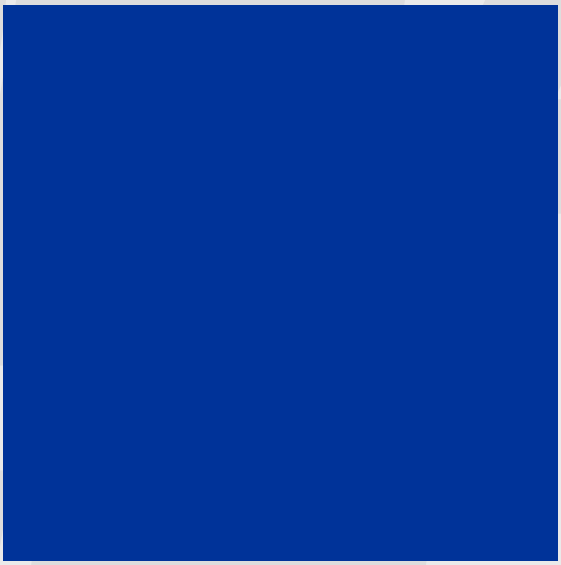
BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Bericht im Rahmen des zweiten mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP2-IV)

Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten

Forschungsbericht Nr. 19/15



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

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

Autoren/Autorinnen:
Niklas Baer, Szilvia Altwicker-Hámori, Sibylle Juvalta, Ulrich Frick, Peter Rüesch,
Arbeitsgemeinschaft FPR – ZHAW – HSD
c/o Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatrie BL (FPR)
Bienentalstrasse 7
4410 Liestal
Tel. +41 (0) 61 553 52 01
E-mail: niklas.baer@pbl.ch

Auskünfte:
Martin Wicki
Forschung und Evaluation
Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
3003 Bern
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
http://www.bundespublikationen.admin.ch

Bestellnummer:
318.010.19/15d

FoP2-IV Forschungsprojekt

Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten

Niklas Baer[1], Szilvia Altwicker-Hàmori[2], Sibylle Juvalta[2], Ulrich Frick[3] Peter Rüesch[2]

1: Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatrie Baselland

2: Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften, Departement Gesundheit, ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

3: HSD University of Applied Sciences, Köln, Bereich Angewandte Psychologie

Liestal, Zürich, Köln 08.10.2015

Dank

Wir danken Benjamin Baviera, Derya Cetinkaya, Annette Krauss, Lucien Wampfler und Sandra Wettstein für ihre ausgezeichnete Arbeit bei der anspruchsvollen und zeitaufwändigen Kodierung der IV-Dossiers.

Ein grosser Dank geht auch an die Begleitgruppe dieses Forschungsprojektes, welche uns während der ganzen Studie wertvolle Hinweise und Rückmeldungen gab sowie an die Expertinnen und Experten, die an einem Workshop wichtige Informationen für die Kodierung der Akten gegeben haben:

Rita Ammann, Case Management Berufsbildung, Bildungsdirektion Kanton Zürich

Prof. Dr.med. Charles Bonsack, CHUV, Département Psychiatrie, Psychiatrie communautaire, Lausanne

Chantale Bürli, Bundesamt für Gesundheit

Prof. Dr.med. Alain di Gallo, Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel

Franziska Eder, Teamleiterin Berufsberatung Jugendliche, IV-Stelle Luzern

Andrea Ernst, Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation

Marion Heidelberger, Lehrerinnen- und Lehrerverband Schweiz (LCH), Zürich

Dr. Beatrice Kronenberg, Stiftung Schweizer Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik

Philipp Ramming, Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie

Dr.med. Michael Renk, Département de la Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Centre neuchâtelois de psychiatrie

Cornelia Stählin, Berufsberatung, IV-Stelle Nidwalden (IVSK)

Denisa Talirova, Berufsberatung Jugendliche, IV-Stelle Luzern

Zudem haben mehrere Mitarbeitende des Bundesamtes für Sozialversicherung den Bericht durchgesehen und die Studie sehr unterstützt, u.a. auch Michel Kolly, der die Registerdaten aufbereitet und bei der Stichprobenziehung behilflich war.

Schliesslich möchten wir auch den beiden Projektleitenden des Bundesamtes für Sozialversicherungen, Martin Wicki und Christina Egggenberger, sehr für ihre Unterstützung danken.

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen

Entgegen dem allgemeinen abnehmenden Trend bei den Invalidenrenten hat die Zahl junger Personen, die aufgrund psychischer Erkrankungen zur Invalidenversicherung kommen und letztlich Renten beziehen, nicht abgenommen. Daher hat die IV ein besonderes Interesse, den Werdegang von jungen Personen mit psychischen Erkrankungen genauer zu analysieren und deren Entwicklung positiv zu beeinflussen, um eine IV-Rente zu vermeiden. Bekannt ist, dass die betroffenen Personen meist bereits über längere Zeit psychische Probleme hatten und deswegen häufig psychiatrische oder schulpsychologische Dienste und/oder andere Institutionen aufsuchten, bevor sie mit der IV den ersten Kontakt hatten. Wieso gelingt es in einigen Fällen, eine IV-Berentung abzuwenden und die jungen Personen hin zu einem unabhängigen Leben mit einer Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt zu führen, während andere bereits in jungen Jahren eine IV-Rente beziehen?

Die Studie leuchtet aus einer Vielzahl von Perspektiven – diagnosespezifischen, familiären, bildungs-, behandlungs- und institutionsbezogenen – die Hintergründe der Berentungssituationen aus. Wenngleich die Forschenden bei der Mehrheit der untersuchten Dossiers eine IV-Berentung aufgrund der Art und Schwere der Erkrankung für unvermeidbar halten, machen sie deutlich, dass es Gruppen von Personen gibt, die in jungen Jahren eine Rente zugesprochen erhalten, da zu wenig unternommen wurde, um dies mit gezielten Eingliederungsmassnahmen zu verhindern. Statt mehrfache Eingliederungsversuche bei diesen jungen Versicherten zuzulassen, resignierten die IV-Stellen häufig bereits nach einem ersten oder zweiten Scheitern.

Bei der Eingliederung junger Versicherter mit psychischen Erkrankungen ist interprofessionelles Handeln zwingend, d.h. es sind Akteure auf allen Ebenen, wie z.B. behandelnde Ärztinnen und Ärzte ebenso wie die Berufsberatung und andere Fachpersonen der IV, Lehrpersonen, Arbeitgebende und Eltern gefordert. Diese Akteure müssen sensibilisiert und u.U. auch geschult werden, damit gut koordinierte und zielgerichtete Interventionen durchgeführt werden können, um Abbrüche von Eingliederungsmassnahmen, Schulabbrüche sowie Unterbrechungen der Lehre bei dieser Versichertengruppe künftig zu verhindern. Insbesondere sollte die IV mehr Eingliederungsmassnahmen zusprechen, und auch bei jungen Versicherten mit psychischen Erkrankungen Assessments durchführen, damit dieses Ziel erreicht werden kann. Gleichzeitig dürfen diese Bestrebungen nicht dazu führen, Probleme in Schule und Ausbildung, die im Rahmen der Persönlichkeitsentwicklung auch bei Gesunden entstehen können, zu medizinalisieren.

Die Autorinnen und Autoren werfen zu Recht die grundsätzliche Frage auf nach dem Sinn einer Berentung junger, d.h. unter 25- oder 30-jähriger Personen mit psychischen Erkrankungen, v.a. bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen. Bei jungen Personen kann eine Rente bei solchen psychischen Erkrankungen sogar kontraproduktiv und krankheitsfestigend wirken. Dies widerspricht dem generellen Ziel der IV, ein „gesundes“ und selbständiges Leben mit oder trotz einer Behinderung leben zu können.

Ähnliche Empfehlungen wurden bereits in der OECD-Studie zur psychischen Gesundheit und Arbeit formuliert und im Rahmen der Weiterentwicklung der IV werden hierzu wichtige Impulse aufgenommen.

Stefan Ritler, Vizedirektor

Leiter des Geschäftsfeldes Invalidenversicherung (BSV)

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Contrairement à la tendance générale, qui est à la baisse pour les rentes d'invalidité, le nombre de jeunes qui s'adressent à l'assurance-invalidité en raison de troubles psychiques et qui finissent par percevoir une rente ne diminue pas. C'est pourquoi l'AI est très intéressée à une analyse plus poussée du parcours des jeunes personnes atteintes de troubles psychiques, afin d'influer positivement sur leur développement et d'éviter d'aboutir à l'octroi d'une rente. On sait que la plupart des personnes concernées connaissaient depuis longtemps des problèmes psychiques et avaient déjà dans bien des cas consulté des services de psychiatrie ou de psychologie scolaire ou d'autres institutions avant d'entrer en contact avec l'AI. Pourquoi parvient-on dans certains cas à éviter l'octroi d'une rente et à accompagner ces jeunes vers une vie autonome avec une activité sur le marché primaire du travail, alors que d'autres perçoivent déjà une rente AI ?

La présente étude examine sous divers angles – diagnostic, situation familiale, formation, traitement suivi ou institution fréquentée – le contexte général qui aboutit à l'octroi d'une rente AI. Si les chercheurs reconnaissent que, dans la majorité des dossiers étudiés, l'octroi paraît inévitable au vu de la nature et de la gravité de l'atteinte à la santé, ils mettent en évidence le fait qu'il existe des groupes de personnes qui se sont vu octroyer très jeunes une rente parce que trop peu d'efforts avaient été faits pour l'éviter par des mesures de réadaptation ciblées. Au lieu de renouveler les tentatives de réadaptation pour ces jeunes assurés, les offices AI ont souvent jeté l'éponge dès le premier ou le deuxième échec.

Pour la réadaptation des jeunes assurés atteints de troubles psychiques, une action interprofessionnelle s'impose ; autrement dit, une intervention concertée des acteurs à tous les niveaux, impliquant aussi bien les médecins traitants que les orienteurs professionnels et d'autres spécialistes de l'AI, ou encore les enseignants, les employeurs et les parents. Ces acteurs doivent être sensibilisés et aussi, à notre sens, formés afin de favoriser la coordination d'interventions ciblées et d'éviter à l'avenir, dans ce groupe d'assurés, l'interruption des mesures de réadaptation, de la formation scolaire ou de l'apprentissage. Afin d'atteindre cet objectif, l'AI devrait en particulier accorder plus souvent des mesures de réadaptation et procéder aussi à des évaluations dans le cas des jeunes assurés présentant des troubles psychiques. Cela dit, ces efforts ne doivent pas avoir pour effet de médicaliser des problèmes que des personnes en bonne santé rencontrent aussi, à l'école ou dans leur formation, au cours du développement de leur personnalité.

Les auteurs posent à raison la question fondamentale du sens qu'a l'octroi d'une rente à des personnes jeunes, c.-à-d. ayant moins de 25 ou 30 ans, atteintes de troubles psychiques, surtout lorsqu'il s'agit de névroses, de troubles de la personnalité ou de psychoses. Pour les jeunes atteints de tels troubles, l'octroi d'une rente peut même se révéler contre-productif et avoir pour effet de renforcer la maladie. Cela va à l'encontre de l'objectif général de l'AI, qui est de pouvoir mener une vie « normale » et autonome même avec un handicap.

Des recommandations similaires ont déjà été formulées dans l'étude de l'OCDE sur la santé mentale et l'emploi, et des impulsions importantes en ce sens sont reprises dans le cadre de la réforme intitulée « développement continu de l'AI ».

Stefan Ritler, vice-directeur

Chef du domaine Assurance-invalidité, OFAS

Premessa dell’Ufficio federale delle assicurazioni sociali

In controtendenza al generale calo delle rendite AI, il numero di giovani assicurati che a causa di affezioni psichiche si rivolgono all’AI e finiscono per beneficiare di una rendita AI non è diminuito. Pertanto risulta di particolare interesse per l’AI analizzare più da vicino il decorso della malattia e il percorso formativo di questi giovani, al fine di capire come influenzarne positivamente lo sviluppo ed evitare così la concessione di una rendita AI. È infatti noto che nella maggior parte dei casi i soggetti interessati soffrono di problemi psichici da lungo tempo e quindi spesso, prima di rivolgersi all’AI, avevano già preso contatto con servizi psichiatrici, servizi psicologici scolastici e/o con altre istituzioni. Per quale ragione in alcuni casi si riesce ad evitare che un giovane benefici di una rendita AI, aiutandolo a vivere in modo autonomo grazie ad un’attività lucrativa nel mercato del lavoro primario, mentre in altri la concessione di una rendita AI si rende necessaria?

Il presente studio illustra secondo vari punti di vista (diagnostico, familiare, formativo, terapeutico e istituzionale) le ragioni a monte della situazione d’invalidità. Sebbene giunga alla conclusione che per la maggior parte degli incarti presi in esame la concessione di una rendita AI è giustificata dal tipo e dalla gravità della malattia, lo studio evidenzia chiaramente che per gruppi di persone cui è stata concessa una rendita AI in giovane età non sono state sfruttate appieno le possibilità esistenti per evitare la rendita mediante provvedimenti d’integrazione mirati. Spesso, infatti, in questi casi gli uffici AI si sono arresi già dopo il primo o il secondo tentativo d’integrazione.

Per integrare con successo i giovani assicurati affetti da malattie psichiche è necessario coordinare l’intervento dei professionisti e degli altri attori coinvolti, vale a dire dei medici curanti, orientatori professionali e altri specialisti dell’AI, insegnanti, datori di lavoro e genitori. Tutte queste persone devono essere sensibilizzate e, se del caso, anche formate per permettere di attuare un intervento mirato che riduca il rischio di interruzioni nell’ambito dei provvedimenti d’integrazione, della scolarizzazione nonché della formazione professionale all’interno di questo gruppo di assicurati. In particolare, per raggiungere quest’obiettivo l’AI dovrebbe concedere più provvedimenti d’integrazione ed eseguire una valutazione anche nel caso dei giovani assicurati affetti da malattie psichiche. Contemporaneamente però, bisogna evitare che questi sforzi si traducano in una medicalizzazione dei problemi che anche persone senza problemi psichici incontrano, a scuola o durante la formazione, nello sviluppo della loro personalità.

Lo studio solleva a ragione la questione di fondo se sia opportuno concedere una rendita AI a giovani (ovvero di età inferiore ai 25 o ai 30 anni) affetti da malattie psichiche, in particolare nel caso di neurosi, disturbi della personalità e psicosi. In questi casi, infatti, il versamento di una rendita può addirittura risultare controproducente e acutizzare la malattia, in contrasto con l’obiettivo generale dell’AI di permettere agli assicurati di condurre una vita "sana" e autonoma cono nonostante la disabilità.

Raccomandazioni simili sono già state formulate nello studio dell’OCSE concernente la salute psichica e il lavoro e impulsi importanti in tal senso sono ripresi nell’ambito dell’ulteriore sviluppo dell’AI.

Stefan Ritler, vicedirettore

Capo dell’Ambito Assicurazione invalidità (UFAS)

Foreword by the Federal Social Insurance Office

In contrast to the general decline in the number of invalidity pensions, the number of young people applying for and receiving invalidity benefits on the grounds of mental health problems has not decreased. The IV authorities therefore have a special interest in analysing the development of young people with mental health problems more closely and exerting a positive influence on their development in order to avoid an invalidity pension. It is well known that the persons in question had usually suffered from mental health problems over a lengthy period and many of them had contacted psychiatric or school psychology services and/or other institutions before contacting the IV authorities for the first time. Why is it possible in some cases to avoid an invalidity pension and to guide the young people in the direction of an independent life and employment in the primary labour market while others already draw an invalidity pension at an early age?

The study examines the background of the pension situation from a number of perspectives – including the diagnosis, family, education, treatment and institutions. Although the researchers consider an invalidity pension to be inevitable in most of the dossiers they examined, owing to the nature and severity of the disorder, they also make it clear that there are groups of people who were granted a pension at an early age as too little was done to prevent this with targeted integration measures. Instead of allowing multiple attempts to integrate these young insureds, the IV authorities often gave up, frequently after just one or two failed attempts.

The integration of young insureds with mental health problems requires interprofessional action, i.e. players on all levels, such as treating physicians, career counsellors and other specialists in the IV system as well as teachers, employers and parents. These persons must be sensitized and, if necessary, also trained, so that well-coordinated and targeted interventions can be carried out in order to prevent the integration measures from being discontinued, or to avoid the young people in this group of insureds dropping out of school or breaking off their apprenticeships in future. In particular, the IV authorities should approve more integration measures and also conduct assessments on young insureds with mental health problems so that this goal can be reached. At the same time, these efforts should not result in problems at school or during education – which can also occur among healthy people in the course of their personality development – being medicinalized.

The authors are right to raise the fundamental question of the sense of granting pensions to young persons (i.e. aged under 25 or 30) with mental health problems, especially in the case of neuroses, personality disorders or psychoses. In the case of young people, a pension paid for this type of mental health problem can even be counterproductive and serve to consolidate the illness or disorder. This conflicts with the general goal of the IV authorities, which is to ensure that people can live a "healthy" and independent life with or despite a handicap.

Similar recommendations have already been formulated in the OECD study on mental health and work, and key impetus has been taken up as part of the further development of the IV authorities.

Stefan Ritler, Vice-Director

Head of Invalidity Insurance (FSIO)

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis ..... **I**

Abbildungsverzeichnis ..... **V**

Tabellenverzeichnis ..... **VII**

Abkürzungsverzeichnis ..... **IX**

Zusammenfassung ..... **XI**

Résumé ..... **XXV**

Riassunto ..... **XXXIX**

Summary ..... **LIII**

1 Einleitung **1**

1.1 Ausgangslage, Problemstellung *1*

1.2 Zielsetzungen Fragestellungen *3*

2 Methodik **5**

2.1 Studienkonzept *5*

2.1.1 Inhaltliche Vorüberlegungen 5

2.1.2 Konzeptionelle Startphase 5

2.2 Grundgesamtheit, Stichprobenziehung *6*

2.2.1 Grundgesamtheit 6

2.2.2 Stichprobenplan 6

2.2.3 Definitive Stichprobe 7

2.3 Entwicklung der Instrumente *8*

2.3.1 Expertenworkshop 8

2.3.2 Raster zur Kodierung der Versichertendossiers 9

2.4 Datenkontrolle und -plausibilisierung *10*

2.4.1 Datenkontrolle und -plausibilisierung 10

2.5 Datenanalyse *10*

2.5.1 Deskriptive Analyse 10

2.5.2 Regressionsanalyse: Risikofaktoren für eine frühe Invalidisierung 10

2.5.3 Sequenzdatenanalyse 10

2.5.4 Typologien von Störungen, Verläufen und Masnahmen 11

2.5.5 CART Analysen 11

3 Merkmale von jungen IV-RentenbezügerInnen mit psychischen Problemen **13**

3.1 Einführung *13*

3.2 Soziodemographie *13*

3.3 Familiäre Belastungen ... 15
3.3.1 Übersicht familiäre Belastungen ... 15
3.3.2 Familiäre Belastungen nach behinderungsrelevanter Diagnose ... 17
3.3.3 Typologie der familiären Belastungen ... 18

3.4 Krankheit und Behinderung ... 21
3.4.1 Diagnosen ... 21
3.4.2 Typologie der ICD F-Diagnosen ... 29

3.5 Fazit ... 33

4 Krankheits-und Desintegrationsverläufe (IV-RentenbezügerInnen) ... 35

4.1 Krankheitsverläufe ... 35
4.1.1 Arztberichte und Gutachten ... 35
4.1.2 Alter der erstmaligen psychiatrischen Erkrankung ... 39
4.1.3 Angaben zum Gesundheitszustand in den Arztberichten ... 42

4.2 Schul- und Ausbildungskarriere ... 46
4.2.1 Höchste abgeschlossene Ausbildung ... 46
4.2.2 Sonderschule, Sonderklasse, Kleinklasse ... 50
4.2.3 Zäsuren ... 51
4.2.4 Arbeitstätigkeiten ... 57

4.3 Fazit ... 60

5 Behandlungs-und Interventionskarrieren (IV-RentenbezügerInnen) ... 61

5.1 Übersicht involvierte Institutionen, Interventionen und Behandlungen ... 61

5.2 Involvierte Institutionen ... 64
5.2.1 Involvierte Intuitionen nach behinderungsrelevanter Diagnose ... 64
5.2.2 Involvierte Institutionen pro Altersphase nach behinderungsrelevanter Diagnose ... 66
5.2.3 Anzahl involvierte Institutionen nach Alter beim ersten Arztbericht ... 66
5.2.4 Typologie der involvierten Institutionen und Personen ... 67

5.3 Weitere Interventionen ... 71
5.3.1 Weitere Interventionen nach behinderungsrelevanter Diagnose ... 71

5.4 Behandlungsmassnahmen ... 72
5.4.1 Art der stationären und ambulanten Behandlungen ... 72
5.4.2 Anzahl stationäre und ambulante Behandlungen nach behinderungsrelevanter Diagnose ... 73
5.4.3 Ambulante und stationäre Behandlung ... 73
5.4.4 Medikamentöse Behandlung nach behinderungsrelevanter Diagnose ... 74
5.4.5 Stationäre, ambulante oder medikamentöse Behandlung nach behinderungsrelevanter Diagnose ... 75
5.4.6 Dauer der ersten ambulanten psychiatrischen Behandlung nach behinderungsrelevanter Diagnose ... 75
5.4.7 Dauer der ersten stationären psychiatrischen Behandlung nach behinderungsrelevanter Diagnose ... 76

5.5 Zusammenarbeit zwischen den Institutionen ... 77

5.6 Zusammenfassung involvierte Institutionen, Interventionen und Behandlungen ... 78

5.7 IV-Massnahmen ... 79
5.7.1 Übersicht über die Häufigkeit von IV-Massnahmen ... 79
5.7.2 Anzahl berufliche und medizinische Massnahmen nach behinderungsrelevanter Diagnose ... 81
5.7.3 Anzahl aller Massnahmen nach behinderungsrelevanter Diagnose ... 83
5.7.4 Anzahl Ablehnungen nach behinderungsrelevanter Diagnose ... 83

5.8 Fazit ... 84

6 Verlaufsanalysen ... 87

6.1 Schul- und Bildungslaufbahnen ... 87
6.1.1 Bildungssequenzen, Gesamtbetrachtung ... 87
6.1.2 Abfolgen von Bildungslagen ... 90
6.1.3 Typologie von Bildungssequenzen ... 92
6.1.4 Zusammenhänge zwischen Bildungsverlaufstypen und ausgewählten Merkmalen ... 93
6.1.5 Fazit ... 95

6.2 Verlauf von Behandlungen und IV-Massnahmen ... 97
6.2.1 Behandlungssequenzen, Gesamtbetrachtung ... 97
6.2.2 Spezifische Abfolgen von Behandlungs-/Massnahmensequenzen ... 100
6.2.3 Typologie von Behandlungs-/Massnahmen-Sequenzen ... 102
6.2.4 Zusammenhänge zwischen Behandlungs-/Massnahmen-Typen und ausgewählten Merkmalen ... 103
6.2.5 Fazit ... 106

7 Vergleiche von Krankheitstypen, Desintegrationsverläufen und Massnahmekarrieren ... 107

7.1 Zusammenhänge nach Krankheitskonstellationen ... 108

7.2 Zusammenhänge nach Bildungssequenzen ... 111

7.3 Fazit ... 112

8 Risikofaktoren für eine frühe Invalidisierung (Vergleiche IV-Rentner vs Nicht-Rentner) ... 113

8.1 Deskriptive Analysen ... 113
8.1.1 Soziodemografische Merkmale von Rentnern und Nicht-Rentnern ... 113
8.1.2 Familiäre Belastungen von Rentnern und Nicht-Rentnern ... 115
8.1.3 IV-Gebrechenscodes und ICD-10 Diagnosen von Rentnern und Nicht-Rentnern ... 117
8.1.4 Erkrankungsbeginn, Behandlung und Prognose bei Rentnern und Nicht-Rentnern ... 118
8.1.5 Bildungskarrieren, Zäsuren und besondere Schulung bei Rentnern und Nicht-Rentnern ... 121
8.1.6 IV-Massnahmen und involvierte Institutionen bei Rentnern und Nicht-Rentnern ... 122
8.1.7 Zusprache und Ablehnung von IV-Massnahmen ... 125
8.1.8 Erwerbsstatus bei Rentnern und Nicht-Rentnern ... 126

8.2 IV-Rente: Risikofaktoren und dynamische Zusammenhänge ... 127
8.2.1 Risikofaktoren für eine IV-Berentung ... 127
8.2.2 Dynamische Zusammenhänge von Risikofaktoren ... 129

8.3 Fazit ... 131

9 Diskussion und Schlussfolgerungen ... 133

9.1 Zentrale Befunde im Überblick ... 133
9.1.1 Merkmale der jungen Rentenbeziehenden ... 133
9.1.2 Krankheits- und Desintegrationsverläufe ... 134

9.1.3 Behandlungs- und Interventionskarrieren ... 136
9.1.4 Verlaufsanalysen ... 138
9.1.5 Gegenüberstellung der verschiedenen Typologien ... 140
9.1.6 Risikofaktoren für eine frühe Invalidisierung ... 141

9.2 Methodische Grenzen der Studie ... 143

9.3 Schlussfolgerungen ... 144

9.4 Fazit und Empfehlungen ... 147

10 Literaturverzeichnis ... 151

Anhang ... 153

A Entwicklung des Kodierrasters ... 153

B Datenplausibilisierung ... 153
B1 Erste Phase der Plausibilisierung ... 153
B2 Aufbereitung des definitiven Datensatzes ... 154

C Erläuterungen zur Analyse von Bildungs- sowie Behandlungs- und Massnahmen-Sequenzen ... 155
C1 Ansatz ... 155
C2 Vorgehen ... 155

D Ermittlung von Typologien: Latent Class Analysis, CART-Analysen ... 156
D.1 Latent Class Analysis (LCA) ... 156
D.2 CART-Analysen ... 157

E Tabellen zur Regressionsanalyse ... 159

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Rentner mit affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen sind besonders familiär belastet 18
Abbildung 2: Familiärer Belastungstyp 1 „Unbelastet“ 19
Abbildung 3: Familiärer Belastungstyp 2 „Multiple Belastungen, Eltern getrennt“ 19
Abbildung 4: Familiärer Belastungstyp 3 „Multiple Belastungen, Eltern zusammenlebend“ 20
Abbildung 5: Familiärer Belastungstyp 4 „Eltern getrennt, kaum sonstige Belastungen“ (14.5%) 20
Abbildung 6: Geringe Unterschiede in behinderungsrelevanter F-Diagnose zwischen den Sprachregionen (N=400) 28
Abbildung 7: Diagnosen-Klasse 1 „Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung“ 30
Abbildung 8: Diagnosen-Klasse 2 „Schizophrenie“ 30
Abbildung 9: Diagnosen-Klasse 3 „Persönlichkeitsstörung, komorbid, ohne Sucht“ 31
Abbildung 10: Diagnosenklasse 4 „Frühe Verhaltensstörungen“ 32
Abbildung 11: Diagnosenklasse 5 „Multiple schwere frühe Störungen“ 32
Abbildung 12: Diagnosenklasse 6 „Persönlichkeitsstörung, komorbid, mit Sucht“ 33
Abbildung 13: Letzter Arztbericht, Gutachten und Berentung sind zeitlich nah beieinander 37
Abbildung 14: Schizophrenie mit kürzester und Entwicklungsstörungen mit längster Dauer zur Berentung (N=387) 38
Abbildung 15: Bei frühen Erkrankungen liegen ambulante und stationäre Behandlungen weit auseinander 42
Abbildung 16: F9-Diagnosen mit günstiger Prognose (N=210) 45
Abbildung 17: Geburtsgebrechen mit günstiger Prognose (N=210) 46
Abbildung 18: Schwere psychische Probleme, Leistungsprobleme und Verhaltensauffälligkeiten sind häufige Gründe für den Abbruch 56
Abbildung 19: Schul- und Ausbildungsabbrüche häufig kurz hintereinander im Jugendalter 57
Abbildung 20: Problematische Zusammenarbeit vor allem mit Fachärzten, VP/ Vormund und Hausärzten (N=144) 63
Abbildung 21: Bei Schizophrenie und affektiven Störungen sind Institutionen erst im Erwachsenenalter involviert 66
Abbildung 22: Institutionstyp 1 „Erwachsenenalter: Psychiatrie, Arbeitgeber“ 68
Abbildung 23: Institutionstyp 2 „Kindes- bis Jugendalter: Pädiatrie, Sonderpädagogik, Lehrbetrieb“ 68
Abbildung 24: Institutionstyp 3 „Jugend- bis Erwachsenenalter: Psychiatrie“ 69
Abbildung 25: Institutionstyp 4 „Kindes- bis Erwachsenenalter: Multipel ohne Heim“ 70
Abbildung 26: Institutionstyp 5 „Kindes- bis Erwachsenenalter: Multipel mit Heim“ 70
Abbildung 27: Stationäre und ambulante Behandlungen vor allem bei Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen und affektiven Störungen 73
Abbildung 28: Schizophrenie und Neurotische Störungen/Essstörungen mit kurzer erster ambulanter Behandlung (N=247) 76
Abbildung 29: Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen mit der grössten Beanspruchung 79
Abbildung 30: Frühe Entwicklungsstörungen erhalten sowohl berufliche als auch medizinische Massnahmen 82
Abbildung 31: Am häufigsten IV-Massnahmen bei frühen Erkrankungen 83
Abbildung 32: Bildungsequenzen, Gesamtbetrachtung (N=500) 88
Abbildung 33: Bildungssequenzen, prozentuale Verteilung nach Alter (N=500) 89
Abbildung 34: Abfolge der Bildungslagen – die 25% häufigsten Bildungssequenzen nach Rentenstatus 91
Abbildung 35: vier Typen von charakteristischen Bildungssequenz-Mustern (Gesamtstichprobe, N=500) ... 92
Abbildung 36: Behandlungssequenzen, Gesamtbetrachtung (N=500) 98

Abbildung 37: Behandlungssequenzen, prozentuale Verteilung nach Alter (N=500) 99
Abbildung 38: Abfolge IV-Massnahmen und Behandlungen – die 25% häufigsten Sequenzen nach Rentenstatus 101
Abbildung 39: drei Typen von charakteristischen Behandlungs-/Massnahmen- Verlaufsmustern (Gesamtstichprobe, N=500) 102
Abbildung 40: Familiäre Belastungen der verschiedenen Krankheitstypen 108
Abbildung 41: Hauptsächliche Versorgung der verschiedenen Krankheitstypen 109
Abbildung 42: Involvierte Institutionen/Fachpersonen bei den verschiedenen Krankheitstypen 110
Abbildung 43: Bildungskarrieren bei den verschiedenen Krankheitstypen 111
Abbildung 44: Familiäre Belastungen bei den verschiedenen Bildungsverlaufstypen 111
Abbildung 45: Involvierte Institutionen bei den verschiedenen Bildungsverlaufstypen 112
Abbildung 46: Nicht-Rentner sind stärker belastet – unabhängig von der Diagnose 116
Abbildung 47: Zusprache von Beruflichen Massnahmen unterscheidet sich nach Diagnose und Rentenstatus 126
Abbildung 48: Klassifikations- und Regressionsanalyse von Rentnern und Nicht-Rentnern 130

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenplan für SP1 und SP2 (inkl. Reservestichproben) 7
Tabelle 2: Verteilung der Gesundheitsprobleme (IV-Gebrechenscodizes) nach Stichproben 8
Tabelle 3: Beispiel eines fiktiven Datensatzes zu Sequenzen von Behandlungen und Interventionen (vereinfachte Darstellung) 11
Tabelle 4: Soziodemographische Angaben 13
Tabelle 5: Geschlecht und Nationalität nach Alter bei der Berentung 14
Tabelle 6: EFZ - Berufslehren sind selten 15
Tabelle 7: Psychisch kranke Eltern, familiäre Konflikte und Einelternfamilien 16
Tabelle 8: Besondere familiäre Belastungen bei Persönlichkeitsstörungen 17
Tabelle 9: Gebrechenscodes unterscheiden sich nach Alter und Geschlecht 21
Tabelle 10: Männer oft mit Schizophrenie und Entwicklungsstörungen, Frauen mit Persönlichkeitsstörungen 23
Tabelle 11: Intelligenzminderung ist bei ausländischen Staatsangehörigen ein häufigerer Rentengrund 25
Tabelle 12: F9-Diagnosen häufig mit IV-Code 649 assoziiert 26
Tabelle 13: Hoher Anteil an Verhaltensstörungen und geistigen/psychischen Störungen 27
Tabelle 14: Hohe Anzahl an F-Diagnosen in Arztberichten und Gutachten 28
Tabelle 15: Mehr Schizophrenie in der Romandie, mehr POS in der Deutschschweiz 29
Tabelle 16: Viele Arztberichte , aber wenig Gutachten in den Dossiers vorhanden 35
Tabelle 17: Häufig Gutachten bei Persönlichkeitsstörungen, hirnorganischen Störungen und Intelligenzminderung 36
Tabelle 18: Diagnosen verändern sich vom ersten zum letzten Arztbericht 39
Tabelle 19: Beginn der psychiatrischen Erkrankung deutlich vor dem ersten Arztbericht 40
Tabelle 20: Ein Teil der "klassischen" psychiatrischen Erkrankungen beginnt bereits im Kleinkindalter oder Schulalter 41
Tabelle 21: Arztberichte und Gutachten mit unterschiedlichen Beurteilungen 43
Tabelle 22: Verschlechterung der Prognose vom ersten bis zum letzten Arztbericht 44
Tabelle 23: Höchster Ausbildungsabschluss hängt von Art der Erkrankung ab 47
Tabelle 24: Obligatorische Schule und unter 3-jährige Berufsausbildungen sind oft die höchste abgeschlossene Ausbildung 48
Tabelle 25: Ausbildungsabschlüsse variieren stark nach Alter bei der Berentung 49
Tabelle 26: Jung Berentete machen vor allem im geschützten Rahmen eine Ausbildung 49
Tabelle 27: Sonderschulung vor allem bei den früh Berenteten 50
Tabelle 28: Sonderschulung vor allem bei Geburtsgebrechen und Entwicklungsstörungen 50
Tabelle 29: Häufig Sonderschulung bei Intelligenzminderung und Entwicklungsstörungen 51
Tabelle 30: Psychosen und Persönlichkeitsstörungen haben viele Schul- und Ausbildungsabbrüche 52
Tabelle 31: Affektive Störungen, hirnorganische Störungen und Schizophrenien sind stark von Zäsuren betroffen 53
Tabelle 32: Schul- und Ausbildungsabbrüche vor allem im Jugendalter und auf Initiative der vP 54
Tabelle 33: Initiative zum Ausbildungsabbruch geht vor allem von der vP aus - ausser bei Entwicklungsstörungen 54
Tabelle 34: Bei Schizophrenen erfolgt die erste Behandlung oft nach dem ersten Abbruch 55
Tabelle 35: Häufigste Abbrüche bei einem Erkrankungsbeginn im Jugend- und frühen Erwachsenenalter 57
Tabelle 36: Junge mit geschützter Arbeit, Ältere mit bezahlten Anstellungen 58
Tabelle 37: Rentner mit frühen Entwicklungsstörungen arbeiten häufig geschützt 59
Tabelle 38: Rentner mit einer halben oder Viertelrente haben aktuell am häufigsten eine bezahlte Anstellung 59
Tabelle 39: Therapeutische und berufliche Institutionen/Personen sind häufig involviert 62

Tabelle 40: Eine Mehrheit der Rentner in ambulanter und medikamentöser Behandlung 63
Tabelle 41: Bei Schizophrenie und affektiven Störungen sind selten Institutionen aus dem Schulalter involviert 65
Tabelle 42: Bei einem frühen Erkrankungsbeginn sind häufig 7-9 Institutionen involviert 67
Tabelle 43: Heimaufenthalte kommen in fast allen Diagnosegruppen vor 71
Tabelle 44: Klinikaufenthalte und Praxis-Psychiater sind häufige Behandlungsformen 72
Tabelle 45: Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen und affektive Störungen am häufigsten sowohl ambulant als auch stationär behandelt 74
Tabelle 46: Fast alle mit Schizophrenie, affektiven Störungen Persönlichkeitsstörungen nehmen Medikamente ein 74
Tabelle 47: Gegen ein Drittel der Entwicklungsstörungen und Intelligenzminderungen sind psychiatrisch unbehandelt 75
Tabelle 48: Häufige stationäre Aufenhalte vor allem bei Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen (N=189) 77
Tabelle 49: Problematische Zusammenarbeit oft bei affektiven Störungen, Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen 78
Tabelle 50: Berufliche Massnahmen und Abklärungsmassnahmen am häufigsten 80
Tabelle 51: Wenig berufliche Massnahmen für Schizophrenie und affektive Störungen 81
Tabelle 52: Medizinische Massnahmen, besondere Schulung und Beiträge häufig bei frühen psychiatrischen Erkrankungen 81
Tabelle 53: Höchste Anzahl von abgelehnten IV-Massnahmen bei hirnorganischen Störungen 84
Tabelle 54: Die 10 häufigsten Bildungssequenzen nach Stichproben 90
Tabelle 55: Verbleibe- und Wechselraten zwischen Bildungslagen (Gesamtstichprobe) 91
Tabelle 56: Bildungsverlaufstypen nach Stichproben 93
Tabelle 57: Bildungsverlaufs-Typen nach Alter (Gesamtstichprobe, N=500) 93
Tabelle 58: Bildungsverlaufstypen nach Diagnosen (Gesamtstichprobe, N=500) 94
Tabelle 59: Bildungsverlaufstypen nach IV-Massnahmenarten (Gesamtstichprobe, N=500) 95
Tabelle 60: Behandlungs-/Massnahmen-Typen nach Beschäftigung (Gesamtstichprobe, N=500) 95
Tabelle 61: Die 10 häufigsten Behandlungs-/Massnahmensequenzen nach Stichproben 100
Tabelle 62: Verbleibe- und Wechselraten zwischen Behandlungen/Massnahmen (Gesamtstichprobe) . 101
Tabelle 63: Behandlungs-/Massnahmen-Verlaufstypen nach Stichproben 103
Tabelle 64: Behandlungs-/Massnahmen-Typen nach Alter (Gesamtstichprobe, N=500) 103
Tabelle 65: Behandlungs-/Massnahmen-Typen nach Diagnosen (Gesamtstichprobe, N=500) 104
Tabelle 66: Behandlungs-/Massnahmen-Typen nach Art der IV-Massnahmen (Gesamtstich-probe, N=500) 105
Tabelle 67: Behandlungs-/Massnahmen-Typen nach Beschäftigung (Gesamtstichprobe, N=500) 105
Tabelle 68: Behandlungs-/Massnahmen- nach Bildungsverlaufs-Typen (Gesamtstichprobe, N=500) 106
Tabelle 69: Übersicht über die verschiedenen Typologien (jeweils n=500; gewichtet) 107
Tabelle 70: Nicht-Rentner sind jünger - und trotzdem besser ausgebildet 115
Tabelle 71: Nicht-Rentner bringen höhere familiäre Belastungen mit 116
Tabelle 72: Rentner unterscheiden sich diagnostisch stark von Nicht-Rentnern 118
Tabelle 73: Bessere Prognose und günstigerer Verlauf bei Nicht-Rentnern 120
Tabelle 74: Häufigere Schul- und Ausbildungsabbrüche bei den Rentnern 122
Tabelle 75: Mehr IV-Massnahmen und involvierte Institutionen bei den Rentnern 124
Tabelle 76: Auch die jungen Nicht-Rentner sind – bisher - kaum erwerbstätig 126
Tabelle 77: Die Berufslehre macht einen grossen Unterschied 127
Tabelle 78: Beschreibung der Stichproben für die Regressionsanalysen 159
Tabelle 79: Logistische Regression auf Rentenbezug 160

Abkürzungsverzeichnis

BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
EBA	Eidgenössisches Berufsattest (2-jährige Berufsausbildung), ehemals Anlehre
EFZ	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis (3 bis 4-jährige Berufsausbildung)
Gg	Geburtsgebrechen
Geburtsgebrechen 404	Kongenitale Hirnstörungen mit vorwiegend psychischen und kognitiven Symptomen bei normaler Intelligenz, sofern sie mit bereits gestellter Diagnose als solche vor Vollendung des 9. Altersjahres behandelt worden sind. Hierunter fällt auch das "psychoorganische Syndrom" (POS), welches ähnliche Symptome aufweist wie die Aufmerksamkeitsdefizit/-Hyperaktivitätsstörung (ADHS).
F-Diagnose	ICD Diagnose (siehe unten) aus dem Kapitel "Psychische und Verhaltensstörungen". Dieses ist in 10 Unterkapitel unterteilt (F0-F9 Diagnose).
F0-Diagnose	ICD-10 Kapitel "Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen": Umfasst eine Reihe psychischer Krankheiten mit nachweisbarer Ätiologie in einer zerebralen Krankheit, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt.
F1-Diagnose	ICD-10 Kapitel "Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen" (z.B. schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, Opiaten, Cannabis)
F2-Diagnose	ICD-10 Kapitel "Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen": Störungen des Denkens und der Wahrnehmung, u.a. Halluzinationen und Wahnvorstellungen
F3-Diagnose	ICD-10 Kapitel "Affektive Störungen": Umfasst Hypomanie, bipolare affektive Störung (manisch-depressives Kranksein) und Depressionen
F4-Diagnose	ICD-10 Kapitel "Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen": Umfasst phobische Störungen (z.B. Soziale Phobie), Panikstörung, Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (z.B. posttraumatische Belastungsstörung), Dissoziative Störungen, Somatoforme Störungen (z.B: Hypochondre Störung) und neurotische Störungen
F5 Diagnose	ICD-10 Kapitel "Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren": Umfasst u.a. Essstörungen, nichtorganische Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen
F6-Diagnose	ICD-10 Kapitel "Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen": tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren und unangepassten Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Umfasst z.B. emotional-instabile, zwanghafte, abhängige, ängstlich-selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen.
F7-Diagnose	ICD-10 Kapitel "Intelligenzminderung": Ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzminderung

	kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten.
F8-Diagnose	ICD-10 Kapitel "Entwicklungsstörungen": Umfasst folgende Entwicklungsstörungen: des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten und der motorischen Funktionen sowie tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (z.B. Autismus und Asperger-Syndrom)
F9-Diagnose	ICD-10 Kapitel "Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend": Umfasst Hyperkinetische Störungen (z.B. Aktivitäts-und Aufmerksamkeitsstörung), Störungen des Sozialverhaltens, Emotionale Störungen des Kindesalters (z.B. Trennungsangst), Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (z.B. Bindungsstörung), Ticstörungen und anderen Verhaltens-und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (z.B. Bettnässen, Fütterstörungen oder Stottern)
FI	Frühintervention
KSGLS	Kreisschreiben über die Gebrechens- und Leistungsstatistik
ICD	International Classification of Diseases . Instrument der Weltgesundheitsorganisation zur Klassifkation von Krankheiten und Gesundheitsproblemen. Aktuelle Version ist die ICD-10.
ISCED	**I**nternational **S**tandard **C**lassification of **ED**ucation**.** Sie wurde von der Unesco zur Klassifizierung und Charakterisierung von Schultypen entwickelt.
ISCED 1	**Primarstufe**. Die Programme sind obligatorisch und beinhalten das systematische Lernen aller drei GrundfertigkeitenLesen, Schreiben und Rechnen sowie eine Einführung in die Grundlagen anderer Fächer. Kinder im Alter zwischen 5 und 7 Jahren besuchen diese Programme während 6 Jahren.
ISCED 2	**Sekundarstufe I**. Die Programme dieser Stufe sind ebenfalls obligatorisch. Sie schliessen an die Primarstufe an und komplettieren die Basisausbildung. Die Programme sind schwergewichtig fächerorientiert. Der Unterricht wird in mehreren Fächern durch Fachlehrkräfte erteilt.
ISCED 3	**Sekundarstufe II**. Die Programme dienen der Ausbildung nach der Basisausbildung, sie beginnen ca. 9 Jahre nach Beginn der Primarschule. Sie setzen als Minimum die Kompetenzen voraus, die am Ende der Sekundarstufel erworben sein sollten.
ISCED 3A	Gymnasiale Maturität oder Berufsmaturität
ISCED 3B	Fachmittelschule oder Berufsbildung mit mindestens 3-jähriger Dauer
ISCED 3C	Fachmittelschule oder Berufsbildung mit weniger als 3-jähriger Dauer
IM	Integrationsmassnahme
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
RAD	Regionaler ärztlicher Dienst
vP	versicherte Person

Zusammenfassung

Ausgangslage

Invalidisierungen sehr junger Erwachsener sind in der Schweiz, wie in anderen Industrieländern auch, ein gravierendes und wachsendes Problem – für die betroffenen Personen selbst und für ihre Angehörigen, aber auch für die Gesellschaft. Die IV-Berentungen aufgrund psychischer Gebrechen bei 18-19-Jährigen haben in der Schweiz in den letzten 20 Jahren jedes Jahr um durchschnittlich 6% zugenommen, bei den 20-24-Jährigen um 2% (OECD, 2014). In 2014 schliesslich blieb die Neurentenquote bei den Jungen erstmals auf relativ hohem Niveau stabil. Dabei ist jedoch zu beachten, dass es der Invalidenversicherung in den letzten 10 Jahren gelungen ist, die Neurenten insgesamt deutlich zu senken. Die Entwicklung der Neurenten bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen weicht somit vom allgemeinen Trend ab.

Eine Invalidisierung in jungem Alter generiert auch erhebliche volkswirtschaftliche Kosten, da die Frühberenteten sehr oft bis zum AHV-Alter eine ganze IV-Rente beziehen. Aber auch die individuellen Kosten sind hoch, da für die betroffenen Personen die Erwerbstätigkeit mit all ihren psychisch protektiven Wirkungen wegfällt (Kontakt, Identität, Zeitstrukturierung, Kompetenzerleben etc.), was zu häufigeren und längeren Behandlungen und generell zu einer intensiveren Inanspruchnahme psychosozialer und medizinischer Dienste führt.

Eine Invalidisierung in sehr jungem Alter erfolgt meist wegen psychischer Störungen und nur selten aufgrund somatischer Probleme. Dies liegt daran, dass rund 75% aller psychischen Störungen vor dem 25. Altersjahr beginnen (Kessler et al., 2005), also insgesamt sehr viel früher als körperliche Krankheiten. Dies hat zur Folge, dass viele junge Menschen mit psychischen Störungen schon während der Schule und Ausbildung Probleme haben (Baer et al., 2009). So kommen zum Beispiel vorzeitige Schul- und Ausbildungsabbrüche bei Jungen mit psychischen Problemen etwa doppelt so häufig vor wie bei Jungen ohne psychische Probleme (OECD, 2015).

Dies zieht weitere negative Konsequenzen nach sich: Junge Personen ohne qualifizierte Berufsausbildung haben sehr viel grössere Schwierigkeiten, sich auf dem Arbeitsmarkt zu etablieren – sie benötigen beispielsweise im Durchschnitt rund dreieinhalb Jahre bis zum ersten Job, während dies bei Personen mit qualifizierter Ausbildung rund ein halbes bis ein Jahr dauert (OECD, 2015). In der Schweiz hat sich daher auch die relative Arbeitslosenquote der gering Qualifizierten im Vergleich zu den höher Qualifizierten seit Beginn der 90er Jahre deutlich verändert: Während geringqualifizierte junge Erwachsene noch vor 20 Jahren seltener arbeitslos waren als Höherqualifizierte, hat sich dieses Verhältnis heute umgekehrt: Geringqualifizierte haben heute in der Schweiz eine doppelt so hohe Arbeitslosenquote wie Höherqualifizierte (OECD, 2014).

Die Gründe für die Zunahme der Invalidisierungen bei jungen Personen sind jedoch nicht geklärt. Zumindest die psychiatrische Epidemiologie liefert keine Erklärung, da die Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten nicht angestiegen, sondern in der Grössenordnung stabil geblieben ist (u.a. Richter et al., 2008).

In der Schweiz liegen bis heute noch kaum Informationen vor, um welche Personen es sich bei diesen Jungrentnern/innen handelt, welche psychischen Probleme sie haben, welche Merkmale mit einem erhöhten Berentungsrisiko verbunden sind und wie ihre Berentungsverläufe aussehen. Zudem ist bislang nicht bekannt, in welchem Alter und in welchen Bildungsgängen diese Jungrentner/innen erstmals aufgefallen sind und wann interveniert wurde. Anzunehmen ist jedenfalls, dass die Invalidenversicherung auch bei diesen jungen Versicherten nicht die erste Anlaufstelle ist. Viel eher ist die

Berentung dieser jungen Personen wahrscheinlich oft ein vorläufiger Endpunkt einer längeren ungünstigen Entwicklung. Die Gründe dafür liegen in der Schweiz jedoch nicht im Fehlen von professionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen, sozialpädagogischen, psychologischen oder anderen Unterstützungsangeboten – diese sind im internationalen Vergleich im Gegenteil sehr gut ausgebaut (OECD, 2014). Für die Schweiz sind demnach eher Versorgungsmängel statt -lücken von Bedeutung.

Bisher fehlen die nötigen Daten, um frühe und wirksame Massnahmen planen zu können, mit denen die IV wie auch die anderen Akteure (Bildungssystem, Gesundheitsversorgung, Arbeitgeber etc.) junge Personen mit psychischen Beeinträchtigungen vermehrt im Ausbildungssystem und Arbeitsmarkt halten können. Die vorliegende Studie wollte deshalb die Profile der IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Problemen analysieren, deren Krankheits-, Ausbildungs- und Ausgliederungsverläufe analysieren, die involvierten Unterstützungssysteme und erhaltenen Massnahmen aufzeigen und Risikofaktoren für die frühe Invalidisierung identifizieren.

Methodik

Da mit den IV-Registerdaten alleine solch vertiefte und breit gefasste Fragestellungen nicht zu beantworten sind, wurde eine detaillierte Analyse von IV-Versichertendossiers von Personen im Alter von 18-29 Jahren vorgenommen (N=500). Dabei handelt es sich zum einen um Versicherte, die aufgrund psychischer Gesundheitsprobleme in den Jahren 2010-13 neu eine IV-Rente erhalten haben (n=400). Zum anderen wurden die Dossiers einer Vergleichsgruppe mit Versicherten untersucht, die zwischen 2010-11 Leistungen der IV bezogen, aber keine IV-Rente erhalten haben (n=100); diese Analyse hatte das Ziel, Risikofaktoren für eine IV-Berentung zu identifizieren.

Die Versichertendossiers wurden mithilfe einer disproportional geschichteten Stichprobe aus den Grundgesamtheiten der beschriebenen Versicherten mit und ohne IV-Rente gezogen, wobei als Schichtungsvariablen erstens das von der IV-Stelle verwendete Dokumentations-System (IGIS, OSIV, GILAI – als Proxy für die Abklärungskultur der Stelle) und zweitens die Grösse der IV-Stelle (gering, mittel/gross – damit auch kleinere Kantone ausreichend repräsentiert sind) verwendet wurden. In Bezug auf die erfassten Krankheiten wurden in der Grundgesamtheit die häufigsten psychischen Krankheiten (IV-Gebrechenscodes 641 bis 646 und 649) und auch psychiatrische Geburtsgebrechen (404 bis 406) berücksichtigt.

Die Dossiers wurden anhand eines Rasters systematisch kodiert, das von den AutorInnen zusammen mit ExpertInnen aus den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie, Heilpädagogik, IV-Berufsberatung, Case Management Berufsbildung, Schulpsychologie und Schulwesen entwickelt wurde. Nebst diesem Experten- und Praxiswissen konnte auch auf die psychiatrisch-rehabilitative Prädiktorenforschung sowie auf Vorarbeiten der AutorInnen zurückgegriffen werden (Rüesch et al., 2013; Baer, Frick, Fasel, 2009). Kodiert wurden die Dossiers von fortgeschrittenen Psychologie-Studierenden, welche eine Schulung erhielten und bei der Datenerfassung hinsichtlich einheitlicher Massstäbe durch das Forschungsteam betreut wurden.

Die plausibilisierten Daten wurden zunächst deskriptiv analysiert. Bei Fragestellungen zu den Bildungs- und Behandlungsverläufen, bei denen es um die Abfolge von Zuständen und Ereignissen auf einer Zeitachse geht, wurde mit sog. Sequenzdatenanalysen gearbeitet. Um die grosse Menge an gewonnenen Informationen zu strukturieren, wurden zudem verschiedene typologische Analysen durchgeführt (mittels Latente Klassenanalysen). Um Risikofaktoren (Odds Ratios) für eine IV-Berentung zu berechnen, wurden logistische Regressionen angewandt. Und schliesslich wurden mithilfe von Klassifikations- und Regressionsbäumen (CART) die Wechselwirkungen gleichzeitig vorhandener Risikofaktoren untereinander und gemäss ihrer Bedeutung für den Rentenbezug analysiert.

Ergebnisse

Multiple psychosoziale Risikokonstellationen bei den jungen Rentenbeziehenden

Bei den jungen IV-Rentenbeziehenden handelt es sich häufig um Personen mit frühen biografischen Belastungen, geringer Schul- und Berufsausbildung und abrupt wechselnden Bildungskarrieren (z.B. Schulausschluss, Klassenrepetition, also „Bildungszäsuren"), schweren psychischen Störungen und daraus resultierender langer Behandlungskarriere.

Fast alle (84%) JungrentnerInnen, etwa je zur Hälfte Frauen und Männer, beziehen eine ganze IV-Rente und jede/r Zweite wurde bereits zwischen 18 und 22 Jahren berentet. Personen ausländischer Nationalität sind mit 20% in dieser jungen Altersgruppe der Berenteten unterrepräsentiert, allerdings hat ein Drittel der Rentner/innen Eltern ausländischer Herkunft.

Mehr als 40% der Rentenbeziehenden haben höchstens die Sekundarstufe I abgeschlossen. Dagegen verfügt die Hälfte über eine Ausbildung auf Sekundarstufe II, allerdings meist auf dem Niveau einer berufspraktischen Ausbildung, einer IV-Anlehre oder Attestausbildung. Lediglich ein knappes Sechstel (14%) der Berenteten haben eine drei- oder vierjährige Berufslehre mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) absolviert. Die obligatorische Schulzeit verbrachten rund zwei Drittel (60%) zumindest phasenweise in einer Sonderklasse oder -schule.

Je höher das Rentenbezugsalter liegt, desto seltener sind Beeinträchtigungen der Bildungslaufbahn dokumentiert. Dies gilt insbesondere für Personen, die erst nach dem 25. Altersjahr berentet wurden: diese blicken wesentlich seltener auf eine Sonderschullaufbahn zurück und haben häufig eine EFZ-Berufsausbildung absolviert. Auffallend ist darüber hinaus die Häufung von sogenannten Ausbildungszäsuren unter den jungen Rentenbeziehenden: Insgesamt ist bei über 80% der Fälle mindestens eine Ausbildungszäsur aktenkundig, wobei am häufigsten Klassen- oder Schulwechsel (52%), Abbruch einer Berufsausbildung (39%) und Klassenrepetition (23%) dokumentiert sind.

Ein Viertel der jungen Rentenbeziehenden ist vor der Berentung noch nie einer Beschäftigung, sei es im geschützten Rahmen oder auf dem ersten Arbeitsmarkt, nachgegangen. Etwas mehr als 40% blicken aber zumindest auf Phasen der Berufstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zurück. Ein weiteres Drittel schliesslich war im geschützten Rahmen beschäftigt. Aktuell teilerwerbstätig im ersten Arbeitsmarkt – zum Zeitpunkt der Dossierkodierung – sind nur rund 5% der JungrentnerInnen, vor allem diejenigen mit einer Halb- oder Viertelsrente.

Weiter kommen bei den jungen Rentenbeziehenden gehäuft familiäre Belastungen vor: so ist bei rund einem Drittel eine psychische Krankheit bei einem Elternteil aktenkundig. Das bedeutet konkret, dass diese Personen mit Eltern aufgewachsen sind, die von erheblichen psychischen Problemen betroffen waren. Aber auch Konflikte, Vernachlässigung und Gewaltereignisse innerhalb der Familie sind bei rund einem Viertel der jungen Rentenbeziehenden dokumentiert. Und ein Sechstel stammt aus Familien, in denen ebenfalls bereits mindestens ein Elternteil sozialhilfeabhängig oder berentet war.

Aus den dokumentierten familiären Belastungen wurde für alle Versicherten (N=500) eine Belastungstypologie ermittelt, die vier unterschiedliche Belastungstypen zeigte: 1) Versicherte ohne familiäre Belastungen (45%), 2) Versicherte aus Einelternfamilien ohne weitere Belastungen (15%) sowie zwei Typen mit erheblichen multiplen Belastungen – 3) in Einelternfamilien aufgewachsen (22%) respektive 4) mit beiden Eltern aufgewachsen (19%). Bei den hoch Belasteten handelt es sich besonders häufig um Personen mit einer Persönlichkeitsstörung. Die Befunde zu den frühen biografischen Belastungen der Jungrentner/innen decken sich mit den Resultaten der Dossieranalyse der berenteten Personen aus psychogenen Gründen (Baer et al., 2009): Bei rund 40% (Jungrentner/innen) bis 50% (alle Rentner/innen aus psychogenen Gründen) muss man laut Akten von erheblich beeinträchtigten familiären

Biografien ausgehen. Der etwas geringere Anteil biografisch Belasteter bei den Jungrentner/innen liegt an den unterschiedlichen Zielpopulationen der zwei Studien und der damit verbundenen unterschiedlichen Verteilung der Krankheiten: häufigere Intelligenzminderungen und andere Geburtsgebrechen bei den Jungrentnern, die nicht gehäuft mit biografischen Belastungen verbunden sind.

Psychische Störungen der jungen Rentenbeziehenden

Es standen zwei Informationsquellen hinsichtlich der Diagnosen von psychischen Störungen zur Verfügung: Einmal die IV-Gebrechenscodes in den IV-Registerdaten (werden von den IV-Stellen vergeben) und zum anderen die psychiatrischen ICD-Diagnosen. In Bezug auf die *IV-Gebrechenscodes* in den Registerdaten sind folgende Gebrechen besonders häufig: Code 649 („übrige geistige und charakterliche Störungen“ – das sind in erster Linie Minderintelligenz und Entwicklungsstörungen) bei 33% der Rentenbeziehenden, Code 646 (“psychogene und milieureaktive Störungen“ – in erster Linie Persönlichkeitsstörungen) bei 27% und Code 641 („Schizophrenie") bei 16%. Diese drei Störungsgruppen umfassen rund 75% der Rentenbeziehenden. Minderintelligenz und Entwicklungsstörungen (Code 649) dominieren allerdings nur bei den ganz jungen Personen, die mit 18-21 Jahren berentet wurden, wo sie die Hälfte der Rentenursachen ausmachen. Personen mit einer Berentung zwischen dem 22.-29. Altersjahr leiden hingegen zu rund zwei Dritteln an einer Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie. Zwischen den beiden wichtigsten Sprachregionen (Romandie, Deutschschweiz) bestehen kaum Unterschiede in Bezug auf die Verteilung der Diagnosen.

Es zeigen sich sechs Typen von psychiatrischen *Diagnosekonstellationen*: 1) Entwicklungsstörungen/ Intelligenzminderung (27%), 2) Schizophrenien (häufig mit Cannabiskonsum) (19%), 3) Persönlichkeitsstörungen mit komorbiden affektiven und neurotischen Störungen (17%), 4) frühe Verhaltensstörungen (15%), 5) multiple schwere frühe Störungen mit Verhaltens- und Entwicklungsstörungen sowie Intelligenzminderung (12%) sowie 6) Persönlichkeitsstörungen mit komorbiden Suchtproblemen und weiteren Störungen (11%). Diese verschiedenen Krankheitstypen unterscheiden sich nicht nur in Bezug auf die biografischen Belastungen, sondern auch hinsichtlich Inanspruchnahme von Behandlung, involvierte Institutionen und Bildungskarrieren:

- Versicherte mit Schizophrenien oder Persönlichkeitsstörungen werden fast ausschliesslich psychiatrisch behandelt. Neben psychiatrischen Diensten sind bei ihnen häufig auch Arbeitgeber massgeblich involviert. Sie kommen vergleichsweise spät („spät“ im Rahmen der Gruppe der Jungrentner/innen) mit der IV in Berührung und weisen meistens eine Regelschullaufbahn auf, welche allerdings oft Zäsuren verzeichnet.
- Versicherte mit Entwicklungsstörungen/Intelligenzminderung weisen umgekehrt fast ausschliesslich eine Sonderklassen- oder Sonderschulkarriere auf, wobei verschiedene Einrichtungen involviert sind, darunter besonders Heime. Beruflich sind diese Versicherten häufig in geschützten Werkstätten beschäftigt.
- Personen mit frühen Verhaltensstörungen und multiplen schweren frühen Störungen werden sowohl psychiatrisch behandelt wie auch sonderschulisch betreut. Sie zeigen die intensivste Inanspruchnahme von Hilfen und haben von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter eine Vielzahl von sonderpädagogischen, psychiatrischen und Bildungseinrichtungen durchlaufen.

Frühes Ersterkrankungsalter, aber oft späte Behandlung

Bei einem Fünftel der jungen Rentenbeziehenden wurden erste Probleme bereits im ersten Lebensjahr und bei einem Viertel im Kleinkind- und Vorschulalter dokumentiert – d.h. rund die Hälfte der Fälle weist bereits vor Schuleintritt eine beginnende psychische Störung auf. Im Primarschulalter wurde bei rund einem Sechstel der Fälle der Beginn einer psychischen Störung manifest. Daneben gibt es aber auch rund ein Drittel der Versicherten, bei denen der Beginn einer psychischen Störung erst im

Jugendalter oder im Erwachsenenalter dokumentiert wurde. Auffallend ist, dass viele Kinder mit einem sehr frühen Beginn einer psychischen Störung (Geburtsgebrechen etc.) erst im Kindergarten oder in der Schule einer Behandlung zugeführt wurden.

Betrachtet man den Zeitpunkt der erstmaligen psychiatrischen Behandlung der Jungrentner und vergleicht diesen mit dem zeitlichen Verlauf von Bildungszäsuren (frühzeitiger Abbruch der Schule oder der Berufsausbildung), so zeigen sich klare Unterschiede nach Diagnosetyp. Die sehr früh beginnenden psychischen Störungen (sozial-emotionale Störungen, Entwicklungsstörungen, hirnorganische Störungen) befinden sich meistens schon längere Zeit in psychiatrischer Behandlung, bevor sie Schule oder Berufsausbildung abbrechen. Bei den Jungrentnern mit schizophrenen Störungen ist dies hingegen umgekehrt: 75% von ihnen waren noch nie in Behandlung, bevor es zu einem Bildungsabbruch kam.

Dies verdeutlicht das bekannte Problem der späten Erkennung von frühen schizophrenen Erkrankungen (die Abbrüche der Jungrentner mit Schizophrenie fanden im Mittel mit 17 Jahren statt). Es handelt sich bei den Schizophrenen um eine der grössten Gruppen bei den Jungrentnern, zudem weisen sie oft einen höheren Bildungsabschluss auf. Bei dieser Gruppe sind demnach besondere Anstrengungen für eine verbesserte Früherkennung im Vorfeld einer IV-Anmeldung (in der Schule) und eine raschere Behandlung nötig, auch wenn es sich epidemiologisch gesehen um eine sehr kleine Gruppe handelt.

Inkonsistenzen der ärztlichen Empfehlungen und Prognosen

Es zeigen sich im ärztlichen Abklärungsverfahren deutliche Diskrepanzen zwischen den frühen IV-Arztberichten und den späteren Gutachten: nur in einem Sechstel der IV-Arztberichte werden schulische oder berufliche Anpassungen zur Situationsverbesserung für die Patienten/innen vorgeschlagen, hingegen werden beinahe in der Hälfte der Gutachten solche Anpassungen empfohlen. Informationen, wie man mit der versicherten Person in Ausbildung oder Beruf umgehen soll, kommen in den Arztberichten praktisch nie vor (bei den Gutachten immerhin zu 20%). Für die Planung von geeigneten Eingliederungsmassnahmen wären allerdings möglichst frühe Informationen über aus ärztlicher Sicht notwendige Anpassungen in Schule und Betrieb zentral. Die meist bei IV-Verfahrensbeginn eingeholten IV-Arztberichte wären das geeignete Instrument dafür. Da die Begutachtung aber meist erst spät erfolgt – wenn überhaupt (nur bei rund 30% der Jungrentner wurde ein Gutachten verfasst) – und üblicherweise für das Rentenprüfungsverfahren eingesetzt wird, kann das medizinische Wissen nicht für die Eingliederung respektive die Prävention von Ausgliederung genutzt werden. An dieser seit Jahren bekannten Problematik hat sich in den letzten rund 10 Jahren nur wenig geändert. Gerade bei sehr jungen Versicherten wäre aber ein umfassendes interdisziplinäres Assessment als Basis für die Integrationsplanung wichtig.

Die ärztliche Prognose des Gesundheitszustandes – eine Routinefrage in den IV-Arztberichten und Gutachten – wirft weitere Fragen auf: Zum einen ist sie bei Verfahrensbeginn sehr optimistisch (rund 50% der Jungrentner wird ein "besserungsfähiger" Gesundheitszustand attestiert) und verschlechtert sich dann deutlich bis zum letzten Arztbericht oder Gutachten, wo noch bei 22% von einem besserungsfähigen Zustand ausgegangen wird. Es bleibt unklar, welche Faktoren zu dieser zunehmend schlechteren Prognose beitragen. Warum schliesslich mehr als ein Fünftel der jungen Versicherten berentet wurden, obwohl die Ärzte zu diesem Zeitpunkt von einem verbesserungsfähigen Gesundheitszustand ausgingen, ist aufgrund der vorliegenden Daten ebenfalls nicht zu beantworten.

Die Auswertungen zeigen zudem, dass vor allem sozial-emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter, hirnorganische Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Intelligenzminderung besonders optimistisch beurteilt werden, was die Verbesserung des Gesundheitszustandes angeht. Sie werden optimistischer beurteilt als affektive Störungen, neurotische Störungen – und sehr viel

optimistischer als Schizophrenien. Da sich der Gesundheitszustand aber gerade bei Persönlichkeitsstörungen, hirnorganischen Störungen und Intelligenzminderung kaum ändert, sich bei affektiven, neurotischen und schizophrenen Störungen hingegen durchaus ändern kann, muss man sich fragen, wie die beurteilenden Ärzte diese Frage verstanden haben. In der jetzigen Form lassen sich die ärztlichen Beurteilungen der gesundheitlichen Prognose nicht eindeutig interpretieren. Da es sich dabei um eine entscheidende Information handelt, sollte allenfalls die entsprechende Frage im IV-Arztbericht noch stärker konkretisiert werden.

Komplexe Institutionskarrieren

Die meisten Rentenbeziehenden haben eine lange und intensive „Institutionskarriere" durchlaufen: bei etwas mehr als der Hälfte waren mindestens sieben Institutionen in deren Betreuung respektive Abklärung involviert. An der Spitze stehen drei Institutionen/Fachpersonen, die bei über der Hälfte der Versicherten involviert waren: der regionale Ärztliche Dienst (RAD), niedergelassene Psychiater/psychologische Psychotherapeuten und Lehrbetriebe. Eine weitere Gruppe von häufig (bei mindestens einem Drittel der Versicherten) involvierten Institutionen/Fachpersonen umfassen ambulante psychiatrische Dienste, Kinderärzte/innen, pädagogisch-therapeutische Dienste, Arbeitgebende von geschützten Arbeitsplätzen, Vorgesetzte, und Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste. Darüber hinaus sind auch bei einem Drittel der Fälle Heimaufenthalte dokumentiert. Personen mit frühen Störungen ziehen besonders viele beteiligte Institutionen auf sich: Versicherte mit Entwicklungsstörungen, Minderintelligenz, frühen Verhaltensstörungen und mit multiplen schweren frühen Störungen.

Die Berechnung einer Typologie von involvierten Institutionen/Fachpersonen bestätigt dies: Sie ergab fünf sehr unterschiedliche Inanspruchnahme-Profile von Versicherten. Zwei Typen (zusammen rund 20% der Versicherten, unter anderem Entwicklungsstörungen/Minderintelligenz und frühe Verhaltensstörungen) zeichnen sich über die gesamte bisherige Lebensspanne durch eine Vielzahl involvierter Hilfsangebote aus - beim einen Typ ohne stationäre Heimaufenthalte, beim anderen Typ mit Heimbetreuung. Hier sind häufig (geschützte) Lehrbetriebe involviert. Zwei weitere Typen (zusammen 58% der Versicherten, Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie) werden fast ausschliesslich psychiatrisch betreut: beim einen Typ schon früh und fern vom Arbeitsmarkt, beim anderen Typ erst im Erwachsenenalter und unter Einbezug der Arbeitgeber und Lehrbetriebe. Der fünfte (altersmässig jüngere) Typ schliesslich wird früh pädiatrisch behandelt und später im Lehrbetrieb betreut (Entwicklungsstörungen, frühe Verhaltensstörungen).

Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und externen Akteuren

Die Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und externen Akteuren erscheint insgesamt gut. Anzeichen für eine problematische Kooperation sind aber doch bei einem Drittel der Jungrentner dokumentiert und betreffen vor allem die behandelnden oder begutachtenden Psychiater (in 55% der Fälle mit Problemen) und Hausärzte (rund 25%) sowie die Versicherten respektive ihre Beistände (rund 25%). In Bezug auf die Diagnosen der Jungrentner findet sich eine problematische Zusammenarbeit vor allem bei Affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Hirnorganischen Störungen. Insgesamt sind die (behandelnden) Ärzte mit Abstand der häufigste 'schwierige' Partner aus Sicht der IV-Stelle. Auch wenn mehrere Mahnschreiben an die Ärzte oder explizite Aktenvermerke (was von uns erfasst wurde) nicht immer auf ein relevantes Kooperationsproblem hinweisen mögen, ist auf der anderen Seite anzunehmen, dass bei weitem nicht alle Kooperationsprobleme in den Akten vermerkt sind. In Anbetracht der für die Eingliederung von jungen Personen zentralen Bedeutung einer proaktiven und raschen Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen und behandelnden Ärzten weisen diese Resultate auf ein relevantes Problem hin.

Psychiatrische Behandlungen

Abgesehen von den Rentenbeziehenden mit Entwicklungs- oder Intelligenzstörungen, bei denen vergleichsweise häufig niemals psychiatrische Behandlungen dokumentiert wurden (dafür sonderpädagogische Massnahmen), sind bei allen Rentenbeziehenden psychiatrische Behandlungen dokumentiert. Bei einem Drittel sind nur ambulante und bei knapp der Hälfte sowohl ambulante als auch stationäre Behandlungen dokumentiert. Rund zwei Drittel aller Fälle erhielten zudem eine medikamentöse Therapie. Auffallend ist, dass die erste ambulante psychiatrische Behandlung der späteren Jungrentner bei bestimmten psychischen Störungen sehr kurz ausfällt, z.B. bei Schizophrenien und neurotischen Störungen. Hier kann man sich fragen, ob nicht gerade die erste psychiatrische Behandlung zu kurz gegriffen hat und damit eine Frühintervention verpasst wurde – vor allem, wenn man bedenkt, dass die tendenziell eher behandelbaren neurotischen Störungen nicht zwangsläufig zu einer Invalidisierung führen müssen.

IV-Massnahmen

Die häufigsten IV-Massnahmen stellen bei den jungen Rentenbeziehenden die beruflichen Eingliederungsmassnahmen dar (in 75% der Fälle), gefolgt von den Abklärungsmassnahmen (knapp 60%) und schliesslich den Massnahmen der besonderen Schulung sowie medizinische Massnahmen (je knapp 40%).

Aufwändige so genannte "Berufliche Massnahmen" (Ausbildung, Umschulung etc.) werden besonders häufig bei frühen sozial-emotionalen Störungen, hirnorganischen Störungen und bei Intelligenzminderung durchgeführt und deutlich seltener bei Schizophrenie, Depressionen, neurotischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen.

Die kürzeren Massnahmen der Frühintervention und die Integrationsmassnahmen kommen hingegen vor allem bei Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie zum Einsatz, sind insgesamt aber nach wie vor vergleichsweise sehr seltene Massnahmen. Auch hier fällt die insgesamt geringe Berücksichtigung vor allem der Versicherten mit einer schizophrenen Erkrankung bei den Beruflichen Massnahmen auf. Obwohl es sich bei ihnen um Personen mit, im Vergleich zu vielen anderen Jungrentnern, besonders guter Schulbildung handelt, ist nicht nur ihre Prognose schon von Beginn weg besonders negativ, sondern sind auch die Investitionen in Berufliche Massnahmen gering.

Auf der anderen Seite wird sehr viel in die berufliche Abklärung und Integration von Versicherten investiert, bei denen von vornherein oft klar ist, dass die Integration auf den geschützten Rahmen limitiert bleiben wird (z.B. bei hirnorganischen Störungen, Minderintelligenz, tiefgreifenden Entwicklungsstörungen).

Charakteristische Bildungs- und Massnahmenverläufe

Anhand von Verlaufsanalysen liessen sich vier typische Muster von Bildungsverläufen identifizieren:

- *„Nachzügler mit Bildungslücken“* (39% aller Fälle in der Gesamtstichprobe). Dieses Muster repräsentiert Personen, die spät mit der IV in Kontakt kamen und psychische Störungen im Bereich der Schizophrenien und Persönlichkeitsstörungen mit Suchtproblematik aufweisen. Viele blicken auf eine Regelschullaufbahn und eine Berufslaufbahn im ersten Arbeitsmarkt zurück.
- *„Schulwechsler“* (17%): Hier überwiegen Versicherte mit vielen Schulwechseln. Häufig sind Entwicklungsstörungen und frühe Störungen (bzw. Geburtsgebrechen). Vergleichsweise viele Vertretende (50%) dieses Verlaufstypus gehen aktuell einer (geschützten) beruflichen Beschäftigung nach, aber nur sehr wenige (7%) waren jemals im ersten Arbeitsmarkt tätig.

- *„Anschlusslose“* (29%): Hier fällt häufig ein nicht nahtloser Übergang in die Sekundarstufe II auf. Es überwiegen Verläufe im Regelschulbereich mit Perioden der Sonderschulung. Mitglieder dieser Gruppe weisen oft Entwicklungsstörungen und frühe Störungen auf. Die Anschlusslosen weisen den grössten Anteil (32%) an Personen auf, die noch nie einer beruflichen Beschäftigung nachgingen.
- *„Sonderschüler“* (15%): Das vorherrschende Muster bei diesem Typus ist eine überwiegend im Sonderbereich absolvierte Schullaufbahn mit wenigen Wechseln, die in vielen Fällen in eine Berufsbildung und ggf. auch Beschäftigung (im geschützten Rahmen) mündet. Das dominante psychiatrische Störungsbild stellen bei dieser Gruppe die Entwicklungsstörungen, gekoppelt mit Minderintelligenz, dar. Nur wenige (14%) blicken auf eine Karriere auf dem ersten Arbeitsmarkt zurück.

Bei den Behandlungs- und Massnahmenverläufen zeigten sich drei charakteristische Verlaufsmuster:

- Die Versicherten mit einer *Psychiatriekarriere* (44% aller Fälle in der Gesamtstichprobe) sind deutlich älter und weisen schwere psychische Störungen im Bereich der Schizophrenien und Persönlichkeitsstörungen mit Suchtproblematik auf. Berufliche/schulische IV-Massnahmen werden bei dieser Gruppe weniger häufig (68%) als bei den anderen Gruppen verordnet, medizinische Massnahmen sind sehr selten (9%) und bei rund einem Sechstel sind überhaupt keine IV-Massnahmen dokumentiert .
- Personen mit einer *IV-Karriere* (36% aller Fälle) sind jünger (rund die Hälfte zwischen 17 und 21 Jahren), charakteristisch sind Entwicklungsstörungen mit Intelligenzminderung. Berufliche/schulische IV-Massnahmen sind die Regel und rund die Hälfte der Fälle erhielt auch medizinische Massnahmen.
- Die Gruppe der Personen mit einer *ambulanten Karriere* (20% aller Fälle) weist mit zwei Dritteln den grössten Anteil an Versicherten im Jugendalter auf, sogenannte frühe Störungen kommen unter diesen Personen besonders häufig vor. Auch hier sind berufliche/schulische IV-Massnahmen die Regel, aber auch medizinische Massnahmen kommen sehr häufig (75%) vor.

Vergleich von Rentenbeziehenden und Nicht-Rentenbeziehenden

Der Vergleich von Versicherten, die im Zeitraum 2010-13 berentet wurden mit Versicherten ohne Rente, die 2010-11 die letzte IV-Massnahme erhielten, zeigt, dass Versicherte *ohne* Rentenbezug vor allem jünger sind und häufiger über eine abgeschlossene EFZ-Berufslehre verfügen. Indessen sind Nicht-Rentenbeziehende familiär *stärker* belastet als Rentenbeziehende. Auffallend ist auch, dass bei den Nicht-Rentenbeziehenden die Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen und Ärzten unproblematischer erfolgte.

In Bezug auf die Verteilung der psychischen Störungen gibt es deutliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen, die jedoch mit dem jüngeren Alter der Nicht-Rentenbeziehenden zusammenhängen dürften: Nicht-Rentenbeziehende haben sehr viel häufiger ein so genanntes POS (IV-Code 404) oder fallen unter die ICD-Diagnosekategorien F9 (frühe emotionale und Verhaltensstörungen). Nicht-Rentenbeziehende scheinen schliesslich insgesamt weniger schwer krank (weniger Klinikaufenthalte, bessere ärztliche Prognose). Diese Unterschiede sind angesichts des deutlich jüngeren Alters der Nicht-Rentner insofern zu relativieren, da sich

a) die Prognose mit zunehmendem Alter verschlechtert und sich auch die Anzahl stationärer Behandlungen noch steigern kann;
b) die POS/ADHS-Diagnosen mit zunehmendem Alter häufig in eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose ändern (die ein höheres Risiko für eine Berentung aufweist).

Zu einer gewissen Skepsis in Bezug auf die Prognose bei den hier untersuchten Nicht-Rentenbeziehenden würde auch die erhebliche familiäre Belastung vieler Nicht-Rentner/innen passen – ein typisches Merkmal bei Persönlichkeitsstörungen. Es ist deshalb denkbar, dass ein relevanter Teil dieser biografisch belasteten jungen Nicht-Rentenbeziehenden mit ADHS/POS-Diagnose zu einem späteren Zeitpunkt doch noch in die Rentenprüfung gelangt, dannzumal mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Das heisst, bei der Stichprobe der Nicht-Rentner handelt es sich wahrscheinlich zum Teil um Noch-nicht-Rentner.

Diese Vermutung wird auch gestützt, wenn man den Erwerbsstatus der beiden Gruppen zum Zeitpunkt der Dossierkodierung vergleicht: Rentner sind aktuell zwar fast nie im ersten Arbeitsmarkt (teil)erwerbstätig (3.5%), aber auch die Nicht-Rentner nur sehr selten (15%). Auch wenn sich einige Nicht-Rentner noch in Ausbildung befinden, so handelt es sich bei ihnen doch nur bedingt um eine echte "positive" Vergleichsgruppe. Das bedeutet, dass es sich bei einem Teil der Nicht-Rentenbeziehenden um gefährdete Personen handelt, die von der IV weiterhin begleitet werden sollten.

Risikofaktoren für eine frühe Invalidisierung

Dennoch liessen sich mit verschiedenen statistischen Verfahren übereinstimmende Risikofaktoren für die Berentung berechnen. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem Merkmale der Erkrankung, der Bildungslaufbahn, wie auch des IV-Massnahmesystems eine erhebliche Rolle für das Berentungsrisiko spielen. So haben Geburtsgebrechen im Vergleich zur Referenzgruppe der Persönlichkeits- und reaktiven psychischen Störungen (Code 646) ein deutlich geringeres Risiko für eine IV-Berentung. Dies gilt auch für die Affektiven Störungen, die ein tieferes Berentungsrisiko aufweisen. Psychosen (IV-Code 641-644) haben demgegenüber ein deutlich erhöhtes Risiko (um rund einen Faktor 4) und Schizophrenien gar ein um den Faktor 10 erhöhtes Risiko für eine IV-Berentung. Auch Minderintelligenz zeigt ein erhöhtes Berentungsrisiko. Alle diese Effekte sind Netto-Effekte, also Risikoerhöhungen bzw. -verminderungen nachdem bereits alle anderen Einflussvariablen rechnerisch berücksichtigt wurden. Dies gilt auch für die nachfolgenden Ergebnisse:

Ein erhöhtes Risiko für eine Berentung gilt auch für Versicherte mit geringer oder besonderer Schulung. Das bei weitem höchste Berentungsrisiko (ein gegenüber Massnahmenempfängern mehr als 12fach erhöhtes Berentungsrisiko) haben jedoch Versicherte, die weder eine Berufliche noch eine Medizinische IV-Massnahme erhalten haben. Dieses Resultat kann unterschiedlich interpretiert werden – denkbar ist etwa, dass diese Personen nie eine Massnahme erhielten, weil sie als zu stark beeinträchtigt angesehen wurden. Es ist aber auch möglich, dass das Fehlen solcher Massnahmen an sich das Berentungsrisiko erhöht hat. Letztere Möglichkeit ist insofern denkbar, als es vor allem Versicherte mit Schizophrenie, Depressionen, neurotischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen sind, die deutlich seltener als alle anderen Versicherten eine Berufliche Massnahme erhielten. Für viele dieser Diagnosen wurde aber aus anderen Studien eine Beeinflussbarkeit durch Arbeitsplatzmassnahmen empirisch belegt, zum Beispiel durch die gut beforschten so genannten „Supported Employment“-Programme (OECD, 2012).

Schlussfolgerungen

Notwendigkeit der Berentung immer gegeben?

Die vorliegende Studie zeigt, dass junge (zwischen 18-29 Jahre alte) Personen mit einem IV-Rentenbezug besonders häufig von sehr frühen und schweren psychischen Störungen betroffen sind, die entweder deutliche organische Ursachen haben (Minderintelligenz, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Schizophrenie) oder mit erheblichen frühen familiären Belastungen verbunden sind (z.B. Persönlichkeitsstörungen). Die Jungrentner/innen fallen auch meistens schon sehr früh auf: so wurde bei rund der Hälfte schon im Vorschulalter eine beginnende Störung festgestellt, und die betroffenen Versicherten bedurften dann oft bis ins Erwachsenenalter ständiger Unterstützung von verschiedenen Einrichtungen und Fachpersonen. Darüber hinaus hat ein erheblicher Teil dieser JungrentnerInnen nie die Regelschule besucht und war nie im ersten Arbeitsmarkt tätig, sondern verbrachte Schule, Ausbildung und Beschäftigung im geschützten Rahmen. Insgesamt verfügt nur rund ein Sechstel (14%) der Jungrentner über eine abgeschlossene Berufsausbildung mit Eidgenössischem Fähigkeitsausweis. Und nur rund 5% der Jungrentner sind heute nebenher noch irgendwie erwerbstätig.

Bei dieser ungünstigen Ausgangslage stellt sich die Frage, ob es überhaupt eine Alternative zu einer Berentung gegeben hätte. Die Antwort aufgrund der vorliegenden Ergebnisse ist teilweise ja: Bei einer Minderheit der Jungrentner/innen wurde womöglich zu früh berentet aufgrund mangelnder Früherkennung im Bildungssystem, ungenügender ärztlicher Informationen und Kooperation sowie mangelnder Eingliederungsperspektive und inadäquater Mechanik von IV-Prozessen.

Deutlich wird, dass sich hinter der Etikette „psychisch“ in manchen Fällen schwere, multimorbide Krankheits-/Behinderungskonstellationen verbergen, nicht selten auch mit Minderintelligenz. Rentenbeziehende sind, vereinfacht gesagt, insgesamt etwas schwerer beeinträchtigt als Nicht-Rentenbeziehende (auch wenn sich die Diagnosen im Erwachsenenalter teils noch ändern mögen). Insofern ist deren Rentenbezug nachvollziehbar. Gleichzeitig identifiziert die Untersuchung doch einige Probleme, an denen dringend angesetzt werden sollte, um eine frühe Invalidisierung künftig vermehrt zu vermeiden:

1) *Mangelnde Früherkennung und –intervention, rasche Berentung:* Die Hälfte der späteren Rentner gelangt erst vergleichsweise spät in Kontakt mit der IV. Hier handelt es sich meist um Versicherte, die vor dem IV-Kontakt die Regelschule besuchten und/oder eine (3 bzw. 4-jährige) EFZ-Berufsausbildung aufgenommen, diese aber oft frühzeitig abgebrochen haben. Diese Gruppe mit oft höherem Bildungsstand scheint in der Schule häufig erst (zu) spät aufzufallen und zu wenig nachhaltig betreut zu werden mit der Folge einer vergleichsweisen sehr raschen Invalidisierung (bei Versicherten mit einer Schizophrenie vergehen zum Beispiel lediglich 2 Jahre zwischen ersten Arztbericht und Berentung). IV-Frühinterventionsmassnahmen wurden bei den Jungrentnern insgesamt nur selten durchgeführt (in 10% aller Fälle), wenn auch bei Schizophrenie und Persönlichkeitsstörung etwas häufiger. Hier sollte die IV häufiger Frühinterventionsmassnahmen schon bei Schülern und Lehrlingen durchführen und systematische Kooperationen mit den Schulen und Ausbildungsstätten aufbauen.
2) *Psychiatrische Behandlung setzt zu spät ein:* Jungrentner mit einer schizophrenen Erkrankung oder mit Persönlichkeitsstörung kommen mehrheitlich erst *nach* dem Schul- oder Ausbildungsabbruch erstmals in eine psychiatrische Behandlung. Offensichtlich werden diese Jugendlichen im Bildungssystem nicht rechtzeitig erkannt und einer Behandlung zugeführt. Hinzu kommt, dass diese Jugendlichen oft nicht 'einsichtig' sind, was ihre Krankheit betrifft. Junge Schizophrene haben grosse Probleme, ihre gravierende Krankheit zu 'akzeptieren' und sich an die Psychiatrie und an die IV zu wenden. Dies ist relevant, weil eine sehr frühe Behandlung einer beginnenden Schizophrenie prognostisch günstig ist. Hier ist die IV auf eine

verbesserte Früherkennung bei Schülern, Lehrlingen und Studenten sowie auf eine dezidiertere Haltung der psychiatrischen Fachleute angewiesen: Psychiater sollten mit diesen jungen PatientInnen die Arbeitsoptionen und eine IV-Anmeldung prägnanter diskutieren.

3) *Ausbildungsabbrüche nicht immer zwingend:* In Bezug auf die Schul- und Ausbildungsabbrüche zeigten sich krankheitsspezifische Unterschiede: Zum einen geht die Initiative zum Ausbildungsabbruch bei Versicherten mit Geburtsgebrechen und Versicherten mit Entwicklungsstörungen / Minderintelligenz häufig nicht von den Versicherten selbst, sondern vom (geschützten) Lehrbetrieb aus. Dies ist genau umgekehrt bei den Versicherten mit Psychosen, reaktiven oder Persönlichkeitsstörungen, die meist im ersten Arbeitsmarkt in Ausbildung standen: sie brechen die Ausbildung überwiegend aus eigener Initiative ab. Hier war womöglich auf der Seite des Lehrbetriebes ein Abbruch gar nicht zwingend und hätte mit mehr Unterstützung allenfalls vermieden werden können.

4) *Wird bei IV-Massnahmen zu früh resigniert?* Weiter zeigen die Dossiers, dass die meisten Jungrentner (wenn überhaupt) 'nur' einen einzigen EFZ-Berufsausbildungsabbruch zu verzeichnen hatten (wiederum in erster Linie Schizophrene und Persönlichkeits- sowie reaktive Störungen): Nur 13% haben mehr als einmal eine Berufsausbildung abgebrochen. Da die Mehrheit der Abbrecher (zwei Drittel) aktuell keinen EFZ-Berufsbildungsabschluss besitzt, ist davon auszugehen, dass oft kein zweiter Versuch mehr unternommen wurde, eine EFZ-Berufsausbildung zu absolvieren. Hier muss man sich fragen, ob nicht teilweise zu früh resigniert wurde. Ein Ausbildungsabbruch (oder auch zwei) muss jedenfalls bei diesen jungen Personen mit oft chronischen/wiederkehrenden und schwankenden Krankheitsverläufen, die sich im Verlauf teilweise stabilisieren können, nicht a priori ein Grund für eine Berentung sein.

5) *Zu wenig nachhaltige Interventionen bei schon früh erkannten Störungen:* Eine Gruppe von Personen mit frühen sozial-emotionalen Störungen (inklusive ADHS/POS) respektive Entwicklungsstörungen fällt schon in der obligatorischen Schulzeit durch Repetitionen und Klassen- oder Schulwechsel sowie Timeouts auf. Hier scheint das Problem nicht die fehlende frühe Identifikation von Auffälligkeiten zu sein, sondern eher die mangelnde Fähigkeit der Schule und der anderen Akteure, diese Jungen mit vertretbaren Belastungen für das Umfeld im Bildungssystem zu halten. Hierbei handelt es sich nicht selten um Kinder und Jugendliche, bei denen sich im Erwachsenenalter herausstellt, dass sie unter einer Persönlichkeitsstörung leiden - derjenigen Störung also, die insgesamt über alle Altersklassen hinweg mit einem besonders hohen Berentungsrisiko verbunden ist.

6) *Pessimistische medizinische Prognose bei Schizophrenen*: Junge Versicherte mit einer schizophrenen Erkrankung werden von den behandelnden/begutachten Ärzten schon von Beginn an besonders negativ eingeschätzt in Bezug auf die Krankheitsprognose – negativer als fast alle anderen Behinderungen, inklusive Intelligenzminderung. Versicherte mit Schizophrenie, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen erhalten wohl auch wegen dieser pessimistischen Einschätzung vergleichsweise selten eine Berufliche Massnahme. Die Ergebnisse der Studie weisen auf einen übergrossen Pessimismus seitens der Ärzte wie auch der IV vor allem bei Versicherten mit einer Schizophrenie.

7) *Zu wenig medizinische Informationen für die Eingliederung:* Selten wurden in den IV-Arztberichten Informationen dazu gegeben, welche konkreten Anpassungen die jungen Versicherten in der Schule/Ausbildung oder am Arbeitsplatz benötigen würden, und fast nie wurden Angaben dazu gemacht, wie Lehrer, Ausbildner, Vorgesetzte oder Eingliederungsverantwortliche mit der versicherten Person umgehen sollten. In den Gutachten, die (wenn überhaupt) fast immer zum Ende des Abklärungsverfahrens erfolgen, sind diese Informationen leicht häufiger vorhanden. Diese späten Informationen dienen jedoch fast immer der Rentenprüfung und können die Eingliederungsplanungen nicht mehr unterstützen, die meist vorher stattgefunden haben. Gerade bei so jungen Personen, die von einer (meist permanenten) Ausgliederung

aus dem Arbeitsmarkt bedroht sind, wäre eine sorgfältige, interdisziplinäre Analyse der Arbeitsproblematik sowie der möglichen Interventionen wichtig.

8) *Differenziertes Assessment bei Verfahrensbeginn statt erst bei Rentenprüfung:* Generell sollten gerade die zeitlich frühen Arztberichte eine grosse Informationsfülle enthalten. Hier würde es sich lohnen, solche ersten Arztberichte viel besser zu entgelten und gleichzeitig differenzierte Informationen zu verlangen. Aus demselben Grund wäre auch zu überlegen, ob sich bei den sehr jungen Versicherten mit einem gewissen Integrationspotential nicht eine Begutachtung respektive ein Assessment zu Beginn des Verfahrens statt erst zu dessen Ende anbieten würde. Dies müsste natürlich rasch erfolgen und müsste auch nicht den juristischen Anforderungen an ein Rentengutachten entsprechen. Der heutige Anteil von 30% der IV-Jungrentner, bei denen überhaupt ein Gutachten gemacht wurde, scheint jedenfalls gering.

Fazit und Empfehlungen

Fazit

Bei der Mehrheit der untersuchten Rentenbeziehenden scheint die frühe Invalidisierung aufgrund der Aktenanalyse nachvollziehbar. Bei einer zahlenmässig relevanten Minderheit hingegen wären aufgrund der vorliegenden Evidenz wohl alternative Wege der Unterstützung möglich gewesen. Zumindest lässt sich feststellen, dass bei dieser zweiten Gruppe von Versicherten besonders rasch, aufgrund teils unklarer ärztlicher Informationen (Prognose, fehlende Informationen in Arztberichten) und ohne Ausschöpfung der vorhandenen IV-Eingliederungsmassnahmen (besonders häufig wurden keine Beruflichen Massnahmen verfügt) und ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten (sehr kurze Dauer der initialen psychiatrischen Behandlung) berentet wurde. Diagnostisch handelt es sich bei diesen, zum Teil möglicherweise vorschnell berenteten Versicherten um Schizophrenien, affektive Störungen, neurotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen.

Diese Versicherten verfügen oft über eher gute Bildungsvoraussetzungen für eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Die Unterstützungssysteme scheinen aber nicht recht zu greifen: die Versicherten werden zwar umfassend psychiatrisch behandelt, erhalten aber relativ selten und noch unwahrscheinlicher wiederholbare Möglichkeiten, via IV eine Ausbildung zu absolvieren. Bei der Mehrheit der jungen Rentenbeziehenden mit Minderintelligenz und sehr früh erkennbaren Gebrechen wird hingegen eine Vielzahl von IV-Massnahmen im sonderpädagogischen Bereich finanziert, wobei die Perspektive häufig in einer – wichtigen – Integration in den geschützten Arbeitsmarkt besteht. Eine solch unterstützende Haltung sollte auch den Versicherten mit erwachsenenpsychiatrischen Störungen zukommen.

Nicht nur bei der IV deuten sich hier Mängel an, sondern auch bei anderen Akteuren:

- Das *ärztliche Abklärungsverfahren* ist rehabilitativ ungenügend, vor allem im frühen Stadium des IV-Verfahrens. Die vorhandenen Informationen unterstützen allfällige Eingliederungsmassnahmen zu wenig (kaum Informationen, die für die Massnahmenplanung nützlich wären) oder sind unverständlich (Prognosen).
- Aber es gibt auch Probleme bei der *psychiatrischen Behandlung junger psychisch Kranker*. Häufig wird anscheinend gerade bei Behandlungsbeginn zu wenig nachhaltig behandelt. Dies hängt sicher auch mit der bei jungen psychisch kranken Patienten häufig noch mangelnden Problemeinsicht zusammen. Hier wäre von Seiten der Psychiatrie ein stärkeres Bewusstsein für die invalidisierenden Konsequenzen solch früher schwerer Störungen und entsprechend ein hartnäckigeres Auftreten gefragt.
- Schliesslich hat sich gezeigt, dass besonders bei dieser Versichertengruppe häufiger eine *problematische Zusammenarbeit zwischen IV und vor allem den Psychiatern* festzustellen ist.

Solange die zentralen Akteure nicht gut kooperieren, was bei psychischen Störungen im Normallfall eine Voraussetzung für den Erfolg ist, sollte keine Berentung erfolgen.

- Schliesslich wird auch auf Seite der *(Berufs-)Bildungsinstitutionen* einiges verpasst: Schüler, Lehrlinge und Studenten mit einer beginnenden Schizophrenie (hier vor allem), Depression, neurotischen oder Persönlichkeitsstörung werden im Bildungssystem zu spät erkannt. Oder sie werden vielleicht erkannt, aber es wird zu wenig unternommen, um sie rechtzeitig einer professionellen Behandlung zuzuweisen.

Empfehlungen

- Bei den jungen IV-Versicherten mit erwachsenenpsychiatrischen Störungen und Leistungspotential sollte der Fokus der IV prioritär auf die Absolvierung einer qualifizierten Berufsausbildung gelegt werden (im Gegensatz zu älteren Versicherten, wo es oft um Coaching-Massnahmen etc. geht). Berufliche Massnahmen sollten hier deutlich häufiger und wiederholt verfügt werden.
- Formale IV-Prozedere, die dazu führen, dass bei jungen Versicherten nach einer abgebrochenen IV-Massnahme mehr oder weniger automatisch der Anspruch auf eine IV-Rente geprüft werden muss, sollten revidiert werden. Vielmehr sollten über längere Zeit und trotz Abbrüchen Berufliche und generell integrationsgerichtete Massnahmen möglich sein.
- Die zeitliche Perspektive für rehabilitative Massnahmen bei jungen IV-Versicherten mit Leistungspotential (aber vielleicht mit mangelndem Problembewusstsein etc.) sollte deutlich verlängert werden: Für solche Versicherten sollte das Mindestrentenalter deutlich angehoben und sollten stattdessen rehabilitative Massnahmen länger eingesetzt werden.
- Finanzielle Anreize für eine IV-Rente in jungem Alter respektive soziale Ersatzeinkommen (IV und EL), welche die realen Verdienstmöglichkeiten von psychisch kranken IV-Versicherten ohne Ausbildung und Arbeitserfahrung deutlich übersteigen, sollten überprüft werden.
- Die IV sollte die frühen IV-Arztberichte stärker gewichten. Dazu gehören spezifischere Fragestellungen, eine höhere Wertschätzung dieser Berichte inklusive Rückmeldungen und eine deutlich bessere finanzielle Entgeltung der Arzt-Berichte. Entsprechend könnten die späten und sehr teuren Rentengutachten reduziert und/oder weniger gut entlöhnt werden als heute. Im Hinblick auf das ärztliche Abklärungsverfahren hat die IV den Schritt von der Renten- zur Eingliederungsversicherung bisher nicht vollzogen.
- Bei jungen psychisch kranken IV-Versicherten sollten die IV-Stellen ein systematisches interdisziplinäres Assessment zu Verfahrensbeginn sicherstellen. Dies wäre bei allen IV-Versicherten wichtig, aber bei den Jungen ist es unumgänglich. Dazu gehörte neben dem Versicherten der IV-RAD und die Berufsberatung, der behandelnde Arzt sowie allenfalls Angehörige/Beistand.
- Bei jungen psychisch kranken IV-Versicherten, die krankheitsbedingt (initial) kaum ein Problembewusstsein haben, sollte – auf der Basis einer guten Beziehung zwischen IV-Berater und Versichertem – stärker und nachhaltiger auf der Teilnahme an Massnahmen insistiert werden. Eine (vorübergehend) fehlende ‚Einsicht' dürfte kein IV-Rentengrund sein.
- Auch die behandelnden Ärzte sollten hinsichtlich aktiver Kooperation bei den Eingliederungsbemühungen stärker in die Pflicht genommen werden. Hier sollten gemeinsam von BSV und Ärzteschaft Agreements und Richtlinien zur Zusammenarbeit entwickelt werden. Gerade bei Versicherten mit Störungen, welche das Krankheitsbewusstsein reduzieren, sollten polarisierende Haltungen zwischen Behandelnden und Behörden kein Auslöser für eine Frühberentung sein. Zudem sollten schon sehr früh in der psychiatrischen Behandlungskarriere Arbeitsspezialisten beigezogen werden.

- Die IV-Stellen sollten eine systematische Kooperation mit den Schulen (Sekundarstufe II) und den Lehrbetrieben sowie tertiären Bildungseinrichtungen etablieren sowie Frühinterventionsmassnahmen garantieren.
- Die Früherkennung von psychischen Auffälligkeiten in Schule und Berufsausbildung sollte verbessert werden.

