive di miglioramento sono tanto più rare, quanto peggiore è lo stato di salute.

Fattori di successo nell'integrazione

L'analisi dei fattori di successo nell'integrazione è un obiettivo fondamentale del presente studio che si è occupato di una settantina di possibili fattori di tutti gli ambiti disponibili (caratteristiche socio-demografiche degli assicurati, contesto sociale, caratteristiche della malattia e limitazioni funzionali, caratteristiche del processo d'integrazione e del trattamento ecc.). Dall'analisi emerge innanzitutto che molte di queste caratteristiche sono *univariate*, ossia di per sé significative e capaci di fare la differenza tra successo e insuccesso dell'integrazione; fra di esse si trovano non soltanto le caratteristiche relative allo stato di salute, la disabilità e la qualità di vita, ma anche quelle dei provvedimenti dell'AI e del/della consulente AI:

i provvedimenti mirati, che tengono conto in modo specifico delle limitazioni, atti ad aumentare il ritmo lavorativo e il grado occupazionale, migliorare il comportamento lavorativo e l'autostima, nonché la capacità degli assicurati di lavorare *nonostante* i problemi (capacità di superare le difficoltà), sono associati al successo dell'integrazione. Altri fattori: il/la consulente AI e gli assistenti negli organi di esecuzione hanno compreso il problema lavorativo, l'AI ha aiutato attivamente a trovare un posto di

lavoro e nel corso dell'integrazione ha fornito sostegno in caso di problemi e crisi. Oltre alle caratteristiche dell'integrazione, fattori di successo univariati di rilevanza sono una buona qualità di vita soggettiva, poco stress psichico, un alto grado di convinzione del controllo, un buono stato di salute generale e ridotte limitazioni funzionali psichiche.

Dall'analisi *multivariata* dei fattori di successo nell'integrazione, che tiene conto di tutte le correlazioni tra le variabili, emergono sei fattori che prospettano meglio di tutti l'esito dell'integrazione a prescindere dagli altri:

- una scarsa qualità di vita riduce la probabilità di successo del 60 per cento;
- una malattia psichica ha una probabilità di successo del 2,2 per cento più bassa rispetto a una malattia muscoloscheletrica;
- una flessibilità ridotta (perfezionismo e mancanza di flessibilità) riduce la probabilità di successo professionale del 60 per cento;
- la mancanza di equilibrio (comportamento impulsivo e conflittuale) comporta una probabilità di successo di due volte minore;
- le persone che non sono mai state licenziate hanno una probabilità di successo del 70 per cento superiore;
- le persone con un livello d'istruzione più elevato (secondario o terziario) hanno una probabilità di successo maggiorata del 40 per cento.

Questi fattori illustrano l'importanza del vivere soggettivo (fattore «qualità di vita»), del tipo di malattia (fattore «malattia psichica»), della personalità, del comportamento lavorativo e interazionale (fattori «flessibilità» e «impulsività»), della biografia lavorativa (fattore «mai licenziato/a») e dell'educazione.

Cambiamenti nel corso del processo d'integrazione

Un altro obiettivo importante è stata l'analisi dei cambiamenti nel corso del tempo. Per quanto riguarda i cambiamenti che avvengono nel processo d'integrazione AI, emergono in primo luogo anche in questo caso numerose caratteristiche *univariate.* Nel corso del tempo cresce il numero di assicurati che beneficiano di una rendita AI, un'assicurazione sulla vita privata o una rendita del 2° pilastro o vengono assunti a tempo indeterminato. Si riducono invece le limitazioni sul posto di lavoro e nella vita di coppia, la somma delle limitazioni nella vita quotidiana, la sofferenza soggettiva, ma anche le aspettative e le speranze che in futuro si verifichi un miglioramento dello stato di salute, della situazione professionale e dello stato della terapia. Cresce inoltre il numero di separazioni dal/la partner e dai figli e aumentano le persone che vivono da sole.

Dall'analisi *multivariata* dei cambiamenti emergono invece soltanto quattro caratteristiche, che, considerati tutti i nessi, si trasformano nel corso del tempo:

- le limitazioni del livello energetico e dell'iniziativa propria fanno triplicare la probabilità che si tratti di un assicurato all'inizio di un provvedimento (nuovo beneficiario);
- con l'aumento della durata dell'incapacità lavorativa l'anno prima dell'indagine cresce la probabilità che si tratti di un nuovo beneficiario;
- quando gli assicurati si aspettano che il proprio stato di salute fisica migliori, la probabilità che si tratti di un nuovo beneficiario aumenta dell'80 per cento e
- quando gli assicurati non vivono da soli, la probabilità che si tratti di un nuovo beneficiario aumenta dell'80 per cento.

Nel corso del tempo migliorano dunque le caratteristiche dei sintomi e della disabilità («energia, iniziativa propria») nonché della capacità lavorativa («numero di settimane di incapacità lavorativa nell'anno precedente») e diminuisce ossia peggiora la speranza («miglioramento atteso dello stato di salute fisico») e la situazione familiare («vive da solo/a»).

Conoscenze tratte dai colloqui

Dall'analisi dei contenuti dei colloqui con gli assicurati selezionati emergono tre gruppi di temi, che si possono a loro volta suddividere in sottogruppi.

- *L'AI (l'AI come autorità, il/la consulente AI e il processo d'integrazione):* in questo contesto sono stati trattati la richiesta di prestazioni AI quale momento critico, la gratitudine nei confronti dell'AI e lo scoraggiamento derivante dai lunghi tempi di attesa. Altri temi sono stati l'importanza di un rapporto personale con il/la consulente AI ed elementi utili nel processo d'integrazione, quali un accertamento approfondito, misure che rafforzano la fiducia in se stessi ecc.
- *La persona assicurata (personalità, speranze e aspettative, timori ed esperienze di perdita):* in questo contesto è stata descritta l'importanza per l'integrazione anche di fattori quali l'iniziativa propria, la volontà di lavorare e l'apertura degli assicurati stessi; è stato inoltre spiegato che l'integrazione comporta un processo di elaborazione interiore. Altri temi sono stati le aspettative in parte disattese, i frequenti timori professionali e sociali ecc.
- *Il contesto (terapia, famiglia e amici, posto di lavoro, cooperazione degli attori coinvolti):* qui è stato tematizzato il fatto che per il processo d'integrazione sono essenziali il sostegno terapeutico e il coinvolgimento del terapeuta nel processo, che il/la partner e la famiglia possono essere un aiuto determinante, che la trasparenza sul posto di lavoro e un buon rapporto con il/la proprio/a superiore possono essere decisivi e infine che è importante che gli attori coinvolti si coordinino fra di loro ecc.

Raccomandazioni

Le implicazioni e le conclusioni tratte da questi risultati sono illustrate il dettaglio nel rapporto. Semplificando notevolmente, dagli indizi forniti dall'indagine presso gli assicurati è emerso un potenziale in particolare negli ambiti esposti di seguito.

L'integrazione quale processo interiore ed esteriore

La richiesta di prestazioni AI è un momento critico nella vita degli assicurati sia a livello professionale che personale e richiede un adeguamento esteriore e un'elaborazione interiore. I due processi devono svolgersi in modo coordinato fra di loro e soprattutto in collaborazione con i terapeuti curanti.

- La cooperazione deve essere sistematica fin dall'inizio, già dal primo colloquio.
- È necessario analizzare più dettagliatamente gli effetti dannosi per la salute dei provvedimenti professionali AI ed eventualmente sviluppare incentivi o sanzioni per i medici che non vogliono cooperare.

Esiguo successo dei provvedimenti d'integrazione AI nel caso delle persone affette da disturbi psichici

- Vanno attuate le misure previste dall'«ulteriore sviluppo dell'AI» in corso.
- Occorre provvedere alla formazione degli assistenti negli organi di esecuzione per quanto riguarda i sintomi essenziali della malattia e le limitazioni funzionali di persone affette da malattie psichiche e muscoloscheletriche.

- Il rapporto con il/la consulente AI, la costanza del rapporto e i colloqui personali sono centrali. Occorre adeguare l'onere derivante dal numero di casi trattati per i consulenti AI e investire nella formazione di questi ultimi.
- I provvedimenti devono essere più specifici, l'accertamento deve essere migliorato e diventare obbligatorio (tranne che nei casi di routine) prima della pianificazione dell'integrazione; la biografia lavorativa deve essere utilizzata quale fonte d'informazioni.
- I tempi d'attesa delle decisioni AI vanno ridotti e l'AI deve prendere contatto con gli assicurati in modo proattivo.
- Nell'ambito della consulenza AI occorre tematizzare precocemente eventuali timori di fallimento e il desiderio di riformazione professionale.
- Occorre garantire che gli assicurati con problemi sia psichici che fisici ricevano un trattamento terapeutico completo e duraturo, portato avanti anche se si presentano i primi successi professionali.
- Dove necessario, bisogna coinvolgere e sgravare i partner degli assicurati AI.
- È necessario dare istruzioni più chiare e conferire mandati più specifici agli organi di esecuzione dell'AI.
- Il processo d'integrazione deve essere portato avanti anche quando gli interventi non portano direttamente all'integrazione, visto che sortiscono comunque un effetto positivo sulla capacità lavorativa di fondo e sull'autostima degli assicurati.
- Occorre focalizzare maggiormente sui provvedimenti nel mercato del lavoro primario e potenziare il sostegno al collocamento.

Maggiore comunicazione dei datori di lavoro agli uffici AI

- Occorre obbligare i datori di lavoro a impegnarsi maggiormente a favore dei problemi di salute in azienda: sensibilizzare e formare i superiori/l'ufficio del personale, creare incentivi finanziari e introdurre sanzioni in caso di mancata osservanza dell'obbligo di assistenza ecc.
- L'AI deve potenziare l'attività di pubbliche relazioni per sensibilizzare sul fatto che
  a) gli assicurati, soprattutto i beneficiari di rendite AI, sono persone con notevoli limitazioni e che
  b) l'AI è prevalentemente un'assicurazione volta all'integrazione e non un «sintomo di fallimento».

Ricerca

- Occorre sottoporre ad analisi approfondita gli effetti riabilitativi degli obblighi (obbligo di ridurre il danno e di collaborare).
- Si raccomanda uno studio sulle opportunità offerte dall'ergonomia psichiatrica finora trascurata (sugli adeguamenti concreti del posto di lavoro alla limitazione psichica del caso).

Summary

This is the first study to show in such depth and breadth how insured persons themselves have experienced invalidity insurance (IV) reintegration measures, how they perceive their lives, and how their lives have altered as a result of the reintegration process.

Background

The basic sources used in previous studies carried out as part of the first and second invalidity insurance research programmes (FoP-IV) comprised mainly registry data, the insured persons' files, accounting data, interviews with experts, and internal documents from IV offices. To date, however, there has been no broad and deep knowledge of the views of the insured persons themselves. The purpose of the present research project is to fill this gap by means of a meaningful survey of insured persons throughout Switzerland. Only insured persons who have actually experienced reintegration programmes or are currently starting such programmes can really say what feelings, expectations and anxieties are triggered when registering with the invalidity insurance office, which behaviour by the invalidity insurance advisers they found particularly helpful, what advantages or perhaps harm accrued to them from the programmes, how they experience their professional, social and private lives, and how their lives and quality of life may have changed during the process.

Objectives and key questions

In the present research project, the Federal Social Insurance Office (FSIO) has two general objectives:

- *Progress over time:* First, the life and work situations of current and former recipients of invalidity insurance reintegration measures are surveyed over time. In addition to perceptions of the reintegration process, this covers the person's occupational and financial situation, social environment, family situation, health and treatment status, limitations affecting daily life, experience of social inclusion, and any symptoms, restrictions and perceived exclusion they may suffer.
- *Success:* Second, the study sets out to investigate which factors have had a favourable or unfavourable impact on the success of the reintegration measures. The success factors to be investigated should not relate only to reintegration, but should also take account of the perceived behaviour of doctors providing treatment, employers, and people in the family and social environment, etc.

In both areas of investigation, both "external" (objective) and "internal" (subjective) data is collected. The study also looks at whether and in what respect (if any) there are differences between programme recipients with mental/psychological as opposed to physical limitations.

The key questions are:

- How may the life situations of current and former recipients of invalidity insurance measures be described (difficulties, functional impairments, social environment, living conditions, employment status and income, treatment status)?
- What has the previous experience of programme recipients been like in terms of family and employment history, and how does this affect the success of the measures?
- To what extent do the recipients' social and professional lives, state of health and outlook alter during the course of the invalidity insurance reintegration measures?
- Which factors are the best predictors of successful reintegration?

- How is or was contact with the adviser from the invalidity insurance office experienced? How were the other participants (doctors, line managers, employment rehabilitation specialists outside the invalidity insurance system) and their input perceived?
- How does the health and social situation of recipients compare with that of the general Swiss population? How satisfied are they with their situation, what are their prospects and how do they assess their quality of life?

Study design, response and analysis

The questions may be summarised in two sets of questions: questions on the success factors for integration in the workplace and questions on the life situations of the insured persons over time. Two separate case-control surveys were therefore conducted, and a case-control design was selected for each of the sub-studies. For Sub-study 1 (“Success factors”), the sample consisted of insured persons with mental (psychoses, neuroses, personality disorders) and musculoskeletal disorders who last participated in an occupational invalidity insurance programme (early intervention measures, integration measures, and occupational measures) in 2014 and were no longer participating in any programmes in 2015 or 2016. “Successful reintegration” was defined as: monthly earned income in 2015 of at least CHF 1,000 and not in receipt of unemployment benefit or invalidity pension. The control group consisted of comparable insured persons who did not meet at least one of the criteria for success.

Sub-study 2 (“Progress over time”) looked at two groups with the same disorders, i.e. insured persons who had recently been approved for an occupational invalidity insurance programme for the first time and insured persons matched as closely as possible who had completed (or “finished”) a programme in 2014. A time sequence was constructed for these two matched groups of people (referred to as “beginners” and “finishers”).

A total of 4000 people were invited to take part in the survey (about 1000 people for each group). Of these, 25% of the successful participants and 25.3% of the unsuccessful participants took part in the survey for the sub-study on success. In the sub-study on progress over time, 24.7% of the beginners and 27% of the finishers participated. There is no evidence of sample bias, such as a higher response from successful participants. The logistic regression method (see Hosmer et al., 2013) was used as the main tool for the statistical analysis of success factors and progress factors.

Finally, more detailed interviews were conducted with 20 survey participants, the selection of whom took account of successful and unsuccessful integration, programme beginners and finishers, and finally insured persons with mental/psychological disorders as well as those with musculoskeletal disorders. The content of the interviews was analysed in a multi-step common process.

Results

In this section, the survey participants are first of all described, including their family and employment histories, information about their illnesses and disabilities, and their social and employment status. There then follows a description of how they experienced the invalidity insurance reintegration programme and how satisfied they currently are with their lives. The findings from the interviews with selected insured persons are then given, and finally the analyses of the success factors for occupational reintegration and the changes over time are summarised.

Description of the survey participants

In total, 916 invalidity insurance claimants approved for participation in an occupational measure relating to their invalidity insurance claim participated in the survey. In terms of gender, nationality and

language region, the distribution of the insured persons is fairly similar to that of the total population, although there are differences in terms of education/training and employment sector: the respondents were less likely to have completed tertiary education and considerably more likely to have left school at the end of their compulsory education, and they were more likely to have worked in industry before claiming invalidity benefit (a third, compared with a quarter of the total working population). A comparison of industries and reintegration success shows that three industries/situations stand out: the construction industry is more frequently represented in the successful outcomes, while the hospitality industry and "training" (people in training) are less frequently represented – which indicates that young invalidity benefit claimants often find themselves in a difficult situation.

Clear differences are seen between the French- and Italian-speaking regions of Switzerland and the German-speaking region: the proportion of insured persons of foreign nationality, with no more than compulsory education and with musculoskeletal disorders is significantly higher in the French- and Italian-speaking regions.

However, reintegration success at invalidity insurance offices in the French- and Italian-speaking regions of Switzerland is no different from that at invalidity insurance offices in German-speaking Switzerland, which probably relates to the way the effects cancel each other out: whereas being of foreign nationality and having a lower level of education correlate with employment failure, musculoskeletal (as opposed to mental/psychological) disorders correlate with employment success. Overall, a third of the insured persons met the success criteria applied in this paper after completing an occupational invalidity insurance programme – this, like all the following results, is a weighted figure which reflects the actual situation (when drawing the sample, 50% of respondents were originally taken from the successful and unsuccessful groups respectively).

Over the course of time, there was an increase in the number of people living alone and in the number of single parents, which indicates that couples were more likely to separate as the invalidity insurance reintegration process progressed.

The type of ailment (musculoskeletal as opposed to mental/psychological) makes a difference for many of the characteristics mentioned: insured persons in senior management roles, those who have completed tertiary education or only compulsory schooling, and those who work or used to work in the services sector are most likely to have a mental/psychological disorder. The fact that many of them did not attend higher education is probably owing to the early onset of illness: the earlier the onset of illness, the lower the educational level of the respondent.

Family and employment history

The insured were asked questions about any problems in their family of origin and their school and employment history. The extent of their incapacity to work in the year preceding the survey and any previous claims for unemployment and social security benefits were also ascertained.

About a third of the insured persons believe there is a connection between early difficulties in the family and later employment problems. This applies to insured persons with mental/psychological illnesses in particular. They refer to early family difficulties relatively frequently, and are particularly likely to mention erratic and impulsive behaviour on the part of their parents, an excessively strict upbringing, being overprotected, and violence, as well as parents with mental illness.

Many insured persons – again, especially those who have mental/psychological illnesses – also report a history of problems at school and at work. Around half of all those surveyed reported conflicts with work colleagues and managers in previous jobs, being bullied at school, during training or at work, being dismissed, being unable to cope with their workload, or experiencing fairly long periods of incapacity to work in previous jobs. Some 30% of mentally ill insured persons also dropped out of their

vocational training prematurely: this is well above the average figure for failure to complete training in Switzerland.

Depending on the sub-study in question, 60-70% of the insured have already had periods of unemployment or dependence on social security benefits. During the course of the invalidity insurance programmes, the proportion of people claiming unemployment or social security benefits rose, which is also associated with the employment success of those completing the programme (“finishers”): finishers with (part-time) earnings are more likely to claim unemployment benefit, whereas those without earnings are considerably more likely to claim social security benefits.

When the extent of incapacity to work in the year preceding the survey is considered, it may be seen that insured persons who successfully reintegrated were unemployed for an average of 7 weeks in 2015 and 2016, which is considerably less than those who did not successfully reintegrate (16 weeks).

The results show that a person's employment history can have predictive value and that a certain pattern often appears, from the early family history through to their employment history and current situation. Awareness of typical problems in employment history would be of key importance for reintegration planning, since the same problems may be expected to reoccur in the future because of long-standing or persistent impairments in many cases.

Health, illness and impairments

About 55% of respondents suffer from a mental illness – a psychosis, neurotic disturbance or personality disorder – and 45% suffer from musculoskeletal disorders. The type of illness makes a significant difference to integration success: 45% of respondents with musculoskeletal illnesses could be successfully integrated, compared with only 25% of insured persons with mental disorders, while those with psychotic illnesses were particularly likely not to be integrated.

The respondents suffer from very considerable health problems, both psychological and physical: about 90% say they suffer from major physical problems, two thirds have medium to high psychological difficulties, 80% have medium or low energy and vitality, and 60% feel that they have little control over their own lives (locus of control), while just one third report good or very good health generally – compared with over 80% of the Swiss population overall. Programme recipients are a highly selected group of people.

Persons in good general health who have minor psychological and physical problems are more frequently integrated following invalidity insurance measures. Over time, they show an improvement in mental health, a reduction in psychological difficulties and a small improvement in general health. On the other hand, physical problems hardly decrease over time.

Mental and physical difficulties are very closely related. 80% of insured persons with mental disorders have physical difficulties, and 60% of insured persons with musculoskeletal disorders have psychological problems. This is particularly true of people with serious problems: insured persons with a “serious” psychological problem almost always have a “major” physical problem at the same time. Problems that are purely mental or purely physical are the exception. Insured persons who are significantly impaired both mentally and physically are particularly unlikely to be successfully employed and are therefore often in receipt of a pension.

There is a large number of insured persons with serious limitations in everyday life, not just at work but also in their relationship with their partner, contact with friends, running a household, and undertaking administrative tasks or leisure activities outside the home – a quarter to a half of insured persons report serious limitations.

Respondents were asked about their current functional impairments as well as their difficulties/symptoms. On average, the insured persons are seriously impaired in about 7 out of the 16 functional areas investigated, particularly lifting and carrying loads, emotional equilibrium, perfectionism/work rate, and sitting and standing for long periods. Whereas the pain-induced need for frequent breaks is particularly relevant to successful integration in the case of physical functional deficits, almost all psychosocial limitations have a significant impact on success, especially energy and initiative, cognitive disabilities, anxiety, emotional volatility, impulsivity, perfectionism, inflexibility and avoidance behaviour.

Statistical analysis of the functional deficits produces five types of invalidity insurance claimant:

- A group with comparatively few (which is not to be understood in absolute terms), specific restrictions (30%) – often well-educated people, male, without major everyday limitations and likely to be successfully integrated.
- A group with exclusively mental/psychological deficits (20%) – often very seriously limited in everyday life and whose problems started early at school, during training or at work, and with average integration success (34%).
- A group with exclusively physical restrictions (18%), with few everyday limitations, late onset of problems, many of whom have obtained a secondary qualification and most of whom (61%) are successfully integrated.
- A group with mainly physical but also some psychological deficits (19%), relatively more likely to have major everyday limitations, often with a low level of education (compulsory schooling only), a high proportion of foreigners and rarely (21%) successfully integrated.
- Also a group with very serious mental and physical limitations (13%), who are usually very restricted in their everyday lives, most of whom did not develop problems until after the age of 25, the highest proportion of whom received compulsory schooling only, and very rarely successfully integrated (13%).

In conclusion it may be seen that the extent of the difficulties/symptoms of illness are very closely connected with the extent of the functional impairments or disability. It is more or less two sides of the same coin.

Treatment status

The majority of claimants are receiving treatment, mostly from a general practitioner or an independent psychiatrist (25%). However, around 20% of respondents are not receiving treatment. It can be assumed that some of these people do not need treatment at present, but it might well be desirable for others in view of the often chronic or recurring mental and musculoskeletal disorders from which they suffer. The insured persons do in fact feel well-supported by their therapists, since the latter are usually familiar with their employment status, employment history and necessary workplace adjustments. It is nevertheless striking that the treatment providers had contact with the insured person's manager in only a quarter of cases (insured persons at the start of the invalidity insurance reintegration process are an exception here, with contact in about 40% of cases). In all, about 75% of the insured persons were fairly or very satisfied with their treatment status. Many of those who were dissatisfied were mentally ill people being treated by their general practitioner, although no causality is implied.

While about a third to 45% of the insured persons do not take medication every day, the rest generally take several types of medication. The proportion of people who do not take daily medication rises over time and is also significantly higher among those who are successfully integrated than those who are

not – which also reflects the better health of these two groups. About 20% of respondents take three or more medications per day. The problem here is that the more medications they take, the more the respondents suffer from side effects.

Finally, the interviews with the insured persons highlight the importance of a person's experience of illness and the associated restrictions on everyday life. Those affected have to confront the fact that their self-image and perhaps their life plan may no longer be accurate or attainable, and that they need to change their outlook. Another important point to bear in mind is that illness and disability can lead to significant problems in a person's relationship with their partner. Although therapists can be an important support here, they cannot compensate for the frequent social isolation and loneliness experienced by the insured people. On the other hand, treatment providers have a valuable role to play in helping the patient cope with their illness, confirming their worth despite being unable to work, suggesting concrete interventions and cooperations in the workplace, and contacting the invalidity insurance office. Treatment providers who do not undertake these tasks tend to be viewed critically.

Social environment and social support

The significant impairment suffered by most of the insured persons affects their social integration less seriously than their employment status. Half to two thirds of the insured persons are able to maintain a social network despite serious disabilities in some cases. About half have three or more "reliable" people around them on whom they can depend when they have problems (instrumental supporters) and the same number have trusted people with whom they can discuss very personal matters (emotional supporters). At the same time, over a third of respondents have no one in whom to confide, which is almost twice as many as in the overall population. Once again, this is related to the gravity of the impairment: the greater the functional limitations, the more common it is for the person to have no one in whom to confide. The type of limitation also makes a difference: respondents who lack drive or suffer from cognitive impairments, anxiety, emotional instability and impulsivity are particularly likely to have no one in whom to confide. Other groups of people who are particularly likely to have no one in whom to confide are those living alone, single parents and young insured persons living with their parents.

Social contacts can in theory be of great assistance when looking for work. However, this applies – if at all – much more frequently to insured persons with minor everyday limitations. They are more likely to be able to ask for practical support from their family of origin, their own family, close friends, neighbours, former work colleagues and managers or fellow club members compared with insured persons who have serious everyday limitations, even though the latter may particularly need such support.

The insured persons were also asked what resources – other than treatment/therapy – are available to help them feel better in themselves. The most important things in this respect were their own family, a degree of financial security and good housing conditions. Successfully integrated respondents were significantly more likely to report having such resources than those who are not integrated. Over the course of the reintegration process, no overall improvement in these resources was evident. An improvement was seen only in those insured persons who went on to become employed. This indicates that integration into the labour market cannot simply be compensated by other "resources".

Invalidity benefit claimants suffer not only from the symptoms of illness and restricted employment, but in 30-40% of cases also from negative social reactions such as social distancing or lack of understanding, the feeling that they must hide their impairment or that they have no place in society, as well as financial worries.

Mentally ill insured persons are not significantly less socially integrated than insured persons with physical infirmities. Overall, it should lastly be mentioned that there is a particular group of people (about 5-10%) who are very alone and probably also very lonely, who do not feel part of society and suffer greatly from negative social reactions, or fear that they would if they were to disclose their situation.

Experiences of invalidity insurance reintegration measures

Respondents were particularly likely to have been offered early intervention and retraining measures, followed by initial vocational training and integration measures. Early intervention measures are often successful, although integration measures and initial vocational training are more common among the unsuccessful insured persons. Integration measures and initial vocational training are often a precondition for further integration, including in some cases for insured persons with limited employability (integration measures). On the other hand, early intervention is often deployed in an existing employment relationship – which increases the likelihood of a successful outcome.

Apart from the question of successful integration, occupational measures have a positive impact on basic employment skills and self-confidence. Positive effects of this kind are particularly often reported by insured persons who have undertaken initial vocational training. Three quarters of these people report that they have learned how to work despite their problems, and were able to improve their employment behaviour and self-confidence. It was also relatively common for them to be given assistance with finding a job. In addition, their self-perception often became more realistic and their interactive behaviour more appropriate. About a fifth said that the measures had a positive effect on their health. Measures can therefore be useful for insured persons even if they are not successful in terms of the labour market.

As regards the impact of invalidity insurance reintegration measures, it should nevertheless be noted that about 30% of respondents said that the measure(s) were of no benefit to them or even damaged their health. This was described by the more seriously disabled insured persons in particular. A lack of benefit or injury to health as a result of invalidity insurance measures were particularly frequently reported by respondents in cases where no joint discussion has ever taken place between the invalidity insurance adviser, doctor or employer. There is a need for further investigation of the clear correlation between injury to health during the process and lack of discussion.

Most respondents experienced registering for invalidity benefit as a critical moment at which they saw themselves as having “failed”. Nevertheless, they mostly report positive experiences in the survey, especially with regard to the advisers at the invalidity insurance office. These advisers were seen as competent and committed in 50-60% of cases. The personal relationship with the invalidity insurance adviser is of key importance. This is also clear from the statements of the insured persons who were interviewed. A good personal relationship (rather than a purely professional/administrative exchange) is very important to the insured persons.

It is also essential for the insured persons to feel that the invalidity insurance office and the adviser have tried to find a *suitable* measure specifically geared to their individual functional impairments and potential abilities. The written survey confirmed this: people who integrated successfully were twice as likely to have benefited from “specific” reintegration measures as those who did not integrate. It is also important for invalidity insurance advisers to listen and try to understand, before then deciding how to proceed and taking the lead with some confidence. Finally, invalidity insurance advisers need to discuss the options with the insured person and adopt a participatory approach. This is a key point, since many insured persons feel at the mercy of the invalidity insurance system and suffer from a low locus of control – that is, they do not feel that they themselves can direct their lives. This affects a

substantial number: a quarter to a third of the insured persons saw themselves as being at the mercy of the authorities, felt put under pressure and experienced frequent changes of adviser. In the interviews, long waiting times (for invalidity insurance decisions) were also described as demoralising and paralysing.

People can have many hopes, expectations and fears at the start of the invalidity insurance reintegration process: although 4 out of 5 insured persons started off feeling optimistic about the benefits of the invalidity insurance measures as regards employment, around a half were also afraid of failing the programme, felt uncertain because the therapist and the invalidity insurance office assessed the situation differently, or feared that nobody understood their problems and opportunities. The more disabled the insured person, the more likely they are to have such fears or to be pessimistic about how useful the measures would be.

Finally, the insured persons were asked about any experience with the “loss reduction and cooperation obligation”. About 10% of the insured persons had this obligation imposed on them by the invalidity insurance office, with about half of them stating that this helped or harmed them to some extent/to a great extent. The more seriously incapacitated insured persons were those most likely to be subject to this obligation and to experience it more negatively. It is, however, worthy of note that even so, around half of them subsequently reported that these (compulsory) measures had a positive effect. The use of such requirements therefore has potential and should be investigated more thoroughly from the perspective of rehabilitation: in what situations do they really increase the success of reintegration programmes, and when are they counter-productive instead?

Occupational and financial situation

The proportion of insured persons who said they were employed (to any extent) improves over time from about 40% at the start of the programme to 65% at the end, and the proportion of unemployed people decreases markedly. However, this does not mean that insured persons who are gainfully employed are no longer reliant on other sources of income: two thirds of all insured persons need further sources of income. Only in the group of successfully integrated insured persons, about 80% finance themselves exclusively from earned income. Since the “successful” group accounts for a third of the total respondents to the sub-study on integration success, about a quarter (80% of one third) can be assumed to be gainfully employed *and* financially independent at present.

However, other groups, such as gainfully employed (partial) pensioners, can be assumed to have achieved successful (financial) reintegration, at least to some extent. This applies in particular to insured persons on a lower rate of invalidity pension.

The statistical grouping of the income sources used by the respondents in 2017 to defray their living costs results in five types of personal income for all respondents (unweighted values, and therefore not directly comparable with the result of the two sub-studies):

- Some 10% of respondents live mainly on savings, private support and partly on earned income.
- Around 7% receive a (partial) pension and also earn some income.
- About 15% receive an invalidity pension and have no earned income, although some draw supplementary benefits and a retirement pension.
- The fourth group (around a fifth) comprises insured persons who are mainly supported by unemployment and social security benefits and private assistance.
- Finally, there is a group of insured persons (about 48%), 90% of whom live exclusively on earned income, although some are supported by their partner.

Insured persons with comparatively minor impairments or purely physical deficits finance their living costs mainly through their earned income. By contrast, respondents with mental impairments or a combination of mental and physical impairments mostly rely on replacement income or private support.

Between 2015, which was the cut-off date for defining the insured persons as “successful” or “unsuccessful”, and the time of the survey in 2017, the employment status of many respondents had changed once again. This applies in particular to those who were not drawing an invalidity pension in 2015 and were earning less than CHF 1000: of these, about 30% were receiving a pension two years later. Looking solely at the income situation, the finances of those respondents who had no earned income in 2015 showed particular improvement, with about half of them stating that they were earning money in 2017. Whereas for these people, the reintegration process often results in improvement, the respondents with a rather higher income were more likely to experience a decline in income. Overall, 42% of respondents earned about as much in 2017 as they had in 2015, 30% earned less and 28% more. This means that on balance the invalidity insurance measures did not actually boost the income of the insured persons – although they did not worsen it either. In fact, there was a redistribution of income sources and a clarification of the situation during the course of the invalidity insurance reintegration process: on the one hand, towards earned income and a decrease in unemployment benefit, and on the other, towards receipt of an invalidity pension and dependence on social security benefits together with a decrease in precarious income situations. The short period of time in which this distribution occurred is striking.

Happiness, quality of life and prospects

Overall, the insured persons rarely report a good quality of life: Just over half the respondents state that their general quality of life is very poor, poor or mediocre. This is in marked contrast to that reported by the general Swiss population: only 8% of the population reports a mediocre to very poor quality of life. Insured persons who were able to be successfully integrated were the only ones more likely to experience a good quality of life, although even for them, there is still a considerable difference compared with the general population.

While quality of life does not alter with the passage of time, successful occupational reintegration makes a significant difference. A person's perceived quality of life is very closely linked to health problems, both mental and physical. For example, only 10% of respondents with serious mental problems say they have a good quality of life.

Overall, the insured persons are relatively happy with their housing conditions, their family and social situation, their treatment and their relationship with their life partner. By contrast, they are less likely to be satisfied with their professional, psychological, physical and financial situation – in other words, with the areas that led to them claiming invalidity insurance benefits. Successful reintegration is consistently linked with higher satisfaction figures, with the exception of living conditions.

The expectations and prospects of the respondents change over time: at the start of the invalidity insurance reintegration process, about 40% of the insured persons hope their situation will improve – a proportion which falls over time.

Overall, the majority of the insured persons do not believe that anything will improve in future. Since the respondents as a group report a poor quality of life, a high level of health problems and significant feelings of exclusion, it is noteworthy that such a low proportion have any expectation of improvement. People who are dissatisfied with their current situation are more likely to expect their situation to improve in the future; this applies in particular to employment, mental health, relationship with life partner, and finances. Dissatisfaction can therefore be productive and motivating. At the same time,

a larger number of dissatisfied insured persons expect their situation to deteriorate in the future, while the satisfied people are considerably more likely to expect their situation to stay the same. This means that the dissatisfied insured persons fall into two groups as regards their future prospects: one group (still) believes things will improve, the other does not (any longer).

Respondents currently in receipt of unemployment or social security benefits are often unhappy and tend to have positive expectations about their future employment and finances, whereas those in receipt of an invalidity pension very rarely have the expectation/hope that anything will improve in the future as regards employment or finances. Lastly, the employed respondents, who often report feeling satisfied, are very likely to hope for positive changes in the future. As regards expectations about future physical and mental health, it may be seen that the worse the insured person's situation, the less likely they are to expect their health to improve in the future.

Factors influencing successful reintegration

Analysis of the factors influencing successful reintegration was a key objective of this study. Around 70 different possible factors were included in the analysis out of all the characteristics available here (sociodemographic characteristics of the insured persons, social environment, illness-related characteristics and functional impairments, characteristics of the reintegration process and treatment, etc.). The analysis shows first of all that a large number of these characteristics are of *univariate* significance (i.e. depend on only one variable) and many differentiate clearly between successful and unsuccessful reintegration, including not only characteristics relating to health, disability and quality of life, but also characteristics of the invalidity insurance measures and the invalidity insurance adviser:

Targeted measures which correlate with successful reintegration are those that were specifically focused on the impairment, increased the work rate and hours worked, improved the insured persons' working behaviour and self-confidence, and increased their ability to work *despite* their problems (coping capacity). Other factors include the invalidity insurance adviser and the case workers in the implementing bodies being able to understand the employment problem, and the invalidity insurance office actively helping the person find a job and providing good support when problems and crises arose during the course of reintegration. Apart from the reintegration characteristics, relevant univariate success factors include a good subjective quality of life, little psychological stress, a high locus of control and good general health, as well as a low level of mental or psychological functional limitations.

Finally, a *multivariate* analysis of the factors influencing reintegration success, taking all correlations between the variables into account, shows that six success factors are the best predictors of reintegration success, independently of all other factors:

- Low quality of life reduces the likelihood of success in the workplace by 60%
- Mental illness reduces the likelihood of success by 2.2 times compared with a musculoskeletal disorder
- Limitations relating to flexibility (perfectionism and inflexibility) are accompanied by a 60% reduction in the likelihood of success in the workplace
- Limitations relating to emotional balance (impulsive, argumentative behaviour) make success about half as likely
- People who have never been dismissed from a job are 70% more likely to achieve success, and
- People with a higher level of education (secondary or tertiary) are 40% more likely to succeed.

These success factors highlight the significance of subjective experience ("quality of life"), type of illness ("mental health disorder"), personality, work behaviour and interactive behaviour ("inflexibility" and "impulsivity"), employment history ("never been dismissed") and education.

Changes over the course of the reintegration process

Another important objective was to analyse changes over time. At first, many characteristics appear to be *univariate* in relation to changes in the invalidity insurance reintegration process. Over time, an increasing number of insured persons start receiving a pension, or benefit from a private life insurance policy, or receive a second pillar pension – or are employed on an unlimited contract. During the course of reintegration, the problems experienced at work and with a life partner, the total number of limitations in everyday life, and the person's subjective suffering all diminish, but their expectations and hopes of improvement in terms of health, employment and better treatment also decline. Furthermore, an increasing number of the insured persons separate from their life partner and children, and more of them live alone.

The result of the *multivariate* analysis of the changes shows only four characteristics which change over time, taking all correlations into account:

- Limitations in terms of energy and initiative make it three times more likely that the person is only at the start of the programme
- As the period of unemployment in the year before the survey increases, so does the likelihood that the person is at the start of the programme
- When insured persons expect their physical health to improve, it is 80% more likely that they are at the start of the programme, and
- When insured persons do not live alone, it is twice as likely that they are at the start of the programme.

Over the course of the programme, characteristics relating to symptoms and disability ("energy, initiative") and capacity to work ("weeks of incapacity to work in the previous year") thus improve, while hope ("expects physical health to improve") and family situation ("lives alone") decline or worsen.

Findings from the interviews

Analysis of the content of the interviews with selected insured persons produces three groups of discussion topics, which could in turn be sub-divided into themes and sub-themes:

- *The invalidity insurance system (the invalidity insurance system as an authority, invalidity insurance advisers and the reintegration process):* Here, discussion centred on how applying for invalidity benefit was a critical moment, as well as on gratitude for invalidity insurance and discouragement as a result of long waiting times. Other topics included the importance of a personal relationship with the invalidity insurance adviser, and helpful elements of the reintegration process such as clear explanations, measures which boost self-confidence, etc.
- *The insured person (personality, hopes and expectations as well as anxieties and experiences of loss):* This topic included descriptions of how initiative, willingness to work and the insured person's own openness towards reintegration are important, and that reintegration is accompanied by an inner process of transformation. Other topics included people's partially disappointed expectations and common professional and social anxieties, etc.
- *The environment (treatment, family and friends, place of work, cooperation of those involved):* This topic included discussion of the fact that therapeutic support and the commitment of the therapists are essential to the reintegration process, that partners and family can be of crucial

assistance, that transparency in the workplace and a good relationship with the line manager can be vital, and finally that effective coordination between all those involved is important.

Recommendations

The conclusions and implications based on these findings are set forth in detail in the report. Greatly simplified, the following areas are among those in which the survey of insured persons indicates scope for potential:

Reintegration as an internal and external process

Registering for invalidity benefit is a critical moment in the life of the insured person, both professionally and personally, and requires an external adjustment as well as internal processing. These processes must occur in a coordinated way, particularly with the therapists providing treatment.

- Systematic cooperation with treatment providers right from the start – beginning at the initial interview
- Accurate investigation of the adverse effects on health of occupational invalidity insurance measures and if possible development of incentives or sanctions for doctors who are not willing to cooperate

Invalidity insurance reintegration measures have a low rate of success with mentally ill persons

- Implementation of the current “Future development of the invalidity insurance system” programme
- Training case workers at the implementing bodies on important symptoms of illness and functional impairments in persons with mental and musculoskeletal disorders
- The relationship with the invalidity insurance adviser is of central importance, as is continuity of the relationship and face-to-face discussions. Here it is necessary to adjust the case load of the invalidity insurance advisers and invest in their training.
- More specific measures, better and (except routine cases) compulsory assessment before reintegration planning, use of employment history as a source of information
- Reduction in waiting times for invalidity insurance decisions and proactive contact with the insured persons by the invalidity insurance office
- Addressing fear of failure and desire for vocational retraining at an early stage of the invalidity insurance consultation process
- Ensuring that insured persons with both mental and physical difficulties receive comprehensive, ongoing treatment which continues even when they are successfully employed
- Involvement of, and reduction of the burden on, partners of invalidity benefit claimants where necessary
- Better instruction and more specific distribution of tasks at the implementing bodies within the invalidity insurance system
- Continuation of the reintegration process if interventions do not directly lead to integration but nevertheless demonstrate positive impacts on the insured person’s basic work skills and self-image
- Even greater focus on measures in the primary labour market and more help with finding a job.

Increased invalidity insurance reporting by employers

- Obligation of employers to do more about health problems in the workplace: raising awareness, training managers/HR, financial incentives and sanctions for failure to demonstrate duty of care, etc.
- The invalidity insurance office needs to communicate more effectively with the public that
  a) insured persons – especially invalidity pension recipients – have significant limitations and that
  b) invalidity insurance is primarily an integration insurance and not a “sign of failure”.

Research

- More detailed study of the rehabilitative effects of compulsory requirements (loss reduction and cooperation obligation).
- Research on opportunities for previously neglected psychiatric ergonomics (concrete work adjustments according to psychological limitation).

1 Ausgangslage, Untersuchungsziele und -fragen

1.1 Ausgangslage

In mehreren Projekten des ersten und zweiten Forschungsprogrammes zur Invalidenversicherung (FoP-IV) wurden bisher mehrfach Wirkungen von Eingliederungsmassnahmen und Einflussfaktoren auf Eingliederungserfolg respektive IV-Berentung untersucht wie auch Typen von Versicherten und ihren Verläufen. Die diesen Untersuchungen zugrundliegenden Quellen bestanden vor allem aus Registerdaten, Versichertendossiers, Abrechnungsdaten, Experteninterviews oder internen Dokumenten der IV-Stellen. Hingegen fehlt bisher eine breite und vertiefte Kenntnis der Sicht der Versicherten selbst.

Dieses Forschungsprojekt will mit einer Befragung der Versicherten nicht nur dazu beitragen, diese Lücke zu füllen, sondern zudem demonstrieren, dass Versicherte selbst ein zentraler Akteur sind und ihnen auch vermehrt eine aktive Rolle im Eingliederungsprozess zugeordnet wird.

Aus der Erfahrung und der Einschätzung der Versicherten zu lernen, ist insofern bedeutsam, weil erstens das subjektive Erleben – Erwartungen, Ängste, Leiden, Perspektiven, Selbstvertrauen, Autonomie und Kontrollerleben, Zugehörigkeit sowie die Wahrnehmung von rehabilitativen Interventionen, von professionellen Beziehungen und von sozialer Unterstützung – Zusammenhänge zeigt zum Erfolg rehabilitativer Massnahmen. Und weil zweitens diese ‚innere' Realität der Versicherten weder zwangsläufig linear mit den ‚äusseren' Gegebenheiten zusammenhängt noch immer deckungsgleich ist mit der Wahrnehmung und Einschätzung der Professionellen.

Dabei spielt nicht einfach die ‚Behinderung' eine Rolle, die dazu führen kann, dass die Wahrnehmung verzerrt ist (beispielsweise eine negative Sicht der Dinge infolge einer depressiven Erkrankung oder eine ‚Opfer'-Perspektive infolge einer Persönlichkeitsstörung). Vielmehr hat die Realität der Versicherten einen eigenen Wert. Nur sie wissen, wie es sich anfühlt, sich bei der IV anzumelden, sich in ein arbeitsrehabilitatives Programm zu begeben, trotz gesundheitlicher Einschränkungen zu arbeiten, eine Partnerschaft oder einen Freundeskreis zu pflegen, Kinder zu haben, sich den Alltag jeden Tag selbst zu strukturieren, Reaktionen ihrer sozialen Umgebung auf ihre Beeinträchtigung oder ihren IV-Status zu verarbeiten etc.

IV-Eingliederungsmassnahmen haben letztlich zum Ziel, gesundheitlich eingeschränkte Personen erwerbsfähig(er) zu machen, aber sie finden statt in einem alltäglichen Umfeld, in dem es sehr viele verschiedene Beeinflussungen gibt: Die Krankheit und die davon ausgelöste Beeinträchtigung, das familiäre und soziale Umfeld, die Behandlungs- und Arbeitssituation, finanzielle Gegebenheiten und Nöte und nicht zuletzt die eigenen Erwartungen, Hoffnungen und Befürchtungen. Die vorliegende Untersuchung kann nicht in allen Bereichen in die Tiefe gehen, aber sie versucht, das Erleben der Versicherten in verschiedenen Bereichen ihres Alltags schwerpunktmässig zu beleuchten und sie auf dem Hintergrund ihrer Beeinträchtigung, ihrer familiären und beruflichen Biografie sowie im Kontakt mit ihrem sozialen Umfeld, ihrem Arbeitsplatz, ihren Behandelnden und mit den IV-Eingliederungsmassnahmen darzustellen.

Berufliche Eingliederungsprozesse bei Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen sind oft komplex und verlaufen dynamisch – oft auch beeinflusst von äusseren und teils wenig steuerbaren Faktoren. Es ist heute noch vergleichsweise wenig darüber bekannt, welche spezifischen Interventionen bei Personen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen und in unterschiedlichen Lebenssituationen erfolgreich sind. Zudem kann sich schon die Definition von „Erfolg" als schwierig erweisen: Ist zum Beispiel eine IV-Massnahme erfolglos, wenn sie am Ende zwar nicht zu einem höheren Verdienst

führt, aber im Verlauf dennoch mit einer höheren Lebensqualität verbunden ist? Andererseits: Wie viel Lebensqualität zeigen Personen, deren Eingliederung ‚gescheitert' ist, die aus dem Arbeitsmarkt ausgeschlossen, arbeitslos, sozialhilfeabhängig oder subventioniert beschäftigt sind? Solche und viele andere Fragen müssen, jenseits eines gesellschaftspolitischen und versicherungsrechtlichen Konsenses („Eingliederung vor Rente"),- auch von den betreffenden Personen selbst beantwortet werden.

1.2 Zielsetzungen

Mit dem hier vorliegenden Forschungsprojekt verfolgt das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) zwei generelle Zielrichtungen:

Zum einen sollen Daten zur Lebens- und Arbeitssituation von aktuellen und ehemaligen Empfänger/innen von IV-Eingliederungsmassnahmen im zeitlichen Verlauf erhoben werden. Dabei interessiert insbesondere auch, wie die Versicherten ihre Lebenssituation wahrnehmen und wie sie den Eingliederungsverlauf erlebt haben. Die Erkenntnisse sollen ein vertiefteres Verständnis ermöglichen über die wahrgenommenen Veränderungen und Zusammenhänge verschiedener Lebensbereiche vor, während und nach Massnahmen zur beruflichen Rehabilitation. Neben der beruflichen und finanziellen Situation betrifft dies auch das soziale Umfeld, die familiäre Situation, die gesundheitliche und Behandlungssituation, Einschränkungen im Alltag sowie das Erleben gesellschaftlicher Zugehörigkeit respektive das Leiden an Symptomen, Einschränkungen und wahrgenommener Exklusion.

Zum anderen soll untersucht werden, welche Faktoren sich günstig oder ungünstig auf den Erfolg der Eingliederungsmassnahmen ausgewirkt haben. Hier sollen wiederum nicht nur mögliche Effekte der beruflichen Rehabilitation selbst (Art der Massnahme, Erleben der IV-Unterstützung und der Interventionen von arbeitsrehabilitativen Organisationen) geprüft werden, sondern auch das wahrgenommene Verhalten von behandelnden Ärzten, Arbeitgebern und Personen im familiären und sozialen Umfeld.

Bei beiden Fragebereichen – zur Lebenssituation im Verlauf sowie zu den Erfolgsfaktoren – sollen sowohl ‚äussere' (objektive) wie auch ‚innere' (subjektive) Daten gewonnen werden. Es interessiert demnach genauso die konkrete berufliche und soziale Situation wie auch die Wahrnehmung und Bewertung dieser Situation durch die Versicherten selbst.

Das Projekt will zudem erstens quantitativ eine breite, für die Schweiz aussagekräftige, Stichprobe von IV-Versicherten befragen und zweitens anhand von qualitativen Interviews mit einer kleinen ausgewählten Gruppe von Versicherten spezifischen Aspekten mit weiterführenden Fragen nachgehen.

In Bezug auf die Zielgruppe liegt ein Fokus auf Versicherten mit psychischen Beeinträchtigungen, da diese einen grossen Teil der IV-Massnahmenempfänger/innen wie auch der Rentner/innen ausmachen. Dieser Fokus soll zu Vergleichszwecken sowie wegen der häufigen Komorbidität von psychischen und somatischen Gesundheitsproblemen ergänzt werden durch Versicherte mit ausgewählten somatischen Beeinträchtigungen. Und schliesslich sollen die Daten einige Vergleiche mit der gesundheitlichen und sozialen Lebenssituation der Allgemeinbevölkerung in der Schweiz ermöglichen.

1.3 Fragestellungen

Die folgenden zentralen Fragestellungen leiten sich direkt von den oben genannten Zielen ab:

- Wie lässt sich die Lebenssituation von aktuellen und ehemaligen IV-Massnahmenempfänger/innen konkret (objektiv) beschreiben – in Bezug auf ihre psychischen und somatischen Beschwerden, Funktionseinschränkungen, alltäglichen Beeinträchtigungen, sozialen Beziehungen, Wohnsituation, Erwerbsstatus und Einkommen, Behandlungssituation, Arbeitsunfähigkeit?

- Wie erleben aktuelle und ehemalige Leistungsempfänger/innen ihre Situation (subjektiv)? Wie zufrieden sind sie mit ihr, welche Perspektiven haben sie und wie schätzen sie ihre Lebensqualität ein?
- Inwiefern verändert sich im Verlauf von IV-Eingliederungsmassnahmen ihre sozial-berufliche Lebenssituation und ihr Gesundheitszustand – objektiv wie subjektiv? Inwiefern hängen die verschiedenen Lebensbereiche miteinander zusammen? Und welche Merkmale unterscheiden sich effektiv – in der Gesamtschau aller Aspekte über univariate Betrachtungen hinausgehend – im Verlauf?
- Welche Faktoren hängen mit einem günstigen respektive ungünstigen Eingliederungsergebnis zusammen, und welche Faktoren sagen den Outcome am besten voraus?
- Welche familiäre und berufliche Biografie bringen die Massnahmenempfänger/innen mit und welche Rolle spielt diese für den Eingliederungsverlauf und für den Erfolg?
- Welche Arbeitsanpassungen helfen den Versicherten – oder würden ihnen helfen – trotz Funktionseinschränkungen bei der Arbeit zu ‚funktionieren'?
- Wie verhält sich (bei erwerbstätigen Versicherten) die Arbeitsumgebung? Haben die Versicherten ihre Vorgesetzten und Arbeitskollegen über ihre Beeinträchtigung informiert?
- Wie wird oder wurde der Kontakt zur Beraterin oder zum Berater der IV-Stelle erlebt? Wie wurden die anderen Akteure (Ärzte, Vorgesetzte, Fachleute in IV-externen arbeitsrehabilitativen Massnahmen) wahrgenommen? Wie hilfreich und spezifisch waren diese Massnahmen objektiv und aus Sicht der Versicherten?
- Welche Wirkung hatte die IV-Unterstützung bisher hinsichtlich Leistungsfähigkeit, Arbeitsverhalten, Sozialverhalten bei der Arbeit und persönlicher Entwicklung?
- Zeigen sich Unterschiede zwischen Massnahmenempfänger/innen mit psychischen respektive somatischen Einschränkungen?
- Wie stellt sich die gesundheitliche und soziale Situation von Massnahmenempfänger/innen im Vergleich zur Schweizer Allgemeinbevölkerung dar?

2 Methodik

2.1 Vorüberlegungen zum Studiendesign

Die Ausschreibung definiert zusammengefasst vier Fragenkomplexe zur Beantwortung durch das Forschungsprojekt: a) Wirkung von IV-Eingliederungsmassnahmen, b) Wirkung anderer Faktoren auf die Integration, c) (soziale) Lebenssituation und d) berufliche Situation der Versicherten bei Beginn und nach Ende ihrer IV-Massahmen. Nochmals zusammengenommen lassen sie sich unterteilen in Fragen zu den Erfolgsfaktoren für die Eingliederung sowie zur Lebenssituation im zeitlichen Verlauf.

Diese Fragekomplexe können zudem weiter unterteilt werden nach Art der gesundheitlichen Beschwerden der IV-Versicherten (psychisch und somatisch) sowie nach Art der Evidenz (äussere ‚objektive' Daten/Lebenssituation und inneres ‚subjektives' Erleben/Lebensqualität).

Wirkungsmodell

Um der Komplexität der Fragestellungen gerecht zu werden, wurde ein erweitertes Wirkungsmodell auf Basis der International Classification of Functioning (ICF) der WHO erstellt (Abbildung 1). Dieses Modell postuliert, dass a) die Behinderung das Ergebnis ist von krankheitsbezogenen („Gesundheitsproblem"), personbezogenen („Person in ihrem Kontext") sowie umweltbezogenen Faktoren („Umweltreaktionen"). Die Behinderung selbst wird hier differenziert nach a) konkreten Funktionseinschränkungen, b) der effektiven beruflichen und sozialen Partizipation sowie nach der subjektiven Lebenszufriedenheit oder Lebensqualität. Und schliesslich soll sowohl die in diesem Projekt zentrale zeitliche („vorher" – „nachher") wie auch qualitative Dimension („Eingliederungserfolg" – „kein Eingliederungserfolg") abgebildet werden.

Das Modell veranschaulicht die Komplexität der möglichen Einflussfaktoren, Zusammenhänge und Outcome-Dimensionen von Behinderung, Partizipation und Lebensqualität.

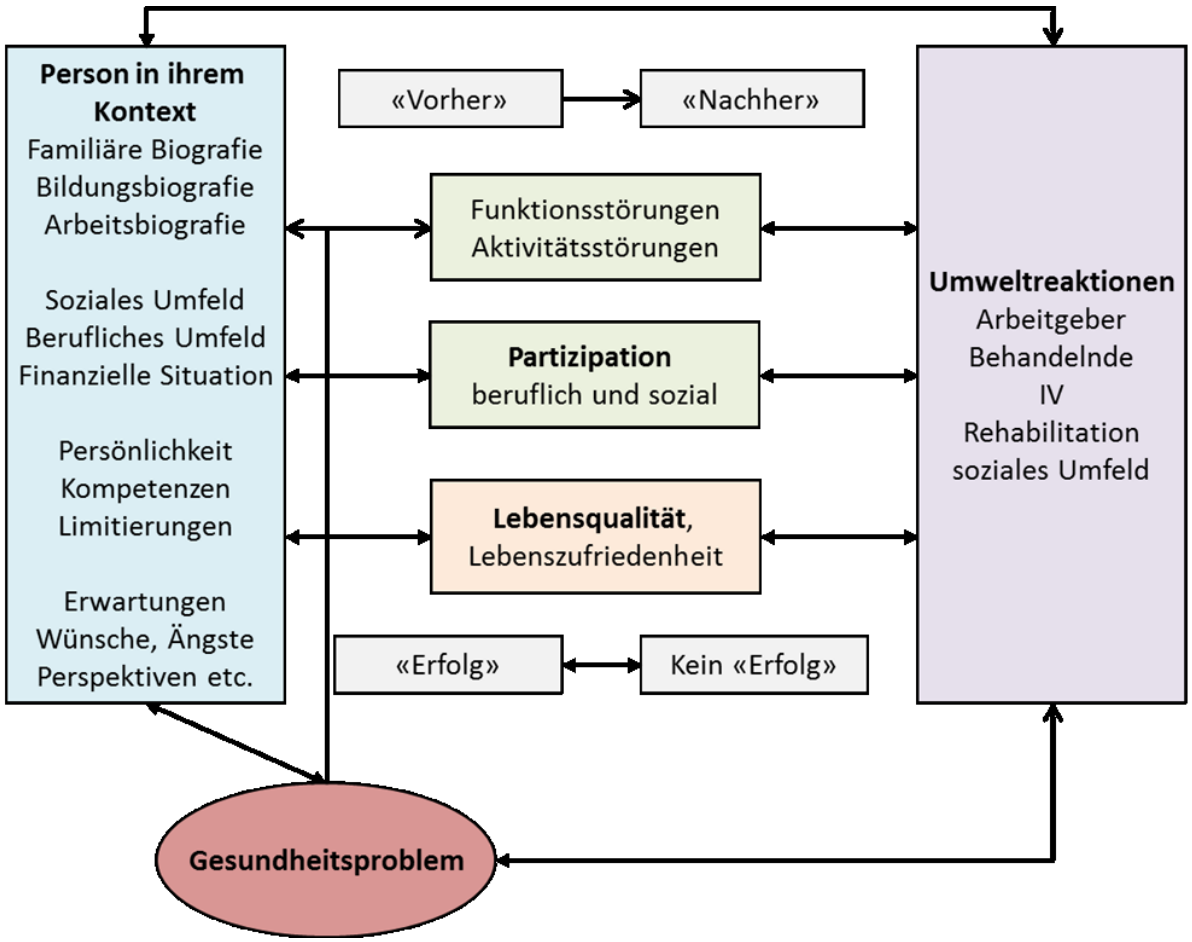
Einflussfaktoren auf den Eingliederungserfolg

Bei den Fragekomplexen der Ausschreibung beziehen sich die Themen „Wahrgenommene Eingliederungswirkungen" (der absolvierten Massnahmen) und „Andere die Eingliederung beeinflussende Faktoren" auf Kausalfaktoren für eine erfolgreiche Eingliederung. Im Folgenden werden diese Fragen in einer eigenen Teilstudie („Teilstudie 1") mit einem spezifischen Stichprobenplan (vgl. Abschnitt 2.2.2) und unter Verwendung hier relevanter Variablen bearbeitet. Es stehen (nachdem randomisierte, prospektive Studien aus rechtlichen Gründen nicht möglich sind, schliesslich besteht für Betroffene im Anlassfall ein Rechtsanspruch auf Massnahmen) prinzipiell zwei aussagekräftige Studienformen in einem solchen Fall zur Verfügung: Kohortenstudien, die den Verlauf von Erkrankungen, Eingliederungsmassnahmen und Erwerbsbiographie über die Zeit verfolgen. Kohortenstudien sind zumeist prospektiv angelegt (was hier wegen der befristeten Bearbeitungsdauer auszuschliessen ist), können aber auch bei Vorliegen geeigneter, z.B. Registerdaten, auch retrospektiv (Mann, 2003) angelegt werden.

Angesichts der Kürze der Bearbeitungsfrist ist es ausgeschlossen, eine prospektive Kohortenstudie durchzuführen, weil die Beobachtungszeit für eine erfolgreiche bzw. erfolglose Eingliederung sich über Jahre erstrecken müsste. Eine retrospektive Kohortenstudie müsste die Daten einer Zielpopulation möglichst ohne Verzerrungstendenzen erfassen (z.B. als Vollerhebung). Dies bedeutet einen unökonomischen Aufwand beim Data Management und in der statistischen Analyse: Die Präzision der Ergebnisse kann dadurch im Vergleich zur Case-Control-Studie (siehe unten) nicht entscheidend verbessert werden. Zudem hängt die statistische Power zur Identifikation von Risikofaktoren für einen

Eingliederungserfolg, bzw. von Erfolgsfaktoren nicht davon ab, wie gross die Kohorte insgesamt ist, sondern wie sich die jeweiligen Merkmale über die Kohorte verteilen. Erfolgsbeeinflussende Faktoren, die bekannt oder aus anderen Gründen irrelevant sind (z.B. das Lebensalter oder das Geschlecht bei epidemiologischen Studien) überdecken in Kohortenstudien möglicherweise den eigentlichen Erkenntnisgewinn. Im Rahmen von Case-Control-Designs können solche Nachteile aber vermieden und die statistische Power zur Identifikation von Erfolgsfaktoren sogar erhöht werden (vgl. auch Frick & Rehm, 2016).

Abbildung 1: Wirkungsmodell „Versichertenperspektive“ – auf Basis der ICF (WHO)



Darstellung angelehnt an: Kücükeveci et al. (2011).

Lebenssituation im Verlauf

Unter den Fragekomplexen „Lebenssituation der versicherten Personen und Zufriedenheit“ sowie „Berufliche Situation und Zufriedenheit damit“ wird in der Ausschreibung jeweils ein zeitlicher Verlauf angesprochen. Weil sich diese Perspektive deutlich von der Querschnittsbetrachtung (Erfolg ja/nein?) des vorangegangenen Abschnitts unterscheidet, wurde eine im weiteren „Teilstudie 2“ benannte Stichprobe definiert und gezogen, und ein Fokus für die statistische Analyse auf Variablen mit intraindividuellen Veränderungen gelegt. Es geht um den Vergleich der Ausgangssituation bei Beginn der Eingliederungsmassnahmen, sowie um deren Veränderungen bis zu einem Abschluss bzw. auch danach. Letztere Veränderungen sollen auch gemessen werden im Hinblick auf die jeweilige berufliche Situation. Speziell für die Verlaufsfragestellung wäre es im geschilderten Zeitrahmen nicht möglich

gewesen, dieselben Personen vor und nach einer Massnahme zu befragen. Daher wurden 2 getrennte Gruppen von Versicherten befragt, die sich entweder vor bzw. am Beginn einer Massnahme befanden, und solche, die eine Massnahme schon abgeschlossen haben.

Eine retrospektive Befragung der Teilnehmer/innen mit abgeschlossener Massnahme wird mit zunehmendem zeitlichen Abstand umso unzuverlässiger: Nicht nur werden Erinnerungslücken auftauchen, je länger zurück die Ausgangssituation liegt, sondern es ist aus der Surveyforschung seit längerem gut bekannt, dass Gedächtnisinhalte beständig nach Massgabe der später erlebten, mit der ursprünglichen Situation in Verbindung gebrachten Entwicklung umgebaut und verändert werden (Walker et al., 2003; Mineka & Nugent, 1995).

Analog zu den Überlegungen im Abschnitt 2.1.2 wurde auch für die Teilstudie 2 (zeitlicher Verlauf) ein Fall-Kontroll Design für die schriftliche Befragung gewählt. Die Besonderheit besteht jedoch darin, dass die Kontrollen in dieser Teilstudie in historischer Zeit gesehen VOR den „Fällen“ bereits als solche feststehen. Alle Mitglieder der Kontrollgruppe werden aus derjenigen Population von IV-Versicherten gezogen, die mindestens eine Eingliederungsmassnahme jemals erhalten haben, und deren letzte Massnahme mindestens 2 Jahre zurück liegt. Es handelt sich also um sogenannte „historische Kontrollen“. Inhaltlich stehen diese historischen Kontrollen jedoch für die Lebenssituation NACH der Inanspruchnahme von IV-Leistungen. VOR der Inanspruchnahme, mithin untersuchungslogisch als „Fälle“ wurden alle Versicherten betrachtet, die dieselben Einschlusskriterien hinsichtlich beantragter Leistungscodes (400 – 595), Gebrechenscodes (641-646, und 730-738), und Wohnsitz im Inland auf sich vereinigten, und für die eine lebenszeitlich erste, positive Leistungsgutsprache zwischen dem 2. Januar 2016 und dem 28. Juni 2017 erfolgt ist.

Die berücksichtigten Eingliederungsmassnahmen (IV-Leistungscodes 400 bis 595) umfassen die Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung), die Massnahmen der Frühintervention sowie die Integrationsmassnahmen. Bei den berücksichtigten IV-Gebrechenscodes 641-646 handelt es sich um ausgewählte psychische Störungen (schizophrene und manisch-depressive Psychosen sowie Neurosen, psychosomatische und Persönlichkeitsstörungen). Aus den somatischen Krankheiten wurde die Kategorie der muskuloskelettalen Erkrankungen ausgewählt (Gelenkrheumatismus, Arthrosen, Spondylosen und Osteochondrosen sowie übrigen Veränderungen an Knochen, Bändern, Muskeln und Sehnen). Mit dieser Auswahl sind sowohl bei den psychischen wie auch bei den körperlichen Krankheiten die beiden zahlenmässig grössten und auch vergleichbaren Gruppen von IV-Versicherten mitberücksichtigt (IV-Codes 646 und 738). Nicht berücksichtigt wurden bei den psychischen Störungen die Suchterkrankungen und die Intelligenzminderung. Diese Auswahl von IV-Eingliederungsmassnahmen und IV-Gebrechenscodes gilt für beide Teilstudien. Näheres zum Stichprobenkonzept findet sich im folgenden Abschnitt.

2.2 Studienkonzept

Design für schriftliche Befragungen

Es wurden zwei getrennte Fall-Kontroll-Befragungen für die beiden Hauptfragestellungen der Studie realisiert. Für die Teilstudie 1 („Erfolgsfaktoren“) bestand die Einschlusspopulation aus Versicherten, die zuletzt im Jahr 2014 eine berufliche IV-Massnahme (Frühinterventionsmassnahmen, Integrationsmasshamen, und Massnahmen beruflicher Art, mit den Leistungscodes 400 bis 595) durchlaufen haben, in den Jahren 2015 und 2016 keine Massnahme mehr erhalten haben, im Inland wohnhaft waren, und mit den ausgewählten Gebrechenscodes in der Datenbank der IV registriert waren. Zur Qualifizierung als *„erfolgreich eingegliederte/r Versicherte/r“* musste im Jahr 2015 ein monatliches Durchschnittseinkommen von mindestens CHF 1000.- aus angestellter oder freier Tätigkeit erzielt worden sein, und kein Leistungsbezug aus Arbeitslosigkeit oder IV-Rente vorliegen.

Die streng zufällige Ziehung der 500 zu Befragenden aus den dafür in Frage kommenden 2946 Versicherten erfolgte in einem stratifizierten Design (Geschlecht, Altersgruppe, Leistungsbezug bis 2014 exklusiv Frühintervention vs. alle anderen Leistungsarten) mit einem Oversampling bei all denjenigen Designzellen mit weniger als 20 Versicherten. Dadurch stieg die angestrebte Stichprobengrösse auf n=538.

Als Kontrollgruppe wurden diejenigen 6022 Versicherten definiert, die dieselben Einschlusskriterien erfüllten, aber hinsichtlich des Erfolges mindestens eines der Ausschlusskriterien verletzten. Angestrebte Stichprobengrösse war bei den Kontrollen ebenfalls n=538, mit denselben Fallzahlen des 2*4*2 (Geschlecht, Altersquartilgruppe, Frühintervention J/N) = 16 Zellen umfassenden Stratifikationsdesigns. Wegen des Oversamplings einerseits, und des 1:1 Matchings innerhalb der Stratas andererseits ist in der statistischen Analyse bei beschreibenden Aussagen über die gesamte Versichertenpopulation eine Gewichtung auf die Proportionen in der gesamten hier untersuchten Versichertenpopulation notwendig. Die Gewichtung berücksichtigt auch die Rücklaufquoten in den jeweiligen Zellen des Stichproben-Designs (s. unten, Abschnitt 2.3). Bei statistischen Analysen zur Überprüfung von Erfolgsprädiktoren (log. Regressionsmodelle z.B.) wurden dagegen alle Versicherten jeweils mit demselben Fallgewicht von 1.0 berücksichtigt, um Wirkungsfaktoren mit möglichst hoher statistischer Power bestimmen zu können.

Für die Fragestellung nach dem zeitlichen Verlauf bildeten diejenigen 23.178 Versicherten, die im Inland lebten und wegen eines Gebrechens nach den Codes 641-646 oder 730-738 eine lebenszeitlich erste Massnahme zwischen dem 2. Januar 2016 und dem 28. Juni 2017 bewilligt bekommen hatten, die Grundgesamtheit für die „Fälle“ der Situation *vor* der Inanspruchnahme einer Leistung. Die historischen „Kontrollen“, also die Versicherten *nach* der Inanspruchnahme einer Leistung, wurden zufällig aus denjenigen Versicherten der Grundgesamtheit von Teilstudie 1 gezogen, die nicht schon in Teilstudie 1 als mögliche Befragte ausgewählt worden waren, und zwar unabhängig vom Status als erfolgreiche vs. nicht-erfolgreiche Eingliederung.

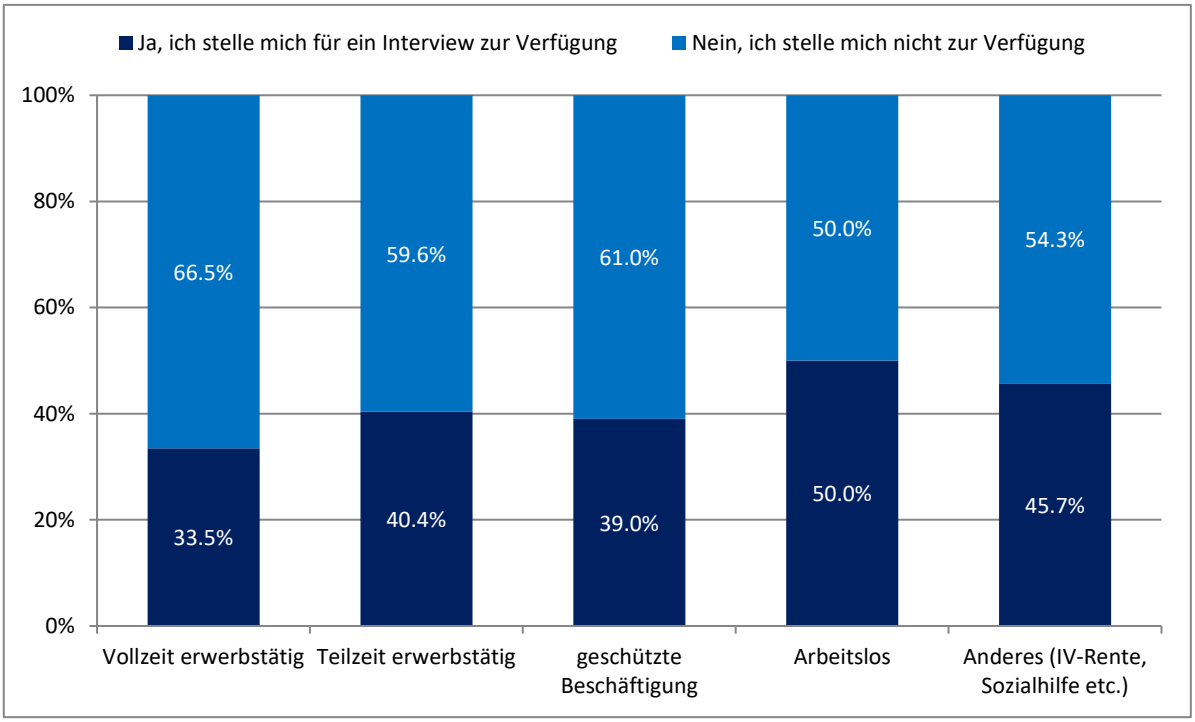
Die so verbliebene Einschlusspopulation für Teilstudie 2 (Verlauf) umfasste 6840 Versicherte. Wie schon in Teilstudie 1, wurden auch in Teilstudie 2 die potenziellen Untersuchungsteilnehmer/innen in einer nach Geschlecht, Altersgruppe, und Massnahmenart (exklusive Frühintervention J/N) unterteilten Schichtung der Stichprobe ausgewählt. Weil in diesem Stichprobendesign unter den historischen Kontrollen in zwei Zellen des Designs[1] zu wenige Versicherte vorzufinden waren, konnten insgesamt nur 926 historische Kontrollen (anstelle der 1:1 zu den „Fällen“ zu matchenden 1008 Versicherten) angeschrieben werden. Dies wurde in den Gewichtungsfaktoren zu populationsbezogenen Aussagen berücksichtigt.

Interviews

Im Anschluss an die schriftliche Befragung wurden mit insgesamt N=20 Befragungsteilnehmerinnen und –teilnehmern Interviews durchgeführt. Die Befragungsteilnehmer/innen wurden gebeten anzugeben, ob sie sich für ein telefonisches Interview zur Verfügung stellen würden, wozu N=373 von 915 Personen bereit waren (40.8%). Die Interviewbereitschaft unterscheidet sich (signifikant) nach Erwerbsstaus zum Zeitpunkt der Befragung (Abbildung 2).

[1] Die Designzelle „weiblich, unterstes Altersquartil, nur Frühintervention“ wies nur 10 Versicherte (statt 48 wie bei den Fällen), die Designzelle „männlich, unterstes Altersquartil, nur Frühintervention“ wies nur 4 (statt 48 wie bei den Fällen) Versicherte auf.

Abbildung 2: Interviewbereitschaft nach Erwerbsstatus (N=889)*



**Bei einigen Abbildungen sind Rundungsfehler möglich, welche zu einem Total von 101% führen*

Insgesamt ist die Interviewbereitschaft bei den bei Befragung nicht erwerbstätigen Versicherten noch höher als bei den erwerbstätigen. Speziell häufig gesprächsbereit waren arbeitslose Versicherte sowie solche mit „anderem" Erwerbsstatus, worunter insbesondere IV-Rentner/innen, Sozialhilfeabhängige und nicht erwerbstätige Personen fallen, die finanziell von Partnern oder Eltern unterstützt werden etc.

Die Interviews sollten das Erleben und die Erfahrungen der IV-Versicherten noch detaillierter erheben – schwerpunktmässig in denjenigen Bereichen, welche für die einzelnen Interviewten besonders beschäftigen.

Ausgewählt wurden die Interviewten nach folgenden Kriterien (Tabelle 1):

- Nach Sprachregion: Romandie / Deutschschweiz (je 10)
- Nach Teilstudie und Sample: Teilstudie 1 (erfolgreich sowie nicht erfolgreich Integrierte) und Teilstudie 2 (Massnahmebeginner sowie –absolventen).
- Beispielhaftigkeit: Anhand der häufig vorgenommenen Kommentare bei Befragungsende (Kommentarfunktion) wurden exemplarische („typische") Vertreter/innen der 4 Samples herausgesucht, das heisst zum Beispiel sowohl mit dem Eingliederungsprozess respektive -resultat explizit unzufriedene wie auch zufriedene Personen. Da schliesslich nicht alle ausgewählten Personen für ein Interview verfügbar waren, ist die Zusammensetzung nicht völlig ausgewogen (beispielsweise resultierten mehr Interviewpartner/innen mit psychischen Störungen in der Deutschschweiz).
- Keine Versicherten der IV-Stelle Zürich (da Ko-Autorin N. Cuonz dort angestellt ist)
- Die Kontaktpersonen wurden den mit qualitativen Methoden Forschenden (Ko-Autorin C. Besse und Benedetta Silva, Klinische Psychologin vom CHUV sowie Ko-Autorin N. Cuonz)

durch den Erstautor zugewiesen. Diese Personen wurden telefonisch kontaktiert und in einem rund 40-60-minütigem Gespräch interviewt. Bei Bedarf wurde das Gespräch nicht telefonisch geführt, sondern ‚persönlich' – es galt die Präferenz der versicherten Personen (mit Ausnahme eines einzigen face-to-face Interviews wurden alle Gespräche telefonisch durchgeführt).

Tabelle 1: Gesprächspartner/innen nach Sample, Geschlecht, ungefährem Alter und Beeinträchtigung

	C. B. und B. S.		N. C.
1	Massnahmebeginnerin, 30 Jahre, muskuloskelettale Beeinträchtigung	1	Massnahmebeginnerin, 55 Jahre, psychische Beeinträchtigung
2	Massnahmebeginner, 30 Jahre, psychische Beeinträchtigung	2	Massnahmenabsolventin, 50 Jahre, psychische Beeinträchtigung
3	nicht erfolgreich Integrierte, 35 Jahre, psychische Beeinträchtigung	3	nicht erfolgreich Integrierter, 45 Jahre, psychische Beeinträchtigung
4	nicht erfolgreich Integrierter, 30 Jahre, muskuloskelettale Beeinträchtigung	4	Massnahmebeginner, 45 Jahre, psychische Beeinträchtigung
5	Erfolgreich Integrierter, 40 Jahre, psychische Beeinträchtigung	5	Erfolgreich Integrierte, 40 Jahre, psychische Beeinträchtigung
6	nicht erfolgreich Integrierte, 50 Jahre, muskuloskelettale Beeinträchtigung	6	Erfolgreich Integrierte, 40 Jahre, psychische Beeinträchtigung
7	Massnahmenabsolventin, 55 Jahre, psychische Beeinträchtigung	7	Massnahmenabsolvent, 35 Jahre, muskuloskelettale Beeinträchtigung
8	Erfolgreich Integrierter, 50 Jahre, psychische Beeinträchtigung	8	Nicht erfolgreich Integrierte, 35 Jahre, muskuloskelettale Beeinträchtigung
9	Massnahmenabsolventin, 50 Jahre, psychische Beeinträchtigung	9	Massnahmebeginnerin, 30 Jahre, psychische Beeinträchtigung
10	Massnahmebeginner, 40 Jahre, muskuloskelettale Beeinträchtigung	10	Nicht erfolgreich Integrierte, 45 Jahre, psychische Beeinträchtigung

In den Gesprächen wurden u.a. folgende Themen vertieft abgefragt:

- Welche Faktoren beeinflussen Ihren Gesundheitszustand/Ihre Funktionsfähigkeit?
- Subjektive Einflussfaktoren auf Erfolg/nicht-Erfolg / Was hat (nicht) geholfen? Wie wichtig sind/waren Ihr soziales Umfeld, Ihr Behandlungsumfeld, die IV und andere Versicherungen, die Arbeitgeber und deren Koordination – und inwiefern waren sie wichtig?
- Welche Erwartungen, Befürchtungen, Hoffnungen haben/hatten Sie?
- Welche Bedeutung hat/hatte die Person des IV-Beraters, die Beziehung zu ihm?
- Inwiefern haben die IV-Massnahmen und alles damit Verbundene Ihre Lebenssituation verändert?
- Was sollte Ihrer Meinung nach künftig dringend verbessert werden?

Die Interviews stützten sich auf einen semi-strukturierten Interviewleitfaden. Die Gespräche wurden aufgezeichnet und gleichzeitig von den Interviewenden in Grobnotizen mitgeschrieben. Die Interviewten unterzeichneten eine Einverständniserklärung, dass ihre Aussagen aufgezeichnet werden und ausgewählte Aussagen für den Bericht anonymisiert verwendet werden können.

Die Gespräche dauerten rund 40-60 Minuten. Die Motivation der Gesprächspartner/innen war offensichtlich sehr gross, ihre Erfahrungen zu teilen mit dem IV-Eingliederungsprozess zum einen, aber auch mit der Erfahrung, zumindest vorübergehend nicht mehr (voll) arbeitsfähig, auf Unterstützung angewiesen und von einem guten Kontakt zum IV-Berater abhängig zu sein etc.

Die Motivation, sich für ein Interview bereit zu stellen, scheint meist darin gelegen zu haben, etwas beizutragen zu einem guten IV-Eingliederungsprozess. Sei dies dadurch, dass betont wurde, wie sehr und in welcher Art die IV geholfen hat oder dadurch, dass aufgezeigt wurde, was nicht gut funktioniert hat. Dabei wurde immer auch Verständnis spürbar für die IV, für die Arbeitgeber und für den eigenen Partner oder die Partnerin – offensichtlich wissen die Interviewten meist sehr gut, dass nicht nur sie selbst es nicht einfach haben, sondern ihre Umgebung und die Professionellen auch nicht.

2.3 Teilnahme an der Befragung

In der Teilstudie 1 wurden 1052 erfolgreich (i.S. der oben beschriebenen Definition) wieder eingegliederte Versicherte, und 1076 Kontrollpersonen zur Befragung eingeladen (Tabelle 2).

Tabelle 2: Rücklauf Teilstudie1 (Erfolgsfaktoren; ungewichtete Daten)

Teilstudie 1:	Erfolgreich Integrierte	Kontrollen
In die Stichprobe aufgenommen	1052	1076
neutrale Ausfälle: unzustellbarer Fragebogen	69	161
verbleiben:	*983*	*915*
neutrale Ausfälle: Sonstiges	24	31
verbleiben:	*959*	*884*
registrierter Fragebogen nach Nachfassaktion	240	224
korrigierte Rücklaufquote (%)	25.0	25.3

Nach Abzug von einigen stichprobenneutralen Ausfällen (unzustellbare Fragebögen, Stichprobenverwaltung etc.) ergeben sich in Teilstudie 1 für Fälle und Kontrollen nahezu identische Rücklaufquoten von 25%. Unter der Annahme, dass verbeiständete Versicherte häufiger als die übrigen aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage waren, den Fragebogen auszufüllen, dann ergäben sich maximal 28,4% (Fälle) bzw. 26,5% (Kontrollen) als Rücklaufquote, also nur unwesentlich höhere Angaben.

In der Teilstudie 2 liegen die beiden Substichproben für die „Fälle“ und die historischen Kontrollen in ihrem erreichten Rücklauf etwas weiter auseinander (Tabelle 3). Hier wurden 24,7% versus 27,0% Rücklauf verzeichnet. Unter der Annahme, das verbeiständete Versicherte stärker nicht antwortfähig wären, zeigten sich auch für Teilstudie 2 nur unwesentlich höhere Rücklaufquoten.

Tabelle 3: Rücklauf Teilstudie 2 (Veränderungen im Zeitverlauf; ungewichtete Daten)

Teilstudie 2:	Erste Massnah. 2016/17	Historische Kontrollen
In die Stichprobe aufgenommen	1008	926
neutrale Ausfälle: unzustellbarer Fragebogen	30	88
verbleiben:	*978*	*838*
neutrale Ausfälle: Sonstiges	13	44
verbleiben:	*965*	*794*
registrierter Fragebogen nach Nachfassaktion	238	214
korrigierte Rücklaufquote (%)	24.7	27.0

In der Gesamtwürdigung ergeben sich keine Hinweise auf Stichprobenverzerrungen durch „self-selection“ (z.B. höherer Rücklauf bei Erfolgreichen o.ä.). Auch von „informative censoring“ durch Antwortbeeinflussende Faktoren wie Beistandschaft, postalische Nicht-Erreichbarkeit, oder systematische Fehler bei der Feldarbeit ist nicht auszugehen. Die Tatsache, dass bei den historischen Kontrollen in Teilstudie 2 bestimmte Zellen des Designs nicht in gleicher Personenstärke rekrutiert werden konnten, kann auf eine Veränderung in der Zusammensetzung der Versichertenpopulation mit Inanspruchnahme von IV-Leistungen hindeuten.

2.4 Datenanalyse

Deskriptive Analyse

Zahlreiche Ergebnisse dieser Studie sind per se als Auszählung und Darstellung relativer Häufigkeiten von Interesse, weil bislang keine vergleichbare Befragung stattgefunden hat, was die Breite und Tiefe der Fragestellungen anbelangt. Schon die Kreuztabellierung verschiedener Merkmale, z.B. Geschlecht mit Diagnose, bietet weitere Möglichkeiten für ein vertieftes Verständnis möglicher Zusammenhänge dieser Merkmale.

Die Tatsache, dass mit der hier vorgelegten Studie erstmals Zahlen vorgelegt werden zur Sichtweise der Versicherten selbst (in dieser Breite), kennzeichnet die Datenlage über weite Strecken als eine explorative Erststudie, bei der es nicht zielführend wäre, vorab statistische Signifikanzen im Sinne strenger Hypothesenprüfung einzuführen. Daher wird die traditionelle Schranke für einen alpha-Fehler (5%) hier lediglich als eine heuristische Grösse verstanden, die Ergebnisse mit möglicher inhaltlicher Relevanz von Ergebnissen trennen soll, die schon bei einer explorativen Sichtung von Zusammenhängen (bzw. festzustellenden Unterschieden) wenig Aussicht haben, sich als inhaltlich und zufallskritisch behaupten zu können. Eine Adjustierung des Niveaus alpha für multiples Testen wurde aus diesen Gründen nicht vorgenommen, um nicht schon jetzt in der Explorationsphase mögliche Zusammenhänge fälschlich auszuschliessen.

Durchführung der Befragung

Der Fragebogen wurde im Rahmen der konzeptionellen Phase verabschiedet und finalisiert. Basierend darauf wurden die schriftlichen Fragebogen in allen Sprach- und Fragebogen-Varianten (Deutsch, Französisch und Italienisch in jeweils 2 Varianten, da den Massnahmebeginnern eine spezifische Frage nach ihren Erwartungen an die Massnahmen gestellt wurde) gelayoutet und für den Druck und Versand an das BSV übergeben.

Jeder Fragebogen erhielt eine vom BSV vergebene Identifikationsnummer sowie ein von Befragungsseite vergebenes Passwort, damit sich die Probanden auf die zusätzliche programmierte Online-Version der Befragung einloggen konnten. Die Online-Option der Teilnahme wurde rege (von 35% der Befragten) genutzt, meistens wurde allerdings der Papier-Fragebogen ausgefüllt. Mit der Vergabe der Identifikationsnummer durch das BSV und der Ergänzung des Passworts seitens Befragungsteam konnten auch die hohen Anforderungen an die Datenvertraulichkeit sichergestellt werden: Dadurch mussten keine persönlichen Adressdaten der Teilnehmenden das BSV verlassen, die Identifikation erfolgte ausschliesslich über die persönliche ID. Da die Adressdaten ständig auf Seiten BSV waren und die Antwortdaten mit ID ausschliesslich auf Seiten des Projektteams, erfolgte keine Mischung der beiden Informationen. Eine Zuordnung der Daten auf einzelne Personen war daher weder für das BSV, noch für das Projektteam möglich.

Die Kommunikation als entscheidender Faktor für den Erfolg der Feldarbeit wurde in Zusammenarbeit mit dem BSV erstellt und optimiert. Dazu gehörten Einladungs- sowie Erinnerungsschreiben (nur an nicht-teilnehmende Personen) ebenso wie der Ablauf innerhalb der Papier- und Online-Befragung

selber. In der Feldphase erhielt jede teilnehmende Person einen personalisierten schriftlichen Fragebogen mit der Option zum Login auf den Online-Fragebogen. Bei beiden Teilnahmemöglichkeiten wurde Wert auf eine einfache Führung durch den Fragebogen gelegt. Dabei hatte die Online-Option den Vorteil, dass die Filterführung automatisch vom Befragungstool wahrgenommen wurde. Personen, die den Fragebogen nicht online ausgefüllt haben, konnten den ausgefüllten Papierfragebogen mittels vorfrankiertem Rückantwortcouvert retournieren. Die Fragebogen gelangten damit direkt zurück an ValueQuest, wo die Daten erfasst und nach Abschluss der Umfrage mit den Daten der Online-Befragung zusammengeführt wurden. Damit konnte ein bereinigtes und vollständiges Datenfile mit sämtlichen Datensätzen der Befragung erstellt und für die Analyse zur Verfügung gestellt werden.

Während der Feldzeit wurde die Möglichkeit zu Rückfragen durch die Teilnehmenden häufig genutzt. Telefonisch und per Mail wurden konkrete Fragestellungen zu individuellen Fällen betreffend IV an das BSV weitergeleitet, bei ValueQuest gingen viele Anfrage zur Studie selber ein (hauptsächlich zu den Themen Vertraulichkeit und Teilnahmepflicht, aber auch inhaltliche und technisches Fragen).

Gliederung des Berichtes

Zunächst werden einige sozioprofessionelle Daten der Versicherten dargestellt (Kap. 3). Anschliessend werden Resultate aufgeteilt nach Lebensbereichen gezeigt: Gesundheit, Krankheit, Behinderung und medizinische Behandlung (Kap. 4); Angaben zur familiären und beruflichen Biografie der Versicherten (Kap. 5); zur sozialen Situation, zur sozialen Unterstützung sowie zum Erleben gesellschaftlicher Zugehörigkeit (Kap. 6); zu IV-Eingliederungsmassnahmen (Kap. 7), zur beruflichen und finanziellen Situation (Kap. 8), zu Lebensqualität, Zufriedenheit und zu Perspektiven in den einzelnen Lebensbereichen (Kap. 9), zu den Auswertungen der Interviews (Kap. 10) und schliesslich zu den statistischen Analysen der Einflussfaktoren auf Eingliederungserfolg und Veränderungen im zeitlichen Verlauf der Massnahmen (Kap. 11).

In jedem dieser Kapitel werden zunächst die Resultate wesentlicher Variablen für beide Teilstudien (zum Erfolg sowie zum Verlauf) und jeweils für die „Fälle“ (Erfolgreiche sowie Massnahmebeginner) und die „Kontrollen“ (nicht Erfolgreiche sowie Massnahmenabsolventen) tabellarisch im Überblick ausgewiesen.

Die Überblickstabellen zeigen die *gewichteten* Werte der jeweiligen Variablen in Prozent. Während in der Ziehung der Stichproben zwecks besserer Vergleichbarkeit gewisse Gruppen in der Grösse vorgegeben wurden (zum Beispiel je rund 50% erfolgreich eingegliederte Versicherte und 50% nicht Erfolgreiche), zeigen die im Folgenden dargestellten *gewichteten Werte die realen Verhältnisse* der BSV-Registerdaten. Die Übersichtstabellen zeigen die Verteilung von Merkmalen für die beiden Teilstudien insgesamt („Gesamt“) und für die jeweiligen Stichproben (Misserfolg/Erfolg und Nachher/ Vorher).

Für jedes Merkmal ist in den Überblickstabellen das jeweilige N angegeben – die erste Zahl bezieht sich auf die Teilstudie 1 (Erfolg), die zweite Zahl auf die Teilstudie 2 (Zeitlicher Verlauf). Die Anzahl der jeweils antwortenden Personen kann sich je nach Frage unterscheiden, zudem gibt es Fragen, die nur den erwerbstätigen Personen gestellt wurde respektive nur den nicht erwerbstätigen. Schliesslich konnten die Befragten in der Online-Befragung Fragen auch auslassen. Dies wurde bewusst so gehandhabt, um Befragungsabbrüche zu vermeiden.

In einem zweiten Schritt werden in jedem Kapitel weitere Auswertungen gezeigt. Damit wird dem Projektauftrag Rechnung getragen, prioritär den Erfolg und die Lebenssituation im zeitlichen Verlauf zu analysieren, gleichzeitig aber auch Vergleiche zwischen IV-Massnahmenempfänger/innen und

Allgemeinbevölkerung, zwischen Versicherten mit muskulsoskelettalen und psychischen Erkrankungen anzustellen etc.

Die Darstellung der Resultate der quantitativen Befragung werden ergänzt durch Aussagen von Interviewteilnehmer/innen zu ihrer Lebenssituation, zum Erleben des Eingliederungsverlaufes und zu den für sie persönlich zentralen Hilfen und Hemmnissen. Diese sollen die statistischen Analysen exemplarisch veranschaulichen, differenzieren und gegebenenfalls kritisch beleuchten. Es werden einige Zitate gezeigt, die zum Thema des jeweiligen Kapitels Bezug nehmen. Die Aussagen der Interviewten können hier angesichts des begrenzten Umfangs des Berichtes nicht erschöpfend präsentiert werden, sondern nur blitzlichtartig. Dennoch wurde bei der Auswahl der Zitate darauf geachtet, dass alle Aspekte, die entweder für eine grössere Gruppe von IV-Versicherten von Bedeutung sind respektive exemplarisch wichtige Hinweise für die Praxis geben, dargestellt werden. Die detaillierte Analyse und Synthese der Aussagen wird im Kap. 10 dargestellt.

3 Sozioprofessionelle Merkmale der Versicherten

3.1 Überblick über beide Stichproben

Von den insgesamt N=464 Befragungsteilnehmer/innen der *Teilstudie 1 zu den Erfolgsfaktoren* gehören ein Drittel zu den erfolgreich Eingegliederten gemäss der hier verwendeten Definition – das heisst im Jahr 2015 mehr als ein monatliches Erwerbseinkommen von CHF 1‘000.-, keine IV-Rente und keine Arbeitslosenunterstützung (Tabelle 4).

Diese Definition von „Erfolg“ ist insofern strikt als damit auch Teilrenten einen derartigen Erfolg ausschliessen – auch wenn gleichzeitig ein relevantes Erwerbseinkommen erzielt wurde. Sie ist insofern aber niederschwellig, weil ein allfälliger Sozialhilfebezug kein Ausschlusskriterium für Erfolg war (diese Daten standen nicht zur Verfügung) und weil lediglich ein Monatseinkommen von CHF 1‘000.- erzielt werden musste. Die für die Definition ursprünglich geplante Grenze von CHF 3‘000.- pro Monat musste aufgegeben werden, da damit nicht genug Versicherte in der Stichprobe verblieben. Dennoch waren zwei Drittel der Versicherten nicht erfolgreich im Sinne unserer Definition.

Von denjenigen Versicherten, die den Fragebogen zurückgeschickt haben, haben mehr als 95% den Fragebogen bis zum Schluss ausgefüllt, was angesichts des Umfangs der Befragung wie auch angesichts der teils anspruchsvollen und auch persönlichen Fragestellungen eine beachtliche Quote ist (auch wenn nicht immer alle Fragen beantwortet wurden). Dies gilt für beide Teilstudien. Rund drei Viertel der Befragungsteilnehmer/innen haben die deutschsprachige Fragebogenversion ausgefüllt, ein Wert der relativ gut mit der Verteilung der Sprachregionen in der Schweiz übereinstimmt. Teilgenommen haben Versicherte aus sämtlichen IV-Stellen respektive Kantonen (lediglich der Kanton Zug ist in der Teilstudie 1 nicht vertreten), wobei besonders umfangreiche Gruppen aus den bevölkerungsstarken Kantonen Zürich, Bern und Waadt stammen. Insgesamt kann etwas mehr als ein Drittel der Antwortenden (37%) der lateinischen Schweiz zugerechnet werden (JU, GE, VD, VS, FR, NE, TI) – auch wenn ein Teil von ihnen die deutschsprachige Fragebogenversion ausgefüllt hat. Eine Aufschlüsselung der IV-Stellen nach Erfolg/Misserfolg macht wegen der meist kleinen Zahlen keinen Sinn, zudem zeigen sich auch keine aussagekräftige Unterschiede.

Die IV-Stellen wurden zudem nach ihrem Abklärungsverfahren kategorisiert anhand einer vom Büro BASS und der ZHAW erarbeiteten Typologie (Guggisberg et al., 2015). Die drei Typen von IV-Stellen unterscheiden sich im Abklärungsverfahren je nachdem wie stark, wie früh und wie formalisiert sie medizinische Informationen der Behandelnden sowie der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) beiziehen, bevor sie einen ersten Triage Entscheid fällen respektive ein persönlicher Kontakt stattfindet oder Eingliederungsmassnahmen begonnen werden. Es wird aufgezeigt, dass ein spätes Einholen medizinischer Informationen und eine rasche Zusprache von Massnahmen der Frühintervention mit einer tieferen Berentungsquote verknüpft sind (Guggisberg et al., 2015). Deshalb wurden diese Typen auch in der vorliegenden Untersuchung auf Anregung des Auftraggebers genauer untersucht. In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich kein Zusammenhang zwischen IV-Stellen-Typ und unserer Definition von Eingliederungserfolg. Dies hängt sehr wahrscheinlich mit dem unterschiedlich definierten Outcome („gewichtete Rentenquote“ versus „Erwerbseinkommen und keine Rente und nicht arbeitslos“ in der vorliegenden Studie) zusammen – sowie mit der unterschiedlichen Datenbasis und Methodik.

Tabelle 4: Sprache, IV-Stelle und IV-Stellentyp der Versicherten

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	Erfolg	Gesamt	Nachher	Vorher	Gesamt
Teilnehmende (N=ungewichtet; %=gewichtet)						
N Gesamt (%)	224 (67%)	240 (33%)	464 (100%)	214 (47%)	238 (53%)	452 (100%)
Fragebogen komplett (%)	94.9	97.2	95.6	94.9	96.5	95.7
Sprache (Fragebogen) N=464/452						
Deutsch	71.5	74.5	72.5	75.4	76.8	76.2
Französisch	24.9	21.9	23.9	22.3	21.7	22.0
Italienisch	3.6	3.6	3.6	2.3	1.4	1.8
IV-Stelle N=464/452						
301 ZH Zürich			15.3			18.8
302 BE Bern			12.7			5.5
303 LU Luzern			3.8			2.6
304 UR Uri			0.2			0.2
305 SZ Schwyz			1.9			0.8
306 OW Obwalden			0.6			0.5
307 NW Nidwalden			0.4			0.2
308 GL Glarus			0.2			0.2
309 Zug			0.0			0.4
310 FR Freiburg			6.5			4.6
311 SO Solothurn			5.7			2.7
312 BS Basel-Stadt			1.6			1.7
313 BL Basel-Land			4.9			3.2
314 SH Schaffhausen			0.3			0.6
315 AR Appenzell AR			0.1			1.1
316 AI Appenzell IR			0.2			0.4
317 SG St. Gallen			4.9			6.5
318 GR Graubünden			3.5			2.0
319 AG Aargau			5.6			7.7
320 TG Thurgau			0.6			1.9
321 TI Tessin			6.5			3.1
322 VD Waadt			11.4			17.3
323 VS Wallis			3.6			4.9
324 NE Neuenburg			2.2			4.6
325 GE Genf			6.6			7.6
350 JU Jura			0.6			1.2
IV-Stellen-Typologie N=464/452 (BASS/ZHAW)						
Typ 1: Frühe Medinfo*	37.5	37.2	37.4	46.3	42.6	44.3
Typ 2: Späte Medinfo**	32.0	29.3	31.1	25.2	19.6	22.3
Typ 3: Indiv. Medinfo***	30.6	33.5	31.5	28.5	37.8	33.4

*Medizinische Unterlagen vor Ersttriage

**Medizinische Unterlagen nach Erstriage

***Medizinische Unterlagen fallabhängig vor/nach Ersttriage

Die Tabelle 5 zeigt, dass sich Eingliederungserfolg und Verlauf kaum nach Alter und Geschlecht unterscheiden, jedoch nach Nationalität und Wohnsituation: Schweizerinnen und Schweizer sowie Versicherte, die mit Partner/in und Kindern zusammen leben, sind bei den erfolgreich Eingegliederten signifikant häufiger vertreten als Ausländerinnen und Ausländer sowie Alleinlebende.

Die bei den Eltern lebenden (jungen) Versicherten sind bei den Erfolgreichen seltener anzutreffen, wobei es sich um relativ kleine Zahlen handelt. Auch bei der höchsten abgeschlossenen Ausbildung zeigt sich insofern ein Unterschied, als Versicherte mit einer Tertiärausbildung bei den Erfolgreichen häufiger – und Versicherte ohne nachobligatorische Bildung seltener vertreten sind.

Alle Variablen werden hier auch für die Teilstudie zum Verlauf gezeigt (obwohl sich gewisse Variablen wie das Geschlecht beispielsweise natürlich nicht ändert), weil es sich bei „Nachher“ und „Vorher“ um unterschiedliche Versicherte handelt. Die meist sehr geringen Unterschiede bei solchen Merkmalen belegen hier, dass die beiden Gruppen gut vergleichbar sind (was methodisch für die Aussagekraft der vorliegenden Untersuchung bedeutsam ist, da diese beiden Personengruppen für den Zeitverlauf stehen).

Was sich verändert im zeitlichen Verlauf ist die Wohnsituation: Der Anteil der Alleinlebenden nimmt im Verlauf zu und der Anteil der mit Partner/in und Kindern Lebenden ab. Gleichzeitig nimmt der Anteil der mit Partner/in aber ohne Kinder sowie mit Kindern aber ohne Partner/in Lebenden zu.

Tabelle 5: Alter, Geschlecht, Nationalität, Bildung und Wohnsituation der Versicherten

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	**Erfolg**	**Gesamt**	**Nachher**	**Vorher**	**Gesamt**
Altersgruppe N=464/452						
<25 Jahre	14.4	10.8	13.2	19.8	19.9	19.9
25-34 Jahre	20.3	21.3	20.6	17.9	17.9	17.9
35-49 Jahre	36.4	41.0	37.9	37.5	37.4	37.5
50+ Jahre	28.9	26.9	28.3	24.7	24.7	24.7
Geschlecht N=464/452						
Mann	50.0	52.8	50.9	50.5	50.5	50.5
Frau	50.0	47.2	49.1	49.5	49.5	49.5
Nationalität N=464/452						
Schweizer/in	77.3	87.0	80.5	82.6	73.5	77.8
andere Nationalität	22.7	13.0	19.5	17.4	26.5	22.2
Höchste abgeschlossene Bildung N=433/381						
obligatorische Schule	31.3	21.7	28.0	33.2	31.1	32.2
Sekundarstufe II	60.7	62.7	61.4	52.6	50.7	51.6
Tertiärstufe	8.0	15.6	10.6	14.2	18.2	16.2
Wohnsituation N=440/436						
alleine, selbständig	33.8	26.1	31.3	28.6	18.7	23.4
alleine, betreut	3.3	0.0	2.2	1.2	1.3	1.3
mit Partner/in, ohne Kinder	26.6	29.0	27.4	25.5	21.2	23.2
mit Partner/in, mit Kindern	18.3	29.9	22.2	21.6	33.8	27.9
ohne Partner/in, mit Kindern	5.4	5.3	5.3	11.8	7.8	9.7
mit anderen zusammen, selbständig	2.3	5.1	3.2	1.7	5.8	3.8
mit anderen zusammen, betreut	1.7	0.0	1.1	0.3	2.6	1.5
bei den Eltern	8.7	4.5	7.3	9.2	8.8	9.0

Die Verteilung der berufsbezogenen Eckdaten der Versicherten (BSV-Registerdaten) zeigen geringe Unterschiede zwischen den Fällen und Kontrollen (Tabelle 6).

