

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/331840947>

«Charakterschwach» oder doch krank? Psychische Krankheiten in der Geschichte der Eidgenössischen Invalidenversicherung

Thesis · March 2019

DOI: 10.5281/zenodo.2571561

CITATIONS

0

READS

20

1 author:



Daniela Jost

1 PUBLICATION 0 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Psychische Erkrankungen in der Geschichte der eidgenössischen Invalidenversicherung [View project](#)

«Charakterschwach» oder doch krank?
Psychische Krankheiten in der Geschichte der Eidgenössischen
Invalidenversicherung

Masterarbeit
zur Erlangung des
Mastergrades
der Kultur- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der
Universität Luzern

vorgelegt von
Jost, Daniela

angenommen am: 11.01.2019

Luzern, 2019

Erstgutachter: Prof. Dr. Patrick Kury

Zweitgutachterin: Dr. Verena Halsmayer

DOI Lucerne Open Repository LORY: 10.5281/zenodo.2571561
This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0
International (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)



Inhalt

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS.....	4
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	5
1 EINLEITUNG.....	6
1.1 FRAGESTELLUNG UND AUFBAU	6
1.2 AKTUELLER FORSCHUNGSSTAND	8
1.3 METHODE UND QUELLEN	14
2 DIE IV IN DER GESCHICHTE DER SOZIALVERSICHERUNGEN	16
2.1 BEDINGUNGEN FÜR DIE ENTSTEHUNG VON SOZIALVERSICHERUNGEN IN DER SCHWEIZ	16
2.1.1 <i>Die soziale Frage.....</i>	<i>16</i>
2.1.2 <i>Internationale Akteure der Sozialpolitik</i>	<i>19</i>
2.1.3 <i>Soziale Sicherheit wird zur Maxime.....</i>	<i>21</i>
2.2 DER LANGE WEG ZU EINEM SCHWEIZERISCHEN SOZIALSTAAT	22
2.2.1 <i>Zwischen Föderalismus und Demokratie</i>	<i>22</i>
2.2.2 <i>Ausbau nach dem zweiten Weltkrieg.....</i>	<i>26</i>
2.3 DIE EINFÜHRUNG DER EIDGENÖSSISCHEN INVALIDENVERSICHERUNG	29
2.3.1 <i>Zähe Vorgeschichte.....</i>	<i>29</i>
2.3.2 <i>Politisches Umdenken und rasche Einführung.....</i>	<i>32</i>
2.3.3 <i>Aufbau, Finanzierung und Geldleistungen der IV.....</i>	<i>35</i>
3 DIE GESCHICHTE DER PSYCHISCHEN KRANKHEITEN SEIT DEM	
19. JAHRHUNDERT.....	38
3.1 BEDEUTUNGSMODELLE VON PSYCHISCHER KRANKHEIT	38
3.2 PSYCHISCHE KRANKHEITEN IN DER WISSENSCHAFT	40
3.2.1 <i>Die Entstehung der wissenschaftlichen Psychiatrie</i>	<i>40</i>
3.2.2 <i>Psychiatrische Klassifikationsmodelle</i>	<i>42</i>
3.3 PSYCHISCHE KRANKHEITEN IN DER GESELLSCHAFT	44
3.3.1 <i>Ausgegrenzt – der diskursive und räumliche Ausschluss psychisch Kranker.....</i>	<i>44</i>
3.3.2 <i>Dystopie und Diskriminierung.....</i>	<i>47</i>
3.3.3 <i>Vom Vorsorgediskurs zur Psychohygienebewegung</i>	<i>49</i>
3.3.4 <i>Psychische Krankheit und Behinderung.....</i>	<i>51</i>
4 VON ANFANG AN DABEI – PSYCHISCH KRANKE IN DER	
INVALIDENVERSICHERUNG	54
4.1 UMSTRITTENER INVALIDITÄTSBEGRIFF IN DEN SCHWEIZER SOZIALVERSICHERUNGEN	54
4.1.1 <i>Körperliche und geistige Invalidität</i>	<i>54</i>
4.1.2 <i>Die Situation in anderen Sozialversicherungszweigen</i>	<i>57</i>
4.2 LOBBYARBEIT FÜR DIE ANERKENNUNG DER PSYCHISCHEN KRANKHEIT ALS GEISTIGE INVALIDITÄT	59
4.2.1 <i>Konsolidierungsphase.....</i>	<i>59</i>
4.2.2 <i>Überzeugungsarbeit in Expertenkommission und Invalidenorganisationen</i>	<i>62</i>
4.2.3 <i>Eine Dachorganisation für psychisch kranke Invalide?.....</i>	<i>65</i>
4.2.4 <i>Expertenwissen im Sozialstaat</i>	<i>69</i>

4.3	CHARAKTERSCHWÄCHE ODER KRANKHEIT? DIE ANERKENNUNG BESTIMMTER PSYCHISCHER KRANKHEITEN	70
4.3.1	<i>Grundlagen der IV-Gesetzgebung</i>	71
4.3.2	<i>Ausdifferenzierungsprozesse</i>	73
4.3.3	<i>Streitthemen Alkoholismus und Schwereerziehbarkeit</i>	75
5	PRAKTIKEN UND ENTWICKLUNGEN NACH DER EINFÜHRUNG	80
5.1	EINGLIEDERUNG IN BERUF UND GESELLSCHAFT	80
5.1.1	<i>Eingliederung als Kernziel der IV</i>	80
5.1.2	<i>Die berufliche Eingliederung psychisch Invalider</i>	83
5.1.3	<i>Berufliche Eingliederung als soziale Eingliederung</i>	87
5.1.4	<i>Eine Dachorganisation für die psychisch Kranken</i>	91
5.2	RECHTSPRECHUNG, PRAXISÄNDERUNGEN UND REVISIONEN	95
5.2.1	<i>IV-Revisionen seit 1960</i>	95
5.2.2	<i>Rechtsmittel im IV-Verfahren</i>	96
5.2.3	<i>Psychisch Kranke in der Rechtsprechung</i>	98
5.3	STATISTIKEN ÜBER PSYCHISCH KRANKE IN DER IV	106
5.3.1	<i>Die Einführung einer Gebrechensstatistik in der IV</i>	107
5.3.2	<i>Psychisch Kranke in den IV-Gebrechensstatistiken zwischen 1966 und 1982</i>	111
5.4	MISSBRAUCHSVORWÜRFE UND REFORMVORSCHLÄGE	115
6	FAZIT	122
7	QUELLEN- UND LITERATURVERZEICHNIS	124
7.1	QUELLEN	124
7.1.1	<i>Ungedruckte Quellen</i>	124
7.1.2	<i>Gedruckte Quellen</i>	124
7.1.3	<i>Gerichtsurteile</i>	128
7.2	LITERATUR	128
7.3	WEB	133

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1 Bundesamt für Sozialversicherung 12.1965 - Kreisschreiben über die Durchführung der Gebrechensstatistik in der Invalidenversicherung, 12.1965	111
Abbildung 2 (Eigene Darstellung der Zahlen gemäss BSV, NeurentenbezügerInnen in der Schweiz nach Geschlecht und Gebrechensart, Anzahl BezügerInnen, 05.06.2018)	120
Tabelle 1 (in Anlehnung an BSV, Gebrechensstatistik 1966; BSV, Gebrechensstatistik 1967; BSV, Gebrechensstatistik 1968)	112
Tabelle 2 (in Anlehnung an BSV, Gebrechensstatistik 1966; BSV, Gebrechensstatistik 1967; BSV, Gebrechensstatistik 1968)	113
Tabelle 3 (in Anlehnung an BSV, Gebrechensstatistik 1982).....	114
Tabelle 4 (in Anlehnung an BSV, Gebrechensstatistik 1982).....	114
Tabelle 5 (Lengwiler, Im Schatten der Arbeitslosen- und Altersversicherung, 2007, S. 341).....	117

Abkürzungsverzeichnis

AHV Alters- und Hinterlassenenversicherung

ASKIO Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Kranken- und Invaliden-Selbsthilfe-Organisationen

ATSG Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

BSV Bundesamt für Sozialversicherung

DSM Diagnostic and Statistical Manual

EVG Eidgenössischen Versicherungsgericht

EVGE Eidgenössisches Versicherungsgericht

GgV Verordnung über Geburtsgebrechen

IAO Internationale Arbeitsorganisation

ICD International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death

IV Invalidenversicherung

IVG Bundesgesetz über die Invalidenversicherung

IVSS Internationale Vereinigung für soziale Sicherheit

IVV Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung

KUVG Bundesgesetz betreffend die Kranken- und Unfallversicherung

SAEB Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter in die Volkswirtschaft

SGP Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie

SUVA Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

WHO Weltgesundheitsorganisation

ZAK Zeitschrift für die Ausgleichskassen der AHV und ihre Zweigstellen, die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, die Durchführungsstellen der Ergänzungsleistungen zur AHV, der Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige

1 Einleitung

1.1 Fragestellung und Aufbau

1975 schilderte Fridolin Hungerbühler, Psychologe bei einer Regionalstelle der Invalidenversicherung IV, in einem Referat über «die Eidgenössische Invalidenversicherung und der psychisch Kranke» vor dem St. Gallischen Hilfsverein für Gemütskranke folgende Beobachtung:

*«Bei der Vorbereitung [...] ist mir bewusst geworden, dass die Invalidenversicherung und der psychisch Kranke einiges gemeinsam haben:
Man spricht sehr wenig von beiden, oder dann oft nur negativ,
die Information über beide ist allzu spärlich,
man befasst sich mit beiden nur, wenn man muss.»¹*

Seit 1975 hat sich der Wind offensichtlich gedreht. Psychische Krankheiten² in der Invalidenversicherung wurden in den letzten Jahren nicht nur in den Medien, sondern sogar auf der höchsten politischen Ebene, im Bundesrat, diskutiert.³ Die Brisanz des Themas liegt darin, dass gemäss der IV-Statistiken der vergangenen Jahre die Zahl derjenigen IV-Renten, welche aufgrund einer psychischen Krankheit zugesprochen wurden, seit der Mitte der 1980er-Jahre markant angewachsen ist.⁴ Obwohl die Zahl der ausgerichteten Neurenten durch die heute immer noch stark verschuldete Invalidenversicherung⁵ in den letzten Jahren stark rückläufig gewesen ist, blieb der Anteil der an psychischen Störungen leidenden Neurentnerinnen und Neurentnern vergleichsweise hoch und betrug seit 2003 stets ungefähr zwischen 35% und 45%.⁶

Die Feststellung von Hungerbühler weist hingegen darauf hin, dass psychische Beeinträchtigungen in der Geschichte der seit 1960 existierenden Eidgenössischen Invalidenversicherung wohl nicht immer so prominent vertreten waren wie es zurzeit der Fall ist. An dieser Stelle soll die vorliegende Masterarbeit ansetzen und folgenden Fragen nachgehen: Wann wurde die psychische Invalidität im Rahmen der IV zum Thema? Wurden psychische Krankheiten überhaupt von Beginn weg als

¹ Hungerbühler, Fridolin: Die Eidgenössische Invalidenversicherung und der psychisch Kranke, St. Gallen 1975, S. 1.

² Im Rahmen dieser Arbeit wird aus Gründen der Vergleichbarkeit und Nachvollziehbarkeit angelehnt an das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG von 1959 konsequent der Begriff der psychischen «Krankheit» verwendet. Heute werden psychische Krankheiten in den offiziellen Klassifikationsmodellen jedoch als psychische «Störung» bezeichnet. Ebenfalls verbreitet ist zudem der Begriff der psychischen «Erkrankung», welcher sich im Gegensatz zu den theoretischen Krankheitsmodellen eher auf konkrete erkrankte Personen bezieht. Zum Krankheitsbegriff im IVG siehe Art. 4, Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959. IVG, 01.03.1961.

³ Schweizerischer Bundesrat: Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung. (Weiterentwicklung der IV), in: BBI 2017, S. 2535–2734. Online: <<https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2017/2535.pdf>>, Stand: 14.08.2018.

⁴ Bundesamt für Sozialversicherung: Vorwort, in: Baer, Niklas (Hg.): Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe, Bern 2009 (Beiträge zur sozialen Sicherheit Forschungsbericht).

⁵ Bundesamt für Sozialversicherungen: Jahresbericht IV-Statistik 2017, Statistiken zur sozialen Sicherheit, 06.2018, S. 2.

⁶ ebd., S. 7.

Invaliditätsgründe anerkannt? Wenn ja, welche Krankheiten? Gab es diesbezüglich Veränderungen nach der Einführung? Und existierten im Rahmen der beruflichen Eingliederung spezielle Angebote für psychisch erkrankte Personen? Der Aufbau der Masterarbeit richtet sich grundsätzlich nach den genannten Fragen.

Vorab sollen aber zunächst, noch im Rahmen des Einleitungsteils, der aktuelle Forschungsstand sowie die verwendeten Quellen und Methoden näher erläutert werden. Anschliessend folgt das zweite Kapitel, welches die IV in der Geschichte der Sozialversicherung kontextualisiert. Dieses bietet einen Überblick der schweizerischen Sozialversicherungsgeschichte seit der Mitte des 19. Jahrhunderts und schafft Querverbindungen zum Auf- und Ausbau der staatlichen, beruflichen und privaten Fürsorge sowie zur internationalen Sozialversicherungsgeschichte, welche einen starken Einfluss auf die Entwicklungen in der Schweiz hatte. Der relativ weite zeitliche Rückgriff ermöglicht ein besseres Verständnis der Faktoren, welche für die grundlegende Organisation und Funktionsweise der vergleichsweise erst spät eingeführten IV verantwortlich waren. Das dritte Kapitel befasst sich mit psychischen Krankheiten und Behinderungen in Wissenschaft und Gesellschaft. Zunächst soll der Begriff der psychischen Krankheit anhand verschiedener Krankheitsmodelle konkretisiert werden. Anschliessend führt ein historischer Abriss einige wichtige Entwicklungen und Diskurse ein, welche in der psychiatrischen Scientific Community wie auch in der Gesellschaft prävalent waren. Ebenfalls sollen Verbindungen zwischen den Begriffen «psychische Krankheit» und «Behinderung» aufgezeigt werden.⁷ Der psychiatriegeschichtliche Rückblick führt ebenfalls bis ins 19. Jahrhundert zurück, da im Rahmen der Debatten, welche im Vorfeld und auch nach der Gründung der Invalidenversicherung geführt wurden, Diskursstränge und Begrifflichkeiten auftraten, welche auf jahrzehntealten Konzepten basierten. Im vierten Kapitel sollen Sozialversicherung und psychische Krankheit schliesslich im Rahmen der Geschichte der Invalidenversicherung zusammengeführt werden, wobei der Fokus auf den Jahren unmittelbar vor und nach der IV-Einführung liegt. Im ersten Unterkapitel soll gleich die erste Hürde, welche psychisch Invalide überwinden

⁷ Im Rahmen dieser Arbeit werden verschiedene Begrifflichkeiten wie z.B. «invalid» verwendet, welche unter Umständen eine pejorative Bedeutung haben können. Gemäss einem Merkblatt des Gleichstellungsrats Egalité Handicap von 2007 sollte die Verwendung von «invalid» vermieden werden, da es wörtlich «unwert» oder «ungültig» bedeutet. An seiner Stelle sollte der Begriff «Behinderung» verwendet werden. Auch «behindert sein» sei eher heikel, da dies suggeriere, dass eine Person als Ganzes behindert oder unfähig sei. Die Autorin dieser Arbeit stimmt mit den im Merkblatt geäusserten Bedenken überein. Auf den Begriff «invalid» kann in diesem Rahmen aber nicht verzichtet werden, weil es sich um einen bis heute im schweizerischen Sozialversicherungsrecht aktiv verwendeten Rechtsbegriff handelt. Ein Verzicht würde zu einer mangelnden inhaltlichen Präzision des Geschriebenen führen. Überholte Bezeichnungen wie «Geistesschwäche» oder «Geisteskrankheit» werden stets in Anführungszeichen gesetzt. Vgl. Gleichstellungsrat Egalité Handicap: Merkblatt Sprachgebrauch, in: VZGV Verein Zürcher Gemeindeschreiber und Verwaltungsfachleute (Hg.): Die hindernisfreie Bundesverwaltung, 2007 (Die hindernisfreie Bundesverwaltung), S. 65–68, S. 65 f

mussten, konkretisiert werden: Der Invaliditätsbegriff. Dieser war in den Vorarbeiten für die Invalidenversicherung zunächst umstritten, weshalb auch ein kurzer Einblick in den psychischen Invaliditätsbegriff anderer Sozialversicherungszweige gegeben werden soll. Die Anerkennung psychischer Krankheiten als Invaliditätsgrund bedurfte einiger Überzeugungsarbeit, welche primär von Fachleuten geleistet wurde. Dieser Kampf für die psychisch Kranken soll in einem weiteren Unterkapitel dargestellt werden. Anschliessend folgt ein Teil über die Anerkennung bestimmter psychischer Krankheiten durch die IV. Während sich Kapitel vier ungefähr in den Periode 1955 – 1962 bewegt, verfolgt Kapitel fünf diejenigen Weiterentwicklungen in den zwei bis drei Jahrzehnten nach der IV-Einführung im Jahr 1960, welche konkret psychisch kranke Invalide betrafen. Im Zentrum stand bei der IV stets die Eingliederung, weshalb die Themen berufliche und soziale Eingliederung psychisch Invaliden näher betrachtet werden sollen. Danach folgt eine Analyse der Rechtsprechung, welche trotz der umfangreichen Vorarbeiten für die neue Versicherung letztlich die Rahmenbedingungen – gerade im Fall von psychisch Kranken – erst zu klären vermochte. Darauffolgend soll anhand einiger Statistiken demonstriert werden, wie sich der Anteil an psychisch Kranken in der IV tendenziell entwickelte und welche Krankheiten besonders im Mittelpunkt standen. Zum Schluss folgt ein Ausblick, welcher die gewonnenen Erkenntnisse mit der aktuellen Lage verbindet.

1.2 Aktueller Forschungsstand

In den vergangenen Jahren erlebte die schweizerische Geschichtswissenschaft einen veritablen Boom der Sozialstaatsforschung. Es entstanden diverse Publikationen, welche sich entweder allgemein mit der Geschichte des Sozialstaats oder aber mit einzelnen Sozialversicherungszweigen auseinandersetzten. Da es sich bei der Sozialstaatsforschung um ein interdisziplinäres Forschungsgebiet handelt, welches nicht nur sozialhistorische, sondern auch wirtschafts-, politik- und geschlechtergeschichtliche Fragestellungen betrifft, entstanden Veröffentlichungen mit einer jeweils sehr unterschiedlichen Perspektive. 2002 stellen Sébastien Guex und Brigitte Studer fest, dass die Geschichte des schweizerischen Sozialstaats von einer immer grösseren Zahl an Forschenden untersucht werde. Da es sich aber um ein sehr weites Forschungsgebiet handele, seien die bis dato gewonnen Erkenntnisse noch ziemlich fragmentiert. Sie merken ausserdem an, dass sich die älteren Forschungstätigkeiten primär in den Bereichen Geschichte der Institutionen und Organisationen sowie Staatsgeschichte bewegt hätten. Neuere Forschungen hingegen dehnten ihr Tätigkeitsgebiet weiter aus auf Gebiete wie Wissensgeschichte und Wissenschaftsgeschichte, Geschlechtergeschichte oder die Geschichte der staatlichen administrativen Praktiken. Weitere Anknüpfungspunkte sehen sie zudem in der Geschichte der Arbeiterbewegung aber auch in den Geschichten der

einzelnen politischen Parteien.⁸ Auf der internationalen Ebene identifizieren sie die Soziologie und die Politikwissenschaften als treibende Kraft, welche sich hauptsächlich mit dem Sozialstaat auseinandersetzen würde, wobei jeweils eine gesellschaftliche Perspektive im Zentrum stünde. Sie verweisen aber durchaus auch auf die internationale historische Forschung, wobei diese sich der Thematik häufig aus einer feministischen Perspektive näherte.⁹ Seit dieser Feststellung entstanden jedoch diverse Publikationen, welche nationale und internationale Sozialstaatgeschichte(n) nachzeichnen.¹⁰

Martin Lengwiler weist 2006 neben der zunehmend wissenschaftshistorischen Dimension der Sozialstaatsforschung auch auf eine neo-institutionalistische¹¹ Perspektive hin, welche den traditionellen sozialhistorischen Ansatz seit den 1980er-Jahren um eine kritische Dimension erweitert habe.¹² Ein vielrezipiertes neo-institutionalistisches Sozialstaatsmodell hat Gøsta Esping-Andersen geschaffen.¹³ Er unterscheidet drei Typen von Sozialsystemen: Das liberale, das konservativ-korporatistische und das sozialdemokratische System. Als Beispiele für den liberalen Wohlfahrtsstaat definiert Esping-Andersen die USA, Kanada oder Australien. In diesen Ländern existiere ein eher zurückhaltender Sozialstaat, welcher traditionell von liberalen arbeitsethischen Normen geleitet werde und eher bescheidene Sozialversicherungs- oder sonstige Transferleistungen ausrichte. Leistungsempfänger fänden sich häufig in der Arbeiterklasse, unter Menschen mit niedrigen Einkommen. Häufig bestünden strikte mit Stigmatisierungen verbundenen Zugangsregeln zu entsprechenden Leistungen. Das konservativ-korporatistische Modell verortet er in Ländern wie Österreich,

⁸ Guex, Sébastien; Studer, Brigitte: L'Etat social en Suisse aux XIXe et XXe siècles - notes sur quelques pistes de recherche, in: Gilomen, Hans-Jörg (Hg.): Von der Barmherzigkeit zur Sozialversicherung. Umbrüche und Kontinuitäten vom Spätmittelalter bis zum 20. Jahrhundert : ruptures et continuités du Moyen Age au XXe siècle, 2002 (Schweizerische Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte Bd. 18 18 0133577), S. 201–211, S. 201.

⁹ ebd., S. 203.

¹⁰ Siehe u.a.: Becker, Ulrich; Haerendel, Ulrike: Sozialstaat Deutschland. Geschichte und Gegenwart ; [Gerhard A. Ritter zum 80. Geburtstag gewidmet, Bonn 2010 (Politik- und Gesellschaftsgeschichte 87); Ritter, Gerhard A.: Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich, München 2010³; Hu, Aiqun: China's social insurance in the twentieth century. A global historical perspective, Leiden, Boston 2016 (Studies in global social history 21); Stern, Mark J.; Axinn, June: Social welfare. A history of the American response to need, Boston, Mass. 2012⁸ (Connecting core competencies series); Hampton, Jameel: Disability and the welfare state in Britain. Changes in perception and policy 1948-79, Bristol, UK 2016.

¹¹ Die diversen Neo-Institutionalismus-Theorien basieren einerseits auf der Tatsache, dass Organisationen existieren können, ohne effizient zu sein und andererseits auf der Beobachtung, dass alle Typen von Organisationen und Unternehmen trotz aller Unterschiede sehr ähnliche Formalstrukturen aufweisen. Beide Feststellungen widersprachen den klassischen Theorien, welche von rationalen Akteuren ausgingen. Der Neo-Institutionalismus erklärte sie damit, dass Organisationen nicht das Ergebnis rationaler Handlungen seien, sondern vielmehr sozialen und kulturellen Konstrukten entsprechen würden. Sandhu, Swaran: Grundlagen und Kernbegriffe des Neo-Institutionalismus, in: Sandhu, Swaran (Hg.): Public Relations und Legitimität. Der Beitrag des organisationalen Neo-Institutionalismus für die PR-Forschung. Zugl.: Stuttgart, Univ. Hohenheim, Diss., 2011, Wiesbaden 2012, S. 73–150, 74 f.

¹² Lengwiler, Martin: Risikopolitik im Sozialstaat. Die schweizerische Unfallversicherung 1870 - 1970, Köln 2006 (Industrielle Welt 69), 6 ff.

¹³ Esping-Andersen, Gøsta: The three worlds of welfare capitalism, Princeton, NJ 1990.

Deutschland, Frankreich und Italien. Dieses führe zu einer Manifestation von Klassenunterschieden, da kaum Umverteilung stattfinde. Eingeschliffene kirchlich-konservative Vorstellungen hätten dieses System geprägt, was beispielsweise zum teilweisen Ausschluss von Hausfrauen geführt habe; generell werde das klassische Familienmodell aber durch entsprechende Zulagen gefördert, Leistungen zugunsten von Familien wie Kinderkrippen etc. hingegen nicht. Das nordisch-sozialdemokratische Modell zeichnet sich durch die Ausweitung der Leistungen auf die Mittelklasse, generell sehr hohe Standards und eine «universelle Solidarität» aus. Eine grosszügige Familienpolitik rundet das Modell ab und ermöglicht die berufliche Gleichstellung von Männern und Frauen. Das Ziel ist es gemäss Esping-Andersen, durch einen starken Staat den Individuen möglichst viele persönliche Freiheiten zu ermöglichen in Bezug auf Arbeit, Familie etc.¹⁴ Andersens Typologisierung blieb nicht unwidersprochen. Brigitte Studer beispielsweise kritisiert die Auslassung zentraler Akteure wie Ärzte, sozialwissenschaftliche Experten oder staatliche Sachverwalter, welche – eingebettet in supranationale kommunikative Netzwerke – stark zur Internationalisierung sozialpolitischer Normen und zu deren Verankerung in internationalen Regelwerken beigetragen hätten.¹⁵ Eberhard Eichenhofer geht sogar von einem in den «Grundstrukturen gemeinsamen europäischen Ansatz sozialer Sicherheit» aus, welcher sich in den gemeinsamen Traditionen der Mitgliedstaaten und einer Vielzahl in Europa entstandener Institutionen zeige. In Abgrenzung zu Ländern wie den USA oder Japan seien in Europa soziale Mindeststandards für die gesamte Bevölkerung definiert worden.¹⁶ Martin Lengwiler hingegen weist darauf hin, dass in der historischen Forschung der Einfluss internationaler Organisationen auf die nationalstaatliche Ebene in Bezug auf Einrichtungen des Sozialstaats eher als gering eingeschätzt werde. Gemeinhin gelte der Sozialstaat weiterhin als nationales Bollwerk – auf empirischer wie auf analytischer Ebene. Transfer- und Transnationalisierungsprozesse würden demgemäss oft ausgeblendet.¹⁷

Im Bereich der schweizerischen Sozialversicherungsgeschichte stehen mehrere Autorinnen und Autoren hervor, welche in den letzten Jahren den Sozialstaat allgemein wie auch einzelne Sozialversicherungszweige detailliert untersucht haben. Martin Lengwiler beispielsweise hat sich u.a. mit der Schweizerischen Unfallversicherung¹⁸, mit der Rolle von Expertenwissen im schweizerischen

¹⁴ ebd., 26 f.

¹⁵ Studer, Brigitte: Soziale Sicherheit für alle? Das Projekt Sozialstaat, in: Studer, Brigitte (Hg.): Etappen des Bundesstaates. Staats- und Nationsbildung der Schweiz, 1848 - 1998, 1998, S. 159–186, S. 160.

¹⁶ Eichenhofer, Eberhard: Geschichte des Sozialstaates in Europa. Von der sozialen Frage bis zur Globalisierung, s.l. 2007¹, S. 67.

¹⁷ Lengwiler, Martin: Cultural Meanings of Social Security in Postwar Europe, in: Social Science History 39 (01), 2015, S. 85–106, S. 98.

¹⁸ Lengwiler: Risikopolitik im Sozialstaat, 2006.

Sozialstaat¹⁹, der Entwicklung des Sozialstaats aus Sicht der organisierten Gemeinnützigkeit²⁰ und mit Konjunkturen und Krisen der Verwissenschaftlichung im Sozialstaat²¹ befasst. Brigitte Studer hat sich dem Sozialstaat eher aus Sicht der Geschlechtergeschichte genähert und Publikationen zu Familienzulagen und Mutterschaftsversicherung²² sowie – zusammen mit Regina Wecker – zur «schutzbedürftigen Frau» und der Konstruktion von Geschlecht durch Mutterschaftsversicherung, Nachtarbeitsverbot und Sonderschutzgesetzgebung²³ veröffentlicht. 2012 verfasste sie zudem einen Artikel zu «Ökonomien der sozialen Sicherheit».²⁴ Eine wirtschaftshistorische resp. versicherungshistorische Perspektive nimmt Mathieu Leimgruber in seiner Monografie «Solidarity without the state? Business and the shaping of the Swiss welfare state»²⁵ ein. Auch transnationale Betrachtungen fanden einen Niederschlag in der Forschung zur Geschichte der (Schweizer) Sozialversicherungen. 2006 erschien ein Artikel von Madeleine Herren, welcher aus einer transnationalen oder sogar globalen Perspektive grenzüberschreitende Interessenpolitik und zivilgesellschaftliches Lobbying im Sozialstaat verbindet. Herren verweist zudem darauf, «dass die historische Forschung zur Sozialpolitik sich in einem Umbruch befindet, der einerseits neue Forschungsfelder eröffnet und andererseits Rückschlüsse auf die Konzeptualisierung grenzübergreifender Prozesse und somit auf Interferenzen zwischen unterschiedlichen Generationen des Transnationalen erlaubt [...]»²⁶ Einen allgemeinen Überblick zur Entstehung und Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates bietet Bernhard Degen in einem 2006 erschienenen Artikel in einem Sammelband zur Geschichte der Sozialversicherungen, welche vom Bundesarchiv herausgegeben wurde.²⁷ Bemerkenswerterweise enthält der Band aber keinen einzigen Artikel zur Geschichte der Invalidenversicherung. Generell wurde die IV erst in der jüngsten Vergangenheit wieder ein Forschungsthema, nachdem 1981

¹⁹ Lengwiler, Martin: Zwischen Verwissenschaftlichung, Politisierung und Bürokratisierung. Expertenwissen im schweizerischen Sozialstaat, in: Schweizerisches Bundesarchiv (Hg.): Geschichte der Sozialversicherungen, 2006 (Studien und Quellen / Schweizerisches Bundesarchiv 31 0162305), S. 167–190.

²⁰ Lengwiler, Martin: Fürsorge, Selbsthilfe oder Sozialversicherungen? Die Entwicklung des Sozialstaats aus Sicht der organisierten Gemeinnützigkeit, 1800-1950, in: Schumacher, Beatrice (Hg.): Freiwillig verpflichtet. Gemeinnütziges Denken und Handeln in der Schweiz seit 1800, 2010, S. 255–276.

²¹ Lengwiler, Martin: Konjunkturen und Krisen in der Verwissenschaftlichung der Sozialpolitik im 20. Jahrhundert, in: Archiv für Sozialgeschichte 50, 2010, S. 47–68.

²² Studer, Brigitte: Familienzulagen statt Mutterschaftsversicherung? die Zuschreibung der Geschlechterkompetenzen im sich formierenden Schweizer Sozialstaat 1920-1945, in: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte 47 (2), 1997, S. 151–170.

²³ Wecker, Regina; Studer, Brigitte; Sutter, Gaby: Die "schutzbedürftige Frau". Zur Konstruktion von Geschlecht durch Mutterschaftsversicherung, Nachtarbeitsverbot und Sonderschutzgesetzgebung, Zürich 2001.

²⁴ Studer, Brigitte: Ökonomien der sozialen Sicherheit, in: Halbeisen, Patrick; Müller, Margrit; Veyrassat, Béatrice (Hg.): Wirtschaftsgeschichte der Schweiz im 20. Jahrhundert, 2012, S. 923–974.

²⁵ Leimgruber, Matthieu: Solidarity without the state? Business and the shaping of the Swiss welfare state, 1890-2000, 2008.

²⁶ Herren, Madeleine: Sozialpolitik und die Historisierung des Transnationalen, in: Geschichte und Gesellschaft 32 (4), 2006, S. 542–559, S. 543.

²⁷ Degen, Bernhard: Entstehung und Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates, in: Schweizerisches Bundesarchiv (Hg.): Geschichte der Sozialversicherungen, 2006 (Studien und Quellen / Schweizerisches Bundesarchiv 31 0162305), S. 17–48.

in einem Überblickswerk von Alfred Maurer zumindest die historischen Eckdaten kurz dargestellt worden waren.²⁸ 2008 erschien ein Artikel von Urs Germann zu «behinderungspolitischen Weichenstellungen» in Zusammenhang mit der IV²⁹, welcher den Startschuss für eine vermehrte Beschäftigung mit dem Thema darstellte. 2010 folgte ein weiterer Artikel von Germann mit dem Titel «Integration durch Arbeit»³⁰, 2012 dann erfolgte die Veröffentlichung eines Artikels von Alan Canonica, der sich mit Missbrauchsdebatten in der schweizerischen Invalidenversicherung³¹ auseinandergesetzt hatte. 2017 publizierte derselbe einen weiteren Artikel zur Beschäftigung von Behinderten in Schweizer Unternehmen.³² Eine erste Monographie ausschliesslich zur IV, war 2015 erschienen; Virginie Fracheboud zeichnet darin die Entstehungsgeschichte der Invalidenversicherung in den Jahren 1944 bis 1960 detailliert nach.³³ Während die genannten Publikationen einen umfassenden, multiperspektivischen Einblick in die Entstehungsbedingungen, Auseinandersetzungen, Diskurse und Schwerpunkte der Invalidenversicherung ermöglichen, stehen psychisch kranke Invalide aber nie in ihrem Zentrum.³⁴ Dasselbe gilt auch für Publikationen, welche zur schweizerischen Psychiatriegeschichte und zur Disability History erschienen sind.

Die Geschichte der psychischen Krankheit und ihr Verhältnis zu Wissenschaft und Gesellschaft wird in verschiedenen neueren Schriften aufgearbeitet, wobei gerade die schweizerische Forschung relativ fragmentiert ist. 2003 erschien eine Schwerpunktausgabe der Fachzeitschrift «Traverse – Zeitschrift für Geschichte» zur Psychiatriegeschichte in der Schweiz, welche u.a. einen Artikel zu «Stand und Perspektiven der psychiatriehistorischen Forschung» enthält. Die Autorengruppe, darunter Germann und Lengwiler, beschreiben die Psychiatriegeschichte in der Schweiz bis in die 1980er-Jahre von medizinhistorischen Ansätzen geprägt, wobei institutionen- und personengeschichtlich orientierte Monographien dominiert hätten. Anschliessend habe sich auch in der

²⁸ Maurer, Alfred: Landesbericht Schweiz, in: Köhler, Peter A.; Zacher, Hans Friedrich (Hg.): Ein Jahrhundert Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Österreich und der Schweiz, Berlin 1981 (Schriftenreihe für internationales und vergleichendes Sozialrecht), S. 731–833, 814 f.

²⁹ Germann, Urs: Eingliederung vor Rente". Behindertenpolitische Weichenstellungen und die Einführung der schweizerischen Invalidenversicherung, in: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte 2 (58), 2008, S. 178–197.

³⁰ Germann, Urs: Integration durch Arbeit. Behindertenpolitik und die Entwicklung des schweizerischen Sozialstaats, in: Bösl, Elsbeth; Klein, Anne; Waldschmidt, Anne (Hg.): Disability history. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte ; eine Einführung, Bielefeld 2010 (Disability studies), S. 151–168.

³¹ Canonica, Alan: Missbrauch und Reform. Dimensionen und Funktionen der Missbrauchsdebatten in der schweizerischen Invalidenversicherung aus historischer Perspektive, 2012.

³² Canonica, Alan: Konventionen der Arbeitsintegration. Die Beschäftigung von Behinderten in Schweizer Unternehmen (1950-1980), in: Zeitschrift für Unternehmensgeschichte 62 (2), 2017, S. 233–255.

³³ Fracheboud, Virginie: L'introduction de l'assurance invalidité en Suisse (1944-1960). tensions au coeur de l'état social, Lausanne 2015 (Histoire et société contemporaines).

³⁴ Canonica und Lengwiler erwähnen psychisch Invalide in Zusammenhang mit den Missbrauchsdebatten der frühen 2000er-Jahre sowie den Kostensteigerungen in der IV während der 1990er-Jahre. Canonica: Missbrauch und Reform, 2012, S. 33; Lengwiler, Martin: Im Schatten der Arbeitslosen- und Altersversicherung. Systeme der staatlichen Invaliditätsversicherung nach 1945 im europäischen Vergleich, in: Archiv für Sozialgeschichte 47, 2007, S. 325–348, S. 342.

Schweiz eine sozial- und kulturhistorisch geprägte Psychatriegeschichte entwickelt, wobei vor allem die Ausdifferenzierung der Psychiatrie als medizinische Teildisziplin und die Propagierung und Umsetzung eugenischer Massnahmen im Zentrum gestanden hätten. Im Sinne von weiterführenden Forschungsperspektiven erwähnen die Verfassenden die Geschichte der Psychiatrie nach dem zweiten Weltkrieg; diese sei sowohl auf internationaler Ebene als auch in der Schweiz kaum untersucht worden. Weiter fehlten auch Untersuchungen zur psychiatrischen Praxis, zu Therapiearten und zur Entwicklung unterschiedlicher lokaler psychiatrischer Schulen in der Schweiz.³⁵ Einige dieser Lücken konnten in den letzten Jahren teilweise geschlossen werden. 2004 erschien beispielsweise eine Monographie von Germann zum Verhältnis von Psychiatrie und Strafjustiz³⁶. Das 2009 veröffentlichte Buch zur Geschichte der Psychiatrie im Kanton Schwyz im 20. Jahrhundert von Angela Dettling ermöglicht, wenn auch auf einen Kanton bezogen, einen umfassenden Einblick in die Meilensteine der Psychiatrie im 20. Jahrhundert im Bereich der Anstaltspsychiatrie, in die Gründung von sozialpsychiatrischen Diensten, der Entstehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie etc.³⁷ Aktuelle psychiatriehistorische Forschungsprojekte betreffen zudem u.a. die administrativen Versorgungen³⁸, welche von einer unabhängigen Expertenkommission aufgearbeitet werden³⁹ sowie die Medikamentenforschung an der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, 1950–1990⁴⁰. Beide Themen, welche in diesem Rahmen leider nicht näher erläutert werden können, betrafen höchstwahrscheinlich auch psychisch kranke Invalide.

Bereits 2002 wurde ein Werk zur Geschichte der Heilpädagogik von Carlo Wolfisberg veröffentlicht, in dem er Heilpädagogik, Psychatriegeschichte und Eugenik verbindet.⁴¹ Mit dem interdisziplinären Ansatz bewegt er sich nicht nur im Bereich der Psychatriegeschichte, sondern auch der Disability History. Diese ist ein Teilgebiet der Disability Studies, dem – wie es Anne Waldschmidt

³⁵ Fussinger, Catherine; Germann, Urs; Lengwiler, Martin: Ausdifferenzierung der Psychiatrie in der Schweiz. Stand und Perspektive der psychiatriehistorischen Forschung = Diversification de la psychiatrie en Suisse : état et perspectives de recherche en histoire de la psychiatrie, in: *Traverse : Zeitschrift für Geschichte = Revue d'histoire* 10 (1), 2003, S. 11–31, S. 13 ff.

³⁶ Germann, Urs: Psychiatrie und Strafjustiz. Entstehung, Praxis und Ausdifferenzierung der forensischen Psychiatrie in der deutschsprachigen Schweiz 1850 - 1950, Zürich 2004.

³⁷ Dettling, Angela: Von "Irren" und "Blödsinnigen". Der Kanton Schwyz und die Psychiatrie im 20. Jahrhundert, Zürich 2009.

³⁸ Siehe auch: Rietmann, Tanja: "Liederlich" und "arbeitscheu". Die administrative Anstaltsversorgung im Kanton Bern (1884-1981), 2013.

³⁹ Der Bundesrat, Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement, Bundesamt für Justiz: Markus Notter präsidiert Kommission zur wissenschaftlichen Aufarbeitung der administrativen Versorgungen, Bern 05.11.2014. Online: <<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-55093.html>>, Stand: 29.07.2018.

⁴⁰ Medikamentenforschung an der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, 1950–1990, Universität Zürich, <<http://www.histmedi.uzh.ch/de.html>>, Stand: 15.08.2018.

⁴¹ Wolfisberg, Carlo: Heilpädagogik und Eugenik. Zur Geschichte der Heilpädagogik in der deutschsprachigen Schweiz (1800 - 1950), Zugl.: Luzern, Univ., Diss., 2002, Zürich 2002 (Clio Lucernensis 8).

2006 formuliert hat – «rehabilitationskritischen und kulturwissenschaftlichen Diskurs zu Behinderung». Die Disability Studies etablierten sich in den 1980er-Jahren in den USA und Grossbritannien, wobei die Disability History bislang eine eher marginale Rolle spielte. So seien Arbeiten gemäss Waldschmidt zur Behinderung in den Geschichtswissenschaften noch immer selten und stammten zudem häufig aus der Heil- und Sonderpädagogik. Systematische und theoretisch fundierte Überblicksarbeiten fehlten.⁴² Ein erster Schritt in Richtung einer Schweizerischen Disability History war wiederum eine Schwerpunktausgabe der «Traverse – Zeitschrift für Geschichte» im Jahr 2005, diesmal zum Thema Behinderung.⁴³ 2010 erschien zudem der Sammelband «Disability History – Konstruktionen von Behinderung und Geschichte»⁴⁴, welcher die Geschichte der Disability History im deutschen Sprachraum aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet.

Der aktuelle Forschungsstand der Sozialversicherungsgeschichte, der Psychatriegeschichte und der Disability History, also derjenigen Gebiete der Geschichtswissenschaften, welche das Thema dieser Arbeit betreffen, zeigt, dass gerade in den letzten Jahren in der Schweiz verschiedene wichtige, auch interdisziplinäre, Forschungsergebnisse entstanden sind. Es wird aber auch deutlich, dass die Geschichte der psychisch Kranken in der Invalidenversicherung bisher kaum untersucht wurde. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf den Jahren ca. 1955 - ca. 1985. Der Grund für die zeitliche Begrenzung liegt einerseits im eingeschränkten Umfang dieser Arbeit, andererseits aber auch in verschiedenen, primär vom Bundesamt für Sozialversicherungen in Auftrag gegebenen Studien der letzten Jahre, welche die Entwicklungen zu psychisch beeinträchtigten Invaliden in der Invalidenversicherung untersuchen. Sie stützen sich dabei in der Regel auf Zahlen und Falldossiers, welche spätestens in den frühen 1990er-Jahren entstanden sind.⁴⁵ Somit vermag diese Arbeit hoffentlich auch eine Lücke in der bisherigen Forschung zu schliessen.

1.3 Methode und Quellen

Da zum Thema der psychischen Krankheiten in der Geschichte der Invalidenversicherung kaum aktuelle Forschungsliteratur existiert, sind Archivquellen als Basis der Untersuchung unerlässlich. Diese stammen hauptsächlich aus der Serie Invalidenversicherung im Teilbestand des Bundesamts

⁴² Waldschmidt, Anne: Soziales Problem oder kulturelle Differenz? Zur Geschichte von "Behinderung" aus der Sicht der "Disability Studies", in: Traverse : Zeitschrift für Geschichte = Revue d'histoire 13 (3), 2006, S. 31–46, S. 31.

⁴³ Germann, Urs; Kaba, Mariama; Nienhaus, Agnes: Behinderung - Handicap, in: Traverse : Zeitschrift für Geschichte = Revue d'histoire 13 (3), 2006.

⁴⁴ Bösl, Elsbeth; Klein, Anne; Waldschmidt, Anne (Hg.): Disability history. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte ; eine Einführung, Bielefeld 2010 (Disability studies 6).

⁴⁵ Vgl. u.a. Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD): Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz, Bericht im Rahmen des zweiten mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP2-IV), Bern 2013; Baer, Niklas (Hg.): Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe, Bern 2009 (Beiträge zur sozialen Sicherheit Forschungsbericht).

für Sozialversicherung BSV E10094* im Bundesarchiv und umfassen primär Korrespondenzen, Protokolle, Berichte, Entwürfe und Weisungsdokumente zuhanden der ausführenden IV-Organen wie den IV-Kommissionen oder den IV-Regionalstellen. Da es sich dabei ausschliesslich um durch das BSV aufbewahrte Akten handelt, wird in den Dossiers naturgemäss stark die Sicht der Behörde eingenommen. Andere Akteure treten in den Dokumenten nur auf, sofern dies für das BSV von Relevanz und damit aufbewahrungswürdig war. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass die Sicht anderer Beteiligter in den BSV-Akten kaum vertreten ist. Aus diesem Grund werden die genannten Archivquellen aus dem Bundesarchiv durch weitere Archivdokumente aus dem Schweizerischen Sozialarchiv und dem Schweizerischen Wirtschaftsarchiv ergänzt. Es handelt sich hierbei vorrangig um Protokolle nicht-staatlicher Organisationen wie der Pro Mente Sana, der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für geistigen Gesundheitsschutz, der Schweizerischen Zentralstelle für praktische Psychiatrie oder dem St. Gallischen Hilfsverein für Gemütskranke. Dazu kommen zeitgenössische Zeitschriftenartikel, welche häufig von Ärzten in Publikationen wie der Zeitschrift der Pro Infirmis, der Schweizerischen Ärztezeitung oder der Schweizerischen Zeitschrift für Präventivmedizin veröffentlicht wurden. Da auch die Rechtsprechung in Bezug auf psychische Invalidität dargelegt werden soll, dienen die Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts als weitere Quelle. Dazu kommen Tabellen, welche die Entwicklung der Zahlen im Bereich der psychisch kranken Versicherten dokumentieren. Kein Teil dieser Arbeit sind Dokumente, welche die Sicht der betroffenen Invaliden darlegen. Diesbezüglich kämen theoretisch Einzelfallakten infrage, wobei die Überlieferungssituation hier unklar ist, da in den Katalogen der Staatsarchive keine entsprechenden Dossiers auftauchen. Es ist davon auszugehen, dass diese sich teilweise noch im Besitz der IV-Stellen befinden und bisher nicht zur Archivierung abgeliefert wurden. Eine Fallstudie⁴⁶ würde den Rahmen dieser Arbeit jedoch sprengen.

Anhand der Aufzählung der verwendeten Quellen wird deutlich, dass bei dieser Arbeit, welche sich zwischen Sozialgeschichte, Psychiatriegeschichte und Disability History bewegt, ein multimethodischer Ansatz quasi gegeben ist. Neben einer historischen Diskursanalyse⁴⁷, die beispielsweise verschiedene psychiatrische Diskursstränge ab dem 19. Jahrhundert bis in die Zeit nach der Einführung der IV verfolgt, ermöglicht die Analyse von Gesetzestexten und Gerichtsurteilen einen Einblick in die sozialversicherungsrechtliche Praxis, welche sich nach 1960 konstituierte. Anhand verschiedener Tabellen und Grafiken lassen sich die Ergebnisse auch quantitativ besser einordnen, was nicht zuletzt die bessere Einschätzung der Relevanz der Thematik gewährleistet.

⁴⁶ Zu Fallstudien im Rahmen der Geschichtswissenschaft vgl. Pohlig, Matthias: Vom Besonderen zum Allgemeinen? Die Fallstudie als geschichtstheoretisches Problem, in: Historische Zeitschrift 297 (2), 2013.

⁴⁷ Landwehr, Achim: Historische Diskursanalyse, Frankfurt/Main 2009² (Historische Einführungen 4).

2 Die IV in der Geschichte der Sozialversicherungen

Im Vergleich mit anderen Ländern wurde in der Schweiz erst spät eine Invalidenversicherung eingeführt.⁴⁸ Das Ziel dieses Kapitels ist es, den Weg von der sozialen Frage zur Eidgenössischen Invalidenversicherung in geraffter Form aufzuzeigen. Verschiedene Aspekte wie die Konstituierung von Trägern der staatlichen, beruflichen und privaten Fürsorge, die Entwicklung transnationaler Standards im Sozialversicherungsbereich, die Ausgestaltung einzelner Sozialversicherungsträger wie der AHV oder auch die Wirtschaftslage in den 1950er-Jahren hatten einen entscheidenden Einfluss auf die Schwerpunktsetzung der 1960 eingeführten Invalidenversicherung und damit unmittelbar auch auf den Umgang mit psychisch Kranken.

2.1 Bedingungen für die Entstehung von Sozialversicherungen in der Schweiz

2.1.1 Die soziale Frage

Bis zur Entstehung des heutigen, umfassend ausgebauten Sozialstaats war es ein weiter Weg, an dessen Ursprung die soziale Frage stand. Sie entwickelte sich in einem engen Zusammenhang mit verschiedenen Prozessen, welche die Lebensbedingungen breiter Bevölkerungsschichten seit Beginn des 19. Jahrhunderts von Grund auf veränderten. Die Industrialisierung hatte zur Folge, dass Landbesitz und eigene Nahrungsmittelproduktion für viele Menschen an Bedeutung verloren. Dies galt nicht nur für Fabrikarbeiter; auch die ländliche Unterschicht musste aufgrund eines tiefgehenden landwirtschaftlichen Strukturwandels zunehmend auf alternative Arbeitsgelegenheiten ausweichen.⁴⁹ Fabrikarbeiter wurden durch die Arbeit in weit entfernten Produktionsbetrieben oft aus ihrem sozialen Umfeld herausgerissen und lebten dann unter desolaten Umständen in Mietkasernen. Ihre Arbeitsbedingungen waren prekär; die zumeist monotone Arbeit war nicht selten mit Gefahren verbunden und zudem so schlecht bezahlt, dass selbst die nötigsten Ausgaben oftmals nicht gedeckt werden konnten.⁵⁰ Selbstredend war die herrschende Massenarmut, der sogenannte Pauperismus, kein exklusives Phänomen des 19. Jahrhunderts. Ausgehend von England und Frankreich gerieten jedoch um 1850 zunehmend die Probleme des industriellen Proletariats in den Blick der Öffentlichkeit.⁵¹ Zum politischen Schlagwort der *Socialen Frage* führte laut Jakob Tanner denn auch nicht die zunehmende soziale Verelendung, sondern eine veränderte Deutungskultur, im Zuge

⁴⁸ Germann: "Eingliederung vor Rente", 2008, S. 180 f.; Internationale Vereinigung für soziale Sicherheit (Hg.): Die Entwicklung der Sozialen Sicherheit in jüngster Zeit (von Juli 1955 bis Ende 1957), Genf 1959, S. 127.

⁴⁹ Degen: Entstehung und Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates, 2006, S. 19.

⁵⁰ Möckli, Silvano: Den schweizerischen Sozialstaat verstehen. Sozialgeschichte - Sozialphilosophie - Sozialpolitik, Glarus 2012 (Kompaktwissen CH), S. 17 ff.

⁵¹ Kaufmann, Franz-Xaver: Sozialpolitisches Denken. Die deutsche Tradition, Frankfurt am Main 2003¹ (Edition suhrkamp), S. 24.

derer die Arbeit ins Zentrum der politischen Auseinandersetzungen um den Kapitalismus geriet.⁵² Sandro Möckli identifiziert demographisch-soziologische, technisch-wirtschaftliche, geistig-ideologische und ordnungspolitische Prozesse, welche zur Transformation der agrarisch-feudalen Ständeordnung in eine industriell-kapitalistische Gesellschaft führten und erst in ihrer Gesamtheit die soziale Frage hervorbringen konnten.⁵³

Die Armenfürsorge galt in diesem Zeitraum bereits als staatliche Aufgabe. Gemeinden und Kantone mussten bei finanziellen Problemen infolge von Alter, Arbeitslosigkeit oder Krankheit grundsätzlich einspringen, wobei die Fürsorgeleistungen komplizierten und teilweise diskriminierenden Zugangsbedingungen unterlagen und repressiv ausgestaltet waren. Aus diesem Grund konnten sie nicht von allen Bedürftigen genutzt werden. Ortsfremde Armengenössige beispielsweise wurden entsprechend dem Heimatprinzip in ihre Heimatgemeinden abgeschoben. Arbeitsfähige Arme wurden gemeinhin als selbstverschuldet in Not geraten betrachtet und erhielten teilweise keine Unterstützung. Alkoholiker, Schwererziehbare oder Bettler wurden zwecks der Assimilierung an ein ehrbares Leben nicht selten in die im 19. Jahrhundert stark ausgebauten Anstalten gesteckt.⁵⁴ Ein frappanter Unterschied zwischen Fürsorge – ob staatlicher, aber auch kirchlicher oder privater Natur – und Sozialversicherungen bestand darin, dass die Fürsorge keinen Rechtsanspruch generierte und oft einen sozialdisziplinarischen Hintergrund hatte.⁵⁵ Hilfe zur Selbsthilfe war in diesem fürsorglich-traditionellen Gemeinnützigkeitsbegriff nicht vorgesehen. Erst in den 1860er-Jahren entstand zunehmend ein modernerer Gemeinnützigkeitsbegriff, welcher später auch sozialstaatlichen Konzepten zugrunde lag.⁵⁶

In den Fabriken entwickelte sich langsam ein Paradigmenwechsel hin zu Leistungen gegenüber den Angestellten, welche die vertraglichen Vereinbarungen überstiegen. Jene betriebliche Fürsorge entsprang zunächst primär einem patriarchalisch-autoritären Geist und hatte u.a. die Disziplinierung der Arbeiterschaft und die Eindämmung allfälliger Selbsthilfebestrebungen zum Ziel. Sie diente hauptsächlich als Herrschaftsmittel und bot ausserdem dem Unternehmer die Möglichkeit, Steuern zu sparen. Erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurde die patriarchalisch-profitorientierte Moti-

⁵² Tanner, Jakob: Geschichte der Schweiz im 20. Jahrhundert, 2015 (Europäische Geschichte im 20. Jahrhundert), S. 84–85.

⁵³ Möckli: Den schweizerischen Sozialstaat verstehen, 2012, S. 21.

⁵⁴ Degen: Entstehung und Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates, 2006, S. 20. Möckli: Den schweizerischen Sozialstaat verstehen, 2012, S. 59

⁵⁵ Studer: Soziale Sicherheit für alle? Das Projekt, 1998, S. 160.

⁵⁶ Lengwiler: Fürsorge, Selbsthilfe oder Sozialversicherungen?, 2010, S. 258.

vation der Unternehmerschaft zunehmend von einem sozialen und politischen Verantwortungsbewusstsein gegenüber der Belegschaft überdeckt. Die Unternehmer gründeten Kranken- und Hilfskassen für die Arbeiterschaft resp. unterstützten solche, boten günstige Wohn- und Verpflegungsmöglichkeiten und akzeptierten zunehmend die Gewerkschaften als Interessensvertretung der Arbeiter und Tarifpartner.⁵⁷ Die Fabrikarbeiter ihrerseits waren häufig als Genossenschafter in die betrieblichen Kranken- und Hilfskassen eingebunden. Beim Eintreten eines Versicherungsfalls waren sie keine Bittsteller mehr wie in der traditionellen Fürsorge, sondern versicherte Mitglieder mit einem rechtlich garantierten Leistungsanspruch.⁵⁸ Eine immense Verbesserung brachte in der Schweiz zudem ein neuer Artikel in der revidierten Bundesverfassung von 1874, welcher dem Bund die Kompetenz übertrug, Vorschriften zum Schutz der Arbeiter zu erlassen. Das Eidgenössische Fabrikgesetz beschränkte u.a. den Arbeitstag auf elf Stunden, setzte das Mindestalter von Kinderarbeit auf 14 Jahre fest und führte die Haftpflicht bei Betriebsunfällen ein. Nach einem heftigen Abstimmungskampf, in welchem erstmals Arbeitgeberorganisationen im Rahmen einer sozialpolitischen Debatte aufgetreten waren, wurde das Gesetz 1877 angenommen.⁵⁹

Nicht nur staatliche und betriebliche, sondern auch private Akteure befassten sich mit der sozialen Frage. Im Zuge des 19. Jahrhunderts entwickelten sich auf eidgenössischem Gebiet vielfältige Formen von Zusammenschlüssen von Privatpersonen, darunter Vereine, Genossenschaften oder Stiftungen, wobei um die Jahrhundertwende zum 20. Jahrhundert dann moderne Interessenverbände dazukamen. Bereits 1810 war die Schweizerische Gemeinnützige Gesellschaft gegründet worden.⁶⁰ Ihre Mitglieder hatten grossmehrheitlich einen bürgerlichen Hintergrund, teilweise entstammten sie auch dem ehemaligen Patriziat. Während es sich bei der SGG zunächst eher um ein Debattierforum handelte, wurde sie gegen Ende des 19. Jahrhunderts zunehmend sozialpolitisch aktiv und beteiligte sich auch an Geldsammlungen in Katastrophenfällen.⁶¹ Die SGG, welche analog der staatlichen und betrieblichen Fürsorge einen paternalistisch-fürsorglichen Gemeinnützigkeitsbegriff pflegte, vermochte sich dauerhaft als soziale Hilfsorganisation zu etablieren.⁶² Weitere Organisationen und Initiativen fanden sich beispielsweise im sozialreformerischen und religiös-karitativen Bereich. Nach dem 1. Weltkrieg, während dem vor allem Frauenorganisationen sozialfürsorgerische

⁵⁷ Möckli: Den schweizerischen Sozialstaat verstehen, 2012, S. 28 f.