Résumé

Contexte

En Suisse et dans de nombreux autres pays industrialisés, la mise en invalidité de très jeunes adultes est un sérieux problème qui tend à empirer et qui affecte non seulement les jeunes concernés, mais aussi leur famille et la société. Ces vingt dernières années, l'octroi de rentes à des jeunes de 18 et 19 ans atteints de troubles psychiques a progressé de 6 % par an en moyenne, contre 2 % parmi les 20 à 24 ans (OCDE, 2014). Ce n'est qu'en 2014 que le taux de nouvelles rentes octroyées à de jeunes demandeurs s'est stabilisé à un niveau relativement élevé. Il est frappant que cette hausse soit intervenue au cours d'une décennie pendant laquelle le taux global des nouvelles rentes AI a significativement baissé. Il est donc évident que l'évolution des taux d'invalidité parmi les adolescents et les jeunes adultes s'écarte de la tendance générale.

Or une mise en invalidité à un jeune âge occasionne un coût économique considérable, car ces jeunes percevront très souvent une rente AI entière jusqu'à l'âge de la retraite. Le coût pour l'individu est également important. Les rentiers étant exclus du monde professionnel, ils ne profitent pas des effets bénéfiques du travail pour la santé mentale (contacts sociaux, identité, structure du temps, acquisition de compétences, etc.). Ils doivent donc plus souvent suivre des traitements et ceux-ci sont généralement plus longs. De manière générale, ils ont davantage recours à des services psychosociaux et médicaux.

La plupart du temps, la mise en invalidité à un très jeune âge est due à des problèmes psychiques ; les problèmes somatiques sont rares. Ce phénomène s'explique par le fait que trois quarts environ des troubles psychiques débutent avant l'âge de 25 ans (Kessler et al., 2005), à savoir bien plus tôt que les maladies physiques. Par conséquent, un nombre élevé de jeunes atteints de troubles psychiques présentent déjà des problèmes à l'école ou durant la formation (Baer et al., 2009). Ces jeunes sont deux fois plus nombreux à abandonner prématurément leurs études ou leur formation que les jeunes en bonne santé (OCDE, 2015).

Cette situation engendre d'autres effets négatifs : les jeunes sans qualification professionnelle ont beaucoup plus de difficulté à s'insérer dans le marché du travail. En moyenne, ils mettent près de trois ans et demi pour obtenir un premier emploi, alors que les personnes qualifiées trouvent du travail au bout de six mois à une année en moyenne (OCDE, 2015). En Suisse, le rapport entre le taux de chômage des personnes peu qualifiées et celui des personnes mieux formées s'est inversé par rapport au début des années quatre-vingt-dix : alors qu'il y a vingt ans, les jeunes adultes peu qualifiés étaient plus rarement au chômage que les gens hautement qualifiés, c'est le contraire aujourd'hui. De nos jours en Suisse, les travailleurs peu qualifiés présentent un taux de chômage deux fois plus élevé que les personnes plus qualifiées (OCDE, 2014).

Aucune étude n'a permis d'éclaircir les raisons de l'augmentation du taux de mise en invalidité des jeunes assurés. L'épidémiologie psychiatrique ne fournit, quant à elle, aucune explication puisque la fréquence des troubles mentaux dans la population globale n'a pas augmenté ces dernières décennies (par ex. Richter et al., 2008).

A ce jour, il n'existe pratiquement pas d'informations sur les jeunes rentiers AI en Suisse, sur le genre de problèmes psychiques dont ils souffrent, sur les critères associés à un risque accru de mise en invalidité ni sur les particularités des parcours qui aboutissent à l'octroi d'une rente. L'âge des jeunes rentiers au moment où les troubles commencent à se manifester n'est pas plus connu que la formation qu'ils suivaient ou la date du premier recours à des services spécialisés. Vraisemblablement,

l'assurance-invalidité n'est pas la première instance à laquelle s'adressent les jeunes concernés. Il semble plutôt probable que l'octroi de la rente est l'aboutissement, souvent provisoire, d'un long développement défavorable. En Suisse, cette situation ne s'explique pas par l'absence de services professionnels de soutien psychiatrique et psychothérapeutique, socio-éducatif ou psychologique, ces derniers étant très bien développés en comparaison internationale (OCDE, 2014). Le problème serait donc plutôt lié à un fonctionnement défaillant qu'à une pénurie de services.

A ce jour, il manque des données pertinentes pour planifier des mesures précoces et efficaces qui permettent à l'AI et aux autres acteurs (systèmes de formation, de santé, employeurs, etc.) de maintenir davantage de jeunes souffrant de troubles psychiques dans le système d'éducation ou sur le marché du travail. La présente étude a donc pour objectif d'analyser le profil des nouveaux rentiers AI atteints de troubles psychiques, d'examiner l'histoire médicale et le parcours de formation qui les a conduits à l'exclusion, d'analyser les systèmes d'aide et les mesures déployées et d'identifier les facteurs de risque d'une mise en invalidité précoce.

Méthodologie

Etant donné que les seules données du registre AI ne permettent pas de répondre à toutes ces questions, les dossiers AI de cinq cents assurés âgés de 18 à 29 ans ont été soumis à une analyse approfondie (N=500). L'étude a porté, d'une part, sur des assurés qui se sont vu attribuer une rente AI pour cause de problèmes psychiques dans les années 2010 à 2013 (N=400) et, d'autre part, sur un groupe de comparaison constitué de bénéficiaires de prestations de l'AI entre 2010 et 2011 qui n'ont pas perçu de rente AI (n=100). L'objectif de l'étude était d'identifier les facteurs de risque d'une mise en invalidité.

Les dossiers ont été choisis dans l'univers statistique de sorte à former deux échantillons disproportionnés d'assurés (avec et sans rente AI) au moyen de variables opérant, premièrement, avec le système de documentation utilisé par l'office AI (IGIS, OSIV, GILAI – comme un proxy pour la culture d'instruction de l'office) et, deuxièmement, avec la taille de l'office AI (petit, moyen ou grand), afin que les petits cantons soient suffisamment représentés. L'univers statistique comprenait les maladies psychiques les plus courantes (codes d'infirmité AI 641 à 646 et 649) ainsi que les infirmités psychiatriques congénitales (404 à 406).

Tous les dossiers ont été encodés au moyen d'une grille de référence, développée par les auteurs, en collaboration avec des experts venant des domaines de la pédopsychiatrie, de la psychiatrie, de la pédagogie curative, des services d'orientation professionnelle de l'AI, du case management formation professionnelle, de la psychologie scolaire et des milieux scolaires. L'étude s'est appuyée sur les connaissances de ces experts et praticiens ainsi que sur la recherche de prédicteurs en réadaptation psychiatrique et sur les travaux antérieurs des auteurs (Ruesch et al., 2013 ; Baer, Frick, Fasel, 2009). Le codage a été confié à des étudiants en psychologie avancés qui avaient suivi une formation à cet effet et étaient encadrés par l'équipe de recherche pour garantir le respect de critères de saisie uniformes.

Dans un premier temps, les données – dont la plausibilité a été vérifiée – ont fait l'objet d'une analyse descriptive. Les questions relatives aux parcours de formation et de traitement, qui se présentent sous la forme d'une chronologie d'états et de faits, ont été abordées au moyen d'une analyse séquentielle des données. Afin de structurer le grand nombre d'informations recueillies, différentes analyses typologiques (fondées sur des analyses en classes latentes, LTA) ont été menées. Un modèle de régression logistique a servi à calculer le risque relatif rapproché (*odds ratio*) de l'octroi d'une rente AI. Enfin, l'arbre de décision CART (*classification and regression tree*) a servi à examiner les interactions de facteurs de risques simultanés et leur incidence sur l'octroi d'une rente AI.

Résultats

Configurations de risques psychosociaux multiples chez les jeunes rentiers

Les jeunes bénéficiaires de rente AI ont souvent subi des difficultés biographiques à un jeune âge, présentent un parcours scolaire et de formation professionnelle de faible niveau et accidenté (marqué par des changements abrupts, tels que l'exclusion de l'école, la répétition d'une année scolaire, l'abandon des études) et souffrent de troubles psychiques graves qui nécessitent une multitude de longs traitements.

Pratiquement tous les jeunes rentiers (84 %), hommes et femmes à parts égales, perçoivent une rente AI entière et la moitié d'entre eux s'est vu octroyer la rente entre 18 et 22 ans. Les ressortissants étrangers sont sous-représentés dans ce groupe d'âge (20 %), mais un tiers des bénéficiaires de rentes a des parents de provenance étrangère.

S'agissant du parcours scolaire, plus de 40 % de jeunes rentiers n'ont pas dépassé le niveau secondaire I. 50 % environ ont suivi une formation du degré secondaire II, principalement sous la forme d'une formation professionnelle pratique, d'une formation élémentaire AI ou d'une formation professionnelle avec attestation. Un petit sixième (14 %) a accompli un apprentissage professionnel de trois ou quatre ans avec certificat fédéral de capacité (CFC). Près de deux tiers (60 %) ont fréquenté une classe ou une école spéciale pendant une partie au moins de leur scolarité obligatoire.

Plus l'assuré est âgé au moment d'obtenir une rente AI, moins son dossier atteste de difficultés scolaires et de formation. C'est notamment vrai pour les assurés qui se voient octroyer une rente après l'âge de 25 ans : ils sont beaucoup moins nombreux à avoir suivi une classe spéciale et disposent plus souvent d'une formation professionnelle sanctionnée par un CFC. Ce qui est particulièrement frappant chez les jeunes bénéficiaires de rente, c'est le taux élevé d'interruptions du parcours formatif : dans plus de 80 % des cas, le dossier documente au moins une interruption, le plus souvent par un changement de classe ou d'école (52 %), l'abandon d'une formation professionnelle (39 %) ou la répétition d'une année scolaire (23 %).

Un quart des jeunes rentiers n'a jamais exercé d'activité lucrative avant l'octroi de la rente AI, ni sur le marché primaire de l'emploi, ni même dans un environnement protégé. Un peu plus de 40 % ont néanmoins exercé une activité du moins épisodique sur le marché primaire du travail. Un tiers a eu une occupation dans un environnement protégé. Au moment du codage des dossiers, 5 % seulement des jeunes rentiers exerçaient une activité lucrative à temps partiel sur le marché primaire de l'emploi. Il s'agissait principalement de bénéficiaires d'une demi-rente ou d'un quart de rente.

Les difficultés familiales sont également plus fréquentes parmi les jeunes bénéficiaires de rente : un tiers environ des dossiers mentionnent une maladie psychique chez le père ou la mère. Cela signifie concrètement que ces assurés ont grandi dans une famille où les parents souffraient de problèmes psychiques notables. Le dossier d'un quart environ des jeunes rentiers fait état de conflits, de négligence ou d'actes de violence au sein de la famille. Un sixième des assurés est issu d'une famille ou au moins un des parents dépendait de l'aide sociale ou percevait une rente.

S'agissant des difficultés biographiques documentées, l'étude a classé les assurés (N=500) dans une des quatre catégories suivantes : 1) pas de problématique familiale (45 %), 2) familles monoparentales sans autre difficulté (16 %) – 3) familles monoparentales présentant des problématiques multiples graves (22 %) et 4) familles traditionnelles présentant des problématiques multiples graves (18 %). La proportion de troubles de la personnalité est particulièrement élevée chez les assurés appartenant à un des deux derniers types de famille. Le constat concernant les difficultés biographiques des jeunes rentiers corrobore les résultats de l'analyse des dossiers des bénéficiaires de

rentes octroyées pour des raisons psychiques (Baer et al., 2009). Les dossiers de 40 % des jeunes rentiers et les dossiers de 50 % de la population globale de bénéficiaires de rente pour cause psychique laissent présumer des difficultés biographiques considérables. Si la part des jeunes rentiers ayant eu des difficultés biographiques est plus faible, c'est que les populations analysées dans la présente étude et dans l'étude Baer 2009 se distinguent aussi par le type de maladie : les jeunes rentiers présentent plus souvent une diminution des facultés intellectuelles et d'autres infirmités congénitales qui n'ont pas de lien avec des difficultés biographiques.

Troubles psychiques des jeunes rentiers

Deux sources d'information ont été utilisées pour étudier les troubles psychiques diagnostiqués : les codes des infirmités de l'AI qui figurent dans les données des registres de l'AI (et qui sont attribués par les offices AI) et les diagnostics CIM des maladies psychiatriques. S'agissant des données des registres, les *codes d'infirmité de l'AI* suivants étaient particulièrement répandus : le code 649 (« autres troubles du caractère, du comportement et de l'intelligence », principalement déficience intellectuelle et troubles du développement) dans 33 % des cas, le code 646 (« troubles réactifs du milieu ou psychogènes », en premier lieu troubles de la personnalité) dans 27 % des cas et le code 641 (« schizophrénie ») dans 16 % des cas. Ces trois groupes recouvrent près de trois quarts des bénéficiaires de rente. Or, la déficience intellectuelle et les troubles du développement (code 649) ne sont prévalents que chez les jeunes assurés qui ont obtenu une rente entre 18 et 21 ans déjà. Dans ce groupe, la moitié des rentiers présentent ce diagnostic. Les assurés qui avaient entre 22 et 29 ans au moment de l'octroi d'une rente souffrent pour deux tiers d'un trouble de la personnalité ou de schizophrénie. La prévalence des différents diagnostics est pratiquement la même en Suisse romande et en Suisse alémanique.

Six types de *constellations diagnostiques* psychiatriques ont été mis en évidence chez les rentiers: 1) troubles du développement, déficience intellectuelle (24 %), 2) schizophrénie (souvent liée à la consommation de cannabis) (23 %), 3) troubles de la personnalité avec comorbidité affective et névrotique (15 %), 4) troubles précoces du comportement (19 %), 5) déficience intellectuelle et troubles précoces graves et multiples associés à des troubles du comportement et du développement (11 %) et 6) troubles du comportement associés à des problèmes d'addiction et à d'autres troubles (9 %). Ces différents types se distinguent non seulement pour ce qui est des difficultés biographiques impliquées, mais aussi quant au recours à des traitements, aux institutions fréquentées et aux parcours de formation suivis :

- les assurés souffrant de schizophrénie ou de troubles de la personnalité sont presque exclusivement traités sur le plan psychiatrique. En plus des services psychiatriques, leur problématique concerne souvent les employeurs. Ces assurés entrent en contact avec l'AI relativement tard (en comparaison du groupe des jeunes rentiers) et ont généralement suivi une scolarité régulière, avec néanmoins des interruptions assez fréquentes.
- Inversement, presque tous les assurés qui présentent des troubles du développement ou une déficience intellectuelle ont fréquenté des classes ou des écoles spéciales, mais aussi différents établissements, dont des homes. Ils sont souvent occupés dans des ateliers protégés.
- Les assurés présentant des troubles précoces du comportement et d'autres troubles précoces graves et multiples bénéficient quant à eux non seulement d'un traitement psychiatrique, mais aussi de services de pédagogie curative. Ce groupe sollicite le plus intensément les moyens d'aide, ses membres bénéficient depuis le plus jeune âge de multiples services de pédagogie curative, de soins psychiatriques et d'institutions spécialisées.

Apparition précoce, mais traitement tardif de la maladie

Chez un cinquième des jeunes rentiers, les premiers problèmes apparaissent dès la première année et chez un quart d'entre eux, dès la petite enfance (avant le début de la scolarité) ; dans l'ensemble, près de la moitié des troubles psychiques se manifestent donc avant la scolarisation. Dans près d'un sixième des cas examinés, le trouble psychique apparaît à l'âge de l'école primaire. Enfin, pour un tiers des assurés, le début du trouble psychique est documenté, pour la première fois, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte seulement. Ce qui frappe est que de nombreux enfants dont le trouble psychique est apparu à un très jeune âge (infirmités congénitales, etc.) obtiennent leur premier traitement seulement lorsqu'ils fréquentent l'école enfantine ou primaire.

La comparaison entre le moment du premier traitement psychiatrique et la chronologie des interruptions scolaires (abandon précoce des études ou de la formation professionnelle) fait apparaître des différences évidentes suivant le type de diagnostic. La plupart des assurés dont les troubles psychiques sont apparus très tôt (troubles socio-émotionnels, troubles du développement, lésions cérébrales) ont déjà suivi de longs traitements psychiatriques avant d'abandonner leurs études ou leur formation professionnelle. Ce n'est pas du tout le cas des jeunes rentiers souffrant de schizophrénie : 75 % d'entre eux n'ont jamais suivi de traitement au moment où ils abandonnent leurs études.

Ces chiffres illustrent la problématique connue de la détection tardive des schizophrénies chez les jeunes (en moyenne, les jeunes rentiers souffrant de schizophrénie abandonnent leurs études à l'âge de 17 ans). Les schizophrènes constituent l'un des plus grands groupes de jeunes rentiers. Ils présentent souvent un niveau de formation relativement élevé. C'est pourquoi, même si du point de vue épidémiologique il s'agit d'un très petit groupe, il faut néanmoins déployer des efforts particuliers pour améliorer la détection précoce (à l'école) et pour commencer plus tôt le traitement, avant de recourir à l'AI.

Incohérences des recommandations et des pronostics médicaux

S'agissant de l'instruction médicale, on constate des écarts évidents entre les premiers rapports médicaux soumis à l'AI et les expertises réalisées par la suite : un sixième seulement des rapports proposent des mesures scolaires ou professionnelles pour améliorer la situation des patients, tandis que près de la moitié des expertises ultérieures en contiennent. Les rapports médicaux n'indiquent pratiquement jamais comment traiter l'assuré dans le cadre scolaire ou professionnel (alors que 20 % des expertises se prononcent sur cette question). Pourtant, afin de pouvoir planifier des mesures de réadaptation adéquates, il serait essentiel de disposer rapidement de recommandations médicales concernant les adaptations nécessaires à l'école ou dans l'entreprise. Les rapports médicaux commandés au début de la procédure AI seraient l'instrument idéal à cette fin. Comme les expertises ne sont généralement établies que tardivement, voire pas du tout – seuls 30 % des jeunes rentiers ont été expertisés –, les connaissances médicales qui pourraient favoriser la réadaptation ou éviter une exclusion de l'assuré manquent. La plupart du temps, les expertises sont seulement réalisées lors de la procédure d'instruction en vue de l'octroi d'une rente. Cette problématique, connue depuis plusieurs années, n'a guère évolué ces dix dernières années. Or notamment les très jeunes assurés auraient besoin d'une évaluation interdisciplinaire très complète en vue de la planification de leur intégration.

Le pronostic médical de l'état de santé, qui est un élément courant des rapports médicaux et des expertises de l'AI, soulève d'autres questions : si le pronostic est très favorable au début de la procédure (près de 50 % des jeunes rentiers se voient attester un état de santé perfectible), il se dégrade progressivement : seuls 22 % des derniers rapports ou expertises admettent un potentiel

d'amélioration. Les causes de cette dégradation progressive du pronostic ne sont pas claires. Les données disponibles ne permettent pas non plus d'expliquer pourquoi une rente était octroyée à plus d'un cinquième des jeunes assurés, quand bien même les médecins déclaraient que leur état de santé était perfectible.

L'étude montre par ailleurs que notamment les pronostics des troubles socio-émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence (F9), des troubles cérébraux (F0), des troubles de la personnalité (F6) et de la déficience intellectuelle (F7) sont particulièrement favorables s'agissant du potentiel d'amélioration. Ces troubles sont évalués de manière plus optimiste que les troubles affectifs (F3) et névrotiques (F4), et beaucoup plus favorablement que les schizophrénies (F2). Toutefois, l'état de santé des assurés souffrant de troubles de la personnalité, de troubles cérébraux ou de déficience intellectuelle ne change pratiquement pas, alors qu'il peut très bien évoluer chez les sujets souffrant de troubles affectifs, névrotiques ou schizotypiques ; il faut donc se demander comment les médecins interprètent la question relative au pronostic. En l'état des choses, il est difficile de décrypter clairement les indications des médecins concernant le pronostic médical de leurs patients. Or il s'agit là d'une information décisive. Il faudrait donc expliciter la question correspondante dans le rapport médical destiné l'AI.

Parcours institutionnel complexe

La plupart des assurés suivent un long parcours institutionnel avant de se voir octroyer une rente : dans un peu plus de 50 % des cas, au moins sept institutions participent à l'évaluation ou à l'encadrement. Les trois principaux types d'institutions ou d'experts concernés sont les services médicaux régionaux (SMR), les cabinets de psychiatres ou de psychothérapeutes non médicaux et les entreprises formatrices. Un autre groupe d'institutions ou d'experts fréquemment impliqués (pour un tiers des assurés au moins) sont les services psychiatriques ambulatoires, les pédiatres, les services pédago-thérapeutiques, les ateliers protégés, les responsables hiérarchiques dans l'entreprise ainsi que les services de pédopsychiatrie. En outre, des séjours dans un home sont documentés chez un tiers des assurés. Le nombre d'institutions impliquées est particulièrement élevé chez les personnes atteintes de troubles précoces, comme des troubles du développement, une déficience intellectuelle, des troubles précoces du comportement ou des troubles précoces graves et multiples.

L'inventorisation des institutions et experts impliqués confirme cette impression. Elle a permis de définir cinq profils distincts de recours à l'aide de services et d'institutions. Deux profils – l'un avec, l'autre sans séjour en home –, qui regroupent environ 20 % des assurés, dont les personnes présentant une déficience intellectuelle, des troubles du développement ou des troubles précoces du comportement, se caractérisent par l'utilisation d'un grand nombre de services. Souvent les entreprises formatrices (protégées) sont impliquées. Deux autres profils – regroupant 58 % des assurés, dont ceux présentant des troubles de la personnalité et de type schizophrénique – se caractérisent par des traitements presque exclusivement psychiatriques. Dans l'un, les traitements commencent tôt et n'impliquent pas le monde professionnel, dans l'autre, les traitements débutent à l'âge d'adulte et les employeurs et entreprises de formation sont impliqués. Le cinquième profil enfin, qui concerne surtout les assurés plus jeunes, se distingue par le recours à des traitements pédiatriques puis à des environnements d'apprentissage protégés (troubles du développement ou troubles précoces du comportement).

Collaboration entre l'office AI et les acteurs externes

Dans l'ensemble, la collaboration entre les offices AI et les acteurs externes semble bonne. L'étude a néanmoins repéré quelques signes de coopération problématique dans un tiers des dossiers des

jeunes rentiers. La plupart du temps, ils concernent les psychiatres traitants ou chargés des expertises (dans 55 % des cas), les médecins de famille (environ 25 %) et les assurés ou leur curateur (environ 25 %). Les cas de collaboration difficile se concrétisent souvent dans le diagnostic des jeunes rentiers présentant des troubles affectifs, des troubles de la personnalité ou des lésions cérébrales. Selon les offices AI, les relations problématiques concernent majoritairement les médecins (traitants). Si le dossier contient plusieurs rappels adressés aux médecins ou des mentions explicites (éléments qui ont été documentés dans le cadre de l'étude), cela ne signifie pas forcément qu'il y a un problème de coopération. Inversement, on peut supposer que tous les cas de collaboration problématique ne sont pas désignés comme tels dans les dossiers. Compte tenu de l'importance d'une collaboration rapide et efficace entre l'office AI et les médecins traitants pour l'intégration des jeunes assurés, ces observations reflètent un problème significatif.

Traitements psychiatriques

Hormis les personnes atteintes de troubles du développement ou de déficience intellectuelle, qui n'ont bien souvent bénéficié d'aucun traitement psychiatrique (mais plutôt de mesures de pédagogie spécialisée), tous les bénéficiaires de rente ont suivi des traitements psychiatriques. Un tiers d'entre eux ont seulement bénéficié de soins ambulatoires, tandis que près de la moitié ont effectué des traitements ambulatoires et des séjours hospitaliers. Environ deux tiers ont également suivi une thérapie pharmacologique. Il est frappant que le premier traitement psychiatrique ambulatoire des futurs rentiers souffrant de certains troubles psychiques (schizophrénie ou troubles névrotiques, par. ex) est très court. On peut donc se demander si ce premier traitement n'était pas trop court et ne constitue pas une occasion manquée d'intervention précoce. C'est d'autant plus regrettable que les troubles névrotiques peuvent être traités et qu'ils ne débouchent pas forcément sur une mise en invalidité.

Mesures de l'AI

Les mesures de l'AI les plus courantes dont bénéficient les jeunes rentiers sont les mesures de réadaptation professionnelle (75 % des cas), suivies des mesures d'instruction (près de 60 %), des mesures de formation spéciale et des mesures médicales (près de 40 % chacune).

Les mesures d'ordre professionnel de longue durée (formation, reclassement, etc.) sont particulièrement fréquentes en lien avec les troubles socio-émotionnels précoces, les lésions cérébrales et la déficience intellectuelle, mais beaucoup plus rares en cas de schizophrénie, de dépression, de troubles névrotiques ou de troubles de la personnalité.

Les mesures d'intervention précoce et d'intégration, de plus courte durée, sont surtout déployées en cas de dépression, de troubles de la personnalité et de schizophrénie. Elles sont relativement peu répandues dans l'ensemble. Là aussi, on relève le peu d'importance accordée aux mesures d'ordre professionnel, surtout chez les assurés souffrant de schizophrénie. Bien que ces derniers aient généralement suivi une bonne formation scolaire en comparaison de nombreux autres jeunes rentiers, leur pronostic médical est d'emblée particulièrement décourageant et les moyens investis dans des mesures d'ordre professionnel sont faibles.

Par contre, l'AI investit beaucoup dans l'évaluation et l'intégration professionnelle d'assurés dont il est souvent clair d'emblée qu'ils pourront tout au plus être intégrés dans un environnement protégé (par ex. lésions cérébrales, déficience intellectuelle, troubles graves du développement).

Parcours de formation et de traitement typiques

L'analyse des parcours éducatifs a permis d'identifier quatre schémas types :

- *Retardataires ayant une formation lacunaire* (39 % de l'échantillon global). Ce groupe se compose de personnes qui sont entrées en contact avec l'AI tardivement et qui présentent des troubles psychiques graves, comme la schizophrénie et des troubles de la personnalité associés à des addictions. Elles sont nombreuses à avoir suivi une scolarité ordinaire et entamé une carrière sur le marché primaire du travail.
- *Touristes scolaires* (17 %). Ce groupe comprend principalement des assurés qui ont souvent changé d'école. Ces assurés présentent surtout des troubles du développement et des troubles précoces (par ex. infirmités congénitales). Environ la moitié du groupe exerce une activité professionnelle (dans un cadre protégé) au moment de l'étude, mais la proportion de ceux qui ont eu, à un moment ou un autre, un emploi sur le marché du travail primaire est très faible (7 %).
- *Personnes en rupture de formation* (29 %). La caractéristique de ce groupe est une transition difficile vers le degré secondaire II. La plupart de ces assurés ont suivi une scolarité ordinaire avec des intermèdes dans des classes spéciales. Ils présentent souvent des troubles du développement et des troubles précoces. Ce groupe contient la plus forte proportion de personnes (32 %) n'ayant jamais exercé d'activité professionnelle.
- *Elèves d'écoles spéciales* (15 %). Les membres de ce groupe ont majoritairement fréquenté l'école spéciale avec peu de changements de classe ou d'école. Ils sont nombreux à avoir suivi une formation professionnelle et à exercer un travail (dans un environnement protégé). Les troubles du développement associés à une déficience intellectuelle sont prédominants dans ce groupe. Seulement 14 % de ces assurés ont mené une carrière sur le marché primaire du travail.

S'agissant des parcours de traitement et des mesures suivies, l'étude a cerné trois groupes types :

- Le groupe des assurés ayant suivi un parcours de *traitements psychiatriques* (44 % de l'échantillon global). Ses membres sont clairement plus âgés et présentent des troubles psychiques graves de type schizophrénique et des troubles de la personnalité associés à des addictions. Dans ce groupe, les mesures professionnelles et scolaires de l'AI sont moins fréquentes (68 %) et les mesures médicales sont très rares (9 %). Près d'un sixième des assurés du groupe n'a bénéficié d'aucune mesure de l'AI.
- Le groupe des assurés dont le parcours comprend des *mesures AI* (36 % des cas) est composé de sujets plus jeunes (la moitié environ ont entre 17 et 21 ans) qui présentent typiquement des troubles du développement associés à une déficience intellectuelle. Ils bénéficient généralement de mesures professionnelles et scolaires de l'AI et, dans la moitié des cas, de mesures médicales.
- Enfin, le groupe des assurés ayant suivi un parcours avec des *traitements ambulatoires* (20 % des cas) comprend la plus grande proportion d'adolescents (deux tiers). Les troubles dits précoces y sont particulièrement fréquents. Là aussi, pratiquement tous les assurés bénéficient de mesures professionnelles et scolaires de l'AI, mais les mesures médicales sont aussi très répandues (75 %).

Comparaison entre les bénéficiaires de rente et les assurés sans rente

La comparaison entre les assurés qui se sont vu octroyer une rente entre 2010 et 2013 et les assurés sans rente, qui ont bénéficié de la dernière mesure AI en 2010 ou en 2011, montre surtout que les assurés *sans* rente sont plus jeunes et qu'ils ont plus souvent accompli un apprentissage et obtenu

un CFC. Par contre, ces assurés présentent *davantage de difficultés familiales*. L'étude relève aussi que la collaboration entre les offices AI et les médecins est plus aisée pour les assurés sans rente.

S'agissant de la répartition des troubles psychiques, on constate des différences évidentes entre les deux groupes qui ont probablement un lien avec le plus jeune âge des assurés sans rente. Ces derniers souffrent beaucoup plus souvent de syndromes psycho-organiques (code 404) ou font partie de la catégorie de diagnostic CIM F9 (troubles précoces émotionnels et du comportement). Dans l'ensemble, les assurés sans rente semblent présenter des pathologies moins graves (moins de séjours hospitaliers, meilleurs pronostics médicaux). Or ces différences doivent être interprétées avec prudence vu le jeune âge des assurés sans rente, parce que

a) le pronostic médical se dégrade avec le temps et le nombre de séjours hospitaliers peut augmenter ;
b) les syndromes psycho-organiques et les TDAH se transforment souvent en troubles de la personnalité avec l'âge (ce diagnostic donne plus souvent lieu à une mise en invalidité).

Un certain scepticisme face au pronostic positif posé pour les assurés sans rente se justifie aussi du fait que nombre d'entre eux sont confrontés à de grandes difficultés familiales, une particularité typique chez les personnes souffrant de troubles de la personnalité. On peut donc supposer qu'une part significative de ces jeunes sans rente qui font face à des difficultés familiales et présentent un syndrome psycho-organique ou une TDAH finiront par soumettre une demande de rente AI fondée sur un trouble de la personnalité. En d'autres termes, une partie des assurés sans rente sont en fait de futurs rentiers.

Cette hypothèse semble corroborée par une comparaison du statut professionnel des deux groupes au moment du codage : aujourd'hui, il est très rare qu'un bénéficiaire de rente travaille (à temps partiel) sur le marché primaire (3,5 %), mais cette proportion est également très faible parmi les assurés sans rente (15 %). Même si certains assurés sans rente se trouvent encore en formation, ils ne forment pas un groupe de comparaison réellement « positif ». On peut en déduire qu'une partie des assurés sans rente sont menacés d'invalidité et devraient être suivis par l'AI.

Facteurs de risque d'une mise en invalidité précoce

L'étude a néanmoins permis, à l'aide de diverses procédures statistiques, de calculer plusieurs facteurs de risque concordants pour la mise en invalidité. Elle a notamment montré que les caractéristiques du trouble, le parcours de formation et les parcours AI jouent un rôle considérable dans le risque de mise en invalidité. Ainsi, le groupe des infirmités congénitales comporte un risque nettement moindre que le groupe de référence des troubles de la personnalité et des troubles réactifs psychogènes (code 646). C'est également le cas des troubles affectifs, qui comportent un faible risque de mise en invalidité. Par contre, les psychoses (codes 614 à 644) sont associées à un risque nettement plus élevé (facteur 4) de même que les schizophrénies (facteur 10). La déficience intellectuelle est un autre diagnostic lié à un risque de mise en invalidité accru. Ces facteurs reflètent l'effet net, ils indiquent donc la hausse ou la baisse du risque en tenant compte de tous les autres facteurs d'influence. Il en va de même pour les résultats ci-dessous.

Les assurés avec un faible niveau de scolarité ou ayant suivi des classes spéciales courent un risque accru de mise en invalidité. Ce sont les assurés qui n'ont bénéficié ni d'une mesure d'ordre professionnel ni d'une mesure médicale de l'AI qui courent, de loin, le plus grand risque de mise en invalidité (12 fois plus élevé que pour un bénéficiaire de mesures AI). Ce résultat peut être interprété de différentes façons : on peut imaginer que l'absence de mesures s'explique par le fait que l'assuré était trop handicapé pour en bénéficier. En revanche, il se pourrait aussi que l'absence de mesures ait fait croître le risque de mise en invalidité. Cette dernière hypothèse est d'autant plus plausible que

parmi les personnes obtenant clairement moins souvent une mesure d'ordre professionnel, il y a surtout des assurés atteints de schizophrénie, de dépression, de troubles névrotiques ou de troubles de la personnalité. D'autres recherches ont cependant montré de façon empirique, par exemple les programmes de recherche *Supported Employment* (OCDE 2012), que les mesures d'ordre professionnel avaient une influence sur les parcours des personnes présentant ces diagnostics.

Conclusions

L'octroi d'une rente, une issue incontournable ?

La présente étude montre que les jeunes bénéficiaires d'une rente AI (de 18 à 29 ans) sont particulièrement souvent affectés de troubles psychiques précoces et graves dus à des causes organiques (déficience intellectuelle, troubles du développement prononcés, schizophrénie) ou associés à des difficultés biographiques graves pendant la petite enfance (par ex. troubles de la personnalité). La plupart du temps, les jeunes rentiers se font remarquer dès la petite enfance, puisque chez la moitié d'entre eux, un premier trouble est détecté à l'âge préscolaire. Par la suite, ces assurés ont souvent besoin de l'aide continue de différents experts ou institutions, et ce jusqu'à l'âge adulte. En outre, une grande partie de ces jeunes rentiers n'ont jamais fréquenté l'école ordinaire ni eu d'emploi sur le marché primaire du travail, mais ont toujours évolué dans un environnement protégé. Dans l'ensemble, seul un sixième des jeunes rentiers (14 %) ont accompli une formation professionnelle sanctionnée par un CFC. Par ailleurs, aujourd'hui seuls 5 % des jeunes rentiers exercent une quelconque activité lucrative accessoire.

Compte tenu de ce contexte défavorable, on peut se demander si la mise en invalidité aurait pu être évitée. La présente étude montre que cela aurait été parfois possible : une minorité des jeunes rentiers ont peut-être été mis en invalidité trop tôt parce que le système d'éducation a manqué de détecter leur trouble à temps, parce que les informations et la coopération médicales étaient insuffisantes, parce que les perspectives de réadaptation manquaient ou parce que les processus de l'AI étaient inadéquats.

Cela montre que l'étiquette « troubles psychiques » cache parfois des situations de multimorbidité avec des troubles ou handicaps graves, fréquemment assortis d'une déficience intellectuelle. En résumé, l'étude montre que les bénéficiaires de rente souffrent globalement de troubles un peu plus graves que les assurés sans rente (même si certains diagnostics peuvent changer à l'âge adulte). A ce titre, la mise en invalidité peut être justifiée. L'étude a néanmoins mis en évidence quelques problèmes qu'il faudrait rapidement résoudre pour éviter désormais les mises en invalidité précoces :

1) *Détection et intervention trop tardives, octroi rapide d'une rente :* la moitié des personnes qui se voient octroyer une rente entrent en contact avec l'AI relativement tard. Il s'agit généralement d'assurés qui ont suivi l'école ordinaire ou commencé une formation professionnelle de 3 ou 4 ans sanctionnée par un CFC, sans pour autant l'achever. Les assurés de ce groupe, qui présentent un niveau de formation comparativement élevé, semblent souvent se faire remarquer (trop) tard à l'école et bénéficier d'un soutien insuffisant, qui entraîne une mise en invalidité très rapide en comparaison des autres assurés (les *schizophrènes* par ex. se voient octroyer une rente déjà deux ans après le premier rapport médical). Les mesures d'intervention précoce de l'AI sont très rares parmi les jeunes rentiers (10 %), ce taux étant tout de même un peu plus élevé chez les assurés souffrant de schizophrénie ou de troubles de la personnalité. L'AI devrait plus souvent déployer des mesures d'intervention précoce chez les élèves et les apprentis et instaurer des coopérations systématiques avec les écoles et les lieux d'apprentissage.
2) *Début tardif du traitement psychiatrique :* la plupart des jeunes rentiers souffrant de schizophrénie ou de troubles de la personnalité ne suivent leur premier traitement psychiatrique

qu'*après* avoir interrompu leurs études. Manifestement, le système d'éducation ne détecte pas assez tôt ces troubles chez ces jeunes et leur traitement débute trop tard. S'y ajoute le fait que ces jeunes sont souvent dans le déni face à leur maladie. Les jeunes schizophrènes ont beaucoup de mal à accepter la gravité de leur maladie et hésitent à s'adresser aux services psychiatriques ou à l'AI. Or un début de traitement très rapide est important parce qu'il améliore le pronostic d'une schizophrénie naissante. Pour cela, l'AI doit pouvoir compter sur une meilleure détection précoce des troubles chez les élèves, les apprentis et les étudiants et sur une attitude plus décidée des experts en psychiatrie. Les psychiatres devraient aborder plus ouvertement les options professionnelles et la possibilité d'un recours à l'AI avec ces jeunes patients.

3) *L'abandon des études n'est pas inévitable.* S'agissant de l'abandon des études, des différences liées au type de maladie ont été relevées. Chez les assurés souffrant d'une infirmité congénitale, de troubles du développement ou d'une déficience intellectuelle, l'abandon de la formation est souvent suggéré par l'entreprise formatrice (protégée) et non pas par l'assuré. Chez les assurés souffrant de psychoses, de troubles réactifs ou de troubles de la personnalité suivant une formation sur le marché primaire du travail, c'est le contraire : pour la plupart, ils abandonnent leurs études de leur propre initiative. Dans certains cas, l'entreprise ne considérait pas l'abandon de la formation comme inévitable et l'assuré aurait peut-être pu la poursuivre en obtenant plus d'aide.

4) *Les mesures de l'AI sont-elles abandonnées précocement ?* Les dossiers montrent que la plupart des jeunes rentiers (principalement des schizophrènes ou des assurés souffrant de troubles réactifs ou de la personnalité) achèvent leur formation professionnelle CFC ou ne présentent qu'une seule interruption. Seuls 13 % des cas commencent et abandonnent plus d'une formation professionnelle. Vu que la majorité des décrocheurs (deux tiers) ne disposent pas d'un CFC, il faut supposer qu'ils renoncent à faire une deuxième tentative de formation professionnelle. Il faut se demander si l'on n'abdique pas trop rapidement. Une ou deux formations abandonnées ne devraient pas constituer en soi un motif de mise en invalidité de ces jeunes qui souffrent certes souvent de maladies chroniques, récidivantes ou fluctuantes, mais dont certaines pourraient se stabiliser progressivement.

5) *Interventions trop peu durables pour les troubles dépistés précocement :* les personnes présentant des troubles socio-émotionnels précoces (y compris syndrome psycho-organique et TDAH) ou des troubles du développement sont repérées pendant la scolarité obligatoire parce qu'elles redoublent des classes, changent d'école ou interrompent leurs études. Dans ces cas, le problème ne relève pas de la détection précoce, mais de l'incapacité de l'école et des autres acteurs de maintenir les jeunes dans le système éducatif tout en ménageant leur entourage. Il s'agit assez souvent d'enfants et de jeunes chez lesquels on constate à l'âge adulte qu'ils souffrent de troubles de la personnalité, à savoir du type de troubles qui est associé à un risque de mise en invalidité particulièrement important dans toutes les classes d'âge.

6) *Pessimisme dans le pronostic médical des troubles schizotypiques* : les médecins traitants ou chargés des expertises formulent souvent des pronostics particulièrement défavorables quant à l'évolution des troubles schizotypiques chez les jeunes. Leur pronostic est fréquemment plus optimiste pour tous les autres troubles, y compris la déficience intellectuelle. Cela peut expliquer pourquoi les personnes souffrant de schizophrénie, de dépression ou de troubles de la personnalité ne bénéficient que rarement de mesures d'ordre professionnel. Les résultats de la présente étude indiquent que le pessimisme des médecins et de l'AI s'agissant de la schizophrénie est excessif.

7) *Trop peu d'informations médicales concernant la réadaptation :* les rapports médicaux destinés à l'AI ne contiennent que rarement des informations sur des adaptations concrètes dans la formation ou au lieu de travail qui pourraient aider les jeunes assurés. Ils ne proposent

pratiquement jamais de conseils aux enseignants, aux formateurs, aux responsables hiérarchiques ou aux responsables de la réadaptation sur la manière de s'occuper de l'assuré. Ces informations sont un peu plus fréquentes dans les expertises, qui ne sont toutefois pas toujours établies et n'apparaissent généralement que vers la fin de la procédure d'instruction. Or ces informations sont presque toujours fournies lors de l'étude du droit à une rente, c'est-à-dire trop tard, car la planification de la réadaptation intervient généralement plus tôt. Notamment chez les jeunes menacés d'exclusion du marché du travail (irréversible dans la majorité des cas), une analyse détaillée interdisciplinaire de la problématique professionnelle et des interventions possibles serait importante.

8) *Evaluation détaillée au début de la procédure, pas seulement lors de l'examen du droit à la rente :* de manière générale, les premiers rapports médicaux devraient comprendre beaucoup d'informations. Il vaudrait la peine de mieux rémunérer ces rapports tout en exigeant des informations plus différenciées. Dans le même ordre d'idée, il faudrait envisager si une expertise ou une évaluation des très jeunes assurés présentant un certain potentiel d'intégration ne devrait pas être ordonnée au début plutôt qu'à la fin de la procédure. Pour être utiles, ces évaluations devraient être réalisées rapidement, sans être soumises aux exigences que doivent remplir les expertises effectuées en vue de l'octroi d'une rente. Aujourd'hui, 30 % seulement des jeunes rentiers AI ont été expertisés, une proportion qui semble assez faible.

Bilan et recommandations

Bilan

Pour une majorité des cas examinés, la mise en invalidité précoce semble justifiée par les circonstances documentées dans le dossier. Pour une minorité significative, l'analyse du dossier relève cependant que d'autres formes de soutien auraient pu être envisagées. Dans ces cas, on constate que la mise en invalidité est intervenue très rapidement, sur la base d'informations médicales parfois imprécises (pronostics, rapports médicaux incomplets) et sans que toutes les mesures de réadaptation de l'AI (très peu de mesures d'ordre professionnel) ni toutes les possibilités de traitement médical (traitement psychiatrique initial de très courte durée) n'aient été épuisées. Les diagnostics les plus fréquents chez ces assurés, dont certains ont peut-être été mis en invalidité trop rapidement, sont la schizophrénie, les troubles affectifs, les troubles névrotiques et les troubles de la personnalité.

Ces assurés disposent souvent d'un niveau de formation assez favorable à une intégration sur le marché primaire du travail. Or il semble que les mécanismes de soutien soient quelque peu déficients : ces assurés bénéficient d'un traitement psychiatrique complet, mais ils ne peuvent que rarement suivre une formation soutenue par l'AI, surtout s'ils ont abandonné une première formation. En revanche, chez la plupart des jeunes rentiers présentant une déficience intellectuelle ou d'autres infirmités détectables très tôt, l'AI prend en charge un grand nombre de mesures du domaine de la pédagogie spécialisée, ayant pour but d'intégrer l'assuré sur le marché protégé du travail. Les assurés qui présentent un trouble relevant de la psychiatrie de l'adulte devraient bénéficier d'un soutien similaire.

Des défauts ont été relevés non seulement au niveau de l'AI, mais aussi parmi les autres acteurs :

- La *procédure d'instruction médicale* n'est pas suffisamment axée sur la réadaptation, surtout au début de la procédure AI. Les informations disponibles ne sont pas très utiles pour les mesures de réadaptation parce qu'elles ne contiennent guère d'indices pour établir un plan de mesures ou parce qu'elles sont incompréhensibles (pronostics).
- Certains problèmes ont aussi été détectés au niveau du *traitement psychiatrique des jeunes assurés*. Souvent, les premiers traitements du trouble psychique ne sont pas durables. C'est certainement lié au fait que les jeunes patients ont tendance à nier le problème. Il est d'autant

plus important que les milieux psychiatriques prennent davantage conscience des conséquences invalidantes des troubles précoces graves et qu'ils agissent avec beaucoup de fermeté.

- L'étude a aussi montré que surtout dans ce groupe d'assurés, la *collaboration est plus souvent problématique entre l'AI et les psychiatres (notamment)*. Une bonne coopération est pourtant la condition sine qua non du traitement réussi d'un trouble psychique. Tant que les principaux acteurs ne coopèrent pas parfaitement, il ne faudrait donc pas octroyer de rente.
- Enfin, certaines lacunes ont été détectées du côté des *institutions de formation (professionnelle)* : les élèves, apprentis ou étudiants développant une schizophrénie, une dépression, des troubles névrotiques ou des troubles de la personnalité sont repérés trop tardivement dans le système d'éducation. Il se peut aussi que leur trouble soit détecté, mais qu'ils ne bénéficient pas assez rapidement d'un traitement professionnel.

Recommandations

- Chez les jeunes assurés AI présentant des troubles relevant de la psychiatrie de l'adulte et disposant d'un certain potentiel de travail, l'AI devrait mettre l'accent sur l'accomplissement d'une formation professionnelle qualifiée, tandis que les assurés plus âgés ont plutôt besoin de mesures de coaching, etc. Il faudrait clairement accorder davantage de mesures d'ordre professionnel.
- Il faudrait revoir les procédures AI qui déclenchent un examen quasi automatique du droit à une rente AI chez les jeunes assurés ayant abandonné une mesure AI. Même en cas d'abandon d'une mesure, ces assurés devraient bénéficier pendant plus longtemps de mesures d'ordre professionnel ou visant l'intégration.
- La perspective temporelle des mesures de réadaptation destinées aux jeunes assurés qui présentent un potentiel de travail, mais qui n'ont peut-être pas assez conscience de leur problème, devrait être clairement étendue. L'âge minimal pour l'octroi d'une rente devrait être relevé pour ces assurés et des mesures de réadaptation appliquées plus longtemps.
- Pour les jeunes souffrant de troubles psychiques, il faudrait revoir les rentes AI ou les revenus de substitution sociaux (AI et PC), car s'ils dépassent clairement les possibilités de gain réelles des jeunes assurés AI sans formation ni expérience de travail, ils risquent de représenter une incitation financière.
- L'AI devrait revaloriser les rapports médicaux établis au début. Elle devrait aussi poser des questions plus précises, montrer plus d'appréciation pour ces rapports et mieux les rémunérer, tout en donnant un retour d'information aux rédacteurs. En contrepartie, on pourrait limiter le nombre des expertises très coûteuses pour l'octroi des rentes et/ou réduire leur rémunération. S'agissant de la procédure d'instruction médicale, l'AI n'a pas encore achevé sa conversion d'assurance de rente en assurance de réadaptation.
- Pour les jeunes assurés AI souffrant de troubles psychiques, les offices AI devraient procéder à une évaluation systématique et interdisciplinaire dès le début de la procédure. C'est une exigence importante pour tous les assurés, mais elle est indispensable pour les jeunes. Tant l'assuré, que le SMR AI, le service d'orientation professionnelle, le médecin traitant et, le cas échéant, la famille ou le curateur devraient y participer.
- Chez les jeunes assurés souffrant de troubles psychiques qui n'ont guère conscience, dans un premier temps, de la problématique de leur maladie, une bonne relation avec le conseiller AI devrait permettre d'insister sur l'importance de suivre sur le long terme les mesures octroyées. Une prise de conscience insuffisante ne devrait pas déboucher sur une mise en invalidité.

- Les médecins traitants aussi devraient s'engager davantage en faveur des efforts de réadaptation. A cette fin, l'OFAS devrait élaborer avec le corps médical des accords et des directives de collaboration. Il ne faudrait pas qu'une attitude polarisée entre soignants et pouvoirs publics ne soit à l'origine d'une mise en invalidité précoce, surtout pas chez les assurés souffrant de troubles qui les empêchent de prendre conscience de leur maladie. Par ailleurs, il faudrait avoir recours à un spécialiste du travail dès le début du traitement psychiatrique.
- Les offices AI devraient mettre en place une coopération systématique avec les écoles (niveau secondaire II), les entreprises formatrices et les institutions de formation tertiaire, et veiller au bon fonctionnement des mesures d'intervention précoce.
- La détection précoce de problématiques psychiques à l'école et durant la formation professionnelle devrait être améliorée.

Riassunto

Contesto

In Svizzera e in altri Paesi industrializzati, l'invalidità di adulti molto giovani costituisce un problema sempre più grave sia per gli interessati e i loro familiari, sia per la società. Nell'ultimo ventennio le rendite AI concesse nel nostro Paese per disturbi psichici sono aumentate in media del 6 per cento all'anno tra i giovani di 18-19 anni e del 2 per cento tra quelli di 20-24 anni (OCSE, 2014). Nel 2014 il tasso di nuove rendite concesse a questo gruppo di assicurati si è stabilizzato per la prima volta, ma a un livello relativamente alto. A questo proposito è opportuno rilevare che negli ultimi dieci anni l'assicurazione invalidità è riuscita a ridurre significativamente il numero complessivo delle nuove rendite. L'andamento delle nuove rendite tra gli adolescenti e i giovani adulti si scosta dunque dalla tendenza generale.

La concessione di una rendita d'invalidità in giovane età ha peraltro un costo considerevole per la società, visto che molto spesso chi ne è toccato percepisce una rendita intera fino all'età AVS. Il costo è elevato anche sul piano individuale, in quanto gli interessati non possono svolgere un'attività lucrativa che, come ben si sa, è un importante fattore protettivo per la salute mentale (contatti, identità, strutturazione del tempo, messa in pratica e sperimentazione delle competenze ecc.). Questi soggetti devono quindi seguire trattamenti più lunghi e frequenti e, in generale, ricorrere maggiormente ai servizi medici e psicosociali.

L'invalidità in età molto giovane è dovuta perlopiù a disturbi psichici e solo raramente a problemi somatici, in quanto circa il 75 per cento di tutti i disturbi psichici si manifestano prima del 25° anno di età (Kessler et al., 2005), quindi molto prima rispetto alle malattie fisiche. Ne consegue che molti giovani affetti da disturbi psichici hanno problemi già a scuola o durante la formazione (Baer et al., 2009). A dimostrazione di ciò, tra i giovani con problemi psichici l'abbandono scolastico-formativo è doppio rispetto a quello tra i giovani senza problemi psichici (OCSE, 2015).

L'abbandono scolastico-formativo comporta conseguenze negative di varia natura: i giovani senza una formazione professionale qualificata hanno molte più difficoltà a inserirsi nel mercato del lavoro, tanto che in media necessitano di tre anni e mezzo per trovare il primo impiego, contro i sei-dodici mesi delle persone con una formazione qualificata (OCSE, 2015). Per questo motivo dall'inizio degli anni 1990 il rapporto fra il tasso di disoccupazione relativa dei meno qualificati e quello dei più qualificati è radicalmente cambiato. Se ancora vent'anni fa i giovani poco qualificati erano più raramente disoccupati rispetto a quelli più qualificati, oggi la situazione è inversa: in Svizzera il tasso di disoccupazione dei meno qualificati è doppio rispetto a quello dei più qualificati (OCSE, 2014).

I motivi all'origine dell'aumento dei casi d'invalidità tra i giovani non sono però chiari. Del resto l'epidemiologia psichiatrica non fornisce una spiegazione, visto che negli ultimi decenni la frequenza dei disturbi psichici nella popolazione non è aumentata mantenendosi a livelli piuttosto stabili (cfr. p. es. Richter et al., 2008).

In Svizzera si dispone tuttora di scarse informazioni sul profilo dei giovani beneficiari, sui loro problemi psichici, sulle caratteristiche che accrescono il rischio d'invalidità e sul processo che li ha portati alla concessione di una rendita. Non si sa nemmeno a che età né a quale punto del percorso scolastico-formativo questi giovani abbiano manifestato per la prima volta difficoltà né tantomeno quando si sia intervenuti. Si presume in ogni caso che l'assicurazione invalidità non sia stata il primo interlocutore di questi giovani assicurati. È anzi probabile che per molti di loro la concessione di una rendita abbia rappresentato l'esito provvisorio di una lunga serie di eventi sfavorevoli. In Svizzera i motivi all'origine di questa situazione non vanno ricercati tanto nell'insufficienza di servizi di sostegno professionali nel

campo della psichiatria-psicoterapia, della pedagogia sociale, della psicologia o in altri ambiti – nel confronto internazionale queste strutture sono molto ben sviluppate (OCSE, 2014) – quanto nelle carenze di questa offerta.

A tutt'oggi mancano infatti i dati necessari per predisporre misure tempestive ed efficaci che permettano all'AI e agli altri attori (istituzioni scolastico-formative, servizi di assistenza sanitaria, datori di lavoro ecc.) di riuscire a mantenere sempre più giovani affetti da disturbi psichici nel sistema scolastico-formativo e nel mercato del lavoro. L'obiettivo del presente studio è stato quindi di analizzare i profili dei nuovi beneficiari di rendita con problemi psichici, esaminando inoltre l'evoluzione dei loro disturbi, il loro percorso scolastico-formativo e i processi di esclusione, nonché di individuare i servizi di sostegno intervenuti e i provvedimenti applicati e di identificare i fattori di rischio di un'invalidità precoce.

Metodo

Siccome i dati del registro AI non bastano da soli a rispondere a domande di così ampia portata, si è proceduto a un'analisi dettagliata degli incarti di assicurati di età compresa tra i 18 e i 29 anni (N=500). Si tratta da un lato di persone alle quali è stata concessa una rendita tra il 2010 e il 2013 a seguito di problemi psichici (N=400) e dall'altro di un gruppo di confronto composto da assicurati che hanno beneficiato di prestazioni AI tra il 2010 e il 2011 ma che non hanno ricevuto una rendita (N=100). Lo scopo dell'analisi era di identificare i fattori di rischio che possono portare a un'invalidità precoce.

Gli incarti sono stati estratti tra quelli della popolazione di riferimento, con o senza rendita, attraverso un campionamento stratificato non proporzionale, le cui variabili erano in primo luogo il sistema di documentazione utilizzato da un ufficio AI (IGIS, OSIV, GILAI: come indicatori della prassi di accertamento) e in secondo luogo le dimensioni di un ufficio AI (piccolo, medio-grande: per un'adeguata rappresentanza dei Cantoni più piccoli). Nella popolazione di riferimento è stato tenuto conto delle malattie psichiche più frequenti (codici d'infermità 641-646 e 649) e dei disturbi psichiatrici congeniti (codici d'infermità 404-406).

In seguito gli incarti sono stati codificati sistematicamente in base a una griglia elaborata in collaborazione con esperti in materia di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, psichiatria dell'adulto, pedagogia curativa, psicologia scolastica e istruzione, orientamento professionale AI e Case Management Formazione professionale. Oltre che di queste conoscenze pratiche e specialistiche ci si è potuti avvalere dei risultati della ricerca sui fattori predittivi dell'esito nell'ambito della riabilitazione psichiatrica e dei precedenti lavori degli autori del presente studio (Rüesch et al., 2013; Baer, Frick, Fasel, 2009). Gli incarti sono stati codificati da studenti di psicologia appositamente istruiti e seguiti dal gruppo di ricerca durante la rilevazione dei dati allo scopo di garantire l'applicazione di criteri uniformi.

In un primo tempo i dati risultati plausibili sono stati sottoposti a un'analisi descrittiva. Per determinare la successione di stati ed eventi nei percorsi scolastico-formativi e nei processi terapeutici si è lavorato secondo cosiddette analisi di sequenze di dati. Per strutturare l'ingente quantità di informazioni acquisite sono state inoltre eseguite diverse analisi tipologiche (analisi di classi latenti). Il calcolo dei fattori di rischio (*odds ratio*) per la concessione di una rendita è stato effettuato mediante regressioni logistiche. Infine, con alberi di classificazione e di regressione (CART) sono state analizzate le interazioni tra i fattori di rischio e l'incidenza di tali fattori sulla concessione di una rendita.

Risultati

Rischi psicosociali multipli tra i giovani beneficiari di rendita

Spesso i giovani beneficiari di rendita sono stati esposti molto precocemente a fattori negativi, presentano uno scarso livello di istruzione e formazione professionale e un percorso scolastico-formativo contraddistinto da interruzioni o cambiamenti (ad es. bocciature, esclusione dalla scuola); soffrono inoltre di gravi disturbi psichici che hanno determinato lunghi processi di cura.

Quasi tutti (84 %), con percentuali pressoché identiche per entrambi i sessi, percepiscono una rendita intera. A un assicurato su due la rendita è stata concessa tra i 18 e i 22 anni. I soggetti di nazionalità straniera sono sottorappresentati in questo gruppo (20 %), sebbene i genitori di un terzo dei beneficiari siano di origine straniera.

Oltre il 40 per cento dei beneficiari di rendita ha terminato al massimo il livello secondario I. La metà ha invece concluso una scuola di livello secondario II, portando a termine nella maggior parte dei casi tutt'al più una formazione professionale pratica, un avviamento professionale AI o un certificato di formazione pratica. Solo poco meno di un sesto degli interessati (14 %) ha concluso una formazione professionale di base triennale o quadriennale con attestato federale di capacità (AFC). Circa due terzi (60 %) hanno assolto la scuola dell'obbligo frequentando almeno parzialmente una classe o una scuola speciali.

Maggiore è l'età alla quale un giovane ottiene una rendita e meno il suo percorso scolastico-formativo è compromesso. Questo vale in particolare per i soggetti ai quali la rendita è stata concessa dopo il 25° anno di età: essi presentano infatti decisamente di rado un'istruzione scolastica di base speciale e hanno generalmente concluso una formazione professionale AFC. Un dato che salta all'occhio tra i giovani beneficiari di rendita è l'elevata frequenza di interruzioni del percorso scolastico-formativo: stando agli atti, oltre l'80 per cento di questi assicurati ne ha vissuto almeno uno. Tra quelli più documentati figurano il cambio di classe o di scuola (52 %), l'interruzione della formazione professionale (39 %) e la bocciatura (23 %).

Un quarto dei giovani beneficiari non ha mai svolto un'attività professionale né in un ambiente protetto né nel mercato del lavoro primario prima di ottenere la rendita. Poco più del 40 per cento ha lavorato almeno temporaneamente nel mercato del lavoro primario e un altro terzo è stato occupato in un ambiente protetto. Solo il 5 per cento circa dei giovani assicurati svolgono, al momento della codifica degli incarti, un'attività lucrativa a tempo parziale nel mercato del lavoro primario, soprattutto quelli che percepiscono una mezza rendita o un quarto di rendita.

Un altro aspetto che caratterizza i giovani beneficiari di rendita è la frequenza di fattori familiari negativi: dagli atti risulta che circa un terzo di essi è cresciuto con genitori affetti da gravi problemi psichici. Per circa un quarto degli interessati sono documentate anche situazioni di conflitto, negligenza e violenza in seno alla famiglia. Infine un sesto degli assicurati in esame proviene da famiglie in cui almeno un genitore dipendeva dall'aiuto sociale o beneficiava di una rendita.

Sulla base dei fattori familiari negativi documentati è stato possibile suddividere gli assicurati in esame (N=500) in quattro tipologie di sollecitazioni: 1) assicurati senza fattori familiari negativi (45 %), 2) assicurati provenienti da famiglie monoparentali, senza altri fattori negativi (16 %), e 3) assicurati cresciuti con un solo genitore (22 %) o 4) con entrambi i genitori (18 %), che presentano fattori negativi multipli gravi. Tra i rappresentanti delle ultime due categorie sono particolarmente frequenti i disturbi della personalità. I reperti sui fattori negativi manifestatisi precocemente nella biografia dei giovani beneficiari di rendita coincidono con i risultati dell'analisi degli incarti dei beneficiari di rendita per motivi psicogeni (Baer et al., 2009): stando agli atti si può presumere la presenza di fattori negativi

gravi nella biografia familiare di circa il 40 per cento dei giovani beneficiari e di circa il 50 per cento dei beneficiari per motivi psicogeni. La percentuale leggermente inferiore del primo gruppo è riconducibile alle differenti popolazioni dei due studi, con una conseguente diversa ripartizione delle malattie: tra i giovani beneficiari di rendita sono più frequenti il ritardo mentale e altre infermità congenite, che generalmente non sono associati a fattori biografici negativi.

Disturbi psichici tra i giovani beneficiari di rendita

Per le diagnosi dei disturbi psichici si è potuto far capo a due fonti d'informazione: da un lato i codici d'infermità nel registro AI (attribuiti dagli uffici AI) e dall'altro le diagnosi psichiatriche ICD. Tra i *codici d'infermità* indicati nel registro AI compaiono con particolare frequenza il codice 649 («altri disturbi mentali e caratteriali», in prima linea ritardo mentale e disturbi dello sviluppo), il codice 646 («disturbi psicogeni e psicoreattivi», soprattutto disturbi della personalità) e il codice 641 («schizofrenia»), riscontrati rispettivamente per il 33, il 27 e il 16 per cento dei beneficiari. Queste tre categorie totalizzano circa il 75 per cento dei beneficiari di rendita. Il ritardo mentale e i disturbi dello sviluppo (codice 649) prevalgono tuttavia soltanto nel gruppo dei soggetti più giovani, ossia coloro che si sono visti assegnare una rendita tra i 18 e i 21 anni, dove rappresentano la metà delle cause d'invalidità. Le persone alle quali è stata concessa una rendita tra i 22 e i 29 anni soffrono invece per due terzi di un disturbo della personalità o di schizofrenia. La distribuzione delle diagnosi è uniforme nelle principali regioni linguistiche (Svizzera romanda e Svizzera tedesca).

Su questa base sono stati identificati sei tipi di diagnosi psichiatriche: 1) disturbi dello sviluppo e/o ritardo mentale (24 %), 2) schizofrenia (spesso associata all'uso di cannabis) (23 %), 3) disturbi della personalità con comorbidità di disturbi affettivi e nevrotici (15 %), 4) disturbi precoci del comportamento (19 %), 5) disturbi precoci multipli gravi associati a disturbi del comportamento e dello sviluppo e ritardo mentale (11 %) e 6) disturbi della personalità con comorbidità di tossicomanie e altri disturbi (9 %). I soggetti con questi quadri patologici si differenziano non solo per i fattori biografici negativi, ma anche per i trattamenti seguiti, le istituzioni che li hanno assistiti e i percorsi scolastico-formativi compiuti.

- Gli assicurati affetti da schizofrenia o da disturbi della personalità ricevono un sostegno quasi esclusivamente psichiatrico. Nel loro caso, oltre ai servizi psichiatrici sono spesso coinvolti attivamente anche i datori di lavoro. I soggetti di questo gruppo entrano in contatto con l'AI relativamente "tardi" (nel gruppo dei giovani beneficiari) e hanno frequentato perlopiù le scuole regolari, seppur spesso in modo discontinuo.
- Gli assicurati con disturbi dello sviluppo e/o ritardo mentale, invece, frequentano quasi esclusivamente classi o scuole speciali e sono integrati in strutture di vario genere, specialmente istituti. Lavorano spesso in laboratori protetti.
- I soggetti con disturbi precoci del comportamento e disturbi precoci multipli gravi seguono trattamenti psichiatrici e frequentano scuole speciali. Rappresentano il gruppo che beneficia maggiormente delle offerte di sostegno e che dall'infanzia all'età adulta è seguito da un gran numero di attori nel campo della pedagogia speciale, della psichiatria, dell'istruzione e della formazione professionale.

Prima manifestazione della malattia in età precoce, ma trattamento spesso tardivo

Per un quinto dei giovani beneficiari di rendita sono documentati problemi già nel primo anno di vita, per un quarto nella prima infanzia e in età prescolare. Questo significa che in circa la metà dei casi i primi sintomi di un disturbo psichico si sono manifestati prima dell'età dell'obbligo scolastico. Circa un sesto degli assicurati ha mostrato i primi segni di un disturbo psichico in età elementare. Per il restante terzo però l'inizio dei disturbi psichici è stato documentato solo a partire dall'adolescenza o in età

adulta. È interessante notare che molti bambini i cui disturbi psichici sono insorti molto precocemente (infermità congenite ecc.) hanno iniziato un trattamento soltanto quando frequentavano la scuola dell'infanzia o la scuola dell'obbligo.

Mettendo a confronto le date del primo trattamento psichiatrico cui i giovani beneficiari di rendita sono stati sottoposti e quelle delle interruzioni nel percorso formativo (abbandono scolastico o formativo) si osservano notevoli differenze a seconda del tipo di diagnosi. La maggior parte dei soggetti con disturbi psichiatrici insorti molto precocemente (disturbi emotivo-relazionali, disturbi dello sviluppo, disturbi psichici di natura organica) ha seguito un trattamento psichiatrico di una certa durata prima di abbandonare la scuola o la formazione professionale. Tra i giovani beneficiari di rendita con disturbi schizofrenici la situazione è inversa: il 75 per cento di questi soggetti non è mai stato in terapia prima dell'abbandono scolastico o formativo.

Questo risultato evidenzia un problema già noto, ossia il riconoscimento tardivo delle malattie schizofreniche precoci (in media gli assicurati in esame hanno interrotto gli studi o la formazione professionale a 17 anni). Tra i giovani beneficiari di rendita quello degli schizofrenici, che peraltro hanno spesso un livello d'istruzione elevato, è il gruppo più numeroso. Occorrono dunque sforzi particolari per migliorare il rilevamento tempestivo a monte della richiesta di prestazioni AI (a scuola) e per anticipare l'inizio del trattamento delle persone interessate, e questo benché dal punto di vista epidemiologico si tratti di un gruppo assai esiguo.

Incongruenze nelle raccomandazioni e nelle prognosi mediche

Riguardo alle procedure di accertamento medico si rilevano importanti discrepanze tra i rapporti medici AI redatti all'inizio della procedura di accertamento e le perizie eseguite in una fase più avanzata: se nei rapporti medici sono proposti adeguamenti a scuola o sul lavoro per migliorare la situazione del paziente solo in un caso su sei, tale raccomandazione compare in quasi la metà delle perizie. Inoltre i rapporti medici non riportano praticamente mai indicazioni su come insegnanti, datori di lavoro e altri attori debbano occuparsi dell'assicurato (è invece il caso del 20 % delle perizie). Per pianificare provvedimenti d'integrazione adeguati sarebbe tuttavia fondamentale disporre il più presto possibile di informazioni sugli adeguamenti ritenuti necessari dai medici in ambito formativo e professionale. I rapporti medici AI, che nella maggior parte dei casi sono richiesti all'inizio della procedura AI, sarebbero uno strumento adatto a tal fine. Dato però che le perizie sono effettuate solo in una fase più avanzata, sempre che vengano eseguite (è il caso solo per il circa il 30 % dei giovani beneficiari di rendita), e servono generalmente alla valutazione del diritto alla rendita, le conoscenze mediche non possono essere utilizzate a favore dell'integrazione o per prevenire l'esclusione degli assicurati. Si tratta di una problematica nota da tempo che nell'ultimo decennio è rimasta praticamente immutata. Sarebbe però importante, soprattutto nel caso degli assicurati molto giovani, disporre di una valutazione interdisciplinare esaustiva per poter pianificare l'integrazione.

La prognosi medica dello stato di salute, una domanda di routine nei rapporti medici AI e nelle perizie, solleva altri interrogativi: molto ottimistica all'inizio della procedura (lo stato di salute di circa il 50 % dei giovani beneficiari di rendita è giudicato «suscettibile di miglioramento»), peggiora in misura significativa nell'ultimo rapporto medico o nell'ultima perizia (lo stato di salute è ritenuto suscettibile di miglioramento solo nel 22 % dei casi). Non sono tuttora chiari i fattori che contribuiscono al graduale peggioramento della prognosi. I dati a disposizione non spiegano nemmeno perché a oltre un quinto dei giovani assicurati sia stata concessa una rendita benché al momento della decisione i medici ritenessero che il loro stato di salute potesse migliorare.

Dalle analisi emerge inoltre che i medici sono particolarmente ottimisti circa il miglioramento dello stato di salute in caso di disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza (F9), disturbi psichici di natura organica (F0), disturbi della personalità (F6) e ritardo mentale (F7). Il loro giudizio è più ottimistico rispetto a quello formulato per i disturbi affettivi (F3) e i disturbi nevrotici (F4) e molto più ottimistico rispetto a quello espresso per la schizofrenia (F2). Dato però che lo stato di salute rimane pressoché invariato soprattutto in caso di disturbi della personalità, disturbi psichici di natura organica e ritardo mentale, mentre può cambiare per i disturbi nevrotici e la schizofrenia, è lecito chiedersi se i medici rispondano alla domanda nel senso auspicato. Nella forma attuale le prognosi dei medici sullo stato di salute non consentono infatti un'interpretazione univoca. Trattandosi però di un'informazione determinante occorrerebbe rendere più concreta la domanda.

Rapporto lungo e complesso con le istituzioni

La maggior parte dei beneficiari di rendita in esame hanno alle spalle una storia lunga e intensa di rapporti con le istituzioni: per l'accertamento della situazione e l'assistenza di poco più della metà degli assicurati sono state interpellate almeno sette istituzioni. Le istituzioni e gli specialisti maggiormente coinvolti (oltre il 50 % dei casi) sono i Servizi medici regionali (SMR), gli psichiatri, gli psicologici psicoterapeuti e/o psichiatri nonché le aziende formatrici. Un altro gruppo di istituzioni e specialisti al quale si fa spesso ricorso (per almeno un terzo degli assicurati) comprende i servizi psichiatrici ambulatoriali, i pediatri, i servizi specializzati in pedagogia terapeutica, i datori di lavoro in ambienti protetti, i superiori e i servizi specializzati in psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. In oltre un terzo dei casi sono inoltre documentati soggiorni in istituto. Le istituzioni coinvolte sono particolarmente numerose nel caso degli assicurati affetti da disturbi precoci (disturbi dello sviluppo, ritardo mentale, disturbi del comportamento e disturbi gravi multipli).

Questa tendenza è confermata dall'analisi della tipologia delle istituzioni e degli specialisti interpellati, eseguita nell'ambito del presente studio, e dalla quale sono emersi cinque profili molto diversi tra loro. I rappresentanti di due di questi profili (pari a circa il 20 % degli assicurati in esame, affetti tra l'altro da disturbi dello sviluppo e/o ritardo mentale e disturbi precoci del comportamento) hanno fatto ricorso ad oggi a tutta una serie di servizi di sostegno, nel primo profilo senza e nel secondo con soggiorni in istituto. In quest'ultimo caso sono spesso coinvolte le aziende formatrici (ambienti di lavoro protetti). I rappresentanti del terzo e del quarto profilo (pari al 58 % degli assicurati, affetti da disturbi della personalità e schizofrenia) hanno beneficiato quasi esclusivamente di un sostegno psichiatrico, nel terzo profilo a partire da un'età molto giovane e senza partecipare al mercato del lavoro, nel quarto solo in età adulta e con l'intervento attivo dei datori di lavoro e delle aziende formatrici. I rappresentanti del quinto profilo (più giovani, affetti da disturbi dello sviluppo e disturbi precoci del comportamento), infine, hanno seguito trattamenti pediatrici fin dalla più tenera età e beneficiato successivamente di un sostegno speciale nell'azienda formatrice.

Collaborazione tra gli uffici AI e gli attori esterni

La collaborazione tra gli uffici AI e gli attori esterni è globalmente buona, sebbene per un terzo dei giovani beneficiari di rendita siano documentati indizi di una cooperazione problematica, riguardanti soprattutto gli psichiatri curanti o incaricati di effettuare perizie (nel 55 % dei casi in cui sono stati riscontrati problemi), i medici di famiglia (in circa il 25 % dei casi) e gli assicurati o i loro curatori (in circa il 25 % dei casi). Per quanto concerne le diagnosi dei giovani beneficiari di rendita si rilevano collaborazioni problematiche soprattutto nei casi di disturbi affettivi, disturbi della personalità e disturbi psichici di natura organica. Nel complesso i medici (curanti) sono di gran lunga gli interlocutori più "'difficili" per gli uffici AI. Sebbene l'invio di diversi solleciti a un medico o l'apposizione di note esplicite

negli atti (rilevata nell'ambito del presente studio) non siano sempre indizi di serie difficoltà di cooperazione, si può tuttavia presumere che molti di questi problemi non vengano messi agli atti. Considerata l'importanza, per l'integrazione dei giovani assicurati, di una collaborazione rapida e proattiva tra gli uffici AI e i medici curanti, questi risultati mettono in luce un problema sostanziale.

Trattamenti psichiatrici

Se si esclude il gruppo degli assicurati affetti da disturbi dello sviluppo o ritardo mentale, per molti dei quali non sono mai state documentate cure psichiatriche (ma misure di pedagogia speciale), gli atti di tutti i beneficiari di rendita in esame menzionano trattamenti psichiatrici, in un terzo dei casi solo ambulatoriali e in quasi la metà sia ambulatoriali che stazionari. In circa due terzi del totale degli assicurati considerati sono state inoltre somministrate terapie farmacologiche. Un dato interessante è la brevità del primo trattamento psichiatrico ambulatoriale dei futuri giovani beneficiari di rendita per determinati disturbi psichici, ad esempio la schizofrenia e i disturbi nevrotici. Sorge dunque spontaneo l'interrogativo sull'eventualità che un trattamento troppo poco incisivo abbia precluso un intervento tempestivo, soprattutto alla luce del fatto che i disturbi nevrotici, di per sé curabili, non sfociano necessariamente in un'invalidità.

Provvedimenti AI

I provvedimenti AI più frequenti tra i giovani beneficiari di rendita sono i provvedimenti d'integrazione professionale (75 % dei casi), seguiti dai provvedimenti di accertamento (quasi il 60 % dei casi), dalle misure di pedagogia speciale e dai provvedimenti medici (quasi il 40 % dei casi per entrambe le categorie).

I provvedimenti professionali (formazione, riconversione professionale ecc.), dispendiosi in termini di risorse, vengono attuati con particolare frequenza in caso di disturbi emotivo-relazionali precoci, disturbi psichici di natura organica e ritardo mentale e molto più raramente in caso di schizofrenia, depressione, disturbi nevrotici e disturbi della personalità.

I provvedimenti d'intervento tempestivo e quelli di reinserimento, di durata più breve, vengono applicati soprattutto nei casi di depressione, disturbi della personalità e schizofrenia, ma sono a tutt'oggi di gran lunga meno frequenti rispetto alle altre misure. Anche in questo caso sorprende la scarsa considerazione, in riferimento ai provvedimenti professionali, degli assicurati affetti da patologie schizofreniche. Benché abbiano un livello d'istruzione assai elevato rispetto a molti altri giovani beneficiari di rendita, questi soggetti sono confrontati non solo con prognosi particolarmente negative fin dall'inizio, ma anche con una scarsità di investimenti per provvedimenti professionali in loro favore.

D'altra parte, però, si investono molte risorse nell'accertamento professionale e nell'integrazione di assicurati per i quali è chiaro già in partenza che potranno lavorare soltanto in ambienti protetti (ad es. in caso di disturbi psichici di natura organica, ritardo mentale, disturbi pervasivi dello sviluppo).

Schemi caratteristici a livello di formazione, trattamenti e provvedimenti AI

Un'analisi dell'evoluzione dei percorsi scolastico-formativi ha permesso di identificare quattro schemi caratteristici.

- *Assicurati con lacune di apprendimento, entrati in contatto relativamente tardi con l'AI* (39 % del campione totale): in questo gruppo i soggetti soffrono di disturbi psichici quali schizofrenia e disturbi della personalità associati a tossicomanie. Molti di essi hanno frequentato le scuole regolari e hanno svolto un'attività professionale nel mercato del lavoro primario.
- *Assicurati con frequenti cambiamenti di scuola* (17 %): i soggetti di questo gruppo soffrono nella maggior parte dei casi di disturbi dello sviluppo e disturbi precoci (o congeniti). Benché la quota di coloro che svolgono attualmente un'attività professionale (in un ambiente protetto)

sia relativamente alta (50 %), solo pochissimi (7 %) hanno avuto un'esperienza lavorativa nel mercato del lavoro primario.

- *Assicurati con un'interruzione prima del passaggio al livello secondario II* (29 %): in genere questi soggetti hanno frequentato le scuole regolari con periodi in scuole speciali. Presentano perlopiù disturbi dello sviluppo e disturbi precoci. Questo schema attesta la percentuale più alta (32 %) di soggetti che non hanno mai esercitato un'attività professionale.
- *Assicurati che hanno frequentato scuole speciali* (15 %): lo schema predominante è un percorso assolto prevalentemente in scuole speciali con pochi cambiamenti, seguito in molti casi da una formazione professionale ed eventualmente un'attività professionale (in un ambiente protetto). La patologia psichiatrica prevalente è costituita da disturbi dello sviluppo associati a ritardo mentale. Sono pochi coloro che hanno lavorato nel mercato del lavoro primario (14 %).

A livello di trattamenti e provvedimenti sono stati identificati tre schemi caratteristici:

- Gli assicurati con una *storia di trattamenti psichiatrici* (44 % del campione totale) sono decisamente più anziani e soffrono di disturbi psichici gravi quali schizofrenia e disturbi della personalità associati a tossicomanie. In questo gruppo l'AI dispone provvedimenti professionali e/o scolastici con una frequenza molto minore (68 %) rispetto agli altri gruppi. I provvedimenti medici sono molto rari (9 %) e per circa un sesto degli assicurati non è documentato nessun provvedimento AI.
- Gli assicurati con una *storia di rapporti con l'AI* (36 %) sono più giovani (circa la metà ha tra i 17 e i 21 anni) e soffrono tipicamente di disturbi dello sviluppo associati a ritardo mentale. Nel loro caso l'esecuzione di provvedimenti professionali e/o scolastici dell'AI è la norma e circa la metà ha anche beneficiato di provvedimenti medici.
- Gli assicurati con una *storia di trattamenti ambulatoriali* (20 %) costituiscono il gruppo con la quota più alta di soggetti giovani (2/3) e presentano con particolare frequenza disturbi precoci. Anche in questo caso l'esecuzione di provvedimenti professionali e/o scolastici dell'AI è la norma. Anche i provvedimenti medici sono attuati molto spesso (75 %).

Confronto tra beneficiari di rendita e assicurati senza rendita

Dal confronto tra gli assicurati ai quali è stata concessa una rendita nel periodo 2010-2013 e gli assicurati senza rendita per i quali l'ultimo provvedimento dell'AI è stato attuato nel 2010-2011 emerge in particolare che i rappresentanti del secondo gruppo sono più giovani e hanno concluso più spesso un apprendistato con AFC. D'altra parte questi assicurati provengono da contesti familiari *più difficili* rispetto ai beneficiari di rendita. Si rileva inoltre che la collaborazione tra gli uffici AI e i medici è più facile nel caso degli assicurati senza rendita.

Per quanto concerne la ripartizione dei disturbi psichici si riscontrano notevoli differenze tra i due gruppi, che potrebbero però essere riconducibili alla minore età degli assicurati senza rendita: questi ultimi soffrono molto più frequentemente della cosiddetta sindrome psico-organica SPO (codice d'infermità 404) o rientrano nella categoria F9 della classificazione ICD (disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza). Infine questi assicurati sembrano essere affetti in misura minore da malattie gravi (meno degenze ospedaliere, prognosi medica migliore). Queste differenze vanno tuttavia relativizzate nella misura in cui:

a) le prognosi peggiorano con l'età e il numero dei trattamenti residenziali può ancora aumentare;
b) con il passare degli anni le diagnosi di SPO/ADHD si trasformano spesso in diagnosi di disturbo della personalità (con probabilità più elevate di concessione di una rendita).

I dubbi quanto alla prognosi più positiva degli assicurati senza rendita sono corroborati anche dall'alta frequenza e dalla gravità dei fattori familiari negativi rilevati in questo gruppo, che sono tipici dei disturbi della personalità. È quindi possibile che in una fase successiva si valuti la possibilità di concedere una rendita per disturbi della personalità a una percentuale importante di assicurati con una biografia difficile e una diagnosi di SPO/ADHD. Probabilmente questi soggetti rappresentano dunque in parte assicurati *non ancora* beneficiari di rendita.

Questa ipotesi è peraltro convalidata dal confronto della situazione occupazionale nei due gruppi al momento della codifica degli incarti: se infatti tra i beneficiari di rendita quasi nessuno esercita un'attività lucrativa (a tempo parziale) nel mercato del lavoro primario (solo il 3,5 %), tra gli assicurati senza rendita la quota di persone attive è comunque molto bassa (15 %). Sebbene una parte di essi sia ancora in formazione, gli assicurati senza rendita non rappresentano necessariamente un gruppo di riferimento "positivo". Ciò significa che questi assicurati costituiscono in parte persone a rischio che l'AI dovrebbe continuare a seguire.

Fattori di rischio che possono portare a un'invalidità precoce

A prescindere da queste considerazioni, è stato possibile determinare mediante procedure statistiche una serie di fattori di rischio generalmente validi per la concessione di una rendita. I risultati mostrano che ad essere decisive sono soprattutto le caratteristiche delle patologie, dei percorsi scolastico-formativi, ma anche quelle del sistema di provvedimenti AI. A titolo di esempio, la probabilità che venga concessa una rendita nel gruppo delle infermità congenite è nettamente inferiore rispetto a quella nel gruppo di riferimento comprendente i disturbi della personalità e i disturbi psicogeni e psicoreattivi (codice 646). Anche nel gruppo dei disturbi affettivi il rischio di beneficiare di una rendita è piuttosto basso. Per gli assicurati affetti da psicosi (codici 641-644) e schizofrenia invece, il rischio di vedersi assegnare una rendita è nettamente più elevato (di un fattore rispettivamente di 4 e 10). Il rischio è alto anche per il ritardo mentale. Tutti questi effetti (aumento o riduzione del rischio) sono netti, vale a dire che i rischi sono stati calcolati al netto di tutte le altre variabili. Ciò vale anche per i risultati presentati qui di seguito.

Il rischio di beneficiare di una rendita è elevato anche per gli assicurati che presentano un basso livello d'istruzione o che hanno frequentato scuole speciali. Il rischio di gran lunga più elevato interessa tuttavia gli assicurati per i quali l'AI non ha disposto né provvedimenti professionali, né provvedimenti medici ed è 12 volte superiore a quello cui sono esposti i beneficiari di provvedimenti. Tale risultato può essere interpretato in vari modi. Si può ad esempio ipotizzare che a queste persone non siano mai stati concessi provvedimenti perché si è giudicato che il loro stato di salute fosse già troppo compromesso. D'altra parte si può però anche supporre che il rischio sia aumentato proprio per l'assenza di provvedimenti. Quest'ultima possibilità è plausibile nella misura in cui i provvedimenti professionali sono attuati molto più raramente per gli assicurati affetti da schizofrenia, depressione, disturbi nevrotici e disturbi della personalità rispetto a quanto accade per gli altri assicurati. Eppure nell'ambito di altri studi sono stati dimostrati empiricamente gli effetti positivi, per i soggetti affetti da questi disturbi, di provvedimenti attuati sul posto di lavoro, ad esempio i programmi *Supported Employment,* oggetto di molte ricerche (OCSE, 2012).

Conclusioni

È sempre necessaria una rendita?

Dal presente studio emerge che i giovani beneficiari di una rendita AI (tra i 18 e i 29 anni) sono affetti con particolare frequenza da disturbi psichici gravi e molto precoci chiaramente dovuti a cause organiche (ritardo mentale, disturbi pervasivi dello sviluppo, schizofrenia) oppure riconducibili almeno in

parte a fattori negativi gravi manifestatisi precocemente nella loro biografia familiare (ad es. disturbi della personalità). La maggior parte dei giovani beneficiari di rendita manifesta anomalie molto presto: nella metà dei casi l'insorgere di un disturbo è stato riscontrato già in età prescolare, e spesso gli interessati hanno poi necessitato del sostegno costante di vari specialisti e istituzioni fino in età adulta. Inoltre una percentuale rilevante di questi giovani non ha mai frequentato le scuole regolari né ha mai esercitato un'attività professionale nel mercato del lavoro primario, bensì ha frequentato scuole speciali per poi seguire una formazione professionale e lavorare in ambienti protetti. Nel complesso solo un sesto dei giovani beneficiari di rendita (14 %) ha concluso una formazione professionale con attestato federale di capacità (AFC). E solo il 5 per cento degli assicurati è in qualche modo ancora attivo professionalmente.

Dato il quadro iniziale sfavorevole, è opportuno chiedersi se ci sarebbe stata un'alternativa alla rendita. In base ai risultati del presente studio, la risposta è parzialmente affermativa: per una piccola parte di questi giovani assicurati è possibile che la rendita sia stata concessa troppo presto perché il rilevamento nel sistema scolastico-formativo non è stato sufficientemente tempestivo, perché la cooperazione e l''informazione dei medici è stata insufficiente, oppure perché mancavano prospettive d'integrazione o i meccanismi nei processi AI erano inadeguati.

Dallo studio emerge chiaramente che l'etichetta «disturbo psichico» cela talvolta patologie e disabilità gravi e multiple associate non di rado a ritardo mentale. In parole povere si può affermare che, nel complesso, i beneficiari di rendita presentano disturbi più gravi rispetto agli assicurati senza rendita (sebbene alcune diagnosi possano cambiare in età adulta) e che la concessione di una rendita è giustificata. Parallelamente lo studio ha però identificato alcuni problemi che andrebbero affrontati con urgenza per ridurre maggiormente il numero di invalidità psichiche precoci:

1) *Rilevamento e intervento non sufficientemente tempestivi, rendita concessa in tempi molto brevi.* La metà dei futuri beneficiari di rendita entra in contatto relativamente tardi con l'AI. Nella maggior parte dei casi si tratta di assicurati che, a monte di questo primo contatto, hanno frequentato le scuole regolari e/o hanno iniziato una formazione professionale AFC (di base triennale o quadriennale) che spesso però hanno interrotto prematuramente. Apparentemente le anomalie di questo gruppo, che si contraddistingue per un livello d'istruzione piuttosto elevato, vengono notate (troppo) tardi e il sostegno fornito agli interessati è troppo poco incisivo. Ne consegue che nei soggetti di questo gruppo viene riconosciuta un'invalidità psichica in tempi molto brevi (nel caso degli assicurati affetti da schizofrenia, per esempio, trascorrono solo due anni tra il primo rapporto medico e la concessione della rendita). Globalmente per questi giovani beneficiari di rendita l'AI ha disposto pochissimi provvedimenti d'intervento tempestivo (10 % dei casi), sebbene la quota sia un po' più elevata tra gli assicurati affetti da schizofrenia e disturbi della personalità. L'AI dovrebbe attuare più spesso provvedimenti d'intervento tempestivo su allievi e apprendisti e cooperare sistematicamente con le scuole e i centri di formazione.
2) *Inizio tardivo del trattamento psichiatrico*. I giovani beneficiari di rendita affetti da schizofrenia o disturbi della personalità iniziano perlopiù il primo trattamento psichiatrico solo *dopo* aver abbandonato la scuola o interrotto la formazione. Evidentemente questi giovani non sono stati individuati per tempo nel sistema scolastico-formativo e sottoposti a un trattamento adeguato. A ciò si aggiunge che i giovani schizofrenici hanno una scarsa consapevolezza della loro malattia e difficilmente si rivolgono ai servizi psichiatrici o all'AI. Questo aspetto non va sottovalutato nella misura in cui prima si interviene al manifestarsi della schizofrenia, più favorevole è la prognosi. Per l'AI è dunque importante che venga migliorato il rilevamento tempestivo a scuola, durante l'apprendistato o durante gli studi e che gli psichiatri agiscano con maggiore determinazione, discutendo in modo più approfondito con i giovani pazienti le opzioni occupazionali e l'opportunità di richiedere prestazioni AI.

3) *Abbandono formativo in alcuni casi evitabile*. Per quanto concerne l'abbandono formativo, si rilevano differenze a seconda delle malattie: spesso, nel caso degli assicurati con infermità congenite e di quelli con disturbi dello sviluppo e/o ritardo mentale, la decisione di interrompere la formazione non è presa dagli interessati, bensì dall'impresa formatrice (posti di lavoro protetti). La situazione è inversa per gli assicurati affetti da psicosi, disturbi psicoreattivi e disturbi della personalità, molti dei quali interrompono di propria iniziativa la formazione nel mercato del lavoro primario. Nel loro caso l'azienda formatrice non sarebbe necessariamente arrivata a tanto ee l'abbandono avrebbe potuto essere evitato fornendo maggiore sostegno.
4) *Rassegnazione precoce nell'esecuzione di provvedimenti AI.* Dagli incarti risulta inoltre che la maggior parte dei giovani beneficiari di rendita ha interrotto "soltanto" una formazione professionale AFC, sempre che lo abbia fatto (anche in questo caso si tratta anzitutto di assicurati affetti da schizofrenia, disturbi della personalità o disturbi psicoreattivi) e che solo il 13 per cento di essi ne ha interrotta più di una. Dato che due terzi di coloro che hanno abbandonato la formazione non possiede attualmente un AFC, si può presumere che nella maggior parte dei casi non sia stato intrapreso un secondo tentativo. È dunque lecito chiedersi se non ci si sia rassegnati troppo presto. Un abbandono formativo (o due) non giustifica a priori la concessione di una rendita, specie nel caso di giovani affetti da patologie croniche e/o ricorrenti il cui decorso è variabile e può stabilizzarsi con il tempo.
5) *Interventi troppo poco incisivi in caso di disturbi individuati precocemente*. Un gruppo di persone affette da disturbi emotivo-relazionali precoci (tra cui ADHD/SPO) o da disturbi dello sviluppo manifesta anomalie fin dai tempi della scuola dell'obbligo (bocciature, cambiamenti di scuola e interruzioni). In questi casi il problema non sembra essere il rilevamento tardivo delle anomalie, bensì la mancata capacità delle istituzioni scolastiche e di altri attori di mantenere questi giovani nel sistema scolastico in un modo che risulti sostenibile per tutti gli interessati. Non di rado ai bambini e agli adolescenti di questo gruppo viene diagnosticato un disturbo della personalità in età adulta, per il quale il rischio di concessione di una rendita è particolarmente alto in tutte le fasce di età.
6) *Prognosi medica pessimistica in caso di schizofrenia*. I medici curanti e i medici incaricati di effettuare perizie formulano fin dall'inizio prognosi particolarmente sfavorevoli per i giovani affetti da schizofrenia, più sfavorevoli rispetto a quelle espresse per quasi tutte le altre disabilità, compreso il ritardo mentale. Questo è uno dei motivi per cui gli assicurati affetti da schizofrenia, depressione e disturbi della personalità beneficiano piuttosto raramente di un provvedimento professionale. I risultati dello studio rilevano un pessimismo eccessivo sia da parte dei medici, sia da parte dell'AI, soprattutto per gli assicurati che soffrono di schizofrenia.
7) *Informazioni mediche insufficienti nell'ottica dell'integrazione.* I rapporti medici AI contengono solo raramente informazioni sugli adeguamenti concreti da attuare a scuola, nella formazione professionale o sul lavoro e non riportano quasi mai indicazioni all'attenzione di insegnanti, formatori, superiori o responsabili dell'integrazione sull'approccio da adottare con i giovani interessati. Le perizie riportano un po' più spesso informazioni di questo genere, ma visto che vengono effettuate quasi sempre alla fine della procedura di accertamento (ammesso che vengano eseguite), le indicazioni dei medici servono perlopiù a valutare il diritto alla rendita e non possono essere utilizzate per pianificare provvedimenti d'integrazione che nella maggior parte dei casi sono stati attuati in una fase precedente. Eppure proprio nel caso di soggetti così giovani, per i quali il rischio di esclusione dal mercato del lavoro è quasi costante, sarebbe importante disporre di un'accurata analisi interdisciplinare dei problemi incontrati sul lavoro e dei possibili interventi per porvi rimedio.
8) *Valutazione differenziata all'inizio della procedura e non solo per l'accertamento del diritto alla rendita.* In generale i rapporti medici redatti all'inizio della procedura d'integrazione dovrebbero essere particolarmente ricchi di informazioni. Sarebbe quindi opportuno retribuire decisamente meglio questi primi rapporti ed esigere informazioni differenziate. Per lo stesso

motivo occorrerebbe chiedersi se per gli assicurati molto giovani con un certo potenziale d'integrazione non converrebbe richiedere una perizia o una valutazione all'inizio della procedura anziché alla fine. La valutazione andrebbe effettuata in tempi brevi e non dovrebbe rispondere ai requisiti giuridici posti a una perizia di rendita. Attualmente solo il 30 per cento dei giovani beneficiari di una rendita AI viene sottoposto a una perizia, una quota piuttosto bassa.

Considerazioni finali e raccomandazioni

Considerazioni finali

Dall'analisi degli atti risulta che per la maggior parte dei beneficiari di rendita la concessione precoce di una rendita d'invalidità è giustificato. Lo studio ha tuttavia evidenziato che per una minoranza numericamente rilevante di assicurati sarebbe stato possibile attuare forme di sostegno alternative. Quantomeno si è riscontrato che agli assicurati di questo gruppo viene concessa una rendita in tempi particolarmente rapidi, sulla base di informazioni mediche talvolta poco chiare o incomplete (prognosi, informazioni insufficienti nei rapporti medici), senza aver sfruttato tutte i provvedimenti d'integrazione disponibili (in moltissimi casi non sono stati disposti provvedimenti professionali) né tutte le opzioni offerte dalla medicina (durata molto breve dei trattamenti psichiatrici iniziali). Per quanto concerne le diagnosi, gli assicurati per i quali è probabile che la decisione di rendita sia stata in parte affrettata soffrono di schizofrenia, disturbi affettivi, disturbi nevrotici e disturbi della personalità.

Inoltre, gli assicurati di quest'ultimo gruppo presentano spesso i presupposti necessari, in termini di formazione, all'integrazione nel mercato del lavoro primario. Tuttavia i servizi di sostegno non sono apparentemente in grado di intervenire adeguatamente: benché sottoposti a trattamenti psichiatrici completi, agli assicurati in questione è data relativamente di rado la possibilità di seguire una formazione attraverso l'AI e ancor meno spesso quella di avere altre opportunità. Per contro, per la maggior parte dei giovani beneficiari di rendita affetti da ritardo mentale e da infermità che si manifestano precocemente, vengono finanziati diversi provvedimenti AI nell'ambito della pedagogia curativa, spesso con la prospettiva di una (importante) integrazione nel mercato del lavoro protetto. Lo stesso tipo di sostegno dovrebbe essere dato anche ai giovani assicurati che soffrono di disturbi psichiatrici dell'età adulta.

Le lacune riscontrate non concernono solo l'AI, ma anche altri attori:

- Nella *procedura di accertamento medico* non si dedica sufficiente attenzione alla componente riabilitativa, soprattutto nella fase iniziale della procedura AI. Le informazioni disponibili non sono d'aiuto per eventuali provvedimenti d'integrazione (non viene fornita praticamente nessuna indicazione utile per la pianificazione di tali interventi) o sono incomprensibili (prognosi).
- Si riscontrano problemi anche per quanto concerne i *trattamenti psichiatrici cui sono sottoposti i giovani assicurati affetti da disturbi psichici*. Sembra infatti che queste terapie, soprattutto quelli iniziali, non siano sufficientemente incisive. Ciò è sicuramente riconducibile non da ultimo al mancato riconoscimento della malattia da parte dei giovani pazienti affetti da disturbi psichici. La comunità psichiatrica dovrebbe essere maggiormente consapevole delle conseguenze invalidanti di questi disturbi precoci gravi e agire con maggiore determinatezza.
- Lo studio ha inoltre evidenziato che i *problemi di collaborazione tra l'AI e altri attori esterni, specialmente gli psichiatri,* sono più frequenti per questo gruppo di assicurati. Considerata l'importanza fondamentale di una buona collaborazione nel caso degli assicurati con disturbi psichici, non dovrebbe essere concessa alcuna rendita finché i principali attori non riescono a cooperare.
- Infine si denotano carenze nel *sistema scolastico-formativo (inclusa la formazione professionale)* che individua troppo tardi gli allievi, gli apprendisti e gli studenti affetti da schizofrenia

allo stadio iniziale, ma anche quelli che soffrono di depressione, disturbi nevrotici e disturbi della personalità. E quando li identifica, non intraprende sufficienti misure per indirizzarli verso professionisti in grado di seguirli adeguatamente.

Raccomandazioni

- Per quanto riguarda i giovani assicurati che soffrono di disturbi psichiatrici dell'età adulta ma che presentano un potenziale di rendimento, l'AI dovrebbe puntare prioritariamente sull'assolvimento di una formazione professionale qualificata (contrariamente a quanto si intraprende per gli assicurati più anziani, che beneficiano piuttosto di misure di coaching ecc.). Per questo gruppo di assicurati l'AI dovrebbe disporre provvedimenti professionali con una frequenza nettamente maggiore e, se necessario, ripeterli.
- Si dovrebbero rivedere le procedure formali dell'AI secondo cui dopo l'interruzione di un provvedimento attuato per un giovane assicurato si passa più o meno automaticamente all'esame del diritto a una rendita. I provvedimenti professionali e, più in generale, quelli finalizzati all'integrazione dovrebbero poter essere attuati su un arco di tempo più lungo a prescindere da eventuali interruzioni.
- L'orizzonte temporale dei provvedimenti di riabilitazione per i giovani assicurati con un potenziale di rendimento (ma che forse hanno una scarsa consapevolezza della propria malattia) andrebbe ampliato: si dovrebbe da un lato innalzare notevolmente l'età minima per la concessione di una rendita e dall'altro allungare la durata dei provvedimenti di riabilitazione.
- Occorrerebbe avviare una riflessione sull'incentivo finanziario rappresentato dalle rendite AI concesse in giovane età, ossia dai redditi sostitutivi (AI e PC), il cui importo è decisamente superiore al salario cui può ambire un assicurato affetto da una malattia psichica, senza formazione né esperienza professionale.
- L'AI dovrebbe attribuire maggiore importanza ai rapporti medici redatti all'inizio della procedura di accertamento. In tal senso è chiamata a prevedere domande più specifiche, mostrare maggiore considerazione per questi documenti, dare un feedback e aumentare notevolmente gli onorari dei medici che li compilano. Queste misure permetterebbero di ridurre il numero delle perizie di rendita, che subentrano in una fase più avanzata, e/o di diminuire gli onorari dei medici che le effettuano (attualmente il costo di tali perizie è molto elevato). Per quanto concerne la procedura di accertamento medico, il passaggio da assicurazione di rendite ad assicurazione finalizzata all'integrazione non è ancora del tutto compiuto in seno all'AI.
- Nel caso di giovani assicurati affetti da disturbi psichici gli uffici AI dovrebbero garantire una valutazione interdisciplinare sistematica all'inizio della procedura. Sarebbe importante farlo per tutti gli assicurati, ma per i giovani è indispensabile. Alla valutazione dovrebbero partecipare, oltre all'assicurato, il SMR e il servizio di orientamento professionale, il medico curante ed eventualmente i familiari e/o il curatore.
- Occorrerebbe insistere maggiormente e più a lungo sull'attuazione di provvedimenti per i giovani assicurati affetti da disturbi psichici che proprio a causa della loro malattia (allo stadio iniziale) hanno una scarsa consapevolezza dei propri problemi. Il presupposto a tal fine è un buon rapporto tra il consulente AI e l'interessato. Il fatto che un assicurato non riconosca (temporaneamente) la propria malattia non dovrebbe essere un motivo per concedere una rendita.
- Anche i medici curanti dovrebbero essere chiamati a partecipare più attivamente agli sforzi profusi ai fini dell'integrazione. In tal senso l'UFAS e il corpo medico dovrebbero sviluppare congiuntamente accordi di collaborazione e linee guida. Proprio nel caso degli assicurati affetti

da disturbi psichici, che notoriamente hanno una ridotta cognizione della malattia, le divergenze di opinione tra medici curanti e autorità non dovrebbero costituire il motivo per la concessione precoce di una rendita.