Je höher die (letzte) berufliche Funktion war, desto häufiger ist der Eingliederungserfolg: Versicherte mit einer Kader- oder Fachfunktion machen zusammen rund 68% der erfolgreichen Personen aus aber lediglich 51% der nicht erfolgreichen. Versicherte mit beruflichen Hilfsfunktionen sowie Schüler und Studenten sind demgegenüber bei den nicht erfolgreich Eingliederten etwas häufiger (teils kleine Zahlen) – dies gilt insbesondere auch bei denjenigen Versicherten, bei denen die (letzte) berufliche Funktion „unbekannt" ist. Hier handelt es sich häufig um jüngere Versicherte mit einer psychischen Störung und lediglich obligatorischer Schulbildung, die meist eine IV-Umschulungsmassnahme zugesprochen erhielten – zu rund 70% von einer IV-Stelle des Typs 1.

In Bezug auf die Branche der (letzten) Tätigkeit fallen hinsichtlich Eingliederungserfolg vor allem drei Branchen auf: Eher günstig scheint das Baugewerbe zu sein, das bei den erfolgreichen Eingliederungen mit 13% der Versicherten vertreten ist (8% bei den erfolglosen Eingliederungen) und ungünstig eher die Kategorien Gastgewerbe sowie „Ausbildung" (rund 16% bei den Erfolglosen und 6% bei den Erfolgreichen). Dies verweist wiederum auf erhöhte Eingliederungsprobleme bei den jungen Versicherten. Insgesamt sind die Branchenunterschiede aber gering.

Beim zeitlichen Verlauf (Teilstudie 2) zeigen sich gewisse Unterschiede in den Stichproben – ein höherer Anteil von Versicherten mit Fachfunktion bei der Gruppe der Massnahmebeginner und ein höherer Anteil von Versicherten mit Hilfsfunktionen bei den Absolventen. Bei der Branche sind die Unterschiede gering. Bei diesen Variablen ist zu beachten, dass sich die Kodierpraxis der IV-Stellen anscheinend etwas unterscheiden kann. Aber in der Grössenordnung sind die Angaben wohl verlässlich.

Zwischen den einzelnen sozioprofessionellen Variablen bestehen einige typische Zusammenhänge (alle Folgenden aus der Teilstudie 1 zu den Erfolgsfaktoren):

So handelt es sich bei selbständig Erwerbenden meist um Versicherte mit somatischen Gebrechen sowie relativ häufig um Ausländer/innen – und bei den Kaderpersonen sowie den Lehrlingen, Schülern und Studenten, den im Haushalt Tätigen sowie den „Unbekannten" in 70-100% der Fälle um psychisch kranke Versicherte. Während Versicherte in Kaderpositionen meist nur Frühinterventionsmassnahmen erhalten, wurden bei den jungen Versicherten meist Ausbildungsmassnahmen durchgeführt.

Hinsichtlich erreichtem Bildungsgrad sind psychisch kranke Versicherte sowohl bei der obligatorischen Schule wie auch bei den Tertiärausbildungen übervertreten. Ersteres liegt wahrscheinlich am frühen Auftreten von krankheitsbedingten Problemen bei psychisch Behinderten: Zwei Drittel der Versicherten mit lediglich obligatorischer Schulbildung hatten spätestens im frühen Erwachsenenalter erste relevante Probleme – der Median für das Alter mit ersten relevanten Problemen liegt bei 17 Jahren. Versicherte mit abgeschlossener Sekundarstufe hatten im Mittel mit 25 Jahren erste Probleme und Versicherte mit Tertiärbildung im Mittel mit 33 Jahren. Ein späteres Ersterkrankungsalter hat demnach eine protektive Wirkung gegenüber einem (allzu) frühen Ausbildungsabschluss. Mit zunehmendem Bildungsstand steigt zudem der Anteil der Personen mit Schweizer Nationalität.

Zudem hängen Wirtschaftssektor, Gebrechensart und Nationalität zusammen: Rund zwei Drittel der Versicherten aus dem Industriesektor haben ein somatisches Gebrechen während umgekehrt über 60% der Versicherten aus dem Dienstleistungssektor eine psychische Problematik haben (gemäss IV-Codes).

Tabelle 6: Berufliche Funktion, Branche und Sektor der Versicherten

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	Erfolg	Gesamt	Nachher	Vorher	Gesamt
Berufliche Funktion N=454/412						
Selbständig	1.3	3.3	2.0	3.0	2.6	2.8
Kaderfunktion	3.3	9.0	5.2	4.7	5.1	4.9
Fachfunktion	47.3	59.0	51.2	43.8	54.6	49.2
Hilfsfunktion	22.0	15.3	19.8	21.6	15.5	18.6
Lehrling	1.6	3.9	2.4	3.0	0.6	1.8
Heimarbeiterin	0.8	0.4	0.7	0.8	0.9	0.9
SchülerIn, Studentin	3.6	1.1	2.8	0.7	7.7	4.1
Privater Haushalt	8.6	2.8	6.6	9.2	4.3	6.8
Unbekannt	11.5	5.2	9.4	13.2	8.7	10.9
Branche N=418/368						
Land- und Forstwirtschaft	1.2	0.7	1.0	1.4	0.0	0.7
Verarbeitendes Gewerbe/Energie	16.9	20.8	18.3	18.8	19.8	19.3
Baugewerbe	7.8	13.1	9.6	6.7	8.3	7.5
Handel/Reparatur	5.8	8.0	6.6	10.5	6.6	8.6
Gastgewerbe	8.4	4.9	7.2	5.4	3.5	4.4
Verkehr	4.7	5.3	4.9	3.2	5.3	4.2
Banken und Versicherungen	7.0	5.0	6.3	4.5	3.2	3.8
Immobilien	0.7		0.5	0.0	0.0	0.0
Information und Kommunikation	1.8	1.6	1.7	2.0	2.1	2.1
Freiberufliche Dienstleistungen	3.4	3.0	3.3	3.4	5.2	4.3
Öff. Verwaltung	3.4	2.7	3.1	2.7	4.6	3.7
Erziehung	1.0	4.4	2.2	1.8	3.7	2.8
Gesundheits- und Sozialwesen	14.1	14.6	14.3	17.2	12.7	14.9
sonstige Dienstleistungen	8.1	10.3	8.8	9.5	11.0	10.3
Ausbildung	15.7	5.6	12.2	12.9	13.9	13.4
Sektor N=367/318 (ohne "Ausbildung")						
Landwirtschaft	1.4	0.7	1.1	1.6	0.0	0.8
Industrie	29.3	35.9	31.8	29.2	32.6	30.9
Dienstleistungen	69.3	63.4	67.1	69.2	67.4	68.3
Sektor zusammengefasst N=367/318						
Industrie, Landwirtschaft	30.7	36.6	32.9	30.8	32.6	31.7
Dienstleistungen	69.3	63.4	67.1	69.2	67.4	68.3

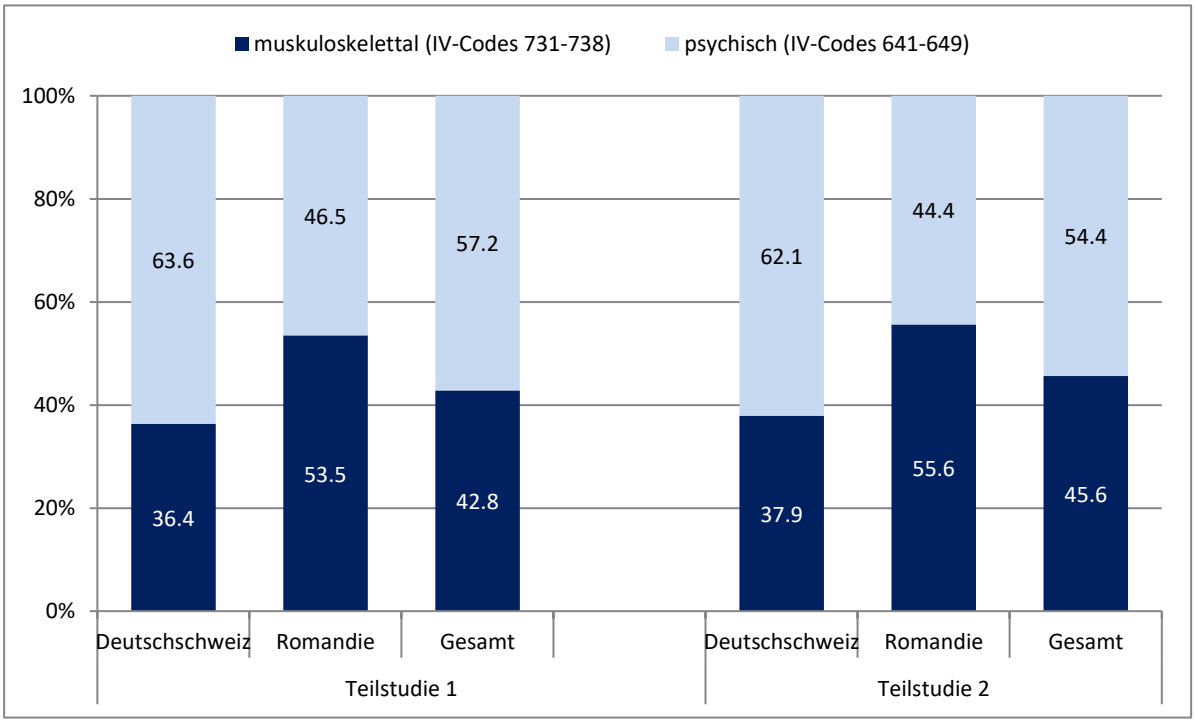
Weiter fällt bei den Befragungsteilnehmenden aus der lateinischen Schweiz ein deutlich höherer Anteil von Ausländer/innen auf (rund 30% versus 13% in der Deutschschweiz – dies reflektiert zum Teil die Verteilung von Ausländer/innen in der Schweiz generell). Zudem verfügen knapp 60% der ausländischen Massnahmenempfänger/innen in der lateinischen Schweiz lediglich über 9 Schuljahre – doppelt so viele wie in der Deutschschweiz, wo nur etwa 30% lediglich einen obligatorischen Schulabschluss aufweisen.

Trotzdem (höhere Bildung wie auch Nationalität korrelieren für sich gesehen mit Eingliederungserfolg) zeigt der Vergleich des Eingliederungserfolges keinen Unterschied zwischen Deutschschweiz und

lateinischer Schweiz. Dies erklärt sich wahrscheinlich unter anderem mit dem folgenden Unterschied: Es zeigt sich ein erheblicher Unterschied in der Verteilung der Gebrechen nach Sprachregion (Abbildung 3): Während die befragten IV-Versicherten in der Deutschschweiz zu fast zwei Dritteln gemäss IV-Kodierung eine psychische Störung aufweisen, sind es bei den Befragungsteilnehmenden in der Romandie und im Tessin gar mehr Versicherte mit einer muskuloskelettalen Erkrankung als mit einer psychischen Störung – und muskuloskelettale Erkrankungen korrelieren mit Eingliederungserfolg. Das heisst, dass die hier Befragten aus der Romandie und dem Tessin mit häufigerem Ausländerstatus und häufigerem tiefen Bildungsniveau zwar eher mit fehlendem Eingliederungserfolg korrelieren, dass dies aber womöglich kompensiert wird durch ihre häufiger muskulsoskelettale Problematik, die eher mit Eingliederungserfolg zusammenhängt. Die Ergebnisse für die Teilstudie 2 zum Verlauf zeigen analoge Verhältnisse (56% somatisch kodierte Versicherte in der lateinischen Schweiz gegenüber 38% in der Deutschschweiz).

Es ergeben sich hier aber auch Hinweise darauf, dass es sich vor allem bei den Versicherten mit sowohl psychischen wie auch muskuloskelettalen Beschwerden zusätzlich um eine unterschiedliche Kodierpraxis respektive um unterschiedliche Diagnosegewohnheiten der Ärzte handeln könnte (siehe dazu Kapitel 4.7).

Abbildung 3: IV-Gebrechensart nach Sprachregion (TS 1; N=453)



3.2 Fazit

Gesamthaft haben sich 916 IV-Versicherte, die eine berufliche Massnahme der IV zugesprochen erhalten haben, an der Befragung beteiligt, wovon 464 Versicherte im Rahmen der Teilstudie 1 zu den Erfolgsfaktoren geantwortet haben und 452 im Rahmen der Teilstudie 2 zu den Veränderungen im zeitlichen Verlauf der Massnahmen. Rund 95% von ihnen haben den Fragebogen bis zum Schluss beantwortet, was das grosse Interesse und wohl auch die grosse persönliche Bedeutung der IV-Massnahmen für das Erleben der Befragten zeigt.

Während die Befragungsstichprobe zum beruflichen Eingliederungserfolg so gezogen wurde, dass je rund die Hälfte der Versicherten erfolgreich respektive nicht erfolgreich ist, zeigen die gewichteten

Daten, dass ‚nur' ein Drittel der IV-Versicherten mit psychischen und muskuloskelettalen Erkrankungen nach beruflichen IV-Massnahmen effektiv die hier angewandten Erfolgskriterien erfüllt.

Hinsichtlich der Teilstudie 2 zu Veränderungen im zeitlichen Verlauf ist festzuhalten, dass die Stichproben der Massnahmebeginner und Massnahmenabsolventen gut vergleichbar sind in Bezug auf soziodemografische und professionelle Indikatoren (Alter, Geschlecht, Sprachregion, Nationalität, Bildung, letzte Branche und letzte berufliche Funktion). Dies ist deshalb wichtig, weil aus Unterschieden dieser beiden Gruppen auf mögliche Veränderungen im Zeitverlauf geschlossen wird.

Die Verteilung der Befragten hinsichtlich Geschlecht und Nationalität zeigt ähnliche Werte wie in der Allgemeinbevölkerung, wobei die Schweizer/innen bei den Befragten leicht übervertreten sind. Deutlich untervertreten sind hier IV-Versicherte mit einem tertiären Bildungsabschluss und entsprechend übervertreten solche mit einem höchstens obligatorischen Schulabschluss. Ein Drittel der Befragten hat bei/vor IV-Anmeldung im Industriesektor gearbeitet (in welchem in der Schweiz lediglich ein Viertel der Erwerbstätigen beschäftigt ist). Versicherte aus der Industrie haben meist muskuloskelettale Erkrankungen, Versicherte aus dem Dienstleistungssektor meist psychische. Bildung und Nationalität korrelieren mit dem Eingliederungserfolg während dies beim Geschlecht und der Sprachregion nicht zutrifft.

Hinsichtlich Sprachregion fallen drei Unterschiede auf: Der deutlich höhere Anteil von Versicherten mit ausländischer Nationalität, der höhere Anteil von Versicherten mit maximal obligatorischer Schulbildung und der höhere Anteil von muskuloskelettalen Erkrankungen in der lateinischen Schweiz. Zum Teil erklärt der höhere Ausländeranteil wohl den höheren Anteil von muskuloskelettalen Erkrankungen (60% gegenüber 40% bei den Schweizer/innen), zum Teil mögen auch Unterschiede in den diagnostischen Gewohnheiten bestehen hinsichtlich Einordnung von komorbiden Beschwerdebildern mit sowohl psychischen wie auch muskuloskelettalen Symptomen).

Während das Abklärungsverfahren der IV-Stellen, die Sprachregion, das Alter und Geschlecht der Versicherten keinen Zusammenhang zum Eingliederungserfolg zeigt, korrelieren Schweizer Nationalität, Wohnsituation mit Partner/in und Kindern sowie eine Tertiärausbildung mit dem Erfolg. Im zeitlichen Verlauf verändert sich die Wohnsituation der Versicherten schliesslich in Richtung vermehrtes Alleinleben und vermehrtes Alleinerziehen, das heisst es kommt im Verfahrensverlauf nicht selten zu Trennungen.

4 Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Behandlung

Eine krankheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist die Voraussetzung für berufliche IV-Massnahmen der Invalidenversicherung. Deswegen werden die entsprechenden Resultate zu Beginn des Berichtes präsentiert. Gleichzeitig sind Personen in IV-Eingliederungsmassnahmen nicht einfach nur krank im Sinne diagnostischer Kriterien, sondern verfügen je nachdem auch partiell über eine gute Gesundheit. Deshalb – und um den Gesundheitszustand und die Lebenssituation der IV-Versicherten im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung würdigen zu können – wurde in der Befragung auch um eine Einschätzung des Gesundheitszustandes im Allgemeinen gebeten und wurden weitere Fragen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) aus dem Jahr 2012 verwendet, zum Beispiel die Frage nach der Häufigkeit von Glücksgefühlen in den letzten 4 Wochen.

Im folgenden Kapitel 4.1 werden zunächst überblicksartig die Verteilung der IV-Gebrechenscodes sowie der Fragen zu Krankheit und Gesundheit über die Stichproben dargestellt. Anschliessend (Kapitel 4.2 ff) folgen Vergleiche mit der Allgemeinbevölkerung, Auswertungen der Funktionsdefizite und Alltagbeeinträchtigungen der Versicherten sowie zur medizinischen Behandlung und Medikation (Kapitel 4.8).

4.1 IV-Gebrechenscodes, körperliche und psychische Gesundheit

Die Art des Gebrechens unterscheidet sich deutlich nach Eingliederungserfolg: Versicherte mit muskuloskelettalen Erkrankungen haben einen Anteil von 58% in der Gruppe mit Eingliederungserfolg und lediglich einen Anteil von 35% in der Gruppe ohne Erfolg. Bei den psychischen Erkrankungen ist das Verhältnis gerade umgekehrt (42% zu 65%) (Tabelle 7). Anders gesagt: Psychisch kranke Versicherte haben eine berufliche Erfolgsquote von 25% während körperlich beeinträchtigte Versicherte eine Erfolgsquote von 45% haben.

Insgesamt sind IV-Massnahmenempfänger mit psychischen Erkrankungen in beiden Teilstudien in der Mehrheit gegenüber Personen mit somatischen Erkrankungen.

Die häufigsten Einzelcodes sind bei der Gruppe der psychischen Störungen die „Psychogenen und milieureaktiven Störungen“ (Code 646) und bei den muskuloskelettalen Krankheiten die „Übrigen Veränderungen an Knochen und Bewegungsorgane (Bänder, Muskeln, Sehnen)“ (Code 738). Beide Codes bezeichnen Sammelkategorien. Gewisse Überschneidungen sind zu erwarten, zum Beispiel zwischen psychisch kodierten Somatisierungsstörungen und somatisch kodierten Schmerzsyndromen, Rückenschmerzen etc. Beide Sammelcodes hängen deutlich mit dem Eingliederungserfolg zusammen – der Code 738 ist in der Erfolgsgruppe fast zweimal so häufig vertreten wie in der Misserfolgsgruppe. Bei allen anderen Codes sind die Zahlen zu gering für eine Aussage, am ehesten liesse sich der Code 644 (Psychosen) nennen, der in der Misserfolgsgruppe viermal häufiger vorkommt als bei den erfolgreich Integrierten.

Bei der Teilstudie 2 zum Verlauf handelt es sich bei den Massnahmebeginnern häufiger um Personen mit psychogenen, milieureaktiven Störungen als bei den Massnahmenabsolventen. Die sogenannt ‚schweren‘ Störungen (Codes 641-645: Psychosen, Psychopathie) sind bei den Massnahmenabsolventen etwas häufiger. Man kann sich fragen, ob sich diese Versicherten – trotz oder wegen häufigerem Misserfolg – von der Befragung besonders angesprochen gefühlt haben.

Deutliche Unterschiede zeigen sich in der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes, und zwar sowohl hinsichtlich Erfolg wie auch im zeitlichen Verlauf: Erfolgreich eingegliederte Versicherte und Massnahmenabsolventen berichten einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand: Rund 20% der Erfolgreichen geben einen (sehr) schlechten Gesundheitszustand an (und 53% einen guten

oder sehr guten) gegenüber 34% der Erfolglosen mit einem schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand (und lediglich 31% mit einer guten oder sehr guten). Die Unterschiede im Verlauf sind deutlich geringer, das heisst, insgesamt verändert sich der Gesundheitszustand kaum im Verlauf.

Tabelle 7: IV-Gebrechensart und –codes, Gesundheitszustand der Versicherten

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	**Erfolg**	**Gesamt**	**Nachher**	**Vorher**	**Gesamt**
Gebrechensart (IV-Codes) N=453/452						
731-738 (Knochen, Bewegungsorgane)	35.4	57.6	42.8	48.4	43.0	45.5
641-649 (Psychos., Neuros., Persön.stör.)	64.6	42.4	57.2	51.6	57.0	54.5
Gebrechenscode N=454/452						
641 (Schizophrenie)	2.6	0.7	2.0	1.6	1.3	1.4
642 (manisch-depressiv)	4.7	3.3	4.3	5.8	3.7	4.7
643 (organische Psychosen)	0.0	0.0	0.0	1.2	0.3	0.7
644 (übrige Psychosen)	6.3	1.5	4.7	2.7	1.6	2.1
645 (Psychopathie)	1.2	0.5	1.0	2.8	0.3	1.5
646 (psychogene, milieureaktive Stör.)	44.8	36.5	42.1	37.5	49.8	44.0
649 (übrige geistige, charakt. Störungen)	1.8	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0
731 (Primär-chron. Gelenkrheumatismus)	2.0	1.5	1.8	1.5	1.5	1.5
732 (Coxarthrose)	0.0	2.0	0.7	0.0	0.0	0.0
733 (Übrige Arthrosen)	1.1	1.0	1.1	1.2	2.2	1.8
736 (Spondylosen und Osteochondrosen)	5.6	6.6	5.9	6.7	2.5	4.5
737 (Idiopathische Skoliose)	0.0	0.3	0.1			
738/938 (Übrige musk.skel. Veränder.)	25.8	46.1	32.5	39.0	36.7	37.8
Andere	4.1	0.0	2.7	0.0	0.0	0.0
Gesundheitszustand allgemein N=422/419						
Sehr schlecht	7.8	1.3	5.7	4.2	4.8	4.5
Schlecht	26.1	17.4	23.2	25.4	21.4	23.3
Mittel	34.5	27.5	32.2	34.5	42.9	38.9
Gut	22.1	38.3	27.5	27.7	24.1	25.8
Sehr gut	8.7	14.4	10.6	6.8	5.9	6.3
Weiss nicht	0.7	1.1	0.8	1.5	1.0	1.2
Körperliche Beschwerden – "starke" … (letzte 4 Wochen)						
Rücken- oder Kreuzschmerzen	40.7	20.9	34.1	27.8	33.1	30.6
Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit	44.6	26.1	38.5	33.0	36.7	35.0
Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch	11.5	7.7	10.3	8.5	8.8	8.6
Durchfall, Verstopfung oder beides	19.2	8.0	15.5	10.5	10.0	10.2
Einschlaf- oder Durchschlafstörungen	44.1	16.3	35.1	33.2	36.2	34.8
Kopfschmerzen, Druck im Kopf	19.1	9.6	16.0	11.6	21.3	16.6
Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern	6.8	2.7	5.4	4.8	5.9	5.4
Schmerzen oder Druck im Brustbereich	6.5	2.8	5.3	4.1	7.9	6.1
Schmerzen in Schultern, Nacken, Armen	31.7	25.4	29.6	30.4	34.6	32.6

Tabelle 7 (Fortsetzung)

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	Erfolg	Gesamt	Nachher	Vorher	Gesamt
Psychische Gesundheit – "meistens" oder "immer" … (letzte 4 Wochen)						
Voller Leben gefühlt	19.7	42.1	26.9	32.6	26.6	29.5
Sehr nervös gefühlt	33.1	18.6	28.4	24.9	33.7	29.5
Niedergeschlagen, nichts munterte auf	20.3	11.2	17.3	19.3	20.3	19.0
Ruhig, ausgeglichen und gelassen gefühlt	30.5	43.9	34.8	40.7	29.9	35.1
Voller Energie gefühlt	17.3	35.5	23.3	32.0	21.2	26.4
Entmutigt und deprimiert gefühlt	28.7	16.9	24.9	21.5	26.4	24.1
Erschöpft gefühlt	42.5	28.9	38.0	34.4	40.0	37.3
Glücklich gefühlt	29.4	52.8	36.9	43.1	31.9	37.2
Müde gefühlt	48.4	38.1	45.1	45.1	50.2	47.7

Die Unterschiede bei den Fragen zu körperlichen Beschwerden (Antwortmöglichkeiten: „überhaupt nicht, ein bisschen, stark“) bestätigen diese Einschätzung: *Starke* Rückenschmerzen sind beispielsweise bei den Erfolglosen in den letzten 4 Wochen fast doppelt so häufig wie bei den Erfolgreichen, ähnliches gilt für allgemeine Schwäche, Verdauungsprobleme, Kopfschmerzen, Herzprobleme und Brustschmerzen. Schlafprobleme sind bei den Erfolglosen gar rund dreimal so häufig wie bei den erfolgreich Eingegliederten.

Die Fragen zur psychischen Gesundheit respektive zur psychischen Belastung (Antwortmöglichkeiten: „nie, selten, manchmal, meistens, immer““) gehen in dieselbe Richtung: Erfolgreich Eingegliederte haben sich in den vergangenen 4 Wochen rund zweimal so häufig *meistens oder immer* voller Leben, nicht sehr nervös, nicht sehr niedergeschlagen und voller Energie gefühlt im Vergleich zu den nicht Eingegliederten.

Auch im zeitlichen Verlauf der IV-Eingliederungsmassnahmen zeigen sich hier Unterschiede: Sämtliche positiv gepolten Parameter der psychischen Gesundheit nehmen im Verlauf zu (zum Beispiel die Glücksgefühle von 32% auf 43%) und sämtliche negativ gepolten Items nehmen im Verlauf ab (zum Beispiel die Nervosität von 34% auf 25%). Bei den körperlichen Beschwerden zeigen sich demgegenüber kaum Unterschiede im Zeitverlauf.

Die deutlichen Unterschiede zwischen Fällen und Kontrollen in den beiden Teilstudien verdeutlichen demnach den starken Zusammenhang zwischen der körperlichen und psychischen Gesundheit respektive Belastung der Versicherten und dem Eingliederungserfolg wie auch dem zeitlichen Verlauf: Erfolgreich Eingegliederten und Versicherten, welche die IV-Massnahmen hinter sich haben, geht es allgemein und vor allem auch psychisch besser als den nicht Eingegliederten und den Versicherten, die am Beginn des IV-Verfahrens stehen. Die Richtung dieser Zusammenhänge lässt sich hier nicht kausal bestimmen. Es kann sein, dass die beruflichen Massnahmen der IV zu dieser Entwicklung beigetragen haben, es kann umgekehrt aber ebenso vermutet werden, dass die gesünderen Versicherten mehr Erfolg hatten. Es scheint jedoch, dass sich der Gesundheitszustand im zeitlichen Verlauf leicht verbessert – obwohl Versicherte mit ‚schweren‘ psychischen Störungen wie erwähnt etwas häufiger bei den Massnahmenabsolventen vorkommen als bei den Beginnern. Ob dies für alle Massnahmenabsolventen gilt oder vor allem für diejenigen, die Eingliederungserfolg hatten, wird weiter unten besprochen.

Die von der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 übernommenen Fragen zu den körperlichen Beschwerden und zur psychischen Gesundheit lassen sich zu Indices zusammenfassen (Tabelle 8). Es werden hier 4 Indices des Bundesamtes für Statistik verwendet (weiterführende Informationen: https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.html :

- *Körperliche Beschwerden* (Indikator wird gebildet aus den ersten 8 Fragen zu den körperlichen Beschwerden in (Tabelle 7)
- *Psychische Belastung* (Indikator wird gebildet aus den Fragen zu Nervosität, Niedergeschlagenheit, Ausgeglichenheit, Entmutigung und Glücksgefühlen in (Tabelle 7)
- *Energie und Vitalität* (Indikator wird gebildet aus den Fragen zu Lebendigkeit, Energie, Erschöpfung und Müdigkeit in Tabelle 7)
- *Kontrollüberzeugung* (Indikator wird gebildet aus Fragen, ob man mit Problemen nicht fertig wird, sich hin- und hergeworfen fühlt, wenig Kontrolle habe oder sich Problemen ausgeliefert fühlt)

Bei der Interpretation des SGB-Indexes „Psychische Belastung“ ist zu erwähnen, dass bei einer mittleren Belastung wahrscheinlich und bei einer hohen Belastung sehr wahrscheinlich von einer psychischen Störung aus klinischer Sicht ausgegangen werden muss (BfS, 2008).

Tabelle 8: Körperliche und psychische Belastung / Gesundheit der Versicherten

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	Erfolg	Gesamt	Nachher	Vorher	Gesamt
Körperliche Beschwerden SGB N=394/404						
keine/geringe	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
einige	6.9	13.5	9.2	12.7	9.1	10.8
starke	93.1	86.5	90.8	87.3	90.9	89.2
Psychische Belastung SGB N=428/421						
hoch	45.8	23.1	38.5	34.7	41.1	38.1
mittel	25.5	20.5	23.9	16.1	26.0	21.3
keine/gering	28.7	56.4	37.6	49.2	32.9	40.6
Energie und Vitalität SGB N=433/421						
tief	77.6	62.8	72.8	71.4	78.3	75.0
mittel	7.8	10.0	8.5	13.9	5.6	9.6
hoch	14.5	27.3	18.7	14.7	16.0	15.4
Kontrollüberzeugung SGB N=426/420						
tief	65.5	43.3	58.1	51.2	62.6	57.2
mittel	23.5	25.5	24.2	22.6	19.5	21.0
hoch	11.0	31.2	17.8	26.2	17.9	21.8

Diese Indices zeigen zusammengefasst die Unterschiede zwischen den Gruppen noch deutlicher: Erfolgreich eingliederte IV-Versicherte haben mit 23% einen halb so hohen Anteil psychisch hoch belasteter Personen wie die Gruppe der nicht Eingegliederten – dasselbe gilt für den Anteil von Personen mit einer hohen Energie und Vitalität, und noch deutlicher, wenn man sich die Personen ansieht, die über eine hohe Kontrollüberzeugung berichten (ein Verhältnis von rund 3:1). Fast zwei Drittel der nicht Erfolgreichen und der Massnahmebeginner haben eine tiefe Kontrollüberzeugung. Dies ist ein sehr hoher Anteil, der in der Praxis berücksichtigt werden sollte: Die Mehrheit dieser Versicherten fühlt sich äusseren Einflüssen generell – und womöglich auch der IV – ausgeliefert und hat offensichtlich nicht den Eindruck, selbst aktiv Vieles mitbestimmen zu können.

Im zeitlichen Verlauf des IV-Eingliederungsprozesses nehmen die starken körperlichen wie auch psychischen Belastungen leicht ab, ebenso die Anteile der Versicherten mit einer tiefen Vitalität und Energie sowie einer tiefen Kontrollüberzeugung. Den Versicherten geht es mit zunehmender Dauer des Verfahrens gesamthaft besser.

4.2 Vergleiche zwischen IV-Massnahmenempfängern und Schweizer Bevölkerung

Hier stellt sich zum einen die Frage nach dem Vergleich mit der Schweizer Allgemeinbevölkerung und angesichts der häufigen sowohl körperlichen wie auch psychischen Belastungen auch die Frage nach der Bedeutung der Komorbidität für den IV-Eingliederungsprozess: „Komorbidität“ bezeichnet das gleichzeitige Vorkommen von mehreren Erkrankungen. Dies kann die Kombination von körperlicher und psychischer Erkrankung (zum Beispiel Rückenschmerzen und Depression) betreffen oder das gleichzeitige Vorliegen von verschiedenen somatischen respektive psychischen Störungen wie zum Beispiel Depression und Alkoholabhängigkeit. Im Folgenden wird zunächst ein Vergleich der Gesundheit der hier befragten IV-Versicherten mit der Schweizer Bevölkerung gezeigt (Abbildung 4). Der Vergleich dient der Orientierung und Einordnung der Situation der IV-Versicherten, die Daten wurden für diese Vergleiche nicht nach Alter etc. standardisiert.

Die Unterschiede zwischen den befragten IV-Versicherten und der Schweizer Allgemeinbevölkerung hinsichtlich Merkmalen der psychischen und körperlichen Gesundheit respektive Belastung sind sehr gross. Rund 80% der Schweizer/innen berichten über eine (sehr) gute allgemeine Gesundheit, eine mittlere bis hohe Kontrollüberzeugung und Vitalität – dies sind rund zwei- bis dreimal so viele wie bei den IV-Massnahmenempfänger/innen. Und etwa 20% der Schweizer/innen haben starke körperliche Beschwerden respektive eine mittlere bis hohe psychische Belastung – dies sind rund drei- bis viermal weniger wie bei den IV-Massnahmenempfänger/innen. Das Vorhandensein von starken körperlichen Beschwerden differenziert am extremsten zwischen IV-Massnahmenempfänger/innen und Allgemeinbevölkerung.

Bei dieser Gegenüberstellung ist daran zu denken, dass es sich bei der Allgemeinbevölkerung durchaus auch um psychisch oder somatisch erkrankte Personen handeln kann. Dennoch sind die Unterschiede so deutlich, dass man bei den IV-Massnahmenempfänger/innen von einer stark selektionierten Gruppe von Personen ausgehen muss: 80% der Personen in IV-Eingliederungsmassnahmen sind körperlich wie psychisch so stark belastet wie die am stärksten belasteten 20% in der Gesamtbevölkerung. Eine teilweise etwas bessere gesundheitliche Situation zeigt sich lediglich bei den erfolgreich eingegliederten Versicherten: Rund 55% von ihnen berichten einen (sehr) guten allgemeinen Gesundheitszustand und eine mittlere bis hohe Kontrollüberzeugung und knapp 40% eine mittlere bis hohe Energie und Vitalität. Bei den starken psychischen und somatischen Belastungen unterscheiden sie sich hingegen kaum von den anderen Versichertengruppen.

Bemerkenswert ist schliesslich auch das Ausmass an körperlichen Beschwerden. Obwohl die für die Schweizer Bevölkerung entwickelte Kategorisierung 3 Gruppen vorsieht, gibt es *keinen einzigen* Befragungsteilnehmer, der über keine oder nur geringe körperliche Beschwerden berichtet. Einige wenige berichten einige Beschwerden, aber fast alle (87%-93%) geben starke körperliche Beschwerden an – dies gilt für beide Teilstudien.

Dabei ist zu bedenken, dass die Mehrheit der hier erhobenen IV-Versicherten gemäss IV-Code an einer psychischen Störung leidet. Offensichtlich gibt es keine psychisch kranken IV-Massnahmenempfänger/innen, die keine oder nur geringe somatische Beschwerden haben (Abbildung 5). In beiden Teilstudien haben 99% der Personen mit einer hohen psychischen Belastung auch starke somatische

Beschwerden. Bei mittleren psychischen Belastungen sind es 93-96% und bei geringen psychischen Belastungen 79-83%.

Abbildung 4: Gesundheitszustand IV-Massnahmenempfänger und Schweizer Allgemeinbevölkerung

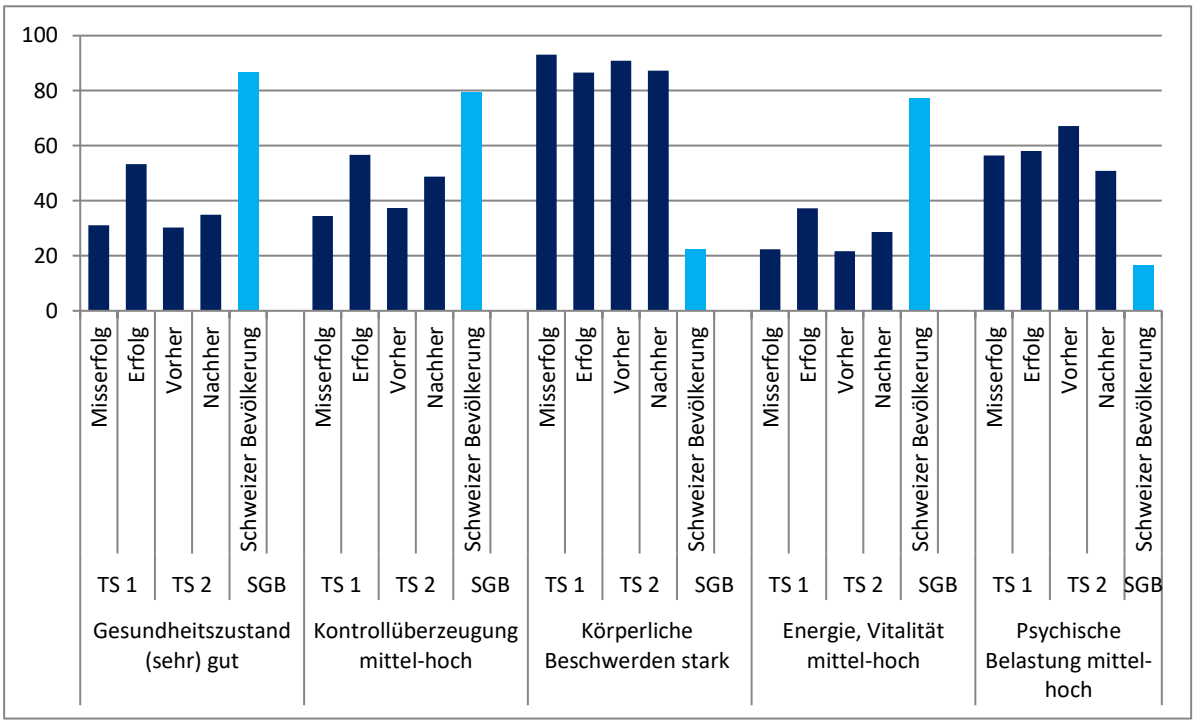
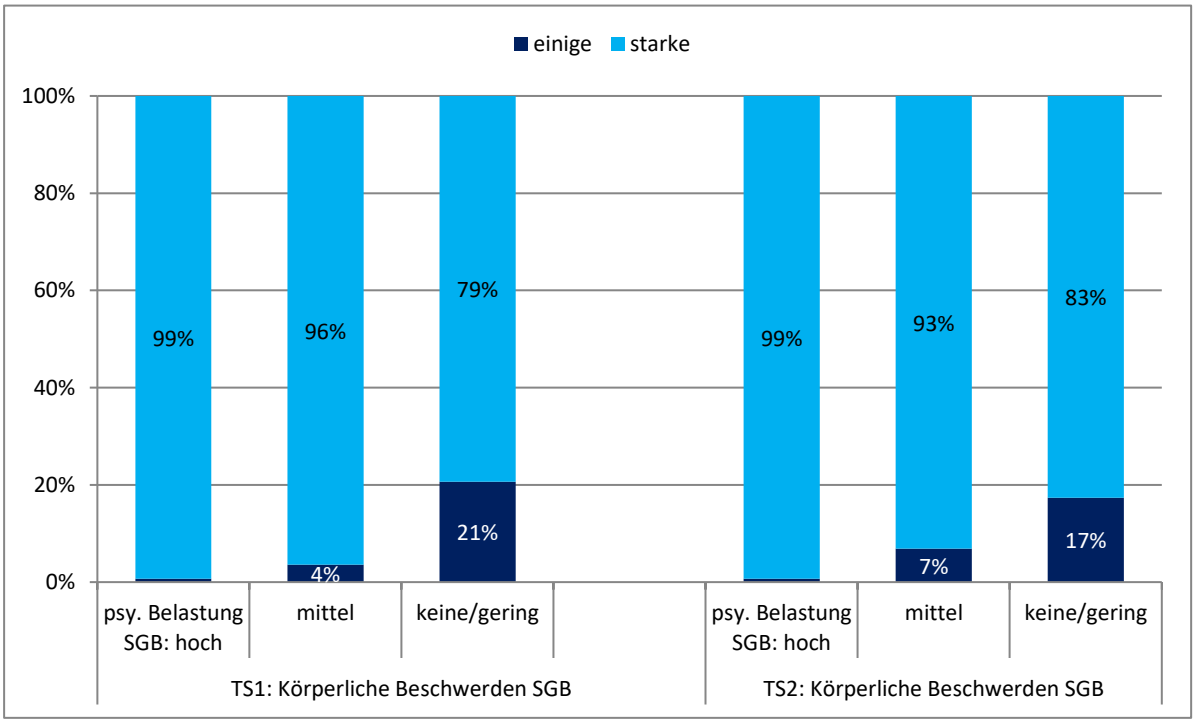


Abbildung 5: Körperliche Beschwerden und psychische Belastung (N=379)



Umgekehrt haben in beiden Teilstudien rund 60% der Personen mit muskuloskelettalen Beschwerden auch eine hohe oder mittlere psychische Belastung. Das heisst, mehr als 80% der Versicherten mit

einer gemäss IV-Codes psychischen Störung haben auch relevante körperlichen Beschwerden und umgekehrt haben rund 60% der Versicherten mit einer muskuloskelettalen Erkrankung auch eine relevante psychische Belastung. Das Ausmass an sowohl psychischen wie auch somatischen Belastungen ist demnach erheblich.

4.3 Aussagen von Versicherten

Im Folgenden werden – wie in jedem Kapitel – einige Aussagen aus den 20 Interviews mit den Befragten dargestellt, die das Thema der jeweiligen Kapitel veranschaulichen. Eine inhaltliche Analyse der Interviews wird im Kapitel 10 präsentiert.

Die folgenden Aussagen zeigen beispielhaft, wie sich die Erkrankung auf den Alltag und das Erleben auswirken können. Man kann beispielsweise nicht mehr Auto fahren, erträgt keine anderen Menschen mehr, auch nicht die Kontaktversuche des Betriebs.

> [Sie konnte ihr Leben so nicht mehr führen. Sie konnte nicht mehr Autofahren, war überfordert mit der Situation. Sie war ein ganzes Jahr zu Hause] „Ich konnte keine Menschen mehr ertragen". Sie hat dabei gemerkt „etwas stimmt nicht". Sie habe sich bei ihrem Hausarzt angemeldet, und dieser habe sie bei einer Psychotherapeutin angemeldet. Sie hatte einen Therapeuten „der meine seelische Situation angeschaut hat". Sie hatte „zwei Therapeuten, ein Therapeut für das Geschäft und ein Therapeut für sich selber". Sie hatte ein Burnout „ich war total durch – ich habe nichts mehr ertragen". Sie ertrug nicht, dass jemand vom Betrieb mit ihr Kontakt aufnahm. (Frau, 40 Jahre, erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

Hinzu kommt, dass man damit konfrontiert wird, dass die eigenen Vorstellungen vielleicht so nicht mehr umsetzbar sind, dass man sich einer neuen Situation (nicht mehr voll arbeitsfähig zu sein) stellen und diese je nachdem akzeptieren muss. Man muss sein Selbstbild und seinen Lebensentwurf revidieren. Das kann so weit gehen, dass schliesslich die Akzeptanz einer IV-Berentung als persönlicher Erfolg gewertet werden muss.

> „Geholfen hat das gesamte Setting, dass meine Therapeutin und die IV miteinander schauen. Dass sie auch gesagt haben, jetzt ist es zu viel – da ich zur Überforderung neige. Für mich war es, dass ich mein eigenes Geld verdienen will – und normal arbeitsfähig sein. Darum war es so schwierig, die Rente überhaupt anzunehmen". [Der Arbeitgeber und die Therapeutin meinten aber damals, sie sollte etwas zurückschrauben um sich zu stabilisieren.] „Da musste ich im Therapieprozess akzeptieren, dass ich nicht so leistungsfähig bin, und eine Zeitlang eine Rente haben muss. Es war ein Akzeptanzprozess." (Frau, 45 Jahre, nicht erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

> „Es ist eine Lebensgeschichte. In den nächsten Jahren wird es nicht so sein, dass ich 100% arbeiten kann. Aber ich kann sicher 80% arbeiten, und das ist gut. Im Prozess selbst zu wirken ist wichtig. Dass ich eingebunden bin, gefragt werde, dass es um meine Ressourcen geht, das ist schon wichtig. Ich hätte viel mehr Mühe, wenn mir gesagt würde, was ich brauche. Ich war selbstwirksam, auch wenn es nur auf der Stufe der Akzeptanz war, zum Beispiel bei der Rentenzusprache". (Frau, 45 Jahre, nicht erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

Hier ist es zentral, dass einem jemand hilft, mit den eigenen Beschwerden im Alltag umzugehen, zum Beispiel in einer Schmerzklinik oder in anderen Behandlungssettings. Das letzte Beispiel zeigt, dass es sich bei diesem Prozess um einen langen Weg handeln kann, und es zeigt auch, wie wichtig es sein kann, eine klare Diagnose für das eigene Leiden zu bekommen. Nicht selten ist dies der Beginn eines Verarbeitungsprozesses.

> Gesundheitlich hatte sie täglich starke Kopfschmerzen und konnte nur noch 50% arbeiten. Sie hatte zusätzlich Gefühlsstörungen im Arm. Sie hat sich selbst gesagt, es gehe nicht, 100% zu arbeiten. Es ging etwa ein Jahr, in dem sie nur in Teilzeit arbeiten konnte mit einem ärztlichen Zeugnis. Sie habe gelernt, dass diese Beschwerden kommen und wieder gehen. In der

Schmerzklinik hat sie gelernt, damit umzugehen. (Frau, 35 Jahre, nicht erfolgreich integriert, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

Später im Januar 2016 sei „die Psychiatrie gekommen". Er sei in die Krisenklinik gekommen, später in die Tagesklinik. Beim Wiedereinstieg im Arbeitsprozess „war ich nicht in der Lage einfache Sachen zu machen". Der Arbeitsweg und das Busfahren waren eine Überforderung. Er musste lernen aufzustehen und den Weg zurück zu legen. Er sei aber bereits Jahre zuvor beim Psychiater gewesen. Dieser habe ihm geholfen, wieder Fuss zu fassen in der Arbeit. Er wollte eigentlich sofort wieder zur Arbeit zurück – aus der Tagesklinik heraus und in die Arbeit gehen. Er sei „seit Jahren am Kämpfen". Mit der Diagnose Asperger wurde ihm vieles klarer. Er sei jetzt auch in einer Gruppentherapie und erlebe das erste Mal in seinem Leben „gleiche Leute". (Mann, 45 Jahre, Massnahmebeginn, psychische Beeinträchtigung)

4.4 „Komorbide" somatische und psychische Belastung/Symptomatik

Da das SGB-Konstrukt der somatischen Beschwerden (welches für die Allgemeinbevölkerung gut differenziert) bei den IV-Massnahmenempfänger/innen schlecht differenziert, wurde eine zusätzliche Variable berechnet (Summe der Werte aller körperlichen Beschwerden, das heisst der Anzahl zutreffender Beschwerden sowie des Schwergrades, und anschliessend gedrittelt in „hoch", „mittel", „tief").

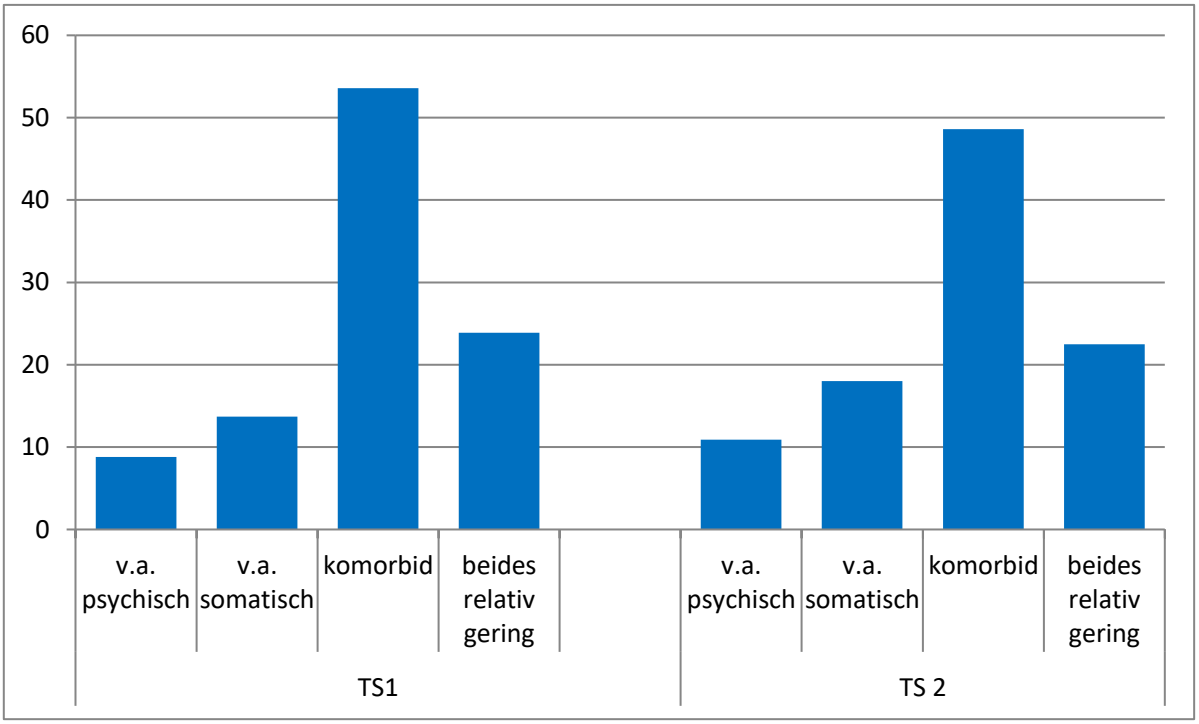
Mithilfe dieser neuen Variable und dem auch für IV-Massnahmenempfänger/innen differenzierenden SGB-Konstrukt der psychischen Belastung wurde eine zusätzliche Variable „Komorbidität" berechnet mit den Ausprägungen „vor allem psychisch" (hohe oder mittlere psychische Belastung – geringe somatische), „vor allem somatisch" (hohe oder mittlere somatische Belastung – geringe psychische), „komorbid" (hohe oder mittlere psychische Belastung – hohe oder mittlere somatische) sowie „beides relativ gering" (geringe psychische und geringe somatische Belastung).

Diese grobe Annäherung dient lediglich weiteren Analysen und darf nur relativ verstanden werden und nicht im Sinne, dass es eine Gruppe von Personen gäbe, die überhaupt nicht belastet ist (eine solche gibt es wie gezeigt eben nicht). Zudem handelt es sich strenggenommen nicht um „Komorbidität" – also dem Vorliegen verschiedener diagnostizierter Erkrankungen – sondern um das Vorliegen sowohl psychischer sowie somatischer Beschwerden.

Die Verteilung der „Komorbidität" über beide Teilstudien zeigt, dass rein psychische respektive rein körperliche Beschwerden eher die Ausnahme darstellen (Abbildung 6). In beiden Teilstudien erfüllt rund die Hälfte der Versicherten die Kriterien für eine „komorbide" Belastung, rund 15% haben somatische Probleme, 10% haben psychische Probleme und rund 25% haben *vergleichsweise* geringe somatische und psychische Probleme.

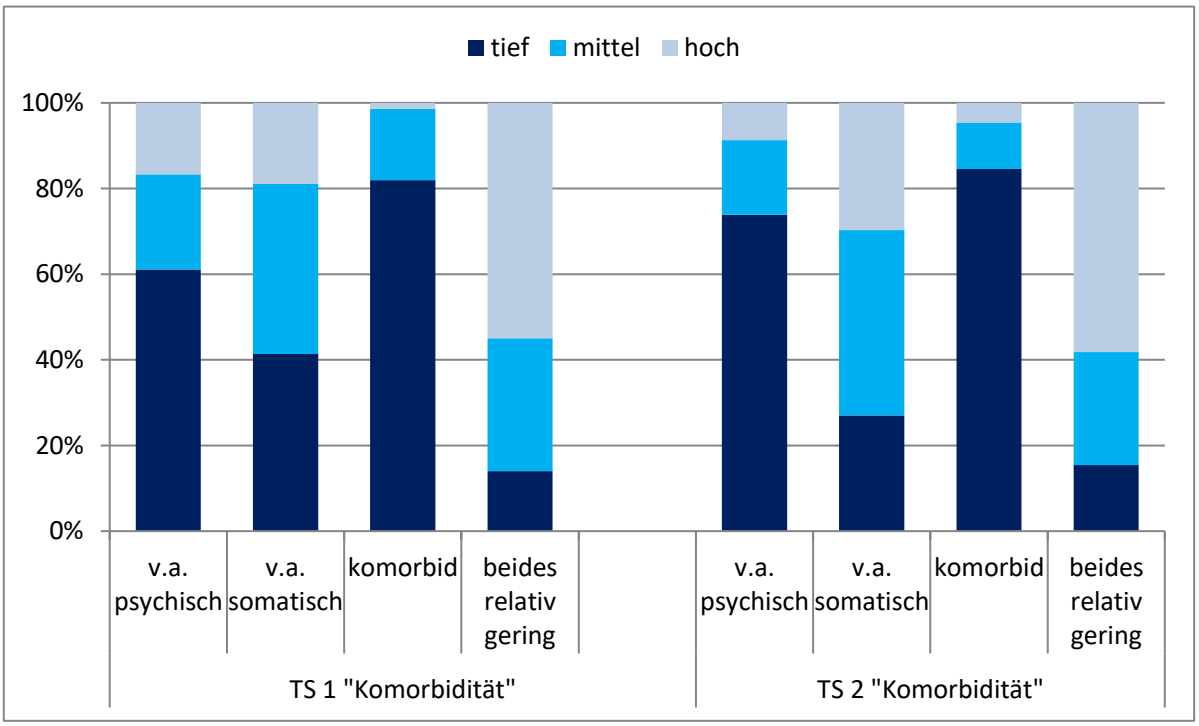
Bei „komorbiden" Versicherten geben rund 80% eine tiefe Kontrollüberzeugung an (Abbildung 7) während dies bei Personen mit psychischer Problematik auf 60% zutrifft, bei Personen mit somatischer Problematik auf 40% und bei Personen mit geringen Gesundheitsbelastungen auf 15%. Das Gefühl, das eigene Leben selbst beeinflussen respektive steuern zu können, hängt demnach vor allem mit dem Ausmass der psychischen Funktionseinschränkungen zusammen. Sind ausschliesslich muskuloskelettale Einschränkungen vorhanden, beeinflusst dies das Kontrollgefühl erwartungsgemäss deutlich seltener. Dieser Unterschied zwischen den beiden Beeinträchtigungsarten ist für das Erleben der Versicherten wichtig, auch wenn er nicht unbedingt direkt mit dem Eingliederungserfolg zusammen hängen mag. Damit wird deutlich, dass die Art und das Ausmass der Belastungen einen direkten Zusammenhang zeigen zur erlebten Selbstwirksamkeit respektive zur Lebensqualität der Versicherten.

Abbildung 6: „Komorbidität“ in beiden Teilstudien (TS 1: N=428, TS 2: N=421)



Die „Komorbidität“ differenziert allerdings auch sehr deutlich in Bezug auf Merkmale der Arbeitsfähigkeit, Behinderung und Arbeitsbiografie der Versicherten (Kapitel 4.5 und 5).

Abbildung 7: Kontrollüberzeugung nach „Komorbidität“ (TS 1: N=410, TS 2: N=405)



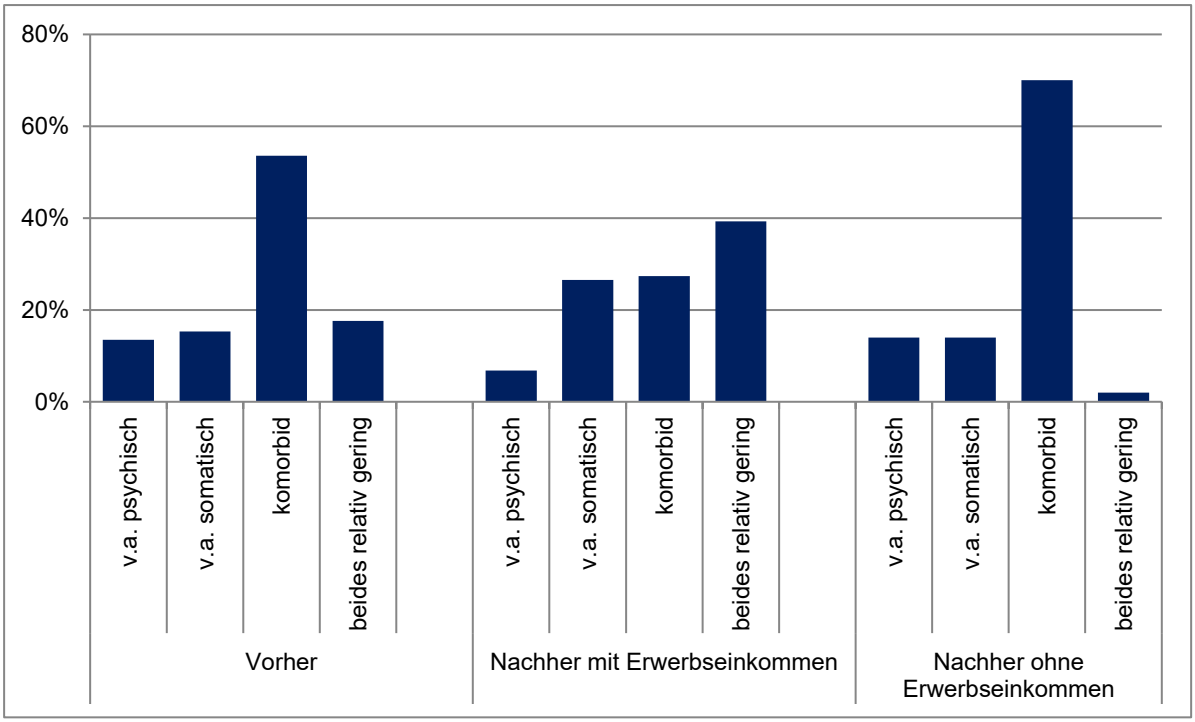
Dass „Komorbidität“ und beruflicher Eingliederungserfolg eng zusammenhängen, wird in der folgenden Gegenüberstellung ersichtlich (Abbildung 8): Wenn man die Versicherten in der Teilstudie 2 zum zeitlichen Verlauf aufteilt in Massnahmebeginner (58%), Absolventen mit Erwerbseinkommen bei der Befragung (30%) und Absolventen ohne Erwerbseinkommen bei der Befragung (12%), unterscheiden

sich die Absolventen je nach *Vorhandensein eines Erwerbseinkommens bei* Befragung hinsichtlich Symptomatik: Massnahmenabsolventen mit Erwerbseinkommen bei der Befragung sind zwei- bis dreimal seltener rein psychisch oder „komorbid“ belastet und dafür häufiger rein somatisch oder insgesamt gering belastet als Absolventen ohne Erwerbseinkommen bei der Befragung.

Diese und folgende Auswertungen zu den Massnahmenabsolventen der Teilstudie 2 mit und ohne Erwerbseinkommen bei Befragung dienen lediglich einer gewissen Unterscheidung der Absolventen und sind nicht zu verwechseln mit der Frage nach dem Eingliederungserfolg (Teilstudie 1). Deshalb wurde bewusst auch nicht dieselbe Definition von ‚Erfolg‘ verwendet.

Massnahmenabsolventen mit insgesamt geringer Belastung (weder psychisch noch somatisch) kommen bei den Personen ohne Erwerbseinkommen praktisch nicht vor (2%). Wie weit die berufliche Eingliederung zum deutlich besseren Gesundheitszustand beiträgt oder umgekehrt die höhere Symptombelastung zum schlechteren Eingliederungsergebnis lässt sich hier nicht definitiv klären. Möglicherweise treffen auch beide Wirkungsrichtungen zu.

Abbildung 8: „Komorbidität“ nach zeitlichen Verlauf und Outcome (Teilstudie 2; N=424)



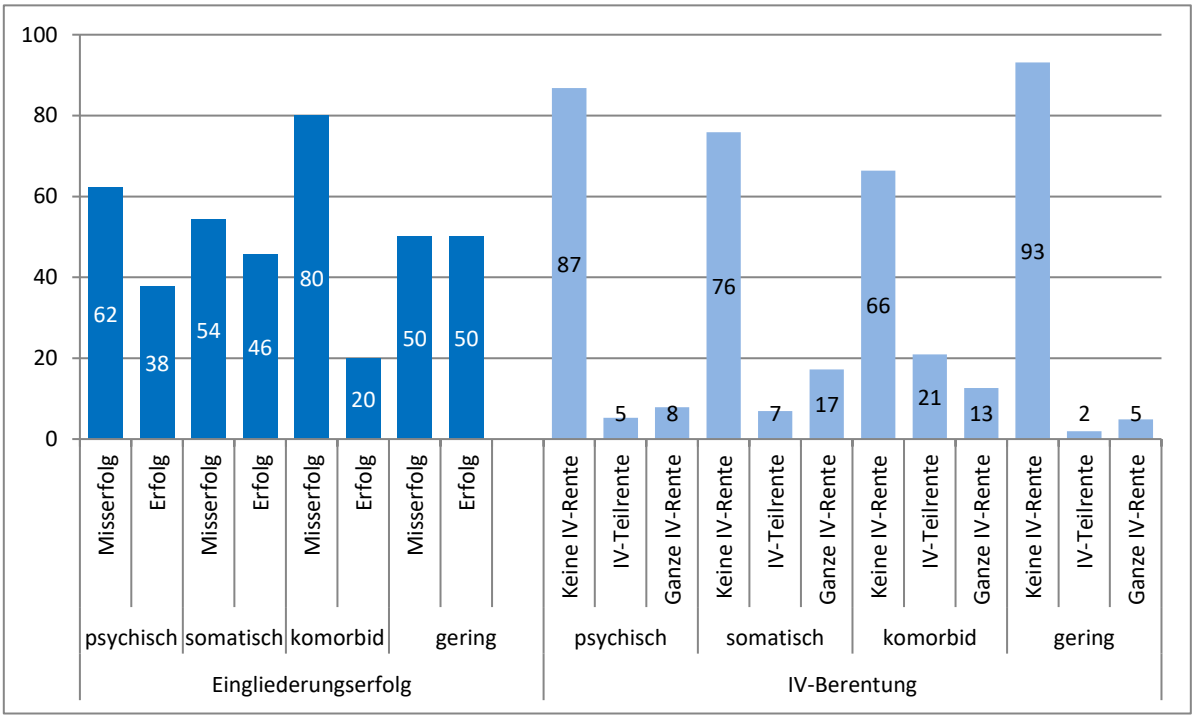
Das Ausmass an „Komorbidität“ unterscheidet sich zudem auch nach Eingliederungserfolg in der Teilstudie 1 sowie nach Rentenanteil (Abbildung 9). Besonders selten ist der Eingliederungserfolg auch in dieser Teilstudie bei den Versicherten mit sowohl psychisch wie physisch hoher Belastung sowie bei den Versicherten mit psychischer Belastung.

Interessant ist dabei auch die Rentensituation im 2015: Personen mit vor allem psychischen Belastungen waren zwar häufig nach Massnahmen nicht erfolgreich eingegliedert im 2015, bezogen damals aber relativ selten eine IV-Rente (in 13% der Fälle). Personen mit vor allem körperlichen Belastungen waren demgegenüber häufiger erfolgreich, bezogen aber gleichzeitig auch häufiger eine IV-Rente (in 24% der Fälle).

Da „Erfolglosigkeit“ hier definiert wurde als *Rentenbezug oder Arbeitslosigkeit oder Einkommen unter CHF 1‘000*, bedeutet dies, dass erfolglose psychisch kranke Versicherte im 2015 zwar seltener berentet aber häufiger arbeitslos waren respektive seltener ein relevantes Erwerbseinkommen hatten als Versicherte mit vorwiegend somatischen Belastungen.

Eine noch deutlichere Diskrepanz zeigt sich bei den insgesamt relativ gering Belasteten: 50% dieser Gruppe waren erfolglos, aber lediglich 7% bezogen eine IV-Rente. Dies macht darauf aufmerksam, dass es eine Gruppe von Personen gibt (rund ein Viertel der Befragten), die zwar gesundheitlich weniger belastet und deshalb wohl auch seltener berentet sind, die jedoch nicht oder nur prekär im Arbeitsmarkt integriert sind.

Abbildung 9: Eingliederungserfolg und Rentensituation im 2015 nach „Komorbidität“ (TS 1; N=427-429)



4.5 Funktionsdefizite und Alltagsbeeinträchtigungen

Die folgende Übersicht (Tabelle 9) zeigt die Verteilung der erfragten Funktionsdefizite und deren nachträglichen Kategorisierungen sowie des Anteils starker Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen, beispielsweise bei der Arbeit, im sozialen Kontakt, in der Haushaltführung oder bei Freizeitaktivitäten.

Insgesamt geben die Befragten durchschnittlich zwischen 5.7 (Erfolgreiche) und 7.5 (nicht Erfolgreiche und Massnahmebeginner) Funktionseinschränkungen an. Die erfragten Einschränkungen haben den Schwerpunkt bei den psychosozialen Anforderungen, lediglich die ersten 5 Einschränkungen beziehen sich auf mehrheitlich auf physische Anforderungen.

Nahezu alle Funktionseinschränkungen sind bei den Versicherten ohne Eingliederungserfolg stärker ausgeprägt, mit Ausnahme von Durchsetzungsvermögen und physischen Einschränkungen beim längeren Stehen oder Sitzen. Eingliederungserfolg korreliert demnach mit geringerem Ausmass der Funktionseinschränkungen.

Tabelle 9: Funktionsdefizite der Versicherten

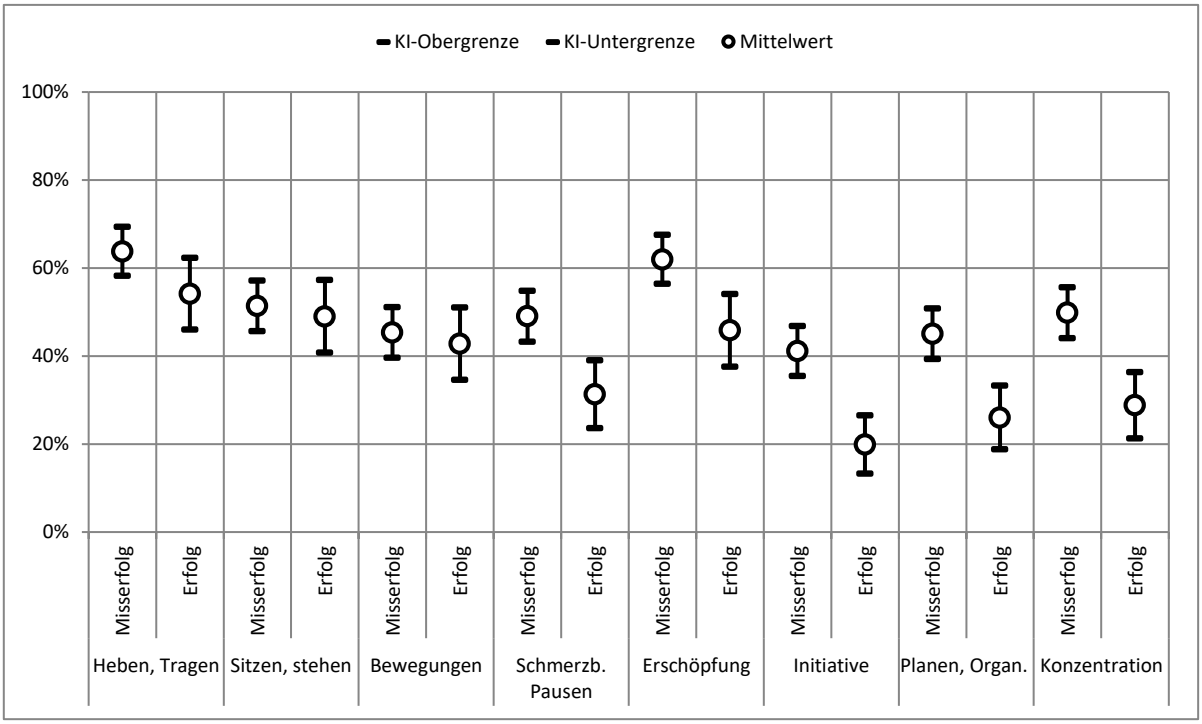
	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	**Erfolg**	**Gesamt**	**Nachher**	**Vorher**	**Gesamt**
Funktionsdefizite						
Heben und Tragen von Lasten	64.6	59.4	62.9	60.1	59.4	59.7
längere Zeit sitzen oder stehen	52.5	53.3	52.8	58.7	58.5	58.6
Gewisse Bewegungen	46.7	45.5	46.3	49.5	52.3	51.0
wegen Schmerzen immer wieder Pausen	49.5	33.6	44.4	41.0	52.5	47.1
rasch erschöpft	63.6	49.3	59.1	49.9	64.5	57.7
Aufgaben anpacken, Initiative	41.8	21.2	35.3	28.5	45.6	37.6
Planen und Organisieren	45.6	28.0	40.0	32.3	39.6	36.2
Konzentrationsprobleme, Fehler	50.8	30.8	44.4	38.0	48.3	43.5
Angst vor Fehlern, Selbstvertrauen	46.1	31.2	41.4	34.6	43.3	39.3
emotionale Ausgeglichenheit	64.2	47.8	59.0	49.1	60.4	55.1
Anweisungen, Regeln einhalten	26.6	21.8	25.1	24.8	28.1	26.5
Durchsetzungsvermögen	39.7	43.9	41.0	56.5	49.0	52.5
Arbeitstempo, Perfektionismus	57.1	43.9	52.9	49.5	48.0	48.7
Impulsiv, konflikthaft	49.0	28.0	42.3	48.9	38.5	43.3
Flexibilität	35.0	21.7	30.8	26.2	31.6	29.1
Vermeidung aus Angst	30.9	14.3	25.7	21.1	25.5	23.5
Gesamt Funktionseinschränkungen	*763.7*	*573.7*	703.4	*668.9*	*745.2*	*709.5*
Funktionsdefizite 3 Gruppen N=445/438						
wenige (<=3)	31.3	46.1	36.1	42.5	28.4	35.2
mittel (4-7)	22.0	35.9	26.6	30.2	37.8	34.2
viele (8+)	46.7	18.0	37.2	27.3	33.7	30.6

Summiert man die angegebenen Defizite und kategorisiert diese im Sinne eines vereinfachten Masses für die Behinderungsschwere in 3 annähernd gleich grosse Gruppen zeigt sich die Bedeutung der Funktionseinschränkungen für den Erfolg noch deutlicher: 47% der nicht erfolgreich eingegliederten Personen leiden unter vielen (8 und mehr) Defiziten während dies bei den Erfolgreichen lediglich 18% betrifft. Auch im zeitlichen Verlauf zeigt sich eine klare und positive Verschiebung: Hatten zu Beginn lediglich 28% der Versicherten wenige Defizite, so waren es nach Massnahmenabschluss 43%. Im zeitlichen Verlauf der IV-Massnahmen verringern sich demnach die Einschränkungen.

Nicht alle Funktionsdefizite differenzieren relevant hinsichtlich Eingliederungserfolg (Abbildung 10).

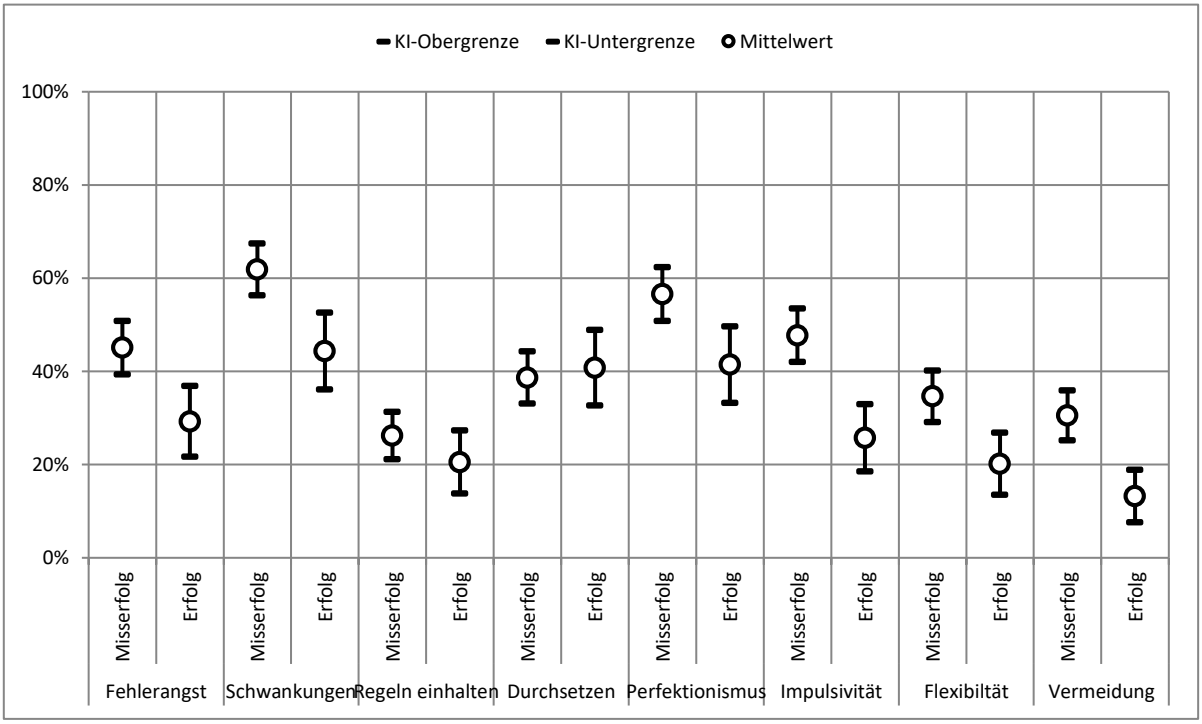
Die Abbildung zeigt die Mittelwerte sowie das untere und obere Konfidenzintervall. Wenn sich die Linien nicht überschneiden, kann man einen effektiven Unterschied erwarten. Bei den physischen Anforderungen ist lediglich die Einschränkung, dass schmerzbedingt wiederholte Pausen bei der Arbeit gemacht werden müssen, mit nicht erfolgreicher Eingliederung verbunden. Hingegen unterscheiden sich alle hier gezeigten psychosozialen Einschränkungen nach Erfolg, besonders Antrieb und Initiative, Konzentration und Planen/Organisieren. Dies sind Einschränkungen, die zum einen auf depressive Probleme hindeuten (Antrieb, Konzentration) und zum anderen auf Denkstörungen (Psychosen und Depressionen).

Abbildung 10: Funktionsdefizite und Eingliederungserfolg I (N=441-430)



Auch die weiteren psychosozialen Einschränkungen unterscheiden sich mehrheitlich hinsichtlich Erfolg (Abbildung 11). Dies gilt insbesondere für das angstbedingte Vermeidungsverhalten sowie für Instabilität und Impulsivität. Das ist bedeutsam, weil ängstlich-vermeidende sowie emotional-instabile Persönlichkeitszüge die beiden häufigsten Persönlichkeitsauffälligkeiten bei IV-Rentner/innen aus „psychogenen und milieureaktiven“ Gründen sind (Baer et al., 2009).

Abbildung 11: Funktionsdefizite und Eingliederungserfolg II (N=441-430)



4.6 Zusammenhang von Symptomatik und Funktionseinschränkung

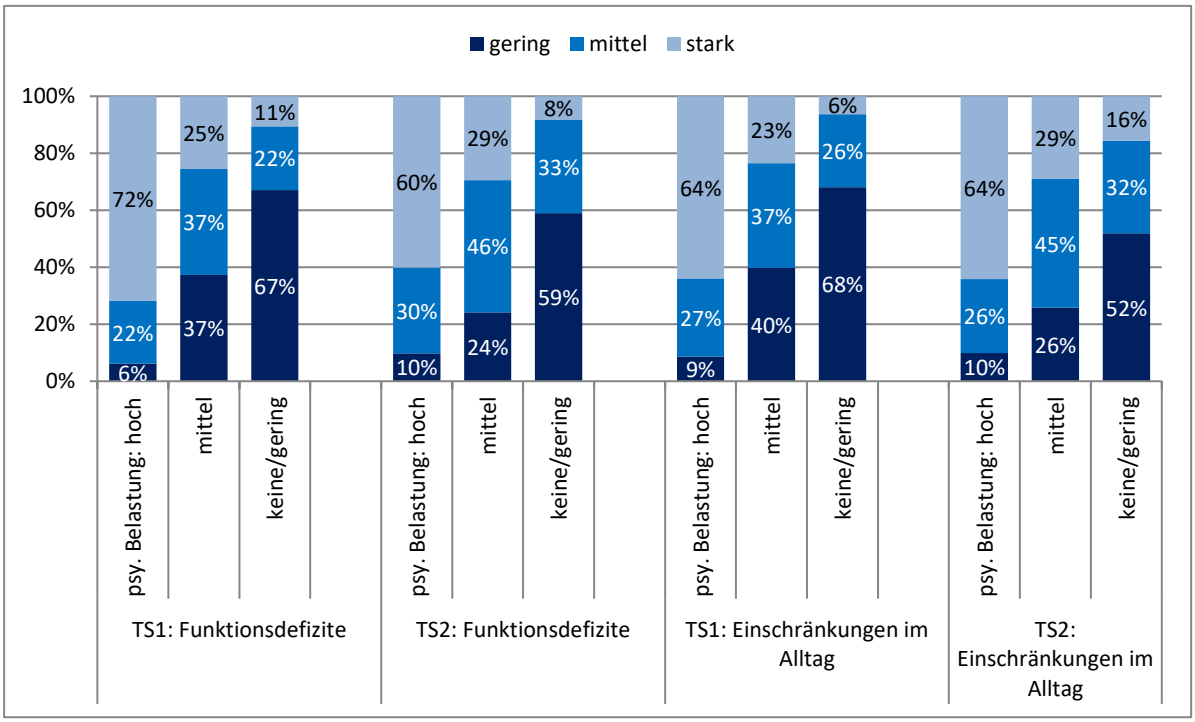
Nicht die Symptome, sondern die Funktionsdefizite sind letztlich entscheidend für die Arbeitsfähigkeit respektive –unfähigkeit. Allerdings zeigen die Daten einen relativ engen Zusammenhang zwischen psychischen und somatischen Gesundheitsproblemen und Funktionseinschränkungen (Abbildung 12).

Eine hohe psychische Symptombelastung bei den Versicherten korreliert mit einem Anteil von 72% der Versicherten, die starke Funktionsdefizite ausweisen (8 und mehr Einschränkungen). Bei einer mittelgradigen psychischen Belastung trifft dies noch auf 25% der Versicherten zu und bei geringer psychischen Belastung auf lediglich 11% (Teilstudie 1). Bei der Teilstudie 2 sind die Anteile ähnlich.

Dasselbe Bild zeigt sich auch bei den zusammengefassten Beeinträchtigungen im Alltag (siehe dazu auch die folgenden Abschnitte): Personen mit hoher psychischer Belastung sind zu 64% stark im Alltag eingeschränkt, bei mittelgradiger psychischer Belastung beträgt der Anteil 23% und bei geringer Belastung lediglich noch 8% – wiederum ähnliche Werte in beiden Teilstudien. Dies legt nahe, psychischen Belastungen respektive Symptomen auch in der Arbeitsintegration einen hohen Stellenwert zu geben, da sie sehr eng mit den Funktionsdefiziten assoziiert sind: Häufig werden Belastungen und Krankheitssymptome (zum Beispiel Denkstörungen bei schizophrenen Krankheiten) in der Arbeitsrehabilitation als nicht relevant angesehen. Aber da diese Symptome direkt spezifische Funktionsdefizite verursachen können (zum Beispiel Defizite beim Planen, Organisieren oder bei der Aufgabenstrukturierung), sind sie natürlich sehr relevant.

Die Ergebnisse zu den Fragen zur krankheitsbedingten Einschränkung in verschiedenen Lebensbereichen (die Befragten konnten antworten mit *überhaupt keine Einschränkung, ein bisschen, stark* respektive *Frage trifft nicht zu*) berichten die Befragten gesamthaft je nach Gruppe durchschnittlich 1.1 bis 2.6 starke Alltagseinschränkungen von insgesamt 8 möglichen Einschränkungen (Tabelle 10).

Abbildung 12: Funktionsdefizite, Alltagseinschränkungen und psychische Belastung (N=409-426)



Am häufigsten wurde der Lebensbereich ‚Arbeit' genannt, gefolgt von den ‚Freizeitaktivitäten ausser Haus' und der ‚Haushaltführung'. Dass der Lebensbereich Arbeit am häufigsten genannt wird, mag im Kontext einer Befragung von IV-Massnahmenempfänger/innen der Erwartung entsprechen. Es könnte jedoch auch darauf hindeuten, dass sich gesundheitliche Probleme bei der Arbeit besonders deutlich niederschlagen.

Auch hier zeigen sich erwartungsgemäss deutliche Unterschiede hinsichtlich Erfolg der Eingliederungsmassnahmen, erfolgreich integrierte Personen erleben sich in allen Lebensbereichen deutlich weniger eingeschränkt als nicht integrierte Personen.

Tabelle 10: Alltagseinschränkungen der Versicherten in Prozent

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	**Erfolg**	**Gesamt**	**Nachher**	**Vorher**	**Gesamt**
"Starke" Einschränkungen im Alltag						
Arbeit	44.6	25.6	37.7	51.0	67.3	60.8
Partnerschaft	28.7	11.5	22.4	18.9	27.8	24.3
Kindererziehung	16.8	3.3	11.2	10.9	13.6	12.5
Kontakten zu Freunden	19.7	13.4	17.6	30.4	29.4	29.8
Haushaltführung	31.5	17.5	26.8	53.4	43.0	47.1
administrativen Angelegenheiten	24.7	12.2	20.4	38.9	33.2	35.5
Freizeitaktivitäten ausser Haus	32.0	22.9	28.9	56.0	53.1	54.3
Benützen öffentlicher Verkehrsmittel	15.5	6.5	12.5	26.0	17.2	20.7
Gesamt „starke" Einschränkungen im Alltag	*213.5*	*112.9*	*177.5*	*285.3*	*284.7*	*285.0*

Etwas anders ist dies im zeitlichen Verlauf, wo sich die Beeinträchtigung in einigen Lebensbereichen im Verlauf gar akzentuiert oder gleich bleibt (Haushaltführung, Kontakte zu Freunden, administrative Angelegenheiten, externe Freizeitaktivitäten, Benützen öffentlicher Verkehrsmittel). Insgesamt bleibt die durchschnittliche Beeinträchtigung über den zeitlichen Verlauf gesehen gleich stark (2.85 starke Beeinträchtigungen). Aber einige Lebensbereiche scheinen sich im Verlauf des Eingliederungsprozesses zu verbessern, konkret zeigt sich zunehmend eine geringere Beeinträchtigung bei der Arbeit, in der Partnerschaft und bei der Kindererziehung.

Zu beachten ist, dass hier diejenigen Personen nicht berücksichtigt sind, die den jeweiligen Lebensbereich (zum Beispiel „Kindererziehung" oder „Arbeit") als für sie nicht zutreffend angegeben haben – weil sie keine Kinder haben respektive keine Arbeit. Aber das Fehlen eines Lebensbereiches kann gerade auch dadurch bedingt sein, dass jemand in diesem Bereich stark eingeschränkt ist. Der Anteil solch fehlender Angaben ist vor allem in den Lebensbereichen „Arbeit" (8%), „Partnerschaft" (15%) sowie „Kindererziehung (48%) erheblich während er in den anderen Lebensbereichen vernachlässigbar ist (Daten aus der Teilstudie 1).

Gesamthaft präsentiert sich bei den Befragten aber eine erhebliche Beeinträchtigung im Alltag, wenn man sieht, dass beispielsweise rund ein Viertel aller Personen, die in einer Partnerschaft leben, sich in der Beziehung gesundheitlich beeinträchtigt fühlt oder dass 30-55% der Befragten sich behindert fühlen beim Ausführen von Freizeitaktivitäten ausser Haus.

In Bezug auf das Geschlecht, die Wohnsituation und das Vorhandensein von Vertrauenspersonen zeigen sich weitere deutliche Zusammenhänge (Daten aus Teilstudie 1):

- Bei den in der *Partnerschaft* stark beeinträchtigten Personen fällt auf, dass es sich häufiger um Frauen handelt, um Alleinlebende und Alleinerziehende sowie um Personen die viel

häufiger keine Vertrauensperson haben, mit der sie jederzeit über persönliche Dinge sprechen können.

- Die in den *Sozialkontakten* stark beeinträchtigten Personen sind ebenfalls häufiger Frauen, Alleinlebende und Personen die viel häufiger keine Vertrauensperson haben.
- Starke Einschränkungen in der *Haushaltführung* betreffen wiederum viel häufiger Frauen.
- Starke Beeinträchtigungen bei *Freizeitaktivitäten ausser Haus* sind eng verbunden mit dem Fehlen von Vertrauenspersonen – dasselbe gilt für Personen, die beim Benützen öffentlicher Verkehrsmittel stark beeinträchtigt sind.

Beeinträchtigungen im zwischenmenschlichen Kontakt und in der Haushaltführung betreffen demnach die Frauen in besonderem Masse (oder werden von ihnen deutlicher empfunden). Deutlich wird jedenfalls, dass stark erlebte Beeinträchtigungen in Partnerschaft und Sozialkontakten auch häufig einhergehen mit einer gewissen Isolation (alleinlebend, alleinerziehend, Fehlen von Bezugspersonen). Zum anderen wird deutlich, dass Einschränkungen bei den Freizeitaktivitäten ausser Haus sowie beim Benützen öffentlicher Verkehrsmittel ebenfalls mit einer gewissen sozialen Isolation verbunden sind. Diese (sehr häufig angstbedingten) Alltagsbeeinträchtigungen dürfen demnach in ihren Auswirkungen nicht unterschätzt werden.

4.7 Typologie der Funktionseinschränkungen

Schliesslich wurden die Versicherten anhand ihrer Funktionsdefizite mithilfe einer latenten Klassenanalyse typologisiert. Diese Typologie muss von der genannten vereinfachten Konstruktion der „Komorbidität“ unterschieden werden: Bei der „Komorbidität“ genannten Variable handelt es sich um eine Zuordnung der psychischen und körperlichen *Belastungen* – zum Beispiel Schmerzen oder depressive Gefühle. Bei den hier berechneten Typen handelt es sich hingegen um eine statistische Klassifikation der *Funktionseinschränkungen* – zum Beispiel um Einschränkungen beim Heben oder Tragen von Gewichten oder um Einschränkungen beim Planen und Organisieren von Arbeitsaufgaben. Funktionseinschränkungen und gesundheitliche Belastungen hängen zwar eng zusammen, aber sie stehen für verschiedene Dimensionen (zum einen, was jemand kann/nicht kann und zum anderen, worunter jemand leidet).

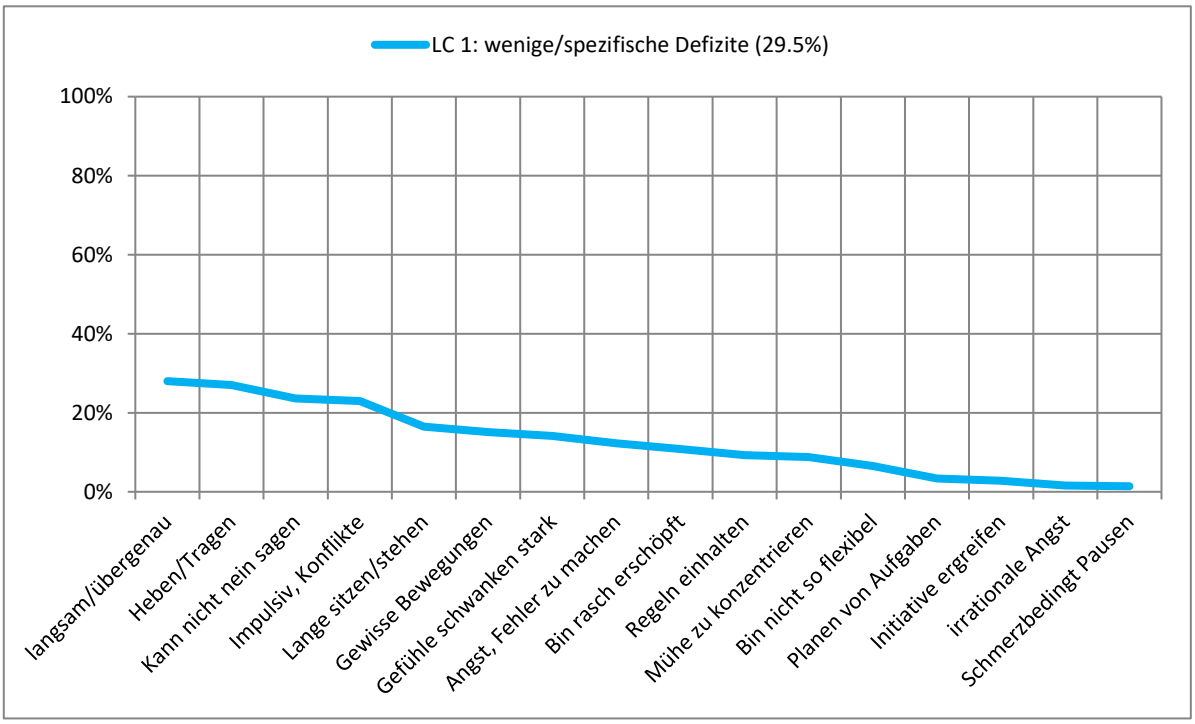
Tabelle 11: Typologie der Funktionsdefizite (Latent Class Analysis)

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	Erfolg	Gesamt	Nachher	Vorher	Gesamt
Typologie Funktionsdefizite (N=445 / 438)						
LC 1: wenige/spezifische Defizite (29.5%)	30.3	38.9	33.1	39.5	21.0	29.9
LC 2: nur psychische Defizite (20.4%)	19.9	20.2	20.0	18.0	25.6	21.9
LC 3: somatisch, leicht komorbid (18.5%)	26.0	14.5	22.2	12.2	19.1	15.8
LC 4: nur somatische Defizite (18.2%)	6.5	21.0	11.3	19.8	20.2	20.0
LC 5: psychisch, stark komorbid (13.4%)	17.3	5.4	13.4	10.5	14.1	12.4

Die Analyse der Funktionseinschränkungen ergibt 5 Typen von Funktionsdefiziten (Tabelle 11). Diese Einschränkungstypen unterscheiden sich nach Eingliederungserfolg wie auch im zeitlichen Verlauf: Der Typ 1 mit wenigen respektive spezifischen Defiziten und der Typ 4 mit ausschliesslich somatischen Einschränkungen sind bei den erfolgreich Integrierten übervertreten während der Typ 3 mit somatischen Einschränkungen und leichter psychischer Komorbidität sowie der Typ 5 mit psychischen

und stark komorbiden Einschränkungen bei den Erfolgreichen seltener vorkommt. Im zeitlichen Verlauf nimmt der Typ 1 mit wenigen/spezifischen Defiziten deutlich zu (es gibt also eine klare Verbesserung) und die Typen 2, 3 und 5 mit deutlicheren bis sehr starken Einschränkungen nehmen ab.

Abbildung 13: Einschränkungstyp 1 (beide Teilstudien, N=853)



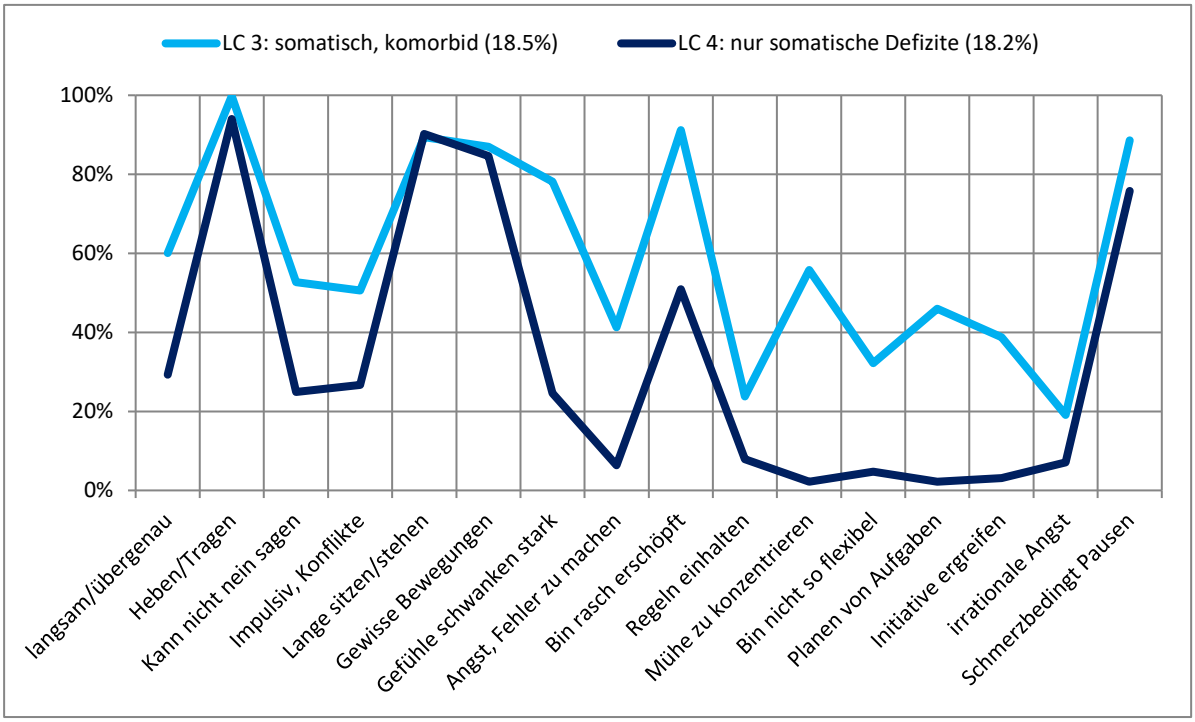
Die Darstellungen zeigen das Profil der Funktionseinschränkungen für die einzelnen Typen (Abbildung 13 ff). Es werden hier die Profile für sämtliche Befragten gezeigt, deswegen das gültige N=853 (ohne Missings) für beide Teilstudien. Der Typ 1 zeichnet sich durch einen gesamthaft geringen Anteil zutreffender Funktionsdefizite aus, das heisst, bei den Versicherten dieses Typs treffen nur wenige, dafür spezifische Defizite zu.

Anders die Typen 3 und 4, die beide durch sehr hohe Anteile von körperlichen Funktionseinschränkungen gekennzeichnet sind: Beeinträchtigungen beim Heben und Tragen von Lasten, beim längeren Sitzen oder Stehen, bei gewissen Bewegungen sowie ein erhöhter schmerzbedingter Bedarf nach Arbeitspausen. Der Unterschied dieser beiden Typen liegt im Vorhandensein von psychischen Einschränkungen. Dies trifft vor allem beim Typ 4 zu, der neben den körperlichen Einschränkungen häufige Defizite hinsichtlich Durchsetzungsvermögen, Impulsivität und emotionaler Instabilität, Angst Fehler zu machen, Erschöpfbarkeit, Konzentrationsproblemen etc. hat.

Ähnlich wie bei den beiden durch körperliche Defizite geprägten Profilen gibt es auch zwei durch psychische Funktionseinschränkungen geprägte Typen, nämlich Typ 2 und Typ 5. Typ 2 fällt dadurch auf, dass körperliche Einschränkungen fehlen.

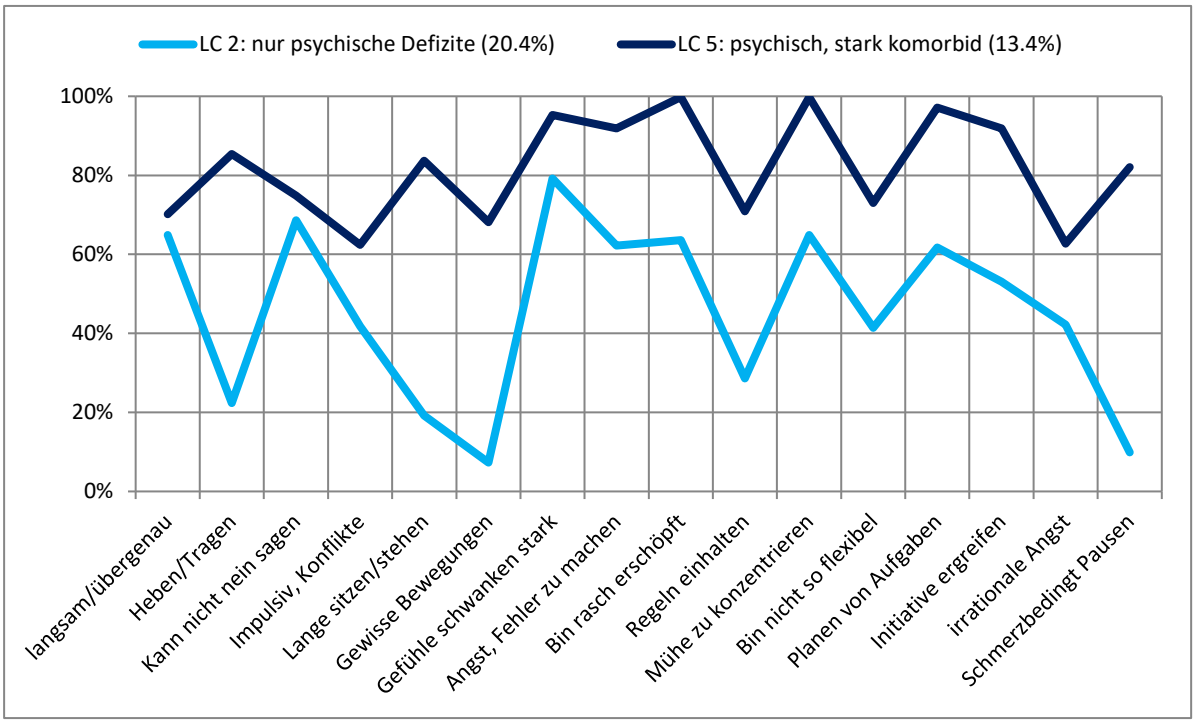
Besonders deutlich ausgeprägt sind hier emotionale Instabilität, mangelndes Durchsetzungsvermögen, Angst Fehler zu machen, Verlangsamung, Konzentrationsprobleme und Probleme beim Planen und Organisieren.

Abbildung 14: Einschränkungstypen 3 und 4 (beide Teilstudien, N=853)



Diese Einschränkungen sind beim Typ 5 sogar noch ausgeprägter – nahezu alle Personen dieses Typs haben Probleme mit der emotionalen Stabilität, mit dem Durchhaltevermögen (Erschöpfung), der Konzentration, dem Planen und Organisieren sowie der Eigeninitiative. Hier kommen nun aber in 70-80% der Fälle auch noch körperliche Einschränkungen hinzu.

Abbildung 15: Einschränkungstypen 2 und 5 (beide Teilstudien, N=853)



Die Einschränkungstypen unterscheiden sich in einer Reihe von Merkmalen:

- So kommen beispielsweise beim Einschränkungstyp 1 (wenige spezifische Defizite) starke Alltagseinschränkungen erwartungsgemäss fast nie vor. Vergleichsweise häufig handelt es sich bei diesem Typ um Personen mit einer Ausbildung auf der Tertiärstufe, um Männer sowie um Versicherte, die meistens ausschliesslich eine Frühinterventionsmassnahme hatten und im Vergleich zu den anderen Typen häufiger eine erstmalige berufliche Ausbildung.
- Der Einschränkungstyp 2 mit ausschliesslich psychischen Defiziten ist im Alltag in der Hälfte aller Fälle stark eingeschränkt – geringe Einschränkungen kommen fast nie vor, hatte besonders häufig (in rund 70% der Fälle) schon vor dem 25. Altersjahr Probleme in Schule, Ausbildung oder Beruf, hat ebenfalls einen relativ hohen Anteil von Personen mit Tertiärabschluss, hat den höchsten Anteil von Personen mit Schweizer Nationalität (91%) und hat besonders häufig eine Integrationsmassnahme zugesprochen bekommen.
- Der Einschränkungstyp 3 mit somatischen sowie leicht komorbiden psychischen Defiziten, ist ebenfalls relativ häufig stark eingeschränkt im Alltag, verfügt oft (in einem Drittel der Fälle) lediglich über einen obligatorischen Schulabschluss, hat den höchsten Anteil an Personen mit ausländischer Nationalität sowie einen etwas höheren Anteil an Männern und hat besonders häufig „andere“ berufliche IV-Massnahmen erhalten.
- Der Einschränkungstyp 4 mit ausschliesslich somatischen Defiziten ist im Alltag selten stark eingeschränkt und zudem relativ häufig nur gering, hatte die ersten krankheitsbedingten Arbeitsprobleme meist erst nach dem 25. Altersjahr, verfügt besonders häufig über einen Sekundärabschluss und hat besonders häufig (zu 50%) eine Frühinterventionsmassnahme erhalten.
- Der Einschränkungstyp 5 schliesslich mit starken psychischen und starken komorbiden somatischen Defiziten ist meistens im Alltag stark eingeschränkt, hatte ebenfalls häufig erst nach dem 25. Altersjahr Arbeitsprobleme, verfügt am häufigsten lediglich über eine obligatorische Schulbildung, hat einen etwas erhöhten Frauenanteil und hat wie der Typ 2 besonders häufig eine Integrationsmassnahme der IV erhalten.