⁵⁸ Lengwiler: Fürsorge, Selbsthilfe oder Sozialversicherungen?, 2010, S. 258.

⁵⁹ Degen: Entstehung und Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates, 2006, S. 22.

⁶⁰ Degen, Bernhard: Zwischen Staat, Wirtschaft und Privatsphäre. Organisierte Gemeinnützigkeit als Teil des Non-Profit-Sektors, in: Schumacher, Beatrice (Hg.): Freiwillig verpflichtet. Gemeinnütziges Denken und Handeln in der Schweiz seit 1800, 2010, S. 124–146, S. 125.

⁶¹ Lengwiler: Fürsorge, Selbsthilfe oder Sozialversicherungen?, 2010, S. 257.

⁶² Joris, Elisabeth; Schumacher, Beatrice: Helfen macht stark. Dynamik im Wechselspiel von privater Fürsorge und staatlichem Sozialwesen, in: Rossfeld, Roman; Buomberger, Thomas; Kury, Patrick (Hg.): 14/18. Die Schweiz und der Grosse Krieg, 2014, S. 316–335, S. 318.

Aufgaben übernommen hatten, entwickelte sich parallel zur öffentlichen Fürsorge ein breit diversifiziertes Netz an Fürsorgeleistungen. Träger des letztlich löchrigen Netzes waren private, gemeinnützige und kirchliche Organisationen, welche sich an bestimmte Gruppen wie Kranke, Tuberkulöse, Alkoholranke, Invalide oder auch «Irre» richteten.⁶³ Zusätzlich zu den Fabrikarbeitern erschienen offensichtlich zunehmend breitere Bevölkerungskategorien auf dem gesellschaftlichen Radar.⁶⁴

2.1.2 Internationale Akteure der Sozialpolitik

Ein Schmelztiegel des internationalen Meinungsaustauschs zu sozialpolitischen Fragen waren die Weltausstellungen, welche seit den 1850er-Jahren regelmässig durchgeführt werden. In ihrem Rahmen institutionalisierte sich der Dialog zwischen sozial- und wirtschaftspolitischen Experten und es entstanden erste transnationale Leitkonzepte der Sozialpolitik. Begleitende Kongresse zu den Weltausstellungen behandelten sozialpolitische Themen wie Hygiene, Demografie oder Arbeiterversicherungen und ermöglichten den Teilnehmern – häufig mathematischen, medizinischen oder juristischen Fachpersonen – eine berufliche Netzwerkbildung, welche zu einem Wissenstransfer führte und Einfluss auf nationale Entwicklungen hatte. Bedeutend in Bezug auf die Entwicklung von Sozialversicherungen waren der Internationale Kongress für Arbeiterversicherung, welcher 1886 gegründet wurde, und der 1895 konstituierte Internationale Kongress für Versicherungsmathematik.⁶⁵ Zu diesem Zeitpunkt existierten im Deutschen Kaiserreich bereits die ersten Sozialversicherungen. Diese im Vergleich mit anderen Staaten absolute Innovation ist der Regierung um Reichskanzler Otto von Bismarck zuzuschreiben, welche infolge einer Kaiserlichen Botschaft von 1881 innert kürzester Zeit ein komplexes System staatlicher Sozialversicherungen zu implementieren vermochte. Zwischen 1883 und 1889 wurden Kranken-, Unfall-, Alters- und Invalidenversicherung eingeführt, was freilich auch in der Schweiz registriert wurde und zu entsprechenden Diskussionen führte.⁶⁶ Die Gründe für die Einführung der deutschen Sozialversicherungen folgten einem politischen Kalkül Bismarcks. Nach politisch turbulenten Jahren war es sein Ziel gewesen, divergierende Meinungen verschiedener Gruppen wie der Arbeiterbewegung, der erstarkenden Sozialdemokratie aber auch der katholischen Bewegung zu konsolidieren.⁶⁷ Brigitte Studer umschreibt diese Vorgehensweise als «die Legitimierung und Sicherung eines Herrschaftssystems durch sozialintegrative Massnahmen.»⁶⁸ Ein zentraler Akteur in der internationalen Entwicklung

⁶³ Studer: Ökonomien der sozialen Sicherheit, 2012, S. 941.

⁶⁴ Degen: Entstehung und Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates, 2006, S. 24.

⁶⁵ Lengwiler: Konjunkturen und Krisen in der Verwissenschaftlichung, 2010, S. 48.

⁶⁶ Lengwiler: Fürsorge, Selbsthilfe oder Sozialversicherungen?, 2010, S. 266.

⁶⁷ Scheubel, Beatrice: Bismarck's institutions. A historical perspective on the social security hypothesis, Tübingen 2013 (Beiträge zur Finanzwissenschaft 31), S. 77. f.

⁶⁸ Studer: Soziale Sicherheit für alle? Das Projekt, 1998, S. 166.

von Sozialversicherungen war die Internationale Arbeitsorganisation IAO, welche 1919 in Zusammenhang mit dem Versailler Vertrag gegründet wurde. Die Entstehung der IAO war der Höhepunkt jener Entwicklungen, welche im Zuge des 19. Jahrhunderts ihren Anfang genommen hatten und das Ziel hatten, den in einzelnen Ländern eingeführten gesetzlichen Arbeiterschutz auf einer internationalen Ebene auszubauen und dabei auch Wettbewerbsnachteile von sozialpolitisch innovativen Ländern auszugleichen. Die 1901 gegründete Internationale Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz organisierte mehrere Konferenzen, in deren Folge erste internationale Abkommen beispielsweise zum Verbot der Frauennachtarbeit verabschiedet wurden. Während des ersten Weltkrieges war der Arbeiterschutz dann temporär auf Eis gelegt worden. Infolgedessen wurde auf Druck von Gewerkschaften und Unternehmern die Neuorganisation des Arbeiterschutzes ein Teil des Versailler Friedensvertrages. Die neu gegründete IAO war ein Teil des Völkerbundes und wurde später zur ersten Sonderorganisation der UNO.⁶⁹

In der IAO bündelten sich zwei internationalistische Strömungen des 19. Jahrhunderts: Sie vereinigte die Tradition der internationalen wissenschaftlichen Kongresse mit den internationalen sozialen Bewegungen.⁷⁰ Die IAO mauserte sich zu einem wichtigen Player im Bereich Sozialversicherungen, verfügten doch noch viele Staaten nicht über die nötigen Kapazitäten, um leistungsfähige Sozialversicherungen zu schaffen. Die Notwendigkeit der IAO wurde von den Mitgliederstaaten rasch akzeptiert, da sie nicht nur zur Verbreitung von neuen Ideen beitrug, sondern auch unterstützend tätig war beim Aufbau neuer Vereinigungen und Organisationen. Nur wenige Jahre nach der Entstehung der IAO, folgte im Jahr 1927 die Gründung der *Conférence internationale des unions nationales de sociétés de secours mutuels et de caisses d'assurance maladie* (1927-1936), welche sich später *Conférence internationale de la mutualité et des assurances sociales* CIMAS (1936-1947) nannte. Aus der ersten Bezeichnung geht hervor, dass sich diese Organisation zunächst primär mit Fragen der Krankenversicherung beschäftigt hatte. Die Initiative ging damals von der Gesundheitsverwaltung des Kantons Basel-Stadt aus, welche 1926 in Absprache mit den Vertretern verschiedener europäischer Länder einen Internationalen Kongress der Krankenkassen und Hilfsvereine einberufen wollte.⁷¹ Im Oktober 1927 fand schliesslich die Gründungskonferenz der neuen Organisation statt, an der 17 nationale Träger aus insgesamt neun Ländern vertreten waren. Sie verabschiedeten den

⁶⁹ Bürgi, Markus: Internationale Arbeitsorganisation (ILO), Historisches Lexikon der Schweiz 20.05.2010, <<http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D13817.php?topdf=1>>, Stand: 20.05.2018.

⁷⁰ Lengwiler: Konjunkturen und Krisen in der Verwissenschaftlichung, 2010, S. 48.

⁷¹ Guinand, Cédric: Zur Entstehung von IVSS und IAO, in: Internationale Revue für Soziale Sicherheit 61 (1), 2008, S. 93–111, S. 93 ff.

Empfehlungen der IAO folgende Handlungsrichtlinien, welche die Notwendigkeit einer Pflichtversicherung und die Verwaltungsautonomie der Sozialversicherungen definierten.⁷² Jene Richtlinien folgten noch einem an Bismarck angelehnten korporatistischen und klassenbasierten Verständnis von Sozialversicherung. Erst während des zweiten Weltkriegs sollten die IAO und die IVSS ein umfassenderes Wohlfahrtsstaatsmodell verwenden.⁷³

2.1.3 Soziale Sicherheit wird zur Maxime

Soziale Sicherheit wurde in den 1930er-Jahren erstmals in verschiedenen liberalen Demokratien zum Schlagwort und während des zweiten Weltkriegs schliesslich zu einem alliierten Kriegsziel. Den Anfang machten die USA unter Präsident Franklin D. Roosevelt. Zur Zeit der Grossen Depression führte Roosevelt im Rahmen des New Deal 1935 den *Social Security Act* ein.⁷⁴ Die Grosse Depression betraf die ganze Gesellschaft und führte zur Verarmung breiter Bevölkerungsschichten auch ausserhalb der Arbeiterklasse, weshalb der Social Security Act über klassische Sozialversicherungen hinausging und ein breites soziales Sicherheitskonzept beinhaltete, welches verschiedene Leistungen und Hilfestellungen von Seiten des Staates vorsah.⁷⁵ 1941 unterzeichneten Franklin D. Roosevelt und der britische Premierminister Winston Churchill auf einem britischen Schlachtschiff die Atlantikcharta, welche u.a. die soziale Sicherheit zum zentralen Ziel der Nachkriegspolitik erklärte. Dadurch erhielt das Konzept der sozialen Sicherheit erstmals eine breite internationale Anerkennung. Für zusätzlichen Auftrieb sorgte die IAO mit der Verabschiedung einer Resolution zur Unterstützung der Atlantikcharta.

Um die Verteidigungsbereitschaft der gesamten Bevölkerung zu sichern, kündigte die britische Regierung zudem ebenfalls im Jahr 1941 die Schaffung eines öffentlichen Gesundheitsdienstes für alle Einwohner an. Die soziale Sicherheit wurde in den Rang der wichtigsten innenpolitischen Aufgabe nach dem Krieg erhoben. Dieser Grundsatz kulminierte schliesslich mit der Entstehung des im Auftrag der Regierung von William Beveridge erstellten Berichts, welcher diverse Vorschläge zur umfassenden Neugestaltung von Sozialversicherungen und Fürsorge enthält. Der sogenannte Beveridge-Bericht zeichnete sich durch die Konzeptualisierung eines umfassenden Systems zur sozialen Sicherheit der britischen Bevölkerung aus, welches die angemessene Einkommenssicherung im Falle anerkannter sozialer Risiken wie Krankheit, Alter, Erwerbsunfähigkeit, Arbeitsunfall und Arbeitslosigkeit definierte.⁷⁶ Er erzeugte weltweit eine enorme Resonanz, weil darin zum ersten Mal

⁷² ebd., S. 104–105.

⁷³ Lengwiler: *Cultural Meanings of Social Security* in, 2015, S. 91.

⁷⁴ Hockerts, Hans Günter: Vom Problemlöser zum Problemerzeuger? Der Sozialstaat im 20. Jahrhundert, in: *Archiv für Sozialgeschichte* 47, 2007, S. 3–29, Stand: 16.01.2018, S. 4–5.

⁷⁵ Lengwiler: *Cultural Meanings of Social Security* in, 2015, S. 88.

⁷⁶ Eichenhofer: *Geschichte des Sozialstaates in Europa*, 2007, S. 42–43.

der Schutz der gesamten Bevölkerung gefordert worden war.⁷⁷ An der Internationalen Arbeitskonferenz von Philadelphia im Jahr 1944 übernahm die IAO grosse Teile von Beveridges Konzepten und setzte sich offiziell das Ziel, soziale Sicherheit weltweit zu verbreiten. An der Konferenz wurde zudem der Weg für eine Zusammenarbeit der IAO mit den zukünftigen Vereinten Nationen geebnet, indem die IAO die Verbindungen mit dem Völkerbund auflöste. 1946 wurde sie zur ersten Sonderorganisation der Vereinten Nationen.⁷⁸ 1947 wurde die Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit IVSS als globale Nachfolgerorganisation der europäischen CIMAS gegründet. Das Hauptziel der IVSS war es, die Idee der sozialen Sicherheit zu verbreiten. Ausserdem bestand eine enge Zusammenarbeit der IVSS mit der IAO. Bis in die 1950er-Jahre operierte die IVSS als geschlossener Zirkel von Experten, welcher vor allem mit nationalen Experten für soziale Sicherheit kooperierte. Erst in den 1960er-Jahren wurde die Tätigkeit des IVSS einer breiteren Öffentlichkeit bekannt, vor allem Marketingaktivitäten nationaler Sozialversicherungsträger waren diesbezüglich ausschlaggebend. In den 1970er-Jahren wurde ihr der Rang zunehmend von der OECD und der EWG abgelaufen und sie verlor wieder an Einfluss.⁷⁹ Neben der IVSS setzte auch die IAO weiterhin Standards im Bereich Sozialversicherungen, namentlich verabschiedete sie immer wieder Konventionen. Nachdem einzelne Konventionen in den Bereichen Krankenversicherung und Altersversicherung der IAO zu eng gefasst waren und nur von wenigen Ländern unterzeichnet wurden, beschränkte sich die IAO auf Minimalstandards. Diese neue Taktik führte zum Erfolg; die 1952 beschlossene IAO-Konvention zur Sozialversicherungsfrage zählte neun Sozialversicherungszweige auf, am Beitritt interessierte Neumitglieder mussten nur drei davon erfüllen. Dies ermöglichte den Beitritt von Sozialstaaten mit sehr unterschiedlichen Ausrichtungen, darunter auch der Schweiz.⁸⁰

2.2 Der lange Weg zu einem schweizerischen Sozialstaat

2.2.1 Zwischen Föderalismus und Demokratie

Im letzten Kapitel wurde ersichtlich, dass Schweizer Akteure unter dem Schlagwort der sozialen Frage bereits im 19. Jahrhundert ein zunehmendes sozialpolitisches Problembewusstsein entwickelt hatten. Das eidgenössische Fabrikgesetz sowie betriebliche Kranken- und Hilfskassen waren ein erster Schritt gewesen, um vor allem Fabrikarbeitern einen gewissen Schutz zu gewähren. Fürsorge zuhanden von Bedürftigen wurde meist von privaten Trägern und kirchlichen Trägern, in zunehmendem Masse auch vom Staat geleistet. Ein rechtlicher Anspruch auf bestimmte Leistungen bestand aber nicht. Die öffentlichen Diskussionen um einen angemessenen Schutz vor schlechten

⁷⁷ Guinand, Cédric: Die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) und die soziale Sicherheit in Europa (1942 - 1969), Zugl.: Saarbrücken, Univ., Diss., 2001, Bern 2003 (Europäische Hochschulschriften Reihe 3, Geschichte und ihre Hilfswissenschaften 948), S. 53.

⁷⁸ ebd., S. 69–70.

⁷⁹ Lengwiler: Cultural Meanings of Social Security in, 2015, S. 91.

⁸⁰ Lengwiler: Konjunkturen und Krisen in der Verwissenschaftlichung, 2010, S. 61.

Arbeitsbedingungen, aber auch vor verschiedenen Lebensrisiken dehnten sich gegen Ende des 19. Jahrhunderts zunehmend auf breitere Bevölkerungsschichten aus. In den 1880er-Jahren intensivierte sich die Debatte und führte 1885 zu einem Postulat des freisinnig-demokratischen Nationalrats Ludwig Forrer, welcher eine obligatorische staatliche Kranken- und Unfallversicherung forderte. Der Grütliverein, eine patriotische Vereinigung, der hauptsächlich Handwerker und Arbeiter angehörten, verabschiedete 1886 Grundsätze für die Einführung einer Alters- und Invalidenversicherung. Damit landeten innert kurzer Zeit einige der wichtigsten sozialpolitischen Anliegen auf der politischen Traktandenliste, deren Ausführung die Schweiz noch jahrzehntelang beschäftigen sollte.⁸¹ Der Bundesrat hingegen war gegenüber entsprechenden Anliegen lange eher zurückhaltend eingestellt; noch 1870 vertrat er in einer Botschaft an das Parlament die klassisch-liberale Ansicht, dass es nicht Sache der Gesetzgebung sei, sich in die Arbeitsverhältnisse erwachsener Menschen einzumischen.⁸² Unabhängig von den Entwicklungen auf Bundesebene hatten einzelne Kantone aber bereits seit längerer Zeit staatliche Sozialversicherungen eingeführt. Besonders progressiv war diesbezüglich der Kanton Genf, welcher schon 1849 eine freiwillige Altersversicherung eingerichtet hatte.⁸³

Durch die rasanten Entwicklungen in den 1880er-Jahren im Bereich Sozialversicherungen im nahen Deutschen Kaiserreich war eine Konfrontation mit der Thematik in der Schweizer Politik unumgänglich. Bald stellte sich die Frage, ob die Schweiz das deutsche Sozialversicherungsmodell übernehmen sollte. Insbesondere der Freisinn, zu diesem Zeitpunkt die hegemoniale politische Bewegung auf Bundesebene, stimmte bis zur Jahrhundertwende klar für diese Variante. Aus verschiedenen Gründen war aber bereits von Beginn weg klar, dass eine unveränderte Übernahme des deutschen Modells nicht so einfach möglich sein würde. So verfügte der Bund gar nicht über die verfassungsmässige Legitimation, sozialpolitische Massnahmen zu veranlassen. Weitere Hindernisse bildeten der schweizerische Föderalismus und die Referendumsdemokratie. Eine Etappierung bei der Einführung von Sozialversicherungen war daher unvermeidbar.⁸⁴ Nichtsdestotrotz orientierten sich die eidgenössischen Entscheidungsträger deutlich am deutschen Modell. Insbesondere im Bereich der Unfallversicherung sind entsprechende Parallelen mit der 1912 eingeführten staatlichen Versicherungspflicht und einer zentralisierten öffentlichen Versicherungsanstalt sichtbar.⁸⁵ Anschliessend an das Postulat von Ludwig Forrer verabschiedete das Parlament 1890 den ersten Verfassungsartikel zur Sozialversicherung, welcher vom Souverän klar akzeptiert wurde. Im neuen

⁸¹ Tanner: Geschichte der Schweiz im 20. Jahrhundert, 2015, S. 86–87.

⁸² Möckli: Den schweizerischen Sozialstaat verstehen, 2012, S. 36.

⁸³ ebd., S. 31.

⁸⁴ Lengwiler: Fürsorge, Selbsthilfe oder Sozialversicherungen?, 2010, S. 266.

⁸⁵ Lengwiler: Risikopolitik im Sozialstaat, 2006, S. 26.

Artikel erhielt der Bund den Auftrag zur Errichtung einer Kranken- und Unfallversicherung sowie die Kompetenz zur Verpflichtung der Gesamtbevölkerung oder einzelner Bevölkerungsschichten zum Beitritt. 1899 verabschiedete das Parlament das äusserst ambitionöse und grosszügige Bundesgesetz betreffend die Kranken- und Unfallversicherung KUVG, welches u.a. die Errichtung einer eidgenössischen Unfallversicherungsanstalt, die Einführung öffentlicher und privater Krankenkassen, ein Obligatorium für die meisten unselbständig Erwerbstätigen, die Vergütung von Heilungskosten sowie Erwerbsersatzleistungen vorsah.⁸⁶ Das KUVG, welches 1900 dem Volk vorgelegt wurde, umfasste schliesslich 400 Artikel und wurde nach Ludwig Forrer als *Lex Forrer* bezeichnet. Bereits nach der Verabschiedung durch das Parlament forcierten Gegner der Vorlage, darunter Westschweizer Föderalisten, die Katholisch-Konservativen aber auch der Arbeiterverbund, welcher um die Existenz der bestehenden betrieblichen Kranken- und Hilfskassen fürchtete, eine Referendumskampagne. Diese weitete sich gemäss Jakob Tanner zu einem «Feldzug gegen Bürokratie, deutschen Einfluss, neue Steuern, Simulantentum und Sozialismus» aus. Die Abstimmung an der Urne brachte die Lex Forrer deutlich zum Scheitern, sie wurde mit 70% Nein-Stimmen abgelehnt. Nach der krachenden Abstimmungsniederlage trat Forrer zunächst von allen politischen Ämtern zurück. 1902 kehrte er als Bundesrat auf die politische Bühne zurück, wo er zusammen mit anderen Bundesräten eine stark abgeschwächte neue Vorlage erarbeitete, welche kein Krankenversicherungsobligatorium mehr enthielt. 1912 wurde diese in einer erneuten Volksabstimmung knapp angenommen.⁸⁷ Der Kampf um eine Unfall- und Krankenversicherung sollte nicht das letzte Mal sein, dass die direktdemokratischen Entscheidungsmechanismen – vor allem das obligatorische Referendum bei Verfassungsänderungen und das fakultative Referendum bei Gesetzesänderungen auf Bundesebene – die Einführung von Sozialversicherungen in der Schweiz stark verzögerten.⁸⁸ Das zähe Ringen um das KUVG führte ausserdem generell dazu, dass andere Zweige der Sozialversicherung auf Bundesebene für einige Zeit in den Hintergrund traten.⁸⁹ Die einzige Ausnahme bildete die Militärversicherung. Sie war bereits in der Lex Forrer enthalten gewesen und konnte 1902 als erste schweizerische Sozialversicherung ihre Tätigkeit aufnehmen.⁹⁰ 1912 stimmte das Parlament der Gründung des Bundesamts für Sozialversicherung zu, welches 1913 seine Tätigkeit aufnahm. Bis 1954 gehörte es zum Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartement EVD, seit 1955 zum Eidgenössischen Departement des Innern EDI. Während sich das BSV in der Gründungsphase primär mit dem KUVG beschäftigte, engagierte sich das Bundesamt in den 1940er-Jahren für die Einführung der AHV. Ab 1949 handelte es ausserdem verschiedene internationale Sozialversicherungsabkommen aus und

⁸⁶ Degen: Entstehung und Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates, 2006, S. 25.

⁸⁷ Tanner: Geschichte der Schweiz im 20. Jahrhundert, 2015, S. 89.

⁸⁸ Lengwiler: Risikopolitik im Sozialstaat, 2006, S. 50.

⁸⁹ Degen: Entstehung und Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates, 2006, S. 27.

⁹⁰ ebd., S. 26.

vertrat die Schweiz u.a. in der IAO. Von 1938 bis 1961 wurde es von Anton Saxer geleitet, der damit die Einführungsphase der IV prägte.⁹¹

In Zusammenhang mit der Entwicklung der schweizerischen Sozial(versicherungs)politik wurden bereits verschiedene Akteure aus Politik, Unternehmen und privaten Initiativen wie der Gemeinnützigen Gesellschaft erwähnt. Ebenfalls involviert waren zudem der Grütliverein, welcher als Interessenvertretung der Arbeiterschaft agierte, verschiedene konservative und freisinnige Parlamentarier wie z.B. Ludwig Forrer, die eher dem jeweils linken Flügel angehörten sowie Handel und Industrie, welche sich bereits 1870 mit der Gründung des Schweizerischen Handel- und Industrievereins, auch *Vorort*, auf Bundesebene organisiert hatten. Arbeitgebervereine hingegen entstanden erst nach der Jahrhundertwende. Im Vergleich zum Ausland ebenfalls relativ spät hatten sich die schweizerischen Gewerkschaften gebildet. Sie waren zunächst am 1873 gegründeten Schweizerischen Arbeiterbund beteiligt, der an der Thematisierung des Arbeiterschutzes auf einer transnationalen Ebene von schweizerischer Seite massgeblich beteiligt gewesen war.⁹² 1880 wurde dann der Schweizerische Gewerkschaftsbund gegründet – acht Jahre vor der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz SPS, welche sich an bereits bestehende kantonale Parteien anlehnte, deren Zusammenschluss aber durch ideologische Streitereien verhindert worden war.⁹³ Sowohl der Gewerkschaftsbund als auch die SPS sollten die eidgenössische Sozialpolitik vorantreiben, wobei zunächst die Gewerkschaften gegen Ende des 19. Jahrhunderts gemäss Hans Ulrich Jost die soziale Frage in den Rang eines nationalen Politikums erhoben hatten.⁹⁴

Im gesamten politischen Parteienspektrum wurde Sozialpolitik um die Jahrhundertwende zu einem wichtigen Thema. Die Begründungen und Lösungsansätze waren jedoch sehr unterschiedlich. Die Kirchlich-Konservativen vermuteten als Ursache für die soziale Misere den Zerfall christlicher Werte. Konsequenterweise befürworteten sie christliche Lebensführung und Nächstenliebe, aber auch patriarchalische Fürsorge. Linke Kräfte um die Sozialdemokraten, aber auch von freisinniger Seite befürworteten staatliche Interventionen zugunsten des Arbeitnehmerschutzes.⁹⁵ Knapp zwei Jahre nach der Annahme des zurechtgestutzten KUVGs brach der Erste Weltkrieg aus. Im Bereich

⁹¹ o.V.: Geschichte der Sozialen Sicherheit. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), 12.2014, <<https://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/institutionen/bundesaemter/bundesaamt-fuer-sozialversicherungen-bsv/>>, Stand: 28.05.2018.

⁹² Möckli: Den schweizerischen Sozialstaat verstehen, 2012, S. 25.

⁹³ Maurer: Landesbericht Schweiz, 1981, S. 762.

⁹⁴ Jost, Hans Ulrich: Sozialwissenschaften und Staat im 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: Honegger, Claudia; Jost, Hans Ulrich; Burren, Susanne u. a. (Hg.): Konkurrierende Deutungen des Sozialen. Geschichts-, Sozial- und Wirtschaftswissenschaften im Spannungsfeld von Politik und Wissenschaft, Zürich 2007, S. 43–80, S. 53.

⁹⁵ Möckli: Den schweizerischen Sozialstaat verstehen, 2012, S. 26.

Sozialpolitik erwies sich dann vor allem der Landesstreik von 1918 als Zäsur. Der Generalstreik bildete den Höhepunkt heftiger sozialer Auseinandersetzungen und demonstrierte die neue Macht der Gewerkschaften. Diese wurden als Folge des Streiks von Arbeitgeberverbänden zunehmend als Verhandlungspartner akzeptiert; auch die Bundesbehörden, darunter vor allem das für Wirtschafts- und Sozialpolitik zuständige Volkswirtschaftsdepartement, zogen Vertreter der Gewerkschaften vermehrt in ihre Entscheidungsprozesse mit ein.⁹⁶ In Anlehnung an die Forderungen der organisierten Arbeiterschaft wurden in darauffolgenden Jahren die 48-Stundenwoche – eines der Hauptanliegen der Gewerkschaften – und das Proporzwahlrecht im Nationalrat eingeführt, was dazu führte, dass sich die Anzahl Sitze der SPS im Nationalrat mehr als verdoppelte.⁹⁷ Bereits 1919 war zudem die Einführung einer Invaliden-, Alters- und Hinterlassenenversicherung zum Thema geworden. Der Bundesrat schlug dem Parlament eine entsprechende Verfassungsgrundlage vor, deren Umsetzung aber infolge der Stabilisierung der politischen Lage in der Zwischenkriegszeit ins Stocken geriet und schliesslich zugunsten eines stufenweisen Ausbaus der Sozialversicherungen auf Eis gelegt wurde.⁹⁸ Ebenfalls 1919 unterzeichnete die Schweiz die Washingtoner Konvention, im Rahmen derer zum ersten Mal die Mutterschaftsversicherung thematisiert wurde, aber erst fast ein Jahrhundert später, im Jahr 2004, eingeführt werden sollte.⁹⁹ Nachdem 1924 noch das Bundesgesetz über die Beitragsleistung an die Arbeitslosenkassen verabschiedet und 1925 die Volksabstimmung zum Verfassungsartikel der Bundesverfassung betreffend die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die spätere Einführung der Invalidenversicherung angenommen worden waren, ruhte der sozialpolitische Fortschritt in der Schweiz für über ein Jahrzehnt, wie Max Weber, späterer Bundesrat in den 1950er-Jahren, in der Gewerkschaftlichen Rundschau 1936 beklagte.¹⁰⁰

2.2.2 Ausbau nach dem zweiten Weltkrieg

Um erneute Ausschreitungen infolge sozialer Spannungen wie im ersten Weltkrieg zu verhindern, führte der Bundesrat zu Beginn des zweiten Weltkriegs im Rahmen des Vollmachtenregimes im Jahr 1939 eine Lohnersatzordnung LEO für Aktivdienstleistenden ein, welche durch Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Bund und Kantone finanziert wurde. In den Folgejahren wurde die LEO auf Selbständigerwerbende, Landwirte und Studierende ausgeweitet und in Lohn- und Verdienstersatzordnung LVEO umbenannt.¹⁰¹ Mit der Einführung der LEO resp. LVEO wurde eine weitere grosse Lücke im Sozialversicherungssystem geschlossen. Trotz des seit 1925 bestehenden Verfassungsartikels

⁹⁶ Degen: Zwischen Staat, Wirtschaft und Privatsphäre, 2010, S. 141.

⁹⁷ Degen: Entstehung und Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates, 2006, S. 29.

⁹⁸ Germann: Integration durch Arbeit, 2010, S. 154.

⁹⁹ Studer: Soziale Sicherheit für alle? Das Projekt, 1998, S. 173.

¹⁰⁰ Weber, Max: Die Sozialpolitik der Schweiz in der Krise, in: Gewerkschaftliche Rundschau für die Schweiz : Monatschrift des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes 28 (7), 1936, S. 229–234, S. 229.

¹⁰¹ Degen, Bernhard: Erwerbstersatzordnung (EO), in: Historisches Lexikon der Schweiz Online: <<http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D16610.php>>, Stand: 27.05.2018.

fehlten aber weiterhin staatliche Versicherungen, welche die Risiken Alter, Tod und Invalidität abdeckten. Die Einführung der LEO resp. LVEO hatte zu einer äusserst positiven Resonanz in der Bevölkerung geführt. Der Schweizerische Gewerkschaftsbund erkannte die wohlwollende Stimmung gegenüber Sozialversicherungen und forderte 1940 die baldige Einführung der Alters- und Hinterlassenenversicherung AHV. Von 1941 bis 1943 wurden verschiedene Standesinitiativen eingereicht, dazu kamen verschiedene parlamentarische Vorstösse sowie Aktivitäten von Verbänden, Parteien und Einzelpersonen. Bis 1942 wurden zudem über 180'000 Unterschriften gesammelt, dank derer eine Volksinitiative zustande kam. Diese verlangte, die für die LVEO zuständigen Ausgleichskassen nach dem Schluss des Aktivdienstes in eine AHV umzuwandeln. Das Initiativkomitee setzte sich aus einer breiten Allianz von Arbeitnehmerverbänden und dem Gewerkschaftsbund zusammen. Arbeitgeberorganisationen sowie Vertreter aus dem bäuerlichen und dem katholisch-konservativen Spektrum fehlten jedoch. 1944 setzte der Bundesrat eine Expertenkommission ein, welche bereits 1945 einen Bericht vorlegte. Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs wurde zudem eine Übergangsverordnung notwendig, welche die Ausrichtung provisorischer Renten erlaubte. 1946 verabschiedeten Parlament und Bundesrat einen Gesetzesentwurf, welcher auf breite Zustimmung stiess. Ein Referendum, welches 1947 von Unternehmern und katholisch-konservativen Kräften ergriffen worden war, scheiterte. Daraufhin trat per 1. Januar 1948 das neue AHV-Gesetz in Kraft.¹⁰² Parallel zu den Vorstössen in Richtung der Einführung einer AHV entstand in Grossbritannien der Beveridge-Bericht. In der Schweizer Medienlandschaft wurde der Beveridge-Bericht intensiv rezipiert. Die Pro- und Kontrastimmen deckten ein erstaunlich breites Spektrum ab; Beveridges Plan wurde von einigen als zu kapitalistisch, von anderen als zu revolutionär eingeschätzt. Andere Stimmen wiederum lehnten die Vorschläge schlichtweg als unschweizerisch ab.¹⁰³ In der Politik wurde der Bericht zwar vom sozialdemokratischen Nationalrat Willy Spühler in einer Motion aufgegriffen. Diese hatte aber genauso wie die kontroversen Positionen in den Zeitungen keine sozialpolitischen Auswirkungen.¹⁰⁴ So wurde der Bericht in der Verwaltung zwar durchaus erörtert, erschien aber ungeeignet als Modell für die schweizerische Sozialpolitik.¹⁰⁵ Generell schien die Schweiz gegenüber internationalen und transnationalen Entwicklungen teilweise eher skeptisch eingestellt zu sein. Zwar ratifizierte sie als Gründungsmitglied der IAO vor allem in den ersten Jahrzehnten nach

¹⁰² Degen: Entstehung und Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates, 2006, S. 34.

¹⁰³ ebd., S. 33.

¹⁰⁴ Monachon, Jean-Jacques: Le plan Beveridge et les débats sur la sécurité sociale en Suisse entre 1942 et 1945, in: Gilomen, Hans-Jörg (Hg.): Von der Barmherzigkeit zur Sozialversicherung. Umbrüche und Kontinuitäten vom Spätmittelalter bis zum 20. Jahrhundert : ruptures et continuités du Moyen Age au XXe siècle, 2002 (Schweizerische Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte Bd. 18 18 0133577), S. 321–329, S. 327.

¹⁰⁵ Leimgruber, Matthieu; Lengwiler, Martin: Transformationen des Sozialstaats im Zweiten Weltkrieg. Die Schweiz im internationalen Vergleich, in: Leimgruber, Matthieu; Lengwiler, Martin (Hg.): Umbruch an der "inneren Front". Krieg und Sozialpolitik in der Schweiz, 1938 - 1948, Zürich 2008, S. 9–45, S. 22.

der Gründung im Jahr 1919 verschiedene Abkommen der in Genf ansässigen Organisation.¹⁰⁶ Auffällig ist aber die später zurückhaltende Entwicklung, welche dazu führte dass die Schweiz bis Ende 1974 nur gerade 34 von insgesamt 138 IAO-Konventionen unterzeichnet hatte, welche zudem oftmals nicht einmal eine Gesetzesänderung verlangten. Brigitte Studer führt dies auf «eine zunehmende diskursive Abgrenzung vom Ausland seit den 1930er Jahren, die strukturellen Reformbremsen des politischen Systems und die politischen Mehrheitsverhältnisse» zurück, welche die Übernahme internationaler Standards in der Schweiz verhindert hätten. Konträr dazu sieht sie die intensive Beteiligung von akademischen, politischen und in der Verwaltung tätigen Schweizer Vertretern in transnationalen Expertenmilieus wie beispielsweise der IVSS.¹⁰⁷ Dies weist darauf hin, dass das Thema Sozialversicherungen offenbar auf unterschiedlichen Ebenen verhandelt wurde. Dem trägen nationalen politischen System standen flexible international orientierte Expertengruppen gegenüber, welche die nationenübergreifenden Entwicklungen eng mitverfolgten und mitgestalteten.¹⁰⁸

In der Boomperiode der Nachkriegszeit bauten alle westeuropäischen Staaten den öffentlichen Sektor massiv aus. Im Vergleich zu Ländern wie Grossbritannien, Frankreich oder der BRD bewegte sich die Schweiz jedoch stets auf einem relativ tiefen Niveau.¹⁰⁹ Ein Grund dafür lag in der Verteilung zwischen öffentlichen und privaten Versicherungsträgern, welche in der Schweiz prominenter waren als in anderen westeuropäischen Ländern. So standen den verhältnismässig sehr tiefen obligatorischen Sozialversicherungsabzügen hohe freiwillige Beiträge an betriebsinterne Institutionen wie z.B. freiwilligen Versicherungen gegenüber. Jene segmentierte Koexistenz von öffentlichen und privaten Trägern blieb trotz der Einführung von staatlichen Sozialversicherungen wie AHV und IV noch jahrzehntelang bestehen.¹¹⁰ Als gutes Beispiel für die Wichtigkeit von privaten Versicherungen dienen die betrieblichen Pensionskassen, welche nach dem Zweiten Weltkrieg einen starken Boom erlebten. Im Vergleich zu staatlichen Versicherungen hatten sie aber den gewichtigen Nachteil, dass sie nicht in allen Branchen existierten. Weibliche Angestellte wurden zudem stark benachteiligt und mussten im Fall einer Heirat oftmals sogar aus der Kasse austreten. Auch wechselnde Anstellungsverhältnisse waren infolge mangelhafter Freizügigkeitsregelungen äusserst problematisch. Erst 1985 wurde die berufliche Vorsorge obligatorisch.¹¹¹ Im Bereich der Arbeitslo-

¹⁰⁶ Degen: Entstehung und Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates, 2006, S. 29–30.

¹⁰⁷ Studer: Ökonomien der sozialen Sicherheit, 2012, S. 937–938.

¹⁰⁸ Leimgruber: Solidarity without the state? Business and, 2008, S. 216 f.

¹⁰⁹ Hockerts: Vom Problemlöser zum Problemerzeuger?, 2007, S. 9.

¹¹⁰ Leimgruber: Solidarity without the state? Business and, 2008, S. 200.

¹¹¹ Studer: Ökonomien der sozialen Sicherheit, 2012, S. 948.

senversicherung entstand ebenfalls erst relativ spät – im Jahr 1976 – eine nationale Versicherungspflicht.¹¹² Immer wieder aufs Tapet kam zudem der Ausbau der sehr bescheidenen AHV-Renten. Zwischen 1958 und 1970 kamen sagenhafte acht Volksinitiativen zustande, welche den Ausbau der Altersvorsorge forderten. Mit der achten Revision der AHV erfolgte zwischen 1971 und 1973 eine Steigerung der Maximalrenten von 220 auf 400 Franken.¹¹³ Die Ermöglichung der Rentenerhöhung war u.a. den Arbeitsmigranten mit Saisonierstatus zu verdanken, welche zu den grossen Nettofinanzierern sozialstaatlicher Leistungen gehörten und den Ausbau der AHV in jener Phase indirekt mitermöglichten.¹¹⁴

Auf den letzten Seiten konnte gezeigt werden, dass in der Schweiz – massgeblich beeinflusst von internationalen Entwicklungen – ein durchaus kontinuierlicher Ausbau des Sozialstaats vollzogen worden ist. Das direktdemokratische System verhinderte jedoch radikalere Lösungen, welche eine Beschleunigung der sozialstaatlichen Weiterentwicklungen ermöglicht hätten. Lächer im bundesstaatlichen System wurden oftmals durch einzelne kantonale sowie betrieblich-private Angebote gestopft, welche den Nachteil hatten, gewisse Bevölkerungsschichten von vornherein auszuschliessen. Eine besonders grosse Lücke klaffte aber im Bereich der Invalidität, welche 1960 letztlich geschlossen werden konnte.

2.3 Die Einführung der Eidgenössischen Invalidenversicherung

2.3.1 Zähe Vorgeschichte

Bereits in den 1880er-Jahren war in der Schweiz die Forderung nach einer Invalidenversicherung erstmals aufgekommen. Zwar wurden Invaliditätsrisiken mit der Einführung anderer Sozialversicherungen wie der Unfallversicherung, der Militärversicherung oder später den Pensionskassen in den darauffolgenden Jahrzehnten teilweise abgedeckt. Ein grosser Teil der Schweizer Bevölkerung war aber keiner der genannten Versicherungen angeschlossen, somit allfälligen Invaliditätsrisiken ungeschützt ausgesetzt und befand sich im Fall einer Invalidität auf direktem Weg in die Armenfürsorge.¹¹⁵ Eine Ausnahme bildete der Kanton Glarus. Die stark verbreitete Textilindustrie führte im Vergleich zu anderen Kantonen zu einer Überrepräsentation von Arbeiterorganisationen, welche ihrerseits die Initiative für die Einführung einer kantonalen Alters- und Invalidenversicherung

¹¹² Lengwiler: Risikopolitik im Sozialstaat, 2006, S. 26.

¹¹³ Degen: Entstehung und Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates, 2006, S. 36–37.

¹¹⁴ Tanner: Geschichte der Schweiz im 20. Jahrhundert, 2015, S. 340.

¹¹⁵ Germann: Integration durch Arbeit, 2010, S. 153–154.

ergriffen. 1916 stimmte die Landsgemeinde für ein kantonales Alters- und Invalidenversicherungsgesetz, 1918 trat damit erstmals eine kantonale Alters- und Invalidenversicherung in Kraft. In den 1950er Jahren folgten die Kantone Genf, Solothurn, Basel-Stadt und Zürich.¹¹⁶

Auf eidgenössischer Ebene wurde die Invalidenversicherung wie bereits erwähnt infolge des Landesgeneralstreiks zusammen mit einer Alters- und Hinterlassenenversicherung 1919 erstmals zum Thema. Nachdem der Bundesrat der Bundesversammlung eine entsprechende Botschaft vorgelegt hatte, wich er 1924 aber wieder von seiner ursprünglichen Planung ab. Der 1925 von Volk und Ständen angenommene Artikel 34quater der Bundesverfassung erteilte dem Bund die Befugnis eine AHV einzuführen und verschob die Einführung einer IV auf einen späteren Zeitpunkt.¹¹⁷ Er enthielt zudem bereits Bestimmungen zur Finanzierung. Die Beiträge der Kantone und des Bundes sollten auf maximal die Hälfte des Gesamtbedarfes der neuen Sozialversicherungen beschränkt werden. Die andere Hälfte der Finanzierung sollte durch neu eingeführte Tabak- und Alkoholsteuern sowie durch Beiträge der Versicherten gewährleistet werden.¹¹⁸ Als Grund für den Aufschub und die vergleichsweise sehr späte Einführung einer Invalidenversicherung in der Schweiz macht Virginie Fracheboud die fehlende Sichtbarkeit der Invaliden in der Schweiz der Zwischenkriegszeit aus. Im Gegensatz zum Ausland hatte die Schweiz keine Kriegsinvaliden zu beklagen, weshalb die Behörden Invalidität als nicht besonders dringliches Problem erachteten, resp. auf bereits bestehende Versicherungen verwiesen. Das mangelnde Interesse zeigte sich auch darin, dass in der Schweiz erst sehr spät eine Invalidenstatistik erhoben wurde. Bei den eidgenössischen Volkszählungen von 1930 und 1941 beispielweise wurde lediglich nach der Zahl der Blinden und der Taubstummen im Haushalt gefragt, nicht aber nach Behinderten, welche unter einer anderen Form von Beeinträchtigung litten.¹¹⁹ Um das fehlende Engagement der Behörden zu kompensieren sprangen wie so oft in der Schweizer Sozialversicherungsgeschichte Private in die Bresche. 1920 entstand auf Initiative von Vertretern aus den Bereichen Sonderschule, Gehörlosen- und Blindenwesen die Schweizerische Vereinigung für Anormale SVfA, welche ab 1935 als Pro Infirmis auftrat. Das Ziel der SVfA, welche seit 1923 Subventionen des Bundes erhielt, war es, die Funktion eines Dachverbandes zu übernehmen und damit Bestrebungen einzelner Vereine und Institutionen, die sich für geistig und körperlich Behinderte einsetzten, zu kanalisieren.¹²⁰ Sie führte zudem 1928 erstmals eine Umfrage

¹¹⁶ Ochsner, Gertrud: Invalidenfürsorge und Invalidenversicherung in der Schweiz, Zürich 1954, S. 53.

¹¹⁷ Canonica: Missbrauch und Reform, 2012, S. 26.

¹¹⁸ Maurer: Landesbericht Schweiz, 1981, S. 793.

¹¹⁹ Fracheboud: L'introduction de l'assurance invalidité, 2015, S. 25.

¹²⁰ Bertels, Eric: Die schweizerische Behindertengleichstellung. Entstehung, Entwicklung, Auswirkung, Basel 2016¹, 51 f.

zur Anzahl der Invaliden in der Schweiz durch, welche sie schliesslich auf knapp 5% der Gesamtbevölkerung schätzte, wobei die Hochrechnung sämtliche Invaliditätsgrade und Altersgruppen einschloss. Die erste offizielle Bundesstatistik der Invaliden wurde erst 1955 im Zuge der Vorarbeiten für die Einführung der IV durchgeführt.¹²¹

Auf die Schweizerische Vereinigung für Anormale folgten weitere Akteure zur Vertretung der Invaliden. 1930 wurde der Schweizerische Invalidenverband im Sinne einer Selbsthilfeorganisation gegründet. Dessen Ziel war es, Behinderte aus ihrer Isolation zu befreien und ihnen gesellschaftliche Teilhabe wie auch Unterstützung bei sozialen Problemen zu bieten. Zuoberst auf der Traktandenliste stand aber die Einführung einer eidgenössischen Invalidenversicherung. Neben dem Schweizerischen Invalidenverband existierten verschiedene kantonale Behindertenselbsthilfeorganisationen, wobei kaum ein gegenseitiger Austausch stattfand. Aus diesem Grund besaßen sie neben Dachverbänden wie Pro Infirmis gesamtschweizerisch betrachtet kaum Gewicht. Eine Zusammenarbeit der kleineren Selbsthilfeorganisationen wurde erst 1950 aufgenommen. Ein Jahr später gründeten sie die Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Kranken- und Invaliden-Selbsthilfe-Organisationen ASKIO, deren Hauptanliegen neben dem Ausbau von Hilfe und Schutz für Kranke und Behinderte ebenfalls von Beginn weg die zeitnahe Schaffung einer eidgenössischen Invalidenversicherung war.¹²² Im selben Jahr wurde eine weitere Behindertenorganisation gegründet, welche sich explizit die berufliche Eingliederung von Menschen mit Behinderungen auf die Fahne schrieb: Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter in die Volkswirtschaft, abgekürzt SAEB. Angelehnt an positive Erfahrungen mit Kriegsverletzten im Ausland nach dem zweiten Weltkrieg und bestärkt durch die anhaltend gute Konjunktur wurde die Eingliederung in der Schweiz um 1950 zunehmend zum Mittel der ersten Wahl im Umgang mit Behinderten. In der SAEB schlossen sich Fachorganisationen der Behindertenhilfe mit Wirtschaftskreisen und Amtsstellen zusammen. Die Aufgabe der neuen Dachorganisation war die Koordination aller Gruppen, welche sich mit Eingliederungsfragen beschäftigten. 1952 erhielt die SAEB erstmals Bundesbeiträge.¹²³

In der Expertenkommission, welche die Einführung der AHV vorbereitete, wurde 1944 auch die zeitgleiche Einführung einer Invalidenversicherung diskutiert. Um die Abstimmung über die AHV,

¹²¹ Fracheboud: L'introduction de l'assurance invalidité, 2015, S. 26.

¹²² Bertels: Die schweizerische Behindertengleichstellung, 2016, S. 51 ff.

¹²³ ebd., S. 53.

die als absolute Priorität galt, nicht zu gefährden, verwarf die Expertenkommission aber diese Option sogleich wieder.¹²⁴ Ab diesem Zeitpunkt blieb die Invalidenversicherung bis zu ihrer Einführung jedoch als permanenter Diskussionspunkt auf der politischen Agenda bestehen. Zahlreiche Postulate, welche den Bundesrat aufforderten, die Einführung einer Invalidenversicherung endlich in die Hand zu nehmen, scheiterten zwischen 1945 und 1950 aber schon an den Abstimmungen im Nationalrat.¹²⁵ Ein Postulat von Nationalrat Ernst Jakob aus dem Jahr 1949 lehnte der Bundesrat zwar nicht explizit ab, betonte aber die 1947 festgelegte Priorisierung des Ausbaus der Krankenversicherung und die Einführung einer Mutterschaftsversicherung.¹²⁶

2.3.2 Politisches Umdenken und rasche Einführung

Die politischen Vorstösse widerspiegelten den seit der Mitte der 1940er Jahre anhaltenden Eingliederungsboom und transportierten somit die Überzeugung, dass die Aufgabe einer Invalidenversicherung primär im Bereich der beruflichen Eingliederung liegen sollte. Dieser Fokus versprach nicht nur finanzielle Einsparungen, sondern auch die Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe für behinderte Personen. Erst in einem zweiten Schritt, bei erwiesener Erwerbsunfähigkeit, sollten Renten zugesprochen werden.¹²⁷ Nichtsdestotrotz weigerten sich die Bundesbehörden weiterhin beharrlich, sich mit der Einführung einer Invalidenversicherung zu beschäftigen. Der Wendepunkt kam erst im Jahr 1955. Nachdem im Februar 1954 beschlossen worden war, dass chronisch Kranke im vorgesehenen revidierten Krankenversicherungsgesetz nicht berücksichtigt werden sollten, reichte Walter Stünzi, SP-Nationalrat und Sozialvorsteher der Stadt Thun, im März ein von 33 linken Parlamentariern unterschriebenes Postulat ein, welches die sofortige Aufnahme von Studien zur möglichen Finanzierung und Institutionalisierung einer Invalidenversicherung forderte. Trotz der Ablehnung des Postulats im September 1954 beharrte Stünzi auf seinem Standpunkt, wobei er von seiner Partei unterstützt wurde, die infolge der guten Wirtschaftslage auf ihrem traditionellen Gebiet in den vorangegangenen Jahren etwas an Terrain und damit an Stimmen verloren hatte.¹²⁸ Der SP bot das Thema Invalidenversicherung daher eine willkommene Möglichkeit um sich zu profilieren. Als Folge der Ablehnung des Postulats Stünzi durch den Bundesrat beschloss die Partei, eine Volksinitiative zu lancieren, welche im Februar 1955 zustande kam. Der SP etwas zuvorgekommen war die Partei der Arbeit PdA, welche bereits einen Monat vor der SP beschlossen hatte, eine Volksinitiative für die Einführung einer Invalidenversicherung zu lancieren. Eingereicht wurde die

¹²⁴ Fracheboud: *L'introduction de l'assurance invalidité*, 2015, S. 38.

¹²⁵ Ochsner: *Invalidenfürsorge und Invalidenversicherung in der Schweiz*, 1954, S. 51 f.

¹²⁶ Fracheboud: *L'introduction de l'assurance invalidité*, 2015, S. 45.

¹²⁷ Canonica: *Missbrauch und Reform*, 2012, S. 26–27.

¹²⁸ Fracheboud: *L'introduction de l'assurance invalidité*, 2015, S. 73.

zweite Initiative aber erst sieben Woche nach derjenigen der SP.¹²⁹ Die aufgrund der antikommunistischen Stimmung im Land marginalisierte PdA erhoffte sich neben dem Engagement für die Invaliden mit einem Abstimmungserfolg die Gunst der Wähler zurückzugewinnen.¹³⁰ Beide Initiativen sahen die Ausrichtung einer existenzsichernden Minimalrente vor. Im Gegensatz zur Initiative der PdA nahm die Initiative der SP aber die Eingliederung als zentrales Element in den Gesetzestext auf.¹³¹ Während der Wirtschaftsminister Rodolphe Rubattel noch im September 1954 in Namen des Bundesrates die Realisierung einer Invalidenversicherung aus finanziellen Gründen ausgeschlossen hatte, präsentierte das für die IV zuständige Bundesamt für Sozialversicherung bereits im Januar 1955 einen Finanzierungsplan für die neue Versicherung, der sich auf den bestehenden AHV-Fonds stützte und weder zusätzliche Versicherungsbeiträge noch Bundesbeiträge vorsah. Dieser gab dem BSV und dem Eidgenössischen Departement des Innern EDI den entscheidenden Anstoss, den Bundesrat zu bitten, Arbeiten für die Einführung der IV aufzunehmen. Als Hauptgrund für den starken Meinungsumschwung im Bundesrat sieht Virginie Fracheboud aber die Forderung existenzsichernder Versicherungsleistungen in den eingereichten Volksinitiativen, welche die im Art. 34^{quater} der Bundesverfassung vorgesehenen Leistungen bei weitem überstiegen. Ein Gegenprojekt bot die Chance, eine minimalistischere und damit kostengünstigere Invalidenversicherung einzuführen.¹³²

Die schweizerische Betonung der Eingliederung in Zusammenhang mit der Invalidenversicherung entsprach internationalen Bestrebungen. In einem Bericht von 1956 weist die IVSS auf Tagungen der IAO von 1954 und 1955 hin, in deren Rahmen die berufliche Schulung und Umschulung von Invaliden diskutiert worden waren. In der zweiten Tagung von 1955 beschloss die Internationale Arbeitskonferenz die Annahme einer Empfehlung, welche das Recht jedes Invaliden auf berufliche Schulung und Umschulung enthielt. Die Empfehlung lautete unabhängig von Ursprung und Art der Invalidität sowie Alter der invaliden Person, einzig die voraussichtliche Realisierbarkeit der Wiederaufnahme einer angemessenen Beschäftigung war ein Kriterium. Die Empfehlung enthielt zudem weitere Details in Bezug auf Grundsätze und Methoden der mit der Eingliederung zusammenhängenden Prozesse wie Berufsberatung oder Arbeitsvermittlung, Sonderbestimmungen für Kinder und Jugendliche etc.¹³³ Im selben Bericht nahm die IVSS zudem zur Kenntnis, dass in der Schweiz mit Vorarbeiten für die Einführung einer Invalidenversicherung begonnen worden sei.¹³⁴ In der Tat

¹²⁹ Degen: Entstehung und Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates, 2006, S. 35.

¹³⁰ Fracheboud: L'introduction de l'assurance invalidité, 2015, S. 75.

¹³¹ ebd., S. 76.

¹³² ebd., S. 85 ff.

¹³³ Internationale Vereinigung für soziale Sicherheit (Hg.): Die Entwicklung der Sozialen Sicherheit in jüngster Zeit (1953-1955), Genf 1956, S. 29-30.

¹³⁴ ebd., S. 114.

war dies ein erwähnenswertes Ereignis, hinkte die Schweiz doch dem Ausland in dieser Sache Jahrzehnte hinterher. Zu diesem Schluss kam auch der Bundesrat im Juli 1955:

« [...] Das Fehlen der IV wird daher mit Recht als die grösste sozialpolitische Lücke der schweizerischen Gesetzgebung bezeichnet. Diese Lücke macht sich auch immer wieder in den Verhandlungen mit andern Staaten über den Abschluss von Gegenseitigkeitsabkommen auf dem Gebiete der Sozialversicherung bemerkbar. [...] Das Fehlen einer schweizerischen IV wirkte sich verständlicherweise nachteilig auf die schweizerische Verhandlungsposition aus. Invalidenversicherungen finden sich aber auch in den andern Staaten, mit denen die Schweiz möglicherweise noch Sozialversicherungsabkommen abschliessen wird [...].»¹³⁵

Die grundlegenden Rahmenbedingungen der neuen Sozialversicherung legte der Bundesrat bereits zu einem frühen Zeitpunkt fest. Die vom Bundesrat eingesetzte Expertenkommission und das Parlament nahmen nur noch einzelne Feinjustierungen vor. Im Zentrum der Invalidenversicherung stand das Versicherungsobligatorium für die gesamte Bevölkerung. Die Invalidenversicherung sollte körperlich und geistig Invalide einschliessen, deren Erwerbsfähigkeit aufgrund ihres Gebrechens eingeschränkt war. Die Leistungen der Versicherungen umfassten medizinische Massnahmen, Massnahmen zur beruflichen Eingliederung, Renten sowie Beiträge an Institutionen, wobei die vorgesehenen Eingliederungsmassnahmen eine absolute Neuheit im Schweizerischen Sozialversicherungsrecht darstellten.¹³⁶

Im Mai 1955 fasste das BSV den Beschluss, eine Expertenkommission einzusetzen. Diese sollte aus ca. 20 Mitgliedern verschiedener Organisationen bestehen. Während die Expertenkommission sich mit grundlegenden Fragen wie Begrifflichkeiten, Abgrenzungen und Finanzierungsfragen befasste, behandelten verschiedene Subkommissionen Teilfragen wie die medizinischen Massnahmen, die berufliche Eingliederung etc. Der straffe Zeitplan des BSV sah den Beginn der Expertenberatungen im September 1955 vor; der Expertenbericht sollte im März 1956 fertiggestellt werden.¹³⁷ Etwas verspätet wurde der Expertenbericht im November 1956 abgeliefert. Er diente dem Bundesrat als Grundlage für den Gesetzesentwurf, welchen er der Bundesversammlung im Oktober 1958 unterbreitete. Bereits im Juni 1959 verabschiedete die Bundesversammlung das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung. Die institutionelle Nähe zur AHV hinsichtlich Organisation, Finanzierung und Renten erleichterten den Gesetzgebungsprozess wesentlich. Da kein Referendum ergriffen worden war, konnte das Gesetz bereits auf den 1. Januar 1960 in Kraft gesetzt werden. Während in

¹³⁵ Bundesrat: Protokoll der 54. Sitzung des Schweizerischen Bundesrates, Volksbegehren für die Einführung einer Invalidenversicherung, Bericht und Antrag Nr. 1236 12.07.1955, S. 5–6.