- Gli uffici AI dovrebbero istituire una collaborazione sistematica con le scuole (livello secondario II) e le aziende formatrici nonché con le scuole del livello terziario e garantire provvedimenti di intervento tempestivo.
- Occorrerebbe migliorare il riconoscimento precoce di anomalie psichiche a scuola e durante la formazione professionale.

Summary

Background

In Switzerland and other industrialized countries, the number of very young adults being declared permanently unfit to work is a serious and growing problem – not only for those concerned and their families, but also for society as a whole. The number of invalidity insurance (IV) pensions granted to 18- to 19-year-olds in Switzerland due to mental disorders has risen by an average of 6% every year for the last 20 years, and by 2% in the case of 20- to 24-year-olds (OECD, 2014). 2014 was the first year in which the new-pension ratio for young people remained relatively stable, but at a high level. It is noteworthy, however, that over the last ten years the invalidity insurance scheme has managed to achieve a substantial reduction in the overall number of new pensions granted. The trend with new pensions for teenagers and young adults has thus diverged from the general trend.

Disablement at an early age generates considerable economic costs, as those concerned quite often continue drawing an IV pension until reaching AHV retirement age. But the costs for the individual are high, too. Those affected are cut off from working life and all the psychologically positive effects it offers (human contact, identity, structuring of time, a positive experience of one's own abilities, etc.). That can lead to more frequent and longer courses of treatment and generally more intensive use of psychosocial and medical services.

Disablement at a very young age is usually triggered by mental disorders and only rarely by somatic problems. The reason for this is that around 75% of all mental disorders begin before the age of 25 (Kessler *et al*, 2005), i.e. on the whole a lot earlier than physical illnesses. As a result, many young people with mental disorders begin experiencing problems while still at school or in vocational training (Baer *et al*, 2009). For instance, young people with mental problems are more than twice as likely to drop out of school or a vocational training programme than those without such problems (OECD, 2015).

That has further negative consequences. Young people with no vocational training or qualifications have much greater trouble finding work – for example, it takes them on average three and a half years to land their first job, whereas qualified candidates need only about six months (OECD, 2015). That is why, since the early 1990s, the relative unemployment rate among the low-skilled in Switzerland has changed significantly compared with the more highly qualified. Whereas, 20 years ago, low-skilled young adults were less frequently unemployed than the more highly qualified, this relationship has now been reversed. Today, the unemployment rate among the low-skilled in Switzerland is double that of the more highly qualified (OECD, 2014).

The reasons for this increase in the number of disablements of young people are as yet unclear. Psychiatric epidemiology, at least, offers no explanation: the incidence of mental disorders among the population as a whole has not risen in recent years. In fact, it has remained roughly stable (*inter alia* Richter *et al*, 2008).

To date, hardly any information has been available in Switzerland on what sort of people these premature IV pensioners are, what mental problems they have, what characteristics are linked to an aggravated risk of receiving an IV pension and what their path was to an IV pension. What is more, we also do not know yet at what age and at what point in their education these premature pensioners' problems first manifested themselves or when the first interventions by doctors, etc. took place. However, we can assume that the invalidity insurance authorities were not the first point of contact for these young insureds. It is much more likely that the granting of a pension is actually the culmination

of a long unfavourable process. In Switzerland, the reasons for this are not any lack of professional psychiatric-psychotherapeutic, socio-educational, psychological or other support services. On the contrary, such services are highly developed here compared with other countries (OECD, 2014). In Switzerland, it is shortcomings, rather than gaps, in supply that are of consequence.

Thus far we do not have the data needed to plan the effective early measures that the IV offices and other parties (the education system, healthcare providers, employers, etc.) could deploy to keep more young people with mental impairments in education/training or the labour market for longer. The aim of the present study was therefore: to analyse the profiles of the young people with mental problems who have recently been granted IV pensions; to examine the progression of their diseases as well as their educational history and how they came to leave the workforce; to highlight the support systems involved and the measures provided to the people in question; and to identify the risk factors for premature granting of a pension.

Methodology

Since the IV registry data on their own could not provide the answers to such profound, far-reaching questions, we carried out a detailed analysis of the files of IV insureds aged 18 to 29 (N=500). This group included those insureds who, because of mental health problems, were granted an IV pension for the first time in the years 2010-13 (n=400). However, we also examined the files of a comparison group of insureds who received IV benefits – but no IV pension – in the period 2010-11 (n=100); the goal of this analysis was to identify potential risk factors for the granting of an IV pension.

With the aid of a disproportionate stratified random sample, the insureds' files were drawn from the populations of the insureds described, i.e. those with and without an IV pension, with a) the documentation system used by the IV office (IGIS, OSIV, GILAI – functioning as a proxy for each office's clarification culture) and b) the size of the office (small, medium-sized – so that smaller cantons were adequately represented) serving as the stratification variables. As regards the recorded illnesses, the most frequent mental illnesses (IV Infirmity Codes 641-46 and 649) and congenital psychiatric infirmities (Codes 404-06) were taken into account in the population.

The files were systematically encoded using a matrix developed by the authors together with experts from the fields of child and adolescent psychiatry, adult psychiatry, remedial teaching, IV vocational guidance, vocational training case management, educational psychology and teaching. The authors were able to refer not only to the know-how of these experts and practitioners, but also to research into psychiatric rehabilitation predictors and to previous work of their own (Rüesch *et al*, 2013; Baer, Frick, Fasel, 2009). The files were encoded by advanced students of psychology, who were trained for the purpose and supported by a research team to ensure that they all applied the same standards when entering the data.

After a plausibility check, the data were initially analysed descriptively. When dealing with educational histories and the course of treatment, which involve a series of conditions or events along a time axis, the researchers used sequential data analysis methods. In order to structure the huge amount of information gathered, they also carried out various typological analyses (latent class analyses). They also applied logistic regressions to calculate the risk factors (odds ratios) for receipt of an IV pension. Finally, classification and regression tree (CART) analysis was used to examine the interactions between different risk factors present at the same time, including their significance for receipt of a pension.

Results

Multiple psychosocial risk constellations among young pension recipients

Young recipients of IV pensions are often people who have experienced problems in early childhood, have little schooling or vocational training, experience abrupt changes in their educational careers (e.g. expulsion from school, having to repeat years) (known as breaks in education), suffer from severe mental disorders and, as a result, have a long history of treatment.

Virtually all young pensioners (84%), distributed almost evenly between males and females, draw a full IV pension, and one in two began drawing a pension between the ages of 18 and 22. Accounting for only 20% of the total, foreign nationals are under-represented in the group of young pensioners; however, one-third of the young pensioners have parents who were born abroad.

More than 40% of the pension recipients have completed at most lower secondary school. By contrast, half of them have completed upper secondary school, but generally in the shape of a vocational training course, an IV basic apprenticeship or course leading to a certificate. Only just under one-sixth (14%) of the pension recipients have completed a three- or four-year apprenticeship leading to a Federal Occupational Training Certificate (EFZ). Around two-thirds (60%) of them spent at least some part of their compulsory schooling in a special-needs class or school.

The older the persons are when they draw a pension for the first time, the less evidence there is of breaks in their education. This applies in particular to those who do not begin drawing a pension until after the age of 25: they are much less likely to have attended a special-needs school and have often gained a Federal Occupational Training Certificate (EFZ). The prevalence of breaks in education among young pension recipients is particularly conspicuous: overall, more than 80% have at least one such break recorded in their files, the most frequent being a change of class or school (52%), dropping out of vocational training (39%) and repeating a year (23%).

One-quarter of young pension recipients were never employed – whether in a supported environment or in the primary labour market – before drawing a pension. A little over 40%, however, did work in the primary labour market for certain phases. Another third was employed in a supported work environment. Only around 5% of the young pensioners (in particular those drawing a half or quarter pension) were still partially employed in the primary labour market at the time their files were encoded.

Young pension recipients frequently have problematical family backgrounds: according to the records, about one-third of them have a parent with mental health issues. In other words, these people have grown up with parents who suffered from major mental problems. But conflicts, neglect and violence within the family are documented as well for around one-quarter of young people receiving pensions, while one-sixth come from families in which at least one parent is dependent on social security or receiving a pension.

On the basis of the family problems documented, the authors determined a family history typology for all insureds (N=500). It revealed four different types: 1) insureds without family problems (45%); 2) insureds from single-parent families without other problems (16%); as well as two types with major multiple problems, namely 3) those growing up in single-parent families (22%) or 4) with both parents (18%). Very often, the severely ill display a personality disorder. The findings concerning the early childhood problems of young pensioners correspond with the results of an analysis of the files of those awarded pensions for psychogenic reasons (Baer *et al*, 2009): according to the records, around 40% (young pensioners) to 50% (all those receiving a pension for psychogenic reasons) have serious problems in their family history. The slightly lower percentage for young pensioners is due to the different target populations of the two studies and the corresponding differences in distribution of the

illnesses – often intellectual impairment and other congenital infirmities in the case of young pensioners, disorders that are frequently unrelated to problems within the family.

Mental disorders of young pension recipients

Two sources were available to the authors as regards the diagnosis of mental disorders: the IV Infirmity Codes contained in the IV registry data (the former are assigned by the IV offices) and the ICD psychiatric diagnoses. With respect to the *IV Infirmity Codes* recorded in the registry data, the following infirmities are cited particularly frequently: Code 649 ("Other mental and character disorders" – these are primarily low intelligence and developmental disorders) for 33% of pension recipients; Code 646 ("Psychogenic disorders and disorders in reaction to the social environment" – primarily personality disorders) in 27% of cases; and Code 641 ("Schizophrenia") in 16% of cases. About 75% of the pension recipients were assigned to one of these three groups of disorders. Intellectual impairment and developmental disorders (Code 649) predominate, however, only with very young people, i.e. those who begin receiving a pension between the ages of 18 and 21. In this age bracket, such disorders are cited in about 50% of all cases as the reason for granting a pension. By contrast, about two-thirds of the persons granted a pension between the ages of 22 and 29 suffer from a personality disorder or schizophrenia. When it comes to distribution of the diagnoses, there are hardly any differences between the two main linguistic regions (French-speaking Switzerland v. German-speaking Switzerland).

Six types of psychiatric *diagnostic constellations* are observable: 1) developmental disorders / intellectual impairment (24%); 2) types of schizophrenia (often together with consumption of cannabis) (23%); 3) personality disorders with co-morbid affective and neurotic disorders (15%); 4) behavioural disorders with onset in childhood (19%); 5) multiple severe childhood disorders with behavioural and developmental disorders as well as intellectual impairment (11%); and 6) personality disorders with co-morbid addiction problems and other disorders (9%). These various types of illness differ in relation not only to the subject's history of family problems, but also to the treatment they have had, the institutions involved and their educational careers.

- Insureds with schizophrenia or personality disorders almost always receive psychiatric treatment. Apart from the psychiatric services, the patients' employers are often heavily involved in such treatment. Such patients come into contact with the IV relatively late (i.e. compared with the rest of the peer group of young pensioners) and have usually completed regular schooling, though often with breaks.
- By contrast, almost all insureds with developmental disorders / intellectual impairment have attended special-needs classes/schools, with various institutions, particularly homes, being involved. These insureds are often employed in sheltered workshops.
- People with childhood behavioural disorders and multiple severe childhood disorders receive psychiatric treatment and are looked after in special-needs schools. These patients are the ones that make the most intensive use of support services and, from childhood through to adulthood, attend a variety of special-needs, psychiatric and educational institutions.

Early initial manifestation of illness, but often late treatment

Around one-fifth of young pensioners were diagnosed with their first problems before the age of one, while one-quarter were diagnosed in infancy or at pre-school age – i.e. about one-half present with an incipient mental disorder before starting school. In around one-sixth of cases, the start of a mental disorder manifests itself during primary school. However, around one-third of insureds are not documented as developing a mental disorder until reaching adolescence or adulthood. It is striking that

many children whose mental disorders began very early (congenital infirmities, etc.) did not receive treatment until they reached kindergarten or school.

If we consider when the young pensioners first received psychiatric treatment and compare this with when the breaks in their education occur (e.g. dropping out of school or a vocational training course), clear differences are observable by type of diagnosis. Patients with mental disorders beginning at a very early age (socio-emotional disorders, developmental disorders, organic brain disorders) had generally already been in psychiatric treatment for a long time before dropping out of school or vocational training. The reverse is true of young pensioners with schizophrenic disorders, 75% of whom had never been in treatment before the breaks in their education occurred.

This highlights the well-known problem that schizophrenic illnesses in childhood often go unnoticed for a long time (on average, the breaks in education of young pensioners with schizophrenia occurred when they were 17 years of age). Schizophrenics are one of the largest groups among young pensioners and often have higher educational qualifications. Even if, in epidemiological terms, they are a very small group, special efforts are required here to improve early diagnosis (at school) before registering with the IV and to speed up access to treatment.

Inconsistencies in doctors' recommendations and prognoses

Clear discrepancies exist in the medical clarification process between early IV medical reports and later appraisals: only one-sixth of IV medical reports recommend educational or occupational changes in order to improve the patients' situation, whereas almost half the appraisals propose changes of this kind. The medical reports practically never contain any information on how the insured person should be dealt with during their education or at work (whereas at least 20% of the appraisals contain such information). However, when planning suitable integration measures, it is essential to discover as early as possible what adjustments at school or in the workplace doctors consider necessary. The IV medical reports, which are usually obtained at the start of the IV assessment process, would be the proper tool for this. However, as such appraisals are not usually carried out till late in the process, if at all – only about 30% of young pensioners were the subject of an appraisal – and are customarily used in the pension assessment procedure, this medical knowledge cannot be utilized either for integration purposes or for preventing someone's exclusion from working life. Although this problem has been well-known for many years, very little has changed over the last decade or so. Particularly in the case of very young insureds, however, a comprehensive interdisciplinary assessment would be important for integration planning.

The doctor's prognosis of the patient's state of health – a routine part of IV medical reports and appraisals – raises further questions. For one thing, such prognoses are very optimistic at the start of the process (with doctors claiming for around 50% of young pensioners that their state of health is "capable of improvement"), before becoming much more pessimistic towards the final medical report or expert appraisal (where potential for improvement in the patient's state of health is expected in only 22% of cases). It is still not clear what factors contribute towards this deterioration in the prognosis. It is also impossible to determine on the basis of the data available why more than one-fifth of the young insureds were granted a pension even though the doctors assumed that their condition would improve.

The analyses also reveal that doctors give especially optimistic prognoses, above all, of socio-emotional disorders in childhood and adolescence (F9), organic brain disorders (F0), personality disorders (F6) and intellectual impairment (F7). These disorders are assessed more optimistically than affective disorders (F3), neurotic disorders (F4), and much more optimistically than schizophrenic conditions (F2). However, as a patient's state of health hardly changes with personality disorders, organic brain disorders and intellectual impairment, but can definitely alter in the presence of affective,

neurotic and schizophrenic disorders, one has to wonder how the doctors concerned interpreted this question. In their current form, the doctors' prognoses are definitely open to interpretation. As this is crucial information, however, the corresponding question in the IV medical report should, if possible, be made more specific.

Complex histories in institutions

The majority of the pension recipients have had long and intensive histories in institutions: in about more than half of all cases, at least seven institutions were involved in treating or diagnosing the patients. Above all others, three groups of institutions/experts were actively involved with at least half of the insureds' cases: the Regional Medical Service (RMS); practising psychiatrists and psychotherapists/psychologists; and companies providing vocational training. A further group of institutions/experts frequently involved (in at least one-third of cases) comprises outpatient psychiatric services, paediatricians, pedagogical-therapeutic services, providers of supported workplaces, line managers, and child/adolescent psychiatric services. What is more, stays in homes are documented in about one-third of cases. A particularly high number of institutions are involved in treating individuals whose disorders manifest themselves at an early age, i.e. insureds with developmental disorders, intellectual impairment, behavioural disorders with onset in childhood and multiple severe childhood disorders.

A typology of the institutions/experts involved confirms this, resulting in five quite different usage profiles for the insureds. Two types (together making up around 20% of insureds and including developmental disorders / intellectual impairment and early behavioural disorders) are characterized by the high number of support services / experts involved over the patient's entire life to date – one type without inpatient treatment in homes, the other with. This frequently involves (supported) vocational training in companies. Two further types (together accounting for 58% of the insureds and covering personality disorders and schizophrenia) receive almost exclusively psychiatric treatment: the one type from an early age and remote from the labour market, the other not until reaching adulthood and with the involvement of the employer and the company providing vocational training. Finally, the fifth (younger) type receives paediatric treatment from an early age and is later looked after in the company providing vocational training (developmental disorders, childhood behavioural disorders).

Collaboration between the IV office and external parties

On the whole, collaboration between the IV office and external parties appears to be good. However, there are documented signs of a problematical collaboration between the two sides in the case of about one-third of young pensioners. These concern in particular the attending and assessing psychiatrists (55% of problematical cases), attending physicians (in about 25% of problematical cases), and the insureds or their advisers (in about 25% of problematical cases). With regard to the diagnosis of young pensioners, this collaboration is problematical particularly when it comes to affective disorders, personality disorders and organic brain disorders. On the whole, it is the (attending) physicians whom the IV offices consider to be by far the most "difficult" partners. Even if several reminder letters to physicians or explicit notes in the files (which we recorded) are not necessarily indicators of a major problem in collaboration, we can by the same token assume that not every such problem is recorded in the files. In view of the importance of fast, proactive cooperation between the IV offices and attending physicians for the integration of young people, the results of the study point to a significant problem.

Psychiatric treatment

Apart from pension recipients with developmental or intellectual disorders, who relatively often received no psychiatric treatment (but instead special educational measures), psychiatric treatment is

documented for all pension recipients. In a third of cases, they received outpatient treatment only, while nearly half were given both outpatient and inpatient treatment. About two-thirds of all patients were also treated with drugs. It is striking that the initial outpatient psychiatric treatment of those who would later become young pensioners was very brief in the case of particular mental disorders, e.g. for schizophrenic and neurotic disorders. One has to ask oneself whether this initial psychiatric treatment was not in fact too short and, consequently, that an early-intervention opportunity was missed – especially when one considers that neurotic disorders, which tend to be treatable, do not necessarily have to result in a patient's disablement.

IV measures

The most frequent IV measures taken with young pension recipients are vocational integration measures (in 75% of cases), followed by clarification measures (almost 60%) as well as special educational measures and medical measures (almost 40% each).

Costly "vocational measures" (training, retraining, etc.) are carried out very often in cases of childhood socio-emotional disorders, organic brain disorders and intellectual impairment, and much less frequently in cases of schizophrenia, depression, neurotic disorders and personality disorders.

Although early-intervention and integration measures, neither of which last as long as occupational measures, are deployed mostly in cases of depression, personality disorders and schizophrenia, they are still on the whole comparatively rare. Here, again, we see that, when it comes to occupational measures, little account is taken, in particular, of insureds with schizophrenic disorders. Despite the fact that the latter have especially good educational qualifications compared with other young pension recipients, not only is their prognosis particularly negative from the outset, but the investments made in vocational measures for this group are low.

On the other hand, a lot is invested in clarifying the vocational prospects of – and integrating – insureds for whom it is clear from the outset that they will be restricted to the supported-employment environment (e.g. cases of organic brain disorders, intellectual impairment and profound developmental disorders).

Typical case histories as regards education and the course of treatment / IV measures

Four typical educational histories were identified on the basis of case history analyses:

- *"Latecomers with educational gaps"* (39% of all cases in the overall sample): This pattern represents persons who only made contact with the IV comparatively late and who display mental disorders such as schizophrenia and personality disorders with addiction problems. Many have completed school and have worked in the primary labour market.
- *"School-hoppers"* (17%): These are predominantly insureds who have changed schools many times. Developmental disorders and disorders with onset in childhood (congenital infirmities) are common. A relatively high number of representatives (50%) of this typical case history are currently employed in a (supported) environment, but only very few (7%) were ever active in the primary labour market.
- *"Non-transitioners"* (29 %): They often do not transition smoothly to upper secondary school. They have generally spent more time in regular schools with occasional periods in special-needs schools. Members of this group often display developmental disorders and childhood disorders. This group has the highest proportion of people who have never been gainfully employed (32%).
- *"Special-needs students"* (15 %): The predominant pattern for this type is that they have spent the majority of their school years in special-needs schools (with few changes of school), and

in many cases progressed to vocational training and perhaps also to employment (in a supported environment). This group's dominant psychiatric problem is developmental disorders coupled with intellectual impairment. Only a few (14%) have had a career in the primary labour market.

In terms of treatment and IV measures, the authors identified three characteristic case histories:

- Insureds with a *history of psychiatric treatment* (44% of all cases in the overall sample) are considerably older and display severe mental disorders such as schizophrenia and personality disorders with addiction problems. Vocational/educational IV measures are prescribed less frequently (68%) to this group than to the others, medical measures are very rare (9%) and about one-sixth have no documented IV measures at all.
- People with an *IV case history* (36% of all cases) are younger (about half are between 17 and 21 years of age) and characterized by developmental disorders with intellectual impairment. They generally receive vocational/educational IV measures and around half receive medical treatment.
- At two-thirds, the group of people with an *outpatient history* (20% of all cases) has the highest proportion of insured adolescents, with childhood disorders being particularly frequent. Here, too, vocational/educational IV measures are the rule, but medical treatment is also very frequent (75%).

Comparison of pension recipients and non-recipients

A comparison of those insureds who began receiving a pension in the period 2010-13 with insureds not receiving any pension (and whose last IV measure dates from 2010-11) reveals that insureds with *no* pension are generally younger and have often gained a Federal Occupational Training Certificate (EFZ). Those not receiving a pension have a *more problematical* family background than pension recipients. It is also noticeable that, in the case of non-recipients, collaboration between the IV office and the doctors involved was less problematical.

There are big differences between these two groups as regards the distribution of mental disorders. However, these differences probably have to do with the fact that the non-recipients are younger. Non-recipients are much more likely to have been coded ADHD (IV Infirmity Code 404) or to be assigned to the ICD F9 diagnosis categories (emotional and behavioural disorders with onset in childhood). Finally, non-recipients appear to be less severely ill (fewer stays in clinics, better medical prognosis). Given that the non-recipients are much younger than pension recipients, these differences must be put into perspective insofar as:

a) the prognosis deteriorates with age and even the number of courses of inpatient treatment can increase;
b) an ADHD diagnosis often transitions with age to a diagnosis of personality disorder (which is more likely to result in the granting of a pension).

The problematical family backgrounds of many of the non-recipients analysed here – which is a typical feature of personality disorders – would engender a certain amount of scepticism as regards their positive prognosis. It is therefore conceivable that a significant proportion of these young non-recipients with problematical family backgrounds and a diagnosis of ADHD will eventually end up being assessed for a pension – with a diagnosis of personality disorder. This means that the non-recipient sample is probably actually a sample of "not-yet-recipients".

This assumption is supported by a comparison of the employment status of the two groups at the time their files were encoded: while virtually no recipients of pensions were partially or fully employed in the primary labour market (3.5%), non-recipients of pensions were only rarely to be found there either

(15%). Even though some non-recipients are still in training, only in a limited sense do they constitute a truly “positive” comparison group. That means that a portion of those not receiving pensions must be regarded as being at risk and requiring continued support from the IV.

Risk factors for early disablement

Nevertheless, by means of various statistical methods, the authors were able to calculate similar risk factors for the granting of a pension. The results show that, above all, characteristics of the illness, the educational history, and the system of IV measures play a substantial part in the risk that the person concerned will be granted a pension. Congenital infirmities, for instance, constitute a much lower risk as regards an IV pension than does the reference group of personality and reactive mental disorders (Code 646). This also applies to affective disorders, which exhibit a lower pension risk. By contrast, psychoses (IV Infirmity Codes 641-644) have a substantially higher IV pension risk (by around a factor of four), while schizophrenic disorders even harbour a risk that is higher by a factor of ten. Intellectual impairment, too, harbours a higher pension risk. All these effects are net effects, i.e. increases and decreases in risk after taking account, in arithmetic terms, of all other variables. This also applies to the results below.

Insureds with little schooling or special-needs schooling have a higher risk of being granted a pension. However, it is insureds that have received neither vocational nor medical IV measures who pose by far the highest pension risk (12 times higher than that of recipients of IV measures). This result can be interpreted in different ways. It is conceivable, for example, that these persons were never granted any measures because they were deemed to be too severely impaired. But it is also possible that the absence of such measures aggravated the pension risk. The latter is feasible insofar as insureds with schizophrenia, depression, neurotic disorders and personality disorders were granted occupational measures substantially less often than all other insureds. Empirical results of other studies, however, reveal that many of these diagnoses can be influenced by workplace measures, e.g. well-researched supported employment programmes (OECD, 2012).

Conclusions

Is it always necessary to grant a pension?

The present study shows that young people (18- to 29-year-olds) drawing an IV pension have very frequently been suffering since childhood from severe mental disorders, which have either clear organic causes (intellectual impairment, profound developmental disorders, schizophrenia) or stem from serious family problems in childhood (e.g. personality disorders). The young pensioners are generally conspicuous from a very early age: an incipient disorder was diagnosed for around half of them at pre-school age, and those insureds affected often required constant support from various institutions and experts until adulthood. In addition, a substantial proportion of these young pensioners never attended a normal school and were never employed in the primary labour market; instead, they completed their schooling and training and were employed in a supported environment. All in all, only around one-sixth (14%) of young pensioners have completed an EFZ training course and attained the Federal Occupational Training Certificate. Only about 5% of young pensioners today are still gainfully employed in some form.

Given this unfavourable background, it is fair to ask whether this group could have had any other option apart from a pension. On the basis of the results of the present study, the answer is: in part, yes. A minority of young pensioners were possibly pensioned off too soon because the educational system failed to recognise their problems early on, because doctors provided insufficient information

and failed to collaborate properly, or because the insureds lacked integration prospects and the mechanisms of the IV processes were inadequate.

It becomes clear that, in quite a few cases, the label "mental" masks severe, multimorbid constellations of illnesses and impairments, quite often also including intellectual impairment. In simple terms, pension recipients are, on the whole, somewhat more severely impaired than those who are not granted pensions (even if the diagnoses may occasionally change as they reach adulthood). Given this, we can appreciate why they are receiving a pension. At the same time, the study identifies a number of problems that require urgent attention if the early pensioning off of the disabled is to be avoided more in future:

1) *Lack of early diagnosis and intervention; premature granting of pensions:* Half of all those who will later draw an IV pension do not make contact with the IV until comparatively late. The majority are insureds who, before encountering the IV, attended a regular school and/or commenced a (3- to 4-year) EFZ occupational training course, which they often failed to complete. This group of insureds, who frequently have a higher standard of education, often do not seem to draw attention to themselves until later (or too late) and do not receive enough ongoing support. As a result, they are declared to be invalids comparatively quickly (e.g. for insureds with schizophrenia, only two years lie between the initial medical report and approval of a pension). On the whole, only in very few cases (10%) did the IV office provide the young pensioners with early intervention measures – even though this percentage was slightly higher in cases of schizophrenia and personality disorders. In such cases, the IV should carry out early intervention measures for schoolchildren and apprentices more often, and also establish systematic partnerships with schools and training institutions.
2) *Psychiatric treatment begins too late:* The majority of young pensioners with a schizophrenic illness or personality disorder do not begin psychiatric treatment until *after* they have dropped out of school or their training course. Apparently, the education system is failing to identify these young people in time and ensure they get treatment. What is more, adolescents of this kind often do not accept that they are ill. Young schizophrenics have huge problems understanding that they have a grave illness and trouble turning to psychiatrists and the IV for help. This is an important factor because very early treatment of incipient schizophrenia can improve the patient's prognosis. The IV is reliant on a better system of early diagnosis of schoolchildren, apprentices and students and on a more determined approach by psychiatric experts. Psychiatrists should be clearer about work options and registration with the IV when talking with their young patients.
3) *Breaks in education not always unavoidable:* Illness-specific differences were identified as regards breaks in education and training. In the case of insureds with congenital infirmities and those with developmental disorders / intellectual impairment, the decision to drop out was quite often not on the initiative of the insureds themselves, but prompted by the provider of (supported) training. The reverse is true of insureds with psychoses, reactive disorders or personality disorders, most of whom were doing their course of training in the primary labour market: the majority of these tend to drop out on their own initiative. In such cases, the training provider possibly did not even see any need to interrupt training and the insured could have been kept on with more support.
4) *Do the authorities give up on IV measures too quickly?* The files also show that most young pensioners (again mainly schizophrenics and those with personality and reactive disorders) had dropped out of an EFZ occupational training course "only" once (if at all); only 13% had dropped out of a training course more than once. Since the majority of drop-outs (two-thirds) do not currently possess a Federal Occupational Training Certificate (EFZ), we can assume that no second attempt was made to complete an EFZ occupational training course. One has to wonder whether the authorities did not give up too quickly. In the case of young people like

these, with their histories of often chronic/recurring and fluctuating illnesses (which can occasionally stabilize with time), dropping out of a training course once (or even twice) does not *a priori* have to constitute a reason for granting them a pension.

5) *Not enough sustained intervention with disorders that are diagnosed early:* A group of people with childhood socio-emotional disorders (including ADHD) or developmental disorders are conspicuous even during their compulsory school years because they have to repeat year, change classes or schools, or take time out. In these cases, the problem is not that the anomalies are identified early, but that the school and other parties lack the ability to retain such young people in the education system while keeping the burden for others within acceptable limits. Quite often, the children and adolescents concerned are ones who, in adulthood, will be diagnosed with personality disorders – i.e. the same disorder that, regardless of age group, harbours a very high risk of triggering a pension.

6) *Pessimistic medical prognosis with schizophrenics*: From very early on, attending physicians and doctors providing appraisals of young insureds suffering from a schizophrenic illness deliver very pessimistic prognoses for the course of the illness – more negative than in the case of almost all other impairments, including intellectual impairment. Probably as a result of such pessimistic appraisals, insureds with schizophrenia, depression or personality disorders are relatively rarely granted any occupational measures. The results of this study indicate excessive pessimism on the part of both the doctors and the IV, especially with insureds suffering from schizophrenia.

7) *Insufficient medical data to support integration:* The IV medical reports seldom contain any information on what specific adjustments the young insureds would need at school, their place of training or their workplace, and the reports almost never give the teachers, trainers, line managers or integration officers any advice on how to handle the insureds. This sort of information is slightly more frequent in the experts' appraisals which (if at all) are not prepared until near the end of the clarification process. However, this information, which is provided so late in the process, is almost always used to assess the pension application and is of no use in planning integration, as that phase is then long since over. Particularly with such young people, who are threatened with (usually permanent) exclusion from the labour market, it would be important to carry out a careful, interdisciplinary analysis of their problems in the workplace and of potential interventions.

8) *Sophisticated assessment needed at the start of the process rather than later during the pension application process:* Initial medical reports, in particular, should generally contain a lot of information. It would be worth increasing the remuneration paid for these reports substantially and, at the same time, demanding more detailed data from the doctors. For the same reason, it would be worth considering whether it would not be better in the case of very young insureds with a certain integration potential to carry out an appraisal/assessment at the outset of the process rather than at the end. Of course, such an appraisal would have to be carried out quickly and it would not meet the legal requirements for pension appraisals. In any case, the current proportion of young IV pensioners for whom an appraisal has been drawn up at all (30%) appears to be too small.

Summary and recommendations

Summary

It is clear from a study of the files why the majority of the young pension recipients examined were pensioned off early. However, in a significant minority of cases (in absolute terms), the available evidence suggests that alternative forms of support would have been possible. We can at least affirm that this second, smaller group of insureds was pensioned off extremely quickly, on the basis of sometimes vague medical information (negative prognosis, lack of data) and without making full use of the existing IV integration measures (very often no occupational measures were initiated) and medical treatment options (very brief duration of initial psychiatric treatment). In diagnostic terms, these insureds (some of whom were possibly pensioned off prematurely) are schizophrenics or have affective neurotic or personality disorders.

They often have relatively good educational qualifications, a prerequisite for successful integration in the primary labour market. However, the support systems in place do not appear to be effective enough: although the insureds receive comprehensive psychiatric treatment, they are relatively seldom given an opportunity by the IV to complete a training course – and it is even less likely that such an opportunity will be offered to them a second time. By contrast, the majority of young pension recipients with intellectual impairment or with infirmities that manifest themselves at a very early age are offered a range of IV measures within the special-needs system, the – important – goal often being to integrate them into the supported employment market. This sort of supportive approach should also be taken with insureds exhibiting adult psychiatric disorders.

It is not only the IV system, but also other parties, that appear to have deficits in this regard.

- Viewed from the rehabilitation perspective, the *medical clarification process* is inadequate, especially in the early phase of the IV application process. The information available is of little use for any integration measures decided on (hardly any information that could be of use when planning measures), or is incomprehensible (prognoses).
- But there are also problems with the *psychiatric treatment of the young mentally ill*. It appears that, particularly when patients are treated for the first time, the treatment they receive is too brief. This is certainly also related to the fact that young mentally ill patients often do not accept that they have a problem they need to deal with. The psychiatric community needs to be made more aware of the potential consequences (i.e. disablement for work) of such severe childhood disorders and persuaded to adopt a more determined approach with their patients.
- With this group of insureds in particular, *collaboration between the IV and, especially, the patients' psychiatrists* was often found to be *problematical*. As long as the main parties in the process do not cooperate well with each other – good cooperation normally being a prerequisite for success when dealing with the mentally ill – no application for a pension should be approved.
- Finally, the *(vocational) education institutions* have some catching up to do: schoolchildren, apprentices and students with incipient schizophrenia (in particular), depression, neurotic disorders or personality disorders are being identified too late in the educational system. Alternatively, they are perhaps being diagnosed, but not enough effort is being made to get them into professional treatment in good time.

Recommendations

- In the case of young IV insureds who have adult psychiatric disorders but could potentially work, the IV's main priority should be to get them to complete a proper course of vocational training (in contrast with older insureds, who often require coaching, etc.). Vocational

measures should generally be deployed much more often and offered more than once to individual insureds.

- Formalistic IV processes, according to which a claim to an IV pension has to be more or less automatically assessed once a young insured drops out of an IV measure, need to be amended. Instead, it ought to be made possible to continue providing vocational and, more generally, integration-related measures to insureds over a longer period of time and despite their failing to complete the measures.
- The time horizon for rehabilitation measures for young IV insureds who have the potential to work (but who possibly lack the necessary self-confidence, etc.) should be extended considerably: the minimum pensionable age for such insureds needs to be set much higher and funds invested instead in rehabilitation measures over a longer period of time.
- It is necessary to review the financial incentives for an IV pension at a young age and for other socially-funded forms of replacement income (IV and EL), which are far in excess of the actual potential earnings of mentally ill IV insureds with no education/training or work experience.
- The IV should attach greater importance to initial IV medical reports. That includes making the questions more specific, valuing the reports more highly (including providing the doctors with feedback on the conclusions drawn from their reports), and substantially increasing the remuneration paid for medical reports. In turn, the number of costly pension appraisals carried out much later could be reduced and/or the remuneration paid for them curbed. When it comes to the medical clarification process, the IV has not yet completed the shift in culture away from the granting of pensions and towards reintegration.
- In the case of young mentally ill IV insureds, the IV offices should ensure that a systematic, interdisciplinary assessment is carried out at the outset of the process. While this is important for all IV insureds, it is indispensable for younger ones. Alongside the insureds themselves, such an assessment would bring together the IV RMS and vocational guidance service, the attending physician and, where necessary, the insured's next-of-kin and advisers.
- In the case of young mentally ill IV insureds whose illness (initially) prevents them from recognizing that they have a problem, the IV consultants should build on their close relationship with the insureds to insist more firmly and repeatedly that the latter take part in the proposed measures. Simply because an insured fails to accept (for a certain time) that he/she has a problem, that should not be taken as grounds for approving an IV pension.
- More pressure should be placed on the attending physicians, too, obliging them to play an active part in measures taken to integrate the insureds. The FSOI and the medical community should reach joint agreements and develop guidelines for collaboration. Especially with insureds whose disorder causes them to underestimate how ill they really are, the conflicting attitudes of attending physicians and the authorities should not function as the trigger for premature approval of a pension. What is more, occupational specialists need to be consulted during the very early stages of a patient's psychiatric treatment.
- The IV office ought to establish a system of collaboration both with (upper secondary) schools, the companies providing of vocational training and tertiary education institutions, and to make sure that early-intervention measures are offered.
- The early diagnosis of mental anomalies at school and in vocational training should be improved.

1 Einleitung

Bei Invalidisierungen (sehr) junger Erwachsener spielen psychische Krankheiten eine zentrale Rolle: Etwa zwei Drittel der IV-Neuberentungen der unter 25-Jährigen in der Schweiz erfolgen aus psychischen Gründen, was mit dem vergleichsweise sehr frühen Beginn psychischer Störungen zusammenhängt. Eine Berentung in solch jungem Alter ist nicht nur für die betreffenden Personen und deren Umgebung, sondern auch für die Systeme der sozialen Sicherheit und die Gesellschaft mit erheblichen psychosozialen respektive finanziellen Belastungen verbunden. Dies hängt auch damit zusammen, dass junge Rentenbeziehende fast immer ganze Renten erhalten und dass den IV-Berenteten der Ausstieg aus dem IV-Rentensystem selten gelingt. Pro Jahr verlassen rund 1% der berenteten Personen das IV-Rentensystem aus einem anderen Grund als einem Übertritt in die AHV oder infolge eines Todesfalls. Der Ausstieg aus der IV-Rente ist bei (jungen) Berenteten aus psychischen Gründen zudem deutlich seltener als bei anderen Gesundheitsproblemen (OECD, 2014).

Das bedeutet, dass eine Berentung in sehr frühem Alter normalerweise bedeutet, dass die Betreffenden fast über die gesamte Lebensspanne vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen sind. Damit fehlen ihnen auch die elementaren gesundheitsfördernden Konsequenzen, die Erwerbsarbeit meist mit sich bringt: Finanzielle Autonomie, soziale Kontakte, Status, Zeitstrukturierung, Aktivierung und Erfahrungen von Nützlichkeit und Kompetenz.

Umso beunruhigender ist die in der Schweiz wie auch in vielen anderen Industriestaaten seit rund zwei Jahrzehnten zu beobachtende Entwicklung, dass gerade die Invalidisierungen bei den jungen Personen zugenommen haben. Die Ursachen für diesen globalen Trend bei den jungen (psychisch kranken) Versicherten sind weitgehend unbekannt. Mit dem vorliegenden Forschungsprojekt nimmt das BSV dieses wichtige Thema erstmals umfassend auf. Trotz der Fokussierung auf die Gruppe der IV-Jungrentner muss man sich bewusst sein, dass es sich bei der IV-Neuberentung oft um ein vorläufiges Ende einer teils längeren und komplexen Entwicklung handelt, in die viele Einrichtungen und Fachpersonen eingebunden waren. Die Untersuchung solcher Berentungskarrieren und Einflussfaktoren muss deshalb inhaltlich breit angelegt sein und in der Analyse dynamische Zusammenhänge abbilden können.

1.1 Ausgangslage, Problemstellung

Während die IV-Neuberentungen seit 2005 aufgrund verschiedener Reformen insgesamt wie auch bei psychiatrischen Beschwerdebildern deutlich zurückgegangen sind, ist in den jüngsten Altersgruppen keine Abnahme zu verzeichnen. Bei den sehr jungen Personen im Alter von 18 bis 19 Jahren sind die Neuberentungen aus psychiatrischen Gründen seit 1995 pro Jahr um rund 6% angestiegen, bei den 20-24Jährigen jährlich um rund 2% (OECD, 2014). Bei rund 90% der neu berenteten 18-24Jährigen wurde eine ganze IV-Rente ausgesprochen.

Die deutliche und stetige Zunahme der Invalidisierungen bei den jungen Erwachsenen ist ein Phänomen, das auch in anderen Industriestaaten zu beobachten ist (OECD, 2012). So ist z.B. der Anteil der Neurentenbezüger aus psychischen Gründen in Belgien zwischen 1999 und 2010 ebenfalls jährlich um rund 6% gestiegen. Ähnliche Entwicklungen finden sich in Norwegen, Dänemark, Österreich oder Australien. In Schweden sind zwischen 2003 und 2010 die psychisch bedingten Neuberentungen jährlich gar um fast 25% angestiegen, während die Neurenten aus allen anderen Gründen gesunken sind (OECD, 2015).

Psychische Störungen sind im Vergleich zu somatischen Krankheiten mit einigen Besonderheiten verbunden, die zu ihrer relativ grossen Behinderungslast beitragen: Sie beginnen im Vergleich zu somatischen Erkrankungen sehr früh und zwar im Mittel mit 14 Jahren[1]. Rund ein Viertel aller psychischen Störungen beginnen vor dem 7. Altersjahr und 75% vor dem 24. Altersjahr (Kessler et al., 2005). Das heisst, eine Mehrheit der psychischen Störungen beginnt entweder als Geburtsgebrechen, im Vorschulalter oder während der Schule oder Berufsausbildung. Zum einen können solche Störungen der frühen Entwicklung zu Schulproblemen (Leistungsprobleme, Verhaltensauffälligkeiten), zum andern zu vorzeitigen Schul- und Ausbildungsabbrüchen führen.

Dies zeigte sich auch schon - unabhängig vom Berentungsalter - in der Analyse der Invalidisierungen aus so genannt psychogenen und milieureaktiven Gründen (IV-Gebrechenscode 646): Rund ein Drittel der IV-Berenteten waren schon in der Schule auffällig oder hatten Leistungsprobleme (Baer, Frick, & Fasel, 2009). Auch internationale Daten zeigen, dass das Vorliegen einer psychischen Krankheit das Risiko für einen vorzeitigen Schul- oder Ausbildungsabbruch deutlich erhöht. Je nach Schweregrad der psychischen Störung und je nach Land verlassen 20-30% der Jungen das Schulsystem vor dem 15. Altersjahr, während dies nur bei rund 15% der psychisch Gesunden der Fall ist (OECD, 2015).

Ein früher Austritt aus dem Bildungssystem hat insofern Konsequenzen, als der Übertritt in den Arbeitsmarkt erschwert ist. Daten aus Österreich zeigen, dass Personen mit ausschliesslich obligatorischer Schulbildung bis zu ihrer ersten Anstellung rund dreieinhalb Jahre benötigen. Personen mit abgeschlossener Berufsausbildung dafür zwischen 5 und 10 Monaten (OECD, 2015). Die Entwicklung weist darauf hin, dass sich die Arbeitsmarktchancen für junge Personen mit geringer Bildung im Vergleich zu Personen mit guter Bildung in den letzten 15 Jahren in der Schweiz deutlich verschlechtert hat. Während früher junge Geringqualifizierte gar seltener arbeitslos waren als Höherqualifizierte ist deren Arbeitslosenquote heute zweimal so hoch wie diejenige der Höherqualifizierten (OECD, 2014). Das heisst, das Absolvieren einer qualifizierten Berufsausbildung ist zunehmend entscheidend für eine Etablierung auf dem ersten Arbeitsmarkt.

Weiter können solch frühe Störungen verbunden sein mit weiteren frühen biografischen Belastungen wie z.B. psychischer Erkrankung der Eltern, wechselnden Pflegemilieus oder Erfahrungen von Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung. Auch dies ist bei IV-Berenteten aus psychischen Gründen mit rund 50% häufig der Fall. Solch negative Kindheitserfahrungen können die psychische Gesundheit und Funktionsfähigkeit im Erwachsenenalter beeinflussen. Daten aus Dänemark zeigen beispielsweise analog, dass rund 55% der psychisch kranken Erwachsenen relevante frühe familiäre Belastungen erfahren haben - während dies bei psychisch gesunden Erwachsenen deutlich seltener der Fall war (OECD, 2015). Die häufig schwierigen familiären Hintergründe führen schliesslich manchmal auch dazu, dass die Eltern nicht immer hilfreiche Partner im Integrationsprozess sind oder sein können.

Eine weitere Besonderheit bei psychischen Störungen liegt darin, dass oft erst Jahre nach Problembeginn eine Behandlung aufgesucht wird. Daten aus den USA zeigen, dass zwischen psychiatrischer Ersterkrankung und erster Behandlung im Durchschnitt mehr als 10 Jahre vergehen (Kessler & Wang, 2008). Auch wenn man davon ausgehen kann, dass die Behandlungslatenz in der Schweiz wegen des ausgebauten psychiatrischen Versorgungsystems kürzer ist als in den USA – auch kinder- und jugendpsychiatrische Angebote sind in der Schweiz vergleichsweise sehr gut ausgebaut - so kann eine allfällige späte Behandlung die Arbeitsintegration doch erschweren.

Die Berentung von jungen Erwachsenen bildet wahrscheinlich meistens einen vorläufigen Endpunkt einer ungünstigen Entwicklung - auch wenn die Berentung nicht immer unumgänglich scheint und teils

[1] Wobei gewisse Störungen wie z.B. Angststörungen im Mittel gar noch früher beginnen.

als Resultat eines Mangels an frühen professionellen Interventionen gesehen werden muss (Currie, Stabile, Manivong, & Roos, 2010; Fletcher, 2014). Das heisst, die der IV vorgelagerten Systeme – die Regelschulen inklusive Gymnasium, die sonderpädagogischen Institutionen, die Ausbildungsinstitutionen und die frühen pädiatrischen, pädagogischen, sozialen, psychologischen und psychiatrischen Hilfen – sind von grosser Bedeutung für den Verbleib junger Personen in Bildungssystem und Arbeitsmarkt. Die Schweiz verfügt z.B. im Vergleich zu anderen Industriestaaten über ein stark ausgebautes Angebot von Sonderklassen und -schulen. Diese werden besonders häufig von Kindern mit Migrationshintergrund genutzt (OECD, 2014). Insgesamt werden vor allem SchülerInnen mit Verhaltensauffälligkeiten weniger häufig in Regelschulen integriert, was einen Zusammenhang mit psychischen Problemen haben könnte. Hinzu kommt, dass auch junge Erwachsene oft in geschützten Einrichtungen platziert werden, die letztlich häufig in die Berentung führen (Bänziger & Gölz, 2011).

Obwohl die Schweiz über differenzierte und ausgebaute soziale, pädagogische und psychologisch-psychiatrische Hilfen verfügt, sind diese meist nicht nachhaltig und koordiniert verfügbar, sondern teils an den Verbleib in einer Institution (Schule, Lehre etc.) gebunden. Bei einem Abbruch der nachobligatorischen Schulzeit oder beim Lehrabbruch hören die Hilfen nicht selten auf (OECD, 2014).

1.2 Zielsetzungen Fragestellungen

Die Hintergründe des Wachstums der inzidenten IV-Renten bei jungen Erwachsenen sind trotz den erwähnten Hinweisen bisher nur in Ansätzen bekannt. Ein früheres und effizienteres Handeln seitens der involvierten Akteure setzt voraus, dass die Risikopopulation, die wesentlichen Einflussfaktoren für eine frühe Ausgliederung im gesamten Verlauf und die potentiell hilfreichen Massnahmen genauer und valider beschrieben werden können, als dies bis heute der Fall ist.

Die Hauptziele des Forschungsprojektes liegen zusammengefasst auf den folgenden Ebenen:

Personen

Ein Hauptziel der vorliegenden Untersuchung besteht darin, die IV-Neurentenbeziehenden genauer zu beschreiben. Dazu gehören nicht nur die Erfassung soziodemografischer Daten, sondern auch die Erhebung von Eckdaten zur familiären Biografie – z.B. allfällige Belastungen (Vernachlässigung, familiäre Konflikte, psychische Störungen bei den Eltern der Versicherten). Schliesslich soll auch die aktuelle (bei Dossierkodierung) Erwerbssituation erfasst werden etc.

Erkrankungen

Zudem sollen die Krankheitsprofile der Jungrentner erhoben werden. Die in den BSV-Registerdaten vorhandenen IV-Gebrechenscodes vermitteln nur ein annäherndes Bild der effektiven Krankheitskonstellationen – unter anderem deshalb, da sie nicht auf einer internationalen Krankheitsklassifikation basieren und da sie die meist gegebene Vielzahl von Diagnosen bei einem Versicherten nicht abbilden können.

Verlauf

Weiter sollen Aspekte des Verlaufs der psychischen Problematik sowie der schulischen/beruflichen Desintegration analysiert werden. Dazu sollen die Bildungslaufbahnen und die allfälligen Bildungszäsuren der Versicherten dargestellt werden. Zudem sollen die durchgeführten Unterstützungs- Massnahmen und die involvierten Institutionen und Fachpersonen im Verlauf analysiert werden. Dazu gehören beispielsweise psychiatrische Behandlungsepisoden wie auch Sonderschulung, der Aufenthalt in Heimen oder die Beschäftigung in geschützten Werkstätten etc.

Einflussfaktoren auf die Berentung

Neben der deskriptiven Beantwortung dieser Fragen sollen die Interaktionen dieser Ebenen aufgezeigt werden, z.B.: Welche Personen mit welchen Problemen und welchen Massnahmen erhalten schliesslich eine IV-Rente und welche nicht? Dazu sollen mit multivariaten Analysen die IV-Neurentenbeziehenden mit ähnlichen Versicherten verglichen werden, die Leistungen der IV bezogen haben, aber anschliessend nicht berentet wurden.

Typologisierung

Da es sich bei dieser Studie um die erstmalige Untersuchung der Population von Jungrentnern aus psychischen Gründen handelt und es generell noch an Evidenz in dieser Thematik mangelt, sollen auch Typologien berechnet werden der Krankheitskonstellationen, der familiären Biografie, der Schul- und Massnahmekarrieren etc. Solche Typologisierungen ermöglichen einen vereinfachten Überblick über die komplexen Zusammenhänge und tragen zur Identifikation möglicher Problemstellungen bei.

Empfehlungen

Die gewonnenen Resultate sollen analysiert und diskutiert werden. Schliesslich wird versucht, anhand der Erkenntnisse mögliche künftige Potentiale und Interventionsfelder zu beschreiben und – je nach Art der Erkenntnisse - Empfehlungen für die Praxis der IV wie der vorgelagerten Systeme und der ärztlichen Behandlung und Abklärung zu formulieren.

2 Methodik

2.1 Studienkonzept

2.1.1 Inhaltliche Vorüberlegungen

Bereits der *deskriptiven Beschreibung* der Klientel, des Verlaufs, der involvierten Unterstützungssysteme und ihrer Massnahmen sowie des vorläufigen Ausgangs kommt eine grosse Bedeutung für die Fragestellungen der vorliegenden Studie zu; denn diese Fakten sind bisher kaum bekannt. Deshalb sollte eine möglichst präzise Darstellung, wie sich die Probleme entwickelt haben und welche Massnahmen getroffen wurden, angestrebt werden.

Indessen gibt es über diesen beschreibenden Analysehorizont hinaus weiterführende Ziele. So betrifft eine zentrale Frage die *Risikofaktoren oder bestimmte Konstellationen von Risikofaktoren* für eine IV-Berentung in jungem Alter. Zu denken ist dabei an Verlaufstypen (inklusive Familie und IV-vorgelagerte Systeme), Problemtypen (Risikofaktoren), Diagnosetypen und IV-Massnahmetypen.

Weiter ist der genauere *zeitliche Verlauf* der Krankheits-, Massnahmen- und Ausgliederungsentwicklung von Interesse, da bisher unklar ist, wie diese Prozesse trotz breit verfügbarer und spezialisierter Unterstützungsangebote ablaufen. Um dies aufzuzeigen, wären zeitliche Sequenzanalysen hilfreich (siehe unten). Insbesondere sollte der Verlauf in den vorgelagerten Systemen zumindest grob aufgezeigt werden können.

Für die Beantwortung von Fragestellungen dieser Art war eine vertiefende Analyse von Versichertendossiers (N=500, Stichprobenbeschreibung s.u., Abschnitt 2.2) notwendig. Ergänzend wurden auch Informationen aus den IV-Registerdaten beigezogen (insbesondere in Bezug auf den Massnahmenverlauf).

Im Folgenden werden die zentralen Etappen der vorliegenden Studie und das damit verbundene methodische Vorgehen genauer erläutert.

2.1.2 Konzeptionelle Startphase

Anlässlich des Projekt-Kickoffs wurden erste Präzisierungen und Eingrenzungen der Fragestellungen der geplanten Studie vorgenommen, u.a. wurde definiert, welche psychischen Störungsbilder (gemäss IV-Gebrechenscodes) mit einbezogen werden (siehe Kap. Grundgesamtheit). Es wurden auch die nächsten Arbeitsschritte geplant, insbesondere die Expertengespräche, die Definition und Ziehung der Dossierstichprobe und die Analyse der Registerdaten (allg. Nutzen, Auswahl und Zugang zu den Daten). Ausgehend von der Offerte der Auftragnehmenden wurde anhand der Resultate des Projekt-Kickoffes ein Detailkonzept erstellt.

2.2 Grundgesamtheit, Stichprobenziehung

2.2.1 Grundgesamtheit

Es wurden folgende Diagnosen bzw. IV-Gebrechenscodizes zu psychischen Gesundheitsproblemen für die Selektion der Grundgesamtheit berücksichtigt, wobei sowohl Geburtsgebrechen (400er Codizes) als auch Krankheiten (600er Codizes) einbezogen wurden:

- 401 (vor 2010): Autismus und frühkindliche primäre Psychosen
- 404: Kongenitale Hirnstörungen mit vorwiegend psychischen und kognitiven Symptomen bei normaler Intelligenz (..), sofern sie mit bereits gestellter Diagnose als solche vor Vollendung des 9. Altersjahres behandelt worden sind,
- 405: Autismus-Spektrum-Störungen, sofern diese bis zum vollendeten 5. Lebensjahr erkennbar werden,
- 406: Frühkindliche primäre Psychosen, sofern diese bis zum vollendeten 5. Lebensjahr erkennbar werden,
- 641: Schizophrenie,
- 642: Manisch-depressives Kranksein,
- 643: Organische Psychosen und Leiden des Gehirns,
- 644: übrige Psychosen (seltenere Fälle, die nicht unter 641–643 eingereiht werden können),
- 645: Psychopathie,
- 646: Psychogene oder milieureaktive Störungen; Neurosen; Borderline Cases; einfache psychische Fehlentwicklungen; funktionelle Störungen des Nervensystems und darauf beruhende Sprachstörungen; psychosomatische Störungen (soweit nicht als körperliche Störungen codiert),
- 649: Übrige geistige und charakterliche Störungen (einschliesslich Sprachentwicklungsstörungen).

2.2.2 Stichprobenplan

Für die geplante Studie sind zwei Grundgesamtheiten von Interesse[2]:

1) Versicherte im Alter von 18-29 Jahren, die aufgrund psychischer Gesundheitsprobleme eine *Rente im Zeitraum 2010-13 neu erhalten* haben (GG1)[3];
2) Versicherte im Alter von 18-29 Jahren, die aufgrund psychischer Gesundheitsprobleme *Leistungen der IV im Zeitraum 2010-11 bezogen, aber keine Rente* erhalten haben (GG2)[4].

[2] Für die Studie interessieren nicht nur junge Versicherte mit Rentenbezug sondern auch vergleichbare Personen ohne Berentung. Die Stichprobe 2 soll deshalb als Vergleichsgruppe dienen im Rahmen einer Fall-Kontroll-Analyse (vgl. Offerte vom 14.04.14, S.5).

[3] Es handelt sich also um die Inzidenz der Rentenbeziehenden bzw. um „Neu-Rentner/innen" der Jahre 2010-13. Somit sind Personen, die im Referenzzeitraum ebenfalls eine Rente bezogen haben, diese aber bereits vor 2010 erhielten, nicht in der SPI enthalten.

[4] Für die SPII wurden Personen mit den ausgewählten Gebrechenscodes gewählt, deren letzter Leistungsbezug (≠Rente) im Alter von 18-29 Jahren und im Zeitraum von *2010-11* erfolgte. Die Beschränkung der SPII auf die Jahre 2010/11 (im Unterschied zur SPI) wurde vorgenommen, um das Risiko der sog. „Rechts-Zensierung" zu minimieren: D.h., es wurden für die SPII nur Versicherte gewählt, bei denen nach dem letzten Leistungsbezug für mindestens zwei Jahre kein Rentenbezug (sowie andere Leistungen) mehr verzeichnet worden ist. Hätte man auch Personen mit Leistungen in den Jahren 2012/13 ausgewählt, so bestünde zunehmend das Risiko, dass sie vielleicht später doch noch eine Rente erhalten (weil z.B. der Abklärungsprozess noch nicht abgeschlossen ist).

Aus diesen beiden Grundgesamtheiten (GG) wurde je eine *disproportional geschichtete Stichprobe*[5] gezogen: aus der GG1 die Stichprobe 1 bzw. SPI (N=400), aus der GG2 die SPII (N=100). Als Schichtungsmerkmale wurden zwei Variablen verwendet:

- das Dokumentations-System der IV-Stelle: drei Ausprägungen (IGIS, OSIV, GILAI);
- die Grösse der IV-Stelle in Bezug auf die Fallzahlen pro Jahr: zwei Ausprägungen (gering, mittel-gross[6]).

Die Wahl fiel aus den folgenden Gründen auf diese Schichtungsvariablen: beide Merkmale können aus den IV-Registerdaten ermittelt werden; das EDV-System wurde als Proxy für eine bestimmte „Abklärungskultur“[7] erachtet; die Fallzahl/IV-Stelle sollte garantieren, dass auch kleine Stellen/Kantone ausreichend in den Stichproben repräsentiert sind[8]; beide Variablen sind kaum miteinander korreliert (was eine Voraussetzung für die Wahl von Schichtungsvariablen darstellt).

Der Stichprobenplan (Tabelle 1) sieht somit wie folgt aus, wobei der Kanton Tessin nicht in der Stichprobe enthalten ist:

Tabelle 1: Stichprobenplan für SP1 und SP2 (inkl. Reservestichproben)

	SPI / Grösse IVST			SPII / Grösse IVST		
EDV-System	Gering	mittel-gross	Gesamt SPI	gering	mittel-gross	Gesamt SPII
IGS	68 / 12	69 / 11	137 / 23	16 / 4	17 / 3	33 / 7
OSIV	66 / 14	65 / 15	131 / 29	17 / 3	17 / 3	34 / 6
GILAI	63 / 17	69 / 11	132 / 28	18 / 2	15 / 5	33 / 7
Gesamt	197 / 43	203 / 37	400 / 80	51 / 9	49 / 11	100 / 20
Basisstichprobe: Zahl *vor* Slash; Reservestichprobe: Zahl *nach* Slash; Dokumentationssysteme nach IV-Stellen – IGS: ZH, SZ, OW, NW, GL, ZG, SH, AI, SG, GR, TG; OSIV: BE, LU, SO, BS, BL, AR, AG, ; GILAI: FR, VD, VS, NE, GE, JU (TI, nicht in Stichproben)						

Zusätzlich zu den Basis-Stichproben wurde je eine Reserve-Stichprobe (RSPI, RSPII) gezogen, um ggf. ungeeignete Dossiers für die Datenerfassung ersetzen zu können. Die Fallzahlen der Reserve-Stichproben entsprechen jeweils 20% der Basis-Stichproben (N_{RSPI}=80, N_{RSPII}=20).

2.2.3 Definitive Stichprobe

Zusammensetzung der Stichproben

In Tabelle 2 ist die Verteilung der Gebrechensgruppen in den beiden Stichproben (ohne Reserven) dargestellt.

---

[5] Bei einer geschichteten Stichprobe wird die Grundgesamtheit nach bestimmten Merkmalen in Schichten unterteilt und dann aus jeder dieser Schichten eine Zufallsstichprobe gezogen. Beim disproportionalen Sample wird aus jeder Schicht eine vordefinierte Anzahl von Einheiten ausgewählt, unabhängig von ihrem Anteil in der Grundgesamtheit. Die Anzahl der Einheiten, die jeder Schicht entnommen werden, wird als Planzahl bestimmt.
Eine geschichtete Stichprobe hat im Vergleich zur Ziehung einer einfachen Zufallsstichprobe u.a. zwei Vorteile: (1) die Schichtung ermöglicht eine in Bezug auf die Fallzahlen ausreichende Berücksichtigung („Oversampling“) von interessierenden Gruppen, auch wenn diese in der Grundgesamtheit gering vertreten sind; (2) die Schichtung kann bei Strata, die in Bezug auf eine interessierende Variable vergleichsweise homogene Verteilungen aufweisen, zur Verringerung des Messfehlers des entsprechenden Stich-probenkennwertes in der Gesamtstichprobe führen.

[6] Grösse der IV-Stellen nach absoluten Fallzahlen der Grundgesamtheit 1 (Jahre 2010-13) – gering (17% der Gesamtfallzahl): 4-190 (UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, BS, SH, AR, AI, GR, NE, JU); mittel-gross (83% der Gesamtfallzahl) : 202-1389 (ZH, BE, LU, BL, SG, AG, VD, VS, GE).

[7] Abklärungskultur dahingehend, dass das EDV-System auch ein Abbild der Dossierführung und –dokumentation liefert.

[8] Somit ergibt sich ein „Oversampling“ von Versicherten aus kleinen IV-Stellen. Die Verzerrungen des Stichprobenplans werden bei Aussagen über die Grundgesamtheit (z.B. zu Häufigkeiten von Diagnosen) durch entsprechende Gewichtungsfaktoren korrigiert.

Tabelle 2: Verteilung der Gesundheitsprobleme (IV-Gebrechenscodizes) nach Stichproben

Gebrechenscode	SPI (%)	SPII (%)
401	8 (2)	3 (3)
404	27 (7)	23 (23)
641	69 (17)	2 (2)
642	6 (2)	2 (2)
643	11 (3)	2 (2)
644	21 (5)	2 (2)
645	21 (5)	3 (3)
646	108 (27)	33 (33)
649	129 (32)	30 (30)
Gesamt	400 (100)	100 (100)
In Klammern Prozente		

Die grössten Gruppen bilden in beiden Stichproben die 646er- (27% bzw. 33% der Fälle) und die 649er-Gebrechensgruppen (32% bzw. 30%), welche zusammen rund 60% der Stichprobenfälle umfassen. Indessen unterscheiden sich die beiden Stichproben bei zwei anderen Gebrechensgruppen deutlich voneinander: die 641er sind relativ prominent in der SPI vertreten mit 17% der Fälle, aber nur marginal in der SPII mit 2% der Fälle. Umgekehrt sind die 404er in der SPII bedeutend mit 23% der Fälle, nicht aber in der SPI mit nur 7% der Fälle. Die Zusammensetzung der Stichproben ist hingegen in Bezug auf das Alter (MW_{Alter_SPI}=22.5 Jahre; MW_{Alter_SPII}=21.9 Jahre) sehr und in Bezug auf das Geschlecht (Anteil Frauen: 45% vs. 39%) relativ ähnlich.

Dieser Befund der unterschiedlichen Zusammensetzung der beiden Stichproben in Bezug auf die Diagnosen ist u.E. nicht problematisch oder als „Störfaktor“ zu bewerten. Es zeigt sich darin der plausible Befund, dass das Berentungsrisiko auch von der Art des psychischen Gesundheitsproblemes abhängig ist[9].

2.3 Entwicklung der Instrumente

2.3.1 Expertenworkshop

Der Workshop mit Experten stellte eine wichtige Grundlage zur Entwicklung des Kodierrasters dar. Es haben Fachpersonen respektive Organisationen aus folgenden Bereichen teilgenommen: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie, Heilpädagogik, IV-Berufsberater, Case Managment Berufsbildung, Schulpsychologie und Lehrpersonen.

Der Workshop war inhaltlich in 3 Themen gegliedert:

1) Merkmale der Zielgruppe, Risikofaktoren für frühe IV-Berentung

2) Typische Problem- und Berentungsverläufe

3) Involvierte Institutionen/Unterstützungssysteme, Interventionen und Wirkungen

Der für uns hilfreiche Workshop lieferte eine Fülle von wesentlichen Hinweisen, die zwar mehrheitlich die bisherigen inhaltlichen Arbeiten am Kodierraster bestätigten, in einigen Punkten aber auch weiter führten.

[9] Beispielsweise haben Personen mit der Diagnose 641 bzw. „Schizophrenie“ ein vergleichsweise hohes Berentungsrisiko.

In Bezug auf den Themenkomplex 1) wurde z.B. deutlich, wie wichtig Mehrfachproblematiken bei den Versicherten sind (gesundheitliche, personenbezogene sowie auch familiäre und soziale Probleme) und dass es wichtig sein wird, diese Mehrdimensionalität der Probleme zu erfassen und darzustellen (z.B. eine ADHS-Problematik mit gleichzeitiger Sprachstörung, Minderintelligenz und schwierigen familiären Verhältnissen). In Bezug auf die Unterstützungssysteme wurde mehrmals darauf hingewiesen, dass Hilfen zwar vorhanden seien, das System als Ganzes aber nicht „greife“: Viele Massnahmen würden scheitern, weil die Betroffenen mehr (Entwicklungs-)Zeit benötigen als institutionell zur Verfügung gestellt werden kann, weil keine Einrichtung kontinuierlich am Fall dran bleibt, oder auch weil Eltern zu wenig compliant sind. Erwähnt wurde mehrmals, dass Risikofälle an sich schon früh auffallen, dass dann aber nicht immer koordinierte Massnahmen folgen würden. Es fehle eine Gesamtsicht über die Behandlungskarriere. Von Bedeutung sei auch der Umstand, wie rasch die IV-Stelle ein Berentungsverfahren einleite. Schliesslich fehlt es an Angeboten, sobald Junge die Schule oder die Berufsausbildung abbrechen.

2.3.2 Raster zur Kodierung der Versichertendossiers

Für die Entwicklung der ersten Fassung des Kodierrasters wurde zum einen auf die psychiatrische Prädiktorenforschung zurückgegriffen (typische bekannte Prognosekriterien für den Verlauf) sowie auch auf bestehende Kodierraster aus zwei Vorgängerstudien (Baer et al., 2009; Rüesch, Bührlen, Altwicker-Hámori, Juvalta, & Träbert, 2013). Diese wurden ergänzt mit detaillierteren items zum familiären Umfeld, zur Kooperation der Eltern, zur schulischen- und Ausbildungslaufbahn und zu den involvierten Institutionen.

Dabei wurde unterschieden nach folgenden Alterskategorien: Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene respektive Vorschulstufe, Sekundarstufe I, Sekundarstufe II. Das Kodierraster wurde in Excel programmiert und mit Definitionen sowie Ankerbeispielen hinterlegt. Zudem wurde ein ausführliches Codebuch zum Kodierraster erstellt, um den Kodierenden möglichst viele Hilfestellungen zu geben und eine einheitliche Kodierung sicher zu stellen.

Das definitive Raster enthält 215 Variablen (siehe Anhang A für die Beschreibung der Probekodierung); davon handelt es sich bei rund 65 Variablen um sog. Filtervariablen: D.h., die Kodierer/-innen mussten diese Variablen nur weiter bearbeiten, wenn die entsprechende Angabe im Dossier aufzufinden war (z.B. wurden die Anzahl Kündigungen und die Gründe für die Kündigung der versicherten Person nur erfasst, wenn der versicherten Person überhaupt gekündigt wurde). Das Raster umfasst die folgenden Themengebiete:

- Soziodemographie
- Familienbiographie
- Schul- und Berufsbildung
- Erwerbstätigkeit
- Arztberichte, medizinische Dokumente, Gutachten
- Behandlung
- Krankheit
- weitere Interventionen
- involvierte Institutionen bei Kindern und Jugendlichen, jungen Erwachsenen und Erwachsenen
- allgemeine Fragen zu Institutionen/Personen
- administrative Angaben.

2.4 Datenkontrolle und -plausibilisierung

2.4.1 Datenkontrolle und -plausibilisierung

Die fünf Kodierenden schickten zu festgelegten Daten, zwischen dem 07.11.2014 und 26.01.2015, jeweils 10 kodierte Dossiers ans ZHAW-Team. Die Kodierenden erfassten ihre Kodierung immer in demselben Excel-file. Bei jeder Lieferung hatten die Kodierenden die Möglichkeit, schriftlich Fragen zu stellen. Diese wurden schriftlich beantwortet und an alle Kodierenden per Mail versendet, um eine einheitliche Kodierung sicher zu stellen.

Nach jeder 10-er Paket Lieferung wurden die einzelnen Excel-files der Kodierenden in einem STATA-file anhand einer automatisierten STATA-Datengenerierungssyntax zusammengefügt. Es wurde geprüft, welche IV-Dossiers von den Kodierenden als unbrauchbar eingestuft wurden. Als unbrauchbar definierten wir Dossiers, die keine ausgefüllten Arztberichte aufwiesen oder sehr unvollständig waren. Die Kodierenden haben insgesamt 14 Dossiers als unbrauchbar eingestuft. In allen diesen Fällen war der Grund für die Unbrauchbarkeit der Mangel an ausgefüllten Arztberichten.

Für die 14 unbrauchbaren Dossiers wurden Reservedossiers gezogen. Bei der Ziehung der Reservedossiers wurde darauf geachtet, dass das Reservedossier bezüglich Dokumentationssystem (IGIS, OSIV, GILAI), Kantonsgrösse (klein, mittelgross) und Geschlecht mit dem unbrauchbaren Dossier übereinstimmt. Die Anzahl und Identifikationsnummer der Reservedossiers wurde in einem zusätzlichen Stata-do-file festgehalten. Weitere Ausführungen zur Datenplausbilisierung sind im Anhang B aufgeführt.

2.5 Datenanalyse

2.5.1 Deskriptive Analyse

Die deskriptive Analyse erfolgte anhand von Häufigkeitstabellen und Kreuztabellen. Es wurde mit den Statistikprogrammen STATA und SPSS gearbeitet. Ein Teil der Daten (Vergleich zwischen Rentnern und Nicht-Rentnern sowie Auswertungen mit epidemiologischer Aussage, z.B. soziodemografische Angaben) wurde gewichtet ausgewertet.

Als Mittelwert für Verteilungen wurde meistens der Median verwendet. Der Median teilt einen Datensatz in zwei Hälften, so dass die Werte in der einen Hälfte kleiner gleich dem Medianwert sind und in der anderen Hälfte größer gleich dem Medianwert. Der Median ist im Gegensatz zum arithmetischen Mittel robust gegenüber extrem abweichenden Werten.

2.5.2 Regressionsanalyse: Risikofaktoren für eine frühe Invalidisierung

Um die Frage, welche Faktoren die Wahrscheinlichkeit einer frühen Invalidisierung erhöhen zu beantworten, wurde eine Analyse nach dem „Fall-Kontroll"-Ansatz vorgenommen. Dabei wurde die „Fall"-Gruppe der Versicherten mit Rentenbezug mit der „Kontroll"-Gruppe der Versicherten ohne Rentenbezug hinsichtlich zuvor definierter Risikofaktoren untersucht. Als statistisches Verfahren wurde eine logistische Regression durchgeführt. Als *abhängige Variable* wurde eine binäre Variable für den Rentenbezug definiert (1=Rentenbezug; 0=kein Rentenbezug). Als Risikofaktoren wurden einzelne Variablen aus den folgenden thematischen Blöcken in die Regression aufgenommen: Soziodemographie, Familienbiographie, Krankheit, Bildung und berufliche Stellung, medizinische Dokumente, allgemeine Fragen zu Institutionen/Personen sowie konkrete Massnahmen. Die Regressionsanalyse wurde mit dem Statistikprogramm STATA durchgeführt.

2.5.3 Sequenzdatenanalyse

Die Fragestellungen der vorliegenden Studie implizieren auch eine longitudinale Betrachtungsweise und Anordnung der interessierenden Daten. Dabei geht es jedoch nicht um die wiederholte Messung ein- und desselben Zustandes über mehrere (aber für alle Untersuchungspersonen gleichen) Zeitpunkte. Vielmehr interessierten verschiedene Zustände oder Ereignisse (z.B. bestimmte psychothe-

rapeutische oder pharmakologische Behandlungen), die verstreut über eine Zeitachse zu verschiedenen Zeitpunkten oder Zeitintervallen stattfinden. Ausserdem handelt es sich um Ereignisse, die von Person zu Person variieren. Eine mögliche Datenstruktur könnte (vereinfacht dargestellt) wie folgt aussehen:

Tabelle 3: Beispiel eines fiktiven Datensatzes zu Sequenzen von Behandlungen und Interventionen (vereinfachte Darstellung)

ID	X_1	X_2	..	X_n	Q_1	Q_2	Q_3	Q_4	Q_5	Q_n
111	1	2.	..	..	A	c	a	f	b	..
ID: Fallnummer; X_{1-n}: Personmerkmale (Geschlecht, Alter etc.); Q_{1-n}: Quartale ab Erstkontakt; a=Psychotherapie, b= Psychotherapie + Integrationsmassnahme, c=Pharmakotherapie, f= Psychotherapie + Pharmakotherapie										

Für die Sequenzdatenanalyse im Rahmen der vorliegenden Studie wurde das Programmpaket TraMiner (Gabadinho, Ritschard, Studer, & Mueller, 2009) innerhalb des Open Source Statistikpaket R verwendet (siehe Anhang C für weitere Informationen).

Dabei wurden für zwei Phänomene deren zeitliche Verortung erfasst, die somit Gegenstand der Analyse von Verläufen mit der Methode der Sequenzdatenanalyse sein konnten: 1) Schul-/Berufsbildung und berufliche Beschäftigung, 2) psychiatrische Behandlungen. Darüber hinaus wurden auch IV-Massnahmen einbezogen, die ebenfalls auch zeitlich (Datum der Verfügung) definiert sind.

In einem ersten Schritt der Analyse ging es nun darum, die zu untersuchenden Ereignisse (Bildung, Behandlungen, Massnahmen) auf einer standardisierten, für alle Individuen gleichen Zeitachse zu verorten. Dabei wurde das Datum des ersten dokumentierten Ereignisses im Dossier einer versicherten Person als Ankerdatum definiert und ausgehend davon das am weitesten zurückliegende Ereignis identifiziert und für diese beiden Ereignisse das Alter der versicherten Person berechnet. So liess sich für jede Person in der Untersuchungsstichprobe ein „Beobachtungszeitraum“ in Lebensjahren definieren, der durch das jeweilige Versichertendossier dokumentiert wird. Insgesamt, d.h. über alle N=500 Fälle der Stichprobe hinweg umfasste dieser Beobachtungszeitraum das 1. bis 33. Lebensjahr.

Die interessierenden Ereignisse wurden dann dieser Zeitachse unter Berücksichtigung eines Start- und Enddatums zugeordnet.

2.5.4 Typologien von Störungen, Verläufen und Masnahmen

Die Berechnung der Typologien wurde mittels der so genannten „Latent Class Analyse“ (LCA) durchgeführt. Die Identifikation der Krankheitstypen, Desintegrationsverläufe und Massnahmenkarrieren erfolgte zunächst in getrennten Modellen nach dem jeweiligen Themengebiet. Die Typen in ihren wechselseitigen Abhängigkeiten wurden anschliessend in einem sogenannten „Klassifikationsbaum“ (statistisches Verfahren CART = Classification and Regression Tree) untersucht (siehe Anhang D1 für weitere Informationen).

2.5.5 CART Analysen

In Klassifikationsbäumen wird untersucht, welche Variablen die Gesamtstichprobe am stärksten hinsichtlich der Zielvariable (hier: Rentenbezug) in unterschiedliche Teilpopulationen aufteilen. Während bei einer logistischen Regression die Variablen alle simultan berücksichtigt werden, verläuft die Vorhersage des Rentenbezugs im CART-Modell iterativ durch Hereinnahme immer weiterer statistisch bedeutsamer Prädiktoren, die allerdings jeweils konditional auf der erreichten Stufe des Klassifikationsbaumes aufsetzen. Dies bewirkt, dass auch komplexe Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Variablen effizient entschlüsselt werden können (siehe Anhang D2 für weitere Informationen).

3 Merkmale von jungen IV-RentenbezügerInnen mit psychischen Problemen

3.1 Einführung

Dieses Kapitel zeigt die Ergebnisse zu relevanten Merkmalen von jungen IV-RentenbezügerInnen aus psychischen Gründen. Zunächst werden Eckdaten zur Soziodemografie gezeigt inklusive Ausbildungsstatus, anschliessend Ergebnisse zur familiären Belastung, und schliesslich werden Resultate zu Krankheit und Behinderung der IV-Jungrentner dargestellt. Zu einzelnen Fragestellungen werden weiterführende Auswertungen gezeigt. Für alle folgenden deskriptiven Tabellen sind Rundungsfehler möglich.

Ein Teil der Auswertungen wurde mit einer Gewichtung gerechnet (siehe Kapitel 2.5.1), diese Tabellen sind jeweils am Tabellenende mit "Gewichtet" gekennzeichnet". Bei gewichteten Daten werden nur die Prozentwerte dargestellt ohne Fallzahlen.

3.2 Soziodemographie

In der Gruppe der 400 Rentner bezieht der überwiegende Teil (84%) eine ganze Renten. 10% haben eine halbe Rente und nur 4% bzw. 2% beziehen eine Dreiviertels- oder Viertelsrente.

Es gibt leicht mehr Männer (54%) als Frauen (46%) und die Altersgruppe derjenigen, die mit 18-21 Jahren berentet wurden, ist im Vergleich zu den 22-25jährigen und den 26-29jährigen rund doppelt so häufig vertreten (siehe Tabelle 4).

80% der Rentner sind Schweizer und 20% haben eine andere Staatsangehörigkeit, wobei Serbien, Türkei, Italien und Mazedonien die häufigsten Herkunftsländer sind. Zum Vergleich: Für das Jahr 2013 betrug der Ausländeranteil der ständigen Wohnbevölkerung in der Alterklasse der 15-19 jährigen 20%, bei den 20-24 jährigen 23% und bei den 25-29 jährigen 33% (Bundesamt für Statistik). Insgesamt haben 31% der Rentner einen Elternteil, der in die Schweiz migriert ist.

72% der Rentner waren bei der Stichprobenziehung in einer Deutschschweizer IV-Stelle[10] gemeldet, während 28% einer Westschweizer IV-Stelle[11] angehören. In der Allgemeinbevölkerung sprachen im Jahr 2013 64% der ständigen Wohnbevölkerung Deutsch oder Schweizdeutsch als Hauptsprache und 23% Französisch (Bundesamt für Statistik).

Tabelle 4: Soziodemographische Angaben

Geschlecht		Alter bei Berentung			Staatsangehörigkeit		Sprachregion		Gesamt
M	F	18-21	22-25	26-29	CH	Nicht-CH[1]	D-CH	Romandie	
54%	46%	52%	24%	23%	80%	20%	72%	28%	400 (100%)
[1] Häufigste Nicht-CH Staaten: Serbien, Türkei, Italien Mazedonien (je 2%) Gewichtet									

[10] Deutschschweizer IV-Stellen: Zürich, Bern, Luzern, Uri, Schwyz, Obwalden, Nidwalden, Glarus, Zug, Solothurn, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Schaffhausen, Appenzell-Ausserroden, Appenzell-Innerroden, St. Gallen, Graubünden, Aargau, Thurgau

[11] Westschweizer IV-Stellen: Freiburg, Waadt, Wallis, Neuenburg, Genf, Jura

In Tabelle 5 ist ersichtlich, dass das Alter bei der Berentung sich nicht nach Geschlecht unterscheidet, jedoch nach Nationalität: Die Schweizer Rentner sind jünger als die Rentner mit einer anderen Staatsangehörigkeit. Dies weist womöglich darauf hin, dass sich die Diagnosen nach Nationalität unterscheiden (siehe Kapitel 3.4)

Tabelle 5: Geschlecht und Nationalität nach Alter bei der Berentung

	Geschlecht		Nationalität	
Alter bei Berentung	Mann	Frau	CH	Nicht-CH
18-21 Jahre	49%	49%	56%	47%
22-25 Jahre	28%	27%	32%	26%
26-29 Jahre	23%	24%	12%	27%

Wie in Tabelle 6 abgebildet ist, sind die höchsten abgeschlossenen Ausbildungen der Rentner mit je zwei Fünfteln die Sekundarstufe I, d.h. die obligatorische Schulbildung und die Sekundarstufe II und zwar solche mit einem ISCED 3C[12] Abschluss. Dies entspricht einer Berufsausbildung mit einer unter 3 jährigen Dauer.

47% der Rentner haben keine abgeschlossene Berufsausbildung. 39% haben eine Berufsausbildung auf dem ISCED 3C-Level, also ein Berufsattest, eine IV-Anlehre oder eine praktische Ausbildung. 14% haben eine 3-4 jährige Berufslehre mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) abgeschlossen. Insgesamt verfügen die Jungrentner demnach kaum je über eine Berufsausbildung, die auf dem freien Arbeitsmarkt gute Chancen eröffnet. Während Berufsattests (Dauer: 2 Jahre) durch die eidgenössische Anerkennung eine gewisse Chance für den ersten Arbeitsmarkt bieten sind praktische Ausbildungen[13] sowie IV-Anlehren (Dauer: 1-2 Jahre) häufig Qualifikationen im und für den geschützten Rahmen.

Zwei Fünftel der Rentner haben keine Sonderschule, Sonderklasse oder Kleinklasse besucht. Ein Drittel hat eine Phase in einer dieser Schulformen verbracht, 14% mehrere Phasen und 13% waren durchgehend in der Sonderschule, Sonderklasse oder Kleinklasse. Das zeigt, dass es sich bei der Mehrheit der Jungrentner um Personen handelt, die schon in einem frühen Stadium ‚auffällig' wurden.

[12] Wir haben für diejenigen mit einem ISCED 3 Abschluss nachträglich rekonstruiert, ob sie einen 3A/4, 3B oder 3C Abschluss haben. Dies konnte mit Hilfe der Angaben zur höchsten abgeschlossenen Berufsausbildung (Berufslehre EFZ=3B, Berufsattest/IV-Anlehre/Praktische Ausbildung=3C) durchgeführt werden. Wir nahmen an, dass diejenigen ohne eine Berufsausbildung einen ISCED 3A bzw. ISCED 4- Abschluss absolviert haben.

[13] mit praktischen Ausbildungen meinen wir im folgenden die praktische Ausbildung (PrA), die von der INSOS (nationaler Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Behinderung) durchgeführt wird.

Tabelle 6: EFZ - Berufslehren sind selten

Höchste abgeschlossene Ausbildung	Prozente
Primarstufe ISCED1	3%
Sekundarstufe I ISCED2	39%
Sekundarstufe II ISCED 3A/4[1]	3%
Sekundarstufe II ISCED 3B[2]	14%
Sekundarstufe II ISCED 3C[3]	39%
keine Angabe/kein Abschluss	2%
Gesamt	400 (100%)
Abgeschlossene Berufsausbildung	
Keine abgeschlossene Berufsausbildung	47%
Berufslehre EFZ	14%
Berufsattest/Anlehre	11%
IV-Anlehre	10%
Praktische Ausbildung	17%
Keine Angabe	1%
Gesamt	400 (100%)
Sonderschule, Sonderklasse oder Kleinklasse	
Nein	41%
Ja, eine Phase	32%
Ja, mehrere Phasen	14%
Ja, durchgehend	13%
Gesamt	400 (100%)

Gewichtet

[1]ISCED 3A: Maturität oder Berufsmaturität, ISCED 4: Zweitausbildung nicht-tertiäre Stufe

[2] ISCED 3B: Fachmittelschule oder 3-4 jährige Berufsbildung

[3] ISCED 3C: unter 3-jährige Berufsbildung (Berufsattest, IV-Anlehre, praktische Ausbildung)

3.3 Familiäre Belastungen

3.3.1 Übersicht familiäre Belastungen

7% der Rentner haben eigene Kinder (siehe Tabelle 7). Obwohl man nicht davon ausgehen kann, dass Kinder grundsätzlich ein Belastungsfaktor sind, könnte dies bei so jung Erkrankten der Fall sein. Bei den Frauen und bei Rentnern, die im Alter von 26-29 Jahren berentet wurden, ist der Anteil am höchsten (16%). Einige wenige Rentner mit einem Kind waren bei der Geburt des ersten Kindes jünger als 20 Jahre alt, dabei handelt es sich ausschliesslich um junge Frauen.

Bei 16% der Rentner gab es einen Sozialtransfer (z.B. IV-Rentenbezug oder Sozialhilfebezug) in der Herkunftsfamilie.

Bei insgesamt gut einem Drittel der Rentner ist dokumentiert, dass bei einem Elternteil eine psychische Störung besteht/bestand. Mit 36% sind bei Frauen psychische Störungen eines Elternteils häufiger dokumentiert als bei Männern mit 26%. Dieses Resultat – wie auch die weiteren Belastungen - deckt sich mit den Resultaten der Untersuchung von IV-Rentnern mit psychogenen und milieureaktiven Störungen (IV-Code 646) von Baer et al. (2009).

Vor dem Erreichen des 18. Lebensjahres sind: 14% getrennt von beiden Elternteilen aufgewachsen, bei über einem Drittel haben sich die Eltern getrennt oder geschieden und ein Drittel ist in einer Einelternfamilie aufgewachsen. Bei 6% ist ein Elternteil verstorben.

Konflikte, Vernachlässigung oder Gewalt in der Familie wurden bei 28% der Rentner dokumentiert und häufiger bei Frauen (34%) als bei Männern (23%). Bei den mit 26-29 Jahren berenteten wurden doppelt so häufig Konflikte kodiert als bei den mit 18-21 Jahren berenteten.

Frauen haben häufiger Eltern mit psychischen Störungen und Konflikte/Vernachlässigung in der Familie. Dies liegt womöglich daran, dass Frauen bei den Persönlichkeitsstörungen übervertreten sind (siehe Tabelle 10) – also bei Störungen, die typischerweise besonders belastet sind.

10% der Rentner hatten zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung eine Vormundschaft.

Sozialtransfers, getrenntes Aufwachsen von beiden Eltern und Konflikte in der Familie sind bei Rentnern mit einem migrierten Elternteil leicht häufiger als bei Rentnern ohne migrierten Elternteil.

Tabelle 7: Psychisch kranke Eltern, familiäre Konflikte und Einelternfamilien

	Geschlecht		Alter bei Berentung			Gesamt
Familiäre Belastungen	Mann	Frau	18-21	22-25	26-29	
Eigene Kinder	2%	12%	3%	5%	16%	7%
Sozialtransfer in der Herkunftsfamilie	18%	15%	14%	23%	16%	16%
Jemals psychische Störungen bei einem Elternteil (explizit oder Hinweise darauf)	26%	36%	27%	36%	35%	31%
Getrennt von beiden Eltern aufgewachsen	13%	15%	10%	18%	18%	14%
Eltern geschieden/getrennt	40%	32%	37%	44%	28%	36%
In einer Einelternfamilie aufgewachsen	38%	31%	35%	43%	27%	35%
Ein Elternteil verstorben	5%	7%	6%	3%	7%	6%
Konflikte/Vernachlässigung/Gewalt in der Familie	23%	34%	20%	30%	43%	28%
Vormundschaft zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung	8%	12%	10%	13%	8%	10%
Gesamt	219	181	196	110	94	400 (100%)
Gewichtet						

3.3.2 Familiäre Belastungen nach behinderungsrelevanter Diagnose

In Tabelle 8 werden ausgewählte familiäre Belastungen nach behinderungsrelevanter Diagnose dargestellt (siehe Kap. 3.4.1 für die Definition der behinderungsrelevanten Diagnose). Die familiären Belastungen sind vor allem bei F3-, F4- und insbesondere bei F6 Diagnosen stark ausgeprägt.

Tabelle 8: Besondere familiäre Belastungen bei Persönlichkeitsstörungen

	Familiäre Belastungen		
Behinderungsrelevante Diagnose	Jemals psychische Störungen bei einem Elternteil	In einer Einelternfamilie aufgewachsen	Konflikte/Vernachlässigung/Gewalt in der Familie
F0 (hirnorganische Störungen)	14%	43%	14%
F2 (Schizophrenie)	37%	31%	24%
F3 (Affektive Störungen)	50%	28%	44%
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	30%	55%	45%
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	56%	45%	62%
F7 (Intelligenzminderung)	23%	31%	19%
F8 (Entwicklungsstörungen)	18%	39%	27%
F9 (sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	28%	32%	24%
Keine F-Diagnose	8%	17%	0%
Gesamt	N=400		
Prozent an Ja-Antworten			

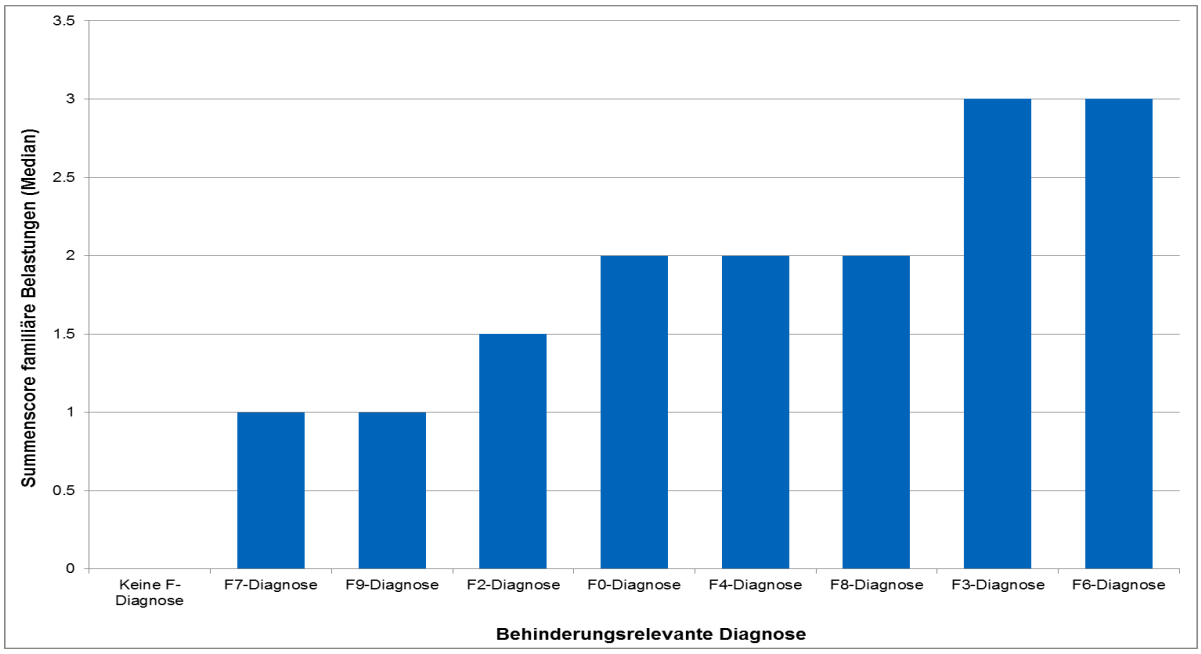
Familiäre Belastungen (Summenscore) nach behinderungsrelevanter Diagnose

Mit allen familiären Belastungen aus Tabelle 7 wurde ein Summenscore[14] gebildet. F3-Diagnosen (affektive Störungen) und F6-Diagnosen (Persönlichkeitsstörungen) haben mit im Median drei familiären Belastungen die schwierigste Ausgangslage (Abbildung 1). Am geringsten familiär belastet sind Rentner ohne F-Diagnose und jene mit F7 (Intelligenzminderung) oder F9-Diagnosen (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter). Das heisst, bei den Geburtsgebrechen und den sehr frühen Störungen, bei denen biologische Faktoren (mit)entscheidend sind, spielen biografische Belastungen keine besondere Rolle.

Es ist darauf hinzuweisen, dass es sich hier nur um die dokumentierten familiären Belastungen handelt, möglicherweise ist dies eine Unterschätzung der realen Belastung, z.B. weil erfahrene Belastungen von den Versicherten nicht erwähnt oder nicht aktiv erhoben worden sind.

[14] Summenscore familiäre Belastungen: Für jede dokumentierte familiäre Belastung (maximal 9) wurde 1 addiert.

Abbildung 1: Rentner mit affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen sind besonders familiär belastet

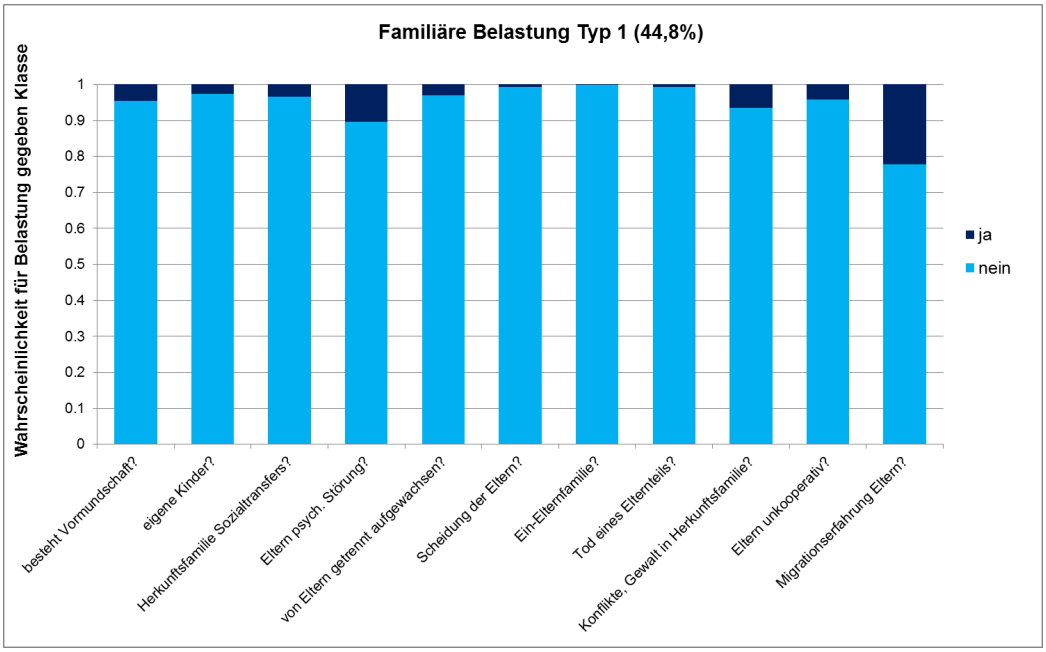


3.3.3 Typologie der familiären Belastungen

Anhand der verschiedenen erhobenen familiären Belastungen wurde eine latente Klassenanalyse (siehe Kapitel 2 zur Methodik) berechnet für alle 500 Versicherten, sowohl Rentenbeziehende als auch Nicht-Rentenbeziehende. Dabei wurde auch noch eine allfällige Immigration der Eltern der versicherten Person sowie ein allfälliges unkooperatives Verhalten der Eltern in die Analyse miteinbezogen – im Wissen darum, dass es sich dabei nur um potentielle Belastungsindikatoren handelt. Die Analyse ergibt vier verschiedene Typen (Abbildungen 2 bis 5).

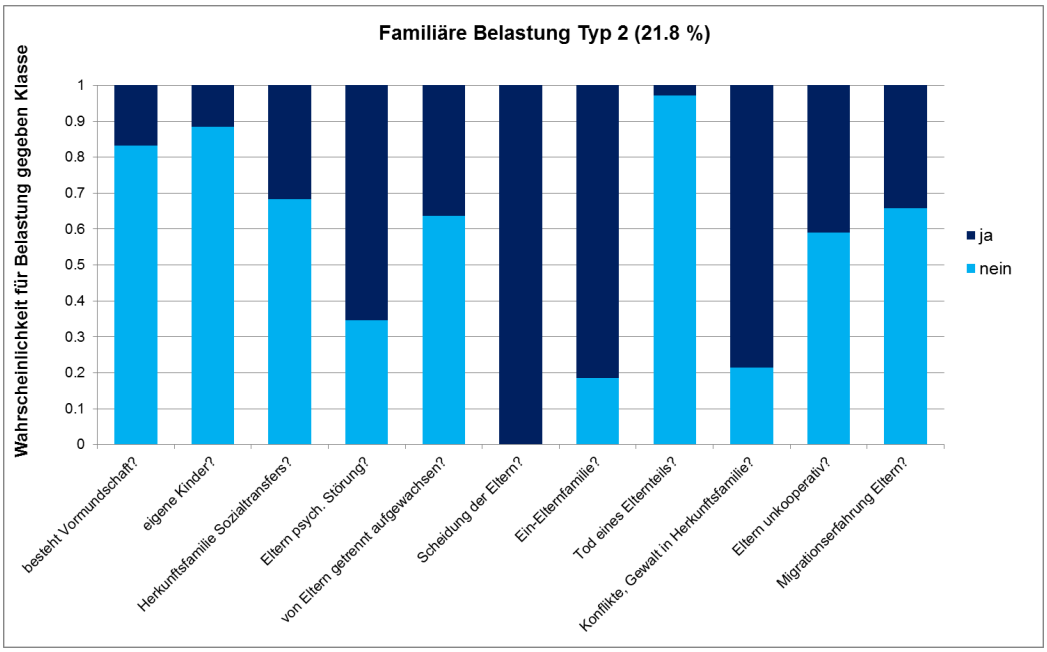
Der Typ 1 „Unbelastet“ – mit 45% der untersuchten Personen die grösste Personengruppe – bringt nahezu keine familiären Belastungen mit.

Abbildung 2: Familiärer Belastungstyp 1 „Unbelastet“



Der Typ 2 „Multiple Belastungen, Eltern getrennt“ – rund 22% der Versicherten – ist demgegenüber gekennzeichnet durch multiple Belastungen. Zwei Drittel der zu dieser Gruppe gehörigen Personen sind mit psychisch kranken Eltern aufgewachsen, 80% haben Konflikte, Gewalt oder Vernachlässigung erlebt, 40% sind von den Eltern getrennt aufgewachsen. Die Eltern dieser Versichertengruppe waren vergleichsweise häufig unkooperativ in der Zusammenarbeit mit der IV-Stelle. Auch Sozialtransfers in der Herkunftsfamilie sind häufig dokumentiert.