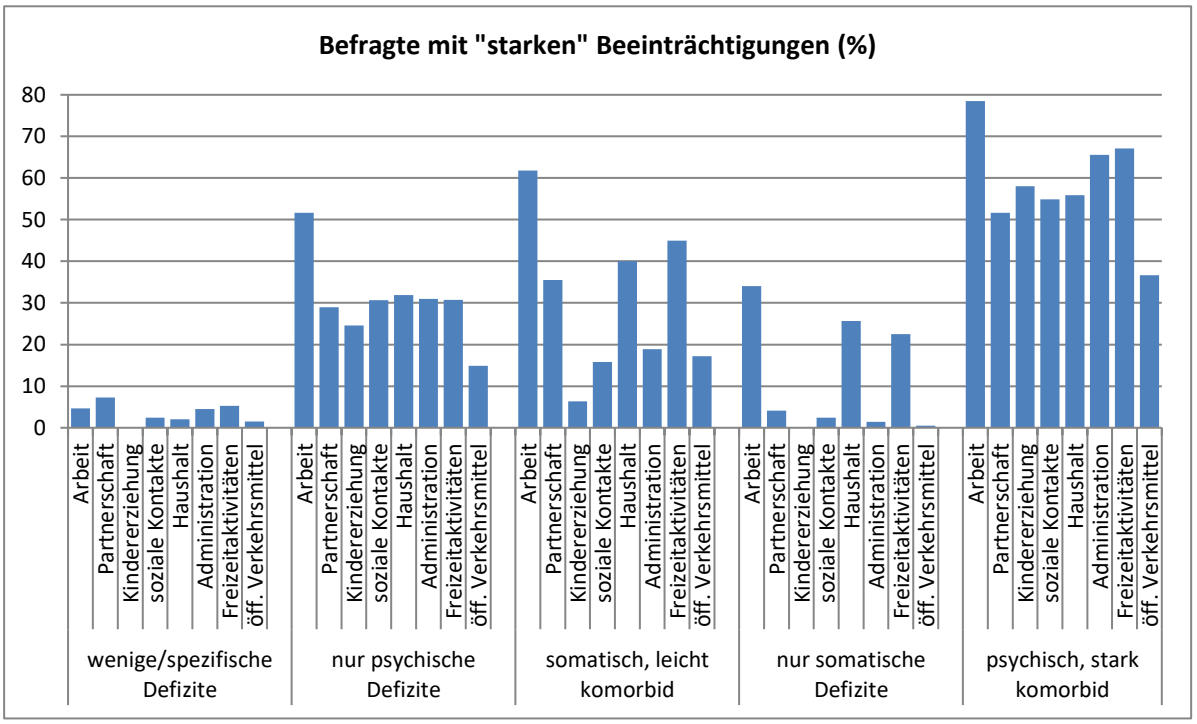
Die folgende Übersicht (Abbildung 16) zeigt – geordnet nach Einschränkungstyp – den Anteil der Befragten, die in den verschiedenen Lebensbereichen krankheitsbedingt „stark“ eingeschränkt sind.

Es zeigen sich sehr deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen: So sind erwartungsgemäss Befragte mit wenigen oder spezifischen Einschränkungen im Alltag nahezu nie stark beeinträchtigt. Befragte mit ausschliesslich somatischen Beschwerden sind ‚lediglich‘ in 3 Bereichen häufiger stark eingeschränkt (Arbeit, Haushalt und Freizeitaktivitäten ausser Haus) und in den anderen Bereichen fast nie. Auch bei der Gruppe mit somatischen und leichteren psychischen Einschränkungen zeigt sich ein differenziertes Bild mit relativ häufigen starken Einschränkungen bei der Arbeit, Partnerschaft, Haushaltführung und Freizeitaktivitäten – aber deutlich selteneren Einschränkungen bei Kindererziehung, Sozialkontakten, Administration/Behördenkontakte sowie Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel. Davon unterscheiden sich die beiden Gruppen mit (komorbiden) psychischen Funktionsdefiziten deutlich: Hier sind fast alle Lebensbereiche jeweils in ähnlicher Häufigkeit stark betroffen, wobei dies bei der komorbiden Gruppe rund doppelt so viele Personen betrifft wie in der Gruppe der ausschliesslich psychisch eingeschränkten Personen.

Das verdeutlicht, dass sich psychische Funktionsdefizite eher in allen Lebensbereichen gleichmässig zeigen, somatische Defizite hingegen vor allem in bestimmten Lebensbereichen (Arbeit, Haushalt, Aktivitäten) und deutlich seltener in interaktionellen (Partnerschaft, Kindererziehung, Sozialkontakte) und kognitiven Bereichen (Administration). Allerdings handelt es sich bei zwei Dritteln der Personen

in der Gruppe mit wenigen/spezifischen Defiziten ebenfalls um psychisch Kranke – nicht alle psychisch Kranke sind demnach stark und breit eingeschränkt.

Abbildung 16: Befragte mit starken Beeinträchtigungen im Alltag nach Einschränkungstyp (TS 1; N=460)



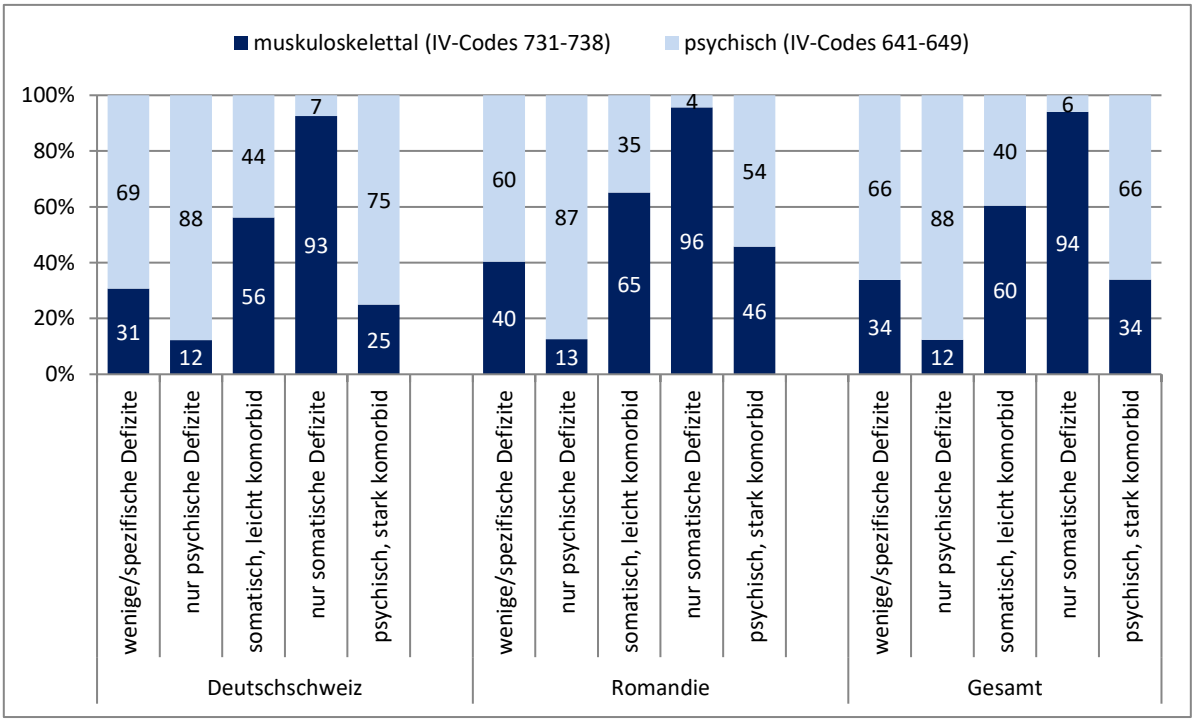
Möglicherweise werden diese Einschränkungstypen schliesslich je nach Sprachregion etwas unterschiedlich diagnostiziert respektive von der IV kodiert (Abbildung 17).

Im Vergleich zwischen der Deutschschweiz und der lateinischen Schweiz fällt auf, dass die beiden komorbiden Einschränkungstypen in der lateinischen Schweiz deutlich häufig als muskuloskelettale Erkrankung kodiert sind als in der Deutschschweiz während es bei den rein psychischen und rein somatischen Einschränkungen keine Unterschiede gibt. Die Daten für der Teilstudie 2 zum Verlauf zeigen dieselbe Verteilung wie die hier gezeigten aus Teilstudie 1 zum Erfolg.

Dies könnte an einer unterschiedlichen ärztlichen Diagnosepraxis bei Schmerzstörungen liegen – dass also Schmerzprobleme mit sowohl psychischen und somatischen Beschwerden und unklarer Ätiologie in der Deutschschweiz eher als psychisch bedingtes Schmerzsyndrom aufgefasst werden und in der lateinischen Schweiz als muskuloskelettale Erkrankung. Dies würde zur Erklärung beitragen, warum sich die hier befragten Versicherten hinsichtlich Sprachregion diagnostisch so stark unterscheiden (siehe dazu auch Abbildung 3).

Möglicherweise spielt auch die Nationalität eine Rolle: Ausländer haben in der vorliegenden Untersuchung deutlich häufiger muskuloskelettale Erkrankungen (zu rund 60%) während dies bei den Schweizern genau umgekehrt ist (rund 60% mit psychischen Erkrankungen). Da der Ausländeranteil unter den hier befragten Versicherten in der lateinischen Schweiz (rund 30%) höher ist als in der Deutschschweiz (13%), mag dies zur Erklärung beitragen.

Abbildung 17: Diagnostik und IV-Kodierung der Einschränkungstypen (TS 1; N=434)



4.8 Angaben zur Behandlung

Zur medizinischen Behandlung wurden lediglich zwei Fragen gestellt, nämlich nach der Einnahme von Medikamenten in den 7 Tagen vor Befragung mit den Abstufungen *täglich, mehrmals pro Woche, einmal pro Woche, nie* (eine Frage, die von der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 übernommen wurde) sowie die Frage, welche Behandlungsperson Hauptansprechpartner ist bei Arbeitsproblemen respektive Fragen zur Reintegration.

Die folgende Tabellen zeigen die Verteilung der Personen mit *täglicher* Medikamenteneinnahme in den letzten 7 Tagen (Tabelle 12) sowie die hauptsächliche Behandlungssituation (Tabelle 13).

54-62% aller Befragten in beiden Teilstudien nehmen insgesamt täglich mindestens ein Medikament ein, besonders häufig handelt es sich dabei (unter anderem) um Antidepressiva – bei einem Drittel der Befragten. Mindestens eine tägliche psychotrope Medikation nehmen insgesamt etwas über 40% der Befragten ein.

Dabei zeigen sich Unterschiede nach Erfolg und im zeitlichen Verlauf: Der Anteil der nicht mehr in medizinischer Behandlung befindlichen Personen nimmt mit dem Eingliederungserfolg wie auch mit zunehmender Dauer zu. Das heisst wahrscheinlich, dass die Erfolgreichen stabiler sind und weniger Behandlung benötigen respektive dass sich im zeitlichen Verlauf die Symptomatik ebenfalls stabilisiert und seltener eine Behandlung als notwendig erachtet wird.

Erfolgreich eingegliederte Versicherte und Massnahmenabsolvent/innen nehmen seltener Medikamente ein, dies gilt generell wie auch speziell für Psychopharmaka (Antidepressiva, Anxiolytika/Tranquilizer, Neuroleptika, Hypnotika). Die Polypharmazie ist erheblich, rund jede fünfte Person nimmt täglich mindestens 3 und mehr Medikamente ein (bei der Kategorie „Andere“ ist nicht bekannt, ob es sich um ein oder um mehrere andere Medikamente handelt).

Tabelle 12: Medikamenteneinnahme und medizinische Behandlung der Versicherten

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	**Erfolg**	**Gesamt**	**Nachher**	**Vorher**	**Gesamt**
Tägliche Einnahme von Medikamenten* (letzte 7 Tage) N=428/424						
Schmerzmittel	19.4	13.6	17.5	16.1	22.5	19.4
Entzündungshemmer	11.5	9.6	10.9	11.9	14.8	13.4
Schlafmittel	13.9	7.0	11.6	9.2	17.1	13.3
Tranquilizer, Anxiolytika	21.0	7.3	16.4	15.0	19.1	17.1
Antidepressiva	37.6	23.5	33.0	29.2	38.5	34.0
Neuroleptika	16.2	8.3	13.5	17.6	9.3	13.3
Andere Medikamente	34	18.8	28.8	35.4	31.7	33.5
Summe aller täglichen Medikamente (letzte 7 Tage) N=464/452						
Kein Medikament	40.6	58.6	46.5	45.8	31.7	38.4
1	20.1	18.3	19.5	18.1	27.9	23.3
2	17.3	14.0	16.2	15.3	23.0	19.4
3	9.7	4.9	8.1	12.2	9.8	10.9
4	7.3	2.5	5.7	4.7	3.8	4.2
5	5.0	0.4	3.5	2.5	2.9	2.7
6	0.0	1.0	0.3	0.8	0.4	0.6
7 Medikamente	0.0	0.3	0.1	0.7	0.0	0.5
Summe aller täglichen Psychopharmaka (letzte 7 Tage) N=440/433						
Keine Psychopharmaka	55.3	72.0	60.8	64.5	50.9	57.4
1	20.4	16.3	19.0	12.7	26.7	19.9
2	12.5	8.4	11.2	15.0	14.3	14.6
3	7.3	1.2	5.3	4.3	5.8	5.1
4 Psychopharmaka	4.5	2.1	3.7	3.6	2.4	2.9

** Tranquilizer: Beruhigungsmittel; Anxiolytika: Mittel gegen Ängste; Neuroleptika: Mittel gegen psychotische (wahnhafte) Symptome; Hypnotika: Schlafmittel*

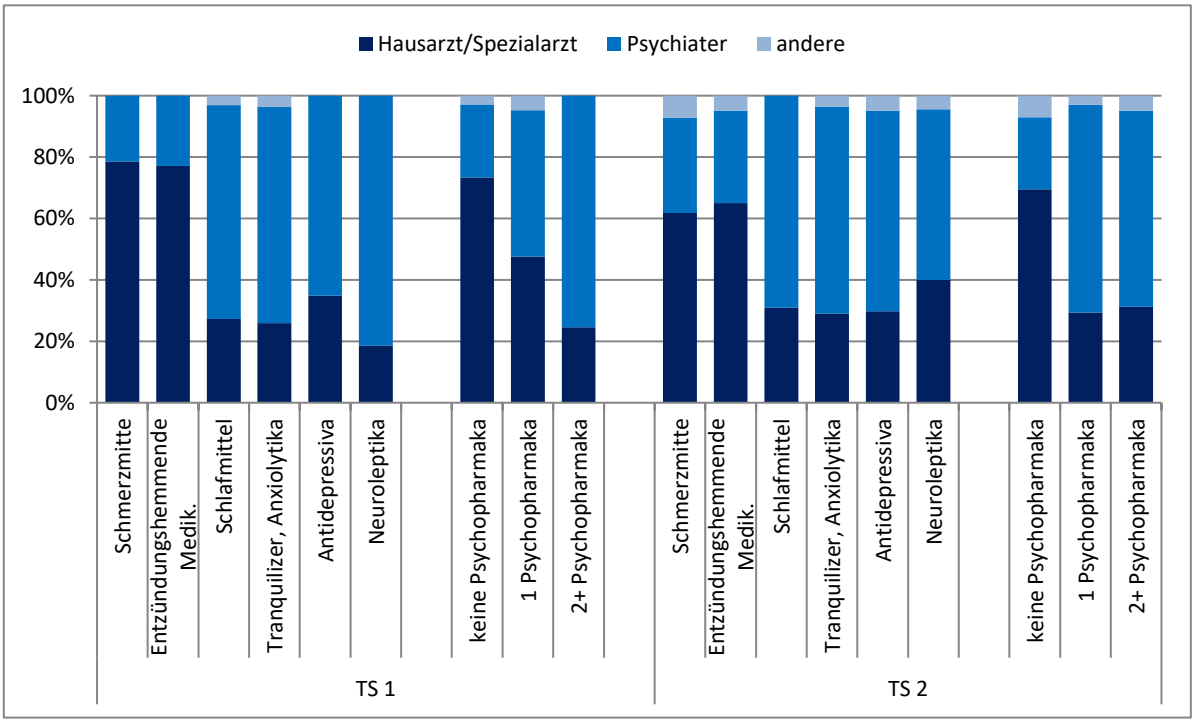
Je nach Art und Anzahl der Medikationen unterscheidet sich auch die Behandlungssituation: Personen, die Schmerzmittel oder entzündungshemmende Medikamente einnehmen, werden hauptsächlich (zu rund 80%) vom Hausarzt oder von einem somatischen Spezialarzt behandelt (Abbildung 18). Versicherte, die täglich Psychopharmaka einnehmen, geben hingegen in der Teilstudie 1 in rund 3 von 4 Fällen eine Psychiaterin oder einen Psychiater als Hauptansprechperson an (für Arbeitsfragen).

Im zeitlichen Verlauf (Teilstudie 2) zeigen sich etwas andere Verhältnisse. Personen mit Schmerzmitteln und Entzündungshemmern werden lediglich zu 60% von einem somatischen Arzt betreut und umgekehrt werden Versicherte mit neuroleptischer Medikation nur zu 60% von einem Psychiater behandelt. Dies liegt daran, dass Versicherte mit neuroleptischer Medikation im zeitlichen Verlauf zunehmend (nach der Eingliederungsmassnahme zweimal so häufig wie zu Massnahmebeginn) vom Hausarzt behandelt werden – dieselbe Tendenz gilt auch für Versicherte mit antidepressiver Medikation.

Dabei ist zu beachten, dass hier nach derjenigen Behandlungsperson gefragt wurde, die Hauptansprechpartner ist für Arbeitsfragen. Es kann demnach sein, dass diese Versicherten zwar in psychiatrischer Behandlung sind, diese Behandlungsperson aber nicht Hauptansprechpartner ist, allerdings ist dies wohl eher der Ausnahmefall.

Mit zunehmender Anzahl Psychopharmaka nimmt der Anteil der psychiatrisch behandelten Versicherten zu. Zusammengefasst kann man sagen, dass die Fachrichtung der Ärzte und die Medikation übereinstimmt, dass aber Personen mit Neuroleptika- Einnahme (wohl häufig mit einer Schizophrenie-Diagnose) im zeitlichen Verlauf immer seltener spezialisiert, das heisst psychiatrisch, behandelt werden. Offenbar findet bei schwer und chronisch kranken Personen mit der Zeit eine Entdifferenzierung der Behandlung statt.

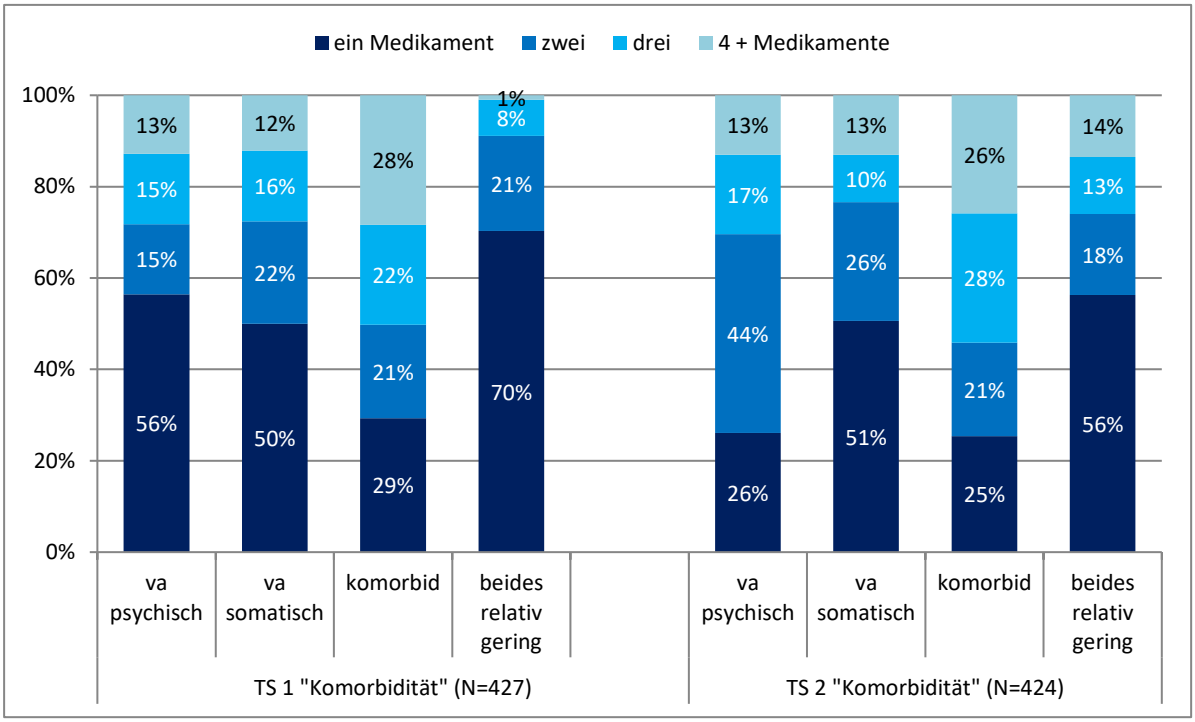
Abbildung 18: Hauptsächlicher Behandler nach Medikation



Die Anzahl der täglichen Medikationen unterscheidet sich deutlich nach dem Vorkommen von psychischen und körperlichen Belastungen respektive Symptomen (Abbildung 19). Versicherte in der Teilstudie 1, die entweder nur psychisch oder nur körperlich krank sind, nehmen in der Hälfte der Fälle jeweils nur ein Medikament ein, und bei beiden Gruppen ist die Verteilung der Anzahl Medikamente ähnlich.

Bei Versicherten mit sowohl psychischen wie auch körperlichen Belastungen („Komorbidität“) nehmen rund 40% zwei bis drei Medikamente ein und 28% nehmen täglich 4 und mehr Medikamente. Bei insgesamt geringer Symptomatik nimmt in beiden Teilstudien die Mehrheit der Versicherten lediglich ein Medikament. Mit Ausnahme der rein psychischen Erkrankungen zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den beiden Teilstudien. Bei den rein psychisch Erkrankten hingegen zeigt sich im zeitlichen Verlauf eine deutliche Abnahme der Anzahl Medikationen von rund 40% der Versicherten mit 2 und mehr täglichen Medikamenten bei den Massnahmebeginnern zu rund 13% bei den Massnahmenabsolventen. Dies unterstützt die obigen Ergebnisse zur Abnahme speziell der psychischen Belastung im zeitlichen Verlauf des Eingliederungsprozesses.

Abbildung 19: Anzahl täglich eingenommener Medikamente nach „Komorbidität“

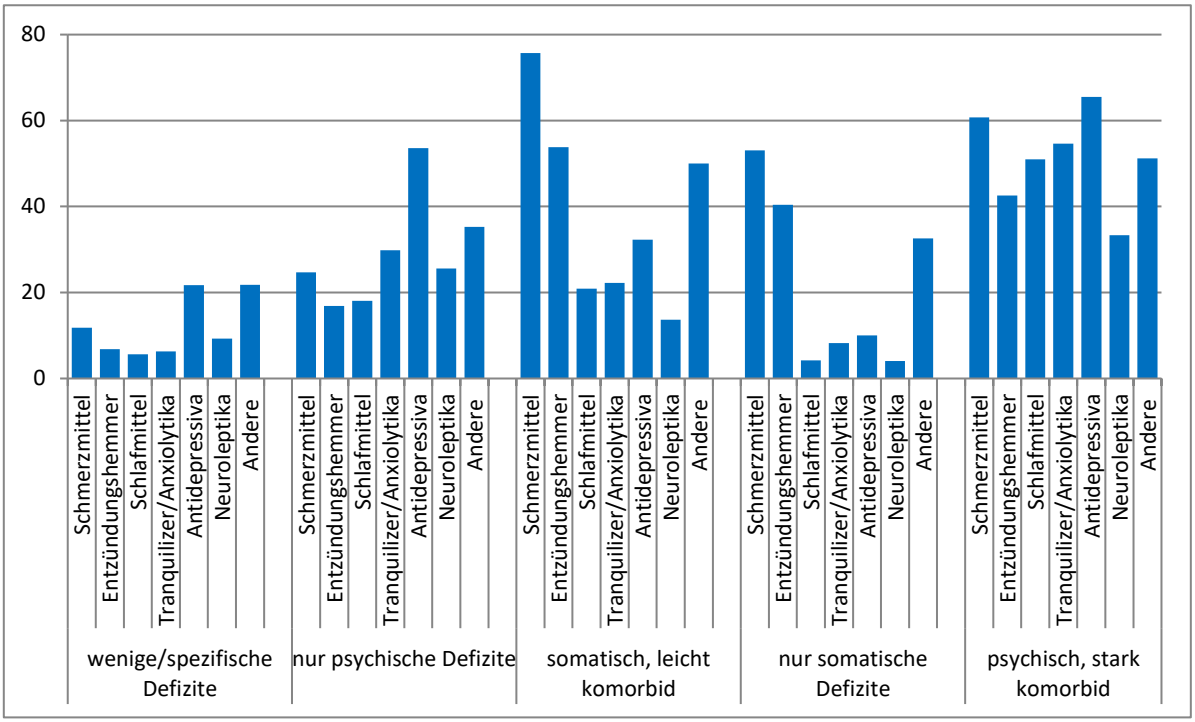


Vergleicht man Häufigkeit und Art der täglich bis mehrmals pro Woche eingenommenen Medikamente nach Einschränkungstyp (Abbildung 20), zeigen sich vergleichbare Unterschiede:

- Versicherte vom Einschränkungstyp 1 mit wenigen spezifischen Defiziten nehmen im Durchschnitt mindestens 0.8 Medikamente mehrmals pro Woche ein (mindestens, denn „andere“ können auch mehrere Medikamente bedeuten), vor allem Antidepressiva.
- Versicherte vom Typ 2 mit ausschliesslich psychischen Defiziten nehmen durchschnittlich 2 Medikamente ein, vor allem Antidepressiva, Tranquilizer/Anxiolytika und Neuroleptika.
- Versicherte vom Typ 4 mit ausschliesslich somatischen Defiziten nehmen durchschnittlich 1.5 Medikamente ein, fast ausnahmslos Schmerzmittel, Entzündungshemmer und andere.
- Versicherte vom Typ 3 mit somatischen und leicht komorbiden psychischen Defiziten nehmen insgesamt 2.7 Medikamente ein – wiederum vor allem gegen somatische Beschwerden aber nicht selten auch Antidepressiva.
- Und Versicherte mit starken psychischen und somatischen Defiziten (Typ 5) nehmen im Durchschnitt 3.6 Medikamente ein, besonders häufig Antidepressiva, Schmerzmittel und Tranquilizer/Anxiolytika, aber häufig auch Neuroleptika (in 33% der Fälle).

Die Medikation reflektiert damit die Art der Funktionsdefizite: Bei komorbiden Funktionsdefiziten werden insgesamt mehr Medikamente eingenommen und zudem aus mehreren Arzneimittelgruppen als bei geringen respektive nicht-komorbiden Defiziten. Das Ausmass an Polypharmazie beim Typ 5 ist erheblich. Bemerkenswerterweise ist trotz der sehr hohen Anteile von psychopharmakologischer Medikationen für diese Gruppe in der Hälfte der Fäll der Hausarzt der medizinische Hauptansprechpartner für Arbeitsfragen – etwa gleich häufig wie beim Typ 1 mit geringen Funktionsdefiziten.

Abbildung 20: Art der täglich bis mehrmals pro Woche eingenommen Medikamente nach Einschränkungstyp (TS 1; N=369-430)



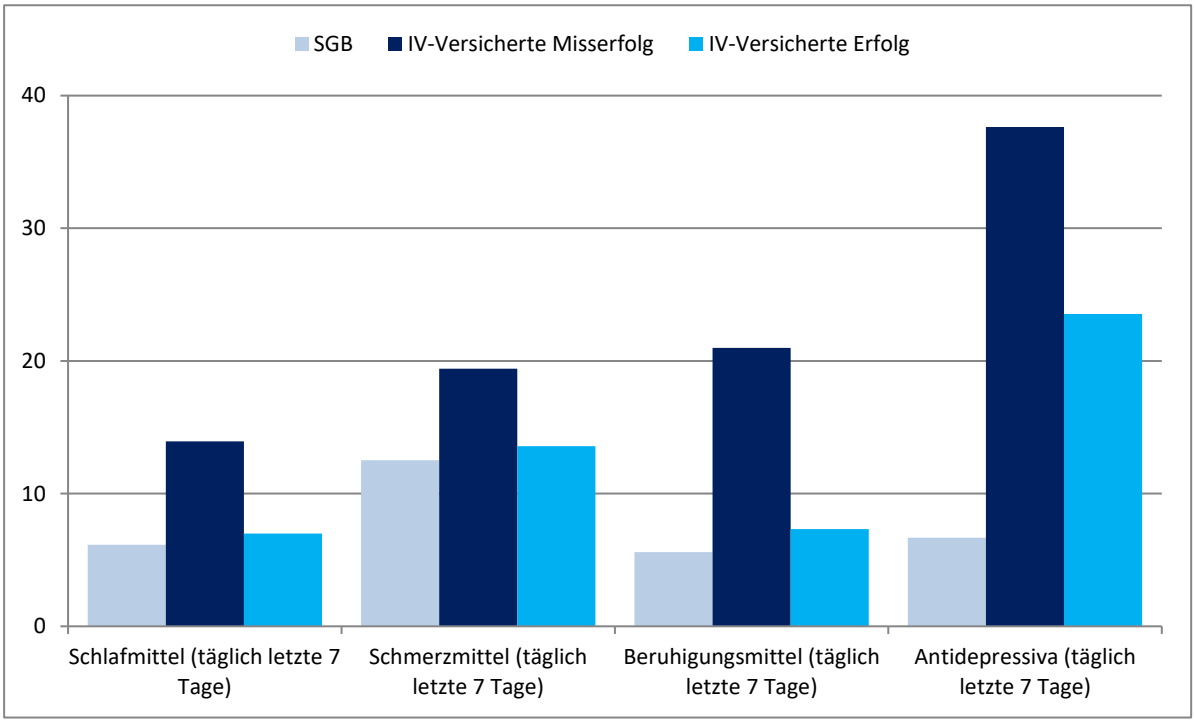
4.9 Medikamenteneinnahme – Vergleich mit der Schweizer Bevölkerung

Der Vergleich der IV-Massnahmenempfänger/innen mit der Schweizer Allgemeinbevölkerung zeigt wiederum klare Unterschiede, hier am Beispiel der täglichen Einnahme von Psychopharmaka in der Teilstudie 1 (Abbildung 21).

Rund 5% der Schweizerinnen und Schweizer nehmen täglich Schlafmittel oder Beruhigungsmittel oder Antidepressiva ein (Schuler et al., 2016). Bei den erfolgreich eingegliederten IV-Versicherten ist der Anteil bei den Schlaf- und Beruhigungsmitteln ziemlich ähnlich, hingegen der Anteil der Personen mit antidepressiver Medikation rund um das Fünffache erhöht (24%).

In Bezug auf die Schmerzmittel unterscheiden sich Allgemeinbevölkerung und erfolgreich Eingegliederte nicht. Die grossen Unterschiede zeigen sich zwischen Allgemeinbevölkerung und nicht erfolgreich eingegliederten IV-Massnahmenempfänger/innen: Der tägliche Gebrauch von Schlafmitteln ist bei den IV-Versicherten doppelt so häufig, bei den Beruhigungsmitteln viermal so häufig und bei den Antidepressiva etwa siebenmal so häufig. Auch die Medikamenteneinnahme verdeutlicht, dass sich erfolgreich eingegliederte Personen von nicht erfolgreichen in ihrer Gesundheit deutlich unterscheiden.

Abbildung 21: Tägliche Einnahme von Psychopharmaka bei IV-Massnahmenempfängern und in der Schweizer Bevölkerung



Schliesslich wurde auch danach gefragt, welche Behandlungsperson respektive medizinische Einrichtung Hauptansprechpartner ist für Fragen zur Arbeitssituation oder zu Arbeitsproblemen und Eingliederung – und wie sehr diese Behandelnden den Versicherten in Bezug auf die Arbeitssituation behilflich sind (Tabelle 13).

4.10 Ärztliche Ansprechperson für Arbeitsprobleme

Zu rund 30% der Fälle ist der Hausarzt die Hauptansprechperson bei Arbeitsfragen und –problemen und zu rund 25% der private Psychiater. Alle anderen möglichen medizinischen Spezialisten und Einrichtungen spielen eine untergeordnete Rolle.

Rund 5% der Versicherten sind zwar in einer Behandlung, haben aber dabei keinen ärztlichen Ansprechpartner, mit dem sie die Arbeitssituation besprechen können. Rund 20% der Versicherten sind in keiner Behandlung und zwar vor allem die erfolgreich Integrierten sowie die (erfolgreichen) Massnahmenabsolventen.

Im Verlauf des Eingliederungsprozesses nimmt der Anteil der Behandelten generell ab, und auch der Anteil der spezialisiert psychiatrisch Behandelten verringert sich um rund 10% zugunsten der hausärztlich Behandelten, deren Anteil um 10% zunimmt. Zum Teil kann man hier davon ausgehen, dass einige Versicherte keine Behandlung mehr benötigen und wieder eingegliedert sind. Bei anderen, die teils auch Erfolg hatten, kann man sich fragen, ob eine Weiterführung der Behandlung nicht sinnvoll wäre, falls wieder eine Krise eintritt. Dies gilt für Personen mit psychischen Störungen, die normalerweise einen wiederkehrenden oder anhaltenden Verlauf zeigen, aber zum Teil wohl auch für Personen mit muskuloskelettalen Erkrankungen, bei denen sich offensichtlich der Gesundheitszustand im zeitlichen Verlauf kaum bessert, wie die vorliegenden Daten zeigen.

Hinsichtlich der ärztlichen Kenntnisse und Unterstützung in Bezug auf Arbeitsprobleme und Eingliederungsfragen zeigen die Daten, dass sich die Versicherten von ihren Behandlungspersonen (soweit

sie eine solche haben) insgesamt relativ gut unterstützt respektive verstanden fühlen. Es sind die Massnahmebeginner am Anfang des IV-Verfahrens, die sich von ihrem Therapeuten gar noch stärker unterstützt fühlen. Vergleichsweise sehr selten wird genannt, dass der Arzt/Therapeut Kontakt hatte zum Vorgesetzten des Versicherten, dies betrifft allerdings verstärkt die erfolgreich eingegliederten Versicherten und die (erfolgreichen) Massnahmenabsolventen – wohl, weil sich ein Kontakt nicht aufdrängte respektive nicht notwendig war oder nicht notwendig schien. Bei Massnahmebeginn sind solche Kontakte mit knapp 40% gar relativ häufig.

Ein anderer, nicht ganz so häufig zutreffender Punkt in der Teilstudie 1 ist die genaue Kenntnis des Arztes, welche Arbeitsanpassungen der Patient bei der Arbeit benötigt. Gemäss den Studienbefragten ist eine solche zumindest eher gute Kenntnis ist bei 70% der Behandelnden vorhanden, aber lediglich ein Drittel kennt den Anpassungsbedarf *sehr gut* (hier nicht gezeigt).

Insgesamt zeigt sich auch hier, dass die Arbeitssituation in der Behandlung durchaus ein Thema ist und dass sich die Versicherten von ihrem Arzt in drei von vier Fällen gut unterstützt fühlen. Es finden jedoch gemäss den Aussagen der Versicherten vergleichsweise selten Kontakte zwischen Behandlern und Vorgesetzten der Versicherten statt. Zum Teil waren diese nicht notwendig, zum Teil wären sie womöglich hilfreich gewesen (siehe auch Kapitel 7.11). Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Befragung der Psychiater/innen in der Schweiz (Baer et al., 2017).

Tabelle 13: Ärztlicher Ansprechpartner für Arbeitsprobleme der Versicherten

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	**Erfolg**	**Gesamt**	**Nachher**	**Vorher**	**Gesamt**
Medizinischer Ansprechpartner N=439/428						
Hausarzt	28.5	35.3	30.7	28.9	28.1	28.5
Privater Psychiater / Psychotherapeut	29.2	17.4	25.3	24.0	30.8	27.5
Anderer privater Spezialarzt	2.8	6.4	4.0	4.5	4.5	4.5
Ambulanter psychiatrischer Dienst	1.4	0.4	1.0	0.0	4.2	2.2
Psychiatr. / Psychosom. Klinik	0.4	0.5	0.4	0.0	0.8	0.4
Andere	0.9	3.1	1.6	2.9	4.1	3.5
Behandlung, kein Ansprechpartner	5.1	2.1	4.1	4.1	5.7	4.9
Arbeite zurzeit nicht	15.7	3.6	11.7	11.7	12.7	12.2
keine Behandlung	16.1	31.3	21.1	23.9	9.1	16.3
Arzt/Therapeut: trifft eher/voll zu… N=140-165 / 178-218						
kennt meine Arbeit genau	90.1	89.1	89.7	87.2	93.8	91.1
fragt regelmässig, wie es geht	91.1	81.1	87.0	80.6	84.0	82.5
kennt nötige Anpassungen genau	70.1	77.9	72.9	75.8	83.6	80.3
Kontakt zu meinem Vorgesetzten	22.3	19.3	21.2	22.3	38.0	31.8
kennt meine Berufsbiografie	76.0	82.2	78.2	77.9	81.2	79.8
unterstützt mich kompetent	69.5	83.8	75.0	69.2	82.5	77.1

4.11 Aussagen von Versicherten

Bespielhaft zeigen die folgenden Aussagen von Versicherten, dass die medizinische respektive psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zentrale Funktionen im Eingliederungsprozess einnimmt: Einmal, wenn es darum geht, das Selbstwertgefühl wieder zu stabilisieren, wenn dieses durch Krankheit und Arbeitsprobleme erschüttert worden ist.

Von den Psychotherapeuten war sehr wichtig „zu sehen im ganzen Prozess …[bei aller Krankheit und allem, das sie gesagt bekommen hat] ich habe nicht versagt … ich bin etwas wert, auch wenn

ich krank gewesen bin … ich bin gleichwohl ein wertvoller Mensch. Ich muss nicht leisten und erfolgreich sein, und trotzdem bin ich wertvoll. Und ich bin mir selber auch genug wertvoll, Unterstützung anzunehmen und mich auf dem Weg machen und das alles in Anspruch zu nehmen“. (Frau, 40 Jahre, erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

Wichtig ist auch, dass die Behandelnden zuversichtlich sind hinsichtlich Genesung oder Stabilisierung des Gesundheitszustandes und dass sie die Versicherten während des IV-Eingliederungsprozesse stützend begleiten. Wiederholte Arztwechsel sind hingegen nicht hilfreich.

Eine der wichtigsten Aussagen im ganzen Prozess sei von ihrer Psychiaterin gekommen: „Wissen Sie – etwas kann man zu den Depressionen sagen – die gehen vorbei“. Es sei nicht sicher, dass sie nicht wieder kommen, aber sie gehen vorbei. (Frau, 55 Jahre, Massnahmebeginn, psychische Beeinträchtigung)

Sie war immer einmal in der Woche bei der Psychologin. Jede Steigerung vom Pensum sei mit der Psychologin besprochen worden: „Sie merkt wie es mir geht – sie spürt es besser als ich in der Situation“. (Frau, 30 Jahre, Massnahmebeginn, psychische Beeinträchtigung)

„Bei den Ärzten habe ich mich gehört gefühlt. Ich kann dort weinen und werde aufgefangen“. (Frau, 50 Jahre, Massnahmenabschluss, psychische Beeinträchtigung)

„Die wechselnden Ärzte sind schwierig für mich. Einen Arzt, der mich durch den ganzen Prozess begleitet hätte, habe ich vermisst“. (Mann, 45 Jahre, Massnahmebeginn, psychische Beeinträchtigung)

Darüber hinaus jedoch auch durch konkrete Interventionen und durch eine aktive Begleitung über den gesamten Eingliederungsprozess. Behandelnde, die für den Bedarf der Patienten einstehen und einen Schutz vor Unter- wie auch Überforderung bieten, werden als sehr hilfreich erlebt.

Die Psychotherapeutin kam auf ihren Wunsch ins Geschäft. Das wichtigste dabei war, dass die Psychotherapeutin gesagt hat „so machen wir es und nicht anders“. Sie habe gesagt, was sie im Geschäft machen dürfen und was nicht. Die Therapeutin war auch Ansprechperson ihres Vorgesetzten. Im Geschäft wussten sie – wenn es nicht geht – dann geht es nicht – dann geht sie nach Hause. Sie wussten auch, dass sie Pausen machen muss, damit es wieder geht. „Es war eine grosse Wertschätzung für mich, dass die Psychotherapeutin ins Geschäft gekommen ist“. (Frau, 40 Jahre, erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

Therapeuten, die sich im Massnahmeprozess nicht engagieren und auch den Kontakt zu anderen Akteuren als eher unwichtig ansehen, werden hier eher kritisch gesehen.

„Je n’avais pas l’impression d’être très soutenu par mon psychologue, lui il ne comprenait pas trop pourquoi j’étais inscrit là, il ne voyait pas trop d’utilité ! “ (Mann, 30 Jahre, Massnahmebeginn, psychische Beeinträchtigung)

„Au tout début, l'Assurance perte de gain avait proposé une rencontre entre l'AI, mon entreprise et eux, mais l'AI a refusé de se déplacer parce que je n'étais pas encore guéri. Mes médecins n'avaient pas été conviés à cette rencontre" (Mann, 40 Jahre, erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

Dass das Interesse und Engagement der Behandelnden am Eingliederungsprozess wesentlich ist, sehen auch die IV-Stellen ähnlich, wie in der Befragung von Guggisberg et al. (2015) beschrieben ist: Lösungen sind schwierig, wenn die Kooperation zwischen IV und behandelnden Ärzten nicht funktioniert und wo ein gemeinsames Auftragsverständnis fehlt oder wo die Behandelnden die Versicherten vor der IV schützen wollen.

Letzteres ist nicht selten der Fall: In der Befragung der Schweizer Psychiater (Baer et al., 2017) gaben rund 50% der Psychiater/innen an, bei ihren Patienten mit Arbeitsproblemen den Eindruck gehabt zu haben, diese gegen eine „unfaire oder diskriminierende" Behandlung durch die IV schützen zu müssen.

4.12 Zufriedenheit mit gesundheitlicher Situation und Behandlung

Schliesslich wurden auch Fragen gestellt zur Zufriedenheit der (ehemaligen) IV-Massnahmenempfänger/innen mit ihrem körperlichen und psychischen Gesundheitszustand sowie mit ihrer Behandlungssituation (Tabelle 14).

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten in beiden Teilstudien ist eher oder sehr zufrieden mit ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit. Mit der Behandlungssituation sind gar rund 75% der Befragten eher oder sehr zufrieden. Dabei zeigen sich wiederum Unterschiede nach Erfolg und zeitlichem Verlauf:

Erfolgreich eingegliederte Personen sind deutlich zufriedener mit ihrer gesundheitlichen Situation (die sich wie beschrieben hinsichtlich Symptomatik und Beeinträchtigung auch als besser darstellt) als nicht erfolgreich Integrierte.

Auch im zeitlichen Verlauf ist eine (allerdings eher geringe) Zunahme der Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Situation festzustellen – insbesondere verbessert sich die Zufriedenheit in Bezug auf die psychische Gesundheit. Dies ist insofern nachvollziehbar, als vor allem die psychische Gesundheit im zeitlichen Verlauf zunehmend als besser angegeben wird.

Tabelle 14: Zufriedenheit mit Gesundheit und Behandlungssituation

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	Erfolg	Gesamt	Nachher	Vorher	Gesamt
Eher/sehr zufrieden mit … N=384-415 / 386-414						
körperlicher Gesundheit	43.2	63.7	50.3	55.8	50.3	53.0
psychischer Gesundheit	42.7	69.2	51.9	63.1	54.4	58.6
Behandlungssituation	70.4	78.4	73.1	80.2	77.6	78.8

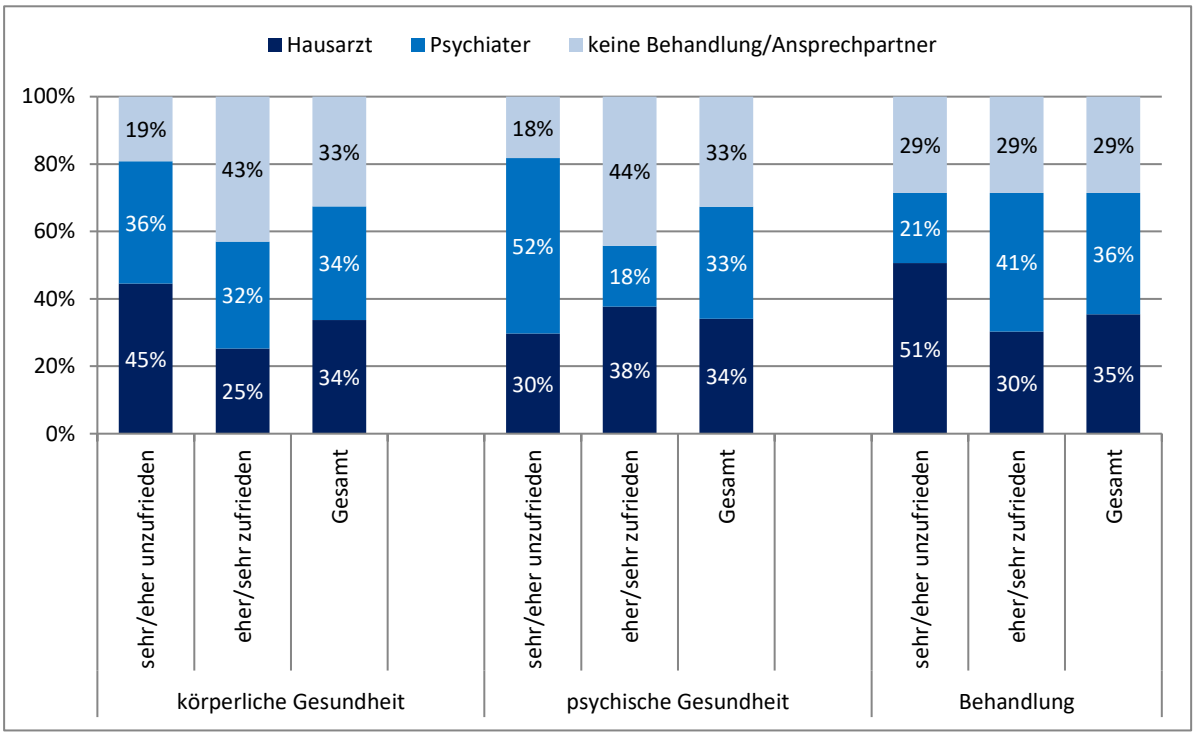
Stellt man diese Zufriedenheitsbereiche (psychische und körperliche Gesundheit sowie Behandlungssituation) der hauptsächlichen Behandlungsperson gegenüber, zeigt sich folgendes nachvollziehbares Muster (Abbildung 22).

IV-Versicherte, die mit ihrer körperlichen Gesundheit unzufrieden sind, sind besonders häufig beim Hausarzt in Behandlung (45%) und solche, die mit ihrer psychischen Gesundheit unzufrieden sind, besonders häufig beim Psychiater (52%). Generell sind Versicherte, die gesundheitlich unzufrieden sind, fast immer in einer Behandlung, nur je knapp 20% sind dies nicht. Hingegen sind Personen, die mit ihrer Gesundheit eher oder sehr zufrieden sind, auch oft (zu je rund 44%) nicht in Behandlung respektive haben keinen ärztlichen Ansprechpartner in Bezug auf Frage und Probleme bei Arbeit und Wiedereingliederung.

Hinsichtlich Behandlungszufriedenheit zeigen sich schliesslich Unterschiede zwischen den Befragten: Die unzufriedenen Versicherten sind häufiger in einer hausärztlichen Behandlung als die zufriedenen (51% versus 30%), die Zufriedenen häufiger in psychiatrischer Behandlung als die Unzufriedenen (41% versus 21%). Im Detail (hier nicht gezeigt) wird deutlich, dass es sich bei den unzufriedenen Hausarztpatienten häufig um psychisch kranke Personen handelt (womit nicht impliziert werden soll, dass dies an den Hausärzten liegt). Zu erwähnen ist, dass bei den Befragungsteilnehmer/innen rund ein Drittel der Hausarztpatienten eine psychiatrische Diagnose hat (mit psychiatrischem IV-Code).

Dies deckt sich mit dem behandlungsepidemiologischen Kenntnisstand: Rund ein Drittel aller Patient/innen in Hausarztpraxen hat (unter anderem) eine psychiatrische Erkrankung.

Abbildung 22: Zufriedenheit mit Gesundheit und Behandlung nach Behandlungssituation (N=308-332)



4.13 Fazit

Die umfangreichen Auswertungen zur gesundheitlichen Situation, zu Funktionseinschränkungen und Alltagsbeeinträchtigung sowie zur Behandlungssituation zeigen, dass Belastungen und Einschränkungen für das Verständnis des Erlebens der Versicherten zentral sind und auch eng mit Eingliederungserfolg und Veränderungen über die Eingliederungsverläufe hinweg zusammenhängen. Die Art der Erkrankung differenziert deutlich nach Integrationserfolg: Personen mit muskuloskelettalen Erkrankungen sind nach beruflichen Massnahmen häufiger integriert (zu 45%) als Personen mit psychischen und insbesondere mit psychotischen Störungen (25%). Ebenso unterscheidet sich der allgemeine Gesundheitszustand (Personen mit guter allgemeiner Gesundheit sind häufiger integriert), die psychische Gesundheit und die psychische Belastung wie auch das Ausmass der körperlichen Beschwerden nach Eingliederungserfolg. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich eine Verbesserung der psychischen Gesundheit, eine Abnahme der psychischen Belastung und eine leichte Verbesserung der allgemeinen Gesundheit. Die körperlichen Beschwerden nehmen hingegen kaum ab im Verlauf.

Der Vergleich zwischen den Befragten und der Schweizer Allgemeinbevölkerung anhand verschiedener gesundheitlicher Indikatoren offenbart sehr grosse Unterschiede: IV-Versicherte berichten viel seltener über eine gute allgemeine Gesundheit, eine hohe Kontrollüberzeugung und Vitalität sowie sehr viel häufiger über eine hohe psychische Belastung als dies in der Allgemeinbevölkerung der Fall ist. Es handelt sich bei den Massnahmenempfänger/innen demnach um eine stark selektionierte Personengruppe. So gibt es unter den Befragten auch *keine einzige Person*, die keine oder nur geringe körperliche Beschwerden hat während dies in der Bevölkerung rund 45% der Personen angeben.

Psychische und somatische Beschwerden hängen wiederum sehr eng zusammen, 80% der Versicherten mit psychiatrischem Code haben körperliche Beschwerden und 60% der Versicherten mit muskuloskelettalen Erkrankungen sind psychisch belastet. Deshalb wurde ein vereinfachtes Mass für das Vorliegen und das Ausmass von rein psychischen respektive körperlichen Belastungen/Symptomen und von ‚komorbiden' Belastungen gebildet. Zudem wurden sämtliche Funktionseinschränkungen nicht nur summiert und kategorisiert, sondern mit einem statistischen Verfahren auch nach personbezogenen Einschränkungstypen klassifiziert („Einschränkungstyp"). All diese Variablen unterscheiden deutlich nach Eingliederungserfolg – sowohl in der Teilstudie zum Eingliederungserfolg wie auch in der Teilstudie zum Zeitverlauf, wenn man die Massnahmenabsolventen nach Erwerbseinkommen unterscheidet. Während bei den somatischen Funktionsdefiziten vor allem der schmerzbedingte Bedarf nach vermehrten Pausen nach Erfolg unterscheidet, spielt die Mehrheit der psychosozialen Einschränkungen eine Rolle, vor allem Energie und Eigeninitiative, kognitive Einschränkungen, Ängste, mangelnde Ausgeglichenheit und Impulsivität, Perfektionismus, Inflexibilität sowie Vermeidungsverhalten.

Die Gruppierung der Funktionsdefizite ergibt 5 Typen von IV-Versicherten:

- Eine Gruppe mit insgesamt wenigen spezifischen Einschränkungen (30%) – oft Personen mit guter Bildung, männlich, ohne starken Alltagseinschränkungen, welchen durch die IV oft eine erstmalige berufliche Ausbildung ermöglicht wurde.
- Eine weitere Gruppe mit ausschliesslich psychischen Defiziten (20%) – oft sehr stark eingeschränkt im Alltag mit frühem Problembeginn in Schule, Ausbildung oder Beruf, fast immer mit Schweizer Nationalität, die vergleichsweise häufig eine Integrationsmassnahme erhielten.
- Eine Gruppe mit ausschliesslich somatischen Einschränkungen (18%), mit geringer Alltagseinschränkung, spätem Problembeginn, oftmaligem Sekundärabschluss, die eine Frühinterventionsmassnahme erhielten.
- Eine Gruppe mit vor allem somatischen aber zusätzlichen psychischen Defiziten (19%), mit relativ häufiger starker Alltagseinschränkung, oft geringem Bildungsgrad (obligatorische Schule), hohem Ausländeranteil, die von der IV oft „andere" Massnahmen erhielten.
- Sowie eine Gruppe mit sehr starken psychischen und somatischen Einschränkungen (13%), die im Alltag meist stark eingeschränkt sind, meist erst nach dem 25. Altersjahr erste Probleme hatten, den höchsten Anteil von Personen mit obligatorischer Schulbildung haben und von der IV häufig eine Integrationsmassnahme erhielten.

Das Ausmass an starken Einschränkungen im Alltag ist erheblich, nicht nur bei der Arbeit, sondern auch in der Partnerschaft, im Kontakt zu Freunden, in der Haushaltführung und beim Erledigen administrativer Angelegenheiten oder bei Freizeitaktivitäten ausser Haus – wobei jeweils ein Viertel bis die Hälfte der Versicherten über starke Einschränkungen berichtet. Hinzu kommen je nachdem noch diejenigen Personen, die hier nicht geantwortet haben, weil sie keine Arbeit, keine Freunde, keine Partnerschaft etc. haben.

Die Mehrheit der Versicherten befindet sich in einer Behandlung, meist bei einem Hausarzt (rund 30%) oder bei einem frei praktizierenden Psychiater (25%). Allerdings sind je nach Teilstudie 15-20% der Befragten nicht in einer Behandlung, dies betrifft vor allem die Versicherten, die den Eingliederungsprozess hinter sich haben und die erfolgreich Integrierten. Bei einem Teil dieser Personen kann man davon ausgehen, dass sie aktuell keine Behandlung benötigen, bei einem anderen Teil kann man sich angesichts des oft chronischen oder wiederkehrenden Krankheitsverlaufes von psychischen und muskuloskelettalen Erkrankungen fragen, ob eine andauernde Behandlung nicht sinnvoll wäre. Die Be-

handelnden kennen nämlich laut den Versicherten deren Arbeitssituation, Arbeitsbiografie und nötigen Arbeitsanpassungen sehr oft gut und unterstützen diese kompetent. Auffällig ist allerdings, dass die Behandelnden nur in der Minderheit jemals einen Kontakt zum Vorgesetzten des Versicherten hatten – bei den Versicherten zu Beginn des Eingliederungsverlaufes sind solche Kontakt mit rund 40% allerdings recht häufig. Insgesamt sind rund 75% der Versicherten eher oder sehr zufrieden mit ihrer Behandlungssituation. Bei den Unzufriedenen handelt sich oft um psychisch kranke Versicherte in hausärztlicher Behandlung (generell hat rund ein Drittel der vom Hausarzt behandelten Versicherten einen psychiatrischen IV-Code).

Während rund ein Drittel bis 45% der Versicherten nicht täglich Medikamente einnimmt, nehmen die Übrigen meist mehrere Medikamente ein. Der Anteil von Personen ohne tägliche Medikamenteneinnahme nimmt im zeitlichen Verlauf zu und ist zudem bei den Erfolgreichen deutlich höher als bei den nicht Integrierten – was auch den besseren Gesundheitszustand dieser beiden Gruppen spiegelt. Auf der anderen Seite nehmen rund 20% der Befragten täglich 3 und mehr Medikamente ein. Allgemein besonders häufig werden Antidepressiva, Schmerzmittel, Tranquilizer/Anxiolytika eingenommen und nicht selten auch Neuroleptika (rund 13% der Versicherten). Die Medikation variiert je nach Einschränkungstyp. Im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung nehmen IV-Versicherte deutlich häufiger Psychopharmaka ein, wobei die Unterschiede bei den erfolgreich Integrierten geringer sind als bei nicht Integrierten (die auch kränker sind).

In den Interviews mit den Versicherten wird deutlich, wie wichtig die Erfahrung der Erkrankung und der damit verbundenen Einschränkungen im Alltag für das Erleben ist. Die Betroffenen werden damit konfrontiert, dass ihr Selbstbild und vielleicht auch ihr Lebensentwurf je nachdem nicht mehr umsetzbar sind und sie zu einem neuen Selbstverständnis finden müssen (mit der Erkrankung und Behinderung). Dies zu akzeptieren, ist für einige ein langer und schwieriger Weg. Wichtig kann dabei sein, dass von Fachleuten klar benannt wird, worunter die Versicherten leiden, also die Diagnose (Baer, Domingo, Amsler, 2003)). Ein weiterer wichtiger Punkt im Erleben ist der, dass Krankheit und Behinderung zum Verlust von Tagesstruktur und Sozialkontakten respektive zu erheblichen Problemen in der Partnerschaft führen können. Hier sind die Behandlungspersonen eine wichtige Hilfe, aber sie können die Einsamkeit natürlich nicht wirklich mindern. Zentral sind die Behandlungspersonen hingegen in Bezug auf die Krankheitsverarbeitung, das Gefühl auch als Erwerbsloser wertvoll zu sein sowie nicht zuletzt hinsichtlich konkreter Interventionen und Kooperationen am Arbeitsplatz und im Kontakt mit der IV. Behandelnde, die sich diesbezüglich nicht engagieren, werden eher kritisch gesehen.

5 Familiäre und berufliche Biografie der Versicherten

Zur schulischen und beruflichen Biografie wurden einige wenige Fragen gestellt, da diese möglicherweise einen prädiktiven Wert haben für die Prognose des Eingliederungserfolges. Zudem wurde gefragt, ob allfällige frühe biografische Belastungen in einem relevanten Zusammenhang stehen mit Problemen bei der Arbeit. Schliesslich wurden allfällige krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeiten im letzten Monat respektive letzten Jahr vor Befragung erhoben sowie allfällige bisherige Unterstützung durch die Arbeitslosenversicherung und die Sozialhilfe (Tabelle 15).

Insgesamt verfügen Versicherte mit nicht erfolgreicher IV-Eingliederung mit durchschnittlich 3.4 Auffälligkeiten über eine etwas problematischere Ausbildungs- und Arbeitsbiografie als erfolgreich Eingegliederte (2.7 Auffälligkeiten). Insbesondere berichten nicht Erfolgreiche häufiger über Mobbing-Erfahrungen in Schule, Berufsbildung oder an Arbeitsstellen sowie über Kündigungen, Stellen mit leistungsmässiger Überforderung und wiederholte respektive längerdauernde Arbeitsunfähigkeiten. Auch vorzeitige Ausbildungsabbrüche kamen bei den nicht Erfolgreichen etwas häufiger vor. Der stärkste und auch hoch signifikante Unterschied zwischen Erfolg/Misserfolg zeigt sich beim Vorliegen einer Stellenkündigung in der beruflichen Biografie.

Gesamthaft betrachtet fällt das Ausmass an biografischen Problemen in Schule, Ausbildung und Arbeitsleben auf. Rund die Hälfte der Versicherten berichtet über Mobbingerfahrungen, über Kündigungen, Arbeitsplatzkonflikte, leistungsmässige Überforderung oder wiederholte respektive längere Arbeitsunfähigkeiten. Jeweils mindestens ein Viertel aller Befragten hat ein Ausbildungsjahr repetieren müssen oder die Berufsbildung gar abgebrochen. Hinsichtlich Repetitionen unterscheiden sich die IV-Versicherten womöglich von der Allgemeinbevölkerung während Ausbildungsabbrüche generell (die Lehrvertragsauflösungsquote in der Schweiz beträgt 21%, BfS 2017) durchaus häufig sind. Nach Beeinträchtigung der IV-Versicherten betrachtet fällt allerdings auf, dass psychisch kranke Versicherte mit 29% fast doppelt so häufig einen oder mehrere vorzeitige Ausbildungsabbrüche hatten wie Versicherte mit muskuloskelettalen Einschränkungen (15%).

Rund 30-40% der Versicherten nehmen einen Zusammenhang zwischen ihren frühen familiären Belastungen und ihren späteren Arbeitsproblemen wahr. Erfolgreich Eingegliederte sehen seltener (35%) als nicht Erfolgreiche (42%) einen Zusammenhang von allfälligen familiären Belastungen und Arbeitsproblemen. In denjenigen Fällen, wo familiäre Belastungen mit Einfluss auf die späteren Arbeitsprobleme vorhanden waren, zeigen sich keine deutlichen Unterschiede nach Eingliederungserfolg – einzige Ausnahme sind die häufigeren Erfahrungen mit einer *sehr strengen, strafenden oder gewalttätigen Erziehung* bei den nicht erfolgreich Integrierten. Dies ist insofern bemerkenswert als Befragte mit Problemen bei der Flexibilität und bei der Impulsivität/Instabilität ein schlechteres Eingliederungsresultat haben (siehe dazu Kap. 11). Typischerweise weisen zwanghafte oder rigide Patienten häufig eine frühe Biografie mit einem übermässig strengen, strafenden Erziehungsstil auf – und Patienten mit einem konflikthaften Muster haben oft selbst früh Konflikte, Gewalt und Vernachlässigung erlebt (Baer et al., 2017). Gesamthaft gesehen ist zudem das Ausmass an erfahrener Belastung bei diesen Personen erheblich und liegt mit grösster Wahrscheinlichkeit weit über dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung.

Tabelle 15: Familiäre, schulische und berufliche Biografie der Versicherten

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	**Erfolg**	**Gesamt**	**Nachher**	**Vorher**	**Gesamt**
Schulische und Arbeitsbiografie N=412 / 414						
Ausbildungsjahr wiederholt	24.6	23.4	24.2	38.5	26.0	32.4
Ausbildung abgebrochen	27.4	22.0	25.7	31.6	23.0	27.4
in Schule, Lehre, Arbeit gemobbt	49.9	36.4	45.5	42.5	44.1	43.3
von Schule ausgeschlossen	5.8	2.4	4.7	3.1	8.1	5.5
Lehr-/Arbeitsstelle gekündigt	57.0	36.5	50.3	45.8	42.8	44.4
Konflikte mit Kollegen, Chefs	57.0	55.9	56.6	56.3	49.1	52.8
leistungsmässig überfordert	53.8	46.5	51.4	41.6	56.7	48.9
wiederholte/längerer AuF	62.9	45.9	57.4	54.2	48.8	51.6
Gesamt	*338.4*	*269.2*	*315.9*	*313.7*	*298.6*	*306.4*
Arbeitsrelevante familiäre Belastungen N=418 / 416						
Ja	41.5	34.8	39.2	32.9	31.4	32.1
Nein	58.5	65.2	60.8	67.1	68.6	67.9
Familiäre biografische Belastungen N=164 / 125						
körperliche Krankheit bei Eltern	28.4	27.1	28.0	19.0	25.5	21.9
psychische Krankheit bei Eltern	36.0	35.4	35.8	25.7	46.4	35.0
ALV, SH, IV bei Eltern	11.3	17.7	13.1	12.3	25.3	18.1
übermässig strenge Erziehung	56.2	52.9	55.2	59.1	58.5	58.8
Unberechenbare, impulsive Eltern	61.2	56.3	59.8	47.1	50.5	48.6
Überbehütende Eltern	40.1	43.4	41.0	29.0	38.3	33.2
gewalttätige Eltern	52.4	43.1	49.8	45.7	48.9	47.1
Gesamt	*285.5*	*275.9*	*282.8*	*237.9*	*293.4*	*262.7*
Unterstützungsdauer durch ALV/Sozialhilfe N=364 / 360						
Arbeitslosenhilfe bisher (Monate)	15.1	9.6	13.3	8.0	6.0	7.0
Sozialhilfe bisher (Monate)	14.6	10.0	13.0	11.5	3.5	7.5
Jemaliger Bezug von Arbeitslosenunterstützung und Sozialhilfe N=351 / 350						
weder ALV noch SH	23.0	42.0	29.6	33.2	50.6	41.9
nur ALV	34.5	33.9	34.3	38.5	31.9	35.2
nur SH	10.6	8.4	9.9	11.0	4.1	7.5
beides	31.9	15.7	26.2	17.3	13.4	15.4
Arbeitsunfähigkeit letzter Monat/letztes Jahr N=381 / 373						
AuF letzte 4 Wochen (0 – 28)	8.8	3.8	7.0	5.3	8.3	6.8
AuF letztes Jahr (0 – 52)	15.8	6.5	12.6	10.1	17.1	13.7
Arbeitsbiografie N=387 / 384						
Stellen bis heute (N)	9.2	6.1	8.1	8.1	6.0	7.0
Stellen mit Problemen (N)	3.5	2.4	3.1	2.4	1.7	2.0

Der Anteil der Versicherten, der in seiner bisherigen Laufbahn jemals auf Arbeitslosen- oder Sozialhilfe angewiesen war, variiert sowohl nach Eingliederungserfolg wie auch nach zeitlichem Verlauf. Bei IV-Massnahmebeginn hat rund die Hälfte der Versicherten noch nie Arbeitslosen- oder Sozialhilfe bezogen, nach Beendigung der Massnahme beträgt der Anteil noch ein Drittel. Das heisst, dass Ver-

sicherte mit zunehmendem zeitlichem Verlauf auch häufiger auf solche finanzielle Unterstützung angewiesen sind. Vor allem steigt im Verlauf der Anteil der Versicherten mit ausschliesslichem Sozialhilfebezug (von 4% auf 11%), aber auch der Versicherten mit ausschliesslichem Arbeitslosenhilfebezug (von 32% auf 39%) wie auch der Versicherten mit sowohl Sozialhilfe- wie auch Arbeitslosenhilfebezug (von 13% auf 17%). Der Eingliederungserfolg macht hier den grossen Unterschied (siehe dazu auch Abbildung 26): Erfolgreich integrierte IV-Versicherte haben zu 42% bis zur Befragung jemals weder Sozialhilfe noch Arbeitslosenhilfe bezogen – fast doppelt so viele wie bei den nicht erfolgreich integrierten Versicherten (23%). 43% der nicht erfolgreich Integrierten haben bisher jemals Sozialhilfe bezogen während dies bei den erfolgreich Integrierten mit 24% deutlich seltener vorkam.

Erfolgreich eingegliederte Versicherte waren schliesslich bis zum Zeitpunkt der Befragung weniger Monate sowohl auf Arbeitslosenunterstützung als auch auf Unterstützung durch die Sozialhilfe angewiesen – mit jeweils 10 versus rund 15 Monaten beträgt die durchschnittliche Unterstützungsdauer nur rund zwei Drittel gegenüber der Unterstützungsdauer bei den nicht Erfolgreichen.

Im zeitlichen Verlauf zwischen IV-Massnahmebeginn und mindestens zwei Jahre später (Teilstudie 2) zeigt sich gesamthaft eine Zunahme der *bisherigen Dauer* von Sozialhilfe- und Arbeitslosenunterstützung (von 4 auf 12 Monate bei der Sozialhilfe sowie von 6 auf 8 Monate bei der Arbeitslosenhilfe). Bei der Analyse des zeitlichen Verlaufs ist zu unterscheiden: Die Absolventen *mit Erwerbseinkommen* verzeichnen kürzere Arbeitsunfähigkeiten als die Massnahmebeginner, aber die Massnahmenabsolventen *ohne Erwerbseinkommen* längere. Auch bei der Dauer von ALV- und Sozialhilfebezug unterscheiden sich die Absolventen mit Erwerbseinkommen deutlich von denjenigen ohne Erwerbseinkommen (6 respektive 10 Monate bei denjenigen mit Erwerbseinkommen gegenüber 11 respektive 15 Monaten bei denjenigen ohne).

5.1 Arbeitsunfähigkeit im letzten Monat respektive Jahr

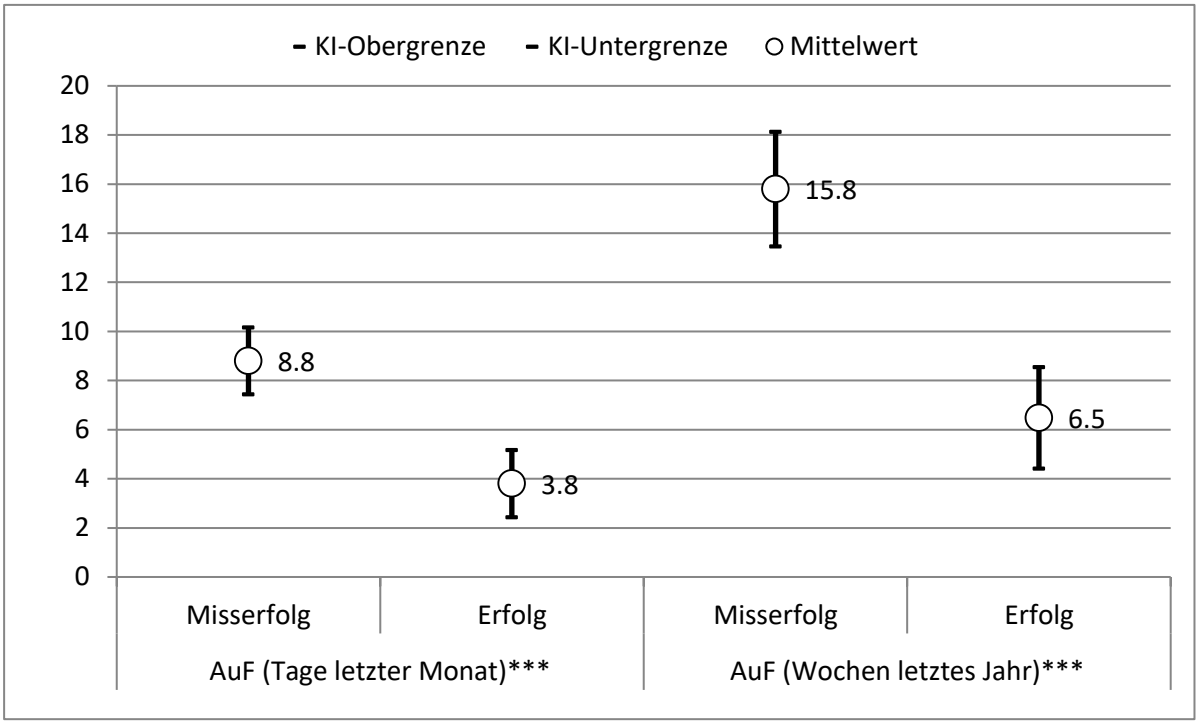
Neben den Fragen zur Dauer eines jemaligen allfälligen Bezuges von Sozialhilfe- oder Arbeitslosenunterstützung wurde auch erfragt, während wie vieler Tage in den letzten 4 Wochen respektive während wie vieler Wochen im letzten Jahr die Versicherten krankheitsbedingt nicht arbeitsfähig waren oder nicht in der Lage waren, den Haushalt zu verrichten.

Deutliche Unterschiede zeigt das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (AuF) in den beiden Gruppen: Erfolgreich Integrierte berichten über rund 4 AuF-Tage in den letzten 4 Wochen (gegenüber 9 Tagen bei den nicht Integrierten) respektive über rund 7 Wochen AuF im letzten Jahr (gegenüber 16 Wochen bei den nicht Integrierten (Abbildung 23).

Im zeitlichen Verlauf nimmt die Arbeitsunfähigkeitsdauer ab (von 8 auf 5 Tage in den letzten 4 Wochen und von 17 auf 10 Wochen im letzten Jahr). Dies wohl im Zusammenhang damit, dass sich die meisten gesundheits- und behinderungsbezogenen Parameter im Verlauf verbessern.

Die Abbildung verdeutlicht, dass es sich hierbei um signifikante und auch relevante Unterschiede handelt. Bei der Arbeitsunfähigkeit wurde auch die krankheitsbedingte Unfähigkeit, den Haushalt zu verrichten oder in einer Eingliederungsmassnahme präsent zu sein, mitberücksichtigt. Es ist anzunehmen, dass dieses deutlich höhere Ausmass an Arbeitsunfähigkeit bei den nicht Integrierten ein Abbild ihrer stärkeren Behinderung ist (analog zur zuvor gezeigten höheren psychischen und körperlichen Belastung sowie zu den stärker ausgeprägten Funktionsdefiziten). Aber auch hier ist die umgekehrte Wirkungsrichtung (berufliche Eingliederung trägt zu einer besseren gesundheitlichen Situation bei) zumindest für einen Teil der Versicherten nicht auszuschliessen.

Abbildung 23: Arbeitsunfähigkeit letzte 4 Wochen/52 Wochen nach Eingliederungserfolg



Die folgende Darstellung zeigt einige zeitliche Indikatoren der Arbeitsfähigkeit und Erwerbstätigkeit sowie des Alters bei krankheitsbedingtem Problembeginn in Ausbildung und Erwerbsleben nach Einschränkungstyp (Abbildung 24).

Die Personengruppe (Typ 1) mit wenigen spezifischen Funktionseinschränkungen hatte im letzten Monat respektive Jahr kaum Arbeitsunfähigkeiten (respektive Unfähigkeiten, den Haushalt zu verrichten) zu verzeichnen und war zudem bisher auch nur kurz oder gar nicht arbeitslos und sozialhilfeabhängig. Ihre ersten Arbeitsprobleme hatte diese Gruppe im Alter von 28 Jahren.

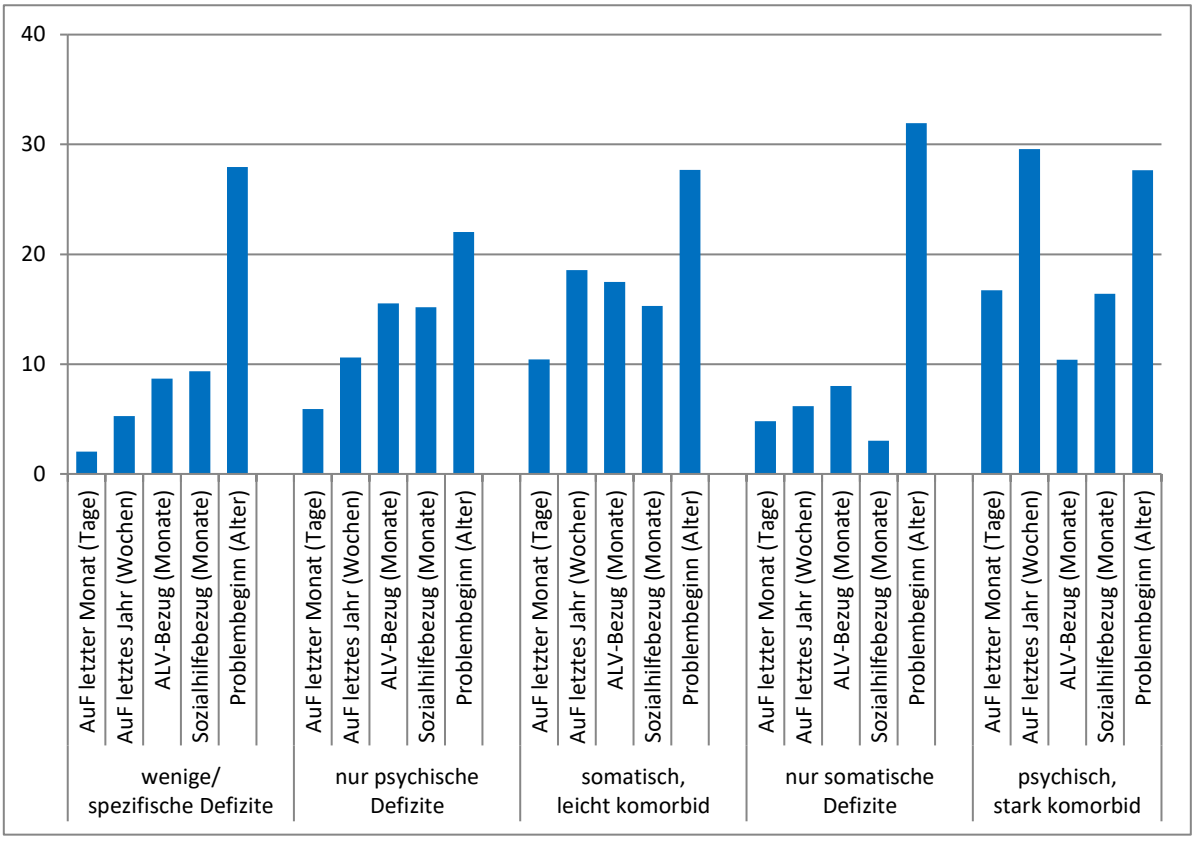
Am frühesten begannen die Arbeitsprobleme beim Typ 2 mit ausschliesslich psychischen Defiziten, nämlich im Durchschnitt mit 22 Jahren. Hier zeigen sich mit jeweils rund 15 Monaten relevante Dauern von ALV- respektive Sozialhilfebezug und ebenso deutlich erhöhte Dauern von Arbeitsunfähigkeit im letzten Monat respektive Jahr.

Dies gilt in noch höherem Mass für die Personen mit somatischen und leichten komorbiden psychischen Funktionsdefiziten (Typ 3): Diese Personen waren im letzten Jahr durchschnittlich während 19 Wochen arbeitsunfähig.

Personen mit ausschliesslich somatischen Defiziten (Typ 4) hatten ihre ersten Arbeitsprobleme erst relativ spät (im Durchschnitt mit 32 Jahren) und zeigen wenig Auffälligkeiten hinsichtlich Sozialtransfers (Arbeitslosen- oder Sozialhilfe) und Arbeitsunfähigkeit.

Hingegen ist wiederum die Personengruppe mit starken psychischen und somatischen Defiziten (Typ 5) hinsichtlich Arbeitsunfähigkeit sehr auffällig: Sie waren an 17 der letzten 28 Tage arbeitsunfähig sowie während 30 der letzten 52 Wochen.

Abbildung 24: Dauer von Arbeitsunfähigkeit und Sozialtransfers sowie Problembeginn nach Einschränkungstyp (TS 1; N=445-362)



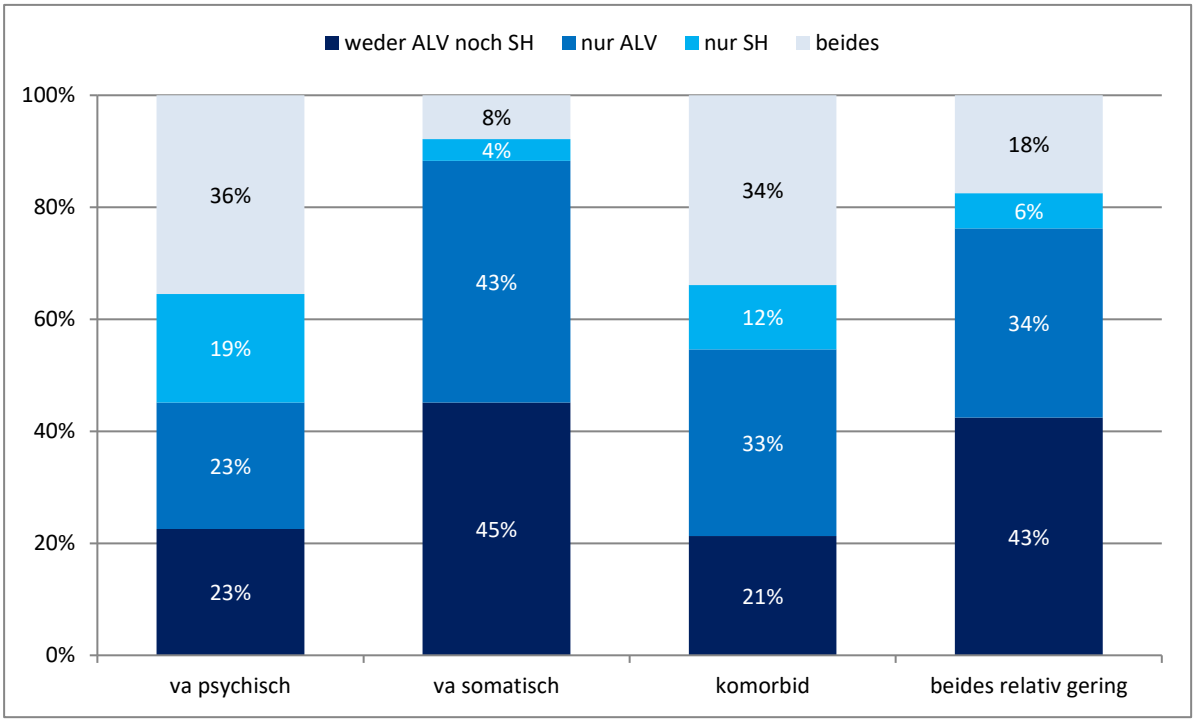
5.2 Bezug von Arbeitslosenleistungen und Sozialhilfe

Bei den zuvor beschriebenen Dauern von *allfälligem* ALV- oder Sozialhilfebezug in der gesamten Arbeitsbiografie der Versicherten ist zu beachten, dass ein Teil der Versicherten bisher noch nie arbeitslos oder sozialhilfeabhängig war („nie“ wurde oben jeweils mit dem Wert „0“ berücksichtigt). Dies wird in der folgenden Darstellung (Abbildung 25) explizit ausgewiesen.

IV-Massnahmenempfänger/innen mit vor allem psychischen Belastungen zeigen hinsichtlich *jemaligem* Vorkommen von Arbeitslosigkeit respektive Sozialhilfeabhängigkeit ein ähnliches Bild wie Personen mit „komorbiden“ Belastungen: Rund je ein Drittel hat bis zur Befragung schon beide Unterstützungen erhalten und lediglich je rund ein Fünftel bis ein Viertel waren bisher auf keine dieser Unterstützungen angewiesen. Bei den vor allem psychisch Belasteten kommt bei einem weiteren Viertel noch ausschliessliche ALV-Unterstützung hinzu und bei einem Fünftel ausschliessliche Sozialhilfeunterstützung. Bei den „komorbid“ Belasteten ist der Anteil der ausschliesslichen Sozialhilfeunterstützung mit einem Drittel häufiger.

Auf der anderen Seite ähneln sich die vor allem somatisch und die insgesamt gering Belasteten: Rund je 45% waren bisher weder auf ALV- noch auf Sozialhilfeunterstützung angewiesen, zudem kommt ausschliessliche Sozialhilfeunterstützung bei ihnen sehr selten vor.

Abbildung 25: ALV- und Sozialhilfebezug nach „Komorbidität“ (TS 1; N=337)

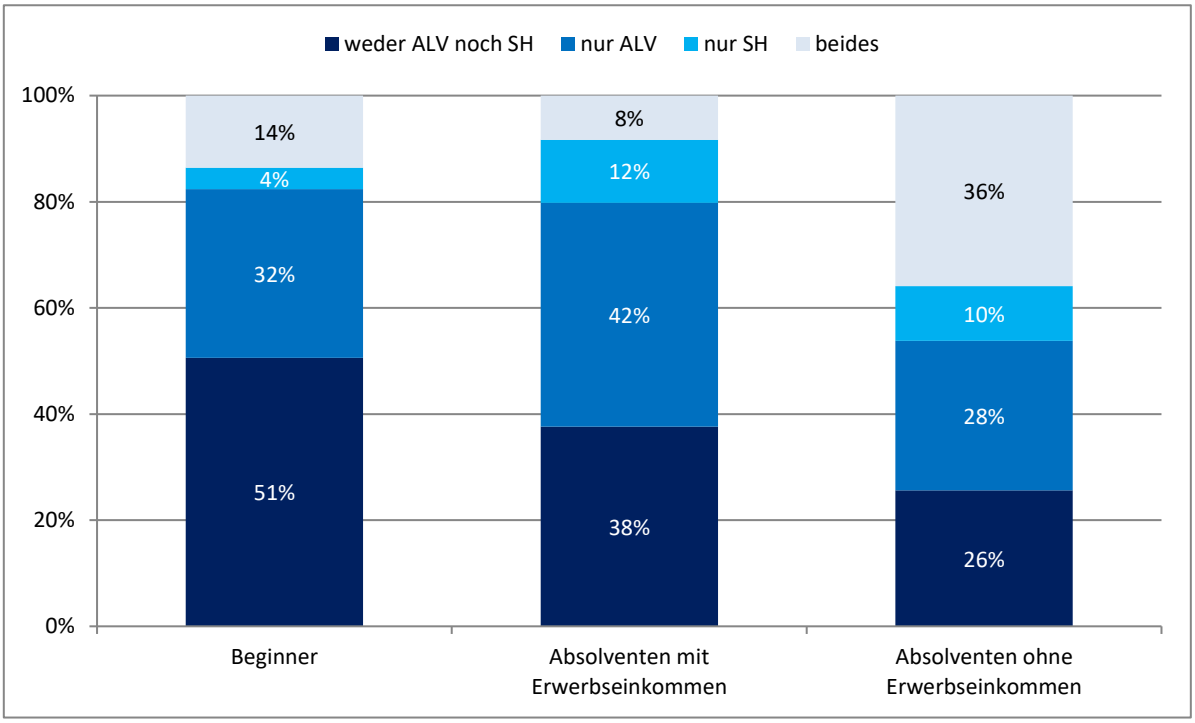


Im zeitlichen Verlauf des IV-Eingliederungsprozesses zeigt sich insgesamt eine *Abnahme* der Versicherten, die jemals weder Arbeitslosenunterstützung noch Sozialhilfe bezogen haben (Abbildung 26).

Dabei bestehen jedoch deutliche Unterschiede je nach Art des Verlaufes: Bei den Massnahmenabsolventen mit Erwerbseinkommen haben 38% bisher nie solche Unterstützung bezogen (gegenüber 26% bei den nicht Erfolgreichen). Der grösste Unterschied besteht im Anteil der Personen mit jemaliger Sozialhilfeunterstützung: 20% bei den Absolventen mit einem Erwerbseinkommen gegenüber 46% bei denjenigen ohne Erwerbseinkommen.

Das heisst, dass im zeitlichen Verlauf des Eingliederungsprozesses die Inanspruchnahme der sozialen Sicherungssysteme zunimmt – bei den ‚Erfolgreichen‘ nimmt der Anteil der Personen mit Arbeitslosenunterstützung zu und bei den ‚Erfolglosen‘ nimmt der Anteil der Personen mit Sozialhilfeunterstützung deutlich zu.

Abbildung 26: ALV- und Sozialhilfebezug nach Zeitverlauf und Eingliederungserfolg (TS 2; N=324)



5.3 Arbeitsbiografie und Art der Gebrechen

Das Vorkommen von Auffälligkeiten in der Ausbildungs- und Arbeitsbiografie unterscheidet sich zudem nach Art des Gebrechens (Abbildung 27).

IV-Massnahmenempfänger/innen mit einem psychiatrischen Gebrechenscode (IV-Code 641-649) bringen häufiger schon Arbeitsprobleme in ihrer bisherigen Arbeitsbiografie mit als Versicherte mit muskuloskelettalen Erkrankungen (IV-Code 731-738).

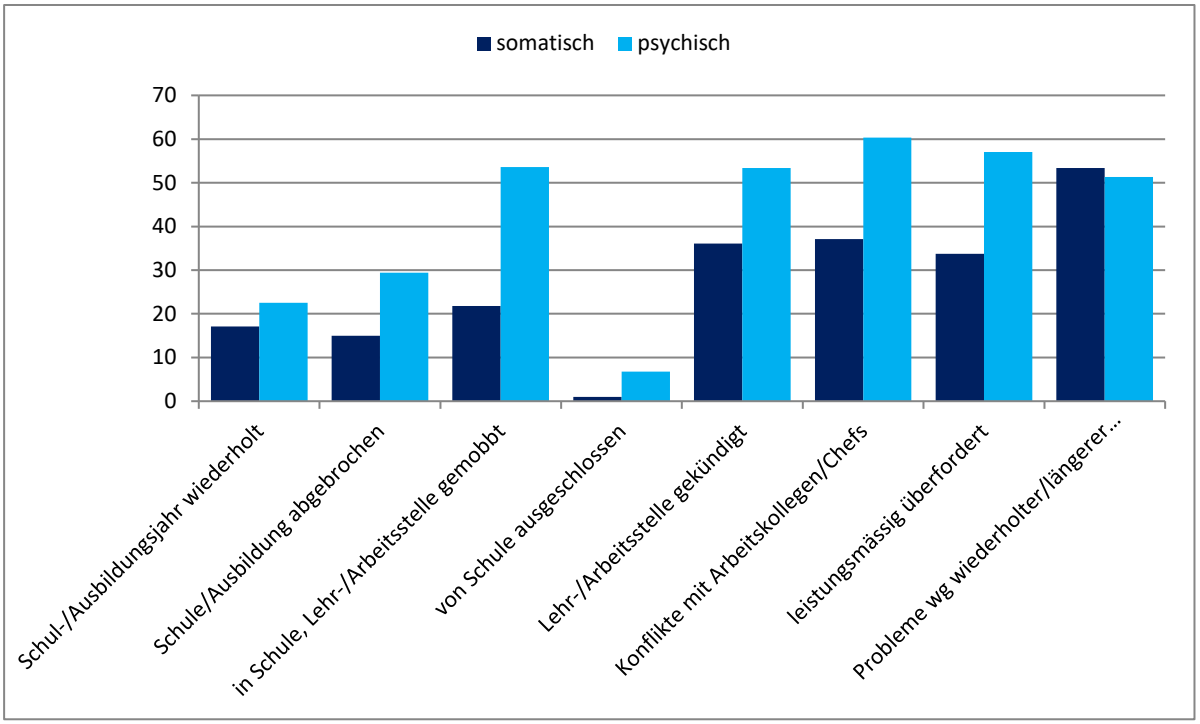
Insbesondere verzeichnen psychisch kranke Versicherte doppelt so häufig einen vorzeitigen Abbruch in Schule oder Berufsausbildung und mehr als doppelt so viele (54% gegenüber 22%) erfuhren „Mobbing in Schule, Berufsbildung oder an Arbeitsstellen“. Auch frühere Arbeitsplatzkonflikte mit Arbeitskollegen und Vorgesetzten, leistungsmässige Überforderung sowie Stellenkündigungen kommen bei psychisch kranken Versicherten deutlich häufiger vor.

Betrachtet man die Zusammenhänge im Detail, geben vor allem Versicherte mit folgenden aktuellen Einschränkungen Probleme in der schulischen und beruflichen Biografie an: Versicherte, die bei Befragung Funktionsdefizite bei Energie und Eigeninitiative, bei der Kognition und bei der Ausgeglichenheit (Instabilität, Impulsivität) angeben. So handelt es sich beispielsweise bei den (seltenen) Schulausschlüssen mit Ausnahme einer einzigen Person durchgehend um Befragte, die heute (noch) Probleme mit der Ausgeglichenheit haben. Diese Einschränkung findet man auch etwas häufiger bei Befragten mit Mobbing-Erfahrungen, vorzeitigen Ausbildungsabbrüchen und Kündigungserfahrungen sowie Konflikten mit Vorgesetzten und Arbeitskollegen. Kognitive Probleme geben hingegen Befragte etwas häufiger an, die schon einmal an mindestens einer Stelle leistungsmässig überfordert waren.

Dass psychisch kranke Versicherte in ihrer Arbeitsbiografie vermehrt Probleme aufweisen, hängt wahrscheinlich mit ihrem früheren Ersterkrankungsalter zusammen: Psychische Störungen beginnen normalerweise früher als muskuloskelettale Erkrankungen, entsprechend erhöht ist damit das Risiko von frühen krankheitsbedingten Problemen in Schule, Ausbildung und am Arbeitsplatz.

Dies ist auch ein Hinweis darauf, dass gerade (aber nicht nur) bei psychisch kranken Versicherten die Arbeitsbiografie in die Problemanalyse und Massnahmeplanung einbezogen werden sollte (wie kam es zur Kündigung oder zur leistungsmässigen Überforderung, warum wurde die Ausbildung abgebrochen etc.). Da es sich bei muskuloskelettalen und psychischen Beeinträchtigungen oft um andauernde oder wiederkehrende Beeinträchtigungen handelt, wäre es zum Beispiel wichtig zu wissen, unter welchen Umständen und an welchen Arbeitsstellen die Versicherten in ihrer beruflichen Biografie eher besser oder eher schlechter ‚funktioniert' haben. Solche Kenntnisse wären an sich eine Voraussetzung für eine gezielte Eingliederungsplanung.

Abbildung 27: Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie nach Gebrechensart (TS 1; N=302-306)



5.4 Aussagen von Versicherten

Die folgende Aussage zeigt stellvertretend, dass akute Belastungsreaktionen am Arbeitsplatz oft schon einen längeren Vorlauf hatten, hier gar bis in die Schulzeit zurück:

„J'ai toujours été un peu à la limite, mais je me donnais beaucoup de peine, au travail comme à l'école. Il y a eu de plus en plus de pression pour aller plus vite dans mon entreprise, je n'y arrivais plus nerveusement: j'étais angoissé, tendu, même le week-end, je ruminais autour du travail..Les médecins m'ont dit que je ne pouvais plus travailler dans ce poste-là, et que je devais faire une annonce AI". (Mann, 40 Jahre, erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

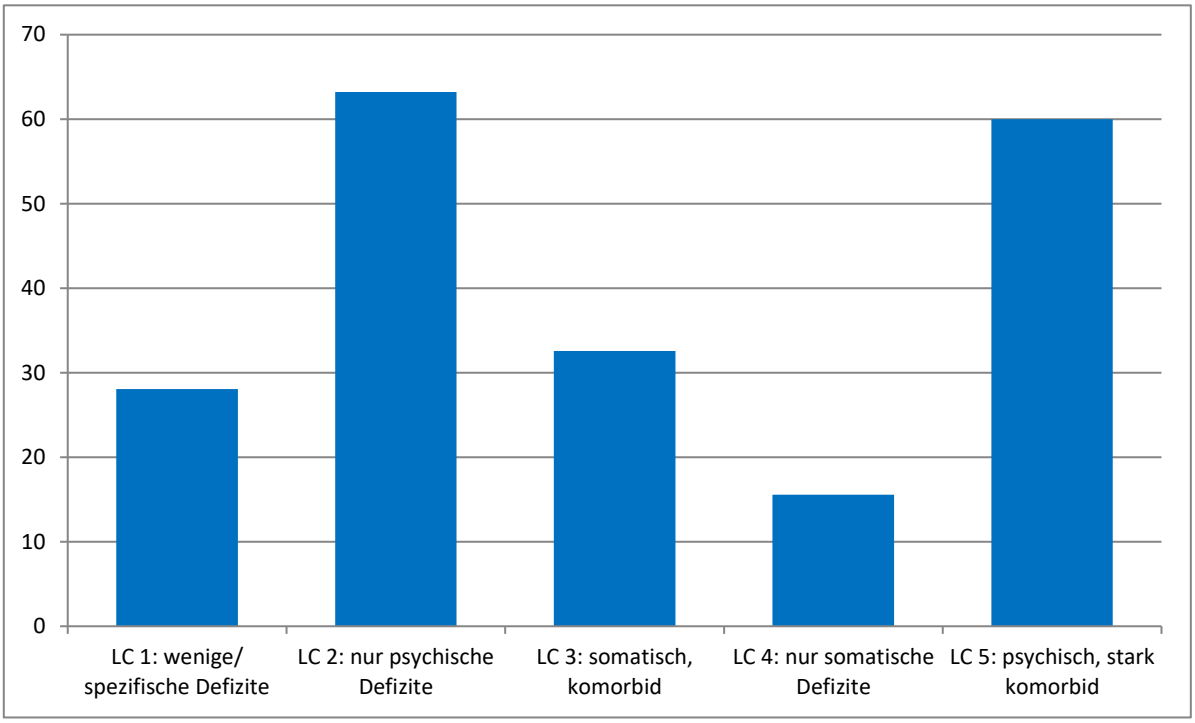
5.5 Familiäre Biografie und Einschränkungstyp

Gesamthaft nehmen 39% der Versicherten der Teilstudie 1 einen Zusammenhang wahr zwischen Problemen in ihrer familiären Biografie und Problemen in ihrer beruflichen Biografie. Allerdings unterscheidet sich dieser Anteil deutlich im Zusammenhang mit der Art des Einschränkungstyps – gemäss Typologie der Funktionsdefizite (Abbildung 28).

Versicherte vom Einschränkungstyp 1 mit wenigen respektive spezifischen Funktionsdefiziten, vom Typ 3 mit komorbid somatischen Einschränkungen sowie vom Typ 4 mit ausschliesslich somatischen Einschränkungen nehmen ‚nur' zu einem Sechstel bis zu einem Drittel solche Zusammenhänge wahr.

Bei den beiden Einschränkungstypen mit ausschliesslich psychischer respektive stark komorbider psychischer Beeinträchtigung betrifft dies 60-63% der Versicherten. Diese Grössenordnung ist insofern bemerkenswert, weil Psychiater bei ihren Patienten mit Arbeitsproblemen ebenfalls bei 61% der Fälle einen Zusammenhang zwischen frühen familiären Belastungen und späteren Arbeitsproblemen feststellen (Baer et al., 2017).

Abbildung 28: Zusammenhang zwischen familiärer und beruflicher Biografie nach Einschränkungstyp (TS 1; N=415)



5.6 Fazit

Versicherte, die nicht erfolgreich integriert werden konnten, zeigen eine etwas problematischere Ausbildungs- und Arbeitsbiografie als erfolgreich Integrierte. Sie hatten häufigere Probleme und berichten vor allem häufiger über Mobbingerfahrungen in Schule, Ausbildung und Beruf, über Kündigungen und leistungsmässige Überforderung sowie häufigere Arbeitsunfähigkeiten an früheren Arbeitsstellen. Generell werden derartige Erfahrungen von vielen Versicherten angegeben (und deutlich häufiger bei psychisch kranken Versicherten), zudem musste jeweils mehr als ein Viertel der Befragten ein Ausbildungsjahr wiederholen respektive hat eine Berufsausbildung vorzeitig abgebrochen.

Rund ein Drittel der Versicherten sieht einen Zusammenhang zwischen frühen familiären Belastungen und späteren Arbeitsproblemen. Dies trifft vor allem zu auf die beiden Einschränkungstypen mit nur psychischen respektive mit kombinierten psychischen und somatischen Einschränkungen zu (in je rund 60% der Fälle, was sehr gut übereinstimmt mit entsprechenden Angeben von Schweizer Psychiatern über ihre Patienten mit Arbeitsproblemen).

Erfolgreich Integrierte waren sowohl in den letzten 4 Wochen wie auch über das ganze letzte Jahr hinweg deutlich seltener arbeitsunfähig (insgesamt 4 Tage/7 Wochen) als nicht Integrierte (9 Tage/16 Wochen). Auch hier spielen Art und Ausmass der gesundheitlichen Belastungen eine grosse Rolle, mit besonders langen Arbeitsunfähigkeitsdauern bei den Versicherten mit (‚komorbiden') sowohl psychischen wie auch somatischen Belastungen (11 Tage/19 Wochen).

Die meisten Versicherten haben zudem auch schon Perioden hinter sich, in denen sie arbeitslos oder sozialhilfeabhängig waren, dies trifft vor allem auf Personen mit rein psychischen und solche mit psychischen und somatischen Problemen zu. Im zeitlichen Verlauf der IV-Massnahmen steigt der Anteil der Arbeitslosen- und Sozialhilfebezüger, wobei es hier auch auf den beruflichen Erfolg der Massnahmenabsolventen ankommt: Bei Absolventen mit einem Erwerbseinkommen nimmt der Anteil der Arbeitslosen zu, bei den Absolventen ohne Erwerbseinkommen hingegen nimmt der Anteil der Sozialhilfeabhängigen deutlich zu.

6 Soziale Situation und Unterstützung

Zur sozialen Lebenssituation sowie zu sozialen Unterstützung wurden neben der Wohnsituation, die im Kapitel zur Soziodemografie dargestellt wurde (Kapitel 3) weitere Fragen gestellt: Zum einen wurde erhoben, auf wie viele Personen im privaten Umfeld sich die Befragten voll verlassen können, wie viele Vertrauenspersonen sie haben, mit denen sie offen über persönliche Dinge sprechen können und ob sie solche Vertrauenspersonen vermissen. Zum anderen wurde nach spezifischen Ressourcen im privaten Umfeld gefragt, konkret danach, ob Personen im Umfeld auch schon geholfen haben bei Arbeitsproblemen respektive bei der Vermittlung einer Arbeitsstelle. Drittens wurden, abgesehen von Behandlung und Therapie, weitere Ressourcen für Stabilität und ein ausgeglichenes Befinden erfragt. Und schliesslich wurden Fragen gestellt, worunter die Befragten wie stark leiden – in diesem Fall nicht nur in Bezug auf die Krankheitssymptome, sondern auch in Bezug auf ihre erlebte Zugehörigkeit zur Gesellschaft und der erlebten Stigmatisierung durch die Umgebung. Die Fragen zur Anzahl verlässlicher sowie Vertrauenspersonen im privaten Umfeld wurden wiederum von der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) übernommen, um Vergleiche zur Allgemeinbevölkerung anstellen zu können (Tabelle 16).