¹³⁶ Germann: Integration durch Arbeit, 2010, S. 158.

¹³⁷ Bundesamt für Sozialversicherung - Amtsinterner Ausschuss für die IV: Beschluss-Protokoll der Sitzung vom 6. Mai 1955, Sitzungsprotokoll 06.05.1955, Teilbestand Bundesamt für Sozialversicherung (Schweizerisches Bundesarchiv), Signatur: E3340B#1987/62#695*.

einem Bundesratsbeschluss vom Oktober 1959 durch den Bundesrat noch rechtzeitig die Durchführungsorgane der IV, die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen bereitgestellt werden konnten, fehlten die Vollzugsvorschriften bei der Einführung des neuen Gesetzes noch. Diese wurden erst im März 1961 nachgereicht.¹³⁸

2.3.3 Aufbau, Finanzierung und Geldleistungen der IV

Aufgrund der engen Zusammenarbeit mit der AHV bildeten die AHV-Ausgleichskassen das Fundament der IV. Die kantonalen Ausgleichskassen, die Verbandsausgleichskassen sowie die zwei Ausgleichskassen des Bundes waren für den Beitragsbezug, den Erlass von Verfügungen und die Zuspreehung, Ablehnung und Revision von Renten und Hilflosenentschädigungen zuständig. Den kantonalen Ausgleichskassen und den Ausgleichskassen des Bundes wurden die Sekretariate der IV-Kommissionen angegliedert, welche administrative Tätigkeiten übernahmen wie die Entgegennahme von Anmeldungen für IV-Leistungen, Sitzungsvorbereitungen und die Anfertigung von Beschlüssen der IV-Kommissionen.¹³⁹ Die IV-Kommissionen, deren personelle Zusammensetzung per Gesetz vorgeschrieben war¹⁴⁰, wurden mit der Aufgabe betraut, festzustellen, ob eine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorlag. Sie klärten zunächst die Eingliederungsfähigkeit der Versicherten ab, bestimmten konkrete vorzunehmende Eingliederungsmassnahmen und legten u.a. den Invaliditätsgrad fest. Sie erliessen keine Verfügungen, sondern leiteten ihre Beschlüsse zu diesem Zweck an die AHV-Ausgleichskassen weiter.¹⁴¹ Die IV-Regionalstellen waren nicht kantonal, sondern überregional – nach Wirtschaftsgebieten – organisiert. Der Grund dafür lag in den vermuteten Vorteilen für die berufliche Eingliederung durch Zugriff auf eine grössere Anzahl an Betrieben und Stellen. Regionalstellen wurden durch Kantone und gemeinnützige Organisationen errichtet. Ihre Hauptaufgabe lag in der Abklärung der beruflichen Eingliederungsfähigkeit und der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen. Sie nahmen Berufsberatung und Arbeitsvermittlung vor, ausserdem führten sie Register mit freien Arbeits- und Umschulungsplätzen. Sie arbeiteten eng mit der öffentlichen und privaten Invalidenhilfe zusammen. Im Gegensatz zu den Ausgleichskassen und den IV-Kommissionen verfügten sie aber über keinerlei rechtliche Entscheidungsbefugnisse.¹⁴²

Die Finanzierung der IV erfolgte je zur Hälfte über Beiträge der öffentlichen Hand und über Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge. Letztere betrug 1960 je 0.4 Prozent der Löhne. Zwar lief die IV-Finanzierung über den AHV-Fonds. Die Einnahmen und Ausgaben wurden aber separat erfasst

¹³⁸ Maurer: Landesbericht Schweiz, 1981, S. 814.

¹³⁹ Grancher, Albert: Leitfaden der Invalidenversicherung, Bern 1962, S. 27 f.

¹⁴⁰ IV-Kommissionen setzten sich aus «einem Arzt, einem Fachmann für die Eingliederung, einem Fachmann für Fragen des Arbeitsmarktes und der Berufsbildung, einem Fürsorger und einem Juristen» zusammen. Mindestens ein Mitglied der Kommission musste weiblichen Geschlechts sein. ebd., S. 30–31.

¹⁴¹ ebd., S. 30 f.

¹⁴² ebd., S. 34 f.

und die Finanzierung der IV hatte eigenständig zu erfolgen; eine gegenseitige Quersubventionierung der beiden Versicherungen war nicht vorgesehen.¹⁴³ Die von verschiedenen Seiten geforderte Finanzierung der IV via Steuern hatte sich nicht durchsetzen können. Das Resultat der Finanzierung über Beiträge von Bund und Kantonen sowie Arbeitgebern und Arbeitnehmern hingegen fand einen breiten Konsens und entsprach dem Wunsch bürgerlicher Parteien und Arbeitnehmerorganisationen einer möglichst geringen Steuerbelastung. Diese Entscheidung, welche auch für die EO-Beiträge übernommen wurde, konsolidierte laut Mathieu Leimgruber das heute noch gültige Bild der Schweiz als Land mit tiefen Steuerbelastungen und vergleichsweise eher tieferen Sozialausgaben.¹⁴⁴

Einen potenziell grossen Ausgabeposten stellten wie in jeder Sozialversicherung die ausbezahlten Geldleistungen aus. Die IV-Renten war jedoch an die AHV gekoppelt, weshalb die maximalen IV-Renten den bescheidenen AHV-Renten entsprachen. Das Ziel der Renten bestand gemäss dem BSV und dem Bundesrat denn auch nicht darin, den Lebensunterhalt zu decken; es handelte sich lediglich um sogenannte Basisrenten, welche von weiteren Sozialversicherungen und Privatversicherungen ergänzt werden sollten. Die IV-Renten wurden bei der Einführung so tief angesetzt, dass sie nur 20-30% des Einkommens vor dem Eintreten der Invalidität abdeckten; die IAO empfahl ein Minimum von 40%. Die Höhe der ordentlichen Renten betrug je nach Rentenart zwischen 1150 und 2400 Franken pro Jahr. Die ausserordentlichen Renten, welche an Invalide ausbezahlt wurden, die vor ihrer Volljährigkeit invalid geworden waren und deshalb nie Versicherungsbeiträge einbezahlt hatten, fielen noch geringer aus. Ebenfalls tiefer waren Renten für invalide, verheiratete Ehefrauen¹⁴⁵: Sie erhielten nur 900 Franken Rente pro Jahr.¹⁴⁶ Da sämtliche IV-Renten nicht existenzsichernd waren, wurden 1965 die zunächst als Übergangslösung gedachten Ergänzungsleistungen EL eingeführt. Bereits 1967 erhielt ein Sechstel aller Rentenbeziehenden EL.¹⁴⁷ Da der Anspruch

¹⁴³ ebd., S. 18 f.

¹⁴⁴ Leimgruber: *Solidarity without the state? Business and*, 2008, S. 198–199.

¹⁴⁵ Bezüglich der Ungleichstellung der Frauen in der Invalidenversicherung siehe auch: Hauser, Mathild: *Die Rechtstellung der Frau in der Invalidenversicherung*, in: Schweizerischer Verband der Akademierinnen (Hg.): *Die Stellung der Frau in der Schweizerischen Sozialversicherung. Alters- und Hinterlassenenversicherung, Invalidenversicherung, Krankenversicherung, Obligatorische Unfallversicherung, Berufliche Vorsorge*, Bern 1975, S. 33–56; Thalmann-Anten, Helene: *Einige Gedanken zur Stellung der Frau in der beruflichen Alters-, Invaliden-, und Hinterbliebenenvorsorge*, in: Schweizerischer Verband der Akademierinnen (Hg.): *Die Stellung der Frau in der Schweizerischen Sozialversicherung. Alters- und Hinterlassenenversicherung, Invalidenversicherung, Krankenversicherung, Obligatorische Unfallversicherung, Berufliche Vorsorge*, Bern 1975, S. 87–94; Luchsinger, Christine: *Solidarität, Selbständigkeit, Bedürftigkeit. Der schwierige Weg zu einer Gleichberechtigung der Geschlechter in der AHV ; 1939 - 1980*, Zürich 1995.

¹⁴⁶ Fracheboud: *L'introduction de l'assurance invalidité*, 2015, S. 119–120.

¹⁴⁷ Studer: *Ökonomien der sozialen Sicherheit*, 2012, S. 951.

auch auf Bezügerinnen und Bezüger von Teilrenten¹⁴⁸ ausgedehnt wurde, profitierten diese ebenfalls von einem existenzsichernden Einkommen.¹⁴⁹ Bei den bis heute bestehenden Ergänzungsleistungen handelt es sich um subsidiäre, durch die öffentliche Hand finanzierte Leistungen, welche am Armutsrisiko ausgerichtet sind. Sie sollen die Existenz von AHV- und IV-Rentnerinnen und -Rentnern sichern und werden anhand der Gegenüberstellung von anrechenbaren Einnahmen und anerkannten Ausgaben berechnet. Sie wurden gemäss Ralph Jöhl und Patricia Usinger-Egger «von Anfang an als staatlich garantiertes Mindesteinkommen für die AHV- und IV-Rentner konzipiert».¹⁵⁰

Neben den Renten zahlte die IV aber auch andere Arten von Geldleistungen aus. So sollten die Renten eigentlich die Ultima Ratio darstellen und kamen nur infrage, wenn eine Eingliederung nicht möglich war. Da die versicherten Personen aber bereits während einer Eingliederungsmassnahme kein Einkommen erzielten, zahlte die IV während der Massnahme Taggelder aus, welche den Lebensunterhalt der versicherten Person und ihrer Familie während der Eingliederung gewährleisten sollte. Die IV-Taggelder waren an das Taggeldsystem der Militärversicherung angelehnt und anders als die IV-Renten nicht nur vom früheren Einkommen, sondern auch von den effektiven Familienverhältnissen abhängig und damit grosszügiger bemessen.¹⁵¹ Eine weitere, jedoch vom jeweiligen Rentenbezug völlig unabhängige IV-Leistung waren die Hilflosenentschädigungen. Diese nach Grad der Hilflosigkeit abgestuften Leistungen wurden an Personen ausgerichtet, welche «für die alltäglichen Lebens- und Leibesverrichtungen» auf Hilfe von anderen Personen angewiesen waren.¹⁵² Sowohl Taggelder als auch Hilflosenentschädigungen existieren bis heute. Zusammen betrachtet bildeten IV-Renten, Ergänzungsleistungen, IV-Taggelder und Hilflosenentschädigungen ein relativ umfassendes soziales Sicherheitsnetz für invalide Personen, wobei das Fehlen einer obligatorischen Krankenversicherung ein klares Manko darstellte.

¹⁴⁸ Gemäss der zurzeit gültigen Wegleitung über Ergänzungsleistungen werden heute Teilinvaliden hypothetische Mindesteinkommen angerechnet, wenn sie keiner Erwerbstätigkeit nachgehen oder sich um eine solche bemühen, resp. das vorgegebene Mindesteinkommen nicht erreichen (davon gibt es aber Ausnahmen, z.B. Personen, welche in einer geschützten Werkstätte beschäftigt sind). Siehe dazu: Bundesamt für Sozialversicherungen: Wegleitung über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (WEL). WEL, 01.01.2018. Online: <https://www.bsvlive.admin.ch/vollzug/storage/documents/1638/1638_14_de.pdf>, Stand: 29.07.2018, S. 90–92, Rz 3424.

¹⁴⁹ Jöhl, Ralph; Usinger-Egger, Patricia: Geschichte und Wesen der Ergänzungsleistung, in: Meyer, Ulrich; Schindler, Benjamin (Hg.): Soziale Sicherheit = Sécurité sociale, Basel 2016³ (Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht), S. 1701–1716, S. 1703.

¹⁵⁰ ebd., S. 1704.

¹⁵¹ Grancher: Leitfaden der Invalidenversicherung, 1962, S. 71 f.

¹⁵² ebd., S. 91 f.

3 Die Geschichte der psychischen Krankheiten seit dem 19. Jahrhundert

Der Umgang mit psychischer Krankheit in der Invalidenversicherung basiert wesentlich auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und gesellschaftlichen Diskursen, welche ihren Anfang im 19. Jahrhundert nahmen. Sei es der Begriff der «Geisteskrankheit», die Frage ob Alkoholismus eine Krankheit ist, die Psychohygienebewegung und ihr Ziel der Eingliederung in die Gesellschaft, die Entstehung von psychiatrischen Kliniken, oder auch das negative Image von psychisch Kranken in der Öffentlichkeit: Alle diese Aspekte basieren auf Entwicklungen, welche bis etwa 1850, teilweise noch früher, zurückverfolgt werden können. Dasselbe gilt für die heute verwendeten psychiatrischen Klassifikationen, welche ebenfalls auf weit zurückliegenden Krankheitskonzepten und Entscheidungen basieren. Zunächst soll aber geklärt werden, was überhaupt eine psychische Krankheit ist.

3.1 Bedeutungsmodelle von psychischer Krankheit

Die Einschätzung, wer psychisch krank ist, hängt stark vom jeweiligen Stand der Wissenschaft und Medizin sowie von gesellschaftlichen Deutungen und Normvorstellungen ab. In der Vormoderne existierten gemäss Alexa Franke¹⁵³ metaphysische und philosophisch-spekulative Krankheitsmodelle. Während metaphysische Modelle Krankheiten auf übernatürliche Kräfte zurückführten und oftmals als Folge einer Sünde oder Übertretung verorteten, basierten philosophisch-spekulative Modelle auf geschlossenen philosophischen Wissenssystemen wie beispielsweise der Humoralpathologie. Diese wurde über beinahe 2000 Jahre rezipiert, bis sie im 17. Jahrhundert allmählich durch naturwissenschaftliche Erkenntnisse konkurrenziert und schliesslich in der Moderne von naturalistischen Modellen abgelöst wurde. Naturalistische Modelle, welche heutige Vorstellungen über Krankheiten dominieren, verstehen Krankheit als ein natürliches Phänomen, welches empirisch erfasst werden kann.¹⁵⁴ Beispiele für naturalistische Modelle sind beispielsweise das sogenannte Läsionsmodell, welches seit dem 19. Jahrhundert existiert und Ansätze wie die Keimtheorie umfasst, welche darauf basiert, dass bestimmte Mikroorganismen Krankheiten auslösen können. Das homöostatische Modell versteht den Körper als physiologisches System, das aus dem Gleichgewicht geraten und dadurch Anpassungsstörungen in Form von Krankheiten entwickeln kann. Femi Oyebode nennt im Zusammenhang mit solchen Krankheiten Bezeichnungen wie Störung, Dysfunktion oder Maladaption. Ein weiteres Modell ist die Statistik. Mit ihrer Hilfe lassen sich Normalwerte

¹⁵³ Franke bezieht sich hier auf Karl Rothsuh, siehe dazu: Rothsuh, Karl Eduard (Hg.): Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung, Darmstadt 1975 (Wege der Forschung 362).

¹⁵⁴ Franke, Alexa: Modelle von Gesundheit und Krankheit, Bern 2012³ (Programmbereich Gesundheit), S. 130–131.

festlegen, z.B. bezüglich der Höhe des Blutdrucks, der Körpergrösse oder des Körpergewichts. Aufgrund der vorhandenen Normalwerte ist eine erste Diagnose unabhängig von der persönlichen Meinung des jeweiligen Arztes möglich.¹⁵⁵ Besonders in den Fachbereichen Psychologie und Psychiatrie gilt die Statistik laut Wolfgang Vollmoeller generell als die geeignetste Methode um eine Krankheit festzustellen. Die Durchschnittsnorm oder auch «statistische Gesundheitsnorm» ermöglicht es, menschliches Verhalten am mathematischen Durchschnitt zu messen. Trotz oder gerade wegen ihres Anspruchs auf Wertfreiheit und Objektivität wird die statistische Methode jedoch häufig kritisiert, weil individuelle Eigenheiten – auch positiver Art, z.B. bei Hochintelligenz – stets am Kollektiv gemessen und bei Abweichung vorschnell pathologisiert würden. Ein weiteres Problem sieht er in der Frage, wo und wie die Grenze zur Normalität, also zur psychischen Gesundheit, gezogen wird. Dies hänge sowohl von der jeweiligen wissenschaftlichen Community als auch von gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen ab und sei somit keineswegs mit blosser Mathematik feststellbar.¹⁵⁶ Diesen Punkt greift auch Christian Scharfetter in seinem Grundlagenwerk zur allgemeinen Psychopathologie auf und weist auf die soziale Norm als dem Ausgangspunkt psychischer Krankheiten hin. Welches deviante Verhalten schliesslich als psychische Krankheit registriert wird, hänge direkt mit der beurteilenden Gesellschaft und ihren Normen zusammen.¹⁵⁷ Durch den statistischen Normbegriff bestehe die Gefahr der Gleichsetzung von abnorm und krank, also behandlungsbedürftig. Die eigentlich objektive Norm drohe damit normativ zu werden und Menschen als psychisch krank abzustempeln und aus der Gesellschaft auszgliedern.¹⁵⁸

Während die bisher genannten Modelle grundsätzlich von einem biologischen Hintergrund von Krankheit ausgehen, stellen psychosoziale, anthropologische und soziokulturelle Krankheitsmodelle – gerade in Bezug auf psychische Erkrankungen – die Interferenz von Individuum, Gesellschaft und Kultur in den Mittelpunkt.¹⁵⁹

Im Bereich der Psychiatrie entwickelte sich in seit den 1960er-Jahren zudem mit der Antipsychiatrie eine eher heterogene Gegenbewegung, welche sich auch mit Krankheitsmodellen auseinandersetzte und u.a. die vorherrschenden biologischen Modelle psychischer Krankheiten teilweise scharf kritisierte. Ein vehementer Vertreter des psychosozialen Modells ist beispielsweise Thomas Szasz, der sowohl die wissenschaftlichen als auch die moralischen Grundlagen der modernen Psychiatrie

¹⁵⁵ Oyebode, Femi: Normality and Mental Health, in: Wright, James D. (Hg.): International encyclopedia of the social & behavioral sciences, Amsterdam 2015², S. 1–4, S. 1–2.

¹⁵⁶ Vollmoeller, Wolfgang: Was heisst "psychisch krank"?, in: Peter, Konrad (Hg.): Fortschritte in Psychiatrie und Psychotherapie. Interdisziplinäre und integrative Aspekte, Vienna, s.l. 2002, S. 1–7, S. 3–4.

¹⁵⁷ Scharfetter, Christian: Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung, Stuttgart, New York 2017, S. 19.

¹⁵⁸ ebd., S. 10.

¹⁵⁹ Franke: Modelle von Gesundheit und Krankheit, 2012, S. 131.

generell in Frage stellt und damit teilweise als Vertreter der antipsychiatrischen Bewegung eingeordnet wird. Szasz geht davon aus, dass zwar durchaus körperliche Krankheiten wie beispielsweise Hirnläsionen existieren, welche Symptome auslösen können, die zur Diagnose einer psychischen Krankheit führen. Originäre Krankheiten des Geistes oder der Psyche hingegen verortet er als bloße Metaphern und bezeichnet die Tendenz, psychische Krankheiten zu biologisieren als «blinden physikalischen Reduktionismus».¹⁶⁰ Szasz wirft der Psychiatrie zudem vor, neue psychische Krankheiten zu kreieren um potenziell unerwünschte, abweichende Verhaltensweisen zu klassifizieren und damit auf unlautere Art und Weise quasi als Gesetzgeber – da psychiatrische Klassifikationen teilweise auch in der Strafjustiz massgebend sind – zu fungieren.¹⁶¹

In den letzten Jahren entstanden verschiedene neue Modelle, welche naturalistisch-biologische sowie psychosoziale und soziokulturelle Ansätze vereinen. Franke bezeichnet diese als «somatopsychische» oder «biopsychosoziale» Modelle, welche Krankheiten ganzheitlich zu erfassen versuchen.¹⁶²

3.2 Psychische Krankheiten in der Wissenschaft

3.2.1 Die Entstehung der wissenschaftlichen Psychiatrie

1800 entstand mit Philippe Pinel in Frankreich die moderne Psychiatrie. Pinel wie auch sein Nachfolger Jean Étienne Esquirol verzichteten auf Stockschläge zur Disziplinierung der Wahnsinnigen und verschafften der Psychiatrie die staatliche Anerkennung.¹⁶³ Pinel vertrat die Ansicht, dass es sich bei Symptomen geistiger Krankheit um eine einzige Krankheit mit verschiedenen Ausdrucksarten handele. Die Ausdifferenzierung in Manie, Melancholie, Demenz und Idiotie verstand er primär als Möglichkeit, die Patienten möglichst gut zu behandeln, nicht aber als Entitäten auf ontologischer Ebene. Ein ähnliches Krankheitskonzept existierte zeitgleich in Deutschland unter dem Namen *Einheitspsychose*. Jean-Pierre Falret, ein Schüler Esquirols, begründete um 1850 die Theorie, dass durch einen anatomischen resp. klinischen Ansatz natürliche Formen von psychischen Krankheiten isoliert werden könnten. Ausserdem beschrieb er erstmals das sogenannte *zirkuläre Irresein*,

¹⁶⁰ Szasz, Thomas S.; Kierdorf, Theo; Simon, Fritz B.: Geisteskrankheit - ein moderner Mythos. Grundlagen einer Theorie des persönlichen Verhaltens, Heidelberg 2013¹ (Systemische Horizonte), S. 294–295.

¹⁶¹ ebd., S. 300 ff.

¹⁶² Franke: Modelle von Gesundheit und Krankheit, 2012, S. 131.

¹⁶³ Becker, Thomas: Vom Blick auf den deformierten Menschen zum deformierten Maßstab der Beobachter. Versuch einer feldtheoretischen Genealogie des normalisierenden Beobachterhabitus in den Human- und Lebenswissenschaften, in: Waldschmidt, Anne; Schneider, Werner (Hg.): Disability studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld, Bielefeld 2007 (Disability Studies. Körper - Macht - Differenz), S. 151–173, S. 164–165.

welches lange als manische Depression und heute als bipolare Störung bezeichnet wird.¹⁶⁴ Ungefähr zur selben Zeit wie Falret wirkte Wilhelm Griesinger in Deutschland. Griesinger verstand psychische Phänomene als Ausdruck organischer Vorgänge und verortete die Psychiatrie aus diesem Grund als Naturwissenschaft. Mit dieser Ansicht war Griesinger quasi ein Urahn der heutigen biologischen Psychiatrie. Ausserdem war er einer der ersten Psychiater, welche mit dem Begriff der Depression arbeiteten. Wie später Emil Kraepelin ging Griesinger davon aus, dass die Depression der Ursprung des Wahnsinns sei, wobei er die Manie als zweite Grundform des Wahnsinns interpretierte.¹⁶⁵ Emil Kraepelin ist in mehrerlei Hinsicht eine zentrale Figur der Psychiatriegeschichte. Er gilt als Begründer der klinischen Diagnostik, wobei seine Vorgehensweise, Krankheiten anhand ihres Verlaufs zu klassifizieren, von Karl Kahlbaum stammte. Kraepelin arbeitete mit Diagnosekarten, welche er anhand seiner Patientenbeobachtungen stets aktualisierte und in einen sogenannten Diagnosekasten einordnete. Bei der Entlassung der Patienten stellte er die definitive Diagnose. Dank seiner induktiven Vorgehensweise war es ihm möglich, festzustellen, welche Diagnose falsch gewesen und aus welchen Gründen er die falsche Diagnose gestellt hatte. Sein umfassender Diagnosekatalog mit Krankheitsverläufen versetzte ihn in die Lage, bei neuen Patienten Vorhersagen über Krankheitsverlauf, Prognose und Behandlung zu stellen, was eine absolute Neuheit darstellte.¹⁶⁶ Es gelang Kraepelin schliesslich, seine klinische Forschungsmethode in der Psychiatrie als Standard durchzusetzen, was nach Schott und Tölle als seine grösste Leistung gewertet werden kann.¹⁶⁷ Sein Klassifikationssystem umfasste beispielsweise endogene Störungen wie Dementia praecox, Epilepsie oder manisch-depressives Irrsein, dann exogen-organische Ursachen wie Hirnverletzungen oder Vergiftungen, psychogene Ursachen wie Hysterie oder Paranoia, psychopathische Persönlichkeiten und geistige Behinderungen, sogenannte Oligophrenien.¹⁶⁸ Insbesondere seine Unterscheidung der Dementia praecox, später in Schizophrenie umbenannt, und der manisch-depressiven Erkrankungen war wegweisend. Generell beruhen heute gebräuchliche Klassifikationen immer noch auf Kraepelins Systematik; die moderne Diagnostik verzichtet zudem analog zu Kraepelin auf eine Ursachenforschung und stellt stattdessen Verlaufsvorhersagen ins Zentrum.¹⁶⁹ Sigmund Freud, der Begründer der Psychoanalyse, vermochte vor allem in Bezug auf die Neurose den psychischen Krankheitsbegriff nachhaltig zu beeinflussen. Freud ging davon aus, dass es sich

¹⁶⁴ Pichot, Pierre: The Concept of Psychiatric Nosology, in: Thome, Johannes; Schramme, Thomas (Hg.): Philosophy and psychiatry, Berlin, New York 2004, 84-85.

¹⁶⁵ Ingenkamp, Konstantin: Depression und Gesellschaft. Zur Erfindung einer Volkskrankheit, Bielefeld 2012, S. 111–112.

¹⁶⁶ ebd., S. 121.

¹⁶⁷ Schott, Heinz; Tölle, Rainer: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006, S. 121.

¹⁶⁸ Brückner, Burkhard: Geschichte der Psychiatrie, Bonn 2010¹ (Basiswissen 20). Online: <http://ebooks.cin-ando.com/book/index.cfm/bok_id/136130>, S. 112–113.

¹⁶⁹ Ingenkamp: Depression und Gesellschaft, 2012, S. 116 ff.

bei der Neurose nicht um eine qualitative Verschiedenheit oder eine strukturelle Andersartigkeit z.B. im Nervensystem, sondern um den Ausdruck eines dem Menschen immanenten Grundkonflikts handle.¹⁷⁰ Die Psychoanalyse war während mehreren Jahrzehnten relativ erfolgreich und entwickelte diverse Schulen. Durch den Nationalsozialismus kam es aber zu einem radikalen Bruch; die Freud'sche Psychoanalyse wurde in Deutschland und Österreich verboten, die häufig jüdischen Analytiker waren zur Emigration gezwungen, wobei sie die Psychoanalyse vor allem in den USA einführen und weiterentwickeln konnten.¹⁷¹ Zusammen mit Emil Kraepelin und Eugen Bleuler legte Sigmund Freud damit die Grundlagen der modernen Psychiatrie. Eugen Bleuler, der Leiter der Zürcher Universitätsklinik, nahm einige Impulse aus der Psychoanalyse in seiner Arbeit auf und arbeitete auch mit dem Psychoanalytiker Carl Gustav Jung zusammen, wobei er laut Burkhard Brückner «kritisch-zustimmend» blieb. 1911 benannte Bleuler das Krankheitsbild *Dementia Praecox* in «Gruppe der Schizophrenien» um. Bleuler differenzierte zwischen Grundsymptomen und weiteren, nicht obligatorischen Symptomen. Er identifizierte verschiedene Formen der Schizophrenie, welche bis heute unterschieden werden, wobei ein wichtiger Unterschied darin besteht, dass neben den bekannten Positivsymptomen wie Wahn und Halluzinationen auch Negativsymptome (Rückzugsverhalten, Unlust, Antrieb) anerkannt werden.¹⁷²

3.2.2 Psychiatrische Klassifikationsmodelle

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse wurden in Klassifikationen institutionalisiert und aufbereitet, wobei diese erst mit ihrer Verbreitung und Akzeptanz in der Scientific Community von grösserem wissenschaftlichen Nutzen waren. Erste psychiatrische Klassifikationen die bereits im 18. Jahrhundert angelehnt an Carl von Linnés Taxonomie entstanden waren.¹⁷³ Die Grundlage für die heute am weitesten verbreitete Klassifikation, der *International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death* ICD, welche auch psychische Krankheiten klassifiziert, wurde 1853 gelegt. Damals fand der 1. Internationale Kongress der statistischen Ämter in Brüssel statt. Im Zuge dieser Zusammenkunft wurde ein Verzeichnis von 139 Krankheitsgruppen anerkannt, welches zwar als internationale Klassifikation nie wirklich akzeptiert war, aber als Grundlage des späteren Internationalen Todesursachenverzeichnisses dienen sollte.¹⁷⁴ 1891 wurde im Rahmen einer Tagung des internationalen Statistiker-Kongresses in Wien das *Internationale Statistische Institut* gegründet, im Rahmen dessen ein systematisches Todesursachenverzeichnis vorgelegt wurde. An einer Tagung

¹⁷⁰ Schott, Tölle: Geschichte der Psychiatrie, 2006, S. 131–132.

¹⁷¹ ebd., S. 133.

¹⁷² Brückner: Geschichte der Psychiatrie, 2010, S. 115 f.

¹⁷³ Pichot: The Concept of Psychiatric Nosology, 2004, S. 83 f.

¹⁷⁴ Zogg, Heidi: Wandel der psychiatrischen Nosologie von 1950 bis heute. (ICD-6 bis ICD-10), Dissertation, Universität Zürich, Zürich 2007, S. 59–60.

von 1899 wurde zudem beschlossen, dass das Verzeichnis alle zehn Jahre überprüft und verbessert werden sollte, was dann sogleich in Angriff genommen wurde und zur ersten Revision führte. In regelmässigen Abständen wurde auch eine zweite und dritte Revision durchgeführt.¹⁷⁵ Zusammen mit dem Internationalen Statistischen Institut gründete der Völkerbund einen internationalen Fachausschuss, welcher sich der Thematik annahm und 1929 die vierte, dann 1938 die fünfte Revision des Verzeichnisses durchführte. Die sechste Revision entstand 1948 unter der Verantwortung der WHO. Sie erweiterte das Todesursachenverzeichnis zur ICD-6. Damit wurde zum ersten Mal eine umfassende Nosologie für das gesamte Spektrum der Krankheiten einschliesslich psychischer Krankheiten vorgelegt.

Die ICD ermöglichte erstmals die Anfertigung vergleichender internationaler Statistiken, welche auch für die Forschung verwendet werden konnten. Ausserdem ermöglichte sie das Verschlüsseln von Krankheiten und erleichterte das Wiederauffinden von Krankenblättern und die Erfolgskontrolle von Gesundheitsdiensten. Die breite Anerkennung psychischer Krankheiten in der ICD blieb laut Heidi Zogg jedoch aus. Als Gründe nennt sie verschiedene Konzepte hinsichtlich Ursachenforschung einzelner psychischer Krankheiten sowie mangelhafte Definitionen und Beschreibungen.¹⁷⁶ Dies hatte zur Folge, dass das Kapitel der psychischen Krankheiten in der ICD-6 unter den Mitgliedsländern der WHO nur auf wenig positive Resonanz stiess. 11 Jahre nach der Einführung wurde diese in nur gerade fünf Staaten verwendet, obwohl es sich um eine offizielle Empfehlung der WHO handelte. Gewichtige Gründe für die Ablehnung sieht Femi Oyebode u.a. in der grossen bestehenden Auswahl an nationalen Klassifikationen, welche der psychiatrischen Wissenschaft zur Verfügung standen sowie in der mangelnden Grenzziehung zwischen verschiedenen Diagnosen in der ICD-6. Dazu kam die in den frühen 1960er-Jahren zutage tretenden mangelhafte Reliabilität psychiatrischer Diagnosen wie auch die Sorge vieler Psychiater und Psychologen, dass sich diagnostische Labels wie Hysterie negativ auf den Umgang des Spitalpersonals mit den Patienten sowie generell auf den Selbstwert der Patienten auswirken könnten.¹⁷⁷ Mit der 1957 durchgeführten 7. Revision der ICD wurden im Manual keine Veränderungen vorgenommen, sie beschränkte sich auf die Berichterstattung von Unstimmigkeiten.¹⁷⁸ Erst mit der 8. Revision im Jahr 1965 wurden psychiatrische Diagnosen präziser erfasst, was zu einer breiteren internationalen Verwendung des Werks führte. Im Gegensatz zum *Diagnostic and Statistical Manual DSM* der American

¹⁷⁵ ebd.

¹⁷⁶ ebd., S. 64–65.

¹⁷⁷ Oyebode, Femi: Nosology in Psychiatry, in: Wright, James D. (Hg.): International encyclopedia of the social & behavioral sciences, Amsterdam 2015², S. 27–33, S. 28–29.

¹⁷⁸ Zogg: Wandel der psychiatrischen Nosologie von 1950, 2007, S. 68.

Psychiatric Society, welches etwa zeitgleich mit der ICD-6 entstanden war¹⁷⁹ und in seiner dritten Ausgabe DSM-III von 1980 radikale Änderungen u.a. im Bereich der Operationalisierung von Diagnosen, dem Austausch veralteter Begrifflichkeiten¹⁸⁰ enthielt, fehlte der WHO die politische Macht um solche auch im ICD sofort umzusetzen, weshalb sich die beiden Klassifikationen auseinanderentwickelten. In den letzten Jahrzehnten fand tendenziell wieder eine Annäherung der zwei Klassifikationssysteme statt, wobei heute beide weitverbreitet sind, weiterhin bestehen jedoch Kontroversen über die Korrektheit der Diagnosen.¹⁸¹

3.3 Psychische Krankheiten in der Gesellschaft

3.3.1 Ausgegrenzt – der diskursive und räumliche Ausschluss psychisch Kranker
Ungefähr zeitgleich mit der Entstehung der modernen Psychiatrie kam die soziale Frage auf. Begleitet oder teilweise sogar konstituiert wurde diese durch die sogenannte Alkoholfrage. Bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts galt Alkohol als bewährtes Heilmittel. Auch in psychiatrischen Kliniken wurden alkoholhaltige Mittel zu Therapiezwecken gegen Depressionen und Erregungszustände verabreicht – dies nicht selten in beträchtlichen Mengen. Innerhalb weniger Jahrzehnte wurde die Substanz aber pathologisiert.¹⁸² Grund für den abrupten Meinungsumschwung war die unter Fabrikarbeitern verbreitete Trunksucht, welche in der Öffentlichkeit mit dem wirtschaftlichen und gesundheitlichen Ruin der Arbeiterfamilien, aber auch mit Verbrechen und Prostitution in einen Zusammenhang gebracht wurde. Andererseits verwies die Alkoholfrage auf die Krise des Liberalismus, im Zuge derer offensichtlich geworden war, dass ein freier Markt, der durch das sogenannte «Alkoholkapital» bedient wurde, und soziales Wohl nicht unbedingt korrelierten.¹⁸³

Der Alkoholismus wurde zusammen mit anderen Devianzen wie «Geisteskrankheit», Kriminalität oder auch einem lasterhaften Lebenswandel von der noch fragilen bürgerlich-modernen Industriegesellschaft als Bedrohung empfunden. Um jenem Unbehagen beizukommen wurde die Psychiatrie

¹⁷⁹ Ungefähr zeitgleich zur ICD-6 entstand in den USA in der American Psychiatric Association APA das *Diagnostic and Statistical Manual* DSM, welches zunächst eine Variante der von ICD-6 war und ähnliche Ziele verfolgte. Bis in die 1970er-Jahre stimmten beide Klassifikationen weitgehend überein, ab ICD-9 und DSM III kam es zu Divergenzen. Schott, Tölle: Geschichte der Psychiatrie, 2006, S. 338–339.

¹⁸⁰ Siehe Zogg: Wandel der psychiatrischen Nosologie von 1950, 2007, S. 54–55.

¹⁸¹ Oyeboode: Nosology in Psychiatry, 2015, S. 27.

¹⁸² Lengwiler, Martin: Im Zeichen der Degeneration. Psychiatrie und internationale Abstinenzbewegung im ausgehenden 19. Jahrhundert, in: Große, Judith; Spöring, Francesco; Tschurennev, Jana u. a. (Hg.): Biopolitik und Sittlichkeitsreform. Kampagnen gegen Alkohol, Drogen und Prostitution 1880-1950, Frankfurt, New York 2014 (Globalgeschichte), S. 85–110, S. 87–88.

¹⁸³ Bernet, Brigitta: Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbilds um 1900, Teilw. zugl.: Zürich, Univ., Diss., 2010, Zürich 2013, S. 55.

als Fachwissenschaft beigezogen.¹⁸⁴ Dadurch erweiterte sie ihr Aufgabengebiet über den klassischen Wahnsinn hinaus und befasste sich zunehmend mit Phänomenen, welche zuvor nicht zum medizinischen Aufgabengebiet gehört hatten. Als probate Lösung, um abweichende Personen zu disziplinieren – oder loszuwerden – dienten aus Behördensicht am besten eigens geschaffene Institutionen. Dieser massive Eingriff in die Freiheiten und Rechte des Individuums, die ihm ja erst mit dem Liberalismus zugestanden worden waren, musste entsprechend begründet werden. Während bei Kriminellen der temporäre Verlust der Freiheit und der Ausschluss aus der Gesellschaft problemlos legitimiert werden konnte, war dies im Fall von rechtlich unbescholtenen Bürgerinnen und Bürgern erheblich schwieriger zu begründen. Nach dem liberalen Gesellschaftsverständnis war es nicht möglich, die individuellen Freiheitsrechte ohne konkreten Tatbestand einzuschränken. Konnte einer Person aber eine «Geisteskrankheit» nachgewiesen werden, was dies kein Problem.¹⁸⁵ Bei der «Geisteskrankheit» handelte es sich nicht um einen medizinischen, sondern um einen juristischen Begriff, welcher an die umgangssprachliche Bedeutung angelehnt war. Gemäss Hans Binder, der 1952 eine Monographie über die Geisteskrankheit im Recht veröffentlicht hatte, ist der Begriff der «Geisteskrankheit» folgendermassen zu verstehen:

«[...] so sind damit im Gesetz nur solche Fälle gemeint, bei denen psychische Symptome oder Verlaufsweisen hervortreten, die einen stark auffallenden Charakter haben und die einem besonnenen Laien nach hinreichender Bekanntschaft mit der Prüfling den Eindruck völlig uneinführbarer, qualitativ tiefgehend abwegiger grob befremdender Störungszeichen machen. Die Ursache der Störung spielt dabei gar keine Rolle.»¹⁸⁶

Es handelt sich damit nicht bloss um ein juristisches, sondern auch um ein soziales Konzept, da es einerseits die sozialen Auswirkungen der nicht näher definierten Krankheit als massgebend betrachtet und andererseits auch stark in den sozialen Spielraum der juristisch als «geisteskrank» klassifizierten Person eingreift. Die «Geisteskrankheit» war zum Zeitpunkt der Einführung der Invalidenversicherung übrigens sowohl im Zivilgesetzbuch als auch im Strafgesetzbuch noch in verschiedenen Artikeln vertreten.¹⁸⁷

Durch die Umdeutung der «Geisteskrankheit» zum juristischen Begriff im 19. Jahrhundert entstand ein Anreiz, unliebsame Personen für «geisteskrank» zu erklären, was drastische individuelle und auch gesellschaftliche Folgen nach sich ziehen sollte. Freiheitsentziehende Massnahmen, welche über die strafrechtlichen Bestimmungen hinausgingen, wurden gemäss Urs Germann «durch die

¹⁸⁴ An dieser Stelle zeigt sich ein weiterer – naturwissenschaftlicher - Aspekt der «Verwissenschaftlichung des Sozialen», welche bereits im Kapitel 2.1 in Bezug auf Sozialwissenschaften erwähnt wurde.

¹⁸⁵ Bernet: Schizophrenie, 2013, S. 58.

¹⁸⁶ Binder, Hans: Die Geisteskrankheit im Recht. Ein Beitrag zur Klärung der grundlegenden Begriffe für geistige Störungen im Schweizerischen Zivilgesetzbuch und Strafgesetzbuch, für Juristen und Ärzte, Zürich 1952, S. 71–72.

¹⁸⁷ ebd., S. 71 ff.

Hintertür des kantonalen Verwaltungsrechts in die Rechtsordnung aufgenommen». Das Ziel solcher administrativrechtlicher Massnahmen war die Verhinderung einer zukünftigen Gefahr für die öffentliche Sicherheit.¹⁸⁸ Betroffen waren Personen, welche sich aus verschiedenen Gründen nicht an die bürgerlichen Verhaltensnormen anzupassen vermochten und als «Querulanten», «Asoziale» oder «moralische Idioten» für unzurechnungsfähig oder gar gemeingefährlich erklärt wurden.¹⁸⁹

In der Schweiz etablierte sich die Psychiatrie als Fachdisziplin erst vergleichsweise spät. Um 1850 fand ein Professionalisierungsschub statt, welcher sich in der Einrichtung psychiatrischer Anstalten, der Verankerung im akademischen Lehrbetrieb sowie in der Gründung einer Standesorganisation manifestierte. Wie im Bereich der sozialen Sicherheit ging der Impuls hier wiederum von privaten Trägern, besonders aber von der SGG aus, welche mittels verschiedener kantonaler Irrenhilfsvereine den Bau von spezialisierten psychiatrischen Institutionen vorantrieb und unterstützte.¹⁹⁰ Die sogenannte «Irrenfrage» war zunächst ein liberales Prestigeprojekt gewesen; der Stand der Irrenfürsorge widerspiegelte demnach die Fortschrittlichkeit einer Kulturnation. Zeitweise existierte gar eine Art Wettbewerb zwischen verschiedenen europäischen Nationen, wer prozentual zur Bevölkerung am meisten Betten für «Geisteskranke» bereitstellte. Die Schweiz holte ihren diesbezüglichen Rückstand zwischen 1850 und 1900 auf. Zeitweise hatten viel zu wenige Betten existiert um alle Geisteskranken – oder als «geisteskrank» deklarierten Personen – in den Anstalten aufnehmen zu können. Diese Entwicklung wurde in Irrenstatistiken dokumentiert, welche seit 1850 nationenübergreifend einen Aufschwung erlebt hatten. Die hohen Zuwachszahlen an Irren wurden in Fachkreisen zunächst sehr positiv beurteilt und teilweise absichtlich dramatisiert, immerhin bedeuteten sie eine Legitimation der Arbeit der «Irrenärzte» und halfen bei der Etablierung der Psychiatrie als Fachwissenschaft. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts verlor der liberale Fortschrittsoptimismus aber dramatisch an Schwung. Die Vorstellung, dass mit der fortschreitenden Kulturentwicklung auch Gesundheit und Zufriedenheit der Bevölkerung ansteigen würde, wurde durch die Irrenstatistiken zunichtegemacht. Vielmehr liessen sie das als bedrohlich wahrgenommene Ausmass des Wahnsinns in der Gesellschaft erst sichtbar werden. Anstatt eines Rückgangs der Geisteskrankheiten zeigten die Irrenstatistiken eine tendenzielle Zunahme in der Bevölkerung an. Angesichts der drastischen Ausweitung des Begriffs der «Geisteskrankheiten» scheint dies eigentlich nicht besonders erstaunlich zu sein. Aus zeitgenössischer Sicht führte diese Entwicklung jedoch zu einer zunehmenden Resonanz alternativer Narrative, welche den Zivilisationsprozess

¹⁸⁸ Germann, Urs: Die "Unschädlichmachung Gemeingefährlicher". Anfänge und Entwicklung des psychiatrischen Massnahmenvollzugs im Kanton Bern zwischen 1850 und 1920, in: *Traverse : Zeitschrift für Geschichte = Revue d'histoire* 10 (1), 2003, S. 32–46, S. 34.

¹⁸⁹ Bernet: *Schizophrenie*, 2013, S. 59–60.

¹⁹⁰ ebd., S. 42 ff.

äusserst pessimistisch deuteten.¹⁹¹ Besonders stark verbreitet war die Degenerationstheorie, welche in der Zeit der Aufklärung gründete, sich u.a. auf Darwins Erkenntnisse stützte und auf der Annahme beruhte, dass die Kultur das natürliche Ausleseprinzip ausschalte; aufgrund der Vererbbarkeit erworbener Eigenschaften ereigne sich eine zunehmende moralische und körperliche Degeneration des zivilisierten Menschen.¹⁹²

3.3.2 Dystopie und Diskriminierung

Die Degenerationstheorie wurde in der deutschsprachigen und französischen Psychiatrie breit rezipiert. Als attraktiv wurde vor allem die Möglichkeit empfunden, «Geisteskrankheiten» nach Belieben mit naturwissenschaftlichen, kulturellen oder psychologischen Termini zu erklären.¹⁹³ Im deutschsprachigen Raum wirkte hauptsächlich die Anthropologie als Katalysator zur Verbreitung der Degenerationstheorie. Die Anthropologie und die Psychiatrie orientierten sich bei ihrer Erforschung der individuellen Familienverhältnisse – diese dienten der Erstellung einer empirischen Erbprognose – an den Mendelschen Gesetzen. Eine Übertragung der Methodik war jedoch äusserst problematisch, weil Erbgänge beim Menschen damals nur über wenige Generationen hinweg verfolgt werden konnten. Ausserdem stand nur der Phänotyp, nicht aber der Genotyp zur Verfügung. Aus diesem Grund wurde zeitweise die Populationsgenetik sehr beliebt, anhand welcher mittels umfassender Erhebungen von zuvor irgendwie definierten Kranken und ihren Familien entsprechende Prognosen erstellt wurden.¹⁹⁴ Die Degenerationstheorie wurde nicht nur innerhalb der wissenschaftlichen Fachwelt, sondern auch in der bürgerlichen Öffentlichkeit beachtet. In Frankreich widerspiegelte sie u.a. die äusserst pessimistische Stimmung in Zusammenhang mit der Bewegung *Fin de Siècle*. Die bürgerlichen Eliten versuchten sich nach der Niederlage im Deutsch-Französischen Krieg zudem mit der Degenerationstheorie einerseits von den Arbeitern, andererseits aber auch von liberalen und republikanischen Positionen abzugrenzen.¹⁹⁵

Der Begründer der deutschen Psychopathielehre, Julius Ludwig August Koch, war ebenfalls von der Degenerationstheorie beeinflusst. Zuvor bedeutete die Bezeichnung *psychopathisch* in einem weiten, allgemeinen Sinn psychisch krank. Koch engte den Begriff auf die gestörten Persönlichkeiten ein und betonte die biologischen, hirnrorganischen Ursachen der Psychopathie. Gemäss Schott und Tölle war er bemüht «moralische Bewertungen» zu vermeiden, nichtsdestotrotz hatte der Begriff bald eine äusserst abwertende Bedeutung. Emil Kraepelin nahm die Psychopathie in seinen

¹⁹¹ ebd., S. 51f.

¹⁹² Ingenkamp: Depression und Gesellschaft, 2012, S. 112.

¹⁹³ Wolfisberg: Heilpädagogik und Eugenik, 2002, S. 144.

¹⁹⁴ ebd., S. 146.

¹⁹⁵ Lengwiler: Im Zeichen der Degeneration, 2014, S. 91.

Klassifikationen auf, wobei er den Begriff möglichst wertfrei zu fassen versuchte. Spätere Psychiater versuchten dasselbe, die pejorative Konnotation jedoch blieb bestehen, weshalb die psychopathische Persönlichkeit von diversen Psychiatern als Kategorie überhaupt nicht verwendet wurde.¹⁹⁶ Auch die Krankheit Alkoholismus war eng mit der Degenerationstheorie verbunden. Im Gegensatz zur Psychopathie nahm Kraepelin in Zusammenhang mit dem Alkohol eine wesentlich radikalere Position ein. Während er zunächst in seinen Schriften strikte Abstinenz forderte, verband er seine Forderungen nach der Jahrhundertwende zunehmend mit Vorstellungen von rassistisch-völkischer Degeneration und forderte eugenische Ansätze in der Sozialpolitik. Noch extremer als Kraepelin, der sich stets auf die beim Individuum ausgelösten Schäden durch Alkohol bezog, agierte sein Schweizer Berufskollege und Mitstreiter Auguste Forel. Dieser hatte sich bereits in den 1880er-Jahren der radikalen Abstinenzbewegung angeschlossen und deutete angelehnt an die Degenerationstheorie den Alkoholkonsum als individuelle und gesellschaftliche Form des moralischen Zerfalls.¹⁹⁷ Selbst bei einer fehlenden Alkoholismus-Diagnose der Eltern wurde «Geisteskrankheit» oder «Schwachsinn» bei Kindern von verschiedenen Autoren auf angeblichen Alkoholkonsum während der Zeugung zurückgeführt, welcher zu sogenannten Rauschkindern führen konnte. In der Gesellschaft bildete sich eine breite Front gegen den Alkoholismus, welcher in Zusammenhang mit der sozialen Frage als drängendes Problem wahrgenommen wurde. Die Kirche schuf verschiedene Einrichtungen zur Bekämpfung des Alkoholismus. 1877 wurde in Genf das Blaue Kreuz gegründet.¹⁹⁸ Es entstanden zudem verschiedene Vereinigungen und Bünde wie der Alkoholgegner-Bund, der Schweizerische Bund abstinenter Frauen etc. Verschiedene Elemente der Sozialen Fragen erhielten durch diese Bestrebungen allmählich einen medizinisch-moralischen Impetus; die Alkoholfrage verband sich zunehmend mit weiteren Diskursen wie der «Irrenfrage», der «Verbrecherfrage» und der «Sexuellen Frage».¹⁹⁹

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts kulminierten die genannten Diskurse in einer während Jahrzehnten immer negativer gewordenen Einschätzung von gesellschaftlicher Abweichung, welche zugleich mit einer Psychiatisierung derselben einherging. Schweizer Juristen und Psychiater forderten gemeinsam den Schutz der Allgemeinheit vor «unverbesserlichen Gewohnheitsverbrechern» und «verbrecherischen Geisteskranken», was ein Indiz für die zunehmend enge Zusammenarbeit zwischen den beiden Disziplinen ist, wobei durchaus Kontroversen bestanden.²⁰⁰ Besonders deutlich ist die enge Zusammenarbeit in der Zunahme von psychiatrischen Gutachten sichtbar, welche

¹⁹⁶ Schott, Töle: Geschichte der Psychiatrie, 2006, S. 366.

¹⁹⁷ Lengwiler: Im Zeichen der Degeneration, 2014, S. 94.

¹⁹⁸ Schott, Töle: Geschichte der Psychiatrie, 2006, S. 344.

¹⁹⁹ Bernet: Schizophrenie, 2013, S. 288–289.

²⁰⁰ ebd., S. 300–301.

für die Entscheidungen der Strafbehörden – wie auch der administrativen Behörden – eine massgebliche Entscheidungsgrundlage darstellten. Sie führte zu einer Problematisierung von Strafdelikten. Vermehrt wurden Delinquenten als unzurechnungsfähig und gemeingefährlich eingestuft, wobei vonseiten der Psychiater oft die Einweisung in eine Irrenanstalt gefordert wurde.²⁰¹ Strafen wurden oftmals durch sogenannte Sicherungsmassregeln ergänzt, welche z.B. im Kanton Bern vom Regierungsrat beschlossen wurden. Diese hatten einen präventiven Zweck. Die Öffentlichkeit sollte vom Delinquenten geschützt werden, weshalb dieser aufgrund eines Behördenentscheides auf unbefristete Zeit verwahrt wurde. Aufgrund von Kapazitätsengpässen in Irrenhäusern fand nach der Jahrhundertwende eine Ausdifferenzierung des Massnahmenkatalogs statt: Ein Teil der Insassen wurde in Zwangsarbeitsanstalten, Armenhäuser und Trinkerheilstätten eingewiesen, in wachsendem Ausmass wurden zudem nicht freiheitsentziehende Massnahmen wie Vormundschaften oder Schutzaufsicht angeordnet.²⁰² Noch weiter gingen die administrativen Versorgungen im Rahmen derjenigen als sozial deviant eingestuften Personen, welche kein strafrechtliches Delikt begangen hatten und dennoch in Arbeitsanstalten untergebracht wurden. Diese als «liederlich», «arbeits-scheu» oder «trunksüchtig» bezeichneten Personen sollten durch die administrative Versorgung diszipliniert und zu einer besseren Arbeitsmoral umerzogen werden. Administrative Versorgungen wurden in der Regel nicht durch ein Gericht, sondern durch eine Administrativbehörde wie z.B. der Vormundschaftsbehörde angeordnet. Während sie zunächst nur in einigen Kantonen üblich waren, wurden sie mit der Einführung des schweizerischen Zivilgesetzbuchs im Jahr 1912 auf eidgenössischer Ebene legitimiert.²⁰³

3.3.3 Vom Vorsorgediskurs zur Psychohygienebewegung

Der Eugenikdiskurs hatte in der Schweiz ca. zwischen 1920 und 1945 Hochkonjunktur. Wie Carlo Wolfisberg darlegt, ist es in diesem Zusammenhang von eminenter Wichtigkeit, den zeitgenössischen Kontext angemessen zu beachten. In der Schweiz hatte es – trotz der gemeinsamen theoretischen Grundlagen – eine deutliche Abgrenzung des Eugenikdiskurses von der nationalsozialistischen Rassenhygiene gegeben: Beispielsweise war die in der Schweiz praktizierte negative Eugenik föederalistisch organisiert und orientierte sich eher am Individuum und am Einzelfall. Wolfisberg weist zudem darauf hin, dass stets der freiwillige Aspekt eugenischer Massnahmen und somit die

²⁰¹ Germann: Die "Unschädlichmachung Gemeingefährlicher", 2003, 36 f.

²⁰² ebd., S. 39 f.

²⁰³ Rietmann: "Liederlich" und "arbeits-scheu", 2013, S. 12–13.

Beachtung der Menschenwürde betont worden sei, was aber durch verschiedene kürzlich publizierte Fallstudien²⁰⁴, welche sich mit Zwangssterilisationen beschäftigten, auf eindrückliche Art und Weise habe wiederlegt werden können.²⁰⁵

Insbesondere die Landesausstellung 1939 wurde von Befürwortern der Eugenik genutzt um eine publikumswirksame «Aufklärung» der Besucher zum Thema Eugenik voranzutreiben.²⁰⁶ Ein dem Eugenik- wie auch dem Alkoholdiskurs implizit innewohnender Aspekt war die Vorsorgethematik. Als probate Mittel, um der Notwendigkeit der Prävention Ausdruck zu verleihen dienten die Aufklärung der Massen sowie die Überzeugung relevanter Akteure. Obwohl die Ausgestaltung der konkreten Massnahmen je nach Subdiskurs unterschiedlich ausfiel, blieb das verbindende Element der Degenerationstheorie, welche der Bekämpfung von Alkoholismus und vererbter «Geisteskrankheit» oder «Geistesschwäche» die notwendige Dringlichkeit verlieh, da ausbleibende Prävention mittelfristig zu noch schlimmeren Folgen führen würde. Subsumiert wurden diese vorsorgenden Bestrebungen in der Schweiz Ende der 1920er-Jahre im Konzept der *geistigen Hygiene* oder der *psychischen Hygiene*.²⁰⁷ Dabei handelte es sich um ein international anerkanntes Unternehmen; 1948 war in London der Weltbund für die geistige Hygiene oder *World Federation for Mental Health* als NGO gegründet worden, welcher eine entsprechende Vorgängerorganisation ablöste und vor allem beratend wirkte. Auch die WHO wurde im Bereich der geistigen Hygiene tätig; ihre Mitgliedsstaaten – darunter die Schweiz – verpflichteten sich, diverse Massnahmen zum geistigen Gesundheitsschutz der Bevölkerung vorzunehmen. Auf eidgenössischer Ebene war insbesondere das Schweizerische Nationalkomitee für geistige Hygiene äusserst aktiv und forderte sogar ein Eidgenössisches Gesetz für den Schutz der Geistigen Gesundheit, um verschiedene lokale und kantonale Bestrebungen zu bündeln.²⁰⁸ Henri Bersot, Direktor der privaten psychiatrischen Heilanstalt Bellevue in Le Landeron und Mitglied des Nationalkomitees befürwortete in verschiedenen Schriften Initiativen für den geistigen Gesundheitsschutz der Bevölkerung. Darunter verstand er weit mehr als die klassische Anstaltspsychiatrie:

«Der seelische Gesundheitsschutz ist zur Zeit weit davon entfernt, sich auf die bloße Behandlung des Irreseins zu beschränken. Er überschreitet den Rahmen der Psychiatrie. Er wird zu einer Funktion der sozialen und vorbeugenden Medizin. Er wendet sich nicht mehr nur an das Individuum, sondern an Menschengruppen: Schulmedizin, Familienmedizin, Medizin bzw. Hygiene der Behörden, der Versicherung, des Unfallschutzes, der sozialen Störungen.»²⁰⁹

²⁰⁴ Siehe Meier, Marietta: Zwangssterilisationen in der Schweiz : zum Stand der Forschungsdebatte, in: *Traverse : Zeitschrift für Geschichte = Revue d'histoire* 11 (1), 2004, S. 130–146.

²⁰⁵ Wolfisberg: *Heilpädagogik und Eugenik*, 2002, S. 164–165.