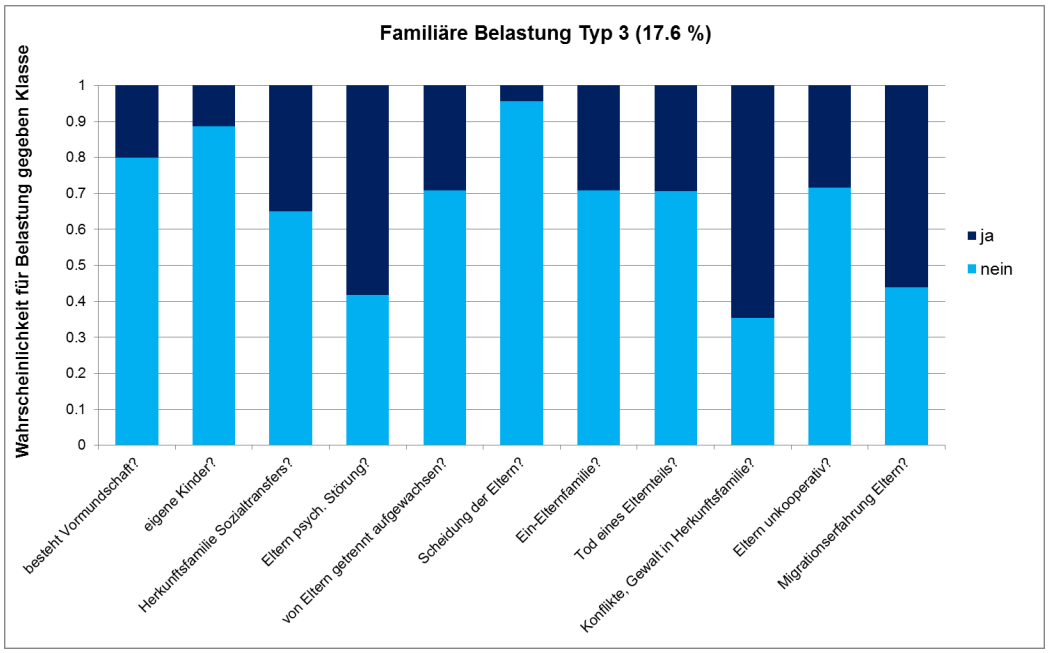
Abbildung 3: Familiärer Belastungstyp 2 „Multiple Belastungen, Eltern getrennt“



Der Typ 3 „Multiple Belastungen, Eltern zusammenleben“ – rund 18% der Versicherten – bringt ebenfalls vergleichbare multiple Belastungen mit. Allerdings leben die Eltern dieser Versicherten fast immer noch zusammen. Hier handelt es sich häufig (in fast 60% der Fälle) um Versicherte, deren

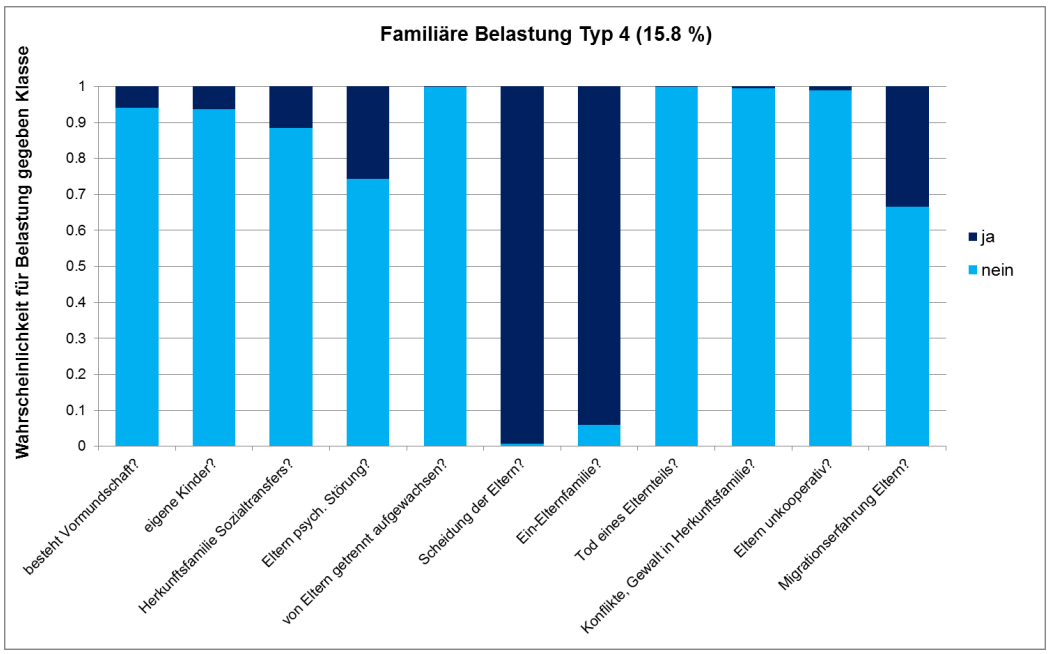
Eltern in die Schweiz immigriert sind. Auch hier sind Sozialtransfers in der Herkunftsfamilie relativ häufig dokumentiert.

Abbildung 4: Familiärer Belastungstyp 3 „Multiple Belastungen, Eltern zusammenlebend“



Der Typ 4 „Eltern getrennt, kaum sonstige Belastungen“ schliesslich – 16% der Versicherten – zeichnet sich dadurch aus, dass sich die Eltern der Versicherten getrennt haben. Weitere familiäre Belastungen sind kaum dokumentiert. Obwohl es sich hier auch fast ausnahmslos um Ein-Elternfamilien handelt, sind kaum Sozialtransfers in der Herkunftsfamilie dokumentiert – im Gegensatz zum Typ 2.

Abbildung 5: Familiärer Belastungstyp 4 „Eltern getrennt, kaum sonstige Belastungen“ (14.5%)



Es zeigen sich demnach zwei weitgehend unbelastete Gruppen von Versicherten (Typ 1 und Typ 4), die zusammen 60% aller untersuchten Personen ausmachen, sowie zwei sehr stark belastete Gruppen, die zusammen 40% aller Untersuchten umfassen. Die stark Belasteteten unterscheiden sich untereinander je nachdem, ob die Eltern noch zusammen leben oder nicht. Die multiplen Belastungen dieser zwei Gruppen sind erheblich.

Insgesamt zeigt sich bei diesen Belastungstypen eine Verteilung, die mit den für die IV-Rentner aus psychogenen und milieureaktiven Gründen (IV-Code 646) gefundenen Gruppen gut vergleichbar ist (Baer et al., 2009). Während die damalige Untersuchung der Berenteten (aller Altersklassen) bei rund der Hälfte relevante familiäre Belastungen fand, sind es hier etwa 10% weniger. Dies hängt mit dem hier jüngeren Berentungsalter und der Berücksichtigung sämtlicher psychiatrischer Gebrechensgruppen zusammen (inklusive z.B. Minderintelligenz und ADHS/POS, die insgesamt mit deutlich weniger Belastungen verbunden sind als die beim Code 646 besonders häufigen Persönlichkeitsstörungen).

3.4 Krankheit und Behinderung

3.4.1 Diagnosen

Gebrechenscodizes nach Geschlecht und Alter

Bei der Analyse der Gebrechenscodes zeigen sich Unterschiede nach Geschlecht: Bei den Männern ist POS dreimal so häufig und Schizophrenie doppelt so häufig wie bei den Frauen. Bei den Frauen hingegen sind psychogene und milieureaktive Störungen mit 38% doppelt so häufig wie bei den Männern mit 18%. Das Alter bei der Berentung zeigt auf, dass Personen mit POS und Intelligenzminderung (Gebrechenscode 649) früh berentet werden, während der Grossteil von Versicherten mit Schizophrenie und psychogenen/milieureaktiven Störungen später eine Rente erhalten.

Tabelle 9: Gebrechenscodes unterscheiden sich nach Alter und Geschlecht

	Geschlecht		Alter (Jahre)			Gesamt
Gebrechenscode	Mann	Frau	18-21	22-25	26-29	
401 (Autismus und frühkindliche Psychosen)	3%	<1%	2%	<1%	1%	2%
404 (POS)	11%	3%	11%	6%	<1%	7%
641 (Schizophrenie)	21%	11%	8%	21%	30%	16%
642 (manisch-depressives Kranksein)	1%	2%	0%	<1%	6%	1%
643 (Organische Psychosen)	3%	2%	2%	2%	4%	3%
644 (Übrige Psychosen)	8%	3%	5%	8%	5%	6%
645 (Psychopathie)	3%	6%	5%	<1%	9%	5%
646 (psychogene und milieureaktive Störungen)	18%	38%	17%	38%	37%	27%
649 (übrige geistige und charakterliche Störungen)	33%	33%	49%	23%	8%	33%
Gesamt	181 (100%)	219 (100%)	151 (100%)	106 (100%)	71 (100%)	400 (100%)
Gewichtet						

Definition behinderungsrelevante F-Diagnose

Da die Rentner viele verschiedene Diagnosen zu verschiedenen Zeitpunkten aufweisen, haben wir eine Hauptdiagnose bestimmt, die sich danach richtet, wie behindernd eine Diagnose im Allgemeinen in Bezug auf die Erwerbsfähigkeit ist.

Ausgangspunkt waren die sogenannten F-Diagnosen, also Diagnosen kodiert gemäss dem Kapitel fünf "Psychische und Verhaltensstörungen" der "International Classification of Diseases, Version 10" (ICD-10)". Solche F-Diagnosen wurden durch die Ärzte in den Arztberichten festgehalten. Die ICD-10 hat dabei verschiedene Kodierungsebenen, die es erlauben, ein Störungsbild in unterschiedlicher Genauigkeit anzugeben. Zum Beispiel bedeutet die Diagnose F81.2 einer Rechenstörung, dass diese Diagnose im Kapitel V ("F"), in der Gruppe der Entwicklungstörungen ("F8") und in der Subkategorie "Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten" einzuordnen ist. Um die Komplexität zu reduzieren wurden für die Erstellung der Hauptdiagnose alle Diagnosen auf die Gruppenebene (F0-F9) heruntergebrochen. Ausgehend vom letzten Arztbericht und von den Gutachten, wurden die F-Diagnosen nach folgender Reihenfolge selektiert, beginnend bei der F-Diagnose mit dem grössten Behinderungspotential:

F0, F7, F2, F6, F3, F4, F5, F8, F9

F1-Diagnosen (Substanzabhängigkeiten) wurden nicht berücksichtigt, da der entsprechende Gebrechenscode nicht in der Studienpopulation mit enthalten war.Da im letzten Arztbericht und in den Gutachten zu wenige F-Diagnosen vorhanden waren, wurden die restlichen Diagnosen nach dem gleichen Prinzip aus dem ersten Arztbericht und den weiteren generiert. Bei zwölf Rentnern war gar keine F-Diagnose vorhanden; die meisten davon haben eine Trisomie 21- Diagnose. F5-Diagnosen wurden zudem mit F4-Diagnosen zusammengefasst, da es sich nur um drei Fälle handelt.

Behinderungsrelevante F-Diagnose nach Alter und Geschlecht

Die häufigsten behinderungsrelevanten Diagnosen sind Intelligenzminderung (F0) mit 23%, Schizophrenie (F2) mit 22% und Persönlichkeitsstörung (F6) mit 21% (Tabelle 10). Alle anderen Diagnosen kommen deutlich seltener vor. Männer haben mit 28% häufiger eine Schizophrenie Diagnose als Frauen mit 16%. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass Frauen epidemiologisch gesehen später an Schizophrenie erkranken. Männer haben auch doppelt so häufig Entwicklungsstörungen wie Frauen – dies widerspiegelt die epidemiologischen Befunde, dass Jungen von tiefgreifenden Entwicklungsstörungen häufiger betroffen sind als Mädchen (Möller, Laux & Deister, 2005). Frauen haben deutlich häufiger Persönlichkeitsstörungen (31% vs. 13%) und auch häufiger Intelligenzminderung (28% vs. 19%). Epidemiologisch kommt Intelligenzminderung häufiger bei Männern vor (Müller, Laux & Deister, 2005), während die Geschlechtsunterschiede bei den Persönlichkeitsstörungen von der jeweiligen Art der Störung abhängen.

Mit 18-21 Jahren werden vor allem Personen mit Intelligenzminderung und Entwicklungsstörungen berentet, mit 22-25 Jahren sind es überwiegend Schizophrenien und Persönlichkeitsstörungen und mit 26-29 Jahren werden fast ausschliesslich Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenien berentet. Das heisst, je früher der Störungsbeginn desto früher die Berentung.

Tabelle 10: Männer oft mit Schizophrenie und Entwicklungsstörungen, Frauen mit Persönlichkeitsstörungen

	Geschlecht		Alter bei Berentung			Gesamt
Behinderungsrelevante Diagnose	Mann	Frau	18-21	22-25	26-29	
F0 (hirnorganische Störungen)	6%	3%	4%	7%	3%	4%
F2 (Schizophrenie)	28%	16%	13%	27%	36%	22%
F3 (Affektive Störungen)	7%	6%	3%	8%	12%	6%
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	5%	5%	5%	7%	2%	5%
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	13%	31%	10%	27%	39%	21%
F7 (Intelligenzminderung)	19%	28%	32%	21%	5%	23%
F8 (Entwicklungsstörungen)	16%	7%	22%	3%	<1%	12%
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	8%	5%	11%	1%	2%	6%
Keine F-Diagnose	4%	4%	8%	0%	0%	4%
Gesamt	219 (100%)	181 (100%)	196 (100%)	110 (100%)	94 (100%)	400 (100%)
Gewichtet						

Detaillierte (dreistellige) behinderungsrelevante F-Diagnose

Die einzelnen Gruppen der behinderungsrelevanten F-Diagnosen von F0-F9 wurden von uns als zweistellige Diagnosen, das heisst auf der Ebene der Diagnose-Kategorien (Substanzabhängigkeiten, Affektive Störungen etc.) analysiert, da sie nicht selten nur in dieser Form vorlagen oder nur in Form von Textdiagnosen, was eine valide Zuteilung zu einer genaueren dreistelligen ICD-Diagnose erschwert hätte. Diese Diagnosen-Kategorien umfassen allerdings unterschiedliche Störungsbilder. Wir geben hier deshalb einen Überblick, welche detaillierten Diagnosen (falls in den Dossiers vorhanden) für die jeweiligen behinderungsrelevanten F-Diagnosen am häufigsten sind[15].

- Bei den F0-Diagnosen „Hirnorganische Störungen“ stehen folgende Störungsbilder im Vordergrund, die aufgrund einer Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit auftreten: leichte kognitive Störung sowie Persönlichkeits-und Verhaltensstörungen.
- Bei den F2-Diagnosen "Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen" heben sich zahlenmässig die "paranoide Schizophrenie" sowie die "hebephrene Schizophrenie" hervor, ansonsten verteilen sich die Diagnosen auf das ganze Spektrum der schizophrenen Störungen.
- Die F3-Diagnosen "Affektive Störungen" bestehen vor allem aus den Unterdiagnosen "bipolare affektive Störung", "depressive Episode" und "rezividierende depressive Störung". "Anhaltende affektive Störungen" kommen eher vereinzelt vor.

[15] Für eine Beschreibung der Störungsbilder nach ICD-10 siehe: http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/index.htm#V

- "Phobische Störungen", "Zwangsstörungen" und "Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen" stehen im Vorderung bei den F4-Diagnosen, andere Angststörungen wie "Panikstörung" kommen vereinzelt vor.
- Unter den F6-Diagnosen "Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen" dominiert die "emotional instabile Persönlichkeitsstörung". Auch häufig sind "kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen" sowie die "ängstliche" und die "abhängige" Persönlichkeitsstörung.
- Häufig unspezifisch zweistellig mit „F7“ kodiert wurden Diagnosen von Intelligenzminderung, ohne genauere Bezeichnung des Schweregrades. Ansonsten tritt die "leichte Intelligenzminderung" mit und ohne Verhaltensstörungen häufig auf. Mittelgradige und schwere Intelligenzminderungen sowie andere Formen der Intelligenzminderung kamen vereinzelt ebenfalls vor.
- Auch bei den F8-Diagnosen der Entwicklungsstörungen war die zweistellige Diagnose „F8“ die häufigste Kodierung, darauf folgen "tief greifende Entwicklungsstörungen" (z.B. frühkindlicher Autismus) sowie "umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache". Vereinzelt gab es auch Diagnosen von "Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten" und "kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen".
- F9-Diagnosen "Verhaltens-und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend" wurden ebenfalls häufig unspezfisch zweistellig mit „F9“ angegeben. Darüber hinaus waren die "einfache Aktvitäts-und Aufmerksamkeitsstörung" sowie die "hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens" häufig. Ferner waren wenige Diagnosen mit "Störungen des Sozialverhaltens", "Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen" sowie "Emotionale Störungen des Kindesalters" zu verzeichnen.

Diese Resultate sind insofern bemerkenswert, weil hier offensichtlich mehrfach Störungen zu einer Berentung geführt haben, bei denen nicht a priori von einer invalidisierenden Wirkung ausgegangen werden muss – wie dies beispielsweise bei der chronisch verlaufenden „hebephrenen Schizophrenie“, frühkindlichem Autismus oder schwereren Intelligenzminderungen leider oft der Fall ist. So sind die dokumentierten phobischen Störungen, depressiven Episoden oder umschriebenen Sprachstörungen per se im Allgemeinen eher weniger invalidisierend. Man muss hier demnach davon ausgehen, dass es sich dabei um Zustandsbilder mit einem besonders hohen Schweregrad handelt, da ansonsten die Berentung kaum nachvollziehbar wäre.

Behinderungsrelevante F-Diagnose nach Nationalität

Nach Nationalität zeigen sich bei der behinderungsrelevanten Diagnose zwei wesentliche Unterschiede (Tabelle 11): Rentner mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit haben weniger Persönlichkeitsstörungen (16% vs. 23%) als Schweizer und mehr Intelligenzminderung (31% vs. 20%).

Tabelle 11: Intelligenzminderung ist bei ausländischen Staatsangehörigen ein häufigerer Rentengrund

	Nationalität	
F-Diagnose	CH	Nicht-CH
F0 (hirnorganische Störungen)	3%	4%
F2 (Schizophrenie)	22%	20%
F3 (Affektive Störungen)	4%	5%
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	6%	2%
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	23%	16%
F7 (Intelligenzminderung)	20%	31%
F8 (Entwicklungsstörungen)	12%	13%
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	7%	4%
Keine F-Diagnose	2%	6%
Gesamt	316 (100%)	84 (100%)

Zusammengefasste Gebrechenscodizes nach behinderungsrelevanter F-Diagnose

Die eingeschätzte „behinderungsrelevante“ Diagnose hat keinen eindeutigen Link zu einem IV-Gebrechenscode. Die Gruppe der affektiven Störungen (F3) umfasst verschiedene Störungen, die z.B. als Psychose 641-644 (bei einer bipolaren affektiven Störung) oder als reaktive Störung 646 (bei einer depressiven Episode) kodiert werden kann. Dennoch ist die Gegenüberstellung von F-Diagnose und IV-Code interessant:

Die F0 Diagnosen sind zu 36% als Geburtsgebrechen kodiert, aber auch die anderen Gebrechenscodizes sind vertreten (Tabelle 12). F2 Diagnosen sind zu als 80% Psychosen kodiert. F3 Diagnosen bestehen vorwiegend aus 646 Gebrechenscodes, aber es sind auch einige Fälle von Psychosen mit dabei. F4 und F6 Diagnosen setzen sich überwiegend aus 645 und 646 Gebrechenscodizes zusammen, wobei bei F4 Diagnosen vor allem 646er vorhanden sind. F7 und vor allem F8 Diagnosen sind hauptsächlich 649er Gebrechenscodes. Die als behinderungsrelevant eingeschätzten F9-Diagnosen wurden nicht in erster Linie als Geburtsgebrechen kodiert, sondern häufig als Entwicklungsstörungen und Minderintelligenz – und etwas seltener als Persönlichkeits-und reaktive Störungen.

Tabelle 12: F9-Diagnosen häufig mit IV-Code 649 assoziiert

	Zusammengefasste Gebrechencodizes				
Behinderungsrelevante F-Diagnose	Geburtsgebrechen (401&404)	Psychosen (641-44)	Persönlichkeitsstörungen und reaktive Störungen (645&646)	Entwicklungsstörungen, Minderintelligenz (649)	Gesamt
F0 (hirnorganische Störungen)	36%	29%	14%	21%	14 (100%)
F2 (Schizophrenie)	0%	80%	17%	2%	86 (100%)
F3 (Affektive Störungen)	6%	39%	44%	11%	18 (100%)
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	5%	15%	55%	25%	20 (100%)
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	5%	12%	71%	13%	86 (100%)
F7 (Intelligenzminderung)	12%	11%	20%	57%	90 (100%)
F8 (Entwicklungsstörungen)	12%	12%	14%	61%	49 (100%)
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	36%	0%	20%	44%	25 (100%)
Keine F-Diagnose	0%	0%	17%	83%	12 (100%)
Gesamt	37 (10%)	109 (27%)	129 (32%)	125 (31%)	400 (100%)

Behinderungsrelevante Diagnose nach Funktionsausfallcodes (BSV)

Auffallend in Tabelle 13 ist, dass die POS-Funktionsdefizite über alle F-Diagnosen verteilt sind, schwerpunktmässig aber bei F0-Diagnosen und F9-Diagnosen (z.B. ADHS). Ein beeinträchtigter Allgemeinzustand ist vor allem bei F0-Diagnosen und bei Fällen ohne F-Diagnose zu verzeichnen sowie bemerkenswert häufig auch bei neurotischen Störungen (F4). Oligophrenie/Demenz ist zu 42% bei den Fällen ohne F-Diagnose vorhanden. Es handelt sich hier vermutlich vor allem um Fälle von geistiger Behinderung aufgrund einer angeborenen Störung. Verhaltensstörungen zeigen sich bei allen F-Diagnosen, schwerpunktmässig bei F4, F9, F3 und F6 Diagnosen. Auch mehrfache Funktionsausfälle geistiger und psychischer Art sind bei vielen F-Diagnosen zu verzeichnen, aber auffallend bei über der Hälfte von Schizophrenie-Diagnosen (F2). Mehrfache Funktionsausfälle geistiger, psychischer und körperlicher Art gibt es bei 12% der Entwicklungsstörungen (F8-Diagnosen), bei den anderen F-Diagnosen nur vereinzelt.

Neurotische (F4) und frühe sozial-emotionale Störungen (F9) zeigen sich meist im Verhalten – und gleichzeitig selten in mehrfachen Funktionsausfällen, während Schizophrenie, affektive und Persönlichkeitsstörungen neben Verhaltensproblemen auch häufig solche mehrfachen Funktionsausfälle haben.

Tabelle 13: Hoher Anteil an Verhaltensstörungen und geistigen/psychischen Störungen

	Funktionsausfallcodes (BSV)								
F-Diagnose	Keine Funktionsdefizite	Allgemeinzustand[1]	Oligophrenie/Demenz	POS	Verhaltensstörung	Geistig/psychisch[2]	Geistig/psychisch/körperlich[3]	andere	Gesamt
F0 (hirnorganische Störungen)	0%	29%	7%	36%	14%	7%	7%	0%	14 (100%)
F2 (Schizophrenie)	1%	8%	1%	2%	33%	52%	2%	0%	86 (100%)
F3 (Affektive Störungen)	0%	6%	0%	6%	39%	39%	6%	6%	18 (100%)
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	0%	20%	0%	5%	45%	25%	0%	5%	20 (100%)
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	1%	16%	0%	2%	37%	34%	6%	3%	86 (100%)
F7 (Intelligenzminderung)	1%	19%	12%	7%	26%	24%	1%	10%	90 (100%)
F8 (Entwicklungsstörungen)	0%	16%	6%	4%	20%	31%	12%	10%	49 (100%)
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	0%	8%	8%	28%	40%	4%	8%	4%	25 (100%)
Keine F-Diagnose	0%	25%	42%	0%	0%	17%	8%	8%	12 (100%)
Gesamt	3 (<1%)	60 (15%)	23 (6%)	26 (7%)	121 (30%)	127 (32%)	19 (5%)	21 (5%	400 (100%)

[1] Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes
[2] Mehrfache Funktionsausfälle geistiger und psychischer Art
[3] Mehrfache Funktionsausfälle geistiger, psychischer und körperlicher Art

Anzahl F-Diagnosen

Wie in Tabelle 14 ersichtlich ist, bekamen rund die Hälfte der Rentner bis zu vier F-Diagnosen (Hauptkategorie, d.h. es können z.B. bei „3 F4-Diagnosen“ drei Diagnosen aufgelistet sein, die zu Kategorien der Neurotischen Störungen (F4) gehören) und die andere Hälfte fünf oder mehr F-Diagnosen, wenn sämtliche F-Diagnosen in den Arztberichten und Gutachten gezählt werden. Dass für eine Person mehrere F-Diagnosen vergeben werden, bedeutet nicht a priori, dass sich die diagnostizierenden Ärzte uneinig sind. Vielmehr liegt es in der Logik der ICD-10-Klassifikation, dass nicht die eine „richtige“ zugrundeliegende diagnostische Ursache gesucht wird, sondern alle zutreffenden Beschreibungen aufgelistet werden. Eine grosse Anzahl unterschiedlicher Diagnosen kann aber ein Zeichen dafür sein, dass die Komorbidität erheblich ist und/oder dass die Art des Gesundheitsproblems schwierig einzuschätzen ist.

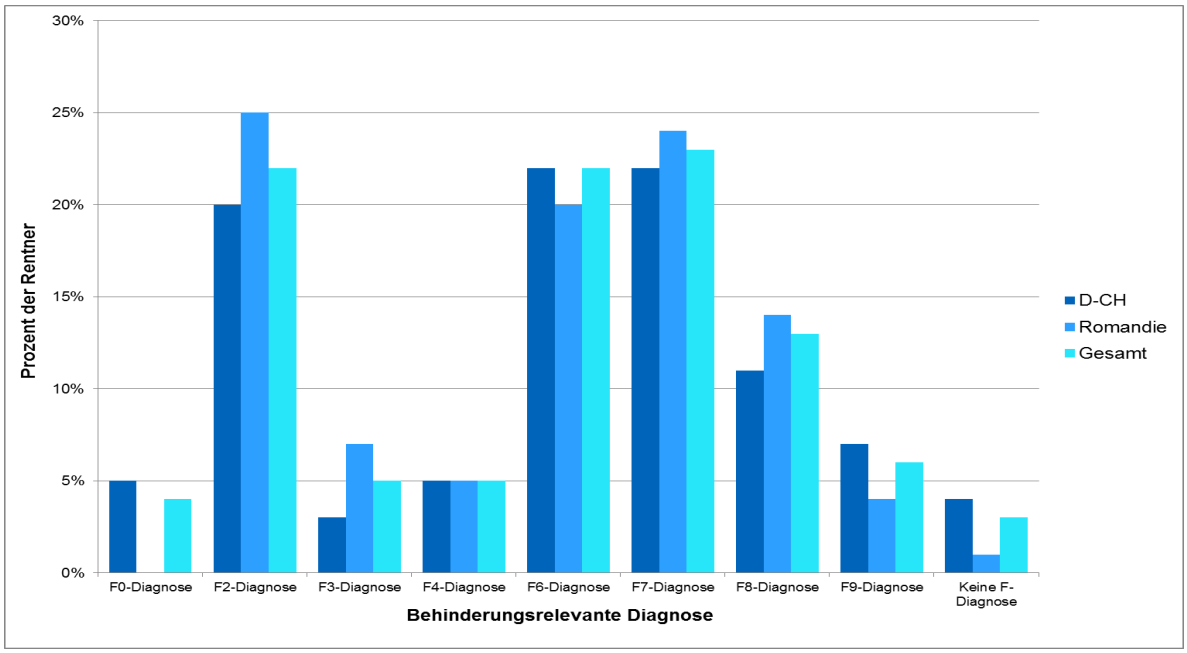
Tabelle 14: Hohe Anzahl an F-Diagnosen in Arztberichten und Gutachten

Anzahl F-Diagnosen	Prozente
0	4%
1	7%
2	13%
3	12%
4	16%
5-7	27%
8+	21%
Gesamt	400 (100%)
Gewichtet	

Behinderungsrelevante F-Diagnose nach Sprachregion

In der Deutschschweiz sind leicht mehr F0 (hirnorganische Störungen), F6 (Persönlichkeitsstörungen) und F9-Diagnosen (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter) als behinderungsrelevante Diagnose vorhanden, die Differenz beträgt hier maximal 5% (Abbildung 6). In der Romandie sind F2 (Schizophrenie), F7 (Intelligenzminderung) und F8- Diagnosen (Entwicklungsstörungen) geringfügig (bis 5% Differenz) häufiger als behinderungsrelevante Diagnose. F3 Diagnosen (affektive Störungen) sind mit 6% doppelt so häufig wie in der Deutschschweiz. Insgesamt sind die Unterschiede aber gering.

Abbildung 6: Geringe Unterschiede in behinderungsrelevanter F-Diagnose zwischen den Sprachregionen (N=400)



Gebrechenscodes nach Sprachregion

Diagnostische Unterschiede zeigen sich prononcierter in den Gebrechenscodes als in der behinderungsrelevanaten Diagnose (Tabelle 15): Das Geburtsgebrechen 404 wird in der Deutschschweiz mit 10% fünfmal so häufig vergeben wie in der Romandie, wo es mit 2% praktisch nicht vorkommt. Mit

36% im Vergleich zu 21% ist auch der Gebrechenscode 649 in der Deutschschweiz häufiger vertreten. Bei der „POS“/“ADHS“-Diagnostik könnte es sich demnach auch um kulturelle Unterschiede handeln.

Der Gebrechenscode 641 wird in der Romandie mit 23% häufiger angegeben im Vergleich zu 15% in der Deutschschweiz. Auch beim Gebrechenscode 644 zeigt sich eine Mehrheit in der Romandie mit 13% versus 1%. Des Weiteren sind alle acht Fälle mit dem Geburtsgebrechen 401 [16]aus der Romandie, während aus der Deutschschweiz kein Fall zu verzeichnen ist.

Tabelle 15: Mehr Schizophrenie in der Romandie, mehr POS in der Deutschschweiz

	Sprachregion		
Gebrechenscode	Deutschschweiz	Romandie	Gesamt
401 (Autismus und frühkindliche Psychosen)	0%	6%	2%
404 (POS)	10%	2%	7%
641 (Schizophrenie)	15%	23%	18%
642 (manisch-depressives Kranksein)	1%	2%	2%
643 (Organische Psychosen)	3%	2%	3%
644 (Übrige Psychosen)	1%	13%	5%
645 (Psychopathie)	5%	5%	5%
646 (psychogene und milieureaktive Störungen)	28%	25%	27%
649 (übrige geistige und charakterliche Störung)	36%	21%	31%
Gesamt	268 (100%)	132 (100%)	400 (100%)

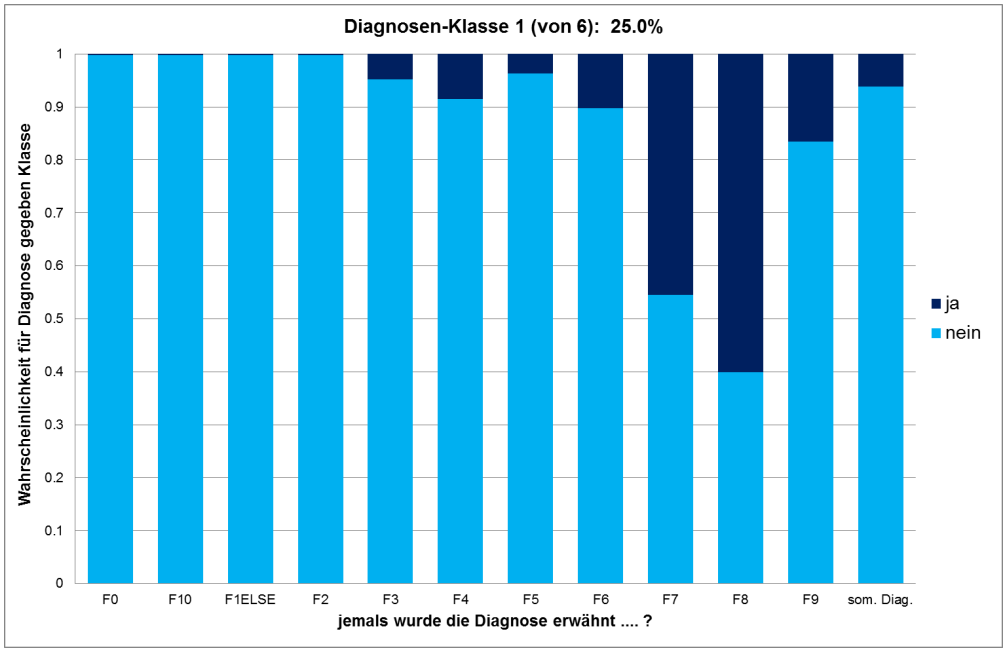
3.4.2 Typologie der ICD F-Diagnosen

Auch bei den Diagnosen wurde für alle hier untersuchten Versicherten (n=500; ungewichtet) eine Typenberechnung (latente Klassenanalyse) durchgeführt. Dabei wurden sämtliche erfassten Diagnosen miteinbezogen (erfasste IV-Arztberichte, Gutachten, weitere Berichte, z.B. Klinikaustrittsberichte). Die Abbildungen 7-12 zeigen die Wahrscheinlichkeiten, dass Personen der entsprechenden Diagnose-Klasse jemals eine bestimmte Diagnose erhalten haben.

Der Typ 1 „Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung“ ist mit 27% der untersuchten Versicherten die grösste Gruppe. Rund 60% der zu dieser Gruppe gehörigen Rentner haben jemals die Diagnose einer Entwicklungsstörung (F8) erhalten, rund 50% die Diagnose einer Intelligenzminderung (F7). Ein deutlich geringerer Anteil erhielt auch die Diagnose einer Sozial-emotionalen Störung im Kindes- und Jugendalter (F9).

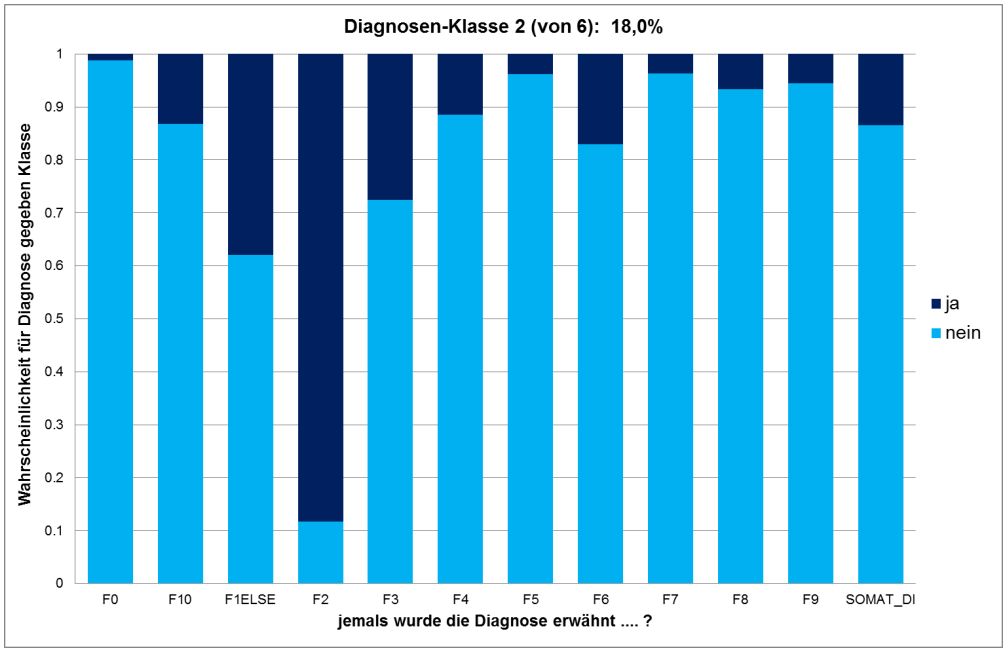
[16] Der Gebrechenscode 401 wurde per 1.1.2010 aufgehoben und in die Ziffern 405 (Autismus-Spektrums-Störungen) und 406 (frühkindliche primäre Psychosen) aufgeteilt. Die hier noch vorhandenen wenigen Fälle sind wohl noch vor 2010 kodiert worden.

Abbildung 7: Diagnosen-Klasse 1 „Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung“



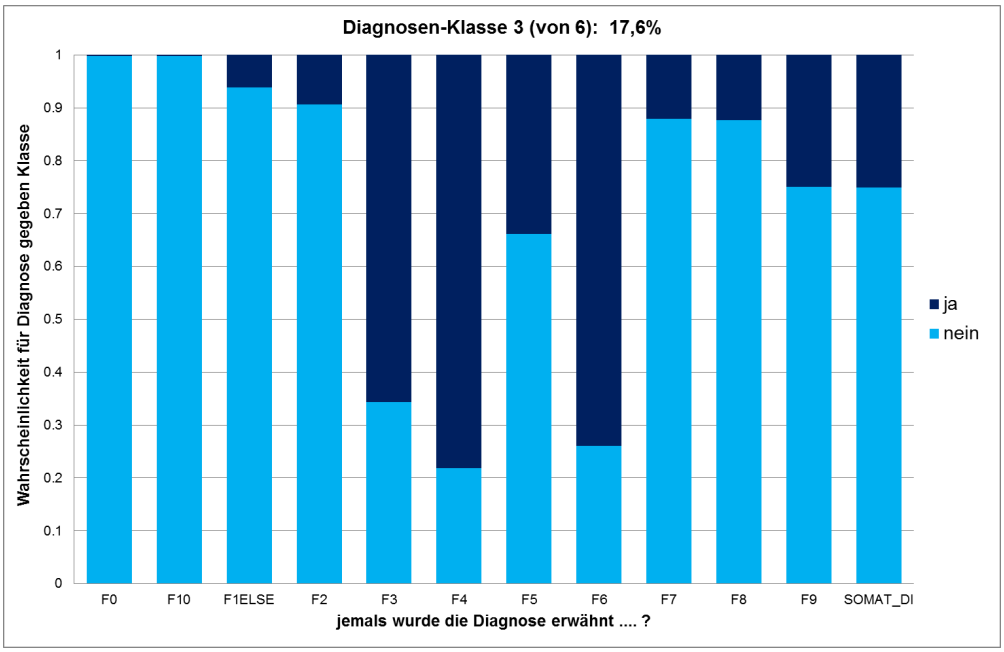
Der Typ 2 „Schizophrenie“ – mit 18% der Versicherten die zweitgrösste Gruppe – zeichnet sich vor allem durch eine Schizophreniediagnose aus (bei rund 90% ist dies der Fall). Gleichzeitig ist aber auch eine Substanzabhängigkeit oft diagnostiziert. Diese betrifft nicht Alkoholprobleme (F10), sondern andere Substanzen, erfahrungsgemäss meist Cannabis. Es ist bekannt, dass Cannabiskonsum bei Personen mit schizophrener Symptomatik stark gehäuft auftritt (Möller, Laux & Deister, 2005). Auch wenn umstritten ist, ob Cannabiskonsum ein eigenständiger Risikofaktor für eine schizophrene Psychose ist, so gibt es Evidenz, dass ein früher Cannabiskonsum bei vulnerablen jungen Personen das Psychoserisiko erhöhen kann (Bugra et al., 2012).

Abbildung 8: Diagnosen-Klasse 2 „Schizophrenie“



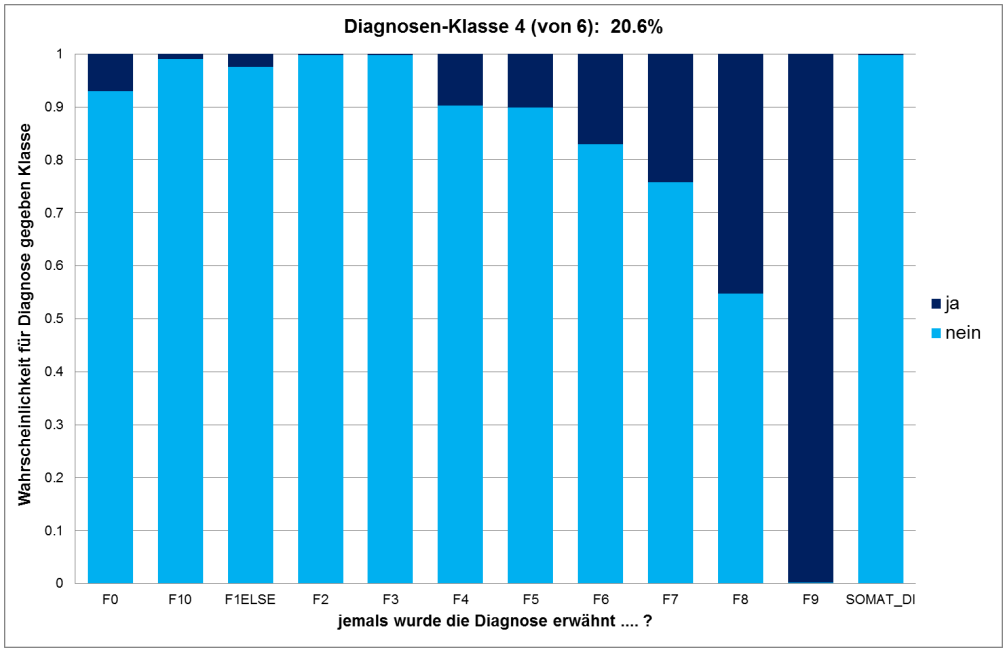
Der Typ 3 „Persönlichkeitsstörungen, komorbid, ohne Sucht“ – 17% der Versicherten – umfasst vor allem Personen mit neurotischen (F4), affektiven (F3) und Persönlichkeitsstörungen (F6) sowie seltener auch Essstörungen (F5). Insgesamt handelt es sich mehrheitlich um Personen mit einer Persönlichkeitsstörung. Diese Störungen sind sehr häufig komorbid, typisch sind z.B. Suchtprobleme, Angststörungen und Depressionen. Zudem beginnen solche Störungen zwar früh, aber die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung wird erst im Erwachsenenalter gestellt. Das heisst, es liegen bei Diagnosestellung fast immer schon frühere Nicht-F6 Diagnosen vor. Die Komorbidität bei diesem Persönlichkeitsstörungstyp umfasst keine Substanzabhängigkeit – im Gegensatz zum Diagnosetyp 6.

Abbildung 9: Diagnosen-Klasse 3 „Persönlichkeitsstörung, komorbid, ohne Sucht“



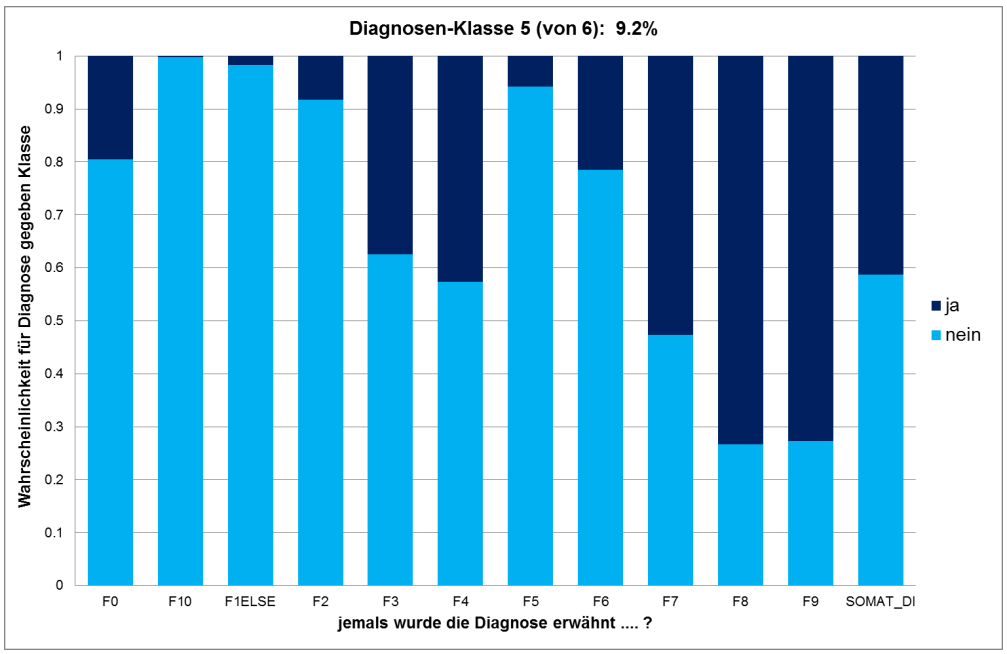
Der Typ 4 „Frühe Verhaltensstörungen“ – 21% der Versicherten – umfasst Personen, die allesamt eine Diagnose der Kategorie der Sozial-emotionalen Störungen im Kindes- und Jugendalter haben. Zudem wurde bei fast 50% eine Entwicklungsstörung diagnostiziert und bei rund einem Viertel eine Intelligenzminderung.

Abbildung 10: Diagnosenklasse 4 „Frühe Verhaltensstörungen“



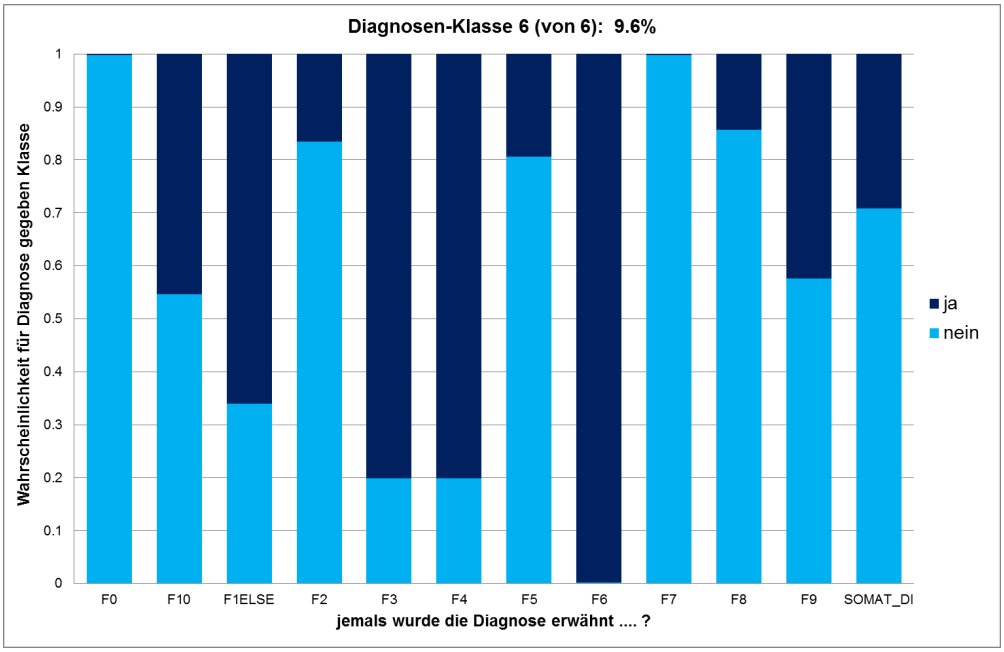
Der Typ 5 „Multiple schwere frühe Störungen“ – 9% der Versicherten – umfasst ein breites Spektrum an Diagnosen. Besonders häufig sind (tiefgreifende) Entwicklungsstörungen (F8), frühe sozial-emotionale Störungen (F9) und Minderintelligenz (F7). Hinzu kommen aber auch häufige somatische Erkrankungen und neurotische sowie affektive Störungen (F4 respektive F3). Insgesamt zeigt sich hier ein Störungsbild mit vielfältiger Symptomatik.

Abbildung 11: Diagnosenklasse 5 „Multiple schwere frühe Störungen“



Der Typ 6 „Persönlichkeitsstörung, komorbid, mit Sucht“ – 10% der Jungrentner umfasst ebenfalls ein sehr breites Diagnosespektrum. Alle Personen dieser Gruppe haben eine Persönlichkeitsstörung und darüber hinaus erhebliche Komorbiditäten. Anders als beim Persönlichkeitsstörungstyp 3 besteht hier eine sehr häufige Komorbidität mit Substanzabhängigkeiten – sowohl Alkohol (F10) wie auch Cannabis und Opiate. Schliesslich fällt bei diesem Typ der relativ hohe Anteil (mehr als 40%) von F9 Diagnosen (frühe sozial-emotionale Störungen) auf. Auch beim anderen Persönlichkeitsstörungstyp (Typ 3) wurde bei gegen 30% jemals eine F9 Diagnose vergeben. Dies ist Hinweis darauf, dass sich Persönlichkeitsstörungen teils schon früh in Verhaltensauffälligkeiten (z.B. ADHS) zeigen. Inwiefern es sich hier um eine echte Komorbidität oder um unterschiedlich diagnostizierte Anzeichen derselben Problematik handelt, ist hier nicht zu beantworten.

Abbildung 12: Diagnosenklasse 6 „Persönlichkeitsstörung, komorbid, mit Sucht“



3.5 Fazit

Soziodemographie

Die Stichprobe der 400 Rentner zeichnet sich durch folgende Merkmale aus: Die meisten Rentner beziehen eine ganze Rente, es sind leicht mehr Männer als Frauen und die Altersgruppe der 18-21-jährigen ist mit über der Hälfte der Rentner am häufigsten vertreten. Der Ausländeranteil ist mit 20% im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung *unterdurchschnittlich*. Zudem sind die Ausländer insgesamt jünger als die Schweizer.

Die meisten Rentner haben entweder die obligatorische Schule abgeschlossen oder eine unter 3-jährige Berufsausbildung abgeschlossen (Berufsattest, Praktische Ausbildung oder IV-Anlehre). Drei Fünftel waren mindestens eine Phase lang in einer Sonderschule, Sonderklasse oder Kleinklasse.

Familiäre Belastungen

Die Rentner weisen häufig familiäre Belastungen auf – insbesondere psychische Störungen bei einem Elternteil, das Aufwachsen in einer Einelternfamilie oder Trennung/Scheidung der Eltern sowie Konflikte, Vernachlässigung und Gewalt in der Familie kommen häufig vor. Diagnostisch kommen die zuvor erwähnten familiären Belastungen vor allem bei Rentnern mit Persönlichkeitsstörungen und

affektiven Störungen vor. In der erstellten Typologie der familiären Belastungen zeigen sich zwei Typen mit erheblichen familiären Belastungen (v.a. Sozialtransfers, Eltern mit psychischen Störungen und Konflikte in der Familie), die zusammen zwei Fünftel der Rentner ausmachen: Beim einen Typ sind die Eltern getrennt und verhalten sich häufig unkooperativ in der Zusammenarbeit mit der IV. Beim anderen Typ leben die Eltern zusammen und sind häufig in die Schweiz immigriert.

Krankheit und Behinderung

Die häufigsten behinderungsrelevanten Diagnosen bei den Renntern sind Intelligenzminderung, Schizophrenie und Persönlichkeitsstörung. Es zeigt sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied in den Diagnosen: Die Männer sind häufiger von Schizophrenie und Entwicklungsstörungen betroffen, während bei den Frauen Persönlichkeitsstörungen und Intelligenzminderung häufiger sind. In den vom BSV definierten Gebrechenscodes zeigt sich zudem, dass der Gebrechenscode 404 bei den Männern dreimal häufiger vorkommt als bei den Frauen. Dieser Gebrechenscode umfasst unter anderem das psychoorganische Syndrom, welches ähnliche Charakteristika aufweist wie ADHS. Ein weiteres diagnostisches Merkmal der Rentner besteht darin, dass gut die Hälfte fünf oder mehr F-Diagnosen in den Gutachten und Arztberichten zu verzeichnen hatte.

Die Diagnosen unterscheiden sich kaum nach Sprachregion, wenn die behinderungsrelevante Diagnose betrachtet wird. Werden jedoch die Gebrechenscodes herangezogen, zeichnen sich Unterschiede nach Sprachregion ab. Dies könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass die Zuordnung zu den Gebrechenscodes regional unterschiedlich gehandhabt wird.

In einer latenten Klassenanalyse mit F-Diagnosen wurden sechs Typen identifziert, wovon der Typ "Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung" die grösste Gruppe ausmacht. Die weiteren Typen sind "Schizophrenie", "Frühe Verhaltensstörungen" (v.a. F9-Diagnosen, d.h. sozial-emotionale Störungen im Kindes-und Jugendalter) und "Multiple schwere frühe Störungen". Letzteres umfasst ein breites Spektrum, unter anderem Entwicklungsstörungen, Minderintelligenz und sozial-emotiaonle Störungen. Dieser Typ hat auch den höchsten Anteil an somatischen Erkrankungen und F0-Diagnosen, also psychische Störungen mit organischer Ursache. Zwei weitere Typen beinhalten hauptsächlichen Diagnosen von Persönlichkeitsstörung, neurotischen Störungen und affektiven Störungen – einmal mit und einmal ohne Diagnosen von Sucht.

4 Krankheits-und Desintegrationsverläufe (IV-Rentner)

4.1 Krankheitsverläufe

4.1.1 Arztberichte und Gutachten

Übersicht Arztberichte und Gutachten

Wie der Tabelle 16 zu entnehmen ist, sind für die meisten Rentner ein erster und ein letzter Arztbericht im Dossier vorhanden. Ein Gutachten wurde lediglich bei 29% der Rentner erstellt.

Tabelle 16: Viele Arztberichte , aber wenig Gutachten in den Dossiers vorhanden

Arztberichte und Gutachten	Prozent
Erster Arztbericht vorhanden	99%
Letzter Arztbericht vorhanden	94%
Gutachten vorhanden	29%
Gesamt	400 (100%)
Gewichtet	

Vorhandenes Gutachten nach behinderungsrelevanter Diagnose

Bei über drei Fünfteln der Rentner mit der behinderungsrelevanten Diagnose F6 wurde ein Gutachten erstellt und ferner bei über zwei Fünfteln mit hirnorganischen Störungen (F0) (Tabelle 17). Mit einem Drittel wurden auch bei F7-Diagnosen noch relativ häufig Gutachten erstellt. Für affektive Störungen beträgt der Anteil an Gutachten 28%, für Schizophrenie 24%.

Der hohe Anteil von Gutachten bei Persönlichkeitsstörungen ist bemerkenswert. Es könnte darauf hinweisen, dass es sich hier häufig um eine komplexe/schwer einschätzbare/kontrovers beurteilte Arbeitsfähigkeit handelt. Da es sich bei Persönlichkeitsstörungen um einen besonders häufigen Rentengrund handelt, könnte es sinnvoll sein, diesem Thema nachzugehen. Anhand der vorliegenden Daten ist das hier nicht möglich. Dies gilt auch für den relativ geringen Anteil der Gutachten bei Schizophrenien. Versicherte mit einer schizophrenen Störung wurden relativ rasch nach IV-Verfahrensbeginn berentet (siehe auch nächste Abbildung) – gleichzeitig wurde nur bei einem Viertel dieser Personen ein Gutachten erstellt.

Überraschend ist schliesslich der äusserst geringe Anteil von Gutachten bei neurotischen Störungen: Da es sich bei neurotischen Störungen insgesamt um Störungen mit einer vergleichsweise guten Prognose handelt, wäre eine Begutachtung zu erwarten, bevor in solch jungem Alter eine Berentung erfolgt – und eher zu erwarten als zum Beispiel bei Intelligenzminderung, wo dreimal so häufig ein Gutachten vorliegt.

Tabelle 17: Häufig Gutachten bei Persönlichkeitsstörungen, hirnorganischen Störungen und Intelligenzminderung

F-Diagnose	Kein Gutachten vorhanden	Gutachten vorhanden	Gesamt
F0 (hirnorganische Störungen)	57%	43%	14 (100%)
F2 (Schizophrenie)	76%	24%	86 (100%)
F3 (Affektive Störungen)	72%	28%	18 (100%)
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	90%	10%	20 (100%)
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	38%	62%	86 (100%)
F7 (Intelligenzminderung)	67%	33%	90 (100%)
F8 (Entwicklungsstörungen)	92%	8%	49 (100%)
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	88%	12%	25 (100%)
Keine F-Diagnose	100%	0%	12 (100%)

Alter zu verschiedenen IV-Zeitpunkten nach behinderungsrelevanter Diagnose

In Abbildung 13 ist das Alter der Rentner nach behinderungsrelevanter Diagnose zu verschiedenen wichtigen IV-Zeitpunkten dargestellt: Das Alter beim ersten Arztbericht, das Alter bei der ersten verfügten IV-Massnahme (siehe Kapitel 5.7), das Alter beim letzten Arztbericht, das Alter bei der Begutachtung sowie schliesslich das Alter bei der Berentung. Für alle Alterszeitpunkte wurde der Median verwendet.

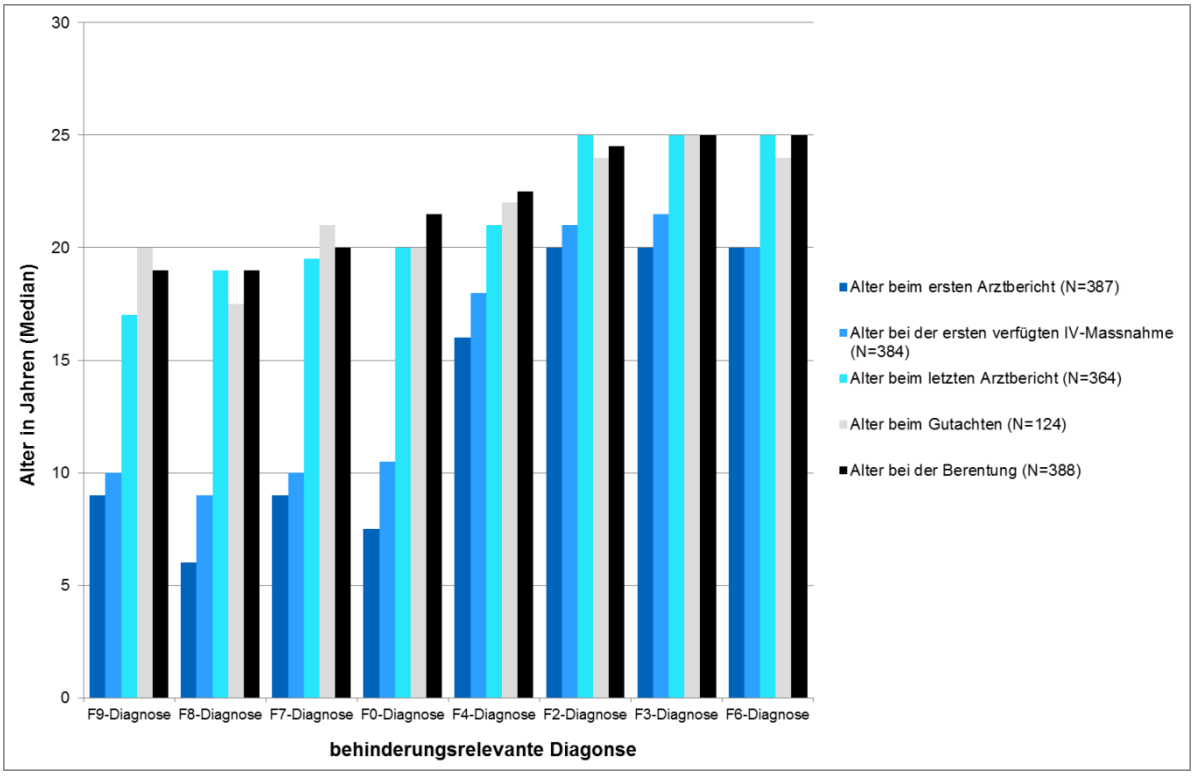
Bei den frühen Erkrankungen (sozial-emotionale Störungen, Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung und hirnorganischen Störungen) sind die ersten Arztberichte sowie die ersten IV-Massnahmen im Median im Schulalter zu verzeichnen. Die Berentung erfolgt dann zwischen 18 und 22 Jahren.

Bei Neurotischen Störungen ist der erste Arztbericht und erste IV-Massnahmen im Jugendalter zu verzeichnen. Die Begutachtung und Berentung findet im Median im Alter von 22 Jahren statt.

Rentner mit einer behinderungsrelevanten Diagnose von Schizophrenie, affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen haben im Median mit 20 den ersten Arztbericht, kurz darauf eine erste verfügte IV-Massnahme und mit Mitte 20 die Berentung.

Auffallend ist, dass bei F9 (sozial-emotionale Störungen) und F7 Diagnosen (Intelligenzminderung) das Alter beim Gutachten über dem Alter bei der Berentung liegt. Offenbar wurde hier in einigen Fällen noch nach der Berentung ein Gutachten erstellt. Bei den anderen Diagnosen folgt kurz nach dem Gutachten oder dem letzten Arztbericht die Berentung. Bemerkenswert ist auch, dass lediglich bei Rentnern mit einer Schizophrenie Diagnose das Alter des letzten Arztberichtes im Median über dem Alter bei der Berentung liegt.

Abbildung 13: Letzter Arztbericht, Gutachten und Berentung sind zeitlich nah beieinander

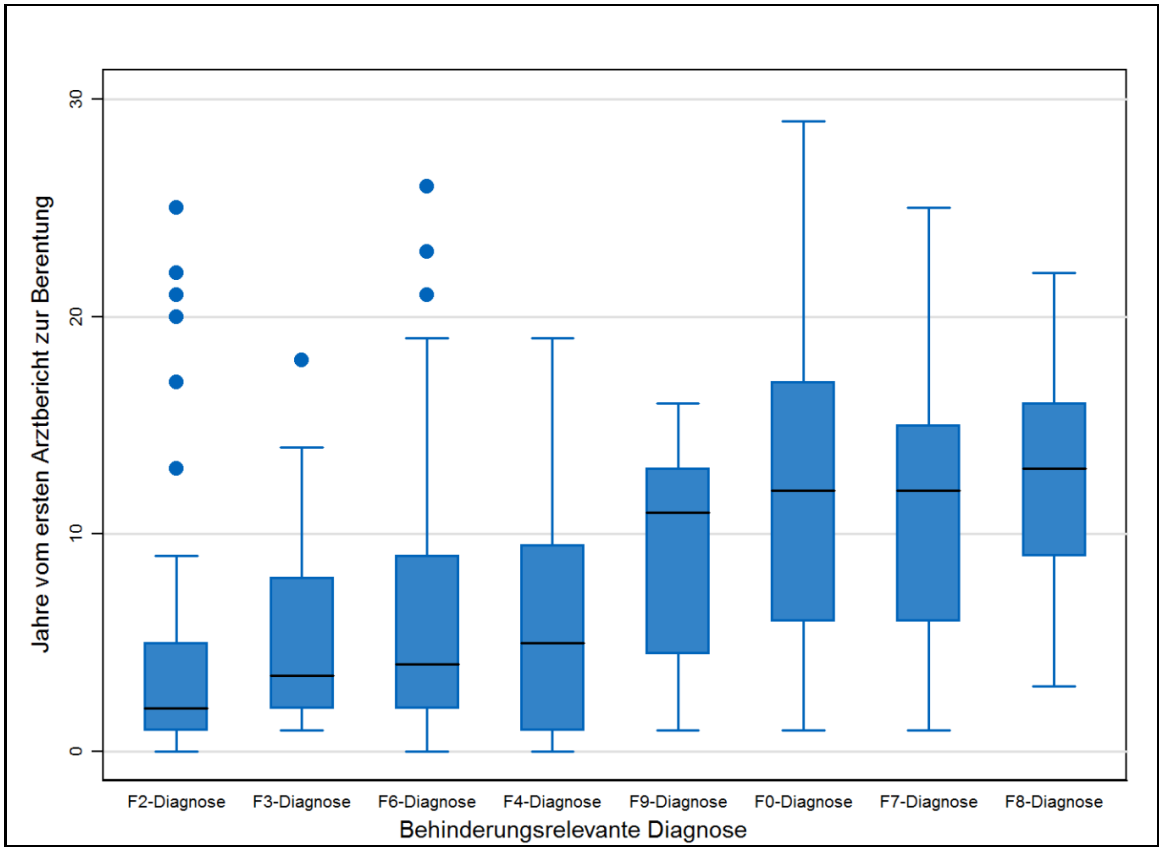


Dauer vom ersten Arztbericht bis zur Berentung

Am wenigsten Zeit zwischen dem ersten Arztbericht und der Berentung vergeht bei F2-Diagnosen, im Median dauert es zwei Jahre (Abbildung 14). Auch bei F3, F6 und F4 Diagnosen ist die Dauer mit im Median 3.5, 4 und 5 Jahren gering, da diese Erkrankungen den ersten Arztbericht im Jugend- und frühen Erwachsenenalter haben. Bei F9, F7, F0 und F8 Diagnosen dauert es hingegen im Median über 10 Jahre vom ersten Arztbericht bis zur Berentung, bei F8-Diagnosen beträgt die Dauer 13 Jahre. Dies sind die Erkrankungen, bei denen der erste Arztbericht im Alter von 6-9 Jahren verfasst wurde und somit bis zur ersten möglichen Berentung mit 18 Jahren viel Zeit vergeht.

Die relativ rasche Berentung nach dem ersten Arztbericht bei Schizophrenen, aber auch bei affektiven und Persönlichkeitsstörungen ist auffällig. Anscheinend ist in diesen Fällen rasch klar, dass eine permanente/andauernde Arbeitsunfähigkeit gegeben ist.

Abbildung 14: Schizophrenie mit kürzester und Entwicklungsstörungen mit längster Dauer zur Berentung (N=387)



Übereinstimmung von F-Diagnosen zwischen erstem Arztbericht und letztem Arztbericht oder Gutachten

Die höchste Übereinstimmung zwischen F-Diagnosen im ersten Arztbericht und dem letzten Arztbericht bzw. dem Gutachten gibt es bei F2 Diagnosen mit 15% der Rentner, gefolgt von F6-Diagnosen mit 11% und Entwicklungsstörungen mit 10% (Tabelle 18). Gar keine Übereinstimmung gibt es bei F0-Diagnosen. Eine fehlende Übereinstimmung bedeutet nicht a priori, dass sich die Ärzte uneinig waren. Ebenso denkbar ist, dass sich zwischen erstem und letztem Arztbericht die Situation verändert hat und/oder dass im ersten Arztbericht eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose vergeben wurde und im letzten Arztbericht eine erwachsenenpsychiatrische.

Ein typischer Wechsel findet beispielsweise bei einem Teil der ADHS-Diagnosen statt wie eine Auswertung der diagnostischen Wechsel bei allen (N=500) Dossiers zeigt: Nur bei einem Drittel der im ersten Arztbericht mit einem ADHS diagnostizierten Personen taucht diese Diagnose auch im letzten Arztbericht noch auf. Besonders häufig ist ein Wechsel eines im ersten Arztbericht diagnostizierten ADHS zu einer Persönlichkeitsstörungs-Diagnose (F6) im letzten Arztbericht (bei fast 30% der ursprünglichen ADHS-Diagnosen).

Eine überraschend geringe Übereinstimmung zeigt sich mit nur 4% übereinstimmenden Diagnosen bei Minderintelligenz (F7): Hier wäre an sich ein deutlich höherer Anteil zu erwarten, da es sich um einen bleibenden Zustand handelt.

Tabelle 18: Diagnosen verändern sich vom ersten zum letzten Arztbericht

F-Diagnose	Übereinstimmung (Prozent der Rentner)
F0 (hirnorganische Störungen)	0%
F1 (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen)	6%
F2 (Schizophrenie)	15%
F3 (Affektive Störungen)	8%
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	9%
F5 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren)	3%
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	11%
F7 (Intelligenzminderung)	4%
F8 (Entwicklungsstörungen)	10%
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	9%
Gesamt	400 (100%)
Übereinstimmung= im ersten und letzten Arztbericht wurde die entsprechende F-Diagnose erwähnt, unabhängig von den anderen Diagnosen	

4.1.2 Alter der erstmaligen psychiatrischen Erkrankung

Alter des ersten Arztberichtes nach Alter der erstmaligen psychiatrischen Erkrankung
Das Alter der erstmaligen psychiatrischen Erkrankung haben die Kodierenden v.a. aufgrund der anamnestischen Angaben in den medizinischen Dokumenten hergeleitet. Dabei standen den Kodierenden die folgenden fünf Altersphasen zur Auswahl: Geburt oder Säuglingsalter, Kleinkindalter und Vorschulalter, Schulkind (6-12 Jahre), Pubertät und Jugendalter (13-17 Jahre) und Erwachsenenalter (ab 18 Jahren).

Bei Rentnern, die im ersten Lebensjahr den ersten Arztbericht hatten, haben die Kodierenden bei zwei Dritteln das Alter der erstmaligen psychiatrischen Erkrankung ebenfalls ins Säuglingsalter geschätzt (Tabelle 19). Beim letzten Drittel handelt es sich vermutlich beim ersten Arztbericht um somatische Diagnosen, da die Kodierenden hier die erste psychiatrische Erkrankung teilweise sehr viel später kodiert haben. Am zweitmeisten Übereinstimmung zwischen erstem Arztbericht und Kodierenden besteht mit 31% im Erwachsenenalter.

Sonst lässt sich sagen, dass die Kodierenden das Alter der erstmaligen psychiatrischen Erkrankung teilweise deutlich früher einordneten als der erste Arztbericht erfolgt ist. Zum Beispiel lag der Beginn der psychiatrischen Erkrankung bei Rentnern, die den ersten Arztbericht als Schulkinder hatten, bei über 80% im Säuglingsalter oder im Vorschulalter.

Tabelle 19: Beginn der psychiatrischen Erkrankung deutlich vor dem ersten Arztbericht

	Alter der erstmaligen psychiatrischen Erkrankung						
Alter beim ersten Arztbericht	Geburt- oder Säuglingsalter (bis 1 Jahr)	Kleinkindalter und Vorschulalter (1-5 Jahre)	Schulkind (6-12 Jahre)	Pubertät und Jugendalter (13-17 Jahre)	Erwachsenenalter (ab 18 Jahren)	Fehlend	Gesamt
0 Jahre	67%	13%	13%	0%	7%	0%	15 (100%)
1-5 Jahre	49%	40%	5%	2%	5%	0%	63 (100%)
6-12 Jahre	32%	52%	11%	3%	2%	0%	91 (100%)
13-17 Jahre	14%	27%	27%	22%	3%	6%	63 (100%)
18+ Jahre	4%	7%	16%	38%	31%	4%	167 (100%)
Fehlend	0%	0%	1%	0%	0%	0%	1(100%)
Gesamt	85 (21%)	103 (26%)	60 (15%)	81 (20%)	60 (15%)	11 (3%)	400 (100%)

Behinderungsrelevante F-Diagnose nach Alter der erstmaligen psychiatrischen Erkrankung

Zusammenfassend lässt sich für Tabelle 20 sagen, dass die Kodierenden für F0, F7, F8 und F9 Diagnosen einen frühen Beginn der Erkrankung im Säuglingsalter oder im Kleinkindalter/Vorschulalter einordneten. Für die Hälfte der F4 Diagnosen wurde der Beginn der Erkrankung im Schulalter verortet. Bei F2, F3 und F6-Diagnosen war der grösste Teil des Krankheitsbeginns in der Pubertät und im Erwachsenenalter , wobei aber für eine Minderheit auch ein früherer Krankheitsbeginn vorlag.

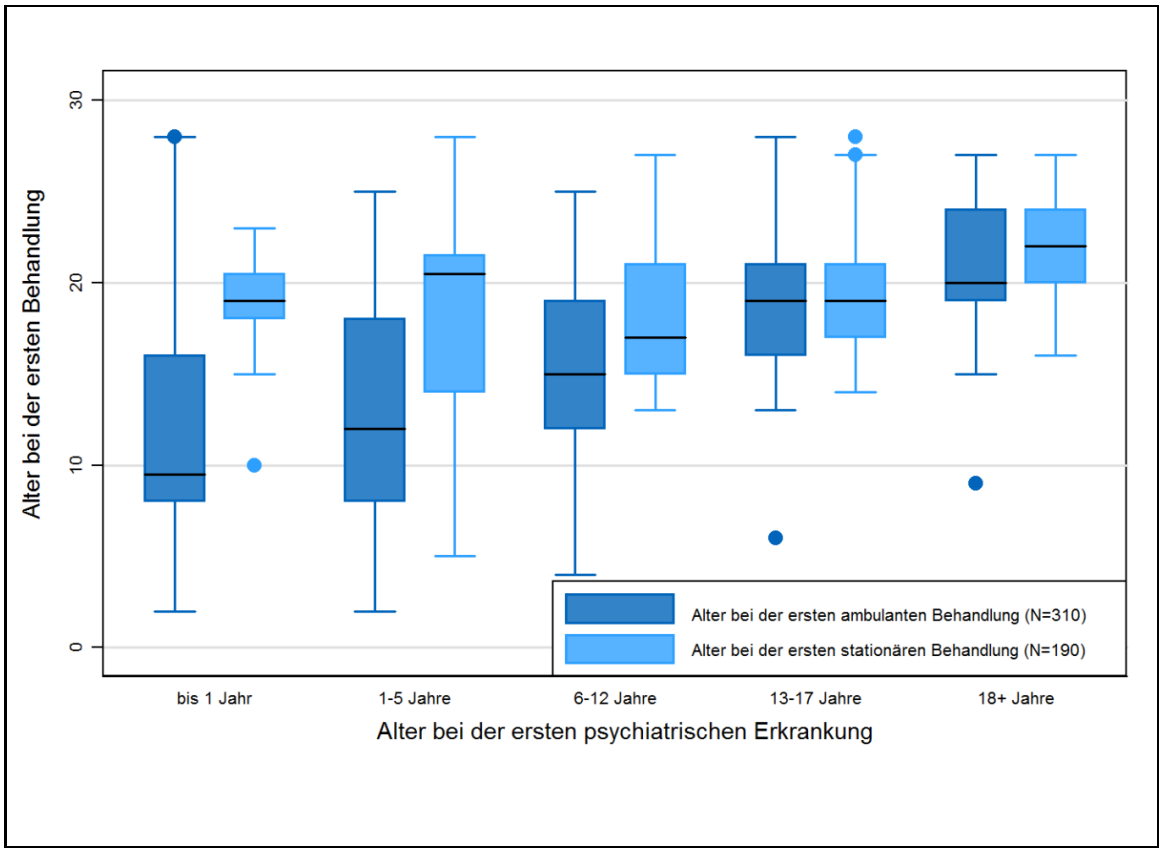
Tabelle 20: Ein Teil der "klassischen" psychiatrischen Erkrankungen beginnt bereits im Kleinkindalter oder Schulalter

	Alter der erstmaligen psychiatrischen Erkrankung						
F-Diagnose	Geburt-oder Säuglingsalter	Kleinkindalter und Vorschulalter	Schulkind	Pubertät und Jugendalter	Erwachsenenalter	Keine Angabe	Gesamt
F0 (hirnorganische Störungen)	79%	14%	0%	0%	7%	0%	14 (100%)
F2 (Schizophrenie)	2%	5%	14%	34%	40%	6%	86 (100%)
F3 (Affektive Störungen)	6%	11%	11%	39%	33%	0%	18 (100%)
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	0%	20%	50%	15%	10%	5%	20 (100%)
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	5%	18%	18%	41%	17%	2%	86 (100%)
F7 (Intelligenzminderung)	37%	41%	12%	6%	2%	2%	90 (100%)
F8 (Entwicklungsstörungen)	35%	53%	12%	0%	0%	0%	49 (100%)
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	28%	44%	16%	8%	0%	4%	25 (100%)
Keine F-Diagnose	83%	17%	0%	0%	0%	0%	12 (100%)
Gesamt	85 (21%)	103 (26%)	60 (15%)	81 (20%)	60 (15%)	11 (3%)	400 (100%)

Alter der erstmaligen psychiatrischen Erkrankung nach Alter bei der ersten stationären und ambulanten Behandlung

Bei einem frühen Beginn der ersten psychiatrischen Erkrankung im Kleinkindalter oder im Vorschulalter vergehen im Median gut 10 Jahre bis zum Beginn der ersten Behandlung (Abbildung 15). In diesen Altersgruppen dauert es auch im Median nochmals bis zu 10 Jahre von der ersten ambulanten bis zur ersten stationären Behandlung. Bei einer Erkrankung im Schulalter, in der Pubertät und im Erwachsenenalter erfolgt die erste Behandlung innert einiger Jahre. In der Pubertät erfolgen die erste ambulante und die erste stationäre Behandlung im Median im gleichen Alter, während im Schulalter und im Erwachsenenalter im Median zwei Jahre zwischen erster ambulanter und erster stationärer Behandlung liegen.

Abbildung 15: Bei frühen Erkrankungen liegen ambulante und stationäre Behandlungen weit auseinander



4.1.3 Angaben zum Gesundheitszustand in den Arztberichten

Übersicht zu den Angaben zum Gesundheitszustand in den Arztberichten

In Tabelle 21 werden verschiedene Angaben zum Gesundheitszustand im ersten und letzten Arztbericht und im Gutachten zusammengefasst.

Neben der Beantwortung der vorgegebenen Fragen (z.B. zur Prognose des Gesundheitszustandes) wurden die IV-Arztberichte und Gutachten auch daraufhin kodiert, ob Informationen gegeben werden zu behinderungsbedingten Anpassungen der Schul- oder Arbeitsumgebung sowie zum wirksamen Umgang mit der versicherten Person. Solche Informationen wären für die Eingliederungsverantwortlichen - neben einer präzisen Beschreibung der Funktionsdefizite[17] - von entscheidender Bedeutung für die Eingliederungs- und Massnahmenplanung.

Im letzten und ersten Arztbericht werden nur bei 16% der Rentner Schul- oder Arbeitsanpassungen vorgeschlagen, während dies im Gutachten bei gut der Hälfte der Fall ist. Wie mit der versicherten Person umgegangen werden soll, wird in den Arztberichten selten vorgeschlagen und in den Gutachten auch nur bei einem Fünftel.

[17] Es war vorgesehen - und es wurde auch damit begonnen - die in den medizinischen Dokumenten beschriebenen Funktionsdefizite gemäss der von BSV und Psychiatern (SGPP) für die psychiatrische Begutachtung im IV-Abklärungsprozess empfohlenen Klassifikation des Mini-ICF-APP für psychische Störungen (Linden, Baron, Muschalla, 2009) zu kodieren. Die Übersetzung der ärztlichen Informationen in die items dieses Instrumentes erwies sich aber als zu schwierig. Dies mag zum einen an den begrenzten Schulungsmöglichkeiten der kodierenden Psychologen im Rahmen dieses Projektes liegen. Zum anderen zeigten sich aber auch Schwierigkeiten, die mit dem Instrument zusammenhängen könnten (z.B. Funktionsdefizite, die sich nirgends einordnen lassen wie beispielsweise "zu langsam" oder Konzentrationsprobleme etc.). In den Arztberichten wurden die in der Mini-ICF-APP genannten Bereiche nicht explizit erwähnt, die Kodierenden hätten daher vor allem auf ihre eigenen Einschätzungen zurückgreifen müssen. Auch war es schwierig, die Mini-ICF-APP für Arztberichte von Kindern anzuwenden.

Vor allem im letzten Arztbericht und im Gutachten wird bei zwei Fünfteln der Rentner eine Verbesserung der Eingliederung durch medizinische Massnahmen gesehen. In den Berichten und Gutachten werden über 80% der Rentner als therapiebedürftig gesehen. Im ersten Arztbericht schätzten die Ärzte mit 38% eine benötigte Medikation vorsichtig ein, im letzten Arztbericht und im Gutachten wird für über die Hälfte der Rentner eine Medikation als angebracht gesehen. Eine benötigte Psychotherapie wird im ersten Arztbericht für 47% der Rentner gesehen, im letzten Arztbericht und im Gutachten sind dies mit zwei Dritteln bzw. 77% deutlich mehr. Andere Behandlungen werden mit 38% vor allem im ersten Arztbericht empfohlen. Das heisst, dass mit fortschreitendem Verlauf immer deutlicher spezifische Behandlungsmassnahmen empfohlen wurden, und es stellt sich die Frage, ob dies nicht schon früher möglich gewesen wäre und - falls ja – warum dies nicht gemacht wurde.

Bei der Prognose des Gesundheitszustandes fällt auf, dass der Anteil von "nicht beurteilbar/nicht dokumentiert" hoch ist: im ersten Arztbericht beträgt er ein Drittel, im letzten zwei Fünftel und in den Gutachten 60%. Bemerkenswert ist auch, dass die Ärzte die Prognose "sich verschlechternd" äusserst zurückhaltend abgeben: 5% im ersten Arztbericht, 11% im letzten Arztbericht und 8% in den Gutachten. Vom ersten zum letzten Arztbericht nimmt der Anteil an den Prognosen "besserungsfähig" um über die Hälfte ab (von 48% bis 22%), während der Anteil von Prognosen "gleichbleibend" zunimmt (von 14% auf 25%).

Tabelle 21: Arztberichte und Gutachten mit unterschiedlichen Beurteilungen

	Arztbericht/Gutachten		
Angaben zum Gesundheitszustand	Erster Arztbericht	Letzter Arztbericht	Gutachten
Werden nötige Schul-/Arbeitsanpassungen vorgeschlagen?[1]	16%	16%	48%
Wird vorgeschlagen, wie man mit der vP umgehen soll? [2]	3%	7%	20%
Verbesserung der Eingliederung durch medizinische Massnahmen?	43%	33%	42%
Benötigt die vP Behandlung/Therapie?	83%	80%	86%
Benötigt die vP medikamentöse Behandlung?	38%	54%	51%
Benötigt die vP Psychotherapie?	47%	66%	77%
Benötigt die vP andere Behandlungen?	39%	20%	13%
Prognose des Gesundheitszustandes			
gleich bleibend	14%	25%	10%
besserungsfähig	48%	22%	22%
sich verschlechternd	5%	11%	8%
nicht beurteilbar/nicht dokumentiert	33%	42%	60%
Gesamt[3]	399 (100%)	375 (100%)	124 (100%)

Gewichtet

Prozente entsprechen dem Anteil der Ja-Antworten

[1] z.B. vermehrte Einzelarbeit, da Arbeit in der Gruppe stresst

[2] z.B. klare Anweisungen geben; regelmässiges Feedback geben

[3] Dossiers ohne vorhandenen ersten bzw. letzten Arztbericht bzw. Gutachten wurden nicht berücksichtigt

Prognose des Gesundheitszustandes im ersten Arztbericht vs. letzten Arztbericht

Für die weiteren Analysen mit den Prognosen wurden die Kategorien "gleichbleibend" und "sich verschlechternd" zusammengefasst, da es sehr wenige Fälle gibt, mit der Kategorie "sich verschlechternd". Die nicht beurteilbaren bzw. fehlenden Angaben wurden ausgeschlossen.

Wie in Tabelle 22 ersichtlich ist, wird bei 84% der Rentner, deren Gesundheitszustand im ersten Arztbericht als gleichbleibend oder verschlechternd eingestuft wurde, im letzten Arztbericht ebenfalls diese Prognose gemacht. Nur bei 16% halten die Ärzte eine Verbesserung für wahrscheinlich.

62% der Rentner mit einer Prognose "besserungsfähig" im ersten Arztbericht, wurden im letzten Arztbericht als gleichbleibend oder sich verschlechternd eingestuft. Nur bei 38% wurde die Prognose "besserungsfähig" aus dem ersten Arztbericht im letzten Arztbericht bestätigt. Im Verlauf verändert sich die ärztliche Prognose demnach bei den ursprünglich (seltenen) negativen Prognosen in jedem 6. Fall in eine positive Richtung, aber in jedem 3. Fall der ursprünglich (häufigen) positiven Prognosen in eine negative Richtung. Meist wird also zu Beginn des ärztlichen Abklärungsverfahrens der Gesundheitszustand zu positiv beurteilt. Praktisch gesehen mag dies sinnvoll sein, da man möglichst wenig Personen zu früh zu negativ beurteilen will und nicht Gefahr laufen will zu verhindern, dass sie mit einer IV-Massnahme eben doch eingegliedert werden könnten. Die folgenden Auswertungen zeigen aber, dass sich dieser therapeutische Optimismus auf spezifische Behinderungen beschränkt und teils nur schwer nachvollziehbar ist.

Tabelle 22: Verschlechterung der Prognose vom ersten bis zum letzten Arztbericht

	Prognose im letzten Arztbericht		Gesamt
Prognose im ersten Arztbericht	Gleichbleibend oder sich verschlechternd	besserungsfähig	
Gleichbleibend oder sich verschlechternd	84%	16%	44 (100%
besserungsfähig	62%	38%	112 100%)
Gesamt	106 (68%)	50 (32%)	156 (100%)

Prognose des Gesundheitszustandes im letzten Arztbericht nach behinderungsrelevanter F-Diagnose

Einzig die F9-Diagnosen erhalten in über der Hälfte der Fälle (60%) von den Ärzten in den Arztberichten die Prognose besserungsfähig (siehe Abbildung 16). Es folgen F0-Diagnosen, F6-Diagnosen und F7 Diagnosen mit einem Anteil von 45%, 43% und 39% von prognostizierten besserungsfähigen Gesundheitszuständen. Der Zustand von ca. einen Drittel der Rentner mit F4 und F3 Diagnosen wird als besserungsfähig eingeschätzt. F8, F2 und keine F-Diagnose haben mit 26%, 22% und 17% den geringsten Anteil an Fällen, deren Zustand als besserungsfähig eingestuft wird.

Hier stellen sich einige Fragen: Wie ist es zu verstehen, dass die Zustände Hirnorganische Störungen (F0), Persönlichkeitsstörung (F6) und Minderintelligenz (F7) häufiger als "besserungsfähig" eingeschätzt wird als affektive oder neurotische Störungen, oder auch als Entwicklungsstörungen und Schizophrenie? Diese Resultate decken sich weder mit der Definition dieser Störungen noch mit den effektiven Verläufen. Minderintelligenz ist ein Geburtsgebrechen, das per se überhaupt nicht verbesserungsfähig ist. Persönlichkeitsstörungen sind normalerweise anhaltende Störungen, da sie die Persönlichkeit betreffen – die sich auch nicht ändert im weiteren Verlauf.

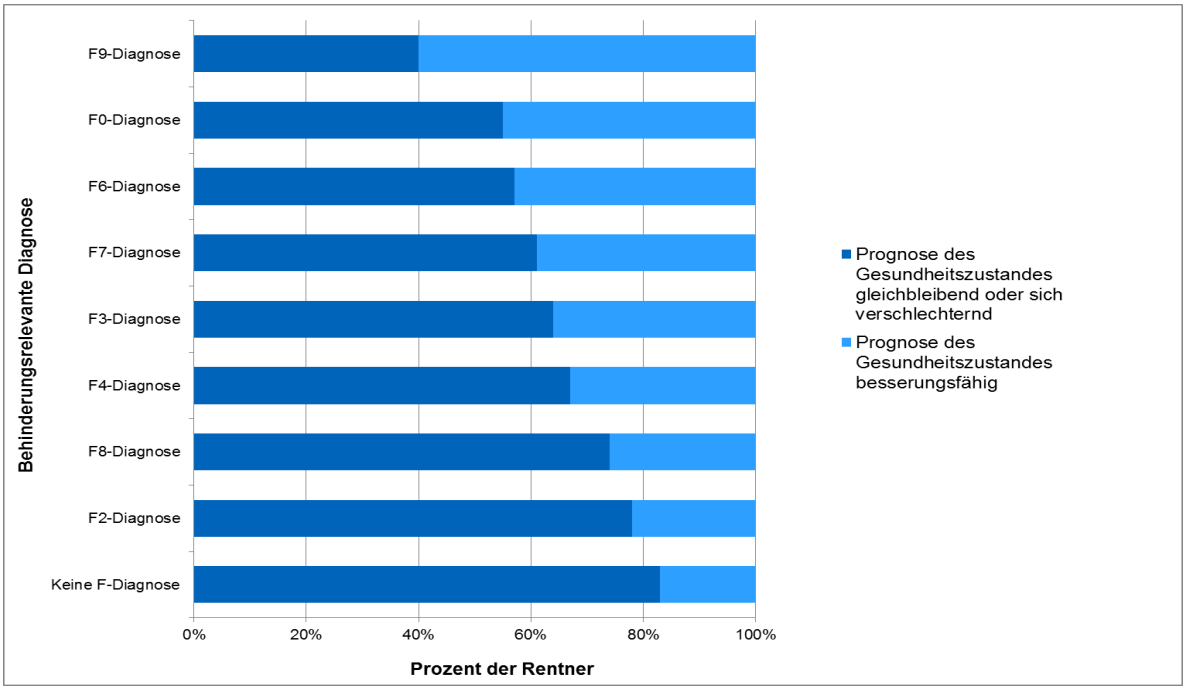
Dass Minderintelligenz häufiger als besserungsfähig eingeschätzt wird als Depressionen und neurotische Störungen (die üblicherweise als vergleichsweise "leichtere" Störungen angesehen werden) weist vielleicht darauf hin, dass entweder die Fragestellung für die Ärzte missverständlich ist oder dass die beurteilenden Ärzte zusätzliche Überlegungen in diese Fragestellung interpretieren.

Schliesslich fällt die sehr pessimistische Einschätzung der Schizophrenien auf. Gerade hier hat die breite und fundierte Forschung zum Eingliederungsmodell des "Supported Employment" gezeigt, dass

auch Personen mit Schizophrenie mit entsprechender Unterstützung arbeiten können. Der grosse Optimismus gerade bei Minderintelligenz (definitionsgemäss ein IQ unter 70) ist demgegenüber nicht nachvollziehbar.

Allenfalls könnte sich ein Teil dieser prognostischen Einschätzungen auch damit begründen lassen, dass wir nicht genau wissen, auf welche Diagnose sich die Einschätzung der Ärzte bezieht. Die folgende Abbildung zeigt die Prognose nach „behinderungsrelevanter" Diagnose – also nicht unbedingt nach derjenigen Diagnose, auf die sich die Prognose im Arztbericht womöglich bezieht.

Abbildung 16: F9-Diagnosen mit günstiger Prognose (N=210)



Prognose des Gesundheitszustandes im letzten Arztbericht nach zusammengefassten Gebrechenscodes

Die Auswertungen nach IV-Gebrechenscodes zeigen ein analoges Bild: Bei 61% der Rentner mit einem Geburtsgebrechen vergaben die Ärzte im letzten Arztbericht die Prognose, dass der Gesundheitszustand der versicherten Person besserungsfähig ist (siehe Abbildung 17). Bei den anderen Störungsbildern gingen die Ärzte bei der Mehrheit der Rentner davon aus, dass der Gesundheitszustand gleichbleibt oder sich verschlechtert – wie bei den Persönlichkeitsstörungen und reaktiven Störungen mit einem Anteil von 60% gleichbleibend/sich verschlechternd. Allerdings ist die Prognose für die 646er Gruppe deutlich schlechter (62% gleichbleibend/sich verschlechternd) als für die 645er Gruppe (45% gleichbleibend/sich verschlechternd).

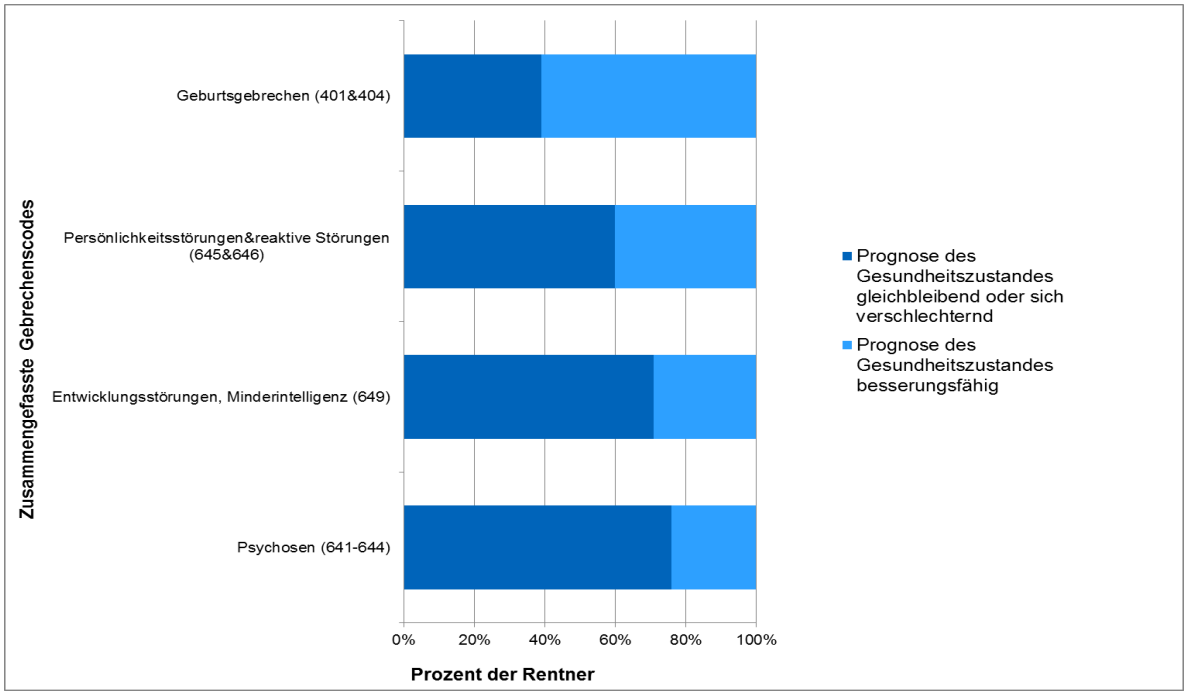
Auch hier stellen sich Fragen: Der Code 645 umfasst die so genannten "Psychopathien" - ein veralteter Begriff, der wohl für schwere und dissoziale Persönlichkeitsstörungen benutzt wird. Der Code 646 hingegen umfasst auch eine Reihe von eher "leichteren" psychischen Störungen. Dass diese eine schlechtere Prognose haben sollen als die "Psychopathien", ist nicht nachvollziehbar.

Bei 71% der Rentner mit Entwicklungsstörungen und Minderintelligenz halten die Ärzte es für möglich, dass der Gesundheitszustand gleichbleibt oder sich verschlechtert - vor allem bei den Entwicklungsstörungen (bei Minderintelligenz ist die Prognose wie beschrieben sehr gut).

Die schlechteste Prognose haben die Psychosen mit 76% gleichbleibenden oder sich verschlechternden Gesundheitszustand. In der Gruppe der Psychosen ist die Prognose am günstigsten für die 643er (50% besserungsfähig), gefolgt von den 644er (25% besserungsfähig), 641er (21% besserungsfähig) und 642er (0% besserungsfähig). Die Fallzahl ist hier allerdings sehr gering.

Allerdings kann auch hier ein Artefakt mitspielen: Es könnte theoretisch sein, dass der Gebrechenscode sich auf eine frühe Periode bezieht (z.B. auf den ersten Arztbericht) und in der Folge nicht mehr angepasst wurde – dass sich aber die Prognose auf einen späteren Arztbericht bezieht.

Abbildung 17: Geburtsgebrechen mit günstiger Prognose (N=210)



4.2 Schul- und Ausbildungskarriere

4.2.1 Höchste abgeschlossene Ausbildung

Höchste abgeschlossene Ausbildung nach zusammengefassten Gebrechenscodizes

In Tabelle 23 zeigt sich, dass Rentner mit Geburtsgebrechen zu 49% und Rentner mit Entwicklungsstörungen/Minderintelligenz zu 66% einen ISCED 3C Abschluss haben, also (oft) eine Berufsausbildung im geschützten Rahmen absolviert haben. Am zweithäufigsten haben diese beiden Diagnosegruppen vor allem Abschlüsse der obligatorischen Schulstufe (Sekundarstufe I). Die Psychosen und Persönlichkeitsstörungen/reaktiven Störungen hingegen haben in der Mehrheit die obligatorische Schule als höchsten Abschluss. Zudem haben 17% bzw. 18% eine Lehre mit EFZ-Abschluss absolviert und 16% bzw. 21% eine praktische Ausbildung oder IV-Anlehre. Eine Minderheit von 7% bzw. 4% hat eine Maturität bzw. Berufsmaturität abgeschlossen. Rentner mit Psychosen und Persönlichkeits- sowie reaktiven Störungen verfügen demnach deutlich über die besten Bildungsvoraussetzungen (Matura oder EFZ-Lehre). Darüber täuschen auch die häufigen Berufsatteste, praktischen Ausbildungen und IV-Anlehren bei den Geburtsgebrechen, Entwicklungs- und Intelligenzstörungen nicht hinweg: Diese führen selten in den ersten Arbeitsmarkt.

Tabelle 23: Höchster Ausbildungsabschluss hängt von Art der Erkrankung ab

	Höchste abgeschlossene Ausbildung						
Gebrechens¬ codes	Primar stufe ISCED1	Sekundar-stufe I IS-CED2	Sekundar-stufe II IS-CED 3A/4[1]	Sekundar-stufe II IS-CED 3B[2]	Sekundar-stufe II IS-CED 3C[3]	keine An-gabe/kein Abschluss	Gesamtl
Geburtsgebre-chen (401&404)	5%	41%	0%	3%	49%	3%	37 (100%)
Psychosen (641-44)	<1%	54%	7%	17%	16%	5%	109 (100%)
Persönlichkeits-störungen und reaktive Störun-gen (645&646)	5%	50%	4%	18%	21%	2%	129 (100%)
Entwicklungsstö-rungen, Minder-intelligenz (649)	3%	27%	0%	3%	66%	<1%	125 (100%)
Gesamt	13 (3%)	173 (43%)	13 (3%)	47 (12%)	144 (36%)	10 (3%)	400 (100%)

[1] ISCED 3A: Maturität oder Berufsmaturität, ISCED 4: Zweitausbildung nicht-tertiäre Stufe

[2] ISCED 3B: Fachmittelschule oder 3-4 jährige Berufsbildung

[3] ISCED 3C: unter 3-jährige Berufsbildung (Berufsattest, IV-Anlehre, praktische Ausbildung)

Höchste abgeschlossene Ausbildung nach behinderungsrelevanter Diagnose

Über die Hälfte der Rentner mit Schizophrenie (62%) und Persönlichkeitsstörungen (56%) hat als höchsten Abschluss die obligatorische Schule (Tabelle 24). Beide Diagnosegruppen haben auch einen ähnlichen Anteil an Abschlüssen von EFZ-Berufslehren. Während bei den Schizophrenien leicht mehr Maturabschlüsse vorhanden sind, haben Persönlichkeitsstörungen etwas mehr Abschlüsse von Lehren im geschützten Rahmen. Die Affektiven Störungen haben zu 44% die obligatorische Schule als höchsten Abschluss und den höchsten Anteil von Maturitätsabschlüssen (11%) und Abschlüsse einer EFZ-Berufslehre (28%). Neurotische Störungen/Essstörungen haben mit 10% den höchsten Anteil von Primarschulabschlüssen als höchste Ausbildung. 45% mit diesem Störungsbild haben aber auch eine Lehre im geschützten oder ungeschützten Rahmen absolviert.

Es zeigt sich wie bei den Gebrechenscodes eine Gruppe von Diagnosen, die überwiegend eine unter 3-jährige Lehre abgeschlossen hat und sonst die obligatorische Schule als höchsten Abschluss hat. Dies trifft auf folgende Diagnosen zu (geordnet nach dem Anteil an unter 3 jährigen Lehrabschlüssen): Keine F-Diagnosen (75%), Entwicklungsstörungen (65%), Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter (64%), Intelligenzminderung (57%) und hirnorganische Störungen (50%).