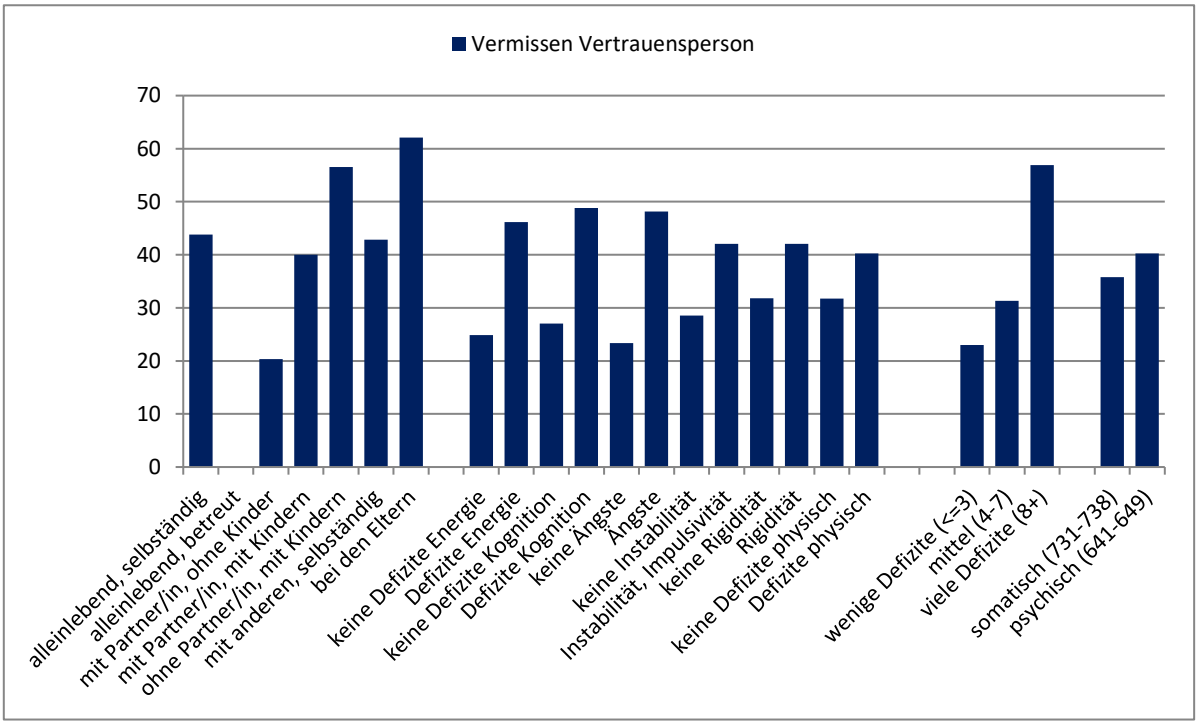
Etwas mehr als die Hälfte der Befragten geben an, 3-5 oder gar mehr als 5 *verlässliche Personen* in ihrem „privaten Umfeld zu haben, die ihnen so nahe stehen, dass sie sich auf sie verlassen können, wenn sie ein ernstes persönliches Problem haben“ (55% in der Teilstudie 1 und 57% in der Teilstudie 2). Bei den erfolgreich eingegliederten Personen beträgt dieser Anteil rund zwei Drittel und ist damit deutlich höher als bei den nicht Integrierten mit 49%. Im zeitlichen Verlauf ändert sich der Anteil nicht. Etwa gleich viele Befragte geben zudem an, dass sie mehrere *Vertrauenspersonen* haben, also „nahestehende Personen, mit denen sie jederzeit über ganz persönliche Probleme reden können“ (56% in Teilstudie 1, 60% in Teilstudie 2). Rund je ein Drittel vermisst manchmal eine solche Vertrauensperson. Wie häufig Vertrauenspersonen vermisst werden, hängt zusammen mit der Wohnsituation, mit der Art und dem Ausmass der Funktionsdefizite (Abbildung 29).

Tabelle 16: Indikatoren der sozialen Integration und Unterstützung aus Sicht der Versicherten

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	**Erfolg**	**Gesamt**	**Nachher**	**Vorher**	**Gesamt**
Was hilft *sehr* für Ausgeglichenheit? N=163-403 / 158-403, je nach Variable						
Sport / körperliche Aktivität	42.1	54	46.1	43.0	42.7	42.9
'normale' Arbeit zu haben	46.7	67.2	54.8	68.5	54.7	61.5
Geschützte Arbeit	20.5	17.4	19.8	32.1	37.3	35.2
Meine Eltern / Geschwister	46.6	49.1	47.4	50.2	51	50.6
Meine Familie (Partner/in, Kinder)	70.9	87.2	76.6	76.1	74.1	75.1
soziales Umfeld (Freunde etc.)	55.6	69.5	60.2	57.6	55.6	56.6
Soziales Engagement	40.5	31	37.5	34.5	32.6	33.5
Ein Hobby zu haben	61.5	73.4	65.5	64.6	69.5	67.1
Gute Wohnsituation	73.5	83.3	76.5	70.3	75.2	72.8
Selbsthilfegruppe	17.4	15.6	16.9	16.0	18	17.1
Gewisse finanzielle Sicherheit	73.5	72.8	73.3	67.5	67.6	67.6
geregelte Tagesstruktur	54.9	58.7	56.2	52.2	58.8	55.7
Verlässliche Personen* N=433 / 428						
Keine	11.5	2.2	8.4	4.5	7.2	5.8
1 bis 2	39.7	32.5	37.4	39.0	36.2	37.6
3 bis 5	37.2	43.6	39.3	38.0	38.0	38.0
Mehr als 5	11.7	21.7	15.0	18.4	18.7	18.5
Vertrauenspersonen* N=437 / 435						
Nein	13.4	8.7	11.8	11.2	19.4	15.2
Ja, eine Person	35.5	26.0	32.4	27.1	22.0	24.6
Ja, mehrere Personen	51.0	65.3	55.8	61.7	58.6	60.2
Vermissen Vertrauensperson N=428 / 425						
Nein	58.7	69.2	62.2	61.8	66.4	64.0
Ja	41.3	30.8	37.8	38.2	33.6	36.0
Haben privat *sehr* bei Arbeitsproblemen geholfen N=185-213 / 218-254						
Eltern oder Geschwister	14.7	22.8	17.1	17.8	17.4	17.6
Andere Verwandte	7.0	13.8	9.0	3.2	3.9	3.6
Enge Freunde	17.5	27.3	20.4	18.0	14.2	15.9
Weitere Bekannte / Nachbarn	10.0	7.4	9.3	9.5	4.8	7.0
(Frühere) Arbeitskollegen	8.3	17.1	10.8	6.5	5.9	6.1
(Frühere) Vorgesetzte, Ausbildner	14.7	19.8	16.1	6.7	15.3	11.6
Kollegen aus Vereinen / von Hobby	8.0	6.5	7.6	0.0	3.1	1.7
Zufallsbekanntschaften	4.9	2.7	4.3	4.1	6.1	5.2

* *„Verlässliche“ Personen und „Vertrauenspersonen“: Siehe Beschreibung im folgenden Text*

Abbildung 29: Vermissen Vertrauensperson nach Wohnsituation und Art der Funktionsdefizite (TS 1; N=418-429)



Besonders häufig vermissen Alleinerziehende und junge Versicherte, die bei den Eltern leben, eine Vertrauensperson. Versicherte, die mit Partner/in und Kindern zusammen leben, vermissen dies selten, und von den (eher wenigen) Personen, die zwar alleine aber betreut wohnen, vermisst niemand eine Vertrauensperson. Womöglich übernimmt die Betreuungsperson diese Funktion.

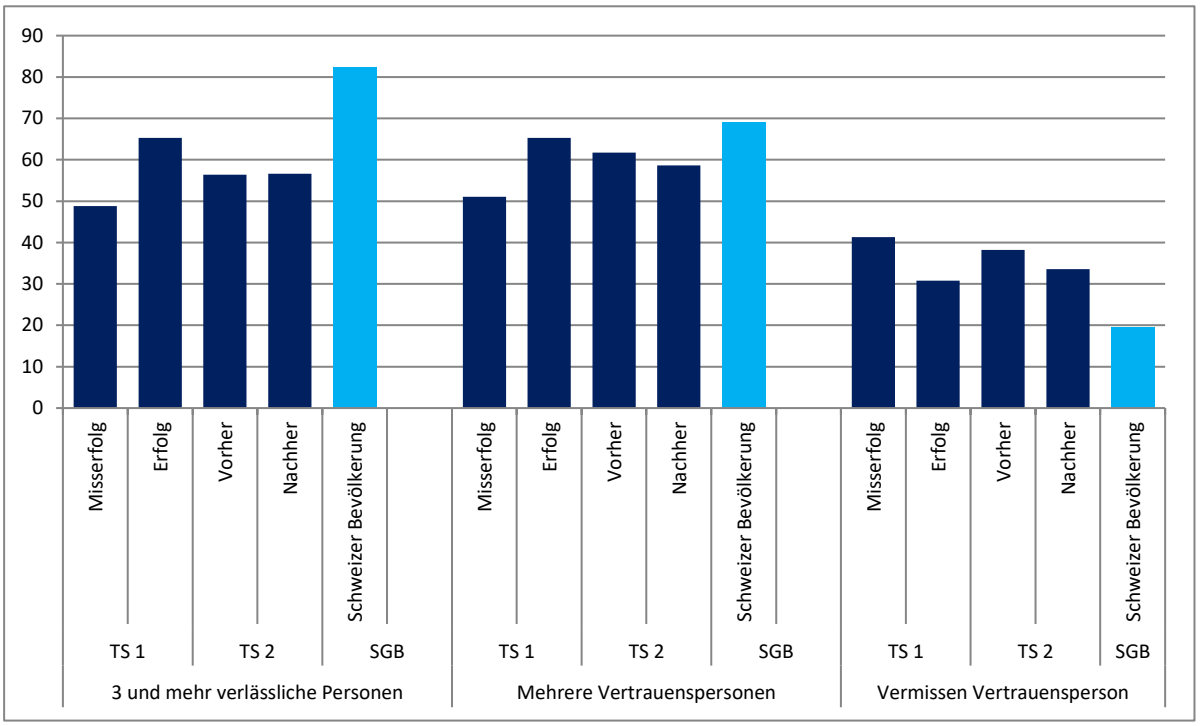
Während die Art der Erkrankung (psychisch respektive somatisch) in Bezug auf das Vermissen einer Vertrauensperson wenig Unterschied macht, ist die Behinderungsschwere (gemessen an der Summe der Funktionsdefizite) von Bedeutung: Je mehr Funktionsdefizite die Befragten aufweisen, desto häufiger vermissen sie eine Vertrauensperson. Auch die Art der Defizite ist relevant: Ob die IV-Versicherten physische Defizite aufweisen oder nicht, macht keinen Unterschied, aber das Vorhandensein von psychischen Defiziten ist mit einem häufigeren Vermissen einer Vertrauensperson verbunden. Besonders häufig wird eine Vertrauensperson vermisst von Befragten, die Probleme haben mit Energie und Antrieb, Kognition (Wahrnehmung und Denken), Ängsten (sie machen den grössten Unterschied) sowie mit emotionaler Instabilität und Impulsivität.

6.1 Soziales Netz bei Massnahmenempfängern und Schweizer Bevölkerung

Die IV-Massnahmenempfänger/innen unterscheiden sich teils relativ deutlich von der Schweizer Allgemeinbevölkerung (Abbildung 30): Während ‚lediglich' etwas über die Hälfte der Befragten über 3 und mehr Personen im privaten Beziehungsnetz verfügt, auf die sie sich bei Problemen verlassen können (ein Indikator für das Ausmass instrumenteller Hilfe), sind es in der Schweizer Bevölkerung über 80%. Beim Vorhandensein von mehreren Vertrauenspersonen, mit denen man jederzeit über persönliche Probleme sprechen kann (ein Indikator für emotionale Unterstützung), ist der Unterschied deutlich geringer, und zwischen erfolgreich Eingegliederten und Bevölkerung zeigt sich kaum mehr ein Unterschied. Dennoch vermissen die Befragten – vor allem die nicht erfolgreich Integrierten und

die Befragten zu Beginn des IV-Eingliederungsprozesses – eine solche Vertrauensperson häufiger als die Allgemeinbevölkerung (30-40% versus 20%).

Abbildung 30: Soziales Netz bei IV-Massnahmenempfängern und Schweizer Bevölkerung in Prozent



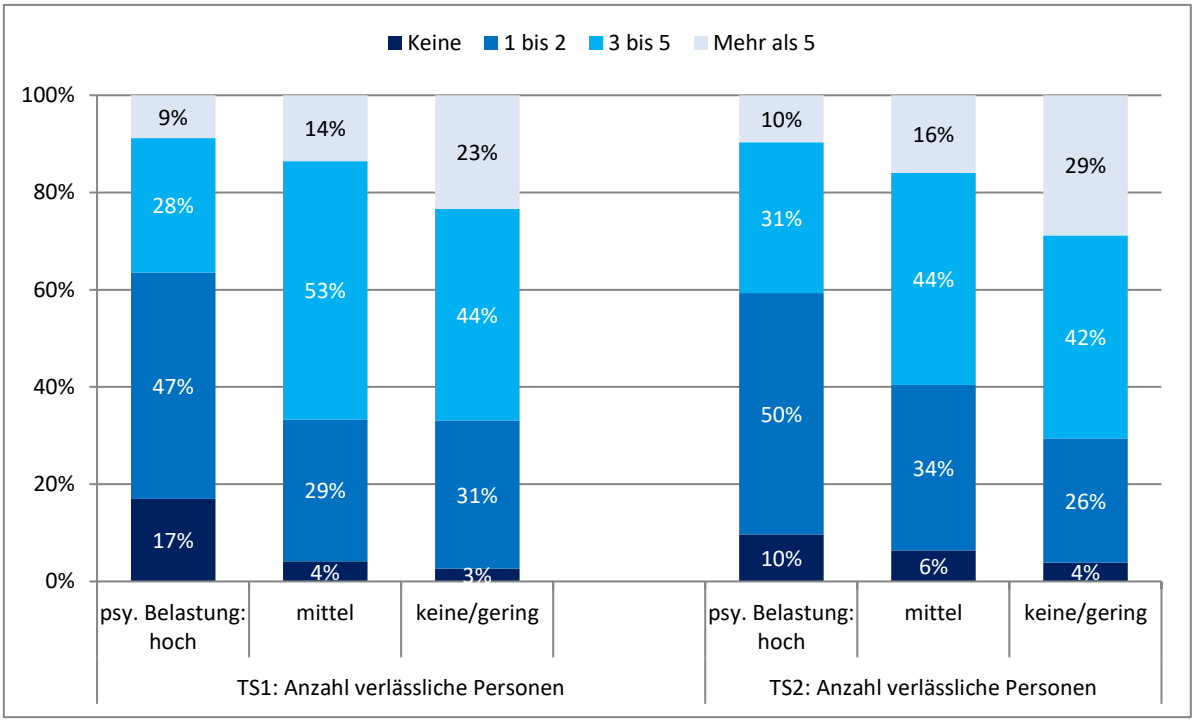
Es ist bemerkenswert, dass sich die IV-Versicherten in Bezug auf die Verfügbarkeit von (emotionalen) Vertrauenspersonen zwar deutlich, gar so stark von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden wie hinsichtlich anderer Merkmale. Offensichtlich gelingt es ihnen trotz Erkrankung, ihre wichtigen Beziehungen mit Nahestehenden aufrecht zu erhalten. Zwar verfügen sie über ein geringeres Netzwerk an instrumentellen Hilfen (verlässliche Personen), aber die Bindung zu Personen, mit denen man über Persönliches sprechen kann, bleibt bestehen. Dies ist nicht nur eine Ressource für die Versicherten, sondern zeigt möglicherweise auch ihre Fähigkeiten, Beziehungen zu halten, die ihnen emotional sehr wichtig sind. Allerdings wird auch ersichtlich, dass IV-Versicherte, die nach Eingliederungsmassnahmen nicht erfolgreich integriert werden konnten (und wie beschrieben auch schwerer beeinträchtigt sind) etwas seltener mehrere Vertrauenspersonen haben und eine solche auch besonders häufig vermissen.

6.2 Soziales Netz und Beeinträchtigung

Der Zusammenhang von gesundheitlicher Belastung und sozialem Netz zeigt sich auch in der folgenden Abbildung (Abbildung 31).

In beiden Teilstudien gibt es einen klaren Zusammenhang zwischen dem Ausmass der psychischen Belastung und der Anzahl Personen, auf die man sich im Problemfall verlassen kann. Bei den psychisch hoch belasteten Versicherten beträgt der Anteil mit 3 und mehr verlässlichen Personen rund 40%, bei den mittel und gering Belasteten sind es rund 65%. Die beiden Teilstudien liefern hier vergleichbare Werte. Das heisst vereinfacht: Diejenigen Personen, die eine solche Unterstützung am meisten benötigen, können am seltensten darauf zurückgreifen.

Abbildung 31: Verlässliche Personen im Umfeld nach psychischer Belastung in Prozent



Dass die Anzahl der verlässlichen Personen im privaten Umfeld durchaus relevant ist, zeigen die Resultate zur Frage, ob wie und sehr „Personen aus dem persönlichen Umfeld in den letzten 12 Monaten geholfen haben, eine Arbeitsstelle zu finden oder zu erhalten“ (Tabelle 16).

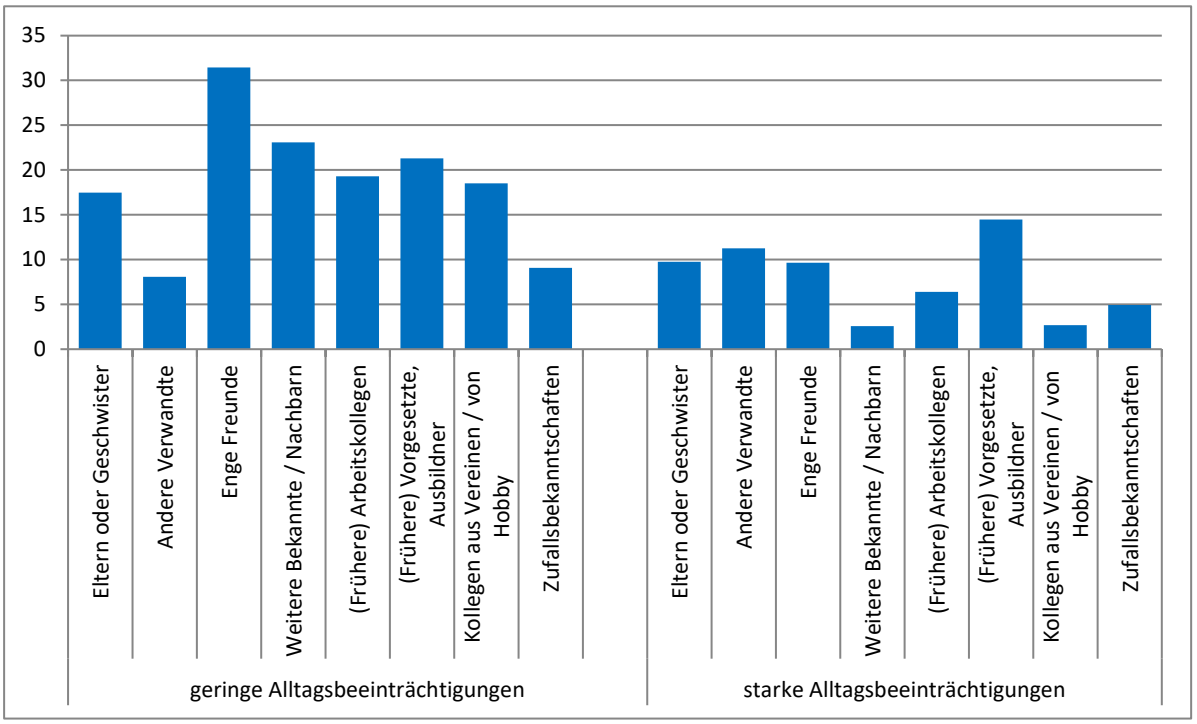
Enge Freunde, aber auch Eltern und Geschwister sowie Bekannte und (frühere) Vorgesetzte sowie Arbeitskollegen können hier eine wichtige Rolle spielen. Dies wird besonders deutlich bei den erfolgreich Integrierten: Sie haben häufiger eine solche Hilfe erfahren als nicht Integrierte von Eltern und Geschwistern (23% versus 15%), von engen Freunden (27% versus 18%), von früheren Arbeitskollegen (17% versus 8%) und auch von früheren Vorgesetzten und Berufsbildnern (20% versus 15%). Im zeitlichen Verlauf schliesslich ergeben sich keine grossen Änderungen, am ehesten fällt auf, dass die Unterstützung durch frühere Vorgesetzte und Berufsbildner im Verlauf abnimmt und die Unterstützung durch enge Freunde und Bekannte etwas wichtiger wird.

Die Bedeutung des Grades der Beeinträchtigung in Bezug auf den Erhalt konkreter Arbeitshilfen oder Hilfen beim Finden einer Stelle wird in der Gegenüberstellung von IV-Versicherten mit geringer respektive starker Alltagsbeeinträchtigung noch deutlicher (Extremgruppenvergleich ohne die mittelgrad Beeinträchtigten).

Die Abbildung 32 zeigt die Anteile der Versicherten, die „sehr“ von Personen in ihrem persönlichen Umfeld profitieren konnten. Personen mit geringen Alltagsbeeinträchtigungen haben deutlich häufiger konkrete Arbeitsunterstützung erhalten als stark beeinträchtigte Personen von der Herkunftsfamilie (18% versus 10%), von engen Freunden (31% versus 10%), von Bekannten (31% versus 3%), früheren Arbeitskollegen (19% versus 6%), früheren Vorgesetzten (21% versus 14%), Vereinskollegen (19% versus 3%) und Zufallsbekanntschaften (9% versus 5%). Lediglich bei den weiteren Verwandten zeigen sich keine Unterschiede. Damit wird deutlich, dass Personen mit starken Alltagsbeeinträchtigungen diese (leider) oft nicht kompensieren können durch ein Plus an sozialer Unterstützung – im Gegenteil verfügen offensichtlich gerade die schwerst beeinträchtigten Personen kaum über nennens-

werte instrumentelle Unterstützung (Hilfen für Stellenerhalt respektive Stellenvermittlung) im persönlichen Umfeld. Zur selben Schlussfolgerung kommt für die sozialen Netzwerke von Arbeitslosen im Kanton Waadt auch eine kürzliche Untersuchung von Turtschi (2015).

Abbildung 32: „Sehr grosse“ Arbeits-Hilfen nach Grad der Alltagsbeeinträchtigung in Prozent



6.3 Aussagen von Versicherten

Die Interviews mit den Versicherten zeigen, wie wichtig nahe Bezugspersonen – insbesondere die Partnerin oder der Partner – sind. Teilweise scheint es gar existentiell, dass die Nächsten zu einem halten, gleich was geschieht.

[Interview mit Versichertem und seinem Vater] Der Vater erzählt : „Seit 20 Jahren habe sein Sohn eine Lebenspartnerin. „Ich bewundere diese, sie hält zu ihm und hat sogar mit den eigenen Eltern gebrochen“. Die Eltern der Lebenspartnerin hätten ihr gesagt, sie soll „mit einem solchen Menschen aufhören“, das habe keine Zukunft. „Die hat ihn gerettet, sonst wäre er nicht mehr da“. Er (sein Sohn) habe Suizidgedanken. Sie könne ihn noch halten… „Wir [mein Vater und ich] halten zusammen, wenn ich alleine wäre, wäre es schlimm“. (Mann, 45 Jahre, nicht erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

„In meinem persönlichen Umfeld gab es Freundinnen, die mich auf diesem Weg unterstützt haben… Ich konnte niemanden mehr ertragen ... ich wollte zu den Leuten zurück – zum Team zurück… Es gab rechte Unterstützung mit meinem Mann. Er hat versucht, mir zu helfen, hat mir Zeit gelassen, wenn es mir nicht gut ging, war hier, wenn ich ihn gebraucht habe ... er hat mich unterstützt, dass ich zurückgehen konnte.“ (Frau, 40 Jahre, erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

Einige Aussagen zeigen gleichzeitig auch auf, wo die Grenzen für die Unterstützung der Nächsten liegen, wo die soziale Umgebung den Zustand der Versicherten nicht mehr ganz nachvollziehen kann respektive, wo Versicherte auch auf Fachpersonen wie zum Beispiel die IV-Berater/innen angewiesen sind. Dies zum Beispiel auch dabei, die Versicherten zu ermutigen, dass sie ihr soziales Netz nicht vernachlässigen.

„Ich habe erwähnt, dass ich von Therapeuten, Ärzten und meinen Freunden und meiner Familie unterstützt wurde. Dies stimmt grösstenteils, jedoch hat es viele Momente gegeben, in welchen Freunde und Familie meiner Situation gegenüber ein gewisses Unverständnis gezeigt haben. Wie ich erzählt habe, kann man äusserlich meine Beschwerden nicht sehen, was mein Umfeld wahrscheinlich teilweise verunsicherte.“ (Frau, 35 Jahre, nicht erfolgreich integriert, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

„J'ai de bons contacts avec mes amis, ma maman, mon mari, ils me soutiennent beaucoup .... mais l'avis de gens qui m'aiment ne suffit pas, j'ai besoin du soutien de quelqu'un de neutre, qui connait le monde du travail ... si cette personne, ma conseillère en l'occurence, croit en moi, alors là, je me sens soutenue et plus en confiance. Je me sens un peu plus capable, et ai envie de me battre“. (Frau, 30 Jahre, Massnahmebeginn, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

„Mes amis, mon homme, ma famille, les soignants, et M X., mon conseiller AI. Lui, il était le fil rouge au niveau professionnel, qui poussotte, qui est soutenant et rassurant a la fois aussi“. (Frau, 35 Jahre, nicht erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

„Das eigentliche Aktivieren ... also ich habe mir mein Netz auch wieder aufbauen müssen. Aber jetzt denke ich, im Zusammenhang mit der Stellensuche, und wo ich mich auch wieder nach Aussen orientiere – wurde ich sehr explizit darauf aufmerksam gemacht, das [soziale] Netz zu aktivieren.“ (Frau, 55 Jahre, Massnahmebeginn, psychische Beeinträchtigung)

Die folgende Aussage macht darauf aufmerksam, dass die krankheitsbedingt veränderte Situation der Versicherten auch die soziale Umgebung vor die Aufgabe stellt, einen „Rollenwechsel“ vorzunehmen und sich auf die neuen Gegebenheiten einzustellen, zum Beispiel darauf, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, selbst einen Termin zu organisieren.

„Die Unterstützung war im persönlichen Umfeld von zu Hause ganz sicher von meinem Partner auf der einen Seite und auf der anderen Seite waren es Freundinnen, also meine Schwester. Vor allem diejenigen, die – wie soll ich sagen – aufgrund der Erschöpfungsdepression war ich natürlich verschwunden. Die, die selber nachgefragt haben, geschaut haben. Ich bin zum Beispiel [zu nichts] fähig gewesen. Ich konnte mit niemandem abmachen. Ich war überfordert, einen Termin abzumachen ... Früher war es immer mein Partner, weil ich so wenig Zeit hatte, habe ich immer das gemacht und eigentlich bestimmt und irgendetwas. Diejenigen, die dort den Rollenwechsel gemacht haben, die haben geschaut, dass ich in Kontakt bleibe“. (Frau, 55 Jahre, Massnahmebeginn, psychische Beeinträchtigung)

6.4 Ressourcen für ein ausgeglichenes Befinden

Die IV-Versicherten geben viele Umstände an, die ihnen helfen, sich abgesehen von Behandlungsmassnahmen ausgeglichen zu fühlen (Tabelle 16). Erfolgreich Integrierte berichten dabei häufiger, dass es ihnen hilft, eine ‚normale‘ Arbeit zu haben (67% versus 47% bei den nicht Integrierten), dass ihnen die eigene Familie hilft (87% versus 71%), Sport oder körperliche Aktivität (54% versus 42%), das soziale Umfeld (70% versus 56%), ein Hobby (73% versus 62%) und eine gute Wohnsituation (83% versus 74%). Im zeitlichen Verlauf verändert sich diesbezüglich wenig abgesehen von einem höheren Anteil an Personen, die hier eine ‚normale‘ Arbeit als sehr hilfreich nennen (69% der Absolventen versus 55% der Beginner) – weil im Verlauf der Anteil der Erwerbstätigen zunimmt.

Insgesamt am hilfreichsten für eine ausgeglichene Befindlichkeit sind die eigene Familie, eine gute Wohnsituation und eine gewisse finanzielle Sicherheit. Hinsichtlich Letzterem unterscheiden sich die Gruppen nicht voneinander. Hierbei ist zu beachten, dass durchaus auch andere Dinge wie ein soziales Engagement (zum Beispiel Freiwilligenarbeit), eine geschützte Arbeit oder eine Selbsthilfegruppe sehr hilfreich erlebt werden können. Diese Aktivitäten kommen jedoch weniger häufig vor.

6.5 Leiden unter sozialen Reaktionen

Schliesslich zeigen die Antworten auf die Frage, worunter die Befragten „leiden“ (Tabelle 17), dass die Krankheitssymptome und die krankheitsbedingten beruflichen Einschränkungen (inklusive der Umstand, die beruflichen Potentiale nicht voll umsetzen zu können) mit einem Anteil von je rund 60% die beiden häufigsten Leiden sind – in beiden Teilstudien.

Tabelle 17: Krankheitsbedingtes und soziales Leiden der IV-Versicherten

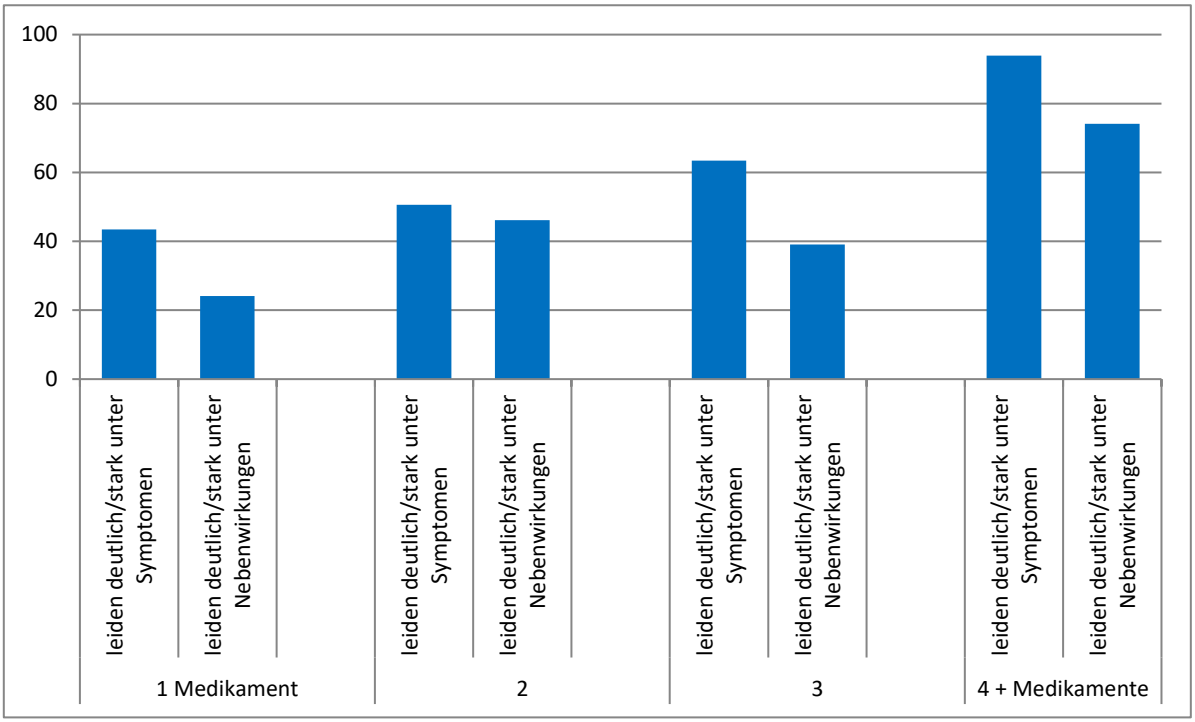
	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	**Erfolg**	**Gesamt**	**Nachher**	**Vorher**	**Gesamt**
Leiden *deutlich* oder *sehr stark* unter…N=401-359 / 406-372						
Symptomen	65.5	44.3	58.7	48.7	66.1	57.7
beruflichen Einschränkungen	65.4	39.3	56.2	47.0	64.5	56.2
Distanzierung der Umgebung	36.4	19.9	31.4	24.5	34.5	29.6
Gefühl der Exklusion	47.8	19.6	39.2	34.1	44.6	39.5
„Missbrauch“-Diskussion	34.5	18.7	29.8	23.4	26.8	25.1
Geheimnisdruck	40.0	21.9	34.4	28.3	32.1	30.3
Unverständnis	46.8	25.6	40.3	35.8	42.7	39.3
finanzielle Situation	49.6	28.4	43.2	33.7	41.3	37.5
Nebenwirkungen Medikamente	47.1	33.2	42.9	33.1	38.1	35.6

Dies gilt in erhöhtem Ausmass für die nicht erfolgreich eingegliederten Versicherten wie auch für die Personen zu Beginn des Eingliederungsprozesses. Aber es werden auch häufig weitere Umstände angegeben, unter denen die Versicherten leiden: Jeweils zwischen 30 bis über 40% leiden deutlich oder sehr stark unter den sozialen und finanziellen Folgen der Erkrankung: Unter einer schwierigen finanziellen Situation, dem Gefühl, mit dem eigenen Leiden nicht wahrgenommen zu werden („Unverständnis“), gesellschaftlich nicht „dazu zu gehören“, die Beeinträchtigung verstecken zu müssen oder unter der Distanzierung der Umgebung. Die Unterschiede zwischen den eingegliederten und nicht eingegliederten Versicherten sind erheblich – unter mehreren Umständen leiden die nicht Erfolgreichen rund zweimal so häufig.

Nicht zu unterschätzen ist auch das Leiden an Nebenwirkungen der Medikamente. Diese sind angesichts des häufigen Leidens an den Symptomen wohl sehr wichtig, aber gesamthaft rund 40% leiden deutlich bis sehr stark unter den Nebenwirkungen. Stellt man diese Resultate der Anzahl täglich eingenommener Medikamente gegenüber (Abbildung 33), so wird deutlich, dass mit zunehmender Anzahl täglicher Medikationen auch das Leiden an den Symptomen zunimmt (je schwerer krank desto mehr Medikamente) sowie auch das Leiden an den Nebenwirkungen (je mehr Medikamente desto häufiger kommt es zu Nebenwirkungen).

Hier offenbart sich ein gewisses Dilemma, dass schwerer erkrankte Personen mehr Medikamente benötigen, dies aber wiederum häufiger zu Nebenwirkungen führt – die dann schliesslich das Befinden und je nachdem auch die Arbeitsfähigkeit zusätzlich einschränken können. So leiden in der Gruppe der Personen mit täglicher Einnahme von mindestens 4 Medikamenten nahezu alle Personen deutlich bis sehr stark unter den Symptomen, aber rund 75% auch unter deutlichen bis sehr starken Nebenwirkungen.

Abbildung 33: Leiden unter Symptomen und Nebenwirkungen von Medikamenten nach Anzahl täglich eingenommener Medikamente (TS 1; N=401/359)

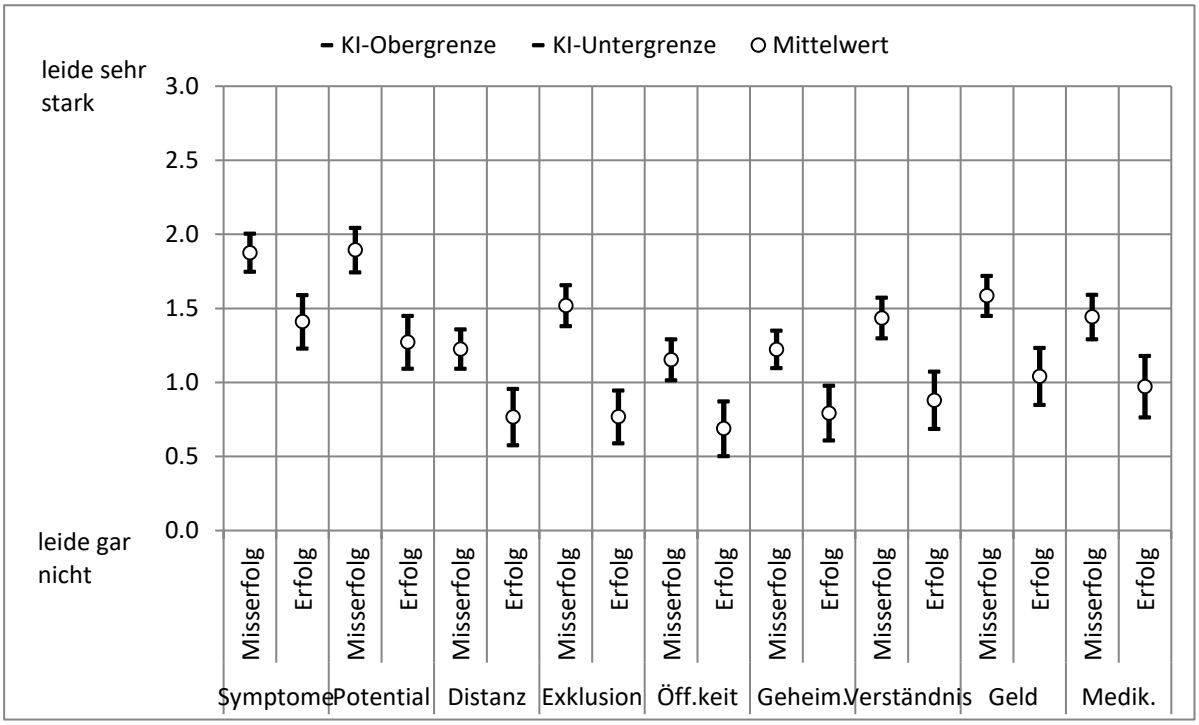


Die folgende Darstellung zeigt die Mittelwerte und Konfidenzintervalle für die verschiedenen ‚Bereiche des Leidens' (4-stufige Skala von überhaupt nicht bis sehr stark), unterteilt nach Eingliederungserfolg respektive Misserfolg (Abbildung 34). In sämtlichen Bereichen unterscheiden sich die Mittelwerte signifikant. Besonders gross sind die Unterschiede beim Leiden, die beruflichen Potentiale krankheitsbedingt nicht umsetzen zu können und beim Gefühl gesellschaftlich nicht dazu zu gehören.

Dieses Erleben hängt mit der Art und auch der Schwere der Funktionseinschränkungen zusammen: Versicherte mit wenigen Funktionsdefiziten sowie solche mit ausschliesslich somatischen Einschränkungen leiden in allen Bereichen deutlich weniger stark als Versicherte mit ausschliesslich psychischen oder sowohl psychischen wie somatischen Einschränkungen. Nach Geschlecht und Sprachregion unterscheiden sich diese Leiden nicht, aber es gibt spezifische Unterschiede nach Alter: Die jüngeren Versicherten leiden häufiger darunter, dass sie ihr berufliches Potential krankheitsbedingt nicht umsetzen können sowie unter Unverständnis der Umgebung. Hingegen leiden ältere Versicherte häufiger unter Nebenwirkungen der Medikamente sowie unter der öffentlichen Diskussionen über den „Missbrauch des Sozialsystems".

Im zeitlichen Verlauf nimmt der Anteil der Personen, die unter der Krankheit und ihren sozialen Folgen leiden, ebenfalls in sämtlichen Belangen ab und kommt den Werten bei den erfolgreich Eingegliederten recht nahe. Insgesamt scheint sich hier doch die grosse Bedeutung der gesundheitlichen Stabilisierung und der teilweisen beruflichen Integration für das gesamte Erleben der Befragten und vor allem für ihre erlebte Stellung in der Gesellschaft abzubilden.

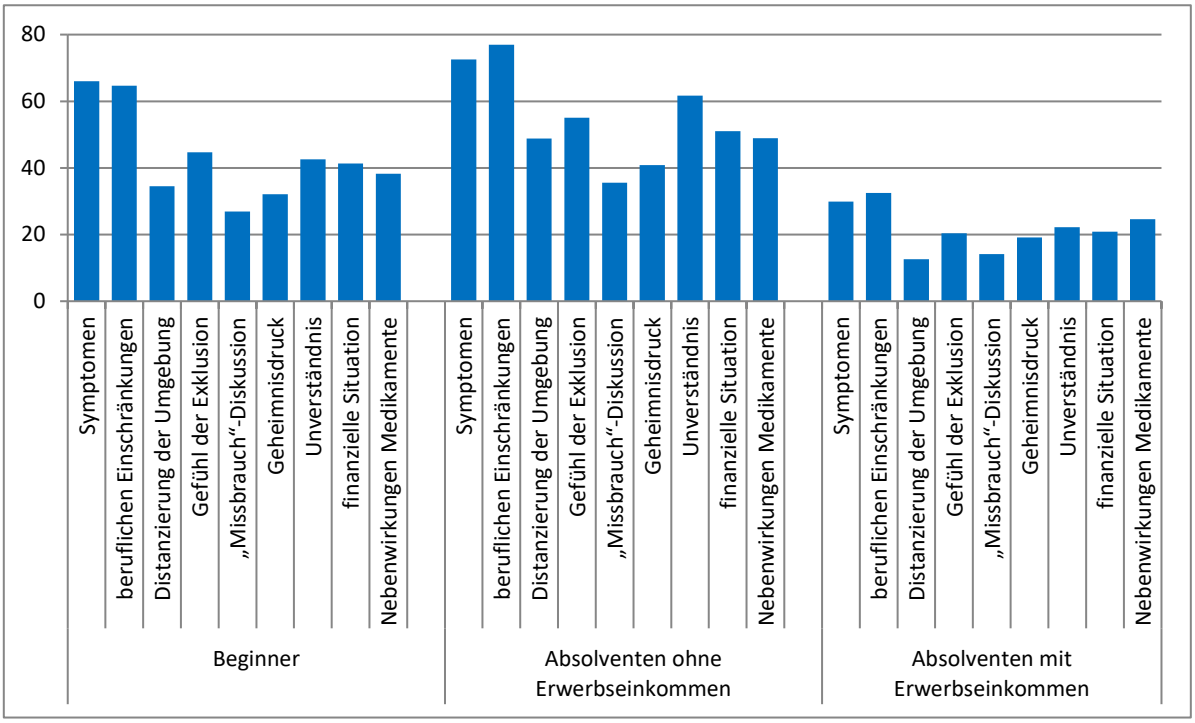
Abbildung 34: Krankheitsbedingtes und soziales Leiden – Mittelwerte und Konfidenzintervalle nach Eingliederungserfolg (TS 1)



Unterscheidet man im zeitlichen Verlauf die Massnahmenabsolventen wiederum je nachdem, ob sie zum Zeitpunkt der Befragung ein Erwerbseinkommen erzielen, sieht man die Unterschiede deutlich (Abbildung 35).

Der zeitliche Verlauf alleine führt nicht zu einer Reduktion des krankheitsbedingten und sozialen Leidens, vielmehr leiden die Massnahmenabsolventen ohne Erwerbseinkommen noch stärker als die Personen zu Beginn des Eingliederungsprozesses. Auf der anderen Seite leiden die Massnahmenabsolventen mit Erwerbseinkommen um einen Faktor 2-5 seltener an der Krankheit und ihren beruflichen und sozialen Folgen. Wiederum wird ersichtlich, dass eine fehlende Integration in den Arbeitsmarkt zusammenhängt mit vielen weiteren leidvollen Erfahrungen. Das ist nicht kausal zu verstehen, dennoch lässt sich zumindest festhalten, dass Versicherte ohne Erwerbseinkommen nicht nur viel häufiger an ihren Symptomen leiden (kränker sind), sondern auch in ihren sozialen Interaktionen und in Bezug auf ihre erlebte Stellung in der Gesellschaft viel häufiger leiden als Erwerbstätige.

Abbildung 35: Krankheitsbedingtes und ‚soziales' Leiden nach Verlauf und Erwerbseinkommen (Teilstudie 2; N=348-380)



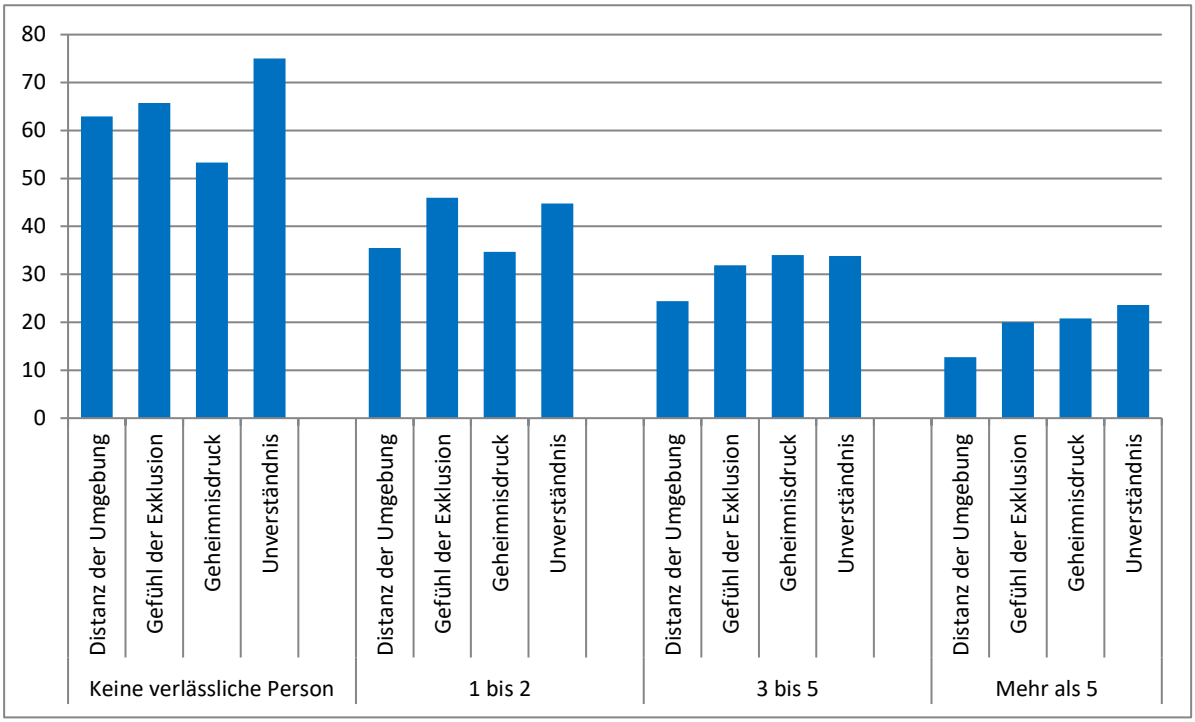
Das Leiden an den Reaktionen der sozialen Umgebung – Distanzierung, Exklusion, Geheimnisdruck und Unverständnis der Umgebung gegenüber der Krankheit/Behinderung – beschränkt sich nicht auf das Erleben, sondern zeigt sich auch in der Anzahl von Personen im privaten Umfeld, auf die sich die Versicherten „verlassen können, wenn sie ein ernstes persönliches Problem haben" (Abbildung 36).

Der Anteil der Versicherten, der deutlich bis sehr stark unter solchen sozialen Reaktionen leidet sinkt mit zunehmender Anzahl von vorhandenen Unterstützungspersonen im privaten Umfeld stetig. Versicherte, die keine einzige solche Unterstützungsperson haben, leiden in je rund 60% der Fälle unter negativen sozialen Reaktionen respektive haben das Gefühl, ihre Beeinträchtigung verstecken zu müssen. Bei Versicherten mit 1-2 Unterstützungspersonen betrifft dies gesamthaft je rund 40%, bei solchen mit 3-5 Personen je rund 30% und bei Versicherten mit mehr als 5 Unterstützungspersonen noch rund 20%. Vergleicht man im übrigen diese ‚sozialen' Leiden mit dem Vorhandensein einer Vertrauensperson, mit denen man „jederzeit über ganz persönliche Probleme reden" kann, zeigen sich dieselben Unterschiede (hier nicht gezeigt).

Ob die wahrgenommenen negativen Reaktionen der Umgebung zu einem sozialen Rückzug führen oder das Vorhandensein von mehreren Unterstützungspersonen ein Schutz ist vor häufigen negativen Reaktionen – oder ob Krankheit und Behinderung oder der Erwerbsstatus beides beeinflusst, bleibt hier offen. Man kann festhalten, dass es eine relativ kleine Gruppe von IV-Versicherten gibt (je nach Teilstudie rund 5-10% der Versicherten), die in ihrem privaten Umfeld keine einzige Unterstützungsperson haben und sehr häufig deutlich unter den sozialen Reaktionen leiden. Nimmt man die Personen mit 1-2 Unterstützungspersonen noch hinzu, die ebenfalls recht häufig Distanzierung, Exklusion und Unverständnis erleben, dann betrifft dies gesamthaft gegen die Hälfte aller hier befragten Versicherten.

Dennoch sind 3 von 4 Versicherten mit ihrer familiären und sozialen Situation eher oder sehr zufrieden (Tabelle 18).

Abbildung 36: Leiden unter sozialen Reaktionen nach Anzahl verlässlicher Personen im privaten Umfeld (TS 1; N=383-363)



6.6 Zufriedenheit mit der sozialen Lebenssituation

Die Zufriedenheit mit der familiären, sozialen und Wohnsituation zeigt keine grossen Unterschiede nach Erfolg oder zeitlichem Verlauf (Tabelle 18). Dies ist bemerkenswert, weil sich die verschiedenen Gruppen hinsichtlich dieser Parameter doch deutlich unterscheiden. Erfolgreich Eingegliederte haben eher einen Partner oder eine Partnerin und verfügen über ein grösseres und vertrauensvolleres soziales Netz – dennoch sind sie nicht viel zufriedener.

Die objektive Lebenssituation und die subjektive Zufriedenheit mit dieser Situation korrelieren nicht sehr stark. Es gibt verschiedene Mechanismen, die diesbezüglich eine Rolle spielen können wie zum Beispiel das Herunterschrauben der eigenen Erwartungen an die suboptimale Lebenssituation im Sinne eines Anpassungsprozesses, das Bedürfnis mit dem eigenen Leben zufrieden zu sein (weil man sonst etwas ändern müsste) etc.

Tabelle 18: Zufriedenheit mit der sozialen und Wohnsituation in Prozent

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	Erfolg	Gesamt	Nachher	Vorher	Gesamt
Zufriedenheit mit familiärer Situation N=410 / 393						
sehr/eher unzufrieden	26.1	20.4	24.1	18.5	27.8	23.3
eher/sehr zufrieden	73.9	79.6	75.9	81.5	72.2	76.7
Zufriedenheit mit sozialem Netz (Freunde) N=414 / 409						
sehr/eher unzufrieden	30.4	16.7	25.6	26.7	27.6	27.2
eher/sehr zufrieden	69.6	83.3	74.4	73.3	72.4	72.8
Zufriedenheit mit Wohnsituation N=419 / 407						
sehr/eher unzufrieden	21.7	16.6	20.0	15.6	16.3	15.9
eher/sehr zufrieden	78.3	83.4	80.0	84.4	83.7	84.1

6.7 Fazit

Zusammengefasst scheint rund die Hälfte bis zwei Drittel der Versicherten sozial relativ gut eingebettet zu sein: Rund die Hälfte hat 3 und mehr Personen im privaten Umfeld, auf die sie sich bei Problemen verlassen kann (instrumentelle Hilfen) und ebenso viele haben ihnen nahestehende Personen, mit denen sie auch über ganz persönliche Dinge sprechen können (emotionale Hilfen).

Allerdings unterscheiden sich die IV-Versicherten auch hinsichtlich ihrer sozialen Situation von der Allgemeinbevölkerung, was auch für die erfolgreich integrierten Versicherten gilt. Der Unterschied bei der sozialen Integration ist jedoch viel geringer als die oben gezeigten Unterschiede in Bezug auf Gesundheitszustand, psychische und körperliche Belastungen sowie Kontrollgefühl. Offensichtlich gelingt es doch recht vielen Versicherten, trotz teils schweren Belastungen ein (gewisses) soziales Netz aufrecht zu erhalten.

Wie häufig dies gelingt, hängt mit dem Ausmass der gesundheitlichen, vor allem der psychischen, Belastung zusammen wie auch mit dem Grad der Alltagsbeeinträchtigung. So können/konnten hinsichtlich Stellensuche zum Beispiel Versicherte mit geringen Alltagsbeeinträchtigungen deutlich häufiger auf konkrete Unterstützung aus der Herkunftsfamilie, der eigenen Familie, von engen Freunden, Nachbarn, früheren Arbeitskollegen und Vorgesetzten oder Kollegen aus dem Verein zurückgreifen als Versicherte mit starken Alltagseinschränkungen, die eine solche Unterstützung wohl besonders nötig hätten oder gehabt hätten.

Es gibt einige spezifische Personengruppen, die besonders häufig eine (emotional) nahestehende Vertrauensperson vermissen, so zum Beispiel Versicherte, die selbständig alleine wohnen, Alleinerziehende sowie junge Versicherte, die bei den Eltern wohnen. In Bezug auf die Art der Funktionsdefizite hängt vor allem das Vorhandensein von Ängsten, Antriebsmangel, kognitiven Einschränkungen sowie emotionaler Instabilität mit dem Vermissen von Vertrauenspersonen zusammen. Sind diese psychischen Einschränkungen nicht vorhanden, werden Vertrauenspersonen seltener vermisst.

Häufig werden Ressourcen angegeben, die der eigenen Ausgeglichenheit sehr dienen, vor allem die eigene Familie, eine gewisse finanzielle Sicherheit, eine gute Wohnsituation, eine ‚normale' Arbeit oder ein Hobby. Diese Ressourcen hängen aber wiederum relativ eng mit der beruflichen Integration zusammen: Erfolgreich integrierte Versicherte berichten deutlich häufiger über derartige Ressourcen als nicht Integrierte. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich – abgesehen von einer Zunahme der Personen, die eine ‚normale' Arbeit als Ressource erleben (was mit der Zunahme der Erwerbstätigen im zeitlichen Verlauf zusammenhängt) – gesamthaft gesehen keine Verbesserung dieser Ressourcen. Eine Verbesserung sieht man ausschliesslich bei denjenigen Versicherten, die im weiteren Verlauf erwerbstätig wurden.

IV-Versicherte leiden besonders häufig unter ihren Krankheitssymptomen und unter ihren krankheitsbedingten beruflichen Einschränkungen – aber nicht nur: Weitere wesentliche Belastungsbereiche sind das Erleben negativer sozialer Reaktionen (Distanzierung, Unverständnis), das Gefühl, die Beeinträchtigung verstecken zu müssen, das Gefühl gesellschaftlich nicht dazuzugehören, finanzielle Sorgen sowie Nebenwirkungen von Medikamenten. Bei Letzterem zeigt sich, dass Krankheitsschwere, Polypharmazie und Ausmass von Nebenwirkungen eng zusammenhängen, was darauf hindeutet, dass die Medikation zwar zentral, aber oft mit weiteren Einschränkungen verbunden ist.

Schliesslich korreliert der Erwerbsstatus stark mit allen Merkmalen der sozialen Situation der Versicherten sowie auch damit, wie sie ihre soziale Umgebung wahrnehmen und wie sie ihre eigene Stellung in der Gesellschaft erleben. Vereinfacht gesagt gibt es weniger soziale Integration und Zugehörigkeitsgefühl und mehr Leiden an negativen sozialen Reaktionen, wenn Versicherte nicht erwerbstätig sind. Das bedeutet, dass man nicht davon ausgehen kann, dass Versicherte, die nicht in den

Arbeitsmarkt integriert werden können, dies mit einer umso besseren sozialen Integration und einer vermehrten Pflege von Freundschaften etc. kompensieren können. Es ist jedoch bemerkenswert, dass es auch schwerer kranken und nicht erwerbstätigen Personen gar nicht so selten gelingt, Kontakte zu emotional wichtigen Vertrauenspersonen zu halten oder aufzubauen. Dies zeigt ihre Ressourcen auf der Beziehungsebene und wohl auch, dass solche Kontakte vielleicht gerade wegen des Fehlens von Arbeit von besonders grosser Wichtigkeit sind. Psychisch kranke Versicherte scheinen sozial etwas schlechter eingebettet zu sein, wobei die Unterschiede zu Versicherten mit somatischen Gebrechen nicht signifikant sind. Gesamthaft muss man schliesslich erwähnen, dass es eine kleine Gruppe von Personen gibt (rund 5-10%), die sehr allein und wohl auch sehr einsam sind und sich in der Gesellschaft nicht zugehörig fühlen.

7 IV-Eingliederungsmassnahmen

Im Folgenden werden Resultate dargestellt zu Art, Kosten und Wirkungen der IV-Eingliederungsmassnahmen, zu den Erfahrungen der Versicherten mit der zuständigen IV-Stelle und zu den Erwartungen der Versicherten zu Beginn des Eingliederungsprozesses. Zudem werden auch die Erfahrungen mit den Anbietern von Eingliederungsmassnahmen gezeigt inklusive Fragen zur Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure im Eingliederungsprozess (IV-Berater, Arzt, Arbeitgeber und Betreuer/innen in der Massnahme). Zudem werden Resultate zum Thema der Ergonomie dargestellt, das heisst zu den aus Sicht der Versicherten behinderungsbedingt nötigen Anpassungen am Arbeitsplatz. Und schliesslich werden Resultate zum Einsatz und zu den Erfahrungen mit allenfalls durch die IV auferlegten „Schadenminderungs- und Mitwirkungspflichten“ präsentiert.

7.1 Art der Eingliederungsmassnahmen

Die folgende Übersicht (Tabelle 19) zeigt Eckdaten (BSV-Registerdaten) zu den durchgeführten beruflichen Massnahmen, erstens anhand derjenigen Massnahmen mit der pro Person höchsten Rechnungssumme für alle beruflichen Massnahmen als Proxy für die wichtigste Massnahme (Beobachtungszeitraum: Alle Rechnungen bis 2014). Diese Kategorisierung schliesst allerdings vorwiegend IV-interne Massnahmen wie Berufsberatung, Arbeitsvermittlung oder Arbeitsversuche aus. Die zweite Variable zur „Massnahmengruppe BSV“ basiert ebenfalls auf den BSV-Registerdaten – es handelt sich dabei um eine Kategorisierung aus dem Monitoring der IV-Stellen.

Tabelle 19: IV-Massnahmen, Dauer, Erfolg und Kosten

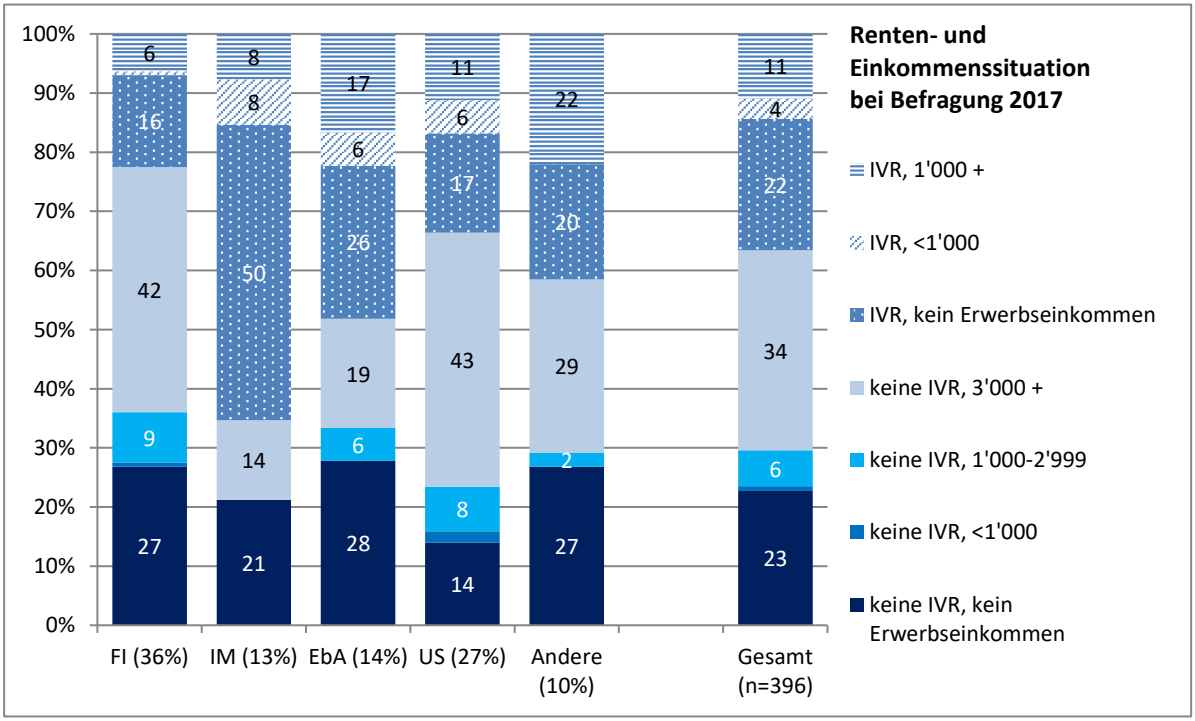
	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	Erfolg	Gesamt	Nachher	Vorher	Gesamt
Teuerste berufliche Massnahme N=464 / 214						
Erstmalige berufliche Ausbildung	15.3	8.3	13.0	9.6		9.6
Umschulung	21.6	23.7	22.3	11.4		11.4
Frühintervention	35.6	52.6	41.2	67.0		67.0
Integrationsmassnahme	14.9	8.1	12.6	6.5		6.5
übrige Berufliche Massnahmen	12.7	7.3	10.9	5.4		5.4
Massnahmegruppe BSV N=419 / 200						
Nur Frühintervention	32.5	48.3	37.7	60.1		60.1
Integrationsmassnahme (mit/ohne FI)	15.6	3.9	11.7	5.2		5.2
Erstmalige berufliche Ausbildung	16.2	9.6	14	14.9		14.9
Umschulung	24.4	31.6	26.7	13.3		13.3
Andere	11.4	6.6	9.8	6.5		6.5
Gesamtkosten für berufliche Massnahmen N=464 / 214						
Median CHF	11311	7640	10405	5958		5958
Mittelwert CHF	30757	18789	26828	25297		25297
Dauer in Tagen Median N=464 / 214						
Median	180	221	183	113		113
Mittelwert	463	454	460	348		348

Generell wurden ausschliessliche Frühinterventionsmassnahmen am häufigsten gesprochen, gefolgt von Umschulungsmassnahmen, erstmaliger beruflicher Ausbildung und Integrationsmassnahmen. Hinsichtlich Eingliederungserfolg sind bei den erfolgreich eingegliederten Versicherten ausschliessliche Frühinterventionsmassnahmen besonders häufig und (etwas weniger häufig) auch Umschulungsmassnahmen, was unter anderem mit der unterschiedlichen Klientel zusammenhängt: Frühintervention und Umschulung finden häufiger bei körperlich beeinträchtigten Versicherten statt, siehe Abbildung 38.

Integrationsmassnahmen und erstmalige berufliche Ausbildungen kommen demgegenüber häufiger bei nicht erfolgreich Eingegliederten vor. Dies ist insofern nicht erstaunlich als Frühinterventionsmassnahmen oft eingesetzt werden bei Versicherten, die noch über einen Arbeitsplatz verfügen, und wo es oft darum geht, frühzeitig und mit begrenztem Aufwand zum Stellenerhalt beizutragen. Ganz anders sieht es oft bei den niederschwelligen und längerdauernden Integrationsmassnahmen aus, die oft vor allem dazu dienen, die (krankheitsbedingt oft deutlich) reduzierte Belastbarkeit zu erhöhen, zum Beispiel mit dem Ziel, nach 3 Monaten eine 50%-Arbeitsfähigkeit aufzuweisen, damit ein Aufbautraining gestartet werden kann. Bei den erstmaligen beruflichen Ausbildungen wiederum handelt es sich häufig um jüngere Versicherte und entsprechend frühe Beeinträchtigungen – und jüngere Versicherte (unter 25 Jahren) zeigen in dieser Befragung ein vergleichsweise schlechtes berufliches Ergebnis. Dies veranschaulicht, wie unterschiedlich die Voraussetzungen bei den verschiedenen beruflichen Massnahmen sind.

Die Gegenüberstellung von erhaltener IV-Massnahme (BSV-Gruppierung) und der Renten- und Einkommenssituation bei Befragung im 2017 verdeutlicht diese Zusammenhänge (Abbildung 37). Befragte mit erhaltener Frühinterventionsmassnahme (FI) sind bei Befragung lediglich zu rund 20% IV-berentet (alle gemusterten Anteile betreffen Personen, die bei Befragung eine IV-Rente beziehen – mit oder ohne gleichzeitiges Teilerwerbseinkommen). Von den verbleibenden rund 80% dieser FI-Massnahmenempfänger/innen erzielen rund zwei Drittel ein (meist vergleichsweise hohes) Erwerbseinkommen, und ist ein Drittel ohne Erwerbseinkommen.

Abbildung 37: IV-Massnahme und Einkommenssituation 2017 (TS 1; n=396)



Hinsichtlich Rentenstatus und Erwerbseinkommen das ‚zweitbeste' Profil zeigen Umschulungsmassnahmen (US) mit einer Berentungsquote von rund einem Drittel der Befragten, einer ebenso hohen Erwerbsquote wie bei den Frühinterventionsmassnahmen und einem besonders tiefen Anteil von Personen, die aktuell weder eine Rente noch ein Erwerbseinkommen haben.

Ungünstigere Renten- und Einkommensprofile zeigen sich bei den früheren Bezüger/innen von Integrationsmassnahmen (IM) und der erstmaligen beruflichen Ausbildung (EbA): Die Mehrheit von ihnen ist heute berentet und zwar meistens ohne ein gleichzeitiges Erwerbseinkommen. Hinzu kommt, dass diese Befragten heute nicht selten zwar keine IV-Rente beziehen, aber auch kein Erwerbseinkommen erzielen. Lediglich 14% der Bezüger/innen von Integrationsmassnahmen und 25% der Bezüger/innen von erstmaligen beruflichen Ausbildungen sind bei Befragung nicht berentet und erwerbstätig.

Die unterschiedliche Verteilung der beruflichen Massnahmen nach Eingliederungserfolg respektive -misserfolg schlägt sich auch in den *Gesamtkosten der Massnahmen* nieder: Die Gesamtkosten für Massnahmen bei den nicht erfolgreich eingegliederten Versicherten betragen im Durchschnitt rund 31‘000 CHF gegenüber rund 19‘000 bei den Erfolgreichen – bei den Massnahmenabsolventen (und einem hohen Anteil mit ausschliesslich Frühinterventionsmassnahmen) sind es rund 25‘000. Dies weist darauf hin, dass IV-Massnahmen bei Versicherten mit eher guten Voraussetzungen (Arbeitsstelle noch vorhanden, Umschulungsbedarf bei vorhandener Arbeitsfähigkeit etc.) sowohl ‚erfolgreicher‘ wie auch günstiger sind. Dies bedeutet nicht, dass nicht in längerfristige und vergleichsweise kostspielige Massnahmen bei Versicherten in schwierigen Situationen investiert werden sollte, aber es verdeutlicht die Wichtigkeit von möglichst frühen Interventionen bei noch arbeitsplatz- oder ausbildungsnahen Versicherten.

Dass die Gesamtkosten bei den Absolventen der Teilstudie 2 zum Verlauf trotz häufigeren FI-Massnahmen höher liegen als bei den Erfolgreichen der Teilstudie 1 liegt am höheren Anteil von Personen mit einer erstmaligen beruflichen Ausbildung: Diese Massnahmen sind mit hohen Durchschnittskosten verbunden. Der Median (der mittlere Wert, der die Verteilung der Kosten besser zeigt und weniger anfällig ist auf Extremwerte) der Gesamtkosten ist allerdings bei den Massnahmenabsolventen mit knapp 6‘000 CHF am tiefsten, gefolgt von den erfolgreich Eingegliederten (7‘600) und den nicht Integrierten (11‘300).

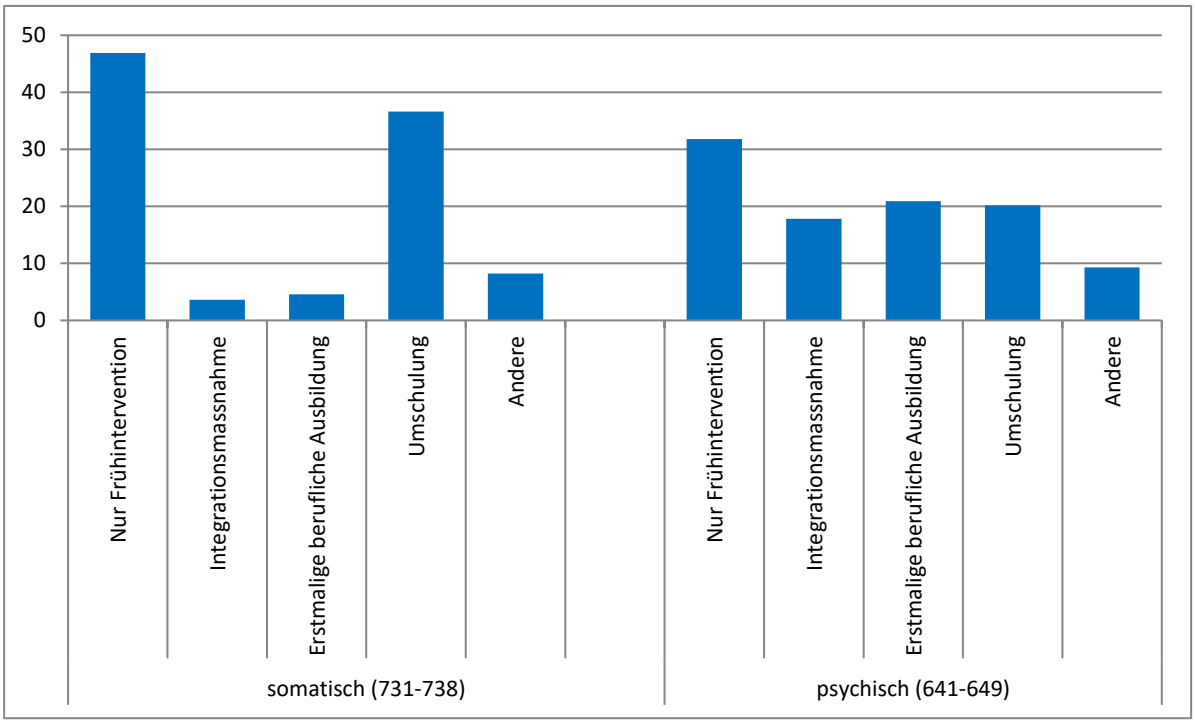
Bemerkenswerterweise ist schliesslich die durchschnittliche *Dauer der Eingliederungsunterstützung* (Dauer von der ersten bis zur – vorläufig, per Definition im 2014 – letzten Rechnungsstellung für die Massnahmen in Tagen) bei den Erfolgreichen etwa gleich lange wie bei den Erfolglosen (454 versus 463 Tage) – und die mittlere Dauer bei den Erfolgreichen sogar länger als bei den Erfolglosen (221 versus 180 Tage). Das heisst, die erfolgreich Eingegliederten haben zwar insgesamt kostengünstigere Massnahmen erhalten als die Erfolgslosen, diese aber über eine im Mittel längere Dauer.

7.2 Massnahmen und Art der Behinderung

Betrachtet man die Massnahmegruppen nach IV-Gebrechenscode (Abbildung 38) zeigt sich, dass bei Versicherten mit muskuloskelettalen Einschränkungen deutlich häufiger ausschliesslich Frühinterventionsmassnahmen sowie Umschulungen verfügt wurden, bei Versicherten mit psychischen Einschränkungen hingegen häufiger Integrationsmassnahmen und erstmalige berufliche Ausbildungen – zwei Massnahmegruppen, die bei muskuloskelettalen Beeinträchtigungen nahezu nicht vorkommen. Dies liegt zum einen am frühen Alter bei der Erstmanifestation psychischer Störungen inklusive häufigere vorzeitige Ausbildungsabbrüche (deswegen mehr erstmalige berufliche Ausbildungen bei psychisch Kranken und mehr Umschulungen bei Personen mit muskuloskelettalen Erkrankungen, die normalerweise erst lange nach der Erstausbildung erstmals erkranken) und zum zweiten an der expliziten

Ausrichtung der Integrationsmassnahmen auf psychisch kranke Personen mit zu Beginn noch fehlender Stabilität.

Abbildung 38: Massnahmegruppe* nach Gebrechensart (TS 1; N=452)



**BSV-Kategorisierung gemäss BSV-Monitoring*

Vergleicht man die Art der beruflichen Massnahme mit den von den Versicherten berichteten Wirkungen, unterscheiden sich einige Effekte signifikant nach Art der Massnahme (Abbildung 39).

Insgesamt am meisten Effekte werden von denjenigen Versicherten berichtet, die eine erstmalige berufliche Ausbildung absolviert haben: Jeweils rund 75% von ihnen berichten, dass die Massnahme dazu beigetragen hat, dass sie gelernt haben, trotz Problemen zu arbeiten, dass sich ihr Selbstvertrauen gesteigert hat und dass sie ihr Arbeitsverhalten verbessern konnten (Zuverlässigkeit, Disziplin etc.). Zudem hat man ihnen in knapp der Hälfte der Fälle aktiv bei der Stellenvermittlung geholfen. Dies ist auch insofern bedeutsam als diese Massnahmengruppe besonders kostspielig ist und oft nicht zum beruflichen Integrationserfolg führt, wie er hier definiert wurde. Dies mag damit zusammenhängen, dass solche erstmaligen Ausbildungen auch auf eine Tätigkeit in einem geschützten Rahmen vorbereiten sollen. Dennoch scheinen gerade diese Massnahmen besonders viel zu bewirken – vielleicht auch, weil die Versicherten noch besonders jung sind und es ihnen gerade an Selbstvertrauen, Disziplin und Bewältigungsstrategien mangelt. Ein ähnliches Profil zeigen die Umschulungsmassnahmen.

7.3 Aussagen der Versicherten

Eine wichtige Ressource im Eingliederungsverlauf ist gegebenenfalls die vorhandene Arbeitsstelle, die den ganzen Prozess sehr erleichtern kann – und entsprechend dankbar werden die IV-Hilfen zum Stellenerhalt wahrgenommen. Die Beispiele zeigen auch, wie wichtig eine vorhandene Arbeitsstelle als „Säule“ sein kann, wenn es einem gesundheitlich schlecht geht.

„Die vorhandene Arbeitsstelle war das wichtigste zum Gelingen der Rückkehr. So musste ich keine Angst vor der Arbeitslosigkeit haben“. (Frau, 40 Jahre, erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

„Dass die IV den Arbeitsplatzerhalt gemacht hat, da bin ich mega dankbar. Sonst hätte der Arbeitgeber eher gesagt – du mit deiner Geschichte mit der Erkrankung ist bei uns nicht möglich zu arbeiten… Die von der IV haben den Arbeitsplatzerhalt sehr gut unterstützt, indem sie gesagt haben, dass es kein Ausschlusskriterium ist, mit einer eigenen Erkrankung in der Klinik zu arbeiten. Ich hatte wirklich sehr gute Unterstützung. Der Arbeitgeber war dann etwas beruhigter“. (Frau, 45 Jahre, nicht erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

Das nächste Beispiel verdeutlicht zudem einen speziellen Aspekt, indem sich die Geschäftsleitung eines Betriebes gemeinsam dafür ausgesprochen hat, die versicherte Person behalten zu wollen. Mit einer solchen Sicherheit im Rücken werden die Eingliederungsbemühungen natürlich sehr unterstützt, vor allem auch deswegen, weil Angst vor Stellenverlust einer der wichtigsten psychischen Stressfaktoren darstellt.

„Die Arbeit ist während der ganzen Zeit nicht zusammengebrochen und ist eine Säule gewesen, das war extrem gut“. [Sie habe wieder gehen können und konnte wieder dort weitermachen, wo sie stehengeblieben war, obwohl sie ein Jahr nicht mehr im Büro war.] „Es ist eine Hilfe, weil ich noch immer dort arbeite … In der Geschäftsleitung sind 3 Leute. Die waren auch einmal dabei als sie über das weiter Vorgehen gesprochen haben. Die Geschäftsleitung hat meinen Chef unterstützt, dass ich bleiben darf“. (Frau, 30 Jahre, Massnahmebeginn, psychische Beeinträchtigung)

Auch Praktika können sehr hilfreich sein, wenn sie zum Beispiel die Erfahrung ermöglichen, dass man trotz der Beeinträchtigung Leistung bringen kann oder dass man von einem Arbeitgeber erfährt, dass er einen anstellen würde, wenn er einen Platz frei hätte etc. Umgekehrt kann es frustrieren, wenn mehrere Praktika nie zu einer unbefristeten Anstellung führen.

“Avec ma conseillère IPT, je me sens soutenue, elle croit en moi. Et les stages ont permis de clarifier ce qui me convenait (...) à X j'étais bien, souriante, motivée...tout le monde était satisfait...j'apprends vite. J'ai envie de travailler. Et là, j'étais contente et soulagée, parce que je travaillais vraiment. … Quand je postulais, on ne me donnait pas la chance de montrer ce que je savais faire, ça s'arrêtait là, parce que je n'avais pas de papiers. Et j'avais aussi peur de mes limitations, du fait que je ne pouvais pas soulever des trucs. Dès que je disais ça aux employeurs, ils me disaient que ça n'allait pas jouer...avec IPT, et ce stage à X, j'ai fait l'expérience que c'était possible, et qu’un employeur, une fois qu'il m'avait vu travailler, il était prêt à m'engager, si il avait de la place, même si je ne peux pas soulever les pack de boissons“. (Frau, 30 Jahre, Massnahmebeginn, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

Dass solche Praktika respektive Arbeitsversuche zwar häufig vorkommen, aber oft nicht zu einer Anstellung führen, und dass hier in Einzelfällen Fragen zur Ernsthaftigkeit der Arbeitgeber aufkommen, findet sich auch in Untersuchungen zur Erfahrung der IV-Stellen (Guggisberg et al., 2015).

“Les stages c’est bien joli mais après il n’y a rien qui se passe ! “ (Frau, 50 Jahre, nicht erfolgreich integriert, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

Generell können berufliche Massnahmen der IV (auch zum Beispiel Integrationsmassnahmen in geschützten Werkstätten etc.) als grosse Chance erlebt werden, dank Betreuung wieder in die Gesellschaft zurück zu kehren, weil man es sich alleine nicht mehr zutraut. Hinzu kommt, dass derartige, eher längerfristige Massnahmen auch dabei unterstützen können, die krankheitsbedingt veränderte Situation besser zu akzeptieren.

“C’est assez compliqué de se retrouver à ne pas pouvoir travailler ! [et au début elle vit son arrêt maladie comme un « échec ». Mais la relation avec sa psychologue et les mesures mises en place par l’AI lui permettent] “d’accepter la situation simplement, parce que ça s’était, je crois que à ce stade-là, avant d’aller là-bas c’était resté très caché, je pense qu’il y avait très peu de gens qui savaient ce qui m’arrivait, j’avais coupé les contacts extérieurs au maximum ! … Cette période a été très positive, je pense que c’est la meilleure chose que l’AI puisse faire, d’offrir ces mesures-

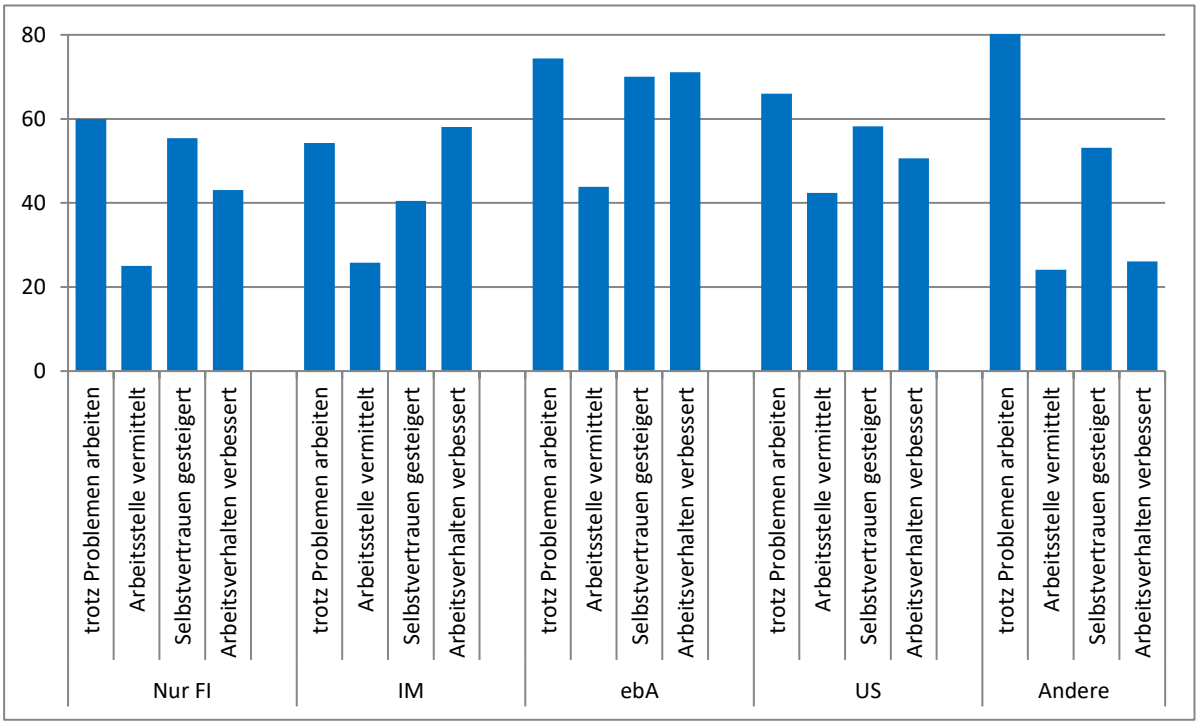
là, d'encadrer les personnes parce que sinon il n'y a absolument aucune chance de pouvoir reprendre ! " [Tous les ateliers auxquels elle a pu participer grâce à l'AI l'ont énormément aidée à sortir de sa situation.]

"Ca aussi a été une très grande chance de pouvoir faire ça parce que ça m'a permis de faire beaucoup de progrès sur différents plans mais social déjà, de pouvoir voir, reprendre un contact social ! Que la conseillère me propose aussi une réinsertion sociale, je pense que c'était essentiel et ça sans l'AI je l'aurais pas eu, je ne sais pas comment j'aurais passé ce cap ! " (Frau, 50 Jahre, Massnahmenabschluss, psychische Beeinträchtigung)

7.4 Wirkungen der Eingliederungsmassnahmen

Die Frühinterventions- und Integrationsmassnahmen unterscheiden sich von den anderen vor allem dadurch, dass sie selten zu einer Stellenvermittlung geführt haben (bei den Frühinterventionsmassnahmen war dies wohl auch oft gar nicht nötig, bei den Integrationsmassnahmen oft nicht möglich und auch nicht unbedingt zielkonform, da diese an sich auf weiterführende berufliche Massnahmen vorbereiten sollen). Einen besonders starken Effekt zeigen die „anderen" Massnahmen in Bezug auf die Bewältigungsfähigkeit („gelernt, trotz Problemen zu arbeiten"). Hier sind unter anderem der Arbeitsversuch oder die Arbeitsvermittlung oder die Berufsberatung subsummiert. Bei 4 von 5 Versicherten in diesen Massnahmen wird hier ein positiver Effekt berichtet. Ein relativ starker Effekt auf das verbesserte Arbeitsverhalten zeigt sich schliesslich bei den Integrationsmassnahmen, was angesichts der Ausrichtung dieser Massnahmenart auf die Grundarbeitsfähigkeiten eine Bestätigung deren Konzeption ist (Abbildung 39).

Abbildung 39: Wirkungen der IV-Massnahmen (Teilstudie 1; N=241-299)



Zusammengefasst kann man feststellen, dass a) die verschiedenen Massnahmenarten wegen der unterschiedlichen Voraussetzungen und der unterschiedlichen Klientel nicht alle gleich „erfolgreich" sind im Sinne der beruflichen Eingliederung und dass b) der subjektive Nutzen dieser Massnahmen aus Sicht der IV-Versicherten nicht gleich läuft wie der Integrationserfolg. Die erstmaligen beruflichen Ausbildungen oder die Integrationsmassnahmen führen eher selten zur Erwerbstätigkeit im ersten

Arbeitsmarkt. Dies ist auch nicht ihr prioritäres Ziel. Aber sie haben starke Effekte auf Bewältigungsverhalten, Arbeitsverhalten und das Selbstvertrauen der Teilnehmenden.

7.5 Erfahrungen mit der IV-Stelle

Wie die Erfahrungen mit der IV-Stelle erlebt wurden und wie auch generell der Moment der IV-Anmeldung, zeigt die folgende Übersicht (Tabelle 20).

60 bis 70% der Befragten wollten ursprünglich keine IV-Anmeldung vornehmen (oder waren dagegen, dass sie von jemandem gemeldet wurden) und rund 60% empfanden diesen Moment als ein „Scheitern“ in ihrem Leben. Das weist darauf hin, wie schwer es sein kann, sich einzugestehen, dass man Unterstützung von einer Behörde benötigt, dass man nicht mehr weiss wie weiter und dass die „IV“ möglicherweise immer noch als eine Art Endpunkt eines negativen Verlaufs angesehen wird. Diese Befindlichkeiten sind hinsichtlich Frühintervention von grosser Bedeutung: Das Eingeständnis, dass man ein „IV-Fall“ ist, mag schambehaftet sein und setzt voraus, dass man sich bewusst ist, dass man professionelle Hilfe braucht – beides braucht Zeit und läuft damit einer möglichst frühen Intervention entgegen.

Auf der anderen Seite sind dann die tatsächlichen Erfahrungen mit der IV-Stelle meist positiver Art: Jeweils rund 60% der Versicherten fühlten sich kompetent und engagiert beraten und berichten, dass ihnen die gute Beziehung zum IV-Berater bisher sehr viel geholfen habe. Jeweils ein Viertel bis ein Drittel der Befragten geben andererseits an, dass sie sich durch die IV unter Duck gesetzt gefühlt haben, mehreren Beraterwechseln ausgesetzt waren und sich überfordert sowie einer Behörde ausgeliefert gefühlt hätten.

Hinsichtlich Eingliederungserfolg bestehen Unterschiede: Erfolgreich Integrierte fühlten sich häufiger kompetent und engagiert beraten, empfanden die Beziehung zum IV-Berater häufiger als sehr hilfreich und berichten seltener über den Eindruck, sie seien unter Druck gesetzt worden, hätten viele Beraterwechsel gehabt oder sich eine Behörde ausgeliefert gefühlt. Dass die „Erfolgreichen“ weniger Beraterwechsel hatten, ist bemerkenswert, weil sie zwar andere Massnahmen hatten (mehr Frühintervention), aber in etwa gleich lange unterstützt wurden wie die nicht erfolgreich Integrierten.

Tabelle 20: Erfahrungen mit der IV-Stelle

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	**Erfolg**	**Gesamt**	**Nachher**	**Vorher**	**Gesamt**
Wie wurde IV-Erstkontakt respektive die IV-Stelle von den Versicherten erlebt? N=400 / 379						
War gegen IV-Anmeldung	66.7	68.7	67.4	77.2	63.0	69.9
Gefühl des Scheiterns	60.4	52.6	57.8	61.3	50.1	55.5
Kompetente Beratung	53.7	70.0	59.2	58.2	65.0	61.7
Grosses Engagement	55.8	70.2	60.6	58.2	61.2	59.7
IV setzt unter Druck	37.4	24.3	33.0	25.9	22.7	24.3
Beraterwechsel	32.4	22.7	29.2	34.5	15.9	25.0
Behörde ausgeliefert	46.5	32.4	41.9	36.3	34.7	35.5
Hilfreiche Beziehung	49.1	63.8	53.9	57.0	59.7	58.4

Im zeitlichen Verlauf zeigen sich ebenfalls einige Unterschiede: Beginner geben deutlich seltener an, sie seien gegen eine IV-Anmeldung gewesen oder hätten das Gefühl, gescheitert zu sein, als die Massnahmenabsolventen. Auch hier ist die Richtung der Interpretation unklar: Entweder die Absolventen erinnern den ersten Kontakt mit der IV eher negativ oder die Beginner wollen den aktuellen

Erstkontakt häufiger positiv bewerten. Dass die Beginner seltener einen häufigen Beraterwechsel angeben, erklärt sich mit ihrer bisher kurzen Dauer der IV-Unterstützung. Ansonsten unterscheidet sich die mehrheitlich positive Bewertung der IV-Unterstützung nicht im zeitlichen Verlauf.

7.6 Aussagen von Versicherten

Wenn die Versicherten im Interview von ihren Erfahrungen mit der IV sprechen, dann berichten sie häufig über die Beziehung zu ihrer IV-Beratungsperson. Die erlebte Qualität der Beziehung prägt die Erfahrungen der Versicherten sehr stark und ist aus ihrer Sicht oft entscheidend für den Erfolg. Als wichtig wird beispielsweise erlebt, dass der IV-Berater zuversichtlich ist hinsichtlich Arbeitsfähigkeit – auch wenn die Versicherten dies im Moment anders erleben – dass er versucht, einen beruflichen Weg zu finden, der auf den Versicherten zugeschnitten ist (statt nach Schema vorzugehen), dass er sich für den Versicherten interessiert und offen ist und dass er im Kontakt auch emotional spürbar ist und sich Zeit nimmt.

Im folgenden Beispiel war es zudem wesentlich, dass die Versicherte sich von ihrem IV-Berater in ihren beruflichen Potentialen wahrgenommen fühlte und ihr konkret geholfen hat, ein berufliches Ziel zu entwickeln.

> “J'ai repris confiance en moi, et ai pu m'envisager travaillant à nouveau, puis ai pu construire un nouveau projet professionnel grâce aux effets de ma relation à mon conseiller AI, aux Mesures qu'il a mise en place, et mon propre cheminement, personnel et avec mes médecins et mes amis. Mon conseiller AI a été déterminant, dans le sens qu'il a vu mon potentiel de réinsertion, y a cru, bien avant que je ne puisse l'entrevoir. Il m'a ensuite aidé à construire un projet professionel viable, en me canalisant un peu, et en me poussant d'autres fois” (Frau, 35 Jahre, nicht erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

Eine andere Versicherte erlebte verschiedene IV-Fachpersonen und unterscheidet die ‘Sozialarbeiter’, die sich für die versicherte Person interessieren und individuell vorgehen, von den ‘Sozialtechnikern’, die sich kaum für die versicherte Person interessieren, sondern sich an IV-Reglementen und Schemata orientieren.

> „Je distingue 2 types de conseillers AI: les travailleurs sociaux et les techniciens sociaux. Les travailleurs sociaux prennent peut-être plus de temps au début pour connaitre la personne, et sont peut-être moins efficaces au début, mais ils ont de meilleurs résultats en termes de réinsertion, sur le long terme. Les techniciens sociaux suivent à la lettre les procédures AI, mais il ne prêtent pas attention aux personnes, ils ne prennent pas le temps de connaitre vaiment la personne, et ils engendrent, en touts cas chez moi, méfiance...et mettent en place des Mesures de Réinsertion qui ne sont pas adaptées. En résumé, je dirais que les travailleurs sociaux essaient que la personne se retrouve sur SES rails, tandis que les techniciens sociaux essaient que la personne se retrouve sur DES rails, n'importe lesquels. S'il y avait plus de conseillers AI qui seraient des travailleurs sociaux, et non des techniciens, il y aurait de meilleurs réusltats aux Mesures de Réinsertion AI“ (Frau, 35 Jahre, nicht erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

Wichtig sind zudem Offenheit, Interesse und Engagement der IV-Berater/innen.

> „J’ai fait 3-4 entretiens d’évaluation avec elle, c’était une super conseillère, qui était très sympa, qui était très ouverte, qui avait vraiment envie de faire en sorte que je m’en sort… (…)…elle avait un grand intérêt pour ce dont je lui parlais et ma situation. Je n’étais pas juste une personne comme une autre mais j’avais vraiment l’impression que j’étais quelqu’un d’important et qu’elle faisait ce qu’elle pouvait pour, avec les moyens qu’elle avait, pour m’aider ! “ (Mann, 30 Jahre, Massnahmebeginn, psychische Beeinträchtigung)

Die beiden folgenden Beispiele verdeutlichen, wie stark von Versicherten erlebt werden kann, ob sich die IV-Berater/innen individuell auf die Situation einlassen und ob sie sich die nötige Zeit nehmen.

> „Die Diagnose Burnout ist ein Ablauf bei der IV, so kam es mir vor. Und dann kam ein Coach und fertig, das muss man einfach so machen, ohne zu schauen was eigentlich passiert ist und was man schon gemacht hat“.(Frau, 30 Jahre, Massnahmebeginn, psychische Beeinträchtigung)

„Die machen es gut, nehmen sich Zeit und sehen den Menschen“. Sie hat den Job Coach 1x in der Woche für ein Gespräch getroffen. (Frau, 40 Jahre, erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

Die folgenden Aussagen verdeutlichen eindrücklich, dass damit nicht lediglich „nett sein“ gemeint ist, sondern dass zunächst eine vertrauensvolle und respektvolle Beziehungsgrundlage geschaffen wird, wo die Versicherten gehört werden – dass es dann aber durchaus sein darf oder gar nötig sein kann aus Sicht der Versicherten, dass die IV-Berater auch mit einer gewissen Stringenz und Bestimmtheit darauf schauen, dass Besprochenes im Alltag umgesetzt wird.

„… Poursuite de la Détection précoce: rencontre avec conseiller AI, M X....une crème, une perle. Il m'a accueilli avec le coeur. Il n'y avait pas direct de solution, il a pris le temps de m'écouter, il m'a proposé un café, n'a pas commencé direct avec des tests ou quoi. Il faisait son travail, et même au delà de son travail, il a pris une heure et demie, la première fois, et à chaque fois, il prenait le temps. Il était posé, acceillant, il a regardé large, me laissait au début aller où je voulais dans la discussion, une direction souple. Il m'a laissé le temps, avait une écoute active d'exception. Il m'a accompagné, ou je voulais aller dans la discussion. Son but était que j'aille mieux … se sentir écoutée, c'est toujours un peu therapeutique, et puis ensuite, le truc thérapeutique, c'était de repartir de chez lui avec des perspectives, mais des perspectives qui venaient initialement de moi, et qui tenaient la route grace à lui, grâce à ses connaissances et ses compétences en termes de réinsertion profesionnelle. Il a réussi à faire celà en plusieurs temps: d'abord d'écoute active et connaissance de la personne pour que s'établisse une relation de respect, de confiance, puis, plus tard, il m'a aidé à me poser la question de ce que je pouvais faire comme travail, quelles étaient mes forces, mes faiblesses, mes rêves. Au début c'était surtout de voir ce que j'étais capable, parce que je n'arrivais même pas à penser en termes de rêves. Et puis ensuite il a mis en place des mesures, tout en restant le „fil rouge“. ...il a peu a peu resserré les mailles, c'était parfois difficile pour moi, je l'appelais parfois pour lui dire que ça n'allait pas du tout, que ça n'allait pas aller...mais il savait se montrer ferme sur certains points, et me rassurer en me disant que si ça ne jouait pas dans quelques temps, OK pour arréter....et au final ça passait. Dans ces situations, il arrivait à me faire comprendre que c'était pour m'aider et me faire progresser, il restait bienveillant et rassurant...il était flexible quand il fallait, mais cadrant quand nécessaire. Un vrai bon Papa“. (Frau, 35 Jahre, nicht erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

« Je savais aussi qu'il était capable, si besoin, de garder les choses pour lui et de ne pas tout transmettre. Qu'il était la pour m'aider, et qu'il ne se retournerait jamais contre moi. Et il était pragmatique, bien plus que moi. Il m'a aidé à trouver une ligne, me rassembler. Il etait directif, mais avec respect et tact. Il connaissait le réseau de reinsertion, et m'a orienté vers les gens qui me conviendraient le mieux, en termes humains (et aussi prof, mais pas que...) …Je tiens au courant M X de mes avancées, je l'ai appelé env 5-6 fois depuis la fin de son mandat, juste comme ça. Et il était encore là pour moi. “ (Frau, 35 Jahre, nicht erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

Nicht unwesentlich ist zudem, dass eine gewisse Konstanz in der Beziehung vorhanden ist, es nicht zu mehreren Wechseln kommt.

Die IV-Beraterin konnte die Situation am Arbeitsplatz gut einschätzen und „sie hat mich relativ lange begleitet – bereits im 2014 als es begann und sie kennt mich relativ gut. Sie konnte recht gut sagen – was sind meine Ressourcen und was sind Punkte, die kritisch sind. Es war für mich ein wichtiger Faktor, dass die gleiche IV-Beraterin bei beiden Wiedereingliederung dabei war. Weil sie kannte mich, und wir haben bereits vor 3 Jahren einen Prozess miteinander gemacht. Dann musste ich nicht von vorne nochmals beginnen und habe mich super unterstützt gefühlt“. (Frau, 45 Jahre, nicht erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

Ein weiterer, etwas spezifischer aber wesentlicher Aspekt, der genannt wurde, ist der, dass die IV-Fachperson auch bei Gesprächen mit anderen Akteuren die Moderation – den „Lead“ – übernehmen sollte. Damit ist wohl gemeint, dass die IV-Fachperson für den Versicherten auch gegenüber anderen einstehen sollte, ihn nicht im Stich lassen darf.

„Die IV-Person hat beim Arbeitgeber vor Ort den Lead nicht übernommen und hat für mich als IV-Versicherten gefehlt“. (Mann, 45 Jahre, Massnahmebeginn, psychische Beeinträchtigung)

Abgesehen von der Beziehung zum IV-Berater wird auch die Art der beruflichen Massnahme als sehr wichtig angesehen. Diesbezüglich geht es nicht darum, dass gewisse Arten von Massnahmen a priori besser wären als andere, sondern darum, dass zu einem gegebenen Zeitpunkt die für den Versicherten *passende* Massnahme durchgeführt wird. Dies kann eine niederschwellige Integrationsmassnahme sein nach einem Klinikaufenthalt oder ein beruflicher Seitenwechsel, um Selbstvertrauen in einem berufsfremden Umfeld aufzubauen.

Sie habe 6 Monate ein Arbeitstraining erlebt und sei dort in eine Velowerkstatt zur Arbeit gegangen. „Das habe ich als für ganz wichtig erlebt. Es war ein Seitenwechsel in eine berufsfremde Richtung um Selbstwert aufzubauen“. (Frau, 55 Jahre, Massnahmebeginn, psychische Beeinträchtigung)

„Die Chance eine Integrationsmassnahme im geschützten Rahmen zu machen war ein Kernpunkt. Wieder Sicherheit und Selbstvertrauen finden war möglich. Nach einem Jahr Klinik war es wichtig, so zu starten. Das war für mich das allerwertvollste“. Ein weiterer Kernpunkt sei „mit der IV im Rücken das Praktikum auf dem ersten Arbeitsmarkt zu machen“. Die Firma muss nichts zahlen für die Person „und das ist gerade auch für mich als 40-jährige Umsteigerin die Chance zu zeigen, trotz der Krankheit will ich wieder arbeiten“. Es sei eine Chance, die man sonst auf dem Arbeitsmarkt nicht hat. (Frau, 40 Jahre, erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

Um eine solch passende Massnahme zu finden, braucht es zunächst eine fundierte Abklärung der Situation. Offensichtlich wird eine solche nicht immer vorgenommen, wie auch in weiteren Aussagen der Versicherten betont wird. Dies erleben sie generell als schwierig, das gilt auch für die Erfahrungen mit den Anbietern von Eingliederungsmassnahmen: Versicherte realisieren sehr genau, ob die Massnahme spezifisch auf ihre Defizite und Potentiale zugeschnitten ist – ob es das ist, was sie wirklich brauchen – oder ob es sich um ein Standardprogramm handelt, mit dem sie sich nicht verstanden fühlen.

„Unterstützung wäre eine berufliche Standortbestimmung gewesen, eine fundierte berufliche Standortbestimmung hätte geholfen den Prozess zu verkürzen, und Zeit und Geld zu sparen“. (Frau, 55 Jahre, Massnahmebeginn, psychische Beeinträchtigung)

Mehrmals wurden auch Praktika oder Arbeitsversuche erwähnt – sowohl als Chance wie auch als Frustration, weil die Einsätze jeweils befristet sind.