²⁰⁶ ebd., S. 156.

²⁰⁷ ebd., S. 151.

²⁰⁸ Bersot, Henri: *Für den geistigen Gesundheitsschutz in der Schweiz*, Zürich 1951, S. 10 ff.

²⁰⁹ ebd., S. 9.

Ein Meilenstein der Psychiatrie stellte in der Mitte des 20. Jahrhunderts die Entwicklung verschiedener chemischer Psychopharmaka dar. Zwar wurden diese bereits seit dem 19. Jahrhundert entwickelt und immer wieder experimentell eingesetzt, erst ab 1950 fand aber eine weite Verbreitung dieser industriell hergestellten Medikamente statt. Hinsichtlich der Arzneimittelsicherheit erfolgte erst in den 1960er-Jahren eine Harmonisierung, die Wirksamkeit an sich wurde sogar erst in den 1970er-Jahren zum Kernbegriff und – zumindest in der BRD – gesetzlich verankert.²¹⁰

3.3.4 Psychische Krankheit und Behinderung

Behinderung ist gemäss der Weltgesundheitsorganisation WHO ein Überbegriff, welcher Beeinträchtigungen in Körperfunktionen oder Körperstruktur, Probleme bei der Erledigung alltäglicher Aufgaben und Aktivitäten sowie mangelnde Teilhabe umfasst. Behinderung ist somit mehr als ein individuelles gesundheitliches Problem. Sie entsteht in der Interaktion von Individuum und Gesellschaft und kann durch eine umfassende Barrierefreiheit im wörtlichen und sozialen Sinne überwunden werden.²¹¹

Die Geschichte der psychischen Krankheit und die der Behinderung überschneiden sich teilweise beträchtlich. Ein soziales Netz für behinderte Menschen existierte bis zum Entstehen erster kirchlicher und staatlicher Fürsorgeeinrichtungen nur im familiären Rahmen. Erste Formen der Fürsorge und Unterbringung in Klöstern, Siechenhäusern und später Spitälern führten im Spätmittelalter zu einer institutionellen Segregation von in unterschiedlicher Hinsicht nicht der Norm entsprechenden Personen.²¹² Die Behinderung als kategorialer Terminus entstand aber erst mit der Aufklärung und Industrialisierung. Körperliche Abweichungen wurden zuvor zwar regelmässig als «krüppelhaft» bezeichnet, jener breite Ausdruck bezog sich aber stets auf das Individuum und wurde nicht generalisierend auf einer Metaebene verwendet. Körperliche Differenz wurde ausserdem nicht unbedingt als behandlungsbedürftiges Problem betrachtet, auch weil sich die Medizin bis zum Beginn der frühen Neuzeit nicht für unheilbare Zustände interessierte. Nicht selten wurde Behinderung gar als transzendentes Zeichen interpretiert oder als Kuriosität an Höfen und in Monstercabinetten zur Schau gestellt. Heilung war höchstens durch Magie oder Wunderheilungen zu erwarten.²¹³ In den folgenden Jahrhunderten änderte sich die Sichtweise auf Behinderungen radikal, sie wurde zu einem wichtigen Beschleuniger der sozialen Frage und damit zu einer Kategorie von gesellschaftlicher Bedeutung. Häufige Arbeitsunfälle, welche die Folge gefährlicher Arbeitsbedingungen waren, führten aufgrund der fehlenden Sozialversicherungen zur Verarmung und Verelendung vieler

²¹⁰ Balz, Viola: Zwischen Wirkung und Erfahrung. Eine Geschichte der Psychopharmaka: Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950-1980, Bielefeld 2010.

²¹¹ Disabilities, World Health Organization 2018, <<http://www.who.int/topics/disabilities/en/>>, Stand: 11.06.2018.

²¹² Waldschmidt: Soziales Problem oder kulturelle Differenz?, 2006, S. 34.

²¹³ ebd., S. 33.

erwerbsunfähig gewordenen Personen, welche aufgrund ihrer schieren Masse in der Öffentlichkeit zunehmend sichtbar wurden. Dasselbe klägliche Schicksal wie die Verunfallten erwartete Menschen mit bereits angeborenen Behinderungen körperlicher oder geistiger Natur, deren Arbeitskraft im industriellen Arbeitsprozess nicht verwertet werden konnte. Eine erste Hürde stellte diesbezüglich schon die liberale Errungenschaft der Vertragsfreiheit dar. Während körperlich Behinderte zumindest teilweise als gleichwertige Vertragspartner galten, in dem sie entsprechende Bildungsangebote erhielten, war dieses Recht sogenannten «Idioten» und «Irren» vorenthalten resp. durch die neu erfundene Vormundschaft nur indirekt gewährt.²¹⁴

Erst das «Aufkommen der Moderne, der bürgerlichen Gesellschaft und der Wohlfahrtstaatlichkeit» führte nach Waldschmidt zur Konstruktion der Behinderung, wobei diese aus verschiedenen Gründen wie dem wissenschaftlichen Diskurs, institutioneller Kontrolle etc., von Beginn weg nicht als kulturelle Differenz sondern als soziales Problem konzeptualisiert worden war.²¹⁵ Behinderte und psychisch Kranke wurden dabei nicht selten in einem Atemzug genannt und unterlagen denselben gesellschaftlichen Exklusionsprozessen. Es fand jedoch während des 19. Jahrhunderts eine zunehmende Ausdifferenzierung in verschiedene Gruppen normdevianter Personen statt, welche dazu führte, dass sich auch spezialisierte Institutionen entwickelten, die sich um Pflege und Betreuung behinderter Personen kümmerten. Parallel zur privaten Fürsorge entstanden pädagogische Organisationen, welche die Bildungsfähigkeit von beeinträchtigten Personen ins Zentrum rückten und das Ziel verfolgten, dass die Betroffenen ihren Lebensunterhalt selbständig zu sichern vermochten. Insbesondere geistig beeinträchtigte Personen waren wie oben erwähnt genauso Teil des Degenerationsdiskurses und eugenischer Massnahmen wie als «geisteskrank» eingeordnete Personen.²¹⁶

Zwischen psychischen Krankheiten und Behinderungen existieren demnach diverse Parallelen und Gemeinsamkeiten in der historischen Entwicklung. Zeitweise wurden beide Phänomene als unterschiedliche Formen abweichenden Verhaltens verstanden. Diese Trennung wurde in der Schweiz jedoch spätestens mit der letzten Revision der Bundesverfassung aufgehoben. In Zusammenhang mit dem Diskriminierungsverbot gemäss Art. 8 Abs. 2 werden neben körperlichen und geistigen Behinderungen explizit auch psychische Behinderungen erwähnt.²¹⁷

²¹⁴ ebd., S. 35–36.

²¹⁵ ebd., S. 39.

²¹⁶ Franke: Modelle von Gesundheit und Krankheit, 2012, S. 90–91.

²¹⁷ Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. BV, 01.01.2018. Online: <<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/201801010000/101.pdf>>, Stand: 13.07.2018.

Die Invalidenversicherung spielte bei der Anerkennung von psychischer Krankheit als potenzieller Behinderung eine wichtige Rolle. Wie sich diese entwickelte, soll in den nächsten Kapiteln umfassend dargestellt werden.

4 Von Anfang an dabei – psychisch Kranke in der Invalidenversicherung

Mit der Einführung der Invalidenversicherung hatten die Invaliden in der Schweiz endlich einen Rechtsanspruch auf Versicherungsleistungen erhalten. Dieser umfasste entgegen dem Versicherungsprinzip und der im Ausland teilweise üblichen Praxis auch die zum Zeitpunkt der Einführung bereits invaliden Personen. Dabei handelte es sich gemäss dem Expertenbericht um eine unumgängliche sozialpolitische Notwendigkeit, welche «auch aus psychologischen Gründen nicht umgangen werden» konnte.²¹⁸ Während sich die Schweiz diesbezüglich äusserst grosszügig gerierte, war der Einbezug von geistigen und psychischen Krankheiten in den Invaliditätsbegriff und damit in die Invalidenversicherung keine Selbstverständlichkeit.

4.1 Umstrittener Invaliditätsbegriff in den Schweizer Sozialversicherungen

4.1.1 Körperliche und geistige Invalidität

Der Einbezug von geistig Invaliden in die Invalidenversicherung war zumindest 1918 in der Glarner Kantonsgesetzgebung noch keine Option gewesen. Wie oben kurz erwähnt wurde, sah aber die eidgenössische Invalidenversicherung auch die Berücksichtigung geistig Invaliden vor. Nur was genau bedeutete eigentlich *geistig invalid*? Gehörten dazu auch psychisch Kranke? Um diese zweite Frage im nächsten Kapitel beantworten zu können, soll in diesem Kapitel zusätzlich zur näheren Definition des Invaliditätsbegriffs ein kurzer Ausblick auf die zur Zeit der Einführung der IV institutionalisierten Praktiken anderer Sozialversicherungszweige erfolgen, welche psychische Krankheiten beispielsweise in Zusammenhang mit dem Schlagwort der «Rentenneurose» durchaus betrachteten.

Das per 1. Januar 1960 eingeführte Invalidenversicherungsgesetz IVG²¹⁹, Art. 4 definiert Invalidität folgendermassen:

«Als Invalidität im Sinne dieses Gesetzes gilt die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit.»

Die Berücksichtigung geistig beeinträchtigter Personen in der Invalidenversicherung war – wie ein Blick zurück in die Schweizer Sozialversicherungsgeschichte zeigt – nicht unbedingt selbstverständlich, für psychische Kranke aber eine zwingende Voraussetzung um überhaupt eine Chance auf Versicherungsleistungen zu haben.

²¹⁸ Eidgenössische Expertenkommission für die Einführung der Invalidenversicherung: Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für die Einführung der Invalidenversicherung, 39821, Bern 11.1956, S. 39.

²¹⁹ Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. 01.03.1961.

Wie bereits erwähnt führten einige Kantone bereits vor 1960 eine Invalidenversicherung ein. Im Gegensatz zur eidgenössischen Invalidenversicherung verwendeten sie teilweise aber einen sehr viel enger gefassten, je nach Kanton stark variierenden Invaliditätsbegriff. In Solothurn beispielsweise wurde der Invaliditätsbegriff aufgrund eines fixen Katalogs von Behinderungen medizinisch definiert. Glarus und Basel-Stadt hingegen verwendeten wie die eidgenössische IV einen auf die Erwerbsfähigkeit bezogenen Invaliditätsbegriff. Während Glarus dem Versicherungsprinzip folgte, handelte es sich in den anderen Kantonen eher um eine dem Bedürftigkeitsprinzip folgende Invalidenfürsorge. Diejenigen Kantone, welche ihre Invalidenversicherungen in den 1950er-Jahren einführten folgten dem Zeitgeist und nahmen die Eingliederung als zentralen Pfeiler in ihre Gesetzgebungen auf. Abgesehen von Basel-Stadt, das körperlich und geistig Behinderte konsequent gleichstellte, war dies in den anderen Kantonen und Städten, die oft eigene Regelungen kannten, nur teilweise der Fall. Die Kantone Glarus und Solothurn hingegen schlossen geistig Behinderte von vornherein aus ihren Invalidenversicherungen aus.²²⁰

Diese Ansicht vertrat auch die SAEB. In einem 1954 von Dieter Högger, Mitglied der Expertenkommission für die Einführung der Invalidenversicherung und Geschäftsleiter der SAEB, verfassten Bericht zum Aufbau der Invalidenhilfe bezog er sich nur auf körperlich Beeinträchtigte: «Als 'invalid' ist ein Mensch zu bezeichnen, der infolge eines dauernd bestehenden körperlichen Mangels am Leben der Gesunden nicht in vollem Umfange teilnehmen kann.» Seine Aufzählung der körperlichen Krankheiten enthält zwar «Krankheiten des Nervensystems», nicht aber explizit geistige Krankheiten. Während die SAEB für körperlich Behinderte eine «Eingliederung in das Leben» begrüsst, vertritt er die Meinung, dass geistig Gebrechliche, bei denen es sich mehrheitlich um Geistesschwache handle, therapeutischen Methoden nicht zugänglich seien. Die Geistesschwachenhilfe müsse anders organisiert werden, eine strikte Trennung beider Bereiche sei geboten.²²¹ Psychisch Kranke werden in diesem Modell nicht erwähnt. Auf einer ähnlichen Linie fuhr der Jurist Robert Briner-Eidenbenz, ein starker Befürworter des Fürsorgeaspekts der Invalidenhilfe. In einem Artikel der Schweizerischen Zeitschrift für Gemeinnützigkeit lehnte Briner-Eidenbenz den zu schnellen Einbezug Geisteskranker in die Invalidenversicherung mit der Begründung ab, dass «der Grad der Behinderung sich bei den Geisteskranken noch ungleich schwerer feststellen lässt als bei körperlich

²²⁰ Haselbach, Philipp: Die Entwicklung des Invaliditätsbegriffs, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung 46 (1), 2002, S. 44–63, S. 49 ff.

²²¹ Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter in die Volkswirtschaft, Högger Dieter: Der Aufbau der Invalidenhilfe, Bericht 1954, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#1075*, S. 3 f.

Behinderten.» Er räumte aber immerhin ein, dass sich die Berücksichtigung psychischer Folgen von körperlichen Behinderungen ohnehin nicht vermeiden liesse.²²²

Konträr zu diesen Ansichten und der in einigen Kantonen vollzogenen Praxis stand die Position des IVSS. In einer Publikation zum Thema Invaliditätsbemessung von 1954 bezog sich die Vereinigung selbstverständlich auf körperlich und geistig Invalide.²²³ Aus einem vertraulichen Bericht der Sektion Statistik und Mathematik des Bundesamts für Sozialversicherung vom März 1955 geht hervor, dass die Einschätzungen der IVSS in der Schweiz durchaus zur Kenntnis genommen wurden. So wurde die Publikation der IVSS „als die beste Gesamtübersicht in der neuesten Literatur“ zum Begriff der Invalidität bezeichnet.²²⁴ Der Bericht des BSV benennt die Zweiteilung der körperlich und geistig Invaliden ausdrücklich, weist darauf hin, dass eine exakte Abgrenzung im Einzelfall nicht immer möglich sei und vermutet schliesslich, dass die Frage nach dem Einbezug der geistig Invaliden in die Invalidenversicherung wohl noch zu einigen Diskussionen führen werde.²²⁵ Erstaunlich klar fiel die Meinung des Bundesrats in einem Sitzungsprotokoll von 1955 aus.

Um eine sozialpolitisch und volkswirtschaftlich wertvolle Invalidenhilfe zu gewährleisten seien alle körperlich und geistig Gebrechlichen zu berücksichtigen, deren Invalidität ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft einschränke.²²⁶ In der 1958 verabschiedeten Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung stützte der Bundesrat die Expertenkommission, welche ebenfalls für den Einbezug der geistigen Invalidität eintrat, und stellte fest, dass aufgrund der breiten Risikobasis der eidgenössischen Invalidenversicherung die geistige Gebrechlichkeit von Anfang an versichert sein sollte. Zwar wollte der Bundesrat die nähere Definition der Begrifflichkeit des geistigen Gesundheitsschadens der Praxis sowie der wissenschaftlichen Erkenntnis überlassen. Er betonte aber, dass «nur medizinisch feststellbare Schädigungen der geistigen Gesundheit, nicht aber Charakterdefekte (z.B. Schwererziehbarkeit) oder seelischer Schmerz eine Leistungspflicht der Versicherung zu begründen

²²² Briner-Eidenbenz, Robert: Was erwarten wir von einer eidgenössischen Invalidenhilfe?, in: Schweizerische Zeitschrift für Gemeinnützigkeit - Organ für Fragen des Sozialwesens 94 (10/11), 1955, S. 275–285, S. 278.

²²³ Internationale Vereinigung für soziale Sicherheit (Hg.): Die Invaliditätsbemessung, Genf 1954, S. 7.

²²⁴ Bundesamt für Sozialversicherung: Die Einführung einer Eidgenössischen Invalidenversicherung: Bericht der Sektion Statistik und Mathematik, Bericht 21.03.1955, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#2*, S. 4.

²²⁵ ebd., S. 5.

²²⁶ Bundesrat: Protokoll der 54. Sitzung des Schweizerischen Bundesrates, Volksbegehren für die Einführung einer Invalidenversicherung, 12.07.1955, S. 12.

vermögen.»²²⁷ Diese Klarstellung ist interessant, weist sie doch darauf hin, dass psychische Krankheiten als geistige Invalidität ein relativ kontroverses und zudem moralisch aufgeladenes Thema waren.

4.1.2 Die Situation in anderen Sozialversicherungszweigen

Die Invalidenversicherung entstand in enger Abstimmung mit den bestehenden Sozialversicherungen. Aus diesem Grund scheint auch ein Blick auf den Umgang anderer Versicherungszweige mit psychischen Krankheiten äusserst spannend. Leider finden sich dazu in der Literatur aber kaum Hinweise. In einem vom BSV erstellten Übersichtspapier zur sozialen Krankenversicherung steht, dass geistig Invalide von den Kassen in der Regel nicht aufgenommen würden, was sich durch das fehlende Versicherungsobligatorium erklären lässt.²²⁸ Aus einer im Expertenbericht veröffentlichten Statistik der Eidgenössischen Militärversicherung vom November 1954 geht hervor, dass «Geisteskrankheiten», welche unter der Sammelkategorie «Übrige Nerven- und Geisteskrankheiten, Hirn- und Rückenmarksleiden» geführt wurden, in der Militärversicherung zumindest eine anerkannte Invaliditätsursache waren. Genaue Zahlen oder Details lassen sich aus der Tabelle aber nicht herauslesen.²²⁹ Im Bereich der Unfallversicherung wurden Diskussionen zu «Geisteskrankheiten» nicht grundsätzlich, sondern sehr spezifisch auf das Phänomen der Rentenneurose bezogen geführt. Die Geschichte der Rentenneurose kann bis ins 19. Jahrhundert zurückverfolgt werden. Sie geht auf das in England beschriebene Phänomen der «railway spine» zurück, welche nach den damals noch öfters vorkommenden Eisenbahnunfällen auftrat und häufig unspezifische Symptome wie Schlafstörungen, Schwindel oder diffuse Schmerzen nach sich zogen. Äusserlich sichtbare Verletzungen des Rückens und der Wirbelsäule waren in diesen Fällen nicht vorhanden. Bei Schäden infolge eines Unfalls, welche bei den Betroffenen zu einer Erwerbsunfähigkeit führten, waren die Eisenbahnunternehmen für den Schadensersatz zuständig. Um ca. 1871, zusammen mit der Einführung des Reichsgesetzes für Haftpflichtentschädigung in Deutschland, verbreitete sich die Krankheit zunehmend auch auf dem Festland. Aufgrund der rasanten Ausbreitung der Krankheit und der diffusen Symptome vermuteten viele Ärzte eine seelische Ursache. Durch einen Ausbau der deutschen Unfallversicherung wurde die zwischenzeitlich als *traumatische Neurose* genannte Krankheit schliesslich immer präsenter und führte zu heftigen Auseinandersetzungen unter den Ärzten. Die

²²⁷ Bundesrat: Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung und eines Bundesgesetzes betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Invalidenversicherung, in: Bundesblatt II (45), 1958, S. 1137–1322, S. 1160–1161.

²²⁸ Bundesamt für Sozialversicherung: Die Stellung der Invaliden in der geltenden sozialen Krankenversicherung, Übersichtspapier 17.08.1955, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#2*, S. 4.

²²⁹ Eidgenössische Expertenkommission für die Einführung der Invalidenversicherung: Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission, 11.1956, S. 269.

Unfallversicherung wurde demnach beschuldigt, eine neue Krankheit, eine Rentenhysterie, auszulösen.²³⁰ Zu Beginn der 1920er-Jahre wurde die Problematik von der schweizerischen SUVA aufgenommen. Ihr Oberarzt sowie Mitglieder des Verwaltungsrats beschworen die Gefahr eines moralischen Zerfalls der Versicherten herauf und sprachen sich für die möglichst rasche Wiederaufnahme der Arbeit nach einem Unfall aus.²³¹

Gleichzeitig zu den Vorarbeiten für die Einführung der Invalidenversicherung war auch die Rentenneurose in der Unfallversicherung ein grosses Thema. In kurzer Folge erschienen in der Schweizerischen Zeitschrift für Sozialversicherung diverse Artikel²³², welche sich damit auseinandersetzten. Jean-Daniel Ducommun empfiehlt 1958 den «definitiven Abschluss der Versicherungsbeziehungen» als beste Therapie um Versicherungsneurosen zu begegnen, wobei gemäss Gesetz eine einmalige Abfindung ausbezahlt werde.²³³ Wilhelm Löffler schliesst 1959 organische Schädigungen als Grundlage der Unfallneurose aus. Sie sei eine «Folge des Versichertseins»; er beschuldigt die an einer Unfallneurose leidenden Versicherten als unsozial und vergleicht sie gar mit vermeintlich Leprakranken, welche sich in früheren Zeiten die Aufnahme in einem Lepraheim erschlichen hätten um von Leistungen wie kostenloser Aufenthalt und Verpflegung zu profitieren.²³⁴ Die Diskussion um Rentenneurosen wurde 1959 auch in die ständerätliche Kommission getragen, welche im April 1959 das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vorberiet und schliesslich einstimmig für die Annahme des Gesetzesentwurfs stimmte. Der Berichterstatter Ernst Speiser weist im Sitzungsprotokoll auf eine Eingabe des Zentralvorstandes der Verbindung schweizerischer Ärzte hin, welche vor den Folgen der Rentenneurose warnt. Der Gesetzgeber sei verpflichtet, die diesbezüglichen unerwünschten Folgen der Invalidenversicherung einzudämmen, wobei der Zentralvorstand insbesondere die ärztlichen Gutachter in die Pflicht nimmt. Speiser teilt die Bedenken der Ärzte, dass die IV in der Tat die Entstehung jener psychischen Störung fördern könnte. Er macht auch darauf aufmerksam, dass «der Mensch eben nicht in allen Fällen gut, ehrlich und altruistisch sei».²³⁵

²³⁰ Thomann, Klaus-Dieter; Rauschmann, Michael: Die „posttraumatische Belastungsstörung“ - historische Aspekte einer „modernen“ psychischen Erkrankung im deutschen Sprachraum / "Posttraumatic Stress Disorder" — Historical Aspects of a "Modern" Psychological Condition in the German-Speaking Countries, in: *Medizinhistorisches Journal* 38 (2), 2003, S. 103–138, S. 105 ff.

²³¹ Lengwiler: *Risikopolitik im Sozialstaat*, 2006, S. 122.

²³² Vgl. Ducommun, Jean-Daniel: Neurosen und Rechtsweg in der Unfallversicherung, in: *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung* 2, 1958, S. 181–185; Tillmann, Arthur: Neurose und Unfallversicherung, in: *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung* 1, 1957, S. 181–205; Löffler, Wilhelm: Licht- und Schattenseiten der Sozialversicherung, in: *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung* 3, 1959, S. 1–25.

²³³ Ducommun: Neurosen und Rechtsweg in der Unfallversicherung, 1958, S. 181.

²³⁴ Löffler: Licht- und Schattenseiten der Sozialversicherung, 1959, S. 16.

²³⁵ Ständerat: Vormittagssitzung vom 23 April 1959, 7682. Invalidenversicherung. Bundesgesetz, in: *Amtliches Bulletin der Bundesversammlung II (Aprilsession)*, 1959, S. 129–156, S. 132.

Die Ausführungen in diesem Kapitel zeigen, dass durch die Anerkennung von geistiger Invalidität psychisch Kranke von der Invalidenversicherung zumindest nicht von vornherein ausgeschlossen wurden. Die vom Bundesrat erwähnten Charakterdefekte wie auch die in Zusammenhang mit der IV ins Spiel gebrachte Renten neurose – von Tillmann klar als seelischer Krankheitszustand identifiziert²³⁶ – hingegen deuten eher auf ein vorurteilsbehaftetes Verständnis von psychischer Krankheit in der Invalidenversicherung hin. Im Art. 10 Abs. 2 IVG²³⁷ wurde denn auch verankert, dass die Versicherung ihre Leistungen einstellen kann, wenn der Anspruchsberechtigte die Eingliederung erschwere oder verunmögliche. Art. 7 Abs 1 hält zudem fest, dass bei einer vorsätzlichen oder grobfahrlässigen Herbeiführung der Invalidität die Geldleistungen dauernd oder vorübergehend verweigert, gekürzt oder entzogen werden können.

In der Tat waren Missbrauchsvorwürfe in Zusammenhang mit psychischen Krankheiten offenbar latent vorhanden. Felix Walz beispielweise erwähnt 1960, dass in Bezug auf die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf die geistige Invalidität vor «Querulanten und Simulation» gewarnt werde, wobei er keine konkreten Personen oder Gruppen nennt.²³⁸ Alan Canonica vermutet die nicht vorhandene Sichtbarkeit und damit die schwierigere Diagnostizierbarkeit der geistigen Gebrechen als Hauptgrund für das Misstrauen.²³⁹

4.2 Lobbyarbeit für die Anerkennung der psychischen Krankheit als geistige Invalidität

4.2.1 Konsolidierungsphase

Geistig Invalide wurden, wie im Kapitel 4.1 gezeigt werden konnte, im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung schlussendlich berücksichtigt. Bei der Festlegung der genauen Bedeutung des Begriffs der *geistigen Invalidität* handelte es sich jedoch um einen äusserst langwierigen Aushandlungsprozess zwischen verschiedenen Interessengruppen und Akteuren.²⁴⁰ Einer davon war die 1953 gegründete Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für geistigen Gesundheitsschutz, deren Ziel

²³⁶ Tillmann: Neurose und Unfallversicherung, 1957, S. 186.

²³⁷ Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19, 01.03.1961.

²³⁸ Walz, Felix: Allgemeine Grundsätze des Gesetzes, in: Nawiasky, Hans (Hg.): Hauptprobleme der Invalidenversicherung, Einsiedeln 1960 (Veröffentlichungen der Schweizerischen Verwaltungskurse an der Handels-Hochschule St. Gallen), S. 16–26, S. 18.

²³⁹ Canonica: Missbrauch und Reform, 2012, S. 28.

²⁴⁰ Viele der Quellentexte aus dem Bestand des Bundesarchivs wurden in französischer Sprache verfasst. Dort wird praktisch ausnahmslos der Begriff der «invalides mentaux» verwendet, wobei aus den Texten nicht immer eindeutig herausgeht, ob alle Kategorien von geistig Invaliden oder nur psychisch kranke Invalide gemeint sind.

es war, ihr zugehörige Organisationen bei ihren Bestrebungen zugunsten vom geistigen Gesundheitsschutz zu unterstützen.²⁴¹ Sie ging teilweise aus dem 1927 gegründeten Schweizerischen Nationalkomitee für geistige Hygiene hervor, welches im Gegensatz zur neugegründeten Arbeitsgemeinschaft über keine Funktion als Dachorganisation verfügte. Zentrale Akteure beider Organisationen, welche in Zusammenhang mit der Invalidenversicherung immer wieder in Erscheinung treten sollten, waren u.a. André Repond²⁴², Präsident des Komitees für geistige Hygiene sowie Direktor der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Malévoz VS und Mitglied internationaler Gremien der WHO, Henri Bersot, Generalsekretär des Komitees und Direktor der Klinik Bellevue in Le Landeron sowie Hans-Oscar Pfister, Präsident der neu gegründeten Arbeitsgemeinschaft für geistigen Gesundheitsschutz und Chefstadtarzt von Zürich.²⁴³ Ein weiterer Exponent war Maurice Rémy, Direktor der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Marsens FR, Präsident der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie SGP.

Die ersten archivischen Hinweise zugunsten der psychisch Kranken in der Invalidenversicherung stammen von Maurice Rémy und Henri Bersot. Am 2. Juli 1955, einige Tage vor der Sitzung des Bundesrates vom 12. Juli 1955, wendet sich Rémy im Namen der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken an das Bundesamt für Sozialversicherung. Die Vereinigung habe Kenntnis darüber erlangt, dass ein Projekt für eine Invalidenversicherung geplant sei und diesbezüglich zwei Volksinitiativen eingereicht worden seien. Diese sähen offenbar vor, verschiedene Kategorien von geistig Invaliden, darunter «Schwachsinnige» und «unheilbar Geisteskranke», auszuschliessen. Rémy weist darauf hin, dass sich sowohl die Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken als auch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie veranlasst sähen, dieser Position entschieden entgegen zu treten. Er bittet das BSV ausserdem darum, die psychiatrischen Fachorganisationen auf dem Laufenden zu halten und verspricht die Weiterleitung eines Berichts zur Frage des Invaliditätsbegriffs.²⁴⁴ Henri Bersot, der Verfasser des erwähnten Berichts, sendet diesen noch am selben Tag ans BSV und umschreibt dessen Inhalt folgendermassen: «Je vous envoie le rapport

²⁴¹ Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für geistigen Gesundheitsschutz: Protokoll der Gründungsversammlung der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für den geistigen Gesundheitsschutz, Protokoll 21.03.1953, Schweizerisches Wirtschaftsarchiv SWA, Signatur: Soz. Inst. 297 (Bro).

²⁴² Barras, Vincent: Repond, André, in: Historisches Lexikon der Schweiz Online: <<http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D14590.php>>, Stand: 05.07.2018.

²⁴³ Repond, André: Die Einführung der Psychohygiene in der Schweiz, in: Pfister-Ammende, Maria (Hg.): Die Psychohygiene. Grundlagen und Ziele : Psychoanalyse und andere Psychotherapie, Sonderfragen der Medizin, Soziologie, angewandte Psychohygiene, Bern 1949, S. 340–354, S. 351 f.

²⁴⁴ Rémy, Maurice an Bundesamt für Sozialversicherung: Anfrage betreffend Invalidenversicherung, Korrespondenz 02.07.1955, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#1066*.

ci-joint dans lequel j'expose les raisons qui motivent l'inclusion des invalides mentaux dans les bénéficiaires de l'aide des pouvoirs publics sous la forme prévue d'une assurance-invalidité.»²⁴⁵ Die Stossrichtung der Psychiater ist also eindeutig. Das BSV antwortet Rémy, dass das Projekt Invalidenversicherung noch nicht gestartet habe, weshalb der Ausschluss bestimmter Kategorien von Invaliden zu diesem Zeitpunkt nicht bestätigt werden könne. Ganz im Gegenteil wären noch alle Möglichkeiten offen, weshalb das BSV sehr am entsprechenden Bericht interessiert sei.²⁴⁶

Henri Bersot definiert in seinem Bericht zunächst den Begriff der geistig Invaliden. Er subsumiert darunter Personen, welche aufgrund einer Geistesschwäche oder einer Missbildung resp. Krankheit des Nervensystems dauerhaft in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sind. Zu den geistigen Behinderungen zählt Bersot diverse Störungsbilder und Beeinträchtigungen welche angeboren und erworben sind (z.B. durch Infekte und Krankheiten) oder durch einen Unfall auftreten. Seine umfangreiche Liste von Geistesschwächen, Erkrankungen des Nervensystems usw. ergänzt er durch den Passus «et surtout les maladies mentales proprement dites dont la plus importante est la schizophrénie».²⁴⁷ Bersot zeigt sich irritiert, dass in einem an die SAEB adressierten Merkblatt, welches u.a. vom früheren FDP-Bundesrat Walther Stampfli unterzeichnet wurde, nur körperliche Invalidität als solche betrachtet wird. Die Idee, öffentliche Mittel nur den körperlich Invaliden zukommen zu lassen, bezeichnet Bersot als willkürlich und ungerecht. Er weist ausserdem darauf hin, dass körperlich Behinderte aufgrund ihres Handicaps zumeist auch unter psychischen Problemen oder Störungen des Nervensystems litten.²⁴⁸ Ein weiteres Anliegen ist Bersot die Gleichstellung von körperlich und geistig Behinderten in der beruflichen Eingliederung. So fordert er nicht nur generell Eingliederungsmöglichkeiten für geistig Behinderte – also auch psychisch Kranke – sondern explizit dieselben Eingliederungsmöglichkeiten wie für körperlich Kranke, und dies auch am selben Ort, also in denselben Ateliers oder Werkstätten.²⁴⁹

Aus einer Anfrage von Maurice Rémy ans BSV vom 15. Juli 1955 geht hervor, weshalb die Frage der geistig Invaliden von den Psychiatern als so dringlich erachtet wurde. Die Initiative der SP sah

²⁴⁵ Bersot, Henri an Bundesamt für Sozialversicherung: Notiz zum Bericht, Begleitnotiz 02.07.1955, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#1066*.

²⁴⁶ Bundesamt für Sozialversicherung - Direktor Arnold Saxer an Rémy, Maurice: Antwort auf Anfrage betreffend der Berücksichtigung psychisch Kranker in der Invalidenversicherung, Korrespondenz 08.07.1955, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#1066*.

²⁴⁷ Bersot, Henri: Les invalides mentaux doivent être compris dans l'aide qu'on demande à la Confédération d'instituer en faveur des invalides, Bericht 07.1955, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#1066*, S. 1.

²⁴⁸ ebd., S. 2.

²⁴⁹ ebd., S. 7.

nämlich eine Übergangsbestimmung betreffend die Invalidenversicherung vor, mit deren baldigen Inkrafttreten die Fachorganisationen offenbar rechneten. Sie wollten hernach um jeden Preis verhindern, dass eine Bestimmung, welche die geistig Behinderten aus der IV ausschliesst, Eingang in jedwede – auch provisorische – gesetzliche (Übergangs-)Bestimmung finden würde. Im selben Schreiben weist Rémy zudem darauf hin, dass er Kenntnis davon habe, dass eine Expertenkommission zusammengestellt werden solle und bittet darum, dass ein Psychiater in dieser Einsitz nehmen könne.²⁵⁰ Rémys Bitte betreffend die Zusammensetzung der Expertenkommission wird vom BSV berücksichtigt; vielleicht war sie ohnehin schon vorgesehen gewesen. Die für einen Vorschlag angefragte Verbindung der Schweizer Ärzte empfiehlt Henri Bersot als Mitglied der Expertenkommission. Dieser erleidet im August 1955 aber einen tödlichen Unfall²⁵¹, weshalb an seiner Stelle wiederum von der Verbindung der Schweizer Ärzte, welche insgesamt drei Personen für die Expertenkommission vorschlagen darf, André Repond als Ersatz genannt und vom BSV akzeptiert wird.²⁵²

4.2.2 Überzeugungsarbeit in Expertenkommission und Invalidenorganisationen

Am 3. Oktober 1955 nimmt die Expertenkommission zusammen mit vier Subkommissionen, welche Spezialthemen wie die medizinischen Massnahmen oder die berufliche Eingliederung behandeln, ihre Arbeit auf. Ernst Kaiser, späterer Vizedirektor des BSV, hält ein einleitendes Referat, im Rahmen dessen er die «grosse Zweiteilung der körperlich und der geistig Invaliden» erwähnt. Er räumt aber ein, dass eine genaue Abgrenzung im Einzelfall nicht immer möglich sei und dass das Bundesamt für Sozialversicherung der Ansicht sei, dass der Einbezug der geistig Invaliden in die Versicherung bejaht werden sollte. Als Grund für die Position des BSV nennt er die Konsultation der «Eingabe der Psychiater, in welcher klar dargelegt wird, dass die Probleme hinsichtlich geistiger Invalidität sich nicht wesentlich von jenen der körperlichen Invalidität unterscheiden.»²⁵³ Ganz offensichtlich hatte sich der Effort der Psychiater also gelohnt. Zumindest das BSV war schon mal über-

²⁵⁰ Rémy, Maurice an Bundesamt für Sozialversicherung - Direktor Arnold Saxer: Anfrage betreffend der Berücksichtigung psychisch Kranker in der Invalidenversicherung, Korrespondenz 15.07.1955, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#1066*.

²⁵¹ Schweizerische Aerzteorganisationen - Generalsekretariat an Bundesamt für Sozialversicherung: Expertenkommission für die Einführung einer eidgenössischen Invalidenversicherung, Brief 18.08.1955, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#698*.

²⁵² Bundesamt für Sozialversicherung - Direktor Arnold Saxer an Verbindung der Schweizer Aerzte: Invalidenversicherung - Expertenkommission, Brief 23.09.1955, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#698*.

²⁵³ Kaiser, Ernst: Einleitendes Referat an der ersten Sitzung der Eidgenössischen Expertenkommission für die Einführung der Invalidenversicherung vom 3.-7. Oktober 1955, Referat, Bd. 1, in: Protokolle der Eidgenössischen Expertenkommission für die Einführung der Invalidenversicherung (1), S. 1–59, S. 53.

zeugt. Nun lag es an André Repond, auch den Mitgliedern der Expertenkommission die Notwendigkeit des Einbezugs geistig und besonders psychisch Invaliden in die Invalidenversicherung näherzubringen.

Bereits in der ersten Sitzung der Subkommission III, welche sich mit der medizinischen Eingliederung befasste, vermag André Repond sein Anliegen zugunsten der geistig Invaliden durchzusetzen.²⁵⁴ Ihm gegenüber stehen in der Subkommission vor allem Personen aus dem liberalen Milieu, darunter der bereits oben erwähnte Robert Briner-Eidenbenz, welche den Einbezug geistig Invaliden – gerade in Bezug auf Geldleistungen – zunächst nicht akzeptieren wollen. Ihre Ansicht stösst aber auf keinen Widerhall, Repond erreicht das von den Fachorganisationen anvisierte Ziel.²⁵⁵ Im März 1956, als Beilage zum Schlussbericht der Subkommission III an die Plenarkommission, verfasst Repond einen Bericht mit dem Titel «Invalides mentaux et assurance-invalidité», in dem er die in der Subkommission diskutierten Inhalte ausführt. Dabei nutzt er die Gunst der Stunde und führt auf dreizehn Seiten detailliert aus, weshalb der uneingeschränkte Zugang geistig Invaliden, darunter auch der Invaliden aufgrund psychischer Krankheiten, zu sämtlichen Angeboten der Invalidenversicherung notwendig ist.²⁵⁶ Da Reponds Bericht in dieser Form nur der Expertenkommission und dem BSV zugänglich ist, lässt Repond ihn zusätzlich in der Zeitschrift *Pro Infirmis* publizieren. Damit erreicht er nicht nur ein deutlich grösseres Publikum, sondern kann seine psychiatrische Sicht auch der *Pro Infirmis*, also einer Behindertenorganisation, welche sich bis zu diesem Zeitpunkt nicht mit psychisch Kranken Invaliden beschäftigt hatte, darlegen.²⁵⁷ In einem Vorwort zu Reponds Bericht empfiehlt die *Pro Infirmis* den Lesern denn auch die Lektüre des Texts, weist aber darauf hin, dass dieser die *Pro Infirmis* und die ihr angeschlossenen Einrichtungen nicht zu irgendwelchen Massnahmen verpflichten würde, obwohl es teilweise schwierig sei, zwischen verschiedenen Arten von geistiger Invalidität zu unterscheiden.²⁵⁸ Was steckt hinter der Abwehrhaltung der *Pro Infirmis* und dem Hinweis auf verschiedene Arten von geistiger Invalidität?

In einer Sitzung der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für geistigen Gesundheitsschutz vom März 1957 wird die Frage aufgeworfen, ob sich die Arbeitsgemeinschaft ebenfalls mit der kommen-

²⁵⁴ Repond, André: Invalides mentaux et assurance-invalidité, Bericht 20.03.1956, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#725*, S. 1.

²⁵⁵ Fracheboud: L'introduction de l'assurance invalidité, 2015, S. 103f.

²⁵⁶ Repond: Invalides mentaux et assurance-invalidité, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), E3340B#1987/62#725*, 20.03.1956.

²⁵⁷ Repond, André: Invalides mentaux et assurance-invalidité, in: *Pro Infirmis* 1955/56 (10), 1956, S. 291–296.

²⁵⁸ ebd., S. 291.

den Invalidenversicherung befassen solle. Dies wird von den Sitzungsteilnehmern verneint, die psychiatrischen Gesellschaften sowie eindeutig die Pro Infirmis sollten sich mit diesen Fragen beschäftigen.²⁵⁹ Die Aufklärung der oben gestellten Frage findet sich dann aber in einem Schreiben von André Repond im Namen des Schweizerischen Nationalkomitees für geistige Hygiene an das BSV, welches ebenfalls im März 1957 entstand. So stellt Repond fest, dass das BSV offenbar verschiedene Behindertenorganisationen wie Pro Infirmis, ASKIO und SAEB im Sinne einer Konsultarfunktion einzusetzen gedenke. Eine sehr wichtige Kategorie der Invaliden werde dadurch aber nicht vertreten, nämlich diejenige der psychisch Kranken. Repond weist darauf hin, dass die Pro Infirmis zwar die Geistesschwachen vertreten würde, psychisch Kranke aber gemäss ihren Statuten kategorisch aus ihren Aktivitäten ausschliesse. Er kündigt daher an, dass verschiedene bestehende Psychiatrieorganisationen die Gründung einer Dachorganisation in Erwägung ziehen, welche die Interessen der psychisch kranken Invaliden gegenüber dem BSV vertreten soll.²⁶⁰ Diesen Schritt erachtet Repond aus verschiedenen Gründen als zwingend notwendig:

«Cette représentation nous paraît d'autant plus nécessaire que les invalides et malades mentaux ne peuvent se défendre eux-mêmes, alors que toutes les autres catégories d'invalides en sont capables. Dès l'abord aussi je dois vous dire que les psychiatres sont opposés à ce que la [...] SAEB représente les questions de réintégration professionnelle des invalides mentaux. Cette Association n'a montré aucun intérêt quelconque pour ces problèmes et, de plus, elle nous paraît totalement dépourvue de compétences pour le faire.»²⁶¹

Seine Worte drücken das Missfallen gegenüber Organisationen wie der SAEB, welche dafür plädierte, nur körperlich Invalide anzuerkennen, klar aus. Ausserdem wird deutlich, dass sich die Psychiater in der Pflicht sehen, Invalide aus psychischen Gründen zu vertreten, weil es sonst niemand tut oder wie im Fall der Pro Infirmis tun kann.

An diesem Punkt stellt sich die Frage zur Rolle der Irrenhilfsvereine, welche sich bereits seit dem 19. Jahrhundert um die Belange und Fürsorge der psychisch Kranken gekümmert hatten. Diese gemeinnützigen Organisationen existierten in den 1950er-Jahren noch immer und verfügten mit der Arbeitsgemeinschaft kantonaler Hilfsvereine für Gemüts- und Geisteskranke auch über eine gemeinsame überkantonale Institution. Am 10. August 1957 hatte die Arbeitsgemeinschaft kantonaler Hilfsvereine im Zuge der Vernehmlassung des Bundesgesetzes über Invalidenversicherung eine Sitzung einberufen, im Rahmen derer Adolf Zolliker, Direktor der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen TG, ein einleitendes Referat über den Stand des Invalidenversicherungsgesetzes

²⁵⁹ Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für geistigen Gesundheitsschutz: Protokoll der 3. Generalversammlung, Protokoll 14.03.1957, Schweizerisches Wirtschaftsarchiv SWA, Signatur: Soz. Inst. 297 (Bro).

²⁶⁰ Comité national suisse d'hygiène mentale - André Répond an Bundesamt für Sozialversicherung - Direktor Arnold Saxer: Anfrage betreffend Dachorganisation, Korrespondenz 22.03.1957, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#1063*.

²⁶¹ ebd., S. 2.

hielt. Zolliker betont darin u.a. die wertvolle Mitarbeit des Psychiaters André Repond in der Expertenkommission. Er weist die Hilfsvereine ausserdem darauf hin, dass mit der neuen Eidgenössischen Invalidenversicherung eine Konsolidierung der Bestrebungen der kantonalen Hilfsvereine für Gemüts- und Geisteskranke auf eidgenössischer Ebene unumgänglich sei. Es sei zudem ausserordentlich wichtig festzuhalten, dass der geistige Gesundheitsschaden von der Expertenkommission anerkannt wurde und gleichberechtigt neben dem körperlichen Schaden stehe. Zuletzt schlägt Zolliker vor, dass sich die Hilfsvereine entweder zu einer selbständigen Dachorganisation zusammenschliessen oder sich aber gemeinsam der Pro Infirmis anschliessen. Diesem Vorschlag hält die an der Sitzung anwesende Zentralsekretärin der Pro Infirmis entgegen, dass eine Aufnahme der Hilfsvereine gemäss den Statuten nicht erlaubt sei.²⁶²

4.2.3 Eine Dachorganisation für psychisch kranke Invalide?

Maurice Rémy seinerseits bringt an der Sitzung der Arbeitsgemeinschaft kantonalen Hilfsvereine eine weitere Institution ins Spiel, ein im Juni 1957 neu gegründetes Komitee der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie, dem u.a. auch Adolf Zolliker und André Repond angehörten. Das Komitee verfolgte das Ziel, verschiedene Fragen in Zusammenhang mit der Invalidenversicherung zu evaluieren und in der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie einzubringen.²⁶³ Rémy betont das Interesse des SGP-Komitees an einer Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft kantonalen Hilfsvereine und empfiehlt den Zusammenschluss aller Hilfsorganisationen für die psychisch Kranken sowie ein gemeinsames Vorgehen.²⁶⁴ Die Voten der Sitzungsteilnehmer fallen sehr unterschiedlich aus. Während einige den Anschluss der kantonalen Hilfsvereine ans SGP-Komitee befürworten, sprechen sich andere für die Gründung einer eigenen schweizerischen Dachorganisation der Hilfsvereine aus. Schliesslich stimmen die Teilnehmer für die Ernennung eines neuen Komitees der Hilfsvereine, dessen Mitglieder noch am selben Tag gewählt werden. Dieses soll das weitere Vorgehen gemäss Protokoll zusammen mit dem SGP-Komitee und der Pro Infirmis abstimmen.²⁶⁵

In der Folge gelangen beide Komitees unabhängig voneinander an das Bundesamt für Sozialversicherung. Das Komitee der Arbeitsgemeinschaft kantonalen Hilfsvereine informiert das BSV jedoch lediglich über die Ergebnisse der Sitzung vom 10. August 1957 und fragt an, ob es sich wohl direkt

²⁶² Schweizerische Zentralstelle für praktische Psychiatrie: Sitzung der Arbeitsgemeinschaft kantonalen Hilfsvereine für Gemüts- und Nervenranke, Protokoll 10.08.1957, Schweizerisches Sozialarchiv, Signatur: Ar 31.60.4, S. 1 f.

²⁶³ Hôpital psychiatrique de Marsens - Direction - Maurice Remy an Bundesamt für Sozialversicherung: Assurance-invalidité fédérale, Brief 21.08.1957, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#107*.

²⁶⁴ Schweizerische Zentralstelle für praktische Psychiatrie: Sitzung der Arbeitsgemeinschaft kantonalen Hilfsvereine für Gemüts- und Nervenranke, Schweizerisches Sozialarchiv, Ar 31.60.4, 10.08.1957, S. 5.

²⁶⁵ ebd., S. 6–7.

beim BSV für seine Pfleglinge einsetzen solle oder allenfalls doch der – gemäss Protokoll eigentlich nicht infrage kommende – Anschluss an die Pro Infirmis sinnvoll wäre.²⁶⁶ Das BSV stellt daraufhin fest, dass sich die Arbeitsgemeinschaft jederzeit mit Vorschlägen ans BSV wenden könne, die Vernehmlassung, zu welcher auch die Pro Infirmis eingeladen worden sei, aber bereits abgelaufen sei.²⁶⁷ Aus dem Schreiben des SGP-Komitees hingegen geht hervor, dass die SGP vom BSV angefragt wurde, eine Stellungnahme zum Bericht der Expertenkommission zu verfassen. Diese Aufgabe wurde von der SGP intern an André Repond delegiert. Im Schreiben hält Maurice Rémy, der Präsident des SGP-Komitees fest, dass das Komitee die Entscheidung der Expertenkommission, physisch und geistig Kranke gleichzustellen, mit Wohlwollen zur Kenntnis genommen habe. Er nennt aber einige Punkte, mit denen das Komitee nicht einverstanden ist. Rémy kritisiert beispielsweise, dass weder in den kantonalen IV-Kommissionen noch in den IV-Regionalstellen der Einsatz von Psychiatern vorgesehen sei. Dies sei durch die grosse Anzahl geistig Invaliden und die Komplexität der Probleme, welche mit geistiger Invalidität einhergingen aber unumgänglich. Weiter weist Rémy darauf hin, dass geistig Kranke häufig nicht krankenversichert seien. In diesem Zusammenhang hält er die vorgesehene gesetzliche Grundlage, dass alle Versicherten erst nach einer Karenzfrist von 360 Tagen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung haben, für sehr problematisch, weil damit gewisse Personen – häufig aber geistig Invalide – diskriminiert würden. Ein weiteres Manko sieht Rémy darin, dass Therapien psychoneurotischer Krankheiten, welche mit einer Invalidität einhergehen, ebenfalls nicht von der IV abgedeckt würden. Dies sei wiederum heikel, weil die Krankenversicherung nicht für Psychotherapien aufkomme.²⁶⁸

Hier blitzt ein grundsätzliches Problem aus der schweizerischen Sozialversicherungsgeschichte auf, nämlich die Tatsache, dass sehr lange Zeit keine obligatorische Krankenversicherung existierte. Die Psychiater wollten diesem Problem entgegentreten, in dem die Invalidenversicherung Leistungen, welche eigentlich in den Bereich der Krankenversicherung gehörten, übernehmen sollte. Diese Forderung scheint insofern nicht besonders abwegig, als dass Invalidität und Krankheit unbestreitbar direkt miteinander zusammenhängen. Obwohl die IV schliesslich der AHV angegliedert wurde –

²⁶⁶ St. Gallischer Hilfsverein für Gemütskranke an Bundesamt für Sozialversicherung: Stellungnahme der kantonalen Hilfsvereine zum Invalidenversicherungsgesetz, Korrespondenz 03.09.1957, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#1075*.

²⁶⁷ Bundesamt für Sozialversicherung - Direktor Arnold Saxer an Arbeitsgemeinschaft kantonalen Hilfsvereine für Gemütskranke - St. Gallischer Hilfsverein für Gemütskranke: Arbeitsgemeinschaft kantonalen Hilfsvereine für Gemütskranke, Korrespondenz 21.09.1957, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#1075*.

²⁶⁸ Hôpital psychiatrique de Marsens - Direction - Maurice Remy: Assurance-invalidité fédérale, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), E3340B#1987/62#107*, 21.08.1957.

die Gründe dafür lagen in Überschneidungen bzw. Parallelen bezüglich Kreis der Versicherten, Beitragspflicht, Ausgestaltung des Rentensystems etc. – wurde durchaus auch die Verbindung mit der Krankenversicherung diskutiert. Der Expertenbericht hält fest, dass dies in einigen Ländern wie Frankreich und Belgien praktiziert werde, in der Schweiz aber das deutsche und österreichische Modell der Verbindung mit der Altersversicherung präferiert werde. So decke sich der Kreis der Krankenversicherten nicht mit dem Kreis der gemäss Expertenkommission anerkannten Invaliden; ausserdem werde die Krankenversicherung durch eine grosse Anzahl sehr unterschiedlich organisierter Krankenkassen durchgeführt. Ein Anschluss der eidgenössischen Invalidenversicherung an die Krankenkassen wäre nur mit gröberen Umstrukturierungsmassnahmen möglich, was aber weder erwünscht noch durchführbar sei.²⁶⁹

Nach dem Abschluss des Vernehmlassungsverfahrens folgte aufgrund des drängenden Zeitplans sehr rasch die Botschaft des Bundesrats an die eidgenössischen Räte und der Gesetzesentwurf. Im Vorfeld der Beratungen der eidgenössischen Räte nutzt der Fribourger Maurice Rémy die Gelegenheit und gelangt an den Fribourger Nationalrat Max Aebischer, um seine Wünsche und Bedenken, resp. diejenigen des SGP-Komitees in Bezug auf die geistig Invaliden, nochmals zu bekräftigen. Rémy hält fest, dass psychische Krankheit nach wie vor ein sehr wichtiges Thema sei, immerhin zähle die Schweiz mehr als 20'000 hospitalisierte Psychriefälle. Der Grossteil dieser Kranken stamme aus armen Verhältnissen, weshalb 80% auf öffentliche Fürsorgegelder angewiesen seien. Die Karenzfrist zur Anerkennung der Invalidität von einem Jahr sei für die meist nicht krankenversicherten Kranken äusserst problematisch. Wiederum weist er zudem auf die Zusammensetzung der IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen hin; eine adäquate Beurteilung des Invaliditätsgrades durch die nicht psychiatrisch ausgebildeten Mitglieder erscheint ihm unmöglich. Rémy bietet Aebischer zudem an, dass die SGP-Kommission im Fall von Fachfragen jederzeit zur Verfügung stehe. Die weiteren Ausführungen von Rémy beziehen sich auf die Wichtigkeit der Prophylaxe im Fall von schwererziehbaren Kindern und Jugendlichen, welche allenfalls die Invalidisierung aus psychischen Gründen im späteren Leben verhindern könne, sowie auf die Trennung zwischen Erwerbsunfähigkeit und der Unfähigkeit, ein existenzsicherndes Einkommen zu generieren. Ein weiteres Anliegen ist Rémy die Klarstellung, dass sich nur spezielle Dachorganisationen um die Belange psychisch Kranker kümmern könnten, nicht aber Institutionen wie Pro Infirmis und SAEB, für welche diese nur ein Nebenthema seien: «Il s'agit en effet des questions de psychiatrie sociale

²⁶⁹ Eidgenössische Expertenkommission für die Einführung der Invalidenversicherung: Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für die, 11.1956, S. 33.

pour lesquelles seuls les psychiatres et leurs services spécialisés d'assistance sociale psychiatrique ont la compétence et l'expérience voulues.»²⁷⁰

Da das IVG bereits per 1. Januar 1960 in Kraft treten sollte, mussten parallel zu den Beratungen der eidgenössischen Räte bereits konkrete Handlungsanweisungen an die Akteure der zukünftigen Invalidenversicherung ausgearbeitet werden. Zu diesem Zweck wünschte das BSV möglichst bald den Kontakt mit den Fachleuten des SGP-Komitees aufzunehmen, wobei auch die von Rémy aufgeworfenen Fragen thematisiert werden sollten.²⁷¹ Am 19. August 1959, nur knapp vier Monate vor der Einführung der IV, kam ein solches Treffen erstmals zustande. Das Protokoll bezeugt die beidseitige Erleichterung über den persönlichen Austausch. Thematisiert werden wiederum die einjährige Karenzfrist sowie die Wiedereingliederung resp. Erwerbsunfähigkeit psychisch Kranker. Vonseiten der Psychiater wird zudem die Bitte ans BSV laut, die Krankenkassen zu veranlassen, gewisse psychiatrische Leistungen zu übernehmen um das Eintreten einer Invalidität zu verzögern oder zu verhindern. Das BSV verspricht in der Folge, die Anregungen der Fachleute zu prüfen.²⁷²

Keine Interventionen auf eidgenössischer Ebene erfolgten vom Komitee der Arbeitsgemeinschaft kantonaler Hilfsvereine für Gemütskranke. In einem Protokoll der Delegiertenversammlung vom September 1959 hält der Vorort der Hilfsvereine fest, dass 1957 ein Komitee «zum Studium der sich bei den geistig Invaliden ergebenden Fragen ernannt wurde. Das vorgenommene Komitee ist aber offenbar nie zusammengetreten, weil eine Unklarheit bestand, wer einladen sollte.»²⁷³ Nachdem die Referendumsfrist für das IVG abgelaufen war und die Einführung der IV per 1. Januar 1960 definitiv war, schritten aber auch die Hilfsvereine auf kantonaler Ebene zur Tat. So geht aus dem Protokoll von 1959 ebenfalls hervor, dass der Schaffhauser Hilfsverein der neu gegründeten IV-Regionalstelle der Kantone Zürich, Schaffhausen und Glarus beigetreten war. In diesem Zusammenhang wird auf die wichtige zukünftige Rolle der Invalidenorganisationen hingewiesen, welche die Versicherten in

²⁷⁰ Hôpital psychiatrique de Marsens - Direction - Maurice Remy an Nationalrat Max Aebischer: Geisteskranke in der Invalidenversicherung, Stellungnahme 17.11.1958, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#107*.

²⁷¹ Bundesamt für Sozialversicherung - Alters- und Hinterlassenenversicherung an Bundesamt für Sozialversicherung - Vizedirektor Frauenfelder: Invalidenversicherung - geistig Invalide, Notiz 02.07.1959, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#107*.

²⁷² Bundesamt für Sozialversicherung: Notes concernant la séance du 19 août 1959 à laquelle assistaient des médecins spécialistes des maladies mentales et des représentants de l'OFAS, Protokoll 19.08.1959, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#107*.