Tabelle 24: Obligatorische Schule und unter 3-jährige Berufsausbildungen sind oft die höchste abgeschlossene Ausbildung

	Höchste abgeschlossene Ausbildung						
F-Diagnose	Primarstufe ISCED1	Sekundarstufe I ISCED2	Sekundarstufe II ISCED 3A/4[1]	Sekundarstufe II ISCED 3B[2]	Sekundarstufe II ISCED 3C[3]	keine Angabe/kein Abschluss	Gesamt
F0 (hirnorganische Störungen)	0%	43%	0%	7%	50%	0%	14 (100%)
F2 (Schizophrenie)	2%	62%	8%	17%	8%	2%	86 (100%)
F3 (Affektive Störungen)	0%	44%	11%	28%	17%	0%	18 (100%)
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	10%	40%	0%	15%	30%	5%	20 (100%)
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	2%	56%	3%	21%	15%	2%	86 (100%)
F7 (Intelligenzminderung)	4%	34%	0%	3%	57%	1%	90 (100%)
F8 (Entwicklungsstörungen)	4%	20%	2%	0%	65%	8%	49 (100%)
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	4%	24%	0%	8%	64%	0%	25 (100%)
Keine F-Diagnose	0%	25%	0%	0%	75%	0%	12 (100%)
Gesamt	13 (3%)	173 (43%)	13 (3%)	47 (12%)	144 (36%)	10 (3%)	400 (100%)

[1] ISCED 3A: Maturität oder Berufsmaturität, ISCED 4: Zweitausbildung nicht-tertiäre Stufe

[2] ISCED 3B: Fachmittelschule oder 3-jährige Berufsbildung

[3] ISCED 3C: unter 3-jährige Berufsbildung (Berufsattest, IV-Anlehre, praktische Ausbildung)

Höchste abgeschlossene Ausbildung nach Alter bei der Berentung

Rentner, die besonders früh (im Alter von 18-21 Jahren) berentet wurden, haben zu 53% eine unter 3-jährige Lehre abgeschlossen und zu 40% einen Abschluss der obligatorischen Schule (Tabelle 25). Wie in Tabelle 23 und Tabelle 24 ausgewiesen ist, handelt es sich vorwiegend um Störungsbilder, die bei Geburt oder im frühen Kindesalter auftreten. Eine weitere Analyse bestätigt, dass es sich bei gut 80% der 18-21jährigen mit einem Abschluss einer unter 3-jährigen Lehre um F7, F8 und F9 Diagnosen handelt. Bei den Abschlüssen der obligatorischen Schule in der jüngsten Altersgruppe sind neben F7 und F8 Diagnosen auch F2 und F6 Diagnosen vorhanden.

Diejenigen, die etwas später (im Alter von 22-25 Jahren) berentet wurden, haben vor allem obligatorische Schulabschlüsse (53%) und unter 3-jährige Lehren (30%) als höchste Abschlüsse. Die obligatorischen Schulabschlüsse machen zu einem Drittel F2-Diagnosen aus, zu 28% F6-Diagnosen und die restlichen Anteile bestehen aus F7, F4 und F3-Diagnosen. Bei den unter 3-jährigen Lehren sind es diagnostisch vor allem F7, F6 und F8 Diagnosen, die mit 22-25 Jahren berentet wurden.

Die für unsere Stichprobe eher spät (im Alter von 26-29 Jahren) berenteten Personen haben vor allem die obligatorische Schule abgeschlossen (39%) und oft eine EFZ-Berufslehre gemacht (37%). Bei den obligatorischen Schulabschlüssen überwiegen vor allem F6 (51%) und F2-Diagnosen (38%) und bei

den EFZ-Berufslehren ebenfalls diese beiden Diagnosen und zu einem kleineren Anteil F3-Diagnosen. Eine weitergehende Analyse mit dem Alter bei der ersten psychiatrischen Erkrankung zeigt, dass die Gruppe, die eine EFZ-Berufslehre abgeschlossen hat, zu 40% ab einem Alter von 18 Jahren erkrankt, während dies bei der Gruppe mit dem obligatorischen Schulabschluss lediglich bei 26% der Fall ist. Das Erkrankungsalter selbst steht also in direktem Zusammenhang mit der erreichten Bildungsstufe.

Tabelle 25: Ausbildungsabschlüsse variieren stark nach Alter bei der Berentung

	Alter bei Berentung			
Höchste abgeschlossene Ausbildung	18-21	22-25	26-29	Gesamt
Primarstufe ISCED1	4%	4%	2%	13 (3%)
Sekundarstufe I, ISCED2	40%	53%	39%	173 (43%)
Sekundarstufe II, ISCED 3A/4[1]	0%	4%	10%	13 (3%)
Sekundarstufe II, ISCED 3B[2]	1%	9%	37%	47 (12%)
Sekundarstufe II, ISCED 3C[3]	53%	30%	9%	144 (36%)
keine Angabe/kein Abschluss	3%	<1%	3%	10 (3%)
Gesamt	196 (100%)	110 (100%)	94 (100%)	400 (100%)

[1]ISCED 3A: Maturität oder Berufsmaturität, ISCED 4: Zweitausbildung nicht-tertiäre Stufe

[2] ISCED 3B: Fachmittelschule oder 3-jährige Berufsbildung

[3] ISCED 3C: unter 3-jährige Berufsbildung (Berufsattest, IV-Anlehre, praktische Ausbildung)

Höchste abgeschlossene Berufsausbildung nach Alter bei der Berentung

Betrachtet man nur die Personen mit einem Berufsbildungsabschluss, so zeigt sich, dass 57% derjenigen, die mit 18-21 Jahren berentet wurden eine Praktische Ausbildung abgeschlossen hat und ein Fünftel eine IV-Anlehre absolviert hat (Tabelle 26). Ebenfalls ein Fünftel hat ein Berufsattest beendet.

Bei den mit 22-25 Jahren Berenteten dominiert das Berufsattest (44%). 26% haben zudem eine IV-Anlehre abgeschlossen und ein Fünftel eine EFZ-Berufslehre.

Die im Alter von 26-29 Jahren Berenteten schliesslich haben mehrheitlich eine EFZ-Berufslehre abgeschlossen (79%) und zu 16% ein Berufsattest absolviert.

Tabelle 26: Jung Berentete machen vor allem im geschützten Rahmen eine Ausbildung

	Alter bei Berentung			
Art der höchsten abgeschlossene Berufsausbildung[1]	18-21	22-25	26-29	Gesamt
EFZ-Berufslehre	<1%	21%	79%	44 (23%)
Berufsattest/Anlehre	21%	44%	16%	48 (25%)
IV-Anlehre	20%	26%	2%	33 (17%)
Praktische Ausbildung	57%	7%	0%	63 (33%)
Keine Angabe	<1%	2%	2%	3 (2%)
Gesamt	105 (100%)	43 (100%)	43 (100%)	191 (100%)

[1]Definition der höchsten abgeschlossenen Berufsausbildung: Berufslehre>Berufsattest/Anlehre>Praktische Ausbildung und IV-Anlehre

4.2.2 Sonderschule, Sonderklasse, Kleinklasse

Jemals in Sonderschule, Sonderklasse, Kleinklasse nach Alter der Berentung

Wie Tabelle 27 zeigt, spiegelt sich auch bei der Sonderschulung die unterschiedliche Zusammensetzung nach Diagnose beim Alter der Berentung wieder: Bei den mit 18-21 Jahre berenteten, kann man bei 4 von 5 Personen eine Sonderschul-Biografie voraussetzen (da vor allem F7, F8 und F9 Diagnosen dominieren), bei den mit 26-29jährig Berenteten ist es gerade umgekehrt. Die - in dieser Altersgruppe übervertretenen) 'klassischen' psychiatrischen Erkrankungen (F6, F2, F3-Diagnosen) mit Beginn im Jugend und Erwachsenenalter haben keine Formen der Sonderschulung.

Tabelle 27: Sonderschulung vor allem bei den früh Berenteten

	Alter bei Berentung			
Jemals in Sonderschule, Sonderklasse, Kleinklasse?	18-21	22-25	26-29	Gesamt
Nein	17%	53%	80%	167 (42%)
Ja, eine Phase	40%	28%	14%	122 (31%)
Ja, mehrere Phasen	19%	11%	4%	53 (13%)
Ja, durchgehend	24%	8%	2%	58 (15%)
Gesamt	196 (100%)	110 (100%)	94 (100%)	400 (100%)

Jemals in Sonderschule, Sonderklasse, Kleinklasse nach zusammengefassten Gebrechenscodes

Geburtsgebrechen und Entwicklungsstörungen/Minderintelligenz waren zu über 90% jemals in einer Sonderschule, Sonderklasse oder Kleinklasse (Tabelle 28). Dabei waren Rentner mit Entwicklungsstörungen/Minderintelligenz zu gut einem Drittel durchgehend vom Kindergarten bis zum Ende der obligatorischen Schulzeit in der Sonderschule, Sonderklasse oder Kleinklasse. Bei den Geburtsgebrechen waren das 24%, wobei dies vor allem für das Geburtsgebrechen 401 zutrifft (frühkindliche Psychosen und Autismus).

Tabelle 28: Sonderschulung vor allem bei Geburtsgebrechen und Entwicklungsstörungen

	Jemals in Sonderschule, Sonderklasse, Kleinklasse?				
Gebrechenscodes	nein	Ja, eine Phase	Ja, mehrere Phasen	Ja, durchgehend	Gesamtl
Geburtsgebrechen (401&404)	8%	54%	14%	24%	37 (100%)
Psychosen (641-44)	70%	18%	6%	6%	109 (100%)
Persönlichkeitsstörungen und reaktive Störungen(645&646)	61%	21%	15%	3%	129 (100%)
Entwicklungsstörungen, Minderintelligenz (649)	7%	44%	18%	31%	125 (100%)
Gesamt	167 (42%)	122 (31%)	53 (13%)	58 (15%)	400 (100%)

Jemals in Sonderschule, Sonderklasse, Kleinklasse nach behinderungsrelevanter F-Diagnose

Am häufigsten in einer Form der Sonderschulung waren Rentner mit Intelligenzminderung (96%) und Entwicklungsstörungen (94%), gefolgt von Sozial-emotionalen Störungen im Kindes-/Jugendalter (84%) und hirnorganischen Störungen (71%) (Tabelle 29). Die neurotischen Störungen und Essstörungen scheinen eine gemischte Gruppe zu sein (diagnostisch v.a. Anpassungs-, Zwangs- und phobische Störungen) – etwas über die Hälfte hat Sonderschulung und etwas weniger als die Hälfte keine Sonderschulung erfahren. Nur ein Fünftel der Rentner mit Schizophrenie und Affektiven Störungen hatte eine Form der Sonderschulung. Bei den Persönlichkeitsstörungen ist es ein Drittel. Der hohe Anteil von Jungrentnern mit neurotischen Störungen, die eine Sonderschulmassnahme erhalten haben, überrascht.

Tabelle 29: Häufig Sonderschulung bei Intelligenzminderung und Entwicklungsstörungen

	Jemals in Sonderschule, Sonderklasse, Kleinklasse?		
F-Diagnose	Nein	Ja	Gesamt
F0 (hirnorganische Störungen)	29%	71%	14 (100%)
F2 (Schizophrenie)	81%	19%	86 (100%)
F3 (Affektive Störungen)	78%	22%	18 (100%)
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	45%	55%	20 (100%)
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	69%	31%	86 (100%)
F7 (Intelligenzminderung)	6%	94%	90 (100%)
F8 (Entwicklungsstörungen)	4%	96%	49 (100%)
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	16%	84%	25 (100%)
Keine F-Diagnose	0%	100%	12 (100%)
Gesamt	167 (42%)	233 (58%)	400 (100%)

4.2.3 Zäsuren

Ausbildungszäsuren nach Gebrechenscode

Rentner mit Geburtsgebrechen haben vor allem Klassen-oder Schulwechsel (65%), aber rund ein Drittel hatte auch Repetition/en oder eine abgebrochene Berufsausbildung (Tabelle 30). Bei Rentnern mit Psychosen dominieren die abgebrochenen Berufsausbildungen (53%), wobei die Abbrüche innerhalb der Psychosen v.a. beim Gebrechenscode 641 (Schizophrenie) hoch sind. Auch Schul- und Klassenwechsel sind mit 40% bei den Psychosen häufig, am häufigsten beim Gebrechenscode 643 (organische Psychosen). Bei Rentnern mit Persönlichkeitsstörungen und reaktiven Störungen sind ebenfalls die Schul- und Klassenwechsel (54%) und abgebrochene Berufsausbildungen (48%) am häufigsten. Bei den Rentnern mit Psychosen und Persönlichkeitsstörungen ist mit 28% bzw. 22% die höchste Quote von Schulabbrüchen zu verzeichnen. Rentner mit Entwicklungsstörungen zeichnen sich v.a. durch Klassen-und Schulwechsel (56%) und Repetitionen (22%) aus. Das heisst, die Geburtsgebrechen und frühen Entwicklungsstörungen bilden sich schon früh im Schulsystem ab, die Schizophrenien und psychogenen Störungen vor allem im Berufsbildungssystem.

Gesamthaft haben alle vier Gebrechensgruppen sehr viele Zäsuren, am häufigsten sind Zäsuren jedoch bei Rentnern mit Psychosen und Persönlichkeits-/reaktive Störungen. Diese beiden Störungsgruppen haben mit vielen Schul- und Ausbildungsabbrüchen auch die wohl schwerwiegendsten Zäsuren.

Für den ersten Schul-und Klassenwechsel wurde der Grund des Wechsels erfasst. Die häufigsten Gründe für Schul-und Klassenwechsel über alle Diagnosen hinweg waren bei 26% Leistungsprobleme, bei einem Viertel andere Gründe oder keine Angabe und bei 17% Wohnortswechsel. Ein Aufstieg in die Regelklasse war bei 8% zu verzeichnen.

Lediglich bei 7% wurde auffälliges/störendens Verhalten als alleinige Ursache kodiert. Ein Schulwechsel aufgrund einer Ausgrenzung der vP oder aufgrund schwerer psychischer Probleme wurde nur vereinzelt angegeben. Bei 12% wurde eine Kombination der genannten psychischen Gründe kodiert, wobei mit 6% die Kombination von aufälligem/störenden Verhalten und Leistungsproblemen am häufigsten war.

Bei gut der Hälfte der Schul-und Klassenwechsel lagen somit psychische Gründe als Auslöser vor, bei der anderen Hälfte waren Gründe ausschlaggebend, die nicht zwingend mit dem psychischen Zustand des IV-Rentners zu tun haben müssen wie Wohnortswechsel, Aufstieg in die Regelklasse und andere Gründe bzw. keine Angabe.

Tabelle 30: Psychosen und Persönlichkeitsstörungen haben viele Schul- und Ausbildungsabbrüche

	Zusammengefasste Gebrechenscodes				
Zäsuren	Geburtsgebrechen (401&404)	Psychosen (641-44)	Persönlichkeitsstörungen und reaktive Störungen (645&646)	Entwicklungsstörungen, Minderintelligenz (649)	Gesamtl
• Obligatorische Schule: Repetition	32%	24%	22%	22%	93 (23%)
• Obligatorische Schule: Klassen-/Schulwechsel	65%	40%	54%	56%	208 (52%)
• Obligatorische Schule: Time-out	5%	<1%	6%	2%	14 (4%)
• Obligatorische Schule: Schulausschluss/Schulabbruch[1]	8%	28%	22%	9%	75 (19%)
• Berufsbildung: Abbruch/Ausschluss Ausbildung	30%	53%	48%	18%	154 (39%)
• Gesamt: irgendeine Zäsur	81%	89%	88%	72%	330 (83%)
• Gesamt					400 (100%)

[1] Schulabbruch=Abbruch von Kindergarten bis Ende Sekundarstufe I (ISCED2 inkl. Gymnasium) oder Tertiärbildung

Ausbildungszäsuren nach behinderungsrelevanter F-Diagnose

Nach behinderungsrelevanter Diagnose zeigen die Ausbildungszäsuren ein etwas anderes Bild (Tabelle 31): Diverse Zäsuren sind bei den affektiven Störungen zu verzeichnen, ein Drittel bis ein Viertel hat sowohl Repetitionen als auch Schul-/Klassenwechsel und ein Fünftel bzw. zwei Fünftel haben Schulabbrüche und Ausbildungsabbrüche. Auch stark mit Zäsuren assoziiert sind die hirnorganischen

Störungen und Schizophrenien. Schul- und Klassenwechsel sind besonders ausgeprägt bei hirnorganischen Störungen, Intelligenzminderung, Sozial-emotionalen Störungen im Kindes-/Jugendalter und Entwicklungsstörungen. Wie in den Gebrechenscodes auch schon zu sehen war, sind besonders viele abgebrochene Berufsausbildungen bei Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen zu verzeichnen. Abgebrochene Schulausbildungen sind mit einem Drittel am höchsten bei Schizophrenie, gefolgt von einem Viertel bei Persönlichkeitsstörungen und Neurotischen Störungen und knapp ein Viertel bei affektiven Störungen.

Tabelle 31: Affektive Störungen, hirnorganische Störungen und Schizophrenien sind stark von Zäsuren betroffen

	Obligatorische Schule				Berufs-ausbil-dung		
F-Diagnose	Repeti-tion	Klas-sen-/Schul-wechsel	Time-out	Abbruch	Abbruch	irgendeine Zäsur	Gesamtl
F0 (hirnorganische Störungen)	29%	79%	7%	0%	36%	93%	14 (100%)
F2 (Schizophrenie)	17%	37%	3%	33%	56%	90%	86 (100%)
F3 (Affektive Störungen)	33%	39%	0%	22%	39%	94%	18 (100%)
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	25%	50%	5%	25%	35%	85%	20 (100%)
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	24%	50%	3%	24%	56%	87%	86 (100%)
F7 (Intelligenzminderung)	29%	63%	2%	9%	26%	81%	90 (100%)
F8 (Entwicklungsstörungen)	16%	59%	6%	14%	14%	67%	49 (100%)
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	32%	60%	4%	8%	36%	84%	25 (100%)
Keine F-Diagnose	0%	33%	0%	0%	0%	33%	12 (100%)
Gesamt	93 (23%)	208 (52%)	14 (4%)	75 (19%)	154 (39%)	330 (83%)	400 (100%)

Schul- oder Ausbildungsabbrüche

Betrachtet man die Schul- und Ausbildungsabbrüche in Tabelle 32 etwas genauer, wird deutlich, dass die ersten Schulabbrüche zu zwei Dritteln Abbrüche waren und ein Viertel von der Schule ausgeschlossen wurde. Im Median sind sowohl Schulabbrüche als auch Schulausschlüsse relativ spät zu verzeichnen, diese geschehen vor allem im Jugendalter im Alter von 16/17 Jahren. Bei den ersten Lehrabbrüchen zeigt sich ein relativ ähnliches Bild: Die Hälfte der Lehrabbrüche geschieht auf Initiative der versicherten Person, während bei einem Drittel der Lehrabbrüche der Abbruch auf die Lehrbetriebe (25%), die IV-Stelle (3%) oder die Berufsschule (3%) zurückgeht. Die Lehren werden im Median im Alter von 17 Jahren beendet. Die häufigste beendete Lehre ist mit 60% die EFZ-Berufslehre, darauf folgen das Berufsattest mit 13%, die IV-Anlehre mit 9% und die Praktische Ausbildung mit 8%. Bei 10% der Lehrabbrüche waren keine Angaben zur Art der Lehre vorhanden.

Tabelle 32: Schul- und Ausbildungsabbrüche vor allem im Jugendalter und auf Initiative der vP

Abbruchzäsuren	Prozent Ja	Alter beim ersten Abbruch Median (min-max), N
Erster Schulabbruch/Ausschluss	75 (19%)	17 (6-26), N=62
Nur Schulabbruch	51 (68%)	17 (6-26), N=43
Nur Schulausschluss	19 (25%)	16 (8-19), N=17
Keine Angabe	5 (7%)	15.5 (15-16), N=2
Erster Ausbildungsabbruch	154 (39%)	17 (15-27), N=146
Initiative der vP selbst	81 (53%)	17 (15-27), N=77
Initiative der IV-Stelle	4 (3%)	16 (16-22), N=4
Initiative der Berufsschule	4 (3)%	18 (16-22), N=4
Initiative des Lehrbetriebes	38 (25%)	17 (16-24), N=37
Keine Angabe	27 (18%)	18 (15-24), N=24
Jemals Schul- oder Ausbildungsabbruch	201 (50%)	
Gesamt	400 (100%)	

Initiative für den ersten Ausbildungsabbruch nach zusammengefassten Gebrechenscodes

Ausser bei Rentnern mit Entwicklungsstörungen wurde bei allen Gebrechensgruppen kodiert, dass die Initiative zum Abbruch der ersten Berufsausbildung überwiegend von der versicherten Person ausgeht und zwar bei 74% der Persönlichkeitsstörungen, zwei Dritteln der Psychosen und 56% der Geburtsgebrechen (Tabelle 33). Bei Rentnern mit Entwicklungsstörungen zeigt sich das umgekehrte Bild: Hier wurde bei zwei Dritteln die Initiative Anderen zugesprochen und zwar vor allem Lehrbetrieben.

Tabelle 33: Initiative zum Ausbildungsabbruch geht vor allem von der vP aus - ausser bei Entwicklungsstörungen

	Initiative zum Abbruch der ersten Berufsausbildung		
Zusammengefasste Gebrechenscodes	vP selbst	Andere[1]	Gesamt
Geburtsgebrechen (401&404)	56%	44%	9 (100%)
Psychosen (641-44)	67%	33%	48 (100%)
Persönlichkeitsstörungen und reaktive Störungen (645&646)	74%	26%	50 (100%)
Entwicklungsstörungen, Minderintelligenz (649)	35%	65%	20 (100%)
Gesamt	81 (64%)	46 (36%)	127 (100%)[2]

[1] IV-Stelle, Berufsschule, Lehrbetrieb
[2] Anzahl gültige Fälle

Bildungsabbrüche und erstmalige psychiatrische Behandlung

Vergleicht man bei den Jungrentnern das Alter beim erstmaligen Schul- oder Ausbildungsabbruch mit dem Alter ihrer allfälligen erstmaligen (ambulanten oder stationären) psychiatrischen Behandlung[18],

[18] Es wurde nur Fälle eingeschlossen, bei denen mindestens eine Jahresangabe zum Schul- oder Ausbildungsabbruch und mindestens eine Jahresangabe zur ambulanten oder stationären Erstbehandlung vorlag.

so zeigt sich, dass bei den sehr frühen Störungen respektive Geburtsgebrechen die psychiatrische Behandlung in rund 68% (Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung) bis 78% der Fälle (Frühe Verhaltensstörungen) vor dem Abbruch erfolgt (Tabellle 34). Anders bei Schizophrenie: Hier setzen nur 27% der psychiatrischen Behandlungen vor dem Bildungsabbruch ein. Bei weiteren rund 23% der Schizophrenen erfolgt die erste psychiatrische Behandlung im selben Jahr wie der Abbruch stattfindet, und bei der Hälfte erfolgt die Behandlung erst nach dem Abbruch. Auch bei den beiden Persönlichkeitsstörungstypen erfolgt die erste psychiatrische Behandlung relativ häufig erst nach dem Bildungsabbruch. Dies ist ein möglicher Hinweis darauf, dass junge Schizophrene (im Frühstadium) im Bildungssystem nicht erkannt werden. Eine frühere Erkennung und Behandlung dieser Personen im Bildungssystem (häufig handelt es sich gerade bei diesen Personen um höhere Bildungsstufen und EFZ-Berufslehren) könnte dazu beitragen, Abbrüche zu vermeiden und damit deren Arbeitsmarktchancen zu verbessern.

Tabelle 34: Bei Schizophrenen erfolgt die erste Behandlung oft nach dem ersten Abbruch

	Erstmalige psychiatrische Behandlung			
Diagnosen-Klassen	Behandlung früher als Abbruch	Behandlung im selben Altersjahr wie Abbruch	Behandlung später als Abbruch	Gesamt
Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung	68%	16%	16%	19 (100%)
Schizophrenie	27%	23%	50%	60 (100%)
Persönlichkeitsstörung, komorbid, ohne Sucht	60%	15%	25%	40 (100%)
Frühe Verhaltensstörungen	78%	11%	11%	18 (100%)
Multiple schwere frühe Störungen	73%	13%	13%	15 (100%)
Persönlichkeitsstörung, komorbid, mit Sucht	59%	10%	31%	29 (100%)
Gesamt	95 (52%)	30 (17%)	56 (31%)	181 (100%)

Gründe für den ersten Schul- und Ausbildungsabbruch

Die Kodierenden haben bei den Schul- und Ausbildungsabbrüchen eingeschätzt, was der Grund war für den Schul-bzw. Ausbildungsabbruch. Die Hauptkategorien waren "schwere psychische Probleme", "Leistungsprobleme", "Ausgrenzung der versicherten Person" und "auffälliges/störendes Verhalten der versicherten Person". Des Weiteren konnten die Kodierenden Kombinationen von den vorher genannten Gründen angeben, also z.B. "schwere psychische Probleme und Leistungsprobleme".

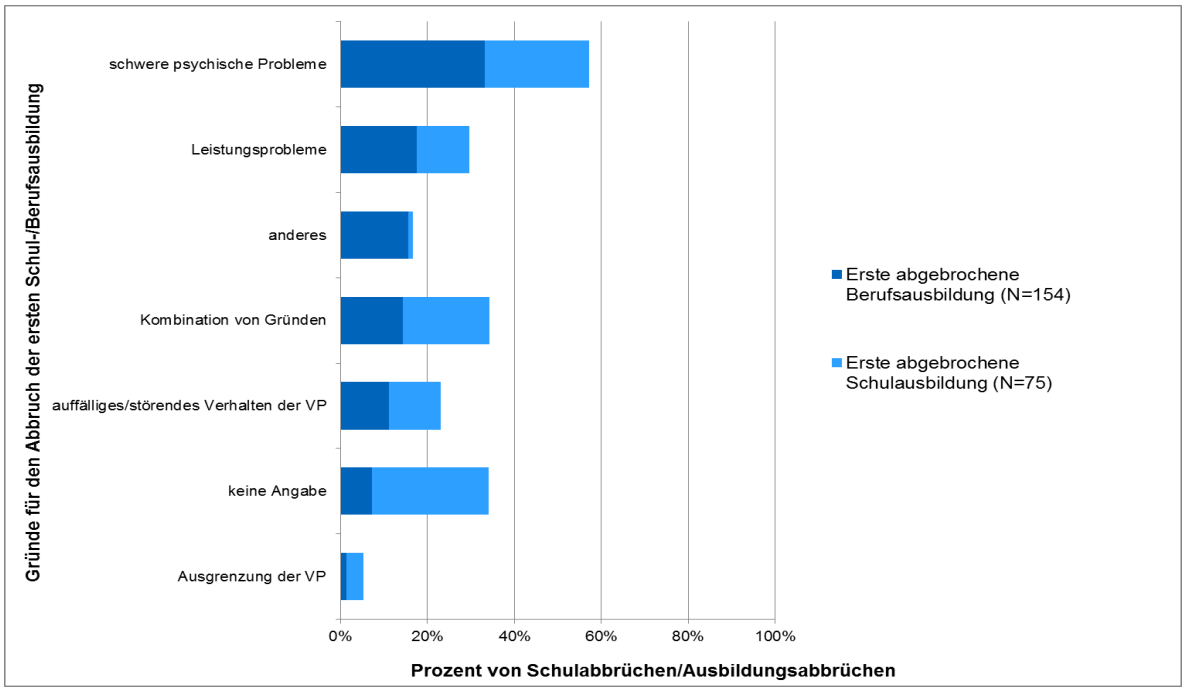
Beim Schulabbruch (Abbildung 18) konnten die Kodierenden bei 27% der Schulabbrüche keine dokumentierten Gründe finden. Schwere psychische Probleme waren mit einem Viertel der Schulabbrüche der häufigste Grund und für je 12% wurden Leistungsprobleme und auffälliges/störendes Verhalten als Gründe ausgewiesen. Ein Fünftel verzeichnete eine Kombination von Gründen, am häufigsten war dabei die Kombination von auffälligem/störenden Verhalten und schweren psychischen Problemen (5%). Andere Gründe und Ausgrenzung der vP wurden nur bei einer Minderheit angegeben.

Bei den Ausbildungsabbrüchen wurden bei einem Drittel schwere psychische Probleme dokumentiert als Grund für den Abbruch. Bei 18% der Ausbildungsabbrecher wurden Leistungsprobleme kodiert, eine Kombination von Gründen bei 15%. Die häufigsten Kombinationen waren auffälliges/störendes Verhalten und Leistungsprobleme (5%) sowie Leistungsprobleme und schwere psychische Probleme

(3%). Auffälliges/störendes Verhalten wurde bei 11% der Abbrüche als Grund angegeben. Wie bei den Schulabbrüchen war Ausgrenzung der vP ein seltener Grund für den Ausbildungsabbruch.

Bemerkenswert ist der relative hohe Anteil von Dossiers, in denen keine Angaben enthalten sind zu den Gründen einer abgebrochenen Schulausbildung (rund 25%). Bei den Abbrüchen in der Berufsausbildung kommt es demgegenüber kaum vor, dass die Gründe nicht dokumentiert sind. Für die Interventionsplanung wäre es womöglich sinnvoll, auch die Umstände des Schulabbruchs zu kennen und zu dokumentieren.

Abbildung 18: Schwere psychische Probleme, Leistungsprobleme und Verhaltensauffälligkeiten sind häufige Gründe für den Abbruch

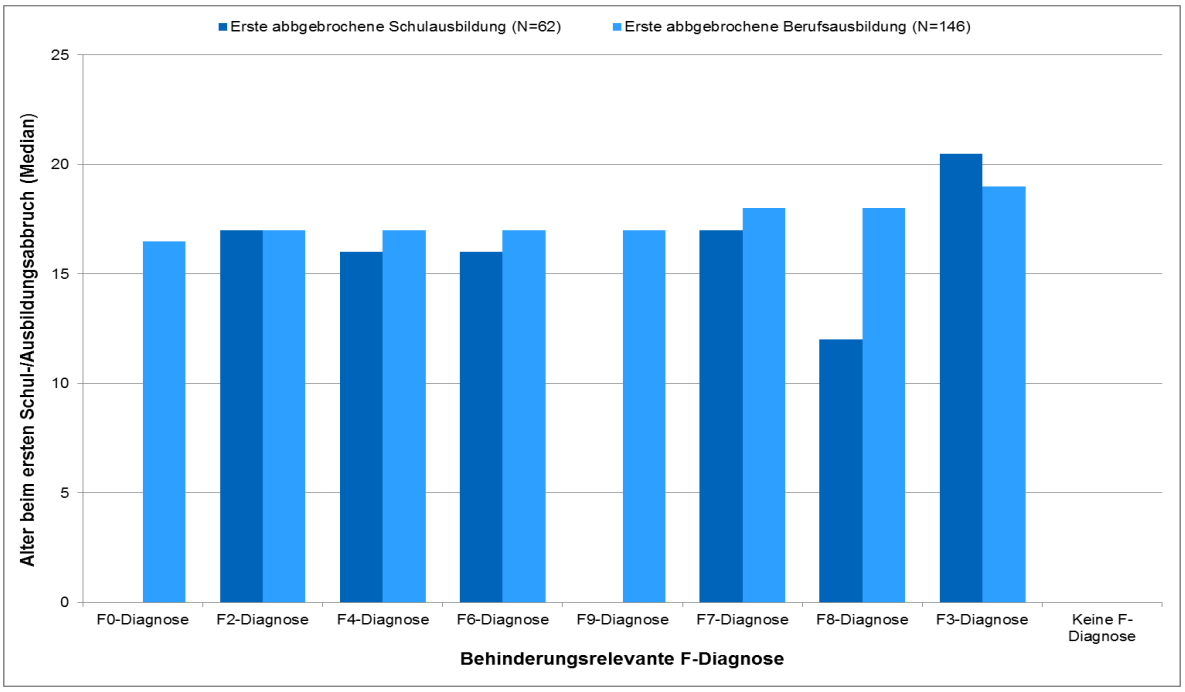


Alter beim Schul- und Ausbildungsabbruch nach behinderungsrelevanter Diagnose

Bei den meisten F-Diagnosen wird im frühen Jugendalter im Median mit 16-17 Jahren ein erstes Mal die Schule abgebrochen und mit im Median 17-19 Jahren wird eine erste Berufsausbildung abgebrochen (Abbildung 19). Dabei hat ein Drittel der Abbrecher sowohl eine Schulausbildung als auch eine Berufsausbildung abgebrochen. Diagnostisch sind dies vor allem Psychosen und Persönlichkeitsstörungen bzw. reaktive Störungen. Hier könnte es sich um Personen handeln, die eine Ausbildung auf dem Gymnasium abgebrochen haben und danach ohne Erfolg eine Berufsausbildung angefangen haben.

Bei den Entwicklungsstörungen ist ein anderes Muster zu verzeichnen: Ein Schulabbruch geschieht im Median im Alter von 12 Jahren und ein Ausbildungsabbruch im Median im Alter von 18 Jahren. Bei den Affektiven Störungen wird sowohl die Schule als auch die Ausbildung am spätesten abgebrochen, wobei mit im Median 20.5 Jahren noch eine Schulausbildung abgebrochen wird – der Median für die Berufsausbildung beträgt hingegen 19 Jahre.

Abbildung 19: Schul- und Ausbildungsabbrüche häufig kurz hintereinander im Jugendalter



Schul- oder Ausbildungsabbruch nach Alter der ersten psychiatrischen Erkrankung

In Tabelle 35 ist zu sehen, dass bei denjenigen am meisten Schul- oder Ausbildungsabbrüche (81%) erfolgen, die im Alter von 13-17 Jahren zum ersten Mal psychiatrisch erkranken. Auch ein Ersterkrankungsalter über 18 Jahren (70%) und zwischen 6 bis 12 Jahren ist mit einem Schul- oder oder Ausbildungsabbrucheassoziiert.

Tabelle 35: Häufigste Abbrüche bei einem Erkrankungsbeginn im Jugend- und frühen Erwachsenenalter

	Alter der ersten psychiatrischen Erkrankung						
	<1 Jahr.	1-5 Jahre	6-12 Jahre	13-17 Jahre	18+ Jahre	Keine Angabe	Gesamt
Schul- oder Ausbildungs-abbruch	19%	32%	65%	81%	70%	45%	201 (50%)
Gesamt							400 (100%)
Prozent Ja-Anteile							

4.2.4 Arbeitstätigkeiten

In den folgenden zwei Unterkapiteln werden die Arbeitstätigkeiten der Rentner dargestellt, die sie jemals ausgeübt haben, d.h. sämtliche bezahlte oder unbezahlte Arbeitstätigkeiten, die im IV-Dossier dokumentiert wurden. Im dritten Unterkapitel wird noch die zum Zeitpunkt der Kodierung aktuelle ökonomische Situation behandelt.

Arbeitsstätigkeit nach Alter

Die Arbeitstätigkeiten unterscheiden sich nach dem Alter der Berentung (Tabelle 36): Die mit 18-21 Jahren Berenteten waren zu einem Drittel nie erwerbstätig und die Hälfte war in einem oder mehreren Praktika bzw. im geschützten Rahmen tätig. Nur 10% dieser Altersgruppe hatten jemals eine oder

mehrere bezahlte Anstellungen und 8% übten gemischte Tätigkeiten aus, d.h. sowohl Praktika/geschützte Arbeit als auch bezahlte Anstellungen. In der Gruppe, die mit 22-25 Jahren berentet wurde, hatte ein Drittel gemischte Tätigkeiten, je ein Viertel war nie erwerbstätig und im Rahmen von Praktika/geschützter Arbeit tätig und ein Sechstel übte eine bezahlte Anstellung aus. In der ältesten Berentungsgruppe dominieren gemischte Tätigkeiten und eine oder mehrere bezahlte Anstellungen.

Tabelle 36: Junge mit geschützter Arbeit, Ältere mit bezahlten Anstellungen

	Alter bei Berentung			
Art der Erwerbstätigkeit (jemals)	18-21	22-25	26-29	Gesamt
nie erwerbstätig	30%	26%	6%	94 (24%)
unbezahltes oder bezahltes Praktikum/Arbeit im geschützten Rahmen	33%	8%	4%	78 (20%)
verschiedene unbezahlte oder bezahlte Praktika/Arbeit im geschützten Rahmen	18%	18%	5%	61 (15%)
bezahlte Anstellung (inkl. temporäre Arbeit)	5%	4%	9%	22 (6%)
verschiedene bezahlte Anstellungen (inkl. temporäre Arbeit)	5%	12%	30%	51 (13%)
gemischt[1]:	8%	32%	46%	94 (24%)
Gesamt	196 (100%)	110 (100%)	94 (100%)	400 (100%)

[1]gemischt: Kombinationen von verschiedenen Erwerbstätigkeiten, z.B. verschiedene unbezahlte oder bezahlte Praktika und verschiedene bezahlte Anstellungen

Erwerbstätigkeit nach behinderungsrelevanter Diagnose

Tabelle 37 gibt einen Überblick über alle dokumentierten Arbeitstätigkeiten der Rentner nach behinderungsrelevanter Diagnose. Mit gut einem Drittel am häufigsten nicht erwerbstätig waren Personen mit Entwicklungsstörungen, Neurotischen Störungen/Essstörungen und solche ohne F-Diagnose. Der Anteil von Personen mit Praktika/geschützter Arbeit ist bei F9, F7, und F8-Diagnosen sowie keiner F-Diagnose am höchsten. Drei Fünftel der Rentner mit Schizophrenie, Affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen hatten hingegen bereits bezahlte Anstellungen oder übten gemischte Tätigkeiten aus.

Tabelle 37: Rentner mit frühen Entwicklungsstörungen arbeiten häufig geschützt

	Art der Erwerbstätigkeit (jemals)				
F-Diagnose	Nie erwerbstätig	Mind. 1 Praktikum bzw. geschützte Arbeit	Mind. 1 bezahlte Anstellung	Gemischt[1]	Gesamt
F0 (hirnorganische Störungen)	29%	21%	7%	43%	14 (100%)
F2 (Schizophrenie)	19%	22%	27%	33%	86 (100%)
F3 (Affektive Störungen)	22%	17%	33%	28%	18 (100%)
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	35%	30%	25%	10%	20 (100%)
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	15%	23%	28%	34%	86 (100%)
F7 (Intelligenzminderung)	27%	48%	9%	17%	90 (100%)
F8 (Entwicklungsstörungen)	37%	47%	8%	8%	49 (100%)
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	16%	60%	8%	16%	25 (100%)
Keine F-Diagnose	33%	58%	0%	8%	12 (100%)
Gesamt	94 (24%)	139 (35%)	73 (18%)	94 (24%)	400 (100%)

[1]Gemischt: Kombinationen von verschiedenen Erwerbstätigkeiten, z.B. verschiedene unbezahlte oder bezahlte Praktika und verschiedene bezahlte Anstellungen

Aktuelle ökonomische Situation nach Rentenart

Zwei Fünftel der Rentner, die eine volle Rente beziehen, sind aktuell nicht erwerbstätig, ein Drittel arbeitet und ein Viertel war noch nie arbeitstätig (Tabelle 38). Diejenigen, die eine Dreiviertelsrente beziehen sind zu über der Hälfte in einer geschützten Arbeit bzw. Praktikum tätig und ein Drittel ist nicht arbeitstätig. Rentner mit einer Halben- oder Viertelsrente sind am häufigsten aktuell in einer bezahlten Anstellung tätig mit 26% bzw. 43%.

Tabelle 38: Rentner mit einer halben oder Viertelrente haben aktuell am häufigsten eine bezahlte Anstellung

	Rentenart				
Aktuelle ökonomische Situation	Ganze Rente	¾ Rente	Halbe Rente	¼ Rente	Gesamt
Bezahlte Anstellung	0%	6%	26%	43%	22 (6%)
Geschützte Arbeit/Praktikum	0%	56%	32%	14%	14 (4%)
Ganze Rente und Arbeitstätigkeit[1]	32%	0%	0%	0%	109 (27%)
Aktuell nicht erwerbstätig	42%	31%	34%	14%	161 (40%)
Nie erwerbstätig	26%	6%	8%	29%	94 (24%)
Gesamt	339 (85%)	16 (4%)	38 (10%)	7 (2%)	400 (100%)

[1]: z.B. geschützte Arbeit oder eine Nebentätigkeit

4.3 Fazit

Krankheitsverläufe

Während bei den meisten Dossiers der Rentner mindestens zwei Arztberichte vorhanden waren, wurde nur bei knapp 30% ein Gutachten erstellt. Insbesondere Rentner mit einer behinderungsrelevanten Diagnose einer Persönlichkeitsstörung wurden begutachtet. Dies ist ein Hinweis darauf, dass bei diesen Störungen die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit besonders anspruchsvoll ist.

Am schnellsten berentet wurden nach Erstellung des Arztberichtes junge Personen mit einer behinderungsrelevanten Schizophrenie-Diagnose (im Median nach zwei Jahren). Etwas länger dauerte es bei Personen mit affektiven Störungen (3.5 Jahre), Persönlichkeitsstörungen (4 Jahre) und neurotischen Störungen (5 Jahre). Am meisten Zeit verging erwartungsgemäss bei frühen psychiatrischen Erkrankungen mit dem Maximum an 13 Jahren bei den Entwicklungsstörungen.

Der Beginn der ersten psychiatrischen Erkrankung der Renter wurde anhand von anamnestischen Angaben in den Arztberichten erfasst. Die Ersterkrankungszeitpunkte decken sich weitgehend mit epidemiologischen Befundnen, aber für eine Minderheit war der Beginn der Erkrankung teilweise deutlich früher zu erkennen: Z.B. war bei Rentnern mit einer behinderungsrelevanten Schizophrenie-Diagnose bei einem Fünftel ein Erkrankungsbeginn im oder vor dem Schulkindalter zu verorten.

Die Auswertung zu den Arztberichten und Gutachten verdeutlicht, dass Angaben zum Umgang mit der versicherten Person selten spezifiziert werden, am ehesten – aber immer noch selten - in den Gutachten. Die medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit wird im ersten Arztbericht noch zurückhaltend bewertet und steigt bis zum letzten Arztbericht an. Die Prognose des Gesundheitszustandes wird häufig als "nicht beurteilbar" bewertet und die Prognose "besserungsfähig" wird deutlich häufiger vergeben als die Prognose "sich verschlechternd".

Schul-und Ausbildungskarriere

Besonders Rentner mit frühen Erkrankungen, die kurz nach 18 Jahren berentet werden (behinderungsrelevante Diagnosen von Entwicklungsstörungen, Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter, Intelligenzminderung und hirnorganische Störungen) haben häufig als höchsten Abschluss eine unter 3-jährige Berufsausbildung, also ein eidgenössisches Berufsatttest, eine praktische Ausbildung oder eine IV-Anlehre und waren bisher vor allem im Rahmen von Praktika/geschützter Arbeit tätig. Diese Gruppe von Diagnosen weist auch häufig eine Beschulung in der Sonderschule, Sonderklasse oder Kleinklasse auf und hat viele Schul-und Klassenwechsel hinter sich.

Eine andere auffällige Gruppe bilden Rentner mit Persönlichkeitsstörung und Schizophrenie: Sie weisen häufig einen obligatorischen Schulabschluss aus und haben viele Berufsausbildungsabbrüche zu verzeichnen. Ein Teil erkrankt aber erst relativ spät und hat daher eine EFZ-Berufsausbildung abgeschlossen. Auch der Anteil an bereits ausgeübten bezahlten Anstellungen ist bei diesen beiden Diagnosen hoch, das heisst, sie verfügen häufig über eine prognostisch günstige Arbeitsbiografie. Im Gegensatz zu den frühen Erkrankungen ist diese Gruppe zudem häufig erst nach dem ersten Berufsausbilundungsabbruch in einer erstmaligen psychiatrischen Behandlung.

5 Behandlungs-und Interventionskarrieren (IV-Rentner)

5.1 Übersicht involvierte Institutionen, Interventionen und Behandlungen

Ein Block des Kodierrasters bestand aus verschiedenen im Dossier involvierten Institutionen/Personen, die in drei Altersstufen unterteilt waren. Da nicht alle Kodierenden die Zuordnung zu den Altersstufen gleich gehandhabt haben, wird im Folgenden vor allem analysiert, ob eine Institution/Person jemals in einer der Altersstufe involviert war. Eine Institution oder eine beteiligte Person wurde von den Kodierenden als involviert erfasst, wenn sie aktiv war, also z.B. eine Abklärung, Behandlung, Betreuung oder ähnliches durchgeführt hatte oder eine Empfehlung dazu ausgesprochen hatte. Bei über der Hälfte der Rentner waren folgende Institutionen/Personen mindestens einmal aktiv involviert (Tabelle 39): der Regionalärztliche Dienst (RAD) mit 92%, Psychiater bzw. Psychologen mit 69% und Lehrbetriebe mit 59%. Generell sind häufig therapeutische Institutionen/Personen involviert sowie Institutionen/Personen, die sich auf die Arbeitstätigkeit bzw. auf die Berufsausbildung beziehen: Lehrbetriebe, geschützte Arbeitsplätze und Vorgesetzte von Arbeitsstellen. Selten involviert sind bei weniger als 10% der Rentner Case-Manager, Lehrpersonen des Kindergartens, das Schulamt und die Schulsozialarbeit.

Des Weiteren wurden verschiedene Interventionen erfasst. Hierunter war der Heimaufenthalt bei 29% der Rentner am häufigsten. Straferziehungsmassnahmen, Fremdplatzierungen und Adoptionen waren vergleichsweise selten.

Eine nächste Variablengruppe betraf die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Institutionen/Personen. Bei knapp zwei Dritteln der Rentner wurde eine Zusammenarbeit zwischen mindestens zwei Institutionen dokumentiert. Als Zusammenarbeit zählte eine Telefonkonferenz, ein mehrmaliges Mailing zwischen zwei Akteuren oder ein "Round Table". Bei einem Drittel lagen jedoch auch Dokumentationen über eine problematische Zusammenarbeit[19] zwischen der IV und anderen Institutionen/Personen vor. Dabei wurde bei 72% eine problematische Zusammenarbeit mit einer Institution/Person dokumentiert, in 13% mit zwei Institutionen/Personen und in 5% mit drei Institutionenen/Personen. Von allen Rentnern mit einer dokumentierten problematischen Zusammenarbeit wurde bei 54% die Zusammenarbeit zwischen der IV und Fachärzten genannt, bei 28% die mangelnde/problematische Zusammenarbeit zwischen der IV und der versicherten Person oder deren Vormund und bei 26% diejenige zwischen IV und Hausärzten (Abbildung 20). Eltern der versicherten Person (13%), Arbeitgeber (6%) und Schule/Ausbildung (3%) wurden selten als problematisch in der Zusammenarbeit gesehen.

Schliesslich wurden verschiedene Angaben zu den absolvierten Behandlungen erfasst (Tabelle 40). 49% der Rentner haben sich bisher stationär psychiatrisch behandeln lassen, wobei die Hälfte ein bis zwei stationäre Aufenthalte aufweist und die andere Hälfte drei und mehr stationäre Behandlungen. Rund ein Viertel hat fünf oder mehr stationäre Aufenthalte hinter sich. 83% sind oder waren in einer ambulanten psychiatrischen Behandlung. Hierbei haben gut zwei Drittel ein bis zwei ambulante Behandlungen absolviert. Eine medikamentöse Behandlung haben 69% der Rentner bekommen und die Mehrheit davon (75%) hat zwei oder mehr Verschreibungen von Psychopharmaka bekommen.

[19] "Problematische Zusammenarbeit"=entweder (a) Mindestens zwei Mahnungschreiben der IV-Stelle an die Person/Institution und/oder (b) in den Notizen/im Verlausfprotokoll dokumentiert, die Person/Institution sei schwierig, unklar - irgendetwas, das auch schon nur leicht negativ tönt (wirklich negativ schreibt man nichts in die Akten).

Die Hälfte der Rentner wurde sowohl amulant behandelt als auch stationär. Bei 14% der Rentner wurde hingegen keine der vorher genannten Behandlungen dokumentiert.

Tabelle 39: Therapeutische und berufliche Institutionen/Personen sind häufig involviert

Involvierte Institutionen, weitere Interventionen und institutionelle Zusammenarbeit	Prozent Ja
Jemals Involvierte Institutionen	
RAD	92%
Privater Psychiater/Psychologe/in	69%
Lehrbetrieb	59%
Psychiatrischer Dienst	48%
Kinderarzt	41%
pädagogisch-therapeutische Dienste	41%
geschützter Arbeitsplatz	41%
Vorgesetzte/r von Arbeitsstelle	39%
Kinder-und Jugendpsychiatrischer Dienst	35%
Sozialamt/Soziale Dienste	31%
Kinderspital	31%
(Kinder-)psychiater/ (Kinder-)Psychologen	29%
Schulpsychologischer Dienst	26%
Sonderpädagoge/in	26%
Heim/Pflegeeltern/Internat	24%
Lehrperson Schule	22%
Heilpädagogischen Früherziehung oder andere frühe Fördermassnahmen	19%
Vormund/Beistand	14%
Kinderschutzbehörde/Jugendamt/Vormundschaftsbehörde	13%
Case Manager	7%
Lehrperson Kindergarten	6%
Schulamt	5%
Schulsozialarbeit	1%
Weitere Interventionen	
Heimaufenthalt	29%
Straferziehung: Aufenthalt in Strafvollzugsanstalt, Gefängnis	4%
Straferziehung: weitere polizeiliche Massnahmen (Bussen, Strafanzeigen, Festnahmen)	8%
Fremdplatzierung in Pflegefamilie/bei den Grosseltern	9%
Adoption	5%
Zusammenarbeit zwischen den Institutionen/Personen	
Beschwerde/Einsprache im Namen der vP gegen IV-Entscheide	19%
Zusammenarbeit zw. mind. 2 verschiedenen Institutionen	64%
Problematische Zusammenarbeit zw. IV und Personen/Institutionen	33%
Gesamt	400 (100%)
Gewichtet	

Abbildung 20: Problematische Zusammenarbeit vor allem mit Fachärzten, VP/ Vormund und Hausärzten (N=144)

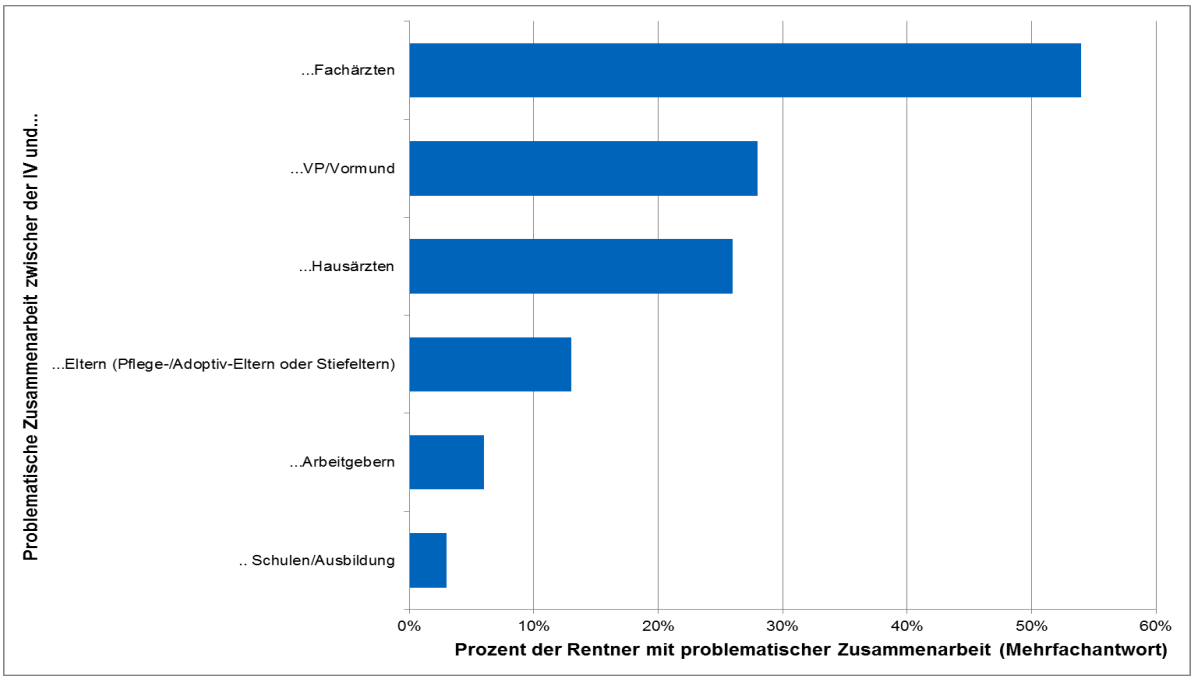


Tabelle 40: Eine Mehrheit der Rentner in ambulanter und medikamentöser Behandlung

Behandlungen	Prozent Ja
Stationäre psychiatrische Behandlung	49%
1-2 stationäre Behandlungen	51%
3-4 stationäre Behandlungen	23%
5+ stationäre Behandlungen	26%
	100% (N=198)
Ambulante psychiatrische Behandlung	83%
1-2 ambulante Behandlungen	64%
3-4 ambulante Behandlungen	28%
5+ ambulante Behandlungen	8%
	100% (N=330)
Behandlung mit Psychopharmaka	69%
eine Verschreibung	25%
zwei oder mehr Verschreibungen	75%
	100% (N=272)
Sowohl ambulante als auch stationäre Behandllung	49%
Keine stationäre, ambulante oder medikamentöse Behandlung	14%
Gesamt	400 (100%)
Gewichtet	

5.2 Involvierte Institutionen

5.2.1 Involvierte Intuitionen nach behinderungsrelevanter Diagnose

Tabelle 41 zeigt bei welchen drei behinderungsrelevanten Diagnosen die jeweiligen Institutionen/Personen am häufigsten aktiv involviert waren und bei welcher am seltensten. Beispielsweise war der RAD bei 100% der F4-Diagnosen (Neurotische Störungen/Essstörungen) involviert, bei 92% der F2-Diagnosen (Schizophrenie) und bei 96% der F9-Diagnosen (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter). Am seltensten involviert war der RAD bei hirnorganischen Störungen mit 83%.

Es zeigt sich, dass involvierte Institutionen, die die Kindheit bzw. die Schulzeit betreffen, vor allem bei hirnorganischen Störungen, Entwicklungsstörungen, Minderintelligenz und Sozial-emotionalen Störungen im Kindes-/Jugendalter involviert sind.

Die "klassischen" psychiatrischen Erkrankungen wie Schizophrenie, affektive Störungen und Persönlichkeitsstörungen sind überwiegend durch Psychiatrische Dienste, Vorgesetzte von Arbeitsstellen, Soziale Dienste und Vormund/Beistand als involvierte Institutionen begleitet. Auch bei Case-Management und Schulsozialarbeit sind diese Diagnosen vertreten, allerdings sind diese Institutionen/Personen insgesamt sehr selten involviert. Somit waren bei den zuvor genannten psychiatrischen Erkrankungen selten Kinderärzte, der Schulpsychologische Dienst oder der Kinder-und Jugendpsychiatrische Dienst aktiv involviert. Diese Erkrankungen brechen zwar auch erst im Jugend- oder frühen Erwachsenalter aus, aberzum Beispiel bei der Schizophrenie konnten unspezifische Auffälligkeiten bereits im Kindes-und Jugendalter festgestellt werden, wie etwa motorische, emotionale und kognitive Verhaltensauffälligkeiten (Isohanni et al. 2010). Zudem tritt bei der Schizophrenie eine Prodromalphase mit ersten Frühsymptomen auf, die im Mittel 2-5 Jahre dauert (Riecher-Rössler et al., 2006).

Tabelle 41: Bei Schizophrenie und affektiven Störungen sind selten Institutionen aus dem Schulalter involviert

	Behinderungsrelevante Diagnose			
Aktiv involvierte Institutionen	Am häufigsten involviert	Am 2.häufigsten involviert	Am 3.häufigsten involviert	Am seltensten involviert
RAD	F4 (100%)	F2 (97%)	F9 (96%)	Keine F(83%)
Psychiater/Psychologe/in	F3 (94%)	F0 (86%)	F6 (83%)	Keine F (0%)
Lehrbetrieb	F0 (78%)	F8 (78%)	F7 (72%)	F3 (39%)
Psychiatrischer Dienst	F2 (81%)	F6 (66%)	F3 (44%)	Keine F (8%)
Kinderarzt	Keine F[1](83%)	F8 (71%)	F0 (71%)	F3 (6%)
pädagogisch-therapeutische Dienste	F0 (79%)	F8 (73%)	F7 (66%)	F3 (6%)
geschützter Arbeitsplatz	F0 (64%)	F9 (56%)	F7 (51%)	F3 (22%)
Vorgesetzte/r Arbeitsstelle	F6 (47%)	Keine F(42%)	F2 (40%)	F4 (25%)
KJPD[2]	F0 (50%)	F8 (49%)	F9 (48%)	Keine F(8%)
Sozialamt/Soziale Dienste	F2 (47%)	F6 (45%)	F3 (33%)	Keine F (8%)
Kinderspital	Keine F (58%)	F0 (57%)	F7/F8 (47%)	F2/F3 (6%)
(Kinder-)psychiater/ - psychologen	F8 (53%)	F9 (52%)	F0 (50%)	Keine F (0%)
Schulpsychologischer Dienst	F9 (60%)	F0 (43%)	F7 (41%)	F2 (9%)
Sonderpädagoge/in	F8 (55%)	F9 (52%)	F7 (44%)	F2 (3%)
Heim/Pflegeeltern/Internat	F9 (36%)	F7 (31%)	F8 (29%)	Keine F (8%)
Lehrperson Schule	F9 (40%)	F8 (39%)	F0 (36%)	F2 (8%)
Heilpädagogik/Frühförderung	Keine F (58%)	F7 (33%)	F9 (32%)	F2 (2%)
Vormund/Beistand	F3 (28%)	F8 (23%)	F6 (18%)	F0 (7%)
Kinderschutzbehörde[3]	F0 (21%)	F7 (18%)	F8 (16%)	Keine F (8%)
Case Manager	F6 (13%)	F4 (10%)	Keine F (8%)	F2 (5%)
Lehrperson Kindergarten	F8 (16%)	Keine F (8%)	F9 (8%)	F3 (0%)
Schulamt	F9 (12%)	F7 (10%)	F8 (8%)	F2/ Keine F (0%)
Schulsozialarbeit	F3 (6%)	F6 (1%)	-	
Gesamt	400 (100%)			

[1] Keine F: Keine F-Diagnose, [2] KJPD: Kinder-und Jugendpsychiatrischer Dienst
[3] bzw. Jugendamt oder Vormundschafsbehörde (bis Ende 2012)

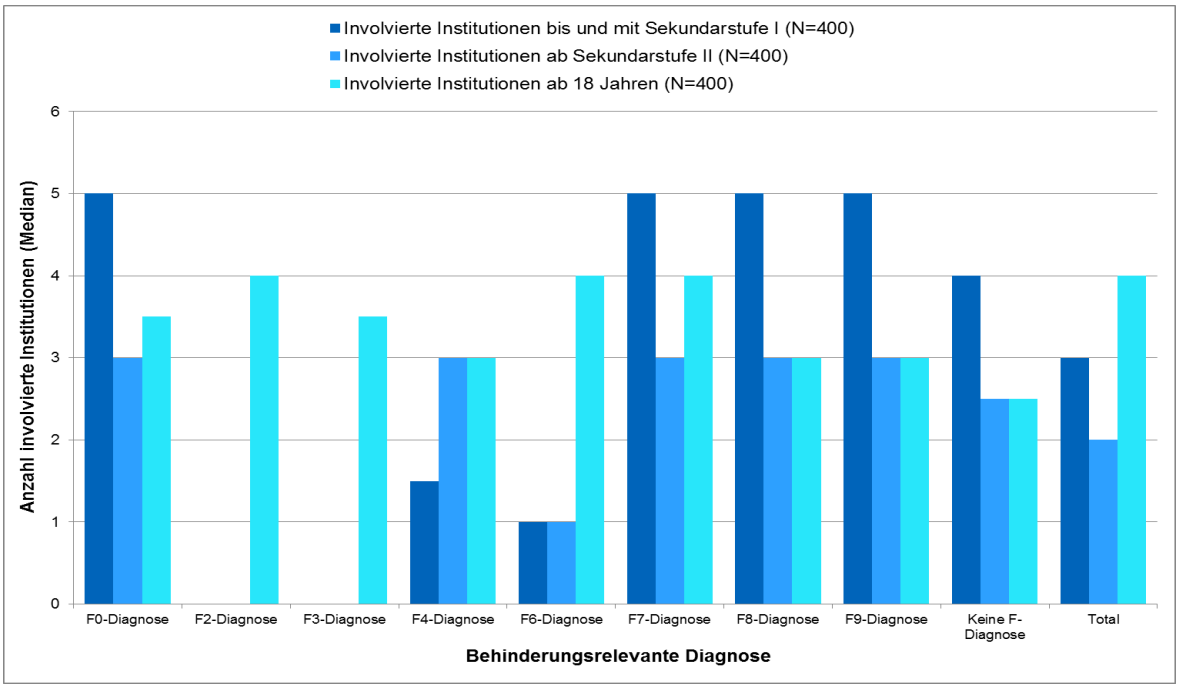
5.2.2 Involvierte Institutionen pro Altersphase nach behinderungsrelevanter Diagnose

In Abbildung 21 ist der Median der Anzahl involvierter Institutionen nach den erhobenen Altersstufen dargestellt. Wie bereits erwähnt, war die Zuordnung zu den Altersstufen schwierig durchzuführen, weshalb die Kodierenden teilweise unterschiedliche Zuordnungen vollzogen haben.

Bei den früh auftretenden Störungsbildern – hirnorganische Störungen (F0), Intelligenzminderung (F7), Entwicklungsstörungen (F8) und den Sozial-emotionalen Störungen im Kindes-/Jugendalter (F9) – sind in der Kindheit im Median fünf Institutionen involviert. Im Jugend- und Erwachsenenalter geht die Intensität der involvierten Institutionen bei diesen Störungsbildern zurück, ausser bei den hirnorganischen Störungen und den Intelligenzminderung, die im Erwachsenenalter noch einen Anstieg verzeichnen.

Schizophrenie (F2) und Affektive Störungen (F3) zeichnen sich dadurch aus, dass erst im Erwachsenenalter Institutionen involviert sind. Bei Neurotischen Störungen/Essstörungen sind im Kindesalter vereinzelt Institutionen involviert und im Jugend- und Erwachsenenalter verdoppelt sich die Anzahl der Institutionen auf im Median 3. Die Persönlichkeitsstörungen haben im Kindes-und Jugendalter im Median eine involvierte Institution, im Erwachsenenalter steigt dies an auf im Median vier Institutionen, womit die gleiche Intensität besteht wie bei Schizophrenie. Die Rentner ohne F-Diagnose haben wie die früh auftretenden Störungen die meisten involvierten Institutionen im Kindesalter zu verzeichnen und weniger im Jugend- und Erwachsenenalter. Vergleichsweise sind aber weniger Institutionen involviert.

Abbildung 21: Bei Schizophrenie und affektiven Störungen sind Institutionen erst im Erwachsenenalter involviert



5.2.3 Anzahl involvierte Institutionen nach Alter beim ersten Arztbericht

Es wurde ein Summenscore gebildet mit allen möglichen involvierten Institutionen. Eine Institution, die bei derselben Person während mehreren Altersgruppen tätig war, wurde nur einmal gezählt. Neun

Institutionen sind dabei spezifisch nur für das Kinderalter und eine für das Erwachsenenalter (Psychiatrische Dienste).

Tabelle 42 verdeutlicht, dass bei frühem Erkrankungsbeginn wesentlich mehr Institutionen involviert sind als bei einem Beginn der psychiatrischen Erkrankung im Erwachsenenalter. Konkret sind bei einem Erkrankungsbeginn bis 12 Jahre bei 80-90% der Rentner mehr als sieben Institutionen involviert und bei ca. der Hälfte davon sogar über zehn Institutionen. Bei einem Erkrankungsbeginn mit 13-17 Jahren sind bei je über einem Drittel vier bis sechs Institutionen und sieben bis neun Institutionen involviert und ein Viertel wird von zehn und mehr Institutionen betreut. Mit einem Erkrankungsbeginn im Erwachsenenalter sind bei 75% bis zu sechs Institutionen involviert und nur bei einem Fünftel sieben bis neun Institutionen. Über zehn Institutionen sind lediglich bei 5% involviert. Rentner ohne F-Diagnose haben hauptsächlich vier bis sechs und sieben bis neun involvierte Institutionen.

Die höhere Anzahl an Institutionen bei frühem Erkrankungsbeginn hängt natürlich damit zusammen, dass bei den frühen Erkrankungen mehr Zeit verstrichen ist bis zur Dossieranalyse. Es könnte aber auch bedeuten, dass die frühen Erkrankungen komplexer sind und einen hohen Koordinationsaufwand erfordern. Wegen der oftmals ungenauen Datierung der Institutionen und der nur indirekten Erwähnung einer Involvierung für die betreffende Institution konnte kein „Betreuungsdichteindikator“ (also eine Normierung der Involvierungen an der Betreuungszeit) vorgenommen werden. Jedoch erscheint die Deutung, dass die höheren Institutionszahlen einen Reflex auf die komplexere Versorgungssituation darstellen, durchaus plausibel.

Tabelle 42: Bei einem frühen Erkrankungsbeginn sind häufig 7-9 Institutionen involviert

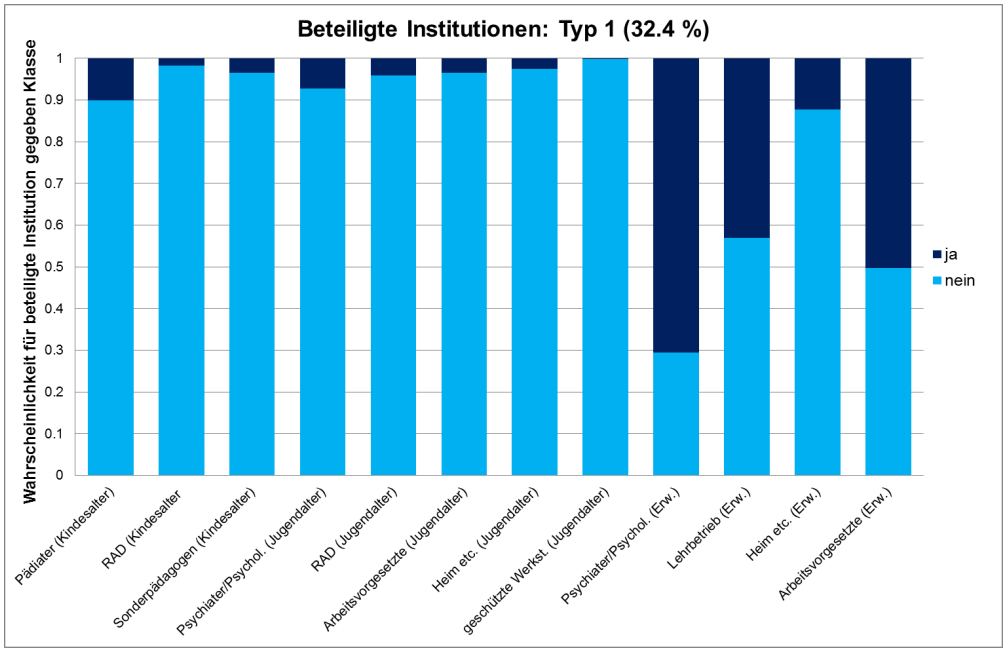
	Anzahl involvierte Institutionen				
Alter beim ersten Arztbericht	1-3	4-6	7-9	10+	Gesamt
0 Jahre	0%	8%	50%	42%	12 (100%)
1-5 Jahre	0%	12%	42%	46%	59 (100%)
6-12 Jahre	2%	15%	43%	40%	88 (100%)
13-17 Jahre	5%	36%	34%	25%	61 (100%)
18+ Jahre	25%	50%	20%	5%	167 (100%)
Fehlende oder keine F-Diagnose	15%	39%	46%	0%	13 (100%)
Gesamt	48 (12%)	132 (33%)	129 (32%)	91 (23%)	400 (100%)

5.2.4 Typologie der involvierten Institutionen und Personen

Wiederum wurde mit den im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter involvierten Institutionen und Fachpersonen (zusammengefasst) eine Typologie gerechnet (Latente Klassenanalyse), wobei alle 500 Versicherten einbezogen wurden. Es zeigten sich 5 unterschiedliche Typen zeigten (Abbildungen 23 bis 26).

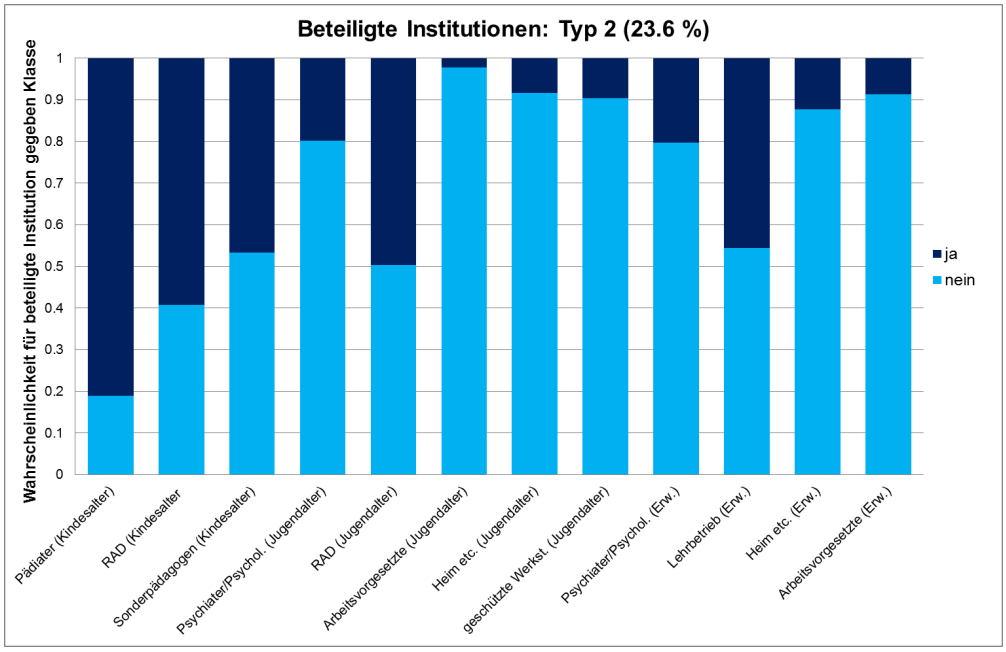
Der Typ 1 „Erwachsenenalter: Psychiatrie, Arbeitgeber“ – mit 34% der Versicherten die grösste Gruppe – zeichnet sich dadurch aus, dass im Kindes- und Jugendalter fast keine Einrichtungen/Fachpersonen involviert sind. Bei 70% der Versicherten dieser Gruppe sind Erwachsenenpsychiater involviert sowie in je rund der Hälfte der Fälle Lehrbetriebe und Arbeitsvorgesetzte. Es handelt sich hier demnach um Versicherte, die ausschliesslich im Erwachsenenalter unterstützt werden, oft mit Involvierung der Zuständigen in Berufsausbildung und Unternehmen.

Abbildung 22: Institutionstyp 1 „Erwachsenenalter: Psychiatrie, Arbeitgeber“



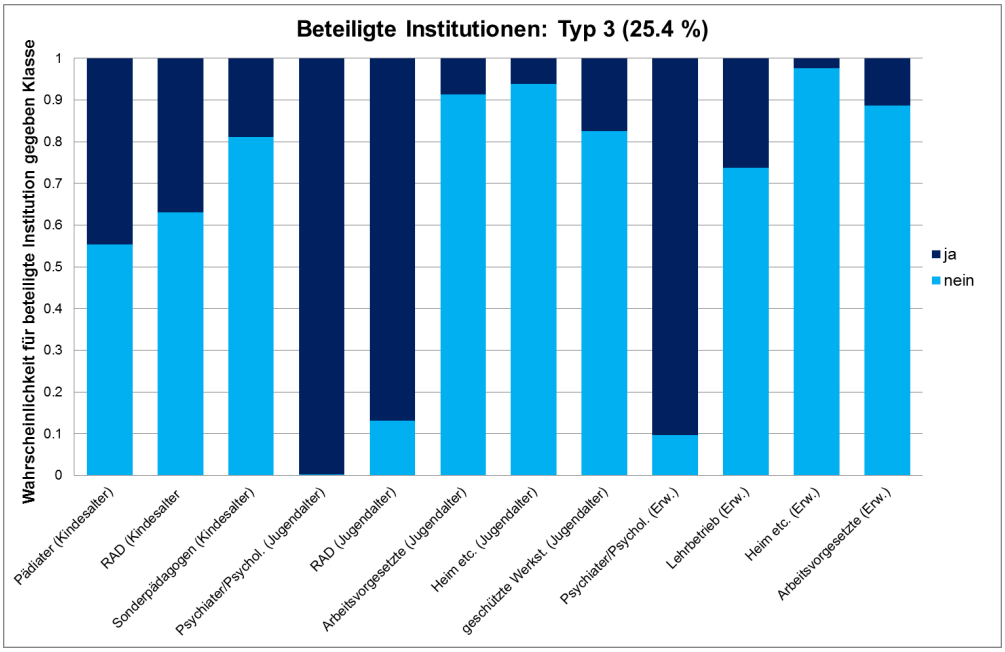
Der Typ 2 „Kindes- bis Jugendalter: Pädiatrie, Sonderpädagogik, Lehrbetrieb“ – 24% der Versicherten – zeigt ein fundamental abweichendes Muster: Bei dieser Gruppe sind besonders häufig Pädiater involviert, auch sonderpädagogische Dienste und Lehrbetriebe sind mit einem Anteil von rund 50% recht häufig. Psychiater sind hingegen eher selten involviert und Arbeitsvorgesetzte fast nie. Bei diesem Typ handelt es sich demnach um Versicherte mit frühen Störungen, die sonderpädagogisch betreut, aber kaum psychiatrisch behandelt werden.

Abbildung 23: Institutionstyp 2 „Kindes- bis Jugendalter: Pädiatrie, Sonderpädagogik, Lehrbetrieb“



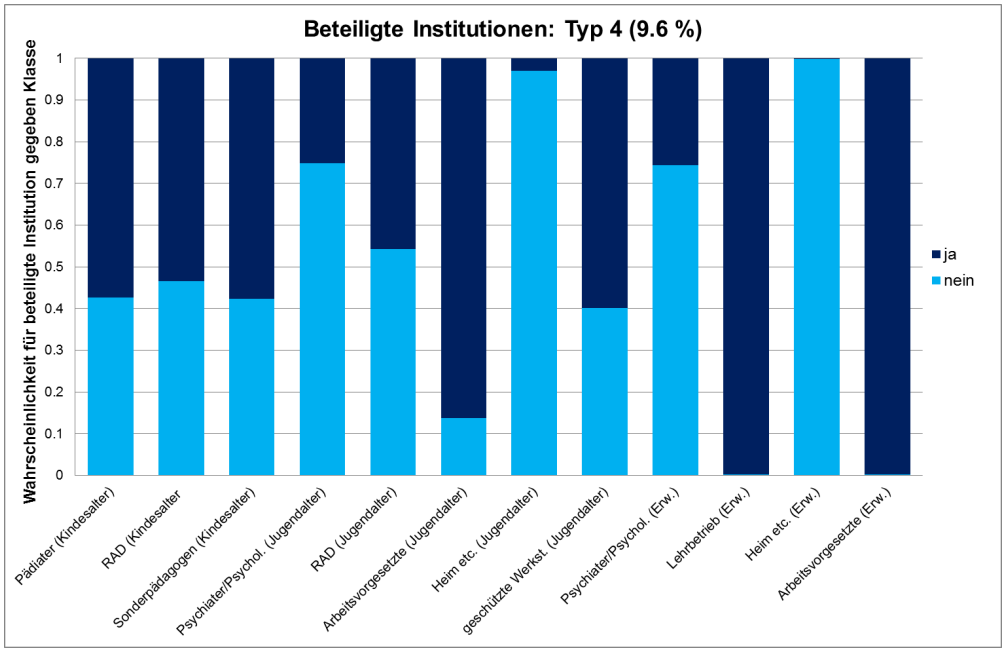
Der Typ 3 „Jugend- bis Erwachsenenalter: Psychiatrie“ – 25% der Versicherten – wird konträr zum vorherigen Typ fast ausschliesslich psychiatrisch behandelt, zu sonderpädagogischen Massnahmen kommt es kaum. Alle Versicherten dieser Gruppe werden schon in der Jugend psychiatrisch behandelt und fast alle (90%) auch noch im Erwachsenenalter. Allerdings sind auch hier Pädiater in fast der Hälfte der Fälle involviert.

Abbildung 24: Institutionstyp 3 „Jugend- bis Erwachsenenalter: Psychiatrie“



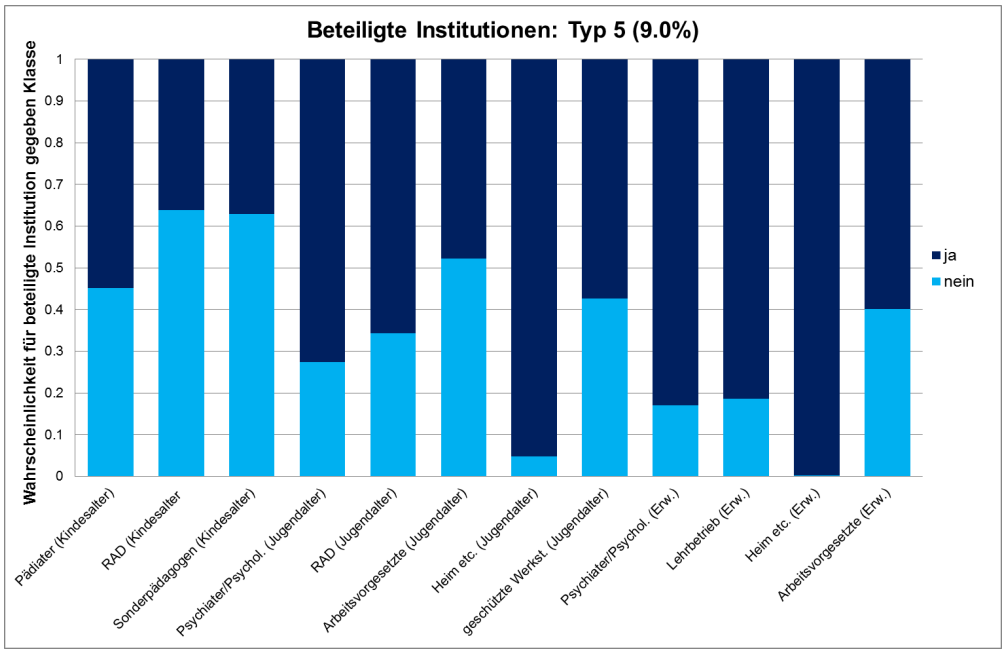
Der Typ 4 Institutionstyp 4 „Kindes- bis Erwachsenenalter: Multipel ohne Heim“ – 10% der Versicherten – fällt durch eine intensive und zeitlich überdauernde Inanspruchnahme aller Dienste auf, mit Ausnahme der stationären Heimen. Psychiatrische Behandlung im Jugend- wie auch im Erwachsenenalter ist eher selten (bei rund 30% der Versicherten). Auffallend ist, dass Lehrbetriebe und Arbeitgeber ab dem Jugendalter nahezu immer involviert sind. Mehrheitlich handelt es sich hier demnach um Versicherte mit frühen Störungen, die vor allem sonderpädagogisch betreut werden und im geschützten Bereich eine Berufsausbildung absolvieren und dann (geschützt) arbeitstätig sind.

Abbildung 25: Institutionstyp 4 „Kindes- bis Erwachsenenalter: Multipel ohne Heim“



Der Typ 5 „Kindes- bis Erwachsenenalter: Multipel mit Heim“ schliesslich –9% der Versicherten – zeigt die intensivste Nutzung von Hilfseinrichtungen und Personen. Der Unterschied zum vorherigen Typ liegt darin, dass fast alle Personen dieser Gruppe sowohl im Jugend- wie auch im Erwachsenenalter stationäre Heimaufenthalte hatten. Zudem werden die meisten von ihnen schon in der Jugendzeit – und noch häufiger als Erwachsene – psychiatrisch behandelt.

Abbildung 26: Institutionstyp 5 „Kindes- bis Erwachsenenalter: Multipel mit Heim“



Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich sehr unterschiedliche Inanspruchnahme-Typen zeigen. Die Typen 4 und 5 umfassen zusammen fast ein Fünftel der Versicherten, die häufig über die

gesamte bisherige Lebensspanne von mehreren Akteuren unterstützt wurden – einmal ambulant, einmal auch stationär in Heimen. Dann gibt es zwei Gruppen, die fast ausschliesslich psychiatrisch betreut werden – einmal schon früh und fern vom Arbeitsmarkt (Typ 3) und einmal erst spät und unter Involvierung der Arbeitgeber (Typ 1). Der Typ 2 schliesslich wird früh pädiatrisch behandelt und später im Lehrbetrieb betreut. Man hat es demnach bei den untersuchten Versicherten mit sehr unterschiedlichen ‚Versorgungslandschaften' zu tun.

5.3 Weitere Interventionen

5.3.1 Weitere Interventionen nach behinderungsrelevanter Diagnose

Abgesehen von den hirnorganischen Störungen und denjenigen, die keine F-Diagnose haben, beträgt der Anteil an Heimaufenthalten für die verschiedenen behinderungsrelevanten Diagnosen zwischen 28% für Rentner mit affektiven Störungen und 41% für Rentner mit Intelligenzminderung (Tabelle 43). Straferziehungsmassnahmen sind mit 9% bei Rentnern mit Schizophrenie am häufigsten. Auch Bussen, Festnahmen und Anzeigen sind bei der zuvor genannten Gruppe mit 19% am häufigsten vertreten, gefolgt von Rentnern mit Persönlichkeitsstörungen (15%) und Rentnern mit affektiven Störungen (11%). Fremdplatzierungen wurden bei Rentnern mit affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Entwicklungsstörungen zu 14-17% dokumentiert. Bezüglich Adoption gibt es einige wenige Fälle bei Rentnern mit Schizophrenie, Intelligenzminderung, Persönlichkeitsstörungen und Entwicklungsstörungen.

Tabelle 43: Heimaufenthalte kommen in fast allen Diagnosegruppen vor

	Weitere Interventionen					
F-Diagnose	Heimaufenthalt	Straferziehung	Bussen, Festnahmen, Anzeigen	Fremdplatzierung	Adoption	Gesamt
F0 (hirnorganische Störungen)	0%	0%	7%	0%	7%	14 (100%)
F2 (Schizophrenie)	30%	9%	19%	6%	7%	86 (100%)
F3 (Affektive Störungen)	28%	0%	11%	17%	0%	18 (100%)
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	35%	5%	5%	10%	0%	20 (100%)
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	36%	3%	15%	15%	6%	86 (100%)
F7 (Intelligenzminderung)	41%	1%	4%	10%	7%	90 (100%)
F8 (Entwicklungsstörungen)	37%	2%	2%	14%	8%	49 (100%)
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	28%	4%	8%	8%	0%	25 (100%)
Keine F-Diagnose	0%	0%	0%	8%	0%	12 (100%)
Gesamt	131 (33%)	15 (4%)	40 (10%)	42 (11%)	22 (6%)	400 (100%)

5.4 Behandlungsmassnahmen

Im Folgenden Abschnitt werden die Behandlungsmassnahmen weitergehend analysiert. In der Dossieranalyse wurde die Anzahl von stationären Behandlungen erfasst, wobei stationäre Behandlungen als Klinikaufenthalte, teilstationäre Behandlungen oder Kriseninterventionen definiert wurden. Auch die Anzahl von ambulanten Behandlungen wurde kodiert, d.h. Behandlungen durch ambulante Institutionen[20], Kinder-und Jugendpsychiatrische Dienste, Psychiater oder Psychologen. Es wurden dabei sämtliche Hinweise auf ambulante oder stationäre Behandlungen in den Dossiers gezählt, unabhängig von der Dauer der Behandlung. Sowohl bei den stationären als auch bei den ambulanten Behandlungen wurde jedoch für die jeweils erste und letzte Behandlung erfasst, um welche Art von Behandlung es sich handelt, in welchem Jahr die Behandlung begann und in welchen Jahr sie endete.

5.4.1 Art der stationären und ambulanten Behandlungen

Wie in Tabelle 44 zu sehen ist, handelt es sich sowohl bei der ersten als auch bei der letzten stationären Behandlung vor allem um Klinikaufenthalte (82% vs. 87%). 10% bzw. 8% haben sich teilstationär behandeln lassen, d.h. in einer Tages-oder Nachtklinik. 6% bzw. 4% waren in einem Kriseninterventionszentrum.

Bei den ambulanten Behandlungen überwiegen bei der ersten und bei der letzten ambulanten Behandlung die Behandlung durch eine/n Psychiater/in in der Praxis (40% vs. 49%) sowie mit etwas über einem Drittel die Behandlung durch eine ambulante Institution mit 35% bzw. 34%. Während bei der ersten ambulanten Behandlung noch 13% durch eine/n nicht-ärztliche/n Psychotherapeuten/-in behandelt wurden, betrug dieser Anteil bei der letzten ambulanten Behandlung noch halb so viel. Eine Minderheit liess sich bei der ersten und bei der letzten ambulanten Behandlung im Rahmen einer delegierte Psychotherapie oder einer anderen ambulante Behandlungsformen behandeln.

97% der Rentner, die mehrfach ambulant behandelt wurden, haben eine Psychotherapie erhalten.

Tabelle 44: Klinikaufenthalte und Praxis-Psychiater sind häufige Behandlungsformen

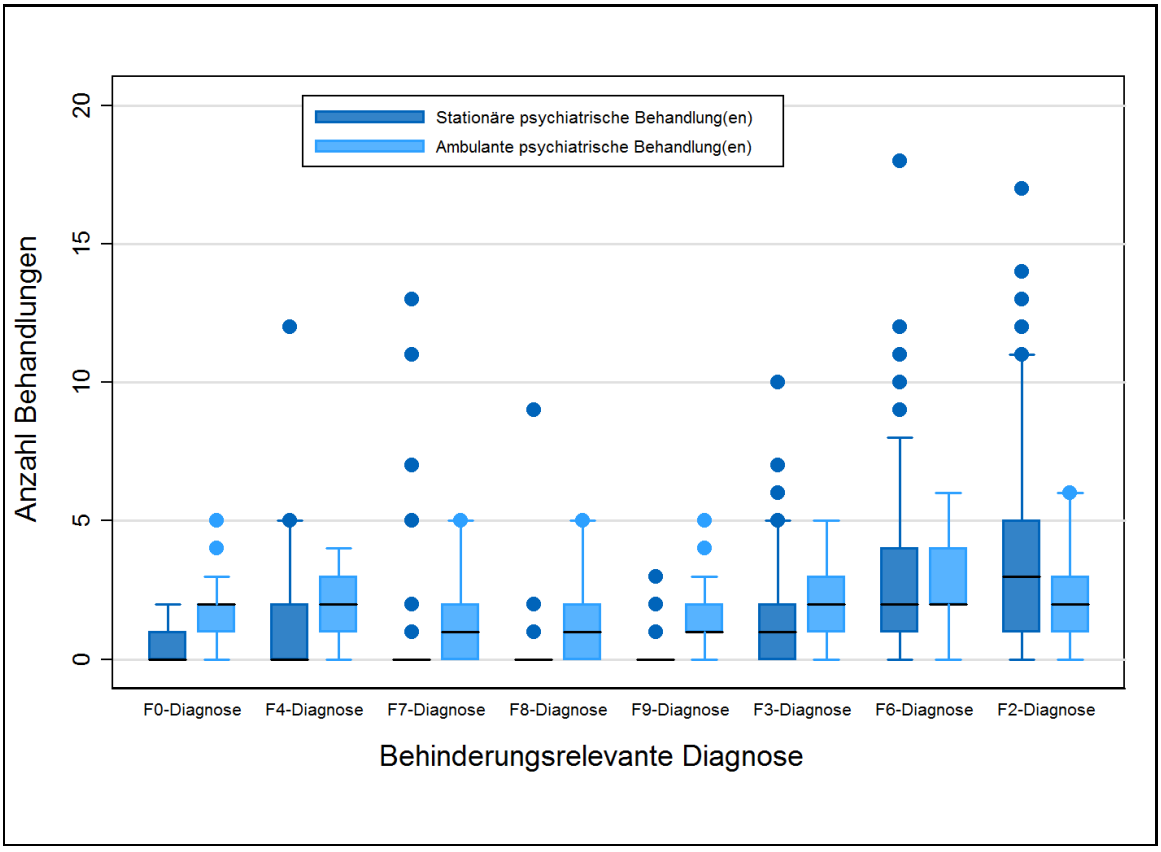
Art der Behandlung	Behandlungszeitpunkt	
	Erste	Letzte
Stationäre Behandlung		
Klinikaufenthalt	82%	87%
Teilstationär (Tages-/Nachtklinik)	10%	8%
Kriseninterventionszentrum	6%	4%
Nicht beurteilbar	3%	1%
Gesamt	100% (N=199)	100% (N=133)
Ambulante Behandlung		
Ambulante Institution (Ambulatorium, KJPD)	35%	34%
Psychiater/in in der Praxis	40%	49%
Psychologe/in (nicht-ärztlich) in der Praxis	13%	6%
Delegierte Psychotherapie	4%	6%
Andere ambulante Behandlung	3%	2%
Nicht beurteilbar	5%	3%
Gesamt	100% (N=330)	100% (N=224)

[20] z.B. ein Ambulatorium oder ambulante Angebote eines Kinder-und Jugendpsychiatrischen Dienstes

5.4.2 Anzahl stationäre und ambulante Behandlungen nach behinderungsrelevanter Diagnose

Die stationären Behandlungen kommen vor allem bei Schizophrenie (Median=3), Persönlichkeitsstörungen (Median=2) und affektiven Störungen (Median=1) häufig vor (Abbildung 27). Auch bei den ambulanten Behandlungen sind diese Diagnosen mit im Median zwei ambulanten Behandlungen am häufigsten vertreten. Zusätzlich haben auch F0 und F4-Diagnosen im Median zwei ambulante Behandlungen zu verzeichnen. F7, F8 und F9-Diagnosen haben im Median eine ambulante Behandlung absolviert. Rentner ohne ein F-Diagnose waren weder in einer stationären noch in einer ambulante psychiatrischen Behandlung.

Abbildung 27: Stationäre und ambulante Behandlungen vor allem bei Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen und affektiven Störungen



5.4.3 Ambulante und stationäre Behandlung

Sowohl in stationärer als auch in ambulanter Behandlung sind oder waren überwiegend Rentner mit Schizophrenie (92%), Persönlichkeitsstörungen (74%) und affektiven Störungen (56%) (Tabelle 45).

Tabelle 45: Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen und affektive Störungen am häufigsten sowohl ambulant als auch stationär behandelt

F-Diagnose	Ambulant und stationär (Prozent Ja)
F0 (hirnorganische Störungen)	43%
F2 (Schizophrenie)	92%
F3 (Affektive Störungen)	56%
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	40%
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	74%
F7 (Intelligenzminderung)	20%
F8 (Entwicklungsstörungen)	10%
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	20%
Keine F-Diagnose	0%
Gesamt	400 (100%)

5.4.4 Medikamentöse Behandlung nach behinderungsrelevanter Diagnose

In Tabelle 46 ist zu sehen, dass beinahe alle Rentner mit Schizophrenie (98%), affektiven Störungen (94%) und Persönlichkeitsstörungen (88%) entweder zeitweise oder dauernd Medikamente erhielten. Auch über die Hälfte der Rentner mit Neurotischen Störungen/Essstörungen (65%) und Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter (52%) ist eine Medikamenteneinnahme dokumentiert. Bei Intelligenzminderung und Entwicklungsstörungen sind es gegen zwei Fünftel, für die Medikamente dokumentiert sind, bei Rentnern ohne F-Diagnose nur 8%:

Tabelle 46: Fast alle mit Schizophrenie, affektiven Störungen Persönlichkeitsstörungen nehmen Medikamente ein

	Mindestens eine medikamentöse Behandlung		
F-Diagnose	Ja	Nein	Gesamt
F0 (hirnorganische Störungen)	86%	14%	14 (100%)
F2 (Schizophrenie)	98%	2%	86 (100%)
F3 (Affektive Störungen)	94%	6%	18 (100%)
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	65%	35%	20 (100%)
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	88%	12%	86 (100%)
F7 (Intelligenzminderung)	42%	58%	90 (100%)
F8 (Entwicklungsstörungen)	37%	63%	49 (100%)
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	52%	48%	25 (100%)
Keine F-Diagnose	8%	92%	12 (100%)
Gesamt	272 (68%)	128 (32%)	400 (100%)

5.4.5 Stationäre, ambulante oder medikamentöse Behandlung nach behinderungsrelevanter Diagnose

15% der Rentner haben keine der erfassten psychiatrischen Behandlungsarten erhalten, wurden also weder stationär, noch ambulant, noch medikamentös behandelt (Tabelle 47). Hierbei handelt es sich vor allem um Fälle ohne F-Diagnose (92% unbehandelt), Entwicklungsstörungen (37% unbehandelt) und Intelligenzminderung (28% unbehandelt). Bei den anderen Diagnosen sind es höchstens Einzelfälle, die nicht behandelt sind.

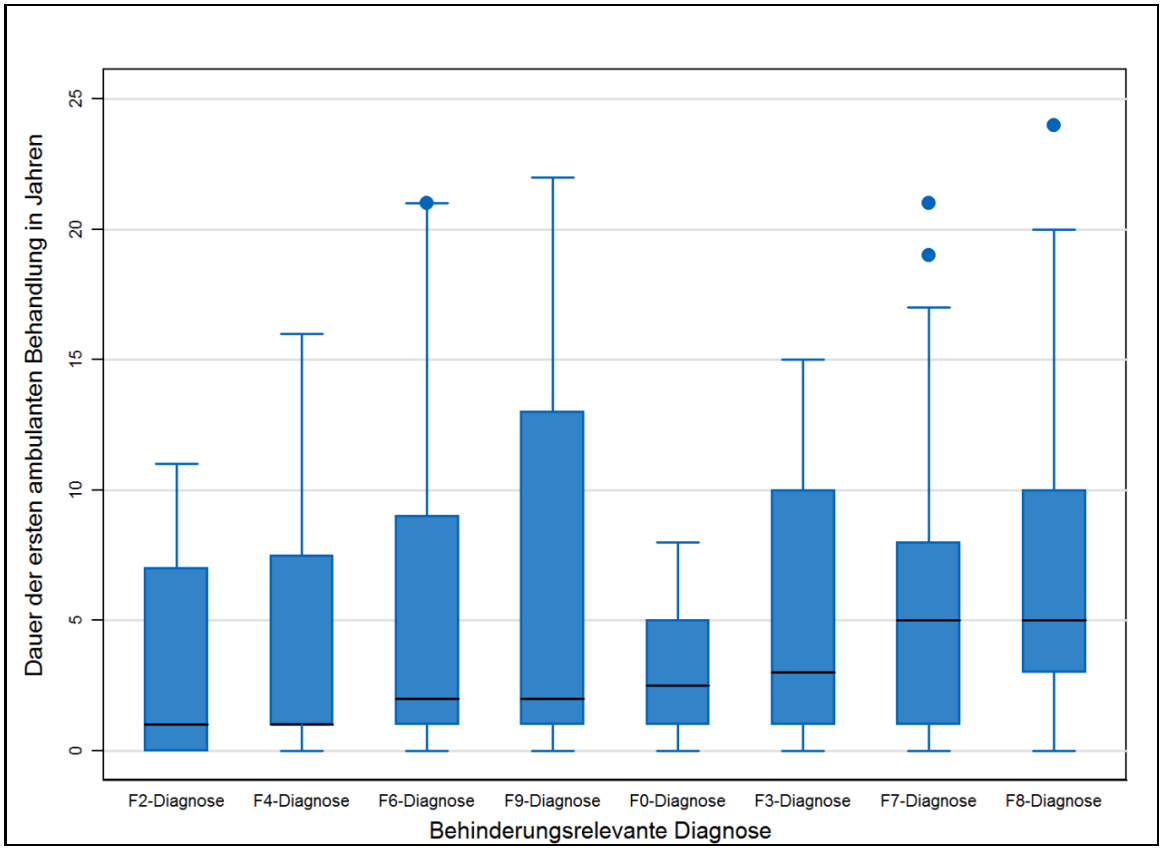
Tabelle 47: Gegen ein Drittel der Entwicklungsstörungen und Intelligenzminderungen sind psychiatrisch unbehandelt

	Stationäre, ambulante oder medikamentöse Behandlung		
F-Diagnose	Ja	Nein	Gesamt
F0 (hirnorganische Störungen)	93%	7%	14 (100%)
F2 (Schizophrenie)	99%	1%	86 (100%)
F3 (Affektive Störungen)	100%	0%	18 (100%)
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	95%	5%	20 (100%)
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	100%	0%	86 (100%)
F7 (Intelligenzminderung)	72%	28%	90 (100%)
F8 (Entwicklungsstörungen)	63%	37%	49 (100%)
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	88%	12%	25 (100%)
Keine F-Diagnose	8%	92%	12 (100%)
Gesamt	340 (85%)	60 (15%)	400 (100%)

5.4.6 Dauer der ersten ambulanten psychiatrischen Behandlung nach behinderungsrelevanter Diagnose

Für die erste ambulante psychiatrische Behandlung wurde von den Kodierenden das Start- und Endjahr erfasst. Abbildung 28 zeigt, wie lange die erste ambulante psychiatrische Behandlung im Median gedauert hat. Bei Intelligenzminderung (F7) und Entwicklungsstörungen (F8) beträgt der Median 5 Jahre, bei affektiven Störungen (F3) 3 Jahre und bei hirnorganischen Störungen (F0) 2.5 Jahre. Rentner mit Persönlichkeitsstörungen (F6) und sozial-emotionalen Störungen im Kindes-/Jugendalter (F9) waren im Median zwei Jahre in der ersten ambulanten Behandlung, Rentner mit Schizophrenie (F2) und Neurotischen Störungen/Essstörungen haben die kürzeste Dauer mit im Median einem Jahr. Es ist zu beachten, dass die Dauer etwas verzerrt sein könnte, da wir nur die Jahre des Therapiebeginnes und -endes zur Verfügung hatten. Dennoch wirkt die Dauer der ersten ambulanten psychiatrischen Behandlung bei Persönlichkeitsstörungen (F6) und vor allem bei Schizophrenie (F2) und neurotischen Störungen (F2) eher kurz. Während Jungrentner mit schizophrenen Störungen sehr häufig auch stationär behandelt wurden (siehe Abbildung 14), ist dies bei Personen mit neurotischen Störungen nicht der Fall. Da eine Invalidisierung von sehr jungen Personen wegen neurotischen Störungen an sich schon bemerkenswert ist, ist es deren kurze (erste) Behandlungsdauer erst recht.

Abbildung 28: Schizophrenie und Neurotische Störungen/Essstörungen mit kurzer erster ambulanter Behandlung (N=247)



5.4.7 Dauer der ersten stationären psychiatrischen Behandlung nach behinderungsrelevanter Diagnose

Die meisten stationären Aufenthalte dauern weniger als ein Jahr. Bei einer Minderheit ist eine Dauer von über einem Jahr zu verzeichnen: Insbesondere gibt es einige Fälle bei Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen sowie vereinzelt bei Intelligenzminderung. Bei den anderen Diagnosen sind die Fallzahlen sehr klein.

Tabelle 48: Häufige stationäre Aufenhalte vor allem bei Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen (N=189)

	Dauer der ersten stationären Behandlung		
F-Diagnose	Weniger als ein Jahr	Mehr als ein Jahr	Gesamt
F0 (hirnorganische Störungen)	100%	0%	5 (100%)
F2 (Schizophrenie)	88%	12%	78 (100%)
F3 (Affektive Störungen)	78%	22%	9 (100%)
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	83%	17%	6 (100%)
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	86%	14%	63 (100%)
F7 (Intelligenzminderung)	74%	26%	19 (100%)
F8 (Entwicklungsstörungen)	75%	26%	4 (100%)
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	40%	50%	5 (100%)
Gesamt	159 (84%)	30 (16%)	189 (100%)

5.5 Zusammenarbeit zwischen den Institutionen

Eine Einsprache im Namen der versicherten Person gegen Entscheide der IV wurde vor allem bei Rentnern ohne F-Diagnose (42%) und bei F0 und F9-Diagnosen (21% bzw. 20%) erhoben (Tabelle 49).