„Es hätte eine Stelle gebraucht, wo ich mich niederlassen kann. Nicht nur probieren zu schaffen (Praktikum), das war für mich der Killer. Es war immer ein Misserfolg, weil das Praktikum nicht zu einer Stelle führte“. (Frau, 50 Jahre, Massnahmenabschluss, psychische Beeinträchtigung)

Ein spezielles Thema ist schliesslich der Wunsch nach einer Umschulung respektive die oft grosse Enttäuschung, wenn eine solche nicht zugesprochen wird.

„Es war fast 100% PC-Arbeit mit relativ grossem Leistungsdruck als Grafikerin, das heisst viele Überstunden, wenig Pausen“. Aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen hat sie sich gedacht, dass sie sich umschulen lassen muss. „Die IV hat das aber anders gesehen, ich habe nie Unterstützung bekommen für das. Meine einzige Erwartung an die IV wäre gewesen, dass die IV mich unterstützt bei einer Umschulung… Die IV habe weder geholfen noch gehindert „ich habe mich schikaniert gefühlt, es war demütigend. Die Tatsache, dass die IV meine subjektiv wahrgenommenen Schmerzen sowie objektiv beurteilten Arztzeugnisse nicht ernst genommen hat, fällt mir schwer zu akzeptieren“. (Frau, 35 Jahre, nicht erfolgreich integriert, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

7.7 Hoffnungen und Befürchtungen der Massnahmebeginner

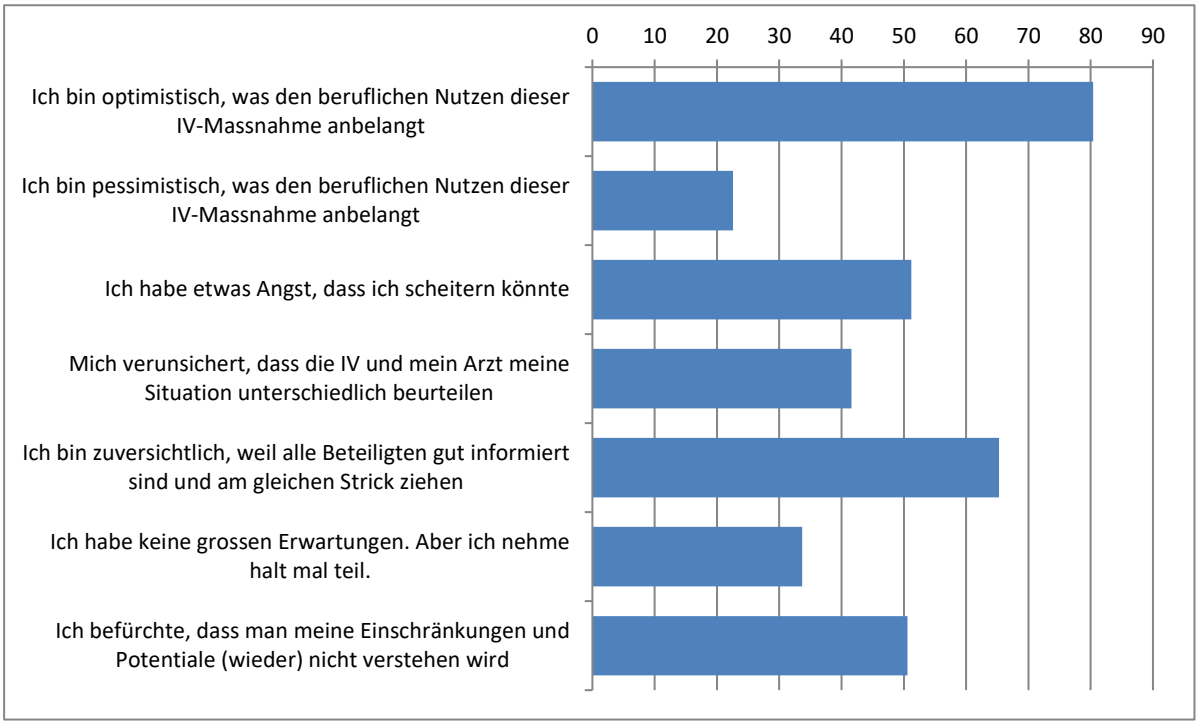
Die Massnahmebeginner wurden speziell zu ihren Erwartungen zu den bevorstehenden oder kürzlich begonnen IV-Massnahmen befragt (Abbildung 40). Die Ergebnisse zeigen, dass rund 80% der Versicherten zu Beginn des IV-Eingliederungsprozesses eher/ganz optimistisch sind, was den beruflichen Nutzen der Massnahme anbelangt (etwas mehr als 20% sind aber auch eher pessimistisch – Pessimismus und Optimismus schliessen sich nicht vollständig aus). Rund zwei Drittel sind insbesondere deshalb zuversichtlich, weil alle beteiligten Akteure (IV, Arzt, Arbeitgeber etc.) sich einig sind hinsichtlich Vorgehen („am gleichen Strick ziehen"). Dieser hohe Anteil ist bemerkenswert, weil zum einen doch häufig Einigkeit besteht über das weitere Vorgehen (und allenfalls auch über die prioritären Probleme) und weil zum zweiten dieser Umstand offensichtlich auch häufig als positives Zeichen gewertet wird. Die Versicherten registrieren, welche Haltung respektive Einschätzung die Akteure haben und ob diese übereinstimmen.

Auf der anderen Seite bestehen doch auch häufig Befürchtungen: Rund 40% der Befragten berichten, dass sie verunsichert sind, dass es Unterschiede in der Einschätzung zwischen ihrem behandelnden Arzt und der IV gibt. (Hinweise auf ähnliche Probleme ergaben sich auch in der Studie von Bolliger und Féraud, 2015). Dies ist ein weiterer Hinweis darauf, welche Bedeutung eine gemeinsame Situationsanalyse der beteiligten Akteure hat. Diskrepanzen in den Einschätzungen wirken offensichtlich verunsichernd.

Rund die Hälfte der Massnahmebeginner hat zudem Angst vor dem Scheitern im Integrationsprozess und ebenso viele befürchten, dass man ihre krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen wie auch ihre beruflichen Potentiale (wieder) nicht versteht. Hier besteht offenbar häufig die Angst, mit der eigenen Situation nicht wahrgenommen oder anders gesagt nicht voll gewürdigt zu werden. Das Resultat lässt auch vermuten, dass viele Versicherte die Erfahrung, als Person mit Einschränkungen und gleichzeitig Potentialen nicht gesehen zu werden, schon früher gemacht haben. Die Angst vor dem Scheitern in der beruflichen Massnahme kann wohl nicht hoch genug bewertet werden: Die meisten Versicherten erhoffen sich einiges von der IV (sind „optimistisch"), und gleichzeitig ist – wie alle hier vorliegenden Resultate und auch die Interviews zeigen – der berufliche Erfolg von sehr grosser Bedeutung für die Versicherten.

Entsprechend häufig und wohl auch stark ist die Angst zu scheitern. Zwei Drittel aller Massnahmebeginner berichten zumindest eine der aufgeführten Befürchtungen (Pessimismus, Scheitern, unterschiedliche Einschätzung Arzt/IV sowie Unverständnis). Dass Ängste in der Integration eine zentrale, aber meist unreflektierte Rolle spielen, ist bekannt. Erfahrungsgemäss werden sie im Integrationsprocedere aber noch zu selten explizit besprochen, und es werden entsprechend noch zu selten konkrete Massnahmen diskutiert, wie diese Ängste kompensiert werden können. Barrieren in der Integration werden häufig als fehlende Motivation wahrgenommen, was zum Teil sicher zutrifft. Aber womöglich noch häufiger wirken derartige Versagensängste im Hintergrund. Diese sind im übrigen bei Versicherten mit psychischen Störungen häufiger vorhanden als bei Versicherten mit muskuloskelettalen Erkrankungen (74% versus 57%). Bei somatisch kranken Versicherten ist hingegen die Befürchtung, mit den eigenen Einschränkungen und Potentialen nicht wahrgenommen zu werden, häufiger (74% versus 60%). Diese Befürchtung könnte allenfalls auch mit einschlägigen Erfahrungen in medizinischen Abklärungen (man findet keine organische Grundlage) respektive mit der öffentlichen und rechtlichen Diskussion über die Relevanz von ‚unklaren' Beschwerdebildern (Schmerzstörungen) zusammenhängen.

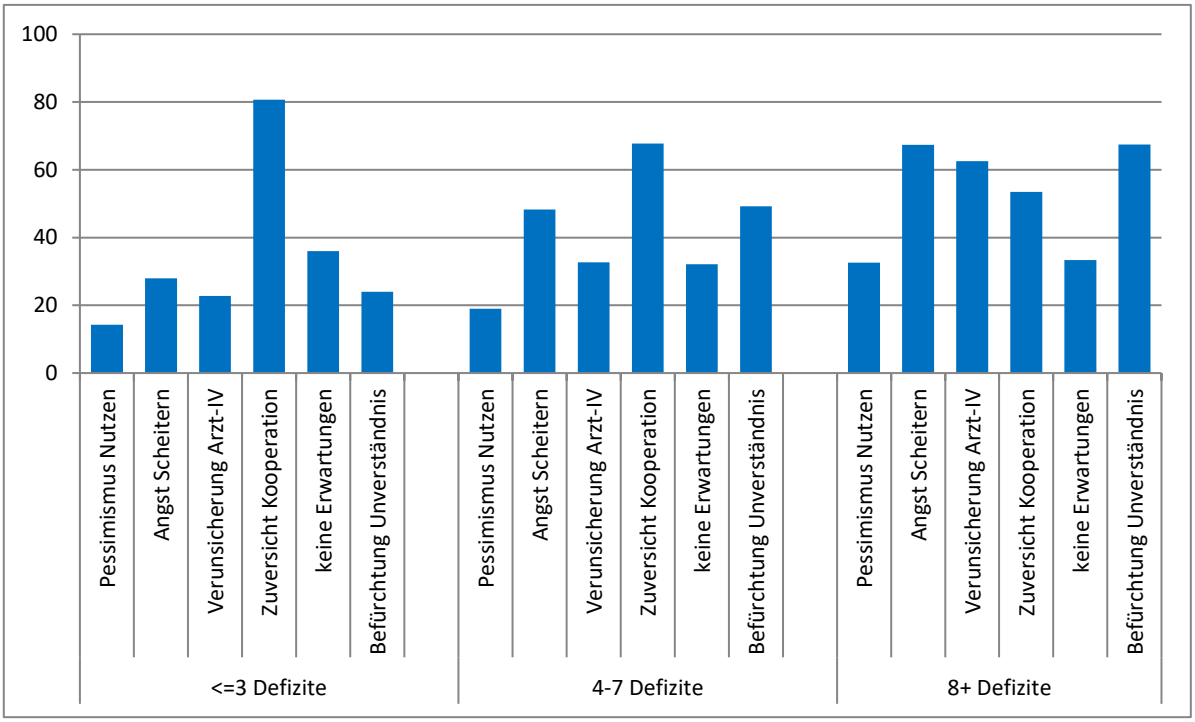
Abbildung 40: Erwartungen der Versicherten zu Beginn des Eingliederungsprozesses (N=114-142)



Die Erwartungen, Hoffnungen und Befürchtungen sind je nach Grad der Funktionseinschränkungen unterschiedlich ausgeprägt (Abbildung 41). Massnahmebeginner mit wenigen Funktionseinschränkungen sind meist zuversichtlich, was die Kooperation zwischen ihrem Arzt und der IV betrifft und relativ selten Angst zu scheitern (28%) oder mit ihren Einschränkungen nicht verstanden zu werden (24%). Diese Ängste nehmen mit zunehmendem Einschränkungsgrad deutlich zu: Bei den mittelgradig eingeschränkten Personen betreffen diese Ängste jeweils rund 50%, bei den stark eingeschränkten Personen sind es gegen 70%. Umgekehrt nimmt die Zuversicht in eine gute Kooperation der Beteiligten mit steigender Schwere der Einschränkungen ab von 80% über 70% auf rund 55%.

Hingegen unterscheidet sich der Anteil der Personen, die keine grossen Erwartungen haben, nicht nach Schwere der Beeinträchtigung. Diese Variable scheint eher mit einer Art ‚Haltung' zusammen zu hängen, so ist beispielsweise dieses „Ich nehme halt mal teil" in der lateinischen Schweiz häufiger anzutreffen (bei der Hälfte der Versicherten) als in der Deutschschweiz (bei einem Fünftel der Versicherten). In Bezug auf Befürchtungen und Pessimismus zeigen sich hingegen überhaupt keine Unterschiede nach Sprachregion.

Abbildung 41: Erwartungen und Befürchtungen nach Einschränkungsgrad (N=114-141)



7.8 Aussagen von Versicherten

Hoffnungen, Erwartungen und Enttäuschungen respektive Dankbarkeit werden von den Interviewten häufig angesprochen. Oft sind die Hoffnungen und Erwartungen bei der IV-Anmeldung sehr gross, und entsprechend auch die nachträgliche Dankbarkeit respektive die Enttäuschung.

Ein erhebliches Problem sind – dort, wo es dazu gekommen ist – die langen Wartezeiten auf Entscheide, Berichte, Massnahmen etc. Dies wird meist als gesundheitsschädigend erlebt.

„J'avais beaucoup d'espoir au début, mais tout cela m'a fait replonger, je me dis que je suis trop vieille pour cette société...je comprends que l'AI veut se préserver des gens qui feraient des abus, mais autant de doutes et de murs, autant de latence, 2 ans pour 2 expertises, on se sent de plus en plus malade, handicapé, on se dit qu'on ne peut rien faire, c'est un cercle vicieux. On nous met-dans la voie de la résignation“ (Frau, 55 Jahre, Massnahmenabschluss, psychische Beeinträchtigung)

Die Erwartungen gehen unter anderem dahin, die IV werde berufliche Möglichkeiten aufzeigen, die dem eigenen Potential entsprechen, für nötige Arbeitsplatzanpassungen sorgen oder eine berufliche Neuorientierung einleiten und bei der Stellensuche behilflich sein. Wichtig ist dabei auch, dass die IV einem die nötige Zeit lässt, um wieder Selbstvertrauen aufzubauen. Hier wird auch ein Unterschied zur Arbeitslosenhilfe gesehen.

„J'attends de l'AI qu'on puisse m'aiguiller professionnellement, avec temps (de reprendre confiance, de prendre la température du bain, c'est à dire de tester les pistes prof) et tact“ (Frau, 35 Jahre, nicht erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

„J'ai eu besoin de quelqu'un qui, à l'AI, voit mon potentiel, puis m'aide à construire un projet prof indivialisé à long terme... quitte à mettre un peu plus de temps et d'argent pour y arriver … ce qui n'est pas le cas du chômage“. (Frau, 35 Jahre, nicht erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

„Ce que j'attends de l'AI, c'est qu'on m'aide à trouver le bon projet professionnel, celui qui ne va pas péjorer ma santé. Si je n'écoute que moi, je prendrais n'importe quel emploi, juste pour en avoir un, même celui qui ne serait pas bon pour mon dos, quitte à devenir paralysée ensuite. Et puis j'attends aussi de l'AI qu'il me démontre que je suis capable de trouver un tel emploi“. (Frau, 30 Jahre, Massnahmebeginn, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

Die Aussagen lassen zudem spüren, wie frustrierend es sein kann, wenn aus Sicht der Versicherten die Erwartungen nicht eintreffen, vor allem weil sie teilweise auch verzweifelt sind, Angst haben vor dem Gang auf das Arbeitsamt oder die Sozialhilfe oder allgemein nicht mehr weiter wissen.

„Lorsque j'ai déposé ma demande, en 2016, j'avais beaucoup d'espoirs: que l'AI puisse améliorer mes conditions de travail, ou alors m'offre un bilan de compétences afin de m'aider à me réorienter. Et de manière plus générale, j'avais l'espoir d'être pris en considération, que des professionnels de l'insertion déterminent si je suis apte à travailler, avec mes troubles, et si oui, où....et aussi, que mes troubles psychiques soient reconnus, et qu'on trouve une solution pour que mon travail se passe bien. Après 9 mois, j'ai commencé à perdre espoir par rapport à l'AI. Je me dis, si déjà ils pouvaient juste m'aider à adapter mon poste de travail....mais est- ce que ce n'est pas déjà trop tard par rapport à ça? Parce que ça fait longtemps que je ne suis pas retourné travailler, ils ont déjà engagé quelqu'un pour me remplacer...et je vais moins bien... Alors quoi? Peut-être que mes espoirs sont justes qu'ils évaluent ma situation, et qu'ils prennent une décision. Et si ils peuvent me soutenir par rapport à un projet professionnel, ce serait bien.... que je sache où j'en suis...“ (Mann, 40 Jahre, erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

Im folgenden Beispiel dominiert die Enttäuschung über bisher erfolglose IV-Massnahmen.

„J'étais plutôt frustré, parce qu'après je me suis dit bon, si l'AI me donne un coup de main pour m'en sortir tant mieux, et puis finalement il n'y a eu rien du tout ! Tout ce qui a été fait au niveau de procédure de l'AI n'a servi à rien du tout ! M'a amené nulle part, donc oui c'est embêtant ! … Je n'ai rien pour m'aider“ (Mann, 30 Jahre, Massnahmebeginn, psychische Beeinträchtigung)

Und manchmal steht die Unsicherheit in Bezug auf die Zukunft im Vordergrund, beruflich wie auch finanziell. Und diese wird mit jeder erfolglosen Bewerbung grösser.

„J'ai de telles incertitudes par rapport à mon avenir, professionnel comme financier... ce n'est pas facile d'arriver à garder espoir, à se projeter....en même temps, c'est un moment de répit, un moment de calme où je ne suis pas en épuisement... alors je profite de ça, même si la perspective de ne pas avoir suffisamment de ressources, de revenu, c'est terrible. … La fissure s'agrandit à chaque coup reçu, à chaque déception....à la fin, tout part en miettes, c'est crainte… c'est toujours de la survie, du compte-goutte... ça repousse le problème, mais ne resoud rien. “ (Frau, 55 Jahre, Massnahmenabschluss, psychische Beeinträchtigung)

Hinzu kommt, dass die Hoffnungen auf eine Anstellung mit zunehmendem Alter schwinden können.

„Je suis aussi réaliste et des fois je me dis que j'irai pas trouvé parce que j'aurai 50 ans cette année, même si je ne les fais pas, même si je suis très dynamique et tout ça, au niveau des charges aussi pour les employeurs c'est pas… c'est compliqué ! … J'aimerais sortir du chômage, j'aimerais sortir de l'hospice générale, mon but c'est d'avoir un vrai travail, d'être indépendant et voilà de vivre pleinement ma vie ! “ (Frau, 50 Jahre, nicht erfolgreich integriert, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

7.9 Erfahrungen mit den durchgeführten Massnahmen

In der folgenden Übersicht (Tabelle 21) werden die Erfahrungen der Versicherten mit den durchgeführten Massnahmen präsentiert und die wahrgenommenen Wirkungen gezeigt.

Im zeitlichen Verlauf werden keine relevanten Unterschiede erkennbar bezüglich den Erfahrungen mit den durchgeführten Massnahmen – mit Ausnahme der Erfahrung, dass die Arbeitsproblematik präzise abgeklärt wurde. Hier berichten Beginner deutlich seltener positiv als Absolventen, was aber womöglich daran liegt, dass sie die Massnahme erst begonnen haben.

Einige Unterschiede zeigen sich hingegen nach Massnahmenerfolg, insbesondere berichten erfolgreich eingegliederte Versicherte deutlich häufiger, dass die Eingliederungsmassnahme spezifisch auf

ihr Arbeitsproblem ausgerichtet war und dass sie eine spezifische Förderung erfahren haben. Dies ist praktisch relevant, weil es beeinflussbar ist: Erfahrungsgemäss laufen heute noch viele Eingliederungsmassnahmen nach einem fixen Konzept ab und sind zu wenig auf den spezifischen Bedarf der erkrankten Versicherten fokussiert. Diese Problematik wurde hinsichtlich Abklärungspraxis der IV-Stellen auch in ener kürzlichen Untersuchung gefunden (Guggisberg et al., 2015). Die hier vorliegenden Daten weisen aber darauf hin, dass gerade die Erfahrung, „spezifisch" gefördert zu werden, von grosser Bedeutung ist – wie auch die oben gezeigte Befürchtung, als Individuum mit spezifischen Einschränkungen und Kompetenzen zu wenig wahrgenommen zu werden.

Die Wirkungen der beruflichen Massnahmen werden von den erfolgreich eingegliederten Versicherten erwartungsgemäss positiver beurteilt als von den nicht integrierten Personen. Sie berichten vor allem deutlich häufiger, dass die Massnahmen „voll und ganz" geholfen haben, ihren Arbeitsrhythmus, ihre Arbeitsfähigkeit trotz Problemen (Bewältigungsfähigkeit), ihr interaktionelles Verhalten, ihre Leistungsfähigkeit und ihr Arbeitspensum zu verbessern. Rund ein Drittel gibt an, dass die Massnahmen sich zudem förderlich auf ihren Gesundheitszustand ausgewirkt haben (gegenüber 17% bei den nicht Integrierten). Nimmt man auch noch diejenigen Personen hinzu, die jeweils angegeben haben, die Wirkung treffe „eher zu", dann hatten bei den nicht integrierten Personen jeweils zwischen 35-65% positive Wirkungen (bei den erfolgreich Integrierten jeweils zwischen 45-75% der Personen). Insgesamt geben demnach viele Versicherte an, von den Eingliederungsmassnahmen in mancher Hinsicht profitiert zu haben – auch diejenigen Personen, die schliesslich nicht erfolgreich integriert werden konnten.

Tabelle 21: Eingliederungsprocedere: Erfahrungen und Wirkungen

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	**Erfolg**	**Gesamt**	**Nachher**	**Vorher**	**Gesamt**
Eingliederungsmassnahmen – *"trifft voll zu"* N= 280 / 241						
Fachpersonen kompetent	33.4	38.6	35.1	44.6	40.8	42.8
Präzise Abklärung Problematik	33.2	36.1	34.2	42.2	28.1	35.5
Spezifische Förderung	19.2	26.7	21.7	20.0	17.6	18.8
Präzises Feedback	31.8	27.0	30.2	22.8	25.3	23.9
Spezifische Massnahme	20.9	**44.3**	29.0	24.6	24.3	24.5
Support bei Problemen	27.7	33.4	29.6	22.9	32.1	27.1
Anpassung Arbeitsplatz	22.5	23.7	22.9	22.8	20.3	21.6
Wirkung IV-Unterstützung – "trifft voll zu" N= 240 / 213						
Arbeitsrhythmus	25.9	41.2	31.0	26.9	31.3	28.9
Arbeitsfähigkeit trotz Problemen	23.1	37.0	27.8	18.2	23.0	20.3
Arbeitsvermittlung	16.3	26.0	19.6	14.0	22.1	17.6
Selbstvertrauen	22.8	23.5	23.0	14.1	15.8	14.9
Selbsteinschätzung	22.9	26.4	24.0	17.7	17.7	17.7
Sozialer Umgang	15.4	24.0	18.1	12.8	13.0	12.9
Leistungsfähigkeit	15.2	23.9	18.1	12.1	14.4	13.2
Arbeitspensum	12.1	29.2	17.4	14.3	16.1	15.2
Arbeitsverhalten	12.2	23.1	15.7	11.6	11.8	11.7
persönlich/sozial	15.9	16.2	16.0	12.8	16.0	14.3
gesundheitsfördernd	16.5	33.1	22.2	18.6	20.2	19.3
keinen Nutzen	23.0	9.0	18.3	16.1	17.3	16.6
gesundheitlich geschadet	13.6	5.7	10.7	9.0	5.8	7.6

So berichten zum Beispiel 52% der nicht Integrierten, dass die Massnahmen ihnen zwar nicht beruflich, aber persönlich und für ihre soziale Situation eher oder sehr geholfen haben. Die Hälfte der nicht Integrierten konnte zudem ihr Selbstvertrauen deutlich steigern, 64% lernten, sich selbst und ihre Fähigkeiten realistischer einzuschätzen und 44% konnten ihr interaktionelles Verhalten (sozialer Umgang) deutlich verbessern. Eingliederungsmassnahmen haben zwar letztlich meist die Eingliederung im ersten Arbeitsmarkt zum Ziel, aber ihre Wirkungen gehen oft darüber hinaus und betreffen die Person als Ganzes wie auch teilweise ihre soziale Integration.

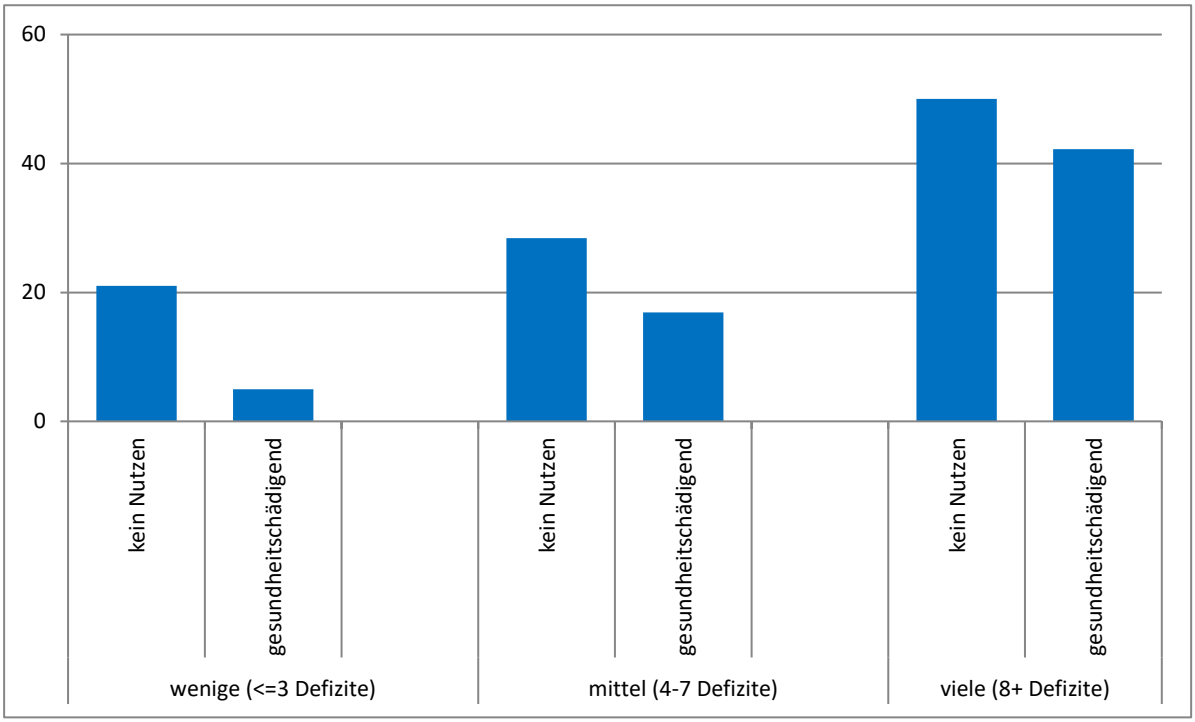
Während erfolgreich Integrierte besonders häufig eine positive Wirkung auf ihre Arbeitsfähigkeit erlebt haben (Arbeitsrhythmus, Arbeitsfähigkeit trotz Problemen, gesteigerte Leistungsfähigkeit und gesteigertes Arbeitspensum) sind es bei den nicht Integrierten häufig psychologische und interaktionelle Wirkungen (Selbstvertrauen, persönlicher Nutzen, Selbsteinschätzung, soziale Kompetenzen etc.).

Schliesslich wurden die Versicherten in beiden Teilstudien danach gefragt, ob es andere Personen oder Einrichtungen gab, die sie in der beruflichen Eingliederung unterstützt haben. Diese Frage wurde in beiden Teilstudien von jeweils rund einem Fünftel mit „Ja“ beantwortet. Relativ häufig handelt es sich dabei um Case Manager von Krankentaggeldversicherungen, um Berater/innen der Sozialhilfe, um Unterstützung durch die Pro Infirmis und eine Vielzahl von anderen, meist professionellen Personen.

7.10 Fehlende oder schädliche Wirkungen der Eingliederung

Schliesslich sind aber auch diejenigen Personen zu erwähnen, die von den Eingliederungsmassnahmen nicht profitieren konnten oder sogar eine schädigende Wirkung erlebt haben: 20% der beruflich Erfolgreichen und 40% der nicht Erfolgreichen geben an, dass sie keinen Nutzen aus diesen Massnahmen hatten („trifft eher/voll zu“). Und 10% der Erfolgreichen sowie 30% der nicht Erfolgreichen sagen, dass die Massnahmen ihnen gesundheitlich eher oder sehr geschadet hat. Auch hier macht der Schweregrad der Einschränkungen einen wichtigen Unterschied (Abbildung 42).

Abbildung 42: Keine respektive negative Wirkungen der Massnahmen nach Einschränkungsgrad (Teilstudie 1; N=296 / 279)



Der Anteil der Personen, die durch die Massnahme einen Gesundheitsschaden erlebt haben, verdreifacht sich etwa mit jeder Schweregradstufe von 5% bei den Personen mit wenigen Defiziten über 17% bei einer mittleren Anzahl bis auf 42% bei vielen Einschränkungen (die entsprechenden Werte für die Massnahmenabsolventen in Teilstudie 2 sind 5%, 18% und 33%). Auch der Anteil der Versicherten, die keinen Nutzen aus den Massnahmen ziehen konnten, steigt deutlich an mit zunehmendem Einschränkungsgrad. Hinsichtlich der Art der Symptomatik der Versicherten sind es vor allem solche mit „komorbiden" Belastungen – also mit sowohl psychisch wie somatisch hoher Belastung – die von den Massnahmen nicht profitieren oder gar einen Schaden daraus haben. Die Art der Erkrankung (IV-Kodierung psychisch versus muskuloskelettal) macht hingegen keinen Unterschied.

Auch wenn es sich hier um subjektive Angaben handelt machen diese Resultate darauf aufmerksam, dass berufliche Massnahmen bei schwer beeinträchtigten Personen mit Vorsicht anzugehen sind. Massnahmen können negative Effekte haben, vielleicht gerade weil sie so häufig mit vielen Erwartungen verbunden sind, weil sie zu Überforderung führen können und auch mit der Erfahrung des Scheiterns verbunden sein können. Bei relativ gesunden Versicherten führt das kaum je zu einer gesundheitlichen Schädigung, bei schwerer kranken Personen ist das hingegen nicht selten der Fall. Zu beachten ist auch, dass es sich bei der Gruppe der Versicherten mit 8 und mehr Funktionsdefiziten um einen Drittel der Befragten und somit um eine grosse Gruppe handelt.

Hier zeigt sich möglicherweise ein Dilemma, dem man in der Betreuung/Förderung schwer kranker und beeinträchtigter Menschen immer wieder begegnet: Unterlässt man Massnahmen, drohen Stillstand, Chronifizierung und Exklusion aus der Gesellschaft. Zielt man hingegen auf Veränderung und unternimmt Fördermassnahmen, so sind diese grundsätzlich zumindest zu Beginn auch mit einer gewissen Destabilisierung verbunden. Die vorliegenden Daten zeigen, dass die Häufigkeit gesundheitsschädigender Effekte unabhängig von der Art der Eingliederungsmassnahmen ist, es handelt sich hierbei um ein grundlegendes Phänomen.

7.11 Kooperation der Akteure in der Eingliederung

Im Folgenden (Tabelle 22) wird dargestellt, wie gut sich die Massnahmenempfänger/innen von den einzelnen Akteuren mit ihrer Problematik verstanden gefühlt haben und ob es jemals zu einem gemeinsamen Gespräch aller relevanten Akteure gekommen ist („Round-table").

Tabelle 22: Problemverständnis und Kooperation der beteiligten Akteure

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	**Erfolg**	**Gesamt**	**Nachher**	**Vorher**	**Gesamt**
Problemverständnis Akteure – "voll und ganz" N=385 / 265						
IV-Berater/in	28.3	38.1	31.6	31.9	36.2	34.1
behandelnder Arzt	56.5	56.6	56.5	56.4	63.2	59.9
Vorgesetzter	17.6	28.0	21.2	31.6	35.1	33.4
Betreuer/in in Massnahme	23.7	34.8	27.4	40.1	43.5	41.8
Round-table aller wichtigen Akteure N=412 / 409						
Nein	26.2	34.9	29.1	45.0	41.1	42.9
Nein – wäre hilfreich gewesen	14.5	9.8	13.0	11.3	9.5	10.4
Bisher nicht, ist aber geplant	0.3	2.2	0.9	1.2	2.4	1.8
Ja – das war eher hilfreich	37.0	44.4	39.4	28.2	35.7	32.1
Ja – das war eher nicht hilfreich	22.0	8.7	17.7	14.3	11.3	12.8

Aus Sicht der Befragten hat insgesamt rund ein Drittel der IV-Beratungspersonen voll und ganz „verstanden, wo ihre Arbeitsprobleme liegen und welche Unterstützung sie benötigen“. Ein solches volles Verständnis wird bei den behandelnden Ärzten von gegen 60% der Versicherten erlebt, bei den Vorgesetzten am Arbeitsplatz von je nach Teilstudie einem Fünftel bis einem Drittel der Befragten und bei den Betreuenden in der Massnahme von einem Viertel bis 40% der Befragten. Während sich diese Werte im zeitlichen Verlauf wie auch in Bezug auf die behandelnden Ärzte (generell häufiges Erleben eines vollen Verständnisses) kaum verändern, haben die erfolgreich integrierten Personen häufiger ein volles Verständnis für ihre Probleme und ihren Unterstützungsbedarf erfahren durch IV-Berater, Arzt, Vorgesetzten und Massnahmebetreuer als nicht Integrierte – der Unterschied liegt bei jeweils rund 10 Prozentpunkten. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass zum Teil noch mehr investiert werden sollte in eine präzise Problemanalyse aller Beteiligten. Insbesondere wäre hier die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten von zentraler Bedeutung, da sich die Versicherten von ihnen deutlich häufiger voll verstanden fühlen.

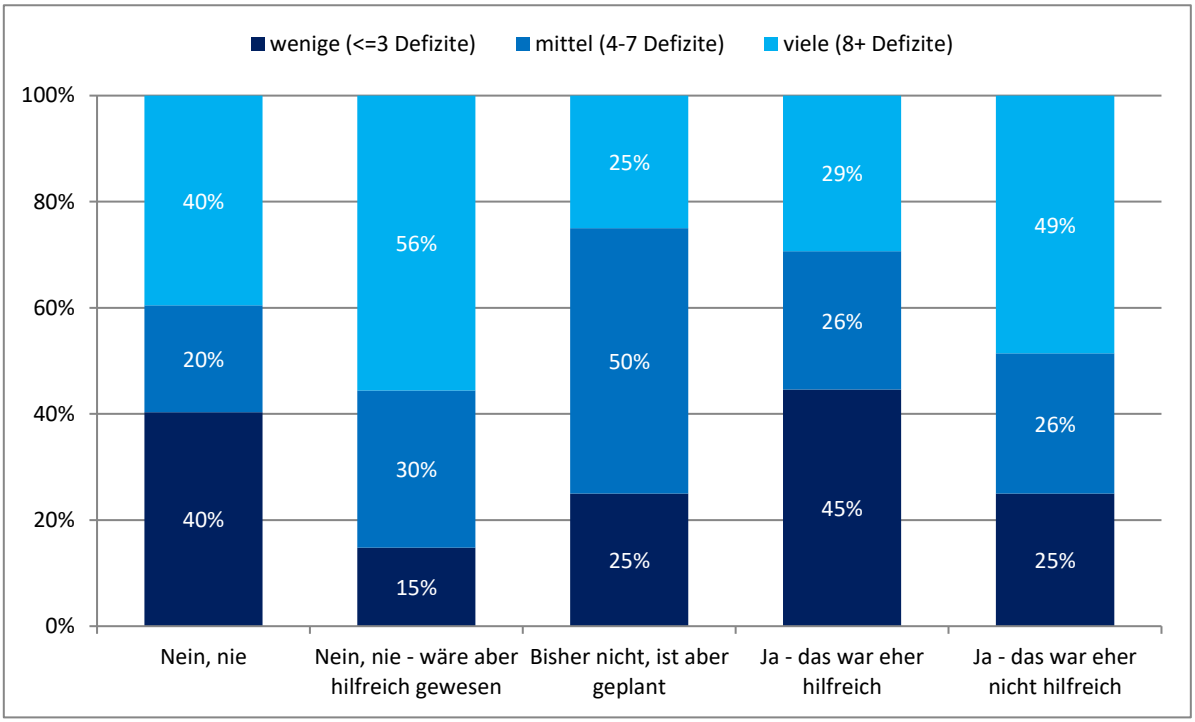
In rund der Hälfte aller Fälle ist es jemals im IV-Eingliederungsprocedere zu einem Gespräch aller wichtigen Akteure (IV-Berater, Arzt, Massnahmebetreuer, Arbeitgeber) gekommen, um eine gemeinsame Eingliederungsplanung vorzunehmen oder sich während der Eingliederungsmassnahme abzusprechen – beispielsweise bei auftauchenden Schwierigkeiten. In Bezug auf den Eingliederungserfolg zeigen sich im Detail gewisse Unterschiede: Bei den erfolgreich Integrierten kam es etwas häufiger zu keinem Gespräch, und es wird von diesen jedoch auch seltener angegeben, dass sie ein solches vermisst hätten. Wahrscheinlich handelt es sich hier vermehrt um Personen, bei denen ein solches Gespräch nicht so dringend war. Wenn es aber zu einem Gespräch kam, dann haben das die Erfolgreichen deutlich häufiger als hilfreich erlebt (in einem Verhältnis von 5 zu 1) als die nicht erfolgreich Integrierten (Verhältnis von 1.7 zu 1).

Wiederum lässt sich nichts über die Kausalität aussagen. Es zeigen sich jedoch Zusammenhänge mit der Schwere der Beeinträchtigung (Abbildung 43). Bei den Befragten, die es bedauern, dass es nie zu solch einem Gespräch gekommen ist, handelt es sich besonders häufig um schwer beeinträchtigte Personen und besonders selten um leicht beeinträchtigte. Bei den Personen, die nie ein Gespräch hatten, dies aber auch nicht vermisst haben, wie auch bei den Personen, die ein Gespräch hatten und dies hilfreich erlebten, handelt es sich häufig um leicht beeinträchtigte Personen. Und bei denjenigen schliesslich, die ein Gespräch hatten, dieses aber nicht als hilfreich erlebten, handelt es sich häufig um schwer beeinträchtigte Personen.

Zusammengefasst lassen sich folgende vereinfachte Folgerungen ableiten: Es gibt eine Gruppe von eher leicht beeinträchtigten Personen, die weniger auf solche gemeinsamen Gespräche der involvierten Akteure angewiesen sind (wahrscheinlich, weil sie die Vernetzung der verschiedenen Perspektiven und Informationen selbst leisten können und weil bei ihnen auch weniger Akteure involviert sind). Die andere Gruppe der eher leicht Beeinträchtigten hat solche Gespräche und findet sie hilfreich. Dann gibt es eine Gruppe der schwer Beeinträchtigten, die eher auf solche Gespräche angewiesen sind und es bedauern, wenn sie nicht stattfinden. Und schliesslich gibt es eine Gruppe schwer Beeinträchtigter, bei denen es zu Gesprächen kommt, die aber nicht hilfreich sind.

Insgesamt handelt es sich bei den Befragten, die keine Gespräche hatten und dies auch nicht vermisst haben, häufiger um Versicherte mit muskuloskelettalen Erkrankungen. Befragte, die berichten, dass es zu einem hilfreichen Gespräch gekommen ist, leiden häufiger unter psychischen Erkrankungen. Bei den anderen Gruppen zeigen sich keine Unterschiede nach Gebrechensart.

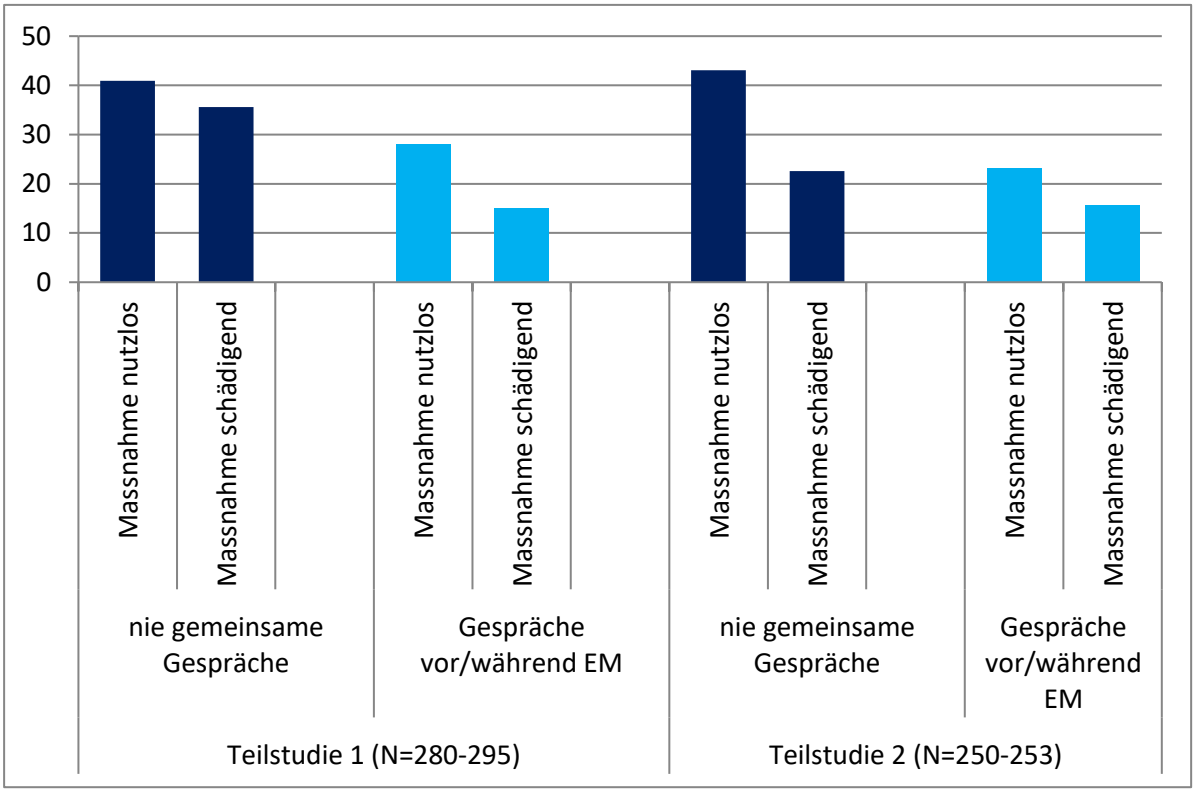
Abbildung 43: Zustandekommen und Nutzen von gemeinsamen Gesprächen nach Schwere der Beeinträchtigung (Teilstudie 1; N=406)



Schliesslich gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Zustandekommen solch gemeinsamer Eingliederungsgespräche und der Wirkungslosigkeit respektive der erlebten Gesundheitsschädigung durch die Massnahmen (Abbildung 44).

Die Daten in beiden Teilstudie zeigen, dass es in Eingliederungsverläufen ohne gemeinsames Gespräch häufiger zu fehlenden oder negativen Wirkungen der Eingliederungsmassnahmen kommt. Wenn es zu Gesprächen kam, berichten rund 15% der Befragten beider Teilstudien über negative Auswirkungen auf die Gesundheit während es bei fehlenden Gesprächen 36% (Teilstudie 1) respektive 23% (Teilstudie 2) sind. Beim Anteil der Befragten, die angeben, keinen Nutzen aus den Massnahmen gezogen zu haben, liegen die entsprechenden Unterschiede bei 13 respektive 20 Prozentpunkten.

Abbildung 44: Kooperation der beteiligten Akteure und Massnahmewirkung



7.12 Aussagen von Versicherten

Eingliederung spielt sich nicht nur in der Zusammenarbeit zwischen versicherter Person und IV-Berater ab, sondern in einem manchmal komplexen Feld mit anderen Akteuren wie Arbeitgeber, Behandlungspersonen, andere Behörden etc. Oft spielt eine gute Kooperation mit diesen weiteren Beteiligten eine wichtige Rolle. Im ersten Beispiel konnte zwischen IV, Arbeitgeber und Versichertem kein Kompromiss gefunden werden hinsichtlich der Rahmenbedingungen für den Wiedereinstieg.

„Au moment d'évaluer ma réinsertion thérapeutique avec l'AI, on m'a dit que je pouvais revenir mais que la reprise se faisait au même taux d'engagement, avec le même cahier des charges qui était gigantesque et ingérable, et en rattrapant l'année d'absence où je n'avais pas été remplacée ! … l'AI n'a pas de pouvoir, n'a pas de véritable bras de levier par rapport à un employeur malhonnête, ça je vois ça comme un problème parce que si vous voulez ce serait dans l'intérêt de toute la société qu'on puisse reprendre, moi je pense que si c'avait été possible ça m'aurait énormément aidé ! Quelque part je trouve que l'employeur s'en tire très très bien, parce que'n effet il n'y a aucune conséquence s'il n'est pas d'accord d'entrer en matière sur une réinsertion thérapeutique ! … L'AI elle se retrouve avec quelqu'un qui est malade du travail et avec une entité en face qui ne fait rien pour améliorer la situation, je trouve ça assez grave ! La société elle paye pour un disfonctionnement d'une entreprise ! ". (Frau, 50 Jahre, Massnahmenabschluss, psychische Beeinträchtigung)

Im zweiten Beispiel gab es aus Sicht der versicherten Person zu wenig Kooperation zwischen IV-Berater, Betreuern in der Massnahme und den Behandlungspersonen.

„J'ai vu le conseiller AI pour décider quelles mesures de réinsertion il m'octroyait. Mais je n'ai pas le souvenir de l'avoir vu durant ou après les mesures. On s'était vu avec les encadrants et lui avant, mais plus ensuite. Aucun de mes médecins n'est venu à de telles rencontres, avec eux tout se passait par rapports. " (Frau, 55 Jahre, Massnahmenabschluss, psychische Beeinträchtigung)

Ganz anders wurde die Unterstützung im dritten Beispiel erlebt, wo die versicherte Person den IV-Berater über die gesamte Dauer der Massnahmen hinweg – und sogar noch später – als Stütze erlebte.

„Quand je suis tombé à l'AI mon conseiller c'était quelqu'un d'exceptionnel aussi, parce que c'était un monsieur qui m'a soutenu, qui m'a aidé, qui a tout fait pour que je réussis et il était quelqu'un qui voulait vraiment qu'on arrive à s'en sortir et qui n'était pas là juste pour dire je suis là je vous envoie faire ça et si vous arrivez vous arrivez si vous n'y arrivez pas… non, non c'était quelqu'un qui était derrière, c'était quelqu'un que j'ai eu plusieurs rencontres parce que c'était quelqu'un qui m'a aidé beaucoup ! … J'ai continué à avoir des contacts, surtout téléphoniques, pour s'avoir comment ça allait, pas des contacts personnels mais surtout par téléphone il m'appelait assez souvent ! " (Mann, 40 Jahre, Massnahmebeginn, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

Im vierten Beispiel ergriff die Krankentaggeldversicherung die Initiative für ein gemeinsames Treffen mit IV und Arbeitgeber, aber die IV nahm nicht teil, weil die versicherte Person noch zu wenig stabil sei, und die Behandlungspersonen wurden erst gar nicht eingeladen. Dies mit dem Resultat, dass die versicherte Person völlig orientierungslos ist und passiv auf irgendeinen IV-Entscheid wartet.

„Au tout début, l'Assurance perte de gain avait proposé une rencontre entre l'AI, mon entreprise et eux, mais l'AI a refusé de se déplacer parce que je n'étais pas encore guéri. Mes médecins n'avaient pas été conviés à cette rencontre … depuis, je n'ai pas reçu de décision de l'AI, celà fait 15 mois que j'attends. On me dit qu'ils comptent sur mon assurance perte de gain, mais elle se termine d'ici quelques mois, et ensuite? Je dois m'inscrire au chômage? Je n'en sais rien...je ne suis pas capable de retrouver un emploi, je suis de plus en plus mal.... Ma vie entière est supendue à cette décision". (Mann, 40 Jahre, erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

Wie viel Sicherheit eine gute Kooperation geben kann, zeigt das folgende Beispiel.

„Das Interdisziplinäre, der Kontakt untereinander, der Kontakt mit mir, ich habe das alles als unterstützend erlebt. Ich weiss nicht, wie es gelungen ist, dass bei mir alles gelaufen ist. Ich bin sehr dankbar für das. Das ich nicht habe beweisen müssen, dass es das braucht. Das Interdisziplinäre in dem Sinn, dass die IV Kontakt aufnimmt mit den Therapeuten, mit dem Arbeitgeber. Das es wirklich ein Team ist, das hinter mir steht und den Weg mit mir geht. Es war immer ein Miteinander. Da habe ich wahrscheinlich irgendwie das ideale Team erwischt". (Frau, 45 Jahre, nicht erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

Und schliesslich kann es auch sein, wie das letzte Beispiel zeigt, dass trotz aller Anstrengungen und trotz guter Kooperation die versicherte Person immer noch auf Stellensuche ist.

„Ils m'ont beaucoup aidé, le chômage, mon assistant social, l'AI... mon assistant social m'a donné des cours, pour retrouver un emploi elle m'a envoyé à plusieurs endroits pour trouver un stage, un emploi ! Ils m'ont beaucoup aidé ! C'est pas la faute d'eux ça [le fait de ne pas avoir encore trouvé un emploi], c'est malchance ! C'est ma vie, c'est ma vie en fait qui m'a fait mal, c'est pas les organisations de l'état, c'est pas l'état ! " (Mann, 30 Jahre, nicht erfolgreich integriert, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

7.13 Berufliche Wirkungen der Massnahmen

Die Eingliederungsmassnahmen haben aus Sicht der Befragten konkrete berufliche Effekte (Tabelle 23).

In einem Viertel der Fälle (Teilstudie 1) respektive einem Drittel der Fälle (Teilstudie 2) haben die Massnahmen zum Erhalt der schon bestehenden Arbeitsstelle beigetragen („trifft eher/voll zu"). Und in derselben Grössenordnung haben sie dazu beigetragen, dass eine neue Stelle gefunden werden konnte (hier häufiger in Teilstudie 1 als in Teilstudie 2). Die Hälfte aller Befragten gibt an, dass die IV ihnen eine berufliche Ausbildung oder Umschulung finanziert hat. Und jeweils rund 28% geben an, dass sie dank der IV diese Ausbildung und Umschulung auch durchgehalten haben. Das bedeutet, dass etwas mehr als die Hälfte aller Befragten, denen eine Ausbildung oder Umschulung finanziert wurde, diese dank der IV auch erfolgreich absolviert hat.

Hier kann man sich fragen, ob der Betreuung während der IV-finanzierten Ausbildung/Umschulung immer genügend Gewicht beigemessen wurde. Es kann allerdings auch sein, dass die IV aus Sicht der Befragten zwar eine solche Massnahme finanziert hat, dass sie jedoch für die Absolvierung der Massnahme gar nicht so wichtig war, weil die Befragten das vor allem selbst geschafft haben.

Zusammengefasst berichten rund 63% in der Teilstudie 1 (und 66% in der Teilstudie 2), dass irgendeiner dieser vier Wirkungen „eher respektive eher/voll und ganz" zutrifft. Unterteilt nach Eingliederungserfolg zeigt sich, dass bei fast 85% der erfolgreich Integrierten eine dieser vier Wirkungen zutrifft – aber auch bei fast 55% der nicht erfolgreich Integrierten. Das heisst, es macht einen Unterschied, ob einer dieser beruflichen Effekte erreicht wurde, aber das bedeutet noch nicht, dass die Versicherten erfolgreich eingegliedert werden konnten: Entweder es gibt eine grosse Gruppe von Versicherten, die mit diesen Massnahmen im zweiten Arbeitsmarkt integriert wurden (was explizit ein mögliches Ziel dieser Massnahmen sein kann) und / oder es gibt viele Personen, bei denen die IV zwar temporär sehr zum Arbeitsplatzerhalt, zur Stellenvermittlung oder zur Absolvierung einer Ausbildung/Umschulung beigetragen hat, die jedoch etwas später nicht mehr erfolgreich integriert sind.

Tabelle 23: Berufliche Auswirkungen und Schadenminderungspflicht

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	Erfolg	Gesamt	Nachher	Vorher	Gesamt
Dank der IV … "trifft eher/voll zu" N=264 / 110						
Arbeitsplatzerhalt	11.0	51.1	25.2	35.3		35.3
Arbeitsvermittlung	23.3	46.3	30.2	25.0		25.0
Ausbildung/Umschulung ermöglicht	43.2	59.5	48.2	50.7		50.7
Ausbildung/Umschulung geschafft	26.2	32.8	28.2	28.6		28.6
Schadenminderungs-/Mitwirkungspflicht N=403 / 396						
Nein	87.8	94.0	89.9	96.8	96.3	96.6
Ja, eher/sehr geschadet	7.6	1.4	5.5	1.7	1.7	1.7
Ja, eher/sehr geholfen	4.5	4.7	4.6	1.4	2.0	1.7

Die Einkommenssituation bei Befragung zeigt Folgendes: Von denjenigen Versicherten, die angeben, dass die IV „voll und ganz" zu Stellenerhalt, Stellenvermittlung oder Ausbildung/Umschulung beigetragen hat, beziehen bei Befragung rund 75% ein Erwerbseinkommen, 60% Arbeitslosenhilfe und ein Drittel Sozialhilfe. Damit wird zum einen die Dynamik der Erwerbssituation von Personen mit psychischen und muskuloskelettalen Erkrankungen deutlich: Trotz deutlicher Effekte der Massnahmen kann die Situation ein, zwei oder drei Jahre später wieder ganz anders aussehen. Zum anderen weisen diese Resultate möglicherweise darauf hin, dass Eingliederungsmassnahmen zwar durchaus erfolgreich sein können – gerade auch aus Sicht der Versicherten – dass diese Erfolge aber nicht a priori mit Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt gleichzusetzen sind.

7.14 Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht

Weiter wurde auch danach gefragt, ob die IV den Versicherten eine „Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht" auferlegt hat. Damit sind Auflagen an die Versicherten gemeint wie zum Beispiel Abstinenz von Suchtmitteln, Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung etc. mit dem Zweck, den Massnahmenerfolg zu erhöhen respektive zu verhindern, dass ein beeinflussbarer negativer Faktor einen Eingliederungserfolg verhindert (Versicherte sind verpflichtet, selbst dazu beizutragen, dass der „Schaden" möglichst gering bleibt).

Rund 10% der Befragten in der Teilstudie 1 geben an, dass eine solche Auflage gemacht wurde, 12% der nicht erfolgreich Integrierten und 6% der erfolgreich Integrierten. Insgesamt wurde demnach eher selten von solchen Auflagen Gebrauch gemacht. Rund die Hälfte der betreffenden Personen berichtet nämlich, dass diese Auflage ihnen eher/sehr geholfen hat.

Dieses Resultat ist insofern bemerkenswert als es für die Versicherten erfahrungsgemäss zunächst oft nicht einfach ist, eine solche Auflage zu akzeptieren und umzusetzen. Und dennoch bilanzieren rund 50% der Betroffenen dies im Nachhinein als hilfreich. Dies ist zum einen eine Bestätigung für die Nützlichkeit dieses IV-Instruments (einige Versicherte können von einem gewissen ‚Druck' profitieren) und zum andern ein Hinweis darauf, dass das Instrument bei gewissen Versicherten auch als schädlich empfunden werden kann, indem es zum Beispiel Ängste und Abwehr auslöst.

Es handelt sich dabei nicht um ein vernachlässigbares Thema: Nicht wenige Krankheiten, Behinderungen und Persönlichkeiten sind mit reduzierter Krankheitseinsicht oder einem selbstschädigenden Verhalten verbunden, die den Eingliederungserfolg verhindern können. So gibt es einerseits viele Versicherte, die einsichtig, lösungsorientiert und kooperativ sind und andererseits solche, die sich mit solchen Auflagen vor den Kopf gestossen fühlen könnten. Es wäre nützlich, hier mehr über die Indikation und den Nutzen solcher Auflagen für verschiedene Gruppen von Versicherten zu wissen.

Die hier vorliegenden Daten zeigen jedenfalls, dass der Anteil der Versicherten, die diese Auflagen als schädlich bezeichnet, bei den nicht Integrierten deutlich grösser ist als bei den erfolgreich Integrierten (allerdings kleine Zahlen).

Es ist denkbar, dass die Häufigkeit von solchen Auflagen, die Schwere der Beeinträchtigung und der berufliche Misserfolg miteinander einhergehen. Die vorliegenden Daten zeigen jedenfalls, dass Versicherte, bei denen solche Auflagen nie gestellt wurden und solche, bei denen sie nützlich waren, weniger eingeschränkt sind als diejenigen Versicherten, bei denen solche Auflagen gemacht wurden und die subjektiv einen schädlichen Effekt hatten: Rund zwei Drittel der Versicherten, bei denen diese Auflagen aus ihrer Sicht geschadet haben, sind schwer beeinträchtigt, während dies bei Versicherten ohne Auflagen oder mit hilfreichen Auflagen nur auf einen Viertel bis einen Drittel zutrifft.

Zudem fällt auf, dass solche Auflagen fast ausschliesslich (in 80% der Fälle) bei Versicherten mit einem psychiatrischen IV-Code gemacht wurden. Die wenigen Versicherten mit muskuloskelettalen Erkrankungen, denen solche Auflagen gemacht wurden, bewerten diese fast ausschliesslich als schädlich.

7.15 Hilfreiche Arbeitsanpassungen

Schliesslich wurden die Versicherten auch dazu befragt, welche konkreten Arbeitsanpassungen ihnen helfen oder helfen würden, die Auswirkungen ihrer Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz wenigstens teilweise zu kompensieren – also „trotz gesundheitlicher Probleme (noch) besser ‚funktionieren' zu können" (Tabelle 24).

Insgesamt am häufigsten genannt wurden ein verringertes Arbeitspensum, flexible Arbeitszeiten und häufigere Kurzpausen. Die Aufteilung nach Eingliederungserfolg zeigt eher geringe Unterschiede, wobei die Bedarfe nach „mehr Zeit für Arbeitsaufgaben", nach „klaren Arbeitsanweisungen", nach „vermehrter Einzelarbeit" und nach Entlastung von „körperlicher Überforderung" häufiger von Befragten ohne Eingliederungserfolg genannt wurden. Dies hängt auch mit der Art und der Schwere der Einschränkungen zusammen: Verlangsamung, Perfektionismus (braucht mehr Zeit), kognitive Probleme (braucht klare Anweisungen), Konzentrations- oder interaktionelle Probleme (braucht mehr Einzelarbeit) etc. sind schwerwiegende Einschränkungen.

Im zeitlichen Verlauf zeigt sich ein deutlich abnehmender Unterstützungsbedarf bezüglich Kurzpausen, Einzelarbeit, Kundenkontakt, Komplexität der Tätigkeiten, Arbeitsanweisungen und Arbeitstempo. Dies ist auf dem Hintergrund der Reduktion der Einschränkungen im zeitlichen Verlauf nachvollziehbar (Abnahme der Funktionsdefizite wie auch der somatischen und psychischen Belastung und der Alltagseinschränkungen im Lebensbereich Arbeit). Keine Änderungen im Zeitverlauf zeigen sich hingegen im Bedarf nach ergonomischen Hilfsmitteln, Entlastung von körperlich strengen Arbeiten, Arbeitspensum, Flexibilität der Arbeitszeiten, Home Office und häufiges kurzes Feedback durch die Vorgesetzten.

Tabelle 24: (Potentiell) hilfreiche Arbeitsanpassungen

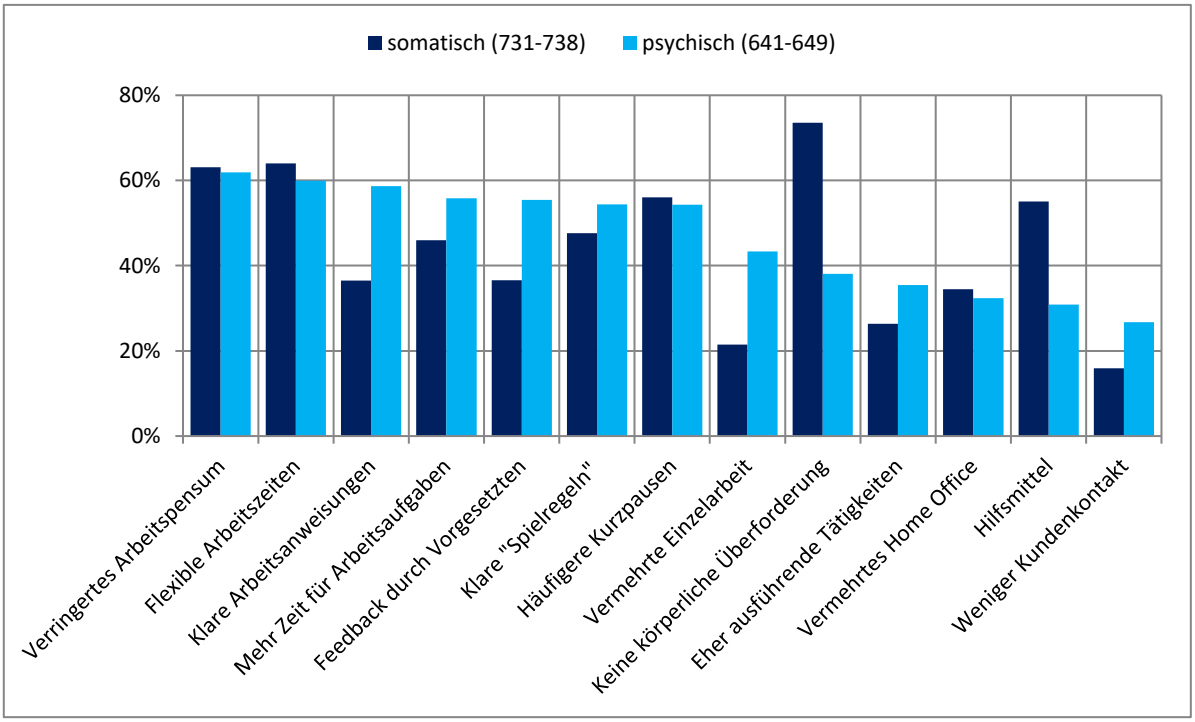
	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	Erfolg	Gesamt	Nachher	Vorher	Gesamt
Ergonomie "würde eher/sehr helfen" N=351 / 359						
Hilfsmittel	37.0	49.5	41.5	43.9	38.1	40.9
Keine körperliche Überforderung	55.6	46.5	52.4	50.0	48.2	49.1
Häufigere Kurzpausen	56.8	52.2	55.2	48.5	62.5	55.9
Verringertes Arbeitspensum	63.7	59.7	62.3	61.3	60.5	60.9
Flexible Arbeitszeiten	64.5	58.8	62.5	55.1	54.5	54.8
Vermehrtes Home Office	32.9	36.5	34.2	27.7	30.3	29.0
Vermehrte Einzelarbeit	38.4	26.8	34.4	23.6	36.9	30.6
Weniger Kundenkontakt	24.9	18.4	22.6	19.4	31.1	25.6
Eher ausführende Tätigkeiten	34.3	28.8	32.3	25.2	33.7	29.6
Klare Arbeitsanweisungen	53.5	44.9	50.5	40.3	54.1	47.6
Feedback durch Vorgesetzten	45.9	52.8	48.4	51.6	49.6	50.5
Klare "Spielregeln"	49.3	54.4	51.1	50.4	54.8	52.7
Mehr Zeit für Arbeitsaufgaben	56.2	44.1	52.0	37.6	54.9	46.8

Muskuloskelettale und psychische Erkrankungen unterscheiden sich in einigen Bedarfskategorien, dies gilt auch für die „Komorbidität“ (Abbildung 45). Während Schutz vor körperlicher Überforderung und Hilfsmittel naturgemäss relativ spezifisch sind für Versicherte mit muskuloskelettalen Erkrankungen, trifft dies bei Regulierung des Kundenkontaktes, vermehrter Einzelarbeit, klaren Arbeitsanweisungen und Feedback durch Vorgesetzten eher auf psychisch kranke Versicherte zu. Angepasste Arbeitspensen und Arbeitszeiten, ein grösseres Zeitbudget und häufigere Kurzpausen sind unabhängig von der Gebrechensart wichtige Kompensationsmöglichkeiten.

Die Aufschlüsselung nach komorbiden und nicht-komorbiden Belastungen (Abbildung 46) verdeutlicht erwartungsgemäss einen klar geringeren Anpassungsbedarf bei Versicherten mit sowohl körperlich wie psychisch eher geringer Belastung. Am höchsten ist der Unterstützungsbedarf insgesamt bei Versicherten mit komorbiden Belastungen und bei vorherrschenden psychischen Belastungen.

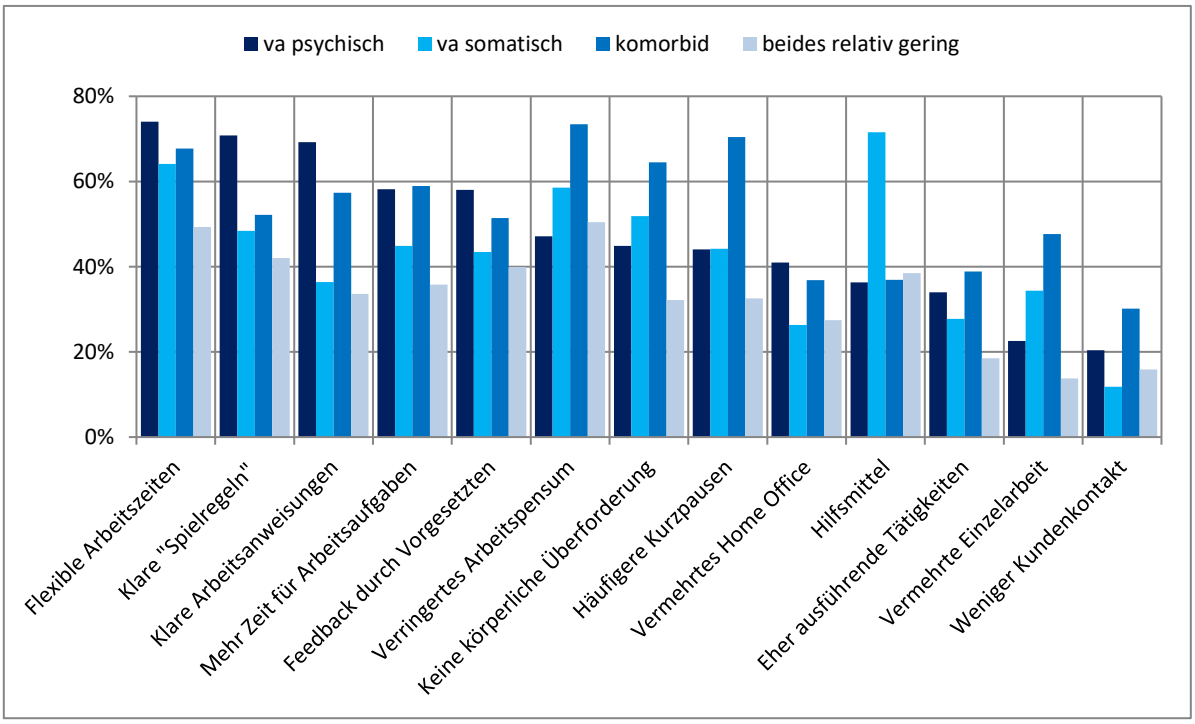
Nicht-komorbide psychisch belastete Versicherte benötigen besonders häufig flexible Arbeitszeiten, klare Spielregeln und Arbeitsanweisungen, ein grösseres Zeitbudget und Feedback durch den Vorgesetzten.

Abbildung 45: Hilfreiche Arbeitsanpassungen nach Gebrechensart (N=356)



Personen mit fast ausschliesslich somatischen Belastungen benötigen besonders häufig Hilfsmittel, flexible Arbeitszeiten und ein verringertes Arbeitspensum während komorbide Versicherte Anpassungen benötigen hinsichtlich Pensum, Kurzpausen, Arbeitszeiten und Schutz vor körperlicher Überforderung.

Abbildung 46: Hilfreiche Arbeitsanpassungen nach „Komorbidität“ (N=342)



Zusammengefasst zeigen die Auswertungen letztlich doch, dass ein rechter Teil der nötigen Arbeitsanpassungen die Erwerbsfähigkeit direkt einschränkt: Reduktion des Arbeitspensums, mehr Zeit für die Arbeitsausführung oder vermehrte rein ausführende statt planende, vernetzte und organisierende Tätigkeiten sind Arbeitsanpassungen, die eine Erwerbsarbeit zwar nicht verhindern, aber die Einkommensmöglichkeiten einschränken (was zum Beispiel bei einem Bedarf nach Hilfsmitteln nicht der Fall sein muss).

7.16 Fazit

Die bei den Befragten am häufigsten durchgeführten beruflichen Massnahmen der IV waren Frühintervention (ausschliesslich), Umschulungs- sowie erstmalige berufliche Ausbildungsmassnahmen. Diese verteilen sich je nach Erfolg (und je nach Ausgangslage) unterschiedlich, insbesondere wurden bei den erfolgreich integrierten Versicherten sehr häufig (in rund der Hälfte der Fälle) Frühinterventionsmassnahmen durchgeführt während bei den nicht erfolgreichen Versicherten Integrationsmassnahmen und erstmalige berufliche Ausbildungen häufiger vorkommen. Die unterschiedliche Erfolgsquote der Massnahmen muss man auf dem Hintergrund der unterschiedlichen Voraussetzungen respektive (gesetzlichen) Ausgangslage dieser Massnahmen sehen. Integrationsmassnahmen und erstmalige berufliche Ausbildungsmassnahmen sind oft in erster Linie eine Voraussetzung sein für eine Integration.

Frühintervention setzt zum Beispiel häufig bei einem bestehenden Arbeitsverhältnis ein während es sich bei erstmaligen beruflichen Ausbildungen und Integrationsmassnahmen häufig um (schwerer) psychisch kranke Versicherte mit frühem Krankheitsbeginn und ohne bestehendes Arbeitsverhältnis handelt – auch wenn Integrationsmassnahmen prinzipiell auch bei bestehendem Arbeitsverhältnis durchgeführt werden können. Da Frühinterventionsmassnahmen insgesamt relativ günstige Massnahmen sind, fallen bei den integrierten Versicherten weniger Kosten an als bei den nicht erfolgreich Integrierten. Bemerkenswerterweise sind die Erfolgreichen aber von der IV nicht weniger lange betreut als die nicht Erfolgreichen. Hier handelt es sich wohl oft um Frühintervention am Arbeitsplatz mit anschliessendem Coaching oder Beratung.

Die beruflichen Massnahmen zeigen aber nicht nur eine Wirkung hinsichtlich Erwerbsintegration, sondern darüber hinaus auch auf eine Reihe von Grundarbeitsfähigkeiten und auf das Selbstvertrauen. Besonders häufig werden solche Wirkungen angegeben von Versicherten, die eine erstmalige berufliche Ausbildung gemacht haben (und die aufgrund des jüngeren Alters wohl auch häufiger Unterstützung hinsichtlich Grundarbeitsfähigkeiten benötigten): Hier berichten jeweils drei Viertel, dass sie gelernt haben trotz Problemen zu arbeiten und ihr Arbeitsverhalten sowie ihr Selbstvertrauen verbessern konnten. Häufig wurde ihnen auch bei der Stellenvermittlung geholfen, was insofern ein wichtiges Resultat ist, weil eine (kostspielige) Ausbildungsmassnahme ohne anschliessende Hilfe beim Übertritt in den Arbeitsmarkt wenig Sinn macht. Die Erfahrungen mit den konkreten Massnahmen zeigen weitere positive Wirkungen: Die Selbsteinschätzung wurde häufig verbessert (realistischer) und auch das interaktionelle Verhalten. Zudem wurde bei 20-30% der Versicherten der Arbeitsrhythmus trainiert, und rund ein Fünftel gibt an, dass die Massnahmen sich positiv auf den Gesundheitszustand ausgewirkt hätten. Gleichzeitig berichten aber 25-30%, dass die Massnahme/n ihnen nicht genutzt oder sogar gesundheitlich geschadet hätten – dies betrifft vor allem stärker beeinträchtigte Versicherte. Berufliche Massnahmen sind demnach gerade bei schwer beeinträchtigten und verunsicherten Personen behutsam anzugehen.

Obwohl die Mehrheit der Versicherten sich ursprünglich gar nicht bei der IV anmelden wollte und dies meist als ein „Scheitern“ empfand, berichten Versicherte mehrheitlich über positive Erfahrungen, vor allem in Bezug auf die Beratungsperson der IV-Stelle. Diese wurde meist als kompetent und engagiert

erlebt. Allgemein wurde die persönliche Beziehung zur IV-Beratungsperson als hilfreich und wichtig erlebt. Dies verdeutlichen auch die diesbezüglichen Aussagen der interviewten Versicherten. Die Bedeutung einer guten persönlichen Beziehung (statt einer technisch-administrativen) ist für die Versicherten sehr gross. Wesentlich ist auch das Gefühl, die IV habe eine *passende* Massnahme gesucht, die spezifisch auf die Beeinträchtigung und die Potentiale fokussiert (statt nach Schema vorzugehen). Dieser Punkt zeigt sich auch in den Fragebogendaten deutlich: Erfolgreich Integrierte hatten mehr als zweimal so häufig Eingliederungsmassnahmen, die sie als „spezifisch" auf ihre Arbeitsproblematik zugeschnitten erlebt haben als nicht Integrierte. Schliesslich wird es auch sehr geschätzt, wenn die IV-Beratungspersonen zuhören und zu verstehen versuchen, dann aber ein Procedere festlegen und mit einer gewissen Zuversicht daran festhalten. Auf der anderen Seite fühlte sich ein Viertel bis ein Drittel der Versicherten einer Behörde ausgeliefert, unter Druck gesetzt und erlebte häufige Beraterwechsel. In den Gesprächen werden zudem längere Wartezeiten (auf IV-Entscheide) als demoralisierend und lähmend beschrieben.

Der Beginn von beruflichen Massnahmen ist meist mit sehr viel Hoffnung und Optimismus, aber auch mit grossen Ängsten und Verunsicherungen verbunden, vor allem mit der Angst zu scheitern sowie mit Verunsicherung, weil Behandelnde und IV-Stelle die Situation unterschiedlich beurteilen. Dass sich diese (häufige) Uneinigkeit so deutlich auf die Versicherten auswirkt, sollte Anlass sein, hier künftig noch häufiger zu einer guten Kooperation zu finden. Versagensängste kommen speziell häufig vor bei Versicherten mit psychischen Störungen. Je beeinträchtigter die Versicherten sind, desto häufiger haben sie solche Ängste oder sind pessimistisch, was den Nutzen der Massnahmen betrifft.

Die Versicherten fühlten sich im Eingliederungsverlauf von ihren Ärzten im Hinblick auf ihre Arbeitsprobleme zu rund 60% voll und ganz verstanden, was bei den IV-Beratenden und bei den Betreuenden in den IV-Massnahmen (zu je rund einem Drittel) und den Vorgesetzten am Arbeitsplatz (zu 25-40%, je nach Stichprobe) etwas seltener der Fall war. Da ein präzises Verständnis über die Arbeitsproblematik eine Voraussetzung ist für die (wichtigen) „spezifischen" Massnahmen, scheint hier ein ebenfalls Potential zu liegen.

Schliesslich sind die allfälligen Erfahrungen der Versicherten mit der „Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht" von Bedeutung: Rund 10% der Versicherten in der Teilstudie 1 hatten eine solche Auflage, wobei rund die Hälfte von ihnen angibt, dass diese ihnen eher/sehr geholfen respektive geschadet hat. Bei denjenigen Personen, die diese Auflagen zum einen eher erhielten und zudem häufiger negativ erlebten, handelt es sich meist um schwerer eingeschränkte Versicherte. Bemerkenswert ist aber auch, dass doch rund die Hälfte im Nachhinein über einen positiven Effekt dieser (Druck)Massnahmen berichtet. Auch hier liegt womöglich ein Potential, künftig nicht nur juristische sondern vermehrt auch rehabilitative Kriterien zu haben, in welchen Fällen und Situationen solche Auflagen zweckmässig sein können – und wo nicht.

8 Berufliche und finanzielle Situation

Die Angaben der Befragten zur aktuellen beruflichen und finanziellen Situation zeigen deutliche Veränderungen im zeitlichen Verlauf der Eingliederungsmassnahmen und auch erhebliche Unterschiede nach Eingliederungserfolg (Tabelle 25). Ein Ziel der vorliegenden Untersuchung lag darin, die unterschiedlichen Einkommensquellen der Versicherten zu erheben und damit auch Aussagen über deren finanzielle Autonomie machen zu können. Die BSV-Registerdaten liefern zur finanziellen Autonomie der Versicherten nach beruflichen IV-Massnahmen nur annähernde Angaben.

Tabelle 25: Erwerbsstatus und Einkommen / Lebensunterhalt

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	Erfolg	Gesamt	Nachher	Vorher	Gesamt
Erwerbsstatus bei Befragung 2017 N=428 / 427						
Vollzeit erwerbstätig	14.8	53.4	28.0	30.6	18.8	24.3
Teilzeit erwerbstätig	31.0	34.9	32.3	35.3	22.8	28.7
Geschützt arbeitstätig	8.2	0.0	5.4	3.1	12.7	8.2
Arbeitslos	7.1	4.1	6.1	7.4	17.2	12.6
Anderes	38.9	7.6	28.2	23.5	28.6	26.2
IV-Rente 2015 (N=312)						
Keine IV-Rente	63.0					
Viertels Rente	5.5					
Halbe Rente	8.5					
Dreiviertels Rente	5.1					
Ganze Rente	18.0					
Einkommensquellen bei Befragung 2017 (Mehrfachantworten) N=432 / 416						
Erwerbseinkommen	39.1	86.1	54.7	61.2	42.9	51.8
Einkommen gesch. Arbplatz	6.3	0.4	4.4	9.8	3.9	6.8
Lehrlingslohn	0.0	1.7	0.6	0.6	3.1	1.9
Arbeitslosenunterstützung	1.3	5.3	2.6	7.1	16.6	12.0
IV-Taggeld	5.6	1.4	4.2	8.6	20.3	14.6
IV-Rente	49.7	10.2	36.6	24.5	5.6	14.8
Sozialhilfe	19.1	2.8	13.7	13.7	8.4	11.0
Ergänzungsleistungen	11.4	4.1	9.0	19.0	2.4	10.5
Rente Pensionskasse	25.2	6.4	19.0	12.8	4.3	8.5
Lebensversicherung	6.0	2.3	4.8	1.3	0.8	1.1
Partner/in verdient	19.3	3.3	14.0	10.4	10.6	10.5
Eltern / Verwandten unterstützen	11.6	7.2	10.1	8.4	10.0	9.3
Erspartes / Vermögen	18.0	7.2	14.4	9.3	12.1	10.7
Anderes (meist Krankentaggeld)	6.2	6.3	6.2	4.0	16.0	10.2

Die Angaben der Befragten zum *Erwerbsstatus* zeigen, dass im zeitlichen Verlauf der Anteil Vollzeit und Teilzeit Erwerbstätiger von rund 40% bei Massnahmebeginn auf 65% nach Massnahmenende steigt. Der Anteil der Arbeitslosen und der subventioniert Beschäftigten nimmt um je rund 10 Prozent-

punkte ab. Der Anteil der Personen mit einem „anderen“ Status (zum Beispiel private finanzielle Unterstützung) nimmt leicht ab. Insgesamt zeigt die Teilstudie zum zeitlichen Verlauf eine Verbesserung des Erwerbsstatus.

Die Teilstudie zum Eingliederungserfolg zeigt, dass 88% der im 2015 erfolgreich Eingegliederten heute Vollzeit oder Teilzeit erwerbstätig sind, 4% sind arbeitslos und 8% leben vor allem von der Sozialhilfe oder vom Gesparten. Bei den im 2015 nicht erfolgreich Integrierten sind bei Befragung 46% erwerbstätig, 8% arbeiten in geschütztem Rahmen (davon sind mehr als 90% IV-berentet), 7% sind arbeitslos und 39% mit Status „Anderes“ beziehen meist Sozialhilfe und/oder sind IV-berentet. Diese Unterschiede in einem Zeitraum von lediglich 2 Jahren hängen auch mit der Definition von „Eingliederungserfolg“ in der vorliegenden Untersuchung zusammen: Eingliederungserfolg = Erwerbseinkommen von monatlich mindestens CHF 1‘000 und weder IV-Rente noch Arbeitslosenunterstützung im Jahr 2015. Damit fallen auch erwerbstätige IV-Teilrentner/innen in die Gruppe der sogenannt „nicht Erfolgreichen“.

Die detaillierten Resultate zu den *Einkommensquellen* respektive dazu, wie die Befragten ihren Lebensunterhalt bestreiten, zeigen im zeitlichen Verlauf zwei Richtungen. Zum einen nimmt der Anteil der Befragten, die ein Erwerbseinkommen erzielen, im Verlauf zu und zum anderen nimmt auch der Anteil der Befragten zu, die eine IV-Rente, Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe beziehen. Gleichzeitig nimmt der Anteil der Befragten mit Arbeitslosenunterstützung ab. Im Verlauf des Eingliederungsprozesses ergibt sich demnach eine zunehmende Aufteilung zwischen Arbeitsmarkt und sozialer Sicherung. Dies zeigt sich auch darin, dass in der Gruppe der nicht erfolgreich Integrierten im 2015 laut BSV-Registerdaten 37% der Versicherten eine IV-Rente bezogen haben; in der Befragung 2017 geben jedoch rund 50% der Versicherten aus dieser Gruppe eine IV-Rente als Einkommensquelle an.

Bei den im 2015 erfolgreich integrierten Personen erzielen 86% ein Erwerbseinkommen bei Befragung zwei Jahre später. Allerdings beziehen rund 10% der damals Integrierten nun eine IV-(Teil)Rente und 5% erhalten Arbeitslosenunterstützung. Das zeigt, dass die hier verwendete Einkommensschwelle von „Eingliederungserfolg“ (Monatseinkommen von CHF 1‘000 und mehr) natürlich noch nicht bedeutet, dass jemand effektiv unabhängig vom sozialen Sicherungssystem ist.

8.1 Renten- und Erwerbseinkommen 2015 und 2017

Der Erwerbs- respektive Einkommensstatus der Befragten der Teilstudie 1 zum Erfolg lässt sich annähernd vergleichen, da deren Situation im 2015 aufgrund der BSV-Registerdaten bekannt ist und deren Situation im 2017 in der Befragung erhoben wurde. Die Vergleiche sind aber aufgrund der unterschiedlichen Datenquellen nur als *Annäherung* zu verstehen. Die folgende Abbildung veranschaulicht zusammengefasst die Renten- und Einkommenssituation der Befragten im 2015 und 2017 (Abbildung 47: IV-Rente und Erwerbseinkommen 2015 und 2017 (TS 1; n=396) Die gemusterten Anteile betreffen Versicherte mit IV-Rentenbezug bei Befragung (mit und ohne Erwerbseinkommen).

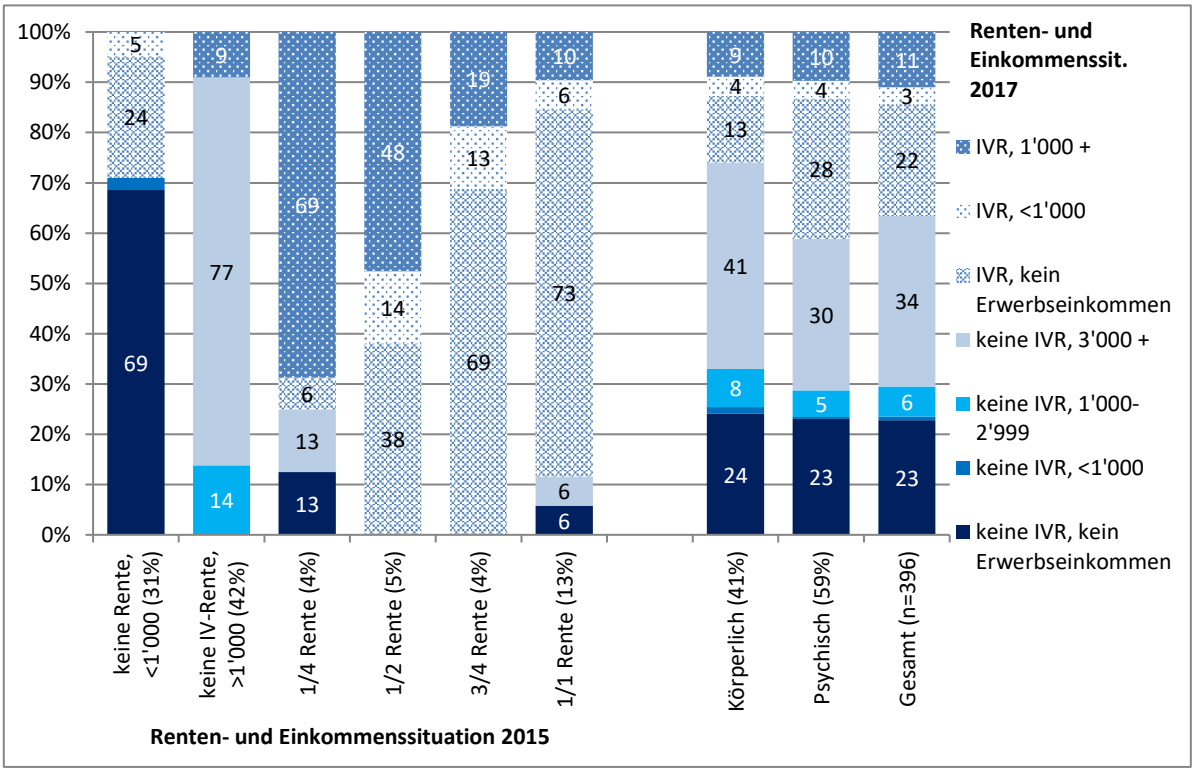
Zum einen zeigt sich, dass knapp 30% der Befragten ohne Rentenbezug und mit monatlichen Einkommen unter CHF 1‘000 im 2015 (Säule ganz links) nun eine IV-Rente beziehen, die restlichen 70% haben heute weder eine IV-Rente noch ein Erwerbseinkommen. Anders sieht es bei der grossen Gruppe der Befragten ohne Rentenbezug und mit monatlichen Einkommen über CHF 1‘000 im 2015 aus: Rund 90% von ihnen beziehen nach wie vor keine Rente, zudem verdienen rund drei Viertel von ihnen heute mehr als CHF 3‘000 pro Monat.

Bei den Befragten mit Rentenbezug im 2015 zeigt sich ein deutliches und erwartungsgemässes Muster: Je höher der IV-Rentengrad desto geringer ist der Anteil der Befragten, der bei Befragung zusätzlich ein Erwerbseinkommen von über CHF 1‘000 angibt – und desto grösser entsprechend auch der

Anteil von Befragten ohne jegliches Erwerbseinkommen. Der Vergleich von 2015 und 2017 zeigt zudem auch, dass nur ein relativ geringer Anteil der Personen mit Rentenbezug im 2015 zwei Jahre später keine IV-Rente mehr beziehen – jeweils zur Hälfte haben diese wenigen Personen heute kein Erwerbseinkommen oder dann ein relevantes Einkommen von monatlich über CHF 3‘000. Gesamthaft zeigt sich demnach vor allem bei Befragten, die im 2015 zwar nicht berentet waren, aber nur ein sehr geringes Einkommen erzielten, eine deutliche Veränderung in Richtung IV-Berentung. Befragte, die im 2015 ein höheres Einkommen hatten und keine IV-Rente bezogen wie auch die im 2015 berenteten Personen ändern ihren Status kaum.

Der Vergleich von Renten- und Einkommenssituation zwischen Befragten mit körperlichen respektive psychischen Beeinträchtigungen zeigt vor allem, dass psychisch beeinträchtigte Versicherte heute häufiger eine IV-Rente beziehen (über 40% gegenüber 26% bei körperlich beeinträchtigten Versicherten) – und zwar besonders häufig ohne ein gleichzeitiges Teilerwerbseinkommen. Während sich psychisch und körperlich kranke Versicherte ohne Rentenbezug zudem in den unteren Einkommensgruppen kaum unterscheiden, ist der Unterschied bei den vergleichsweise höheren Einkommen von über CHF 3‘000 deutlicher: Hierunter fallen 41% der körperlich kranken, aber nur 30% der psychisch kranken Versicherten.

Abbildung 47: IV-Rente und Erwerbseinkommen 2015 und 2017 (TS 1; n=396)



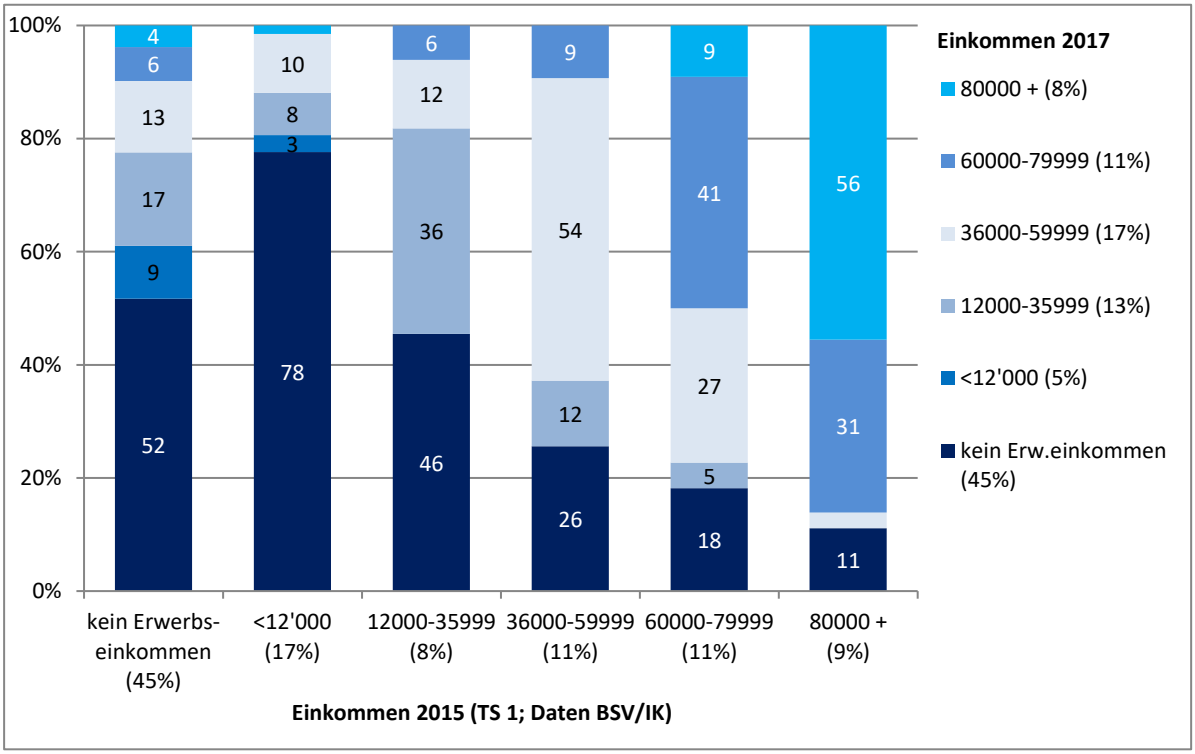
In der folgenden Abbildung werden die Veränderungen im Erwerbseinkommen etwas detaillierter gezeigt (Abbildung 48).

Der Vergleich zeigt, dass der Anteil der Versicherten ohne Erwerbseinkommen zwischen 2015 und 2017 mit 45% unter dem Strich konstant geblieben ist. Allerdings gibt es in Bezug auf die einzelnen Befragten relativ starke Veränderungen: So erzielten von den Versicherten ohne Erwerbseinkommen im 2015 doch fast die Hälfte im 2017 ein Erwerbseinkommen. Eine Umverlagerung gab es vor allem auch bei Versicherten mit sehr geringem Einkommen im 2015 (weniger als CHF 12‘000): 78% von ihnen gaben 2 Jahre später an, gar kein Einkommen mehr zu erzielen. Auch bei den Versicherten,

die im 2015 noch bis CHF 36‘000 verdienten, haben fast die Hälfte (46%) bei Befragung kein Erwerbseinkommen mehr .

Gesamthaft erzielten 42% der Befragten der Teilstudie 1 im 2017 gleich viel wie im 2015, 30% verdienten im 2017 weniger und 28% verdienten mehr. Der positive Effekt (mehr Verdienst im 2017) geht vor allem auf diejenigen Personen zurück, die im 2015 gar kein Erwerbseinkommen hatten. Versicherte, die im 2015 in vergleichsweise höheren Einkommenskategorien waren (CHF 36‘000-59‘999, 60‘000-79‘999 und 80‘000 und mehr) verzeichneten oft einen finanziellen Rückschritt: Je nach Einkommensgruppe betrifft dies zwischen 38% und 50% der Personen. Dies ist insofern nachvollziehbar als es sich hier um Personen mit einer krankheitsbedingten und nicht selten längerdauernden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit handelt. Gerade bei Personen mit einem höheren Einkommen kann dies auch bei bestehender Arbeitstätigkeit dazu führen, dass man nicht mehr ganz mit dem bisherigen Pensum respektive auf dem bisherigen Anforderungs- und Lohnniveau arbeiten kann. Dennoch zeigt sich, dass die berufliche Eingliederung, auch wenn sie gelingt, oft nicht ohne eine Reduktion und Anpassung der Ansprüche vonstatten geht.

Abbildung 48: Erwerbseinkommen 2015 und 2017* (N=405)



**Bemerkung: Teilstudie 1; Einkommensdaten im 2015 gemäss BSV-Registerdaten, Einkommen im 2017 gemäss Angaben in der Befragung zum aktuellen monatlichen Netto-Erwerbseinkommen, hochgerechnet auf ein Jahr (multipliziert mit 13)*

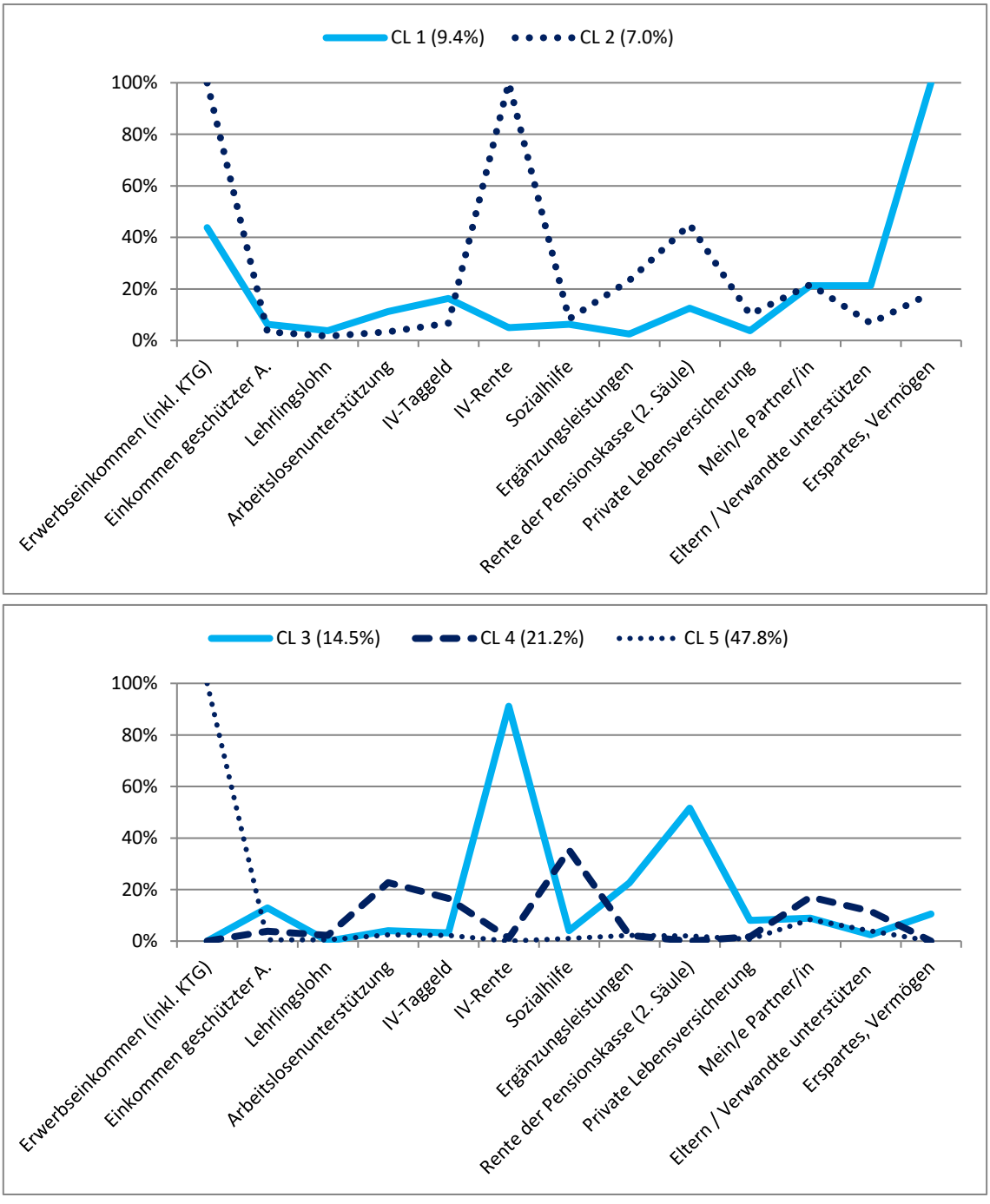
8.2 Typologie der Einnahmequellen bei Befragung

Da es sehr viele unterschiedliche Kombinationen von Finanzierungsquellen gibt, wurde schliesslich eine Clusterung der Einkommen durchgeführt. Es ergeben sich 5 Gruppen von Einkommensquellen.

Die folgenden Darstellungen (Abbildung 49) zeigen, wie sich die 5 Einkommens-Cluster über die verschiedenen Einkommensarten verteilen. Hierbei handelt es sich um die Verteilung über alle Befragten (N=853) in beiden Teilstudien und zudem um ungewichtete Daten (gewichten lassen sich nur die einzelnen Teilstichproben). Die gewichteten Daten, die die effektiven (‚realen‘) Verhältnisse für beide

Stichproben zeigen, finden sich in Tabelle 26. Es gibt eine relativ grosse Zahl von Befragten (N=81), die als Einkommen „Anderes“ angegeben hat (in der vorherigen Tabelle nicht gezeigt). Bei einem Viertel davon handelt es sich um Personen, die Krankentaggeld erhalten – diese wurden bei „Erwerbseinkommen“ hinzugezählt. Die restlichen wurden wo möglich anderen Kategorien zugeordnet oder (selten) weggelassen.

Abbildung 49: Einkommens-Cluster aller Befragten (beide Teilstudien; ungewichtet; N=853)



Gesamthaft (über beiden Teilstudie) gibt es knapp 10% der Versicherten (Cluster 1), die allesamt von ihrem Ersparten/Vermögen leben und teils von Erwerbseinkommen sowie von privater Unterstützung

leben (Partner/in, Eltern, Geschwister). Sowohl im zeitlichen Verlauf wie auch bei Eingliederungserfolg nimmt dieser Anteil ab.

Dann gibt es zwei Einkommensgruppen (Cluster 2 mit einem Anteil von 7% und Cluster 3 mit einem Anteil von rund 15%), die nahezu alle eine IV-Rente beziehen und in der Hälfte der Fälle eine Rente der Pensionskasse. Der Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen von IV-Rentner/innen liegt ausschliesslich darin, dass die Personen vom Cluster 2 *allesamt* ein Erwerbseinkommen erzielen und zu 20% vom Partner unterstützt werden – während Personen vom Cluster 3 *nie* ein Erwerbseinkommen erzielen. Diese beiden Cluster kommen vor allem bei den Massnahmenabsolventen sowie bei den nicht erfolgreich Integrierten vor (54% bei den nicht Integrierten und 27% bei den Absolventen).

Das Cluster 4 mit einem Anteil von 21% umfasst Personen, die bei Befragung zu einem Drittel von der Sozialhilfe und zu einem Viertel von der Arbeitslosenhilfe unterstützt werden (selten auch IV-Taggeld beziehen, Unterstützung durch Partner oder Partnerin oder Eltern erhalten oder einen Lehrlingslohn beziehen). Der Anteil dieser Gruppe ist bei den nicht Integrierten wie auch bei den Personen zu Beginn des IV-Verfahrens relativ hoch.

Schliesslich gibt es das Cluster 5 (mit einem ungewichteten Anteil von 48% der hier Befragten), das Versicherte umfasst, die fast ausschliesslich vom Erwerbseinkommen (respektive vom Krankentaggeld) leben und nur zu 10% noch vom Partner oder der Partner unterstützt werden. Alle anderen Finanzierungsquellen fehlen bei diesem Cluster nahezu vollständig. Bei den erfolgreich Integrierten hat diese Gruppe einen Anteil von 78% aus, bei den Massnahmenabsolventen in Teilstudie 2 einen Anteil 48%.