²⁷³ Schweizerische Zentralstelle für praktische Psychiatrie: Protokoll der Delegiertenversammlung der Hilfsvereine für Gemütskranke der Schweiz, Protokoll 26.09.1959, Schweizerisches Sozialarchiv, Signatur: Ar 31.60.4, S. 1.

enger Zusammenarbeit mit der eidgenössischen Invalidenversicherung bei der (Wieder-)Eingliederung unterstützen sollten. Daher sei es wichtig, dass sich die Hilfsvereine ein entsprechendes Mitspracherecht sicherten.²⁷⁴

4.2.4 Expertenwissen im Sozialstaat

Die in diesem Kapitel aufgezeigte Entwicklung zwischen 1955 und 1959 in Bezug auf die Frage der psychisch Kranken in der Invalidenversicherung ist ein Paradebeispiel für den Einfluss von Expertenwissen auf den Sozialstaat. Als Experten bezeichnet Martin Lengwiler Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, welche ihre Qualifikationen ausserhalb von akademischen Institutionen, z.B. in der öffentlichen Verwaltung, einbringen.²⁷⁵ Er weist auf die sich in den letzten Jahren zunehmend entwickelnde wissens- und wissenschaftshistorische Perspektive auf die Sozialstaatsentwicklung hin, welche die Entstehung von Sozialversicherungen nicht auf politische Interessen der beteiligten Gruppen und Klassen reduziert, sondern den Einfluss zivilgesellschaftlicher, akademischer und staatlicher Expertengremien betont.²⁷⁶ Experten seien in diesem Zusammenhang aber nicht als «blosse Agenten der Wissenschaft zu verstehen, die ihre szientistische Weltsicht nicht-akademischen Akteuren aufoktroieren».²⁷⁷ Vielmehr agierten sie als Grenzgänger oder Übersetzer zwischen institutionellen Feldern. Die Entstehung von Experten verortet Lengwiler im 19. Jahrhundert, als sich Wissenschaft und Politik zunehmend ausdifferenzierten, wodurch vermittelnde Akteure zwischen beiden Welten in Form der Experten nötig wurden. Das Expertenwissen fungierte zudem als Vertrauens-technologie²⁷⁸, weil wissenschaftliche Expertise gerade in umstrittenen Politikfeldern unabhängiges Wissen darzustellen schien.²⁷⁹ Der Grund für die starke Präsenz der ärztlichen Experten in den Sozialversicherungen sieht Lengwiler, welcher sich intensiv mit der SUVA auseinandergesetzt hat, in der Tatsache, dass die Schweiz über kein Kassenärztesystem verfügte. Dieser Entscheid hatte zur Folge, dass SUVA und Krankenkassen wie auch die Invalidenversicherung den Grossteil ihrer medizinischen Aufgaben an freiberufliche Ärzte und Ärztinnen delegierten, wobei die Entgeltung mit den ärztlichen Ständeorganisationen ausgehandelt worden sei. Ständesorganisationen wie die in diesem Kapitel genannte SGP versteht Lengwiler als integrativer, wenn auch privat organisierter Teil des schweizerischen Sozialstaats. Die freiberuflichen Ärzte wie auch die ärztlichen Ständesvertreter ordnet er entsprechend als Sozialstaatsexperten ein.²⁸⁰

²⁷⁴ ebd., S. 3–4.

²⁷⁵ Lengwiler: Zwischen Verwissenschaftlichung, Politisierung und Bürokratisierung, 2006, S. 170.

²⁷⁶ ebd., S. 168.

²⁷⁷ Lengwiler: Konjunkturen und Krisen in der Verwissenschaftlichung, 2010, S. 51.

²⁷⁸ Lengwiler verweist hier auf Theodore Porter, der diesen Begriff entwickelte: Porter, Theodore M.: Trust in numbers. The pursuit of objectivity in science and public life, Princeton, N.J. 1995.

²⁷⁹ Lengwiler: Konjunkturen und Krisen in der Verwissenschaftlichung, 2010, S. 51.

²⁸⁰ Lengwiler: Zwischen Verwissenschaftlichung, Politisierung und Bürokratisierung, 2006, S. 170.

In der Tat traten die Psychiater zwischen 1955 und 1959 als Experten auf. Sie vermittelten und übersetzten für Bundesbern medizinische Erkenntnisse bezüglich Behinderung, welche eine strikte Unterscheidung zwischen körperlichen und geistigen Gebrechen nicht rechtfertigten. André Repond hatte als Mitglied der Expertenkommission zudem eine klare Hybridfunktion inne; seine Aufgabe lag demnach in der Vermittlung zwischen Behörden und Standesvertretern. Nichtsdesto trotz handelt es sich beim vehementen Einsatz der psychiatrischen Standesorganisationen und ihrer Vertreter wohl um ein eher aussergewöhnliches Phänomen. So wurden sie zwar einerseits vom Bundesamt für Sozialversicherung zur Erstellung von Gutachten bezüglich des Einbezugs der geistig Invaliden in die Invalidenversicherung angefragt, agierten aber gleichzeitig mangels Alternativen auch als Ersatz-Dachorganisation, welche die Interessen ihrer Schützlinge ganz klar vertritt. Die vermeintlich unabhängigen Experten handelten aufgrund der ablehnenden Haltung von einzelnen Akteuren als Lobbyisten, welche angelehnt an den damals aktuellen Forschungsstand ein klares Ziel verfolgten, das sie mittels Berichten, Anfragen und Beiträgen in der Expertenkommission zu erreichen versuchten. Dies gelang ihnen schliesslich auch, vom BSV wurden sie als massgebende Anlaufstelle eingesetzt und ihren Anliegen wurde Gehör geschenkt. Während der Einbezug der geistig Invaliden mit Eintreten des IVG gesetzlich festgeschrieben war, sagte der Gesetzestext aber noch nichts über die genaue Definition von geistiger Invalidität aus. Zwar war die Anerkennung psychischer Krankheiten gesichert, der Katalog der berücksichtigten Krankheiten und Gebrechen kristallisierte sich aber wiederum erst in einem langwierigen Prozess heraus, welcher mit den Beratungen in der Expertenkommission resp. der Subkommission begann und aufgrund von Gesetzesrevisionen und der Rechtsprechung bis heute anhält. Im nächsten Kapitel sollen die Diskussionen nachgezeichnet werden, welche sich rund um die Einführung der IV um die Anerkennung psychischer Krankheiten sowie um den Anspruch auf medizinische Massnahmen und Versicherungsleistungen drehten.

4.3 Charakterschwäche oder Krankheit? Die Anerkennung bestimmter psychischer Krankheiten

Das Ziel dieses Kapitels ist herauszuarbeiten, welche konkreten psychischen Krankheiten in Bezug auf die Anerkennung durch die Invalidenversicherung in den Behörden, durch die Ärzte und in der Öffentlichkeit diskutiert wurden. Zunächst sollen aber die wichtigsten Leistungen und deren Anspruchsvoraussetzungen überblicksweise dargestellt werden, damit die Diskussionen um den Einbezug der psychischen Krankheiten überhaupt eingeordnet werden können. Anschliessend sollen

Stellungnahmen, welche durch Behörden und Fachpersonen kurz vor und nach der Einführung der IV zu einzelnen Krankheitsbildern entstanden, näher erläutert werden.²⁸¹

4.3.1 Grundlagen der IV-Gesetzgebung

Nachdem das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung in Kraft getreten war, folgte am 5. Januar 1961 die Verordnung über Geburtsgebrechen GgV und am 17. Januar 1961 die Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVV. Dadurch waren die in grossen Teilen bis heute gültigen Grundzüge der Invalidenversicherung gesetzlich verankert. Das IVG ist in zwei Teile gegliedert, Versicherung und Förderung der Invalidenhilfe. Innerhalb des Teils Versicherung existieren fünf Abschnitte: Versicherte Personen, Beiträge, Leistungen, Organisation sowie Rechtspflege- und Strafbestimmungen. Beim für diese Studie relevantesten Abschnitt handelt es sich um die «Leistungen». Das IVG regelt neben den allgemeinen Voraussetzungen die Punkte Eingliederung, Renten, Hilflosenentschädigung, das Zusammenfallen von Leistungen sowie verschiedene Bestimmungen. Ganz im Sinne der Gründerväter der Invalidenversicherung steht die Eingliederung auch im Gesetz an prominenter Stelle, notabene vor der Rente, was denn auch dem Kerngedanken «Eingliederung vor Rente» entspricht.

Gemäss Art. 4 der ersten Fassung des IVG²⁸² gilt «als Invalidität im Sinne dieses Gesetzes [...] die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit.» Als Geburtsgebrechen gelten gemäss GgV Art. 1 Abs. 1²⁸³ Gebrechen, welche «bei vollendeter Geburt bestehen» und zudem in einer speziellen Liste aufgeführt sind. In jener Liste gemäss GgV Art. 2 finden sich zwar Gebrechen des Nervensystems, jedoch keine psychischen Krankheiten. Da neben Geburtsgebrechen und Unfall aber auch eine Krankheit die Invalidität begründen kann und geistige Gesundheitsschäden gemäss IVG anerkanntermassen zu einer Invalidität führen können, ist eine Invalidität aus psychischen Gründen also prinzipiell möglich. Diese muss aber, wie aus Art. 4 hervorgeht, eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsfähigkeit nach sich ziehen. Gerade psychische Krankheiten, welche in eher kürzeren Episoden auftreten, sind somit von IV-Leistungen ausgeschlossen. Auf eine IV-Rente entsteht gemäss

²⁸¹ Dieses Kapitel bezieht sich auf die Zeit kurz vor und nach der Einführung der IV. Die konkrete Rechtsprechung sowie Revisionen und Änderungen werden im Kapitel 5.2 untersucht.

²⁸² Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. 01.03.1961.

²⁸³ Der Schweizerische Bundesrat: Verordnung über Geburtsgebrechen vom 5. Januar 1961. GgV, 01.03.1961.

IVG Art. 28 Abs. 1²⁸⁴ erst ein Anspruch, wenn der Versicherte zur Hälfte invalid ist²⁸⁵ und gemäss 29 Abs. 1 erst dann wenn der Versicherte während 360 Tagen voll erwerbsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte erwerbsunfähig ist. Wie im vorherigen Kapitel ersichtlich wurde, hatten die Psychiater aufgrund der bei Psychatriepatienten häufig fehlenden Krankenversicherung gegen diesen Passus zu intervenieren versucht. Immerhin sah das Gesetz bei einer bleibenden Erwerbsunfähigkeit keine Karenzfrist vor; im Fall einer wiederkehrenden, aber nicht dauerhaften Erwerbsunfähigkeit jedoch schon, was bei gewissen psychischen Krankheiten zu Problemen führen konnte. Rémy erwähnt an der gemeinsamen Sitzung der Psychiater und des BSV in diesem Zusammenhang beispielsweise manisch-depressive Psychosen.²⁸⁶ Um das Ziel der Eingliederung zu erreichen, haben Versicherte Anspruch auf medizinische Massnahmen. Diese dienen aber ausdrücklich nicht «der Behandlung des Leidens an sich», sondern der beruflichen Eingliederung. Sie sollen dabei helfen, «die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren».²⁸⁷ Auch Psychotherapien kommen als medizinische Massnahmen in gewissen Fällen infrage, sofern sie explizit auf die Erwerbsfähigkeit ausgerichtet sind.²⁸⁸ Mit der Betonung auf die Erwerbsfähigkeit wird der deutliche Unterschied zwischen medizinischen Massnahmen der Invalidenversicherung und Leistungen der Krankenversicherung, welche von der Erwerbsfähigkeit völlig unabhängig sind, offensichtlich. Dies hervorzuheben war auch dem BSV wichtig. Albert Granacher, zu diesem Zeitpunkt Chef der Unterabteilung AHV/IV/EO des BSV, betont gemäss dem Protokoll vom 19. August 1959 die Unterscheidung zwischen Invalidenversicherung und Krankenversicherung in Bezug auf die medizinischen Massnahmen gemäss IVG Art. 12.²⁸⁹

²⁸⁴ Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. 01.03.1961.

²⁸⁵ Gemäss Art. 28 Abs. 1 wird, wenn der Versicherte weniger als zu zwei Dritteln invalid ist, nur eine halbe Rente ausbezahlt. In Härtefällen kann bereits bei einer Invalidität von zwei Fünfteln (40%) eine Rente ausbezahlt werden. Diese Bestimmung wurde mit der ersten Gesetzesrevision von 1968 angepasst. Gemäss dieser konnte in Härtefällen bereits ab einer Invalidität von einem Drittel eine halbe Rente ausbezahlt werden. Gemäss der heutigen Gesetzgebung (2018) existieren vier Rentenabstufungen. Ab einem Invaliditätsgrad von 40% wird eine Viertelsrente ausbezahlt. Vgl. Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft: Invalidenversicherung: Bundesgesetz vom 19. Juni 1959. IVG, 01.01.1968, Art. 28, Abs. 1; Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959. IVG, 01.01.2018. Online: <<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19590131/201801010000/831.20.pdf>>, Art. 28, Abs. 1 und 2.

²⁸⁶ Bundesamt für Sozialversicherung: Notes concernant la séance du 19 août 1959 à laquelle assistaient des médecins spécialistes des maladies mentales et des représentants de l'OFAS, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), E3340B#1987/62#107*, 19.08.1959.

²⁸⁷ IVG Art. 12 Abs. 1

²⁸⁸ IVV Art. 2, Abs. 1

²⁸⁹ Bundesamt für Sozialversicherung: Notes concernant la séance du 19 août 1959 à laquelle assistaient des médecins spécialistes des maladies mentales et des représentants de l'OFAS, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), E3340B#1987/62#107*, 19.08.1959.

4.3.2 Ausdifferenzierungsprozesse

Aus einem Schreiben des BSV an die IV-Kommission des Kantons Zürich vom 5. Mai 1960 geht hervor, dass Versicherte mit psychischen Krankheiten bei den IV-Kommissionen durchaus zu einigen Unsicherheiten führten, wobei die nicht allzu genauen Regelungen den Vorteil der zukünftigen Flexibilität hatten. So antwortet das BSV der IV-Kommission folgendes²⁹⁰:

«Entgegen der im erwähnten Schreiben vertretenen Ansicht sind wir mit Ihnen der Meinung, dass der Begriff der Invalidität in Bezug auf psychiatrische Fälle im Gesetz keinesfalls mangelhaft geregelt worden ist, auch wenn auf diesem wie auf andern Gebieten die Vollzugsvorschriften zum IVG noch manche Einzelfrage zu lösen haben werden. Vielleicht liegt gerade darin, dass die gesetzliche Umschreibung der Invalidität, des massgebenden Invaliditätsgrades und des Beginnes des Rentenanspruches bereits auf einige wesentliche Begriffselemente beschränkt wurde, ein erheblicher Vorteil; so hindern später keine unnötigen Schranken die sinnvolle Weiterentwicklung des Rechts in der Praxis, und namentlich wird dabei die Berücksichtigung neuester medizinischer Erkenntnisse nicht erschwert.»²⁹¹

Eine ergänzende Perspektive auf den Umgang mit Invalidität aus psychischen Gründen bietet eine Richtlinie des BSV zuhanden der kantonalen IV-Kommission vom 13. April 1960, welche Ernst Probst und Carl Haffter in einem Gutachten zuhanden des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zitieren. Diese weist die IV-Kommissionen demnach an, in der Annahme geistiger Gesundheitsschäden sei «eine gewisse Zurückhaltung geboten». Insbesondere seien «Charakterdefekte (z. B. Haltlosigkeit, Schwererziehbarkeit), widernatürliche Veranlagungen und Süchtigkeit (z. B. Alkoholismus, Nikotinabusus, Morphinismus) als solche nicht zu den geistigen Gesundheitsschäden zu zählen, sofern der Zustand nicht eindeutig pathologischen Charakter hat.»²⁹² Daraus geht hervor, dass psychisch Kranke resp. die Definition von psychischer Krankheit in den Organisationen der Invalidenversicherung eher auf einem vorurteilsbehafteten gesellschaftlichen als auf einem medizinisch-juristischen Konzept von psychischer Krankheit beruhten. An diesem Punkt der Unsicherheit und sprachlich mangelnder Präzision sprangen wiederum die psychiatrischen Fachvertreter in die Bresche, welche die Abklärungen der IV-Kommissionen und Regionalstellen sowie die Rechtsprechung ihrerseits durch Artikel in Fachzeitschriften ergänzten. 1959 beispielsweise wurde in der Zeitschrift der Pro Infirmis der Artikel «Der psychisch Kranke und die Invaliden-Versicherung» von Oscar Wanner, dem Chefarzt der kantonalen Heilanstalt Breitenau in Schaffhausen, veröffentlicht. Im Artikel bezieht sich Wanner auf die Erfahrungen mit seinen Patienten und versucht abzuschätzen, welche Patienten je nach Diagnose allenfalls Anspruch auf eine Invalidenrente hätten.

²⁹⁰ Das Schreiben der IV-Kommission Zürich ist im Bundesarchiv nicht überliefert

²⁹¹ Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung AHV/EO an IV-Kommission des Kantons Zürich: Invalidenversicherung / Psychiatrische Fälle, Brief 05.05.1960, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#107*.

²⁹² Probst, Ernst; Haffter, Carl: Gutachten über grundsätzliche Fragen der Invalidenversicherung, Im Auftrag des Eidgenössischen Versicherungsgerichts am 18. September 1961 erstattet, Bd. 1, in: Sonderabdruck aus Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung, Bern 1962 (6 1), S. 12.

Wanner begrüsst den Einbezug derjenigen Personen in die Invalidenversicherung, welche aus seelisch-geistigen Gründen erwerbsunfähig werden, als «Überwindung jahrhundertealter Vorurteile».²⁹³ Gleichzeitig bringt auch er wiederum sogenannte «Charaktermängel» ins Spiel, welche er vor allem in Zusammenhang mit Süchten verortet. Wanner weist darauf hin, dass gemäss Art. 7 Abs. 1 IVG²⁹⁴ im Falle von grober Fahrlässigkeit der versicherten Person eine allfällige Rente dauerhaft oder vorübergehend gekürzt resp. verweigert werden könne. Diese Frage könne sich beispielsweise bei Alkoholikern stellen, wobei Alkoholismus zwar als Krankheit anerkannt sei, auch wenn teilweise Charaktermängel vorliegen würden. Ähnliche Fragen stellten sich auch bei anderen Suchtkrankheiten.²⁹⁵ Bei Psychopathien, die Wanner als «Charakter- und Persönlichkeitsvarianten schwerer Natur» versteht, nimmt er an, dass diese in der IV wohl eher nicht berücksichtigt würden, da Personen mit dieser Diagnose zwar psychisch auffällig, dennoch aber grundsätzlich arbeits- und erwerbsfähig seien. Ähnlich schätzt er manisch-depressive Krankheitszustände ein. In Bezug auf Neurotiker verweist Wanner u.a. auf allfällig auftretende Renten neurosen, welche sich aber nur bei einem kleinen Teil der Kranken entwickelten. Schwere Zwangsneurosen und chronische Angstneurosen hingegen könnten die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von Versicherten durchaus über längere Zeit beeinträchtigen, weshalb eine Invalidenrente allenfalls in Frage käme und eine detaillierte Untersuchung des individuellen Falls durch die jeweilige Kommission unumgänglich sei. Als besonders gefährdet stuft er Personen ein, welche an einer Schizophrenie leiden. Vor allem bei Schizophrenien, welche einen chronischen, ungünstigen Verlauf nähmen, käme es nach Wanner häufig zu einer psychischen Invalidität. Er erwähnt auch Kinder mit Erziehungsschwierigkeiten, welche besonders bei Vertretern der Psychohygiene zu verschiedenen Vorstössen und Stellungnahmen geführt hätten. Diesbezüglich merkt er an, dass bei jenen Kindern nicht immer eine psychopathische Charakterveranlagung angenommen werden könne, sondern durchaus auch Erziehungsfehler und das Milieu eine Rolle spielen könnten, weshalb eine separate Kommission wohl noch die Einzelheiten in Bezug auf die Invalidenversicherung klären müsste.²⁹⁶

Die Psychopathie wird drei Jahre nach den Ausführungen von Wanner im Jahr 1962 in einem weiteren Artikel detaillierter behandelt. So erscheint in der Zeitschrift für die Ausgleichskassen ZAK der Artikel «Psychopathie und Schwachsinn in ihrer Beziehung zur Invalidenversicherung» von Peter Mohr, Direktor der kantonal-aargauischen Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden. Mohr, welcher sich der pejorativen Konnotation des Psychopathiebegriffs bewusst ist und darauf hinweist,

²⁹³ Wanner, Oscar: Der psychisch Kranke und die Invaliden-Versicherung, in: Pro Infirmis 18 (3), 1959, S. 69–81, S. 70.

²⁹⁴ Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. 01.03.1961.

²⁹⁵ Wanner: Der psychisch Kranke und die Invaliden-Versicherung, 1959, S. 76.

²⁹⁶ ebd., S. 77 f.

dass dieser deshalb von den Psychiatern nicht gerne verwendet werde, stellt fest, dass die Psychopathie grundsätzlich nicht zu den IV-relevanten Krankheiten gehöre. Die Abnormität von sogenannten Psychopathen sei stets im Vergleich zur Gesellschaft zu betrachten, eine Arbeitsunfähigkeit aber eher selten. Zwar gebe es durchaus Fälle von Psychopathen, deren Symptome so stark ausgeprägt seien, dass sie einer Geisteskrankheit gleichkommen würden. Diese müssten aber nach Ermessen von der IV geprüft werden.²⁹⁷ Mohr entspricht damit der Meinung des BSV, welches in einem Schreiben an Adolf Zolliker festhält, dass «bei Psychopathen eine nach IVG leistungsbegründende Invalidität nur ganz selten zu bejahen ist».²⁹⁸

In den Diskussionen um die Anerkennung psychischer Krankheiten ging es jedoch längst nicht immer um den Anspruch auf Rentenleistungen. Ein häufiges Streitthema waren infolge des Fehlens einer obligatorischen Krankenversicherung auch die medizinischen Massnahmen. Im Juli 1960, also nur sechs Monate nach der Einführung der IV, sah sich das BSV offensichtlich genötigt, im an die IV-Stellen gerichteten Publikationsorgan «IV-Mitteilungen» klarzustellen, dass psychotherapeutische Massnahmen nur in sehr seltenen Fällen als Eingliederungsmassnahmen der IV betrachtet werden dürften. So gehe die psychiatrische Behandlung «von funktionellen Störungen des Geistes (z.B. reaktiver Depressionen), die nicht zu den ‘grossen Geisteskrankheiten’ oder Psychosen gezählt werden, [...] grundsätzlich nicht zu Lasten der IV.» Nur wenn sich im Einzelfall herausstelle, dass eine medizinische Massnahme «eindeutig und ausschliesslich» auf die berufliche Eingliederung gerichtet sei, könne sie von der IV übernommen werden. Regelmässige psychiatrische Behandlungen, welche von unbegrenzter Dauer sind, gelten gemäss dem Schreiben aber grundsätzlich als Behandlung des Leidens an sich und werden von der IV nicht übernommen.²⁹⁹

4.3.3 Streitthemen Alkoholismus und Schwererziehbarkeit

Dieser Passus sorgte besonders in Bezug auf den Alkoholismus für einige Unklarheiten und Auseinandersetzungen, wobei diese bereits in der Subkommission III der Expertenkommission aufgetreten sind. Zunächst sind sich die Mitglieder der genannten Subkommission darüber uneinig, ob Al-

²⁹⁷ Mohr, Peter: Psychopathie und Schwachsinn in ihrer Beziehung zur Invalidenversicherung, in: Zeitschrift für die Ausgleichskassen der AHV und ihre Zweigstellen, die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, die Durchführungsstellen der Ergänzungsleistungen zur AHV, der Erwerb ersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige 1962, 1962, S. 50–56, S. 53.

²⁹⁸ Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung AHV/EO an Heil- und Pflegeanstalt Münsterlingen - Direktor Dr. A. Zolliker: Invalidenversicherung / Anstaltsinsassen, Brief 23.08.1961, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#107*.

²⁹⁹ Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung AHV/IV/EO: IV-Mitteilungen, Nr. 9 vom 18. Juli 1960, Zeitschrift 18.07.1960, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#59*, S. 1.

koholismus grundsätzlich als Krankheit eingeordnet werden soll oder nicht. André Repond beispielsweise plädiert im Namen der SGP-Kommission dafür, zwischen einem krankhaften und einem sozialen Alkoholismus zu unterscheiden. Ein weiteres (weibliches)³⁰⁰ Mitglied vertritt die Meinung, dass, selbst wenn Alkoholismus nicht als eigene Krankheit gelte, dieser doch häufig auf eine Krankheit oder ein Gebrechen zurückzuführen sei. Ein Vertreter des Zentralverbands schweizerischer Arbeitgeberorganisationen hingegen warnt vor einer Unterscheidung der Gründe für die Trunksucht, weil damit die Leistungspflicht der IV nicht mehr übersehen werden könne. Er hofft demnach augenscheinlich auf die moralisierende Verurteilung von Alkoholikern als charakterschwach und damit nicht IV-relevant. Ein anderer Teilnehmer macht zudem noch darauf aufmerksam, dass, selbst wenn Alkoholismus als Krankheit anerkannt werde, medizinische Massnahmen wie Entwöhnungskuren stets als Behandlung des Leidens an sich zu gelten hätten und damit nicht von der IV übernommen werden könnten. Die Subkommission kann den Einbezug von Alkoholikern schliesslich nicht klären und weist die Frage weiter ans BSV, welches aufgrund eines Berichts der Eidgenössischen Kommission zur Bekämpfung des Alkoholismus entscheiden solle.³⁰¹ In einer Stellungnahme hält die Eidgenössische Kommission zur Bekämpfung des Alkoholismus anschliessend fest, dass an der Anerkennung des Alkoholismus als Krankheit keine Zweifel bestünden. Sowohl die WHO als auch die Mehrheit der Schweizer Ärzte würden diese Meinung vertreten, zudem gingen auch die Fürsorgestellen von dieser Annahme aus. Sie plädiert deshalb dafür, dass der Alkoholismus von der Expertenkommission für die Einführung der Invalidenversicherung anerkannt wird und weist zudem daraufhin, dass die Betreuung Alkoholkranker neben Wiedereingliederungsmassnahmen beruflicher Art auch solche rein ärztlicher Art bedürfe.³⁰² Auch Oscar Wanner setzt sich im bereits erwähnten Artikel mit Alkoholikern auseinander. Er beschreibt neben der «einfachen Trunksucht» schwere chronische Krankheitsverläufe, welche massive psychische Störungen wie beispielsweise eine sogenannte «Alkoholhalluzinose» nach sich ziehen würden. So kämen wohl in jeder psychiatrischen Anstalt «gelegentlich einmal psychische Alkoholruinen zur Aufnahme, bei welchen mit jahrelangem Anstaltsaufenthalt oder gar mit dauernder Erwerbsunfähigkeit gerechnet werden

³⁰⁰ Weibliche Mitglieder der Subkommissionen der Expertenkommission werden in den Protokollen konsequent nur als Fräulein bezeichnet, der Vorname wird nirgends erwähnt. Aus diesem Grund ist es nicht möglich zu rekonstruieren, welche Organisation sie in der Expertenkommission vertreten.

³⁰¹ Eidgenössische Expertenkommission für die Einführung der Invalidenversicherung - Subkommission III (medizinische Eingliederung): Protokoll der zweiten Sitzung vom 2. und 3. Februar 1956 in Bern, Protokoll 09.02.1956, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#725*, S. 71.

³⁰² Eidgenössische Kommission zur Bekämpfung des Alkoholismus - Präsident der Subkommission für wissenschaftliche Forschung an Bundesamt für Sozialversicherung: Leistungen der Invalidenversicherung für Alkoholiker, Brief 17.03.1956, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#74*.

muss». Während Wanner in diesem Zusammenhang einerseits die Frage nach der groben Fahrlässigkeit nennt, weist er andererseits klar darauf hin, dass Alkoholismus als Krankheit anerkannt sei. In Bezug auf Massnahmen wie den Eintritt in eine psychiatrische Anstalt oder in eine Trinkerheilanstalt stellt er fest, dass diese schlussendlich der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der kranken Person dienen, weshalb die Anordnung als medizinische Massnahme durchaus angedacht werden müsse.³⁰³

Der Alkohol tauchte in der Geschichte der Invalidenversicherung aber noch an einer anderen Stelle als derjenigen im Bereich der IV-Leistungen auf. In den Diskussionen um die Finanzierung der neuen Versicherung wurde von einigen Akteuren des Vororts vorgeschlagen, die Invalidenversicherung mittels einer Alkoholsteuer zu finanzieren.³⁰⁴ Einerseits knüpfte die Idee teilweise an die Finanzierung der AHV an, in deren Fall der Bundesbeitrag von 1948 bis 1972 ausschliesslich durch die Einnahmen aus Alkohol- und Tabaksteuern gedeckt wurde. Andererseits haben die Befürworter der direkten Finanzierung der IV durch die genannten Steuern den Alkoholismuskurs wieder aufgenommen, welcher in der (Psycho-)Hygienebewegung weitergelebt hatte und den Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Invalidität propagierte. Die höhere Besteuerung des Alkohols hätte somit nicht nur die IV finanziert, sondern gleichzeitig auch – aufgrund des vermuteten Konsumrückgangs durch die höheren Kosten – die potenziellen Kosten für die IV verringert. In der Öffentlichkeit stiess der Vorschlag aber auf wenig Gegenliebe, was gemäss Virginie Fracheboud auch mit dem zunehmend geringeren Stellenwert der Abstinenzbewegung zusammenhing. Vonseiten der Politik wurde befürchtet, dass das Volk im Falle einer Volksabstimmung eine Steuererhöhung nicht goutieren und deshalb die Initiative ablehnen könnte.³⁰⁵

Ebenfalls umstritten waren IV-Leistungen für schwererziehbare Kinder. Henri Bersot beschreibt Schwererziehbare in einem Merkblatt zum geistigen Gesundheitsschutz in der Schweiz als Kinder, «welche Charakter- und Verhaltensstörungen» aufweisen. Während seit 1912 verschiedene heilpädagogische Schulen für ihre Ausbildung gegründet worden seien, sei es zunehmend auch möglich, die nervösen Kinder durch kinderpsychiatrische Dienste zuhause zu behandeln und damit Fehlentwicklungen, welche zur Internierung in einer Erziehungsanstalt führten, vorzubeugen.³⁰⁶ Moritz Tramer, ein Pionier der schweizerischen Kinderpsychiatrie und Mitglied des Schweizerischen Nationalkomitees für geistige Hygiene, veröffentlichte 1952 in der Zeitschrift der Pro Infirmis einen

³⁰³ Wanner: Der psychisch Kranke und die Invaliden-Versicherung, 1959, S. 76.

³⁰⁴ Fracheboud: L'introduction de l'assurance invalidité, 2015, S. 161.

³⁰⁵ ebd., 161 ff.

³⁰⁶ Bersot: Für den geistigen Gesundheitsschutz in der, 1951, S. 5.

Artikel über Schwererziehbarkeit. Als Symptome nennt er diverse auffällige Verhaltensweisen und Handlungen, darunter beispielsweise Frechheit, Angriffe, Unordentlichkeit oder Schimpfworte gegen Erwachsene, welche in unterschiedlicher Gruppierung auftreten könnten.³⁰⁷ Neben der Diagnose anhand der Ursachen ist es gemäss Tramer wichtig, auch die Ursache für das Auftreten der Schwererziehbarkeit herauszufinden. Neben körperlichen Ursachen wie Missbildungen, Infektionen etc. nennt er auch neuere gesellschaftliche Entwicklungen wie die «überbordende Technisierung mit ihrer immer mehr zunehmenden Fülle und Mannigfaltigkeit von 'Reizen', und dem Tempo mit dem sie auf den Menschen einstürmen [...]».³⁰⁸ Überdies ist es ihm wichtig zu betonen, dass Familie und Milieu ebenfalls einen grossen Einfluss auf die Ausbildung derartiger Symptome hätten. Aufgrund der grossen Varianz der Symptome und Auslöser diene die Diagnose der Schwererziehbarkeit aber eher als Gefäss, um verschiedene Zustände von Verwahrlosung, Charaktervariationen oder krankhaften Veränderungen wie sogenannte Psychopathien zu subsumieren denn als klar umrissene Diagnose.³⁰⁹ André Repond hält 1956 diesbezüglich fest, dass Schwererziehbarkeit generell kein medizinisches Konzept sei, sondern vielmehr den Zustand von psychisch verletzlichen Kindern und Jugendlichen beschreibe. Aus diesen Fällen entwickelten sich aber häufig psychiatrische Folgestörungen wie kriminelle Psychopathien, schwere Verhaltensstörungen, Alkoholismus, Neurosen und Geisteskrankheiten, welche nicht selten in die Invalidität führten.³¹⁰ Dies könne in vielen Fällen durch entsprechende Massnahmen in der Kindheit und der Jugend verhindert werden.³¹¹ Maurice Rémy seinerseits fordert vom BSV in Zusammenhang mit der Invalidenversicherung im selben Jahr konkrete prophylaktische Massnahmen für schwererziehbare Kinder. Dies wird vom BSV vehement abgelehnt. So führten «Straffälligkeit und asoziale Einstellung als solche nicht zu Invalidität im Sinne der IV. Charakterdefekte gelten nicht als Invalidität». Das BSV befürchtet insbesondere, dass durch die Berücksichtigung von Erziehungsfehlern und Milieuschäden als Invaliditätsauslöser der Invaliditätsbegriff auf unzulässige Art und Weise aufgeweicht werde.³¹² Oscar Wanner plädiert schliesslich dafür, die Thematik differenziert zu betrachten, da in gewissen Fällen ohne durch die IV gesprochenen medizinischen Massnahmen eine Entwicklung hin zu einer völligen psychischen Invalidität geschehen könne. Diese speziellen Fragen müssten aber in einer separaten Kommission besprochen werden.³¹³

³⁰⁷ Tramer, Moritz: Über Schwererziehbarkeit, in: Pro Infirmis 11 (5), 1952, S. 133–136, S. 133.

³⁰⁸ ebd., S. 135.

³⁰⁹ ebd.

³¹⁰ Repond: Invalides mentaux et assurance-invalidité, 1956, S. 294.

³¹¹ ebd., S. 296.

³¹² Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung AHV/EO: Stellungnahme zum Schreiben Dr. Maurice Remy, Direktor der psychiatrischen Klinik Marsens an Nationalrat Aebischer vom 17. November 1958, Stellungnahme 10.12.1958, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#107*, S. 3 f.

³¹³ Wanner: Der psychisch Kranke und die Invaliden-Versicherung, 1959, S. 77.

Anhand des Alkoholismus und der «Schwererziehbarkeit» konnte gezeigt werden, dass in Bezug auf die Anerkennung verschiedener psychischer Krankheiten in der IV durchaus Zweifel bestanden. Dies war besonders bei denjenigen Diagnosen der Fall, welchen der Vorwurf der Charakterchwäche oder der Charaktermängel innewohnte. Dabei handelte es sich oftmals um Probleme, welche sich an der Grenze zwischen einer anerkannten, arbeitsbeeinträchtigenden Krankheit und einer nicht-pathologischen Form von gesellschaftlicher Devianz bewegten. Der moralisierende Impetus, welcher jene Störungsbilder hartnäckig begleitete, geht auf Diskurse zurück, die ihren Anfang im 19. Jahrhundert nahmen und mit der Abstinenzbewegung, dem Hygienediskurs sowie mit bürgerlichen Normativitätsvorstellungen ihren Weg in die Mitte des 20. Jahrhunderts und damit in die Vorbereitungs- und Umsetzungsphase der Invalidenversicherung fanden. Auf der anderen Seite standen Psychiater, welche teilweise der Psychohygienebewegung angehörten, und den Präventionsgedanken sowie die soziale Eingliederung in den Mittelpunkt stellten, weshalb sie für eine differenzierte Betrachtung und gegen den pauschalen Ausschluss einzelner psychischer Störungen eintraten.

5 Praktiken und Entwicklungen nach der Einführung

5.1 Eingliederung in Beruf und Gesellschaft

5.1.1 Eingliederung als Kernziel der IV

Die Eingliederungsmassnahmen gemäss Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 umfassen die im letzten Kapitel beschriebenen medizinischen Massnahmen, Massnahmen für die Sonderschulung und für bildungsunfähige Minderjährige, die Abgabe von Hilfsmitteln (wie beispielsweise Prothesen etc.), die Ausrichtung von Taggeldern sowie Massnahmen beruflicher Art, darunter Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung und Arbeitsvermittlung.³¹⁴ Ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht nur, «soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern.»³¹⁵ Die Versicherten werden ausserdem dazu verpflichtet, die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen ins Erwerbsleben zu erleichtern. Im Fall der Verweigerung der Mitwirkungspflicht droht ihnen die Einstellung der (Renten-)Leistungen.³¹⁶

Der deutliche Fokus auf die (Wieder-)Eingliederung ins Erwerbsleben in der Invalidenversicherung lässt sich darauf zurückführen, dass in den 1950er-Jahren die Eingliederung in den Arbeitsmarkt als zentrales Paradigma in den Mittelpunkt des öffentlichen Behindertendiskurses rückte. Insbesondere die Gründung der SAEB im Jahr 1952 steht symptomatisch dafür. Zentrale Akteure für das Gelingen der Eingliederung waren aber die Unternehmen, also die Arbeitgeber. Im Gegensatz zu den kriegsversehrten Nachbarländern, welche den (Kriegs-)Invaliden das Recht auf Arbeit zugestanden, hatte die Forderung nach sogenannten Behindertenquoten in Unternehmen in der Schweiz jedoch keine Chance. Sowohl Eingliederungsfachleute als auch Fürsorgeorganisationen sprachen sich dezidiert dagegen aus, weil sie den Anteil an Behinderten in der Schweizer Bevölkerung als verhältnismässig gering einschätzten und daher davon ausgingen, dass diese ohne Zwangsmassnahmen vom Arbeitsmarkt aufgenommen werden könnten.³¹⁷ Gemäss Canonica muss bei den Eingliederungsbemühungen seitens der Unternehmen aber grundsätzlich zwischen bereits angestellten Mitarbeitern, welche verunfallen oder invalid werden, sowie der Neuanstellung von beeinträchtigten Personen unterschieden werden. Die Wiedereingliederung der Erstgenannten war in den

³¹⁴ Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959, Art. 8.

³¹⁵ ebd., Art. 9 Abs. 1.

³¹⁶ ebd., Art. 10 Abs. 2.

³¹⁷ Canonica, S. 237.

1950er-Jahren eine etablierte Praxis, welche eng mit dem im 19. Jahrhundert entstandenen Patronatsverständnis vieler Unternehmer zusammenhing.³¹⁸ Auf der anderen Seite stand die systematische Neuanwerbung von behinderten Personen. Diese trat erstmals in den 1950er-Jahren auf; entsprechende Bemühungen von privaten und staatlichen Unternehmen wurden von der Öffentlichkeit daher als Pionierleistung wahrgenommen. Canonica ordnet die Neuanstellung von Behinderten als «solidarischen Akt an einem Kollektiv [...], wie er durch die staatsbürgerliche Konvention zum Ausdruck kommt. Der Wert bemisst sich folglich an der sozialen Verantwortung des Unternehmens gegenüber der Gesellschaft.» Demgegenüber stellt er die Perspektive einer reinen Marktlogik, aus welcher der materielle, personelle und zeitliche Mehraufwand, den ein Unternehmen für die Eingliederung einer behinderten Person in Kauf nimmt, irrational erscheint. Mit ihrer freiwilligen Solidarität und der «bürgerlichen Wohltätigkeit klassischer Prägung» wollten sich die Unternehmen demnach aber eine gewisse Unabhängigkeit gegenüber staatlichen Interventionen vorbehalten.³¹⁹ Im Vorfeld der Vorarbeiten zur Einführung der IV befürchteten Unternehmer und Arbeitgeber in der Tat eine übermässige Bürokratisierung durch die neue Versicherung mit ihrem Eingliederungsprimat, welche private Hilfsbereitschaft und Initiative unterminieren würden.³²⁰

Die Eingliederung wurde durch verschiedene Postulate und Motionen sowie schliesslich auch durch das Volksbegehren der SPS gefordert.³²¹ Dieser Fokus entsprach der Stossrichtung der IAO, welche verschiedene Empfehlungen über die berufliche Eingliederung von Behinderten ausgesprochen hatte. Angelehnt an die IAO vertrat auch der Direktor des BSV, Arnold Saxer, 1954 die Meinung, dass die Versicherungsleistungen bloss als Ergänzung verstanden, die Eingliederungsmassnahmen aber die sozialpolitische Basis einer allfälligen Invalidenversicherung bilden müssten.³²² Dies entsprach einem veritablen Paradigmenwechsel; so sah um 1950 abgesehen von der Militärversicherung keine andere staatliche Sozialversicherung in der Schweiz berufliche Eingliederungsmassnahmen vor.³²³ Urs Germann stellt fest, dass mit der zunehmenden Popularität der Eingliederungsthematik ab ca. 1950 der «Doppelbegriff 'Für- und Vorsorge'», dem der Vorsorgediskurs noch inhärent war, rasch an Bedeutung verlor. Germann konstatiert in Anlehnung an Carlo Wolfisberg, dass sich die behinderungspolitische Perspektive dahingehend verschoben hatte, dass die Fähigkeiten behinderter Menschen zunehmend als gesellschaftliche Chance, nicht mehr als durch Fürsorgemassnah-

³¹⁸ ebd., S. 242 f.

³¹⁹ ebd., S. 245.

³²⁰ ebd., S. 246.

³²¹ Germann: *Eingliederung vor Rente*, 2008, S. 183.

³²² ebd., S. 184.

³²³ ebd., S. 187.

men zu kompensierende Probleme betrachtet wurden: «Nicht mehr die Legitimation einer prophylaktischen Fürsorge, sondern die Teilhabe des Individuums an der Wachstums- und Wohlfahrts-gesellschaft, aber auch seine Pflicht, sich in die soziale und ökonomische Ordnung einzufügen, rückten dadurch ins Zentrum.»³²⁴ Die Wahrnehmung der Behinderten als Chance für die Unternehmen und auch die Gesellschaft, in die sie eingegliedert werden sollten, war also keine Einbahnstrasse. Die Invaliden hatten nicht nur die Möglichkeit, sondern die Pflicht, sich einzugliedern, was aus dem IVG auch deutlich hervorgeht. Dieser Anspruch muss gemäss Germann im Kontext einer mit der Moderne einhergehenden, zunehmenden Überhöhung von Arbeit als Teil der individuellen Identität und als Mittel zur sozialen Teilhabe über die reine Bestreitung des Lebensunterhalts hinaus betrachtet werden. Die allfällige – oder von einer Behörde vermutete – Entscheidung, nicht zu arbeiten, konnte entsprechend dieser Einordnung als deviantes Verhalten gewertet werden, dem mit Anreizen und Zwängen begegnet wurde.³²⁵

Der Eingliederungsboom der 1950er-Jahre wurde durch die Entstehung privater Institutionen zur Eingliederung und Rehabilitation begleitet. Es entstanden geschützte Werkstätten, welche eher auf die Beschäftigung als auf die dauerhafte Eingliederung abzielten. Ein Höhepunkt war 1956 die Eröffnung der Basler Milchsuppe, einer Eingliederungsstätte des Bürgerspitals, welche die Eingliederung behinderter Arbeitskräfte in den ersten Arbeitsmarkt zum Ziel hatte.³²⁶ Das Vertrauen in die grundsätzliche Eingliederungsfähigkeit von Invaliden durch Arbeitgeber, Berufsberater wie auch Ärzte weist darauf hin, dass diese die eingeschränkte Erwerbsfähigkeit nicht als irreversible Folge eines Defizits, sondern vielmehr als die Konfrontation mit Barrieren verschiedener Natur verstanden. Institutionelle, technische und mentale Barrieren bedingten demgemäss die eingeschränkte Erwerbsfähigkeit und liessen die Behinderung von einem rein medizinischen zu einem sozialen Problem werden, welches durch Eingliederungsmassnahmen hoffentlich behoben werden konnte.³²⁷ Auf mentale Barrieren, welche demnach bei einzelnen Invaliden vorhanden waren, verweist der ärztliche Dienst der kantonalen Invalidenfürsorge Basel, die ihre Tätigkeit im Juli 1956 aufgenommen hatte. Die Invalidenfürsorge Basel richtete nicht nur Renten aus, sondern führte auch Eingliederungsmassnahmen durch. In einem Bericht, der im Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes veröffentlicht wurde, stellt der Autor fest, dass die aktive Mitwirkung der Patienten

³²⁴ ebd., S. 188.

³²⁵ Germann: Integration durch Arbeit, 2010, S. 159–160.

³²⁶ Germann: Eingliederung vor Rente", 2008, S. 190.

³²⁷ Germann: Integration durch Arbeit, 2010, S. 164.

«einer der wesentlichen und oft ausschlaggebenden Faktoren» für die Wiedereingliederung sei.³²⁸ Es gelte «mit allen Mitteln die bereite, einsichtige und willige Mitarbeit» zu erreichen.³²⁹ Generell handelte es sich bei der Eingliederung um ein relativ ambivalentes Konzept. Die Eingliederungsmassnahmen sollten aus einer invaliden Person ein vollwertiges Mitglied der Gesellschaft machen; ihr gemäss Germann das Erlangen einer angemessenen sozialen Stellung innerhalb der Gesellschaft ermöglichen. Dies sei angesichts der gegebenen «Konventionen des sozialen Aufstiegs» und der Geschlechterrollen aber oftmals nur schwierig zu erreichen gewesen. Nichtsdestotrotz blieb die Teilnahme am Arbeitsmarkt für Invalide eine soziale Verpflichtung – dies obwohl im Rahmen der Invalidenversicherung auf explizite Zwangsmassnahmen in Zusammenhang mit der Eingliederung verzichtet wurde.³³⁰

5.1.2 Die berufliche Eingliederung psychisch Invalidier

Probleme, welche bei der Eingliederung körperlich beeinträchtigter Menschen auftraten, perpetuierten sich bei psychisch Behinderten zusätzlich. Gertrud Ochsner beschreibt 1954 die Wiedereingliederungssituation in der Schweiz so, dass die Rehabilitation generell in speziellen Pflegeheimen, Anstalten und Werkstätten stattfindet, wobei sie getrennt nach der Art der Behinderung vorgenommen werde.³³¹ Allfällige Einrichtungen für psychisch Kranke erwähnt sie nicht, was als Hinweis für die nur marginale Präsenz dieser Invaliden im Kontext der vor der IV bestehenden Behindertenhilfe gewertet werden kann. Aus einer Stellungnahme des BSV zuhanden von Maurice Rémy geht hervor, dass das SGP-Komitee die Berufsberatung und Arbeitsvermittlung psychisch kranker Invalidier durch das Psychiatriepersonal fordert. Darauf geht das BSV aber nicht ein; es stellt fest, dass sich eine Sonderregelung in dieser Frage nicht aufdränge. Auch die Errichtung spezieller «Arbeitsvermittlungsstellen für Geisteskranke» lehnt das BSV ab, da dadurch eine Zersplitterung zu befürchten sei, welche die Leistungsfähigkeit der einzelnen Stellen beeinträchtigen könne. Ebenfalls eher abschlägig beantwortet das BSV Rémys Anregung, spezielle «Werkstätten für Geisteskranke» in bestehenden Anstalten zu errichten. Zwar könnten Werkstätten von Geldern der IV unterstützt werden; die Beschäftigung in einer geschützten Werkstätte gelte jedoch nicht als Eingliederungsmassnahme, sondern setze den Bezug einer Rente voraus.³³² Durch diese Einschränkung wurden psychisch kranke Invalide, welche aus verschiedenen Gründen keinen Anspruch auf

³²⁸ Zaslowski, M.: Zwei Jahre Tätigkeit des ärztlichen Dienstes der Kantonalen Invalidenfürsorge Basel, in: Bulletin des Eidg. Gesundheitsamtes (1, Sonderdruck aus der Beilage B), 1959, S. 1–12.

³²⁹ ebd., S. 12.

³³⁰ Germann: Integration durch Arbeit, 2010, S. 165.

³³¹ Ochsner: Invalidenfürsorge und Invalidenversicherung in der Schweiz, 1954, S. 101–102.

³³² Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung AHV/EO: Stellungnahme zum Schreiben Dr. Maurice Remy, Direktor der psychiatrischen Klinik Marsens an Nationalrat Aebischer vom 17. November 1958, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), E3340B#1987/62#107*, 10.12.1958, 2 f.

eine Rente erhielten, von verschiedenen Leistungen der Invalidenversicherung ausgeschlossen. 1967 bemängelt ein Text des BSV in der Zeitschrift für die Ausgleichskassen, dass im Zuge der Einführung der IV bezüglich der beruflichen Eingliederung die Geisteskranken bis zu diesem Zeitpunkt vernachlässigt worden seien; so wären eindeutig die Körperbehinderten im Fokus gestanden. Durch den Ausbau von Sonderschulen habe in der Zwischenzeit auch die Förderung der Geisteschwachen hinsichtlich ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben verbessert werden können.³³³ Massnahmen zugunsten von psychisch Invaliden seien jedoch kaum ergriffen worden, obwohl an einigen Orten bereits spezielle «Eingliederungsstätten für Geisteskranke» existierten oder entsprechende Projekte in Planung seien. Das BSV weist deshalb explizit darauf hin, dass «Eingliederungsbemühungen bei einer verhältnismässig grossen Zahl von Geisteskranken zum Erfolg führten.»³³⁴ Im selben Jahr erläutert die Behörde dem Direktor der bündnerischen kantonalen Psychiatrie die Möglichkeiten der beruflichen Eingliederung psychisch kranker Personen. Das BSV bietet die Vermittlung von Kontakten mit speziellen Eingliederungsstätten in Genf und Lausanne an, welche durch die jeweiligen psychiatrischen Kliniken geschaffen, aber unabhängig von diesen betrieben wurden. Anders als noch in der Stellungnahme von 1959 anerkennt das BSV die Eingliederung von Dauerinsassen und -insassinnen psychiatrischer Kliniken, welche in geschützten Werkstätten beschäftigt werden: «Vorausgesetzt, dass planmässig produziert wird und die dort beschäftigten Invaliden ihrer Leistungsfähigkeit entsprechend entlohnt werden und somit als eingegliedert gelten können, dürfte es möglich sein, die betreffende Werkstätte als geschützte Werkstätte im Sinne der IV anzuerkennen.»³³⁵ Dadurch hatten die Betroffenen prinzipiell Anspruch auf unterschiedliche Leistungen der IV und die Werkstätten wurden von der IV teilfinanziert.

Weiterhin umstritten war 1969 der Anspruch von Alkoholikern auf IV-Leistungen, was sich auch auf den Bereich der beruflichen Eingliederungsmassnahmen auswirkte. Ein Schreiben der IV-Regionalstelle Basel an die kantonale Fürsorge in Aarau bezeugt die Benachteiligung von Alkoholkranken in der IV:

«Dem Alkoholismus handelt im Volksempfinden noch immer ein ausgeprägter Anteil von Liederlichkeit an. Diese Tatsache fand ihren Niederschlag in der gesamten Sozialversicherung, indem Leistungskürzungen nach allen Regeln der Kunst vorgenommen werden. Diese Diskriminierung führt auch dazu, dass dem chronischen Alkoholismus in der Regel nicht jene Therapie zukommt, welche geeignet wäre, den Schicksalsablauf des Einzelnen positiv zu beeinflussen. Wenn also bereits in der

³³³ Bundesamt für Sozialversicherung: Die berufliche Eingliederung Geisteskranker, in: Zeitschrift für die Ausgleichskassen der AHV und ihre Zweigstellen, die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, die Durchführungsstellen der Ergänzungsleistungen zur AHV, der Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige sowie der Familienzulagen, 1967, S. 257–258, S. 257.

³³⁴ ebd., S. 258.

³³⁵ Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung AHV/EO an Kantonale psychiatrische Klinik Beverin - Direktor Weber: Invalidenversicherung - Berufliche Eingliederung Geisteskranker, Brief 06.04.1967, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#107*.

Therapie-, resp. Entwöhnungsphase schlechte, sozial-gesellschaftliche Voraussetzungen bestehen, müsste wenigstens alles eingesetzt werden, um die zweite, die berufliche Rehabilitationsphase möglichst positiv zu gestalten.»³³⁶

Das Problem liegt gemäss dem Schreiben einerseits in der Tatsache, dass berufliche Massnahmen erst möglich sind, sobald eine Therapie, welche von der KUVG bezahlt werden muss, erfolgreich war. Ansonsten seien diese zum Scheitern verurteilt. Andererseits weist die Regionalstelle Basel darauf hin, dass die nach einer Entwöhnungskur weiterhin vorhandene Labilität chronische Alkoholiker zu psychisch Invaliden mache. Nur wenn diese Invalidität IV-rechtlich anerkannt werde, könne von einer rechtlichen Gleichstellung im Vergleich mit anderen Krankheiten wie Schizophrenie gesprochen werden, welche dann auch berufliche Eingliederungsmassnahmen ermögliche.³³⁷

Im März 1971 reicht der Nationalrat Fritz Tanner ein Postulat betreffend die Resozialisierung psychisch Kranker ein. Er fordert u.a. die allfällige Schaffung eines Gesetzes über die Bekämpfung der psychischen Krankheiten. In einer Stellungnahme zuhanden des eidgenössischen Gesundheitsamtes stellt das BSV fest, dass psychisch Kranken grundsätzlich die medizinischen und beruflichen Massnahmen der Invalidenversicherung zur Verfügung stehen. Die Behörde räumt aber ein, dass nur verhältnismässig wenige Eingliederungsstätten und Werkstätten bestünden, welche den besonderen Bedürfnissen psychisch Invaliden Rechnung tragen würden. In der Deutschschweiz und im Tessin existierten bis anhin überhaupt keine entsprechenden Institutionen. Die Problematik, dass «eine baldige Lösung des Eingliederungsproblems von psychisch Kranken gefunden werden muss» sei dem Grossteil der kantonalen Psychiatrien aber bewusst, weshalb verschiedene Projekte zur Diskussion stünden und demnächst verwirklicht werden dürften.³³⁸ 1972 wandte sich auch die Konferenz der Regionalstellenleiter der Rehabilitation der psychisch Behinderten zu und behandelte im Rahmen der jährlichen Zusammenkunft die psychisch Invaliden als Hauptthema.³³⁹

In einem in der ZAK veröffentlichten Text von 1985 über «die sozial-berufliche Wiedereingliederung der psychisch Behinderten sowie der Alkohol- und Drogengeschädigten» wird wiederum darauf hingewiesen, dass in den ersten Jahren nach der Einführung die körperlich, geistig und die

³³⁶ Regionalstelle für berufliche Eingliederung Basel-Stadt, Baselland und Solothurn an Kantonale Fürsorge Aargau, Dr. H. Richner: Der Alkoholiker in der IV, Brief 19.08.1969, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#74*.

³³⁷ ebd.

³³⁸ Bundesamt für Sozialversicherung - Direktor Frauenfelder an Eidgenössisches Gesundheitsamt: Postulat Tanner vom 8. März 1971 betreffend Resozialisierung psychisch Kranker, Brief 26.07.1971, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#107*.

³³⁹ Konferenz der IV-Regionalstellenleiter an Bundesamt für Sozialversicherung: Konferenz über die Rehabilitation psychisch Behinderter, Brief 23.03.1972, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#107*.