Für Intelligenzminderung und sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter liegt mit über 70% der höchste Anteil für eine dokumentierte Zusammenarbeit zwischen zwei Institutionen vor. Mit 55% bzw. 58% ist der entsprechende Anteil für Schizophrenie und Rentner ohne F-Diagnosen am tiefsten.

Eine problematische Zusammenarbeit zwischen der IV und Personen/Institutionen ist mit 56% am häufigsten für affektive Störungen dokumentiert (aber wenige Fälle), gefolgt von hirnorganischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen (beide 43%) und Schizophrenie (41%). Am wenigsten problematische Zusammenarbeit wurde dokumentiert bei: Rentnern ohne F-Diagnose (17%), Neurotischen Störungen/Essstörungen (25%) und Intelligenzminderung (29%).

Bei den Persönlichkeitsstörungen sind vor allem Fachärzte (27%), die versicherte Person (19%), Hausärzte (14%) sowie die Zusammenarbeit zwischen Fachärzten und der versicherten Person (11%) die Ursache für die problematische Zusammenarbeit. Auch die Eltern der versicherten Person werden ein paar Mal als Quelle für die problematische Zusammenarbeit genannt.

Bei Schizophrenie sind folgende Institutionen/Personen häufig für eine problematische Zusammenarbeit genannt: Fachärzte (54%), die versicherte Person (17%), Fachärzte und Hausärzte (9%) sowie Fachärzte und die versicherte Person (6%).

Verglichen mit den Gebrechenscodes ist für zwei Drittel der Rentner mit Gebrechenscode 644 (Übrige Psychosen) eine problematische Zusammenarbeit dokumentiert. Es folgen 641 (Schizophrenie) mit 45% und mit je 37% problematischer Zusammenarbeit der Gebrechenscode 646 (psychogene und milieureaktive Störungen) sowie die beiden Geburtsgebrechen 401 (Autismus und frühkindliche Psychosen) und 404 (POS).

Tabelle 49: Problematische Zusammenarbeit oft bei affektiven Störungen, Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen

	Zusammenarbeit zwischen den Institutionen (Prozent der Ja-Antworten)			
F-Diagnose	Einsprache[1]	Zusammenarbeit[2]	Problematische Zusammenarbeit[3]	Gesamt
F0 (hirnorganische Störungen)	21%	64%	43%	
F2 (Schizophrenie)	17%	55%	41%	
F3 (Affektive Störungen)	11%	67%	56%	
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	10%	65%	25%	
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	16%	62%	43%	
F7 (Intelligenzminderung)	11%	73%	29%	
F8 (Entwicklungsstörungen)	18%	61%	31%	
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	20%	76%	32%	
Keine F-Diagnose	42%	58%	17%	
Gesamt	65 (16%)	256 (64%)	144 (36)	400 (100%)

[1] Einsprache: Hat eine Institution, Person oder Behörde jemals im Namen der vP Beschwerde bzw. Einsprache erhoben gegen Entscheide der IV?

[2]Zusammenarbeit: Ist die Zusammenarbeit (Telefonkonferenz, Round Table) zwischen (mind. 2) verschiedenen betreuenden Institutionen dokumentiert?

[3] Problematische Zusammenarbeit: Ist eine problematische Zusammenarbeit (mind. zwei Mahnungsschreiben oder negative Bemerkungen in den Akten) zwischen der IV und Personen/Institutionen dokumentiert?

5.6 Zusammenfassung involvierte Institutionen, Interventionen und Behandlungen

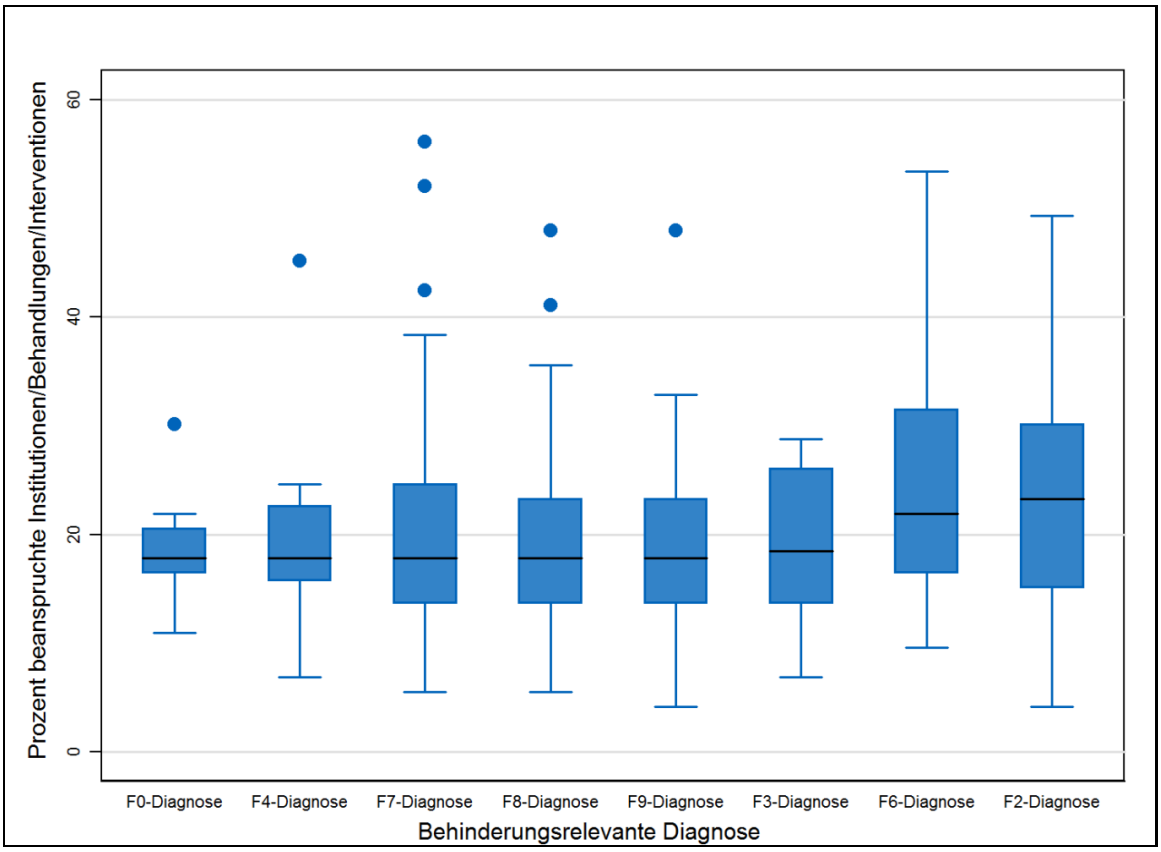
Beanspruchte Institutionen, Interventionen und Behandlungen nach behinderungsrelevanter F-Diagnose

Mit allen durch das Kodierraster erfassten involvierten Institutionen, Interventionen und Behandlungen wurde ein Index erstellt[21]. Dabei wurde darauf geachtet, dass die einzelnen Blöcke (involvierte Institutionen, Interventionen und Behandlungen) mit dem gleichen Gewicht in den Index einflossen. Diejenigen involvierten Institutionen, die in den drei Altersstufen mehrfach vorkamen, wurden nur einmal gezählt. Es wurde berechnet, zu wie viel Prozent eine behinderungsrelevante F-Diagnose die möglichen Institutionen, Interventionen und Behandlungen beansprucht hat.

Rentner mit einer F0, F3, F4, F7, F8 und F9-Diagnosen haben im Median zwischen 17% und 18% aller möglichen Institutionen, Interventionen und Behandlungen beansprucht (Abbildung 29). Einzig F2 (Schizophrenie) und F6 (Persönlichkeitsstörungen) Diagnosen heben sich mit im Median 23% bzw. 22% an beanspruchten Institutionen, Interventionen und Behandlungen hervor.

[21] Index: Anzahl involvierte Institutionen (max. 22) + 5* Anzahl weitere Interventionen (max. 25) + Anzahl stationäre Behandlungen (max. 18) + Anzahl ambulante Behandlungen (max. 6) + Medikamentöse Behandlung (0: keine Verschreibung, 1: eine Verschreibung, 2: zwei oder mehr Verschreibungen / 73 *100

Abbildung 29: Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen mit der grössten Beanspruchung



5.7 IV-Massnahmen

Als nächstes wird betrachtet, welche IV-Massnahmen die Rentner genutzt haben. Dazu wurden die vom BSV zur Verfügung gestellten IV-Registerdaten mit den Dossierdaten verknüpft und ausgewertet.

5.7.1 Übersicht über die Häufigkeit von IV-Massnahmen

Mit 74% haben die meisten Rentner mindestens eine berufliche Massnahme[22] erhalten (Tabelle 50). Bei knapp drei Fünfteln wurde auch mindestens eine Abklärungsmassnahme[23] durchgeführt. Je über ein Drittel hat zudem mindestens eine Massnahme der besonderen Schulung[24] bzw. eine medizinische Massnahme erhalten. Mit 12% und 7% sind Massnahmen der Frühintervention und Integrationsmassnahmen relativ selten zugesprochen worden. 7% der Rentner erhalten Zuschläge wie z.B. Assistenzbeiträge und 9% ein Hilfsmittel. 8% der Rentner haben bisher noch keine IV-Massnahme erhalten.

[22] Berufliche Massnahme: Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, berufsorientierte Weiterbildung, Umschulung, Andere Massnahmen (z.B. Kapitalhilfe), Arbeitsvermittlung

[23] Abklärungsmassnahme: Medizinische Gutachten, BEFAS Abklärungen (berufliche Abklärungen), übrige Abklärungsmassnahmen

[24] Massnahmen der besonderen Schulung: Bis 31.12.2007 wurden Sonderschulunterricht, Legastheniethерapien, Sprachheilbehandlungen, Heilpädagogische Früherziehung und weitere Massnahmen der besonderen Schulung von der IV bezahlt, danach durch die Kantone im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs

Tabelle 50: Berufliche Massnahmen und Abklärungsmassnahmen am häufigsten

IV-Massnahme	Prozent
Mind. eine Abklärungsmassnahme erhalten	57%
Mind. eine medizinische Massnahme erhalten	36%
Mind. eine berufliche Massnahme erhalten	74%
Mind. eine Massnahme der besonderen Schulung erhalten	38%
Mind. eine Massnahme der Frühintervention erhalten	12%
Mind. eine Integrationsmassnahme erhalten	7%
Mind. eine der folgenden Massnahmen erhalten: Assistenzbeiträge, Hilfslosenentschädigung, Intensivpflege	7%
Mind. ein Hilfsmittel erhalten	9%
Keine IV-Massnahme erhalten	8%
Gesamt	400 (100%)
Gewichtet	

IV-Massnahmen nach behinderungsrelevanter Diagnose

In Tabelle 51 und Tabelle 52 sind die verschiedenen IV-Massnahmen nach behinderungsrelevanter Diagnose dargestellt. Die Rentner, die bisher keine IV-Massnahme erhalten haben, wurden von der Analyse ausgeschlossen.

Mit 94% haben Rentner mit einer behinderungsrelevanten Diagnose F4 am häufigsten mindestens eine Abklärungsmassnahme erhalten. Auch bei F0-Diagnosen sind Abklärungsmassnahmen mit 79% häufig. Berufliche Massnahmen haben besonders häufig Rentner mit einer F9, F0 und F7-Diagnose erhalten sowie jene ohne F-Diagnose, der Anteil beträgt 92-100%. Vergleichsweise wenig berufliche Massnahmen haben mit zwei Dritteln F2 und F3-Diagnosen erhalten. Diese beiden Diagnosegruppen plus F6-Diagnosen haben hingegen am häufigsten Frühinterventionsmassnahmen erhalten (F3: 33%, F6: 15%, F2: 16%). Die "klassischen" psychiatrischen Erkrankungen (F6, F3, F4, F2) sind auch am häufigsten in Integrationsmassnahmen involviert, obwohl diese insgesamt selten sind. Medizinische Massahmen kommen vor allem bei den frühen psychiatrischen Erkrankungen zur Anwendung: Entwicklungsstörungen (61%), Intelligenzminderung und Sozial-emotionale Störungen (je 52%) und hirnorganische Störungen (50%). Am häufigsten sind medizinische Massnahmen bei Rentnern ohne F-Diagnose (83%). Die frühen Erkrankungen und Rentner ohne F-Diagnose haben auch die höchsten Anteile an Massnahmen der besonderen Schulung und Assistenzbeiträgen. Hilfsmittel sind vor allem bei Rentnern mit Intelligenzminderung vertreten (11%).

Schliesslich fällt auch der relativ geringe Anteil von Frühinterventionsmassnahmen auf (10%). Dies ist insfoern zu relativieren, als Frühintervention bei einigen Störungen kaum in Frage kommt, z.B. bei Geburtsgebrechen oder sehr früh beginnenden Störungen. Aber es wäre denkbar, Frühintervention häufiger bei drohenden Schulabbrüchen durchzuführen. Während bei affektiven Störungen relativ häufig (in einem Drittel der Fälle) Frühinterventionsmassnahmen durchgeführt wurden, ist dies bei Persönlichkeitsstörungen und vor allem bei neurotischen Störungen selten bis sehr selten der Fall. Umgekehrt wurden bei Persönlichkeitsstörungen besonders häufig Integrationsmassnahmen durchgeführt. Hier stellt sich die Frage, ob diese Massnahme effektiv bei dieser Störungsgruppe, wo es im Gegensatz zu schizophrenen und affektiven Störungen oft nicht um einen stetigen Aufbau der Belastbarkeit geht, speziell angezeigt ist.

Tabelle 51: Wenig berufliche Massnahmen für Schizophrenie und affektive Störungen

	IV-Massnahme (Prozent mind. eine Massnahme vorhanden)				
F-Diagnose	Abklärung	Berufliche	Frühinter-vention	Integra-tion	Gesamt
F0 (hirnorganische Störungen)	79%	93%	7%	7%	
F2 (Schizophrenie)	61%	60%	16%	11%	
F3 (Affektive Störungen)	67%	60%	33%	13%	
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	94%	72%	6%	11%	
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	63%	74%	18%	16%	
F7 (Intelligenzminderung)	50%	92%	2%	2%	
F8 (Entwicklungsstörungen)	41%	82%	2%	0%	
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	52%	100%	4%	4%	
Keine F-Diagnose	67%	92%	0%	0%	
Gesamt	210 (58%)	287 (80%)	35 (10%)	27 (7%)	361 (100%)

Tabelle 52: Medizinische Massnahmen, besondere Schulung und Beiträge häufig bei frühen psychiatrischen Erkrankungen

	IV-Massnahme (Prozent mind. eine Massnahme vorhanden)				
F-Diagnose	medizinisch	Besondere Schulung	Beiträge[1]	Hilfsmit-tel	Gesamt
F0 (hirnorganische Störungen)	50%	43%	7%	7%	
F2 (Schizophrenie)	10%	5%	0%	2%	
F3 (Affektive Störungen)	13%	27%	0%	7%	
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	22%	22%	0%	11%	
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	21%	16%	3%	4%	
F7 (Intelligenzminderung)	52%	68%	13%	14%	
F8 (Entwicklungsstörungen)	61%	88%	16%	6%	
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	52%	64%	8%	8%	
Keine F-Diagnose	83%	67%	58%	50%	
Gesamt	135 (37%)	157 (43%)	32 (9%)	32 (9%)	361 (100%)

[1] Beiträge: Assistenzbeiträge, Hilfslosenentschädigung, Intensivpflege

5.7.2 Anzahl berufliche und medizinische Massnahmen nach behinderungsrelevanter Diagnose

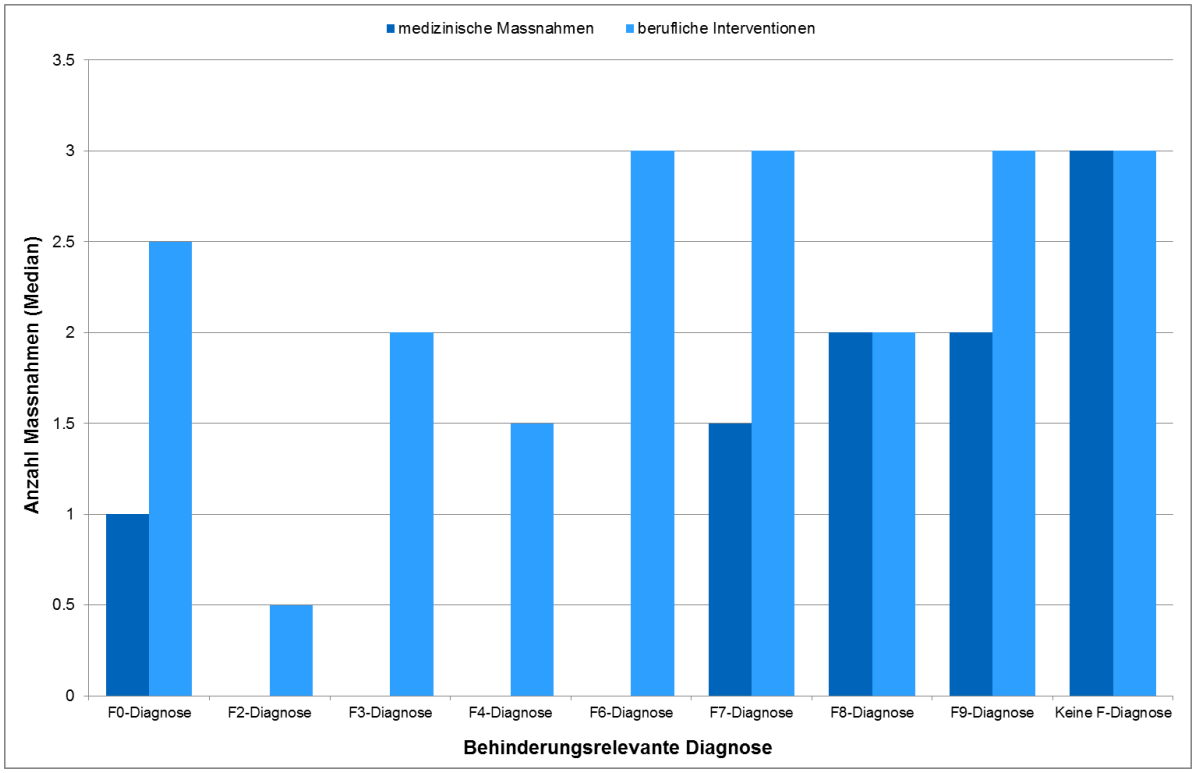
Für die folgende Auswertung haben wir berufliche Massnahmen, Integrationsmassnahmen und Massnahmen der Frühintervention als berufliche Interventionen definiert[25]. Bei den "klassischen" psychi-

[25] Integrationsmassnahmen (u.a. Belastbarkeitstraining oder Support im bisherigen Betrieb) und Massnahmen der Frühintervention (Anpassungen des Arbeitsplatzes, Berufsberatung u.a) dienen der beruflichen Rehabiliation und wurden hier deshalb als berufliche Interventionen definiert

atrischen Erkrankungen - Schizophrenie, affektive Störungen, neurotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen beträgt der Median bei den medizinischen Massnahmen null (Abbildung 30). Im Median drei berufliche Interventionen wurden für Persönlichkeitsstörungen gesprochen, zwei für affektive Störungen, 1.5 für neurotische Störungen und nur 0.5 für Schizophrenie.

Für die früh auftretenden Erkrankungen wurden bei Entwicklungsstörungen im Median je zwei medizinische Massnahmen bzw. berufliche Interventionen verfügt. Intelligenzminderung und sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter zeichnen sich durch im Median drei berufliche Interventionen aus und haben zusätzlich noch 1.5 bzw. 2 medizinische Massnahmen. Hirnorganische Störungen haben im Median eine medizinische Massnahme und 2.5 berufliche Interventionen. Mit im Median je drei medizinischen Massnahmen und beruflichen Interventionen wurden bei Rentnern ohne F-Diagnosen am meisten Massnahmen verfügt.

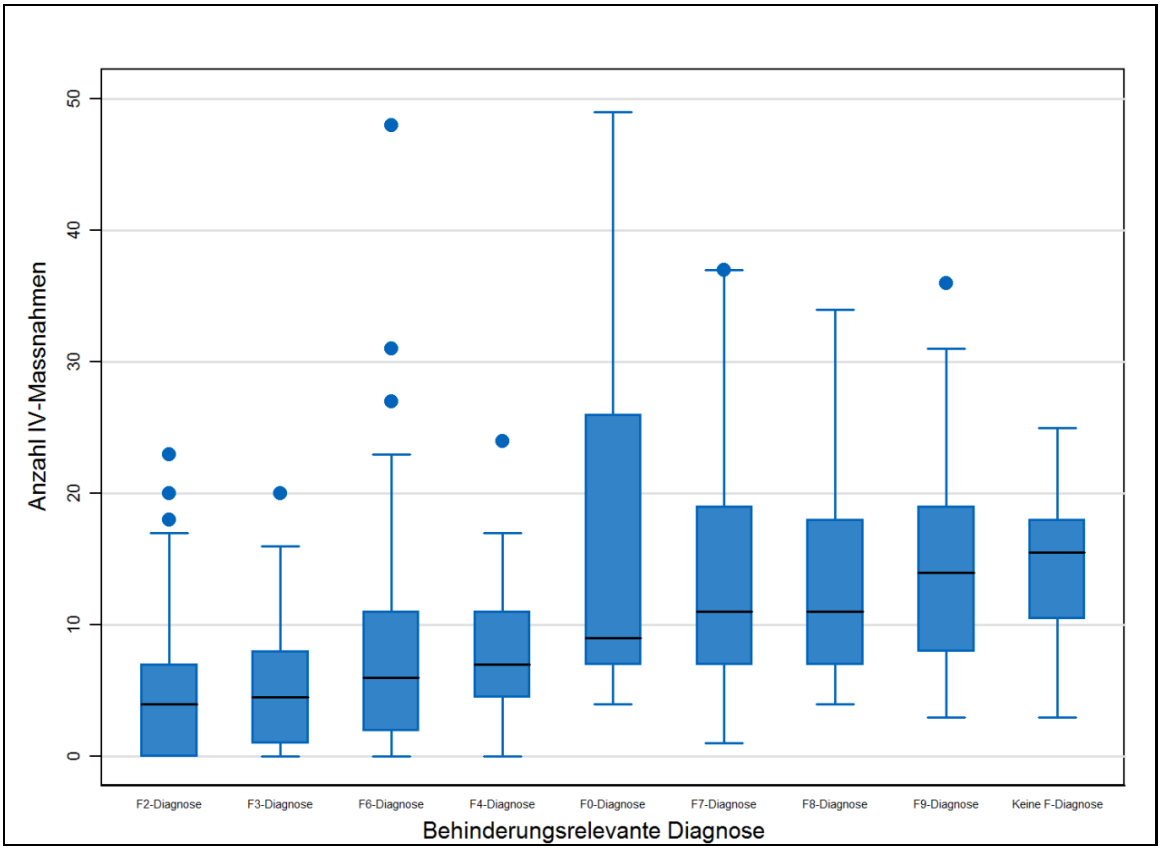
Abbildung 30: Frühe Entwicklungsstörungen erhalten sowohl berufliche als auch medizinische Massnahmen



5.7.3 Anzahl aller Massnahmen nach behinderungsrelevanter Diagnose

Werden alle jemals verfügten IV-Massnahmen zusammengezählt, so zeigt sich ebenfalls, dass bei den früh auftretenden Erkrankungen am häufigsten IV-Massnahmen verfügt werden (Abbildung 31): Im Median über zehn IV-Massnahmen erhalten Rentner mit folgenden Diagnosen: Ohne F-Diagnose (15.5), Entwicklungsstörungen und Intelligenzminderung (beide 11) und Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter (9). Von den "klassischen" psychiatrischen Erkrankungen werden bei den Persönlichkeitsstörungen am häufigsten IV-Massnahmen gesprochen (im Median sieben).

Abbildung 31: Am häufigsten IV-Massnahmen bei frühen Erkrankungen



5.7.4 Anzahl Ablehnungen nach behinderungsrelevanter Diagnose

In Tabelle 53 ist pro behinderungsrelevanter Diagnose dargestellt, wie viele Ablehnungen verfügt wurden. In den BSV-Registerdaten kann nicht ermittelt werden, welche Leistung abgelehnt wurde, deshalb wird hier nur auf die Anzahl Ablehnungen eingegangen. Mit im Median drei Ablehnungen haben die hirnorganischen Störungen (F0) die häufigsten Ablehnungen. Im Median nur eine Ablehnung haben Rentner mit der behinderungsrelevanten Diagnose neurotische Störung (F4) und Entwicklungsstörungen (F8). Alle anderen behinderungsrelevanten Diagnosen sowie Rentner ohne F-Diagnose haben im Median zwei Ablehnungen verfügt bekommen.

Tabelle 53: Höchste Anzahl von abgelehnten IV-Massnahmen bei hirnorganischen Störungen

F-Diagnose	Anzahl Ablehnungen: Median (Min/Max)
F0 (hirnorganische Störungen)	3 (0/8)
F2 (Schizophrenie)	2 (0/7)
F3 (Affektive Störungen)	2 (0/6)
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	1 (0/5)
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	2 (0/8)
F7 (Intelligenzminderung)	2 (0/11)
F8 (Entwicklungsstörungen)	1 (0/13)
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	2 (0/7)
Keine F-Diagnose	2 (0/7)
Gesamt	N=400 (100%)

5.8 Fazit

Involvierte Institutionen

Am häufigsten aktiv involviert in die Abklärung und Betreuung der jungen Versicherten waren als Institutionen/Personen der RAD, Psychiater, Psychologen, Lehrbetriebe und sonstige therapeutische Institutionen oder Fachleute. Welche Institutionen einbezogen werden, ist jedoch abhängig von der psychiatrischen Diagnose des Versicherten. So sind bei den früh auftretenden Störungsbildern vor allem Institutionen involviert, welche die Kindheit und die Schulzeit betreffen (z.B. Kinderärzte, pädagogisch-therapeutische-Dienste oder der Schulpsychologische Dienst). Die frühen Erkrankungen zeigen auch die intensivste Beanspruchung von Institutionen/Personen, die aber innerhalb der frühen Erkrankungen verschieden verläuft: Während bei Entwicklungsstörungen, sozial-emotionalen Störungen und solchen ohne F-Diagnose die grösste Beanspruchung bis zum obligatorischen Schulabschluss stattfindet und danach abnimmt, verzeichnen die Intelligenzminderungen und hirnorganischen Störungen einen Anstieg im Erwachsenenalter. Wird die Anzahl Institutionen/Personen anhand des Alters beim ersten Arztberichtes ausgewertet, so sind bei einem Alter bis zu 12 Jahren bei den meisten Rentenbeziehenden bereits mindestens sieben Institutionen bereits in die Betreuung involviert gewesen.

Bei den später auftretenden psychiatrischen Erkrankungen wie Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung und affektive Störungen stehen vor allem psychiatrische Dienste, soziale Dienste und Arbeitgeber im Vordergrund. Bei der Anzahl der beanspruchten Institutionen/Personen nach Altersphase zeigt sich, dass die Persönlichkeitsstörungen und neurotischen Störungen bereits in der obligatorischen Schulzeit und als Jugendliche von Institutionen/Personen betreut wurden. Dies ist bei Schizophrenie und affektiven Störungen nicht der Fall. Die Anzahl der involvierten Institutionen/Personen nach dem Alter beim ersten Arztbericht beträgt für ein Alter ab 18 Jahren bei der Hälfte 4-6 Institutionen, bei einem Viertel sind es weniger und bei einem weiteren Viertel mehr.

Bei den Interventionen sind Heimaufenthalte mit knapp einem Drittel der Rentenbeziehenden am häufigsten, sie kommen auch bei allen Diagnosen vor, ausser bei hirnorganischen Störungen und Erkrankungen ohne F-Diagnose. In geringerem Masse kommen auch Festnahmen/Bussen/Anzeigen und Fremdplatzierungen vor. Sehr selten sind hingegen Adoptionen und Straferziehungsmassnahmen.

Es konnten fünf Typen von involvierten Instiutionen/Personen festgestellt werden: Typ 1 *"Erwachsenalter:Psychiatrie, Arbeitgeber"* und Typ 2 *„Kindes- bis Jugendalter: Pädiatrie, Sonderpädagogik*,

Lehrbetrieb“ mit 32% bzw. 24% der Versicherten, Typ 3 *"Jugend- bis Erwachsenenalter: Psychiatrie"* mit 25% der Versicherten, Typ 4 *"Kindes- bis Erwachsenenalter: Multipel ohne Heim"* mit 9% der Versicherten und schliesslich Typ 5 *"Kindes- bis Erwachsenenalter: Multipel mit Heim",* mit 9% der Versicherten.

Behandlungen

Die Mehrheit der Rentenbeziehenden, die bereits stationär psychiatrisch behandelt wurden, lässt sich in einer Klinik behandeln; teilstationäre Aufenthalte und Kriseninterventionszentren wurden hingegen selten dokumentiert. Stationäre Aufenthalte sind am häufigsten bei Versicherten mit den Diagnosen Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen oder affektiven Störungen dokumentiert. Diese Diagnosegruppen weisen auch den höchsten Anteil an medikamentösen Behandlungen auf. Ambulant liessen sich die Rentenbeziehenden vor allem bei niedergelassenen Psychiatern oder in einer ambulanten Institution (z.B. Ambulatorium) behandeln. Rentenbeziehende mit Intelligenzminderung, sozialemotionalen Störungen und Entwicklungsstörungen haben hierbei mit durchschnittlich einer ambulanten Behandlung weniger ambulante Behandlungen in Anspruch genommen als Versicherte mit anderen psychischen Störunhgen, mit durchschnittlich zwei ambulanten Behandlungen. Bei der Dauer der ersten ambulanten Behandlung fällt auf, dass Rentenbeziehende mit nur einer Diagnose von Schizophrenie und neurotischen Störungen bzw. Essstörungen die kürzeste Behandlungsdauer zu verzeichnen haben.

Auffallend sind Versicherte mit Entwicklungsstörungen, unter denen rund ein Drittel (37%) überhaupt keine psychiatrischen (sei es stationär, ambulant oder medikamentös) Behandlungen in Anspruch genommen haben.

In den Dossiers liessen sich bei insgesamt zwei Dritteln der Versicherten mit Rentenbezug Hinweise auf eine gute Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Institutionen finden. Besonders bei Personen mit Intelligenzminderung oder sozial-emotionalen Störungen wurde die Zusammenarbeit als gut bewertet. Bei einem Drittel der Rentenbeziehenden war hingegen eine problematische Zusammenarbeit zwischen der IV und einer oder mehreren Institutionen aktenkundig. Die problematische Zusammenarbeit betraf in über der Hälfte der Fälle die Zusammenarbeit der IV mit den Fachärzten. Mit über je einem Viertel der problematischen Fälle war auch die Zusammenarbeit zwischen der IV und der versicherten Person bzw. ihrem Vormund sowie zwischen Hausärzten noch häufig. Bei über der Hälfte der Rentenbeziehenden mit einer affektiven Störung als Diagnose wurde eine problematische Zusammenarbeit registriert. Des weiteren betrug bei Hirnorganische Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie der Anteil an problematischer Zusammenarbeit über zwei Fünftel.

IV-Massnahmen

Die am häufigsten verfügten IV-Massnahmen bei den Rentenbeziehenden waren berufliche Massnahmen (bei 74% der Rentenbeziehenden) und Abklärungsmassnahmen (bei 57% der Rentenbeziehenden). Vergleichsweise selten verfügt wurden Massnahmen der Frühintervention (12%) und Integrationsmassnahmen (7%). Auch hier unterscheiden die Ergebnisse wesentlich nach Diagnosegruppierungen: Bei den frühen Erkrankungen dominieren berufliche Massnahmen (zwischen 80-100%) und medizinische Massnahmen (zwischen 50-80%). Bei den späteren psychiatrischen Erkrankungen werden weniger berufliche Massnahmen (zwischen 60-70%) und mehr Integrationsmassnahmen (ausser bei neurotischen Störungen) und Frühinterventionsmassnahmen (v.a. affektive Störungen) durchgeführt als bei den frühen Erkrankungen. Der Anteil an verfügten Integra-

tionsmassnahmen ist jedoch mit maximal 16% (Persönlichkeitsstörungen) bei den späteren psychiatrischen Erkrankungen relativ gering. Auch bei den verfügten Frühinterventionsmassnahmen beträgt der Anteil maximal 33% (affektive Störungen).

In der Anzahl aller verfügten Massnahmen wiederspiegeln sich die beiden Diagnosegruppierungen: Am meisten IV-Massnahmen werden mit im Durchschnitt 9-14 Massnahmen für die frühen Erkrankungen verfügt (geordnet nach Häufigkeit: Sozial-emotionale Störungen, Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung, hirnorganische Störungen) bzw. solche ohne F-Diagnose. Bei den späteren Erkrankungen (geordnet nach Häufigkeit: neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, Schizophrenie) werden mit im Durchschnitt 4-7 IV-Massnahmen wesentlich weniger verfügt. Insbesondere bei den Rentenbeziehenden mit einer Diagnose von Schizophrenie und affektiven Störungen werden insgesamt besonders wenige IV-Massnahmen gesprochen.

6 Verlaufsanalysen

6.1 Schul- und Bildungslaufbahnen

6.1.1 Bildungssequenzen, Gesamtbetrachtung

Für die Analyse von Bildungssequenzen wurden die folgenden Bildungssituationen oder Bildungslagen berücksichtigt: Regelschule oder Sonderschule, Berufsbildung, Beschäftigung. Darüber hinaus wurden auch Ausbildungszäsuren (Schul-/Klassenwechsel, Timeout, Abbruch der Berufsbildung) einbezogen, indem die Bildungslagen nummeriert wurden. Beispiel: eine Person befindet sich in „Sonderschule 1“, wenn sie noch keine Ausbildungszäsur in ihrer Schullaufbahn erlebt hat; sie wechselt zu „Sonderschule 2“ nach einer die Schullaufbahn betreffenden Zäsur, wenn anschliessend erneut ein Schulbesuch dokumentiert ist. Dementsprechend umfassen die nachfolgend beschriebenen Bildungssequenzen nicht nur Abfolgen von spezifischen Bildungslagen (z.B. Sonderschule → Regelschule → Berufsbildung) sondern ggf. auch Abfolgen von verschiedenen Bildungsinstitutionen innerhalb einer Bildungslage beim Vorliegen von Zäsuren. Zusätzlich zu den erwähnten Bildungslagen wurden explizit auch Perioden ohne dokumentierte Bildung oder Beschäftigung in die Analyse einbezogen[26], weil sie u.E. einen zusätzlichen Erkenntniswert (z.B. in Bezug auf Unregelmässigkeiten in den Laufbahnen) haben.

In Abbildung 32 ist eine Übersicht der erfassten Bildungssequenzen in der Gesamtstichprobe (N=500) dargestellt, die Abbildung ist wie folgt zu lesen: Die horizontale (x-)Achse gibt das Alter in Jahren wieder, die vertikale (y-)Achse die Fallnummern der Personen. In dieser Abbildung sind die Fälle sortiert nach dem Dokumentationsbeginn im Versichertendossiers: So finden wir „unten“ (tiefe Fallnummern) einige Versicherte, bei denen bereits Informationen zur Bildungslaufbahn im Kindergartenalter dokumentiert sind, dagegen „oben“ Fälle mit spätem (nach dem 16. Altersjahr) Beginn der Dokumentation im Versichertendossier. Jede Linie entspricht einer/es Versicherten der Untersuchungsstichprobe, und die Abfolge der unterschiedlich eingefärbten Abschnitte (=“Sequenzen“) gibt die für diese Person spezifische Abfolge von Bildungslagen wieder (siehe: Legende).

Die Abbildung 33 gibt die prozentuale Verteilung der Bildungssequenzen nach Alter wieder. Die x-Achse bildet wiederum das Alter ab, die y-Achse hingegen den Anteil an Fällen in %. D.h. diese Abbildung zeigt, wie viele Prozent der Versicherten in einer bestimmten Altersgruppe befindet sich in einer bestimmten Bildungslage.

Einige Charakteristika der Daten werden aus diesen Grafiken bereits unmittelbar ersichtlich:

- Die Fälle in der Stichprobe weisen unterschiedliche Beobachtungszeiträume auf; dies zeigt sich besonders beim Beginn der dokumentierten Daten, indem es Fälle gibt mit frühem Beginn (Beobachtungen ab 4. Altersjahr), aber auch Fälle mit vergleichsweise spätem Beginn (erst ab Ende der obligatorischen Schulzeit).
- Weiter finden wir bei vielen Fällen auch „Lücken“ bzw. Phasen mit fehlenden, nicht dokumentierten Angaben zur Bildungssituation; gehäuft tritt dieses Phänomen ab dem Übergang von der Sekundarstufe I zur Sekundarstufe II (Berufsbildung) auf (vgl. dazu Abbildung 33).
- Deutlich werden auch die Folgen von Ausbildungszäsuren innerhalb der obligatorischen Schulzeit, indem nach dem 7. Altersjahr der Anteil von Versicherten, welche die Schule gewechselt haben, substantiell zunimmt (z.B. in Abbildung 33, blaue Flächen=Wechsler innerhalb von Sonderschulen, gelbe Flächen=Wechsler innerhalb von Regelschulen).

[26] Perioden nicht dokumentierter Bildung liegen *innerhalb* des Dokumentationszeitraumes eines Versichertendossiers (vgl. Kapitel 2); d.h., es handelt sich um Zeitabschnitte, für welche die Dokumentation einer bestimmten Bildungslage zu erwarten wäre. Diese „leeren“ Sequenzen sind abzugrenzen von „Missing“-Werten im eigentlichen Sinne, die vorliegen, weil sie sich auf einen Zeit- bzw. Altersabschnitt einer Person beziehen, der *ausserhalb* des Dokumentationszeitraumes eines Dossiers liegt. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn eine bestimmte Person erst im Jugendalter Leistungen der IV bezogen hat und früheste Informationen zur Bildungslaufbahn im Versichertendossier erst nach dem 16 Altersjahr vorliegen.

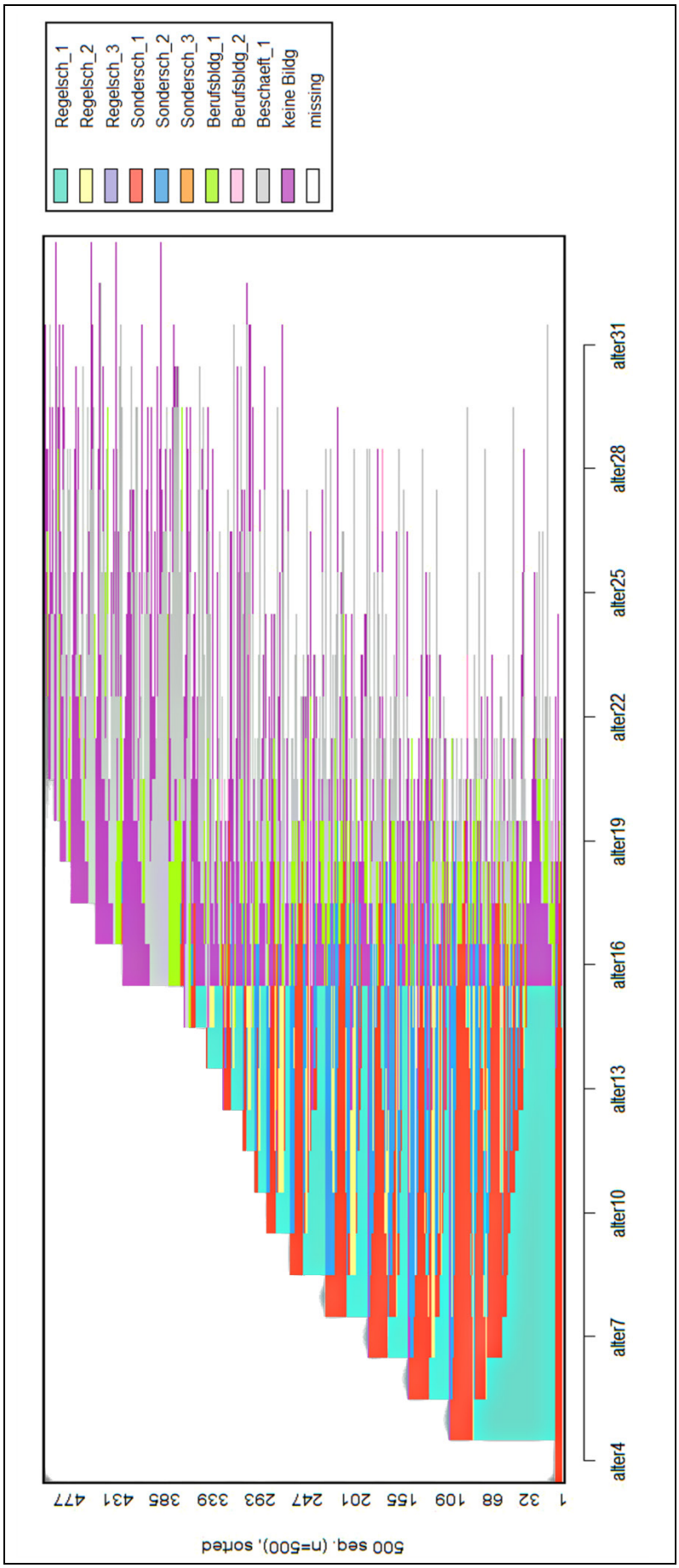


Abbildung 32: Bildungsequenzen, Gesamtbetrachtung (N=500)

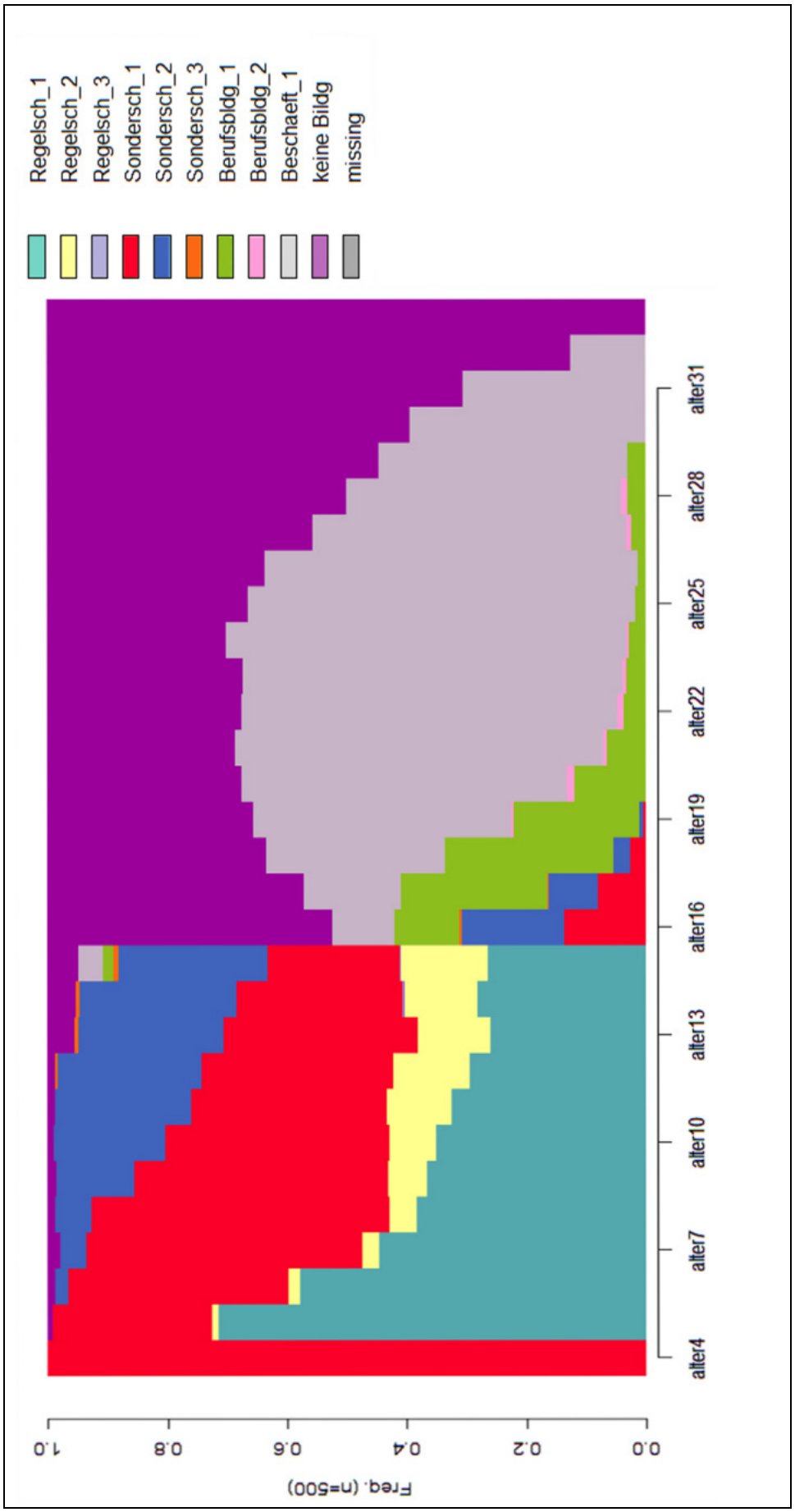


Abbildung 33: Bildungssequenzen, prozentuale Verteilung nach Alter (N=500)

Untersucht man die Art der dokumentierten Bildungssequenzen bzw. der Abfolgen verschiedener Bildungslagen, so zeigt sich eine erhebliche Heterogenität. Die zehn häufigsten Bildungssequenzen umfassen bei den Rentenbeziehenden 43%, bei den Nicht-Rentner/innen 36% aller beobachteten Sequenzen (vgl. Tabelle 54). Bei der Erfassung der Bildungssequenzen wurden auch Wechsel innerhalb einer bestimmten Bildungslage (z.B. Schul-/Klassenwechsel innerhalb Regel- oder Sonderschule oder Wechsel der Berufsbildung) berücksichtigt.

Auffallend ist für beide Stichproben das häufige Vorkommen von Phasen, für die keine Bildungslagen dokumentiert sind. Bei den Rentenbeziehenden finden wir gar für 6% der Fälle überhaupt keine Bildungslagen dokumentiert über den gesamten möglichen Dokumentationszeitraum des Versichertendossiers[27].

Die erfassten Bildungssequenzen sind, wie bereits Abbildung 32 zeigte, abhängig vom Zeitfenster, das ein Versichertendossier abdeckt. Dementsprechend finden wir in beiden Stichproben manche Fälle, bei denen keine Informationen zum Ablauf der obligatorischen Schulzeit sondern nur zur Beschäftigung und/oder Berufsbildung verfügbar sind. Insgesamt aber überwiegen Fälle, die bereits Informationen zur Schulzeit aufweisen.

Tabelle 54: Die 10 häufigsten Bildungssequenzen nach Stichproben

Rentenbeziehende (N=400)	N (%)	Nicht-Rentenbeziehende (N=100)	N (%)
L/	25 (6%)	A1/L/	12 (12%)
L/D1/L/	25 (6%)	B1/B2/C1/D1/	4 (4%)
D1/L/	21 (5%)	D1/	4 (4%)
A1/L/C1/D1/	19 (5%)	C1/D1/	3 (3%)
A1/B1/B2/C1/D1/	16 (4%)	L/D1/	3 (3%)
A1/L/D1/	15 (4%)	A1/A2/L/D1/L/	2 (2%)
L/D1/	15 (4%)	A1/B1/B2/L/	2 (2%)
A1/L/	14 (4%)	A1/B1/C1/D1/	2 (2%)
B1/C1/D1/	13 (3%)	A1/D1/	2 (2%)
B1/B2/C1/D1/	10 (3%)	A1/L/C1/D1/L/	2 (2%)
Gesamt	173 (43%)	Gesamt	36 (36%)
A1/A2: Regelschulen; B1/B2: Sonderschulen; C1/C2: Berufsbildungen; D1: Beschäftigung; L: keine Bildung dokumentiert			

6.1.2 Abfolgen von Bildungslagen

Aufschlussreicher wird das Bild, wenn wir die konkrete Abfolge von Bildungslagen untersuchen. Dies ist in Tabelle 55 für die Gesamtstichprobe (N=500) dargestellt. Diese stellt die Verbleibe- und Wechselraten von einer Bildungslage zu einer anderen zwischen einem Alter x und dem Alter x+1 (Jahren) dar. Die fettgedruckten Werte geben die Verbleiberaten, die nicht-fettgedruckten die Wechselraten wieder. Ein Lesebeispiel: Versicherte in einer Regelschule ohne bisherigen Wechsel (=A1) verbleiben zu drei Vierteln (75%) in dieser Regelschule, 5% wechseln in eine andere Regelschule/-klasse (A2), 8% in eine Sonderschule/-klasse (B1, B2,: 6%+2%), 1% in eine Berufsbildung, 2% in eine Beschäftigung und 9% in eine Phase nicht-dokumentierter Bildung oder Beschäftigung.

[27] Dies bedeutet jedoch noch nicht, dass diese Fälle (N=26) keine abgeschlossenen Ausbildungen aufweisen. Vielmehr ist als höchste abgeschlossene Ausbildung folgende Verteilung verfügbar: Sekundarstufe I/ISCED-2 (N=18), Missing (N=5), Primarstufe/ISCED-1 (UN=2), Sekundarstufe II/ISCED-3 (N=1). Das Fehlen von Bildungssequenzen bedeutet also primär, dass in den untersuchten Versichertendossiers keine Informationen zur zeitlichen Verortung von Bildungslagen (d.h. wann fand der Besuch einer Sonderschule statt, wann wurde eine Berufsbildung absolviert etc.) sowie auch nicht zum Bereich (Regel-/Sonderschulung) verfügbar sind.

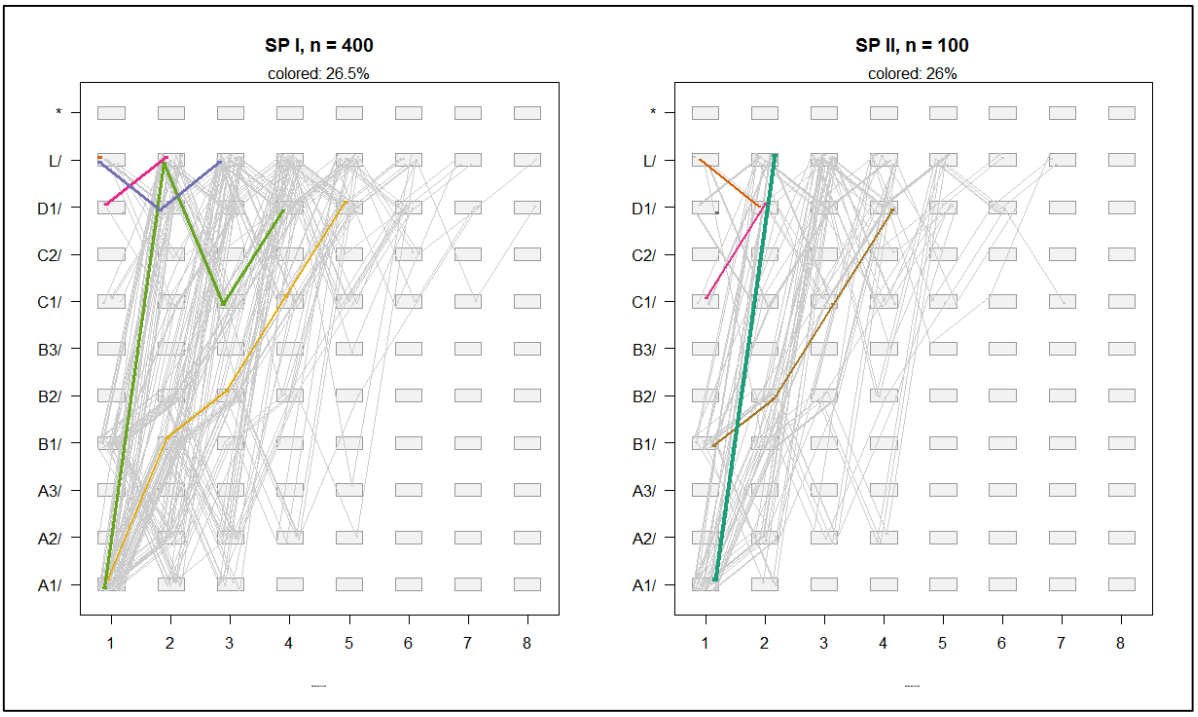
Tabelle 55: Verbleibe- und Wechselraten zwischen Bildungslagen (Gesamtstichprobe)

	→A1	→A2	→A3	→B1	→B2	→B3	→C1	→D1	→L
A1→	**75%**	5%	0%	6%	2%	0%	1%	2%	9%
A2→	0%	**74%**	0%	0%	6%	0%	1%	0%	18%
A3→	0%	0%	**0%**	0%	0%	0%	0%	0%	0%
B1→	2%	1%	0%	**74%**	11%	0%	4%	2%	6%
B2→	0%	7%	0%	0%	**76%**	0%	7%	1%	10%
B3→	0%	0%	0%	0%	0%	**60%**	20%	20%	0%
C1→	0%	0%	0%	0%	0%	0%	**69%**	23%	8%
D1→	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	**92%**	6%
L→	0%	0%	0%	1%	1%	1%	7%	11%	**78%**

A1-A3: Regelschulen; B1-B3: Sonderschulen; C1: Berufsbildung; D1: Beschäftigung; L: keine Bildung dokumentiert

Ergänzend sind in Abbildung 34 häufige Abfolgen von Bildungslagen (häufig = ein bestimmtes Sequenzmuster sollte zu den 25% häufigsten Sequenzen zählen) dargestellt nach dem Rentenstatus der versicherten Person. Die Abbildungen zeigen auf der linken, vertikalen Achse die einzelnen Bildungslagen und auf der horizontalen Achse die Rangreihe der Bildungslagen (d.h. welche Lage kommt zuerst, welche als zweite etc.). Die farbig dargestellten Pfade geben häufige Muster von Bildungssequenzen wieder, die Gesamtheit der einzelnen Sequenzen ist grau dargestellt.

Abbildung 34: Abfolge der Bildungslagen – die 25% häufigsten Bildungssequenzen nach Rentenstatus



SP I: Rentenbezug; SP II: kein Rentenbezug; A1-3: Regelschulen; B1-3: Sonderschulen; C1-2: Berufsbildungen; D1: Beschäftigung; L: keine Bildung/Beschäftigung dokumentiert

Diese Darstellung hebt bei beiden Stichproben jeweils vier häufige Bildungsequenz-Muster hervor:

a a) Rentenbeziehende

- Regelschule → keine Bildung dokumentiert → Berufsbildung → Beschäftigung
- Regelschule → Sonderschule 1 (Schulwechsel) → Sonderschule 2 → Berufsbildung → Beschäftigung
- Beschäftigung → keine Bildung dokumentiert
- keine Bildung dokumentiert → Beschäftigung

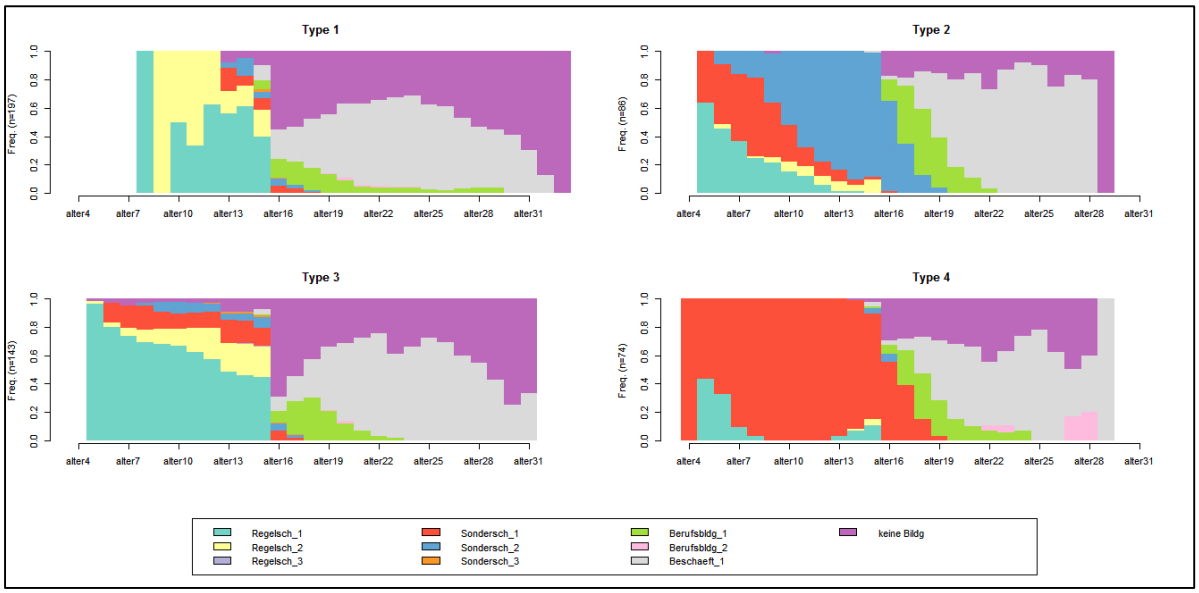
b) Nicht-Rentenbeziehende

- Regelschule → keine Bildung dokumentiert
- Sonderschule 1 (Schulwechsel) → Sonderschule 2 → Berufsbildung → Beschäftigung
- Berufsbildung → Beschäftigung
- keine Bildung dokumentiert → Beschäftigung

6.1.3 Typologie von Bildungssequenzen

Im Folgenden wurde basierend auf eine Clusteranalyse[28] untersucht, ob sich bestimmte typische Muster von Bildungssequenzen in den Daten der Gesamtsstichprobe (N=500, d.h. Personen mit oder ohne Berentung) identifizieren lassen. Diese Analyse lieferte vier plausible Typen von Verlaufsmustern (siehe Abbildung 35):

Abbildung 35: vier Typen von charakteristischen Bildungssequenz-Mustern (Gesamtstichprobe, N=500)



- *Typ 1, „Nachzügler mit Bildungslücken" (N=197 Versicherte):* repräsentiert Personen die vergleichsweise spät[29] mit der IV in Kontakt kamen und relativ viele Dokumentationslücken zur Bildungslaufbahn (einerseits wegen dem späten Dokumentationsbeginn, andererseits auch wegen

[28] Für die Clusteranalyse wurde ein Distanzmass verwendet, welches nach der Methode des „Optimal Matching" (MacIndoe & Abbott, 2004) berechnet wurde. Als Verfahren wurde die hierarchische agglomerative Clusteranalyse eingesetzt, als Fusionierungsalgorithmus wurde die WARD-Methode verwendet.

[29] Durchschnittsalter beim frühesten dokumentierten Ereignis im Versichertendossier: 16 Jahre im Vergleich zu 5-7 Jahren bei den anderen Typen

Lücken innerhalb des Beobachtungszeitraumes) aufweisen. Vorherrschende Bildungslage ist v.a. die Beschäftigung.

- *Typ 2 „Schulwechsler" (N=86):* hier überwiegen Versicherte mit vielen Schulwechseln sowohl vom Regel- in den Sonderbereich als auch innerhalb des Sonderbereiches.
- *Typ 3, „Anschlusslose" (N=143):* bei dieser Gruppe fallen sehr häufige Dokumentationslücken nach Abschluss der Sekundarstufe I auf, was auf einen nicht nahtlosen Übergang in die Sekundarstufe II hinweisen kann. Es überwiegen darüber hinaus Verläufe im Regelschulbereich mit z.T. vorgängigen oder dazwischen geschalteten Perioden der Sonderschulung.
- *Typ 4, „Sonderschüler" (N=74):* das vorherrschende Muster bei diesem Typus ist eine überwiegend im Sonderbereich absolvierte Schullaufbahn mit wenigen Wechseln, die in vielen Fällen in eine Berufsbildung und ggf. auch Beschäftigung mündet.

Die Verteilung der Bildungsverlaufstypen ist in den beiden Stichproben der Renten- und Nicht-Rentenbeziehenden relativ ähnlich (Tabelle 57); einzig die Gruppe der Anschlusslosen ist unter den Versicherten ohne Rentenbezug deutlich häufiger vertreten.

Tabelle 56: Bildungsverlaufstypen nach Stichproben

Verlaufstyp	Rentenbeziehende (N=400)	Nicht-Rentenbeziehende (N=100)
Nachzügler mit Bildungslücken	41%	35%
Schulwechsler	18%	16%
Anschlusslose	26%	39%
Sonderschüler	16%	10%

6.1.4 Zusammenhänge zwischen Bildungsverlaufstypen und ausgewählten Merkmalen

Die Alterszusammensetzung der vier Bildungsverlaufstypen fällt unterschiedlich aus v.a. aufgrund der Gruppe der „Nachzügler" (Tabelle 57):

Tabelle 57: Bildungsverlaufs-Typen nach Alter (Gesamtstichprobe, N=500)

Alter*	Nachzügler (N=197)	Schulwechsler (N=86)	Anschlusslose (N=143)	Sonderschüler (N=74)
• 17-21 Jahre	14%	65%	52%	61%
• 22-25 Jahre	30%	26%	30%	28%
• 26+ Jahre	55%	9%	18%	11%
*) Aktuelles Alter=Alter zum Zeitpunkt des letzten dokumentierten Ereignisses (Bildungslage, Interventionen) im Versichertendossier				

Unter den Nachzüglern ist rund die Hälfte älter als 25 Jahre und ein weiteres Drittel weist zwischen 22 und 25 Jahre auf. Bei den anderen drei Verlaufstypen ist es gerade umgekehrt, indem die 17-21 Jährigen die Hälfte (Anschlusslose) bis zwei Drittel (Schulwechsler) der Gruppe ausmachen.

Tabelle 58: Bildungsverlaufstypen nach Diagnosen (Gesamtstichprobe, N=500)

	Nachzügler (N=197)	Schulwechsler (N=86)	Anschlusslose (N=143)	Sonderschüler (N=74)
IV-Gebrechen				
• Geburtsgebrechen (401/404)	2%	23%	20%	16%
• Psychosen (641-644)	38%	12%	17%	9%
• Persönl.- & reaktive Störungen (645/646)	48%	20%	30%	14%
• Entwickl.störungen, Minderintelligenz (649)	12%	45%	33%	61%
ICD-Diagnosespektren				
• Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung	9%	34%	27%	53%
• Schizophrenie	40%	2%	5%	3%
• Frühe Verhaltensstörungen	5%	41%	31%	19%
• Multiple schwere frühe Störungen	2%	14%	13%	16%
• Persönlichkeitsstörung, komorbid, ohne Sucht	27%	8%	15%	7%
• Persönlichkeitsstörung, komorbid, mit Sucht	17%	1%	8%	3%

Vergleicht man die vier oben beschriebenen Bildungsverlaufstypen in Bezug auf die diagnostizierten Gesundheitsprobleme (IV Gebrechenscodize, ICD-Diagnosen), so weisen Typ1 („Nachzügler“) und Typ 4 („Sonderschüler“) ein je spezifisches Diagnosespektrum auf, ebenso die Typen 2 und 3 (Schulwechsler, Anschlusslose) (vgl. Tabelle 58). Bei den sog. „Nachzüglern“ sind vergleichsweise häufig schwere psychische Krankheiten bzw. Schizophrenien und Persönlichkeitsstörungen vertreten. Bei den „Sonderschülern“ stellen Entwicklungsstörungen und Minderintelligenz die dominanten diagnostischen Gruppen dar. Die „Schulwechsler“ und „Anschlusslosen“ weisen eine zueinander relativ ähnliche Verteilung von Diagnosen auf: das diagnostische Spektrum ist insgesamt breiter als bei den anderen Verlaufstypen und besonders geprägt durch frühe Verhaltensstörungen und Entwicklungsstörungen.

Betrachtet man die Verteilung der IV-Massnahmen und der psychiatrischen Behandlungen (Tabelle 59), so fallen besonders die „Nachzügler“ auf: bei diesen sind nur sehr wenige medizinische Massnahmen und auch vergleichsweise wenige berufliche Massnahmen dokumentiert[30], stationäre psychiatrische Behandlungen kommen häufig vor. Bei den anderen Gruppen ist das Massnahmenspektrum breiter, beinahe bei allen wurden auch berufliche Massnahmen verordnet (am wenigsten noch bei den Anschlusslosen) und ambulante psychiatrische Behandlungen haben einen grösseren Stellenwert (insbesondere bei den Sonderschülern).

[30] Dieser Befund dürfte im Wesentlichen eine Folge des höheren Alters (85% älter als 21 Jahre) dieser Gruppe von Versicherten sein, da Versicherte auf medizinische Massnahmen der IV nur bis zum 20. Altersjahr Anspruch haben.

Tabelle 59: Bildungsverlaufstypen nach IV-Massnahmenarten (Gesamtstichprobe, N=500)

	Nachzügler (N=197)	Schulwechsler (N=86)	Anschlusslose (N=143)	Sonderschüler (N=74)
IV-Massnahmen[*]				
• Abklärungsmassnahmen	53%	60%	43%	57%
• Medizinische Massnahmen	7%	63%	50%	61%
• Berufliche Massnahmen	68%	99%	83%	97%
• Andere	3%	12%	15%	20%
• Keine Massnahmen	17%	0%	4%	0%
Psychiatr. Behandlungen				
• nur ambulant	24%	53%	59%	78%
• nur stationär	2%	0%	2%	0%
• ambulant & stationär	74%	47%	38%	22%
• keine	1%	0%	1%	0%
*) Mehrfachoptionen möglich				

Betrachtet man die Art der bisherigen und aktuellen beruflichen Beschäftigung der vier Bildungsverlaufstypen (Tabelle 60), so ist zunächst die unterschiedliche Altersstruktur dieser Gruppen zu beachten: zwar finden wir bei allen Gruppen eine substantielle Zahl an Personen, die bereits genug alt sind, um einer Beschäftigung nachgehen zu können; mit Ausnahme der Nachzügler hat es aber bei allen Gruppen auch einen Anteil von Personen, die sich erst in einer Berufsausbildung befinden. Auch aus diesem Grund dürften die Nachzügler mit einem Fünftel, den kleinsten Anteil an Personen aufweisen, die noch nie einer Beschäftigung nachgegangen sind. Indessen liegt dieser Anteil auch bei den anderen drei Verlaufstypen mit einem Viertel bis einem Drittel nicht unwesentlich höher. Am meisten aktuell beschäftigt sind die Schulwechsler (50%), gefolgt von den Sonderschülern (41%). Die Nachzügler weisen indessen den grössten Anteil (44%) an Versicherten auf, die schon einmal auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig waren, während dieser bei den Schulwechslern am kleinsten (7%) ist.

Tabelle 60: Behandlungs-/Massnahmen-Typen nach Beschäftigung (Gesamtstichprobe, N=500)

	Nachzügler (N=197)	Schulwechsler (N=86)	Anschlusslose (N=143)	Sonderschüler (N=74)
• aktuell beschäftigt	25%	50%	34%	41%
• jemals beschäftigt 1. Arbeitsmarkt	44%	7%	21%	14%
• jemals beschäftigt nur geschützter Rahmen	11%	16%	13%	20%
• nie beschäftigt	20%	27%	32%	26%

6.1.5 Fazit

Es liessen sich vier typische Muster von Bildungsverläufen basierend auf den Versichertendossiers identifizieren: 1) die „Nachzügler“, 2) die „Schulwechsler“, 3) die „Anschlusslosen“ und 4) die „Sonderschüler“. Diese Verlaufsmuster sind in Bezug auf den Rentenstatus relativ ähnlich verteilt, einzig die Gruppe der Anschlusslosen kommt unter den Versicherten ohne Rente häufiger vor, jene der Nach-

zügler etwas seltener. Deutliche Unterschiede zwischen den Bildungsverlaufstypen zeigen sich in Bezug auf die Alterszusammensetzung, die Diagnosen, die Art der IV-Massnahmen sowie in Bezug auf die bisherige und die aktuelle berufliche Beschäftigung.

Die „Nachzügler“ (39% aller Fälle in der Gesamtstichprobe) sind deutlich älter und weisen schwere psychische Störungen im Bereich der Schizophrenien und Persönlichkeitsstörungen mit Suchtproblematik auf. Sie gehen aktuell nur zu einem Viertel einer Beschäftigung nach, viele blicken aber auf eine Berufslaufbahn im ersten Arbeitsmarkt zurück. Berufliche/schulische IV-Massnahmen werden bei dieser Gruppe weniger häufig (68%) als bei den anderen Gruppen (wo sie praktisch die Regel darstellen) verordnet, medizinische Massnahmen sind sehr selten (7%) und bei rund einem Sechstel sind überhaupt keine verfügten IV-Massnahmen dokumentiert – dies dürfte im Wesentlichen eine Folge der Altersbeschränkung der IV-Massnahmen sein. Vergleichsweise wenige bzw. ein Viertel dieser Versicherten wurden allein im ambulant-psychiatrischen Bereich behandelt.

Die Gruppe der „Schulwechsler“ (17% der Fälle) weist den grössten Anteil an jungen Versicherten (17-21 Jahre) auf. Mit Blick auf die psychiatrischen Störungsbilder sind für diese Gruppe Entwicklungsstörungen und frühe Störungen (bzw. sogenannte Geburtsgebrechen nach IV-Nomenklatura) charakteristisch. Vergleichsweise viele Vertretende (50%) dieses Verlaufstypus gehen aktuell einer beruflichen Beschäftigung nach, aber nur sehr wenige (7%) waren jemals auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig. Praktisch alle erhielten berufliche/schulische IV-Massnahmen verfügt. Rund die Hälfte dieser Versicherten wurde nur ambulant-psychiatrisch behandelt.

Versicherte der „Anschlusslosen“ (29% der Fälle) sind ebenfalls relativ jung mit rund der Hälfte an 17-21-Jährigen und knapp einem Drittel an jungen Erwachsenen (22-25-Jährigen). Sie weisen ein vergleichsweise heterogenes Spektrum an psychischen Störungen auf, was sich besonders bei den Gebrechensgruppen der IV-Nomenklatura zeigt, wo mit Ausnahme der Psychosen (641-644) alle Gruppen in ähnlicher Grössenordnung vertreten sind. Diese Heterogenität zeigt sich tendenziell auch bei den Diagnoseclustern nach ICD, am häufigsten kommen jedoch Entwicklungsstörungen und frühe Störungen vor. Die Anschlusslosen weisen den grössten Anteil (32%) an Personen auf, die noch nie einer beruflichen Beschäftigung nachgingen, aber ein weiteres Drittel übt aktuell eine Beschäftigung aus. Berufliche IV-Massnahmen wurden bei der Mehrheit (83%), aber nicht bei allen dieser Versicherten verfügt. Annähernd 60% wurden lediglich ambulant-psychiatrisch behandelt.

Die „Sonderschüler“ (15% der Fälle) schliesslich weisen etwas mehr als 60% Versicherte im Jugendalter auf. Das dominante psychiatrische Störungsbild stellen bei dieser Gruppe die Entwicklungsstörungen, gekoppelt mit Minderintelligenz, dar. Trotzdem sind relativ viele (41%) aktuell beschäftigt, indessen blicken ebenfalls nur wenige (14%) auf eine Karriere auf dem ersten Arbeitsmarkt zurück. IV-Massnahmen beruflicher Art waren bei dieser Gruppe die Regel, es wurden aber auch vergleichsweise viele (20%) von anderen Massnahmen (z.B. Hilfsmittel IV) verfügt. Die Mehrheit (78%) dieser Versicherten wurden allein im ambulant-psychiatrischen Sektor behandelt.

6.2 Verlauf von Behandlungen und IV-Massnahmen

6.2.1 Behandlungssequenzen, Gesamtbetrachtung

Für die Analyse von Behandlungs- und Massnahmenverläufen wurden die folgenden Interventionen berücksichtig: ambulante und stationäre psychiatrische Behandlungen, IV-Massnahmen, Bezug einer IV-Rente. Für die Darstellung der Verläufe wurden auch Kombinationen (soweit vorhanden) dieser Interventionen (z.B. ambulante psychiatrische Behandlung & IV-Massnahme) berücksichtigt. Eine weitere Ausdifferenzierung nach Art der IV-Massnahmen hätte die Komplexität der Datenbasis rasch auf ein nicht darstellbares Ausmass erhöht. Im Rahmen dieses Kapitels wird jedoch auch vertiefend analysiert, ob bestimmte typische Verlaufsmuster mit einem bestimmten Massnahmen-Profil zusammenhängen (s.u., Abschnitt 6.2.4).

Die Abbildung 36 stellt die individuellen Behandlungs-/Massnahmensequenzen für die 500 Fälle der Gesamtstichprobe dar, die Abbildung ist wie folgt zu lesen: Die horizontale (x-)Achse gibt das Alter in Jahren wieder, die vertikale (y-)Achse die Fallnummern der Personen. In dieser Abbildung sind die Fälle sortiert nach dem Dokumentationsbeginn im Versichertendossiers: So finden wir „unten“ (tiefe Fallnummern) einige Versicherte, bei denen bereits Informationen zu medizinischen Behandlungen im ersten Lebensjahr dokumentiert sind, dagegen „oben“ Fälle mit spätem (nach dem 19. Altersjahr) Beginn der Dokumentation im Versichertendossier. Jede Linie entspricht einer/es Versicherten der Untersuchungsstichprobe, und die Abfolge der unterschiedlich eingefärbten Abschnitte (=“Sequenzen“) gibt die für diese Person spezifische Abfolge von Behandlungen oder IV-Massnahmen wieder (siehe: Legende).

Die Abbildung 37 gibt die prozentuale Verteilung der Behandlungs-/Massnahmensituationen nach Alter wieder. Die x-Achse bildet wiederum das Alter ab, die y-Achse hingegen den Anteil an Fällen in Prozent. D.h. diese Abbildung zeigt, wie viele Prozent der Versicherten in einer bestimmten Altersgruppe sich in einer bestimmten Behandlung oder IV-Massnahme befindet.

Die Grafiken geben erste Hinweise zu wesentlichen Charakteristika der Befunde:

- Der in den Versichertendossiers dokumentierte Beobachtungszeitraum weist für eine Mehrheit der Fälle in den ersten Jahren weder psychiatrische Behandlungen noch IV-Massnahmen auf. Im 1.-4. Lebensjahr dominieren folgende Zustände: keine dokumentierte Behandlung/IV-Massnahme, ambulante psychiatrische Behandlungen, IV-Massnahmen.
- Nach dem 4. Lebensjahr verändert sich das Spektrum an Interventionen deutlich: insbesondere IV-Massnahmen als alleinstehende Intervention (grauer Bereich) oder in Kombination mit ambulanten psychiatrischen Behandlungen (orangefarbener Bereich) gewinnen stark an Bedeutung.
- Nach dem 16. Lebensjahr kommen Berentungen hinzu und stationäre psychiatrische Behandlungen gewinnen an Bedeutung. Die meisten psychiatrischen Behandlungen erfolgen nun in Kombination mit IV-Massnahmen und/oder mit einer Berentung.

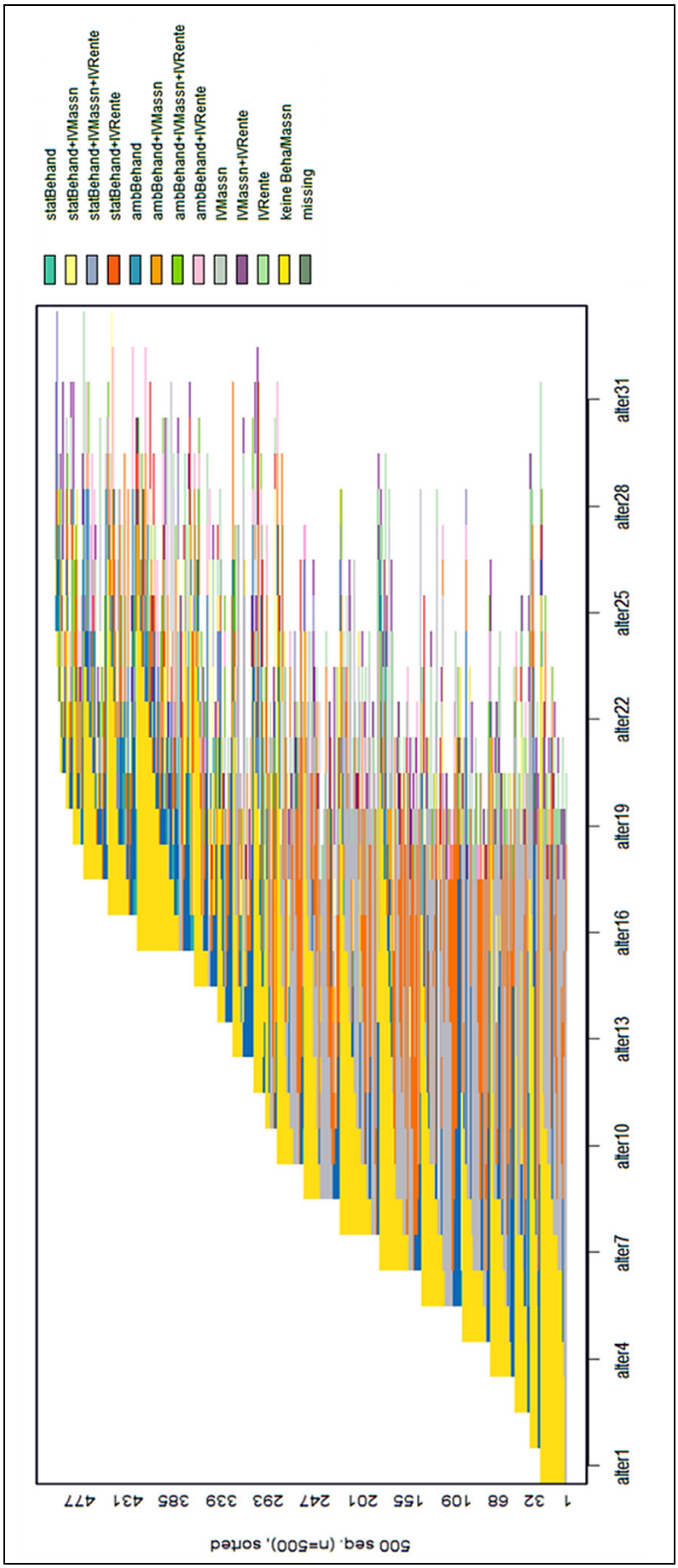


Abbildung 36: Behandlungssequenzen, Gesamtbetrachtung (N=500)

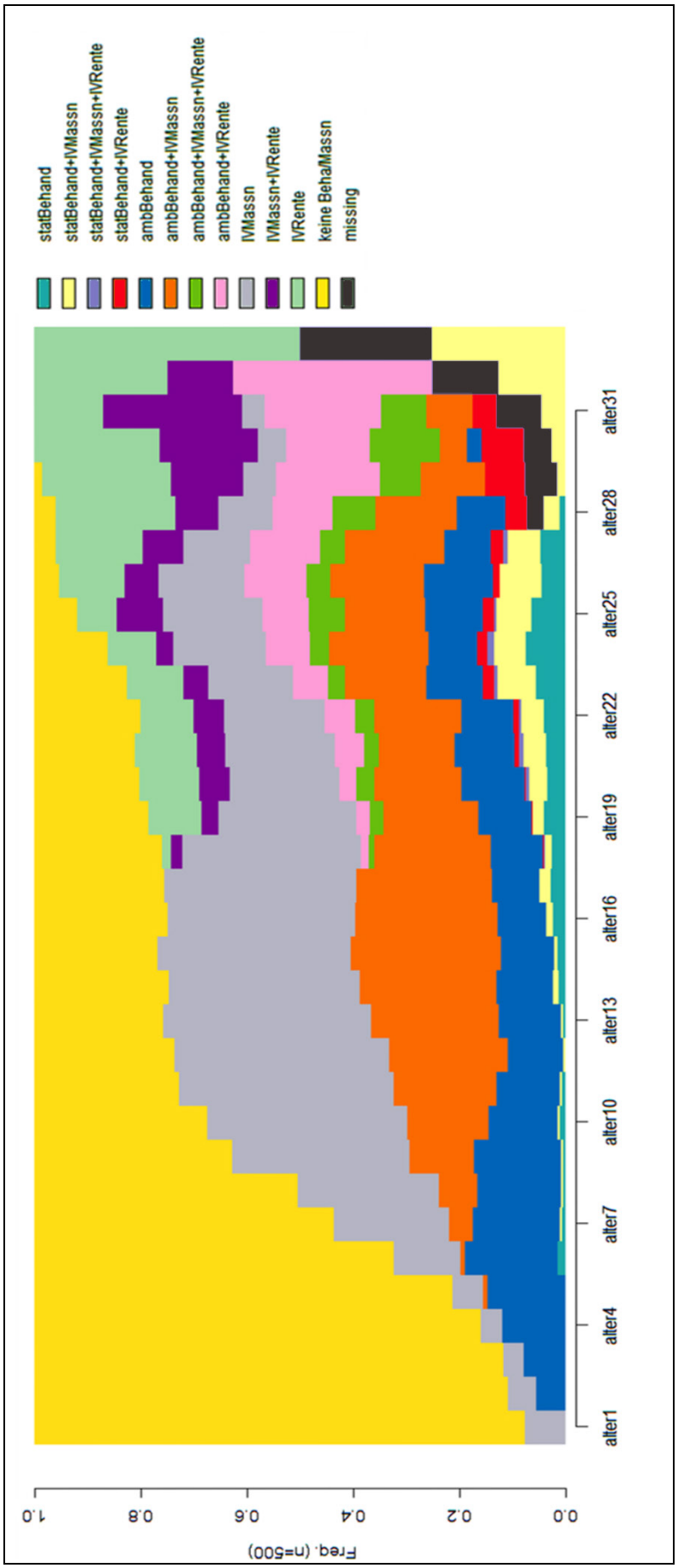


Abbildung 37: Behandlungssequenzen, prozentuale Verteilung nach Alter (N=500)

Untersucht man die Art der dokumentierten Behandlungssequenzen bzw. spezifische Abfolgen von Behandlungen, Massnahmen und Berentung, so zeigt sich besonders bei den Rentenbeziehenden eine erhebliche Heterogenität: die zehn häufigsten Behandlungs-/Massnahmensequenzen umfassen bei diesen nur rund ein Drittel (32%), bei den Nicht-Rentner/innen hingegen rund die Hälfte (57%) aller beobachteten Sequenzen (vgl. Tabelle 61).

Was sich bereits bei den grafischen Veranschaulichungen zeigte, wird auch hier nochmals deutlich: Viele Behandlungssequenzen beginnen mit einer noch behandlungs-/massnahmenfreien Phase[31] – insgesamt (d.h. in der Gesamtstichprobe) beginnen rund zwei Drittel (N=339 bzw. 68%) der Fälle mit einer behandlungsfreien Phase. Anschliessend mündet diese Phase bei knapp einem Drittel (30%) der Versicherten der Gesamtstichprobe in alleinstehende IV-Massnahmen und bei rund einem Viertel (27%) in alleinstehende ambulante psychiatrische Behandlungen. Bei einer kleinen Gruppe von Fällen mündet die behandlungsfreie Phase in alleinstehende stationäre Behandlungen (6%) oder in eine Kombination von ambulanten Behandlungen und IV-Massnahmen (4%).

Tabelle 61: Die 10 häufigsten Behandlungs-/Massnahmensequenzen nach Stichproben

Rentenbeziehende (N=400)	N (%)	Nicht-Rentenbeziehende (N=100)	N (%)
L/H/I/	26 (6%)	L/H/	14 (14%)
H/I/	15 (4%)	G/GH/	9 (9%)
L/G/GH/GI/	14 (4%)	L/H/GH/	7 (7%)
L/G/GH/H/I/	14 (4%)	L/G/GH/	6 (6%)
L/H/GH/GI/	12 (3%)	H/GH/	4 (4%)
L/G/GI/	10 (3%)	L/GH/	4 (4%)
L/H/GH/I/	10 (3%)	L/H/L/	4 (4%)
L/H/HI/	10 (3%)	G/GH/H/	3 (3%)
L/H/I/HI/	9 (3%)	L/G/GH/H/	3 (3%)
G/GH/GI/	8 (2%)	L/H/GH/H/	3 (3%)
Gesamt	128 (32%)	Gesamt	57 (57%)

F: stationäre psychiatr. Behandlung; G: ambulante psychiatr. Behandlung; H: IV-Massnahme; I: Rentenbezug; L: keine Behandlung/Massnahme dokumentiert; mehrere Buchstaben=gleichzeitig vorkommende Behandlungen/Massnahmen

6.2.2 Spezifische Abfolgen von Behandlungs-/Massnahmensequenzen

Die Tabelle 62 stellt die Verbleibe- und Wechselraten von einer bestimmten Behandlung oder IV-Massnahme zu einer anderen zwischen einem Alter x und dem Alter x+1 (Jahren) dar. Die fettgedruckten Werte geben die Verbleiberaten, die nicht-fettgedruckten die Wechselraten wieder. Ein Lesebeispiel: Versicherte in alleiniger stationärer psychiatrischer Behandlung verbleiben zu etwas mehr als der Hälfte (59%) in dieser Behandlung (d.h. auch ohne weitere Interventionen), bei 10% kommt eine IV-Massnahme hinzu, 12% wechseln in eine ambulante psychiatrische Behandlung, 7% in eine Phase ohne dokumentierte Behandlungen/Massnahmen.

Insgesamt finden wir Behandlungen/Massnahmen mit vergleichsweise tiefen Verbleiberaten (<70%) und andere mit höheren Verbleiberaten (>70%)[32]. Tiefe Verbleiberaten finden wir v.a. bei stationären Behandlungen (auch wenn sie kombiniert sind mit IV-Massnahmen oder Berentung): im Wesentlichen zeigen diese tiefen Verbleiberaten, dass die Versicherten relativ häufig stationäre Behandlungen wieder verlassen, indem sie z.B. in ambulante Behandlungen oder in alleinstehende IV-Massnahmen

[31] Behandlungs- bzw. massnahmenfreie Phase: d.h., bei diesen Versicherten sind zwar für den betreffenden Zeitraum bestimmte Ereignisse dokumentiert, aber (noch) keine medizinischen Behandlungen oder IV-Massnahmen.

[32] Zum Vergleich: die Verbleiberaten bei den Bildungslagen liegen höher, nämlich zwischen 70%-90%.

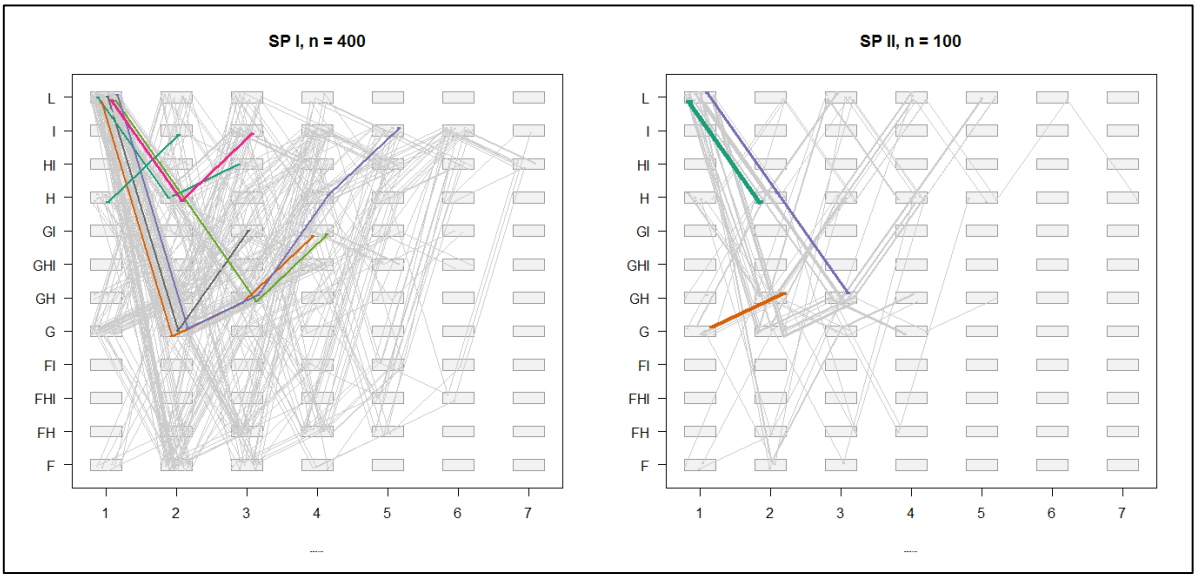
oder Berentungen wechseln. Hohe Verbleiberaten finden wir dagegen v.a. bei IV-Massnahmen als alleinstehende Intervention oder in Kombination mit einer Berentung.

Tabelle 62: Verbleibe- und Wechselraten zwischen Behandlungen/Massnahmen (Gesamtstichprobe)

	[→ F]	[→ F/H]	[→ F/H/I]	[→ F/I]	[→ G]	[→ G/H]	[→ G/H/I]	[→ G/I]	[→ H]	[→ H/I]	[→ I]	[→ L]
[F →]	**59%**	10%	1%	2%	12%	5%	0%	0%	2%	0%	2%	7%
[F/H →]	0%	**64%**	2%	8%	0%	6%	0%	2%	11%	2%	4%	0%
[F/H/I →]	0%	0%	**70%**	0%	0%	0%	0%	0%	0%	25%	5%	0%
[F/I →]	0%	0%	6%	**55%**	0%	0%	0%	0%	0%	10%	29%	0%
[G →]	3%	1%	0%	0%	**67%**	19%	0%	3%	2%	0%	1%	4%
[G/H →]	0%	1%	0%	0%	1%	**79%**	3%	6%	6%	0%	2%	0%
[G/H/I →]	0%	0%	2%	0%	0%	0%	**72%**	12%	0%	12%	3%	0%
[G/I →]	0%	0%	1%	0%	0%	0%	20%	**70%**	0%	1%	8%	0%
[H →]	0%	1%	0%	0%	0%	5%	0%	0%	**84%**	2%	7%	1%
[H/I →]	0%	0%	3%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	**80%**	16%	0%
[I →]	0%	0%	0%	2%	0%	0%	1%	0%	0%	28%	**70%**	0%
[L →]	2%	0%	0%	0%	7%	1%	0%	0%	9%	0%	0%	**79%**

F: stationäre psychiatr. Behandlung; G: ambulante psychiatr. Behandlung; H: IV-Massnahme; I: Rentenbezug; L: keine Behandlung/Massnahme dokumentiert; mehrere Buchstaben=gleichzeitig vorkommende Behandlungen/Massnahmen

Abbildung 38: Abfolge IV-Massnahmen und Behandlungen – die 25% häufigsten Sequenzen nach Rentenstatus



SP I: Rentenbezug; SP II: kein Rentenbezug; F: stationäre psychiatr. Behandlung; G: ambulante psychiatr. Behandlung; H: IV-Massnahme; I: Rentenbezug; L: keine Behandlung/Massnahme dokumentiert

Prägnanter werden diese Abfolgen von Behandlungen/Massnahmen in Abbildung 38, wo besonders häufige individuelle Behandlungs- und Massnahmenpfade (häufig = ein bestimmtes Sequenzmuster sollte zu den 25% häufigsten Sequenzen zählen) nach dem Rentenstatus der Versicherten dargestellt sind. Die Abbildungen zeigen auf der linken, vertikalen Achse die einzelnen Behandlungs-/Massnahmen-Varianten und auf der horizontalen Achse die Rangreihe der Behandlungen/Massnahmen. Die

farbig dargestellten Pfade geben häufige Muster von Behandlungs-/Massnahmesequenzen wieder, die Gesamtheit der einzelnen Sequenzen ist grau dargestellt.

Diese Darstellung hebt bei den Stichproben folgende häufige Behandlungs-/Massnahmenpfade hervor:

a) Rentenbeziehende

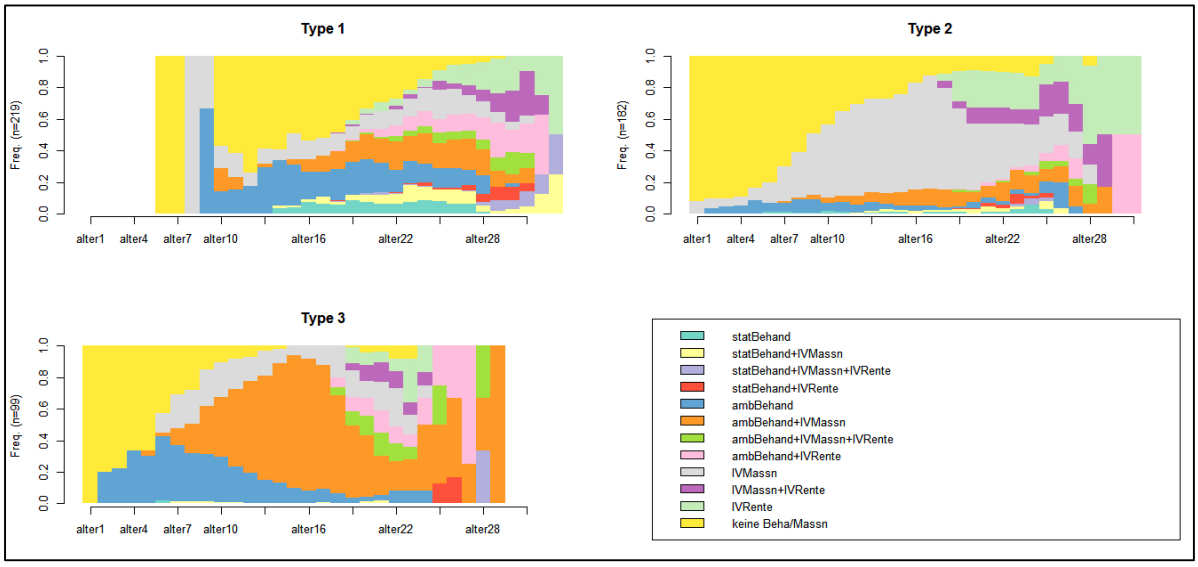
- IV-Massnahme → Rentenbezug
- keine dokumentierte Behandlung/Massnahme → IV-Massnahme → Rentenbezug
- keine dokumentierte Behandlung/Massnahme → IV-Massnahme → IV-Massnahme + Rentenbezug
- keine dokumentierte Behandlung/Massnahme → ambulante psychiatr. Behandlung → ambulante psychiatr. Behandlung + IV-Massnahme → ambulante psychiatr. Behandlung + Rentenbezug
- keine dokumentierte Behandlung/Massnahme → ambulante psychiatr. Behandlung → ambulante psychiatr. Behandlung + Rentenbezug
- keine dokumentierte Behandlung/Massnahme → ambulante psychiatr. Behandlung → ambulante psychiatr. Behandlung + IV-Massnahme → IV Massnahme → Rentenbezug

b) Nicht-Rentenbeziehende

- ambulante psychiatr. Behandlung → ambulante psychiatr. Behandlung + IV-Massnahme
- keine dokumentierte Behandlung/Massnahme → IV-Massnahme
- keine dokumentierte Behandlung/Massnahme → ambulante psychiatr. Behandlung + IV-Massnahme

6.2.3 Typologie von Behandlungs-/Massnahmen-Sequenzen

Abbildung 39: drei Typen von charakteristischen Behandlungs-/Massnahmen-Verlaufsmustern (Gesamtstichprobe, N=500)



Im Folgenden wurde basierend auf eine Clusteranalyse[33] untersucht, ob sich bestimmte typische Muster von Behandlungs-/Massnahmensequenzen in den Daten identifizieren lassen. Diese Analyse lieferte drei plausible Typen von Verlaufsmustern (Abbildung 39):

[33] Für die Clusteranalyse wurde ein Distanzmass verwendet, welches nach der Methode des „Optimal Matching" (MacIndoe & Abbott, 2004) berechnet wurde. Als Verfahren wurde die hierarchische agglomerative Clusteranalyse eingesetzt, als Fusionierungsalgorithmus wurde die WARD-Methode verwendet.

- *Typ 1, „Psychiatrie-Karriere“ (N=219 Versicherte):* ähnlich wie bei den Bildungsverläufen handelt es sich hier um eine Gruppe von Versicherten mit einem vergleichsweise späten (ab dem 6. Altersjahr) Beginn der Dokumentation von Ereignissen im Dossier. Charakteristisch ist die grosse Bedeutung psychiatrischer Behandlungen (sowohl ambulante als auch stationäre) über alle Altersgruppen. Die Behandlungen erfolgen entweder alleinstehend oder in Kombination mit IV-Massnahmen.
- *Typ 2 „IV-Karriere“ (N=182):* im Unterschied zu Typ 1 haben hier psychiatrische Behandlungen einen geringen Stellenwert – Wenn sie vorkommen, dann überwiegend in Kombination mit IV-Massnahmen. Die Verläufe werden jedoch dominiert durch alleinstehende IV-Massnahmen und ggf. späterem Rentenbezug. Auffallend ist auch, dass die Dokumentation von Behandlungen/Massnahmen erst ab dem Schulalter substantiell zunimmt, in den vorangehenden Altersjahren (1-5 Jahren) finden wir dagegen nur sehr wenige Interventionen.
- *Typ 3, „Ambulante“ (N=99):* bei dieser Gruppe schliesslich spielen ambulante psychiatrische Behandlungen eine grosse Rolle (stationäre Behandlungen kommen praktisch nicht vor); sie erfolgen ab dem Schulalter aber meistens in Kombination mit IV-Massnahmen und später mit Berentung.

Die Verteilung typischer Behandlungs-/Massnahmen-Verläufe unterscheidet sich nur geringfügig nach dem Rentenstatus (Tabelle 10).

Tabelle 63: Behandlungs-/Massnahmen-Verlaufstypen nach Stichproben

Verlaufstyp	Rentenbeziehende (N=400)	Nicht-Rentenbeziehende (N=100)
Psychiatrie-Karriere	45%	41%
IV-Karriere	37%	34%
Ambulante	19%	25%

6.2.4 Zusammenhänge zwischen Behandlungs-/Massnahmen-Typen und ausgewählten Merkmalen

Wie die grafische Veranschaulichung der Behandlungs-/Massnahmenverläufe bereits andeutete, fällt die Zusammensetzung der Verlaufstypen nach dem aktuellen Alter der Versicherten sehr unterschiedlich aus (Tabelle 64). Versicherte mit Psychiatrie-Karriere sind deutlich älter als die anderen beiden Gruppen, indem rund die Hälfte 26 Jahre oder älter sind, und ein weiteres Drittel ist zwischen 22 und 25 Jahre alt. Umgekehrt sind Personen mit einer überwiegend ambulant-psychiatrischen Behandlungskarriere am jüngsten mit zwei Dritteln im Alter von 17-21 Jahren. Aber auch Versicherte mit einer IV-Karriere weisen eine grosse (55%) Gruppe von Personen im Jugendalter (17-21 Jahre) auf.