Es zeigt sich also eine deutliche Abnahme der Abhängigkeit von Sozial- und Arbeitslosenhilfe (Cluster 4) und gleichzeitig eine Zunahme bei den IV-Renten-Clustern 2 und 3 im zeitlichen Verlauf der beruflichen Massnahmen. Der Anteil der (fast) ausschliesslich Erwerbstätigen (Cluster 5) nimmt im zeitlichen Verlauf zu, aber die Differenz ist moderat (7 Prozentpunkte).

Tabelle 26: Einkommens-Cluster (gewichtete Daten)

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	**Erfolg**	**Gesamt**	**Nachher**	**Vorher**	**Gesamt**
Cluster Einkommen (gewichtet; N=431 / 421)						
Cl 1: Erspartes, Erwerb, privat,	10.9	5.3	9	6.8	11.6	9.3
Cl2: Erwerb, IVR, PKR, EL, privat	16.7	6.6	13.3	10.7	2.1	6.3
Cl 3: IVR, PKR, EL	29.9	4.1	21.3	16.0	5.3	10.5
Cl 4: Sozialhilfe, ALV, privat, IVT	23.5	6.2	17.7	18.5	39.8	29.4
Cl 5: Fast nur Erwerb, KTG	19	77.9	38.6	47.9	41.2	44.5

IVR: IV-Rente
PKR: Rente der Pensionskasse
EL: Ergänzungsleistungen
ALV: Arbeitslosenhilfe
IVT: IV-Taggeld
KTG: Krankentaggeld
Privat: Finanzielle Unterstützung im privaten Umfeld

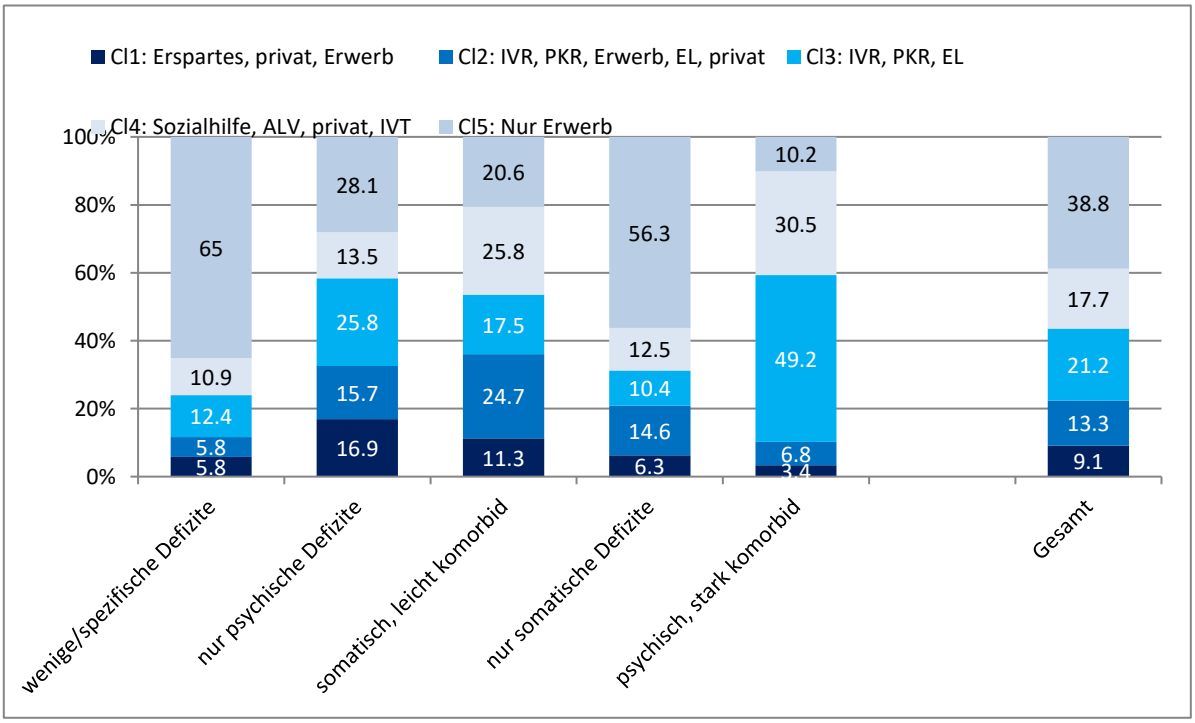
Das bedeutet, dass 78% der im 2015 erfolgreich integrierten Personen sich zum Zeitpunkt der Befragung im 2017 fast ausschliesslich über ein Erwerbseinkommen finanzieren. Da gesamthaft die erfolgreich Integrierten einen Drittel aller Versicherten ausmachen, kann man insgesamt von einem Anteil nach wie vor erfolgreich Integrierter mit fast ausschliesslichem Erwerbseinkommen von rund 25% ausgehen (78% von 33%).

Diese Gruppe mit fast ausschliesslichem Erwerbseinkommen zum Zeitpunkt bei Befragung ist zum einen nicht mit der hier verwendeten Definition von „Erfolg“ gleichzusetzen und sicher auch nicht mit dem Eingliederungserfolg beruflicher IV-Massnahmen im weiteren Sinne. Sie zeigt lediglich den ungefähren Anteil erwerbstätiger und *finanziell unabhängiger* Personen mit psychischen und muskuloskelettalen Erkrankungen nach IV-Massnahmen.

Auch bei der Gruppe 2 mit den Versicherten, die alle eine (Teil)Rente erhalten aber auch allesamt ein Erwerbseinkommen erzielen sowie bei der Gruppe 1 mit Versicherten die vom Ersparten, von privater Unterstützung aber oft auch von einem Erwerbseinkommen leben, kann man teilweise von einem Eingliederungserfolg im weiteren Sinne sprechen. Und schliesslich kann man feststellen, dass die beruflichen IV-Massnahmen vor allem auch andere Sozialwerke entlasten: Die Gruppe der Versicherten, die unter anderem von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe finanziell unterstützt wird, reduziert sich im zeitlichen Verlauf um etwas mehr als die Hälfte von rund 40% auf 19%.

Die Einkommenscluster verteilen sich sehr unterschiedlich über die verschiedenen Typen von Beeinträchtigungen (Abbildung 50). Bei Personen mit wenigen/spezifischen Einschränkungen respektive mit ausschliesslich somatischen Funktionsdefiziten finanziert sich die Mehrheit ausschliesslich via Erwerbseinkommen (Cluster 5). Personen mit ausschliesslich psychischen Defiziten leben besonders häufig vom Ersparten und privaten Hilfen sowie Erwerbseinkommen (Cluster 1). Personen mit somatischen Einschränkungen und leichter Komorbidität sind häufig teilberentet und teilerwerbstätig (Cluster 2). Versicherte mit psychischen Defiziten und starker Komorbidität sind schliesslich besonders häufig berentet und ohne Erwerbseinkommen (Cluster 3).

Abbildung 50: Einkommensgruppen nach Typen von Funktionsdefiziten (TS 1; N=430)

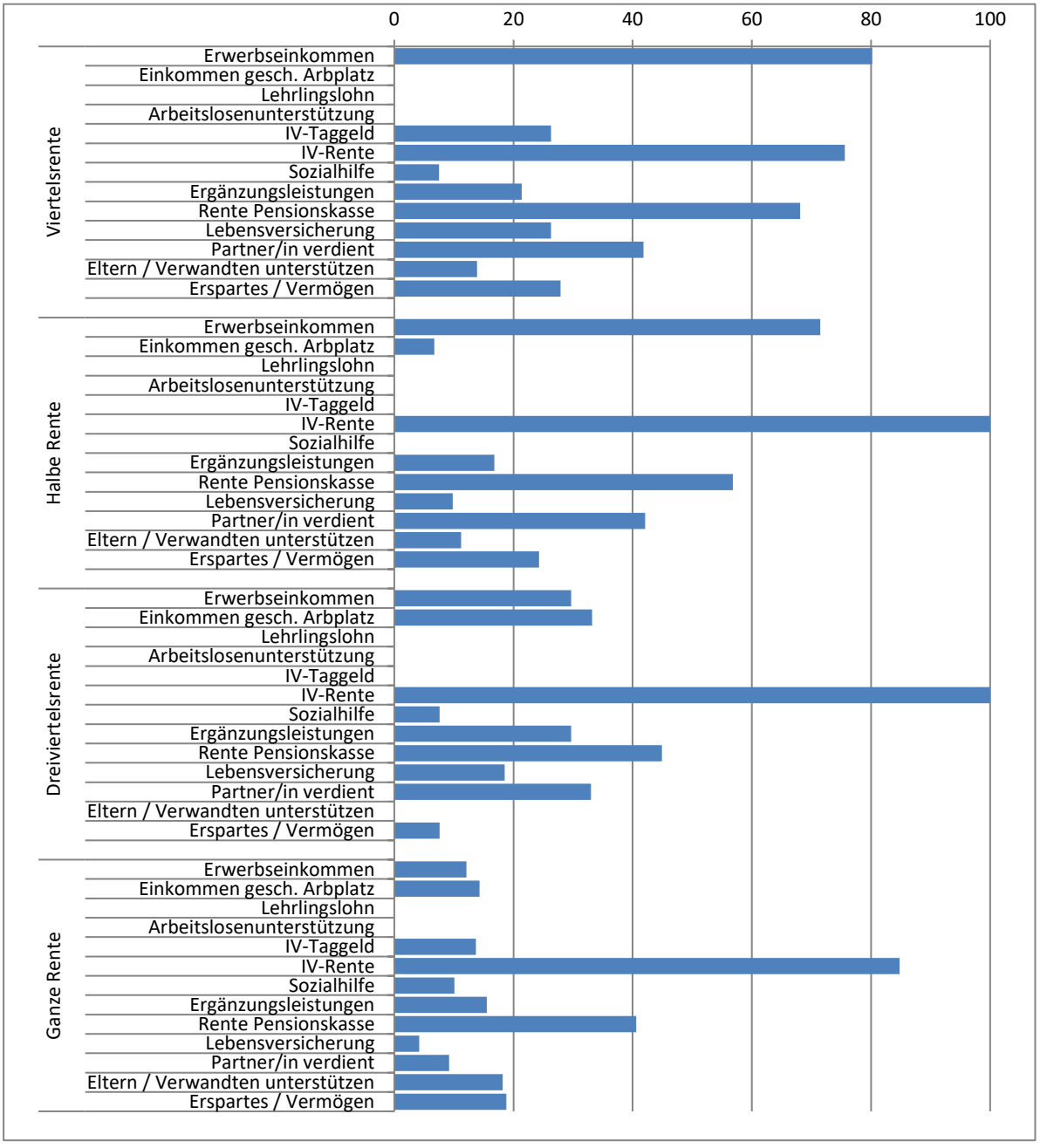


Die folgende Übersicht zeigt die aktuellen Einkommen der nicht integrierten Versicherten mit einer (Teil)Rente im Jahr 2015 (Abbildung 51).

Versicherte mit IV-Rentenbezug im 2015 geben zu 80 bis 100% auch zwei Jahre später bei Befragung ein IV-Renteneinkommen an. Rund 15% der Versicherten mit einer ganzen IV-Rente im 2015 bezie-

hen bei Befragung keine Rente mehr, dies gilt auch für 25% der Versicherten, die im 2015 eine Viertelsrente bezogen (siehe dazu auch Abbildung 47). Je nach IV-Rentenanteil im 2015 zeigen sich einige Unterschiede bei den anderen Einkommen: Mit zunehmendem IV-Rentenanteil sinkt der Anteil der Versicherten, die auch auf eine Rente der 2. Säule (von 70% bei den Viertelsrenten auf 40% bei den ganzen Renten) oder auf eine private Lebensversicherung zurückgreifen können. Die Abnahme bei den Einkommen aus der Pensionskasse spiegelt wohl die mit zunehmendem Rentengrad abnehmende Wahrscheinlichkeit, dass die Personen vor der Berentung ein relevantes Erwerbseinkommen erzielt haben. Das heisst, je höher der IV-Rentengrad umso wahrscheinlicher handelt es sich um Versicherte, die schon vor der Berentung kaum erwerbstätig waren.

Abbildung 51: Einkommen bei Befragung der im 2015 nicht integrierten (Teil)Rentner/innen (Teilstudie 1; N=112)



Mit zunehmendem Rentengrad sinkt der Anteil der Personen mit einem Erwerbseinkommen von 80% bei den Personen mit einer Viertelsrente über 70% (Halbe Rente), 30% (Dreiviertels Rente) auf etwa 10% bei den Personen mit einer ganzen Rente. Tendenziell sinkt auch der Anteil der Personen mit finanzieller Unterstützung durch Partner/in sowie der Anteil der Versicherten, die auf Erspartes oder Vermögen zurückgreifen können/müssen. Allerdings ist bei den Bezüger/innen mit einer ganzen Rente der Anteil derer, die von den Eltern finanziell unterstützt werden, mit rund 20% hoch.

Von den bei Befragung erwerbstätigen Personen haben in beiden Teilstudien mehr als 80% einen unbefristeten Arbeitsvertrag (Tabelle 27). Die restlichen 18% sind befristet, via Temporärvermittlung oder ohne Vertrag angestellt respektive selbständig erwerbend. Bei den erwerbstätigen Massnahmenabsolventen in Teilstudie 2 sind gar 86% unbefristet angestellt. Insgesamt ist demnach bei mehr als 4 von 5 *erwerbstätigen* Personen nach dem IV-Eingliederungsprocedere von einem grundsätzlich nachhaltigen Anstellungsverhältnis auszugehen.

Das durchschnittliche monatliche Netto-Erwerbseinkommen der bei Befragung erwerbstätigen Versicherten der Teilstudie zum Eingliederungserfolg beträgt CHF 4133 (Median: 4064) und bei den erwerbstätigen Befragten in der Teilstudie zum Verlauf CHF 4650 (Median: 4300).

Tabelle 27: Aktuell Erwerbstätige: Arbeitsvertrag und Einkommen bei Befragung*

	Teilstudie 1 (Erwerbstätige)	Teilstudie 2 (Erwerbstätige)
Arbeitsvertrag N=220 / 172		
Unbefristeter Arbeitsvertrag	82.0	85.9
Befristeter Arbeitsvertrag	6.7	1.8
Vertrag mit Temporärfirma	3.0	2.5
Lehr-/Ausbildungsvertrag	0.4	0.7
Kein Vertrag	1.7	1.7
Ich bin selbständig erwerbend	6.1	7.3
Aktuelles Nettoeinkommen/Monat N=203 / 167		
Mittelwert	4133	4650
Median	4064	4300

**Bemerkung: Diese Fragen wurden lediglich den Erwerbstätigen gestellt*

8.3 Transparenz und Unterstützung am Arbeitsplatz

Den bei der Befragung erwerbstätigen Personen wurden schliesslich einige Fragen zur Situation am Arbeitsplatz gestellt zu ihrer Offenheit bezüglich ihrer gesundheitlichen Situation, zur Informiertheit ihres Vorgesetzten und zu Ihrem Erleben der Arbeit (Tabelle 28).

Fast zwei Drittel der Befragten in beiden Teilstudien sprechen mit ihren Vorgesetzten und Arbeitskollegen offen über ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Hier zeigt sich im zeitlichen Verlauf insofern ein relevanter Unterschied als die IV-Versicherten zu Massnahmebeginn deutlich offener sind als nach Massnahmenende. Dies mag damit zusammenhängen, dass es den Versicherten im zeitlichen Verlauf gesundheitlich zunehmend besser geht (und eine diesbezügliche Offenheit sich weniger aufdrängt), es könnte aber auch damit zusammenhängen, dass die Versicherten ‚lernen', nicht allzu offen zu sein.

Hinsichtlich Eingliederungserfolg (Teilstudie 1) zeigt sich ein Unterschied in Bezug auf die Offenheit gegenüber den Arbeitskollegen: Erfolgreich Integrierte verhalten sich ihnen gegenüber offener als

nicht Integrierte. Hier ist zu berücksichtigen, dass erfolgreich Integrierte häufiger eine muskuloskelettale Erkrankung haben als eine psychische – und diese sind weniger stigmatisiert und damit einfacher zu kommunizieren.

Tabelle 28: Aktuell Erwerbstätige: Transparenz, Informiertheit und Verhalten Arbeitsumgebung

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	Erfolg	Gesamt	Nachher	Vorher	Gesamt
Transparenz am Arbeitsplatz N=238 / 195						
gegenüber Vorgesetztem	65.6	64.7	65.1	56.4	81.8	65.4
gegenüber Arbeitskollegen	54.7	62.1	58.4	53.7	62.2	54.8
Informiertheit der Vorgesetzten "trifft voll zu" N=236 / 189						
nötige Arbeitsanpassungen	24.5	29.5	27.0	35.1	42.6	35.2
Zumutbarkeit	30.2	31.0	30.6	36.0	35.6	33.2
Unterstützung bei Problemen	26.8	23.9	25.4	28.4	28.1	26.1
Arbeitsumgebung "Immer" N=219 / 172						
Neues lernen	24.5	33.4	28.9	29.6	23.4	26.8
Fähigkeiten einsetzen	30.9	34.3	32.6	28.6	35.5	31.6
Kollegen unterstützen	32.5	27.7	30.0	22.8	30.0	26.0
Vorgesetzter nimmt mich ernst	37.5	30.8	34.1	33.8	33.4	33.7
Vorgesetzter unterstützt	27.3	27.2	27.2	33.4	35.8	34.5
widersprüchliche Anordnungen "Nie"	41.7	21.9	31.7	22.7	25.9	24.1
Sinnvolle Arbeit	37.6	40.1	38.8	40.2	44.2	41.9
Arbeit wird gewürdigt	29.8	26.8	28.3	22.5	27.3	24.6
Ethische Probleme "Nie"	30.4	30.5	30.4	44.2	30.1	38.1
Kann Arbeit leisten	41.5	36.1	38.8	29.9	35.2	32.2

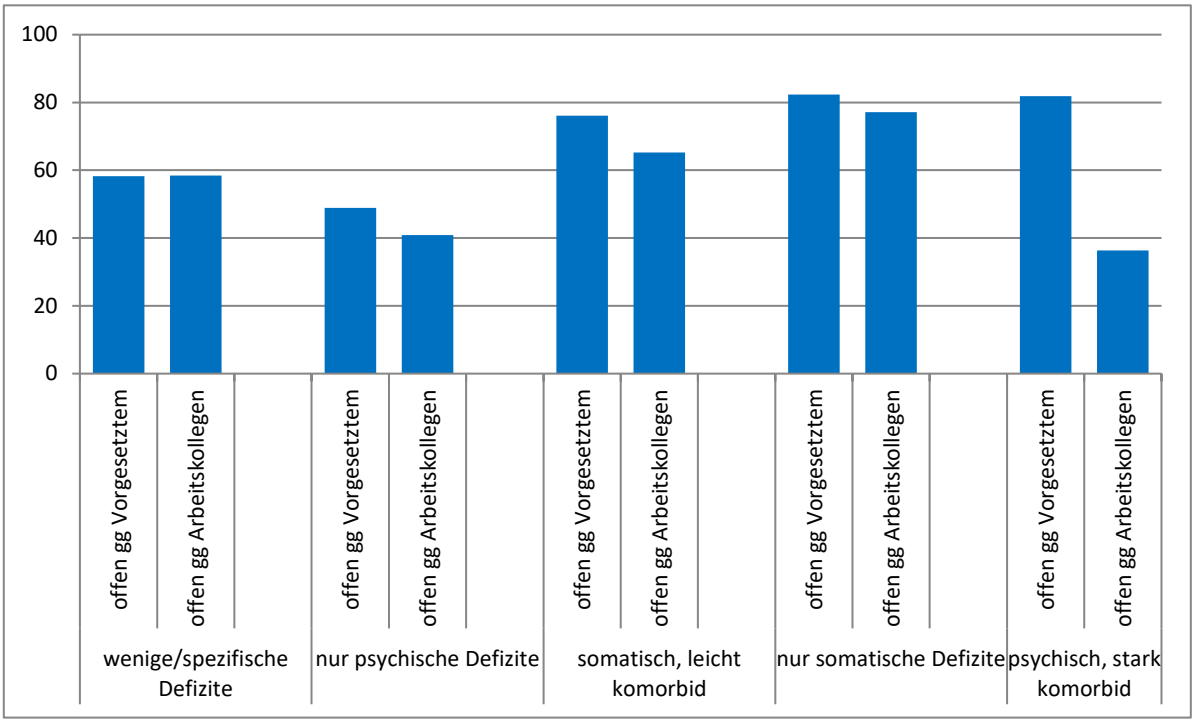
Die Resultate zur Informiertheit der Vorgesetzten („trifft voll zu“) betreffend die Einschränkungen der Befragten zeigen weder Unterschiede bezüglich Eingliederungserfolg noch zeitlichem Verlauf: Rund ein Viertel bis ein Drittel der Vorgesetzten der Befragten weiss genau, welche Arbeitsanpassungen der Versicherte benötigt, welche Arbeitsaufgaben und Arbeitsmenge zumutbar ist und wie man die Befragten unterstützen kann, wenn es Probleme gibt. Hier muss man sich fragen, ob dies ausreichend ist. Auch wenn einige Versicherte mit eher geringen Funktionseinschränkungen auf eine präzise Informiertheit der Vorgesetzten nicht (mehr) angewiesen sind, so scheint doch die Mehrheit der Befragten stark oder sehr stark eingeschränkt. Insofern sollte man davon ausgehen, dass die Vorgesetzten genau Bescheid wissen sollten über Arbeitsanpassungen, zumutbare Arbeitsaufgaben und Führung der Betroffenen. In zwei Drittel der Fälle trifft dies jedoch nicht oder nur teilweise zu.

Wie transparent Versicherte sich gegenüber Vorgesetzten und Arbeitskollegen verhalten, also ob sie offen über ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen sprechen, hängt unter anderem mit Art und Ausmass ihrer Einschränkungen zusammen (Abbildung 52).

Personen mit ausschliesslich muskuloskelettalen Einschränkungen sprechen etwa zweimal so häufig (in rund 80% der Fälle) über ihre Beeinträchtigungen als Personen mit ausschliesslich psychischen Defiziten (in 40-50% der Fälle). Personen mit sowohl körperlichen wie auch psychischen Funktionseinschränkungen (Gruppen 3 und 5) sprechen auch relativ häufig über ihre Probleme, wobei anzunehmen ist, dass sie teils angesichts der Schwere der Einschränkungen nicht darum herumkommen.

Schliesslich zeigt sich bei 4 von 5 Einschränkungstypen kein Unterschied zwischen Transparenz gegenüber den Vorgesetzten und den Arbeitskollegen – man spricht mit allen darüber oder nicht. Einzige Ausnahme ist die besonders schwer eingeschränkte Gruppe der Personen mit vielen psychischen Einschränkungen und starker Komorbidität (Gruppe 5): Sie sind sehr häufig offen gegenüber den Vorgesetzten, aber nicht gegenüber den Arbeitskollegen.

Abbildung 52: Offenheit gegenüber Vorgesetzten und Arbeitskollegen nach Einschränkungstyp (Teilstudie 1; N=239-237)



Dass die Transparenz bezüglich der eigenen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz nicht unerheblich ist, verdeutlichen die beiden folgenden Darstellungen (Abbildung 53; Abbildung 54).

Personen, die ihrem Vorgesetzten gegenüber offen sind, berichten in rund 80% der Fälle, dass dieser „ernst nimmt, was ich sage“ und dass er „mir hilft und mich unterstützt“. Sprechen Personen nicht offen mit ihrem Vorgesetzten, geben sie lediglich zu 40-50% an, dass sie sich ernstgenommen und unterstützt fühlen.

Dasselbe Bild zeigt sich auch bei der Offenheit gegenüber den Arbeitskollegen. Versicherte, die ihnen gegenüber offen sind was ihre Probleme betrifft, sagen deutlich häufiger, dass die Kollegen „mir helfen und mich unterstützen“ als diejenigen Versicherten, die den Kollegen gegenüber nicht offen sind. Damit ist wiederum nichts über die Kausalität gesagt: Es kann durchaus sein, dass Versicherte offener sind, *weil* die Vorgesetzten sie ernstnehmen und unterstützen etc. Aber umgekehrt kann die Offenheit natürlich auch solche positiven Reaktionen der Arbeitsumgebung fördern.

In analoger Weise hängen auch Transparenz durch die Versicherten und Informiertheit der Vorgesetzten zusammen: In Fällen, wo die Versicherten offen über ihre Beeinträchtigungen berichten, geben sie jeweils in 4 von 5 Fällen an, dass ihre Vorgesetzten eher oder sehr gut wissen, welche Arbeitsanpassungen notwendig sind, welche Arbeitsaufgaben sie den Versicherten zumuten dürfen und wie sie die Versicherten unterstützen können, wenn es zu Problemen kommt. Dort, wo diese Offenheit nicht gegeben ist, ist dieses Wissen lediglich in einem Viertel bis einem Drittel der Fälle vorhanden.

Abbildung 53: Offenheit gegenüber Vorgesetzten und Arbeitskollegen und „meistens-immer“ erfahrene Unterstützung (Teilstudie 1; N=218-231)

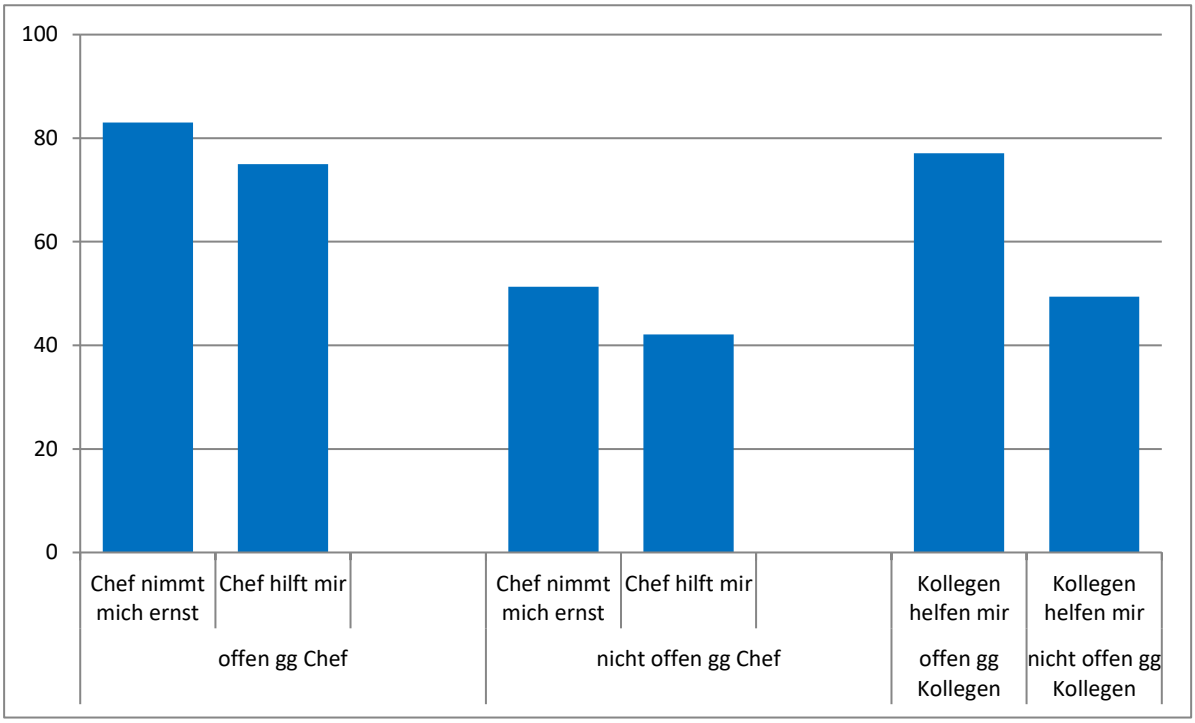
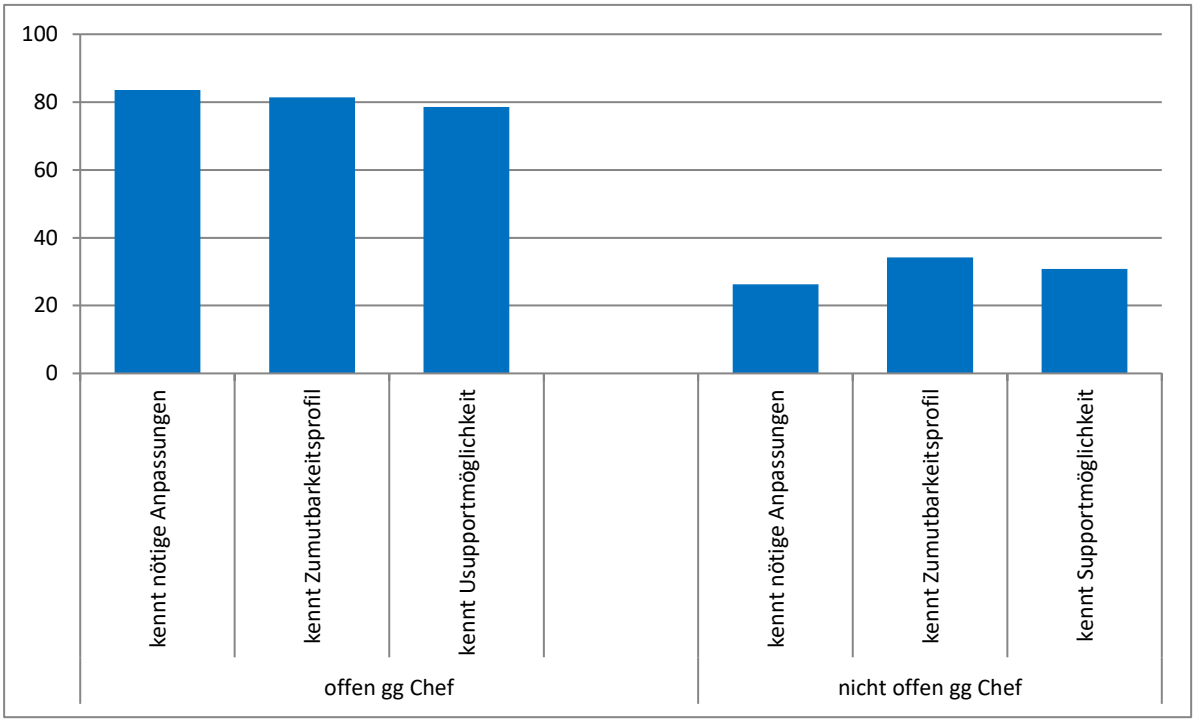


Abbildung 54: Offenheit gegenüber Vorgesetzten und eher-sehr gute Informiertheit des Vorgesetzten (Teilstudie 1; N=232-235)



8.4 Aussagen von Versicherten

Wie schon in dargestellten Aussagen deutlich wurde, ist die Unterstützung der Vorgesetzten und teils auch der Arbeitskollegen besonders wichtig für den Verlauf wie auch für das Erleben der Versicherten.

Das erste Beispiel verdeutlicht die Ambivalenz von fehlender Unterstützung durch die Arbeitsumgebung und gleichzeitig der Befürchtung respektive dem Unwillen, dass die Vorgesetzten Bescheid wissen über den IV-Status der versicherten Person.

„De qui je me suis senti soutenu…. Pas mon supérieur, absolument pas, des fois je me suis même demandé si certains de mes supérieurs étaient au courant que j'étais inscris à l'AI ! … Mes collègues je crois qu'ils ne comprenaient pas trop ce qui se passait ! Donc non, je ne peux pas dire que je me suis senti très soutenu au niveau professionnel ! " (Mann, 30 Jahre, Massnahmebeginn, psychische Beeinträchtigung)

Ganz anders wurde dies im zweiten Beispiel erlebt, wo der Betrieb gar als „Familie" erlebt wurde. Versicherte, die Transparenz hergestellt haben, schildern die Folgen als sehr positiv.

„C'était quelque chose d'extraordinaire, mon ancien patron c'était quelque chose d'extraordinaire, il a tout fait pour que je puisse rester dans son entreprise !" [Beaucoup de soutien aussi par rapport aux collègues :] „C'est une entreprise qui travaille à l'ancienne, c'est une famille, c'est une famille, c'est vraiment une famille ! " (Mann, 40 Jahre, Massnahmebeginn, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

Wichtig ist weiter auch die Information der Arbeitskollegen, und die Berichte deuten an, wie entlastend es sein kann, wenn diese darüber informiert sind, dass die versicherte Person gewisse Beeinträchtigungen hat etc.

„Mit dem Arbeitgeber war ich sehr transparent. Ich habe dem Arbeitgeber mitgeteilt, was konkret meine Krankheit ist und habe dort ein gutes Feedback bekommen mich mit der psychischen Erkrankung zu outen. Es war wichtig zum verstehen was brauche ich – wo stehe ich? Ich habe gefunden – ich will transparent sein, ich will es mitteilen. Es war ein guter Prozess. Ich habe sicher auch ein Team und einen Arbeitgeber, der das unterstützt. Sie haben das Team auch informiert – ich habe es dem Team selber kommuniziert. Ich habe ein E-Mail an alle Mitarbeitende gemacht, und wer noch Fragen hat, kann persönlich auf mich zukommen". [Es habe Leute gegeben, die auf sie zugekommen seien]. (Frau, 45 Jahre, nicht erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

„Der Chef hat mit dem Team kommuniziert und die Situation erklärt, es war kein Geheimnis. Das Team hat alles miterlebt. Für mich war es das schwierigste – das Team konnte es noch gut nehmen – wenn jemand etwas schwächer ist, dann helfen sie mehr. Für sie war es nicht ein Problem, dass ich andere Sachen mache. Für mich war es ein Problem. Für mich war es auch besser 40% dort zu sein und Vollgas zu geben, anstatt 100% dort sein und darf nur 40%. Das Verständnis im Büro für meine Situation war viel grösser als ich es mir gedacht habe". (Frau, 30 Jahre, Massnahmebeginn, psychische Beeinträchtigung)

Dass es für eine derartige Transparenz allerdings auch eine grundsätzlich hilfsbereite, engagierte und verständnisvolle Arbeitsumgebung braucht, wird aus den Aussagen ebenfalls deutlich.

„Ich hatte das Glück, dass mein Chef sehr verständnisvoll ist und bereits am ersten Tag als ich sagte – es ist nicht gut – sagte er mir er helfe mir. Er wolle, dass ich wieder kommen könne …Danach habe ich mit dem Chef alles selber besprochen. Der Chef und ich – wie das sein könnte. Er machte verschiedene Vorschläge, ich könnte im Büro arbeiten wo ich ein bisschen aus dem Hauptgeschäft herausgenommen werde. Am Anfang kamen zum Beispiel alle Mails zu ihm. Ich hatte gar kein direktes Telefon. Ich durfte immer sagen was gut ist und was nicht… Wichtig war auch, dass es dem Chef persönlich wichtig war, dass es mit mir wieder aufwärts geht. Es war auch der Geschäftsleitung ein Anliegen. Sie haben aber alle mich nicht gross unter Druck gesetzt". (Frau, 30 Jahre, Massnahmebeginn, psychische Beeinträchtigung)

8.5 Zufriedenheit mit der beruflichen und finanziellen Lebenssituation

Gesamthaft berichtet rund die Hälfte aller Befragten, dass sie mit ihrer beruflichen und finanziellen Lebenssituation eher oder sehr zufrieden sind (Tabelle 29).

Tabelle 29: Zufriedenheit mit der beruflichen und finanziellen Situation bei Befragung

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	Erfolg	Gesamt	Nachher	Vorher	Gesamt
Zufriedenheit mit beruflicher und finanzieller Situation (N=388-411 / 390-412)						
beruflich eher/sehr zufrieden	47.3	69.6	55.3	61.9	54.4	58.1
finanziell eher/sehr zufrieden	42.1	55.9	46.9	56.1	46.2	51.0

Beruflich sind die Befragten allerdings häufiger zufrieden als in finanzieller Hinsicht. Im zeitlichen Verlauf steigt die Zufriedenheit in beiden Bereichen um rund 10 Prozentpunkte.

Hinsichtlich Eingliederungserfolg zeigen sich noch etwas deutlichere Unterschiede: Während 70% der erfolgreich Integrierten mit ihrer beruflichen Situation zufrieden sind, sind dies bei den nicht erfolgreich Integrierten weniger als die Hälfte der Personen. Auch die finanzielle Zufriedenheit ist bei den Integrierten mit 56% klar höher als bei den Personen ohne Eingliederungserfolg (42%).

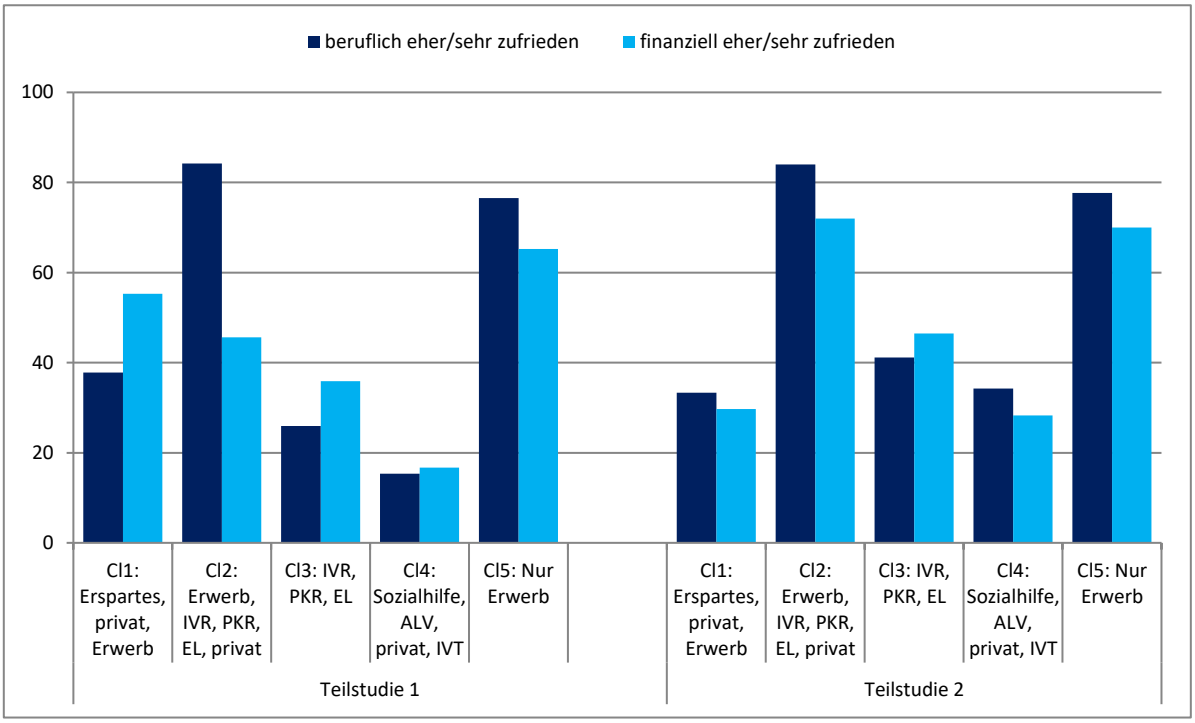
Bemerkenswert ist auf der anderen Seite aber auch, dass die Unterschiede nicht grösser ausfallen respektive, dass zwischen 40 und 50% der nicht Integrierten sowohl beruflich wie auch finanziell eher oder sehr zufrieden sind.

Insgesamt sind die Männer seltener zufrieden als die Frauen, sowohl beruflich (50% gegenüber 60% bei den Frauen) als auch vor allem finanziell (37% gegenüber 57%). Dies obwohl Männer beruflich/finanziell nicht schlechter dastehen als Frauen – die erwerbstätigen Männer verdienen mit CHF 4‘200 pro Monat gar deutlich mehr als die erwerbstätigen Frauen mit CHF 3‘500. Die grössere Unzufriedenheit bei den Männern hängt hier möglicherweise mit ihrer familiären Situation zusammen (männliche Befragte leben deutlich häufiger mit Partnerin und Kindern zusammen als weibliche Befragte) und allenfalls auch mit deren gesellschaftlicher Rollenerwartung („Ernährer“).

Weitere Hinweise ergeben sich aus der Gegenüberstellung von Einkommens-Typ und beruflicher sowie finanzieller Zufriedenheit (Abbildung 55).

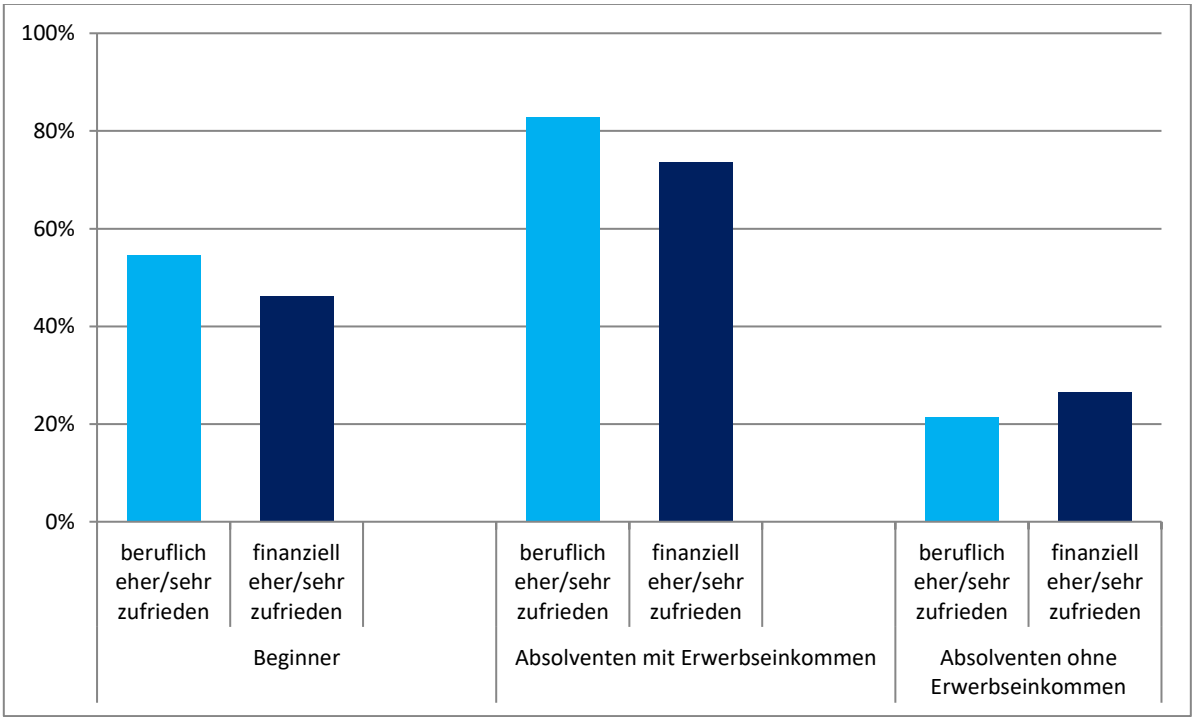
In beiderlei Hinsicht (beruflich wie finanziell) eher oder sehr zufrieden sind in beiden Teilstudien besonders häufig (zu jeweils rund 70%) die Personen mit fast ausschliesslichem Erwerbseinkommen (Cluster 5). Beruflich gar noch etwas häufiger zufrieden sind allerdings in beiden Stichproben die Personen mit einer (Teil)IV-Rente *und* Erwerbseinkommen (Cluster 2). Finanziell sind diese Versicherten in Teilstudie 1 weniger zufrieden als die Personen, die sich ausschliesslich über ein Erwerbseinkommen finanzieren, aber in Teilstudie 2 zeigt sich kein Unterschied. Beruflich und finanziell sehr selten zufrieden sind Personen, die vom Ersparten und von privater Hilfe leben (teils noch mit einem gewissen Erwerbseinkommen) sowie IV-Rentner/innen ohne Erwerbstätigkeit und Bezüger/innen von Arbeitslosen- und Sozialhilfe – letztere sind insgesamt besonders häufig unzufrieden.

Abbildung 55: Zufriedenheit mit der beruflichen und finanziellen Situation – nach Einkommenscluster (TS 1: N=375-400 / TS 2: N= 379-405)



Betrachtet man schliesslich die berufliche und finanzielle Zufriedenheit im zeitlichen Verlauf genauer, unter Einbezug des Erwerbseinkommens bei den Massnahmenabsolventen, wird wiederum deutlich, welche grossen Unterschied das Vorhandensein eines Erwerbseinkommens ist (Abbildung 56).

Abbildung 56: Beruflich/finanziell Zufriedene nach Zeitverlauf und Outcome (TS 2; N=365-382)



Während die Personen zu Beginn des IV-Eingliederungsprozesses in der Hälfte der Fälle eher oder sehr zufrieden mit ihrer beruflichen und finanziellen Lebenssituation sind, verändert sich dieser Wert im Verlauf je nach Integrationserfolg: Bei den Massnahmenabsolventen mit einem Erwerbseinkommen sind 75% (finanziell) respektive 83% (beruflich) zufrieden. Bei den Absolventen ohne Erwerbseinkommen betragen die entsprechenden Anteile lediglich 27% respektive 21%. Offensichtlich sind diese Personen mit ihrer beruflichen Situation noch *un*zufriedener als mit ihrer finanziellen Situation (das ist bei den beiden anderen Gruppen umgekehrt).

8.6 Fazit

Erwerbsstatus und finanzielle Sicherheit sind zentrale Faktoren für das Befinden der Befragten, zudem ist die Erwerbsfähigkeit das zentrale Ziel der IV. Deshalb wurde auch die Einkommenssituation relativ detailliert erfasst und ausgewertet.

Der Erwerbsstatus von IV-Versicherten verbessert sich im zeitlichen Verlauf deutlich von rund 40% erwerbstätigen Versicherten bei Massnahmebeginn auf 65% nach Massnahmenende und der Anteil arbeitsloser Personen nimmt deutlich ab. Allerdings verbessert sich derjenige Anteil der Versicherten, der *ausschliesslich* vom Erwerbseinkommen lebt, im zeitlichen Verlauf weniger stark.

Gleiches gilt für die Versicherten in der Teilstudie 1, von denen sich gesamthaft (gewichtete Daten) rund ein Drittel fast ausschliesslich über ihr Erwerbseinkommen finanzieren. Zwei Drittel aller Versicherten benötigen weitere Einkommensquellen. Lediglich bei der Gruppe der erfolgreich integrierten Versicherten der Teilstudie 1 finanzieren sich 80% ausschliesslich über ein Erwerbseinkommen. Da die Gruppe der „Erfolgreichen“ gesamthaft gesehen ein Drittel der in der Teilstudie 1 Befragten umfasst, ist also bei rund einem Viertel der Befragten (80% von einem Drittel) davon auszugehen, dass sie heute erwerbstätig sind *und* finanziell unabhängig. Abgesehen von der hier verwendeten Erfolgs-Definition kann wohl auch bei anderen Gruppen, zum Beispiel bei den erwerbstätigen (Teil)Rentner/innen zumindest teilweise von einem Eingliederungserfolg ausgegangen werden. Dies gilt vor allem für Versicherte mit einem geringeren IV-Rentengrad – je geringer der Rentengrad desto höher der Anteil von Personen, die ein Erwerbseinkommen erzielen.

In Anbetracht der gesundheitlich und funktionell meist schwer beeinträchtigten Versicherten ist der Anteil der Versicherten, der 2 Jahre nach Massnahmenende *fast ausschliesslich* vom Erwerbseinkommen lebt, nicht gering zu schätzen.

Clustert man all die möglichen Einkommensquellen, mit denen die Befragten im 2017 ihren Lebensunterhalt bestreiten, zeigen sich 5 personenbezogene Einkommenstypen: Etwa 10% der Befragten (ungewichtete Daten) lebt vor allem vom Gesparten, von privater Unterstützung sowie teilweise von einem Erwerbseinkommen. Rund 7% beziehen eine (Teil)Rente und haben alle noch ein Erwerbseinkommen. Rund 15% beziehen eine IV-Rente ohne Erwerbseinkommen, dafür teils mit Ergänzungsleistungen und Pensionskassenrente. Die vierte Gruppe (rund ein Fünftel) umfasst Versicherte, die häufig von der Arbeitslosen- und Sozialhilfe sowie auch privat unterstützt werden. Schliesslich gibt es eine Gruppe von Versicherten (rund 48%), die zu 90% ausschliesslich vom Erwerbseinkommen leben, teils noch unterstützt durch die Partnerin/den Partner. Diese Einkommensgruppen korrelieren stark mit der Art und dem Ausmass der funktionellen Einschränkungen der Versicherten. Vereinfacht lässt sich feststellen, dass Versicherte mit wenigen respektive mit ausschliesslich somatischen Defiziten hohe Anteile von Personen zeigen, die nur vom Erwerbseinkommen leben. Umgekehrt sind Versicherte mit psychischen oder psychischen und somatischen Beschwerden in der grossen Mehrheit auf Ersatzeinkommen oder private Unterstützung angewiesen.

Knapp 80% der Personen, die im 2015 unseren Kriterien für beruflichen Eingliederungserfolg entsprachen (Teilstudie 1, gewichtete Daten), gehören bei Befragung zwei Jahre später zur Gruppe derjenigen, die sich fast ausschliesslich über ein Erwerbseinkommen finanzieren.

Die Einkommens- und Rentensituation der Befragten ändert sich teilweise zwischen dem Jahr 2015 und dem Zeitpunkt bei Befragung und zwar vor allem bei denjenigen Befragten, welche im 2015 keine IV-Rente bezogen und ein Erwerbseinkommen unter CHF 1000 erzielten: Von diesen sind rund 30% bei Befragung berentet. Betrachtet man nur die Einkommenssituation, zeigt sich insgesamt eine finanzielle Verbesserung bei denjenigen Befragten, die im 2015 gar kein Einkommen erzielten – rund die Hälfte von ihnen gibt bei Befragung ein Erwerbseinkommen an. Während der Eingliederungsprozess bei diesen Personen häufig eine Verbesserung bewirkt mussten vor allem die Befragten mit höheren Einkommen Einbussen hinnehmen. Gesamthaft verdienten 42% der Befragten im 2017 etwa gleich viel wie im 2015, 30% verdienten weniger und 28% mehr.

Versicherte mit wenigen spezifischen Einschränkungen sowie solche mit ausschliesslich somatischen Einschränkungen gehören mehrheitlich zur Gruppe mit fast ausschliesslichem Erwerbseinkommen während Versicherte mit ausschliesslich psychischen Defiziten häufig vom Ersparten und privater Unterstützung leben. Versicherte mit sowohl psychischen wie körperlichen Einschränkungen schliesslich sind häufig IV-berentet.

Die bei der Befragung erwerbstätigen Versicherten verhalten sich am Arbeitsplatz gegenüber ihren Vorgesetzten in zwei Dritteln der Fälle transparent was ihre gesundheitliche Beeinträchtigung betrifft – und etwas seltener auch gegenüber ihren Arbeitskollegen. Diese Transparenz nimmt im zeitlichen Verlauf ab, aus welchen Gründen auch immer (sei es weil sie nicht mehr so wichtig ist oder weil man nicht so gute Erfahrungen gemacht hat etc.). Versicherte mit muskuloskelettalen Erkrankungen sind häufiger transparent als psychische kranke Versicherte (80% gegenüber 40-50%). Die häufige Intransparenz bei psychischen Beeinträchtigungen mag verständlich sein, hat jedoch gewisse Konsequenzen: Versicherte, die über ihre Probleme sprechen, erfahren deutlich häufiger Unterstützung von ihrem Vorgesetzten wie auch von ihren Arbeitskollegen. Zudem sind Vorgesetzte von transparenten Versicherten sehr gut informiert: Je 80% von ihnen kennen die die nötigen Arbeitsanpassungen, wissen, was sie den Versicherten zumuten dürfen und wie sie sie bei Problemen unterstützen können. Fehlt die Transparenz, trifft dies lediglich auf 25-30% der Vorgesetzten zu. Hier zeigt sich ein typisches Dilemma psychisch kranker Personen am Arbeitsplatz. Die interviewten Versicherten betonen, wie wichtig ihnen die Unterstützung der Vorgesetzten und auch das Klima sowie die Solidarität des Betriebes ist. Sie machen auch darauf aufmerksam, dass es sehr entlastend sein kann, über die eigenen Probleme zu sprechen.

Gesamthaft ist rund die Hälfte der Versicherten eher oder sehr zufrieden mit ihrer finanziellen wie auch mit ihrer beruflichen Situation. Im zeitlichen Verlauf nimmt der Anteil der finanziell wie beruflich zufriedenen Personen um rund 10 Prozentpunkte zu. Die erfolgreich Integrierten sind zufriedener als die nicht Erfolgreichen, wobei der Unterschied bei der beruflichen Zufriedenheit grösser ist als bei der finanziellen. Auffallend ist aber auch, dass die Unterschiede nach Erfolg nicht grösser sind.

Obwohl männliche Versicherte im Durchschnitt ein höheres Einkommen erzielen als die Frauen, sind sie vor allem mit ihrer finanziellen Situation deutlich unzufriedener als weibliche Versicherte, was unter anderem damit zusammenhängt, dass sie häufiger mit Partnerin und Kindern zusammenleben als weibliche Versicherte.

9 Zufriedenheit, Lebensqualität und Perspektiven

Zum Schluss der Befragung wurden den Versicherten Fragen zu ihrer allgemeinen Lebensqualität, zu ihrer Zufriedenheit in einzelnen Lebensbereichen (einige dieser Daten wurden oben in den jeweiligen Kapiteln schon gezeigt, weshalb hier nur weiterführende Auswertungen zur Zufriedenheit dargestellt werden) sowie zu ihren Erwartungen, in welche Richtung sich ihre Situation in Zukunft entwickeln wird („Perspektiven“).

Tabelle 30: Lebensqualität im Allgemeinen

	Teilstudie 1: Erfolgsfaktoren			Teilstudie 2: Zeitlicher Verlauf		
	Misserfolg	Erfolg	Gesamt	Nachher	Vorher	Gesamt
Lebensqualität im Allgemeinen (N=439 / 429)						
Sehr schlecht	11.8	1.2	8.3	4.3	6.7	5.5
Schlecht	18.8	10.7	16.1	15.4	16.1	15.7
Weder gut noch schlecht	36.4	24.1	32.4	30.4	31.2	30.8
Gut	22.9	43.7	29.8	39.3	37.1	38.2
Sehr gut	10.1	20.3	13.5	10.7	8.9	9.7

9.1 Lebensqualität

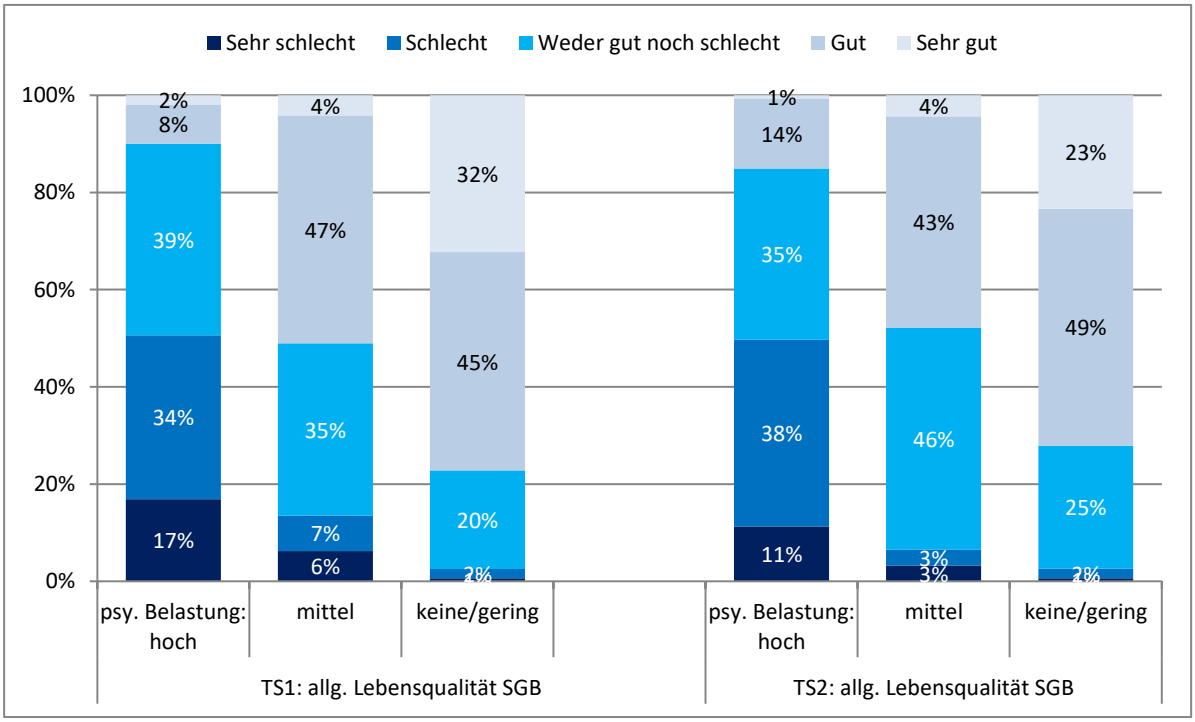
Die allgemeine Lebensqualität der Befragten unterscheidet sich relativ deutlich nach Eingliederungserfolg, hingegen nicht im zeitlichen Verlauf (Tabelle 30).

Während rund ein Drittel der beruflich nicht erfolgreich Integrierten über eine gute oder sehr gute Lebensqualität berichtet, sind es bei den erfolgreich integrierten Versicherten rund zwei Drittel, also ein doppelt so hoher Anteil. Rund 30% der nicht Integrierten geben eine schlechte oder sehr schlechte Lebensqualität an. Dies betrifft bei den Erfolgreichen nur 12%. Dass sich die Lebensqualität im zeitlichen Verlauf gesamthaft nicht ändert, obwohl sich die gesundheitliche Situation etwas bessert und sich vor allem die berufliche Situation stark verbessert (viel mehr Vollzeit und Teilzeit Erwerbstätige als zu Massnahmebeginn), ist bemerkenswert.

Auch hier wird deutlich, dass es sich bei den Massnahmenabsolventen nicht um eine homogene Gruppe handelt, sondern dass sich vielmehr die beruflich integrierten Absolventen (die ein Erwerbseinkommen erzielen) von den nicht erwerbstätigen Absolventen sehr unterscheiden: Bei den erwerbstätigen Absolventen geben rund 70% eine gute oder sehr gute Lebensqualität an, was vergleichbar ist mit den erfolgreich Integrierten aus Teilstudie 1, während dieser Anteil bei den nicht erwerbstätigen Absolventen lediglich 8% beträgt. Es ist demnach nicht die Zeit, welche den Unterschied macht, sondern die Erwerbstätigkeit – respektive die Erwerbsfähigkeit (auch hier ist die Kausalität allerdings unklar).

Die folgende Darstellung (Abbildung 57) verdeutlicht den sehr engen Zusammenhang von gesundheitlicher Belastung – hier am Beispiel der psychischen Belastung verdeutlicht – und Lebensqualität. Bei Personen mit einer hohen psychischen Belastung geben lediglich 10% der Personen eine gute oder sehr gute Lebensqualität an. Bei mittleren psychischen Belastungen beträgt dieser Anteil schon rund 50% und bei keinen/geringen psychischen Belastungen gar 77% (Teilstudie 1; die entsprechenden Werte für die Teilstudie 2 sind 15%, 47% und 72%). Angesichts dieses engen Zusammenhanges zwischen psychischer Belastung und Lebensqualität zum einen und der Reduktion der psychischen Belastung im zeitlichen Verlauf des Eingliederungsprozesses sollte man annehmen, dass sich auch die Lebensqualität im Verlauf verbessert – was wie gezeigt aber eben nicht der Fall ist.

Abbildung 57: Lebensqualität nach psychischer Belastung in beiden Teilstudien



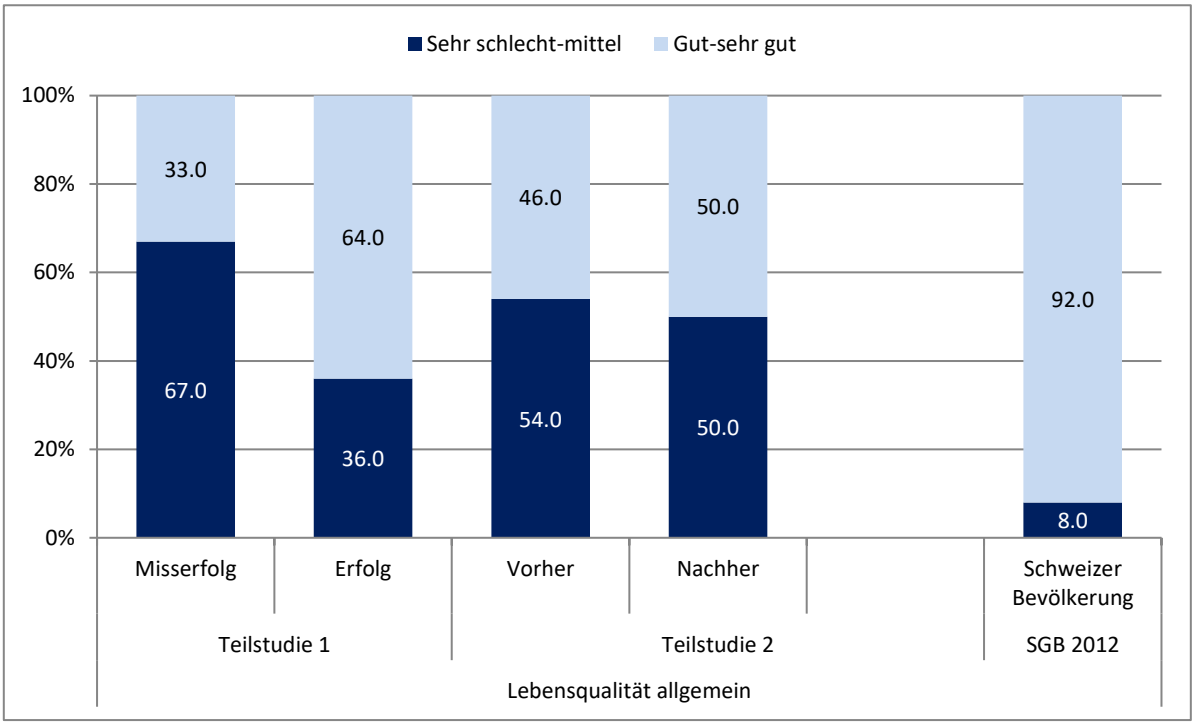
Lebensqualität hängt sehr stark mit der gesundheitlichen Situation zusammen, wobei sich dieser Zusammenhang auch mit der sozialen Lebenssituation und Unterstützung zeigt: Je mehr Personen die Versicherten in ihrem privaten Umfeld haben, auf die sie sich jederzeit verlassen können und je mehr Vertrauenspersonen sie haben, desto höher ist die Lebensqualität. Aber auch diese sozialen Merkmale variieren stark nach gesundheitlicher Beeinträchtigung. Festhalten lässt sich jedenfalls, dass die subjektive Lebensqualität in der vorliegenden Untersuchung nicht unabhängig ist von der objektiven Lebenssituation, sondern diese spiegelt. Und dabei scheinen die gesundheitliche Belastung und die Erwerbstätigkeit eine zentrale Rolle zu spielen.

Vergleicht man wiederum die Lebensqualität der Versicherten mit den Angaben aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, wird klar, wie gering diese bei den Personen ist, die von der IV beruflich unterstützt werden respektive wurden (Abbildung 58).

Fast alle Befragten der Schweizer Bevölkerung (92%) berichten über eine gute oder sehr gute Lebensqualität. Dabei ist daran zu erinnern, dass gemäss Daten der Gesundheitsbefragung bei knapp einem Fünftel der Bevölkerung zumindest eine psychische Störung wahrscheinlich oder möglich ist: 18% berichten über eine zumindest mittelstarke psychische Belastung (Schuler et al., 2016). Dennoch ist es noch einmal ein sehr grosser Unterschied zur Population der IV-Massnahmenempfänger.

Die einzige der in der Abbildung gezeigten Gruppen von Versicherten, die nicht ganz so stark von der Bevölkerung abweicht, ist diejenige der beruflich erfolgreich Integrierten, von denen immerhin knapp zwei Drittel eine gute bis sehr gute Lebensqualität angeben. Umgekehrt betrachtet gibt es auch bei den beruflich nicht erfolgreich Integrierten („Misserfolg“) einen Anteil von 33%, die über eine gute bis sehr gute Lebensqualität berichtet – und bei den erfolgreich Integrierten einen Anteil von 36%, die eine mittlere bis sehr schlechte Lebensqualität berichten. Der berufliche Eingliederungserfolg scheint demnach sehr wichtig für die Lebensqualität, aber er ist keine ‚Garantie‘ für eine hohe Lebensqualität, wie umgekehrt Erwerbslosigkeit nicht verhindert, dass eine Person eine hohe Lebensqualität empfindet.

Abbildung 58: Lebensqualität bei IV-Massnahmenempfänger/innen und Allgemeinbevölkerung



9.2 Zufriedenheit in einzelnen Lebensbereichen

Neben der generellen Einschätzung der Lebensqualität haben die Befragten auch angegeben, wie zufrieden sie aktuell mit ihrer Lebenssituation in verschiedener Hinsicht sind: Mit ihrer beruflichen Situation, ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit, ihrer Beziehungs- respektive Familiensituation, ihrer finanziellen und sozialen Situation/ihrem Freundeskreis sowie ihrer Wohn- und Behandlungssituation. Dabei konnten sie jeweils angeben, ob sie sehr zufrieden, eher zufrieden, eher unzufrieden oder sehr unzufrieden sind.

Gesamthaft gesehen, mit geringen Abweichungen zwischen den beiden Teilstudien (Abbildung 59), sind die Befragten mit ihrer Wohnsituation, ihrer familiären und ihrer Behandlungssituation relativ häufig – in jeweils rund 75-80% – eher oder sehr zufrieden.

Vergleichsweise selten (in jeweils rund 40-55%) sind sie zufrieden mit ihrer finanziellen, gesundheitlichen und beruflichen Situation. Das ist auf der einen Seite nachvollziehbar, weil gerade die Unzufriedenheit respektive Problematik in diesen drei Lebensbereichen der Grund ist oder war, Unterstützung durch die IV zu erhalten. Offensichtlich sind die Versicherten in anderen Belangen doch deutlich zufriedener. Auf der anderen Seite bleibt diese erhöhte Unzufriedenheit gegenüber anderen Lebensbereichen trotz IV-Massnahmen bestehen (3 von 4 befragten Gruppen von IV-Versicherten haben das Eingliederungsprocedere ja hinter sich). Allerdings ist es durchaus möglich, dass die reduzierte Zufriedenheit in den Bereichen Finanzen, Beruf und Gesundheit noch akzentuierter ausfallen würde, wenn keine IV-Eingliederungsmassnahmen durchgeführt worden wären.

Im zeitlichen Verlauf manifestieren sich kaum Unterschiede in der Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen. Am ehesten zeigt sich eine positive Tendenz in der im Verlauf zunehmenden Zufriedenheit mit der eigenen psychischen Gesundheit und tendenziell mit der familiären und finanziellen Situation.

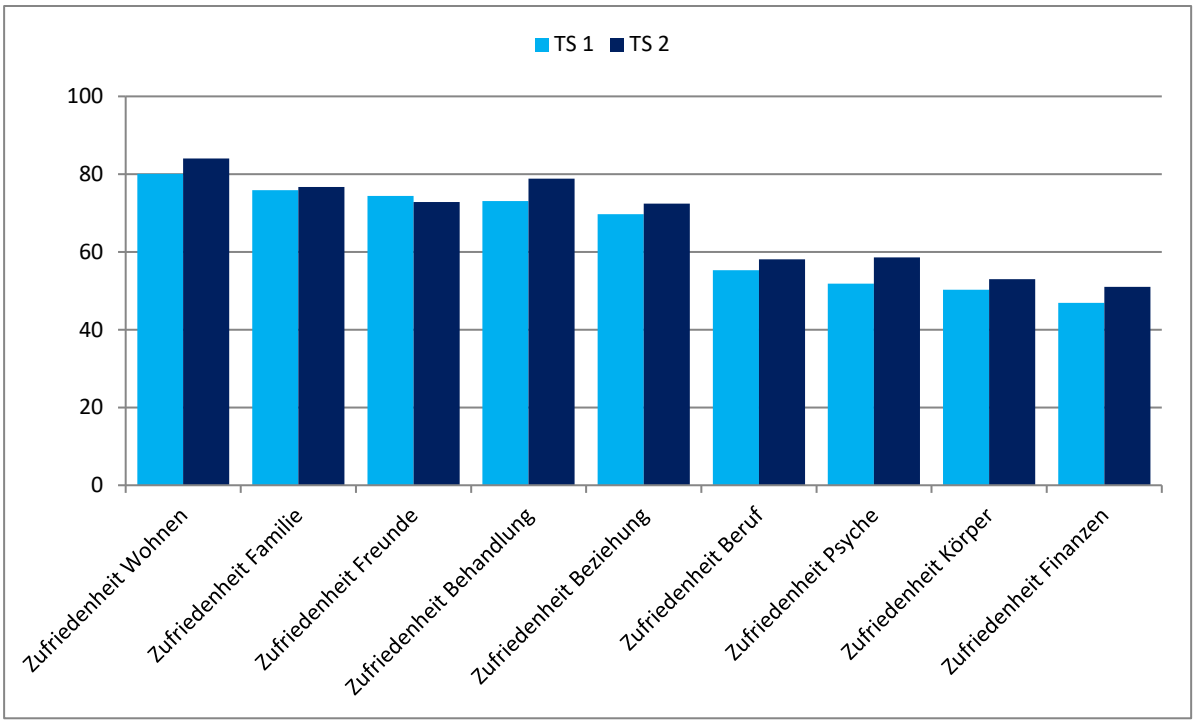
Hingegen zeigen sich fast durchaus signifikante und relevante Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen den erfolgreich eingegliederten Personen und den nicht erfolgreich Integrierten (Personen mit

ausschliesslich körperlichen Einschränkungen sind gesamthaft betrachtet ebenfalls relativ häufig zufrieden – mit Ausnahme ihrer finanziellen Situation und ihrem körperlichen Gesundheitszustand.

Personen mit ausschliesslich psychischen Funktionsdefiziten sind zwar mit ihrer Behandlungssituation (meistens bei einem Psychiater) mit einem Anteil von rund 80% zwar sehr häufig zufrieden und ebenso mit ihrer körperlichen Gesundheit oft zufrieden (zu rund 65%), aber relativ selten zufrieden in manch anderer Hinsicht: Beruflich (40%), psychisch (32%) und finanziell (45%).

Abbildung 60).

Abbildung 59: Eher/sehr zufrieden in Lebensbereichen (TS1: N=384-419; TS2: N=368-413)



Mit Ausnahme der Zufriedenheit mit der Wohnsituation sind die Versicherten mit beruflichem Eingliederungserfolg in allen Belangen zufriedener mit ihrem Leben. Besonders deutlich zeigen sich die Unterschiede erneut in beruflicher, finanzieller und gesundheitlicher Hinsicht (psychisch wie auch somatisch).

Das heisst, dass die IV-Massnahmen sehr wohl mit einer erhöhten Zufriedenheit zusammenhängen, falls sie zum Eingliederungserfolg führen. Dies bestätigt auch die dargestellten Resultate zur Lebensqualität.

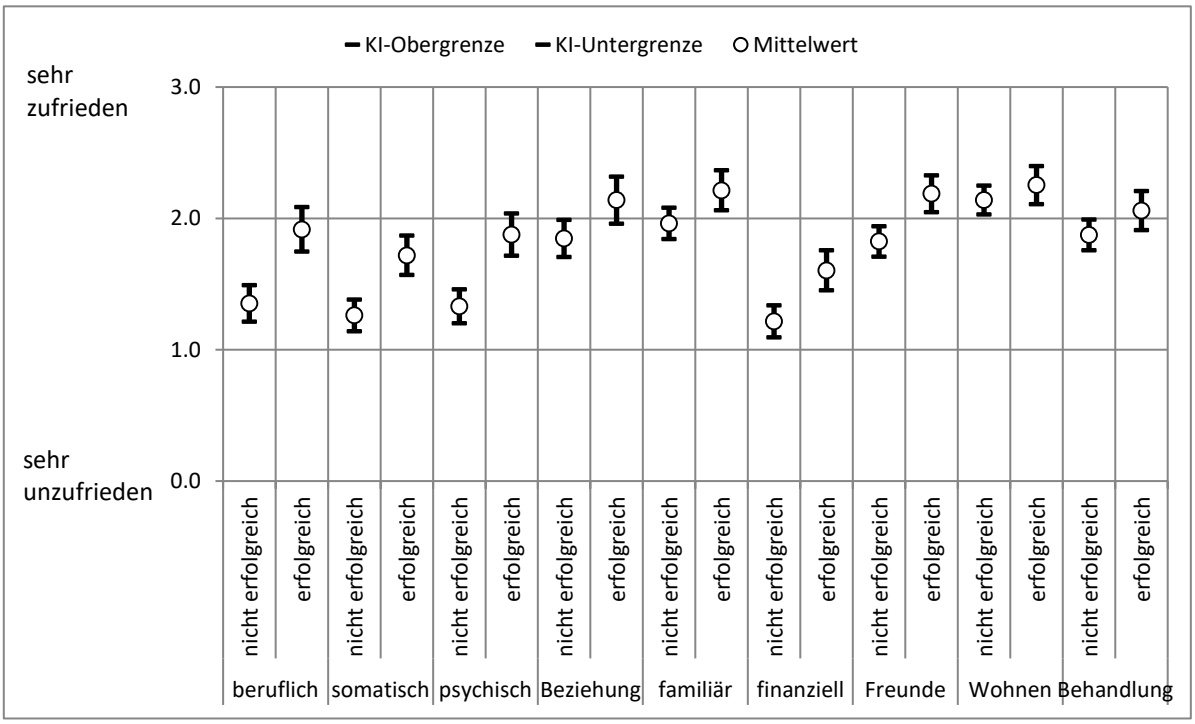
Schliesslich wurden die verschiedenen Typen von Personen mit Funktionseinschränkungen nach ihrer Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen untersucht (Abbildung 61). Personen mit relativ wenigen respektive spezifischen Defiziten (Gruppe 1) geben in allen Bereichen die höchste Zufriedenheit an und Personen mit häufigen psychischen und auch häufig somatischen Einschränkungen die geringste Zufriedenheit.

Personen mit eher geringen Funktionseinschränkungen sind mit Ausnahme einer etwas reduzierten Zufriedenheit in finanzieller Hinsicht in allen Lebensbereichen zu 75-85% eher oder sehr zufrieden. Versicherte mit starken sowohl psychischen wie auch körperlichen Einschränkungen sind lediglich hinsichtlich ihrer Wohn- und Behandlungssituation zu über 50% zufrieden.

Personen mit ausschliesslich körperlichen Einschränkungen sind gesamthaft betrachtet ebenfalls relativ häufig zufrieden – mit Ausnahme ihrer finanziellen Situation und ihrem körperlichen Gesundheitszustand.

Personen mit ausschliesslich psychischen Funktionsdefiziten sind zwar mit ihrer Behandlungssituation (meistens bei einem Psychiater) mit einem Anteil von rund 80% zwar sehr häufig zufrieden und ebenso mit ihrer körperlichen Gesundheit oft zufrieden (zu rund 65%), aber relativ selten zufrieden in manch anderer Hinsicht: Beruflich (40%), psychisch (32%) und finanziell (45%).

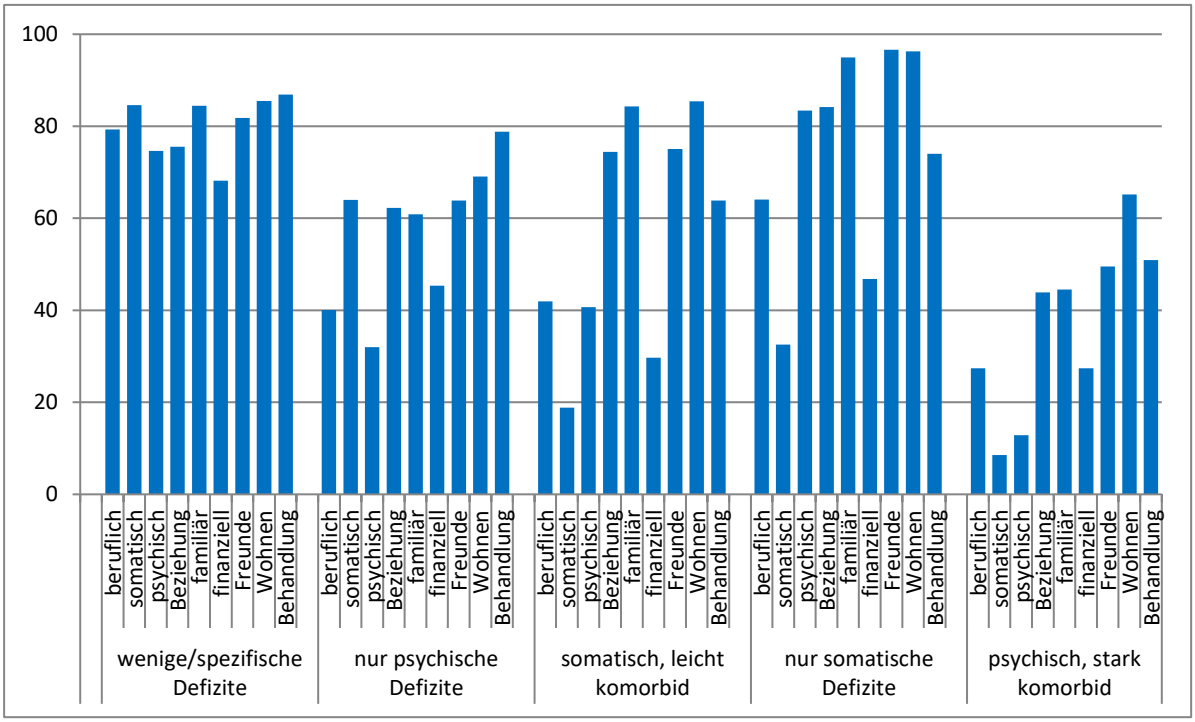
Abbildung 60: Zufriedenheit in Lebensbereichen nach Eingliederungserfolg (TS1: N=384-419)



Personen mit vor allem somatischen Einschränkungen und gleichzeitigen psychischen Defiziten geben zwar mit jeweils 75-85% eine relativ hohe Zufriedenheit im familiären und sozialen Bereich an (Beziehung, Familie, Freunde, Wohnsituation), sind jedoch gesundheitlich (somatisch wie auch psychisch) sowie finanziell meist unzufrieden.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass wiederum der berufliche Eingliederungserfolg und die Art und Schwere der gesundheitlich bedingten Funktionseinschränkungen starke Zusammenhänge mit der Zufriedenheit in den verschiedenen Lebensbereichen aufzeigt.

Abbildung 61: Zufriedenheit in Lebensbereichen nach Einschränkungstyp (TS 1; N=344-373)



9.3 Aussagen von Versicherten

Die folgenden Berichte der Interviewten zeigen eindrücklich, wie stark die subjektive Lebensqualität mit der Arbeitssituation zusammen hängen. Es gibt natürlich auch Lebensqualität ohne eine Arbeitsstelle, aber weil Arbeit derart viele grundlegenden Bedürfnisse und Funktionen erfüllt, ist es nicht leicht, ohne sie eine hohe Lebensqualität zu empfinden. Nicht mehr arbeiten zu können respektive die Stelle verloren zu haben, wird von Vielen als grosser Verlust empfunden.

Deshalb ist die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit zunächst ein Schock, weil man sich nützlich fühlen möchte, weil man sonst das Selbstvertrauen verliert, keine Beachtung mehr findet, weniger Sozialkontakte hat etc.

„Lorsque les médecins m'ont dit que je ne pourrai plus travailler en tant que XXX, ça a été un énorme choc, parce que j'aimais beaucoup ça...les relations aux clients, le fait de se sentir utile… Je suis très motivée à retrouver un emploi, pour mes enfants, pour moi, ma confiance en moi et aussi pour me sentir occupée, mais aussi pour le salaire (…) je dois toujours être occupée, faire quelque chose. Sinon je me sens triste, si je ne fais rien, je ne sers à rien. Et juste travailler à la maison, ça ne suffit pas, parce que c'est des tâches quotidiennes. J'ai besoin de ce regard des clients, pour être bien...je suis très sociable, j'aime que les gens apprécient mon contact, mon travail, et j'aime me sentir utile“.(Frau, 30 Jahre, Massnahmebeginn, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

Ein Job gibt einem das Gefühl, ein wertvoller Mensch zu sein, und man leidet darunter, wenn man ihn krankheitsbedingt nicht mehr machen kann – ob man es nun früher gerne gemacht hat oder nicht.

„J'étais quelqu'un que dans mon métier je savais très bien faire, J'étais chef d'équipe, vous voyez je suis resté 15 ans dans la boite où je travaillais, on ne reste pas 15 ans dans une boite si on n'est pas une personne valable et on n'est pas nommé chef d'équipe si on n'est pas quelqu'un de valable, donc après la vie à fait que justement la maladie, si on est touché par un accident ou une maladie ce n'est pas ma faute, donc les gens déjà ils souffrent de ne plus pouvoir faire leur métier, qu'ils l'aiment ou qu'ils ne l'aiment pas ! “ (Mann, 50 Jahre, erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

Teilweise kann auch ein Kurs oder eine Schulungsmassnahme einem das Gefühl von Kompetenz geben – das dritte Beispiel illustriert deutlich, wie wichtig dieses Gefühl sein kann.

„J'ai réussi quand même parce que j'ai réussi quand même un diplôme ! … Parce que après, à l'examen final on va vendre quelque chose, un produit qu'on choisit à des experts qui nous donnent des notes et puis il (son prof en communication) voit sur ma note de communication que j'ai réussi à faire toutes les étapes, à parler comme il faut, j'ai réussi, j'ai réussi, le prof. il était très fier ! " (Mann, 40 Jahre, Massnahmebeginn, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

Arbeiten zu können, wird zudem nicht für sich selbst, sondern auch im Hinblick auf die eigene Umgebung – die eigene Familie – als wichtig angesehen.

„Le problème c'est que c'est récurrent, ça veut dire que c'est dur… et à XX c'est très compliqué de trouver un travail aujourd'hui, alors après ça dépend dans quel domaine mais c'est vraiment la galère donc… il faut être très fort psychologiquement et moi j'ai beaucoup d'amis autour de moi qui ont lâché, qui sont en dépression et moi j'en suis un petit peu, je suis à la limite de ça parce que moi je veux absolument, j'ai besoin d'être utile j'ai besoin de travailler quoi, d'avoir une occupation professionnelle non seulement, même pour ma situation privée aussi, j'ai aussi une famille et je ne me suis pas rendue compte de l'impact que ça avait sur la famille mais quand même moins de rien voilà je me suis donnée au maximum ! " (Frau, 50 Jahre, nicht erfolgreich integriert, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

Und wenn die bisherige Arbeitstätigkeit zudem sehr gerne und mit Leidenschaft ausgeübt wurde, und der menschliche Zusammenhalt am Arbeitsplatz sehr stark war, ist deren Verlust fast unerträglich – und nicht einfach durch irgendeine andere Tätigkeit zu ersetzen.

„Moi je faisais mon métier pour passion, c'est vraiment une passion, c'est vraiment ce que je voulais faire, j'étais professionnel et j'aimais mon métier ! Et je regrette de ne pas pouvoir l'exercer … Je ne l'ai pas accepté encore, je ne l'ai pas accepté encore parce que moi j'étais dans une société qui était une super société, c'était une famille, c'étaient des amis, mon patron est mon ami, c'est pas seulement mon patron, on a créé des liens très trés fort, moi je faisais mon métier pour passion, c'est vraiment une passion, c'est vraiment ce que je voulais faire, j'étais professionnel et j'aimais mon métier ! Et je regrette de ne pouvoir pas l'exercer parce que les gens après ils disent mais c'est simple, vous pouvez trouver un autre métier, de gérer une équipe, moi j'ai déjà géré une équipe, de rester au bureau, de faire ci de faire ça mais c'est pas la même chose ! Vous savez, quand vous grandissez à faire un métier comme le bois, vous touchez le bois, vous allez acheter le bois, vous l'apportez à la machine et vous le remontez, vous construisez votre robe, c'est pas la même chose quand vous êtes dans un bureau, vous dessinez, c'est pas la même chose ! Moi j'ai passé toute ma vie à faire les choses, à travailler le bois, c'était inconcevable pour moi de rester à travailler dans le bois sans pouvoir le toucher, sans pouvoir le travailler ! Moralement, psychologiquement j'allais pas supporter ! " (Mann, 40 Jahre, Massnahmebeginn, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

Hinzu kommt, dass man den Eindruck bekommen kann, dass auch die private Umgebung das Vertrauen in einen verliert, wenn man nicht mehr arbeitet.

„Comme je n'ai pas d'emploi tout le monde a perdu sa confiance en moi, je ne peux rien faire, ils m'ont beaucoup baissé, en effet moi je suis nul, je ne peux rien faire, ça fait un moment que je n'ai pas un travail, je ne suis pas capable, donc bien sûr qu'après le moral il baisse après ! " (Mann, 30 Jahre, nicht erfolgreich integriert, muskuloskelettale Beeinträchtigung).

Ohne Arbeit ist man von der Welt abgeschnitten.

„Ce qui est important pour moi c'est d'être active professionnellement et aussi relationnellement parce qu'il ne faut pas oublier que quand on n'a plus d'activité professionnelle on est quelque part coupés du monde, on est isolés ! Ça pèse beaucoup sur le moral!" (Frau, 50 Jahre, nicht erfolgreich integriert, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

Und schliesslich können der gänzliche Verlust des Selbstvertrauens, der soziale Rückzug, der fehlende Tagesrhythmus, das Gefühl zu nicht mehr nütze zu sein gar zu Suizidgedanken, Traurigkeit respektive ohnmächtiger Wut führen. Das letzte Beispiel macht nochmals sehr deutlich, wie negativ sich Arbeitslosigkeit auswirken kann.

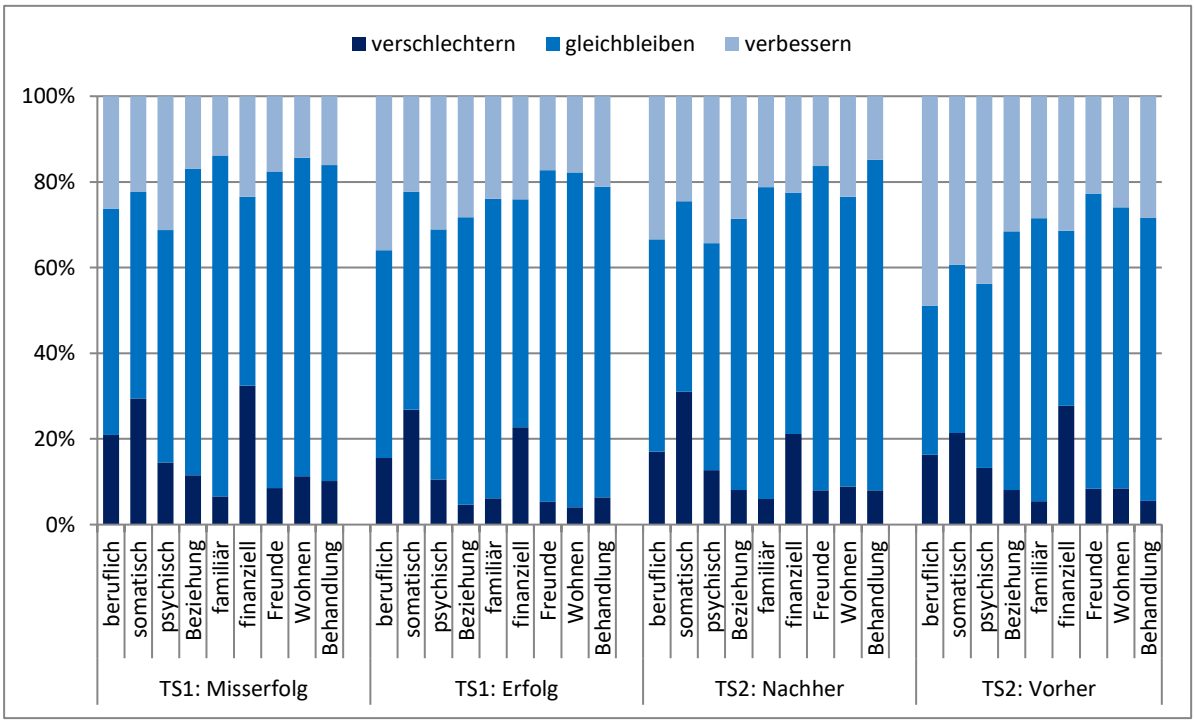
„ Depuis que je suis à la maison, les journées sont longues, je ne vois plus grand monde....déjà, de base, j'ai peu confiance en moi, mais depuis que je n'ai plus de travail, ça n'aide vraiment pas. Je n'ai plus de rythme, ne suis plus fatigué à la fin de la journée, ai l'impression de ne servir a rien. Mon moral s'effondre, j'ai même des idées suicidaires des fois. Je suis en colère contre la situation, contre l'AI, contre moi-même, et triste aussi.“ (Mann, 40 Jahre, erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

9.4 Erwartungen an die Zukunft

Direkt anschliessend an die Fragen zur Zufriedenheit in den einzelnen Lebensbereichen wurden die Versicherten danach gefragt, welche Entwicklung ihrer jeweiligen Lebenssituation sie in Zukunft erwarten – ob sich diese wohl verschlechtere, gleichbleibe oder verbessere (Abbildung 62).

Dass sich künftig die Lebenssituation verbessere, erwarten respektive hoffen vor allem die Versicherten zu Beginn des IV-Eingliederungsprozesses. Gesamthaft betrachtet erwarten dies rund 30-50% von ihnen. Dies unterstreicht das in der Praxis häufig beobachtete Phänomen, dass die Aussicht auf arbeitsrehabilitative Massnahmen Hoffnungen wecken kann, dass sich die Lebenssituation bessert, nicht nur beruflich, sondern oft auch in weiteren Lebensbereichen. Dies ist zum einen ein motivierendes Element, zum anderen können grosse Hoffnungen auch krisenanfällig machen, wenn sie sich nicht erfüllen. Gleichzeitig sind nicht wenige von ihnen, rund ein Viertel, hinsichtlich finanzieller Lebenssituation pessimistisch und erwarten, dass sich diese verschlechtern wird. Am seltensten, in gesamthaft rund 15-25%, haben die Personen ohne Eingliederungserfolg die Erwartung, dass sich ihre Lebenssituation verbessern werde. Die Befragten mit Eingliederungserfolg und diejenigen, die das IV-Procedere hinter sich haben, liegen etwa in der Mitte mit je rund 20-35% Anteilen von Versicherten, die für die Zukunft eine Verbesserung erwarten.

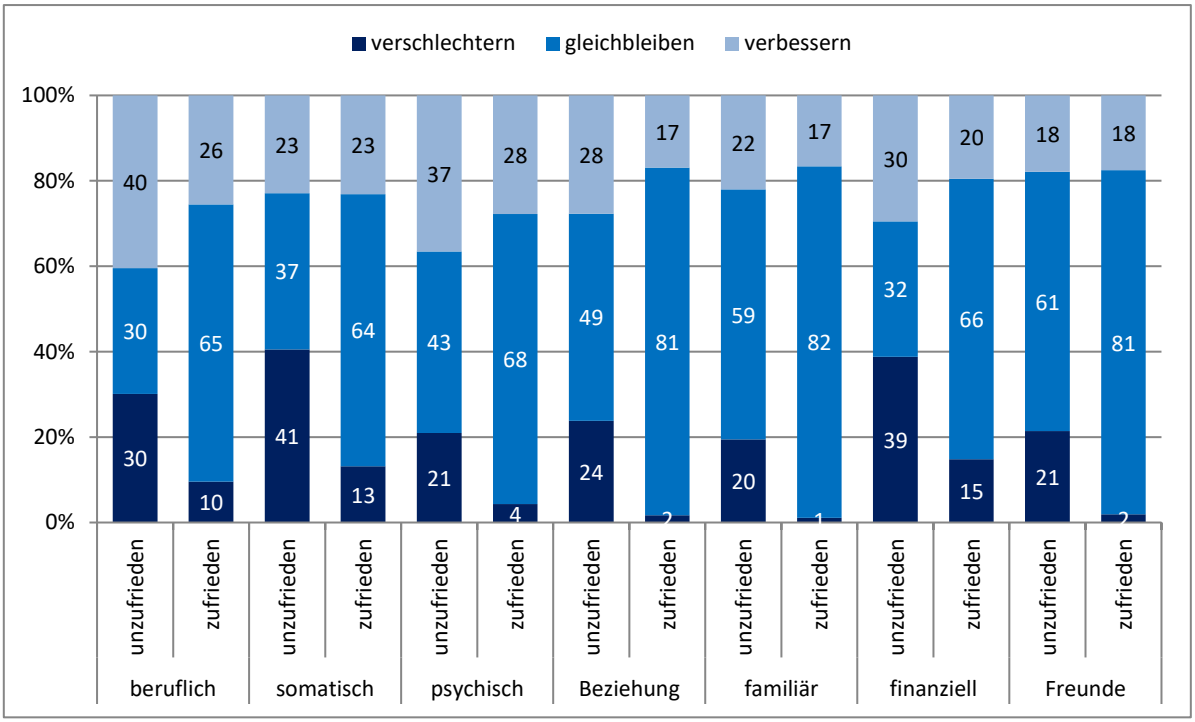
Abbildung 62: Erwartungen nach Erfolg und zeitlichem Verlauf (TS 1: N=312; TS 2: N=358)



Lebensbereiche, in denen generell häufig eine Verschlechterung in der Zukunft erwartet respektive befürchtet wird, sind die berufliche, körperlich-gesundheitliche sowie finanzielle Situation. Dies gilt für alle Gruppen. Umgekehrt sind in allen Gruppen die Erwartungen relativ hoch, dass sich vor allem die berufliche und psychisch-gesundheitliche Situation künftig verbessern werde.

Die Erwartungen hängen auch mit der Zufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation zusammen (Abbildung 63). Versicherte, die mit ihrer aktuellen beruflichen, psychischen, finanziellen und Beziehungssituation eher oder sehr unzufrieden sind, erwarten häufiger als die Zufriedenen eine Verbesserung. Gleichzeitig ist bei den Unzufriedenen aber auch der Anteil der Personen, die gar eine Verschlechterung erwarten deutlich höher als bei den Zufriedenen, und zwar in allen Lebensbereichen. So erwarten beispielsweise 40% der mit ihrer beruflichen Situation Unzufriedenen eine Verbesserung in der Zukunft (gegenüber 26% bei den Zufriedenen), aber 30% erwarten eine Verschlechterung (gegenüber lediglich 10% bei den Zufriedenen).

Abbildung 63: Zufriedenheit und Erwartungen (TS 1; N= 332-357)

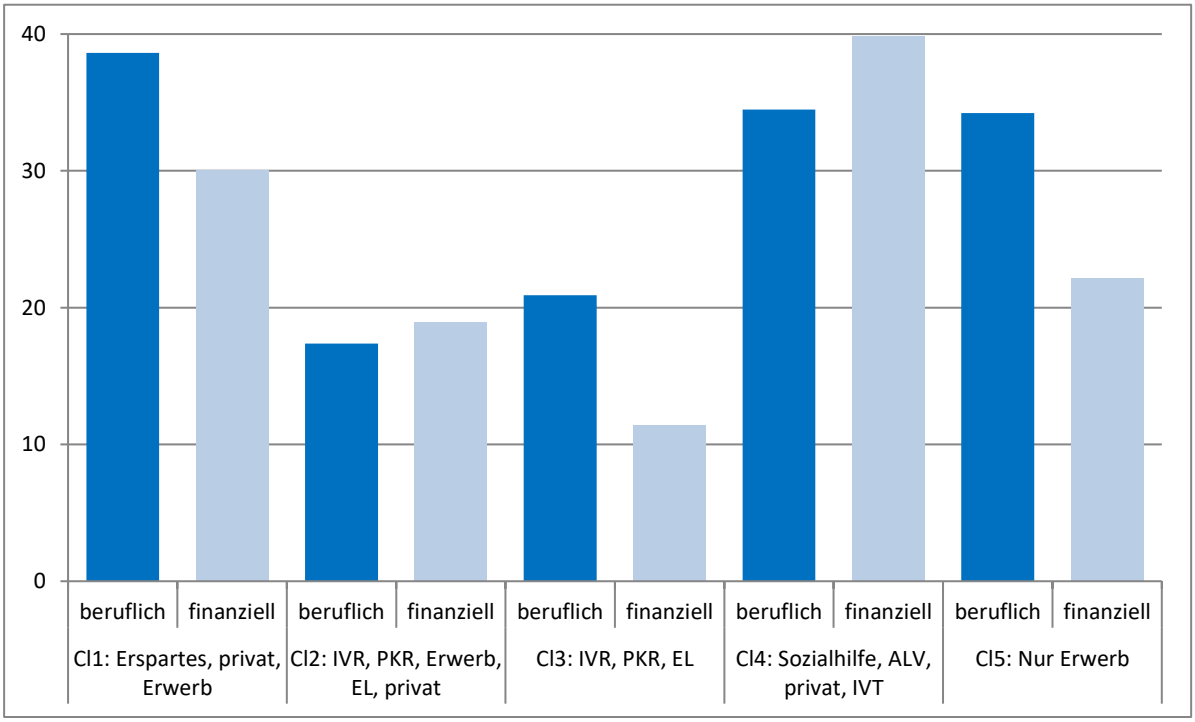


Insgesamt sehen die meisten unzufriedenen Versicherten pessimistisch in die Zukunft: 60-80% von ihnen erwarten, dass ihre Situation unverändert bleibt oder sich gar verschlechtert. Dabei ist zu beachten, dass es sich hier in drei Vierteln der Fälle um Personen handelt, die die IV-Eingliederungsmassnahmen zumindest vorläufig schon hinter sich haben. Wie weit dieser Pessimismus durch die Gegebenheiten ‚gerechtfertigt' ist und wie weit er eine gewisse Resignation spiegelt, ist hier nicht zu beantworten. Auf der einen Seite zeigen die Daten zu den oft starken gesundheitlichen Belastungen, zum eher seltenen Gefühl, das eigene Leben aktiv steuern zu können (Kontrollgefühl) sowie zur gegenüber der Allgemeinbevölkerung geringeren beruflichen und sozialen Integration, dass diese eher negative Sicht seine Gründe hat. Auf der anderen Seite wäre gerade eine gewisse Zuversicht wichtig für Lebensqualität und Integration. Während Unzufriedenheit mit der eigenen Situation durchaus produktiv sein kann, sind Hoffnungslosigkeit und Fatalismus lähmend und mit chronischen Verläufen verbunden.

In der Schweiz fand Ciompi (1979) schon früh, dass realistisch-positive Erwartungen mit dem beruflichen Rehabilitationserfolg zusammenhängen. Und Hoffmann, Kuper und Kunz (2000) konnten zum Beispiel bei Patienten mit schizophrenen Störungen zeigen, dass unabhängig von der Krankheitssymptomatik der arbeitsrehabilitative Erfolg sich verschlechtert, wenn die Personen schon ‚aufgegeben' hatten. Ähnliche Resultate gibt es auch für andere Krankheitsbilder, zum Beispiel bei Schmerzstörungen. Insofern ist es bedeutsam, dass rund 50-70% der IV-Massnahmebeginner gar keine Verbesserung ihrer Lebenssituation erwartet (Abbildung 63).

Wie reale Situation und Erwartung hinsichtlich beruflich-finanzieller Verbesserung zusammenhängen, zeigt der Vergleich der Einkommenstypen (also der aktuellen finanziellen Situation der Befragten) mit ihren beruflichen und finanziellen Erwartungen (Abbildung 64).