Sinnesbehinderten, sowie die Verhaltensgestörten³⁴⁰ im Zentrum des Interesses gestanden hätten. Seit etwa zehn Jahren habe sich aber «der Kreis der Invaliden um die Kategorie der psychisch Behinderten mit Einschluss der Drogen- und Alkoholgeschädigten erweitert». Die im Text geschilderten Erfahrungen weisen ausserdem darauf hin, dass die Eingliederung psychisch Behinderter mehrere Phasen umfasst: Nach der medizinischen Phase und einer idealerweise damit einhergehenden psychischen Stabilisierung sei im Optimalfall bereits der Wiedereinstieg ins Arbeitsleben möglich. Gelingt dies nicht, kämen «sozial-berufliche» Massnahmen zum Tragen, deren Dauer auf ca. zwei bis drei Jahre geschätzt wird. Diese umfassen «angepasste Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten» sowie die Durchführung einer Umschulung resp. erstmaligen Ausbildung in einer geeigneten Umgebung. Falls eine Eingliederung ins Erwerbsleben dauerhaft nicht möglich ist, sind in einer dritten Phase Wohnheime und Beschäftigungsmöglichkeiten gefragt. Während die erste Phase von den Krankenversicherungen getragen werden soll – wobei zum Zeitpunkt, als der genannte Text entstand, noch für zehn Jahre keine obligatorische Krankenversicherung existieren sollte – betreffen Phase zwei und drei die Invalidenversicherung.³⁴¹

Trotz der vermehrten Bemühungen um Invalide mit psychischen Krankheiten in den 1970er- und 1980er-Jahren ist davon auszugehen, dass sich ihre Eingliederung weiterhin relativ schwierig gestaltete. Der Grund für diese Vermutung liegt in der Wirtschaftslage, welche sich mit der Wirtschaftskrise in der Mitte der 1970er-Jahre rapide verschlechterte. Da die Arbeitslosenquote zwischen 1961 und 1974 bei 0,0 Prozent lag, war das Eingliederungsmodell der IV in den ersten Jahren nach der Einführung ausserordentlich erfolgreich gewesen. Die hohe Nachfrage nach Arbeitskräften führte zwar einerseits zu einem hohen Bedarf an ausländischen Arbeitskräften, andererseits wurden aber auch Einheimische mit einer Behinderung als potenzielle Arbeitsressource betrachtet. Insbesondere im industriellen Niedriglohnsektor im Bereich von Hilfstätigkeiten fanden Behinderte Zugang zum ersten Arbeitsmarkt.³⁴² Anschliessend kam der grosse Knall. Zwischen 1973 und 1976 reduzierte sich das Total an vorhandenen Stellen um 10%. Dies betraf nicht nur Gastarbeiter, sondern auch Behinderte. Die Leiter der Regionalstellen beklagten wesentliche Erschwernisse bei der Stellenvermittlungstätigkeit, wodurch die Interdependenz zwischen Konjunkturlage und der beruflichen Eingliederung unübersehbar wurde. Erschwerend kam die Tendenz zu einer allmählichen Veränderung des Schweizer Arbeitsmarktes hinzu. Stellen für niedrig qualifizierte Routinetätigkei-

³⁴⁰ Damit sind vermutlich die «Schwererziehbaren» gemeint

³⁴¹ Bundesamt für Sozialversicherung: Die sozial-berufliche Wiedereingliederung der psychisch Behinderten sowie der Alkohol- und Drogengeschädigten, in: Zeitschrift für die Ausgleichskassen der AHV und ihre Zweigstellen, die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, die Durchführungsstellen der Ergänzungsleistungen zur AHV, der Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivildienstpflichtige sowie der Familienzulagen 1985 (1), 1985, S. 252–254, S. 252.

³⁴² Canonica: Konventionen der Arbeitsintegration, 2017, S. 247 f.

ten verschwanden zunehmend, der Schwerpunkt des Arbeitsmarktes verschob sich weg vom Industriesektor hin zum Dienstleistungssektor, der vermehrt hochqualifizierte Arbeitskräfte verlangte. Die Unternehmen und Arbeitgeberverbände fürchteten vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen die Einführung von Behindertenquoten, weshalb sie zunehmend nicht mehr aus einer sozialen Perspektive, sondern ökonomisch-liberal argumentierten. Sie betonten die Eigenverantwortung der Invaliden im Eingliederungsprozess und signalisierten andererseits soziales Engagement, indem sie ihre Mitglieder für die Beschäftigung von Behinderten sensibilisierten.³⁴³

Rückwirkend betrachtet zeigt sich, dass die Eingliederung als zentrales Paradigma der Invalidenversicherung ihr zwar zu einer raschen Erfolgsgeschichte in den Jahren vor und nach der Einführung verhalf. Demgegenüber traten aber bald auch die Nachteile zutage, da das Gelingen der Eingliederung durch verschiedene, von den versicherten Personen unabhängige Faktoren bestimmt wurde. Die Stellen der IV waren auf das Wohlwollen der Betriebe angewiesen, welche keinerlei rechtliche Verpflichtung hatten, Behinderten die (Wieder-)Eingliederung zu ermöglichen. Zwar existierten immerhin gewisse soziale und moralische Anreize, denen aber höhere Investitionen im Vergleich zu gesunden Arbeitskräften gegenüberstanden. Von dieser Problematik waren besonders auch psychisch Invalide betroffen. Im nächsten Kapitel soll gezeigt werden, wie stark in ihrem Fall die berufliche Eingliederung oft auch mit der erfolgreichen sozialen Eingliederung zusammenhing und welche Akteure sich auf gesamtgesellschaftlicher Ebene für diese Gruppe von Invaliden engagierte.

5.1.3 Berufliche Eingliederung als soziale Eingliederung

«[...] nous ne devons pas oublier que l'intégration professionnelle n'est qu'un des aspects de l'intégration dans la communauté, celle-ci comprenant encore des nombreuses autres formes de vie, notamment la vie familiale, la vie culturelle, la vie politique, la vie religieuse, etc. »³⁴⁴

Maurice Rémy weist hier darauf hin, dass sich die (Wieder-)Eingliederung von psychisch Kranken in die Gesellschaft längst nicht auf den beruflichen Aspekt beschränkt. Vielmehr sei eine ganzheitliche Rehabilitation nötig, welche u.a. das Familienleben, das kulturelle und politische wie auch das religiöse Leben umfasse. Dieses Verständnis von Reintegration übersteigt zwar den Anspruch der Invalidenversicherung, es ist aber davon auszugehen, dass die erfolgreiche berufliche Eingliederung unabdingbar mit den verschiedenartigen, nicht-beruflichen Aspekten von Eingliederung zusam-

³⁴³ ebd., S. 251 f.

³⁴⁴ Hôpital psychiatrique de Marsens - Direction - Maurice Remy: Bericht über berufliche und soziale Integration psychisch Kranker, Bericht 03.09.1959, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#107*, S. 1.

menhängt. Diesbezügliche Initiativen von unterschiedlichen Akteuren aus den Bereichen Sozialpsychiatrie, Soziale Arbeit und Privatfürsorge liegen somit zweifellos im Interesse der IV, weshalb in diesem Kapitel entsprechende Aktivitäten nachgezeichnet werden sollen.

Bereits kurz nach der Einführung der IV wurde deutlich, dass verschiedene Invalide, welche von den IV-Regionalstellen betreut wurden, zusätzlich auf Angebote der Fürsorge angewiesen waren. Aus diesem Grund war eine enge Zusammenarbeit zwischen Regionalstellen und Fürsorgestellen³⁴⁵ unerlässlich.³⁴⁶

Stellen der öffentlichen und der privaten Fürsorge – und damit Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter – waren häufig die erste Anlaufstelle für Personen, welche aus vielerlei Gründen von einer sozialen Ausgliederung betroffen waren. Da die IV nur für bestimmte Personen zuständig war, nämlich grundsätzlich für diejenigen mit einer Behinderung aus körperlichen, psychischen oder geistigen Gründen, waren die Fürsorgestellen ebenfalls mit dem Anspruch konfrontiert, Personen wieder in die Gesellschaft einzugliedern. In Zusammenhang mit der dadurch gewonnenen Expertise fordert Maria Meyer, Zentralsekretärin der Pro Infirmis und früheres Mitglied der Expertenkommission für die Einführung der Invalidenversicherung, 1962 die engere Zusammenarbeit der IV-Kommission mit den Sozialarbeitenden. Sie weist darauf hin, dass die Mitglieder der Kommissionen bloss aufgrund der Akten entschieden und somit die Bedürfnisse der Versicherten nicht vollständig im Blick hätten. Deshalb vertritt sie die Meinung, dass es sinnvoll wäre, jeweils einen individuellen Eingliederungsplan durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter erstellen zu lassen. Dies sei bei Personen ohne Anspruch auf IV-Leistungen nämlich ohnehin bereits der Fall. Meyer weist zudem auch auf finanzielle Hilfen hin, welche von privaten Invalidenhilfswerken ergänzend zu den Leistungen der IV-Leistungen geleistet oder vermittelt würden. Andererseits räumt sie ein, dass zweifellos IV-Fälle existierten, bei denen überhaupt keine fürsorgliche Begleitung vonnöten sei.³⁴⁷

³⁴⁵ Seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts hatte im Bereich der Fürsorge ein Professionalisierungsschub stattgefunden, welcher zur Herausbildung der modernen Sozialarbeit geführt hatte. Seit 1920 wurden in Genf, Luzern und Zürich Ausbildungsstätten gegründet, welche zunächst nur für Frauen zugänglich waren und ihren inhaltlichen Schwerpunkt vor allem in den Bereichen Einzelhilfe, Gruppenhilfe und Gemeinwesenarbeit setzten. In den 1930er und -40er-Jahren kamen dann neue Schulen hinzu, welche sich primär auf die Sozialpädagogik konzentrierten und auch männliche Auszubildende zuliessen.

Wolfisberg, Carlo: Sozialarbeit, in: Historisches Lexikon der Schweiz Online: <<http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D16606.php>>, Stand: 31.07.2018.

³⁴⁶ Sandmeier, F.: Berufliche Eingliederungsmaßnahmen in der Invalidenversicherung, in: Zeitschrift für Präventivmedizin 7 (1), 1962, S. 239–242, Stand: 01.04.2018, S. 240.

³⁴⁷ Meyer, Maria: Die Aufgaben der Sozialarbeiterin bei der Rehabilitation Behinderter, in: Zeitschrift für Präventivmedizin 7 (1), 1962, S. 35–46, Stand: 01.04.2018, S. 41 ff.

Eine weitere potenzielle Arbeitsmöglichkeit für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter boten die psychiatrischen Kliniken, welche eigene sozialpsychiatrische Dienste unterhielten. Deren Ziel waren gemäss Repond Hilfestellungen bei der Reintegration in die Gesellschaft wie Stellensuche, aber auch die Vermeidung schädlicher Einflüsse z.B. aufgrund eines ungünstigen Milieus. Er stellt 1956 fest, dass die mehr als zwanzigjährige Erfahrung in der von ihm geleiteten Klinik in Malévoz mit dem hauseigenen sozialpsychiatrischen Dienst gezeigt habe, dass durch frühzeitig ergriffene Massnahmen eine dauerhafte Invalidität aus psychischen Gründen in vielen Fällen verhindert werden konnte.³⁴⁸ Ambros Uchtenhagen, der Leiter des sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Zürich, nennt 1971 als Aufgaben sozialpsychiatrischer Dienste Entlassungsvorbereitungen, das Finden von Anschlusslösungen, welche die berufliche und soziale Eingliederung unterstützen sowie den Umgang mit Rückfällen, resp. die Einordnung, ob eine erneute Klinikeinweisung nötig sein wird oder wie sie allenfalls vermieden werden könnte.³⁴⁹

Die Tätigkeit der Sozialarbeitenden im Bereich der Eingliederung hing eng mit Empfehlungen der Psychohygienebewegung zusammen. Entsprechend wurde die Soziale Arbeit sowohl in psychiatrischen Kliniken als auch ausserhalb von der Schweizerischen Vereinigung zum Schutz der geistigen Gesundheit³⁵⁰ als wichtige Instanz bei der Verbreitung und Anwendung von psychohygienischen Massnahmen verstanden.³⁵¹

«Krankenpflegepersonal und Sozialfürsorgerinnen sind in vielen Fällen die eigentlichen psychohygienischen Ausführungsorgane. [...] Fürsorgerinnen haben die Umweltgestaltung nach psychohygienischen Grundsätzen zu bewerkstelligen und die Angehörigen des Kranken zweckmässig zu belehren. Sie sollen notwendigenfalls auch die Hilfe eines Psychotherapeuten anfordern. [...]»³⁵²

Eine ebenfalls tragende Rolle in Zusammenhang mit der (Wieder-)Eingliederung von Psychiatriepatienten kam den Ärzten zu. In einer Ausgabe der Schweizerischen Ärztezeitung von 1963 wird die Eingliederung von seelisch Kranken als zentrale Aufgabe der Psychiatrie bezeichnet: «Medizinische, berufliche und soziale Eingliederungsmassnahmen sind bei psychiatrischen Patienten besonders eng miteinander verbunden.» Als Grundgebot wird die Zusammenarbeit aller Beteiligten,

³⁴⁸ Repond: Invalides mentaux et assurance-invalidité, 1956.

³⁴⁹ Uchtenhagen, Ambros: Aufgaben eines Sozialpsychiatrischen Dienstes, in: Schweizerische Zeitschrift für Gemeinnützigkeit - Organ für Fragen des Sozialwesens 110 (112), 1971, S. 243-247, S. 244.

³⁵⁰ Dabei handelte es sich um die Nachfolgeorganisation der «Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für geistigen Gesundheitsschutz», siehe dazu Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für geistigen Gesundheitsschutz: Protokoll der 5. Generalversammlung, Protokoll 05.03.1960, Schweizerisches Wirtschaftsarchiv SWA, Signatur: Soz. Inst. 297 (Bro).

³⁵¹ Präsident der Schweizerischen Vereinigung zum Schutz der geistigen Gesundheit - H.O. Pfister Chefstadtdarzt von Zürich an Schweizerische Landeskonferenz für soziale Arbeit: Das Jahr der geistigen Gesundheit 1960 in der Schweiz, Referat 23.11.1959, Schweizerisches Wirtschaftsarchiv SWA, Signatur: Soz. Inst. 297 (Bro), S. 6 f.

³⁵² Pfister, Hans-Oskar: Öffentliche Gesundheitspflege und Psychohygiene, in: Pfister-Ammende, Maria (Hg.): Die Psychohygiene. Grundlagen und Ziele : Psychoanalyse und andere Psychotherapie, Sonderfragen der Medizin, Soziologie, angewandte Psychohygiene, Bern 1949, S. 100-110.

also von Patient oder Patientin, Arzt, Angehörigen, Fürsorgerin³⁵³ und Behörde betont, wobei der Text bezüglich der beruflichen und sozialen Eingliederung eindeutig die Sozialdienste in die Pflicht nimmt.³⁵⁴ Sowohl die öffentliche als auch die private Fürsorge hatten noch nach der Jahrhundertwende während Jahrzehnten ein Fürsorgeverständnis gepflegt, welches primär auf monetären Leistungen und Sozialdisziplinierung beruhte. Passend dazu stammten die frühen Fürsorgerinnen häufig aus der bürgerlichen Oberschicht. Mit ihrer Kleidung und ihrem Habitus grenzten sie sich von den Arbeiterfamilien ab, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit besuchten.³⁵⁵ Einen konträren Ansatz verfolgte gemäss Charlotte Bloch die Soziale Arbeit der 1960er-Jahre. In ihrem Zentrum stand das sogenannte Social Casework, also die detaillierte Betrachtung des Einzelfalls. Geldleistungen waren nur ein Aspekt dieser Art von Fürsorge, mindestens ebenso wichtig war die soziale Eingliederung.³⁵⁶ Im Zuge der Erfolgsgeschichte des Social Casework wurden Beratungstätigkeiten und Psychologie wichtiger; die individuellen Ursachen für die Situation rückten in den Mittelpunkt, strukturelle Gründe für die Hilfsbedürftigkeit hingegen traten in den Hintergrund. Der Grund für diese Entwicklung verortete der Direktor der kantonalen psychiatrischen Universitätsklinik Basel, Paul Kielholz, auch in den steigenden Fallzahlen im Bereich von psychischen Störungen wie Neurosen, Suchterkrankungen und Alterskrankheiten. Betroffene Patienten waren demgemäss in niederschweligen Betreuungsangeboten, welche häufig durch Psychopharmaka ergänzt wurden und die soziale Integration anstrebten, besser aufgehoben als in der klassischen Anstaltspsychiatrie. Dieser teilweise auch durch die Kritik der Antipsychiatrie beeinflusste neue Therapieansatz, welcher den Fokus auf die sozialen Ursachen von psychischen Störungen legte, wurde passend als Sozialpsychiatrie bezeichnet.³⁵⁷

Es konnte gezeigt werden, dass Wiedereingliederung in Zusammenhang mit psychischen Krankheiten weit mehr bedeutete als die Wiederheranführung der Versicherten an den Arbeitsmarkt. Diese Erkenntnis, welche von einem einzelfallbezogenen Verständnis des Individuums ausgeht, entwickelte sich ungefähr zur Zeit der Einführung der Invalidenversicherung. Während im IVG

³⁵³ Im Text wird automatisch davon ausgegangen, dass es um eine weibliche Vertreterin der Fürsorge handelt. Diese Vorannahme kam vermutlich nicht von ungefähr, waren doch Frauen in der Sozialen Arbeit zahlenmässig stets übervertreten. Vgl. Hauss, Gisela: Frauen in der Geschichte Sozialer Arbeit in der deutschsprachigen Schweiz -aufgezeigt an drei Orten (Schweiz), in: Hering, Sabine; Waaldijk, Berteke (Hg.): Die Geschichte der Sozialen Arbeit in Europa (1900-1960). Wichtige Pionierinnen und ihr Einfluss auf die Entwicklung internationaler Organisationen, Wiesbaden, s.l. 2002, S. 101–114, S. 106.

³⁵⁴ Stoll, W.: Rehabilitationsaufgaben des Arztes. Die Eingliederung psychiatrischer Patienten, in: Schweizerische Ärztezeitung (8), 1963, S. 147–148.

³⁵⁵ Hauss: Frauen in der Geschichte Sozialer Arbeit, 2002, S. 107.

³⁵⁶ Bloch, Charlotte: Invalidenversicherung und private Fürsorgeorganisationen, in: Zeitschrift für Präventivmedizin 7 (1), 1962, S. 243–247, Stand: 01.04.2018, S. 244.

³⁵⁷ Steiner, Simon: Zwei Seelen in der gemeinnützigen Brust. Psychische Gesundheit zwischen Nächstenliebe und Sozialpsychiatrie, in: Schumacher, Beatrice (Hg.): Freiwillig verpflichtet. Gemeinnütziges Denken und Handeln in der Schweiz seit 1800, 2010, S. 369–394, S. 376 ff.

eindeutig nur die berufliche Eingliederung geregelt wurde, konnte in den letzten Kapiteln gezeigt werden, dass Akteure, welche im Dreieck Versicherung - Versicherter/Patient - Psychiatrie angesiedelt waren, einerseits den sozialen Aspekt der beruflichen Eingliederung zweifelsfrei anerkannten, andererseits aber auch die teilweise darüberhinausgehende soziale Eingliederung betonten. Dieser Anspruch manifestierte sich in den 1970er-Jahren, als die berufliche Eingliederung für Invalide aufgrund der Wirtschaftskrise noch schwieriger wurde; der Ruf nach der Gründung einer Dachorganisation für psychisch Kranke und psychisch Invalide wurde zehn Jahre nach der Einführung der IV wieder lauter.

5.1.4 Eine Dachorganisation für die psychisch Kranken

Die SGG hatte sich bereits im Bereich der Psychohygiene stark engagiert und nahm die neuen Trends, welche sich an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Fürsorge entwickelten und in der Sozialpsychiatrie mündeten, in ihre Programmatik auf. Beispielsweise setzte sie sich 1959 für eine Qualitätskontrolle im Bereich der psychologischen Beratungen ein.³⁵⁸ 1967 veröffentlichte sie das Merkblatt «Zum Verständnis von psychisch Kranken», welches Themen wie «die Einstellung der Gesunden zu den Geisteskranken sowie zu den psychiatrischen Kliniken», den Umgang mit psychisch Kranken, aber auch Beschäftigung und Berufstätigkeit enthält. Ergänzt wurde das Merkblatt mit einer Liste von Beratungsstellen für psychisch Kranke.³⁵⁹ Die öffentliche Thematisierung von psychischer Gesundheit durch die SGG ging nicht nur auf Bestrebungen pro Psychohygiene zurück. Sie widerspiegelte auch kulturpessimistische Strömungen im SGG-Umfeld, welche durch die von SGG-Akteuren und Psychiatern beobachtete zunehmende Verbreitung von Einsamkeit in der Bevölkerung, aber auch durch die 68er-Bewegung katalysiert wurden. Demnach befürchtete die SGG einen negativen Einfluss durch den gesellschaftlichen Wandel und das Aufbrechen von tradierten Ordnungsmustern auf soziale Beziehungen, was angeblich die geistige Gesundheit der Bevölkerung bedrohte.³⁶⁰

1972 gelangte die SGP mit der Bitte an die SGG, ihr bei der Schaffung eines Beratungsnetzes für psychisch Kranke behilflich zu sein. Die SGG war bereits an der Gründung verschiedener privater Sozialwerke wie der Pro Juventute (1912), der Pro Senectute (1917) und der Schweizer Berghilfe (1943) beteiligt gewesen³⁶¹, weshalb diese Anfrage relativ naheliegend erscheint. Nach einigen Diskussionen erklärte sich die SGG bereit, an einer entsprechenden Koordinationsstelle mitzuwirken und übergab das Dossier an die eigene Hygienekommission, in welcher Hans-Oscar Pfister eine

³⁵⁸ ebd.

³⁵⁹ Schweizerische Gemeinnützige Gesellschaft: Merkblatt zum Verständnis von psychisch Kranken, 1967.

³⁶⁰ Steiner: Zwei Seelen in der gemeinnützigen Brust, 2010, S. 378–379.

³⁶¹ Möckli: Den schweizerischen Sozialstaat verstehen, 2012, S. 24.

wichtige Rolle spielte. Die Hygienekommission bildete schliesslich einen von Paul Plattner, dem Direktor des privaten Nervensanatoriums Münchenbuchsee, präsierten neuen Fachausschuss, welcher sich der zu gründenden Koordinationsstelle annahm und sogleich den Versuch startete, andere Organisationen ins Boot zu holen. Die Anfragen an Pro Infirmis, Pro Juventute oder das inzwischen von der SGP geführte Schweizerische Komitee für Psychohygiene stiessen indessen auf wenig Resonanz. Plattner war gleichzeitig aber auch ein Mitglied der SGP-internen, 1970 gegründeten sozialpsychiatrischen Kommission, weshalb er in der SGP vehement für ein Mitwirken derselben plädierte.³⁶²

Bereits 1970 hatte Plattner ein Symposium unter dem Namen «Die abbruchreife Schranke: Die öffentliche Meinung – Feind Nummer Eins des seelisch kranken Menschen» organisiert. Das Ziel des Symposiums war «der Abbau der Vorurteile [...], welche die Behandlung und besonders die Eingliederung unserer Kranken so oft erschweren».³⁶³ Im Rahmen eines Referats mit dem Titel «Vom Parkplatz zum Arbeitsplatz», welches Plattner am Symposium vortrug, stellte er seine Theorie von fünf Entwicklungsschritten der Gesellschaft im Umgang mit psychisch Kranken vor. Die erste, juristische Phase sei durch die Wegsperrung des Geisteskranken aus der Gesellschaft in Gefängnisse geprägt gewesen, da dieser als gefährlich und unberechenbar galt. In der zweiten Phase nahmen sich religiöse Kreise den Menschen an, deren Krankheiten sie auf Sünden zurückführten und versuchten ihnen «in einer klosterähnlichen Situation» Schutz zu bieten. Die dritte Phase zeichnet sich nach Plattner dadurch aus, dass sich die säkularisierte Fürsorge der Geisteskranken annimmt und sie in ehemaligen Klöstern, welche in staatliche Heil- und Pflegeanstalten umgewandelt worden sind, «parkiert». Anstaltsfeste und Arbeitstherapie könnten nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Patienten aus der Gesellschaft exkludiert würden – auch um einem Unbehagen oder den Ängsten im Umgang mit ihnen vorzugreifen. Plattner stellt fest, dass «das Bild, das sich die öffentliche Meinung vom Geisteskranken und seiner Welt heute macht, annähernd dieser Entwicklungsstufe entspricht».³⁶⁴ Als vierte, teilweise bereits erreichte Entwicklungsstufe, sieht Plattner medizinische Fortschritte wie Psychopharmaka, Insulin oder Elektroschocks, welche körperliche Ursachen von psychischen Krankheiten regulieren könnten. Die seelische Gesundheit liesse sich durch eine fort-

³⁶² Steiner: Zwei Seelen in der gemeinnützigen Brust, 2010, S. 383.

³⁶³ Privat-Nervensanatorium Münchenbuchsee - P. Plattner: Einladung zum Symposium 'Die abbruchreife Schranke: Die öffentliche Meinung - Feind Nummer Eins des seelisch kranken Menschen', Einladung 17.08.1970, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#107*.

³⁶⁴ Plattner, Paul: Vom Parkplatz zum Arbeitsplatz, Verschriftlichtes Referat, Privates Nervensanatorium Münchenbuchsee 09.1970, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#107*, S. 2.

während medikamentöse Therapie sowie die Toleranz von Mitmenschen im beruflichen und privaten Bereich wiederherstellen oder zumindest verbessern. Die erstrebenswerte fünfte Stufe wäre für Plattner dann erreicht, «wenn die Gesellschaft begriffe, dass sehr viele geistesranke Menschen sind wie wir alle, dass sie häufig Opfer der Gesellschaft sind und erst sekundär und dazu erst noch sehr selten gefährlich werden können. [...] Wir müssen die Kranken sobald wie möglich wieder in unsere Gesellschaft aufnehmen.»³⁶⁵ Im Anschluss an die genannten Ausführungen plädierte Plattner einerseits unmissverständlich für das Auseinanderhalten von Gemeingefährlichkeit und Geisteskrankheit, andererseits für die Gründung eines Aktionskomitees zur Aufklärung über die «wirkliche Natur und die Heilungs- und Wiedereingliederungsmöglichkeiten der seelisch kranken Menschen», welches eine mehrjährige Pressekampagne durchführen sollte.³⁶⁶ 1971 wurden seine Ausführungen zwecks einer grösseren Verbreitung zusätzlich in der Zeitschrift der SGG veröffentlicht.³⁶⁷ Mit seinen Forderungen lag Plattner ganz auf der Linie des IV-Schwerpunkts «Eingliederung vor Rente». Tatsächlich argumentierte er auch volkswirtschaftlich – dies, wie Simon Steiner vermutet, wahrscheinlich auch unter dem Druck der damals herrschenden Wirtschaftskrise.³⁶⁸

Die im Anschluss an diese Forderungen neu geschaffene Organisation erhielt angelehnt an die bestehenden Hilfsorganisationen den Namen «Pro Mente Sana». Plattner stellte Rechtsfragen als Tätigkeitsfeld der Stiftung Pro Mente Sana ins Zentrum, wobei er insbesondere die Durchsetzung individueller Rechte wie auch die Interessensvertretung auf gesetzgeberischer Stufe nannte. Die IV erwähnte er als positives Beispiel für die Rechte von psychisch Kranken.³⁶⁹

In einem Interview mit dem Schweizerischen Roten Kreuz, welches 1975, zwei Jahre vor der Gründung der Pro Mente Sana, erschien, nennt Plattner die «Beseitigung der Diskrimination verschiedenster Art in gesellschaftlicher und beruflicher Hinsicht sowie in bezug [sic!] auf Krankenkassenleistungen» als Aufgabe der neu zu gründenden Stiftung. Konkret erwähnt er den Ausbau von sozialpsychiatrischen Instrumentarien, das Eintreten für die Rechtsgleichheit von psychiatrischen Patienten im Bereich der Sozialversicherungen sowie den Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken.³⁷⁰ Die offiziellen Stiftungsziele der Pro Mente Sana umfassen u.a. Öffentlichkeitsarbeit, die Wahrnehmung der Interessen der psychisch Kranken in Gesetzgebungsverfahren, die

³⁶⁵ ebd., S. 4.

³⁶⁶ ebd., S. 5.

³⁶⁷ Plattner, Paul: Vom Parkplatz zum Arbeitsplatz, in: Schweizerische Zeitschrift für Gemeinnützigkeit - Organ für Fragen des Sozialwesens 110 (12), 1971, S. 239–243.

³⁶⁸ Steiner: Zwei Seelen in der gemeinnützigen Brust, 2010, S. 386.

³⁶⁹ ebd., S. 384.

³⁷⁰ Das Schweizerische Rote Kreuz: Pro Mente Sana. Die psychisch Kranken brauchen einen Fürsprecher, Interview mit Paul Plattner, in: Das Schweizerische Rote Kreuz 7, 1975, S. 10–11.

Kontaktpflege mit bestehenden Fachorganisationen, Förderung der Errichtung von Eingliederungseinrichtungen, die Zusammenarbeit mit anderen medizinischen, sozialen und pädagogischen Institutionen sowie die Pflege der internationalen Beziehungen. Die Finanzierung erfolgte einerseits durch die SGG und eine private Stifterin, andererseits sicherte die IV bereits vor der Stiftungsgründung die teilweise Finanzierung der Sekretariatskosten sowie die Anerkennung der Pro Mente Sana als beitragsberechtigter Organisation der Invalidenhilfe, was das längerfristige Überleben der Stiftung sicherstellte.³⁷¹

Mit der Pro Mente Sana war endlich die von Fachvertretern und Patienten seit Jahrzehnten geforderte Dachorganisation für psychisch Kranke zustande gekommen. Der Standpunkt der Hilfsvereine hatte sich aber seit den Diskussionen vor der Einführung der IV nicht wirklich verändert. Sie sträubten sich gegen einen kollektiven Zusammenschluss unter dem Dach der Pro Mente Sana und blieben weiterhin selbständig tätig. Das Nationalkomitee für geistige Hygiene beteiligte sich ebenfalls nicht an den Bestrebungen zur Gründung der Pro Mente Sana.³⁷² Es wurde dann, vermutlich gerade infolge der Entstehung der Pro Mente Sana, in den 1980er-Jahren aufgelöst. Die Anstaltspsychiatrie betrachtete die neue Organisation teilweise ebenfalls mit gemischten Gefühlen, verfügte diese doch über ein grosses kritisches Potenzial gegenüber der klassischen Psychiatrie und ihren Methoden. Vonseiten der Patienten- und Angehörigenorganisationen wurde insbesondere bemängelt, dass im Stiftungsrat keine Betroffenen sassen, weshalb infrage gestellt wurde, ob die Pro Mente Sana die Bedürfnisse von psychisch Kranken überhaupt angemessen vertreten könne. Dieser Mangel wurde in den 1980er-Jahren behoben und führte u.a. zur vermehrten Kritik an der Klinikpsychiatrie; die Pro Mente Sana emanzipierte sich damit, wie Steiner betont, von ihren Gründungsvätern und wurde nach ihrer Gründung von den ersten Mitarbeitenden vor allem als Patientenlobby verstanden.³⁷³

Die Gründung der Pro Mente Sana stellte für die psychisch Kranken einen Meilenstein dar. Insbesondere psychisch Invalide profitierten von der längst überfälligen eigenen Dachorganisation, welche ihre Bedürfnisse in der Öffentlichkeit, im Gesetzgebungsprozess und notfalls auch vor Gericht vertrat. Zwar existierten, wie die bisherigen Ausführungen gezeigt haben, von Beginn weg engagierte Fachvertreter, welche sich zugunsten der psychisch Invaliden und der Anerkennung ihrer Krankheiten als Invaliditätsgrund einsetzten. Nichtsdestotrotz handelte es sich – gerade auch we-

³⁷¹ Gassmann, Jürg: Geschichte der Schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana - von den Anfängen bis ins Jahr 2010, 2011. Online: <<https://www.promentesana.ch/de/ueber-uns/portrait/geschichte.html>>, Stand: 24.01.2018, S. 7–8.

³⁷² Steiner: Zwei Seelen in der gemeinnützigen Brust, 2010, S. 385.

³⁷³ ebd., S. 388–389.

gen der raschen Einführung der neuen Versicherung – zunächst nur um vage gesetzliche Bestimmungen, deren Rahmenbedingen zur Anerkennung von psychischen Krankheiten mittels Rechtsprechung erst ausgehandelt werden mussten.

5.2 Rechtsprechung, Praxisänderungen und Revisionen

Die Rechtsprechung hatte im Zusammenhang mit der IV einen besonders wichtigen Stellenwert. Neben der Gewährleistung der rechtsstaatlichen Grundsätze kam ihr zusätzlich die Rolle zu, mithilfe von Präzedenzfällen verschiedene Grundfragen der Invalidenversicherung überhaupt erst zu klären. Durch die rasche, wenn nicht sogar beinahe überstürzte Einführung innert wenigen Jahren sowie aufgrund der komplexen Materie, welche sehr stark von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen abhängig war, stellte die Rechtsprechung neben dem IVG und der IVV einen Grundpfeiler der Eidgenössischen Invalidenversicherung dar. Sie fand über den Einzelfall hinaus den Weg in Kreisschreiben, Rundschreiben und Richtlinien, welche die IV-Kommissionen über die neuen Verfahrensweisen informierten und ihnen konkrete Handlungsanweisungen zur Hand gaben. Während die Rechtsprechung die Auslegung von IVG und IVV permanent justierte, wurden grundlegende gesetzliche Reformen in Form von Revisionen durchgeführt.

5.2.1 IV-Revisionen seit 1960

Bereits per 1. Januar 1968 trat die 1. IV-Revision in Kraft. Für die Ausarbeitung von Vorschlägen für die Revision ernannte das Eidgenössische Departement des Innern wiederum eine Expertenkommission, zu deren Mitgliederkreis auch ein Psychiater, Adolf Zolliker, Direktor der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, gehörte.³⁷⁴ Die erste Revision, welche nur wenige Änderungen mit sich brachte, betraf u.a. den Beginn des Rentenanspruches. Neu galt als Voraussetzung für eine Rente nicht mehr bloss eine Dauerinvalidität (Arbeitsunfähigkeit resp. Erwerbsunfähigkeit von mindestens 50%) von 360 aufeinanderfolgenden Tagen, sondern es wurde auch eine allfällige teilweise Erwerbsunfähigkeit in einem Zeitraum von 540 Tagen, also eineinhalb Jahren, berücksichtigt. Diese Neuregelung verhinderte die Benachteiligung von gewissen Personen, welche kürzere Arbeitsversuche starteten, die aber scheiterten und von der IV in der Folge nichtsdestotrotz als Arbeitstätigkeit und damit als rentenverhindernde Erwerbsfähigkeit angerechnet wurden.³⁷⁵ Zumindest vor der Einführung der IV hatten die Psychiater wie bereits erwähnt genau diese Regelung angekreidet, da diese psychisch Kranke mit zyklisch verlaufenden Krankheiten benachteiligte. Weitere IV-Revisionen traten in den Jahren 1986, 1991, 2003, 2006 und 2012 in Kraft. Die 2. IV-Revision

³⁷⁴ Eidgenössische Expertenkommission für die Revision der Invalidenversicherung: Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für die Revision der Invalidenversicherung vom 1. Juli 1966, 01.07.1966, S. 5.

³⁷⁵ Ammann, Hans: Zur Revision der Invalidenversicherung, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung 11, 1967, S. 92–106, S. 94.

war wie die erste eher zurückhaltend. Eine wichtige Änderung war die Einrichtung von unabhängigen medizinischen und beruflichen Abklärungsstellen MEDAS und BEDAS durch das BSV. Grundlegende organisatorische Veränderungen brachte die 3. IV-Revision mit sich: Die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen wurden durch neue kantonale IV-Stellen ersetzt. Dadurch erhielten die Versicherten eine einzige Ansprechpartnerin, was die Abläufe und die Zugänglichkeit deutlich erleichterte. Neu konnten zudem die IV-Stellen selbst Verfügungen ausstellen; die Ausgleichskassen waren in der Folge nurmehr für die Berechnung der Leistungen und den Beitragsbezug zuständig. Im Rahmen der 4. IV-Revision entstanden regionalärztliche Dienste RAD, welche die Untersuchung der Gesuchsteller durch IV-Ärzte ermöglichten. Die MEDAS ihrerseits fungierten als externe Begutachtungsstellen. Diese Entwicklung war auch eine Folge der drastisch ansteigenden Neurenten durch Rentenbezüger, welche unter psychischen Krankheiten litten, wodurch die begutachtenden Ärzte zunehmend unter politischen Druck gerieten. Im Rahmen der 5. IV-Revision wurden u.a. sogenannte Früherfassungen und Frühinterventionen eingeführt, welche verhindern sollen, dass Versicherte überhaupt aus dem Arbeitsprozess ausscheiden.³⁷⁶ Die 6. IV-Revision, welche nur teilweise eingeführt wurde, ermöglicht die Ausrichtung von Assistenzbeiträgen, welche die Selbständigkeit beeinträchtigter Personen im Alltag fördern sollen. Der erste Teil 6a trat per 1. Januar 2012 in Kraft, beim zweiten Teil 6b scheiterte die Vorlage im Parlament.³⁷⁷ 2017 verabschiedete der Bundesrat dann eine Botschaft für eine weitere Gesetzesrevision zur «Weiterentwicklung der Invalidenversicherung», welche gemäss der Medienmitteilung «Verbesserungen für Kinder, Jugendliche und Menschen mit psychischen Problemen» bringen solle.³⁷⁸

5.2.2 Rechtsmittel im IV-Verfahren

Das IV-Verfahren lief folgendermassen ab: Nachdem die IV-Kommission den Antrag der versicherten Person allenfalls in Absprache mit der IV-Regionalstelle geprüft hatte, fasste sie einen Beschluss, den sie an die zuständige Ausgleichskasse weiterleitete. Die Ausgleichskasse erstellte eine rechtsgültige Verfügung zuhanden der Versicherten. Waren diese mit der Entscheidung der IV-Kommission nicht einverstanden, mussten sie sich mittels Rekurs direkt an das kantonale Versicherungsgericht wenden. Als nächsthöhere Instanz fungierte das Eidgenössische Versicherungsgericht EVGE in Luzern, welches im Fall einer Berufung die definitive Entscheidung fällte.³⁷⁹ Die

³⁷⁶ o.V.: Geschichte der Sozialen Sicherheit. Die Verwaltung der Invalidenversicherung (IV), 12.2015, <<https://www.geschichtedersoziualensicherheit.ch/institutionen/verwaltung-der-sozialen-sicherheit/die-verwaltung-der-invalidenversicherung-iv/>>, Stand: 15.07.2018.

³⁷⁷ Bundesamt für Sozialversicherungen: Abgelehnte Vorlage: Die IV-Revision 6b, 2013, <<https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/reformen-revisionen/iv-revision-6b.html>>, Stand: 08.07.2018.

³⁷⁸ Bundesamt für Sozialversicherungen: IV: Verbesserungen für Kinder, Jugendliche und Menschen mit psychischen Problemen, Bern 15.02.2017. Online: <<https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/medieninformationen/nsb-anzeigeseite.msg-id-65565.html>>, Stand: 08.07.2018.

³⁷⁹ Hungerbühler: Die Eidgenössische Invalidenversicherung und der psychisch, 1975, S. 5.

Bestimmungen der Rechtspflege entsprachen denjenigen der AHV.³⁸⁰ Nicht nur die versicherte Person war berechtigt, Rekurs und Berufung zu erheben, sondern auch mit ihrem Fall betraute Personen und Stellen wie beispielsweise nach deren Gründung die Pro Mente Sana. Zusätzlich verfügten das BSV sowie die zuständige Ausgleichskasse über das Recht, Berufung vor dem EVGE einzulegen.³⁸¹ Hans Ammann stellt 1967 fest, dass dank den EVGE-Entscheiden Unklarheiten und unterschiedliche Auslegungsmöglichkeiten des IVG und der IVV geklärt und «für die Zukunft auf eine einheitliche Basis gestellt werden können».³⁸²

Im ersten Jahr nach der IV-Einführung wurden 256 erstinstanzliche Entscheide gefällt sowie 11 Urteile des EVGE. Davon betrafen etwa drei Viertel Rentenfragen und ein Viertel Eingliederungsfragen, wobei gemäss dem BSV «verschiedene Fragen von grundsätzlicher Bedeutung zur Zeit noch vor der obersten Instanz hängig seien [...]».³⁸³ Der Grund dafür, dass nach der Einführung der IV so zahlreiche Gerichtsverfahren geführt wurden, liegt in der Tatsache, dass während langer Zeit kein Einspracheverfahren existierte. Der Unterschied zwischen Einsprachen und Rekursen liegt darin, dass erstere grundsätzlich von derjenigen Stelle behandelt werden, welche die Verfügung erlassen hat. Dadurch verringert sich der administrative Aufwand – gerade, wenn es sich um offensichtliche Fehler handelt – deutlich. Im Bereich der Unfall- und der Militärversicherung hatte die Einsprache bereits seit längerer Zeit existiert. Auch im Bereich der IV wurde die Einführung dieses Rechtsmittels seit den 1970er-Jahren in Erwägung gezogen und im Rahmen einer Arbeitsgruppe zur Reorganisation der IV behandelt. Insbesondere Versicherte und Rechtsvertreter, aber selbst Gerichte bemängelten die oftmals ungenügende Qualität der IV-Verfügungen und hofften durch die Einführung eines Einspracheverfahrens auf einen besseren Rechtsschutz.³⁸⁴ Im Rahmen der revidierten IVV vom 21. Januar 1987 wurde zwar nicht die Möglichkeit einer Einsprache, immerhin aber die sogenannte Anhörung des Versicherten eingeführt. Im Fall der Ablehnung, der Herabsetzung oder dem Wegfall von Leistungen erhielt die versicherte Person oder ihr Vertreter resp. ihre Vertreterin vor dem definitiven Beschluss die Möglichkeit, sich mündlich oder schriftlich zur geplanten Änderung zu äussern sowie die Akten einzusehen.³⁸⁵ Anschliessend wurde der Beschluss

³⁸⁰ Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. 01.03.1961, Art. 70.

³⁸¹ Grancher: Leitfaden der Invalidenversicherung, 1962, S. 87.

³⁸² Ammann: Zur Revision der Invalidenversicherung, 1967, S. 94.

³⁸³ Bundesamt für Sozialversicherung: Ein Jahr Invalidenversicherung, in: Zeitschrift für die Ausgleichskassen der AHV und ihre Zweigstellen, die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, die Durchführungsstellen der Ergänzungsleistungen zur AHV, der Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige 1961, 1961, S. 1–9, S. 4.

³⁸⁴ Hohn, Michael: Wünschbarkeit eines Einspracheverfahrens in der IV?, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung 25, 1981, S. 108–125, S. 109 ff.

³⁸⁵ Der Schweizerische Bundesrat: Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV), Änderung vom 21. Januar 1987. IVV, 21.01.1987. Online: <<https://www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch/viewOrigDoc/30002121.pdf?ID=30002121>>, Art. 73bis.

gefasst und vom IV-Sekretariat der versicherten Person mitgeteilt. War diese nicht einverstanden, konnte sie das Ausstellen einer Verfügung durch die Ausgleichskasse verlangen³⁸⁶ und wie bis anhin beim Verwaltungsgericht Rekurs einlegen. Erst mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG im Jahr 2003, das die Vereinheitlichung der schweizerischen Sozialversicherungsgesetzgebung zum Ziel hatte, wurde auch in der IV die Möglichkeit einer Einsprache eingeführt. Bereits drei Jahre später, mit dem Inkrafttreten einer Revision des IVG, wurde die Einsprache aber wieder abgeschafft und der bis 2002 gültige Rechtszustand³⁸⁷ wiederhergestellt, da in der Zwischenzeit keine Entlastung der Beschwerdeinstanzen festgestellt worden war.³⁸⁸

5.2.3 Psychisch Kranke in der Rechtsprechung

Eine Recherche nach Gerichtsurteilen, welche psychische Krankheiten in der Invalidenversicherung betreffen, ergibt zahlreiche Treffer. Aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit werden im Folgenden nur einzelne Grundsatzurteile berücksichtigt, welche in den Jahren nach der Einführung der IV bis ca. 1980 vom Eidgenössischen Versicherungsgericht³⁸⁹ EVG gefällt wurden. Selbst wenn dadurch keine lückenlose Aufstellung sämtlicher Gerichtsentscheide möglich ist – auch weil die Entscheide auf Ebene Verwaltungsgericht wegfallen – können durchaus einige Erkenntnisse bezüglich der Veränderungen des Umgangs mit psychisch Erkrankten resp. mit bestimmten psychischen Krankheiten in der Invalidenversicherung gewonnen werden. Es kann zudem davon ausgegangen werden, dass besonders kontroverse Entscheide der Verwaltungsgerichte tendenziell von einer der beteiligten Parteien ans Eidgenössische Versicherungsgericht weitergezogen wurden. Da die Anerkennung von psychischen Krankheiten als Invaliditätsgrund – wie bereits gezeigt werden konnte – sehr umstritten war, waren entsprechende Urteile auf Ebene des EVG im Rahmen der Recherche zu erwarten.

In der Tat dauerte es nach der IV-Einführung nur ein Jahr bis zum ersten Urteil über die Berücksichtigung psychischer Krankheiten in der IV. Dieses war für die Anerkennung psychischer Erkrankungen als Invaliditätsgrund von kaum zu überschätzender Bedeutung. Die IV-Kommission Zürich hatte im Fall eines gemäss EVG «unintelligenten, infantilen, abnorm reizbaren und zu hysterischen Affektreaktionen neigenden Psychopathen», welcher in einer Heil- und Pflegeanstalt

³⁸⁶ ebd., Art. 74quater.

³⁸⁷ Im Zuge der Reorganisation der IV im Rahmen der 3. IV-Revision wurde das frühere Anhörungsverfahren in Vorbescheidverfahren umbenannt. Der Vorbescheid wird von den kantonalen IV-Stellen ausgestellt.

³⁸⁸ Kieser, Ueli: Art. 52 Einsprache, in: Kieser, Ueli (Hg.): ATSG Kommentar, Zürich 2015³, S. 696.

³⁸⁹ 2007 wurde das 1917 gegründete Eidgenössische Versicherungsgericht ins Bundesgericht integriert. Siehe: Bundesgericht: Die Geschichte des Bundesgerichts, 11.2013. Online: <https://www.bger.ch/files/live/sites/bger/files/pdf/de/geschichtliches_bger.pdf>, Stand: 20.07.2018.

wohnte, entschieden, dass in seinem Fall «kein Gebrechen im Sinne des InVG³⁹⁰ vorliege und die Internierung des Versicherten aus andern als aus medizinischen Gründen erfolgt sei».³⁹¹ Aufgrund eines Rekurses wies die kantonale Rekurskommission³⁹² die zuständige Ausgleichskasse an, eine volle IV-Rente auszurichten. Gegen den Rekursentscheid legte das BSV gemäss dem Gerichtsurteil Berufung ein mit folgender Begründung:

«Eine Invalidität im Sinne des Gesetzes setze einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden voraus, der auf ein Geburtsgebrechen, eine Krankheit oder einen Unfall zurückgehe. Zwar werde der Begriff des geistigen Gesundheitsschadens im Gesetz nicht näher umschrieben. Als Ursache einer Invalidität könnten aber nur medizinisch feststellbare Schädigungen der Gesundheit, nicht auch blosser Charakterdefekte in Frage kommen. Bei den Psychopathien handle es sich nach heutiger Erkenntnis um Erscheinungen, die nicht in einer krankhaften geistigen Störung begründet seien, sondern anlagebedingte Abnormitäten des Charakters darstellten. Damit fehle nicht nur das Begriffselement des Gesundheitsschadens, sondern auch der ursächliche Zusammenhang mit einem Geburtsgebrechen, einer Krankheit oder einem Unfall. In seiner Antwort beantragt der Vertreter des Versicherten die Abweisung der Berufung.»³⁹³

Diese Stellungnahme zeigt, dass die Anstrengungen von Repond, Rémy und ihren Mitstreitern nur teilweise gefruchtet hatten. Das BSV ging, wie im Kapitel 4.3 bereits gezeigt werden konnte, offensichtlich von einer sehr eng gefassten Definition der psychischen Krankheit aus. Der Rekurs auf «anlagebedingte Abnormitäten des Charakters» mutet aus heutiger Perspektive zudem relativ anachronistisch an; erinnert er doch stark an die negative, auf die Erbanlagen bezogene Wertung von psychischen Auffälligkeiten, welche sich einige Jahrzehnte zuvor u.a. auch im Eugenikdiskurs manifestiert hatte. Das EVG wies die Berufung des BSV ab. Im Entscheid beruft es sich u.a. auf die Notwendigkeit eines juristischen, nicht medizinischen Krankheitsbegriffs, wie er auch im Art. 369 ZGB in Zusammenhang mit der «Geisteskrankheit» zum Tragen komme. Zwar anerkennt das EVG die Schwierigkeit, zwischen leichteren und schwereren Fällen psychopathischer Erscheinungen zu unterscheiden. Es weist jedoch darauf hin, dass dies ohnehin nicht das entscheidende Kriterium sei. Vielmehr seien die wirtschaftliche Auswirkung, also die Erwerbsunfähigkeit infolge der Krankheit, sowie die Zumutbarkeit für die versicherte Person als auch für Gesellschaft für die Frage, ob ein Anspruch auf IV-Leistungen besteht, das entscheidende Kriterium.³⁹⁴ In der vom BSV zuhanden der Durchführungsorgane der IV herausgegebenen Publikation «IV-Mitteilungen» wies das BSV im Anschluss an das Urteil die IV-Kommission an, zum Zweck «einer möglichst einheitlichen Praxis in der Beurteilung von Psychopathie-Fällen [...] dem Bundesamt für Sozialversicherung vor der

³⁹⁰ Hierbei handelt es sich um eine ältere, heute nicht mehr übliche Abkürzung für das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung.

³⁹¹ EVG: 28. Urteil des Gesamtgerichts vom 6. Mai 1961 i.S. Bundesamt für Sozialversicherung gegen Schenk, EVGE 1961 S. 160, 06.05.1961, in: Swisslex, S. 160.

³⁹² Im Kanton Zürich existierte offenbar eine eigens abgestellte Rekurskommission, welche die Rekursfälle behandelte. In anderen Kantonen waren wie erwähnt die Verwaltungsgerichte zuständig.

³⁹³ EVG: 28. Urteil des Gesamtgerichts vom 6, 06.05.1961, S. 162.

³⁹⁴ ebd., S. 163–164.

Zusprechung einer Leistung jene Fälle zu unterbreiten, in denen nicht ganz eindeutig eine schwere Form von Psychopathie im Sinne des publizierten Urteils vorliegt.»³⁹⁵ In einem Richtlinienentwurf³⁹⁶ von 1973 hält das BSV daran angelehnt fest, dass grundsätzlich davon auszugehen ist, «dass psychische Leiden versicherungsrechtlich gleich zu behandeln sind wie somatische Krankheiten».³⁹⁷

Obwohl das Urteil für psychisch Invalide einen grossen Fortschritt darstellte, waren darin wie die Rechtsprechung der folgenden Jahre zeigen sollte, trotz des expliziten Bezugs auf die Erwerbsunfähigkeit längst nicht alle Arten von psychisch bedingter Invalidität abgedeckt. Äquivalent zur Unfallversicherung war die Rentenneurose, welche in den EVGE lediglich als Neurose bezeichnet wurde, auch in der Invalidenversicherung ein strittiges Thema, das zu verschiedenen Gerichtsurteilen führte.³⁹⁸ 1962 beschäftigte sich das EVG mit einem Versicherten, der zusätzlich zu seiner Schwerhörigkeit mehrere Unfälle erlitten hatte, infolge derer er zweimal eine Abfindung von der SUVA erhielt. Nach einem dritten Unfall meldete er sich bei der IV an, da er nicht mehr arbeiten könne. Die IV lehnte das Begehren ab, was einen Rekurs und schliesslich eine Berufung ans Eidgenössische Versicherungsgericht vonseiten des Vertreters des Versicherten nach sich trug. In den Erwägungen hielt das EVG fest, dass «auf Grund [sic!] der Akten sich der Schluss aufdrängt, dass die Lähmungen an der rechten Hand des Versicherten im Wesentlichen auf eine Neurose zurückgehen. Es stellt sich daher die Frage, ob eine Neurose zu einer Invalidität gemäss Art. 4 InVG führen kann.» Die Restschäden aus den Unfällen sowie die Schwerhörigkeit reichten gemäss dem EVG nicht aus um einen Rentenanspruch zu generieren.³⁹⁹ Das Gericht weist in Anlehnung an das KUVG und das Militärversicherungsgesetz zudem darauf hin, dass die Auswirkungen einer Neurose unter Umständen durch die Ablehnung von Versicherungsleistungen resp. durch die Auszahlung einer Abfindung behoben werden könnten. Wenn der Gesundheitsschaden durch Verweigerung von Versicherungsleistungen wegfallt, werde aber der Grundsatz gemäss Art. 4 IVG verletzt, dass der Gesundheitsschaden die Ursache von bleibender oder länger dauernder Erwerbsunfähigkeit sei. Im

³⁹⁵ Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung AHV/IV/EO: IV-Mitteilungen, Nr. 28, Zeitschrift 22.11.1961, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#60*.

³⁹⁶ Die gültige Richtlinie war im Aktendossier leider nicht überliefert. Hungerbühler zitiert aber 1975 eine identische Textstelle. Deshalb ist davon auszugehen, dass der Entwurf unverändert übernommen wurde. Siehe: Hungerbühler: Die Eidgenössische Invalidenversicherung und der psychisch, 1975, S. 14.

³⁹⁷ Bundesamt für Sozialversicherung: Richtlinien für die medizinische Begutachtung im Hinblick auf Leistungen der IV bei psychischen Krankheiten und Gebrechen, II. Entwurf 06.06.1973, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#107*, S. 1.

³⁹⁸ Noch 2005 tauchte die Rentenneurose in einem Urteil des EVG auf. Siehe: EVG, Nicht publizierte Entscheide des Schweizerischen Bundesgerichtes, 07.07.2005, in: Swissex. Online: <https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/aza/http/index.php?highlight_docid=aza%3A%2F%2F07-07-2005-I_110-2005&lang=de&type=show_document&zoom=YES&>, Stand: 10.08.2018.

³⁹⁹ EVG: 6. Urteil des Gesamtgerichts vom 27. Januar 1962 i.S. Schnüriger gegen AHV-Ausgleichskasse des Kantons Schwyz, EVGE 1962 S. 31, 27.01.1962, in: Swissex, S. 33.

konkreten Fall habe die frühere Gewährung von Abfindungen zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit geführt. Auch angesichts der «simulatorischen und rein aggravatorischen Tendenzen» des Versicherten und seiner «Arbeitsunlust» geht das EVG davon aus, dass er bei einer Leistungsverweigerung die Willensleistung aufbringe, «die von ihm gefordert werden kann». Aus diesem Grund weist es die Berufung ab.⁴⁰⁰ Ein zweites Urteil fällt das EVG im Jahr 1964 und hält folgendes fest: «Kann dem Versicherten zugemutet werden, dass er seinen neurotisch bedingten Widerstand gegen die Arbeitsaufnahme breche, so ist die Neurose nicht als geistiger Gesundheitsschaden zu betrachten und können ihre Auswirkungen nicht in die Invaliditätsschätzung mit einbezogen werden.»⁴⁰¹ In beiden Urteilen wird der Begriff Neurose klar im Sinne der Rentenneurose verwendet.

Im Gegensatz zum oben erwähnten Urteil von 1961, welches die Verwendung eines juristischen anstelle eines medizinischen Krankheitsbegriffs fordert, war diese Forderung im Fall der Rentenneurose nicht nur längst erfüllt, sondern der Rentenneurose von Beginn weg inhärent: Im Prinzip handelte es sich bei der Rentenneurose um ein ausschliesslich juristisches Krankheitskonzept, welches sich in der medizinischen Psychiatrie nicht wirklich wiederfindet und mit dem Freud'schen Neurosebegriff dementsprechend nur wenig zu tun hat. Obwohl die Rentenneurose in der IV kaum zu einem Leistungsanspruch führte⁴⁰², hielt es das BSV in einem ZAK-Artikel von 1963 durchaus für möglich, dass in Fällen, in denen sich eine «Begehrungsneurose durch Unfall oder Krankheit langsam in eine wirklich seelische Anomalie verwandelt [...] und welche die gleichen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten hat wie eine Geisteskrankheit [...] grundsätzlich als Invalidität im Sinne von Artikel 4 IVG zu gelten haben wird.»⁴⁰³

Ebenfalls kein medizinisches Konzept waren die Charakterdefekte, welche das BSV im Vorfeld der IV-Einführung in Zusammenhang mit schwererziehbaren Kindern und Jugendlichen nannte und bei einer Anerkennung dieser Störungen eine Aufweichung des Invaliditätsbegriffs befürchtete.⁴⁰⁴ 1961 gab das EVG in Zusammenhang mit einem Gerichtsfall zum Anspruch bildungsunfähiger invalider Minderjähriger auf Beiträge an eine Sonderschulung und zur Umschreibung des Begriffs «geistiges Gebrechen» bei Minderjährigen⁴⁰⁵ ein Gutachten in Auftrag, welches sich u.a. mit Fragen

⁴⁰⁰ ebd., S. 36.

⁴⁰¹ EVG: 32. Urteil des Gesamtgerichts vom 25. August 1964 i.S. St. gegen Eidg. Ausgleichskasse, EVGE 1964 S. 153, 25.08.1964, in: Swisslex.

⁴⁰² Als Ausnahme waren gemäss EVG allenfalls Rentenneurosen denkbar, welche nicht in einem ursächlichen Zusammenhang mit der beantragten Rentenleistung standen. Siehe: EVG: 6. Urteil des Gesamtgerichts vom 27. 27.01.1962.

⁴⁰³ Bundesamt für Sozialversicherung: Neurosen und Invalidenversicherung, in: Zeitschrift für die Ausgleichskassen der AHV und ihre Zweigstellen, die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, die Durchführungsstellen der Ergänzungsleistungen zur AHV, der Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige 1963, 1963, S. 306–310, S. 309.