Tabelle 64: Behandlungs-/Massnahmen-Typen nach Alter (Gesamtstichprobe, N=500)

Alter*	Psychiatrie-Karriere (N=219)	IV-Karriere (N=182)	Ambulante (N=99)
• 17-21 Jahre	18%	55%	65%
• 22-25 Jahre	30%	29%	29%
• 26+ Jahre	53%	16%	6%
*) Aktuelles Alter=Alter zum Zeitpunkt des letzten dokumentierten Ereignisses (Bildungslage, Interventionen) im Versichertendossier			

Die oben beschriebenen drei Behandlungs-/Massnahmentypen lassen sich durch relativ prägnante, spezifische diagnostische Profile (IV Gebrechenscodizes, ICD-Diagnosen) charakterisieren (siehe Tabelle 65):

- Unter der Gruppe der Versicherten mit „Psychiatrie-Karriere“ finden wir mit Blick auf die IV-Gebrechen besonders häufig Fälle mit Persönlichkeits- oder reaktiven Störungen (645/646-Codes: 47%) oder mit Psychosen (641-644: 36%), in Bezug auf die ICD-Diagnosesyndrome dominieren Schizophrenien (36%) und komorbide Persönlichkeitsstörungen mit Abhängigkeitserkrankungen (27%).
- Bei Personen mit „IV-Karriere“ bilden Entwicklungsstörungen mit Minderintelligenz – sowohl nach IV-Gebrechens-Nomenklatura als auch nach ICD – die am häufigsten vorkommende diagnostische Gruppe (52% bzw. 49%). Rund ein Fünftel der Fälle dieser Gruppe weisen darüber hinaus nach IV-Gebrechen Persönlichkeits- oder reaktive Störungen und nach ICD frühe Verhaltensstörungen auf.
- Die dritte Gruppe der sog. „Ambulanten“ ist besonders durch frühe Störungen charakterisiert: nach IV-Gebrechen sind dies die Geburtsgebrechen (35%) und die Entwicklungsstörungen (31%), nach ICD die frühen Verhaltensstörungen (48%) und die multiplen frühen Störungen (20%).

Tabelle 65: Behandlungs-/Massnahmen-Typen nach Diagnosen (Gesamtstichprobe, N=500)

	Psychiatrie-Karriere (N=219)	IV-Karriere (N=182)	Ambulante (N=99)
IV-Gebrechen			
• Geburtsgebrechen (401/404)	4%	12%	35%
• Psychosen (641-644)	36%	14%	13%
• Persönl.- & reaktive Störungen (645/646)	47%	22%	20%
• Entwickl.störungen, Minderintelligenz (649)	13%	52%	31%
ICD-Diagnosespektren			
• Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung	11%	49%	15%
• Schizophrenie	36%	5%	2%
• Frühe Verhaltensstörungen	6%	23%	48%
• Multiple schwere frühe Störungen	3%	10%	20%
• Persönlichkeitsstörung, komorbid, ohne Sucht	17%	4%	3%
• Persönlichkeitsstörung, komorbid, mit Sucht	27%	10%	11%

In Bezug auf die Art der verfügten IV-Massnahmen zeigt sich besonders für die Gruppe der Versicherten mit Psychiatrie-Karriere ein deutlich von den anderen beiden Gruppen abweichendes Profil (Tabelle 66): so wurden nur sehr wenige medizinische Massnahmen (9%) verfügt[34] und nur bei rund zwei Dritteln der Versicherten dieser Gruppe erfolgten berufliche und schulische Massnahmen (im Unterschied zu über 90% bei den anderen beiden Gruppen). Auffallend ist auch, dass bei rund einem Sechstel der Versicherten mit Psychiatrie-Karriere überhaupt keine Verfügungen verzeichnet sind, wogegen bei den anderen beiden Gruppen praktisch alle Personen Massnahmen verfügt erhielten.

Versicherte mit IV-Karriere und Versicherte mit einem Schwerpunkt von ambulant-psychiatrischen Behandlungen unterscheiden sich voneinander nur in Bezug auf die medizinischen Massnahmen, welche bei den Ambulanten häufiger verordnet wurden (74% vs. 51%).

[34] Dies ist eine Folge der Altersbeschränkung bei den medizinischen IV-Massnahmen, die nur bis zum 20. Altersjahr ausgerichtet werden.

Tabelle 66: Behandlungs-/Massnahmen-Typen nach Art der IV-Massnahmen (Gesamtstichprobe, N=500)

	Psychiatrie-Karriere (N=219)	IV-Karriere (N=182)	Ambulante (N=99)
IV-Massnahmen[*]			
• Abklärungsmassnahmen	51%	50%	57%
• Medizinische Massnahmen	9%	51%	74%
• Berufliche Massnahmen	68%	93%	91%
• Andere	3%	18%	14%
• Keine Massnahmen	16%	3%	0%
*) Mehrfachoptionen möglich			

Die Behandlungs-/Massnahmentypen unterscheiden sich untereinander auch deutlich in Bezug auf die aktuelle und bisherige berufliche Beschäftigung (Tabelle 67): Unter den Versicherten mit einer Psychiatrie-Karriere sind aktuell zwar nur rund ein Viertel beschäftigt, aber über 40% blicken auf eine Berufskarriere auf dem ersten Arbeitsmarkt zurück, nur ein Viertel war nie beruflich tätig. Demgegenüber sind beinahe die Hälfte (45%) der Personen mit IV-Karriere aktuell beschäftigt, aber nur relativ wenige (18%) gingen je einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nach. Versicherte mit ambulant-psychiatrischen Behandlungskarriere schliesslich sind zu rund einem Drittel (36%) aktuell beschäftigt, viele (40%) aber waren bisher überhaupt nie beschäftigt, und nur sehr wenige (9%) dieser Gruppe waren je auf dem 1. Arbeitsmarkt tätig.

Tabelle 67: Behandlungs-/Massnahmen-Typen nach Beschäftigung (Gesamtstichprobe, N=500)

Beschäftigung	Psychiatrie-Karriere (N=219)	IV-Karriere (N=182)	Ambulante (N=99)
• aktuell beschäftigt	25%	45%	36%
• jemals beschäftigt 1. Arbeitsmarkt	42%	18%	9%
• jemals beschäftigt nur geschützter Rahmen	12%	15%	14%
• nie beschäftigt	21%	23%	40%

Schliesslich haben wir die Typologie der Behandlungs-/Massnahmenverläufe jener der Bildungslaufbahnen gegenübergestellt. Auch hier zeigen sich auffällige Konstellationen (Tabelle 68): Die Gruppe der Versicherten mit Psychiatrie Karriere und jene der sog. Nachzügler in Bezug auf die Bildungslaufbahnen sind annähernd identisch (90%). Es handelt sich um jene Versicherten mit relativ spätem Einstieg bei der IV, über deren Schullaufbahn wir weitgehend im Dunkeln stehen und von denen wir oft erst über Informationen ab Sekundarstufe II verfügen. Sowohl unter den Versicherten mit IV-Karriere als auch mit einer ambulant-psychiatrischen Behandlungskarriere sind am stärksten (43% und 48%) die „Anschlusslosen“ vertreten, also jene Personen mit Lücken beim Übergang von der Schule in Beruf oder Beschäftigung.

Tabelle 68: Behandlungs-/Massnahmen- nach Bildungsverlaufs-Typen (Gesamtstichprobe, N=500)

Bildungsverlaufs-Typen	Psychiatrie-Karriere (N=219)	IV-Karriere (N=182)	Ambulante (N=99)
• Nachzügler	90%	1%	0%
• Schulwechsler	2%	27%	32%
• Anschlusslose	8%	43%	48%
• Sonderschüler	1%	29%	19%

6.2.5 Fazit

Es liessen sich drei typische Muster von Behandlungs- und IV-Massnahmen-Verläufen basierend auf den Versichertendossiers identifizieren: 1) die „Psychiatrie-Karriere“, 2) die „IV-Karriere“ und 3) die „Ambulante“ Behandlungskarriere. Während diese Verlaufsmuster unabhängig vom Rentenstatus in ähnlicher Verteilung vorkommen, zeigen sich in Bezug auf die Alterszusammensetzung, die Diagnosen, die Art der IV-Massnahmen, die bisherige und die aktuelle berufliche Beschäftigung deutliche Unterschiede.

Die Versicherten mit einer Psychiatriekarriere (44% aller Fälle in der Gesamtstichprobe) sind deutlich älter und weisen schwere psychische Störungen im Bereich der Schizophrenien und Persönlichkeitsstörungen mit Suchtproblematik auf. Sie gehen aktuell nur zu einem Viertel einer Beschäftigung nach, viele blicken aber auf eine Berufslaufbahn im ersten Arbeitsmarkt zurück. Berufliche/schulische IV-Massnahmen werden bei dieser Gruppe weniger häufig (68%) als bei den anderen Gruppen (wo sie praktisch die Regel darstellen) verordnet, medizinische Massnahmen sind sehr selten (9%) und bei rund einem Sechstel sind überhaupt keine verfügten IV-Massnahmen dokumentiert . Die Versicherten mit Psychiatrie-Karriere sind annähernd identisch mit dem Bildungsverlaufs-Typus der „Nachzügler“, deren Schullaufbahn weitgehend unbekannt ist und v.a. entweder durch Lücken in der Bildungslaufbahn oder durch Verläufe von Berufsbildung zu Beschäftigung charakterisiert ist.

Personen mit einer IV-Karriere (36% aller Fälle) sind jünger (rund die Hälfte zwischen 17 und 21 Jahren), charakteristisch sind Entwicklungsstörungen mit Intelligenzminderung. Vergleichsweise viele (45%) gehen aktuell einer beruflichen Beschäftigung nach, aber nur wenige haben je im ersten Arbeitsmarkt gearbeitet. Berufliche/schulische IV-Massnahmen sind die Regel und rund die Hälfte der Fälle erhielt auch medizinische Massnahmen. Besonders häufig (43%) ist unter den Versicherten mit IV-Karriere der Bildungsverlaufstypus der „Anschlusslosen“ mit Lücken beim Übergang von der regulären Schulzeit in die Berufsbildung vertreten. Aber auch Schulwechsler und Sonderschüler bilden wichtige Gruppen mit einem Anteil von je rund einem Viertel der Versicherten.

Die Gruppe der Personen mit einer ambulanten Karriere (20% aller Fälle) weist mit zwei Dritteln den grössten Anteil an Versicherten im Jugendalter auf, sogenannte frühe Störungen kommen unter diesen Personen besonders häufig vor. Rund ein Drittel geht aktuell einer Beschäftigung nach, viele (40%) haben jedoch noch nie eine berufliche Tätigkeit ausgeübt. Auch hier sind berufliche/schulische IV-Massnahmen die Regel, aber auch medizinische Massnahmen kommen sehr häufig (75%) vor. Der prominente Bildungsverlaufstyp (48%) stellen auch bei dieser Gruppe die „Anschlusslosen“ dar, Sonderschüler kommen etwas weniger vor.

7 Vergleiche von Krankheitstypen, Desintegrationsverläufen und Massnahmekarrieren

Dieses Kapitel gibt kurz einen zusammenfassenden Überblick über relevante Zusammenhänge zu den bisher referierten deskriptiven Resultaten zu Belastungsfaktoren, Krankheit, Behinderung und Behandlung, Bildungsverläufen, Einbezug von Einrichtungen und Fachpersonen sowie Interventionen.

Um die Fülle der Einzelresultate zu bündeln, werden im Folgenden die gefundenen Typologien (Belastungen, Krankheiten, Bildungssequenzen, Institutionen und Massnahmen) zueinander in Bezug gesetzt. Da sich die Zusammenhänge zwischen den Typologien nach Rentenbezug/Nicht-Rentenbezug kaum unterscheiden, werden hier alle analysierten Versicherten (N=500) in die Auswertungen miteinbezogen. Bei den gefundenen Typologien handelt es sich um die folgenden in Tabelle 69:

Tabelle 69: Übersicht über die verschiedenen Typologien (jeweils n=500; gewichtet)

	Prozent (%)
Belastungstypen	
Typ 1: unbelastet	46.3%
Typ 2: Multiple Belastungen, Eltern getrennt	17.6%
Typ 3: Multiple Belastungen, Eltern zusammenlebend	17.9%
Typ 4: Eltern getrennt, kaum sonstige Belastungen	18.1%
Diagnosetypen	
Typ 1: Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung	21.9%
Typ 2: Schizophrenie	16.8%
Typ 3: Persönlichkeitsstörung, komorbid, ohne Sucht	16.1%
Typ 4: Frühe Verhaltensstörungen	25.3%
Typ 5: Multiple schwere frühe Störungen	10.8%
Typ 6: Persönlichkeitsstörung, komorbid, mit Sucht	9.1%
Bildungskarrieren	
Typ 1: Nachzügler mit Bildungslücken	39.4%
Typ 2: Schulwechsler	17.2%
Typ 3: Anschlusslose	28.6%
Typ 4: Sonderschüler	14.8%
Typologie der ärztlich empfohlenen/effektiven Massnahmen	
Typ 1: Ambulante und stationäre Psychiatrie	67.5%
Typ 2: Sonderschule und ambulante Psychiatrie	32.5%
Typologie der involvierten Institutionen und Fachpersonen	
Typ 1: Erwachsenenalter: Psychiatrie, Arbeitgeber	30.2%
Typ 2: Kindes- bis Jugendalter: Pädiatrie, Sonderpädagogik, Lehrbetrieb	24.5%
Typ 3: Jugend- bis Erwachsenenalter: Psychiatrie	26.5%
Typ 4: Kindes- bis Erwachsenenalter: Multipel ohne Heim	10.4%
Typ 5: Kindes- bis Erwachsenenalter: Multipel mit Heim	8.3%

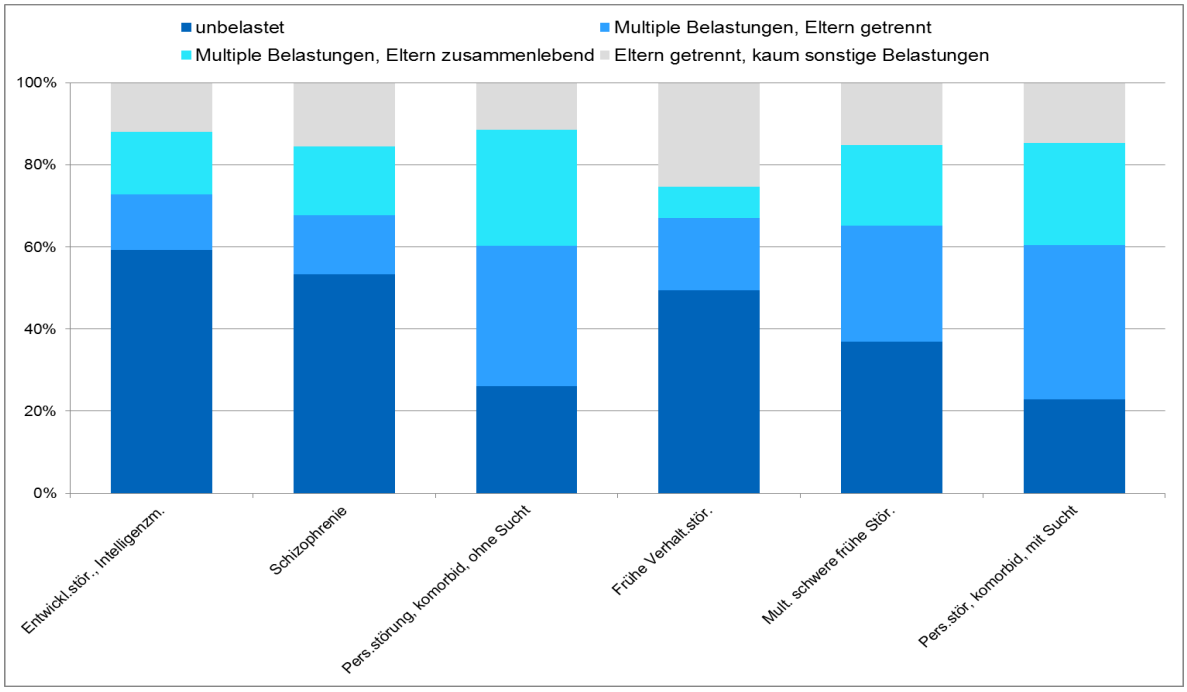
7.1 Zusammenhänge nach Krankheitskonstellationen

Zunächst werden einige Zusammenhänge der Krankheitskonstellationen mit anderen Typologien gezeigt, da den Krankheitstypen eine entscheidende Bedeutung im gesamten Berentungsverfahren zukommt.

Setzt man Krankheitstypen und Belastungskonstellationen miteinander in Beziehung (Abbildung 40), so zeigt sich, dass es drei Diagnosetypen mit relativ geringer früher familiärerer Belastung gibt und zwei Diagnosetypen, die erhebliche Belastungen mitbringen (die beiden mittleren Stapel im Stapeldiagramm zeigen die Anteile der erheblich belasteten Typen).

Die beiden Diagnosetypen mit Persönlichkeitsstörungen (einmal mit und einmal ohne Suchtprobleme) sind besonders häufig stark belastet: Beide zeigen insgesamt in rund 70% der Fälle eine starke familiäre Belastung mit multiplen familiären Belastungen. Versicherte mit multiplen schweren frühen Störungen sind ebenfalls häufig (in rund 50% der Fälle) schwer belastet. Demgegenüber sind Versicherte mit frühen Verhaltensstörungen (rund 20% mit familiären Belastungen), mit Entwicklungsstörungen und Intelligenzminderung sowie mit Schizophrenie (je rund 30%) vergleichsweise selten familiär belastet. Dies weist darauf hin, dass die Bedeutung der frühen biografischen Belastung bei vorwiegend organisch bedingten Störungen niedriger liegt.

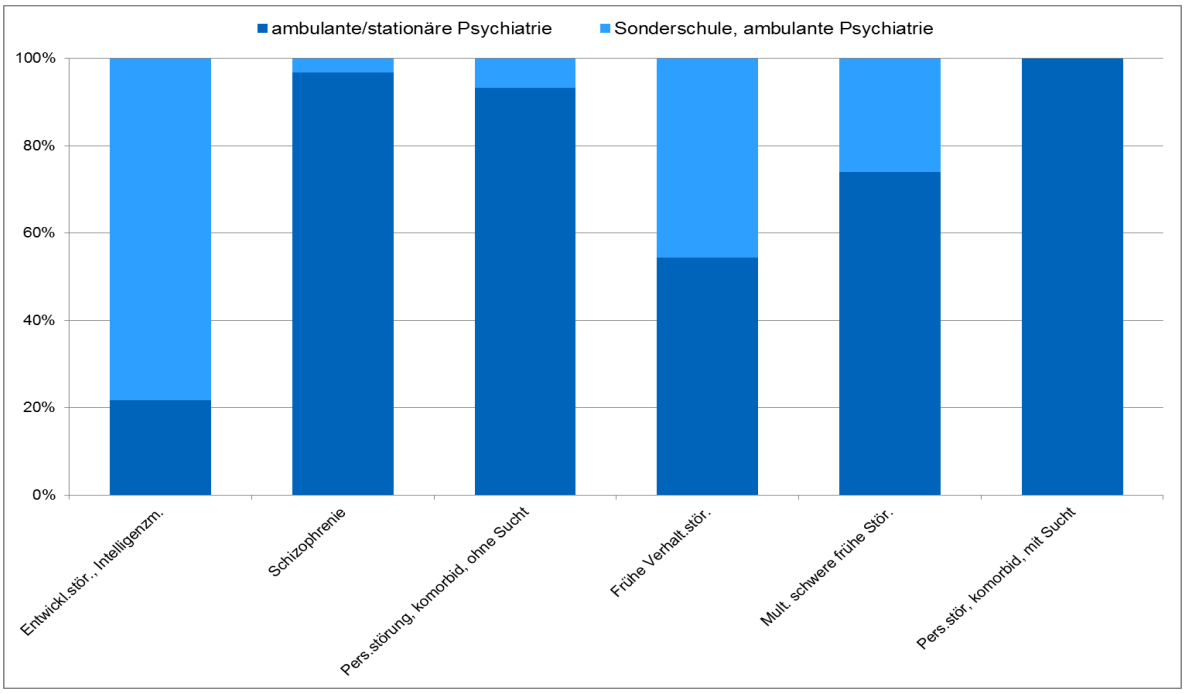
Abbildung 40: Familiäre Belastungen der verschiedenen Krankheitstypen



Der Unterschied zwischen den Diagnosetypen Persönlichkeitsstörungen/Schizophrenie sowie den anderen Diagnosetypen zeigt sich tendenziell auch bei der Inanspruchnahme der Hilfsangebote (Abbildung 41): Versicherte mit einer Schizophrenie oder mit Persönlichkeitsstörung werden fast ausschliesslich psychiatrisch betreut, wohingegen Personen mit Entwicklungsstörungen und Intelligenzminderung fast ausschliesslich mit Sonderschulmassnahmen und ambulanten psychiatrischen Massnahmen betreut werden.

Personen mit frühen Verhaltensstörungen und mit multiplen schweren frühen Störungen schliesslich werden sowohl mit Sonderschulmassnahmen als auch ambulant und stationär psychiatrisch betreut.

Abbildung 41: Hauptsächliche Versorgung der verschiedenen Krankheitstypen



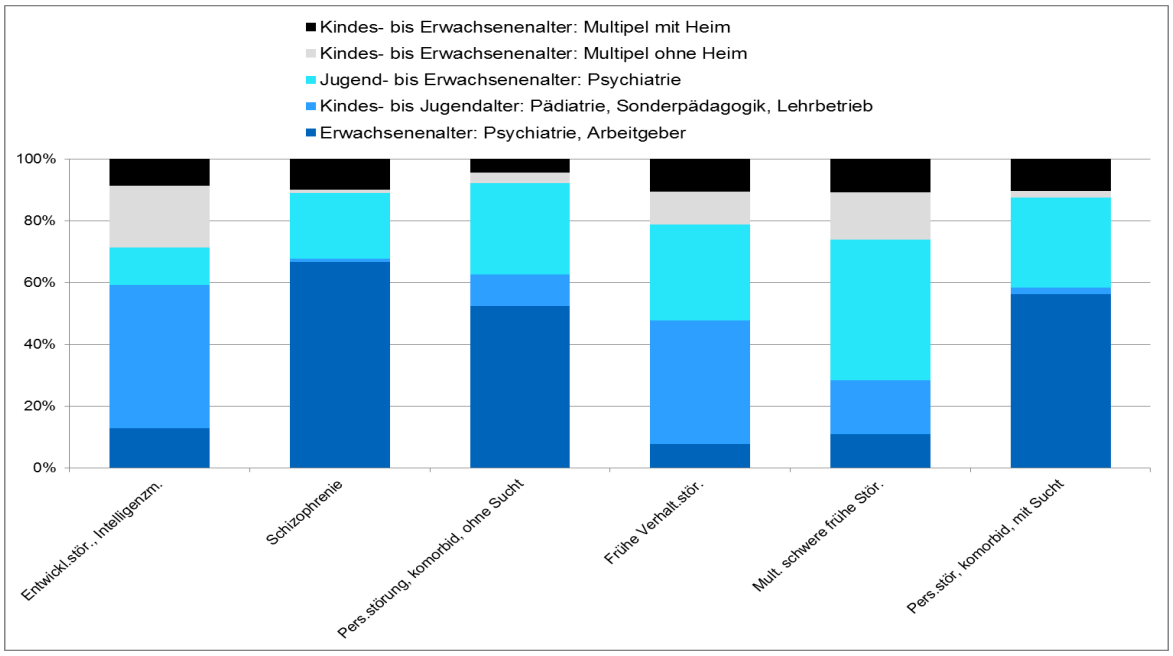
Die detailliertere Typologie der involvierten Einrichtungen/Fachpersonen zeigt (Abbildung 42), dass Versicherte mit Entwicklungsstörungen und Minderintelligenz meist über die gesamte bisherige Lebensspanne von multiplen Einrichtungen (in der Hälfte der Fälle mit Heimaufenthalt) betreut wurden.

Bei den Versicherten mit einer schizophrenen Störung ist die Verteilung anders - bei ihnen waren fast immer psychiatrische Dienste sowie Arbeitgeber involviert. Dies reflektiert das - in dieser Stichprobe - höhere Ersterkrankungsalter von Schizophrenen.

Die beiden Diagnosetypen mit Persönlichkeitsstörung wurden ebenfalls häufig (in rund 50% der Fälle) von psychiatrischen Diensten und von Arbeitgebern betreut - allerdings waren sie häufig (in rund 30% der Fälle) auch schon im Jugendalter psychiatrisch betreut. Auch dies bildet das Ersterkrankungsalter bei Persönlichkeitsstörungen gut ab: Persönlichkeitsstörungen beginnen spätestens in der Adoleszenz.

Versicherte mit frühen Verhaltensstörungen und multiplen schweren frühen Störungen schliesslich zeigen die umfassendste und längste Inanspruchname von Hilfsangeboten: Sie wurden von Kindheit bis Erwachsenenalter von einer Vielzahl von sonderpädagogischen, psychiatrischen und Ausbildungseinrichtungen betreut, wobei der Typ der multiplen schweren frühen Störungen häufiger auch rein psychiatrische Hilfe beanspruchte.

Abbildung 42: Involvierte Institutionen/Fachpersonen bei den verschiedenen Krankheitstypen

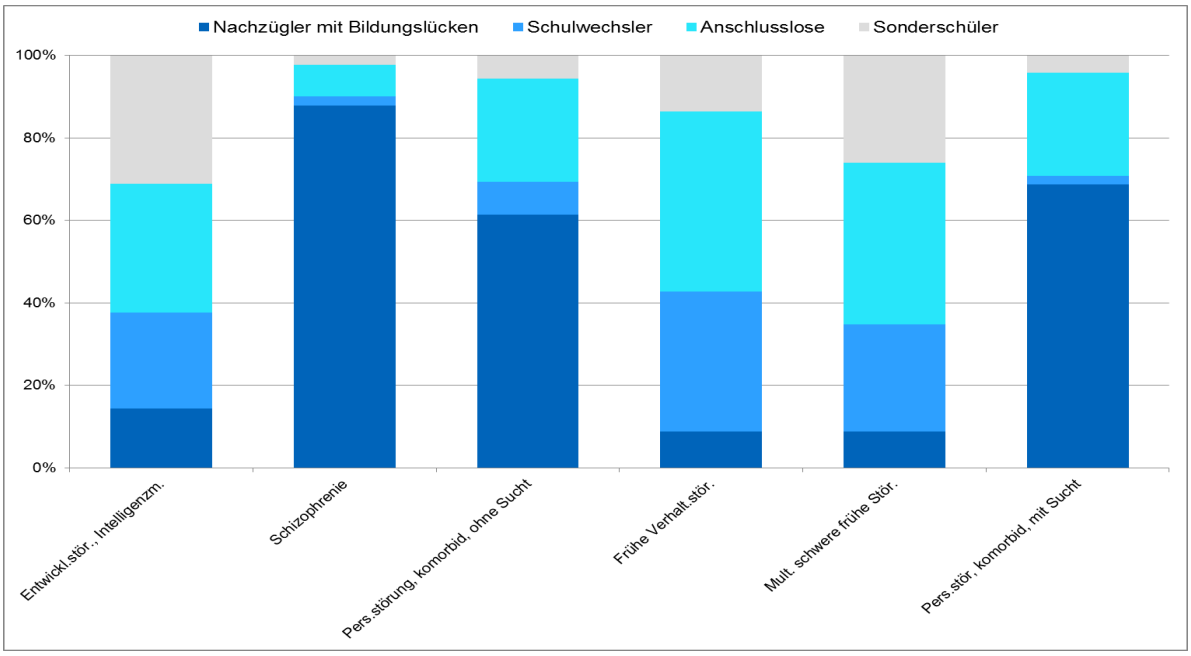


Im Hinblick auf die Bildungskarrieren (Abbildung 43) zeigen sich ebenso deutliche Unterschiede zwischen Schizophrenie/Persönlichkeitsstörungen einerseits und den sehr frühen Störungen respektive Geburtsgebrechen: Bei Versicherten mit Schizophrenie/Persönlichkeitsstörung überwiegen die Bildungskarrieren mit Besuch der Regelschule - Typ 1 (Nachzügler mit Bildungslücken).

Bei den frühen Verhaltensstörungen dominieren Bildungsverläufe vom Typ 2 (Schulwechsler) sowie vom Typ 3 (Anschlusslose).

Bei Entwicklungsstörungen und Intelligenzminderung sowie bei den multiplen schweren frühen Störungen überwiegen erwartungsgemäss die Sonderschullaufbahnen vom Typ 4 (Sonderschüler) sowie Typ 3 (Anschlusslose).

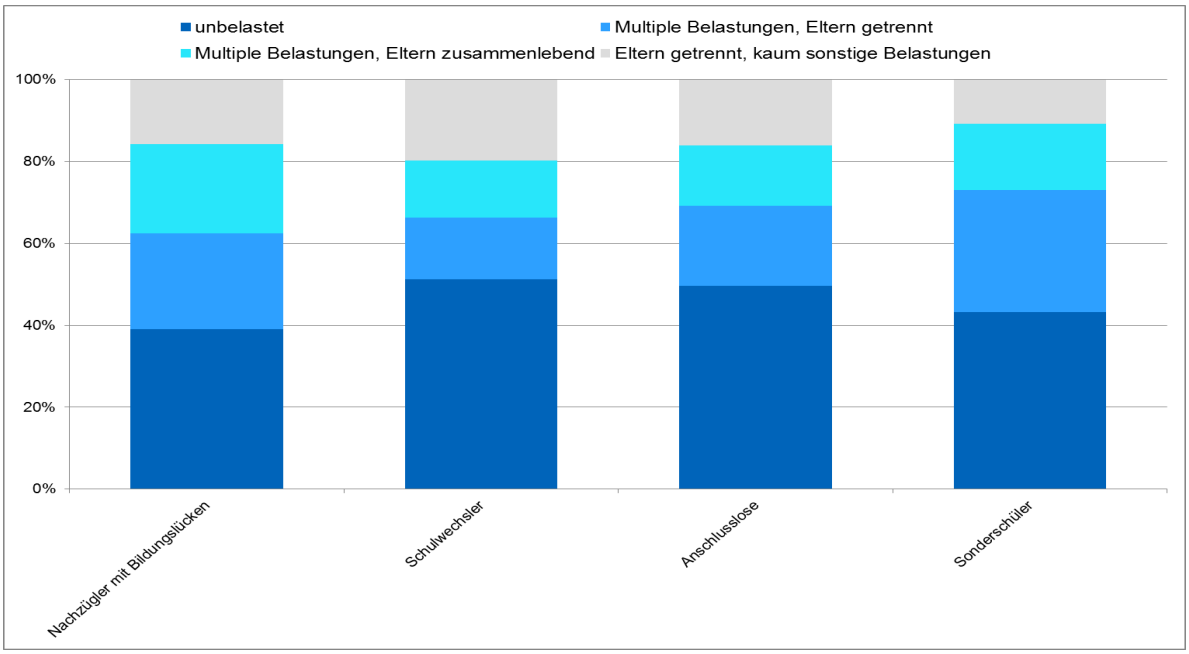
Abbildung 43: Bildungskarrieren bei den verschiedenen Krankheitstypen



7.2 Zusammenhänge nach Bildungssequenzen

Die verschiedenen Bildungslaufbahntypen unterscheiden sich nach familiären Belastungserfahrungen. Höhere Anteile von Personen mit multiplen familiären Belastungen zeigen sich in den Bildungsverlaufstypen 1 (Nachzügler mit Bildungslücken) und 4 (Sonderschüler) – wo jeweils rund die Hälfte der Personen betroffen ist (Abbildung 44). Dies ist nachvollziehbar, da es sich beim Bildungstyp 1 häufig um Personen mit Persönlichkeitsstörung handelt, die viel familiäre Belastung mitbringen. Beim Bildungstyp 4 handelt es sich häufig um den Diagnosetyp der multiplen schweren frühen Störungen, also derjenigen Störungsgruppe, die nach den Persönlichkeitsstörungen am häufigsten familiäre Belastungen mitbringt.

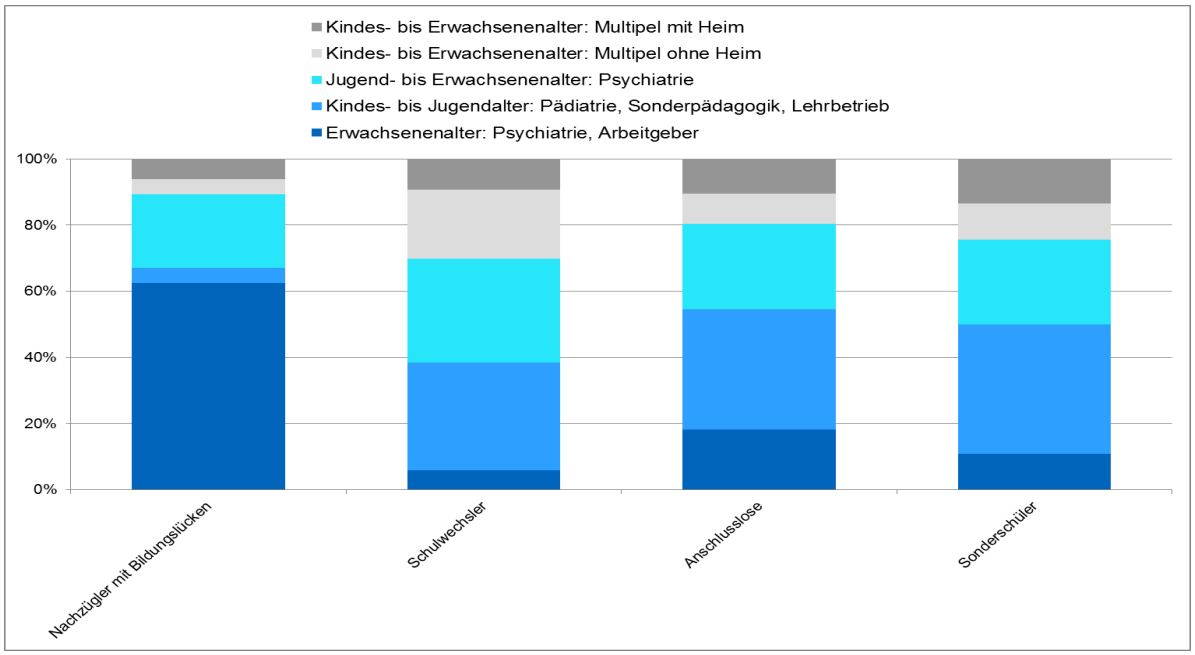
Abbildung 44: Familiäre Belastungen bei den verschiedenen Bildungsverlaufstypen



Die folgende Abbildung (Abbildung 45) zeigt die Verteilung Hilfseinrichtungen und Fachpersonen über die Bildungskarrieren. Beim Typ 1 (Nachzügler mit Bildungslücken) dominiert die erwachsenenpsychiatrische Behandlung inklusive Einbezug von Arbeitgebern sowie die jugendpsychiatrische Behandlung.

Bei den anderen drei Bildungsverlaufstypen kamen demgegenüber oft schon im Kindes- bis Jugendalter pädiatrische, sonderpädagogische und Berufsbildungsangebote zum Einsatz sowie ab dem Jugendalter auch psychiatrische Dienste. Die „Schulwechsler“ fallen zudem besonders dadurch auf, dass bei ihnen in rund 30% der Fälle eine Vielzahl von Einrichtungen/Fachpersonen zum Einsatz kam – und zwar vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter.

Abbildung 45: Involvierte Institutionen bei den verschiedenen Bildungsverlaufstypen



7.3 Fazit

In der Zusammenschau zeigt sich eine inhaltlich plausible Verschränkung von Krankheitstypen sowohl mit dem möglichen Entstehungszusammenhang (Typen familiärer Belastung), als auch mit der Art und Weise, wie das Versorgungssystem darauf reagiert (Versorgungstypen), mit der Frage, welche Institutionen dazu eingebunden werden (Typologie der Institutionen bzw. Fachpersonen), und mit der Auswahl, welche Bildungsverläufe mit welchem Krankheitstypus verbunden sind. Wie schon bei der Untersuchung der erwachsenen Rentenbezieher (Baer, Frick & Fasel, 2009) erweist sich die medizinische Kennzeichnung von Gesundheitseinschränkungen als DIE zentrale Begrifflichkeit, um die herum die unterschiedlichen Versorgungs- und Bildungsleistungen der Gesellschaft systematisiert und organisiert werden. Diese Abläufe sind regelhaft und keinesfalls willkürlich. Ob diese regulierten Versorgungsabläufe allerdings auch jeweils die bestmögliche medizinische Effektivität und psychosoziale Wirksamkeit aufweisen, kann aufgrund des Charakters der zugrundeliegenden Daten (Verwaltungsdokumentation, keine wissenschaftliche Vergleichsstudie) nicht herausgelesen werden.

8 Risikofaktoren für eine frühe Invalidisierung (Vergleiche IV-Rentner vs Nicht-Rentner)

Eine zentrale Fragestellung dieser Untersuchung ist diejenige nach den Risikofaktoren für eine frühe Invalidisierung. Um diese abschätzen zu können, wurden neben den IV-Dossiers der 400 JungrentnerInnen auch 100 Dossiers von jungen Personen analysiert, welche Leistungen der IV erhalten haben, aber in der Folge nicht berentet wurden (Vergleichsgruppe).

Im Folgenden werden diese beiden Personengruppen einander zunächst rein deskriptiv gegenübergestellt. Es wird dargestellt, wie sich verschiedene Merkmale über diese beiden Personengruppen verteilen. Dabei wird dem Aufbau des bisherigen Berichtes gefolgt, das heisst junge Rentenbezüger und Nicht-Rentenbezüger werden verglichen anhand ihrer

1. Soziodemografischen Merkmale
2. familiären Belastungen
3. Erkrankungen
4. Behandlungsmerkmale und ärztlichen prognostischen Einschätzung
5. Auffälligkeiten in Schule und Ausbildung
6. erhaltenen IV-Massnahmen und beantragten aber abgelehnten IV-Massnahmen
7. involvierten Support-Einrichtungen und Fachpersonen sowie ihrem
8. aktuellen Erwerbsstatus bei Dossierkodierung.

Dabei werden auch die in den vorherigen Kapiteln dargestellten Typologien einbezogen (die latenten Klassen der Belastungen, Diagnosen, Massnahmen und involvierten Institutionen). Die deskriptiven Analysen ergeben ein erstes Bild zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden von jungen Versicherten mit und ohne IV-Rente.

Da dies wegen der vielfältigen Verknüpfungen zwischen den verschiedenen auffälligen Merkmalen aber noch keinen Aufschluss gibt über die effektiven, statistisch relevanten Faktoren, die zwischen Berentung/Nicht-Berentung unterscheiden, werden anschliessend zum einen die Ergebnisse einer logistischen Regression gezeigt, mit denen das jeweilige Risiko einzelner Merkmale für eine Berentung quantifiziert werden kann.

Schliesslich werden die verschiedenen Risikofaktoren zueinander in Beziehung gesetzt, um genauere Erkenntnisse darüber zu erhalten, welche Kombinationen von Risikofaktoren zu welchem Berentungsergebnis führt.

8.1 Deskriptive Analysen

Der Vergleich von Rentnern und Nicht-Rentnern erfolgt jeweils mit statistisch gewichteten Daten, da es sich hier um die Unterschiede von zwei unterschiedlichen Populationen handelt. Mit gewichteten Daten kann die ursprüngliche Schichtung bei der Stichprobenziehung von Dossiers von Rentnern und Nicht-Rentnern (nach Sprachregion und Grösse der IV-Stelle) kompensiert werden. Deshalb können nun die Daten von IV-Rentnern von den in den vorherigen Kapiteln gezeigten Werten etwas abweichen.

8.1.1 Soziodemografische Merkmale von Rentnern und Nicht-Rentnern

In Bezug auf soziodemografische Merkmale werden einige Unterschiede deutlich (Tabelle 70).

Nicht-Rentner waren bei ihrem letzten Leistungsbezug vor Stichprobenziehung jünger als Rentner zum Zeitpunkt ihrer Berentung: Rund 64% der Nicht-Rentner waren 18-21 Jahre alt, während bei den

Rentnern mehr als die Hälfte älter als 21 Jahre waren[35]. Dies ist auch insofern relevant, als nicht ausgeschlossen werden kann, dass es sich bei der Vergleichsgruppe der Nicht-Rentner damit zum Teil auch um Versicherte handelt, die *noch* nicht berentet sind.

Auf der anderen Seite zeigt der Bildungsstand Vorteile für die Nicht-Rentner – trotz ihres jüngeren Alters. Rund 30% der Nicht-Rentner haben eine 3 oder 4-jährige Berufsausbildung mit EFZ, eine Matura oder gar einen Tertiärabschluss – ein rund zweimal so hoher Anteil wie bei den Rentnern. Auch bei den unter 3-jährigen Berufsausbildungen zeigen sich deutliche Unterschiede: Drei Viertel der betreffenden Nicht-Rentner hat hier ein Berufsattest respektive eine Anlehre und ein Viertel hat eine praktische Ausbildung/IV-Anlehre. Bei den Rentnern ist das Verhältnis umgekehrt. Dazu ist zu sagen, dass die praktischen Ausbildungen/IV-Anlehren normalerweise ein Jahr dauern und in den meisten Fällen zu einer Tätigkeit im geschützten Rahmen führen, während das Berufsattest 2 Jahre dauert und durch die eidgenössische Anerkennung eher anschlussfähig ist an den ersten Arbeitsmarkt . Bemerkenswert ist schliesslich aber auch, dass sowohl bei den Rentnern wie auch bei Nicht-Rentnern mehr als 40% höchstens einen Sekundarstufe I-Abschluss haben.

In Bezug auf das Geschlecht überwiegen bei den Rentnern die Männer nicht so stark wie bei den Nicht-Rentnern, wo sie fast zwei Drittel der Population ausmachen. Die Nationalität unterscheidet nicht zwischen Rentnern und Nicht-Rentnern (je 80% bzw. 82% sind Schweizer), allerdings haben Rentner häufiger Eltern, die in die Schweiz immigriert sind (36% gegenüber 29%).

[35] Das jüngere Alter der Nicht-Renter liegt vermutlich an folgendem Effekt: Viele Nicht-Renter erhalten medizinische Massnahmen, die bis zum Alter von 20 von der IV bezahlt werden. Daher ist bei vielen Nicht-Rentnern der letzte Leistungsbezug, also der Zeitpunkt der Stichprobenziehung, mit 20 Jahren

Tabelle 70: Nicht-Rentner sind jünger - und trotzdem besser ausgebildet

		Rentenbezug	
		Rentner	Nicht-Rentner
Alter (bei Berentung / letztem Leistungsbezug)			
18-21 Jahre		48.8%	63.8%
22-25 Jahre		31.2%	19.6%
26-29 Jahre		20.0%	16.6%
Geschlecht			
Mann		54.4%	62.6%
Frau		45.6%	37.4%
Nationalität			
Schweiz		79.9%	81.9%
Ausland		20.1%	18.1%
Migration Eltern(teil)			
Ja		36.1%	28.6%
Nein		63.9%	71.4%
Höchste absolvierte Ausbildung			
Primarstufe (ISCED 1)		2.8%	12.8%
Sekundarstufe I (ISCED 2)		39.3%	31.5%
Sekundarstufe II, ISCED 3C (unter 3-jährige Lehren) …		38.5%	23.0%
… davon	Berufsattest/Anlehre	29.0%	73.1%
	IV-Anlehre	26.0%	14.3%
	Praktische Ausbildung	45.0%	12.6%
Sekundarstufe II, ISCED 3B (3-4 jährige Lehren)		14.5%	29.2%
Sekundarstufe II, ISCED 3A od. 4 (Maturität)		2.6%	0.2%
Tertiärstufe (ISCED 5 od. 6)		0.0%	0.5%
keine Angabe/kein Abschluss		2.3%	2.7%

8.1.2 Familiäre Belastungen von Rentnern und Nicht-Rentnern

Der Vergleich zwischen Rentnern und Nicht-Rentnern in Bezug auf die dokumentierten familiären Belastungen in der Herkunftsfamilie (Tabelle 71) zeigt auf den ersten Blick überraschend, dass es sich bei den Nicht-Rentnern um besonders stark Belastete handelt: Sie haben häufiger (38 gegenüber 31%) Eltern mit psychischen Störungen und haben deutlich häufiger Konflikte, Vernachlässigung oder Gewalt erlebt (40% gegenüber 28%).

Umgekehrt sind Rentner häufiger in Familien aufgewachsen, bei denen Sozialtransfers dokumentiert sind, das heisst, bei denen die Eltern oder Geschwister Sozialhilfe oder Leistungen der Sozialversicherungen bezogen haben oder beziehen (17% gegenüber 9%).

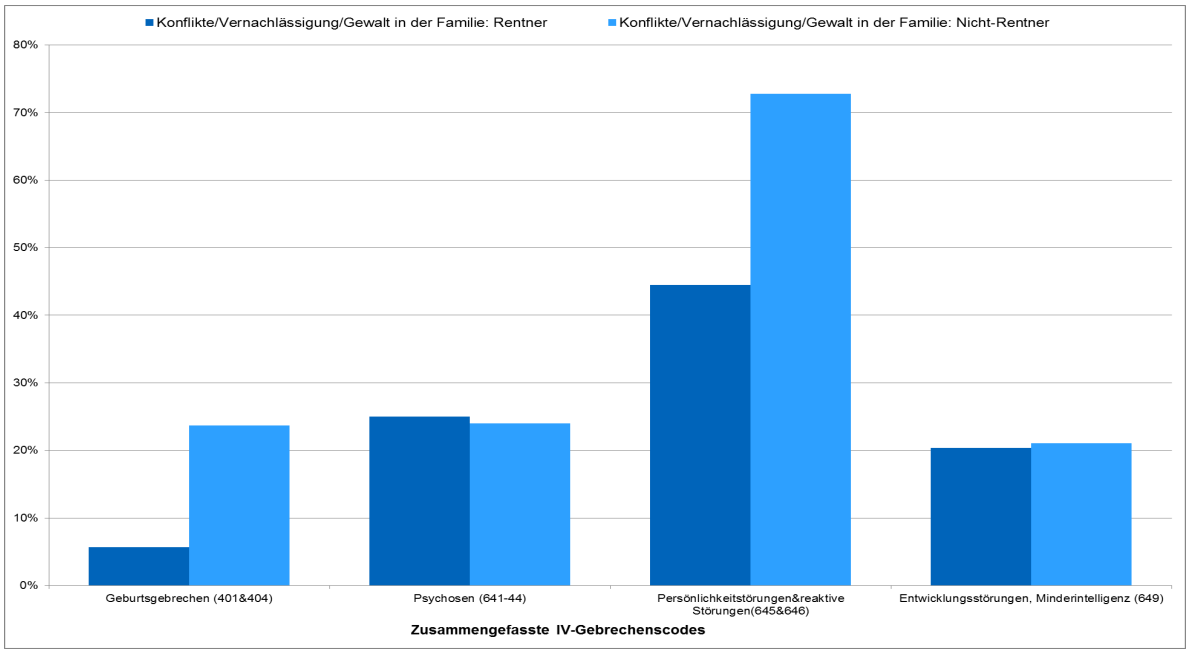
Der Vergleich der gefundenen Belastungs-Typen zeigt entsprechend für die Nicht-Rentner einen höheren Anteil der Belastungsklasse 3 „Multiple Belastungen, Eltern zusammenlebend“ sowie tiefere Anteile bei den Klassen mit vergleichsweise geringem Belastungsgrad (Typ 1 „Unbelastet“ sowie Typ 4 „Eltern getrennt, kaum sonstige Belastungen“).

Tabelle 71: Nicht-Rentner bringen höhere familiäre Belastungen mit

	Rentenbezug	
	Rentner	Nicht-Rentner
Einzelmerkmale		
Sozialtransfer in der Herkunftsfamilie	16.6%	9.0%
Psychische Störungen jemals bei Eltern(teil)	30.9%	38.0%
getrennt von beiden Eltern aufgewachsen	13.9%	14.1%
Eltern der versicherten Person getrennt/geschieden	36.3%	34.2%
Elternteil der versicherten Person verstorben	5.9%	6.6%
Konflikte/Vernachlässigung/Gewalt in der Familie	27.9%	39.7%
Belastungstypologie (Latente Klassen)		
Typ 1: unbelastet	47.9%	42.2%
Typ 2: Multiple Belastungen, Eltern getrennt	17.0%	19.2%
Typ 3: Multiple Belastungen, Eltern zusammenlebend	15.8%	23.6%
Typ 4: Eltern getrennt, kaum sonstige Belastungen	19.2%	15.0%

Der höhere Anteil von familiären Belastungen bei Nicht-Rentnern könnte damit zusammenhängen, dass sie häufiger an psychischen Störungen leiden, die typischerweise mit biografischen Belastungen verbunden sind, z.B. Persönlichkeitsstörungen (IV-Code 645/646) oder Störungen des Sozialverhaltens (IV-Gg 404). Allerdings zeigt die folgende Abbildung 46, dass Nicht-Rentner auch unabhängig von der Gebrechenskategorie höhere Vorbelastungen aufweisen.

Abbildung 46: Nicht-Rentner sind stärker belastet – unabhängig von der Diagnose



Nicht-Rentner mit einem Geburtsgebrechen (v.a. 404) oder einer reaktiven- respektive Persönlichkeitsstörung (645/646) haben in rund 25% respektive 70% der Fälle Konflikte, Vernachlässigung oder Gewalt in der Herkunftsfamilie erlebt. Die entsprechenden Werte für die Rentner sind deutlich tiefer (rund 5% respektive 40%). Diese Unterschiede zeigen sich auch, wenn man statt der IV-Gebrechens-

codes die ICD-10-Diagnosen verwendet. Möglicherweise handelt es sich hier um unterschiedliche diagnostische Subgruppen innerhalb derselben Diagnose-Hauptkategorie.

Generell weisen diese Daten darauf hin, dass sich von biografischen Belastungen nicht direkt auf die Schwere der Erkrankung, der Beeinträchtigung oder der Desintegration schliessen lässt. Allerdings ist angesichts des jüngeren Alters der Nicht-Rentner in unserer Stichprobe nicht ausgeschlossen, dass einige dieser erheblich belasteten Nicht-Rentner in späteren Jahren doch noch in ein Rentenprüfungsverfahren gelangen.

8.1.3 IV-Gebrechenscodes und ICD-10 Diagnosen von Rentnern und Nicht-Rentnern

Rentner und Nicht-Rentner verteilen sich sehr unterschiedlich über die IV-Gebrechenscodes und ICD-10-Diagnosekategorien (Tabelle 72). Bei rund 40% der Nicht-Rentner handelt es sich laut IV-Gebrechenscode um ein Geburtsgebrechen – fast immer um das Geburtsgebrechen 404 (kongenitale Hirnstörungen mit vorwiegend psychischen und kognitiven Symptomen bei normaler Intelligenz), selten um Autismus oder frühkindliche Psychosen (Gg 401).

Umgekehrt kommen schizophrene Erkrankungen bei den Nicht-Rentnern praktisch nicht vor, während sie bei den Rentnern die dritthäufigste Gebrechensgruppe darstellen. Deutlich seltener wurde bei den Nicht-Rentnern auch der Code 649 (Intelligenzminderung) vergeben.

Vergleicht man Rentner und Nicht-Rentner in Bezug auf die behinderungsrelevante ICD-10-Diagnose, so zeigt sich ein analoges Bild: Bei den Nicht-Rentnern sind frühe sozial-emotionale Störungen deutlich übervertreten (F9), bei den Rentnern sind es die Schizophrenien (F2) und die Minderintelligenz (F7).

Auch die in der Analyse sämtlicher je gestellter Diagnosen gefundene Diagnosentypologie verteilt sich entsprechend über Rentner/Nicht-Rentner: Entwicklungsstörungen/Intelligenzminderung (Typ 1) sowie Schizophrenie (Typ 2) sind bei Rentnern übervertreten, wohingegen frühe Verhaltensstörungen (Typ 4) vor allem bei Nicht-Rentnern vorkommt. Persönlichkeitsstörungen (Typ 3 und Typ 6) sowie die multiplen schweren frühen Störungen (Typ 5) unterscheiden sich anteilsmässig nicht.

Tabelle 72: Rentner unterscheiden sich diagnostisch stark von Nicht-Rentnern

	Rentenbezug	
	Rentner	Nicht-Rentner
IV-Gebrechenscodes		
401 (Autismus, frühkindliche Psychosen)	1.6%	2.8%
404 (POS)	7.2%	35.9%
641 (Schizophrenie)	16.4%	.5%
642 (manisch-depressives Kranksein)	1.5%	4.1%
643 (Organische Psychosen)	2.7%	4.1%
644 (übrige Psychosen)	5.9%	1.1%
645 (Psychopathie)	4.7%	2.3%
646 (Psychogene oder milieureaktive Störungen)	27.0%	31.1%
649 (Übrige geistige und charakterliche Störungen)	33.0%	18.0%
Behinderungsrelevante Diagnose (ICD-10)		
F0 (Hirnorganische Störungen)	4.3%	1.9%
F2 (Schizophrenie)	21.4%	.7%
F3 (Affektive Störungen)	6.0%	9.7%
F4 (Neurotische Störungen, inkl. Essstörungen F5)	4.4%	11.8%
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	20.3%	21.3%
F7 (Intelligenzminderung)	21.9%	9.7%
F8 (Entwicklungsstörungen)	11.4%	12.3%
F9 (Sozial-emotionale Störungen im Kindes-/Jugendalter)	6.2%	32.7%
Keine F-Diagnose	4.1%	0.0%
Diagnosentypologie (Latente Klassen)		
Typ 1: Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung	23.5%	17.7%
Typ 2: Schizophrenie	22.9%	.7%
Typ 3: Persönlichkeitsstörung, komorbid, ohne Sucht	14.9%	19.2%
Typ 4: Frühe Verhaltensstörungen	18.5%	43.6%
Typ 5: Multiple schwere frühe Störungen	10.8%	10.7%
Typ 6: Persönlichkeitsstörung, komorbid, mit Sucht	9.4%	8.1%

8.1.4 Erkrankungsbeginn, Behandlung und Prognose bei Rentnern und Nicht-Rentnern

Neben der Diagnose sind Verlaufs- und Behandlungsmerkmale wichtig, um den Schweregrad einzuschätzen. In Bezug auf das Ersterkrankungsalter zeigen Nicht-Rentner erwartungsgemäss (hoher Anteil an Geburtsgebrechen) einen sehr hohen Anteil (rund 60%) von Erkrankungen mit Beginn in den ersten 5 Lebensjahren (Tabelle 73). Nicht-Rentner sind nur relativ selten im Erwachsenenalter erstmals erkrankt.

Allerdings wurde bei den Nicht-Rentnern, die vor dem 6. Lebensjahr erkrankt sind, nur selten (bei jeder fünften früh erkrankten Person) auch schon ein IV-Arztbericht verfasst. Bei einem grossen Teil der Geburtsgebrechen erfolgte erstmals zwischen 7-12 Jahren ein erster IV-Arztbericht, was damit zusammenhängen mag, dass die Geburtsgebrechen 404 (POS/ADHS) im Vorschulalter oft nur

schwer zu diagnostizieren sind und die Symptome die Voraussetzungen für eine IV-Anerkennung in diesem Stadium oft noch nicht erfüllen[36].

Bei den Rentnern stellt sich die Situation anders dar: Rund 50% sind vor dem 6. Lebensjahr erkrankt, und bei 23% gibt es einen IV-Arztbericht aus dieser Zeit, also bei fast der Hälfte. Das heisst, relativ viele dieser sehr früh Erkrankten sind anscheinend auch sehr früh aufgefallen.

Rentner und Nicht-Rentner wurden etwa gleich häufig jemals psychiatrisch behandelt, in rund 85% der Fälle. Unterschiede zeigen sich allerdings in der Art und Häufigkeit der Behandlungen. Rentner wurden häufiger stationär behandelt als Nicht-Rentner (49% gegenüber 35%), und – falls stationär behandelt – waren sie doppelt so häufig dreimal und öfters hospitalisiert (49% gegenüber 24%).

Die ärztliche Prognose ist bei den Rentnern schon zu Beginn des Abklärungsverfahrens deutlich schlechter als bei den Nicht-Rentnern: Während 93% der Nicht-Rentner zu Beginn als gesundheitlich als „besserungsfähig“ eingeschätzt werden, ist dies bei den Rentnern lediglich bei 72% der Fall. Beim letzten Arztbericht ist der Unterschied noch deutlicher (75% besserungsfähig gegenüber 38%). Die ärztliche Prognose und das Resultat des IV-Abklärungsverfahrens (Rente / Nicht-Rente) zeigen demnach eine deutliche Übereinstimmung

[36] IV-Rundschreiben Nr. 298: Medizinischer Leitfaden zum GG 404, 14.4.2011

Tabelle 73: Bessere Prognose und günstigerer Verlauf bei Nicht-Rentnern

		Rentenbezug	
		Rentner	Nicht-Rentner
Alter bei erstmaliger psychischer Erkrankung			
Bis 1 Jahr		24.6%	42.2%
1-5 Jahre		24.9%	18.3%
6-12 Jahre		11.7%	12.7%
13-17 Jahre		21.6%	18.3%
18+ Jahre		17.2%	8.5%
Alter bei erstem IV-Arztbericht			
Bis 1 Jahr		4.0%	0.2%
1-6 Jahre		19.4%	11.3%
7-12 Jahre		18.2%	39.1%
13-18 Jahre		19.1%	24.9%
19+ Jahre		39.2%	24.6%
Prognose Gesundheitszustand erster IV-Arztbericht			
Gleichbleibend oder sich verschlechternd		27.9%	7.4%
Besserungsfähig		72.1%	92.6%
Prognose Gesundheitszustand letzter IV-Arztbericht			
Gleichbleibend oder sich verschlechternd		61.7%	25.4%
Besserungsfähig		38.3%	74.6%
Psychiatrische Behandlung			
Jemals behandelt		85.5%	87.4%
Nie behandelt		14.5%	12.6%
Stationäre psychiatrische Behandlung			
Nein		51.2%	65.2%
Ja …		48.8%	34.8%
… davon	1-2 stationäre Behandlungen	51.0%	76.2%
	3-4 stationäre Behandlungen	22.9%	22.4%
	5+ stationäre Behandlungen	26.1%	1.4%

Insgesamt deuten die Unterschiede bei der Prognose des Gesundheitszustandes sowie bei der Anzahl stationärer psychiatrischer Behandlungen darauf hin, dass es sich bei Rentnern um kränkere Personen handelt. Hinzu kommt, dass Diagnosen wie Schizophrenie, hirnorganische Störungen und Minderintelligenz, die typischerweise mit einem besonders hohen Schweregrad behaftet sind, bei den Rentnern überwiegen. In Bezug auf die Diagnose einer Minderintelligenz ist daran zu erinnern, dass diese Diagnose erst bei einem Intelligenzquotienten von unter 70 gestellt werden kann. Bei den Nicht-Rentnern überwiegen neben den häufigen frühen Verhaltensstörungen (ADHS u.a.) vor allem auch neurotische Störungen und Depressionen - im Vergleich typischerweise allesamt 'leichtere' Störungen.

8.1.5 Bildungskarrieren, Zäsuren und besondere Schulung bei Rentnern und Nicht-Rentnern

Die Bildungslaufbahnen von berenteten und nicht-berenteten Jungen unterscheiden sich vor allem dahingehend, dass Rentner häufiger einen frühzeitigen Schulabbruch oder Ausbildungsabbruch verzeichnen (Tabelle 74). Rund 18% der Rentner hatten mindestens einen Schulabbruch oder -ausschluss und rund 35% mindestens einen Ausbildungsabbruch. Bei den Nicht-Rentnern betragen die entsprechenden Anteile rund 10% respektive 27%.

Betrachtet man die Gründe für den Abbruch einer Berufsausbildung, dann unterscheiden sich beide Gruppe nicht in Bezug auf den Anteil leistungsbedingter Abbrüche (jeweils rund 17%). Hingegen haben Rentner besonders häufig wegen auffälligen/störenden Verhaltens abgebrochen/abbrechen müssen (21% gegenüber 6%) sowie wegen der Schwere ihrer psychischen Probleme (39% gegenüber 30%).

Hinsichtlich des Besuchs einer Sonderschule, einer Sonder- oder Kleinklasse unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht, jeweils rund 60% haben irgendwann eine besondere Schulung erfahren. Der Unterschied zeigt sich erst, wenn man die Dauer der besonderen Schulung anschaut: Bei rund 70% der Nicht-Rentner betraf die besondere Schulung eine Phase ihrer Bildungslaufbahn und nur 5% verbrachten ihre gesamte Bildungskarriere mit Sonderschulung.

Bei den Rentnern waren 22% durchgehend in Sonderschulmassnahmen, was wohl unter anderem mit dem erhöhten Anteil von Personen mit Minderintelligenz und hirnorganischen Störungen zusammenhängt. Die häufigen frühen Verhaltensstörungen führen offensichtlich eher zu vorübergehenden Sonderschulmassnahmen, aber kaum je zu durchgehender Sonderbeschulung. Auch dies ist ein Hinweis für die geringere Schwere der Beeinträchtigung bei Nicht-Rentnern.

Umgekehrt muss man aber auch festhalten, dass rund 75% aller nicht-berenteten psychisch kranken Massnahmeempfänger zumindest einmal eine Zäsur in ihrer Bildungslaufbahn erlebt haben und dass rund 60% zumindest vorübergehend Massnahmen der besonderen Schulung (davon 30% zumindest mehrmals) erhalten haben. Dies zeigt, dass es sich auch bei den Nicht-Rentnern um beeinträchtigte Personen handelt.

Zusammengefasst sieht man bei den Bildungsverlaufstypen, dass die „Nachzügler mit Bildungslücken“ und die „Sonderschüler“ (ganze Laufbahn konstant in der Sonderschule) bei den Rentnern häufiger sind, während Nicht-Rentner deutlich häufiger Bildungsverläufe vom Typ der „Anschlusslosen“ aufweisen.

Tabelle 74: Häufigere Schul- und Ausbildungsabbrüche bei den Rentnern

		Rentenbezug	
		Rentner	Nicht-Rentner
Bildungszäsuren (jeweils mindestens eine)			
Obligatorische Schule: Repetition		23.5%	19.4%
Obligatorische Schule: Klassen-/Schulwechsel		55.3%	61.7%
Obligatorische Schule: Time-out		3.7%	4.6%
Obligatorische Schule: Schulausschluss/Schulabbruch		17.6%	9.8%
Berufsbildung: Abbruch/Ausschluss Ausbildung …		34.7%	26.8%
… davon	wegen auffälligen/störenden Verhaltens	21.0%	6.2%
	wegen Leistungsproblemen	17.2%	17.6%
	wegen schwerer psychischer Probleme	38.6%	30.1%
	wegen anderer/unbekannter Gründe	23.2%	46.0%
Gesamt: irgendeine Zäsur		83.6%	74.4%
Besondere Schulung (jemals)			
Sonderschule, Sonderklasse, Kleinklasse …		59.1%	61.3%
… davon	eine Phase	54.5%	70.1%
	mehrere Phasen	23.9%	24.5%
	durchgehend	21.6%	5.4%
Typologie der Bildungsverläufe			
Typ 1: Nachzügler mit Bildungslücken		41.0%	32.0%
Typ 2: Schulwechsler		20.3%	23.7%
Typ 3: Anschlusslose		25.6%	38.1%
Typ 4: Sonderschüler		13.0%	6.3%

8.1.6 IV-Massnahmen und involvierte Institutionen bei Rentnern und Nicht-Rentnern

Die folgende Tabelle 75 zeigt Auswertungen der BSV-Registerdaten.

Nicht nur die Nicht-Rentner, die unseren Auswahlkriterien entsprechend alle eine IV-Massnahme erhalten haben, sondern auch die Rentner haben neben der IV-Rente weitere Massnahmen erhalten.

Die Nicht-Rentner haben häufiger medizinische Massnahmen erhalten, was wohl mit ihrem jüngeren Alter und dem höheren Anteil an Geburtsgebrechen zusammenhängt (bei invaliditätsgefährdeten[37] Jungen und grundsätzlich bei Geburtsgebrechen werden medizinische Massnahmen von der IV -statt von der Krankenversicherung - bis zum volleneten 20. Lebensjahr vergütet).

Der Vergleich der jemals erhaltenen IV-Massnahmen zwischen Rentnern und Nicht-Rentnern zeigt, dass die Rentner abgesehen von den medizinischen Massnahmen alle Massnahmen häufiger zumindest einmal erhalten haben (dabei ist zu beachten, dass die Rentner älter sind und deshalb auch eine höhere Chance für den Erhalt einer Massnahme hatten). Deutlich sind die Unterschiede bei den Abklärungsmassnahmen (z.B. in Bezug auf die Eingliederungsfähigkeit in einer Beruflichen Abklärungsstelle - BEFAS), bei den beruflichen Massnahmen (z.B. Finanzierung einer erstmaligen beruflichen Ausbildung oder einer Umschulung), aber auch bei der Frühintervention, den Assistenzleistungen,

[37] invalidtätsgefährdete Junge erhalten medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben gerichtet sind (Artikel 12/13, IVG)

Hilflosenentschädigungen und der Intensivpflege sowie bei den Hilfsmitteln. Der höhere Anteil bei den Assistenzleistungen und Hilflosenentschädigungen sowie bei den Hilfsmitteln weist erneut auf einen höheren Schweregrad bei zumindest einem Teil der Rentengruppe hin.

Um einen Überblick über die Fülle der Massnahmen zu erhalten wurde wiederum mit einer Latenten Klassenanalyse eine Typologie sämtlicher von uns kodierter massnahmenbezogener Variablen (psychiatrische Behandlungsmassnahmen, Sonderschulmassnahmen, in Arztberichten/Gutachten empfohlene Arbeitsplatzanpassungen etc.) durchgeführt – inklusive die in den IV-Arztberichten empfohlenen Massnahmen. Die Clusterung ergab lediglich zwei statistisch signifikante Typen von Massnahmen, die sich zudem nicht zwischen Rentnern und Nicht-Rentnern unterscheiden: Einen rein psychiatrischen Massnahmetyp (jeweils rund zwei Drittel der Personen) sowie einen gemischten Massnahmetyp mit Sonderschulmassnahmen und ambulanten psychiatrischen Massnahmen (rund ein Drittel der Personen).

Tabelle 75: Mehr IV-Massnahmen und involvierte Institutionen bei den Rentnern

	Rentenbezug	
	Rentner	Nicht-Rentner
IV-Massnahmen (jeweils mindestens eine)		
Abklärungsmassnahme	62.2%	53.7%
medizinische Massnahme	39.2%	55.9%
Berufliche Massnahme[38]	80.7%	70.2%
Massnahme der besonderen Schulung	41.0%	29.0%
Massnahme der Frühintervention	13.0%	10.6%
Integrationsmassnahme	7.6%	6.4%
Assistenzleistung/Hilflosenentschädigung/Intensivpflege	7.8%	0.0%
Hilfsmittel	9.3%	.9%
Irgendeine Massnahme	100.0%	100.0%
Typologie der ärztlich empfohlenen/effektiven Massnahmen		
Ambulante und stationäre Psychiatrie	66.8%	69.2%
Sonderschule und ambulante Psychiatrie	33.2%	30.8%
Involvierte Instititutionen/Fachpersonen (jemals)		
Lehrer	21.9%	13.2%
RAD	93.0%	76.0%
Beistand	14.2%	5.3%
Soziale Dienste	31.4%	21.8%
Case Management Berufsbildung	7.5%	5.4%
Geschützte Werkstatt	40.9%	23.3%
Heim, Pflegeeltern, Internat	24.0%	19.4%
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	35.2%	38.7%
Lehrbetrieb	59.3%	48.5%
Erwachsenenpsychiater/-psychologe	69.2%	51.6%
Vorgesetzter	39.0%	31.8%
Typologie der involvierten Institutionen		
Erwachsenenalter: Psychiatrie, Arbeitgeber	32.6%	23.8%
Kindes- bis Jugendalter: Pädiatrie, Sonderpädagogik, Lehrbetrieb	19.1%	39.0%
Jugend- bis Erwachsenenalter: Psychiatrie	26.9%	25.6%
Kindes- bis Erwachsenenalter: Multipel ohne Heim	11.8%	6.8%
Kindes- bis Erwachsenenalter: Multipel mit Heim	9.6%	4.8%

Insgesamt waren bei den Rentnern auch nahezu alle erfassten Institutionen oder Fachpersonen häufiger involviert als bei den Nicht-Rentnern. Lediglich die kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste waren bei den Nicht-Rentnern etwas häufiger involviert, was wohl mit dem hohen Anteil an frühen Verhaltensstörungen (F9) bei dieser Gruppe zusammenhängt. Deutlich sind die Unterschiede (abge-

[38] Berufliche Massnahme: Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, berufsorientierte Weiterbildung, Umschulung, Andere Massnahmen (z.B. Kapitalhilfe), Arbeitsvermittlung

sehen von den RAD) bei den Beiständen (14% gegenüber 5%), geschützten Werkstätten (41% gegenüber 23%) und Erwachsenenpsychiatern (69% gegenüber 52%). Aber auch die Lehrpersonen waren bei den Rentnern relativ früh involviert, bei mehr als einem Fünftel der Fälle.

8.1.7 Zusprache und Ablehnung von IV-Massnahmen

Im Folgenden wird die Häufigkeit von jemals erhaltenen Beruflichen Massnahmen sowie die Häufigkeit jemals abgelehnter IV-Massnahmen (irgendwelche) nach zusammengefassten IV-Gebrechenscodes und nach Rentenstatus dargestellt (Abbildung 47).

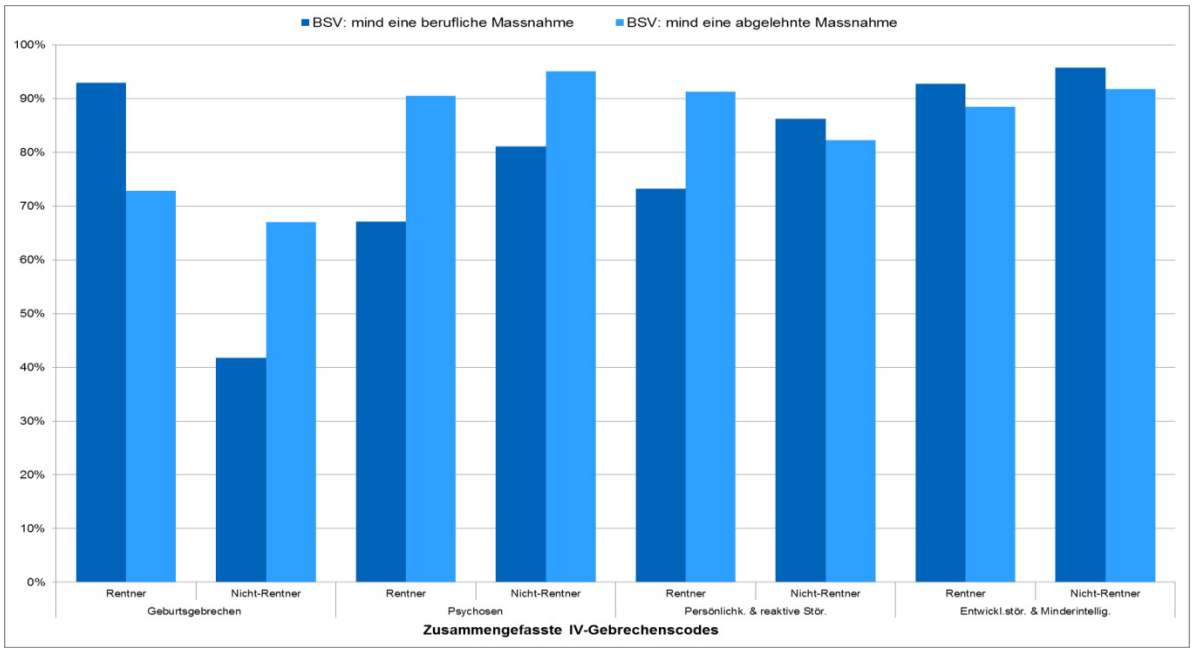
Hinsichtlich der Zusprache von Beruflichen Massnahmen (im engeren Sinne) zeigt sich, dass bei den Geburtsgebrechen (Gg 401, 404) die Rentner häufiger solche Massnahmen hatten als die Nicht-Rentner (die in dieser Gruppe klar jünger sind). Bei den Psychosen (641-644), Persönlichkeits- und reaktiven Störungen (645-646) haben die Nicht-Rentner hingegen häufiger berufliche Massnahmen erhalten als die Rentner (möglicherweise wegen der besseren Prognose).

Insgesamt haben Personen mit Entwicklungsstörungen und Minderintelligenz (649) und mit Geburtsgebrechen besonders häufig mindestens eine berufliche Massnahme erhalten (Personen mit Psychose, Persönlichkeits- und reaktiven Störungen haben hingegen häufiger Frühinterventions- und Integrationsmassnahmen erhalten, wenn insgesamt auch selten – hier nicht gezeigt).

Betrachtet man die Anteile jemals abgelehnter IV-Massnahmen (wobei unklar ist, welche Massnahme beantragt wurde), so wird deutlich, dass es bei Psychosen häufiger zu mindestens einer abgelehnten Massnahme kommt als zu mindestens einer Beruflichen Massnahme. Hoch ist die Anzahl jemaliger Ablehnungen auch bei den Entwicklungsstörungen und Intelligenzminderungen – aber bei ihnen ist auch der Anteil der Beruflichen Massnahmen besonders hoch. Da unbekannt ist, welche beantragten Massnahmen diese Ablehnungen betreffen, sind diese Zahlen nicht interpretierbar.

Dennoch kann man sich fragen, warum bei Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und reaktiven psychischen Störungen berufliche Massnahmen seltener zugesprochen werden als bei den anderen Störungsgruppen. Man kann zudem davon ausgehen, dass es sich bei den Ablehnungen bei den Psychosen, Persönlichkeits- und reaktiven Störungen häufig um beantragte berufliche Eingliederungsmassnahmen handelt, da andere Massnahmen für diese Gruppe eher selten angezeigt sind. Da wohl auch bei Psychosen, Persönlichkeits- und reaktiven Störungen solche Massnahmen die Integrationschancen verbessern, und da deren Prognose wohl kaum viel schlechter ist als bei Minderintelligenz und schweren Entwicklungsstörungen, kann man sich fragen, ob hier nicht ein gewisses Potenzial liegt.

Abbildung 47: Zusprache von Beruflichen Massnahmen unterscheidet sich nach Diagnose und Rentenstatus



8.1.8 Erwerbsstatus bei Rentnern und Nicht-Rentnern

Vergleicht man den Erwerbsstatus der Rentner und Nicht-Rentner zum Zeitpunkt der Kodierung, so zeigen sich zwei unterschiedliche Ergebnisse (Tabelle 76):

Zum einen waren Nicht-Rentner bisher viel häufiger nie erwerbstätig, was möglicherweise teils mit ihrem jüngeren Alter zusammenhängt. Auf der anderen Seite sind Nicht-Rentner erwartungsgemäss auch häufiger im ersten Arbeitsmarkt (teil)erwerbstätig als Rentner (15% gegenüber 4%).

Bei den jungen Rentnern ist der grösste Teil aktuell inaktiv (rund 60%), rund ein Drittel arbeitet in geschütztem Rahmen.

Tabelle 76: Auch die jungen Nicht-Rentner sind – bisher - kaum erwerbstätig

	Rentenbezug	
	Rentner	Nicht-Rentner
Aktueller Erwerbsstatus (bei Kodierung)		
nie erwerbstätig	24.3%	41.2%
aktuell nicht erwerbstätig	37.5%	33.6%
Rente & Arbeitstätigkeit	30.6%	0%
geschützte Arbeit/Praktikum	4.1%	10.6%
(teil)erwerbstätig	3.5%	14.6%

Trotz des etwas jüngeren Alters bei den Nicht-Rentnern ist die gefundene Erwerbsquote sehr gering. In Bezug auf die Integration in den Arbeitsmarkt handelt es sich demnach bei ihnen nur bedingt um eine echte Vergleichsgruppe. Auf der anderen Seite befindet sich wahrscheinlich ein Teil der Nicht-Rentner noch in der Ausbildung, und es ist zu erwarten, dass von diesen Personen einige in den

ersten Arbeitsmarkt finden. Dies gilt insbesondere bei denjenigen, die eine Berufslehre abschliessen (Tabelle 77).

Betrachtet man die Erwerbsquoten der Nicht-Rentner differenziert nach höchster Ausbildung, wird die Bedeutung einer absolvierten Berufsausbildung deutlich: Mit jeder der hier gezeigten Qualifikationsstufen verdoppelt sich die Erwerbsquote. Bei Personen mit einer absolvierten 3-jährigen Berufslehre liegt der Anteil der Erwerbstätigen bei rund 30%.

Tabelle 77: Die Berufslehre macht einen grossen Unterschied

	Nicht-Rentner	
	Nicht erwerbstätig	(teil)erwerbstätig
Erwerbsstatus nach Ausbildung		
Primar-/Sekundarstufe I	94%	6%
Praktische Grundausbildung/(IV)Anlehre/Attest (1-2 Jahre)	87%	13%
Lehre EFZ (3 Jahre)	69%	31%

8.2 IV-Rente: Risikofaktoren und dynamische Zusammenhänge

Die deskriptiven Analysen haben vielfältige Unterschiede zwischen den Rentnern und Nicht-Rentnern aufgezeigt. Dabei wurde auch deutlich, dass es viele Zusammenhänge unter den Merkmalen gibt, die sich je nach Rentenstatus unterscheiden. Um diese Zusammenhänge besser erfassen zu können, wird eine logistische Regression gerechnet. In Tabelle 78 in Anhang E sind die Häufigkeiten derjenigen Merkmale zusammengefasst, mit denen die Analyse durchgeführt wurde.

8.2.1 Risikofaktoren für eine IV-Berentung

Mit der logistischen Regression wird der Einfluss einzelner Merkmale auf den Outcome "IV-Rentenbezug: ja/nein" gerechnet. Für jedes Merkmal wird die sogenannte "Odds Ratio" berechnet, d.h. um welchen Faktor erhöht oder senkt ein Merkmal die Chance, eine IV-Berentung zu erhalten[39]. Vereinfacht bezeichnen wird die Odds Ratio im Folgenden als Risiko. Bei der logistischen Regression werden jeweils die Einflüsse aller anderen Variablen mitberücksichtigt. Es muss betont werden, dass mit einer Fallzahl von N=500 eine differenzierte, multivariate Analyse in ihrer statistischen „Power“ eher begrenzt ist (siehe Abschnitt 9.2. bzgl. der methodischen Gremzen der Studie). Auch können mit der Analyse nur Zusammenhänge und keine Kausalitäten erschlossen werden.

Es wurden verschiedene logistische Regressionsmodelle gerechnet und im Hinblick auf statistische Parameter, inhaltliche Validität und Auswahl der verwendeten Variablen überprüft. Die Tabelle 79 in Anhang E zeigt die Ergebnisse der zwei Regressionsmodelle mit der besten Verlässlichkeit und Aussagekraft. Das Modell 1 verwendet für die Beschreibung der Krankheiten die IV-Gebrechenscodizes (zusammengefasst) während das Modell 2 die von den AutorInnen eingeschätzten "Behinderungsrelevanten ICD-10-Diagnosen" verwendet. Wegen einigen Missings in dieser eingeschätzten Diagnosevariable ergibt sich für Modell 2 ein Total von N=488 statt der ursprünglichen N=500.

Das Risiko für einen IV-Rentenbezug bezieht sich für jede Variable auf eine Referenzgruppe. Die Referenzgruppe ist in der Regel die zahlenmässig umfangreichste Gruppe (vgl. Tabelle 78 im Anhang E). So hat z.B. ein weibliches Geschlecht ein um den Faktor 1.5 höheres Risiko eine IV-Rente zu erhalten als die Referenzgruppe der Männer. Dieses erhöhte Risiko für Frauen ist jedoch nicht signifikant.

[39] Eine Odds Ratio grösser als 1 bedeutet, dass das Merkmal ein Risikofaktor ist für eine Berentung, eine Odds Ratio kleiner als 1 bedeutet, dass das Merkmal einen protektiven Effekt hat auf die Berentung

Die beiden Modelle zeigen, unabhängig von der Verwendung der IV-Gebrechenscodes oder der als behinderungsrelevant eingeschätzten Diagnose, weitgehend übereinstimmende Ergebnisse:

Geburtsgebrechen haben im Vergleich zur Referenzgruppe der Persönlichkeits- und reaktiven psychischen Störungen (IV-Code 645&646 respektive Persönlichkeitsstörungen gemäss ICD-10) ein deutlich geringeres Risiko für eine IV-Berentung. Dies gilt auch für die Affektiven Störungen, die gegenüber den Persönlichkeitsstörungen im Modell 2 ein um den Faktor 3 tieferes Berentungsrisiko aufweisen.

Psychosen (IV-Code 641-644) haben demgegenüber ein deutlich erhöhtes Risiko (um rund einen Faktor 4). Im Modell 2 haben Schizophrenien gar ein um den Faktor 10 erhöhtes Risiko für eine IV-Berentung. Auch Minderintelligenz zeigt im Modell 2 ein 3.5fach erhöhtes Berentungsrisiko.

Ein erhöhtes Risiko für eine Berentung gilt auch für Versicherte mit geringer oder besonderer Schulung: Ein höchster Schulabschluss auf Sek. I-Stufe ist mit einem zweifach höheren Berentungsrisiko verbunden im Vergleich mit Personen, die einen Sek. II- oder gar höheren Bildungsabschluss haben. Die Inanspruchnahme einer Sonderschulung ist – im Vergleich mit Personen ohne Sonderschule – mit einem vierfach höheren Berentungsrisiko verbunden.

Das in beiden Modellen bei weitem höchste Berentungsrisiko haben Versicherte, die jemals weder eine Berufliche noch eine Medizinische IV-Massnahme erhalten haben: Ihr Berentungsrisiko ist gegenüber den Massnahmeempfängern um einen Faktor 12 erhöht. Dieses Resultat kann unterschiedlich interpretiert werden - z.B. diese Personen haben nie eine Massnahme erhalten, weil sie zu stark beeinträchtigt waren, oder die fehlenden Massnahmen haben das Berentungsrisiko dieser Personen stark erhöht. Man kann davon ausgehen, dass die Zusprache solcher Massnahmen auch ein Indikator für weitere Merkmale ist, die in dieser Untersuchung nur zum Teil erhoben wurden, z.B. der Schweregrad der Beeinträchtigung, die Compliance der Versicherten etc.

Die obigen Auswertungen haben gezeigt, dass es sich bei denjenigen Versicherten, die keine berufliche IV-Massnahme zugesprochen erhielten, fast ausschliesslich um Personen mit einer Schizophrenie oder einer Persönlichkeitsstörung handelt. Das bedeutet, dass der Risikofaktor „keine IV-Massnahmen“ zwar unabhängig von der Diagnose an sich ist (sonst würde er im Modell nicht auftauchen), aber eben doch mit Merkmalen zusammenhängt, die bei schizophrenen Personen typisch sind. Gleichzeitig ist aber auch denkbar, dass das Fehlen von beruflichen/medizinischen IV-Massnahmen ein eigenständiger Risikofaktor ist, der einen Teil dieses hohen Risikos erklärt.

Schliesslich spielt die Intensität des medizinischen Abklärungsverfahrens eine wichtige Rolle: Versicherte mit mehr als 7 medizinischen Dokumenten in ihrer IV-Akte haben ein 3-4 Mal höheres Berentungsrisiko als Personen mit 7 und weniger medizinischen Dokumenten. Es ist auch hier anzunehmen, dass die Anzahl medizinischer Dokumente im IV-Dossier weitere Aspekte spiegelt, z.B. einen längeren Krankheitsverlauf, eine schwer zu beurteilende Gesundheitssituation oder auch eine erhöhte Krankheitsschwere. Aber auch hier ist denkbar, dass ein besonders intensives medizinisches Abklärungsverfahren per se ein Risikofaktor darstellt. Eine hohe Anzahl medizinischer Dokumente tritt jedenfalls gehäuft bei den Geburtsgebrechen (Ebene der IV-Codes) auf respektive bei den Entwicklungsstörungen sowie bei den hirnorganischen Störungen (F8 sowie F0 in der ICD-10).

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass vor allem Merkmale der Erkrankung, aber auch der medizinischen Abklärung, der Bildungslaufbahn, wie auch des IV-Massnahmesystems eine erhebliche Rolle für das Berentungsrisiko spielen. Wie diese verschiedenen Risikofaktoren interagieren und welche Kombination von Risikofaktoren zu welchem Outcome führt, wird im Folgenden anhand einer weiterführenden Analyse dargestellt.

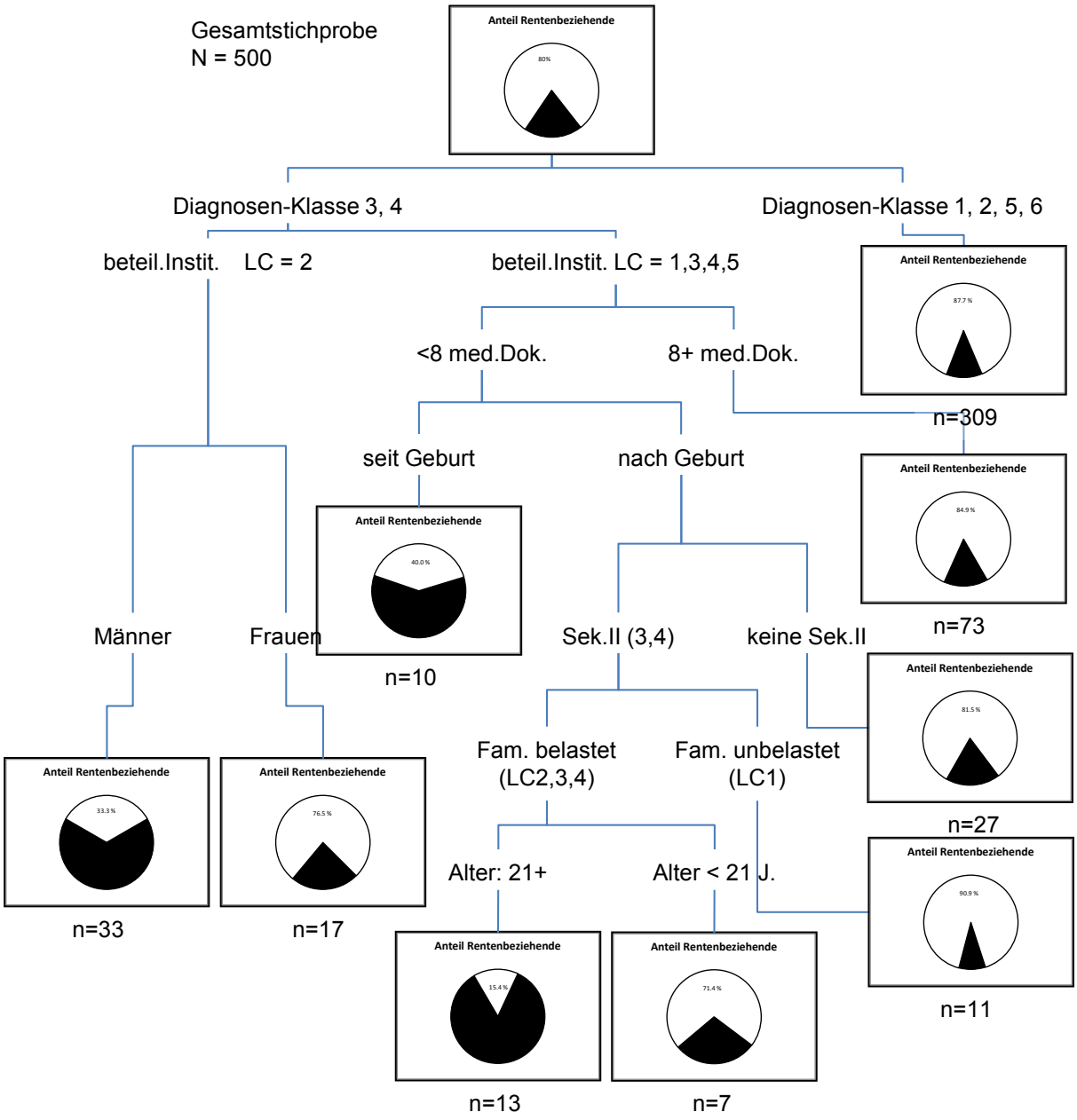
8.2.2 Dynamische Zusammenhänge von Risikofaktoren

Mittels des Verfahrens eines Klassifikations- und Regressionsbaumes (Classification and Regression Tree, CART) werden die entscheidenden Merkmale für Rentenbezug respektive Nicht-Rentenbezug nicht nur zueinander in Beziehung gesetzt, sondern auch hierarchisch nach ihrer Bedeutung auf den Ausgang geordnet. Das heisst, dass für die Unterscheidung von Rentnern und Nicht-Rentnern wichtigste Merkmale scheint zuerst auf. Mit jeder zusätzlichen relevanten Variable verästelt sich der ‚Baum' immer mehr. Die einzelnen ‚Äste' enden dort, wo keine weitere Variable die gefundene Population noch signifikant differenzieren kann.

Die Endepunkte der verschiedenen Äste stellen verschiedene Versichertengruppen mit einem unterschiedlich hohen Anteil von Rentnern/Nicht-Rentnern. Die Analyse erlaubt nun, den Pfad von ganz oben bis zu diesen einzelnen Subgruppen inhaltlich zu interpretieren („wenn Merkmal 1 gleich a und Merkmal 2 gleich b und Merkmal 3 gleich c, dann ist die Wahrscheinlichkeit für einen Rentenbezug gleich x Prozent").

Das Verfahren lässt einen gewissen Spielraum, wie viele Verästelungen man zulässt, das heisst, wie differenzierte Aussagen man machen will. Das Verfahren optimiert die spezifische Situation der jeweiligen Stichprobe, und ist daher möglicherweise zu optimistisch, was die Vorhersagekraft der Variablenkonstellationen in anderen Stichproben betrifft. Diesem Effekt wird oft dadurch entgegengesteuert, dass man den Baum wieder zurecht „stutzt" und nur ganz stabile Effekte berücksichtigt. In der Explorationssituation dieser Studie (erste empirische Analyse von Jungrentner-Daten) wurde daher auf solche konservativen Korrekturen verzichtet. Dies hängt auch von der Interpretierbarkeit ab. Die folgende Analyse (Abbildung 48) zeigt demgemäss eine eher differenzierte Lösung, bei der bei den äussersten Verästelungen eine vorsichtige Interpretation angebracht ist.

Abbildung 48: Klassifikations- und Regressionsanalyse von Rentnern und Nicht-Rentnern



Ausgehend von der Gesamtstichprobe mit 80% Rentnern und 20% Nicht-Rentnern unterscheidet zunächst die Diagnose am stärksten zwischen Rentnern und Nicht-Rentnern. Die Zugehörigkeit zu den Diagnosetypen 1 (Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung), 2 (Schizophrenie), 5 (multiple schwere frühe Störungen sowie komorbide Persönlichkeitsstörung mit Suchtproblematik) führt zu einer sehr grossen Subgruppe mit einem erhöhten Rentenrisiko (88% Rentner). Diese Gruppe lässt sich nicht weiter differenzieren. Hier zeigt sich die grosse Bedeutung der mit gewissen Krankheiten verbundenen Behinderung: Bei den typischerweise schwerwiegenden Krankheitskonstellationen verlieren andere Faktoren an Bedeutung in Bezug auf das Invalidisierungsrisiko.

Die Zugehörigkeit zur Diagnosenklasse 3 (komorbide Persönlichkeitsstörung ohne Suchtproblematik) sowie 4 (frühe Verhaltensstörungen) führt bei männlichen Versicherten, bei denen im Kindes- und

Jugendalter vor allem Pädiater, sonderpädagogische Dienste und Lehrbetriebe involviert sind, zu einer Subgruppe mit einem geringen Rentenrisiko (33% Rentner). Handelt es sich allerdings um weibliche Versicherte, ist das Rentenrisiko deutlich höher (77% Rentner).

Personen mit denselben Störungen (Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen), bei denen vor allem psychiatrische Dienste, Arbeitgeber oder generell sehr viele Dienste involviert sind (Institutionsklassen 1, 3, 4 und 5), und bei denen sehr viele medizinische Dokumente vorliegen, gehören zu einer Subgruppe mit leicht erhöhtem Rentenrisiko (85% Rentner).

Liegen bei diesen Personen mit Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen weniger medizinische Dokumente vor und besteht der Gesundheitsschaden seit Geburt, führt dies zu einer Subgruppe mit geringem Rentenrisiko (40% Rentner). Handelt es sich nicht um ein Geburtsgebrechen und wurde kein Sekundarstufe II-Abschluss erreicht, führt dies zu einer Subgruppe mit etwas höherem Risiko (82% Rentner). Bei erreichtem Abschluss der Sekundarstufe II, erhöhten familiären Belastungen und einem Alter über 21 Jahre folgt hingegen die Zugehörigkeit zur Subgruppe mit dem geringsten Anteil Rentner (15% Rentner) - während ein Sek-II-Abschluss bei erhöhten familiären Belastungen aber einem höheren Alter (über 21 Jahre) zu einem deutlich höheren Rentneranteil führt (71%). Schliesslich führt ein erreichter Sek-II-Abschluss allerdings bei familiär unbelasteten Versicherten zur Subgruppe mit dem höchsten Rentenrisiko (91%).

Während einige der gefundenen Subgruppen relativ kleine Zahlen aufweisen, lässt sich insgesamt feststellen, dass zunächst die Art der Erkrankung am besten zwischen Rentnern und Nicht-Rentnern zu differenzieren vermag, gefolgt von der Art der beteiligten Einrichtungen/Fachpersonen, der Dauer/Intensität des medizinischen Verfahrens und dem Erkrankungsbeginn. Erst danach folgen soziodemografische Merkmale und familiäre Belastungen.

Dabei zeigen sich aber doch einige Auffälligkeiten:

- Bei Versicherten mit Persönlichkeitsstörung oder frühen Verhaltensstörungen zeigen anscheinend junge Männer, die pädiatrisch/sonderpädagogisch betreut werden, einen deutlich besseren Verlauf als junge Frauen.
- Bei denselben Störungen, die u.a. psychiatrisch betreut werden, familiär belastet aufwachsen und eine Berufslehre absolvieren, spielt ein sehr junges Alter eine entscheidende Rolle für das Rentenrisiko.
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, die schon sehr früh bei der IV angemeldet und als Geburtsgebrechen gewertet werden (und nicht intensiv medizinisch dokumentiert sind), haben ein deutlich geringeres Rentenrisiko als fast alle anderen Personen mit diesen Störungen, die später aufgetreten sind.
- Eine abgeschlossene EFZ-Berufsausbildung ist bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aber ein protektiver Faktor: Versicherte mit abgeschlossener EFZ-Berufsausbildung haben ein geringeres Rentenrisiko (ausser sie weisen keine familiären Belastungen auf).
- Sehr viele beteiligte Institutionen und ein intensives medizinisches Abklärungsverfahren indizieren ein hohes Rentenrisiko.

8.3 Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Art des Krankheitstyps (nicht nur der Diagnose, sondern der Diagnose-Konstellationen) die Berentungswahrscheinlichkeit entscheidend beeinflusst. Dies deckt sich mit den Resultaten der Dossieranalyse der IV-Rentner aus psychogenen und milieureaktiven Gründen (Code 646), in der sich die Krankheiten/Behinderungen ebenfalls als die entscheidenden Einflussfaktoren erwiesen haben (Baer, Frick & Fasel, 2009).

Neben der Art der gesundheitlichen Problematik ist deren Schwere entscheidend. Diese wurde von uns zwar nicht explizit erhoben (da schwierig zu erheben), sie schlägt sich aber möglicherweise in anderen Variablen nieder, zum Beispiel in einer sehr hohen Anzahl involvierter Institutionen und Fachpersonen, in der Fähigkeit, eine anspruchsvollere Berufsausbildung zu absolvieren und vielleicht auch in der Intensität des medizinischen Abklärungsverfahrens.

Schliesslich kommt dem Abschluss einer Berufsausbildung aber wohl auch eine eigenständige Bedeutung zu, er ist mehr als nur ein Indikator für die Krankheitsschwere. Die Chancen für eine Erwerbstätigkeit/keinen Rentenbezug sind – bei vergleichbaren Krankheitskonstellationen - bei einer absolvierten 3-jährigen Berufslehre höher als ohne Abschluss oder nur mit Niveau Grundausbildung oder Anlehre. Dieses Resultat ist insofern zentral, als die Krankheit an sich kaum verhindert werden kann, die Ausbildungslaufbahn hingegen schon.

9 Diskussion und Schlussfolgerungen

9.1 Zentrale Befunde im Überblick

9.1.1 Merkmale der jungen Rentenbeziehenden

Soziodemografie

Zielgruppe dieser Studie waren Versicherte, die im Alter von 18 bis 29 Jahren eine IV-Rente aus psychischen Gründen (gemäss Gebrechensnomenklatur der IV) erhielten. Rund die Hälfte dieser Zielgruppe bezog bereits im Jugendalter (bzw. zwischen 18 und 22 Jahren) eine Rente, je ein Viertel zwischen 22-25 und 26-29 Jahren[40]. Etwas mehr als die Hälfte (54%) der jungen Rentenbeziehenden sind Männer, ein Fünftel hat einen ausländischen Pass und knapp ein Drittel (31%) Eltern ausländischer Herkunft. In Bezug auf die Schul- und Berufsbildung haben 42% der Rentenbeziehenden höchstens die Sekundarstufe I regulär abgeschlossen, aber keine Berufsbildung absolviert. Annähernd die Hälfte hat eine Ausbildung auf Sekundarstufe II vollendet, in den meisten Fällen handelt es sich dabei um berufspraktische Ausbildungen, Anlehren/Attestausbildungen oder IV-Anlehren; – eine drei- oder vierjährige EFZ-Berufslehre haben nur 14% abgeschlossen. Die obligatorische Schulzeit verbrachten rund 60% zumindest phasenweise in einer Sonderklasse oder -schule.

Familiäre Belastungen

Bei den jungen Rentenbeziehenden ist eine Häufung von familiären Belastungen dokumentiert, ein Befund der sich bereits im Rahmen einer früheren Analyse von Dossiers Versicherter mit psychischen Gebrechen zeigte (vgl. Baer et al. (2009)). So ist bei rund einem Drittel der Versicherten mit Rentenbezug aus der Untersuchungsstichprobe (N=400) eine psychische Krankheit bei einem Elternteil aktenkundig. Über ein Drittel war von einer Trennung/Scheidung der Eltern betroffen und rund ein Sechstel wuchs getrennt von den leiblichen Eltern auf. Darüber hinaus sind Konflikte, Vernachlässigung und Gewaltereignisse innerhalb der Familie bei rund einem Viertel dokumentiert, wobei dies häufiger bei Frauen (34%) als bei Männern (23%) der Fall ist. Die Häufung bei den Frauen dürfte damit zusammenhängen, dass sie bei den Persönlichkeitsstörungen übervertreten sind, also bei denjenigen Störungen, die besonders häufig eine belastete Vorgeschichte mitbringen. Schliesslich stammt ein Sechstel der Rentenbeziehenden aus Familien, in denen ebenfalls bereits mindestens ein Elternteil Sozialhilfe oder andere staatliche Transfergelder bezogen hatte. Aus den dokumentierten familiären Belastungen wurde für alle Versicherten (N=500) eine Belastungstypologie berechnet, die vier unterschiedliche Belastungstypen zeigte: 1) Versicherte ohne familiäre Belastungen (45%), 2) Versicherte aus Einelternfamilien ohne weitere Belastungen (16%) sowie zwei Typen mit erheblichen multiplen Belastungen – 3) in Einelternfamilien aufgewachsen (22%) respektive 4) mit beiden Eltern aufgewachsen (18%).