Abbildung 64: Erwartung von beruflicher und finanzieller Verbesserung nach Einkommenstyp (TS 1; N=351-359)



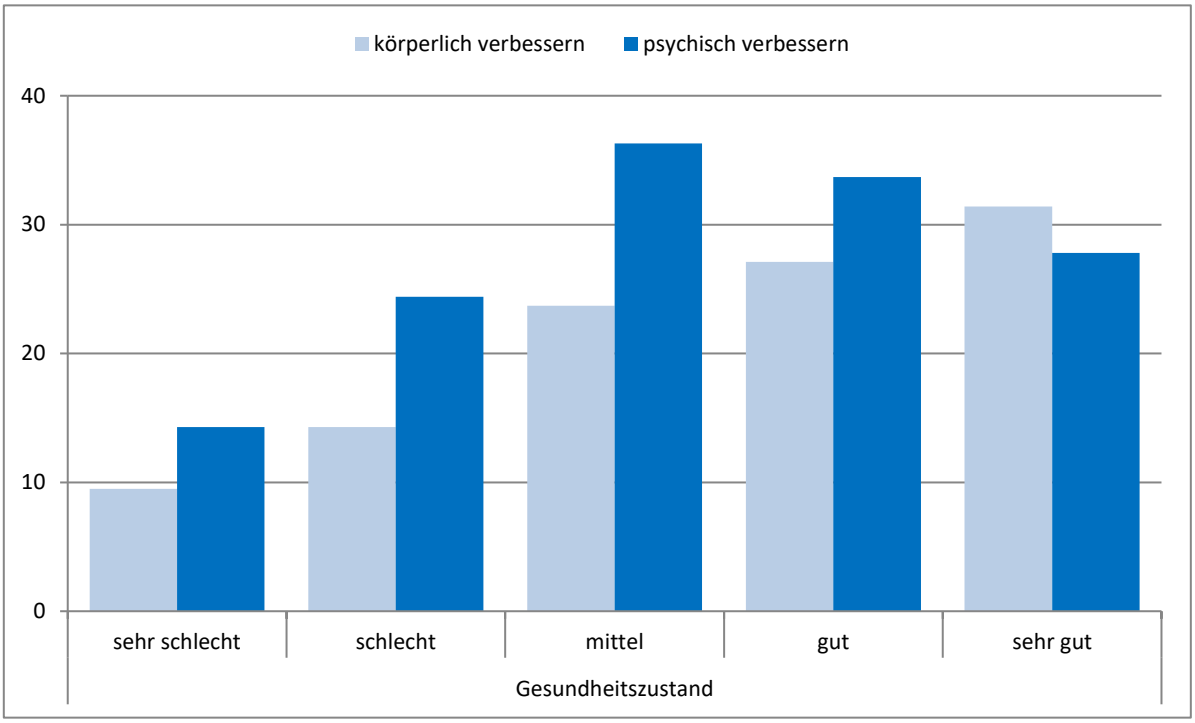
Die zwei Gruppen von Versicherten, die im Arbeitsmarkt sind und meist auch ein Erwerbseinkommen erzielen (die Gruppen 1 und 5) haben relativ häufig (in rund einem Drittel der Fälle) positive Erwartungen an ihre berufliche Zukunft und – mit Abstrichen – auch in finanzieller Hinsicht. Dies gilt auch für die (besonders unzufriedene) Gruppe 4 mit Personen, die häufig von der Sozialhilfe oder von der Arbeitslosenhilfe unterstützt werden respektive in einer IV-Massnahme sind. Als einzige Gruppe sind hier die Erwartungen an eine finanzielle Verbesserung noch häufiger als an eine berufliche Verbesserung.

Deutlich anders präsentieren sich die Erwartungen der beiden Personengruppen, die eine IV-Rente beziehen – sei es ohne Erwerbseinkommen (Gruppe 3) oder mit Erwerbseinkommen (Gruppe 2): Von diesen erwarten lediglich 10-20% berufliche und finanzielle Verbesserungen. Während es sich bei der Gruppe 2 meist um Personen handelt, die mit einer IV-Teilrente teilerwerbstätig sind und die insgesamt wie die Erwerbstätigen aus Gruppe 5 besonders zufrieden sind mit ihrer beruflichen und finanziellen Lebenssituation, handelt es sich bei den IV-Rentnern aus Gruppe 3 um sehr häufig mit ihrer beruflichen und finanziellen Situation unzufriedene Personen.

Hier ist anzunehmen, dass sich ein rechter Teil dieser Versicherten mit der für sie negativen Situation abgefunden, also ‚aufgegeben' hat, sei es aus Realismus oder aus einer gewissen Resignation heraus. Das ist ein möglicher Hinweis darauf, warum es nur selten gelingt, IV-Rentner/innen wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Auch aus Sicht der behandelnden Psychiater, die bei einem Fünftel ihrer berenteten Patienten ein aktuelles Erwerbspotential wahrnehmen, ist einer der Gründe, warum dieses nicht umgesetzt wird, dass die Patienten aufgegeben haben (Baer et al., 2017).

In eine ähnliche Richtung deutet die Gegenüberstellung von aktuellem allgemeinem Gesundheitszustand der Befragten mit ihren Erwartungen, wie sich ihre körperliche und psychische Gesundheit künftig entwickeln wird (Abbildung 65).

Abbildung 65: Erwartung von gesundheitlicher Verbesserung nach Gesundheitszustand (TS 1; N=350-347)



Tendenziell ist die Erwartung einer gesundheitlichen Verbesserung umso häufiger, je besser der aktuelle Gesundheitszustand schon ist. An sich müsste man erwarten, dass diejenigen Personen, denen es gesundheitlich bereits schon gut geht, weniger Erwartungspotential haben als diejenigen, denen es schlecht geht. Aber die vorliegenden Resultate zeigen ein anderes Bild.

Während die Personen mit einem sehr schlechten Gesundheitszustand nur zu rund 10% eine Verbesserung des körperlichen Befindens erwarten und zu rund 15% einen verbesserten psychischen Zustand, so sind es bei Personen mit einer mittleren bis sehr guten Gesundheit ein Viertel bis ein Drittel, die von einer körperlichen respektive psychischen Verbesserung ausgehen. Insgesamt haben Personen etwas positivere Erwartungen hinsichtlich ihres psychischen Gesundheitszustandes als in Bezug auf ihre somatische Gesundheit. Zusammenfassend scheint es so, dass diejenigen Personen, die am dringendsten auf eine gesundheitliche, berufliche oder finanzielle Verbesserung angewiesen wären, die geringsten Hoffnungen haben, dass eine solche eintritt.

9.5 Aussagen von Versicherten

Wie unterschiedlich sich die Erwartungen respektive Hoffnungen bei Versicherten darstellen können, zeigen exemplarisch die drei folgenden Aussagen.

Im ersten Beispiel wird die Hoffnung allen Rückschlägen zum Trotz nicht aufgegeben und es werden auch keine Schuldigen für den bisher ausgebliebenen Erfolg gesucht. Vielmehr darf es einfach nicht sein, dass die versicherte Person bei der Eingliederung scheitert, da sie sich ein Leben ohne Erwerbstätigkeit gar nicht vorstellen kann und dies auch nicht will.

„Moi je continue la recherche du travail, de toute façon je vais trouver, je vais trouver parce qu'il faut que je le trouve. J'ai maintenant, avec ce stage j'ai perdu beaucoup de motivation, on va dire, parce qu'ils me motivent vraiment à qu'on reste à la maison, mais je vais y arriver à me relever, je vais continuer chercher et je vais trouver, j'en suis sûr que je vais trouver, je ne vais pas baisser les bras ! Je suis encore jeune pour rester au chômage ou à l'hospice et moi je ne veux pas, je ne veux pas, je ne considère pas que l'état soit le responsable, c'est déjà bien que l'état il nous soutien quand on en a besoin mais après on ne peut pas rester la vie entière au dos de l'état parce que l'état n'est pas nos parents ! On donne soi-même et moi je vais faire tout mon possible pour réintégrer la société du travail ! je ne veux pas rester à la maison sans rien faire, je ne peux pas ! " (Mann, 40 Jahre, Massnahmebeginn, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

Im zweiten Beispiel steht die Verunsicherung im Vordergrund, der Zweifel, ob man erfolgreich sein wird, es kommt zu Existenzängsten und die eigene Identität wird in Frage gestellt.

„Je suis à l'arrêt, toujours en contrat, mais jusqu'à quand? Quels sont mes liens réels avec mon entreprise, avec l'AI? Rien n'est concret, et mon assurance perte de gain se termine en 2018". Je ne sais pas si je vais réussir à „tenir comme ça, avec toute cette incertitude. Les idées noires sont toujours plus présentes, j'ai peur que ma femme ne supporte plus cette situation, et que je la perde. On dirait qu'elle a perdu espoir par rapport à l'AI, elle ne les appelle même plus. Et moi, je panique de plus en plus...une fois mon assurance perte de gain terminée, il se peut que je n'aie plus de revenu. En plus, je ne sais pas où me situer: je suis un salarié malade, un chômeur, ou en attente de l'AI?" (Mann, 40 Jahre, erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

Im dritten Beispiel schliesslich fehlen Mut und Energie, nochmals einen Anlauf zu nehmen, und nach sehr langer Zeit der Arbeitslosigkeit scheint die Hoffnung schon fast aufgegeben.

„Maintenant j'e n'ai plus le courage de suivre une formation ou bien faire les cours, maintenant je n'ai pas du tout le courage, parce que ça fait beaucoup du temps que je n'ai pas d'emploi donc je suis vraiment très très bas maintenant, mon moral est très très bas. " (Mann, 30 Jahre, nicht erfolgreich integriert, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

9.6 Fazit

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten berichtet über eine sehr schlechte, schlechte oder mittelmässige allgemeine Lebensqualität. Diese subjektive Lebensqualität verändert sich über den zeitlichen Verlauf hinweg nicht, obwohl sich die berufliche und gesundheitliche Situation verbessert und obwohl psychische Belastung und Lebensqualität sehr eng zusammenhängen. Es ist hier weniger die Zeit, die einen Unterschied macht, sondern der berufliche Eingliederungserfolg. Erwerbstätige geben eine deutlich höhere Lebensqualität an als nicht Erwerbstätige. Der Vergleich mit der Schweizer Bevölkerung zeigt enorme Unterschiede in der Lebensqualität: Lediglich 8% der Bevölkerung berichten über eine mittelmässige bis sehr schlechte Lebensqualität (gegenüber mehr als der Hälfte der Befragten). Lebensqualität als subjektiver Indikator weist besonders deutlich darauf hin, dass sich das Erleben respektive die Wahrnehmung von Personen mit gesundheitlichen, beruflichen und teils auch sozialen Problemen vom üblichen Mass stark unterscheidet.

Hinsichtlich Zufriedenheit mit der Situation in verschiedenen Lebensbereichen sind die Versicherten vor allem mit ihrer Wohnsituation, ihrer familiären und sozialen Situation, ihrer Behandlung und mit ihrer Partnerschaft zufrieden. Hingegen sind sie seltener zufrieden mit ihrer beruflichen, psychischen,

körperlichen und finanziellen Situation (in absteigender Reihenfolge). Letztere Bereiche sind diejenigen, die überhaupt zur IV-Unterstützung geführt haben. Auch hier kommt es wieder darauf an, ob Versicherte erfolgreich integriert sind oder nicht: Eingliederungserfolg hängt mit Ausnahme der Wohnsituation durchwegs mit höheren Zufriedenheitswerten zusammen. Auch die Gespräche mit den Versicherten bestätigen die enge Verknüpfung von subjektiver Lebensqualität und Arbeitssituation: Der Verlust einer Arbeitsstelle respektive eines Berufes, den man gerne ausgeübt hat, senkt die Lebensqualität, weil das Selbstvertrauen verloren geht, man sich nicht mehr nützlich fühlt, weil Kontakte verloren gehen und man sich von der Welt abgeschnitten fühlt oder weil man befürchtet, dass einem die Umgebung nichts mehr zutraut etc.

Von Bedeutung sind auch die Erwartungen und Perspektiven der Versicherten. Vor allem zu Beginn des IV-Verfahrens erhoffen sich viele Versicherte eine Verbesserung ihrer Situation – berufliche Massnahmen können grosse Hoffnungen wecken, vor allem in beruflicher und gesundheitlicher Hinsicht, aber auch darüber hinaus. Die Hoffnungen hängen insofern mit der aktuellen Lebenssituation zusammen als Unzufriedene häufiger in Zukunft eine Verbesserung der Situation erwarten, dies gilt vor allem hinsichtlich Beruf, psychischer Gesundheit, Partnerschaft und Finanzen. Unzufriedenheit kann demnach durchaus produktiv respektive aktivierend sein. Allerdings erwartet der grösste Teil der Versicherten nicht, dass sich künftig etwas verbessern werde. Da es sich wie beschrieben bei den Befragten sehr häufig um Personen mit wenig Lebensqualität, hoher gesundheitlicher Belastung, häufiger Exklusion aus dem Erwerbsleben etc. handelt, ist der geringe Anteil von Versicherten mit einer Verbesserungs-Perspektive bedenkenswert. Vor allem die Versicherten mit einer IV-Rente haben sehr selten die Erwartung/Hoffnung, dass sich künftig beruflich oder finanziell etwas verbessern werde. Genau dasselbe Muster zeigt sich auch beim Gesundheitszustand: Je schlechter es den Versicherten geht desto seltener haben sie die Erwartung, dass sich ihr Gesundheitszustand künftig verbessern werde. Das weist darauf hin, dass ein Teil der Versicherten ‚aufgegeben' hat, ein bekanntes Phänomen, das mit chronifizierten Krankheitsverläufen zu tun hat und einer der wesentlichen Prädiktoren für fehlenden Rehabilitationserfolg darstellt. Dies ist zudem wohl einer der Hauptgründe, warum es nur schwer gelingt, IV-berentete Personen wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

10 Analyse der Interviews

Es wurden 20 Interviews mit Befragten geführt, die sich für ein Gespräch bereit erklärt hatten – jeweils 10 Interviews in der Romandie und in der Deutschschweiz. Das Interesse, an einem Interview teilzunehmen, war sehr gross (siehe Ausführungen im Kapitel 2).

„Es war höchst interessant, als von euch der Fragebogen kam. Zuerst habe ich gedacht, ja ok – was ist das? Aber es war eigentlich schön, wieder an diese Zeit etwas zurück zu denken, zu sehen – was habe ich jetzt eigentlich gemacht in den letzten paar Jahren ... Ich bin sehr dankbar, dass der Fragebogen gekommen ist. Dass man das nochmals anschauen konnte. Und ich finde es auch eine gute Sache, dass man nochmals nachfragt – wie geht es diesen Leuten. Ich finde es gut, dass es auch andere interessiert und dass es doch kein Tabuthema ist“. (Frau, 40 Jahre, erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

10.1 Kategorisierung der Gesprächsinhalte durch Interviewerinnen

Die Interviewerinnen machten ausführliche Notizen zu jedem Gespräch und fassten schliesslich jedes Gespräch auf 2-4 Seiten zusammen, gegliedert nach Hauptthemen und zentralen Aussagen. Die Auswertung wurde – von den beiden Ko-Autorinnen unabhängig voneinander und in ihrer jeweiligen Sprache – inhaltsanalytisch durch induktive und deduktive Kategorienbildung vorgenommen, um so die Identifikation der Hauptthemen zu gewährleisten.

Die beiden Kategorienbildungen wurden verglichen, gemeinsam sowie mit dem Erstautor diskutiert. Die beiden Kategorienbildungen waren zwar hinsichtlich Benennung etwas unterschiedlich, aber hinsichtlich inhaltlicher Bedeutung und Aussagen der Gesprächspartner/innen sehr ähnlich (Tabelle 31).

Tabelle 31: Kategorienbildung der Interviewerinnen

Kodierung N.C. Deutschschweiz (N=10)		Kodierung C.B./B.S. Romandie (N=10)	
Thema	**Inhalte (typische Beispiele)**	**Thema**	**Inhalte (typische Beispiele)**
IV als Versicherung, IV-Anmeldung	- sich einem System ausgeliefert fühlen, nicht wissen von wem sie der IV gemeldet wurde - sehr hilfreich, dass sie automatisch nach 6 Monaten der IV angemeldet wurde – hätte das damals selbst nicht gekonnt - Dankbarkeit (mehrmals) - als Person nicht ganzheitlich wahrgenommen worden - Stigma "IV" - Unpersönlichkeit - Unklarheit wegen langen Wartens auf IV-Entscheide	IV-Prozess allgemein	- Administrativer' IV-Auftritt macht misstrauisch - man darf nicht passiv auf IV-Interventionen warten, sondern muss selbst aktiv werden - IV-Anmeldung war schwieriger Moment - unflexible IV-Prozesse - Praktika bringen nichts, man muss richtige Anstellungen suchen - grosse Hoffnungen gegenüber IV und dann viel Frustration wegen langer Wartezeiten (fühlte sich vergessen) und weil keine Umschulung gewährt wurde - fehlende Kooperation unter Akteuren
Beziehung zum IV-Berater/Job Coach	- sie nehmen sich Zeit, sehen den Menschen, häufige Gespräche - IV-Beraterin kennt mich gut und hat mich lange begleitet – Konstanz war wichtig - berufliche Pläne wurden nicht ernst genommen und persönliche Gespräche gab es keine - Beziehung ist zentral – Berater war empathisch, interessiert und zuverlässig - Berater hat Lead nicht übernommen und mich allein gelassen - Berater hat gar nicht versucht zu verstehen, alles nach Schema - Berater hat Stelle organisiert, das war sehr hilfreich	Beziehung IV-Berater	- Distanz, administrative Haltung ist negativ - persönlich, menschlich, vertrauensvoll, respektvoll, manchmal auch direktiv, taktvoll, empathisch, fürsorglich, aufmerksam, ohne Unterstellungen, einbezogen werden, persönliche Gespräche haben, Optionen vorgesetzt zu bekommen statt Weisungen, auf dem Stand gehalten zu werden mit Infos, ist positiv

Kodierung N.C. Deutschschweiz (N=10)		Kodierung C.B./B.S. Romandie (N=10)	
Thema	**Inhalte (typische Beispiele)**	**Thema**	**Inhalte (typische Beispiele)**
	- hätte langfristige Begleitung benötigt am Arbeitsplatz statt Praktika - IV hat Problem nicht verstanden		
Persönliche Kompetenzen	- Eigeninitiative ist auch wichtig - der Wille zurück zur Arbeit zu gehen ist wichtig, aber auch den eigenen Weg finden (was kann ich wirklich noch) - wichtig die eigenen Einschränkungen zu akzeptieren und offen zu sein und Vertrauen zu anderen haben - eine starke Persönlichkeit und Willen zu haben ist wichtig – ich wollte nie von der IV abhängig sein, ich wollte immer arbeiten	Motivation	- Motivation und sich nützlich fühlen, gehören zusammen - weniger Motivation / Mutlosigkeit wegen enttäuschter Hoffnungen gegenüber IV - Arbeitsmotivation ist gross, inaktiv zu sein das Schlimmste
Unterstützung Therapeut	- Ich bin auch ein wertvoller Menschen, wenn ich weniger leisten kann - Therapeutin kam an den Arbeitsplatz und informierte klar und offen, was ich kann und was nicht etc. - Psychiaterin hat mich aufgegeben, Versicherte fühlt sich abgeschoben - zentral war zu hören "die Depression geht vorbei" (auch wenn sie wiederkommen mag) - Arztwechsel waren schwierig – niemand hat durch Prozess begleitet - konnte jeden neuen Massnahmeschritt mit Therapeutin bespreche - werde gehört und aufgefangen in Therapie	Beziehung Therapeut	- zentrale Unterstützung (mehrmals erwähnt) - 1 Stunde in der Woche ist zu wenig Hilfe, man bleibt letztlich die meiste Zeit alleine
Unterstützung Familie und Verwandte	- mein Vater hält zu mir und unterstützt mich - mein Partner hat mich unterstützt, er war da als es mir schlecht ging und Existenzängste hatte, hat zu Kindern geschaut	Soziale und familiale Beziehungen	- Gute soziale Kontakte von lieben Personen im Umfeld sind wichtig – ersetzen aber professionelle Begleitung nicht - Ehefrau / Ehemann / Partner/in hat enorm unterstützt (mehrere Aussagen)
Runder Tisch, Zusammenarbeit Akteure	- Alles wurde gemeinsam mit Job Coach der IV, Therapeut, Vorgesetzten besprochen, Therapeut war immer für Chef ansprechbar - Gute Kooperation hat Sicherheit gegeben, es war ein Miteinander - Kooperation war sehr belastend, IV hat nie den Lead übernommen	Kommunikation zwischen Akteuren	- unterschiedliche Logiken der Versicherungen (KTG, IV), Missverständnisse - keine Kommunikation zwischen IV und Behandelnden, Klinik, Tagesklinik etc. führte zu Hilflosigkeit und Zustandsverschlechterung - Round-tables waren sehr hilfreich - gute Kommunikation zwischen IV und Arbeitgeber – aber nicht mit Arzt - keine gemeinsamen Gespräche, alles nur via Berichte - Arzt hat nicht verstanden, warum Versicherte vom AG bei IV angemeldet wurde – Arzt war keine Hilfe - engagierter Arzt war hilfreich
RAD	- Ein med. Ansprechpartner hat gefehlt, der zuhört und nachfragt - eine fundierte med. Abklärung hat gefehlt, es gab auch keine Diagnose - IV soll sich auch medizinisch mehr einbringen - RAD wäre doch ein med. Kompetenzzentrum für Arbeit/Krankheit	Hoffnungen gegenüber IV-Procedere allgemein	- grosse Hoffnungen auf bessere Arbeitsstelle mit weniger Stress wurden nicht erfüllt - mittlerweile wird nur noch gehofft, die IV treffe endlich eine Rentenentscheidung - grosse Enttäuschung wegen falscher Hoffnungen - grosse Hoffnungen auf gute Behandlungswirkung und IV bezüglich Neuanfang – all die Regeln und administrativen Prozesse haben Hoffnung genommen, sie macht jetzt halt einfach nur noch mit

Kodierung N.C. Deutschschweiz (N=10)		Kodierung C.B./B.S. Romandie (N=10)	
Thema	**Inhalte (typische Beispiele)**	**Thema**	**Inhalte (typische Beispiele)**
			- langes Warten war entmutigend, hat keine Hoffnung mehr - Verweigerung der Umschulung hat Frustration und Verzweiflung ausgelöst
	-	Hoffnungen generell im Leben	- Gefühl "nützlich zu sein" in Gesellschaft - finanzielle Unabhängigkeit
	-	Selbstbewusstsein	- Jemand, der an mich glaubt , gibt Selbstvertrauen – und wenn es eine professionelle Person ist (zB von der IV) dann umso mehr - Mangel an Beschäftigung und Kontakten verschlechtert Selbstvertrauen und Psyche - Arbeitslosigkeit ist negativ für Selbstbewusstsein - regelmässige Probleme am Arbeitsplatz sind negativ für Selbstbewusstsein – ebenso langes Warten auf IV-Entscheide - psychisch das Schlimmste ist keine Arbeit zu haben - arbeiten wollen, aber mit 55 Jahren nicht mehr daran glauben - Versagensgefühle und Schuldgefühle und dass andere nicht glauben, dass ich nicht arbeiten kann – Begutachtung und Tests haben hier geholfen, weil Arbeitsunfähigkeit objektiviert wurde - bin arbeitsunfähig, aber ich kann nicht geschützt arbeiten, weil ich keine IV-Rente erhalte - Umschulung hat Selbstbewusstsein gestärkt - Bedürfnis 'normal' zu sein - Stigma und Gefühl von Diskriminierung ist schwierig
Eingliederungsmassnahmen, Arbeitsplatz, Arbeitsplatzerhalt, beruflicher Umstieg	- Überforderung und Scheitern in Massnahmen verschlimmern Zustand - Eingliederungsmassnahme baute Selbstwert auf - Fehlen einer fundierten Standortbestimmung - Massnahmebeginn zu spät – erst bei "Zusammenbruch" - Umschulung und Arbeitsvermittlung hilfreich - Viele Praktika aber keine Arbeitsvermittlung – Frustration - Wichtig dass Stelle bei Beginn noch vorhanden war - IV hat Arbeitsplatzerhalt gut unterstützt, haben Vorgesetzten unterstützt - Arbeitsstelle war tragende Säule, Geschäftsleitung hat Vorgesetzten unterstützt, dass die Versicherte bleiben kann - IV ist auf Wunsch nach Neuorientierung eingestiegen – das war für die gesamte Lebensqualität entscheidend - Unverständnis, warum Umschulung nicht bewilligt wurde	Wirkung der Eingliederungsmassnahmen	- Spezifischere Arbeitsziele fehlten, hätten aber geholfen - Selbstbewusstsein wurde nicht gefördert - Selbstbewusstsein wurde gefördert - niederschwellige Massnahmen hatten therapeutischen Effekt, brachten gesundheitliche Verbesserung - Umschulung / Kurs haben Licht am Ende des Tunnels gebracht - in den Praktika nutzlos gefühlt

Kodierung N.C. Deutschschweiz (N=10)		Kodierung C.B./B.S. Romandie (N=10)	
Thema	**Inhalte (typische Beispiele)**	**Thema**	**Inhalte (typische Beispiele)**
	- Umschulung wäre einziger Wunsch gewesen, wurde nicht erfüllt - Umschulung wurde abgelehnt, aber Versicherte hatte zu wenig Kraft für Einsprache, fühlte sich nicht ernst genommen - grosse Chance, IM im geschützten Rahmen machen zu können – gab Sicherheit und Selbstvertrauen		
Information / Unterstützung Arbeitgeber	- Transparenz hat Support ermöglicht - Coach hätte Vorgesetzten unterstützen sollen statt Versicherten („Ich bin schwierig für meine Chefs“) - Bedeutung des Verständnisses durch Vorgesetzten – er wollte Versicherten behalten - Gute Beziehung zum Vorgesetzten - Engagement des Vorgesetzten	Beziehung Arbeitgeber	- zu wenig Beziehung zum Vorgesetzten - Gefühl, ausgenützt zu werden (AG will nur Geld von IV) - fehlende Bereitschaft Arbeitgeber, Arbeit anzupassen – Angst wieder krank zu werden - Immer Konflikte am Arbeitsplatz - Unflexibler Arbeitgeber, geht auf IV-Vorschläge nicht ein - Unterstützung dank Bereitschaft des Arbeitgebers, den Versicherten zu behalten und dank Support vom Team
	-	Verlust und Verlustängste (Arbeit, Wohnung, Familie, Gesundheit etc.)	- Ärzte haben gesagt, dass ich nicht mehr im Service arbeiten kann – das war ein Schock - Angst, dass Ehefrau die Situation nicht mehr erträgt und ich sie verliere - Angst, die Kinder zu verlieren und die Wohnung - Angst, wieder krank zu werden - die Gesundheit verloren zu haben - Verlust einer regelmässigen Arbeit ist schwer - alle Hoffnungen in die IV verloren - grosse Probleme, die beruflichen Veränderungen zu akzeptieren, den früheren geliebten Job nicht mehr machen zu können - Einsehen müssen, dass man keine 100% mehr bringen kann

Es zeigt sich, dass trotz der offenen personzentrierten Interviewform für die Gesprächspartner/innen gewisse Themen besonders häufig angesprochen wurden:

- Die Erfahrungen mit der IV-Stelle, der IV-Beratungsperson, der Kooperation zwischen den involvierten Akteuren und den IV-Massnahmen. Viele Texte betonen die Wirkungen von beruflichen Massnahmen für das psychische Befinden, insbesondere für das Selbstvertrauen und die Zuversicht. Umgekehrt sind auch das Erleben von längeren Wartezeiten auf IV-Entscheide oder die Kontaktfrequenz und das Gefühl, von der IV-Stelle vergessen worden zu sein, von Bedeutung – wie auch der Umgang mit Wünschen nach einer Umschulung, die oft einen wichtigen persönlichen Hintergrund haben.
- Zudem wurden Beziehungsaspekte (vor allem zur IV-Beratungsperson, aber auch zum Vorgesetzten, zu den wichtigen Personen im privaten Umfeld und zum Therapeuten) fast immer genannt, auch die Hoffnungen und Erwartungen an die IV – und manchmal auch die Enttäuschungen.

- Das Leiden an der Erkrankung und an der Exklusion respektive die grosse Bedeutung von Erwerbstätigkeit für das Selbstbewusstsein und für das eigene Gefühl „nützlich zu sein“ wurden fast immer thematisiert.
- Es wurde mehrmals eindrücklich erwähnt, welche grosse Verluste die krankheitsbedingte und manchmal andauernde Arbeitseinschränkung für das Leben bedeutet. Welchen Schock es bedeuten kann zu realisieren, dass man gar nicht mehr oder nur noch teilweise im ersten Arbeitsmarkt funktionieren kann, dass man das nicht mehr machen kann, was man immer so gerne getan hat, dass man nicht mehr autonom und finanziell unabhängig ist etc.
- Schliesslich wurde oft erwähnt, wie wichtig in diesem ganzen Prozess gegebenenfalls der Partner oder die Partnerin respektive die Familie ist – respektive nahe Bezugspersonen und auch Behandlungspersonen.

Die tabellarische Darstellung der Themen zeigt die Reichhaltigkeit der Aussagen der Interviewten wie auch die Vielfalt ihrer Erfahrungen. Dies ist lediglich eine kleine Auswahl von typischen Erfahrungen, die relativ häufig erwähnt wurden.

10.2 Synthetische Gliederung der Gesprächsinhalte

In einem nächsten Schritt wurden die von den Interviewerinnen gefundenen inhaltlichen Kategorien gemeinsam besprochen und synthetisiert (Tabelle 32). Die Aussagen lassen sich in 3 Themengruppen gliedern – die Invalidenversicherung, die versicherte Person selbst und ihr Umfeld.

Erfahrungen mit der IV

Die Aussagen der Interviewpartner/innen über ihre Erfahrungen mit der IV lassen sich thematisch unterteilen in einen institutionellen Aspekt („IV als Versicherung“), einen Beziehungsaspekt („IV-Berater/in“) und einen Prozessaspekt („Eingliederungsprozess“).

Dabei wird zunächst deutlich, dass der Erstkontakt mit der *IV als Behörde* einen wichtigen und oft auch kritisch erlebten Moment im Leben der Befragten bezeichnet. Dieser erste Kontakt hat eine teils längere Vorgeschichte mit beruflichen Problemen und wird nicht selten als vorläufiger Abschluss einer negativen Entwicklung erlebt – als Beleg dafür, dass man ‚gescheitert‘ ist. Hinzu kommt das Erleben, das man nun nicht mehr eine autonome erwerbstätige Person ist, sondern Versicherte/r und damit abhängig von einem ‚System‘ mit administrativen Verpflichtungen und gesetzlichen Regelungen. Dies kann bewirken, dass man sich ausgeliefert fühlt.

Gleichzeitig wird auch viel Dankbarkeit geschildert gegenüber der IV, dass es also eine Versicherung gibt, die einem in einer als existentiell schwierigen Situation hilft. Diese und ähnliche Aussagen machen darauf aufmerksam, dass man sich beim Erstkontakt wie auch generell beim öffentlichen Auftritt der IV als Versicherung bewusst sein muss, dass die IV-Anmeldung für die betreffenden Personen weit mehr sein kann als ein administrativer Akt: Sie mögen sich in ihrem Lebensentwurf als gescheitert erleben, gestehen sich ein, dass sie auf Unterstützung angewiesen sind und begeben sich in eine gewisse Abhängigkeit. Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Zuversicht können in diesem Moment sehr gering sein. Hinzu kommt die gesundheitliche Beeinträchtigung.

Dies alles mag zusätzlich zu erklären, warum längere Wartezeiten – ein relativ oft genanntes Thema – von Bedeutung für das Erleben sind. Die Unsicherheit darüber, wie es weitergeht, ob und mit welchen Massnahmen die IV einen unterstützt etc., kann als sehr belastend und zusätzlich entmutigend erlebt werden. Gerade weil es angesichts des Erlebens der IV als ‚System‘ nahe liegen kann, in eine

passive Rolle zu verfallen, betonen mehrere Gesprächspartner, wie wichtig es sei, sich selbst aktiv an den Prozessen zu beteiligen.

Auf dem Hintergrund dieser institutionellen und grundlegenden persönlichen Aspekte (‚ich bin gescheitert') kommt der *Person der IV-Beraterin* respektive des IV-Beraters eine zentrale Rolle zu. Die IV-Fachperson war ein sehr häufiges und wichtiges Thema in den Gesprächen, und die Aussagen sind hier sehr übereinstimmend. Versicherte nehmen deutlich wahr – und schätzen dies auch sehr – wenn die IV-Fachpersonen ihnen auf persönliche Art begegnen. Gerade im geschilderten kritischen Moment des Kontaktes mit einem ‚System' ist es wichtig, dass hier eine Beziehung angeboten wird, wo man sich als Person wahrgenommen fühlt und dass die Haltung der IV-Fachperson deutlich wird, im weiteren Verlauf individuell und Blick auf die Probleme, Ressourcen, Ängste und Wünsche der versicherten Person vorgehen zu wollen.

Dass die *persönliche Beziehung* zur IV-Fachperson als so wichtig erlebt (und eben nicht nur deren instrumentelle Unterstützung durch Informationen, Hinweise etc.), zeigt sich auch daran, dass wiederholte Beraterwechsel wie auch zu seltene oder zu kurze persönliche Gespräche als negativ erlebt werden. Eine als hilfreich erlebte Beziehung zum IV-Berater zeichnet sich weiter dadurch aus, dass man den Eindruck hat, der Berater interessiere sich für einen, das heisst er interessiere sich nicht nur für raschen Eingliederungserfolg, sondern für die Person der Versicherten, für deren Erleben und deren Lebensumstände.

Ein weiterer wesentlicher Punkt ist, dass sich die Versicherten als Partner im Eingliederungsprozess fühlen, dass Entscheide gemeinsam entwickelt werden. Diese von den Interviewpartnern geschilderten wertvollen Erfahrungen mit einem partizipativen Vorgehen bedeuten nicht, dass sie die Illusion oder den Anspruch hätten, alles selbst bestimmen zu können – im Gegenteil. Wesentlich scheint eher zu sein, dass Möglichkeiten gemeinsam diskutiert werden und dass man mit der eigenen Meinung ernst genommen wird, auch wenn sich diese dann nicht immer durchsetzt.

Und schliesslich wurde mehrmals darauf hingewiesen, dass die Zuversicht der IV-Fachpersonen in die Möglichkeiten der Versicherten zentral ist: Wenn die IV-Fachperson „an einen glaubt", kann das sehr viel Selbstvertrauen geben. Dieser Punkt verdeutlicht, dass die Art der persönlichen Beziehung zur IV-Fachperson ganz konkrete und eingliederungsrelevante Effekte haben kann. Dies vor allem auch, weil die Versicherten gerade zu Beginn des Eingliederungsprozess (und auch in schwierigen Phasen des Prozesses) verunsichert sind und es ihnen oft an Selbstvertrauen fehlt. Diese wichtige (berufliche) Zuversicht der IV-Fachpersonen ist nicht zu ersetzen durch beispielsweise einen zuversichtlichen Ehepartner oder andere Personen im Umfeld. Dies gilt analog auch für die (gesundheitsbezogene) Zuversicht des behandelnden Arztes.

Neben dem institutionellen und Beziehungsaspekt nehmen *der IV-Eingliederungsprozess* allgemein wie auch die spezifischen Massnahmen einen breiten Raum in den Gesprächen ein. Generell wird oft die positive Wirkung beruflicher Massnahmen auf das Selbstwerterleben angesprochen. Gleichzeitig besteht nicht selten die Befürchtung respektive wurden entsprechende Erfahrungen gemacht, den Anforderungen nicht gewachsen (gewesen) zu sein. Solche Überforderungserfahrungen und die Erfahrung (erneut) zu scheitern, können den Gesundheitszustand verschlechtern. Eingliederungsmassnahmen sind demnach zumindest für einen Teil der Versicherten ein zweischneidiges Schwert, umso wichtiger scheint eine fundierte vorgängige Abklärung und vor allem bei stark verunsicherten und beeinträchtigten Personen ein behutsames und eng begleitetes Vorgehen.

Hierbei ist es aufschlussreich, dass mehrmals erwähnt wurde, wie hilfreich es war, dass die Arbeitsstelle über die Phase der Arbeitsunfähigkeit hinweg noch bestand. Es ist zwar bekannt, dass der

Erhalt eines bestehenden Arbeitsplatzes oft einfacher ist als die Integration an einem neuen Arbeitsplatz und deswegen der Frühintervention grosse Bedeutung zukommt. Hier wird von den Gesprächspartner/innen aber noch ein zusätzlicher Aspekt des Erlebens eingebracht: Solange die Stelle noch vorhanden ist, ist auch die Identität der Versicherten eine andere (‚berufstätig', ‚im Arbeitsmarkt') als wenn dies nicht mehr der Fall ist. Auch der Kontakt mit der IV hat dann möglicherweise einen etwas anderen Stellenwert, man ist nicht ‚nur' Versicherter und existentiell einer Behörde ‚ausgeliefert', sondern man ist nach wie vor erwerbstätig und erhält spezifische Unterstützung. Dies mag für das Erleben und insbesondere für das Selbstwerterleben ein wichtiger Unterschied sein.

In Bezug auf die von den Befragten mehrmals als wichtig genannte fundierte Abklärung ihrer Problematik und Möglichkeiten wurde auch auf Erfahrungen mit den Regionalen Ärztlichen Diensten (RAD) verwiesen. Speziell den RAD wird von einigen Gesprächspartner/innen zugetraut, dass sie eigentlich die Spezialisten für die Zusammenhänge von Krankheit und Arbeit seien – dass aber gerade von dieser Seite eine eingehende medizinisch-rehabilitative und persönliche Abklärung vermisst wurde. Auch dies ist ein nachvollziehbarer und interessanter Aspekt, der darauf hinweist, dass in einem verstärkten (und auch für die Versicherten sichtbaren) Einbezug der RAD in die Massnahmeplanung ein grosses Potential liegen könnte.

Schliesslich wurden auch Erfahrungen mit spezifischen Arten von IV-Eingliederungsmassnahmen angesprochen. So wurden beispielsweise positive Erfahrungen und Wirkungen berichtet durch die Teilnahme an Integrationsmassnahmen im geschützten Rahmen, die eine gesundheitsfördernde Wirkung hatten. Auch hier wurde dies einem durch die Massnahme verbesserten Selbstvertrauen und einer verstärkten Selbstsicherheit zugeschrieben. Wiederum zeigt sich hier die für die berufliche Integration zentrale Bedeutung des Selbstvertrauens – vor allem dann, wenn es sich um krankheitsbedingt oder bedingt durch die Folgen der Erkrankung stark verunsicherte Personen handelt.

Ein häufig genanntes Thema sind die Umschulungsmassnahmen der IV. Es scheint, dass nicht wenige Versicherte sich bei der IV anmelden mit der Hoffnung auf einen beruflichen „Neuanfang" – was angesichts ihrer häufigen Erfahrung, ‚gescheitert' zu sein, verständlich ist. Vielleicht hat diese Hoffnung auch mit einem (von Personen nach einem Unfall geprägten) Bild der IV zu tun, dass diese besonders häufig den Versicherten zu einer neuen beruflichen Identität verhilft. Oder vielleicht auch mit der Idee, dass man in einem anderen Berufsfeld weniger Probleme hätte oder ähnlich. Wenn solche Umschulungsmassnahmen von der IV auch zugesprochen wurden, kann dies im Sinne einer echten persönlichen Neuorientierung als sehr positiv erlebt werden. Umgekehrt wird die Ablehnung von Umschulungsmassnahmen oft nicht verstanden respektive erlebt als nicht Ernstgenommen-werden. Hier wird deutlich, dass sich die verständlichen (und unterstützungswerten) Wünsche nach einem Neuanfang nach einer schwierigen Zeit und die Kriterien für die Zusprache einer Umschulung nicht decken, und dass dies zu Missverständnissen führen kann.

Jedenfalls lässt sich festhalten, dass der Umgang der IV-Fachpersonen mit Umschulungswünschen von Versicherten ein sensibles und wichtiges Thema ist. Wichtig scheint dabei zu sein, dass man den persönlichen Hintergrund solcher Umschulungswünsche versteht und ernst nimmt (was natürlich nicht heisst, dass man all diese Wünsche auch direkt umsetzen kann oder soll). Aber hinter solchen Wünschen liegt auch eine positive Motivation, die genutzt werden sollte.

Die dargestellten Aussagen der Gesprächspartner/innen zur IV decken sich ziemlich genau mit den Resultaten der Untersuchung von Guggisberg et al. (2015) zur Evaluation der letzten zwei IVG-Revisionen, in denen die Fachpersonen der IV-Stellen befragt wurden. Zur Frage, welchen Beitrag die IV-Stellen leisten können, damit der Eingliederungsprozess gelingt, wurden unter anderem folgende Punkte genannt:

Die Gefahr einer Dekompensation als Reaktion auf IV-Eingliederungsmassnahmen und die entsprechende Unsicherheit der IV-Fachpersonen, welche Schritte fördern respektive überfordern; der Mut zu unbürokratischen Lösungen (siehe dazu oben das Erleben der IV als „administratives System") und in Bezug auf den Umgang der IV-Fachpersonen mit den Versicherten: Transparenz schaffen (also Unklarheiten minimieren und Optionen besprechen); motivieren und Ängste abbauen; die Bedeutung der „Chemie" zwischen Versicherten und Eingliederungsfachpersonen; Zeit lassen; ressourcenorientiertes und partizipatives Vorgehen; Wahl der individuell geeigneten Massnahme und präsent sein, das heisst, die Versicherten eng zu begleiten, als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Und schliesslich: „Ausdauer zeigen und an den Erfolg glauben".

Damit nehmen die IV-Fachpersonen insgesamt genau dieselben Punkte als wesentlich wahr wie die Versicherten selbst. Diese Übereinstimmung ist an sich schon ein wichtiges und nicht selbstverständliches Resultat, weist es doch darauf hin, dass die IV-Fachpersonen gesamthaft adäquat wahrnehmen, wie es den Versicherten geht.

Tabelle 32: Synthetische Gliederung der Interviewaussagen

Themengruppe	Thema	Unterthemen	Typische Inhalte
1. Die IV	a. IV als Institution	IV-Anmeldung als kritischer Moment	IV-Anmeldung als Zeichen des Gescheitert-seins Sich einem unpersönlichen System ausgeliefert fühlen, Misstrauen gegenüber einer „Administration", unflexible „Regeln" im Vordergrund Versicherung als Hilfe, Dankbarkeit gegenüber IV
		Wartezeiten	Unklarheit, Verunsicherung, Frustration, sich vergessen fühlen, Entmutigung, Belastung wegen langer Wartezeiten auf IV-Entscheide Wichtig, selbst aktiv zu werden statt passiv bleiben
	b. IV-Berater/in	Haltung IV-Berater/in	Distanzierte, administrative versus persönliche, vertrauliche Haltung Schematisches versus individuelles, personzentriertes Vorgehen
		Beziehung mit der versicherte Person	Personelle Konstanz versus viele Beraterwechsel Zeit nehmen, persönliche Gespräche versus fehlende, seltene Gespräche Rein eingliederungsorientiertes Interesse versus Interesse an Person, Lebensumständen und Erleben der Versicherten Gibt Weisungen, Massnahmen vor versus entwickelt Massnahmen in Kooperation mit Versicherten Professionelle, die an einen glauben, geben Selbstvertrauen
	c. Eingliederungs-prozess	Eingliederungs-prozess allgemein	Massnahmen stärken Selbstwert und Selbstbewusstsein– können aber auch zu Überforderung und Scheitern führen und damit destabilisierend wirken Frühzeitige Massnahmen sind wichtig – es hilft, wenn Stelle noch vorhanden ist
		Abklärung	Fundierte Standortortbestimmung und spezifische Arbeitsziele in der Massnahme sind wichtig
		Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD)	RAD wird als „Kompetenzzentrum" für Arbeit/Krankheit zu wenig genutzt; es gab keine fundierte med. Abklärung; kein med. Ansprechpartner, der zuhört und nachfragt
		Integrations-massnahmen	Massnahmen im geschützten Rahmen geben Sicherheit und Selbstvertrauen, haben therapeutischen, gesundheitsfördernden Effekt
		Umschulungs-massnahmen (US)	US als häufiger und wichtiger Wunsch nach „Neuanfang" US-Massnahmen fördern Selbstbewusstsein, geben Perspektive, ermöglichen Neuorientierung, mehr Lebensqualität Ablehnung von US-Massnahmen ist unverständlich, man fühlt sich nicht ernst genommen
		Praktika	Gefühl der Nutzlosigkeit in (wiederholten) Praktika – es fehlt die Perspektive einer unbefristeten Stelle

Themengruppe	Thema	Unterthemen	Typische Inhalte
2. Die versicherte Person	a. Persönlichkeit	Aktivität, Eigeninitiative	Aktiv zu sein hilft (gegen Leiden unter Wartezeiten, sich ausgeliefert fühlen, Hoffnungslosigkeit)
		Offenheit, Lösungsorientierung	Offenheit und Vertrauen zu anderen unterstützen den Eingliederungsprozess
		Selbstvertrauen	Ist per se wichtig, hängt aber auch davon ab, dass man sich nützlich fühlt; dass Leute einem etwas zutrauen; dass man eine Arbeit hat; dass man nicht immer wieder dieselben Probleme bei der Arbeit hat etc.
		Motivation, Wille, Autonomiestreben	Ein starker Arbeitswille ist wichtig, Inaktivität ist das Schlimmste Motivation und Arbeitswille hängen zusammen mit Hoffnung, Perspektive und dem Erleben der eigenen Nützlichkeit
		‚Verarbeitung'	Eigene Einschränkungen akzeptieren können Den eigenen Weg finden (was kann ich noch?)
	b. Hoffnungen, Erwartungen		Am Anfang viele Hoffnungen und Erwartungen (zB auf Umschulung), die manchmal enttäuscht wurden
	c. Ängste, Verlusterlebnisse	Berufliche Ängste	Angst, in der Massnahme/am Arbeitsplatz zu scheitern, überfordert zu sein Verlust einer regelmässigen Arbeit; Schock, nie mehr im angestammten Beruf arbeiten zu können
		Soziale Ängste	Angst, die soziale Identität zu verlieren Angst vor Trennung des Partners, vor sozialer Isolation
		Gesundheitliche Ängste	Angst, in der Eingliederung wieder krank zu werden; die Gesundheit verloren zu haben
3. Das Umfeld	a. Behandlung	Therapeutische Unterstützung	Psychotherapie hat inneren Prozess unterstützt, sich auch als beeinträchtigter Mensch „wertvoll" zu fühlen Psychiaterin hat mich „aufgegeben" Gehört und aufgefangen zu werden, war wichtig
		Engagement und Interesse am Eingl.prozess	Arzt war engagiert; hat sich an Round-tables beteiligt; hat jeden Massnahmeschritt mit Versichertem besprochen versus hat nicht verstanden, warum Versicherter bei IV angemeldet wurde; viele Arztwechsel; von Arzt „aufgegeben"
	b. Familie, Freunde	Unterstützung Freunde	Gute soziale Kontakte sind wichtig, ersetzen aber professionelle Beziehungen nicht
		Unterstützung Partner, Familie	Zentral sind Partner/in und Familie, die zu einem halten (was auch immer geschieht hinsichtlich Krankheit und IV-Eingliederungsprozess)
	c. Arbeitsplatz	Offenheit, Engagement des Arbeitgebers	Bereitschaft des Arbeitgebers, Arbeit anzupassen Inflexibilität des Arbeitgebers, auf Vorschläge der IV einzugehen Bereitschaft und Verständnis des Arbeitgebers, Versicherten trotz Problemen im Betrieb zu behalten
		Beziehung zum Vorgesetzten	Gute Beziehung zum Vorgesetzten war wichtig Wiederholte Konflikte am Arbeitsplatz waren schädlich Gefühl, vom Arbeitgeber ausgenützt zu werden
		Transparenz des Versicherten	Transparenz des Versicherten hat Unterstützung durch Vorgesetzten und Teamkollegen erst ermöglicht
	d. Abstimmung der Akteure	Kooperation	Vorgehen wurde gemeinsam mit IV, Arzt und Chef besprochen; Therapeut war für Chef immer ansprechbar Gute Kooperation gab Sicherheit Fehlende Kommunikation führte zu Gefühl der Hilflosigkeit und zu Zustandsverschlechterung Kooperation war sehr belastend Wichtig ist, dass IV den Lead übernimmt
		Koordination	Unterschiedliche Logik der Versicherungen (KTG, IV) Automatische Anmeldung bei IV durch KTG war hilfreich

Die versicherte Person selbst

Die Gesprächspartner/innen haben sich selbst meist nicht einfach als rein reagierende Personen im Eingliederungsprozess erlebt, sondern schildern auch klar, welche eigenen Verhaltensweisen respektive Persönlichkeitsmerkmale den Prozess erleichtert oder erschwert haben. Sie sehen sich selbst also auch als Akteure. Sie erwähnen dabei die Rolle der eigenen Aktivität (versus Passivität), der Offenheit und der lösungsorientierten Haltung, des Arbeitswillens respektive der Motivation und des eigenen Autonomiestrebens wie auch die Bedeutung, die krankheitsbedingten Grenzen zu akzeptieren.

Dies ist bemerkenswert, weil es zeigt, dass viele Versicherte selbst Verantwortung für den Prozess (und auch den Erfolg) übernehmen und sich der Bedeutung ihrer eigenen Anstrengungen (im Rahmen dessen, was ihnen möglich ist) bewusst sind. Gerade der „Arbeitswille", die Motivation alles zu unternehmen, damit man wieder erwerbstätig sein kann, ist natürlich ein zentraler Faktor im Eingliederungsprozess, der auch von den IV-Fachpersonen in der Studie von Guggisberg et al. (2015) deutlich hervorgehoben wurde. Gleichzeitig zeigen die Interviews zum Teil aber auch, dass dieser „Arbeitswille" verschiedene Hintergründe haben kann.

Der „Arbeitswille" kann ein Persönlichkeitsmerkmal sein, aber auch davon abhängen, ob eine Person überhaupt noch eine Perspektive sieht, ob sie noch Hoffnung auf Eingliederung hat und ob sie sich selbst trotz der Erfahrung von Krankheit, Behinderung und allenfalls Ausgliederung (noch) als nützliche und kompetente Person erlebt. Motivation, Hoffnung, Selbstvertrauen und Perspektive sind nur schwer voneinander zu trennen. Und hier berichten eben nicht wenige Personen, dass sich ihr Selbstvertrauen unter wiederholtem Scheitern bei der Arbeit oder unter längerer Arbeitslosigkeit, unter der sozialen Isolation etc. deutlich verringert hat. Auch hier kommt wiederum die zentrale Rolle der IV-Fachperson zur Sprache: IV-Berater/innen können viel bewirken, wenn sie mit (realistischer) Zuversicht den Versicherten Mut machen, sie bestätigen, ihnen etwas zutrauen.

Und schliesslich ist es wichtig, dass es den beeinträchtigten Versicherten gelingt, ihre (bleibende) Behinderung zu „akzeptieren". Akzeptieren darf man hier nicht verstehen als einen raschen, rein kognitiven Prozess. „Akzeptieren" bedeutet in vielen Fällen einen längeren Prozess bis man sich eingestehen kann, dass man nicht mehr alles kann, was früher (vor der Erkrankung, der Dekompensation oder Krise etc.) noch möglich war. Das ist vor allem ein emotionaler Verarbeitungsprozess: Man muss die krankheitsbedingten Limitierungen in das Bild, das man von sich selbst hat, integrieren – und ein aktualisiertes Selbstbild entwickeln. Dazu gehört nicht nur die Integration krankheitsbedingter Limitierungen, sondern auch die Identifikation eines *eigenen Weges* inklusive der nach wie vor vorhandenen oder auch neu dazugekommenen Ressourcen. Dieser Umstand mag einer der grundlegenden Unterschiede zwischen ‚gesunden', ‚normalen' und kranken respektive beeinträchtigten Personen sein. Dass dieser Prozess bei allem Verzicht und Leiden in gewisser Hinsicht auch ein Gewinn sein kann, zeigen beispielsweise die Erfahrungen mit sogenannten ‚Peers', also Personen, die für sich trotz und mit der Krankheit einen Weg gefunden haben und nun anderen Betroffenen wie auch Professionellen helfen können (zum Beispiel als Angestellte in einer Psychiatrischen Klinik). Dass die Erfahrung einer schweren Krankheit inklusive all ihrer beruflichen und sozialen Konsequenzen Personen auch ‚reifer' und kompetenter machen kann, zeigen auch andere Untersuchungen (zum Beispiel Baer, Domingo, Amsler, 2003).

Ein weiterer Punkt, der mehrfach angesprochen wurde, betrifft die meist sehr grossen Erwartungen an den Ausgang von IV-Massnahmen und die manchmal grosse Enttäuschung darüber, wenn diese Erwartungen nicht erfüllt wurden. Dies aus der Eingliederungspraxis bekannte Phänomen macht darauf aufmerksam, wie zentral die berufliche Situation respektive die Bedeutung der Erwerbstätigkeit

ist. Die Interviewaussagen spiegeln hier auch die Resultate aus der vorliegenden schriftlichen Befragung: Zugehörigkeit zum Arbeitsmarkt und Lebensqualität (und damit verbunden auch ein positives Selbstwerterleben etc.) sind sehr eng korreliert und entsprechend hoch sind die Hoffnungen auf einen Erfolg der IV-Eingliederungsmassnahmen – und umso grösser die Enttäuschung, wenn diese Hoffnungen nicht eintreffen. Dessen muss man sich bewusst sein: Viele wenn nicht die meisten Versicherten wünschen sich eine Erwerbstätigkeit und damit auch ‚Normalität' und Zugehörigkeit. Die IV wie auch die Anbieter von Eingliederungsmassnahmen unterstützen diese Hoffnungen. Dies ist auf der einen Seite notwendig (die IV hat den Auftrag ‚Eingliederung vor Rente', zudem ist eine gewisse Zuversicht hinsichtlich erfolgreicher Eingliederung wie erwähnt wesentlich). Auf der anderen Seite riskieren die Versicherten zu scheitern. Die Kombination von häufig starkem Normalitätswunsch, gut gemeinten Hilfen und Erwartungen von Professionellen, und Beeinträchtigungen kann aber auch viel Druck erzeugen, der zu Dekompensation, Massnahmenabbruch oder letztlich zu Enttäuschung und Resignation führen kann. Weiter können solche Enttäuschungen auch Resultat von als ungenügend erlebten (zu wenig fundiert abgeklärten, zu wenig spezifischen) Massnahmen sein – oder wie erwähnt Ergebnis von frustrierten Hoffnungen auf einen „Neuanfang" im Leben dank der IV.

Ängste und Verlusterlebnisse spielen im Eingliederungsprozess ebenfalls eine grosse Rolle, wobei sich hier aufgrund der Interviewaussagen drei Bereiche unterschieden lassen: Berufliche, soziale und gesundheitsbezogene Befürchtungen respektive Verlusterlebnisse. Im Hinblick auf die berufliche Eingliederung wurden hier vor allem Versagensängste beschrieben sowie Befürchtungen, durch die Massnahmen überfordert zu sein. Gleichzeitig wird auch eindrücklich beschrieben, wie schwierig der Verlust einer regelmässigen Arbeit sein kann oder der ärztliche Befund respektive die persönliche Einsicht, dass man im angestammten Beruf (den man gern gemacht hat) dauerhaft nicht mehr arbeitsfähig ist. Dies kann zur Folge haben, dass man mit dem Verlust der Arbeit auch einen Teil seiner sozialen Identität verliert. Hier kann auch die Befürchtung hinzukommen, Partner/in, Kinder und Freunde zu verlieren, weil diese die Situation (Beeinträchtigung, Ausgliederung) vielleicht über längere Zeit nicht mehr ertragen.

Und schliesslich wird auch über die Erfahrung berichtet, die Gesundheit und Unversehrtheit verloren zu haben respektive es bestehen Ängste, unter den Anforderungen im Eingliederungsprozess wieder krank oder instabil zu werden. Diese Aussagen verdeutlichen, dass längerdauernde Krankheiten nicht nur auf symptomatischer Ebene Folgen zeitigen, sondern auch zum Verlust von Dingen führen können, die zuvor vielleicht selbstverständlich waren – Arbeit, Partnerschaft, Familie und gesundheitliche Integrität etc. Was bleibt ist nicht selten eine starke Verunsicherung durch diese Erfahrungen respektive Befürchtungen. Diese oft bleibende Verunsicherung ist im Eingliederungsalltag von grosser Bedeutung und zeigt sich exemplarisch auch in den erheblichen Problemen, an sich arbeitswillige IV-Rentner/innen zur Teilnahme an Wiedereingliederungsmassnahmen bewegen zu können (Guggisberg et al., 2015) oder auch in den Begründungen der Psychiater in der Schweiz, warum ihre IV-berenteten Patienten, die ein Teilerwerbspotential haben, keinen entsprechenden Versuch machen: Sie trauen es sich nicht mehr zu (Baer et al., 2017).

Das Umfeld

Das dritte Themenfeld betrifft die Erfahrungen der Interviewpartner/innen mit Akteuren in ihrem sozialen, beruflichen und Behandlungsumfeld sowie deren allfällige Abstimmung und Zusammenarbeit.

Von grosser Bedeutung sind die *behandelnden Ärzte oder Therapeuten*, zum einen wegen der therapeutischen Unterstützung und zum anderen auch hinsichtlich ihres Engagements zugunsten des Eingliederungsprozesses. Die Behandlung respektive Psychotherapie kann den „inneren Prozess" unterstützen, also die Verarbeitung der Krankheit und deren Folgen sowie den Aufbau eines neuen

Selbstverständnisses als zwar beeinträchtigte und dennoch „wertvolle“ Person. Hier wird demnach die Verbesserung der Symptomatik angesprochen, sondern die Begleitung und Hilfe bei der psychischen Bewältigung der Krankheitserfahrungen. Dabei wurde mehrfach geäussert, wie wichtig es war oder ist, in der Psychotherapie gehört und aufgefangen zu werden. Entsprechend können Therapiebeendigungen als sehr schwierig erlebt werden, dass man nämlich vom Psychiater „aufgegeben“ wurde. Psychiater/innen / Psychotherapeut/innen sind die zentrale Hilfe für kranke Versicherte, ihren „eigenen Weg“ im Umgang mit der Krankheit zu finden, sowie die zentrale Stütze, um sich immer wieder emotional stabilisieren zu können. Als hilfreich wurde darüber hinaus aber auch mehrmals genannt, dass die Behandlungsperson sich interessiert und aktiv am Eingliederungsprozess beteiligt hat, an Round-tables mit der IV etc. teilgenommen oder die einzelnen Massnahmeschritte jeweils mit dem Versicherten besprochen hat. Umgekehrt wird ein allfälliges Desinteresse und Unverständnis der Behandlungsperson betreffend Eingliederungsprozess als negativ erlebt.

In Bezug auf das *soziale Umfeld* (Freunde, Partner, Familie) belegen die Aussagen der Gesprächspartner die Wichtigkeit sozialer Kontakte und vor allem die sichere Unterstützung durch Partner/in und Familie. Bei letzteren wurde genannt, dass es wichtig ist, dass sie zu einem halten, was auch immer geschieht. Auch hier wird wieder das Thema angesprochen, dass man nicht „aufgegeben“ wird. Dieser Punkt wurde sowohl in Bezug auf die IV-Fachperson genannt wie auch auf die Behandlungsperson und auf Partner, Eltern etc. Von wichtigen Personen nicht aufgegeben zu werden, erhält gerade in Situationen von Krankheit, Verlust und ‚Scheitern‘ eine existentielle Bedeutung. Schliesslich machen die Gesprächspartner/innen auch auf einen Unterschied aufmerksam: Soziale Kontakte ersetzen die wichtigen professionellen Beziehungen zur IV-Fachperson oder zum Therapeuten nicht, sondern diese Beziehungen haben etwas unterschiedliche Funktionen. So kann beispielsweise der Pessimismus einer IV-Fachperson hinsichtlich Eingliederungserfolg nicht einfach durch die Zuversicht des Partners kompensiert werden.

Hinsichtlich *Arbeitsumfeld* liessen sich aus den Aussagen drei Themen identifizieren: die Bedeutung des Engagements des Arbeitgebers respektive Vorgesetzten, die Beziehung zum Vorgesetzten und die Transparenz der Versicherten, was ihre Probleme betrifft. In Bezug auf das Engagement des Arbeitgebers werden mehrfach zwei Aspekte genannt: Die Bereitschaft respektive Flexibilität des Arbeitgebers, die behinderungsbedingt nötigen Arbeitsanpassungen vorzunehmen und auf die Vorschläge und Angebote der IV einzugehen. Dies ist auch insofern interessant als sich „Flexibilität“ der Versicherten in der vorliegenden Untersuchung als wesentlicher Faktor für den beruflichen Eingliederungserfolg erweist (siehe dazu Kap. 11.1). Diese Aussagen weisen darauf hin, dass es auch im Arbeitsumfeld Flexibilität braucht. Der zweite wichtige Punkt ist die Bereitschaft des Arbeitgebers, den Versicherten *trotz* Problemen im Betrieb zu halten – und nicht nur in der Hoffnung, es gebe künftig keine Probleme mehr. Dieser Hinweis ist bedeutsam, weil es sich bei den hier untersuchten Beeinträchtigungen oft um wiederkehrende oder anhaltende Zustände handelt. Wahrscheinlich ist diese Akzeptanz der Probleme nicht nur entlastend für die Versicherten, sondern auch eine Bedingung für einen nachhaltigen Verbleib am Arbeitsplatz. Weiter zeigen auch hier die Aussagen, wie wesentlich die Beziehung zum Vorgesetzten ist respektive wie belastend wiederholte Konflikte mit Vorgesetzten und Arbeitskollegen erlebt wurden. Und schliesslich wird hervorgehoben, dass es sehr hilfreich sein kann, wenn der Versicherte am Arbeitsplatz transparent ist, was seine Beeinträchtigung betrifft. Diese Transparenz sei die Voraussetzung für eine gute Unterstützung durch die Arbeitsumgebung gewesen. Dies bestätigt sich auch in den Resultaten der schriftlichen Befragung der vorliegenden Untersuchung: Transparenz und erhaltene Unterstützung von Vorgesetzten und Arbeitskollegen hängen zusammen.

Und schliesslich sprechen einige Gesprächspartner/innen auch die *Kooperation und Koordination* der verschiedenen Akteure an: Mehrmals wurde darauf hingewiesen, dass eine gute gegenseitige Abstimmung und Kooperation zwischen IV, Behandlungsperson und Arbeitgeber Sicherheit gegeben habe respektive dass eine fehlende Kommunikation unter den Beteiligten zu einem Gefühl der Hilflosigkeit und zu gesundheitlicher Verschlechterung geführt habe. Anzunehmen ist, dass gerade schwerer beeinträchtigte Versicherte auf eine gute Kooperation der Beteiligten angewiesen sind, weil sie die Integration der verschiedenen Perspektiven nicht immer selbst leisten können (während dies weniger beeinträchtigten und psychisch stabilen Personen eher gelingt). Auf der anderen Seite können solche Kooperationen (mit mehreren Gesprächen, bei sehr unterschiedlichen Perspektiven, bei angespanntem Gesprächsklima oder ähnlich) auch als sehr belastend erlebt werden. Dies ist ein Hinweis, dass auch bei Round-table Gesprächen eine Balance gefunden werden muss hinsichtlich Intensität, Dauer, Frequenz, Gesprächsinhalten etc. Als wichtig wurde dabei mehrfach genannt, dass die IV-Beratungsperson den „Lead“ in der Kooperation übernimmt. Auch dies scheint ein praktisch sehr wichtiger Hinweis zu sein. Erstens sind solche gemeinsamen Gespräche weniger belastend, wenn jemand die Moderation in der Hand hat und zum anderen scheint die IV-Fachperson von ihrer Rolle her (es handelt sich um IV-Massnahmen) und aus fachlichen Gründen (Kenntnis sowohl der gesundheitlichen wie der Arbeitssituation) prädestiniert, diesen Lead zu haben. Je nach Zustand des Versicherten könnte ein Teil der nötigen Abstimmung auch bilateral telefonisch erfolgen.

Abgesehen von der Zusammenarbeit wurde auch die Koordination von Krankentaggeld- und Invalidenversicherung angesprochen. Zum einen wurden „unterschiedliche Logiken“ und Missverständnisse der Versicherungen wahrgenommen, zum anderen wurde die direkte Meldung der Krankentaggeldversicherung an die IV von einer Gesprächspartnerin als entlastend erlebt. Dies sind Hinweise darauf, dass die Versicherten durchaus registrieren, ob und wie gut Behörden respektive Versicherungen untereinander abgestimmt sind. Auch wenn es sich hierbei um Einzelaussagen handelt und solche direkten Meldungen von Krankentaggeldversicherer an die IV teils wohl auch anders erlebt werden, ist das Thema der Abstimmung und frühen Kooperation zwischen den Versicherungen wichtig. Auch wenn der zeitliche Horizont der Unterstützung (und damit eben auch die „Logik“) der Versicherungen unterschiedlich ist, so ist es doch wichtig, dass man sich möglichst frühzeitig einig wird über den Eingliederungsplan.

11 Erfolgs- und Verlaufsfaktoren

Ein wesentliches Ziel der vorliegenden Untersuchung liegt darin, Einflussfaktoren für den beruflichen Erfolg der IV-Eingliederungsmassnahmen sowie die Veränderungen im Zeitverlauf des Eingliederungsprozesses herauszuarbeiten. Das heisst, es sollen diejenigen Faktoren ermittelt werden, die zum einen unterscheiden zwischen Eingliederungserfolg und –misserfolg sowie zwischen Beginn des IV-Verfahrens und nach Abschluss der Massnahmen. Zum anderen soll berechnet werden, welche dieser jeweiligen Faktoren denn – aus einer Vielzahl von potentiell relevanten Faktoren – unter Berücksichtigung aller Zusammenhänge entscheidend zwischen Erfolg/Misserfolg und Vorher/Nachher differenzieren. Dabei sollen alle potentiell relevanten Einflussvariablen berücksichtigt werden, also soziodemografische, biografische, soziale, gesundheitliche und auf die Massnahme bezogene Merkmale.

Im Folgenden werden zunächst jeweils die univariaten und multivariaten Analysen zu den Einflussfaktoren auf den Eingliederungserfolg dargestellt. Im Anschluss folgen die analogen Analysen der Veränderungen im Zeitverlauf.

Mit „univariat“ ist gemeint, dass der Einfluss aller Merkmale auf Erfolg/Zeitverlauf berechnet wird und zwar ohne Berücksichtigung der Zusammenhänge mit anderen Variablen. Das heisst, dass in diesen Analysen viele Merkmale als wichtig erscheinen, die schliesslich in der multivariaten Analyse, die alle Zusammenhänge mit anderen Merkmalen kontrolliert, allenfalls nicht mehr auftauchen. Zum Beispiel mögen univariat sowohl psychische Belastungen wie auch Alltagsbeeinträchtigung und der Gesundheitszustand unterscheiden zwischen Erfolg und Misserfolg – aber da sie sich gegenseitig stark überschneiden, taucht im multivariaten Modell schliesslich nur eine dieser Merkmale auf.

In der multivariaten Analyse setzt sich das ‚effizienteste‘ Modell durch, also möglichst wenige aber sehr wichtige Einflussfaktoren, die am stärksten unterscheiden nach Eingliederungserfolg respektive Veränderungen über die Zeit.

11.1 Faktoren für den Erfolg von IV-Eingliederungsmassnahmen

Univariat zeigt sich eine Fülle von Merkmalen, die signifikant nach IV-Eingliederungserfolg unterscheiden (Tabelle 33).

Die Tabelle zeigt zum einen, welche Anzahl der Befragten in diese Analyse eingeflossen sind (einige Variablen haben hohe Missings wie zum Beispiel die Fragen nach den Wirkungen der arbeitsrehabilitativen Massnahmen, weil viele Befragte hier „nicht zutreffend“ angegeben haben – wahrscheinlich, weil sie die IV-Massnahmen gar nicht als solche wahrgenommen haben, zum Beispiel Beratung durch die IV-Stelle, Hilfsmittel, Frühintervention am Arbeitsplatz, IV-Arbeitsversuche, finanzielle Zuschüsse etc.).

Die Effektstärke (R-Quadrat) bezeichnet das Ausmass, mit der die jeweiligen Variablen zwischen Erfolg/Misserfolg unterscheiden oder anders gesagt, zu wie viel Prozent sie den Unterschied zwischen Erfolg/Misserfolg erklären kann. So ‚erklärt‘ eine geringe Lebensqualität beispielsweise 10.9% des Unterschiedes zwischen Versicherten mit beruflichem Eingliederungserfolg respektive -misserfolg und ist damit univariat die wichtigste Einflussgrösse.

Die Tabelle zeigt lediglich die 30 Merkmale mit den grössten Effektstärken. Insgesamt gibt es aber deutlich mehr Merkmale, welche jeweils für sich alleine signifikant zwischen Erfolg und Misserfolg unterscheiden.

Tabelle 33: Univariate Faktoren für beruflichen Eingliederungserfolg

Variable	gültiges N	Effektstärke (R^2)
Lebensqualität	437	0.1091
EM gesundheitsfördernd	306	0.0907
geringe psychische Belastung	426	0.0845
EM trainierte Arbeitsrhythmus	274	0.0806
EM war problemspezifisch	291	0.0804
hohe Kontrollüberzeugung	426	0.071
EM war nicht gesundheitsschädigend	280	0.0706
EM war nicht nutzlos	298	0.0704
IV-Berater/in verstand Problem	382	0.0693
EM steigerte Pensum	257	0.0657
Geringe Beeinträchtigung	437	0.0652
EM steigerte Leistungsfähigkeit	276	0.0633
Betreuende in IV-Massnahmen verstanden Problem	266	0.06
Guter allg. Gesundheit	421	0.0586
Eigeninitiative/Energie	431	0.0574
Planen/Organisieren	431	0.0555
Dank IV Arbeitsstelle gefunden	266	0.0523
Arbeitstempo/Flexibilität problemlos	434	0.0522
Energie Vitalität (0-100)	428	0.0514
Kein Impulsives Verhalten	436	0.0511
EM steigerte AF trotz Problemen	277	0.0511
Polypharmazie	408	0.0509
EM verbesserte Arbeitsverhalten	227	0.0502
EM steigerte Selbstvertrauen	285	0.0472
Konzentration problemlos	432	0.0458
Geringe Alltagseinschränkungen	435	0.0432
Vertrauenspersonen vorhanden	431	0.0428
IV unterstützt bei Problemen	291	0.0392
Nie gekündigt worden	417	0.0378
Arbeitsdefizite trainiert	248	0.0372

Auch wenn es sich hier vorerst lediglich um die univariaten Zusammenhänge handelt, sind die Resultate interessant: Versicherte mit einer höheren allgemeinen Lebensqualität, mit einer geringeren psychischen Belastung und höherer Kontrollüberzeugung sowie Versicherte, die von den IV-Eingliederungsmassnahmen profitieren konnten, sind eher erfolgreich.

In Bezug auf die Massnahme spielt eine Rolle, dass sie gesundheitsfördernd wirkte, den Arbeitsrhythmus trainierte, spezifisch auf die Arbeitsproblematik ausgerichtet war, das mögliche Arbeitspensum und die Leistungsfähigkeit gefördert hat. Auch das Verhalten der IV-Stelle respektive des IV-Beraters macht einen Unterschied: Wenn die Beratungsperson der IV-Stelle das Arbeitsproblem gut verstanden hat, aktiv geholfen hat, eine Arbeitsstelle zu finden oder bei auftauchenden Problemen im Verlauf unterstützend war, sind die Chancen auf Eingliederungserfolg höher.

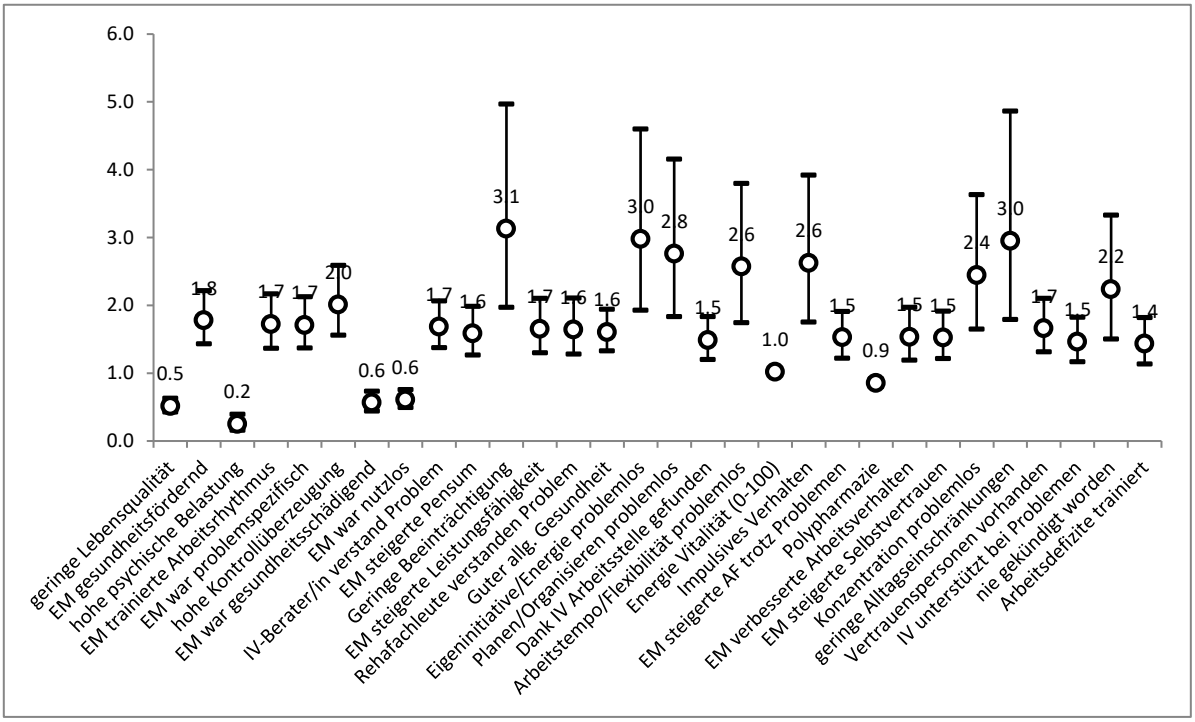
Auch die Funktionsdefizite der Versicherten (also die ‚Behinderung') spielen eine Rolle: Eine gute Eigeninitiative und Energie (OR=2.98), die Fähigkeit Aufgaben zu planen und zu organisieren

(OR=2.76), ein ausgeglichenes nicht-impulsives Verhalten (OR=2.62) und fehlende Konzentrationsprobleme (OR=2.45) erhöhen die Erfolgschancen. Zudem macht die Soziodemografie (Bildung; OR=1.69) und Arbeitsbiografie einen Unterschied („nie gekündigt worden"; OR=2.24) wie auch das soziale Umfeld („Vertrauenspersonen vorhanden"; OR=1.66; frühere „Chefs, Ausbildner und Lehrer" haben aktiv bei der Stellensuche geholfen; OR=1.67), die Medikation („Polypharmazie" senkt die Chancen; OR=0.86) etc.

Zusammengefasst kann man festhalten, dass Faktoren aus allen untersuchten Bereichen – Soziodemografie, Krankheit, Behinderung und Behandlung, soziales Umfeld und soziale Unterstützung, Merkmale der IV-Beratung und der Massnahmen – mit dem Eingliederungserfolg zusammenhängen. Hinzu kommen mehrere Variablen, die zu den schon genannten redundant sind wie beispielsweise „Ausgeglichenheit" und „Kein impulsives Verhalten" – diese Variablen wurden auf verschiedene Arten berechnet und deshalb allesamt in die initiale Screening-Analyse miteinbezogen).

Da mit der dargestellten Effektstärke noch nicht gesagt ist, mit welchen Effektstärken für den Eingliederungserfolg diese Merkmale verbunden sind, werden in der folgenden Darstellung die univariaten Odds Ratios (also die „Chancen") für den Erfolg gezeigt (Abbildung 66).

Abbildung 66: Univariate Odds Ratios für den beruflichen Eingliederungserfolg



Odds Ratios stellen dar, wie stark eine Veränderung im betreffenden Merkmal (zum Beispiel „geringe Lebensqualität") gegenüber dem Fehlen dieses Merkmals („hohe Lebensqualität") das Verhältnis von Erfolg zu Nichterfolg verändert. Der neutrale Wert für „kein Einfluss" liegt bei 1.

Wenn demnach eine „geringe Lebensqualität" der Versicherten mit einer Odds Ratio von 0.5 berechnet wird, bedeutet dies, dass eine tiefe Lebensqualität gegenüber einer guten Lebensqualität die Chancen auf Erfolg halbiert, da die Odds-Ratio multiplikativ mit dem Chancenverhältnis verknüpft ist. Wenn die Eingliederungsmassnahme gesundheitsfördernd war und eine Odds Ratio von 1.8 zeigt bedeutet dies, dass dieses Merkmal die Chance für einen Eingliederungserfolg um 80% erhöht gegenüber einer Massnahme, die nicht als gesundheitsfördernd erlebt wurde etc.

Besonders ungünstige Chancen für eine IV-Eingliederung zeigt das Merkmal „hohe psychische Belastung“ mit einem Wert von OR=0.2 – im Kehrwert 1/0.2 ist das ein fünffach erhöhtes Risiko für Misserfolg im Vergleich zu Personen ohne hohe psychische Belastung. Positive Einflussfaktoren sind zum Beispiel eine gesamthaft gesehen „geringe Alltagsbeeinträchtigung“ (OR=3.1), keine Probleme mit mangelnder Eigeninitiative und Energie (OR=3.0), keine Probleme mit dem Planen und Organisieren von Arbeitsaufgaben (OR=2.8), und keine Probleme mit mangelnder Flexibilität und mangelndem Arbeitstempo und mit impulsivem Verhalten (jeweils OR=2.6) sowie keine Konzentrationsprobleme (OR=2.4). Die Odds Ratios deuten darauf hin, dass vor allem die gesundheitliche Belastung und das Ausmass der Beeinträchtigung entscheidend sind. Allerdings zeigt sich zum Beispiel beim Merkmale „nie gekündigt worden in der Arbeitsbiografie“ (OR=2.2), dass auch weitere Merkmale eine Rolle spielen können.

Dennoch zeigt sich zumindest univariat sehr deutlich, dass effektiv Gesundheitszustand, Beeinträchtigungsgrad und Funktionsdefizite den hauptsächlichen Unterschied machen.

Die folgende Darstellung (Abbildung 67) gibt nun die Resultate der multivariaten Analyse wieder, in der nur noch Einflussfaktoren auftauchen, die nicht nur für sich alleine einen Zusammenhang mit dem Erfolg zeigen, sondern unter Berücksichtigung der Einflüsse aller anderen Merkmale – also diejenigen Merkmale, die sich gegenüber allen anderen Variablen in der Analyse ‚durchsetzen‘. Die hier berichteten Effekte können als „Netto-Effekte“ interpretiert werden, bei simultaner Berücksichtigung des Einflusses anderer Prädiktorvariablen.

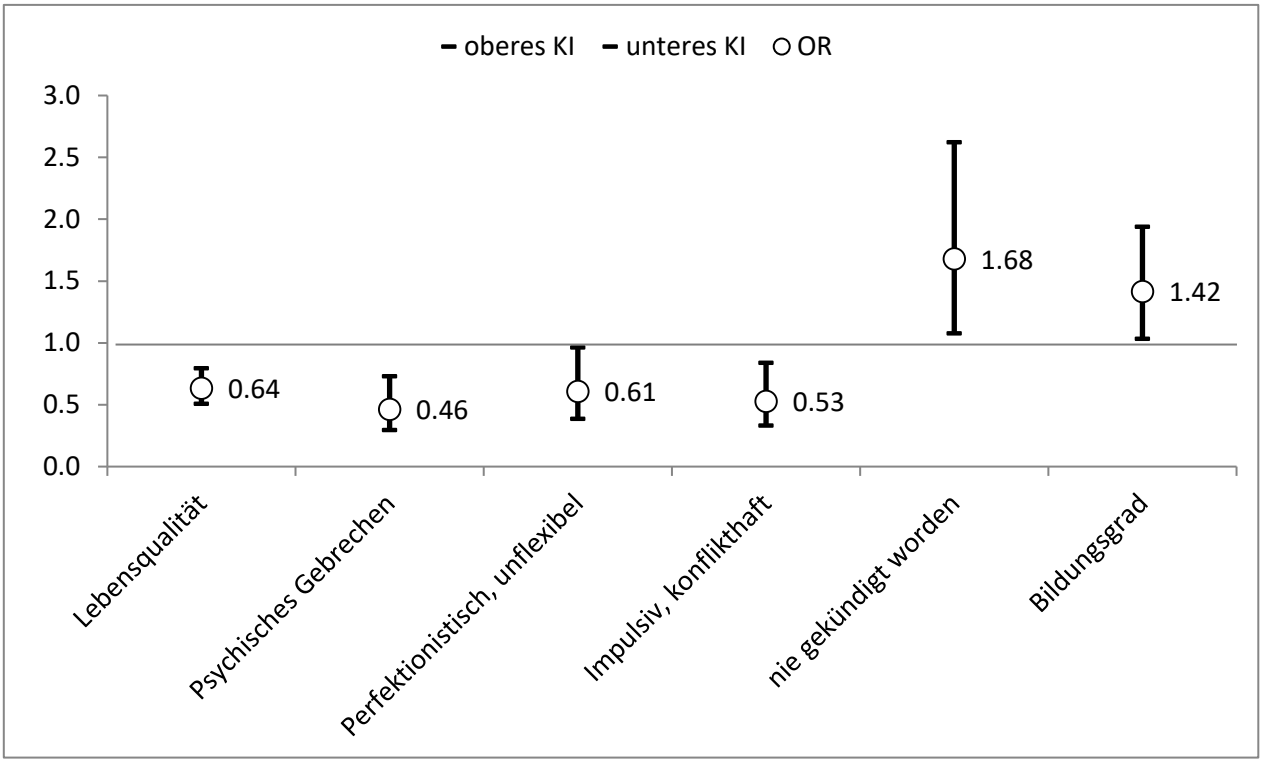
Der berufliche Eingliederungserfolg wird am sparsamsten – und durch die Hereinnahme weiterer Variablen nicht mehr bedeutsam verbesserbar – vorausgesagt durch lediglich 6 Einflussfaktoren.

Der erste Faktor ist das Ausmass an subjektiver Lebensqualität – eine geringe Lebensqualität hat eine 1/0.64 = 1.6fach verringerte Chance für Eingliederungserfolg. „Lebensqualität“ ist nicht gleichzusetzen mit „Lebenssituation“, sondern beschreibt das persönliche Erleben. Da Lebensqualität hier sehr eng mit der gesundheitlichen Belastung, der sozialen Integration und der Alltagsbeeinträchtigung zusammenhängt, ist es wahrscheinlich, dass der hier gefundene Faktor „geringe Lebensqualität“ letztlich das Leiden abbildet (Leiden an Belastungen, Einsamkeit, Exklusion und Beeinträchtigung etc.). Das bedeutet, dass bei Eingliederungsmassnahmen nicht ausschliesslich auf die arbeitsbezogenen Funktionen fokussiert werden darf, sondern die Gesamtsituation und insbesondere das subjektive Erleben mitberücksichtigt werden müssen.

Der zweite Faktor ist das Vorliegen einer psychischen Störung (gemäss IV-Code), die gegenüber einer muskuloskelettalen Erkrankung eine 2.2fach verringerte Erfolgschance aufweist. Oder umgekehrt formuliert: Muskuloskelettale Erkrankungen verbessern die Eingliederungschancen im Vergleich zu psychischen Störungen um die OR 2.2. Es ist demnach nicht nur die Schwere der Beeinträchtigung insgesamt, die den Unterschied macht, sondern die *Art* der Erkrankung.

Dass psychische Störungen in der Eingliederungspraxis eine Herausforderung darstellen können, ist bekannt. Auch haben die Erfahrungen mit den vergangenen IV-Reformen gezeigt, dass die IV-Neurenten bei den psychisch kranken Versicherten weniger stark gesenkt werden konnten als bei Versicherten mit anderen Krankheiten.

Abbildung 67: Multivariate Odds Ratios für den beruflichen Eingliederungserfolg



Die Bedeutung einer psychischen Erkrankung für die Eingliederung wird auch hier zudem bestätigt indem zwei Faktoren prognostische Relevanz zeigen, die oft mit einer psychischen Störung verbunden sind (aber natürlich auch bei den hier befragten Versicherten mit muskuloskelettalen Erkrankungen auftauchen): Mangelnde Flexibilität/Perfektionismus sowie Impulsivität/konflikthaftes Verhalten. Mangelnde Flexibilität vergrössert jenseits der zugrunde liegenden Diagnose die Aussicht auf einen Misserfolg um 64% (Kehrwert von 0.61) und Impulsivität lässt die Chancen zum Misserfolg um 90% (Kehrwert von 0.53) gegenüber Personen ansteigen, die diese Funktionsdefizite nicht aufweisen.

Diese beiden Faktoren machen darauf aufmerksam, dass neben der Art der Erkrankung (psychisch) und dem subjektiven Leiden (Lebensqualität) auch spezifische Persönlichkeitszüge und Arbeitsverhalten zentral sind – unabhängig vom Vorliegen einer psychischen Störung. Zudem handelt es sich bei Inflexibilität/Perfektionismus und Impulsivität/Konflikthaftigkeit nicht nur um Symptome oder Funktionsdefizite, sondern es sind auch Persönlichkeitsmerkmale. Dass Flexibilität ein entscheidender Faktor für die Arbeitsfähigkeit ist, zeigt sich auch in Erhebungen von Linden et al. (2015; 2010): bei Rehabilitanden mit psychischen Störungen ist die Flexibilität/Umstellungsfähigkeit besonders stark beeinträchtigt. Hier wird auch deutlich, welch grossen Einfluss auch die Persönlichkeit respektive persönlichkeitsbedingte Merkmale für die Eingliederung haben. Dies bestätigt auch die Resultate aus Aktenanalysen von IV-Rentner/innen aus psychischen Gründen (Baer et al., 2009), die gezeigt hat, dass gemäss medizinischen Unterlagen rund 70% der IV-Rentner/innen zumindest eine Persönlichkeitsakzentuierung aufweisen. Und schliesslich sind Persönlichkeitsstörungen die mit Abstand häufigste rentenbegründende Diagnose bei Versicherten mit „psychogenen und milieureaktiven Störungen“ (IV-Code 646).

Weiter ist das Merkmal, dass einem Versicherten bisher an einer Arbeitsstelle nie gekündigt wurde, mit einer um 68% erhöhten Chance auf Eingliederungserfolg verbunden. Damit zeigt sich die prognostische Bedeutung der Arbeitsbiografie – wiederum unabhängig von den anderen hier relevanten Einflussfaktoren. Dies ist deshalb sehr bedeutsam, weil es darauf hinweist, dass das frühere

berufliche Funktionieren (vor Kontakt mit der IV) oft ähnliche Muster zeigt wie der künftige Verlauf. Umso wichtiger ist es (oder wäre es), dass die Arbeitsbiografie im Detail bekannt ist bei der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen. Für psychisch kranke Personen konnte beispielsweise kürzlich in einer Befragung der Psychiater/innen in der Schweiz gezeigt werden (Baer et al., 2017), dass zwei Drittel aller Patienten mit Arbeitsproblemen ein überdauerndes berufliches Problemmuster in ihrer Arbeitsbiografie aufweisen, welches zudem häufig mit frühen familiären Belastungen zusammenhängt. Die vorliegende Analyse bedeutet nun, dass das frühere berufliche Funktionieren (Vorkommen einer Kündigung) generell eine Rolle spielt, auch bei muskuloskelettalen Erkrankungen. Zu bemerken ist, dass selbstverständlich nicht jede Kündigung a priori ein Problem darstellt, welches mit dem Versicherten zu tun hat, es gibt viele Gründe für eine Kündigung, zum Beispiel wirtschaftliche, betriebliche etc. Und dennoch ist dies offensichtlich ein wesentlicher Indikator für den Eingliederungserfolg. Praktisch gesehen wäre es demnach in der Eingliederungsplanung wichtig, die Hintergründe allfälliger Kündigungserfahrungen bei Versicherten gut zu kennen und zu verstehen.

Und schliesslich haben Versicherte mit einem höheren Bildungsgrad (Abschluss auf Sekundär oder Tertiärstufe) eine um 42% erhöhte Chance auf eine erfolgreiche berufliche Eingliederung. Dass der Bildungsgrad eine wesentliche Rolle spielt, findet man immer wieder in der Prädiktoren Forschung zur Arbeitsrehabilitation. Auch aus den Analysen zu den jungen IV-Rentenbeziehenden in der Schweiz ist bekannt, dass diese sehr häufig nicht über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen respektive dass der Bildungsgrad zwischen Jungen mit und ohne Rentenbezug unterscheidet (Baer et al., 2015).

In Bezug auf die in dieser multivariaten Analyse gefundenen Einflussfaktoren scheinen viele Faktoren für die statistische Vorhersage eines Eingliederungserfolges nicht prioritär zu sein, zum Beispiel Alter, Geschlecht, IV-Stelle respektive deren Abklärungstyp, Sprachregion, soziales Umfeld und soziale Unterstützung der Versicherten, Branche oder Sektor, in der die Versicherten letztmals tätig waren, Art der beruflichen Massnahme der IV, Erfahrung mit der IV-Stelle oder Betreuung in der Massnahme etc. Einige dieser Merkmale hängen zwar univariat mit dem Eingliederungserfolg zusammen und sind daher – auch im Erleben der einzelnen Versicherten – bedeutsam, aber unter Berücksichtigung vieler anderer Merkmale tauchen sie nicht im finalen statistischen Modell auf. Aber für die Planung von Massnahmen und das weitere Verständnis eines erfolgreichen Wiedereingliederungsprozesses bleiben sie von Bedeutung.

Zusammengefasst zeigen sich aus den multivariaten Analysen demnach folgende Merkmale für den Eingliederungserfolg als prognostisch bedeutsam: Das Ausmass des subjektiven Leidens (Lebensqualität), die Art der gesundheitlichen Problematik (psychische Störung), Persönlichkeit und Funktionsdefizite (perfektionistisch/unflexibel sowie impulsiv/konflikthaft), die Arbeitsbiografie (nie gekündigt worden) sowie das Vorhandensein einer qualifizierten Bildung (Bildungsgrad Sekundarstufe oder höher).

11.2 Veränderungen im zeitlichen Verlauf

Für die Beantwortung der Fragestellung in der Teilstudie 2 zu den Veränderungen im Verlauf des IV-Eingliederungsprozesses wurde analog vorgegangen (vgl. Kap. Methodik). Wiederum wurde anhand von logistischen Regressionsanalysen nach Prädiktoren gesucht, die das Verhältnis von Massnahmebeginner zu Massnahmenabsolventen zufallskritisch beeinflussen können.

Es werden erneut zuerst die Ergebnisse der univariaten logistischen Regressionen dargestellt, die mit einer erhöhten bzw. erniedrigten Chance verbunden sind (Tabelle 34).

Tabelle 34: Univariate Faktoren für Veränderungen im Zeitverlauf (Massnahmebeginn)

Variable	gültiges N	Effektstärke (R^2)
Sozialhilfe	270	0.0753
Keine IV-Rente	273	0.0626
Lebensversicherung	273	0.0379
eingeschränkt bei Arbeit	378	0.0375
Energie, Eigeninitiative	434	0.0329
PK-Rente	260	0.0323
Transparenz gg Chef	213	0.0321
AuF (Wo/Jahr)	380	0.0312
Eingeschränkt bei Partnerschaft	336	0.0302
Alter	452	0.0287
Erwartet somatische Besserung	360	0.0287
Leidet unter berufl. Einschränkungen	366	0.0279
IV-Taggeld	272	0.0257
Rasch erschöpft	432	0.0236
Nicht (unbefristet) erwerbstätig	452	0.0216
Erwartet berufliche Besserung	348	0.0216
Erwartet Behandlungsbesserung	336	0.0202
Geringe Eigeninitiative, Energie	424	0.0193
Leidet unter Symptomen	406	0.0189
Psychische Belastung	417	0.0189
Nicht alleinlebend	436	0.0183
Kopfschmerzen	423	0.0177
Alltagseinschränkungen	422	0.0162
Geringe Zufriedenheit psych. Gesundheit	409	0.0161
Summe der Alltagseinschränkungen	452	0.0154
Nicht Vollzeit erwerbstätig	452	0.0153
Nicht voller Energie gefühlt	432	0.015

Die Variable mit der univariat (für sich alleine genommen) höchsten Effektstärke (‚erklärt' 7.5% des Chancenverhältnisses eines Verlaufes) ist der Bezug von Sozialhilfe, gefolgt vom Nicht-Bezug einer IV-Rente und einer Pensionskassen- oder privaten Lebensversicherungsrente. Das heisst, Versicherte beziehen bei Massnahmebeginn deutlich *seltener* Sozialhilfe und erwartungsgemäss seltener eine IV-Rente oder private Lebensversicherung als Absolventen einer Massnahmen.

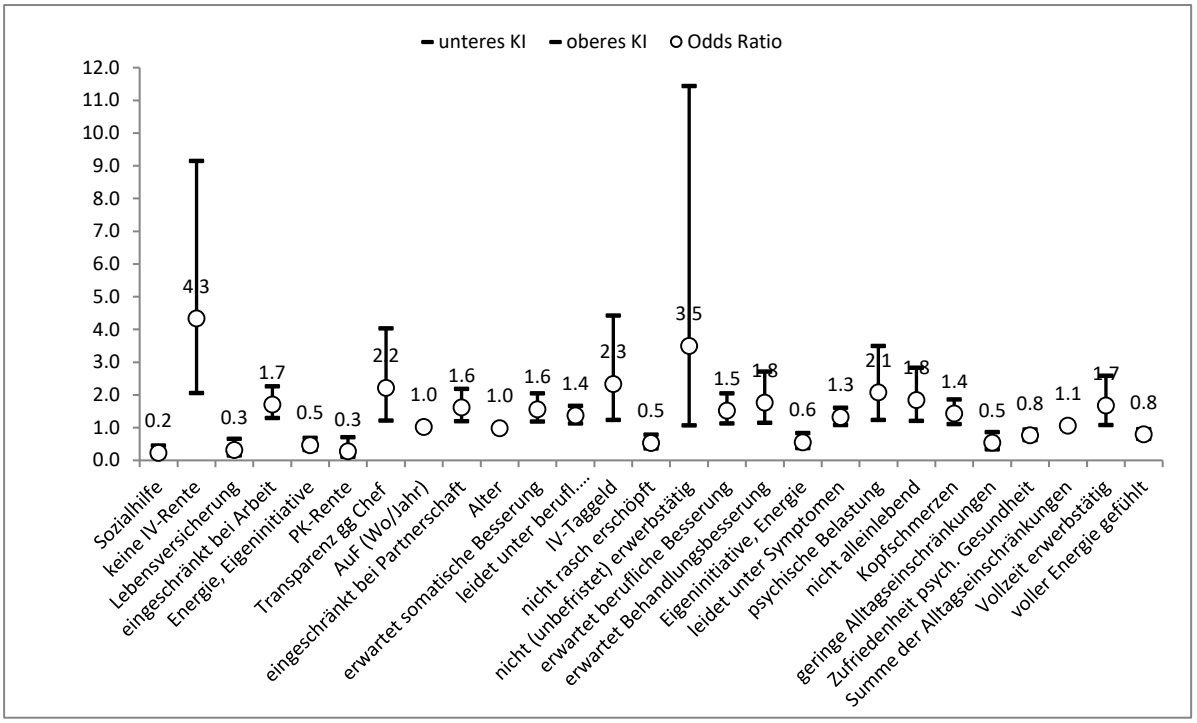
Massnahmebeginner sind stärker eingeschränkt bei der Arbeit und in der Partnerschaft, haben eher Probleme mit Energie und Eigeninitiative (Funktionsdefizit), sprechen bei der Arbeit gegenüber den Vorgesetzten häufiger offen über ihre gesundheitlichen Probleme, waren länger arbeitsunfähig im Jahr vor Befragung und sind etwas jünger. Beginner haben deutlich häufiger verschiedene Erwartungen/Hoffnungen: Dass sich ihr körperlicher Gesundheitszustand, ihre berufliche Situation und ihre Behandlungssituation verbessere. Personen leiden bei Massnahmebeginn häufiger unter Krankheitssymptomen, sind psychisch stärker belastet und im Alltag stärker beeinträchtigt. Zudem wohnen sie seltener alleine als Personen nach Abschluss der Massnahmen.

Der zeitliche Verlauf zeigt auf nicht ganz so vielen Variablen Unterschiede wie sie hinsichtlich Eingliederungserfolg berechenbar waren. Dennoch verändern sich einige Merkmale der Versicherten

im zeitlichen Verlauf deutlich: Mit zunehmender Dauer sind viel weniger Versicherte auf Sozialhilfeunterstützung angewiesen zugunsten entweder einer unbefristeten (Vollzeit) Erwerbstätigkeit oder einer IV-Rente, die weitere Rentenzahlungen auslöst (Pensionskasse, private Lebensversicherung).

Der Gesundheitszustand verbessert sich im Verlauf, sowohl psychisch wie auch körperlich, ebenso gewisse Funktionsdefizite (Antrieb, Eigeninitiative) und Alltagsbeeinträchtigungen sowie Arbeitsunfähigkeiten nehmen ab. Zudem zeigt sich auch im privaten Bereich eine Veränderung dahingehend, dass die Versicherten zunehmend alleine wohnen. Und schliesslich verändert sich die Offenheit der erwerbstätigen Versicherten am Arbeitsplatz: Sie sprechen mit zunehmender Dauer seltener über ihre gesundheitlichen Probleme.

Abbildung 68: Univariate Odds Ratios für Veränderungen im Zeitverlauf (Massnahmebeginn)



Die Abbildung 68 zeigt wiederum die univariaten Odds Ratios für die einzelnen Variablen betreffend Veränderungen im Verlauf. Es fallen zwei (finanzielle, berufliche) Merkmale mit besonders hohen Odds Ratios für Massnahmebeginn auf, nämlich der fehlende IV-Rentenbezug und eine fehlende unbefristete Arbeitsstelle im ersten Arbeitsmarkt. Beide Variablen erzielen univariat hohe Odds-Ratios, bei gleichzeitig sehr unpräziser Schätzung (Konfidenzintervall sehr breit), die jedoch ausreichend sicher von der neutralen Mitte (OR=1) unterschieden werden kann.

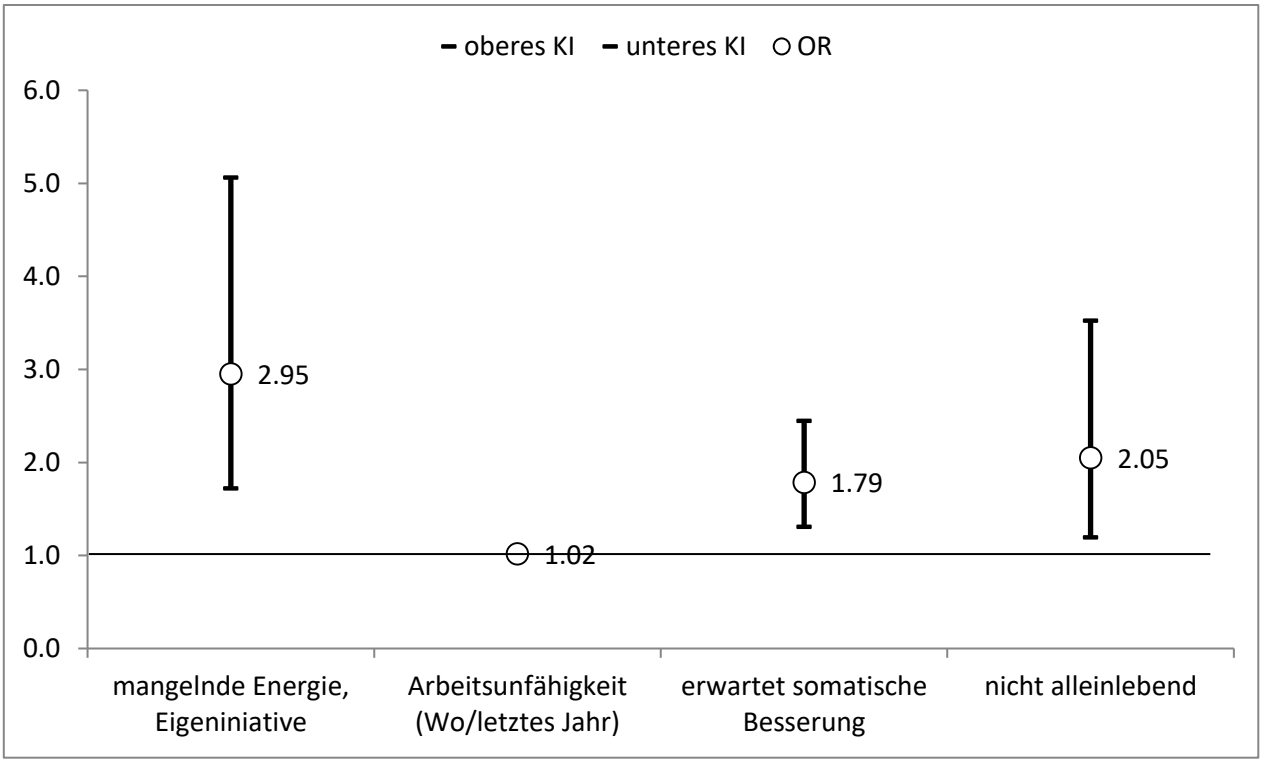
Das heisst, dass der möglicherweise grösste Unterschied im zeitlichen Verlauf der IV-Massnahmen (univariat) darin liegt, dass mit zunehmender Dauer häufiger eine Erwerbstätigkeit gefunden wird (3.5fache Chance für das Zielereignis „Nach der Massnahme“) respektive eine IV-Rente bezogen wird (4.3fach erhöhte Chance im Verlauf). Zudem verringert sich mit dem Sozialhilfebezug die Chance, einen Massnahmebeginner vor sich zu haben um die OR von 0.231, also um das Vierfache.