⁴⁰⁴ Vgl. Kap. 4.3.3

⁴⁰⁵ EVG: 61. Urteil des Gesamtgerichts vom 2. November 1961 i.S. Bundesamt für Sozialversicherung gegen Konrad, EVGE 1961 S. 322, 02.11.1961, in: Swisslex, S. 1.

zu Erziehungsschwierigkeiten, Psychopathien und Geistesschwächen bei Kindern und Jugendlichen befasste. Die Gutachter kritisieren die Unterscheidung des BSV zwischen Krankheit und Charakterdefekt, welche im Fall von Kindern, die damit quasi in krank und böse eingeteilt würden, besonders stossend sei.⁴⁰⁶ Erziehungsschwierigkeiten liessen sich demnach in der Regel nicht eindeutig auf psychisches Kranksein oder blosser Charakteranomalien zurückführen. Da die psychische Entwicklung von Anfang an einer permanenten Wechselwirkung von Anlage und Umwelteinflüssen unterworfen sei, könne nicht zwischen den genannten Faktoren unterschieden werden.⁴⁰⁷ Das EVG zitiert in seinem Urteil – welches übrigens zuungunsten des Versicherten ausfällt, da im konkreten Fall keine Invalidität vorliegt – das Gutachten und hält grundsätzlich daran fest:

«Jede Diskriminierung bestimmter psychopathologischer oder ätiologischer Kriterien (wie Psychopathie, Charakteranomalie, Schwereziehbarkeit, Milieuschaden, Verwahrlosung, Perversion, Süchtigkeit) sei abzulehnen. Auf Grund dieser Ausführungen, denen grundsätzlich beizupflichten ist, muss jede psychische Fehlentwicklung, die eine Sonderschulung notwendig macht, als "geistiges Gebrechen" betrachtet werden. Nur mit einer solchen Umschreibung des Invaliditätsbegriffes kann der vom InVG gesetzte Zweck erreicht werden.»⁴⁰⁸

In den IV-Mitteilungen teilt das BSV den IV-Organen im Anschluss an das genannte Urteil mit, dass angelehnt an das Gerichtsurteil jede Art von psychischer Fehlentwicklung und schwerer Verhaltensstörung, die eine Sonderschulung nötig machen, als geistige Invalidität gelte. Das BSV fordert zudem von den IV-Kommission die Unterbreitung sämtlicher Fälle, bei denen nicht eindeutig eine schwere psychische Fehlentwicklung vorliege.⁴⁰⁹ In einem Kreisschreiben über die Sonderschulung von 1968 wurden weiter die Anforderungen für die Anerkennung psychischer Gebrechen resp. Verhaltensstörungen, darunter explizit auch Charakteranomalien, welche unter bestimmten Voraussetzungen als geistige Invalidität anerkannt wurden, präzisiert.⁴¹⁰ 1974 verwies das BSV in der ZAK zudem auf «Richtlinien betreffend die medizinische Abklärung und die Leistungen der IV bei psychischen Krankheiten von Minderjährigen», welche in Zusammenarbeit mit Kinderpsychiatern ausgearbeitet worden waren und das Ziel hatten, eine einheitliche Praxis im Bereich der Sonderschulung und der beruflichen Massnahmen aber auch des Abklärungsverfahrens zu gewährleisten.⁴¹¹

⁴⁰⁶ Probst, Haffter: Gutachten über grundsätzliche Fragen der Invalidenversicherung, 1962, S. 13.

⁴⁰⁷ ebd., S. 26.

⁴⁰⁸ EVG: 61. Urteil des Gesamtgerichts vom 2. 02.11.1961, S. 328.

⁴⁰⁹ Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung AHV/IV/EO: IV-Mitteilungen, Nr. 30 vom 25. Juli 1962, Zeitschrift 25.01.1962, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#60*.

⁴¹⁰ Bundesamt für Sozialversicherung: Kreisschreiben über die Sonderschulung in der Invalidenversicherung, gültig ab 1. Januar 1968, 318.507.07 d, Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale 11.1967.

⁴¹¹ Bundesamt für Sozialversicherung: Richtlinien betreffend die medizinische Abklärung und die Leistungen der IV bei psychischen Krankheiten von Minderjährigen, in: Zeitschrift für die Ausgleichskassen der AHV und ihre Zweigstellen, die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, die Durchführungsstellen der Ergänzungsleistungen zur AHV, der Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivildienstpflichtige sowie der Familienzulagen 1974, 1974, S. 79.

Gerade in Bezug auf psychisch beeinträchtigte Kinder hatte das EVG der vom BSV befürworteten Praxis, zwischen psychischen Krankheiten und Charakteranomalien zu unterscheiden, rasch einen Riegel vorgeschoben. Ganz anders sah es im Bereich der alkohol- und suchtbedingten Invalidität aus, wie zahlreiche Gerichtsurteile und diverse Korrespondenzen des BSV bezeugen. 1962 verhandelte das Versicherungsgericht den Fall eines Alkoholikers, dessen Anmeldung für IV-Leistungen von der IV-Kommission mit der Begründung abgewiesen worden war, dass der Versicherte seine Invalidität selbst verschuldet habe. Einen entsprechenden Rekurs lehnte das zuständige Versicherungsgericht ab.⁴¹² Das EVG geht in seinen Erwägungen grundsätzlich mit den Argumenten der Vorinstanz einig:

«Es muss mit der Vorinstanz angenommen werden, dass der Versicherte bei pflichtgemässer Sorgfalt die schädlichen Auswirkungen seines Alkoholkonsums, wenngleich möglicherweise nicht von Anfang an, so doch jedenfalls früh und klar genug hätte erkennen können, um sie im wesentlichen abzuwenden bzw. der Heilung zuzuführen. Indem er sich statt dessen jahrelang einsichtslos verhielt, hat er unter Verletzung elementarster Vorsichtsgebote das ausser acht gelassen, was jedem verständigen Menschen in gleicher Lage und unter gleichen Umständen hätte einleuchten müssen. Damit hat er die eigene Invalidität durch dauernd grobfahrlässiges Verhalten verursacht.»⁴¹³

Angelehnt an die Praxis im Bereich der Unfall- und der Militärversicherung geht das EVG aber nicht von einer absichtlichen, sondern von einer grobfahrlässigen Herbeiführung der Invalidität gemäss Art. 7 IVG aus. Aus diesem Grund hält es eine Rentenkürzung von 50% für angemessen, wobei diese nur für den Rententeil des Klägers, nicht aber für denjenigen seiner Ehefrau zu vollziehen sei.⁴¹⁴ Ein weiterer Aspekt der Beziehung zwischen Alkoholkranken und der Invalidenversicherung erläutert ein ZAK-Artikel «zur rechtlichen Würdigung des Alkoholismus in der Invalidenversicherung». So unterscheidet dieser zunächst zwischen Betrunkenheit und Trunksucht als chronische Form des Alkoholismus. Schwere Trunksucht führe zu körperlichen, geistigen und seelischen sowie oft zu wirtschaftlichen Schäden. Während Alkoholismus mit der Zeit durchaus in einer Invalidität münden könne, sei es jedoch nicht zulässig, im Fall von Trunksucht prinzipiell eine Invalidität anzunehmen. Aus diesem Grund stellte ein Anstaltsaufenthalt auch keine medizinische oder berufliche Eingliederungsmassnahme im Sinne des IVG dar.⁴¹⁵

⁴¹² EVG: 22. Urteil des Gesamtgerichts vom 21. Mai 1962 i.S. Bieri gegen Ausgleichskasse des Kantons Luzern, EVGE 1962 S. 101, 21.05.1962, in: Swisslex, S. 101.

⁴¹³ ebd., S. 105.

⁴¹⁴ ebd., S. 106 f.

⁴¹⁵ Bundesamt für Sozialversicherung: Zur rechtlichen Würdigung des Alkoholismus in der Invalidenversicherung, in: Zeitschrift für die Ausgleichskassen der AHV und ihre Zweigstellen, die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, die Durchführungsstellen der Ergänzungsleistungen zur AHV, der Erwerbssersatzordnung für Wehr- und Zivildienstpflichtige 1962, 1962, S. 401–404, S. 402 f.

1968 gelangte wieder der Fall eines Alkoholikers ans EVG. In diesem Urteil wurde angelehnt an einen weiteren, 1964 gefällten EVG-Entscheid festgehalten, dass «Trunksucht, für sich allein betrachtet, keine Invalidität [...] begründet». Sie könne jedoch für die IV relevant werden, falls sie überhaupt erst aufgrund eines anerkannten geistigen Gesundheitsschadens entsteht oder aber einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursacht.⁴¹⁶ Das Gericht hält zudem an seinem früheren Urteil von 1962 fest, indem es die Grobfahrlässigkeit weiter betont.⁴¹⁷

Die Praxis der Rentenkürzungen wurde von Vertretern der Fürsorge und der Eidgenössischen Kommission gegen den Alkoholismus harsch kritisiert und als diskriminierend bezeichnet. In einem Protokoll von 1969 hielt das BSV fest, dass zwar nicht geplant sei, den Art. 7 IVG zu revidieren, stellt aber gleichzeitig folgendes fest:

«Eine für die Alkoholsüchtigen diskriminierende Auslegung des Art. 7 IVG sei zu vermeiden. Das Problem der Rentenkürzungen beschränke sich nicht nur auf Alkoholsüchtige. Es stelle sich auch für die anderen Kategorien von Süchtigen. Richner und Trösch [Vertreter der Fürsorge Kanton Aargau und der Heilstätte Nüchtern für alkoholranke Männer] stimmen der Auffassung des Vorsitzenden zu.»⁴¹⁸

Das Problem liegt gemäss einem Schreiben der IV-Regionalstelle Basel also hauptsächlich darin, dass bei Alkoholikern im Vergleich zu anderen Krankheitsgruppen viel stärker nach den Ursachen und dem Selbstverschulden bei der Entstehung der Invalidität gefragt werde, was eine Rechtsgleichheit darstelle.⁴¹⁹ In einer Stellungnahme von 1971 stützt das BSV die Rechtsprechung, führt aber aus, dass die Frage des Selbstverschuldens nur von einem Spezialarzt beantwortet werden könne, insbesondere, weil oftmals voreilig eine Kausalität zwischen Trunkenheit und Invalidität angenommen werde.⁴²⁰ Weitere Urteile zur Rentenkürzung bei Alkoholismus, welche die frühere Rechtsprechung stützten, entstanden kurz darauf Ende 1971⁴²¹ und im Jahr 1972⁴²².

⁴¹⁶ EVG: 57. Urteil des Gesamtgerichts vom 31. Oktober 1968 i.S. K. gegen Ausgleichskasse des Kantons Thurgau, EVGE 1968 S. 276, 31.10.1968, in: Swisslex, S. 278.

⁴¹⁷ ebd., S. 280.

⁴¹⁸ Bundesamt für Sozialversicherung: Summarische Aktennotiz über die Besprechung vom 14. August 1969 betreffend die Stellung der Alkoholkranken in der IV, Protokoll 14.08.1969, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#74*.

⁴¹⁹ Regionalstelle für berufliche Eingliederung Basel-Stadt, Baselland und Solothurn: Der Alkoholiker in der IV, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), E3340B#1987/62#74*, 19.08.1969.

⁴²⁰ Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung AHV/IV/EO/EL - Dienstgruppe Beiträge und Leistungen an Sekretariat der IV-Kommission Bern: Rentenkürzung bei Alkoholismus, Brief 28.07.1971, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#74*.

⁴²¹ BGE: 55. Auszug aus dem Urteil vom 17. Dezember 1971 i.S. P. gegen Eidgenössische Ausgleichskasse und AHV-Rekurskommission des Kantons Zürich, BGE 97 V 226, 17.12.1971, in: Swisslex.

⁴²² BGE: 8. Auszug aus dem Urteil vom 16. Februar 1972 i.S. W. gegen Ausgleichskasse des Schweizerischen Wirtvereins und AHV-Rekurskommission des Kantons Zürich, BGE 98 V 31, 16.02.1972, in: Swisslex.

In den 1970er gerät neben dem Alkoholismus ein zu diesem Zeitpunkt eher neueres gesellschaftliches Phänomen, die Drogensucht auf den Radar der Invalidenversicherung. Das BSV hält in diesem Zusammenhang grundsätzlich analog zum Alkoholismus an der Praxis der Rentenkürzung fest.⁴²³ Die Behörde räumt jedoch verschiedene Unsicherheiten ein: «[Die] Kürzung wegen Selbstverschulden des Süchtigen, wie sie die heutige Praxis vorsieht, ist umstritten und eventuell zu überprüfen.» Eine weitere Unklarheit betreffe zudem Personen, welche nicht bereit sind sich einer von der Krankenversicherung zu bezahlenden Entziehungskur zu unterziehen und damit allenfalls die Eingliederung erschweren, was ebenfalls zu einer Rentenkürzung führen könne.⁴²⁴ Bald befasst sich auch das EVG mit dem Thema Drogenabhängigkeit und urteilt bezüglich des Invaliditätsbegriffs gemäss Art. 4 IVG folgendes: «Rauschgiftsucht erfüllt an sich diesen Begriff nicht; sie kann jedoch invalidierende Gesundheitsschäden zur Folge haben oder ihrerseits Symptom einer geistigen Störung mit Krankheitswert sein.»⁴²⁵ Die Einschränkungen bezüglich des Anspruchs von suchtkranken Personen beziehen sich nicht nur auf den Invaliditätsbegriff und allfällige Rentenkürzungen. Auch medizinische und berufliche Massnahmen kommen nur bedingt in Frage, so gelten Suchtbehandlungen als Behandlung des Leidens an sich und berufliche Eingliederungsmassnahmen können erst durchgeführt werden, sobald «die Drogensucht zum mindesten gut beherrscht wird.»⁴²⁶ In einer Stellungnahme zu einem konkreten Fall der IV-Kommission des Kantons Wallis hält das BSV folgendes fest:

«Der Psychiater stellt keine Geisteskrankheit fest, auch keine schwere Psychopathie, sondern eher eine Charakterschwäche, der nach Ansicht unseres ärztlichen Dienstes kein Krankheitswert zukommen kann. Demzufolge hat bisher noch nie eine durch einen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit bestanden (Art. 4 Abs. I IVG). Fehlt es aber an einer Invalidität, können keine IV-Leistungen gewährt werden.»⁴²⁷

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Rechtsprechung des EVG die IV-Praxis nach 1960 gerade was psychische Krankheiten betrifft stark beeinflusst hat. Erst durch ein EVG-Urteil wurden psychische Krankheiten körperlichen Krankheiten gleichgestellt. In Bezug auf einzelne psychische Krankheitsgruppen fiel die Rechtsprechung hingegen sehr unterschiedlich aus. Es wurde zunächst

⁴²³ Bundesamt für Sozialversicherung - Beiträge und Leistungen an Sekretariat der IV-Kommission des Kantons Basel-Stadt: Versicherungsleistungen bei Drogenabusus, Brief 11.09.1972, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1996/313#76*.

⁴²⁴ Bundesamt für Sozialversicherung - Ärztlicher Dienst an Kienholz, P.: Probleme des Alkoholismus und der Drogensucht in der Invalidenversicherung, Brief 19.03.1973, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#74*.

⁴²⁵ BGE: 7. Auszug aus dem Urteil vom 21. März 1973 i.S. Bundesamt für Sozialversicherung gegen Sch. und Rekursbehörde für die Sozialversicherung des Kantons Basel-Landschaft, BGE 99 V 28, 21.03.1973, in: Swisslex.

⁴²⁶ Bundesamt für Sozialversicherung - Beiträge und Leistungen an Wimmer, H.: IV - Drogensüchtigkeit, Brief 06.05.1980, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1996/313#76*.

⁴²⁷ Bundesamt für Sozialversicherung - Beiträge und Leistungen an IV-Kommission des Kantons Wallis: o.T., Brief 14.07.1980, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1996/313#76*.

klar, dass im Versicherungsrecht stets ein juristischer und nicht medizinischer Krankheitsbegriff im Vordergrund steht. Aus diesem Grund stimmen juristische Krankheitskonzepte nicht zwingend mit ihren medizinischen Äquivalenten überein, resp. im Fall der Rentenneurose existiert überhaupt kein entsprechendes medizinisches Krankheitskonzept. Mit der Berücksichtigung der Krankheitsfolgen für die Erwerbsfähigkeit, nicht aber des Krankheitsgrunds, konnte die Diskriminierung von minderjährigen und erwachsenen psychisch Invaliden aufgrund von pejorativ-wertenden charakterbezogenen Begrifflichkeiten grösstenteils unterbunden werden. Dies galt jedoch ausdrücklich nicht für Alkoholranke und drogensüchtige Invalide, welche von dieser Praxis explizit ausgeschlossen wurden und deren Krankheit deshalb noch 1980 teilweise als Charakterschwäche ausgelegt wurde.

5.3 Statistiken über psychisch Kranke in der IV

Die letzten Kapitel beruhen auf einer textbasierten, qualitativen Annäherung an die psychischen Krankheiten in der Geschichte der Invalidenversicherung. Es konnte gezeigt werden, dass sich vor der IV-Einführung verschiedene Akteure erfolgreich für die Anerkennung von psychischen Erkrankungen eingesetzt hatten. Andererseits wurden aber auch die verschiedenen Hürden deutlich, welche sich psychisch Invaliden stellten. So war zunächst nicht klar, was überhaupt als Krankheit anerkannt und was als Charakterschwäche ausgelegt werden sollte. Jene Kontroversen begannen bereits vor der Einführung und setzten sich anschliessend in der Rechtsprechung fort, welche gerade in Bezug auf psychische Erkrankungen grundlegende Fragen zu klären hatte. Die erhöhte Aufmerksamkeit bei den Behörden, den Gerichten sowie den Fachleuten gegenüber einzelnen Krankheitstypen hatte zwangsläufig eine grössere Präsenz in den Quellen zur Folge. Während durch diesen Effekt besonders gut prominente, teilweise über Jahrzehnte geführte Diskurse abgebildet werden können, kann andererseits keine Aussage darüber getroffen werden, von welcher Anzahl von Fällen jeweils die Rede ist. Aus diesem Grund sollen in diesem Kapitel verschiedene Zahlen aus IV-Statistiken dargestellt und verglichen werden, welche im Laufe der Jahre entstanden sind. Konkret handelt es sich um sogenannte Gebrechensstatistiken, welche die Art des Gebrechens, z.B. der Krankheit, in Zusammenhang mit anderen Faktoren wie dem Alter oder dem Geschlecht der versicherten Person, der Art der Leistung (z.B. Rente oder Eingliederungsmassnahme) etc. in Verbindung setzen. Da Gebrechensstatistiken nicht durchgehend geführt wurden, gestaltet sich ein direkter Vergleich teilweise schwierig. Nichtsdestotrotz ist dieser wertvoll, da er die Relationen – gerade auch in Bezug auf die eher negativ konnotierten Diskussionen der letzten Jahre – sichtbar macht.

5.3.1 Die Einführung einer Gebrechensstatistik in der IV

1959 befasste sich die Sektion Mathematik und Statistik des BSV intensiv mit der Schlüsselung der Gebrechen, welche die Grundlage für die spätere Erstellung einer Gebrechensstatistik darstellen sollte. Sie einigte sich amtsintern darauf, dass drei Komponenten, nämlich die Ursache, Art und Lokalisierung des Gebrechens in einer Statistik erfasst werden sollten. Als Ursache kamen entweder Geburtsgebrehen, Krankheit oder Unfall infrage. Um die Art des Gebrechens festzulegen, standen zunächst drei Listen zur Auswahl. Liste A⁴²⁸ und Liste C⁴²⁹ beziehen sich explizit auf die Systematik der WHO⁴³⁰, das heisst die ICD-6. Bei der Liste C handelt es sich um die «Internationale Kurze Systematik für die Morbiditätsstatistik der Sozialversicherung», welche von der WHO erstellt und Trägern der Sozialversicherungen in Mitgliederländern offiziell empfohlen worden war. Liste A hingegen wurde wie aus dem Bericht des BSV hervorgeht, von «den Ärzten» – möglicherweise ist die früher bereits erwähnte Verbindung der Schweizer Ärzte gemeint – erstellt. Während Liste C psychische Erkrankungen zu «Psychosen und Psychoneurosen» in einer Position zusammenfasst, wobei die Positionsnummern für Alkoholismus und andere Drogensüchte gemäss ICD-6 komplett rausfallen⁴³¹, geht Liste A bei den psychischen Krankheiten deutlich tiefer ins Detail und unterscheidet in Anlehnung an ICD-6⁴³² zwischen zwölf unterschiedlichen Positionen wie u.a. schizophrenen Störungen, manisch-depressivem Irrsein, Paranoia und paranoiden Zustände, Psychosen, psychoneurotischen Störungen, Psychopathien, Alkoholismus etc. Die Sektion Mathematik und Statistik empfahl die Verwendung der Liste C oder allenfalls einer überarbeiteten Version der Liste A, welche zu diesem Zeitpunkt Unfälle zu wenig genau abzubilden vermochte.⁴³³ Im Dezember, kurz vor der Einführung, stellte das BSV fest, dass die vorgelegten Schlüssel gemäss Liste A und C zunächst noch überarbeitet werden müssten, weshalb per 1. Januar 1960 nur die Komponente «Ursache der Invalidität» statistisch erfasst werden könne.⁴³⁴ Die nur beschränkte statistische Erfas-

⁴²⁸ o.V.: Liste A, Verzeichnis der Gebrechen, Gebrechensliste 20.11.1959, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#454*.

⁴²⁹ World Health Organization: Liste C, Abschrift der Internationalen Kurzen Systematik für die Morbiditätsstatistik der Sozialversicherung, Gebrechensliste 24.11.1959, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#454*.

⁴³⁰ In beiden Listen ist jeweils die Abkürzung OMS erwähnt, welche sich auf den französischen Namen der WHO, Organisation mondiale de la Santé, bezieht.

⁴³¹ World Health Organization: Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. sixth revision of the international lists of diseases and causes of death, adopted 1948, Geneva 1948 (Bulletin of the World Health Organisation 1), S. 110.

⁴³² ebd., S. 106–115.

⁴³³ Bundesamt für Sozialversicherung - Sektion Mathematik und Statistik - Ernst Kaiser an Bundesamt für Sozialversicherung - Albert Granacher: Schlüsselung der Gebrechen, Bericht 11.1959, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#454*.

⁴³⁴ Bundesamt für Sozialversicherung - Sektion Mathematik und Statistik: Besprechung vom 1. Dezember 1959: Verzeichnis der Gebrechen in der IV-Statistik, Aktennotiz 10.12.1959, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#454*.

sung der Gebrechen nach der Einführung führte innerhalb des BSV zu gewissen Dissonanzen zwischen der Sektion Mathematik und Statistik und der Unterabteilung AHV/IV/EO betreffend Relevanz und Detailgenauigkeit einer Gebrechensliste.⁴³⁵

Ein Schreiben von November 1962 an Adolf Zolliker, der sich bereit erklärt hatte an einer Nomenklatur der Invaliditätsursachen mitzuarbeiten, zeigt, dass die Verabschiedung einer solchen Liste zu diesem Zeitpunkt immer noch in weiter Ferne war.⁴³⁶ Nicht viel besser sah es ein halbes Jahr später aus:

«Die Auswertung nach der Ursache des Gebrechens ist in Vorbereitung, wobei wir uns der Wichtigkeit dieser Statistik voll bewusst sind. Die Schwierigkeiten, die zu überwinden sind, betreffen vor allem die Klassifizierung der verschiedenen Gebrechen bzw. deren Schlüsselung. Eine zu differenzierte Gliederung hätte zur Folge, dass der Aussagewert verloren geht; deshalb muss die Schlüsselung möglichst einfach und praktisch einheitlich durchführbar sein. Trotz der namhaften Schwierigkeiten hoffen wir, dass für 1964 die ersten Ergebnisse über die Ursache des Gebrechens vorliegen werden.»⁴³⁷

Erst für November 1964 wurde schliesslich eine Konferenz geplant, in deren Vorfeld ein Entwurf für eine erweiterte, an Liste A angelehnte Aufstellung entstanden war.⁴³⁸ Im Rahmen der Konferenz wurde der Entwurf besprochen und redigiert. Im Bereich der Psychosen, Psychoneurosen und Persönlichkeitsstörungen wurden aber keine Veränderungen vorgeschlagen.⁴³⁹ Wie aus einer ZAK-Mitteilung von Dezember 1965 hervorgeht, sollte die Gebrechensstatistik in der IV per 1. Januar 1966 offiziell eingeführt werden, nachdem einzelne IV-Kommissionen im Jahr 1965 bereits probeweise die Gebrechensursache statistisch erfasst hatten.⁴⁴⁰

Das Kreisschreiben über die Durchführung der Gebrechensstatistik in der Invalidenversicherung vom 17. Dezember 1965 enthielt Anweisungen zur Erstellung der Statistik sowie die aktualisierte,

⁴³⁵ Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung AHV/EO: Aktennotiz über die amtsinterne Besprechung vom 1. Dezember 1959 betreffend Schlüsselung der Gebrechen in der IV, Aktennotiz 15.12.1959, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#454*.

⁴³⁶ Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung AHV/IV/EO an Zolliker, Adolf: IV - Gebrechensstatistik, Brief 14.11.1962, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#455*.

⁴³⁷ Bundesamt für Sozialversicherung - Sektion Mathematik und Statistik an AHV-Ausgleichskasse des Kantons Zürich, Vorsteher Dr. Greiner: IV-Jahresbericht und -Statistik, Brief 02.05.1963, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#454*.

⁴³⁸ Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung AHV/IV/EO: Sitzungsunterlagen für die Konferenz vom 4. November 1964, Entwurf 29.10.1964, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#455*.

⁴³⁹ Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung AHV/IV/EO: Besprechung betreffend die Einführung einer IV-Gebrechensstatistik vom 4. November 1964, Protokollnotiz 16.11.1964, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#455*.

⁴⁴⁰ Bundesamt für Sozialversicherung: Statistische Erfassung der Gebrechen, in: Zeitschrift für die Ausgleichskassen der AHV und ihre Zweigstellen, die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, die Durchführungsstellen der Ergänzungsleistungen zur AHV, der Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivildienstpflichtige 1965, 1965, S. 517.

definitive Gebrechensliste. Die Rahmenbedingungen zur Erfassung der Statistik sahen folgendermassen aus: Jede Verfügung von zugesprochenen individuellen Versicherungsleistungen der IV (Renten, Hilflosenentschädigungen und Eingliederungsmassnahmen) musste statistisch erfasst werden. Erfasst wurden die Art des Gebrechens (dreistellig) sowie dessen Auswirkungen in funktioneller Hinsicht (zweistellig), zusammen ergab sich ein fünfstelliger Code.⁴⁴¹ Der definitive Gebrechensschlüssel setzte sich einerseits analog zur GgV aus den Geburtsgebrechen (Ziffern 101-499) zusammen, andererseits enthielt er eine Zifferngruppe, welche eine «abschliessende Aufzählung der erworbenen Leiden», also der Krankheiten und Unfälle, enthielt. Dabei bezogen sich die Ziffern 601-799 auf Krankheiten, die Ziffern 801-999 auf Unfälle, wobei es sich in beiden Fällen um dieselben Gründe handelte und nur der Invaliditätsgrund variierte.⁴⁴² Von 1966 bis 1968 wurde jeweils eine detaillierte Gebrechensstatistik erhoben. Wie verschiedene Korrespondenzen zeigen, waren die Verantwortlichen mit der Qualität der erhobenen Daten aber keineswegs zufrieden. Ein Problem war, dass sämtliche Verfügungen in die Statistiken gingen. Wenn eine Person also pro Jahr vier Verfügungen für dasselbe Leiden erhielt, war sie in der Statistik vierfach vertreten. Dadurch entstand das Problem, dass es schwierig war, Rückschlüsse über das effektive Auftreten einzelner Gebrechen zu ziehen. Dies sollte gelöst werden, indem jeweils die erste IV-Verfügung einer versicherten Person speziell gekennzeichnet und statistisch separat erfasst wurde.⁴⁴³ 1972 wurde das Kreisschreiben über die Durchführung der Gebrechensstatistik in der Invalidenversicherung entsprechend revidiert.⁴⁴⁴

1970 hatte die Unterabteilung Mathematik und Statistik⁴⁴⁵ zudem festgestellt, dass die Gesamtzahl der Fälle zwischen 1967 und 1968 um mehr als zehn Prozent gestiegen war; insbesondere einzelne Leiden hatten deutlich zugelegt – darunter solche der Ziffer 646, «Psychoreaktive Störungen, Psychoneurosen, funktionelle Störungen des Nervensystems sowie darauf beruhende Sprachstörungen (z.B. Stottern)», welche um beinahe 50% angestiegen waren.⁴⁴⁶ Hinter der Zunahme von Fällen mit dem Gebrechenscode 646 vermutete der Ärztliche Dienst des BSV die vermehrte Früherfassung von

⁴⁴¹ Bundesamt für Sozialversicherung: Kreisschreiben über die Durchführung der Gebrechensstatistik in der Invalidenversicherung. (vom 17. Dezember 1965), Ausgabe Februar 1968, 318.507.09 d, Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale 02.1968, S. 2.

⁴⁴² ebd., S. 3.

⁴⁴³ Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung Mathematik und Statistik an Herr Graber: Kennzeichnung der erstmaligen Verfügung in der IV, Notiz 18.10.1968, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#455*.

⁴⁴⁴ Bundesamt für Sozialversicherung: Kreisschreiben über die Durchführung der Gebrechensstatistik in der Invalidenversicherung. Gültig ab 1. Januar 1972, 318.507.09 d, Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale 11.1971.

⁴⁴⁵ Zuvor handelte es sich dabei um die Sektion Mathematik und Statistik. Diese wurde gemäss Briefkopf in «Sektion Statistik der Sozialversicherung umbenannt», welche neu die «Unterabteilung Mathematik und Statistik» enthielt.

⁴⁴⁶ Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung Mathematik und Statistik an Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung AHV/IV/EO/EL: Gebrechensstatistik, Notiz 26.06.1970, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#455*.

Sprachstörungen bei Kindern.⁴⁴⁷ Im Dezember 1970 informierte das BSV die Empfänger der Gebrechensstatistiken 1967/1968, dass deren Aussagekraft aufgrund der obenerwähnten Probleme bei der Erfassung der Häufigkeiten der einzelnen Gebrechen weder ganz noch auszugsweise weitergegeben werden dürften.⁴⁴⁸ Die Auswertungen von 1969 und 1970 waren gemäss einem Schreiben des BSV an die zentrale Ausgleichsstelle, welche die Zahlen von den einzelnen IV-Kommissionen erhielt und dann an die Unterabteilung Mathematik und Statistik weitergab, dermassen fehlerhaft, dass sie überhaupt nicht verwendet werden konnten.⁴⁴⁹ Entsprechend ist für diese Jahre in den Akten keine Gebrechensstatistik überliefert. Die Probleme im Bereich der statistischen Erhebungen führten zur Erstellung eines Berichts der Unterabteilung Mathematik und Statistik an die Amtsleitung des BSV. Aus dem Bericht geht hervor, dass auch die Politik auf die fehlende Gebrechensstatistik aufmerksam geworden war; ein SP-Nationalrat hatte im Dezember 1971 eine kleine Anfrage an den Bundesrat gestellt, welcher wiederum die Veröffentlichung der Statistik in Aussicht stellte.⁴⁵⁰ Der Bericht hält zudem fest, dass bei der Erhebung der Renten und Hilflosenentschädigungen im Vergleich zu den Eingliederungsmassnahmen unterschiedliche Zählweisen bestünden, weshalb kein Gesamttotal gebildet werden könne. Da dieses Problem in absehbarer Zeit nicht zu lösen sei, sollten gemäss dem Bericht in den folgenden Jahren nur noch separate Auswertungen erfolgen.⁴⁵¹ In welcher Form und ob überhaupt diese Auswertungen erfolgten, geht aus den Akten nicht hervor. Die nächste Gebrechensstatistik, welche die IV-Renten und Hilflosenentschädigungen erfasste, wurde erst im Jahr 1983 publiziert. In deren Vorwort steht, dass «in der Schweiz, wie in vielen anderen Industrieländern, zuverlässige statistische Daten über die Invalidität fehlen oder, sowie vorhanden, kaum bekannt sind.» Die neuerliche Erstellung einer Gebrechensstatistik wurde durch das 1981 ausgerufene «Jahr der Behinderten» angestossen und basiert auf Zahlen, welche im März 1982 erhoben wurden.⁴⁵²

⁴⁴⁷ Bundesamt für Sozialversicherung - Ärztlicher Dienst: Gebrechensstatistik, Stellungnahme 03.08.1970, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#455*.

⁴⁴⁸ Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung AHV/IV/EO/EL an Empfänger der Gebrechensstatistiken 1967/68: Dok. 19.777/8, Brief 14.12.1970, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#455*.

⁴⁴⁹ Bundesamt für Sozialversicherung - Vizedirektor Granacher an Zentrale Ausgleichsstelle: Unstimmigkeiten in der Gebrechensstatistik, Brief 13.07.1972, Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung (Schweizerisches Bundesarchiv BAR), Signatur: E3340B#1996/313#396*.

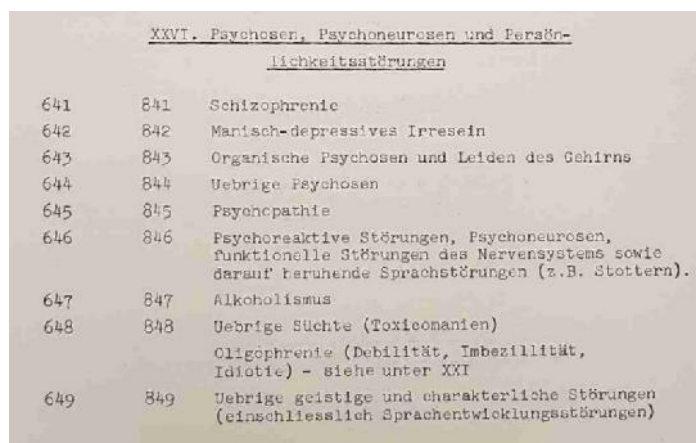
⁴⁵⁰ Bundesamt für Sozialversicherung - Abteilung Mathematik und Statistik an Bundesamt für Sozialversicherung - Amtsleitung: Gebrechensstatistik, Bericht 02.02.1973, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E.3340B#1996/313#396*, S. 1.

⁴⁵¹ ebd., S. 2-3.

⁴⁵² Bundesamt für Sozialversicherung: Gebrechensstatistik. IV-Renten und Hilflosenentschädigungen der AHV/IV, März 1982, AHV/IV-Statistiken, Bern, IX.

5.3.2 Psychisch Kranke in den IV-Gebrechensstatistiken zwischen 1966 und 1982

Das Ziel dieses Kapitels ist es, die Gebrechensstatistiken der Jahre 1966-1968 und 1982 hinsichtlich der Prävalenz psychischer Krankheiten auszuwerten. Wie aus den vorherigen Ausführungen hervorgeht, ist dieses Vorhaben keineswegs unproblematisch, da die Statistiken der 1960er-Jahre methodisch in sich⁴⁵³ und auch im Vergleich mit derjenigen von 1982 nicht übereinstimmen. Ob sich ein Vergleich trotzdem lohnt? Angesichts der Tatsache, dass es in dieser Arbeit nicht um absolute Zahlen, sondern eher um längerfristige Entwicklungen und Tendenzen geht, kann diese Frage bejaht werden. Auch wenn es den Auswertungen an Präzision mangelt, vermögen sie vielleicht doch einige spannende Hinweise hinsichtlich der Wichtigkeit der psychischen Krankheiten in der Geschichte der Invalidenversicherung zu geben. Da der Gebrechensschlüssel seit seiner Entstehung im Jahr 1965 erstaunlicherweise niemals angepasst wurde – die aktuellen, seit 2009 gültigen Codes zur Gebrechens- und Leistungsstatistik⁴⁵⁴ stimmen noch exakt mit der ersten an ICD-6 angelehnten Version überein⁴⁵⁵ – ist ein Vergleich der Statistiken insofern möglich, als zumindest gewährleistet ist, dass dieselben psychischen Krankheiten in der entsprechenden Kategorie erfasst wurden. Hier ein Auszug des Gebrechensschlüssels entsprechend dem Kreisschreiben von 1965:



XXVI. Psychosen, Psychoneurosen und Persönlichkeitsstörungen		
<u>lichkeitsstörungen</u>		
641	841	Schizophrenie
642	842	Manisch-depressives Irresein
643	843	Organische Psychosen und Leiden des Gehirns
644	844	Uebrige Psychosen
645	845	Psychopathie
646	846	Psychoreaktive Störungen, Psychoneurosen, funktionelle Störungen des Nervensystems sowie darauf beruhende Sprachstörungen (z.B. Stottern).
647	847	Alkoholismus
648	848	Uebrige Süchte (Toxicomanien) Oligophrenie (Debilität, Imbezillität, Idiotie) - siehe unter XXI
649	849	Uebrige geistige und charakterliche Störungen (einschliesslich Sprachentwicklungsstörungen)

Abbildung 1 Bundesamt für Sozialversicherung 12.1965 - Kreisschreiben über die Durchführung der Gebrechensstatistik in der Invalidenversicherung, 12.1965⁴⁵⁶

Im Gegensatz zur ICD-6⁴⁵⁷ wurden die «Oligophrenien» im IV-Gebrechensschlüssel nicht der Kategorie XXVI. Psychosen, Psychoneurosen und Persönlichkeitsstörungen zugeordnet, sondern den Geburtsgebrechen. Dank dieser Anpassung ist es möglich, die IV-Gebrechensstatistiken hinsichtlich des Anteils an psychisch Invaliden im Vergleich zum Total aller Invaliden zu analysieren.

⁴⁵³ Siehe die Bemerkung oben betreffend der Ziffer 646

⁴⁵⁴ Bundesamt für Sozialversicherungen: Codes zur Gebrechens- und Leistungsstatistik. Gültig ab 1. Januar 2009, Stand: 1. Januar 2012, 318.108.04 d, Bern 01.2012. Online: <https://www.bsvlive.admin.ch/vollzug/storage/documents/3952/3952_6_de.pdf>, Stand: 12.08.2018, S. 11-27.

⁴⁵⁵ Einzig die Beschreibungen der einzelnen Ziffern wurden geringfügig angepasst.

⁴⁵⁶ Bundesamt für Sozialversicherung: Kreisschreiben über die Durchführung der Gebrechensstatistik, 02.1968, S. 12.

⁴⁵⁷ Vgl. Ziffer 325 (Mental deficiency), World Health Organization: Manual of the international statistical classification, 1948, S. 114.

Die erste Tabelle zeigt den Anteil von psychisch Kranken an den IV-Leistungsarten Rente, Hilflosenentschädigung und Eingliederungsmassnahme. Aus ihr geht hervor, dass der Anteil an psychisch kranken Invaliden zwischen 1966 und 1968 tendenziell zunehmend war. Während die relativen Zahlen im Bereich der Renten einen eher moderaten Anteil von knapp 15% psychisch Invaliden ausweisen, zeigt der Blick auf die absoluten Zahlen doch eine durchaus beachtliche Anzahl von Personen, welche aufgrund einer psychischen Krankheit (zumindest teilweise) invalid wurden. Höher als bei den Renten fällt der Anteil psychisch Invaliden bei den Eingliederungsmassnahmen aus. Mögliche Erklärungsansätze wären neben der oben erwähnten Mehrfachzählung einerseits der Anspruch von Kindern auf Eingliederungsmassnahmen⁴⁵⁸ im Rahmen einer Sonderschulung, andererseits vielleicht sogar die Tendenz der IV-Durchführungsorgane, psychisch Kranken eher berufliche Eingliederungsmassnahmen zuzumuten als eine Rente auszusprechen. Diese Hypothese kann aufgrund der vorliegenden Zahlen aber weder verifiziert noch falsifiziert werden. Eine weitere, möglicherweise durch die erwähnten Inkonsistenzen bei der Erfassung erklärbar Diskrepanz zeigt sich bei den Hilflosenentschädigungen, deren Anzahl sich zwischen 1967 und 1968 mehr als verdoppelte, wobei die absoluten Zahlen insgesamt sprunghaft anstiegen.

IV-Massnahmen in den Jahren 1966 bis 1968 (Krankheiten)	1966	1967	1968
Renten infolge Krankheit der Gebrechensgruppe XXVI	2051	2222	2254
Renten infolge Krankheit aller Gebrechensgruppen	15839	15273	15674
<i>Anteil der psychisch Kranken am Total aller Renten</i>	12.94%	14.54%	14.38%
Hilflosenentschädigungen infolge Krankheit der Gebrechensgruppe XXVI	16	22	326
Hilflosenentschädigungen infolge Krankheit aller Gebrechensgruppen	207	222	1636
<i>Anteil der psychisch Kranken am Total aller Hilflosenentschädigungen</i>	7.72%	9.90%	19.92%
Eingliederungsmassnahmen infolge Krankheit der Gebrechensgruppe XXVI	2936	3282	4584
Eingliederungsmassnahmen infolge Krankheit aller Gebrechensgruppen	17525	18895	21747
<i>Anteil der psychisch Kranken am Total aller Eingliederungsmassnahmen</i>	16.75%	17.36%	21.07%

Tabelle 1 (in Anlehnung an BSV, Gebrechensstatistik 1966; BSV, Gebrechensstatistik 1967; BSV, Gebrechensstatistik 1968)⁴⁵⁹

⁴⁵⁸ Gemäss Art. 40 Abs. 3 IVG konnten nur Personen ab 20 Jahren einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung geltend machen

⁴⁵⁹ Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung Mathematik und Statistik: Gebrechensstatistik 1966, Statistik 12.1967, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#455*, Tabelle 1; Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung Mathematik und Statistik: Gebrechensstatistik 1967, Statistik 1968, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#455*, Tabelle 1; Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung Mathematik und Statistik: Gebrechensstatistik 1968, Statistik 1969, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#455*, Tabelle 1.

Die zweite Tabelle ordnet die verfügbaren IV-Leistungen nach den einzelnen Gebrechenscodes. Dabei wird klar, dass die Codes 641 (Schizophrenie), 646 (Psychoreaktive Störungen, Psychoneurosen, funktionelle Störungen des Nervensystems sowie darauf beruhende Sprachstörungen (z.B. Stottern)) und 649 (Uebrige geistige und charakterliche Störungen (einschliesslich Sprachentwicklungsstörungen)) mit Abstand am häufigsten erfasst wurden. Insbesondere die beiden letzteren waren sehr prominent vertreten. Wie oben erwähnt, vermutete der Ärztliche Dienst die zunehmende Früherfassung von Sprachstörungen hinter der abrupten Zunahme von IV-Leistungen mit dem Code 646. Diese Interpretation scheint angesichts der Tatsache, dass Sprachentwicklungsstörungen eigentlich dem Code 649 entsprechen, relativ unplausibel. Eine weitere Erklärung, welche sich in den Akten des BSV befindet, rechnet mit einer grösseren Anzahl an fälschlicherweise zugesprochenen Psychotherapien. Diese gelten in Zusammenhang mit dem Code 646 als Behandlung des Leidens an sich und sind daher eigentlich unzulässig.⁴⁶⁰

IV-Leistungen pro Gebrechenscode	1966	1967	1968
641	872	964	1023
642	88	149	145
643	132	162	231
644	110	165	162
645	299	275	269
646	1352	1670	2499
647	200	210	296
648	247	230	299
649	1703	1701	2240

Tabelle 2 (in Anlehnung an BSV, Gebrechensstatistik 1966; BSV, Gebrechensstatistik 1967; BSV, Gebrechensstatistik 1968)⁴⁶¹

Bei einem Vergleich der Zahlen von 1982 mit denjenigen von 1966-1968 muss zunächst vorausgeschickt werden, dass es sich bei den Zahlen von 1982 um sämtliche damals laufenden Renten handelte, nicht bloss um die Neurenten eines einzelnen Jahres wie bei den älteren Zahlen. Trotz dieser Einschränkung ist die Betrachtung des relativen Anteils psychischer Krankheiten im Vergleich zum Total aller aufgrund einer Krankheit zugesprochenen Rente interessant. Der Anteil der IV-Rentner, welche ihre Rente aufgrund einer psychischen Erkrankung zugesprochen erhielten, war nämlich

⁴⁶⁰ Bundesamt für Sozialversicherung: Note complémentaire à propos de la Gebrechensstatistik, Notiz o.D., ca. 1970, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Signatur: E3340B#1987/62#455*.

⁴⁶¹ Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung Mathematik und Statistik: Gebrechensstatistik 1966, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), E3340B#1987/62#455*, 12.1967, Tabelle 4; Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung Mathematik und Statistik: Gebrechensstatistik 1967, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), E3340B#1987/62#455*, 1968, Tabelle 4; Bundesamt für Sozialversicherung - Unterabteilung Mathematik und Statistik: Gebrechensstatistik 1968, Schweizerisches Bundesarchiv BAR (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), E3340B#1987/62#455*, 1969, Tabelle 4.

von ca. einem Siebtel auf beinahe $\frac{1}{4}$ gestiegen. Der Anteil an den Hilflosenentschädigungen bewegte sich aber im Vergleich zu 1968 eher wieder auf einem niedrigeren Niveau. Die Eingliederungsmassnahmen wurden in der Gebrechensstatistik von 1982 nicht erhoben.

IV-Massnahmen im Jahr 1982 (Krankheiten) ohne Eingliederungsmassnahmen	1982
Renten infolge Krankheit der Gebrechensgruppe XXVI	17957
Renten infolge Krankheit aller Gebrechensgruppen	76929
Anteil der psychisch Kranken am Total aller Renten	23.34%
Hilflosenentschädigungen infolge Krankheit der Gebrechensgruppe XXVI	611
Hilflosenentschädigungen infolge Krankheit aller Gebrechensgruppen	5151
Anteil der psychisch Kranken am Total aller Hilflosenentschädigungen	11.86%

Tabelle 3 (in Anlehnung an BSV, Gebrechensstatistik 1982)⁴⁶²

Die Zahlen von Tabelle 2 und 4 lassen sich insofern wiederum schlecht vergleichen, als dass in Tabelle 2 sämtliche IV-Leistungen, in Tabelle 4 aber nur die IV-Renten pro Gebrechenscode nachgewiesen wurden. Dadurch lässt sich möglicherweise die Diskrepanz beim Code 649 erklären, da dieser vermutlich häufig im Fall von Eingliederungsmassnahmen für Kinder resp. einer Sonderschulung verwendet wurde. Die Tendenz, dass die Gebrechenscodes 641 und 646 besonders oft vertreten waren, konnte hingegen 1982 weiterhin beobachtet werden. Bemerkenswert ist zudem auch die Entwicklung der Gebrechenscodes 647 und 648, welche stellvertretend für Alkoholiker und Drogensüchtige stehen. Trotz des starken Widerstands seitens des BSV und des EVG gegenüber der Anerkennung dieser Krankheiten als Invaliditätsgrund erhielt 1982 eine beachtliche Anzahl an Personen wegen jenen Diagnosen eine Rente.

IV-Renten pro Gebrechenscode	1982
641	6348
642	1478
643	640
644	1365
645	1054
646	4238
647	1195
648	628
649	1011

Tabelle 4 (in Anlehnung an BSV, Gebrechensstatistik 1982)⁴⁶³

⁴⁶² Bundesamt für Sozialversicherung: Gebrechensstatistik. IV-Renten und Hilflosenentschädigungen der AHV, S. 3 und 37, Tabelle 2b.

⁴⁶³ ebd., S. 29, Tabelle 8.

Obwohl der Blick auf die Zahlen der psychisch Kranken in der Invalidenversicherung anhand der vier Tabellen aus verschiedenen Gründen nur oberflächlich und keineswegs vollständig⁴⁶⁴ war, ermöglicht er dennoch eine etwas erweiterte Perspektive auf Versicherte, welche aufgrund ihrer psychischen Krankheit Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hatten. Einerseits kann anhand der Zahlen von 1966-68 und 1982 eine Tendenz zu einem höheren Anteil an Versicherten mit den Gebrechenscodes 641-649 festgestellt werden, wobei die Ursachen für diese Entwicklung aus der Tabelle nicht abgelesen werden können und deshalb völlig unklar sind. Andererseits lässt sich die gehäufte Zuweisung der Gebrechenscodes 641 und 646 im Vergleich zu den restlichen Codes feststellen. Auch hier sind die Gründe für das Phänomen unklar. Möglicherweise wurden entsprechende Störungen effektiv häufiger diagnostiziert; es könnte sich bei den genannten Gebrechenscode aber auch um Sammelbecken für unklare Fälle handeln.

Insgesamt zeigen die Zahlen, dass es sich bei den psychisch Invaliden von Beginn weg um mehr als eine kleine Randgruppe im Pool der Versicherten gehandelt hat. In den letzten Jahren jedoch rückten sie ins Zentrum der Diskussionen um die Invalidenversicherung. Insbesondere der Code 646 wurde zum Sinnbild für einen hohen Anteil an psychisch kranken IV-Rentnern und Rentnerinnen. 2009 erschien eine Studie, welche ausschliesslich IV-Dossiers auswertete, die dem Gebrechenscode 646 zugeordnet worden waren.⁴⁶⁵

5.4 Missbrauchsvorwürfe und Reformvorschläge

Die Rezession, welche mit der Wirtschaftskrise der 1970er-Jahre einherging, hatte einschneidende Auswirkungen auf die Invalidenversicherung. Da sich der Stellenmarkt in ihrer Folge drastisch verkleinerte, wurde die Vermittlung und Eingliederung Invaliden in die freie Wirtschaft zunehmend erschwert bis verunmöglicht.⁴⁶⁶ Ausserdem geriet die Invalidenversicherung selbst in die Kritik der Öffentlichkeit. Besonders hohe Wellen schlug das Phänomen, dass der IV-Rentenbetrag pro Kopf je nach Kanton stark variierte. Die Zahlen, welche verschiedenen vom BSV herausgegebenen Statistiken entnommen werden konnten, führten zu einer Reihe von Zeitungsartikeln, welche die Mutmassung äusserten, dass einzelne IV-Vollzugsorgane aufgrund des teilweise vorhandenen Spielraums in der Gesetzgebung eine Art inoffiziellen Finanzausgleich betreiben würden.⁴⁶⁷ Ebenfalls für Unruhe sorgte eine vom Eidgenössischen Departement des Innern 1976 in Auftrag gegebene

⁴⁶⁴ Ein sehr spannender Aspekt, welcher leider den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte, wäre die Auswertung der Zahlen nach Geschlecht. In der Tat weisen sämtliche der erwähnten Gebrechensstatistiken die Geschlechter separat aus.

⁴⁶⁵ Baer: Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen, 2009.

⁴⁶⁶ Canonica: Missbrauch und Reform, 2012, S. 30.

⁴⁶⁷ ebd., S. 29.

Studie. Die eingesetzte Arbeitsgruppe sollte die Organisation der Invalidenversicherung überprüfen; sie empfahl aufgrund der Ergebnisse den Ausbau der ärztlichen Expertise innerhalb der IV in Form von medizinischen Abklärungsstellen MEDAS und zugleich die Reduktion der IV-Kommissionsmitglieder. Insbesondere Berufsberater und Sozialarbeitende betrachteten die Studie als entbehrlich. Ausserdem warf sie den Fürsorgerinnen und Fürsorgern vor, sich zu parteiisch für die Belange der Versicherten einzusetzen. Auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte wurden beschuldigt, bezüglich der Arbeitsfähigkeit teilweise allzu wohlwollend zu entscheiden. Die in der Studie vorgeschlagenen Lösungen dienten explizit der Verhinderung von Missbräuchen, was gemäss Canonica den Umkehrschluss zulässt, dass «überall dort, wo Lösungen vorgeschlagen wurden, auch Rentenmissbrauch (oder zumindest Missbrauchspotenzial) identifiziert wurde».⁴⁶⁸ Der Missbrauchsvorwurf sorgte bei Versicherten und den Dachorganisationen für Empörung. Sie warfen der IV zudem im Gegenzug eine zunehmende Knausrigkeit bei der Zusprechung von Leistungen vor. In der Tat führte ein erneuter konjunktureller Einbruch Mitte der 1980er-Jahre zu einer finanziellen Belastung der Invalidenversicherung. Ab diesem Zeitraum galt die IV offiziell als unterfinanziert. Um zumindest bei der Organisation Kosten zu sparen, wurde das IV-System im Zuge der dritten IV-Revision umstrukturiert und auf Effizienz getrimmt.⁴⁶⁹ Nichtsdestotrotz besserte sich die desolante Lage der IV nicht. Seit Mitte der 1990er-Jahre galt sie dann als massiv überschuldet.⁴⁷⁰ Dafür waren unterschiedliche Entwicklungen verantwortlich, welche sich gegenseitig verstärkt hatten. So führte die wegen der schlechten Wirtschaftslage zunehmende Arbeitslosenquote zu einer Erhöhung der Rentenkosten; dies aufgrund der schwierigeren Eingliederung von beeinträchtigten Menschen, welche ihrerseits dadurch wiederum in Missbrauchsverdacht gerieten. Verschiedene Träger des Sozialstaats wie die Sozialämter sowie Arbeitgeber wurden zudem beschuldigt, Fälle an die IV abzuschieben resp. unternehmensinterne Umstrukturierungsmassnahmen durch die IV abzufedern.⁴⁷¹ Nicht nur in Bezug auf die IV, sondern auch generell verschlechterte sich die sozialpolitische Grosswetterlage der Schweiz nach 1990. Degen nennt als Beispiele die Häufung von Working Poor, also Personen, welche ihren Lebensunterhalt durch ihr Erwerbseinkommen kaum zu bestreiten vermögen, aber auch neoliberale Anliegen, welche u.a. die Deregulierung des Marktes, die Privatisierung der Arbeitslosenversicherung, den Verzicht auf ein Pensionskassen-Obligatorium und die Konzentration – oder eher Reduktion – der Sozialpolitik auf Bedürftige forderten.⁴⁷²

⁴⁶⁸ ebd., S. 31.

⁴⁶⁹ ebd.

⁴⁷⁰ Germann: *Eingliederung vor Rente*, 2008, S. 179.

⁴⁷¹ Canonica: *Missbrauch und Reform*, 2012, S. 33.

⁴⁷² Degen: *Entstehung und Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates*, 2006, S. 40.

Wie eine von Lengwiler publizierte Aufstellung zeigt, waren die Ausgaben der IV bereits seit ihrer Einführung im Jahr 1960 kontinuierlich stark angestiegen. 2005 betrug die Ausgaben beinahe das 74-fache von 1961:

Tabelle 2: Kostenentwicklung der schweizerischen Invalidenversicherung (1960–2005)

Jahr	Ausgaben (in Mio. CHF)	Anstieg in % (pro Jahrzehnt)
1961*	156.3	
1970	592.7	279
1980	2151.8	263
1990	4133.2	92
2000	8717.9	111
2005	11561.3	33 (pro 5 Jahre)

* Die Ausgaben für das Eröffnungsjahr 1960 lassen sich nicht mit einem normalen Jahr vergleichen; deshalb wurde als erstes Referenzjahr das Jahr 1961 benutzt.

Tabelle 5 (Lengwiler, Im Schatten der Arbeitslosen- und Altersversicherung, 2007, S. 341)⁴⁷³

Die Kostensteigerungen hatten trotz der mehrfachen Erhöhung der vom Bruttolohn abgezogenen Versicherungsbeiträge von 0.4 % auf 1.4 % (seit 1994) nicht kompensiert werden können. In der Öffentlichkeit bildete sich in der Folge ein veritabler Krisendiskurs zur Lage der Invalidenversicherung. Im Zentrum der Aufmerksamkeit standen aber nicht sozial- und wirtschaftspolitische Faktoren wie die inexistenten Zwangsinstrumente gegenüber den Arbeitgebern zur Wiedereingliederung von behinderten Personen. Vielmehr rückten diejenigen Invaliditätsgründe ins öffentliche Bewusstsein, welche in den 1980er- und 1990er-Jahren besonders stark angestiegen waren: Schleudertraumata, Rückenprobleme und psychische Beeinträchtigungen.⁴⁷⁴

Der schweizerische Krisendiskurs entsprach einer internationalen Tendenz, welche sich seit den 1970er-Jahren in weiten Teilen Europas gezeigt hatte. Hans Günther Höckerts spricht in diesem Zusammenhang gar vom Ende der «Blütezeit des Wohlfahrtsstaats». Die Trendwende manifestierte sich demgemäss vor allem im Auftreten von Krisendiskursen und Konsolidierungsprogrammen, aber auch in vermehrten Umbau- und Rückbauprozessen. Erschwerend kam in vielen Ländern ein Zerfall des fragilen politischen Konsenses hinzu. Die verhärteten Positionen führten zu scharfen Debatten, der Wohlfahrtsstaat geriet ins Visier harscher Kritiker und wurde teilweise selbst als Krisenerzeuger wahrgenommen.⁴⁷⁵ Die von Höckerts beschriebenen Entwicklungen liessen sich auch in der Schweiz beobachten. Auf der einen Seite forderten rechtskonservative Parteien wie die SVP in Zusammenhang mit der stetigen Ausgabensteigerung der IV nach der Jahrtausendwende me-

⁴⁷³ Lengwiler: Im Schatten der Arbeitslosen- und Altersversicherung, 2007, S. 341.