Rentenursachen, psychische Störungen

Die häufigsten Gebrechen nach der Gebrechensnomenklatur der IV in der Stichprobe der Rentenbeziehenden sind die „geistigen und charakterlichen Störungen“ (Code 649, 33%), die psychogenen und milieureaktiven Störungen (Code 646, 27%) und die Schizophrenien (Code 641, 16%), wobei bei den Frauen die „646er“ und bei den Männern die „641er“ überwiegen. In Bezug auf die psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10 zeigte sich, dass in den Versichertendossiers eine Vielzahl verschiedener Diagnosen aus Arztberichten und Gutachten dokumentiert ist, rund die Hälfte der Versicherten weist mindestens vier verschiedene F-Diagnosen auf, ein Fünftel gar acht oder mehr Diagnosen. Aus

[40] Diese Angaben basieren auf gewichteten Daten einer Stichprobe von N=400 Versichertendossiers der Zielpopulation.

diesem Grund wurde in der vorliegenden Studie eine Fokussierung auf „behinderungsrelevante“ Diagnosen vorgenommen, diese beziehen sich meist auf den aktuellsten Arztbericht oder das aktuellste Gutachten. Mit Blick auf diese behinderungsrelevanten Diagnosen fallen drei Diagnosegruppen auf, die jeweils etwas mehr als einen Fünftel der Fälle umfassen: Intelligenzstörungen (F7), Schizophrenien (F2) und Persönlichkeitsstörungen (F6). Auch hier zeigen sich Geschlechtsunterschiede, indem bei den Frauen Persönlichkeits- und Intelligenzstörungen häufiger vorkommen als bei den Männern, bei diesen dagegen häufiger Schizophrenien sowie zusätzlich Entwicklungsstörungen (F8).

Die Verteilung der Diagnosen ist stark altersabhängig: bei Versicherten mit Rentenbezug im Jugendalter (18-21 Jahre) sind Intelligenz-, Entwicklungsstörungen und Schizophrenien die zentralen Diagnosen, sie umfassen zusammen annährend 70% der Fälle. Demgegenüber dominieren bei den jungen Erwachsenen (22-25jährige) die Schizophrenien, Persönlichkeits- und Intelligenzstörungen das diagnostische Feld und bei den Versicherten mit einem Rentenbezug im 26.-29. Lebensjahr verbleiben noch die Schizophrenien und die Persönlichkeitsstörungen.

Schliesslich wurde anhand sämtlicher Diagnosen aus dem ersten und letzten IV-Arztbericht, dem Gutachten sowie allenfalls weiteren medizinischen Berichten (z.B. Spitalaustrittsberichte) eine Diagnosentypologie berechnet. Es zeigen sich sechs Diagnosetypen mit folgender Häufigkeit bei den Rentenbeziehenden (n=400; gewichtet): Entwicklungsstörungen/Intelligenzminderung ohne häufige andere Diagnosen (24% der Versicherten); Schizophrene (häufig mit Cannabiskonsum,23%); Persönlichkeitsstörungen mit komorbiden affektiven und neurotischen Störungen (15%); frühe Verhaltensstörungen (19%); Multiple schwere frühe Störungen mit Verhaltens- und Entwicklungsstörungen sowie Intelligenzminderung (11%) sowie Persönlichkeitsstörungen mit komorbiden Suchtproblemen und weiteren Störungen (9%).

9.1.2 Krankheits- und Desintegrationsverläufe

Ersterkrankungsalter und erstmalige Behandlung

Das Ersterkrankungsalter in Bezug auf die psychischen Störungen der Versicherten streut stark: bei einem Fünftel werden erste Probleme bereits im ersten Lebensjahr und bei einem weiteren Viertel im Kleinkind- und Vorschulalter dokumentiert – d.h. etwas mehr als die Hälfte der Fälle weisen bereits vor Schuleintritt eine beginnende psychische Störung auf. Daneben gibt es aber auch eine Gruppe von Fällen, - rund ein Drittel -, bei denen der Beginn einer psychischen Störung erstmals im Jugendalter oder im frühen Erwachsenenalter dokumentiert sind. Im Schulalter (6-12 Jahre) wurde bei rund einem Sechstel der Fälle der Beginn einer psychischen Störung manifest. Mit Blick auf diese Altersverteilung lassen sich somit unterschiedliche Gruppen von Versicherten voneinander unterscheiden, bei denen je nach Ersterkrankungsalter ein anderes Repertoire an Präventionsmassnahmen angezeigt wäre. Auffallend ist, dass bei einem Ersterkrankungsalter vor dem 6. Lebensjahr relativ viel Zeit bis zu einer ersten psychiatrischen Behandlung verstreicht, nämlich zwischen sieben bis neun Jahren. Anders ausgedrückt: viele Kinder mit einem sehr frühen Beginn einer psychischen Störung scheinen erst mit dem Eintritt in Kindergarten oder Schule einer Behandlung zugeführt zu werden.

Ärztliche Empfehlungen und Prognosen

Betrachtet man, welche Massnahmen zur Behandlung und Unterstützung der Versicherten in Arztberichten versus in Gutachten vorgeschlagen werden, so fällt besonders eine Diskrepanz auf: nur in einem Sechstel der Arztberichte werden schulische oder berufliche Anpassungen zur Situationsverbesserung für die Patienten/innen vorgeschlagen, hingegen werden beinahe in der Hälfte der Gutachten solche Anpassungen empfohlen. Informationen, wie man mit der versicherten Person in Ausbildung oder Beruf umgehen soll, kommen in den Arztberichten praktisch nie vor (bei den

Gutachten bei 20%). Für die Planung von geeigneten Eingliederungsmassnahmen wären möglichst frühe Informationen über aus ärztlicher Sicht notwendige Anpassungen in Schule und Betrieb allerdings zentral. Da die Begutachtung meist erst spät erfolgt und einen anderen Fokus hat (Rentenprüfung) kann das medizinische Wissen nicht für die Eingliederung respektive die Prävention von Ausgliederung genutzt werden. Zudem findet sich insgesamt nur bei rund 30% der Jungrentner überhaupt ein Gutachten. Gerade bei sehr jungen Versicherten (die über Eingliederungspotential verfügen) wäre aber ein umfassendes interdisziplinäres Assessment als Basis für die Integrationsplanung wichtig. In Bezug auf medizinische Massnahmen schliesslich besteht mehr Übereinstimmung zwischen Arztberichten und Gutachten. Mit zunehmender Aktualität der Berichte/Gutachten nimmt die Häufigkeit von Empfehlungen für spezifische Therapien (z.B. Psychotherapie) zu.

Für die ärztliche Prognose des Gesundheitszustandes – eine Routinefrage in den IV-Arztberichten und Gutachten – ist typisch, dass sie zu Beginn des Abklärungsverfahrens nach der IV-Anmeldung relativ optimistisch ausfällt: Bei rund 50% der Jungrentner wurde der Gesundheitszustand im ersten Arztbericht als "besserungsfähig" beurteilt. Die Prognose verschlechtert sich bei den Jungrentnern erwartungsgemäss bis zum letzten Arztbericht oder Gutachten, wo noch bei 22% von einem besserungsfähigen Zustand ausgegangen wird. Sowohl der häufige Optimismus zu Abklärungsbeginn wie auch die Tatsache, dass mehr als ein Fünftel der jungen Versicherten berentet wurden, obwohl man von einem verbesserungsfähigen Gesundheitszustand ausgeht, sind diskussionswürdig. Die Auswertungen zeigen, dass vor allem sozial-emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter (F9), hirnorganische Störungen (F0), Persönlichkeitsstörungen (F6) und Intelligenzminderung (F7) häufig optmistisch beurteilt werden, was die Verbesserung des Gesundheitszustandes angeht. Sie werden optimistischer beurteilt als affektive Störungen (F3), neurotische Störungen (F4) – und sehr viel besser als Schizophrenie (F2). Da sich der Gesundheitszustand aber gerade bei Persönlichkeitsstörungen und Intelligenzminderung (definitionsgemäss) kaum ändert, sich bei affektiven, neurotischen und schizophrenen Störungen hingegen durchaus ändern kann, muss man sich fragen, wie die beurteilenden Ärzte diese Frage verstehen. Womöglich könnte es sinnvoll sein, diese zentrale Frage an die Gutachter zu konkretisieren. In dieser Form ist deren Einschätzung jedenfalls nicht nachvollziehbar.

Krankheitsabhängige Bildungslaufbahn

Die Schul- und Bildungslaufbahn der Versicherten ist abhängig vom Zeitpunkt des Erstauftretens der psychischen Probleme, die schliesslich zu einer Berentung führten. Dabei zeigt sich, dass je höher das Rentenbezugsalter liegt, desto geringer fallen Beeinträchtigungen der Bildungslaufbahn aus. Dies gilt insbesondere für Personen, die erst nach dem 25. Altersjahr berentet wurden: diese blicken wesentlich seltener auf eine Sonderschullaufbahn zurück und haben häufig eine EFZ-Berufsausbildung absolviert. Auffallend ist darüber hinaus die Häufung von sogenannten Ausbildungszäsuren unter den jungen Rentenbeziehenden: Insgesamt ist bei über 80% der Fälle mindestens eine Ausbildungszäsur aktenkundig, wobei am häufigsten Klassen- oder Schulwechsel (52%), Abbruch einer Berufsausbildung (39%) und Klassenrepetition (23%) dokumentiert sind.

Mit Blick auf die berufliche Tätigkeit und Beschäftigungsbiografie zeigt sich, dass ein Viertel der jungen Rentenbeziehenden noch nie einer Beschäftigung, sei es im geschützten Rahmen oder auf dem ersten Arbeitsmarkt, nachgegangen ist. Etwas mehr als 40% blicken aber zumindest auf Phasen einer Berufstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zurück. Ein weiteres Drittel schliesslich war lediglich im geschützten Rahmen beschäftigt. Aktuell teilerwerbstätig im ersten Arbeitsmarkt - zum Zeitpunkt der Dossierkodierung - sind nur rund 5% der Jungrentner, vor allem diejenigen mit einer Halb- oder Viertelsrente.

9.1.3 Behandlungs- und Interventionskarrieren

Involvierte Institutionen und Fachpersonen

Um die jungen Rentenbeziehenden kümmerten sich zahlreiche Institutionen, so dass sie eine umfangreiche „Institutionskarriere“ durchlaufen haben: bei etwas mehr als der Hälfte dieser Versicherten waren mindestens sieben oder mehr verschiedene Institutionen in deren Betreuung respektive Abklärung involviert. An der Spitze stehen drei Institutionen/Fachpersonen, die bei über der Hälfte der Versicherten involviert waren: RAD, niedergelassene Psychiater/psychologische Psychotherapeuten/ Psychiater, und Lehrbetriebe. Eine weitere Gruppe von häufig bzw. bei mindestens einem Drittel der Versicherten involvierten Institutionen/Fachpersonen umfassen ambulante psychiatrische Dienste, Kinderärzte/innen, pädagogisch-therapeutische Dienste, Arbeitgebende von geschützten Arbeitsplätzen, Vorgesetzte, und Kinder-und Jugendpsychiatrische Dienste. Darüber hinaus sind auch bei einem Drittel der Fälle Heimaufenthalte dokumentiert. Zwei diagnostische Gruppen von frühen Störungen ziehen besonders viele beteiligte Institutionen auf sich: Versicherte mit Entwicklungsstörungen/Minderintelligenz, mit frühen Verhaltensstörungen oder mit multiplen schweren frühen Störungen. Bezieht man das gesamte Spektrum an psychiatrischen und medikamentösen Behandlungen und weiteren Interventionen hinzu, so zeigen vor allem Schizophrenien und Persönlichkeitsstörungen eine starke Inanspruchnahme.

Die Berechnung einer Typologie von involvierten Institutionen/Fachpersonen bestätigt dies: Sie ergab fünf sehr unterschiedliche Inanspruchnahme-Profile von Versicherten. Zwei Typen mit frühen Störungen (zusammen rund 20% der Versicherten) zeichnen sich über die gesamte bisherige Lebensspanne durch eine Vielzahl involvierter Hilfsangebote aus - beim einen Typ ohne stationäre Heimaufenthalte, beim anderen Typ mit Heimbetreuung. Zwei weitere Typen (zusammen 58% der Versicherten) werden fast ausschliesslich psychiatrisch betreut - beim einen Typ schon früh und fern vom Arbeitsmarkt, beim anderen Typ erst im Erwachsenenalter und unter Einbezug der Arbeitgeber. Der fünfte (altersmässig jüngere) Typ schliesslich wird früh pädiatrisch behandelt und später im Lehrbetrieb betreut.

Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und externen Akteuren

Die Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und externen Akteuren erscheint insgesamt gut. Eine eher problematische Kooperation (operationalisiert durch mehrere IV-Mahnschreiben oder durch explizite Dokumentierung einer schwierigen Zusammenarbeit) ist bei einem Drittel der Jungrentner dokumentiert und betrifft fast immer die behandelnden oder begutachtenden Ärzte. In besonderem Masse handelt es sich ausschliesslich um die Fachärzte (meist Psychiater), die in rund einem Drittel der Fälle mit einer erschwerten Zusammenarbeit als Ursache genannt sind. Bei 15% der erschwerten Zusammenarbeit betrifft es auschliesslich die Hausärzte – und nur in etwas mehr als 10% ausschliesslich die versicherten Personen selbst. In mehr als 5% der problematischen Fälle betrifft die erschwerte Kooperation ausschliesslich die Eltern der versicherten Person, die Psychiater wie die versicherte Person gemeinsam und die Hausärzte und die versicherte Person gemeinsam. Insgesamt sind die (behandelnden) Ärzte also mit Abstand der häufigste 'schwierige' Partner aus Sicht der IV-Stelle – und sei es auch nur, weil hier häufig Mahnschreiben geschickt werden (was von uns erfasst wurde), weil z.B. Fristen (z.B. zur Einreichung eines Arztberichts oder Gutachtens) nicht eingehalten wurden.

Psychiatrische Behandlungen und Früherkennung

Bei rund einem Sechstel der jungen Rentenbeziehenden sind keine psychiatrischen Behandlungen dokumentiert, bei einem Drittel nur ambulante und bei knapp der Hälfte sowohl ambulante als auch stationäre Behandlungen. Rund zwei Drittel der Fälle erhielten zudem eine medikamentöse Therapie. Aber selbst unter Berücksichtigung der medikamentösen Therapie verbleiben rund ein Sechstel Fälle ohne dokumentierte psychiatrische Behandlungen. Gehäuft kommt dies bei Versicherten mit

Entwicklungs- oder Intelligenzstörungen (28% bzw. 37%) vor, für die anstelle von psychiatrischen Behandlungen allerdings agogische und pädagogische Interventionen auch eher nachvollziehbar sind. Auffallend ist auch, dass die erste ambulante psychiatrische Behandlung der späteren Jungrentner bei bestimmten psychischen Störungen sehr kurz ausfällt, z.B. bei Schizophrenien und neurotischen Störungen. Während Jungrentner mit schizophrenen Störungen häufig auch stationär behandelt wurden, ist dies bei den neurotischen Störungen kaum je der Fall. Hier kann man sich fragen, ob nicht gerade die erste psychiatrische Behandlung zu kurz gegriffen hat – vor allem, wenn man bedenkt, dass die tendenziell eher behandelbaren neurotischen Störungen nicht zwangsläufig zu einer Invalidisierung führen müssen.

Betrachtet man den Zeitpunkt der erstmaligen (ambulanten oder stationären) psychiatrischen Behandlung der Jungrentner und vergleicht diesen mit dem Zeitpunkt des allfälligen ersten Bildungsabbruches (frühzeitiger Abbruch der Schule oder der Berufsausbildung), so zeigen sich klare Unterschiede nach Diagnosetyp. Versicherte mit einer sehr früh bei Geburt oder im frühen Kindesalter beginnenden psychischen Störungen (sozial-emotionale Störungen, Entwicklungsstörungen, hirnorganische Störungen) befinden sich meistens schon in psychiatrischer Behandlung bevor sie Schule oder Berufsausbildung abbrechen. Bei den Jungrentnern mit schizophrenen Störungen ist dies umgekehrt, nur rund ein Viertel war schon in Behandlung bevor es zu einem Bildungsabbruch kam. Ein weiterer Viertel kam in dem Jahr als der Abbruch stattfand erstmals in Behandlung, also womöglich zu spät, und 50% frühestens im Jahr nachdem der Abbruch stattgefunden hat.

Dies weist zum einen auf das bekannte Problem der späten Erkennung von frühen schizophrenen Erkrankungen hin (die Abbrüche der schizophrenen Jungrentner fanden im Mittel mit 17 Jahren statt). Es handelt sich bei den Schizophrenen um eine der grössten Gruppen bei den Jungrentnern, zudem sind sie häufig in höheren Bildungsgängen. Gleichzeitig wird im IV-medizinischen Abklärungsverfahren ihre Prognose schon von Beginn weg besonders negativ beurteilt. Das zeigt, dass hier auch besondere Anstrengungen für eine verbesserte Früherkennung und eine raschere Behandlung nötig sind – auch wenn es sich epidemiologisch gesehen um eine sehr kleine Gruppe handelt. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass es grundsätzlich möglich ist, Lehrpersonen mit begrenztem Aufwand so zu schulen, dass sie solche Störungen besser identifizieren können (OECD, 2013).

Jedenfalls ist die IV diesbezüglich auf Verbesserungen im vorgelagerten Schul- und Ausbildungssystem angewiesen. Dasselbe gilt in etwas geringerem Ausmass auch für die Versicherten mit einer Persönlichkeitsstörung, die sich ebenfalls häufig erst in psychiatrischer Behandlung befinden, nachdem sie die Schule oder Lehre abgebrochen haben. In diesen Fällen könnte das IV-Instrument der Frühintervention von grosser Bedeutung sein. Dieses wird allerdings für dies Zielgruppe noch eher selten eingesetzt.

IV-Massnahmen

Die häufigsten IV-Massnahmen stellen bei den jungen Rentenbeziehenden mit drei Vierteln die beruflichen Massnahmen dar, gefolgt von den Abklärungsmassnahmen, welche bei rund der Hälfte der Versicherten vorgenommen wurden, und schliesslich Massnahmen der besonderen Schulung sowie medizinische Massnahmen, die bei einem Drittel der Fälle verfügt wurden.

Die Häufigkeit der verschiedenen IV-Massnahmen variiert stark je nach behinderungsrelevanter Krankheit: Abklärungsmassnahmen werden besonders häufig bei neurotischen und hirnorganischen Störungen durchgeführt und vergleichsweise selten bei kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen, Schizophrenie, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen. Berufliche Massnahmen werden besonders häufig bei frühen sozial-emotionalen Störungen, hirnorganischen Störungen und bei Intelligenzminderung durchgeführt und eher selten bei Schizophrenie und Depressionen.

Massnahmen der Frühintervention und Integrationsmassnahmen kommen vor allem bei Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie zum Einsatz, sind insgesamt aber nach wie vor vergleichsweise sehr seltene Massnahmen.

Auch hier fällt die insgesamt geringe Berücksichtigung vor allem der Versicherten mit einer schizophrenen Erkrankung bei den beruflichen Eingliederungsmassnahmen auf. Obwohl es sich hier um junge Personen mit im Vergleich zu vielen anderen Jungrentnern guter Schulbildung handelt, ist nicht nur ihre Prognose schon von Beginn weg negativ, sondern sind auch die Investitionen in berufliche Eingliederungsmassnahmen relativ gering.

Auf der anderen Seite wird vergleichsweise viel in die berufliche Abklärung und Integration von Versicherten investiert, bei denen von vornherein meist klar ist, dass die Integration auf den geschützten Rahmen limitiert bleiben wird (z.B. bei hinrorganischen Störungen, Minderintelligenz, tiefgreifenden Entwicklungsstörungen).

9.1.4 Verlaufsanalysen

Sowohl in Bezug auf die Bildung als auch in Bezug auf psychiatrische Behandlungen und IV-Massnahmen wurden Verlaufsanalysen vorgenommen mit der Frage, ob sich spezifische Verlaufsmuster unter den Versicherten identifizieren lassen, und inwieweit diese Muster mit ausgewählten Merkmalen der Versicherten zusammenhängen. Diese Analysen wurde für die Gesamtstichprobe der Studie vorgenommen, also sowohl für Versicherte mit Rentenbezug (N=400) als auch für Versicherte ohne Rentenbezug aber mit Inanspruchnahmen anderer IV-Leistungen (N=100).

Bildungslaufbahnen

Es liessen sich vier typische Muster von Bildungsverläufen basierend auf den Versichertendossiers identifizieren:

1) „Nachzügler mit Bildungslücken“ (N=197 Versicherte): Dieses Muster repräsentiert Personen, die vergleichsweise spät mit der IV in Kontakt kamen und relativ viele Dokumentationslücken zur Bildungslaufbahn (einerseits wegen des späten Dokumentationsbeginns, andererseits auch wegen Lücken innerhalb des Beobachtungszeitraumes) aufweisen. Die dominierende Bildungslage ist v.a. die berufliche Beschäftigung[41].
2) „Schulwechsler“ (N=86): Hier überwiegen Versicherte mit vielen Schulwechseln sowohl vom Regel- in den Sonderbereich als auch innerhalb des Sonderbereiches.
3) „Anschlusslose“ (N=143): Bei dieser Gruppe fallen sehr häufige Dokumentationslücken nach Abschluss der Sekundarstufe I auf, was auf einen nicht nahtlosen Übergang in die Sekundarstufe II hinweisen kann. Es überwiegen darüber hinaus Verläufe im Regelschulbereich mit z.T. vorgängigen oder dazwischen geschalteten Perioden der Sonderschulung.
4) „Sonderschüler“ (N=74): Das vorherrschende Muster bei diesem Typus ist eine überwiegend im Sonderbereich absolvierte Schullaufbahn mit wenigen Wechseln, die in vielen Fällen in eine Berufsbildung und ggf. auch Beschäftigung (im geschützten Rahmen) mündet.

Diese Verlaufsmuster sind in Bezug auf den Rentenstatus relativ ähnlich verteilt, einzig die Gruppe der „Anschlusslosen“ kommt unter den Versicherten ohne Rente häufiger vor, jene der „Nachzügler“ etwas seltener. Deutliche Unterschiede zwischen den Bildungsverlaufstypen zeigen sich in Bezug auf die Alterszusammensetzung, die Diagnosen, die Art der IV-Massnahmen sowie in Bezug auf die bisherige und die aktuelle berufliche Beschäftigung.

[41] Wir wählen den Begriff der „Beschäftigung“ anstelle von Arbeit oder Berufstätigkeit, weil es sich sowohl um eine bezahlte Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt als auch um eine Tätigkeit im geschützten Rahmen handeln kann.

Die „Nachzügler“ (39% aller Fälle in der Gesamtstichprobe) sind deutlich älter und weisen schwere psychische Störungen im Bereich der Schizophrenien und Persönlichkeitsstörungen mit Suchtproblematik auf. Sie gehen aktuell nur zu einem Viertel einer Beschäftigung nach, viele blicken aber auf eine Berufslaufbahn im ersten Arbeitsmarkt zurück. Berufliche/schulische IV-Massnahmen werden bei dieser Gruppe weniger häufig (68%) als bei den anderen Gruppen (wo sie praktisch die Regel darstellen) verordnet, medizinische Massnahmen sind sehr selten (7%) und bei rund einem Sechstel sind überhaupt keine verfügten IV-Massnahmen dokumentiert. Vergleichsweise wenige (rund ein Viertel) dieser Versicherten wurden allein im ambulant-psychiatrischen Bereich behandelt.

Die Gruppe der „Schulwechsler“ (17% der Fälle) weist den grössten Anteil an jungen Versicherten (17-21 Jahre) auf. Mit Blick auf die psychiatrischen Störungsbilder sind für diese Gruppe Entwicklungsstörungen und frühe Störungen (bzw. sogenannte Geburtsgebrechen nach IV-Nomenklatura) charakteristisch. Vergleichsweise viele Vertretende (50%) dieses Verlaufstypus gehen aktuell einer (geschützten) beruflichen Beschäftigung nach, aber nur sehr wenige (7%) waren jemals auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig. Praktisch alle erhielten berufliche/schulische IV-Massnahmen verfügt. Rund die Hälfte dieser Versicherten wurde nur ambulant-psychiatrisch behandelt.

Versicherte der „Anschlusslosen“ (29% der Fälle) sind ebenfalls relativ jung mit rund der Hälfte an 17-21-Jährigen und knapp einem Drittel an jungen Erwachsenen (22-25-Jährigen). Sie weisen ein vergleichsweise heterogenes Spektrum an psychischen Störungen auf, was sich besonders bei den Gebrechensgruppen der IV-Nomenklatur zeigt, wo mit Ausnahme der Psychosen (Codes 641-644) alle Gruppen in ähnlicher Grössenordnung vertreten sind. Diese Heterogenität zeigt sich tendenziell auch bei den Diagnoseclustern nach ICD, am häufigsten kommen jedoch Entwicklungsstörungen und frühe Störungen vor. Die Anschlusslosen weisen den grössten Anteil (32%) an Personen auf, die noch nie einer beruflichen Beschäftigung nachgingen, aber ein weiteres Drittel übt aktuell eine Beschäftigung aus. Berufliche IV-Massnahmen wurden bei der Mehrheit (83%), aber nicht bei allen dieser Versicherten verfügt. Annähernd 60% wurden lediglich ambulant-psychiatrisch behandelt.

Die „Sonderschüler“ (15% der Fälle) schliesslich weisen etwas mehr als 60% Versicherte im Jugendalter auf. Das dominante psychiatrische Störungsbild stellen bei dieser Gruppe die Entwicklungsstörungen, gekoppelt mit Minderintelligenz, dar. Trotzdem sind relativ viele (41%) aktuell beschäftigt, indessen blicken ebenfalls nur wenige (14%) auf eine Karriere auf dem ersten Arbeitsmarkt zurück. IV-Massnahmen beruflicher Art waren bei dieser Gruppe die Regel, es wurden aber auch vergleichsweise viele (20%) von anderen Massnahmen (z.B. Hilfsmittel IV) verfügt. Die Mehrheit (78%) dieser Versicherten wurde allein im ambulant-psychiatrischen Sektor behandelt.

Behandlungs-/Massnahmen-Verläufe

Bei den Behandlungs- und IV-Massnahmen-Verläufen liessen sich drei typische Muster identifizieren:

1) „Psychiatrie-Karriere“ (N=219 Versicherte): ähnlich wie bei den Bildungsverläufen handelt es sich hier um eine Gruppe von Versicherten mit einem vergleichsweise späten (ab dem 6. Altersjahr) Beginn der Dokumentation von Ereignissen im Dossier. Charakteristisch ist die grosse Bedeutung psychiatrischer Behandlungen (sowohl ambulante als auch stationäre) über alle Altersgruppen. Die Behandlungen erfolgen entweder alleinstehend oder in Kombination mit IV-Massnahmen.
2) „IV-Karriere“ (N=182): im Unterschied zu Typ 1 haben hier psychiatrische Behandlungen einen geringen Stellenwert. – Wenn sie vorkommen, dann überwiegend in Kombination mit IV-Massnahmen. Die Verläufe werden jedoch dominiert durch alleinstehende IV-Massnahmen und ggf. späterem Rentenbezug. Auffallend ist auch, dass die Dokumentation von Behandlungen/Massnahmen erst ab dem Schulalter substantiell zunimmt, in den vorangehenden Altersjahren (1-5 Jahren) finden wir dagegen nur sehr wenige Interventionen.

3) „Ambulante“ (N=99): bei dieser Gruppe schliesslich spielen ambulante psychiatrische Behandlungen eine grosse Rolle (stationäre Behandlungen kommen praktisch nicht vor); sie erfolgen ab dem Schulalter, aber meistens in Kombination mit IV-Massnahmen und später mit Berentung.

Die Versicherten mit einer Psychiatriekarriere (44% aller Fälle in der Gesamtstichprobe) sind deutlich älter und weisen schwere psychische Störungen im Bereich der Schizophrenien und Persönlichkeitsstörungen mit Suchtproblematik auf. Sie gehen aktuell nur zu einem Viertel einer Beschäftigung nach, viele blicken aber auf eine Berufslaufbahn im ersten Arbeitsmarkt zurück. Berufliche/schulische IV-Massnahmen werden bei dieser Gruppe weniger häufig (68%) als bei den anderen Gruppen (wo sie praktisch die Regel darstellen) verordnet, medizinische Massnahmen sind sehr selten (9%) und bei rund einem Sechstel sind überhaupt keine verfügten IV-Massnahmen dokumentiert Die Versicherten mit Psychiatrie-Karriere sind annähernd identisch mit dem Bildungsverlaufs-Typus der „Nachzügler“, deren Schullaufbahn weitgehend unbekannt ist und v.a. entweder durch Lücken in der Bildungslaufbahn oder durch Verläufe von Berufsbildung zu Beschäftigung charakterisiert ist.

Personen mit einer IV-Karriere (36% aller Fälle) sind jünger (rund die Hälfte zwischen 17 und 21 Jahren), charakteristisch sind Entwicklungsstörungen mit Intelligenzminderung. Vergleichsweise viele (45%) gehen aktuell einer beruflichen Beschäftigung nach, aber nur wenige haben je im ersten Arbeitsmarkt gearbeitet. Berufliche/schulische IV-Massnahmen sind die Regel und rund die Hälfte der Fälle erhielt auch medizinische Massnahmen. Besonders häufig (43%) ist unter den Versicherten mit IV-Karriere der Bildungsverlaufstypus der „Anschlusslosen“ mit Lücken beim Übergang von der regulären Schulzeit in die Berufsbildung vertreten. Aber auch Schulwechsler und Sonderschüler bilden wichtige Gruppen mit einem Anteil von je rund einem Viertel der Versicherten.

Die Gruppe der Personen mit einer ambulanten Behandlungskarriere (20% aller Fälle) weist mit zwei Dritteln den grössten Anteil an Versicherten im Jugendalter auf, sogenannte frühe Störungen kommen unter diesen Personen besonders häufig vor. Rund ein Drittel geht aktuell einer Beschäftigung nach, viele (40%) haben jedoch noch nie eine berufliche Tätigkeit ausgeübt. Auch hier sind berufliche/schulische IV-Massnahmen die Regel, aber auch medizinische Massnahmen kommen sehr häufig (75%) vor. Den prominentesten Bildungsverlaufstyp (48%) stellt auch bei dieser Gruppe der Typus der „Anschlusslosen“ dar, der Typus „Sonderschüler“ kommt etwas seltener vor.

9.1.5 Gegenüberstellung der verschiedenen Typologien

Um den Überblick über die Vielzahl der Einzelerkenntnisse zu erleichtern wurden nicht nur Typologien von Diagnosen, familiären Belastungen, involvierten Institutionen, Bildungskarrieren und Massnahmenkarrieren berechnet, sondern diese wurden einander auch gegenübergestellt. Alle diese Typologien wurden für die gesamte untersuchte Stichprobe gerechnet (N=500). Die Zusammenschau zeigt folgende Muster: Die 6 verschiedenen Diagnosetypen – 3 Gruppen mit kinderpsychiatrischen Störungen und 3 Gruppen mit erwachsenenpsychiatrischen Störungen – bringen ein unterschiedliches familiäres Belastungsprofil mit, wobei sich vor allem die zwei Gruppen mit Persönlichkeitsstörungen und die Gruppe der multiplen schweren frühen Störungen als besonders belastet zeigen. Vereinfacht gesagt fällt die familiäre Belastung mit zunehmender organischer Ursache der Störung zunehmend geringer aus.

Die Jungrentner mit erwachsenenpsychiatrischen Störungen werden fast ausnahmslos ambulant oder stationär psychiatrisch betreut, während die kinderpsychiatrischen Störungen fast ausschliesslich (Entwicklungsstörungen, Minderintelligenz), teilweise (frühe Verhaltensstörungen) oder eher selten (multiple schwere frühe Störungen) sonderpädagogische und -schulische Hilfen erhalten. In Bezug auf die involvierten Hilfsangebote zeigt sich, dass je früher der Krankheitsbeginn war, desto überdauernder und diversifizierter waren die Nutzung von Facheinrichtungen und -personen. Schizophrene,

die in diesem Sample der jungen Versicherten typischerweise den spätesten Erkrankungsbeginn haben, wurden von Erwachsenenpsychiatern und Arbeitgebern betreut. Persönlichkeitsstörungen, die spätestens in der Adoleszenz erkranken, wurden seit dem Jugendalter psychiatrisch und ebenfalls von Arbeitgebern betreut. Versicherte mit kinderpsychiatrischen Störungen wurden von Kindheit bis ins Erwachsenenalter von einer Vielzahl von sozialpädagogischen, psychiatrischen und geschützten Ausbildungs- und Arbeitsstätten betreut.

In Bezug auf die Bildungssequenzen zeigt sich wie erwähnt, dass Versicherte mit erwachsenenpsychiatrischen Störungen fast immer zur Gruppe der "Nachzügler" gehören, das heisst: lange in der Regelschule (dort häufig mit Abbruch) und später Kontakt zur IV-Stelle. Die Versicherten mit kinderpsychiatrischen Störungen hingegen gehören vor allem zu den Gruppen der Schulwechsler, der Anschlusslosen und der Sonderschüler.

9.1.6 Risikofaktoren für eine frühe Invalidisierung

Für diese Untersuchung zentral ist die Frage nach den Risikofaktoren für eine frühe Invalidisierung. Um diese abschätzen zu können, wurden neben den IV-Dossiers der 400 Rentenbeziehenden auch 100 Dossiers von jungen Versicherten mit ebenfalls psychischen Störungen als Grund für den Leistungsbezug (aber bislang keine Berentung) analysiert.

Deskriptive Vergleiche

Auf einer beschreibenden Ebene[42] zeigen sich bereits deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen von Versicherten. So sind die Versicherten *ohne* Rentenbezug jünger, häufiger männlichen Geschlechts, sie stammen häufiger aus Familien ohne Migrationshintergrund und sie verfügen über eine bessere Ausbildung (insbesondere mehr abgeschlossene EFZ-Berufslehren). Indessen sind Nicht-Rentenbeziehende familiär eher stärker belastet als Rentenbeziehende, wobei dies v.a. auf zwei Dimensionen zurückzuführen ist: psychische Krankheiten bei den Eltern (38% vs. 31%) und Gewalt/Konflikte/Vernachlässigung in der Familie (40% vs. 28%).

Auch in Bezug auf die Verteilung der psychischen Störungen gibt es deutlich Unterschiede zwischen beiden Gruppen, die jedoch mit dem jüngeren Alter der Nicht-Rentenbeziehenden zusammenhängen dürften: In Bezug auf die IV-Gebrechen unterscheiden sich die Versicherten ohne Rente primär in der Häufigkeit der Gebrechensgruppe 404 (POS), die bei den Rentenbeziehenden nur marginal vertreten ist, aber bei den Nicht-Rentenbeziehenden die grösste Gruppe (rund ein Drittel) darstellen. Dies zeigt sich auch bei den ICD-Diagnosen, wo die Gruppe der F-9-Diagnosen (d.h. frühe Störungen) die dominante Diagnose darstellen. Der Schweregrad der Erkrankung kann bei den Versicherten ohne Rentenbezug als geringer eingeschätzt werden, indem ihnen die behandelnden Ärzte eine bessere Prognose stellen, und sie seltener stationär behandelt wurden.

Diese Unterschiede sind angesichts des jüngeren Alters der Nicht-Rentner diskussionswürdig: Die Befunde zu den älteren Rentner haben gezeigt, dass sich

a) die Prognose mit zunehmendem Alter deutlich verschlechtert;
b) die POS/ADHS-Diagnosen mit zunehmendem Alter häufig in eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose ändern und
c) sich auch die Anzahl stationärer Behandlungen noch steigern könnte.

Dazu würde auch die erhebliche familiäre Belastung vieler Nicht-Rentner/innen passen – ein typisches Merkmal bei Persönlichkeitsstörungen. Es ist deshalb nicht auszuschliessen, dass ein relevanter Teil dieser biografisch belasteten jungen Nicht-Rentenbeziehenden mit ADHS/POS-Diagnose zu einem

[42] D.h., noch ohne Berücksichtigung der vielfältigen Zusammenhänge in einem multivariaten statistischen Modell.

späteren Zeitpunkt doch noch in die Rentenprüfung gelangt, dannzumal mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Das heisst, bei der Stichprobe der Nicht-Rentner handelt es sich wahrscheinlich zum Teil um *Noch-nicht*-Rentner (s.u., Abschnitt 9.2). Dies wurde sehr ähnlich schon in der Studie zur Invalidisierung aus psychischen Gründen (Baer et al., 2009) konstatiert: Die damalige Vergleichsgruppe der Nicht-Rentner war ebenfalls deutlich jünger (im Schnitt um 10 Jahre), ohne dass sie prognostisch deutlich günstigere Merkmale aufwies.

In Bezug auf die Schul- und Bildungssituation sind die Unterschiede auf den ersten Blick nicht besonders auffällig, bei genauerem Hinsehen fallen aber doch einige Charakteristika auf: so ist der Anteil von Versicherten, die zumindest phasenweise eine Sonderklasse-/schule besucht haben, mit rund 60% in beiden Gruppen ähnlich hoch, aber bei Rentenbeziehenden sind häufiger mehrere Phasen oder ein durchgehender Sonderschulbesuch dokumentiert. Der Anteil von Personen mit irgendeiner Ausbildungszäsur liegt bei den Rentenbeziehenden etwas höher als bei den Versicherten ohne Rentenbezug (83% vs. 74%). In Bezug auf die Bildungsverlaufstypen finden wir indessen bei den Rentenbeziehenden mehr „Nachzügler mit Bildungslücken“, demgegenüber bei den Versicherten ohne Rentenbezug mehr „Anschlusslose“.

Betrachtet man den Erwerbsstatus der beiden Gruppen zum Zeitpunkt der Dossierkodierung, so zeigt sich, dass Rentner fast nie im ersten Arbeitsmarkt (teil)erwerbstätig sind (3.5%), aber auch die Nicht-Rentner nur selten (15%). Auch wenn sich einige Nicht-Rentner noch in Ausbildung befinden, so handelt es sich bei ihnen doch nur bedingt um eine echte Vergleichsgruppe.

Multivariate Analyse

Die Identifikation von spezifischen Risikofaktoren für einen Rentenbezug wurde mit einem multivariaten statistischen Modell (logistische Regression) untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem Merkmale der Erkrankung, aber auch der medizinischen Abklärung, der Bildungslaufbahn, wie auch des IV-Massnahmesystems eine erhebliche Rolle für das Berentungsrisiko spielen. So haben Geburtsgebrechen im Vergleich zur Referenzgruppe der Persönlichkeits- und reaktiven psychischen Störungen ein deutlich geringeres Risiko für eine IV-Berentung. Dies gilt auch für die Affektiven Störungen, die gegenüber den Persönlichkeitsstörungen ein tieferes Berentungsrisiko aufweisen. Psychosen (IV-Code 641-644) haben demgegenüber ein deutlich erhöhtes Risiko (um rund einen Faktor 4) und Schizophrenien gar ein um den Faktor 10 erhöhtes Risiko für eine IV-Berentung. Auch Minderintelligenz zeigt ein erhöhtes Berentungsrisiko. Alle diese Effekte sind Netto-Effekte, also Risikoerhöhungen bzw. -verminderungen nachdem bereits alle anderen Einflussvariablen rechnerisch berücksichtigt wurden. Dies gilt auch für die nachfolgenden Ergebnisse dieses Abschnitts.

Ein erhöhtes Risiko für eine Berentung gilt auch für Versicherte mit geringer oder besonderer Schulung: ein tiefer Schulabschluss (höchtsens Sekundarstufe I) ist mit einem zweifach höheren Berentungsrisiko verbunden. Und Sonderschulung ist mit einem vierfach höheren Berentungsrisiko verbunden. Das bei weitem höchste Berentungsrisiko haben jedoch Versicherte, die weder eine Berufliche noch eine Medizinische IV-Massnahme erhalten haben. Dieses Resultat kann unterschiedlich interpretiert werden – denkbar ist etwa, dass diese Personen nie eine Massnahme erhielten, weil sie zu stark beeinträchtigt waren, oder aber dass das Fehlen der betreffenden Massnahmen an sich das Berentungsrisiko erhöht hat.

Schliesslich spielt die Intensität des medizinischen Abklärungsverfahrens eine wichtige Rolle: Versicherte mit vielen medizinischen Dokumenten in ihrer IV-Akte haben ein höheres Berentungsrisiko. Es ist auch hier anzunehmen, dass die Anzahl medizinischer Dokumente im IV-Dossier weitere

Aspekte spiegelt: z.B. einen längeren Krankheitsverlauf oder ein schwer zu beurteilende Gesundheitssituation. Auch ist denkbar, dass ein besonders intensives medizinisches Abklärungsverfahren per se ein Risikofaktor darstellt.

Die oben dargestellten Befunde wurden auch weitgehend bestätigt durch einen anderen Analyseansatz: durch sog. CART-Modelle. Auch diese Analyse kommt zum Ergebnis, dass zunächst die Art der Erkrankung am besten zwischen Rentnern und Nicht-Rentnern zu differenzieren vermag, gefolgt von der Art der beteiligten Einrichtungen/Fachpersonen, der Dauer/Intensität des medizinischen Verfahrens und dem Erkrankungsbeginn. Erst danach folgen soziodemografische Merkmale und familiäre Belastungen. Zudem werden im CART-Modell auch die Interaktionen zwischen unterschiedlichen Risikofaktoren besser sichtbar.

9.2 Methodische Grenzen der Studie

Eingeschränkte statistische „Power"

Die Stichprobenziehung wurde nach einem differenzierten, mehrfach stratifizierten Zufallsprinzip durchgeführt. Zusammen mit den dargestellten Gewichtungen vermag die Studie daher die Situation bei den Rentenbeziehenden weitgehend ohne systematische Verzerrungen darzustellen. Jedoch ist mit einer Fallzahl von N=400 Rentenbeziehenden zuzüglich 100 Vergleichsdossiers eine differenzierte, multivariate Analyse in ihrer „statistischen Power" eher begrenzt. D.h., die aufgefundenen Risikofaktoren sind solche, die von ihrer Effektgrösse her sich auch bei begrenzter statistischer Power noch als statistisch signifikant durchgesetzt haben. Es ist jedoch möglich, dass weitere (von ihrem Einfluss schwächere) Effekte bestehen, die aufgrund der begrenzten Fallzahl nicht erkannt werden konnten. Zu beachten ist jedoch, dass die Stichprobengrösse ein Kompromiss darstellt aus forscherischem Interesse, Studienmachbarkeit, Zeitrahmen und Finanzierbarkeit.

Probleme der „Zensierung"

In der vorliegenden Studie gibt es eine Reihe von interessierenden Merkmalen der Versicherten „zeitlicher" Art: d.h. sie lassen sich auf einer Zeitachse anordnen (vgl. insbesondere die Befunde der Verlaufsanalysen) und/oder es kann beschrieben werden, wie lange es dauert, bis ein bestimmtes Ereignis eingetreten ist. Aber auch in einem weiteren Sinne sind viele der gemessenen Variablen in dieser Studie zeitabhängig, weil ihre Erfassung auf Versichertendossiers basiert. Diese Dossiers dokumentieren gewöhnlich einen bestimmten Zeitraum bzw. einen bestimmten Abschnitt der Biografie der Versicherten, wobei zeitliche Abschnitte ausserhalb (vor oder nach) dieses Dokumentationszeitraumes im Dunkeln liegen. Auf diesem Hintergrund werden nun Phänomene der sogenannten „Zensierung" relevant. Zensierung meint, dass bestimmte Merkmale aufgrund des beschränkten Beobachtungszeitraumes einer Studie nicht gemessen werden konnten, wobei insbesondere zwei Varianten zu erwähnen sind: bei der „Rechts"-Zensierung endet die Studie bevor ein bestimmtes Ereignis (bei allen Studienteilnehmenden, bei denen es hätte eintreten können) eingetreten ist; bei der „Links"-Zensierung beginnt eine Studie erst nachdem das interessierende Ereignis schon eingetreten ist. Beide Zensierungsphänome können für die Ergebnisse dieser Studie von Bedeutung sein.

Die *Rechtszensierung* kann insbesondere relevant sein für Vergleiche zwischen Renten- und Nicht-Rentenbeziehenden. Es ist denkbar, dass unter den Nicht-Rentenbeziehenden ein bestimmter, aber unbekannter Anteil von Versicherten besteht, der in Zukunft eben doch noch eine Rente erhält. Wir haben bei der Stichprobenziehung diesem Problem zwar entgegen zu wirken versucht, indem wir als Versicherte ohne Rente nur Personen definiert haben, für die mindestens für zwei Jahre nach dem letzten IV-Leistungsbezug immer noch keine Rente verfügt wurde, sodass mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass diese Fälle (zumindest vorläufig) abgeschlossen wurden. Die

Linkszensierung spielt beispielsweise eine Rolle bei der Analyse der Bildungslaufbahnen, aber allenfalls auch für die Analyse von Risikofaktoren für einen Rentenbezug. Wie wir feststellen konnten, haben wir Versicherte in der Stichprobe mit einem vergleichsweise späten Kontakt zur IV-Stelle (oft erst nach dem 20. Lebensjahr). Die vergleichsweise späte IV-Anmeldung korreliert relativ stark mit den behinderungsrelevanten (und somit für eine Berentung u.U. ausschlaggebenden) Diagnosen. Bei diesen Versicherten beginnt auch die Dokumentation später, und es müssen retrospektiv anmanestische Daten erhoben werden. Hier haben wir teilweise keine oder eingeschränkte Informationen zur detaillierten Schullaufbahn vom Kindergarten bis Ende Primarschule. Wir wissen normalerweise, welche Schulstufe sie abgeschlossen haben, aber wir haben je nachdem ungenaue Informationen darüber, ob sie diese Zeit phasenweise oder ganz in Sonderklassen/-schulen verbracht haben. Ebenso verfügen wir möglicherweise nur über ungenügende Informationen über familiäre Belastungen, weil sie nicht immer im Anamnesefokus der Abklärungen lagen.

Dossierabhängige Beobachtungen

Auf dem Hintergrund der vorangegangenen Erläuterungen zur Zensierung wird aber auch deutlich, dass die empirische Grundlage dieser Studie (weitgehend) aus Versichertendossiers gewonnene Daten bilden. In diesen Dossiers ist insbesondere dokumentiert, was versicherungsrelevant ist. *Nichtdokumentierte* wichtige Ereignisse (z.B. eine Sonderschulung, eine stationäre psychiatrische Behandlung oder eine absolvierte Berufsausbildung) bedeuten nicht zwingend, dass diese Ereignisse nicht stattgefunden haben.

9.3 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie zeigt, dass junge (zwischen 18-29 Jahre alte) Personen mit einem IV-Rentenbezug besonders häufig von sehr frühen und schweren Störungen betroffen sind, die entweder deutliche organische Ursachen haben (Minderintelligenz, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Schizophrenie) oder in erheblichen frühen familiären Belastungen begründet sind (z.B. Persönlichkeitsstörungen). Rund 40% der Jungrentner weisen solche starken familienbiografischen Belastungen auf (von den Eltern getrennt aufgewachsen, Gewalterfahrung, starke Vernachlässigung etc.). Die Jungrentner/innen fallen auch meistens schon sehr früh auf (so wurde bei rund der Hälfte schon im Vorschulalter eine beginnende Störung festgestellt), und sie benötigen dann oft bis ins Erwachsenenalter ständige Unterstützung von verschiedenen Einrichtungen und Fachpersonen. Je nach Art der Störung – sei sie eher kinderpsychiatrisch inklusive Geburtsgebrechen oder eher erwachsenenpsychiatrisch relevant – wurden schon (lange) vor der Berentung verschiedene pädiatrische, sonderpädagogische oder psychiatrische Hilfen in Anspruch genommen. Darüber hinaus hat ein erheblicher Teil dieser Jungrentner nie die Regelschule besucht und war nie im ersten Arbeitsmarkt tätig, sondern verbrachte Schule, Ausbildung und Beschäftigung im geschützten Rahmen. Insgesamt verfügen nur 14% der Jungrentner über eine abgeschlossene EFZ-Berufsausbildung mit Eidgenössischem Fähigkeitsausweis. Und nur rund 5% der Jungrentner sind nebenher noch irgendwie erwerbstätig.

Bei dieser ungünstigen Ausgangslage stellt sich u.E. für einen substantiellen Teil der Jungrentner/innen die Frage, ob es überhaupt eine Alternative zu einer Berentung gegeben hätte. Deutlich wird dabei, dass sich hinter der Etikette „psychisch“ in manchen Fällen schwere, multimorbide Krankheits-/Behinderungskonstellationen verbergen.

Dieser Schluss wird auch noch weiter untermauert durch einen Vergleich mit Versicherten ohne Rentenbezug. So wurde in der vorliegenden Studie neben den Jungrentnern aus psychischen Gründen analog eine gleichaltrige Stichprobe gezogen, die im Zeitraum 2010-2011 ebenfalls aufgrund psychischer Probleme IV-Leistungen bezogen hat, aber bis 2014 keine Rente erhalten hat. Die vergleichenden Analysen dieser Nicht-Rentner mit den Rentnern zeigen, dass die wichtigsten

Risikofaktoren für den Bezug einer IV-Rente die Art der Diagnosekonstellation respektive der Behinderung ist. Versicherte mit einer schizophrenen Erkrankung oder mit Minderintelligenz haben ein besonders hohes Berentungsrisiko im Vergleich mit der Gruppe der reaktiven und Persönlichkeitsstörungen (v.a. IV-Code 646), Versicherte mit Depressionen, POS/ADHS ein besonders tiefes. In allen Analysen zeigt sich die Diagnose als wichtigster Faktor. Dies weist darauf hin, dass die spezifische Behinderung an sich für den Integrationserfolg entscheidend ist. Es handelt sich bei den Krankheiten um unterschiedliche Entitäten mit spezifischen Konsequenzen.

Zudem ist das Fehlen von beruflichen/medizinischen IV-Massnahmen ein äusserst hoher Risikofaktor – auch wenn dieser mit dem Schweregrad der Behinderung (über die wir keine direkten Informationen haben) zusammenhängen mag. Die weiteren (aber weniger deutlichen) Einflussfaktoren – erreichter Ausbildungsgrad oder Intensität des medizinischen Abklärungsverfahrens – spielen auch eine Rolle, sind aber auch kaum von der Behinderung zu trennen und somit wohl auch keine ganz eigenständigen Faktoren.

Obwohl sowohl die Analyse der Jungrentner als auch der Vergleich mit den Nicht-Rentnern die zentrale Bedeutung von Krankheit und Behinderung für den weiteren Verlauf aufzeigen, lassen sich doch einige Interventionsbereiche identifizieren, an denen angesetzt werden könnte.

Neben der Gruppe von Versicherten mit sehr frühen schweren Störungen, die das (Aus)Bildungssystem überwiegend im geschützten Rahmen durchläuft, gelangt aber doch rund die Hälfte der späteren Rentner erst vergleichsweise spät in Kontakt mit der IV. Hier handelt es sich meist um Versicherte, die vor dem IV-Kontakt die Regelschule besuchten und/oder eine (3 bzw. 4-jährige) EFZ-Berufsausbildung aufgenommen, diese aber oft frühzeitig abgebrochen haben. Diese Gruppe mit oft höherem Bildungsstand (und entsprechend auch sehr viel besseren Chancen für eine Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt) scheint häufig erst (zu) spät aufzufallen und zu wenig nachhaltig betreut zu werden mit der Folge einer vergleichsweise raschen Invalidisierung.

Hierbei fällt die Gruppe der Versicherten mit einer schizophrenen Erkrankung besonders auf, die einen erheblichen Teil der Jungrentner ausmacht (17%). Junge Schizophrene, aber auch Junge mit einer Persönlichkeitsstörung brechen häufig die Schule/Ausbildung vorzeitig ab und werden dann relativ rasch berentet. Hier läge allenfalls ein Potential, indem die IV häufiger Frühinterventionsmassnahmen schon bei Schülern und Lehrlingen durchführen würde. Frühinterventionsmassnahmen wurden bei den Jungrentnern insgesamt nur selten durchgeführt (in 10% aller Fälle), wenn auch bei Schizophrenie und Persönlichkeitsstörung etwas häufiger.

Jungrentner mit einer schizophrenen Erkrankung oder mit Persönlichkeitsstörung kommen zudem besonders spät in eine psychiatrische Behandlung: Gegen die Hälfte aller schizophrenen Jungrentner wurde erst nach dem Schul- oder Ausbildungsabbruch erstmals psychiatrisch behandelt, ein weiteres Viertel erst im selben Jahr als der Bildungsabbruch stattfand (was ebenfalls sehr spät ist). Offensichtlich werden diese Jugendlichen im Bildungssystem oft nicht rechtzeitig erkannt und einer Behandlung zugeführt. Dies ist relevant, weil eine sehr frühe Behandlung einer beginnenden Schizophrenie prognostisch günstig ist. Hier ist die IV auf eine verbesserte Früherkennung bei Schülern, Lehrlingen und Studenten angewiesen. Dasselbe gilt in etwas geringerem Ausmass auch für Jugendliche mit einer Persönlichkeitsstörung. Auch sie brechen die Ausbildung oft frühzeitig ab, und werden oft erst später überhaupt erstmals psychiatrisch behandelt. Umgekehrt zeigt sich das Problem der (zu) späten Behandlung nicht bei denjenigen, die schon in der Kindheit auffällig wurden. Das heisst, das Früherkennungssystem funktioniert sehr gut bei Geburtsgebrechen und (etwas weniger gut) bei Störungen im Vorschulalter, aber relativ schlecht bei den Erkrankungen im Jugend- und frühen Erwachsenenalter.

In Bezug auf die Schul- und Ausbildungsabbrüche zeigten sich schliesslich weitere, krankheitspezifische Unterschiede: Zum einen geht die Initiative zum Ausbildungsabbruch bei Versicherten mit Geburtsgebrechen und Versicherten mit Entwicklungsstörungen/Minderintelligenz häufig nicht von den Versicherten selbst, sondern vom Lehrbetrieb aus. Dies ist genau umgekehrt bei den Versicherten mit Psychosen und Versicherten mit reaktiven oder Persönlichkeitsstörungen: zwei Drittel (Psychosen) respektive drei Viertel (Persönlichkeitsstörungen) brechen die Ausbildung aus eigener Initiative ab. Dies ist insofern relevant, als hier auf der Seite des Lehrbetriebes womöglich ein Abbruch nicht zwingend gewesen wäre. Es ist anzunehmen, dass ein Teil dieser wohl krisenhaften – und aus Sicht der Arbeitgeber selbst nicht zwingenden - Abbrüche hätte vermieden werden können.

Zweitens zeigen die Dossiers, dass die meisten Jungrentner ‚nur' einen ("1") EFZ-Berufsausbildungsabbruch zu verzeichnen hatten (v.a. Schizophrene und Persönlichkeits- sowie reaktive Störungen): Nur 13% haben mehr als einmal eine Berufsausbildung abgebrochen (ein Viertel einmal, 60% nie). Da die Mehrheit der Abbrecher (zwei Drittel) aktuell keinen EFZ-Berufsbildungsabschluss besitzt, ist davon auszugehen, dass oft kein zweiter Versuch mehr unternommen wurde, eine EFZ-Berufsausbildung zu absolvieren. Dies ist auf dem Hintergrund der relevanten Behinderungssituation dieser Versicherten zu sehen – dennoch kann man sich fragen, ob hier nicht teilweise zu früh resigniert wurde. Ein Ausbildungsabbruch (vielleicht auch zwei) muss jedenfalls bei diesen jungen Personen mit oft chronischen/wiederkehrenden und schwankenden Krankheitsverläufen, die sich im Verlauf teilweise stabilisieren können, nicht a priori ein Grund für eine Berentung sein.

Eine andere Gruppe mit erheblichen Zäsuren – allerdings schon in der obligatorischen Schulzeit – fällt ebenfalls auf: Hier handelt es sich um Personen mit frühen sozial-emotionalen Störungen (inklusive ADHS/POS) respektive Entwicklungsstörungen, die durch Repetitionen und Klassen- oderSchulwechsel sowie Timeouts auffallen – in der Typologie der Bildungssequenzen die „Schulwechsler" genannt. Hier scheint das Problem nicht die fehlende frühe Identifikation von Auffälligkeiten zu sein, sondern eher die mangelnde Fähigkeit der Schule, diese Jungen im Bildungssystem zu halten. Denkbar ist aber auch, dass diese Schülerinnen und Schüler so stark auffällig sind, dass sie einfach nicht in der Regelschule getragen werden können.

Auch das medizinische Abklärungsverfahren spielt eine Rolle: Junge Versicherte mit einer schizophrenen Erkrankung werden von den behandelnden/begutachten Ärzten schon von Beginn an besonders negativ eingeschätzt in Bezug auf die Krankheitsprognose – negativer als fast alle anderen Behinderungen, inklusive Intelligenzminderung. Versicherte mit Schizophrenie, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen erhalten auch vergleichsweise wenige berufliche Massnahmen. Die Ergebnisse der Studie ergeben den Eindruck, dass man vor allem bei Versicherten mit einer Schizophrenie besonders pessimistisch ist. Demgegenüber scheint man vor allem bei den schweren kinderpsychiatrischen Störungen inklusive Intelligenzminderung eher zu optimistisch zu sein, obwohl hier häufig von vornherein klar ist, dass es sich höchstens um eine Integration in eine geschützte Beschäftigung handeln wird.

Die prognostischen Einschätzungen der behandelnden/begutachten Ärzte sind insgesamt nur schwer nachvollziehbar, wenn man sie der hauptsächlichen bzw. behinderunsgrelevanten Diagnose gegenüberstellt. So wird die Prognose des *Gesundheitszustandes* bei schweren und meist bleibenden Behinderungen wie z.B. Intelligenzminderung und Persönlichkeitsstörung deutlich besser beurteilt als bei affektiven, neurotischen und erst recht bei schizophrenen Störungen. Hier ist nicht klar, ob die Intention der Fragestellung der IV wirklich dem entspricht, was sich die beurteilenden Ärzte bei der Beantwortung denken. Es könnte sinnvoll sein, dass die IV diese Routinefragen präziser ausführt und konkretisiert, was sie genau mit dieser Frage wissen will.

Das medizinische Abklärungsverfahren zeigt weitere Potentiale: Selten wurden in den IV-Arztberichten Informationen dazu gegeben, welche konkreten Anpassungen die jungen Versicherten in der Schule/Ausbildung oder am Arbeitsplatz benötigen würden, und fast nie wurden Angaben dazu gemacht, wie Lehrer, Ausbildner, Vorgesetzte oder Eingliederungsverantwortliche mit der versicherten Person umgehen sollten. In den Gutachten, die (wenn dann) fast immer zum Ende des Abklärungsverfahrens erfolgen, sind diese Informationen etwas häufiger vorhanden. Diese späten Informationen dienen jedoch meist der Rentenprüfung und können die Eingliederungsplanungen kaum unterstützen, die fast immer vorher stattgefunden haben. Dieses Defizit an frühen eingliederungsrelevanten medizinischen Informationen wurde schon in der Analyse der IV-Rentner aus psychogenen und milieureaktiven Gründen (Baer et al., 2009) gefunden. Hier besteht nach wie vor Handlungsbedarf. Gerade bei so jungen Personen, die von einer (meist permanenten) Ausgliederung aus dem Arbeitsmarkt bedroht sind, wäre eine sorgfältige, interdisziplinäre Analyse der Arbeitsproblematik sowie der möglichen Interventionen wichtig.

9.4 Fazit und Empfehlungen

Fazit

Bei der Mehrheit der untersuchten Rentenbeziehenden scheint die frühe Invalidisierung aufgrund der Aktenanalyse nachvollziehbar. Bei einer zahlenmässig relevanten Minderheit hingegen wären aufgrund der vorliegenden Evidenz wohl alternative Wege der Unterstützung möglich gewesen. Zumindest lässt sich feststellen, dass bei dieser zweiten Gruppe von Versicherten besonders rasch, aufgrund teils unklarer ärztlicher Informationen (Prognose, fehlende Informationen in Arztberichten) und ohne Ausschöpfung der vorhandenen IV-Eingliederungsmassnahmen (besonders häufig wurden keine Beruflichen Massnahmen verfügt) und der ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten (sehr kurze Dauer der initialen psychiatrischen Behandlung) berentet wurde. Diagnostisch handelt es sich bei diesen, zum Teil möglicherweise vorschnell berenteten Versicherten um Schizophrenien, affektive Störungen, neurotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen.

Diese Versicherten verfügen oft über eher gute Bildungsvoraussetzungen für eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Die Unterstützungssysteme scheinen aber nicht recht zu greifen: die Versicherten werden zwar umfassend psychiatrisch behandelt, erhalten aber relativ selten und noch unwahrscheinlicher wiederholbare Möglichkeiten, mit IV-Unterstützung eine Ausbildung zu absolvieren. Bei der Mehrheit der jungen Rentenbeziehenden mit Minderintelligenz und sehr früh erkennbaren Gebrechen wird hingegen eine Vielzahl von IV-Massnahmen im sonderpädagogischen Bereich finanziert, wobei die Perspektive häufig in einer – wichtigen - Integration in den geschützten Arbeitsmarkt besteht. Eine solch unterstützende Haltung sollte auch den Versicherten mit erwachsenenpsychiatrischen Störungen zukommen.

Nicht nur bei der IV deuten sich hier Mängel an, sondern auch bei anderen Akteuren:

- Das *ärztliche Abklärungsverfahren* ist ungenügend, vor allem im frühen Stadium des IV-Verfahrens. Die vorhandenen Informationen unterstützen allfällige Eingliederungsmassnahmen zu wenig (kaum Informationen, die für die Massnahmenplanung nützlich wären) oder sind unverständlich (Prognosen).
- Aber es gibt auch Probleme bei der *psychiatrischen Behandlung junger psychisch Kranker*. Häufig wird anscheinend gerade bei Behandlungsbeginn zu wenig nachhaltig behandelt. Dies hängt sicher auch mit der bei jungen psychisch kranken Patienten häufig noch mangelnden Problemeinsicht zusammen. Hier wäre von Seiten der Psychiatrie ein stärkeres Bewusstsein für die invalidisierenden Konsequenzen solch früher schwerer Störungen und entsprechend ein hartnäckigeres Auftreten gefragt.
- Schliesslich hat sich gezeigt, dass besonders bei dieser Versichertengruppe häufiger eine *problematische Zusammenarbeit zwischen IV und vor allem den Psychiatern* festzustellen ist. Solange die zentralen Akteure nicht gut kooperieren, was bei psychischen Störungen im Normallfall eine Voraussetzung für den Erfolg ist, sollte keine Berentung erfolgen.
- Schliesslich wird auch auf Seite der *(Berufs-)Bildungsinstitutionen* einiges verpasst: Schüler, Lehrlinge und Studenten mit einer beginnenden Schizophrenie (hier vor allem), Depression, neurotischen oder Persönlichkeitsstörung werden im Bildungssystem zu spät erkannt. Oder sie werden vielleicht erkannt, aber es wird zu wenig unternommen, um sie rechtzeitig einer professionellen Behandlung zuzuweisen.

Empfehlungen

- Bei den jungen IV-Versicherten mit erwachsenenpsychiatrischen Störungen und Leistungspotential sollte der Fokus der IV prioritär auf die Absolvierung einer qualifizierten Berufsausbildung gelegt werden (im Gegensatz zu älteren Versicherten, wo es oft um Coaching-Massnahmen etc. geht). Berufliche Massnahmen sollten hier deutlich häufiger verfügt werden.
- Formale IV-Prozedere, die dazu führen, dass bei jungen Versicherten nach einer abgebrochenen IV-Massnahme mehr oder weniger automatisch der Anspruch auf eine IV-Rente geprüft werden muss, sollten revidiert werden. Vielmehr sollten über längere Zeit und trotz Abbrüchen berufliche Massnahmen möglich sein.
- Die zeitliche Perspektive für rehabilitative Massnahmen bei jungen IV-Versicherten mit Leistungspotential (aber vielleicht mit mangelndem Problembewusstsein etc.) sollte deutlich verlängert werden: Für solche Versicherten sollte das Mindestrentenalter deutlich angehoben und stattdessen rehabilitative Massnahmen länger eingesetzt werden.
- Finanzielle Anreize für eine IV-Rente in jungem Alter respektive soziale Ersatzeinkommen (IV und EL), welche die realen Verdienstmöglichkeiten von psychisch kranken IV-Versicherten ohne Ausbildung und Arbeitserfahrung deutlich übersteigen, sollten überprüft werden.
- Die IV sollte die frühen IV-Arztberichte stärker gewichten. Dazu gehören spezifischere Fragestellungen, eine höhere Wertschätzung dieser Berichte inklusive Rückmeldungen und eine deutlich bessere finanzielle Entgeltung der Arzt-Berichte. Entsprechend könnten die späten und sehr teuren Rentengutachten reduziert und/oder weniger gut entlöhnt werden als heute. Im Hinblick auf das ärztliche Abklärungsverfahren hat die IV den Schritt von der Renten- zur Eingliederungsversicherung bisher nicht vollzogen.
- Bei jungen psychisch kranken IV-Versicherten sollten die IV-Stellen ein systematisches interdisziplinäres Assessment zu Verfahrensbeginn sicherstellen. Dies wäre bei allen IV-Versicherten wichtig, aber bei den Jungen ist es unumgänglich. Dazu gehörte neben dem Versicherten

der IV-RAD und die Berufsberatung, der behandelnde Arzt sowie allenfalls Angehörige/Beistand.

- Bei jungen psychisch kranken IV-Versicherten, die krankheitsbedingt (initial) kaum ein Problembewusstsein haben, sollte – auf der Basis einer guten Beziehung zwischen IV-Berater und Versichertem – stärker und nachhaltiger auf der Teilnahme an Massnahmen insistiert werden. Eine (vorübergehend) fehlende ‚Einsicht' dürfte kein IV-Rentengrund sein.
- Auch die behandelnden Ärzte sollten hinsichtlich aktiver Kooperation bei den Eingliederungsbemühungen stärker in die Pflicht genommen werden. Hier sollten gemeinsam von BSV und Ärzteschaft Agreements und Richtlinien zur Zusammenarbeit entwickelt werden. Gerade bei Versicherten mit Störungen, welche das Krankheitsbewusstsein reduzieren, sollten polarisierende Haltungen zwischen Behandelnden und Behörden kein Auslöser für eine Frühberentung sein. Zudem sollten schon sehr früh in der psychiatrischen Behandlungskarriere Arbeitsspezialisten beigezogen werden.
- Die IV-Stellen sollten eine systematische Kooperation mit den Schulen (Sekundarstufe II) und den Lehrbetrieben sowie tertiären Bildungseinrichtungen etablieren sowie Frühinterventionsmassnahmen garantieren.

10 Literaturverzeichnis

Baer, N., Frick, U., & Fasel, T. (2009). Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe. Bern.

Bänziger, O., & Gölz, B. (2011). *Junge Erwachsene mit psychischer Behinderung und ihr Berufseinstieg: Ausserordentliche IV-Rente - ein fragwürdiger Anreiz.*, Masterarbeit (mimeo), Institut für Betriebswirtschaftslehre, Universität Zürich.

Brüderl, J., & Scherer, S. (2006). Methoden zur Analyse von Sequenzdaten. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft Bd. 44*, 330-347.

Bugra, H., Rapp, C., Studerus, E., Aston, J., Borgwardt, S., & Riecher-Rossler, A. (2012). [Can cannabis use increase the risk for schizophrenic psychoses?]. *Fortschr Neurol Psychiatr, 80*(11), 635-643. doi: 10.1055/s-0032-1325415

Currie, J., Stabile, M., Manivong, P., & Roos, L. L. (2010). Child Health and Young Adult Outcomes. *Journal of Human Resources, 45*(3), 517-548.

Fletcher, J. M. (2014). The effects of childhood ADHD on adult labor market outcomes. *Health Economics, 23*(2), 159-181. doi: 10.1002/hec.2907

Gabadinho, A., Ritschard, G., Studer, M., & Mueller, N. S. (2009). Mining sequence data in R with the TraMineR package: A user's guide. Geneva: Department of Econometrics and Laboratory of Demography, University of Geneva.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry, 62*(6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593

Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annu Rev Public Health, 29*, 115-129. doi: 10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090847

MacIndoe, H., & Abbott, A. (2004). Sequence analysis and optimal matching techniques for social science data. In M. Hardy & A. Bryman (Eds.), *The handbook of data analysis* (pp. 387-406): Sage.

OECD. (2012). Sick on the job? Myths and realities about mental health and work. *Mental health and work*: OECD.

OECD. (2014). Mental Health and Work: Switzerland.

OECD. (2015). Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work. Paris.

Riecher-Rössler, A., Gschwandtner, U., Borgwardt, S., Aston, J., Pflüger, M., & Rössler, W. (2006). Early detection and treatment of schizophrenia: how early? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*, 73-80. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00722.x

Rüesch, P., Bührlen, B., Altwicker-Hámori, S., Juvalta, S., & Träbert, S. (2013). Die Behandlung von Personen mit psychischen Krankheiten: Bestandsaufnahme der Behandlungssituation vor und während eines Rentenbezugs der Invalidenversicherung Machbarkeitsstudie: Schlussbericht. In B. f. S. B. I. 1663-4659) (Ed.). Bern.

Singer, J. D., & Willett, J. B. (2003). *Applied Longitudinal Data Analysis*. Oxford: Oxford University Press

Anhang

A Entwicklung des Kodierrasters

Nach einer Probekodierung von fünf Dossiers pro Kodierer/-in wurde das Kodierraster umfassend überarbeitet.

Massgebend hierfür waren die Fragen und Anmerkungen der Kodierenden nach der Probekodierung und die Diskussionen dieser Fragen und Anmerkungen in einem Gruppengespräch an der ZHAW. Dabei gingen rund 120 schriftliche Fragen und Anmerkungen an die Mitarbeitenden der ZHAW ein, welche als erstes nach Themenblöcken geschichtet wurden. *Inhaltlich* bereiteten die folgenden Themenblöcke am meisten Schwierigkeiten: „Involvierte Institutionen“, „Arztberichte, medizinische Dokumente, Gutachten“, „Schul- und Berufsbildung“ und „Erwerbstätigkeit“. Die inhaltlichen Überarbeitungen bestanden deshalb grösstenteils darin, dass die Kodieranweisungen angepasst wurden. Vor allem wurde die Operationalisierung vieler Variablen präzisiert, indem mehrere Definitionen und/oder Beispiele im Raster eingefügt wurden. Das Codebuch zum Raster wurde ebenfalls mit hilfreichen Links und Definitionen erweitert.

Die *Erfassung* von mehreren Variablen wurde ebenfalls angepasst. Am meisten Schwierigkeiten bereitete den Kodierenden die Handhabung der Ausprägungen "keine Angabe“ und "nein". Hier war es für die Kodierenden schwierig zu entscheiden, ob eine Variable als nicht vorhanden kodiert werden kann, wenn sie nicht im Dossier erwähnt wird, oder ob dann "keine Angabe" gewählt werden soll. Für die meisten Variablen wurde als Konsequenz "keine Angabe" gelöscht und nur "ja=Variable dokumentiert" und "nein=Variable nicht dokumentiert" beibehalten. Eine weitere Anpassung der Erfassung betraf die Erwerbstätigkeit der versicherten Person. Bezüglich *der Anzahl der Variablen* wurden nur wenige Änderungen vorgenommen. Nur wenige Variablen, welche gemäss der Kodierenden im Dossier nur schwer auffindbar waren oder nicht eingeschätzt werden konnten, wurden ganz gelöscht. Neue Variablen wurden nicht eingefügt.

Nach der Überarbeitung des Rasters bearbeiteten die Kodierenden ein weiteres Dossier und schickten ihre Fragen per E-Mail an die betreuenden Personen im Forschungsteam (Altwicker, Juvalta). Es zeigte sich, dass wesentlich weniger (rund 15) Fragen und Bemerkungen vorgebracht wurden und die Kodierenden insgesamt sehr gut zu Recht kamen mit der neuen Fassung des Rasters. Nur wenige Fragen und Bemerkungen führten zur Anpassung des Rasters: Anhand des Feedbacks der Kodierenden wurden nur noch vereinzelte Definitionen eingefügt, die Ausprägung einer Variable angepasst und ein Block zu „Administrativen Angaben“ (bzw. drei weitere Variablen) eingefügt.

Somit wurde die *definitive Fassung des Kodierrasters* am 07.11.2014 erstellt und die Kodierenden konnten gleichentags mit der Hauptkodierung der Dossiers bzw. der Korrektur der bisher kodierten Dossiers fortfahren.

B Datenplausibilisierung

B1 Erste Phase der Plausibilisierung

Die Daten wurden nach jeder 10-er Paket Lieferung auf ungültige Werte und Inkonsistenzen anhand einer Stata-Plausibilisierungssyntax geprüft. Es wurde geprüft, ob zum Beispiel der Wertbereich der Variablen korrekt ist, ob das Anfangsdatum und das Enddatum einer Behandlung nacheinander kommen, und ob die Filtervariablen korrekt ausgefüllt wurden. Auf diese Weise wurde die Kodierungsqualität laufend erfasst. Nach der Abgabe von je 100 Dossiers durch die fünf Kodierenden am 26.01.2015 wurden die Daten nochmals eingehend geprüft. Die Inkonsistenzen, die falschen Werte sowie allgemeine Rückfragen zu den Kodierungsergebnissen wurden in einem Word-Dokument zusammengefasst. Die Inkonsistenzen betrafen v.a. Flüchtigkeitsfehler (z.B. wurde eine Kündigung bei einer versicherten Person, die nie arbeitstätig war, angegeben) sowie systematische Unstimmigkeiten.

Als weitere Massnahme zur Sicherung der Datenqualität bzw. der Interrater-Reliabilität erhielten die Kodierenden alle ein identisches Dossier zur Datenerfassung. Es gilt zu berücksichtigen, dass das gewählte Interrater-Dossier komplex war (es umfasst 388 Seiten). So konnte gewährleistet werden, dass eine grosse Bandbreite von Variablen kodiert wurde, auch solche, die dem Forschungsteam als „problematische" Variablen erschienen. Von den 210 kodierten Variablen wurden 153 Variablen vollständig übereinstimmend kodiert, dies entspricht 73% Übereinstimmung. Die nicht unter allen Kodierenden übereinstimmenden Variablen des Interrater-Dossiers wurden in einem Word-Dokument zusammengestellt. Es ergaben sich keine Hinweise, dass ein einzelner Rater systematisch über viele Variablen abweichend von den übrigen kodiert hätte.

Die obengenannten zwei Dokumente zur Datenqualität und die daraus folgenden Anpassungswünsche wurden am 30.01.2015 und am 02.02.2015 im Rahmen eines zweistündigen Einzelgesprächs an der ZHAW mit den Kodierenden besprochen. Die Kodierenden haben wegen der Inkonsistenzen und der falschen Werte die Dossiers nochmals geprüft, die Werte korrigiert und in einem Word-Dokument an das ZHAW-Team geschickt. Anschliessend wurden diese einzelnen Korrekturen im Datensatz vorgenommen und in einem Stata-do-file (Korrekturprogramm) festgehalten. Um die systematischen Unstimmigkeiten zu korrigieren, wurde durch die ZHAW eine automatisierte Stata-Korrektursyntax erstellt und im selben Korrekturprogramm eingefügt. Zwei Kodierende mussten auch wegen der Ergebnisse des Interrater-Dossiers Anpassungen vornehmen. Der Grund für diese Nichtübereinstimmungen waren Missverständnisse in Bezug auf die Erfassung einzelner Variablen. Ein Kodierender hat z.B. Anpassungen bzgl. Schulwechsel vornehmen müssen, weil er nur die Schulwechsel während eines Schuljahres erfasste, während die anderen Kodierenden wie vereinbart alle Schulwechsel innerhalb einer Schulstufe berücksichtigten. Auf eine einheitliche Kodierung wurde im Korrekturprogramm besonders geachtet. Insgesamt wurden 909 Werte bei 98 Variablen wegen Inkonsistenzen, falschen Werten und systematischen Unstimmigkeiten angepasst. Alle Anpassungen wurden im selben Stata-Korrekturprogramm festgehalten.

B2 Aufbereitung des definitiven Datensatzes

Anhand des Korrekturprogramms konnte am 02.03.2015 ein plausibilisierter Stata-Datensatz für die Auswertung erstellt werden. Dieser dient nun als „eingefrorene Datenbank" als Ausgangspunkt aller statistischen Analysen (file closing procedure). Dieser Datensatz enthält die 500 kodierten Dossiers und insgesamt 439 Variablen. Es sind drei Sorten von Variablen im Datensatz auffindbar: Variablen in ihrer ursprünglichen Form bzw. die ursprünglich kodierte Werte, korrigierte Versionen dieser Variablen und angepasste Versionen einiger korrigierten Variablen. Angepasste Variablen sind die Variablen, welche in ihrer korrigierten Form nicht verwendet werden konnten. Die Anzahl Kündigungen musste zum Beispiel angepasst werden: Oft war nur festgehalten worden, dass der versicherten Person gekündigt wurde oder dass ihr mehrmals gekündigt wurde. Hier wurde eine angepasste Variable generiert, mit groben Kategorien statt genauer Anzahl für die Kündigungen.

Ein separater Datensatz wurde aus den Diagnosen erstellt. Die Diagnosen wurden von den Kodierenden, falls vorhanden, als ICD-10 Code erfasst. Andernfalls wurde der Diagnosetext aus den Arztberichten eingeben. Diese Diagnosetexte wurden durch Niklas Baer in ICD-10 Diagnose-Hauptkategorien kodiert, falls es sich um psychische Krankheiten handelte.

Am Ende wurde der plausibilisierte Datensatz mit zwei weiteren Datensätze kombiniert: mit den personenbezogenen BSV-Registerdaten und mit dem Diagnosen-Datensatz: Dieser kombinierte Datensatz ist die Grundlage für die Auswertungen für diesen Zwischenbericht und enthält insgesamt 484 Variablen.

C Erläuterungen zur Analyse von Bildungs- sowie Behandlungs- und Massnahmen-Sequenzen

C1 Ansatz

Für sogenannte Ereignisdaten eignen sich besonders zwei Familien von Verfahren, (1) die Ereignisdatenanalysen (even history analysis) (Singer & Willett, 2003) und (2) die Sequenzdatenanalysen (sequence analysis) (Brüderl & Scherer, 2006; MacIndoe & Abbott, 2004). Die zentrale Grösse von *Ereignisdatenanalysen* ist immer die „time to event" bzw. die Zeitdauer zwischen einem Startpunkt und dem Eintritt des interessierenden Ereignisses. Bekannt ist in diesem Bereich etwa die Survivalanalyse im Bereich medizinischer Fragestellungen (z.B. Überlebenszeit bzw. Zeit bis zum Tod nach einer Krebserkrankung). Die Untersuchungseinheit bei Ereignisdatenanalysen ist i.d.R. das Individuum. Ereignisdatenanalysen setzen u.a. voraus, dass die interessierenden Ereignisse auf einer metrischen Zeitachse abgebildet werden können.

Einen anderen Fokus hat jedoch die *Sequenzdatenanalyse (sequence analysis).* Die Untersuchungseinheit ist hier nicht das Individuum sondern eine bestimmte Abfolge von Zuständen/Ereignissen über einen bestimmten Zeitraum. Während die Ereignisdatenalyse die Dauer bis zum Eintreten eines bestimmten Ereignisses (als abhängige Variable) erklären will, zielt die Sequenzdatenanalyse auf die Identifikation von bestimmten typischen Mustern von Sequenzen in einer Population ab. Ein prominenter Ansatz der Sequenzdatenanalyse ist das „Optimal Matching"-Verfahren (MacIndoe & Abbott, 2004)[43].

Für die vorliegende Studie ist das Verfahren der Sequenzdatenanalyse zentral. So kann zunächst primär deskriptiv untersucht werden, ob sich innerhalb der untersuchten Stichprobe von Versicherten z.B. typische Abfolgen von spezifischen medizinischen Behandlungen, oder Abfolgen von Behandlungen und IV-Massnahmen etc. zeigen. Diese Verlaufstypen können in einem weiteren Schritt auch als erklärende Variablen in Bezug gesetzt werden zu Indikatoren der Integrationserfolges.

Für die Sequenzdatenanalyse im Rahmen der vorliegenden Studie wurde das Programmpaket TraMiner (Gabadinho et al., 2009) innerhalb des Open Source Statistikpaket R verwendet.

C2 Vorgehen

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden für zwei Phänomene deren zeitliche Verortung erfasst, die somit Gegenstand der Analyse von Verläufen mit der Methode der Sequenzdatenanalyse sein konnten: 1) Schul-/Berufsbildung und berufliche Beschäftigung, 2) psychiatrische Behandlungen. Darüber hinaus wurden auch IV-Massnahmen einbezogen, die ebenfalls auch zeitlich (Datum der Verfügung) definiert sind.

In einem ersten Schritt der Analyse ging es nun darum, die zu untersuchenden Ereignisse (Bildung, Behandlungen, Massnahmen) auf einer standardisierten, für alle Individuen gleichen Zeitachse zu verorten. Dabei wurde das Datum des ersten dokumentierten Ereignisses im Dossier einer versicherten Person als Ankerdatum definiert und ausgehend davon das am weitesten zurückliegende Ereignis identifiziert und für diese beiden Ereignisse das Alter der versicherten Person berechnet. So liess sich für jede Person in der Untersuchungsstichprobe ein „Beobachtungszeitraum" in Lebensjahren definieren, der durch das jeweilige Versichertendossier dokumentiert wird. Insgesamt, d.h. über alle N=500 Fälle der Stichprobe hinweg umfasste dieser Beobachtungszeitraum das 1. bis 33. Lebensjahr.

Die interessierenden Ereignisse wurden dann dieser Zeitachse unter Berücksichtigung eines Start- und Enddatums zugeordnet.

[43] Mit dem Optimal Matching (OM) Verfahren wird die Ähnlichkeit zwischen verschiedenen Sequenzen ermittelt. Für jedes Sequenzpaar wird ein Distanzmass berechnet. Die daraus entstehende Distanzmatrix kann dann als Input für Klassifizierungsverfahren wie insbes. die Clusteranalyse verwendet und so eine Typologie (z.B. Typen des Behandlungsverlaufs) berechnet werden.

D Ermittlung von Typologien: Latent Class Analysis, CART-Analysen

D.1 Latent Class Analysis (LCA)

Die eingesetzten Latent Class Analysen gehen davon aus, dass es „latente" Muster von Gruppenprofilen (auf mehreren Variablen, die zum Beispiel eine typische Rentenkonstellation darstellen) gibt, zu dem jedes einzelne Objekt (also jedes Dossier) eine unterschiedlich starke Bindung hat. Jedes Objekt gehört damit in unterschiedlicher Stärke zu jeder „typischen" Gruppe. Starke Strukturen in den Daten drücken sich dann in den Ähnlichkeitsbeziehungen zwischen den „latenten Klassen" und den konkreten, manifesten Objekten (Dossiers) dergestalt aus, dass jedes Objekt nur zu genau einer latenten Klasse eine starke Nähe hat, zu allen anderen latenten Klassen aber eine grosse Distanz. Für jede Person wird eine Zugehörigkeitswahrscheinlichkeit zu jeder der latenten Klassen berechnet. Über die Zahl der zu berücksichtigenden Klassen (oder „Typen") kann anhand statistischer Fit-Kriterien entschieden werden. Mehr als 10 Typen sind eher selten berichtet worden. Die Profile der Latenten Klassen (also die „Typen-Profile") werden jeweils so berechnet, dass global betrachtet die Lösung disjunkte, und jeweils möglichst nur für ein einziges Muster hohe Zugehörigkeitswahrscheinlichkeiten für alle Objekte produziert.

Die Latent Class Analyse geht von folgenden Annahmen aus (erläutert am Beispiel der involvierten Institutionen, siehe Tabelle 69):

1. In der Population, aus der die Personenstichprobe gezogen wurde, existieren insgesamt G disjunkte und exhaustive Klassen, deren relative Grösse durch den Wahrscheinlichkeitsparameter π_g geschätzt wird. Dieser Parameter beschreibt die Wahrscheinlichkeit, dass eine zufällig ausgewählte Person – ohne weitere Informationen über sie – ein Mitglied der Klasse g ist.
2. Jede Klasse zeichnet sich durch klassenspezifische Wahrscheinlichkeiten in den manifesten Variablen (z.B. der Inanspruchnahme von Hilfen einer bestimmten Institution zu einer bestimmten Zeitperiode) aus. Innerhalb einer latenten Klasse ist die Wahrscheinlichkeit, in einem bestimmten Zeitabschnitt von einer bestimmten Institution (mit) betreut zu werden, für alle Personen dieser Klasse gleich. Diese konstante „Lösungswahrscheinlichkeit" von Item i in der Klasse g wird durch den Modellparameter π_{ig} ausgedrückt.
3. Alle Items erfassen dieselbe zugrunde liegende Personenvariable (Itemhomogenität). M.a.W., die Typologie der Inanspruchnahmen schlägt sich in jedem Zeitabschnitt und jeder involvierten Institution nieder.
4. Innerhalb der Klassen gilt lokale stochastische Unabhängigkeit: Die Wahrscheinlichkeit aller Inanspruchnahmen einer Person bei gegebener Klassenzugehörigkeit ist gleich dem Produkt der Wahrscheinlichkeiten ihrer einzelnen Werte auf allen Quartalsindikatoren. Alle zwischen den Indikatoren bestehenden Zusammenhänge gehen ausschließlich auf die Existenz der latenten Klassen zurück.

Als Grundmodell der LCA ergibt sich folgende Gleichung:

$$p(\underline{x}) = \sum_{g=1}^{G} \pi_g \prod_{i=1}^{k} \pi_{ig}^{x_i} (1-\pi_{ig})^{1-x_i} \qquad (1)$$

Die Wahrscheinlichkeit eines Antwortmusters $\underline{x}$ kann also rekonstruiert werden aus zwei Modellparametern: der klassenspezifischen Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit π_{ig} und der relativen Klassengröße π_g.

Neben allgemeinen strukturellen Aussagen bzgl. der gesamten Stichprobe liefern die Parameterschätzungen des Modells auch Informationen über Einzelpersonen: Will man eine manifeste Zuordnung einer Person in eine der latenten Klassen vornehmen, kann anhand von Gleichung (2) berechnet werden, mit welcher Wahrscheinlichkeit bei gegebenem Inanspruchnahmemuster die Zugehörigkeit zu einer bestimmten latenten Klasse anzunehmen ist.

$$p(g \mid \underline{x}) = \frac{\pi_g \, p(\underline{x} \mid g)}{\sum_{h=1}^{G} \pi_h \, p(\underline{x} \mid h)} \qquad (2)$$

Der Modalwert dieser g Klassenwahrscheinlichkeiten stellt schließlich das Entscheidungskriterium für die Zuordnung des jeweiligen Antwortmusters bzw. der Person in die entsprechende Klasse dar.

Anhand der klassenspezifischen Parameter aus Formel (1) ist folglich für jede latente Klasse ein „idealtypisches" Muster definierbar, mit dem die zugehörigen Personen in den Dossiers dokumentiert wurden. Umgekehrt kann anhand eines einzelnen empirisch vorgefundenen Inanspruchnahmemusters durch Formel (2) bestimmt werden, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine so dokumentierte Person zu jeder der g Klassen zu rechnen ist.

Das Ziel der Latent Class Analyse ist es also, Gruppen von Personen zu bilden, die hinsichtlich ihres Musters an involvierten Institutionen eine möglichst hohe Ähnlichkeit aufweisen. Die optimale Zahl an latenten Klassen, die für eine adäquate Repräsentation der aufgetretenen Muster vonnöten ist, kann jedoch nicht direkt geschätzt werden. Zu ihrer Bestimmung werden daher Modellgültigkeitskontrollen bei unterschiedlichen Klassenanzahlen durchgeführt.

Zur Modellauswahl in der Latent Class Analyse werden informationstheoretische Masse herangezogen, von denen bei der vorliegenden Untersuchung *Akaikes Information Criterion (AIC)* und das *Bayes Information Criterion (BIC)* zur Anwendung kamen. Diese Indizes setzen den Wert der Likelihoodfunktion mit der Zahl der Parameter folgendermassen in Beziehung:

- AIC = – 2 ln (Likelihood) + 2 n_p
- BIC = – 2 ln (Likelihood) + (ln N) n_p

Der Ausdruck n_p bezeichnet die Anzahl der zu schätzenden Modellparameter. Während das *AIC* den Stichprobenumfang N unberücksichtigt lässt, geht dieser logarithmiert in die Berechnung des *BIC* ein.

Die rechten Terme der beiden Gleichungen sind jeweils Straffunktionen: Je mehr Parameter investiert werden (z. B. bei einer Erhöhung der Anzahl der zugelassenen latenten Klassen), desto mehr wird die günstigere Modellanpassung in der erzielten negativen Log-Likelihood durch den rechten Term wieder aufgehoben. Sparsamere Modelle erhalten somit eine günstigere Wertung. Für beide Masse gilt: Je kleiner ihre Werte ausfallen, desto höher ist der Modell-Fit.

D.2 CART-Analysen

Im folgenden wird der Split-Algorithmus für die CART-Analysen beschrieben. Dieser verläuft iterativ :

1) Prüfe für alle kategorialen Prädiktoren, durch welche Verbesserung in der Klassifikation von Rentenbeziehenden versus Nicht-Rentenbeziehenden erreicht werden kann. Ausgangspunkt ist aufgrund des Stichprobendesigns ja eine 400:100-Relation in der Gesamtstichprobe. Ziel sind Subgruppen, die aufgrund einer Zerlegung nach Prädiktorvariablen möglichst NUR Rentenbeziehende, oder NUR Nicht-Rentenbeziehende enthalten. Als Mass für die „Verbesserung" in der Klassifikation wird der verallgemeinerte Gini-Koeffizient (in der eingesetzten Software rpart, einem „package" in R) benutzt.

2) Notiere für alle Variablen das erreichbare Optimierungskriterium.
3) Prüfe für alle kontinuierlichen Variablen bei allen technisch möglichen Cutoff-Punkten dieser Prädiktorvariable, welcher Wert des Optimierungskriteriums jeweils erzielt werden kann. Dies ist rechentechnisch aufwändig, weil pro kontinuierlicher Variable unter Umständen sehr viele Cutoff-Punkte berechnet werden müssen.
4) Vergleiche alle auf dieser Stufe erreichten Werte und splitte dann die Stichprobe mittels der Variable (ggf. an dem bestimmten Cutoff-Wert), der die beste Separierung zwischen Rentenbeziehenden und Nicht-Beziehenden erzielt.
5) Führe nun in allen Knoten des Baumes auf der nächsten Ebene die Schritte 1 bis 4 durch.
6) Vollziehe für alle Substichproben, bei der eine weitere Teilung statistisch-methodisch anhand eines vorab festgelegten Kriteriums sinnvoll ist, die jeweiligen Teilungen, und gehe dann in die nächste Ebene des Baumes.
7) Wiederhole dort die Schritte 1 bis 4.

Abbruchbedingung dieses Baumes ist je nach vorher festgelegten Kriterien ein Unterschreiten einer bestimmten Knotengrösse, oder (wie hier eingesetzt) ein statistischer Hinweis auf einen starken Anstieg des Klassifikationsfehlers in einer Kreuzvalidierung des Baumes. Wegen des explorativen Charakters dieser Studie wurde in Abbildung 48 der gesamte, noch nicht wieder zurück „gestutzte“ Baum (ohne sog. pruning) dargestellt. Damit nimmt man möglicherweise eine allzu optimistische Erwartung hinsichtlich der Erklärungskraft der Prädiktorvariablen in Kauf. Jedoch ist es gerade in einer Forschungsphase, in der inhaltliches Neuland betreten wird, eher wichtiger, alle potenziell relevanten Einflussvariablen zu identifizieren, anstelle schon auch ihre Stabilität in einer theoretischen Grundgesamtheit zu berücksichtigen.

Besonders erwähnenswert am CART-Algorithmus ist, dass Variablen, die in der ersten, zweiten usw. Stufe des Baumes nicht berücksichtigt wurden, jeweils bei jeder neuen Suche nach einen Splittpunkt wieder mit erprobt werden. Auch kontinuierliche Variablen, die mit einem bestimmten Cutoffwert schon im Modell enthalten sind, werden in den jeweiligen Subbäumen und im dort jeweils geltenden Wertevorrat noch einmal daraufhin überprüft, ob sie „reinere“ Rentenbezieher bzw. Nicht-Rentenbezieher Subgruppen bilden können.

Die beiden multivariaten Verfahren logistische Regression und CART ergänzen sich also in ihrem explorativen Wert: Während eine logistische Regression Korrelationen unter den Prädiktorvariablen besser berücksichtigt und dafür rechnerisch adjustiert, - also Netto-Effekte für die Prädiktoren berechnet -, liegt der Vorteil der CART-Methode in der effizienten Entschlüsselung von Wechselwirkungen. Wenn also zwei oder mehr Einflüsse zusammen wirken müssen, damit das „Risiko“ eines Rentenbezugs stark ansteigt, bzw. stark abfällt im Vergleich zur Basisrate von 0.80, dann kann dies leichter mit CART erkannt werden.

E Tabellen zur Regressionsanalyse

Tabelle 78: Beschreibung der Stichproben für die Regressionsanalysen

	Modell 1[44]	Modell 2[45]
Geschlecht: Männer (Ref[46])	56%	56%
Geschlecht: Frauen	44%	44%
Nationalität: Schweizer/innen (Ref.)	85%	86%
Nationalität: Ausländer/innen	15%	14%
Alter beim Erstkontakt: <18 (Ref.)	61%	60%
Alter beim Erstkontakt: >17	39%	40%
Getrennt von beiden Eltern aufgewachsen: Nicht dokumentiert (Ref.)	85%	85%
Getrennt von beiden Eltern aufgewachsen: Ja	15%	15%
Sozialtransfer in der Herkunftsfamilie: Nicht dokumentiert (Ref.)	83%	83%
Sozialtransfer in der Herkunftsfamilie: Ja	17%	17%
Konflikte/Vernachlässigung/Gewalt in der Familie: Nicht dokumentiert (Ref.)	67%	67%
Konflikte/Vernachlässigung/Gewalt in der Familie: Ja	33%	33%
Gebrechenscode: 401&404	13%	
Gebrechenscode: 641-644	23%	
Gebrechenscode: 645&646 (Ref.)	33%	
Gebrechenscode: 649	31%	
Höchste abgeschlossene Ausbildung: Nicht dokumentiert/Primarstufe/Sek I	47%	48%
Höchste abgeschlossene Ausbildung: Sek II/Tertiärstufe (Ref.)	53%	52%
Sonderschule/Sonderklasse/Kleinklasse: Nicht dokumentiert (Ref.)	41%	42%
Sonderschule/Sonderklasse/Kleinklasse: Ja	59%	58%
Berufliche Stellung: Noch nie beschäftigt	26%	25%
Berufliche Stellung: Mindestens eine Beschäftigung dokumentiert (Ref.)	74%	75%
Kündigung: Nicht dokumentiert (Ref.)	66%	66%
Kündigung: Ja	34%	34%
Anzahl med. Dokumente im Dossier: <8 (Ref.)	53%	53%
Anzahl med. Dokumente im Dossier: >7	47%	47%
Problematische Zusammenarbeit zw. IV & Personen/Inst.: Nicht dokumentiert (Ref.)	66%	65%
Problematische Zusammenarbeit zw. IV & Personen/Inst.: Ja	34%	35%
Massnahme: Weder eine berufliche noch eine medizinische Massnahme	20%	20%
Massnahme: Mindestens eine berufliche und/oder medizinische Massnahme (Ref.)	80%	80%
Behinderungsrelevante F-Diagnose: F0		3%
Behinderungsrelevante F-Diagnose: F2		18%
Behinderungsrelevante F-Diagnose: F3		6%
Behinderungsrelevante F-Diagnose: F4/F5		6%
Behinderungsrelevante F-Diagnose: F6 (Ref.)		22%
Behinderungsrelevante F-Diagnose: F7		20%
Behinderungsrelevante F-Diagnose: F8		14%
Behinderungsrelevante F-Diagnose: F9		11%
N	500	488

[44] Modell 1: verwendet für die Beschreibung der Krankheiten die IV-Gebrechenscodizes (zusammengefasst)

[45] Modell 2: verwendet die von den AutorInnen eingeschätzten "Behinderungsrelevanten ICD-10-Diagnosen. Wegen einigen Missings in dieser eingeschätzten Diagnosevariable ergibt sich für Modell 2 ein Total von N=488 statt der ursprünglichen N=500

[46] Ref.: Referenzgruppe für die Regressionsanalyse

Tabelle 79: Logistische Regression auf Rentenbezug

	OR[47] Modell 1[48]	OR Modell 2[49]
Geschlecht: Frauen	1.541	1.433
	(0.429)	(0.414)
Nationalität: Ausländer/innen	0.722	0.585
	(0.263)	(0.222)
Alter beim ersten dokumentierten Anmeldedatum: >17	1.674	1.579
	(0.691)	(0.669)
Getrennt von beiden Eltern aufgewachsen: Ja	1.596	1.675
	(0.649)	(0.681)
Sozialtransfer in der Herkunftsfamilie: Ja	1.863	2.001
	(0.755)	(0.828)
Konflikte/Vernachlässigung/Gewalt in der Familie: Ja	0.535	0.865
	(0.168)*[50]	(0.274)
Gebrechenscode: 401&404	0.255	
	(0.111)**	
Gebrechenscode: 641-644	4.436	
	(2.132)**	
Gebrechenscode: 649	1.379	
	(0.500)	
Höchste abgeschlossene Ausbildung: Nicht dokumentiert/Primar-/Sekundarstufe	1.914	1.494
	(0.602)*	(0.466)
Sonderschule/Sonderklasse/Kleinklasse: Ja	3.986	2.446
	(1.547)***	(0.951)*
Berufliche Stellung: Noch nie beschäftigt	0.657	0.637
	(0.230)	(0.229)
Kündigung: Ja	0.838	0.732
	(0.275)	(0.252)
Anzahl med. Dokumente im Dossier: >7	3.927	2.943
	(1.123)***	(0.831)***
Problematische Zusammenarbeit zw. IV & Personen/Institutionen: Ja	0.926	0.970
	(0.270)	(0.293)
Massnahme: Weder eine berufliche noch eine medizinische Massnahme	11.928	12.518
	(7.855)***	(8.562)***
Behinderungsrelevante F-Diagnose: F0		5.866
		(6.709)
Behinderungsrelevante F-Diagnose: F2		10.355
		(8.214)**
Behinderungsrelevante F-Diagnose: F3		0.325
		(0.173)*
Behinderungsrelevante F-Diagnose: F4/F5		0.597
		(0.318)
Behinderungsrelevante F-Diagnose: F7		3.522
		(1.834)*
Behinderungsrelevante F-Diagnose: F8		1.095
		(0.553)
Behinderungsrelevante F-Diagnose: F9		0.417
		(0.203)
N	500	488

[47] OR: Odds Ratio

[48] Modell1: verwendet für die Beschreibung der Krankheiten die IV-Gebrechenscodizes (zusammengefasst)

[49] Modell 2: verwendet die von den AutorInnen eingeschätzten "Behinderungsrelevanten ICD-10-Diagnosen"; Wegen einigen Missings in dieser eingeschätzten Diagnosevariable ergibt sich für Modell 2 ein Total von N=488 statt der ursprünglichen N=500.

[50] * $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$; Abhängige Variable: Rentenbezug (ja=1, nein=0); Standardmessfehler der Koeffizienten in Klammern