Weitere deutliche Verlaufsunterschiede zeigen sich hinsichtlich Offenheit gegenüber dem Vorgesetzten (über eigene Probleme sprechen) und darin, dass alleine wohnende Versicherte mit klar höheren Chancen (OR=1.85) zu den AbsolventInnen einer Massnahme gehören. Dies unter anderem auch deshalb, weil sie nicht mehr betreut mit anderen oder in einer Wohngemeinschaft – aber vor allem, weil immer weniger Versicherte mit Partner/in und Kindern zusammen wohnen (Reduktion im

Zeitverlauf von 34% auf 21%). Das heisst, im zunehmenden Verlauf kommt es nicht selten zu Trennungen. Der Anteil der bei den Eltern wohnenden Personen nimmt hingegen nicht ab.

In der multivariaten Analyse schliesslich bleiben nur vier Prädiktoren übrig, die sich gegenüber allen anderen Merkmalen ‚durchsetzen' und mit einem Netto-Effekt zwischen vorher/nachher differenzieren können (Abbildung 69).

Abbildung 69: Multivariate Odds Ratios für Veränderungen im Zeitverlauf (Massnahmebeginn)



Das Funktionsdefizit „mangelnde Energie und Eigeninitiative" erhöht bei Vorliegen die Chancen, es mit einem Beginner/einer Beginnerin zu tun zu haben um fast das 3fache. Damit bestätigt sich das Resultat der univariaten Faktoren, dass sich die Funktionsdefizite/Symptome im zeitlichen Verlauf häufig verbessern. Wie weit dies durch die IV-Massnahmen bewirkt wurde, lässt sich hier nicht sagen. Es kann sich auch (ganz oder teilweise) um einen Behandlungseffekt oder um den natürlichen Verlauf der Erkrankung handeln. Angesichts der häufigen positiven Effekte der Massnahmen, die sich in der Erfolgsstudie zeigen, kann man aber wohl auch von einem Beitrag der Massnahmen an die verbesserte Eigeninitiative ausgehen.

Der zweite, unabhängige Faktor ist die Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Wochen im letzten Jahr. Die Odds Ratio 1.02 ist zwar rechnerisch nahe bei 1, also bei der neutralen, nicht vorhersagenden Mitte. Aber hier ist zu beachten dass dieser Koeffizient für das Arbeitsunfähigkeits-Risiko sich auf jede einzelne Woche bezieht und das Konfidenzintervall von 1.003 bis 1.035 reicht. Vereinfacht gesagt ist also jede Woche einer Arbeitsunfähigkeit im Jahr vor der Befragung mit einer Erhöhung der Chancen verbunden, dass man eine Person *vor* Beginn ihrer IV-Massnahmen befragt. Beide Aspekte sind grundsätzlich prioritäre Ziele von beruflichen Massnahmen der IV, insofern ist dieses Resultat auch eine Bestätigung für die Interventionen.

Der dritte Faktor („Erwartet somatische Besserung“) zeigt eine um fast 80% erhöhte Chance (OR=1.79), dass es sich um Massnahmebeginner handelt. Damit bestätigt sich allgemein die Bedeutung der Erwartungen respektive Hoffnungen im rehabilitativen Prozess. Im zeitlichen Verlauf nehmen die Erwartungen dann deutlich ab, teilweise weil sie sich erfüllt haben oder weil sich die Erwartungen reduziert haben. Für beide Mechanismen gibt es in der vorliegenden Studie Hinweise: Die eine Gruppe von Versicherten hat im Zeitverlauf einen erfolgreichen Prozess (beruflich und gesundheitlich) und ist später deutlich zufriedener als zu Beginn – und hat auch zum Teil weniger Erwartungen. Für die andere Gruppe, die im Verlauf keinen Eingliederungserfolg zeigt, bleibt die Gesundheit weiterhin unbefriedigend – aber die Hoffnung auf eine Besserung wird aufgeben.

Und schliesslich bleibt auch in der multivariaten Analyse die Wohnsituation ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal im zeitlichen Verlauf: Personen, die mit anderen zusammen leben, haben eine 2fach höheres Chancenverhältnis, dass sie Massnahmebeginner sind. Mit zunehmendem Verlauf kommt es vor allem bei Personen, die mit Partner/in und Kindern zusammenleben, zu Trennungen. Hier reflektiert sich womöglich auch die Belastung einer Partnerschaft respektive Familie durch eine relevante Krankheit (die Zunahme der im Verlauf alleinlebenden Personen ist bei Vorliegen von starken Funktionsdefiziten besonders stark) und allenfalls auch durch die Unsicherheiten und Stress, welche die Erwerbslosigkeit und der Eingliederungsprozess mit sich bringen können – teils gerade auch wegen der hohen Erwartungen und Hoffnungen zu Beginn der Massnahmen. Dieser Faktor macht darauf aufmerksam, dass es sinnvoll sein kann, dass speziell im Rahmen von beruflichen Massnahmen gegebenenfalls die familiäre Situation nicht aus dem Blickfeld gerät. Dies wäre aber wohl prioritär die Aufgabe der Behandelnden.

Auch hier ist für die Würdigung dieser Resultate wiederum darauf hinzuweisen, dass sich die grosse Mehrheit der personen- und massnahmebezogenen Merkmale im Hinblick auf den zeitlichen Verlauf nicht bedeutsam unterscheidet, bzw. nach Adjustierung für lediglich vier Prädiktorvariablen verzichtbar sind. Entscheidend sind die gesundheitliche Belastung, die Schwere der Beeinträchtigung, die Erwartungen und Hoffnungen sowie die Lebenssituation. Die ersten beiden Merkmale verbessern sich im Verlauf, die letzten beiden verschlechtern sich.

11.3 Aussagen von Versicherten

Drei kurze Beispiele sollen zum Schluss nochmals zeigen, wie existentiell in solchen Situationen die Unterstützung durch die Partnerin, den Partner ist respektive wäre. Manchmal hält die Beziehung einer längerdauernden krankheitsbedingten Erwerbslosigkeit nicht Stand.

„Moi j’ai perdu ma vie, j’ai perdu ma femme à cause de ne pas avoir un emploi en fait, je n’ai pas un emploi depuis longtemps, depuis 2014 et puis c’est pour ça que ma femme elle m’a quitté ! “ (Mann, 35 Jahre, nicht erfolgreich integriert, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

„Moi le seul soutien que j’ai ça vient de ma femme ! C’est de ma femme ou de ma psychiatre que je vois maintenant ! “ (Mann, 50 Jahre, erfolgreich integriert, psychische Beeinträchtigung)

„La personne qui me soutien le plus c’est ma compagne. “ (Mann, 40 Jahre, Massnahmebeginn, muskuloskelettale Beeinträchtigung)

11.4 Fazit

Zum einen wurde hier analysiert, welche Faktoren den beruflichen Eingliederungserfolg am besten voraussagen und zum anderen, welche Merkmale sich im zeitlichen Verlauf der beruflichen IV-Massnahmen effektiv verändern. Es gibt viele Faktoren, die *für sich alleine* signifikant und teils deutlich zwischen Eingliederungserfolg und –misserfolg unterscheiden, darunter nicht nur Merkmale des Gesundheitszustandes, der Behinderung und der Lebensqualität, sondern auch Merkmale der IV-Massnahmen selbst. Gezielte Massnahmen, die spezifisch auf die Beeinträchtigung ausgerichtet sind, den Arbeitsrhythmus trainiert haben, eine quantitative Steigerung der Arbeitsfähigkeit (Pensum) erreichen konnten, das Arbeitsverhalten und das Selbstvertrauen verbessern konnten und ob die Versicherten gelernt haben, *trotz* ihren Problemen zu arbeiten (Anpassungs- und Bewältigungsfähigkeit), unterscheiden jeweils zwischen Erfolg und Misserfolg. Dies sind wichtige Hinweise für Massnahmen, insbesondere hinsichtlich der wesentlichen Spezifität, die heute sicher noch nicht in allen Massnahmen vorausgesetzt werden kann. Dies spricht für die Bedeutung einer fundierten Abklärung der Arbeitseinschränkungen bevor individuelle Massnahmen geplant werden. Schematische Massnahmen sind sowohl aufgrund der quantitativen Daten wie auch der Aussagen der Interviewpartner sehr ungünstig. Weiter spielt die Beziehung zum IV-Berater eine wichtige Rolle, insbesondere wiederum in Bezug auf die Frage, ob er das Arbeitsproblem verstanden hat. Wichtig ist auch, dass die IV aktiv hilft, eine Arbeitsstelle zu finden und dass sie bei auftauchenden Problemen und Krisen im Eingliederungsverlauf gut unterstützt.

Die multivariate Analyse der Einflussfaktoren auf den Eingliederungserfolg schliesslich, die alle Korrelationen der Einflussvariablen untereinander berücksichtigt, zeigt 6 Erfolgsfaktoren, die unabhängig von allen anderen Faktoren den Eingliederungserfolg am besten voraussagt. Eine geringe Lebensqualität bringt eine um 60% reduzierte Chance auf beruflichen Erfolg mit sich, eine psychische Erkrankung hat eine 2.2fach verringerte Erfolgschance gegenüber einer muskuloskelettalen Erkrankung, das Vorhandensein von Funktionseinschränkungen in den Bereichen Flexibilität (perfektionistisch und unflexibel) sowie Ausgeglichenheit (impulsives konflikthaftes Verhalten) bewirken ebenfalls jeweils eine bis 2fach verringerte Erfolgschance. Die Arbeitsbiografie ist wichtig, Personen denen nie gekündigt worden ist, haben eine um 70% verbesserte Erfolgschance und Personen mit einem höheren Bildungsgrad eine um 40% verbesserte Chance.

Diese Erfolgsfaktoren veranschaulichen die Bedeutung des subjektiven Erlebens und des subjektiven Leidens, letztlich auch der Krankheitsschwere für den Erfolg (Faktor „Lebensqualität“). Der Faktor „Psychische Erkrankung“ zeigt die Wichtigkeit der Art der Erkrankung. Die Faktoren „Inflexibilität“ und „Impulsivität“ zeigen, wie wichtig die Persönlichkeit und das Arbeitsverhalten der Versicherten sind. Der Faktor „Nie gekündigt worden“ zeigt, wie wichtig die Arbeitsbiografie, also das frühere Funktionieren der Versicherten, für die künftige Eingliederung ist und der Faktor „Bildungsgrad“ spricht für sich und erinnert daran, dass es auch für die berufliche Integration wichtig ist, in die Qualifizierung der Versicherten zu investieren respektive bei den jungen Versicherten konsequent den Abschluss einer Berufsausbildung zu verfolgen.

In Bezug auf die Veränderungen im Verlauf des IV-Eingliederungsverfahrens gibt es zunächst wiederum viele Merkmale, die sich zwischen Massnahmebeginn und –abschluss verändern. Im Verlauf sind immer mehr Versicherte IV-berentet, beziehen eine private Lebensversicherung oder eine Rente der 2. Säule – oder sind unbefristet angestellt. Das heisst, die beruflichen IV-Massnahmen führen im Verlauf gesamthaft zu einer Differenzierung respektive Umverteilung der Einkommenssituation respektive der sozialen Unterstützungssysteme, zum Beispiel entweder in die Erwerbstätigkeit oder in die IV-Rente oder in die Sozialhilfe.

Weitere wichtige Veränderungen zeigen sich in Bezug auf eine Reduktion spezifischer Beeinträchtigungen im Alltag (Arbeit, Partnerschaft) wie auch in der Summe der Alltagseinschränkungen und im subjektiven Leiden. Weiter verändern sich die Erwartungen und Hoffnungen auf eine gesundheitliche und berufliche Verbesserung sowie auf eine bessere Behandlungssituation im Verlauf – sie nehmen ab. Auch in Bezug auf die Wohn- und Beziehungssituation ergeben sich im zeitlichen Verlauf Veränderungen, allerdings eher in eine negative Richtung: Es kommt zunehmend zu Trennungen von Partner/in und Kindern und zu vermehrtem Alleinleben.

Das Resultat der multivariaten Analyse der Veränderungen zeigt letztlich nur 4 Merkmale, die sich unter Berücksichtigung aller Zusammenhänge ‚durchsetzen': Eine im Zeitverlauf verbesserte Energie und Eigeninitiative, eine Senkung der Arbeitsunfähigkeitsdauer im letzten Jahr, eine Reduktion der Hoffnungen auf eine bessere somatische Gesundheit sowie vermehrtes Alleinleben.

Auch hier muss man diese Faktoren im Zusammenhang sehen: Was sich effektiv positiv verändert ist die Verbesserung von Symptomatik und Behinderung („Energie, Eigeninitiative") und der Faktor Arbeitsfähigkeit („Wochen Arbeitsunfähigkeit im letzten Jahr"). Was sich verschlechtert ist die Hoffnung („Erwartet Besserung des körperlichen Gesundheitszustandes") sowie die familiäre Situation („Alleinlebend").

Alle dieser 4 Faktoren scheinen wichtig: Im Verlauf von IV-Massnahmen verbessern sich Symptomatik, Funktionseinschränkungen und Arbeitsfähigkeit. Dies ist letztlich auch der Zweck der Massnahmen. Gleichzeitig darf man nicht übersehen, dass die erheblichen gesundheitlichen und beruflichen Belastungen, die mit dem Verfahren verbundenen Unsicherheiten etc. auch dazu führen, dass die Versicherten ihre Hoffnungen aufgeben und zudem die Familie oder Partnerschaft diesen Belastungen nicht mehr gewachsen ist – und die Versicherten zunehmend isoliert leben, vor allem diejenigen, bei denen die Massnahmen nicht zum Erfolg geführt haben.

12 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Der Befragung der IV-Massnahmenempfänger/innen hat entsprechend der vielfältigen Fragestellungen eine Vielzahl von Erkenntnissen gebracht, die nicht leicht zu überschauen sind. Im Folgenden werden wesentliche Schlussfolgerungen gezogen und, – wo möglich, – konkrete Empfehlungen skizziert.

Es handelt sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine ausführliche Befragung von ehemaligen und aktuellen IV-Massnahmenempfänger/innen, deren Beantwortung eine Auseinandersetzung bedingt mit der eigenen gesundheitlichen Problematik, der Biografie, den Hoffnungen und Erwartungen an die IV-Eingliederungsmassnahmen, der persönlichen familiären, sozialen und auch finanziellen Situation und manchmal auch dem eigenen beruflichen Scheitern. Viele Befragte beziehen heute eine IV-Rente und nicht wenige waren wegen der Befragung verunsichert. Vor diesem Hintergrund ist es nicht selbstverständlich, dass mehr als 900 Versicherte an der Befragung teilgenommen und 95% von ihnen den Fragebogen bis zum Schluss ausgefüllt haben. Zudem hat sich mehr als ein Drittel der Teilnehmenden für ein vertiefendes Interview bereit erklärt, von denen leider nur ein sehr kleiner Teil berücksichtigt werden konnte.

IV-Massnahmen sind eine prägende Erfahrung

Dieses Engagement der Befragungsteilnehmer/innen und die Resultate der Befragung weisen darauf hin, dass der Kontakt mit der IV sowie dessen Umstände, Hintergründe und Wirkungen für viele Versicherte mit muskuloskelettalen respektive psychischen Beeinträchtigungen eine prägende Erfahrung in ihrem bisherigen Leben darstellt. Und es verdeutlicht die prominenente Rolle der Erwerbstätigkeit respektive der Zugehörigkeit zum Arbeitsmarkt für die eigene Identität, die soziale Zugehörigkeit, den familiären Zusammenhalt, die Lebensperspektive etc.

Deshalb sollten sich alle involvierten Akteure (IV-Stellen, Ärzte, Anbieter von arbeitsrehabilitativen Massnahmen, Arbeitgeber etc.) bewusst sein, dass es sich beim IV-Eingliederungsprozess oft um eine kritische Phase im Leben der Versicherten handelt, der die Person in all ihren beruflichen, persönlichen, gesundheitlichen und sozialen Bezügen betrifft. IV-Eingliederungsprozesse laufen nicht isoliert ab.

Dies zeigt sich unter anderem auch darin, dass die Mehrheit der Befragten die IV-Anmeldung als einen Moment des Scheiterns in ihrem Leben erfahren haben und dass entsprechend rund zwei Drittel sich dagegen wehrten, bei der IV angemeldet zu werden. Die IV-Anmeldung konfrontiert die Versicherten meist mit ihrem beruflichen Werdegang, mit bisher (Un)Erreichtem und oft auch mit dem, was künftig krankheitsbedingt nicht mehr erreichbar sein wird. Diese Auseinandersetzung mit der eigenen Beeinträchtigung, den Potentialen und Perspektiven ist Teil der – für einen Eingliederungserfolg oft nötigen – Krankheitsverarbeitung, die manchmal besser und manchmal weniger gut gelingt und viel Energie absorbiert. Eingliederung ist demnach oft nicht einfach ein äusserer Massnahmeprozess, sondern auch ein innerer psychologischer Prozess, der in der Behandlung unterstützt werden muss.

- *IV-Stellen, Durchführungsstellen und Ärzte sollten sich bewusst sein, dass Eingliederung letztlich nicht gelingen kann, wenn vereinfacht gesagt der äussere Prozess in eine andere Richtung steuert als der innere.*

Für schwer und chronisch Beeinträchtigte haben Massnahmen existentielle Bedeutung

Wie prägend der IV-Eingliederungsprozess für eine versicherte Person ist, hängt auch davon ab, ob es sich um kurzfristige und punktuelle Interventionen bei umgrenzten Problemen handelt (zum Beispiel eine Frühinterventionsmassnahme zwecks Anpassung des Arbeitsplatzes bei Versicherten mit

einer spezifischen Beeinträchtigung, die über ein intaktes Umfeld verfügen) oder eher um langfristige und umfassende Interventionen bei komplexen, schwereren chronischen Beeinträchtigungen bei Versicherten, welche sozial und beruflich schon desintegriert sind. Speziell bei dieser zweiten Gruppe haben IV-Massnahmen eine grundlegende Bedeutung für Selbstbild, Zugehörigkeit, Lebensqualität und –perspektive. Entsprechend gross sind hier sowohl Potentiale wie Risiken.

- *Umso wichtiger ist es bei dieser Personengruppe erstens, dass der Eingliederungsprozess fundiert, koordiniert und in Kooperation mit allen wichtigen Beteiligten geplant und durchgeführt wird. Die vorliegenden Daten zeigen, dass diese Kooperation auch die Gefahr von Gesundheitsschäden durch die IV-Massnahmen reduzieren kann.*

Häufigkeit und Würdigung des Eingliederungserfolges durch IV-Massnahmen

Die vorliegende Untersuchung verwendete für den „Eingliederungserfolg“ folgende Definition: Letzte berufliche Massnahme spätestens im 2014 erhalten und im 2015 ein monatliches Erwerbseinkommen von mindestens CHF 1‘000 erzielt sowie weder Arbeitslosenhilfe noch IV-Rente bezogen. Diese Definition schliesst Sozialhilfebezug im 2015 nicht aus (diese Daten waren für die Studie nicht verfügbar); hingegen schliesst sie IV-Teilrentner/innen aus.

In diesem Sinne erfolgreich war (Stand 2015) ein Drittel der Versicherten, wobei sich dies nach Art der Beeinträchtigung deutlich unterscheidet: Versicherte mit muskuloskelettalen Beeinträchtigungen waren zu 45% erfolgreich, Versicherte mit psychischen Beeinträchtigungen zu 25%. Zwei Jahre später, zum Zeitpunkt der Befragung im 2017, zeigt sich die Situation etwas verändert: Bei den nicht erfolgreich Eingegliederten ist der Anteil der IV-Rentenbezüger von 37% im 2015 auf 50% im 2017 gestiegen, dies vor allem, weil fast ein Drittel der Versicherten mit sehr geringem Einkommen im 2015 in der Zwischenzeit berentet wurden.

Vergleicht man das Erwerbseinkommen der Versicherten in den Jahren 2015 und 2017, zeigt sich, dass gesamthaft die Verteilung der Einkommensgruppen gleich geblieben ist: Jeweils 45% der Versicherten haben kein Erwerbseinkommen. Aber es kommt zu einer Umverteilung: Rund die Hälfte der Versicherten, die im 2015 *gar kein* Erwerbseinkommen erzielt haben, verfügen zwei Jahre später über ein solches und auf der anderen Seite haben fast alle Personen mit geringen Einkommen im 2015 bei Befragung gar kein Einkommen mehr. Zudem hat sich das Einkommen der höheren Einkommensgruppen zwischen 2015 und 2017 verringert. Das heisst, dass die IV-Massnahmen bei den Erwerbslosen häufig zu einer Verbesserung beigetragen haben, bei den Personen mit sehr geringen Einkommen zu einer Aufgabe der Erwerbstätigkeit (und zur Berentung oder Sozialhilfeabhängigkeit) und bei den Personen mit einem vergleichsweise höheren Einkommen oft zu einer Einkommensreduktion. Insgesamt verdienen 42% der Versicherten im 2017 etwa gleich viel wie im 2015, 30% verdienen weniger und 28% verdienen mehr.

Auch die Analyse der Veränderungen im zeitlichen Verlauf der IV-Eingliederung bestätigt dies und zeigt eine zunehmende Aufteilung hinsichtlich Einkommensquellen: Zum einen beziehen im Verlauf zunehmend mehr Versicherte ein Erwerbseinkommen und zunehmend weniger Versicherte Arbeitslosenunterstützung, zum anderen beziehen immer mehr Personen eine IV- und Pensionskassen-Rente, Sozialhilfe und Ergänzungsleistungen.

Das heisst, der IV-Eingliederungsprozess führt je nach Erfolg zu einer Klärung der Situation respektive zu einer deutlicheren Aufteilung entweder in die Erwerbstätigkeit oder in die IV-Rente sowie seltener auch in die Sozialhilfe – und weg von der Arbeitslosenhilfe. Dieser Prozess geschieht in relativ kurzer Zeit (innert rund 2 Jahren), was für einen Teil der Versicherten wichtige Entlastung und finanzielle Sicherheit gibt. Gleichzeitig ist denkbar, dass mit einer länger andauernden Unterstützung mehr Versicherte erfolgreich hätten eingegliedert werden können. Man beachte, dass gerade psychisch kranke

Versicherte bei IV-Anmeldung meist seit vielen Jahren oder gar Jahrzehnten beeinträchtigt sind und trotz dieser Beeinträchtigung lange Zeit auch erwerbstätig waren. Auf diesem Hintergrund sowie angesichts der tiefen Erfolgsquote bei psychisch kranken Versicherten scheint die Zeitspanne von Massnahmebeginn bis zur Klärung zwischen Arbeitsmarkt und sozialer Sicherung sehr kurz. Bei der Würdigung des im Vergleich zu muskuloskelettalen Erkrankungen nur geringen Eingliederungserfolges bei psychischen Störungen muss man festhalten, dass psychisch Kranke insgesamt weder mehr Funktionsdefizite noch mehr Alltagseinschränkungen angeben als Versicherte mit muskuloskelettalen Erkrankungen. Es ist vielmehr die Art der Funktionseinschränkungen, die den Unterschied macht: Mangelnde Flexibilität und Perfektionismus, sowie Impulsivität und emotionale Instabilität reduzieren die Erfolgswahrscheinlichkeit deutlich – und diese beiden Einschränkungen werden von den Befragten mit psychischen Störungen häufiger angegeben. Bei Versicherten mit muskuloskelettalen Erkrankungen sind sie ebenfalls verbreitet und für deren Eingliederungserfolg genauso wichtig.

- *Gesamthaft drängt sich die Schlussfolgerung auf, dass die IV-Eingliederungsmassnahmen bei psychisch kranken Versicherten verbessert werden müssen hinsichtlich Dauer, Wiederholbarkeit und vor allem in Bezug auf die Spezifität der Massnahmen und die Gestaltung des Eingliederungsprozesses (Kooperation der Akteure). Die geplante „Weiterentwicklung der IV" sieht teilweise Massnahmen in diese Richtung auch vor.*
- *Ein fundiertes, interdisziplinäres und gemeinsam mit den Behandelnden und weiteren wichtigen Akteuren (Arbeitgeber) durchgeführtes Assessment vor der Interventionsplanung ist Voraussetzung für spezifische Interventionen und sollte Standard sein.*
- *Dazu gehört insbesondere auch eine fundierte Analyse der bisherigen Arbeitsbiografie, die ebenfalls ein zentraler Faktor für den Eingliederungserfolg ist. Die Arbeitsbiografie ist oft eine der wichtigsten Informationsquellen für die Eingliederungsplanung, wird bisher aber noch zu selten genau abgeklärt.*
- *Weiter sollte neben den Funktionseinschränkungen auch die Persönlichkeit der Versicherten respektive deren spezifische Persönlichkeitsakzentuierungen ernstgenommen werden – gerade auch bei den Versicherten mit somatischen Erkrankungen.*
- *Und schliesslich muss das Know-how der IV-Stellen wie auch der arbeitsrehabilitativen Durchführungsstellen verbessert werden, mit welchen konkreten Anpassungen und Interventionen wesentliche Funktionseinschränkungen bei psychisch Kranken besser kompensiert werden können. Auch wenn interaktionelle, kognitive oder Antriebsdefizite weniger einfach zu kompensieren sind als Probleme beim Sitzen, sollte man in die Entwicklung der psychiatrischen ‚Ergonomie' investieren, auch mit Forschung und wissenschaftlich begleiteten Modellversuchen.*

Differenzierung des Verständnisses von Eingliederung und Erfolg

Weiter scheint inhaltlich wie zeitlich eine Erweiterung des Eingliederungsverständnisses zwingend. Die Wirksamkeit der IV-Massnahmen hinsichtlich Erwerbstätigkeit ist zu Recht (auch aus Sicht der Versicherten) das zentrale Ziel der IV. Aber „wirksam" bedeutet speziell für die schwerer Beeinträchtigten, dass *inhaltlich* neben der beruflichen auch die soziale Situation fokussiert werden sollte (Wohnsituation, familiäre Situation) sowie das Erleben (die subjektive Lebensqualität der Versicherten, deren Ängste, Wünsche und Perspektiven).

Zeitlich sollten die Massnahmen bei dieser Versichertengruppe eine längerfristige, nötigenfalls auch überdauernde Perspektive einnehmen (eine gewisse Unterstützung kann immer wieder nötig sein). Die entspräche dem intermittierenden Krankheits- und damit Einschränkungsverlauf vieler psychisch Erkrankten weitaus besser. Die Daten zeigen, dass gewisse IV-Massnahmen oft nicht zu beruflicher

Eingliederung und finanzieller Autonomie führen, dass aber die Auswirkungen auf die versicherte Person tiefgreifend positiv und nachhaltig sein können: Verbesserung des Selbstvertrauens, des Arbeitsverhaltens (Disziplin, Zuverlässigkeit etc.) und der Krankheitsbewältigung (gelernt, trotz gesundheitlicher Probleme zu arbeiten).

- *Die fehlende ‚rasche' erfolgreiche Eingliederung in den Arbeitsmarkt sollte angesichts der positiven persönlichen Effekte vieler Massnahmen nicht zum Abschluss von IV-Unterstützung und zur Berentung führen. Vielmehr sollten gerade die Versicherten, die solch positive Entwicklungen berichten, weiterhin im Hinblick auf eine (Teil)Erwerbstätigkeit unterstützt werden. Wenn sie einmal berentet sind, sind die Erfolgschancen von IV-Massnahmen deutlich geringer.*

Meist starke gesundheitliche Einschränkungen

Der Vergleich des Gesundheitszustandes der Befragten mit der Schweizer Bevölkerung belegt, dass es sich bei der Mehrheit der Versicherten mit muskuloskelettalen und psychischen Krankheiten um gesundheitlich deutlich beeinträchtigte Personen handelt. So gibt es beispielsweise keine einzige befragte Person, welche nicht oder nur gering unter körperlichen Beschwerden leidet – in der Bevölkerung gehören hingegen 45% zu dieser Gruppe. Ähnliche Unterschiede zeigen sich beim allgemeinen Gesundheitszustand, der Energie und Vitalität, der psychischen Belastung und dem Gefühl, das eigene Leben selbst mitgestalten zu können (Kontrollüberzeugung). Hinzu kommen meist eine Vielzahl von Funktionseinschränkungen und eine erhebliche Beeinträchtigung im Alltag (Arbeit, Sozialkontakte, Haushaltführung, Kindererziehung oder Freizeitaktivitäten). Entsprechend ist auch die Häufigkeit und Intensität der Medikamenteneinnahme bei den Versicherten erheblich. Bei den hier Befragten, die für die beiden grössten Versichertengruppen mit psychischen und somatischen Krankheiten stehen (Psychosen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen sowie muskuloskelettale Erkrankungen), handelt es sich also um eine starke Selektion von mehrheitlich erheblich und oft seit vielen Jahren eingeschränkten Personen, die zu Recht IV-Massnahmen erhalten und gegebenenfalls auch nicht zufällig berentet wurden: Die berenteten Personen sind gesundheitlich, funktionell und auch sozial deutlich stärker – und auch seit längerer Zeit – eingeschränkt als Versicherte ohne IV-Rente. Das heisst nicht a priori, dass die Berentung unvermeidbar war, aber es weist darauf hin, dass beim Rentenentscheid effektiv die Schwere der Beeinträchtigung im Vordergrund stand.

- *Dies sollte vom BSV wie auch von den IV-Stellen verstärkt kommuniziert werden, nach aussen wie auch nach innen. Die wesentliche Frage ist nicht, ob IV-Massnahmenempfänger/innen respektive –Rentner/innen wirklich deutlich eingeschränkt sind (sie sind es), sondern wie man deren Eingliederung so gestalten kann, dass sie trotzdem vermehrt (teil)erwerbstätig und seltener berentet werden.*

Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Erwerbstätigkeit

Im IV-Eingliederungsprozess stehen die Arbeitsfähigkeit und Potentiale respektive die krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen, die Behinderung also, im Vordergrund – und nicht die Krankheitssymptome als solche. Die Fragebogenresultate wie auch die Interviews verdeutlichen jedoch, dass Symptome und Belastungen in einem sehr engen Zusammenhang stehen mit den Funktionseinschränkungen und damit auch mit dem Eingliederungserfolg. Dies ist an sich nicht überraschend, aber es weist auf ein häufiges Missverständnis in der arbeitsrehabilitativen Praxis hin, wo häufig „Ressourcen" und „Defizite" als unterschiedlich wichtig angesehen werden (in der Eingliederung würden die Ressourcen einer Person interessieren, in der medizinischen Behandlung gehe es um die Defizite). Diese Polarisierung wird von den vorliegenden Resultaten widerlegt. Die gesundheitlichen psychischen und körperlichen Belastungen/Symptome wie auch deren häufige Kombination („Komorbidität")

sind nicht nur für den Erfolg entscheidend, sondern hängen eng mit sämtlichen hier erhobenen Indikatoren der Lebenssituation und Lebensqualität der Befragten zusammen: Der sozialen Lebenssituation, der Alltagsbeeinträchtigung, der Zufriedenheit, den Wünschen, Hoffnungen und Lebensperspektiven, dem Leiden unter gesellschaftlichen Reaktionen, den Erfahrungen mit dem IV-Eingliederungsprozess etc. Vereinfacht gesagt lässt sich die Situation der Befragten nicht verstehen und lässt sich auch keine fundierte Eingliederungsplanung vornehmen, solange man Krankheit und subjektives Leiden ausblendet.

Umgekehrt betrachtet weisen die engen Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Lebensqualität und Erwerbstätigkeit auch darauf hin, dass es ohne Erwerbstätigkeit meist nur eine eingeschränkte Lebensqualität gibt. Aussagen, dass man die Versicherten nicht noch zusätzlich quälen, sondern in geschütztem Rahmen arbeiten lassen solle oder dass das Leben nicht nur aus Arbeit bestehe etc., sind deshalb mit Vorsicht zu geniessen. Manchmal ist dies krankheitsbedingt wirklich der sinnvollste Weg, aber man muss sich dessen bewusst sein, dass dies für viele Versicherte eine grosse Einbusse an Lebensqualität, Zugehörigkeitserleben und sozialer Integration bedeuten kann.

Daraus lassen sich verschiedene Folgerungen ableiten:

- *Die gesundheitliche Situation und ihre Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit müssen in der Eingliederung bekannt sein, auch in der arbeitsrehabilitativen Durchführungsstelle. Das bedeutet wiederum, dass mit den behandelnden Ärzten respektive IV-intern mit dem Regional-Ärztlichen Dienst gut zusammengearbeitet werden muss.*
- *Betreuende in arbeitsrehabilitativen Durchführungsstellen müssen hinreichend geschult sein bzw. werden in Bezug auf wesentliche psychiatrische Symptome respektive Funktionsdefizite sowie in Bezug auf spezifische Kompensationsmöglichkeiten.*
- *Die behandelnden Ärzte sollten sich noch stärker für den IV-Eingliederungsprozess engagieren. Da Genesung und verbesserte Lebensqualität ohne gute Lösungen bei den Arbeitsproblemen und ohne Arbeitsintegration nur schwer möglich sind, sollte dieses Thema in der Behandlung prioritär sein und sollte eine aktive Teilnahme am Eingliederungsprozess angestrebt werden. Patienten/Versicherte sind gemäss den vorliegenden Daten verunsichert oder irritiert, wenn ihre Therapeuten sich diesbezüglich nicht aktiv einbringen.*
- *Wenn immer möglich und solange wie möglich sollte das Eingliederungsziel der erste Arbeitsmarkt sein. Hier sollten vermehrt Möglichkeiten entwickelt werden, um im geschützten Rahmen im ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein. „Schutz" setzt nicht zwangsläufig eine „geschützte Werkstätte" voraus, sondern entsprechende Arbeitsanpassungen, Job Coaching und Unterstützung des Arbeitgebers sowie allenfalls Lohnzuschüsse.*
- *Weiter sollte das Vorliegen von sowohl psychischen wie auch körperlichen Beschwerden/Symptomen („Komorbidität"), von dem die Hälfte der Befragten betroffen ist, zu weiteren Überlegungen anregen, da diese Personen hinsichtlich Eingliederungserfolg und vielen anderen Belangen besonders benachteiligt sind: In Bezug auf die Behandlung sollte sichergestellt werden, dass Versicherte mit muskuloskelettalen Erkrankungen auch psychiatrisch ausreichend betreut sind – und umgekehrt. Wenn Eingliederungsmassnahmen finanziert werden, könnte dies auch eingefordert werden. Zudem sollte die IV-Kodierpraxis in solchen Fällen überprüft werden; es ist anhand der Daten denkbar, dass diesbezüglich in der Romandie eine etwas andere Praxis herrscht als in der Deutschschweiz.*
- *Und schliesslich bestätigt diese häufige Komorbidität auch die Bedenken gegenüber dem früheren Umgang mit nicht objektivierbaren Schmerzstörungen: Wenn die Symptomatik/Be-*

lastung von gewissen psychiatrisch und somatisch kodierten Versicherten nicht mehr zu unterscheiden ist, muss man sich fragen, ob es sich zum Beispiel bei Depressionen und Schmerzstörungen überhaupt um grundlegend unterschiedliche Störungen handelt (Cahn, 2013).

Behandlung

Die hauptsächlichen ärztlichen Ansprechpartner bei Arbeitsfragen und –problemen sind in 30% die Hausärzte und in 25% Psychiater in freier Praxis. Rund 25% der Versicherten arbeiten, haben aber keinen ärztlichen Ansprechpartner. Im Eingliederungsverlauf nehmen generell immer weniger Versicherte eine Behandlung in Anspruch und speziell nimmt der Anteil der spezialisiert psychiatrisch Behandelten ab zugunsten vermehrter hausärztlicher Behandlung. Ein Drittel aller vom Hausarzt behandelten Versicherten hat einen psychiatrischen IV-Code.

- *Angesichts der oft wiederkehrenden oder anhaltenden Gesundheitsprobleme bei muskuloskelettalen und speziell bei psychischen Erkrankungen kann man sich fragen, ob eine Weiterführung der Behandlung nicht manchmal sinnvoll sein könnte. Dies sollte früh von den IV-Beratungspersonen wie auch von den Behandelnden im Gespräch mit den Versicherten thematisiert werden.*
- *Zudem ist die Polypharmazie (darunter sehr oft Psychopharmaka) erheblich, rund 20% der Versicherten nehmen täglich 3 und mehr Medikamente ein. Die Anzahl eingenommener Medikamente hängt eng mit dem Ausmass der Nebenwirkungen zusammen, auch dies könnte (auch im Hinblick auf die Arbeitstätigkeit) ein Grund sein, die Behandlung weiter zu führen*.

Für die Versicherten ist der Arzt/Therapeut eine besonders wichtige Unterstützungsperson, die in jeweils 80-90% der Fälle über die Arbeitstätigkeit Bescheid weiss, regelmässig nachfragt, wie es bei der Arbeit geht, die Arbeitsbiografie gut kennt und die Versicherten kompetent in Arbeitsfragen unterstützt. Das heisst, die Versicherten fühlen sich mit ihrer Arbeitsproblematik in der Behandlung durchaus wahrgenommen. Hingegen haben die Behandelnden selten (in rund 20% der Fälle) jemals Kontakt gehabt zum Vorgesetzten der Versicherten (bei den Massnahmebeginnern allerdings fast doppelt so häufig). Eine aktive Beteiligung der Therapeuten am Eingliederungsprozess wird als sehr hilfreich erlebt, ein diesbezügliches Desinteresse respektive Ablehnung der IV-Massnahmen als hinderlich. Aus den Interviews geht hervor, dass der Arzt/Therapeut besonders wichtig ist, um die Krankheit, die Beeinträchtigung und deren konkrete Folgen für die künftige Erwerbsfähigkeit innerlich zu verarbeiten wie auch um den Eingliederungsprozess laufend reflektieren zu können. Für viele Versicherte bedeutet die Inanspruchnahme von IV-Leistungen eine grundlegende Auseinandersetzung nicht nur mit ihrer beruflichen Situation, sondern auch mit sich selbst und der Beeinträchtigung. Gefordert sind emotionale Verarbeitungsprozesse (zum Beispiel der Verlust einer lieb gewonnenen Arbeit, die nicht mehr möglich ist) und je nachdem tiefgreifende Anpassungsleistungen. Eine gute Unterstützung bei diesem oft langdauernden Prozess ist auch für die berufliche Eingliederung entscheidend.

Arzt/Therapeut sowie IV-Berater sind für die Versicherten die beiden zentralen Akteure im IV-Eingliederungsprozess. Ihre gesundheitsbezogene respektive berufliche Zuversicht, ihr Verständnis und Interesse – gerade auch für die Situation im jeweils fremden Feld (Interesse des Arztes für die Eingliederung, Interesse des IV-Beraters an der gesundheitlichen Situation) – und auch ihre Konstanz sind für das Befinden der Versicherten entscheidend. Entsprechend unverzichtbar sind deshalb kohärente, wohl koordinierte Interventionen dieser zentralen Unterstützungspersonen. Konträre Sichtweisen bringen gerade die schwerer beeinträchtigten Versicherten in ein Dilemma.

Erfahrungen mit der IV-Stelle und der IV-Beratungsperson

Die Versicherten melden sich mit ambivalenten Gefühlen bei der IV an, die Mehrheit von ihnen war gegen eine solche Anmeldung und empfand dies als Scheitern. Umso wichtiger ist, dass sich jeweils rund 60% von der IV-Beratungsperson kompetent beraten und engagiert betreut fühlten. Speziell bestätigen auch die Interviews die Erkenntnisse aus der schriftlichen Befragung, dass die Beziehung zur IV-Beratungsperson entscheidend war – und in rund 60% der Fälle auch als sehr hilfreich erlebt wurde. Als besonders hilfreich wurde erlebt, wenn der IV-Berater sich Zeit nahm für persönliche Gespräche, wenn er individuell und personzentriert vorging statt schematisch, wenn er Interesse zeigte an der Person und den Lebensumständen der Versicherten statt nur am Eingliederungsresultat und wenn die Eingliederungsmassnahmen partizipativ mit den Versicherten entwickelte. Und schliesslich war er sehr hilfreich, wenn er zuversichtlich war und den Versicherten etwas zutraute und ihnen damit Selbstvertrauen gab. Dies schliesst ein, dass der IV-Berater eine einmal definierte Planung dann auch durchzieht trotz Krisen und beispielsweise den Lead übernimmt in Round-table Gesprächen mit anderen Akteuren. Schliesslich wurde in den Interviews deutlich, dass die berufliche Zuversicht des IV-Beraters entscheidend ist. Erfolgreich integrierte Massnahmenempfänger/innen haben in jeder Hinsicht häufiger positive Erfahrungen gemacht.

Gleichzeitig zeigt sich aber auch, dass sich ein Drittel der Versicherten von der IV unter Druck gesetzt fühlte, 40% fühlten sich der IV-Behörde ausgeliefert und 30% hatten wiederholte Beraterwechsel – die erfolgreich Integrierten bezeichnenderweise seltener als die nicht erfolgreich Integrierten. In den Interviews mehrmals als sehr negative, entmutigende Erfahrung genannt wurden zudem lange Wartezeiten auf IV-Entscheide.

- *IV-Fachpersonen wie auch die IV-Stellen als solche müssen sich dessen bewusst sein, dass der Erstkontakt für die Versicherten ein schwieriger Moment ist: Sie sind gesundheitlich belastet, haben keine Arbeit mehr oder Probleme am Arbeitsplatz, erleben die IV-Anmeldung als Scheitern und fühlen sich ausgeliefert – was verstärkt wird dadurch, dass sie meist schon eine geringe Kontrollüberzeugung (ihr Leben nicht selbst steuern zu können) mitbringen.*
- *Die IV-Berater sollten deshalb in der Lage sein, im beschriebenen Sinne eine ‚persönliche' Beziehung zum Versicherten aufzubauen. Diese Beziehung ist das tragende Element im Eingliederungsprozess.*
- *Auch dem öffentlichen Auftritt der IV-Stellen und deren Kommunikation kommt eine grosse Bedeutung zu: Hier sollten die schon laufenden Aktivitäten (Positionierung der IV als „Integrationsversicherung" etc.) verstärkt werden. Wichtig scheint dabei, darauf hinzuwirken, dass die IV nicht mit „Scheitern" und „Behörde" assoziiert wird, sondern mit „Chance", persönlicher Beratung, Gespräch und passgenau zugeschnittenen Massnahmen.*
- *Zudem sollte wenn immer möglich eine personelle Kontinuität in der Beratung gewährleistet sein.*
- *Weiter sollten Massnahmen ergriffen werden, um die teils unvermeidbaren Wartezeiten zu erleichtern, zum Beispiel durch regelmässige proaktive Kontaktaufnahme durch die IV-Beratenden. Längere Wartezeiten ohne Kontakte werden als sehr belastend empfunden und verstärken das Gefühl der Ohnmacht.*
- *Und schliesslich wäre angesichts der Fallbelastung der IV-Beratungspersonen zu prüfen, ob die erwähnte Verstärkung der persönlichen Beziehung zu den Versicherten mit regelmässigen Gesprächen eine personelle Aufstockung in den IV-Stellen nötig macht.*

Hoffnungen und Erwartungen an die IV-Eingliederung

Zu Beginn des IV-Eingliederungsprozesses sind 80% der Versicherten optimistisch, dass ihnen die IV-Massnahmen beruflich helfen werden. Da positive Erwartungen ein wichtiger Faktor für das Gelingen von Massnahmen sein können, besteht damit sehr häufig eine gute Ausgangslage. Allerdings darf dabei nicht vergessen werden, dass nach den Massnahmen zwei Drittel der Versicherten nicht erfolgreich integriert sind. Hier besteht deshalb eine sehr grosses Potential für Enttäuschungen und Frustration etc. Ein spezielles Thema mit einem erheblichen Frustrationspotential sind gemäss den Interviews die häufig vorhandenen Hoffnungen von Versicherten, die IV werde ihnen eine Umschulung ermöglichen. Mit solchen Umschulungswünschen verbunden ist häufig die Hoffnung auf einen generellen Neuanfang. Solche Umschulungen finden dann aber gerade bei den psychisch kranken Versicherten relativ selten statt.

- *IV-Beratungspersonen sollten deshalb schon zu Beginn der Beratung allfällige Umschulungswünsche aufgreifen und besprechen. Dabei muss der Wunsch nach einem Neuanfang ernstgenommen und verstanden werden, auch wenn er im Rahmen der IV-Eingliederung nicht umgesetzt werden kann.*

Trotz Optimismus haben jeweils rund die Hälfte der Versicherten Angst, in der Massnahme zu scheitern, befürchten, dass man ihre Einschränkungen und Möglichkeiten nicht versteht respektive sind verunsichert, weil die IV und ihr behandelnder Arzt die Situation unterschiedlich beurteilen. Je stärker die Einschränkungen der Versicherten, desto häufiger sind diese Ängste.

Auch diese Resultate bekräftigen, dass eine gute Zusammenarbeit zwischen IV-Beratungsperson und behandelndem Arzt zumeist eine zwingende Voraussetzung für einen positiven Eingliederungsprozess (im weiteren Sinne, auch wenn er nicht zur beruflichen Integration führt) ist.

- *Insbesondere wäre es wichtig, dass sich die Akteure in der Definition der Probleme und Fähigkeiten der Versicherten und hinsichtlich des Vorgehens einig sind. Ein unterschiedliches Problemverständnis der beiden für die Versicherten wichtigsten Akteure im Eingliederungsprozess verunsichert nicht nur die Versicherten zusätzlich, sondern kann auch zum Abbruch von Massnahmen führen, zum Beispiel wegen Krankschreibungen respektive weil man sich auf ein Vorgehen geeinigt hat, wie mit Krisen im Eingliederungsverlauf umzugehen ist. Die vorliegenden Resultate zeigen diesbezüglich, dass es nur bei jedem zweiten Versicherten jemals zu einem gemeinsamen Gespräch zwischen den Beteiligten gekommen ist – wenn es aber dazu kam, wurde es mehrheitlich als hilfreich erlebt.*
- *Wichtig ist zudem, dass die häufig bestehenden Ängste der Versicherten bei Beratungsbeginn rasch angesprochen werden, weil sie ansonsten im Eingliederungsprozess infolge des Vermeidungsverhaltens zu einer grossen Barriere werden können. Weil die Versicherten oft nicht selbst über ihre Befürchtungen berichten, müssen diese von den IV-Beratungspersonen aktiv thematisiert werden. Sind die Ängste einmal bekannt, kann man gemeinsam (auch mit den Behandelnden) besprechen, welche Anpassungen die Ängste reduzieren können.*

Art und Wirkungen der IV-Eingliederungsmassnahmen

Besonders häufig wurden mit den Befragten Massnahmen der Frühintervention sowie Umschulungsmassnahmen durchgeführt und deutlich seltener erstmalige berufliche Ausbildungen, Integrationsmassnahmen oder andere (Berufsberatung durch externe Anbieter, Einarbeitungszuschüsse etc.). Der hohe Anteil von Frühinterventionsmassnahmen belegt die anhaltende Neuausrichtung der IV seit der 5. IV-Revision im Jahr 2008, wobei diese häufiger bei Versicherten mit muskuloskelettalen Erkrankungen durchgeführt wurden als bei psychisch beeinträchtigten Personen. Dies gilt auch für Umschulungsmassnahmen. Hingegen fanden die niederschwelligen Integrationsmassnahmen und die

erstmaligen beruflichen Ausbildungen häufiger bei psychisch Beeinträchtigten statt, da psychische Störungen erstens meist früh beginnen und eine Berufsausbildung erschweren und zweitens mit längeren Phasen reduzierter Belastbarkeit verbunden sein können. Der Eingliederungserfolg verteilt sich über die verschiedenen Massnahmen sehr ungleich, was aber nicht a priori an der Massnahme selbst liegt, sondern an den unterschiedlichen Voraussetzungen, die mit der Wahl einer bestimmten Massnahme zusammenhängen. Es bestätigt sich hier, dass Frühinterventionsmassnahmen besonders erfolgreich (und gleichzeitig kostengünstig) sind, weil oft noch ein Arbeitsplatz vorhanden ist. Gleichzeitig melden Arbeitgeber Mitarbeitende mit psychischen Problemen nach wie vor selten bei der IV (Baer et al., 2017).

- *Das bedeutet, dass die IV-Stellen ihre diesbezüglichen Aktivitäten (Information von Arbeitgebern und Personalverantwortlichen, gemeinsame Anlässe, Kampagnen, Preisverleihungen an Betriebe, Hotline etc.) weiterführen respektive verstärken sollten.*
- *Hier sollten sich vermehrt auch die Arbeitgeberverbände stärker dafür einsetzen, dass Gesundheitsprobleme im Betrieb – vor allem psychische Probleme – vermehrt thematisiert werden und Führungskräfte entsprechend geschult werden.*
- *Zudem wären angesichts der grossen Bedeutung rechtzeitiger Intervention auch finanzielle Anreize für Arbeitgeber zu diskutieren respektive Sanktionen (Beteiligung der Unternehmen an den Rentenkosten, Sanktionen im Einzelfall bei fehlender Wahrnehmung der Fürsorgepflicht, wenn zum Beispiel bei einem bekanntermassen kranken oder auffälligen Mitarbeiter über lange Zeit keine Hilfe beigezogen wurde etc.).*

Die Wirkungen der Massnahmen sind vielfältig, wobei die erfolgreich integrierten Versicherten häufiger berichten, sie seien in der Eingliederungsmassnahme *spezifisch* gefördert worden und die Massnahme sei *spezifisch* auf ihr Arbeitsproblem ausgerichtet gewesen. Zudem hat die Massnahme bei den Erfolgreichen deutlich häufiger geholfen, sich wieder an einen Arbeitsrhythmus zu gewöhnen, trotz Problemen zu arbeiten, eine Stelle zu finden, sowie Sozialkompetenz, Leistungsfähigkeit, Arbeitsverhalten und Selbstvertrauen zu verbessern respektive das Pensum zu steigern. Zudem geben sie doppelt so häufig an wie die nicht Integrierten, die Massnahme habe sich gesundheitsfördernd ausgewirkt. Weiter ist der Eingliederungserfolg deutlich wahrscheinlicher, wenn die IV-Beratungsperson wie auch die Betreuenden in der Massnahme das Arbeitsproblem der Versicherten verstanden haben. Positive Erfahrungen hinsichtlich geförderten Grundarbeitsfähigkeiten machen im Übrigen auch die jungen Versicherten in erstmaligen beruflichen Ausbildungen. Diese Massnahmen führen zwar selten zu einer anschliessenden Erwerbstätigkeit, aber sie können als grundlegende Investition betrachtet werden für weiterführende Massnahmen.

- *Diese Resultate geben Hinweise, welche Anforderungen die Durchführungsstellen von IV-Massnahmen erfüllen sollten: Sie sollten ihre Massnahmen spezifisch auf den Bedarf der Versicherten ausrichten und sie sollten in der Lage sein, die Versicherten während der Massnahme spezifisch zu fördern.*
- *Damit sie dies können, benötigen sie alle relevanten Informationen sowie die entsprechend spezifischen Fragestellungen respektive Aufträge von der IV-Stelle. Dies kann heute noch nicht immer vorausgesetzt werden.*
- *Zudem müssen sie sowohl die Leistungsfähigkeit trainieren können (Arbeitsrhythmus, Leistung und Pensum) wie auch das interaktionelle Verhalten und das Arbeitsverhalten (Zuverlässigkeit, Disziplin etc.). Gerade bei Versicherten mit schwerer einschätzbaren psychischen*

Problemen braucht es dafür ebenfalls eine fundierte Instruktion inklusive relevanter medizinischer Informationen beispielsweise bezüglich Zumutbarkeit (was und wieviel darf man fordern?).

Eingliederungsmassnahmen können allerdings auch als nutzlos erlebt werden oder sich gar negativ auf den Gesundheitszustand auswirken. Ein Fünftel der erfolgreich Integrierten und zwei Fünftel der nicht Integrierten berichteten über eher oder sicher keinen Nutzen aus den Massnahmen und 10% der erfolgreich Integrierten sowie 30% der nicht Integrierten haben die Massnahme als eher oder sicher gesundheitsschädigend erlebt. Je beeinträchtigter die Versicherten, desto häufiger wurde die Massnahme als schädlich erlebt – die Art des Gebrechens (muskuloskelettal oder psychisch) macht diesbezüglich keinen Unterschied.

Was hingegen einen Unterschied macht, ist die Kooperation unter den Akteuren (IV-Stelle, Arzt, Arbeitgeber etc.): Wo es zu gemeinsamen Gesprächen gekommen ist, berichten nur halb so viele Versicherte über nutzlose respektive gesundheitsschädigende Massnahmen wie in Eingliederungsprozessen, in deren Verläufen es nie zu einem Austausch kam. Eine gute Kooperation der Beteiligten schützt demnach die Versicherten womöglich auch vor schädigenden Effekten von Massnahmen. Dieser Umstand ist den verschiedenen Akteuren bisher wohl kaum bewusst.

- *Der Zusammenhang von gesundheitsschädigenden Effekten und Kooperation sollte noch genauer untersucht werden. Bestätigt sich dieser Zusammenhang, sollte angesichts der Relevanz der Thematik über Anreize für Ärzte zur Kooperation im Eingliederungsprozess respektive über Sanktionen bei systematischer Verweigerung einer Zusammenarbeit diskutiert werden.*

Die Rolle der sozialen Unterstützung

Vor dem Hintergrund der hinsichtlich Gesundheitszustand und Alltagsbeeinträchtigung sehr viel schlechteren Lage der Versicherten im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung ist es bemerkenswert, dass sich die soziale Situation der Versicherten gesamthaft nicht gleichermassen negativ präsentiert. Die Hälfte bis zwei Drittel der Versicherten scheinen sozial gut integriert zu sein, viele haben mehrere Personen im privaten Umfeld, auf die sie sich verlassen können, wenn sie etwas benötigen (instrumentelle Hilfen) und viele haben nahestehende Personen, mit denen sie über ganz persönliche Dinge sprechen können (emotionale Hilfen). Allerdings kann das soziale Umfeld bei der beruflichen Integration (Stellensuche) nur bedingt helfen – und wenn, dann vor allem bei den leicht beeinträchtigten Versicherten. Je schwerer eine Person beeinträchtigt ist, desto seltener kann sie auf solche sozialen Ressourcen zurückgreifen. Das heisst, das soziale Umfeld kann ein stärkeres Handicap und eine fehlende Arbeitsmarktintegration nicht kompensieren. Vielmehr ist es so, dass beruflich desintegrierte Versicherte auch sozial eher isoliert sind und wenig soziale Unterstützung erhalten.

Besonders allein und isoliert fühlen sich allein lebende Personen, Alleinerziehende und Junge, die noch bei den Eltern wohnen. Besonders vermissen psychisch Kranke mit Ängsten, Antriebsmangel, kognitiven Defiziten und emotionaler Instabilität Vertrauenspersonen, mit denen sie über alles reden könnten. Zudem leiden viele befragte Personen unter negativen sozialen Reaktionen (Distanzierung und Unverständnis der Umgebung), unter Geheimnisdruck (die Krankheit verstecken zu müssen), unter dem fehlenden Gefühl der gesellschaftlichen Zugehörigkeit wie auch unter der öffentlichen Diskussion über missbräuchlichen Bezug von Sozialleistungen.

Umgekehrt werden als wesentliche Ressourcen für ein ausgeglichenes Befinden vor allem die eigene Familie angegeben, eine gute Wohnsituation, eine gewisse finanzielle Sicherheit sowie weiter auch das Hobby und Freunde. Familie, Wohnen und finanzielle Sicherheit stehen im Vordergrund (weil eine normale Arbeit meist nicht vorhanden ist). Dabei zeigen die Daten, dass sich im Eingliederungsverlauf

allerdings gerade die wichtigste Komponente für Stabilität – die eigene Familie – destabilisieren kann: Mit zunehmendem Eingliederungsverlauf wohnen immer weniger Versicherte zusammen mit ihrer Familie und stattdessen immer häufiger alleine. Die besonders wichtige Stütze durch den/die Partner/in sowie die grosse Angst, der/die Partner/in halte die gesundheitlich/beruflich schwierige Situation nicht mehr aus, ist in den Interviews zudem ein Hauptthema.

- *Daraus lässt sich ableiten, dass die IV bei schwerer beeinträchtigten Versicherten gegebenenfalls auch Kontakt zum/zur Partner/in sucht und diese/n in den Eingliederungsprozess einbezieht. Die Partnerschaft ist eine derart wichtige Ressource, dass es sich lohnt, diese zu stützen.*
- *Dasselbe gilt analog auch für die beiden anderen Pfeiler der Stabilität der Versicherten, die geregelte Wohnsituation und eine gewisse finanzielle Sicherheit. Auch wenn die IV nicht a priori für alle diese Lebensbereiche zuständig ist, lohnt es sich je nachdem, mit den Versicherten abzuklären, ob sie eine befriedigende Wohnsituation haben und vor allem auch die finanzielle Situation zu besprechen (was natürlich nicht heisst, dass die IV all diese Probleme selbst lösen muss). Andernfalls können starke Belastungen in diesen Bereichen die Eingliederung stark behindern.*
- *Und schliesslich lässt sich aus den Resultaten ableiten, dass gerade schwerer beeinträchtigte Personen vermehrt professionelle (berufliche) Unterstützung benötigen, weil sie meist nicht über Ressourcen im Umfeld verfügen, die ihnen bei der beruflichen Integration helfen können.*

Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht

Rund 10% der Befragten haben im Eingliederungsprozess von der IV eine sogenannte „Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht“ auferlegt bekommen, wurden also gezwungen, gewisse Massnahmen (Alkoholentzug, psychiatrische Behandlung etc.) zu vollziehen ansonsten sie Sanktionen zu gewärtigen hätten. Bemerkenswerterweise zeigen die Resultate, dass fast die Hälfte der davon betroffenen Versicherten bei der Befragung angibt, dass diese Massanahmen ihnen bei der Eingliederung geholfen hätten. Dies ist angesichts der teils invasiven und meist gegen den Willen der Versicherten angeordneten Auflagen zunächst erstaunlich. Hier handelt es sich um ein wesentliches Resultat, weil es um die im Eingliederungsalltag stets im Raum stehende Frage geht, wie viel „Druck“ gegenüber den Versicherten zweckmässig ist respektive, ob man damit den Versicherten schadet.

Die hier vorliegenden Zahlen von Versicherten mit solchen Auflagen sind etwas zu gering, um weiterführende Aussagen zu machen. Von Interesse wäre hier aber speziell die Klärung der Frage, unter welchen Bedingungen/Umständen solche Auflagen aus arbeitsrehabilitativer Sicht wirksam wären und letztlich auch im Interesse der Versicherten. So ist zum Beispiel mancher Alkoholabhängige im Nachhinein erleichtert, dass er quasi gezwungen wurde, einen Entzug zu machen – und dass er damit seine Arbeitsstelle behalten konnte. Viele Versicherte sind krankheitsbedingt nicht immer in der Lage, ihre Situation selbst adäquat einzuschätzen oder produktiv zu handeln. Wenn ein solches Problembewusstsein fehlt, können derartige Auflagen – sofern sie einer befähigenden Zielsetzung entspringen – sehr viel Gutes bewirken.

- *Diese Thematik sollte – weil sie für den Eingliederungserfolg so zentral ist – unbedingt vertieft beforscht werden. Dabei sollte vor allem auch untersucht werden, in welchen Fällen welche Formen von Auflagen rehabilitativ förderlich wirken können.*

Literatur

Baer N, Domingo A, Amsler F (2003) Diskriminiert: Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens. Psychiatrie Verlag.

Baer N, Frick U, Fasel T (2009) Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen; Typologisierung der Personen, ihrer Belastungen, Erkrankungen und Berentungsverläufe. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 6/09. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Baer, N Juvalta, S, Altwicker-Hàmori, S, Frick, U, Rüesch, P (2015) Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 16/15. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Baer N, Frick U, Rota F, Vallon P, Aebi K, Romann C, Kurmann J (2017) Patienten mit Arbeitsproblemen. Befragung von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 11/17. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Baer, N, Frick, U, Auerbach, S, Basler, M (2017) „Der tägliche Wahnsinn“ – Psychisch auffällige Mitarbeitende und ihr Problemverlauf aus Sicht von Deutschschweizer Führungskräften. Hochschule Soziale Arbeit Luzern und Psychiatrie Baselland.
http://www.pbl.ch/home/psychiatrische-rehabilitation/arbeiten-und-projekte/

BFS (2008) Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Die Indizes. Neuchâtel. Bundesamt für Statistik.

BFS (2013) Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Dokumentation Indizes SGB12. Neuchâtel. Bundesamt für Statistik.

BFS (2017) Lehrvertragsauflösung, Wiedereinstieg, Zertifikationsstatus: Resultate zur dualen beruflichen Grundbildung (EBA und EFZ). Neuchâtel. Bundesamt für Statistik.

Bolliger, C und M Féraud (2015), Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und behandelndem Arzt: Formen, Instrumente und Einschätzungen der Akteure. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 5/15. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Bolliger, C, Rüefli, C, Berner, D (2016), Bedarfs- und Angebotsanalyse der Dienstleistungen nach Art. 74IVG. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 15/16. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Ciompi, L, Dauwalder, H.P., Ague, C (1979) Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker: III. Längsschnittuntersuchung zum Rehabilitationserfolg und zur Prognostik. Nervenarzt, 50, 366-78.

Frick, U und Rehm, J (2016) Can We Establish Causality with Statistical Analyses? The Example of Epidemiology, in Statistics and Causality: Methods for Applied Empirical Research (eds W. Wiedermann and A. von Eye), John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, NJ, USA.

Guggisberg J, Stocker D, Dutoit L, Becker H, Daniel H, Mosimann HJ (2015) Der Abklärungsprozess in der Invalidenversicherung bei Rentenentscheiden: Prozesse, Akteure, Wirkungen. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 4/15. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Hoffmann H, Kuper Z und Kunz B (2000) Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia – an exploratory study. Schizophrenia Research, 43, 147-58.

Hosmer Jr, D W, Lemeshow, S, & Sturdivant, R X (2013) Applied logistic regression (Vol. 398). John Wiley & Sons.

Kücükeveci et al. (2011). Strategies for assessment and outcome measurement in physical and rehabilitation medicine: an educational review. Journal of Rehabilitation Medicine, 43, 661-672.

Linden M, Baron S, Muschalla B (2015) Mini-ICF-APP. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Bern, Huber.

Linden M, Baron S, Muschalla B (2010) Relationship between work-related attitudes, performance and capacities according to the ICF in patients with mental disorders. Psychopathology; 43: 262-7.

Mann CJ (2003) Observational research methods. Research design II: cohort, cross sectional, and case-control studies. Emergency Medicine Journal; 20, 54-60.

Mineka, S, und Nugent, K (1995). Mood-congruent memory biases in anxiety and depression. In D. L. Schachter (Ed.), *Memory Distortion: How Minds, Brains, and Societies Reconstruct the Past* (pp. 173-193). Cambridge: Harvard University Press.

Schuler D, Tuch A, Buscher N & Camenzind P (2016) Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016 (Obsan Bericht 72). Neuchâtel. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Turtschi N (2015) Les réseaux sociaux: un outil de réinsertion pour les chômeurs désavantagés. Under the supervision of Giuliano Bonoli. University of Lausanne.

Walker W, Harremoës P, Rotmans J, Van der Sluijs J, Van Asselt, M.B.A., Jansen P & Krayer von Krauss, M.P. (2003) “Defining uncertainty: a conceptual basis for uncertainty management in model-based decision support”. Journal of Integrated Assessment; 4(1), 5–17.

Anhang 1: Fragebogen

Umfrage 2017 zum Forschungsprojekt „Eingliederung aus Versichertenperspektive“

Wir wollen herausfinden, wie es den Personen geht, die aktuell oder früher von der Invalidenversicherung unterstützt werden oder wurden. Und wir wollen aus Ihren Erfahrungen lernen. Ihre Angaben werden anonym und vertraulich behandelt. Das Ausfüllen der Befragung dauert rund 30 Minuten. Wenn Sie die Online-Befragung benutzen: Sie können diese auch unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt weiterfahren.

Mit dieser Umfrage befragen wir sowohl erwerbstätige als auch erwerbslose Personen mit körperlichen und/oder psychischen Problemen, welche aktuell oder früher von der IV beruflich unterstützt werden oder wurden. Es kann deshalb vorkommen, dass gewisse Fragen oder Antworten nicht ganz zu Ihrer Situation passen. **Geben Sie bei den Antworten jeweils einfach dasjenige an, das am ehesten zutrifft.**

Wir werden Ihnen nun Fragen zu folgenden Themen stellen:
1. Ihre gesundheitliche Situation
2. Ihre soziale Situation
3. Ihre Arbeitssituation
4. Ihre (bisherigen) Erfahrungen mit den Eingliederungsmassnahmen der IV
5. Ihre Lebensqualität und Ihre Perspektiven.

Danke für Ihr Engagement! Sie helfen damit allen, die künftig auf die Unterstützung der IV angewiesen sein werden.

Zunächst interessiert uns, wie es Ihnen gesundheitlich geht, wo Sie allenfalls Beeinträchtigungen im Alltag erleben und wie Ihre Behandlungssituation aussieht.

1. Gesundheit allgemein

	< Sehr schlecht				Sehr gut >	Weiss nicht
Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?	○	○	○	○	○	○

2. Haben Sie in den letzten 4 Wochen folgende Beschwerden gehabt?

	Überhaupt nicht	Ein bisschen	Stark
Rücken- oder Kreuzschmerzen	○	○	○

Allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit	○	○	○
Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch	○	○	○
Durchfall, Verstopfung oder beides	○	○	○
Einschlaf- oder Durchschlafstörungen	○	○	○
Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen	○	○	○
Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern	○	○	○
Schmerzen oder Druck im Brustbereich	○	○	○
Fieber	○	○	○
Schmerzen in den Schultern, im Nacken und/oder in den Armen	○	○	○

3. Wie oft haben Sie sich in den letzten 4 Wochen …

	Nie	Selten	Manchmal	Meistens	Immer
Voller Leben gefühlt	○	○	○	○	○
Sehr nervös gefühlt	○	○	○	○	○
So niedergeschlagen gefühlt, dass Sie nichts aufmuntern konnte	○	○	○	○	○
Ruhig, ausgeglichen und gelassen gefühlt	○	○	○	○	○
Voller Energie gefühlt	○	○	○	○	○
Entmutigt und deprimiert gefühlt	○	○	○	○	○
Erschöpft gefühlt	○	○	○	○	○
Glücklich gefühlt	○	○	○	○	○
Müde gefühlt	○	○	○	○	○

4. Haben Sie in den letzten 7 Tagen Medikamente eingenommen?

	Täglich	Mehrmals pro Woche	Einmal pro Woche	Nie
Schmerzmittel	○	○	○	○
Entzündungshemmende Medikamente	○	○	○	○
Schlafmittel	○	○	○	○
Mittel zur Beruhigung / gegen Ängste	○	○	○	○
Medikamente gegen Depression	○	○	○	○
Neuroleptika / Antipsychotika (zB Zyprexa)	○	○	○	○
Andere	○	○	○	○

5. Wo erleben Sie sich bei der Arbeit oder im Alltag aus gesundheitlichen Gründen zumindest manchmal beeinträchtigt?

	Trifft (e-her) nicht zu	Trifft (e-her) zu
Das Heben und Tragen von Lasten fällt mir schwer	○	○
Ich kann nicht über längere Zeit sitzen oder stehen	○	○
Gewisse Bewegungen kann ich nicht ausführen	○	○
Ich muss wegen Schmerzen immer wieder Pausen einlegen	○	○
Ich bin rasch erschöpft	○	○
Ich habe Mühe, Aufgaben anzupacken oder selbst Initiative zu ergreifen	○	○
Das Planen und Organisieren von Aufgaben und komplexe Abläufe machen mir Mühe	○	○
Ich habe Mühe, mich zu konzentrieren und mache deswegen manchmal Fehler	○	○
Ich habe grosse Angst, Fehler zu machen und traue mir nicht so viel zu	○	○
Ich bin nicht immer ausgeglichen, meine Gefühle / meine Leistungen schwanken manchmal stark	○	○
Anweisungen zu befolgen oder Regeln einzuhalten, fällt mir nicht immer leicht	○	○
Ich kann nicht so gut nein sagen, kann mich nicht gut wehren oder durchsetzen	○	○
Ich arbeite eher langsam / arbeite sehr genau	○	○
Ich bin manchmal etwas direkt oder impulsiv, gerate in Konflikte	○	○
Ich bin nicht so flexibel, die Anpassung an Änderungen fällt mir nicht leicht	○	○
Ich vermeide aus Angst alltägliche Dinge (Kinobesuch, öffentliche Verkehrsmittel, Kontakte etc.)	○	○
Anderes, nämlich:	○	○

6. **An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 4 Wochen aus gesundheitlichen Gründen nicht zur Arbeit / in die Ausbildung / in die IV-Massnahme gehen <u>oder</u> Tätigkeiten im Haushalt nicht verrichten?**

Tage
(0 – 28 Kalendertage):

7. **Und wenn Sie an die letzten 12 Monate denken: An wie vielen Wochen *ungefähr* waren Sie in den letzten 12 Monaten krankheitsbedingt nicht bei der Arbeit <u>oder</u> im Haushalt arbeitsunfähig?**

Wochen
(0 – 52 Wochen):

8. **Wie stark fühlen Sie sich wegen Ihrer Schwierigkeiten eingeschränkt …**

	Überhaupt nicht	Ein bisschen	Stark	Nicht zutreffend (z.B. keine Kinder)
… bei der Arbeit	○	○	○	○
… in der Partnerschaft	○	○	○	○
… bei der Kindererziehung	○	○	○	○
… bei Kontakten zu Freunden, Verwandten	○	○	○	○
… in der Haushaltführung	○	○	○	○

… bei administrativen / behördlichen Angelegenheiten	○	○	○	○
… bei Freizeitaktivitäten ausser Haus	○	○	○	○
… beim Benützen öffentlicher Verkehrsmittel	○	○	○	○

9. Wann spürten Sie in Schule / Ausbildung / Arbeit zum ersten Mal gesundheitlich bedingte Probleme in der Leistung, im Verhalten oder im Kontakt mit anderen?

Bitte das am ehesten Zutreffende angeben (Altersangaben dienen nur der groben Orientierung).

In der Primarschule (bis ca. 12 Jahre)	○
In der Schule: Sekundarstufe I (ca. 13-15 Jahre)	○
In der Schule: Sekundarstufe II (ca. 16-18 Jahre)	○
In der Berufsausbildung / Lehre (ca. 16-18 Jahre)	○
Im FH- oder Uni-Studium (ca. 19-25 Jahre)	○
Nach der Ausbildung, nämlich mit ca. _____ (Anzahl) Jahren	○

10. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
Ich werde mit einigen meiner Probleme nicht fertig	○	○	○	○
Ich fühle mich im Leben gelegentlich hin und hergeworfen	○	○	○	○
Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die ich erlebe	○	○	○	○
Oft fühle ich mich meinen Problemen ausgeliefert	○	○	○	○

11. Was hilft Ihnen aktuell besonders (abgesehen von Behandlungsmassnahmen), sich psychisch möglichst ausgeglichen zu fühlen?

	Hilft mir gar nicht	Hilft mir ein biss-chen	Hilft mir sehr	Das trifft auf mich nicht zu
Sport / körperliche Aktivität	○	○	○	○
Eine 'normale' Arbeit im ersten Arbeitsmarkt zu haben	○	○	○	○
Eine Arbeit in einem 'geschützten' Umfeld (z.B. in Werkstätte)	○	○	○	○
Meine Eltern / Geschwister	○	○	○	○
Meine Familie (Partner/in, Kinder)	○	○	○	○
Mein soziales Umfeld (Freunde, weitere Verwandte)	○	○	○	○
Engagement für eine sinnvolle Sache (Freiwilligenarbeit etc.)	○	○	○	○
Ein Hobby zu haben, das mir Freude macht	○	○	○	○
Eine Wohnsituation, in der ich mich wohlfühle (selbständig o-der betreut)	○	○	○	○
Teilnahme in einer Selbsthilfegruppe	○	○	○	○
Eine gewisse finanzielle Sicherheit	○	○	○	○
Eine geregelte Tagesstruktur zu haben	○	○	○	○
Anderes, nämlich:	○	○	○	○

12. Welche Behandlungsperson oder medizinische Einrichtung ist Ihr Haupt-ansprechpartner wenn es um Ihre Arbeitssituation, allfällige Arbeitsprob-leme oder Eingliederungsmassnahmen geht? Bitte das am ehesten Zutref-fende angeben.

	Hauptansprechpartner	
Hausarzt	○	
Psychiater / Psychotherapeut in der Praxis (inkl. Psychologe)	○	
Anderer Spezialarzt in der Praxis	○	
Ambulanter / Externer psychiatrischer Dienst / Tagesklinik	○	
Psychiatrische / Psychosomatische Klinik / Rehaklinik	○	
Andere	○	
Ich bin in Behandlung, habe aber keinen solchen Ansprech-partner	○	***→ Bitte weiter mit Frage 14***
Trifft auf mich nicht zu, arbeite zurzeit nicht	○	***→ Bitte weiter mit Frage 14***
Ich bin aktuell in keiner Behandlung oder Therapie	○	***→ Bitte weiter mit Frage 14***

13. Inwiefern hilft Ihnen Ihr Arzt oder Therapeut in Bezug auf Ihre Arbeitssituation / allfällige Arbeitsprobleme oder Eingliederungsmassnahmen?

Mein Arzt/Therapeut …	Nein, gar nicht	Eher nein	Eher ja	Ja, voll und ganz	Diese Frage passt nicht auf mich
… weiss genau, wo, was und unter welchen Bedingungen ich arbeite	○	○	○	○	○
… fragt regelmässig, wie es mir bei der Arbeit geht	○	○	○	○	○
… weiss genau, welche Anpassungen ich bei der Arbeit benötige	○	○	○	○	○
… hat auch schon Kontakt zu meinem Vorgesetzten gehabt	○	○	○	○	○
… weiss gut Bescheid über meine Berufsbiografie	○	○	○	○	○
… unterstützt mich hinsichtlich Arbeitssituation kompetent	○	○	○	○	○

Nun stellen wir Ihnen einige Fragen zu Ihrer sozialen Lebenssituation.

14. Wie ist Ihre Wohnsituation?
Bitte das am ehesten Zutreffende angeben.

Ich lebe alleine, selbständig	○
Ich lebe alleine, betreut	○
Ich lebe mit Partner/in, ohne Kinder	○
Ich lebe mit Partner/in, und mit Kindern	○
Ich lebe ohne Partner/in, aber mit Kindern (alleinerziehend)	○
Ich lebe mit anderen zusammen, selbständig (WG etc.)	○
Ich lebe mit anderen zusammen, betreut (z.B. Wohnheim)	○
Ich lebe bei den Eltern	○

15. Wie viele Menschen aus Ihrem privaten Umfeld stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ein ernstes persönliches Problem haben?
Bitte schätzen Sie:

Keine	○
1 bis 2	○
3 bis 5	○
Mehr als 5	○

16. Haben Ihnen Personen aus Ihrem persönlichen Umfeld in den letzten 12 Monaten geholfen, eine Arbeitsstelle zu finden oder Ihren Arbeitsplatz zu erhalten?

	Nein, gar nicht	Ja, ein bisschen	Ja, sehr	Das trifft auf mich nicht zu
Eltern oder Geschwister	○	○	○	○
Andere Verwandte	○	○	○	○
Enge Freunde	○	○	○	○
Weitere Bekannte / Nachbarn	○	○	○	○
(Frühere) Arbeitskollegen, Studienkollegen etc.	○	○	○	○
(Frühere) Vorgesetzte, Ausbildner, Lehrer	○	○	○	○

Kollegen aus Vereinen / Personen, die Sie von Ihrem Hobby her kennen	○	○	○	○
Personen, die Sie durch Zufall kennengelernt haben	○	○	○	○

17. Gibt es Ihnen nahestehende Personen, mit denen Sie jederzeit über ganz persönliche Probleme reden können? (Diese Person kann auch der Partner sein, Verwandte, Nachbarn, Arbeitskollegen etc.)

Ja, mehrere Personen	○
Ja, eine Person	○
Nein	○

18. Vermissen Sie manchmal eine Person, mit der Sie jederzeit über ganz persönliche Probleme reden können?

Ja	○
Nein	○

19. Wie stark leiden Sie aktuell unter …

	Überhaupt nicht	Ein bisschen	Deutlich	Sehr stark	Trifft auf mich nicht zu
... der Krankheit / den Symptomen selbst	○	○	○	○	○
... beruflichen Einschränkungen (Potential nicht nutzen zu können)	○	○	○	○	○
… Unverständnis oder Distanzierung Ihrer Umgebung)	○	○	○	○	○
… dem Gefühl, gesellschaftlich nicht ganz 'dazu zu gehören'	○	○	○	○	○
… der öffentlichen Diskussion über den Missbrauch des Sozialsystems	○	○	○	○	○
… dem Gefühl, die Beeinträchtigungen verstecken zu müssen	○	○	○	○	○
… dem Gefühl, mit Ihrem Leiden nicht wahrgenommen zu werden	○	○	○	○	○
… einer schwierigen finanziellen Situation	○	○	○	○	○
… Nebenwirkungen von Medikamenten (Gewichtszunahme, Müdigkeit etc.)	○	○	○	○	○
… anderes, nämlich:	○	○	○	○	○

Danke, nun stellen wir Ihnen noch einige Fragen zu Ihrer Arbeits- und Beschäftigungssituation.

20. Wie ist Ihr *hauptsächlicher* aktueller Erwerbsstatus? Bitte am ehesten Zutreffendes angeben.

Vollzeit erwerbstätig	○
Teilzeit erwerbstätig	○
Arbeitstätig in einer subventionierten / geschützten Beschäftigung	○
Arbeitslos (beim RAV gemeldet, auf Stellensuche, vermittelbar)	○

Anderes	○

21. Womit bestreiten Sie aktuell Ihren Lebensunterhalt?

	Trifft zu	Trifft nicht zu
Erwerbseinkommen	○	○
Einkommen aus Tätigkeit an einem geschützten / begleiteten Arbeitsplatz	○	○
Lehrlingslohn	○	○
Arbeitslosenunterstützung	○	○
IV-Taggeld (während Beruflicher Massnahme)	○	○
IV-Rente	○	○
Sozialhilfe	○	○
Ergänzungsleistungen	○	○
Rente der Pensionskasse (2. Säule)	○	○
Private Lebensversicherung oder ähnliches	○	○
Mein/e Partner/in verdient für uns beide	○	○
Meine Eltern / Verwandten unterstützen mich finanziell	○	○
Ich lebe ganz / teilweise von meinem Ersparten / Vermögen	○	○
Anderes, nämlich:	○	○

22. Wie wirkt sich Ihre aktuelle berufliche Situation auf Ihre Gesundheit aus?
(Wenn Sie v.a. arbeitstätig sind – egal wie: Wie wirkt sich Ihre Arbeit auf Ihre Gesundheit aus? Wenn Sie nicht arbeiten: Wie wirkt sich das aus?)

	Sehr negativ	Eher negativ	Eher positiv	Sehr positiv	Gar nicht
Auswirkung aktuelle berufliche Situation auf Gesundheit	○	○	○	○	○

Die folgende Frage richtet sich an Personen, die im Moment keine Erwerbstätigkeit im freien Arbeitsmarkt haben.

Falls Sie im Moment erwerbstätig sind: → Bitte weiter mit Frage 24

23. Vor wie vielen Monaten ungefähr waren Sie letztmals erwerbstätig?

Vor ungefähr _____ Monaten (Anzahl Monate)	○
Ich war noch nie erwerbstätig	○

Im Folgenden einige Fragen zu Ihrer Arbeitsbiografie.
Bitte nehmen Sie eine Schätzung vor, wenn Sie die Antwort nicht genau wissen.

24. **Wie viele Ausbildungs- und Arbeitsstellen (ohne Schnupperwochen und Kurzpraktika) hatten Sie etwa schon bis heute?** (Keine = "0") Ungefähre Anzahl

25. **An wie vielen dieser Stellen hatten Sie zumindest leichtere / vorübergehende gesundheitlich bedingte Probleme?** (Nie = "0") Ungefähre Anzahl

26. **Wie viele Monate haben Sie insgesamt Arbeitslosenhilfe bezogen?** (Nie = "0") Ungefähre Anzahl

27. **Wie viele Monate haben Sie insgesamt etwa Sozialhilfe bezogen?** (Nie = "0") Ungefähre Anzahl

28. **Kam es in Ihrer Ausbildungs- und Arbeitsbiografie jemals dazu, dass Sie …**

	Ja	Nein
… ein Schul- oder Ausbildungsjahr wiederholen mussten?	○	○
… die Schule oder Ausbildung vorzeitig abgebrochen haben?	○	○
… in der Schule oder an einer Lehr-/Arbeitsstelle von anderen gemobbt wurden?	○	○
… vorübergehend von der Schule ausgeschlossen wurden (Time-out etc.)?	○	○
… an einer Lehr-/Arbeitsstelle gekündigt wurden?	○	○
… Konflikte hatten mit Arbeitskollegen oder Ihrem Vorgesetzten?	○	○
… leistungsmässig überfordert waren?	○	○
… wegen wiederholter oder längerer Krankheitsabsenzen Probleme bekamen?	○	○

29. **Waren Sie vor dem 18. Lebensjahr familiären Belastungen ausgesetzt, die Ihrer Meinung nach *mit Ihren späteren Arbeitsproblemen in einem Zusammenhang stehen* könnten?**

Ja, es gibt Zusammenhänge zwischen meiner persönlichen und beruflichen Biografie	○	***→ Bitte weiter mit Frage 30***
Nein, es gibt keine nennenswerten Zusammenhänge	○	***→ Bitte weiter mit Frage 31***

30. **Familiäre Belastungen vor dem 18. Lebensjahr, die Ihrer Meinung nach mit Ihren späteren Arbeitsproblemen in einem Zusammenhang stehen:**

	Trifft eher/gar nicht zu	Trifft eher/sehr zu
Langdauernde oder schwere körperliche Beeinträchtigung der Eltern/ eines Elternteils	○	○
Langdauernde oder schwere psychische Beeinträchtigung / Suchtprobleme der Eltern/ eines Elternteils	○	○
Längere oder wiederholte Arbeitslosigkeit / Sozialhilfebezug / IV-Unterstützung Eltern/ eines Elternteils	○	○
Eine besonders strenge, kontrollierende, leistungsorientierte Erziehung	○	○
Unberechenbares, launisches, impulsives Verhalten eines Elternteils oder beider Eltern	○	○

Überbehütendes, ängstliches, vermeidendes Verhalten eines Elternteils oder beider Eltern	○	○
Strafendes, manchmal gewalttätiges Verhalten eines Elternteils oder beider Eltern	○	○
Andere Belastungen, nämlich:	○	○

31. Wie gut jemand arbeiten kann, hängt auch von der Umgebung ab. Welche Anpassungen bei der Arbeit helfen Ihnen – oder würden Ihnen helfen – trotz Ihrer allfälligen gesundheitlichen Probleme (noch) besser 'funktionieren' zu können?

	Würde eher nicht/gar nicht helfen	Würde eher/sehr helfen
Hilfsmittel (höhenverstellbarer Schreibtisch etc.)	○	○
Freistellung von körperlich strengen oder körperlich nicht leistbaren Arbeiten	○	○
Häufigere Kurzpausen bei der Arbeit (wegen Erschöpfung, hoher innerer Anspannung etc.)	○	○
Verringertes Arbeitspensum	○	○
Flexible Arbeitszeiten	○	○
Vermehrtes Home Office	○	○
Vermehrte Einzelarbeit (statt Arbeit im Team), Abschirmung von störenden Reizen	○	○
Weniger Kundenkontakt	○	○
Eher ausführende statt planende, vernetzte und organisierende Tätigkeiten	○	○
Sehr klare und konkrete Arbeitsanweisungen	○	○
Häufiges kurzes Feedback durch den Vorgesetzten	○	○
Klare Rahmenbedingungen und "Spielregeln" im Betrieb	○	○
Mehr Zeit für die Erledigung meiner Arbeitsaufgaben	○	○
Anderes, nämlich:	○	○

Falls Sie im Moment nicht erwerbstätig / arbeitslos sind: → Bitte weiter mit Frage 37

32. Welche Art Arbeitsvertrag haben Sie bei Ihrer (Haupt)Tätigkeit?
Bitte das am ehesten Zutreffende angeben.

Unbefristeter Arbeitsvertrag	○
Befristeter Arbeitsvertrag	○
Vertrag mit Temporärfirma	○
Lehr-/Ausbildungsvertrag	○
Kein Vertrag	○
Ich bin selbständig erwerbend	○

33. Wie hoch ist Ihr aktuelles monatliches Erwerbseinkommen ungefähr *netto*? nach Abzug der Sozialversicherungsbeiträge, ohne Einkommen aus Leistungen der IV, der Arbeitslosenversicherung und der Sozialhilfe. Wenn Sie mehrere Stellen haben, zählen Sie bitte die Erwerbseinkommen zusammen; bei grossen monatlichen Schwankungen bitte einen Durchschnitt angeben

ca. CHF pro Monat: ____

34. Und nun einige Fragen u.a. zum Verhalten der Arbeitsumgebung.

	Nie	Sel-ten	Manchmal	Meis-tens	Immer	Trifft nicht zu
Ich kann bei meiner Arbeit immer wieder etwas Neues lernen	○	○	○	○	○	○
Ich kann meine Fähigkeiten voll einsetzen	○	○	○	○	○	○
Meine Kolleginnen und Kollegen helfen mir und unterstützen mich	○	○	○	○	○	○
Mein Vorgesetzter / meine Vorgesetzte nimmt ernst, was ich sage	○	○	○	○	○	○
Mein Vorgesetzter / meine Vorgesetzte hilft mir und unterstützt mich	○	○	○	○	○	○
Ich erhalte widersprüchliche Anordnungen oder Angaben	○	○	○	○	○	○
Ich habe das Gefühl, eine sinnvolle Arbeit zu machen	○	○	○	○	○	○
Meine Arbeit wird angemessen gewürdigt	○	○	○	○	○	○
Gewisse Arbeitsaufgaben widersprechen meinen persönlichen Werten	○	○	○	○	○	○
Ich habe die Mittel, um eine gute Arbeit zu leisten	○	○	○	○	○	○

35. Sprechen Sie mit Ihrem/r Vorgesetzten und Ihren Arbeitskollegen offen über Ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen?

	Ja	Nein
Mit Vorgesetztem/r	○	○
Mit Arbeitskolleg/Innen	○	○

36. Wie gut ist Ihr Vorgesetzter / Ihre Vorgesetzte über Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung informiert?

Mein Vorgesetzter / meine Vorgesetzte weiss genau …	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll zu
… welche Anpassungen bei der Arbeit ich benötige	○	○	○	○
… welche Arbeitsaufgaben und Arbeitsmenge er/sie mir zumuten darf	○	○	○	○
… wie er/sie mich unterstützen kann, wenn es bei mir nicht so läuft	○	○	○	○

Sie erhielten früher oder erhalten aktuell berufliche Unterstützungsmassnahmen durch die IV. Es folgen einige Fragen, wie Sie diese Massnahmen und den Kontakt zur IV erleben oder erlebt haben.

37. Wie haben Sie den Kontakt zur IV-Stelle bisher insgesamt erlebt?

	Trifft gar nicht / e-her nicht zu	Trifft eher / voll zu
Ich wollte mich am Anfang eigentlich gar nicht bei der IV anmelden / gemeldet werden	○	○

Ich hatte zu Beginn das Gefühl, gescheitert zu sein, "jetzt bin ich eine IV-Fall"	○	○
Ich fühlte mich von Beginn weg kompetent beraten	○	○
Der IV-Berater / die IV-Beraterin hat sich für mich immer sehr engagiert	○	○
Ich fühlte/fühle mich im Kontakt mit der IV oft sehr unter Druck gesetzt	○	○
Ich hatte immer wieder wechselnde Ansprechpersonen bei der IV	○	○
Ich fühlte mich überfordert und einer ‚Behörde' ausgeliefert	○	○
Die gute Beziehung zu meinem/r IV-Berater/in hat mir (bisher) sehr geholfen	○	○

38. Haben alle Beteiligten (IV, Ihr Arzt, allenfalls Ihr Arbeitgeber, andere) mehrheitlich verstanden, wo Ihre Arbeitsprobleme liegen und welche Unterstützung Sie benötigen?

	Nein, gar nicht	Eher nein	Eher ja	Ja, voll und ganz	Diese Frage passt nicht auf mich
Ihre IV-Beratungsperson	○	○	○	○	○
Ihr behandelnder Arzt	○	○	○	○	○
Ihr Vorgesetzter	○	○	○	○	○
Ihre Betreuer/innen in der Massnahme	○	○	○	○	○
Andere wichtige Person, nämlich:	○	○	○	○	○

39. Hat es <u>jemals</u> Gespräche zwischen allen wichtigen Personen gegeben, um eine gemeinsame Eingliederungsplanung vorzunehmen oder sich während der Massnahmen gemeinsam abzusprechen (z.B. bei auftauchenden Schwierigkeiten)?
Bitte das am ehesten Zutreffende angeben.

Nein, nie	○
Nein, nie - wäre aber hilfreich gewesen	○
Bisher nicht, ist aber geplant	○
Ja - das war eher hilfreich	○
Ja - das war eher nicht hilfreich	○

40. Wie haben Sie die berufliche(n) Eingliederungsmassnahme(n) der IV bisher insgesamt erlebt?
Wenn sie gerade erst eine Massnahme begonnen haben und noch nicht Auskunft geben können, kreuzen Sie bitte die letzte Spalte an.

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll zu	Diese Frage passt nicht auf mich
Die zuständigen Fachpersonen / Vorgesetzten waren / sind kompetent	○	○	○	○	○
Es gab eine präzise Abklärung meiner Arbeitsfähigkeiten und -probleme	○	○	○	○	○
Ich wurde / werde genau dort gefördert, wo meine Arbeitsdefizite sind	○	○	○	○	○

Man gab / gibt mir präzise Rückmeldungen zu meiner Leistung / Verhalten	○	○	○	○	○
Die Massnahme war / ist spezifisch auf meine Probleme ausgerichtet	○	○	○	○	○
Bei Problemen wurde / werde ich immer gut unterstützt	○	○	○	○	○
Der Arbeitsplatz wurde genau an meine Bedürfnisse angepasst	○	○	○	○	○

41. Welche Wirkungen hatte oder hat die IV-Unterstützung bisher insgesamt?

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll zu	Diese Frage passt nicht auf mich
Ich konnte / kann mich wieder an einen Arbeitsrhythmus gewöhnen	○	○	○	○	○
Ich lernte / lerne, wie ich trotz gesundheitlicher Probleme arbeiten kann	○	○	○	○	○
Man hat mir eine neue Arbeitsstelle vermittelt / mir aktiv dabei geholfen	○	○	○	○	○
Ich habe dort mein Selbstvertrauen deutlich steigern können	○	○	○	○	○
Ich lernte, mich selbst und meine Fähigkeiten realistischer einzuschätzen	○	○	○	○	○
Ich konnte meinen Umgang mit anderen deutlich verbessern	○	○	○	○	○
Ich konnte meine Leistungsfähigkeit deutlich steigern	○	○	○	○	○
Ich konnte mein Arbeitspensum deutlich steigern	○	○	○	○	○
Ich konnte mein Arbeitsverhalten (Zuverlässigkeit etc.) deutlich verbessern	○	○	○	○	○
Es hat mir beruflich nicht, aber persönlich/sozial geholfen	○	○	○	○	○
Die Massnahme hat sich positiv auf meine Gesundheit ausgewirkt	○	○	○	○	○
Ich hatte keinen Nutzen daraus	○	○	○	○	○
Die Massnahme hat mir gesundheitlich eher geschadet	○	○	○	○	○
Anderes, nämlich:	○	○	○	○	○

42. Gab es neben den Eingliederungsmassnahmen der IV andere Hilfen, die Sie bei Ihrer Arbeit oder Beschäftigung unterstützt haben / aktuell unterstützen (z.B. Unterstützung durch Sozialhilfe, Pro Infirmis, Pr Mente Sana, etc.)**?**

Nein, das gab / gibt es nicht	○
Ja, nämlich:	○

43. Wie beurteilen Sie rückblickend insgesamt die Wirkung der IV-Unterstützung auf Ihre berufliche und private Situation? Wenn sie gerade erst eine Massnahme begonnen haben, kreuzen Sie bitte die letzte Spalte an.

	Trifft eher nicht / gar nicht zu	Trifft eher / voll zu	Diese Frage trifft auf mich nicht zu
Dank der IV habe ich meine Stelle im ersten Arbeitsmarkt behalten	○	○	○
Dank der IV habe ich eine neue Stelle im ersten Arbeitsmarkt gefunden	○	○	○
Dank der finanziellen Hilfe der IV habe ich eine Ausbildung / Umschulung absolviert	○	○	○
Dank der Begleitung durch die IV habe ich eine Ausbildung / Umschulung durchgehalten	○	○	○
Anderes, nämlich:	○	○	○

44. Wurde Ihnen während des IV-Verfahrens jemals eine "Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht" auferlegt (dass z.B. von Ihnen eine psychiatrische Behandlung oder eine Alkohol-Abstinenz mit regelmässigen Kontrollen verlangt wurde)? Und falls ja: Wie hat sich das auf Ihre Eingliederung ausgewirkt?

Nein, die IV hat bisher nie so etwas von mir verlangt	○
Ja, dazu kam es und das hat mir für die Eingliederung eher oder sehr geschadet	○
Ja, dazu kam es und das hat mir für die Eingliederung eher oder sehr geholfen	○

45. Wie zufrieden sind Sie aktuell und wie schätzen Sie Ihre Perspektive in verschiedenen Lebensbereichen ein?

	Damit bin ich …				**Das wird sich in Zukunft wohl …**		
	Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Eher zufrieden	Sehr zufrieden	… eher verschlechtern	… nicht verändern	… eher verbessern
… berufliche Situation …	○	○	○	○	○	○	○
… körperliche Gesundheit …	○	○	○	○	○	○	○
… psychische Gesundheit …	○	○	○	○	○	○	○
… Beziehungssituation, Partnerschaft …	○	○	○	○	○	○	○
… familiäre Situation …	○	○	○	○	○	○	○
… finanzielle Situation …	○	○	○	○	○	○	○
… soziale Situation, Freunde …	○	○	○	○	○	○	○
… Wohnsituation …	○	○	○	○	○	○	○
… Behandlungssituation ...	○	○	○	○	○	○	○

46. Wie schätzen Sie Ihre Lebensqualität im Allgemeinen ein?

Sehr gut	○
Gut	○
Weder gut noch schlecht	○
Schlecht	○
Sehr schlecht	○

Sie haben die Befragung beendet - wir danken Ihnen sehr für Ihre Offenheit, Ihre Ausdauer und Ihr Engagement.

Wir würden die Resultate dieser Befragung gerne noch vertiefen mit persönlichen Interviews. Wären Sie allenfalls bereit, mit uns Forschenden ein rund einstündiges offenes Gespräch zu führen?

Wenn Sie an einem persönlichen Gespräch Interesse haben - bitte geben Sie uns Ihren Namen an und teilen Sie uns mit, wie wir Sie am besten kontaktieren können (per E-Mail oder Telefon). Zeit und Ort des Interviews würden wir dann mit Ihnen persönlich vereinbaren.

Wir werden aus zeitlichen Gründen leider nur mit einer begrenzten Anzahl von zufällig ausgewählten Personen solche Interviews durchführen können.

Nein, ich stelle mich nicht zur Verfügung	○			
Ja, ich stelle mich für ein Interview zur Verfügung	○	→	Name:	
			Telefon-Nr.:	
			E-Mail-Adresse:	

Zusätzliche Bemerkungen dürfen Sie gerne hier anbringen:

Anhang 2: Modellierung von Erfolgs-/Verlaufsfaktoren

In der statistischen Auswertung von Erfolgsfaktoren (Teilstudie 1) bzw. von Verlaufsfaktoren (Teilstudie 2) wurde als zentrales Werkzeug jeweils das Verfahren der logistischen Regression eingesetzt (vgl. Hosmer et al., 2013). Durch das Untersuchungsdesign vorgegeben war die abhängige Variable eines solchen Regressionsmodelles: Entweder die erfolgreiche (i.S. der Definition von Abschnitt 2.2.1) Absolvierung von Wiedereingliederungsmassnahmen, oder die Situation vor/nach der Teilnahme an einer solchen Massnahme (anders gesagt die Veränderung im zeitlichen Verlauf).

$$p_i = \frac{1}{1 + e^{-(a+bx_i)}}$$

Die Wahrscheinlichkeit einer Person i dafür, das jeweilige Zielereignis zu erleben, wird (vermittelt über die S-förmige logit-Funktion zur Begrenzung auf den Wertevorrat von 0 bis 1) modelliert als Funktion einer Basisrate a und unterschiedlicher Prädiktorvariablen x, die jeweils mit Gewicht b auf diese Wahrscheinlichkeit Einfluss nehmen. Zur leichteren Interpretation werden zumeist die beiden Seiten der Gleichung delogarithmiert (zur Basis *e*) dargestellt, wodurch links das Verhältnis von Wahrscheinlichkeit zu seiner Gegenwarscheinlichkeit (genannt Odds) zu stehen kommt, und in der rechten Hälfte der Gleichung ein linearer Trend. Die Koeffizienten exp(b) dieses Prädiktorenvektors können gedeutet werden als die (lineare) Erhöhung *des Chancenverhältnisses* bei einer Veränderung einer Prädiktorvariablen um 1 Einheit. Weil aber nicht direkt die Eintrittswahrscheinlichkeit, sondern die Odds vorhergesagt werden, kann nicht nahtlos aus den exp(b)-Koeffizienten (genannt Odds-Ratios) auf die Erhöhung der Eintrittswahrscheinlichkeit geschlossen werden. Vielmehr müssen dabei jeweils alle anderen Ausprägungen der anderen Prädiktorvariablen mit berücksichtigt werden, und auch innerhalb einer Variable selbst ist zu berücksichtigen, ob man sich in der Mitte des Einflussbereiches, oder mehr an den (wegen des S-förmigen Verlaufs flacheren) Enden der Wahrscheinlichkeitsveränderung bewegt.

Dieser Umstand spielt insbesondere dann eine Rolle, wenn man Odds-Ratios zwischen dichotomen (0/1) Einflussgrössen und kontinuierlichen Einflussgrössen (z.B. Lebensalter in Jahren) vergleichen wollte. Um bei der Suche nach dem jeweils sparsamsten multivariaten Modell keine diesbezüglichen Fehler zu machen, wurde auch jeweils betrachtet, wieviel Varianzaufklärung durch die Hereinnahme bzw. den Ausschluss einer Prädiktorvariablen aus dem multivariaten Modell erzielt werden konnte. Dieser Vergleich wurde durch McFaddens pseudo-R^2 , bzw. die von Nagelkerke vorgeschlagende Reskalierung auf den Wertevorrat bis 100% Varianzaufklärung mittels der SAS-Prozedur PROC LOGISTIC ermöglicht.

Das Vorgehen folgte jeweils demselben Rationale: a) aufgrund des Kausalmodelles (Abbildung 1, Abschnitt 2.1.1), das dieser Studie zugrunde gelegt wurde, hat der Erstautor (N.B.) jeweils eine Liste von Variablen zusammengestellt, die für die Erklärung von Eingliederungserfolgen, bzw. für Veränderungen in der Zeit von theoretischem und praktischen Interesse sind. Diese Variablen wurden b) in univariaten, logistischen Regressionsmodellen auf statistische Assoziation mit dem jeweiligen Zielkriterium überprüft. Ohne Adjustierung für multiples Testen wurde ein nominaler Alpha-Fehler von 10% in diesem Arbeitsschritt toleriert. Die „signifikanten“ Prädiktoren wurden c) nach ihrer Varianzaufklärungskraft („max rescaled R-Square“ in SAS respektive „Effektstärke“ genannt im Bericht) absteigend geordnet. Im letzten Modellierungsschritt d) wurden die potenziellen Prädiktorvariablen sukzessive in das Modell aufgenommen, der Zugewinn im pseudo-R^2 Wert beachtet, und für die einzelnen beta-Koeffizienten Wald’s Chiquadrat-Tests für die Abweichung von Null berechnet. Zugleich wurden even-

tuelle Prädiktoren, die wegen starker Korrelation zum neu hereingenommenen Prädiktor in ihrer Erklärungskraft wieder unter die kritische Grenze von $p < 0.10$ fielen, ggf. wieder aus dem Modell entfernt. Gegenüber einem streng algorithmischen Vorgehen (automatische, sog. STEPWISE Prädiktorselektion aufgrund vorgegebener p-in und p-out Grenzen für den Wald-Test) berücksichtigt die gewählte Vorgehensweise auch die inhaltliche Bedeutsamkeit (Veränderungen in der erklärten Varianz sind relevant?) und theoretische Vorgaben (Variable ist aus theoretisch-inhaltlichen Gründen relevant).

Weitere Forschungs- und Expertenberichte aus der Reihe «Beiträge zur Sozialen Sicherheit»

Autres rapports de recherche et expertises de la série «Aspects de la sécurité sociale»

Altri rapporti di ricerca e perizie della collana «Aspetti della sicurezza sociale»

Further research reports and expertises in the series «Beiträge zur Sozialen Sicherheit»