⁴⁷⁴ ebd. f.

⁴⁷⁵ Höckerts: Vom Problemlöser zum Problemerzeuger?, 2007, S. 16.

dienwirksam die Bekämpfung der zum Schlagwort erhobenen «Scheininvalidität» und die drastische Kürzung von Leistungen. Vertreter linker Parteien befürworteten auf der anderen Seite eine Verstärkung der Integrationsmassnahmen sowie insbesondere die Einführung einer Behindertenquote für Grossunternehmen, wobei dieses Anliegen laut der Einschätzung von Martin Lengwiler «auf absehbare Zeit politisch chancenlos» bleiben wird.⁴⁷⁶

Die schwierige wirtschaftliche Lage hatte auf die Eingliederung psychisch erkrankter Personen gravierende Auswirkungen. Jost Gross, der damalige Zentralsekretär der Pro Mente Sana, beklagte 1981 die schwierige Situation in einer Stellungnahme:

«In der privaten Wirtschaft aber auch in den öffentlichen Betrieben fehlen qualifizierte Arbeitsmöglichkeiten, insbesondere geeignete Teilzeitarbeit. Es gibt grosse private Arbeitgeber aber auch öffentliche Betriebe, die sich generell weigern, Personen anzustellen, die eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik hinter sich haben.»⁴⁷⁷

Gross führt weiter aus, dass es für psychisch Kranke und Behinderte erfahrungsgemäss oftmals besonders schwierig sei, einen Anspruch auf Leistungen der Sozialversicherungen zu erhalten, da ihre Leiden häufig nicht objektivierbar seien. Er kritisiert auch die Beschränkung der IV auf berufliche Eingliederung, wobei selbst diese oftmals versage, «weil sie den Sachzwängen der freien Marktwirtschaft, z.B. dem infolge Technisierung oder Rezession verminderten Arbeitsplatzangebot ausgesetzt» seit.⁴⁷⁸ In den 1990er-Jahren setzte sich die Pro Mente Sana auf verschiedenen Ebenen für psychisch kranke Menschen ein, z.B. beteiligte sie sich im Abstimmungskampf für das Krankenversicherungsgesetz, welches ein Versicherungsobligatorium enthielt und 1994 vom Volk angenommen wurde. Ausserdem verfasste die Organisation einen Bericht zur beruflichen Eingliederung psychisch behinderter Menschen⁴⁷⁹ und organisierte nach dessen Veröffentlichung mehrere Runde Tische zur Diskussion der Ergebnisse mit Arbeitgebern. Weiter engagierte sich die Pro Mente Sana für die verfassungsrechtliche Gleichstellung der Behinderten, wobei sie einen dreiteiligen Behinderungsbegriff forderte.⁴⁸⁰ Dieser wurde nach einer erfolgreichen Volksabstimmung in den Art. 8 Abs. 2 der Bundesverfassung aufgenommen:

⁴⁷⁶ Lengwiler: Im Schatten der Arbeitslosen- und Altersversicherung, 2007, S. 343.

⁴⁷⁷ Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana - Jost Gross: Zur Lage der Psychisch Kranken und Behinderten in der Schweiz, Stellungnahme 06.1981, Schweizerisches Sozialarchiv, Signatur: Ar 31.60.4, S. 3.

⁴⁷⁸ ebd., S. 6.

⁴⁷⁹ Heim, Gisela; Landert, Charles; Panchaud, Christine: Berufliche Eingliederung psychisch behinderter Menschen, Weinfelden 1993.

⁴⁸⁰ Gassmann: Geschichte der Schweizerischen Stiftung Pro Mente, 2011, S. 22 ff.

«Niemand darf diskriminiert werden, namentlich nicht wegen der Herkunft, der Rasse, des Geschlechts, des Alters, der Sprache, der sozialen Stellung, der Lebensform, der religiösen, weltanschaulichen oder politischen Überzeugung oder wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung.»⁴⁸¹

Trotz dieses Erfolgs wehte den psychisch Invaliden ein kalter Wind entgegen. Mit der Initialisierung der Kampagne um «Scheininvaliden» in einem Interview mit dem «Tages-Anzeiger» hatte der SVP-Nationalrat Christoph Blocher im Juni 2003 (im Dezember desselben Jahres sollte er in den Bundesrat gewählt werden) für Aufsehen gesorgt. Die Feststellung der Interviewer, dass vor allem psychische Krankheiten zugenommen hätten und ihre Frage, ob der Stress am Arbeitsplatz zu gross geworden sei, beantwortete Blocher folgendermassen: «Ein Grossteil dieser Invalidität ist Scheininvalidität. Manche wollen gar nicht mehr gesund werden. Für sie ist es einfacher, den Lohn durch die IV-Rente zu ersetzen. Gleichzeitig gibt es Arbeitgeber, die sich sagen: Schreiben wir ihn doch invalid.»⁴⁸² Weitere Artikel mit demselben Tenor folgten in der Zeitung «Die Weltwoche». Ein Artikel vom 18. Juni 2013 beispielsweise beschuldigte diverse Akteure des Missbrauchs: «Eine gut geölte Sozialmaschinerie – Ärzte, Psychiater, Anwälte, Rekurskommissionen, Fürsorger und Verbände wie die «Pro Mente Sana», die Organisation der psychisch Behinderten – beutet mit wenig Hemmung diese Institution [die IV] aus.»⁴⁸³ Alan Canonica erkennt in der Scheininvaliditätsdebatte verschiedene ältere Missbrauchsdebatten wieder, welche z.B. die kantonalen Unterschiede bei den Rentenzusprachen oder das Verhalten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte betrafen. Als Tabubruch hingegen verortet er «die Direktheit und Härte [...], mit denen Leistungsempfängerinnen und -empfänger beschuldigt werden.»⁴⁸⁴

Unabhängig von der durch die SVP losgetretenen Missbrauchsdebatte wurde um die Jahrtausendwende tatsächlich unübersehbar, dass die Fälle von psychisch invaliden Rentenbeziehenden stark zugenommen hatten. Wie die Bestandsaufnahme von 1982 im letzten Kapitel gezeigt hatte, lag der Anteil 1982 bei knapp 25 Prozent.⁴⁸⁵ Wie die folgende Grafik zeigt, hatte sich das Verhältnis 20 Jahre später klar zugunsten derjenigen Invaliden verschoben, welche aufgrund einer psychischen

⁴⁸¹ Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 01.01.2018, Art. 8 Abs. 2.

⁴⁸² Städler, Iwan; Schilling, Christoph: Couchepin hat einen Pusch präsentiert. Christoph Blocher hält die langfristigen AHV-Vorschläge von Pascal Couchepin für Wolkenschiebereien. Man müsse jetzt vor allem gegen die «Scheininvaliden» vorgehen, in: Tages-Anzeiger, 13.06.2003, S. 2.

⁴⁸³ Vgl. u.a.: Engeler, Urs Paul: Scheininvaliden und Scheindispute. Was ist das Problem an Blochers IV-Diskussion? Der Missbrauch der Versicherung oder die freie Rede darüber? Die Profiteure oder die, die sie zu IV-Rentnern machen?, in: Die Weltwoche, Nr. 25, 18.06.2003. Online: <<https://www.weltwoche.ch/ausgaben/2003-25/artikel/scheininvaliden-und-scheindispute-die-weltwoche-ausgabe-252003.html>>, Stand: 14.08.2018.

⁴⁸⁴ Canonica: Missbrauch und Reform, 2012, S. 33.

⁴⁸⁵ Bei den Zahlen von 1982 handelte es sich um das Total aller Rentenbezüger, nicht nur der Neurentenbezüger. Da es aber um die relativen, nicht die absoluten Zahlen geht, sollte die Vergleichbarkeit gewährleistet sein.

Beeinträchtigung eine IV-Rente erhielten. In mehreren Jahren seit 2003⁴⁸⁶ hat ihr Anteil beinahe 50% betragen. Während das Total der Neurenten⁴⁸⁷ zudem stets gesunken ist, blieb der Anteil an psychisch Invaliden konstant hoch.

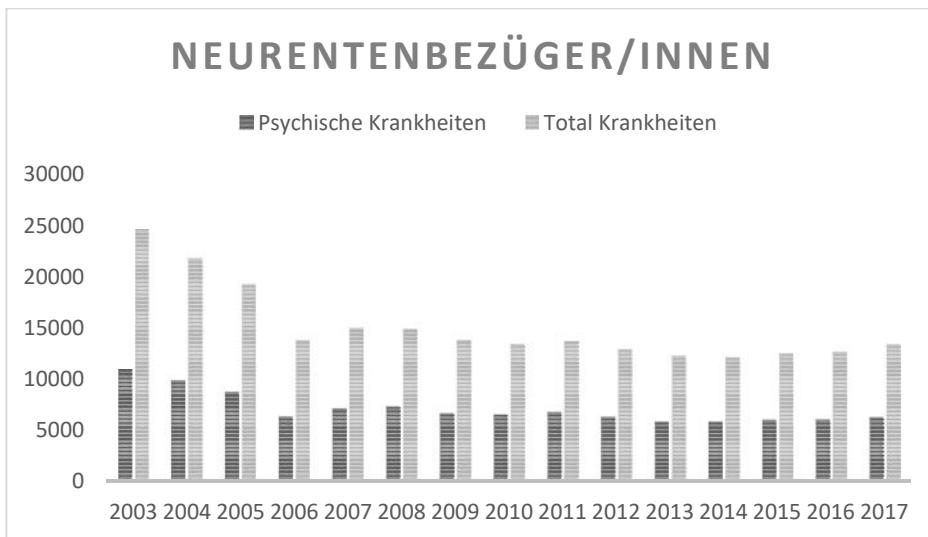


Abbildung 2 (Eigene Darstellung der Zahlen gemäss BSV, NeurentenbezügerInnen in der Schweiz nach Geschlecht und Gebrechensart, Anzahl BezügerInnen, 05.06.2018)⁴⁸⁸

Das BSV gab in den vergangenen Jahren verschiedene Studien in Auftrag, welche den Ursachen für die hohe Anzahl an Rentenbeziehenden mit einer psychischen Krankheit nachgingen. Dabei wurde ersichtlich, dass dies vor allem junge Personen unter 30 Jahren betraf. Eine detaillierte Analyse einzelner Falldossiers zeigte zudem, dass die frühe Invalidisierung bei der Mehrheit der Fälle nachvollziehbar sei. Im Gegensatz dazu sei «bei einer zahlenmässig relevanten Minderheit hingegen [...] wohl alternative Wege der Unterstützung möglich gewesen.»⁴⁸⁹ Gemäss einer Medienmitteilung des BSV müssten entsprechend den Empfehlungen der Studie u.a. folgende Massnahmen ergriffen werden: Die Förderung der Früherkennung von psychischen Auffälligkeiten in Schule und Ausbildung, der deutliche häufigere und allenfalls wiederholte Einsatz von beruflichen Massnahmen bei jungen Erwachsenen mit erwachsenenpsychiatrischen Störungen, die deutliche spätere Inbetrachtung einer IV-Rente evtl. gepaart mit einem höheren Mindestrentenalter für junge psychisch

⁴⁸⁶ Die ältesten Statistiken, welche auf der BSV-Webpage vorhanden sind (siehe nächste Fussnote), betreffen das Jahr 2003.

⁴⁸⁷ In der Grafik werden, damit die Vergleichbarkeit mit den Tabellen aus Kapitel 5.3.3 einigermaßen gewährleistet ist, nur die Neurentenbeziehenden mit einer Krankheit als Invaliditätsgrund dargestellt. Die Invaliditätsursachen «Geburtsgebrechen» und «Unfall», welche ohnehin nicht detaillierter aufgeschlüsselt sind, fliessen somit nicht ins dargestellte Total der Renten ein.

⁴⁸⁸ NeurentenbezügerInnen in der Schweiz nach Geschlecht und Gebrechensart, Anzahl BezügerInnen, Bundesamt für Sozialversicherungen 05.06.2018, <<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabelle.assetdetail.5387105.html>>, Stand: 14.08.2018.

⁴⁸⁹ Baer, Niklas; Altwicker-Hämori Szilvia; Juvalta, Sibylle u. a.: Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten. Bericht im Rahmen des zweijährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP2-IV), Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 19/15, 08.10.2015, S. 147.

Kranke, sowie der systematische Miteinbezug sämtlicher Beteiligten durch die IV-Stellen. Gemäss der Medienmitteilung decken sich die Empfehlungen der Studie zu einem grossen Teil mit der geplanten Gesetzesrevision, der sogenannten «Weiterentwicklung der IV».⁴⁹⁰ Diese betrifft einerseits Kinder und Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen, andererseits aber explizit auch «Junge und junge Erwachsene mit psychischen Beeinträchtigungen». Die Weiterentwicklung der IV sieht den Ausbau von Beratung und Begleitung der Versicherten vor, die Ausweitung der Früherfassung, die Flexibilisierung der Integrationsmassnahmen sowie die Einführung eines Personalverleihs.⁴⁹¹ Am 15. Februar 2017 verabschiedete der Bundesrat die entsprechende «Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der IV)».⁴⁹² Sie wurde von den eidgenössischen Räten bisher noch nicht behandelt.⁴⁹³

⁴⁹⁰ Bundesamt für Sozialversicherungen: Studie zu IV-Renten für psychisch kranke junge Menschen zeigt Alternativen, Bern 25.02.2016. Online: <<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-60760.html>>, Stand: 16.07.2018.

⁴⁹¹ Bundesamt für Sozialversicherung: Ausbau der Unterstützung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, Weiterentwicklung der IV, Bern 15.02.2017.

⁴⁹² Schweizerischer Bundesrat: Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über

⁴⁹³ 17.022 Geschäft des Bundesrates. IVG. Änderung (Weiterentwicklung der IV), Die Bundesversammlung - Das Schweizer Parlament, <<https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20170022>>, Stand: 14.08.2018.

6 Fazit

In dieser Arbeit wurde die Geschichte der psychischen Krankheiten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung dargestellt, wobei der zeitliche Schwerpunkt auf den Jahren unmittelbar vor und auf den Jahrzehnten nach der Einführung lag. Potenzielle Anknüpfungspunkte für die weitere Forschung bieten sich in verschiedensten Bereichen. Besonders vielversprechend scheint die Annäherung aus einer geschlechtergeschichtlichen Perspektive. Weiter nimmt die Arbeit aufgrund der Aktenauswahl einen stark bundesinstitutionellen Blickwinkel ein, welcher durch die fachärztliche Perspektive ergänzt wird. Betroffene Versicherte, aber auch Kommissionsmitglieder, Berufsberatende, Sozialarbeitende oder das psychiatrische Pflegepersonal kommen in den Archivalien des BSV praktisch nie zu Wort, weshalb die Konsultation weiterer Akten – sofern solche überhaupt überliefert wurden und zugänglich sind – zweifellos aufschlussreich wäre. Generell lässt sich festhalten, dass die vorliegende Arbeit aufgrund der bisher kaum vorhandenen Erforschung der psychischen Krankheiten in der Geschichte der Invalidenversicherung grundsätzlich als Basis für weitere Untersuchungen zu verstehen ist. Sie dient somit der Einführung in die Thematik und einem allgemeinen Überblick.

Zusammenfassend konnte gezeigt werden, dass der Weg zur Anerkennung psychischer Krankheiten als Invaliditätsgrund steinig war und teilweise noch lange nach der IV-Einführung andauern sollte. Die berufliche Eingliederung, welche eng mit der sozialen Eingliederung zusammenhing, war aufgrund der wirtschaftlichen Situation äusserst schwierig. Das Engagement von Psychiatern, Fachorganisationen und dem neu gegründeten Dachverband Pro Mente Sana, aber auch die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts ermöglichten letztendlich dennoch die formelle Gleichstellung psychisch Invaliden. Diese ist heute in der Bundesverfassung verankert. Analog gesteht inzwischen auch der Art. 8 zur Invalidität im ATSG⁴⁹⁴ Personen mit einer Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen und psychischen Gesundheit die gleichen Rechte zu. Während psychische Krankheiten zur Zeit der IV-Einführung zahlenmässig noch eher ein Randphänomen waren, wurden sie in den letzten Jahren wegen der starken Zunahme an IV-Rentnerinnen und IV-Rentnern, welche aufgrund einer psychischen Krankheit invalid wurden, zu einem Thema mit grosser medialer Reichweite und von hoher politischer Brisanz. Verschiedene Massnahmen, welche zurzeit am Laufen sind, verfolgen das Ziel, psychisch beeinträchtigte Personen besser in den Arbeitsprozess wiederinzugliedern und damit auch die massiven Kosten zu senken, welche durch langfristige Rentenzahlungen entstehen.

⁴⁹⁴ Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft: Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts. ATSG, 06.10.2003. Online: <<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20002163/index.html>>, Stand: 16.08.2018.

Die Geschichte der psychischen Krankheiten in der IV bietet einen exzellenten Einblick in die administrative Funktionsweise und Organisationsstruktur einer staatlichen Behörde. Auch die Rolle der Fachvertreter, welche durch Expertenwissen und Lobbyarbeit die rechtlichen Grundlagen des IVG massgeblich beeinflussten und damit möglicherweise den Grundstein für die heutige rechtliche Gleichstellung aller Invaliden legten, wird beleuchtet. Dazu kommen Einblicke in den Stellenwert der Arbeit in der Schweizer Gesellschaft seit der Mitte des 20. Jahrhunderts. Es wird aber auch deutlich, dass die bis heute nachwirkenden Modalitäten der Invalidenversicherung zur Zeit ihrer Einführung sehr stark von politischen Akteuren, wirtschaftlichen Bedingungen und dem medizinischen Erkenntnisstand um 1960 geprägt waren. Dabei verbanden sich Diskurse und Metadiskurse, welche teilweise weit ins 19. Jahrhundert zurückreichten mit neueren Entwicklungen, die mitunter heute noch aktuell sind. Jenes aberwitzige Aufeinandertreffen von stark divergierenden Diskursen und Ansätzen aus drei Jahrhunderten könnte vielleicht am treffendsten mit der von Ernst Bloch geprägten Denkfigur der «Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen»⁴⁹⁵ umschrieben werden.

⁴⁹⁵ Bloch, Ernst: Erbschaft dieser Zeit, Frankfurt am Main 1985¹ (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 553), S. 104.

7 Quellen- und Literaturverzeichnis

7.1 Quellen

7.1.1 Ungedruckte Quellen

- Schweizerisches Bundesarchiv BAR, Bern (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Dossier: «Interne Exposés, etc.», Signatur E3340B#1987/62#2*
- Schweizerisches Bundesarchiv BAR, Bern (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Dossier: «JV-Mitteilungen (Teil 1)», Signatur E3340B#1987/62#59*
- Schweizerisches Bundesarchiv BAR, Bern (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Dossier: «JV-Mitteilungen (Teil 2)», Signatur E3340B#1987/62#60*
- Schweizerisches Bundesarchiv BAR, Bern (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Dossier: «Alkoholiker», Signatur E3340B#1987/62#74*
- Schweizerisches Bundesarchiv BAR, Bern (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Dossier: «Arzneien», Signatur E3340B#1987/62#76*
- Schweizerisches Bundesarchiv BAR, Bern (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Dossier: «Geisteskranke», Signatur E3340B#1987/62#107*
- Schweizerisches Bundesarchiv BAR, Bern (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Dossier: «Gebrechensstatistik/Allgemeines», Signatur E3340B#1996/313#396*
- Schweizerisches Bundesarchiv BAR, Bern (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Dossier: «Statistik Allgemeines», Signatur E3340B#1987/62#454*
- Schweizerisches Bundesarchiv BAR, Bern (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Dossier: «Gebrechensstatistik», Signatur E3340B#1987/62#455*
- Schweizerisches Bundesarchiv BAR, Bern (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Dossier: «Sitzungsakten», Signatur E3340B#1987/62#725*
- Schweizerisches Bundesarchiv BAR, Bern (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Dossier: «C-G», Signatur E3340B#1987/62#1063*
- Schweizerisches Bundesarchiv BAR, Bern (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Dossier: «S - Sz (inkl. Sch + St)», Signatur E3340B#1987/62#1066*
- Schweizerisches Bundesarchiv BAR, Bern (Serie Bundesamt für Sozialversicherung/Invalidenversicherung), Dossier: «Arbeitgeberorganisationen», Signatur E3340B#1987/62#1075*
- Schweizerisches Sozialarchiv, Zürich, Dossier: «Hilfsvereine für Gemütskranke», Signatur Soz. Inst. 297 (Bro)
- Schweizerisches Wirtschaftsarchiv (SWA), Basel, Dossier: «Schweizerische Vereinigung zum Schutz der geistigen Gesundheit», Signatur CH SWA Ar 31.60.4

7.1.2 Gedruckte Quellen

- Ammann, Hans: Zur Revision der Invalidenversicherung, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung 11, 1967, S. 92–106.
- Bersot, Henri: Für den geistigen Gesundheitsschutz in der Schweiz, Zürich 1951.
- Binder, Hans: Die Geisteskrankheit im Recht. Ein Beitrag zur Klärung der grundlegenden Begriffe für geistige Störungen im Schweizerischen Zivilgesetzbuch und Strafgesetzbuch, für Juristen und Ärzte, Zürich 1952.
- Bloch, Charlotte: Invalidenversicherung und private Fürsorgeorganisationen, in: Zeitschrift für Präventivmedizin 7 (1), 1962, S. 243–247
- Briner-Eidenbenz, Robert: Was erwarten wir von einer eidgenössischen Invalidenhilfe?, in: Schweizerische Zeitschrift für Gemeinnützigkeit - Organ für Fragen des Sozialwesens 94 (10/11), 1955, S. 275–285.
- Bundesamt für Sozialversicherung: Gebrechensstatistik. IV-Renten und Hilflosenentschädigungen der AHV/IV, März 1982, AHV/IV-Statistiken, Bern.
- Bundesamt für Sozialversicherung: Ein Jahr Invalidenversicherung, in: Zeitschrift für die Ausgleichskassen der AHV und ihre Zweigstellen, die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen,

- die Durchführungsstellen der Ergänzungsleistungen zur AHV, der Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige 1961, 1961, S. 1–9.
- Bundesamt für Sozialversicherung: Zur rechtlichen Würdigung des Alkoholismus in der Invalidenversicherung, in: Zeitschrift für die Ausgleichskassen der AHV und ihre Zweigstellen, die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, die Durchführungsstellen der Ergänzungsleistungen zur AHV, der Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige 1962, 1962, S. 401–404.
- Bundesamt für Sozialversicherung: Neurosen und Invalidenversicherung, in: Zeitschrift für die Ausgleichskassen der AHV und ihre Zweigstellen, die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, die Durchführungsstellen der Ergänzungsleistungen zur AHV, der Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige 1963, 1963, S. 306–310.
- Bundesamt für Sozialversicherung: Statistische Erfassung der Gebrechen, in: Zeitschrift für die Ausgleichskassen der AHV und ihre Zweigstellen, die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, die Durchführungsstellen der Ergänzungsleistungen zur AHV, der Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige 1965, 1965, S. 517.
- Bundesamt für Sozialversicherung: Die berufliche Eingliederung Geisteskranker, in: Zeitschrift für die Ausgleichskassen der AHV und ihre Zweigstellen, die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, die Durchführungsstellen der Ergänzungsleistungen zur AHV, der Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige sowie der Familienzulagen, 1967, S. 257–258.
- Bundesamt für Sozialversicherung: Kreisschreiben über die Sonderschulung in der Invalidenversicherung, gültig ab 1. Januar 1968, 318.507.07 d, Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale 11.1967.
- Bundesamt für Sozialversicherung: Kreisschreiben über die Durchführung der Gebrechensstatistik in der Invalidenversicherung. (vom 17. Dezember 1965), Ausgabe Februar 1968, 318.507.09 d, Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale 02.1968.
- Bundesamt für Sozialversicherung: Kreisschreiben über die Durchführung der Gebrechensstatistik in der Invalidenversicherung. Gültig ab 1. Januar 1972, 318.507.09 d, Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale 11.1971.
- Bundesamt für Sozialversicherung: Richtlinien betreffend die medizinische Abklärung und die Leistungen der IV bei psychischen Krankheiten von Minderjährigen, in: Zeitschrift für die Ausgleichskassen der AHV und ihre Zweigstellen, die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, die Durchführungsstellen der Ergänzungsleistungen zur AHV, der Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige sowie der Familienzulagen 1974, 1974, S. 79.
- Bundesamt für Sozialversicherung: Die sozial-berufliche Wiedereingliederung der psychisch Behinderten sowie der Alkohol- und Drogengeschädigten, in: Zeitschrift für die Ausgleichskassen der AHV und ihre Zweigstellen, die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, die Durchführungsstellen der Ergänzungsleistungen zur AHV, der Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige sowie der Familienzulagen 1985 (1), 1985, S. 252–254.
- Bundesamt für Sozialversicherung: Vorwort, in: Baer, Niklas (Hg.): Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe, Bern 2009 (Beiträge zur sozialen Sicherheit Forschungsbericht).
- Bundesamt für Sozialversicherung: Ausbau der Unterstützung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, Weiterentwicklung der IV, Bern 15.02.2017.
- Bundesamt für Sozialversicherungen: Codes zur Gebrechens- und Leistungsstatistik. Gültig ab 1. Januar 2009, Stand: 1. Januar 2012, 318.108.04 d, Bern 01.2012. Online: <https://www.bsvlive.admin.ch/vollzug/storage/documents/3952/3952_6_de.pdf>, Stand: 12.08.2018.
- Bundesamt für Sozialversicherungen: Wegleitung über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (WEL). WEL, 01.01.2018. Online: <https://www.bsvlive.admin.ch/vollzug/storage/documents/1638/1638_14_de.pdf>, Stand: 29.07.2018.
- Bundesamt für Sozialversicherungen: Jahresbericht IV-Statistik 2017, Statistiken zur sozialen Sicherheit, 06.2018.

- Bundesgericht: Die Geschichte des Bundesgerichts, 11.2013. Online: <https://www.bger.ch/files/live/sites/bger/files/pdf/de/geschichtliches_bger.pdf>, Stand: 20.07.2018.
- Bundesrat: Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung und eines Bundesgesetzes betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Invalidenversicherung, in: Bundesblatt II (45), 1958, S. 1137–1322.
- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. BV, 01.01.2018. Online: <<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/201801010000/101.pdf>>, Stand: 13.07.2018.
- Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959. IVG, 01.03.1961.
- Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft: Invalidenversicherung: Bundesgesetz vom 19. Juni 1959. IVG, 01.01.1968.
- Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft: Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts. ATSG, 06.10.2003. Online: <<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20002163/index.html>>, Stand: 16.08.2018.
- Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959. IVG, 01.01.2018. Online: <<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19590131/201801010000/831.20.pdf>>.
- Das Schweizerische Rote Kreuz: Pro Mente Sana. Die psychisch Kranken brauchen einen Fürsprecher, Interview mit Paul Plattner, in: Das Schweizerische Rote Kreuz 7, 1975, S. 10–11.
- Der Bundesrat, Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement, Bundesamt für Justiz: Markus Notter präsidiert Kommission zur wissenschaftlichen Aufarbeitung der administrativen Versorgungsleistungen, Bern 05.11.2014. Online: <<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-55093.html>>, Stand: 29.07.2018.
- Der Schweizerische Bundesrat: Verordnung über Geburtsgebrechen vom 5. Januar 1961. GgV, 01.03.1961.
- Der Schweizerische Bundesrat: Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV), Änderung vom 21. Januar 1987. IVV, 21.01.1987. Online: <https://www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch/viewOrigDoc/30002121.pdf?ID=30002121>>.
- Ducommun, Jean-Daniel: Neurosen und Rechtsweg in der Unfallversicherung, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung 2, 1958, S. 181–185.
- Eidgenössische Expertenkommission für die Einführung der Invalidenversicherung: Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für die Einführung der Invalidenversicherung, 39821, Bern 11.1956.
- Eidgenössische Expertenkommission für die Revision der Invalidenversicherung: Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für die Revision der Invalidenversicherung vom 1. Juli 1966, 01.07.1966.
- Engeler, Urs Paul: Scheininvaliden und Scheindispute. Was ist das Problem an Blochers IV-Diskussion? Der Missbrauch der Versicherung oder die freie Rede darüber? Die Profiteure oder die, die sie zu IV-Rentnern machen?, in: Die Weltwoche, Nr. 25, 18.06.2003. Online: <<https://www.weltwoche.ch/ausgaben/2003-25/artikel/scheininvaliden-und-scheindispute-die-weltwoche-ausgabe-252003.html>>, Stand: 14.08.2018.
- Gleichstellungsrat Egalité Handicap: Merkblatt Sprachgebrauch, in: VZGV Verein Zürcher Gemeindeschreiber und Verwaltungsfachleute (Hg.): Die hindernisfreie Bundesverwaltung, 2007 (Die hindernisfreie Bundesverwaltung), S. 65–68.
- Grancher, Albert: Leitfaden der Invalidenversicherung, Bern 1962.
- Hohn, Michael: Wünschbarkeit eines Einspracheverfahrens in der IV?, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung 25, 1981, S. 108–125.
- Hungerbühler, Fridolin: Die Eidgenössische Invalidenversicherung und der psychisch Kranke, St. Gallen 1975.
- Internationale Vereinigung für soziale Sicherheit (Hg.): Die Invaliditätsbemessung, Genf 1954.

- Internationale Vereinigung für soziale Sicherheit (Hg.): Die Entwicklung der Sozialen Sicherheit in jüngster Zeit (1953-1955), Genf 1956.
- Internationale Vereinigung für soziale Sicherheit (Hg.): Die Entwicklung der Sozialen Sicherheit in jüngster Zeit (von Juli 1955 bis Ende 1957), Genf 1959.
- Löffler, Wilhelm: Licht- und Schattenseiten der Sozialversicherung, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung 3, 1959, S. 1–25.
- Meyer, Maria: Die Aufgaben der Sozialarbeiterin bei der Rehabilitation Behinderter, in: Zeitschrift für Präventivmedizin 7 (1), 1962, S. 35–46
- Mohr, Peter: Psychopathie und Schwachsinn in ihrer Beziehung zur Invalidenversicherung, in: Zeitschrift für die Ausgleichskassen der AHV und ihre Zweigstellen, die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, die Durchführungsstellen der Ergänzungsleistungen zur AHV, der Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige 1962, 1962, S. 50–56.
- NeurentenbezügerInnen in der Schweiz nach Geschlecht und Gebrechensart, Anzahl BezügerInnen, Bundesamt für Sozialversicherungen 05.06.2018, <<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.5387105.html>>, Stand: 14.08.2018.
- Ochsner, Gertrud: Invalidenfürsorge und Invalidenversicherung in der Schweiz, Zürich 1954.
- Pfister, Hans-Oskar: Öffentliche Gesundheitspflege und Psychohygiene, in: Pfister-Ammende, Maria (Hg.): Die Psychohygiene. Grundlagen und Ziele: Psychoanalyse und andere Psychotherapie, Sonderfragen der Medizin, Soziologie, angewandte Psychohygiene, Bern 1949, S. 100–110.
- Plattner, Paul: Vom Parkplatz zum Arbeitsplatz, in: Schweizerische Zeitschrift für Gemeinnützigkeit - Organ für Fragen des Sozialwesens 110 (12), 1971, S. 239–243.
- Probst, Ernst; Haffter, Carl: Gutachten über grundsätzliche Fragen der Invalidenversicherung, Im Auftrag des Eidgenössischen Versicherungsgerichts am 18. September 1961 erstattet, Bd. 1, in: Sonderabdruck aus Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung, Bern 1962 (6 1).
- Repond, André: Die Einführung der Psychohygiene in der Schweiz, in: Pfister-Ammende, Maria (Hg.): Die Psychohygiene. Grundlagen und Ziele: Psychoanalyse und andere Psychotherapie, Sonderfragen der Medizin, Soziologie, angewandte Psychohygiene, Bern 1949, S. 340–354.
- Repond, André: Invalides mentaux et assurance-invalidité, in: Pro Infirmis 1955/56 (10), 1956, S. 291–296.
- Sandmeier, F.: Berufliche Eingliederungsmaßnahmen in der Invalidenversicherung, in: Zeitschrift für Präventivmedizin 7 (1), 1962, S. 239–242, Stand: 01.04.2018.
- Schweizerische Gemeinnützige Gesellschaft: Merkblatt zum Verständnis von psychisch Kranken, 1967.
- Schweizerischer Bundesrat: Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung. (Weiterentwicklung der IV), in: BBI 2017, S. 2535–2734. Online: <<https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2017/2535.pdf>>, Stand: 14.08.2018.
- Städler, Iwan; Schilling, Christoph: Couchepin hat einen Pfuscher präsentiert. Christoph Blocher hält die langfristigen AHV-Vorschläge von Pascal Couchepin für Wolkenschiebereien. Man müsse jetzt vor allem gegen die «Scheininvaliden» vorgehen, in: Tages-Anzeiger, 13.06.2003, S. 2.
- Ständerat: Vormittagssitzung vom 23 April 1959, 7682. Invalidenversicherung. Bundesgesetz, in: Amtliches Bulletin der Bundesversammlung II (Aprilsession), 1959, S. 129–156.
- Stoll, W.: Rehabilitationsaufgaben des Arztes. Die Eingliederung psychiatrischer Patienten, in: Schweizerische Ärztezeitung (8), 1963, S. 147–148.
- Tillmann, Arthur: Neurose und Unfallversicherung, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung 1, 1957, S. 181–205.
- Tramer, Moritz: Über Schwererziehbarkeit, in: Pro Infirmis 11 (5), 1952, S. 133–136.
- Uchtenhagen, Ambros: Aufgaben eines Sozialpsychiatrischen Dienstes, in: Schweizerische Zeitschrift für Gemeinnützigkeit - Organ für Fragen des Sozialwesens 110 (112), 1971, S. 243–247.

- Walz, Felix: Allgemeine Grundsätze des Gesetzes, in: Nawiasky, Hans (Hg.): Hauptprobleme der Invalidenversicherung, Einsiedeln 1960 (Veröffentlichungen der Schweizerischen Verwaltungskurse an der Handels-Hochschule St. Gallen), S. 16–26.
- Wanner, Oscar: Der psychisch Kranke und die Invaliden-Versicherung, in: Pro Infirmis 18 (3), 1959, S. 69–81.
- Weber, Max: Die Sozialpolitik der Schweiz in der Krise, in: Gewerkschaftliche Rundschau für die Schweiz: Monatsschrift des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes 28 (7), 1936, S. 229–234.
- World Health Organization: Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. sixth revision of the international lists of diseases and causes of death, adopted 1948, Geneva 1948 (Bulletin of the World Health Organisation 1).
- Zaslowski, M.: Zwei Jahre Tätigkeit des ärztlichen Dienstes der Kantonalen Invalidenfürsorge Basel, in: Bulletin des Eidg. Gesundheitsamtes (1, Sonderdruck aus der Beilage B), 1959, S. 1–12.

7.1.3 Gerichtsurteile

- BGE: 55. Auszug aus dem Urteil vom 17. Dezember 1971 i.S. P. gegen Eidgenössische Ausgleichskasse und AHV-Rekurskommission des Kantons Zürich, BGE 97 V 226, 17.12.1971, in: Swisslex.
- BGE: 8. Auszug aus dem Urteil vom 16. Februar 1972 i.S. W. gegen Ausgleichskasse des Schweizerischen Wirtevereins und AHV-Rekurskommission des Kantons Zürich, BGE 98 V 31, 16.02.1972, in: Swisslex.
- BGE: 7. Auszug aus dem Urteil vom 21. März 1973 i.S. Bundesamt für Sozialversicherung gegen Sch. und Rekursbehörde für die Sozialversicherung des Kantons Basel-Landschaft, BGE 99 V 28, 21.03.1973, in: Swisslex.
- EVG: 28. Urteil des Gesamtgerichts vom 6. Mai 1961 i.S. Bundesamt für Sozialversicherung gegen Schenk, EVGE 1961 S. 160, 06.05.1961, in: Swisslex.
- EVG: 61. Urteil des Gesamtgerichts vom 2. November 1961 i.S. Bundesamt für Sozialversicherung gegen Konrad, EVGE 1961 S. 322, 02.11.1961, in: Swisslex.
- EVG: 6. Urteil des Gesamtgerichts vom 27. Januar 1962 i.S. Schnüriger gegen AHV-Ausgleichskasse des Kantons Schwyz, EVGE 1962 S. 31, 27.01.1962, in: Swisslex.
- EVG: 22. Urteil des Gesamtgerichts vom 21. Mai 1962 i.S. Bieri gegen Ausgleichskasse des Kantons Luzern, EVGE 1962 S. 101, 21.05.1962, in: Swisslex.
- EVG: 32. Urteil des Gesamtgerichts vom 25. August 1964 i.S. St. gegen Eidg. Ausgleichskasse, EVGE 1964 S. 153, 25.08.1964, in: Swisslex.
- EVG: 57. Urteil des Gesamtgerichts vom 31. Oktober 1968 i.S. K. gegen Ausgleichskasse des Kantons Thurgau, EVGE 1968 S. 276, 31.10.1968, in: Swisslex.
- EVG, Nicht publizierte Entscheide des Schweizerischen Bundesgerichtes, 07.07.2005, in: Swisslex. Online: <https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/aza/http/index.php?highlight_docid=aza%3A%2F%2F07-07-2005-I_110-2005&lang=de&type=show_document&zoom=YES&>, Stand: 10.08.2018.

7.2 Literatur

- Baer, Niklas (Hg.): Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe, Bern 2009 (Beiträge zur sozialen Sicherheit Forschungsbericht).
- Baer, Niklas; Altwicker-Hàmori Szilvia; Juvalta, Sibylle u. a.: Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten. Bericht im Rahmen des zweijährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP2-IV), Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 19/15, 08.10.2015.
- Balz, Viola: Zwischen Wirkung und Erfahrung. Eine Geschichte der Psychopharmaka: Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950-1980, Bielefeld 2010.

- Barras, Vincent; Repond, André, in: Historisches Lexikon der Schweiz Online. Online: <<http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D14590.php>>, Stand: 05.07.2018.
- Becker, Thomas: Vom Blick auf den deformierten Menschen zum deformierten Maßstab der Beobachter. Versuch einer feldtheoretischen Genealogie des normalisierenden Beobachterhabitus in den Human- und Lebenswissenschaften, in: Waldschmidt, Anne; Schneider, Werner (Hg.): Disability studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld, Bielefeld 2007 (Disability Studies. Körper - Macht - Differenz), S. 151–173.
- Becker, Ulrich; Haerendel, Ulrike: Sozialstaat Deutschland. Geschichte und Gegenwart; [Gerhard A. Ritter zum 80. Geburtstag gewidmet, Bonn 2010 (Politik- und Gesellschaftsgeschichte 87).
- Bernet, Brigitta: Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbilds um 1900, Teilw. zugl.: Zürich, Univ., Diss., 2010, Zürich 2013.
- Bertels, Eric: Die schweizerische Behindertengleichstellung. Entstehung, Entwicklung, Auswirkung, Basel 2016.
- Bloch, Ernst: Erbschaft dieser Zeit, Frankfurt am Main 1985¹ (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 553)
- Bösl, Elisabeth; Klein, Anne; Waldschmidt, Anne (Hg.): Disability history. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte; eine Einführung, Bielefeld 2010 (Disability studies 6).
- Brückner, Burkhard: Geschichte der Psychiatrie, Bonn 2010 (Basiswissen 20).
- Bürgi, Markus: Internationale Arbeitsorganisation (ILO), Historisches Lexikon der Schweiz 20.05.2010, <<http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D13817.php?topdf=1>>, Stand: 20.05.2018.
- Canonica, Alan: Missbrauch und Reform. Dimensionen und Funktionen der Missbrauchsdebatten in der schweizerischen Invalidenversicherung aus historischer Perspektive, 2012.
- Canonica, Alan: Konventionen der Arbeitsintegration. Die Beschäftigung von Behinderten in Schweizer Unternehmen (1950-1980), in: Zeitschrift für Unternehmensgeschichte 62 (2), 2017, S. 233–255.
- Degen, Bernhard: Erwerbsersatzordnung (EO), in: Historisches Lexikon der Schweiz Online. Online: <<http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D16610.php>>, Stand: 27.05.2018.
- Degen, Bernhard: Entstehung und Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates, in: Schweizerisches Bundesarchiv (Hg.): Geschichte der Sozialversicherungen, 2006 (Studien und Quellen / Schweizerisches Bundesarchiv 31 0162305), S. 17–48.
- Degen, Bernhard: Zwischen Staat, Wirtschaft und Privatsphäre. Organisierte Gemeinnützigkeit als Teil des Non-Profit-Sektors, in: Schumacher, Beatrice (Hg.): Freiwillig verpflichtet. Gemeinnütziges Denken und Handeln in der Schweiz seit 1800, 2010, S. 124–146.
- Dettling, Angela: Von "Irren" und "Blödsinnigen". Der Kanton Schwyz und die Psychiatrie im 20. Jahrhundert, Zürich 2009.
- Disabilities, World Health Organization 2018, <<http://www.who.int/topics/disabilities/en/>>, Stand: 11.06.2018.
- Eichenhofer, Eberhard: Geschichte des Sozialstaates in Europa. Von der sozialen Frage bis zur Globalisierung, s.l. 2007.
- Esping-Andersen, Gøsta: The three worlds of welfare capitalism, Princeton, NJ 1990.
- Fracheboud, Virginie: L'introduction de l'assurance invalidité en Suisse (1944-1960). tensions au coeur de l'état social, Lausanne 2015 (Histoire et société contemporaines).
- Franke, Alexa: Modelle von Gesundheit und Krankheit, Bern 2012³ (Programmbereich Gesundheit).
- Fussinger, Catherine; Germann, Urs; Lengwiler, Martin: Ausdifferenzierung der Psychiatrie in der Schweiz. Stand und Perspektive der psychiatriehistorischen Forschung = Diversification de la psychiatrie en Suisse: état et perspectives de recherche en histoire de la psychiatrie, in: Tra-verse: Zeitschrift für Geschichte = Revue d'histoire 10 (1), 2003, S. 11–31.
- Gassmann, Jürg: Geschichte der Schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana - von den Anfängen bis ins Jahr 2010, 2011. Online: <https://www.promentesana.ch/fileadmin/user_upload/Ueber_uns/PMS_Geschichte.pdf>, Stand: 24.01.2018.

- Germann, Urs: Die "Unschädlichmachung Gemeingefährlicher". Anfänge und Entwicklung des psychiatrischen Massnahmenvollzugs im Kanton Bern zwischen 1850 und 1920, in: *Traverse: Zeitschrift für Geschichte = Revue d'histoire* 10 (1), 2003, S. 32–46.
- Germann, Urs: *Psychiatrie und Strafjustiz. Entstehung, Praxis und Ausdifferenzierung der forensischen Psychiatrie in der deutschsprachigen Schweiz 1850 - 1950*, Zürich 2004.
- Germann, Urs: "Eingliederung vor Rente". Behindertenpolitische Weichenstellungen und die Einführung der schweizerischen Invalidenversicherung, in: *Schweizerische Zeitschrift für Geschichte* 2 (58), 2008, S. 178–197.
- Germann, Urs: Integration durch Arbeit. Behindertenpolitik und die Entwicklung des schweizerischen Sozialstaats, in: Bösl, Elisabeth; Klein, Anne; Waldschmidt, Anne (Hg.): *Disability history. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte; eine Einführung*, Bielefeld 2010 (*Disability studies*), S. 151–168.
- Germann, Urs; Kaba, Mariama; Nienhaus, Agnes: Behinderung - Handicap, in: *Traverse: Zeitschrift für Geschichte = Revue d'histoire* 13 (3), 2006.
- Guex, Sébastien; Studer, Brigitte: L'Etat social en Suisse aux XIXe et XXe siècles - notes sur quelques pistes de recherche, in: Gilomen, Hans-Jörg (Hg.): *Von der Barmherzigkeit zur Sozialversicherung. Umbrüche und Kontinuitäten vom Spätmittelalter bis zum 20. Jahrhundert: ruptures et continuités du Moyen Age au XXe siècle*, 2002 (Schweizerische Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte Bd. 18 18 0133577), S. 20–211.
- Guinand, Cédric: Die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) und die soziale Sicherheit in Europa (1942 - 1969), Zugl.: Saarbrücken, Univ., Diss., 2001, Bern 2003 (*Europäische Hochschulschriften Reihe 3, Geschichte und ihre Hilfswissenschaften* 948).
- Guinand, Cédric: Zur Entstehung von IVSS und IAO, in: *Internationale Revue für Soziale Sicherheit* 61 (1), 2008, S. 93–111.
- Hampton, Jameel: *Disability and the welfare state in Britain. Changes in perception and policy 1948-79*, Bristol, UK 2016.
- Haselbach, Philipp: Die Entwicklung des Invaliditätsbegriffs, in: *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung* 46 (1), 2002, S. 44–63.
- Hauser, Mathild: Die Rechtstellung der Frau in der Invalidenversicherung, in: Schweizerischer Verband der Akademikerinnen (Hg.): *Die Stellung der Frau in der Schweizerischen Sozialversicherung. Alters- und Hinterlassenenversicherung, Invalidenversicherung, Krankenversicherung, Obligatorische Unfallversicherung, Berufliche Vorsorge*, Bern 1975, S. 33–56.
- Hauss, Gisela: Frauen in der Geschichte Sozialer Arbeit in der deutschsprachigen Schweiz - aufgezeigt an drei Orten (Schweiz), in: Hering, Sabine; Waaldijk, Berteke (Hg.): *Die Geschichte der Sozialen Arbeit in Europa (1900-1960). Wichtige Pionierinnen und ihr Einfluss auf die Entwicklung internationaler Organisationen*, Wiesbaden, s.l. 2002, S. 101–114.
- Heim, Gisela; Landert, Charles; Panchaud, Christine: *Berufliche Eingliederung psychisch behinderter Menschen*, Weinfelden 1993.
- Herren, Madeleine: Sozialpolitik und die Historisierung des Transnationalen, in: *Geschichte und Gesellschaft* 32 (4), 2006, S. 542–559.
- Hockerts, Hans Günter: Vom Problemlöser zum Problemerzeuger? Der Sozialstaat im 20. Jahrhundert, in: *Archiv für Sozialgeschichte* 47, 2007, S. 3–29, Stand: 16.01.2018.
- Hu, Aiqun: *China's social insurance in the twentieth century. A global historical perspective*, Leiden, Boston 2016 (*Studies in global social history* 21).
- Ingenkamp, Konstantin: *Depression und Gesellschaft. Zur Erfindung einer Volkskrankheit*, Bielefeld 2012.
- Jöhl, Ralph; Usinger-Egger, Patricia: Geschichte und Wesen der Ergänzungsleistung, in: Meyer, Ulrich; Schindler, Benjamin (Hg.): *Soziale Sicherheit = Sécurité sociale*, Basel 20163 (*Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht*), S. 1701–1716.
- Joris, Elisabeth; Schumacher, Beatrice: Helfen macht stark. Dynamik im Wechselspiel von privater Fürsorge und staatlichem Sozialwesen, in: Rossfeld, Roman; Buomberger, Thomas; Kury, Patrick (Hg.): *14/18. Die Schweiz und der Grosse Krieg*, 2014, S. 316–335.

- Jost, Hans Ulrich: Sozialwissenschaften und Staat im 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: Honegger, Claudia; Jost, Hans Ulrich; Burren, Susanne u. a. (Hg.): Konkurrerende Deutungen des Sozialen. Geschichts-, Sozial- und Wirtschaftswissenschaften im Spannungsfeld von Politik und Wissenschaft, Zürich 2007, S. 43–80.
- Kaufmann, Franz-Xaver: Sozialpolitisches Denken. Die deutsche Tradition, Frankfurt am Main 20031 (Edition suhrkamp).
- Kieser, Ueli: Art. 52 Einsprache, in: Kieser, Ueli (Hg.): ATSG Kommentar, Zürich 20153, S. 696.
- Landwehr, Achim: Historische Diskursanalyse, Frankfurt/Main 20092 (Historische Einführungen 4).
- Leimgruber, Matthieu: Solidarity without the state? Business and the shaping of the Swiss welfare state, 1890-2000, 2008.
- Leimgruber, Matthieu; Lengwiler, Martin: Transformationen des Sozialstaats im Zweiten Weltkrieg. Die Schweiz im internationalen Vergleich, in: Leimgruber, Matthieu; Lengwiler, Martin (Hg.): Umbruch an der "inneren Front". Krieg und Sozialpolitik in der Schweiz, 1938 - 1948, Zürich 2008, S. 9–45.
- Lengwiler, Martin: Risikopolitik im Sozialstaat. Die schweizerische Unfallversicherung 1870 - 1970, Köln 2006 (Industrielle Welt 69).
- Lengwiler, Martin: Zwischen Verwissenschaftlichung, Politisierung und Bürokratisierung. Expertenwissen im schweizerischen Sozialstaat, in: Schweizerisches Bundesarchiv (Hg.): Geschichte der Sozialversicherungen, 2006 (Studien und Quellen / Schweizerisches Bundesarchiv 31 0162305), S. 167–190.
- Lengwiler, Martin: Im Schatten der Arbeitslosen- und Altersversicherung. Systeme der staatlichen Invaliditätsversicherung nach 1945 im europäischen Vergleich, in: Archiv für Sozialgeschichte 47, 2007, S. 325–348.
- Lengwiler, Martin: Fürsorge, Selbsthilfe oder Sozialversicherungen? Die Entwicklung des Sozialstaats aus Sicht der organisierten Gemeinnützigkeit, 1800-1950, in: Schumacher, Beatrice (Hg.): Freiwillig verpflichtet. Gemeinnütziges Denken und Handeln in der Schweiz seit 1800, 2010, S. 255–276.
- Lengwiler, Martin: Konjunkturen und Krisen in der Verwissenschaftlichung der Sozialpolitik im 20. Jahrhundert, in: Archiv für Sozialgeschichte 50, 2010, S. 47–68.
- Lengwiler, Martin: Im Zeichen der Degeneration. Psychiatrie und internationale Abstinenzbewegung im ausgehenden 19. Jahrhundert, in: Große, Judith; Spöring, Francesco; Tschurennev, Jana u. a. (Hg.): Biopolitik und Sittlichkeitsreform. Kampagnen gegen Alkohol, Drogen und Prostitution 1880-1950, Frankfurt, New York 2014 (Globalgeschichte), S. 85–110.
- Lengwiler, Martin: Cultural Meanings of Social Security in Postwar Europe, in: Social Science History 39 (01), 2015, S. 85–106.
- Luchsinger, Christine: Solidarität, Selbständigkeit, Bedürftigkeit. Der schwierige Weg zu einer Gleichberechtigung der Geschlechter in der AHV; 1939 - 1980, Zürich 1995.
- Maurer, Alfred: Landesbericht Schweiz, in: Köhler, Peter A.; Zacher, Hans Friedrich (Hg.): Ein Jahrhundert Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Österreich und der Schweiz, Berlin 1981 (Schriftenreihe für internationales und vergleichendes Sozialrecht), S. 731–833.
- Meier, Marietta: Zwangssterilisationen in der Schweiz: zum Stand der Forschungsdebatte, in: Traverse: Zeitschrift für Geschichte = Revue d'histoire 11 (1), 2004, S. 130–146.
- Möckli, Silvano: Den schweizerischen Sozialstaat verstehen. Sozialgeschichte - Sozialphilosophie - Sozialpolitik, Glarus 2012 (Kompaktwissen CH).
- Monachon, Jean-Jacques: Le plan Beveridge et les débats sur la sécurité sociale en Suisse entre 1942 et 1945, in: Gilomen, Hans-Jörg (Hg.): Von der Barmherzigkeit zur Sozialversicherung. Umbrüche und Kontinuitäten vom Spätmittelalter bis zum 20. Jahrhundert: ruptures et continuités du Moyen Age au XXe siècle, 2002 (Schweizerische Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte Bd. 18 18 0133577), S. 321–329.

- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD): Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz, Bericht im Rahmen des zweiten mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP2-IV), Bern 2013.
- Oyeboode, Femi: Normality and Mental Health, in: Wright, James D. (Hg.): International encyclopedia of the social & behavioral sciences, Amsterdam 20152, S. 1–4.
- Oyeboode, Femi: Nosology in Psychiatry, in: Wright, James D. (Hg.): International encyclopedia of the social & behavioral sciences, Amsterdam 20152, S. 27–33.
- Pichot, Pierre: The Concept of Psychiatric Nosology, in: Thome, Johannes; Schramme, Thomas (Hg.): Philosophy and psychiatry, Berlin, New York 2004.
- Pohlig, Matthias: Vom Besonderen zum Allgemeinen? Die Fallstudie als geschichtstheoretisches Problem, in: Historische Zeitschrift 297 (2), 2013.
- Porter, Theodore M.: Trust in numbers. The pursuit of objectivity in science and public life, Princeton, N.J. 1995.
- Rietmann, Tanja: „Liederlich“ und „arbeitsscheu“. Die administrative Anstaltsversorgung im Kanton Bern (1884-1981), 2013.
- Ritter, Gerhard A.: Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich, München 20103.
- Rothschuh, Karl Eduard (Hg.): Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinnggebung, Darmstadt 1975 (Wege der Forschung 362).
- Sandhu, Swaran: Grundlagen und Kernbegriffe des Neo-Institutionalismus, in: Sandhu, Swaran (Hg.): Public Relations und Legitimität. Der Beitrag des organisationalen Neo-Institutionalismus für die PR-Forschung. Zugl.: Stuttgart, Univ. Hohenheim, Diss., 2011, Wiesbaden 2012, S. 73–150.
- Scharfetter, Christian: Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung, Stuttgart, New York 20177.
- Scheubel, Beatrice: Bismarck's institutions. A historical perspective on the social security hypothesis, Tübingen 2013 (Beiträge zur Finanzwissenschaft 31).
- Schott, Heinz; Tölle, Rainer: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006.
- Steiner, Simon: Zwei Seelen in der gemeinnützigen Brust. Psychische Gesundheit zwischen Nächstenliebe und Sozialpsychiatrie, in: Schumacher, Beatrice (Hg.): Freiwillig verpflichtet. Gemeinnütziges Denken und Handeln in der Schweiz seit 1800, 2010, S. 369–394.
- Stern, Mark J.; Axinn, June: Social welfare. A history of the American response to need, Boston, Mass. 20128 (Connecting core competencies series).
- Studer, Brigitte: Familienzulagen statt Mutterschaftsversicherung? die Zuschreibung der Geschlechterkompetenzen im sich formierenden Schweizer Sozialstaat 1920-1945, in: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte 47 (2), 1997, S. 151–170.
- Studer, Brigitte: Soziale Sicherheit für alle? Das Projekt Sozialstaat, in: Studer, Brigitte (Hg.): Etappen des Bundesstaates. Staats- und Nationsbildung der Schweiz, 1848 - 1998, 1998, S. 159–186.
- Studer, Brigitte: Ökonomien der sozialen Sicherheit, in: Halbeisen, Patrick; Müller, Margrit; Veyrassat, Béatrice (Hg.): Wirtschaftsgeschichte der Schweiz im 20. Jahrhundert, 2012, S. 923–974.
- Szasz, Thomas S.; Kierdorf, Theo; Simon, Fritz B.: Geisteskrankheit - ein moderner Mythos. Grundlagen einer Theorie des persönlichen Verhaltens, Heidelberg 20131 (Systemische Horizonte).
- Tanner, Jakob: Geschichte der Schweiz im 20. Jahrhundert, 2015 (Europäische Geschichte im 20. Jahrhundert).
- Thalmann-Antenen, Helene: Einige Gedanken zur Stellung der Frau in der beruflichen Alters-, Invaliden-, und Hinterbliebenenvorsorge, in: Schweizerischer Verband der Akademierinnen (Hg.): Die Stellung der Frau in der Schweizerischen Sozialversicherung. Alters- und Hinterlassenenversicherung, Invalidenversicherung, Krankenversicherung, Obligatorische Unfallversicherung, Berufliche Vorsorge, Bern 1975, S. 87–94.
- Thomann, Klaus-Dieter; Rauschmann, Michael: Die „posttraumatische Belastungsstörung“ - historische Aspekte einer „modernen“ psychischen Erkrankung im deutschen Sprachraum / "Post-

- traumatic Stress Disorder" — Historical Aspects of a "Modern" Psychological Condition in the German-Speaking Countries, in: *Medizinhistorisches Journal* 38 (2), 2003, S. 103–138.
- Vollmoeller, Wolfgang: Was heisst "psychisch krank"?, in: Peter, Konrad (Hg.): *Fortschritte in Psychiatrie und Psychotherapie. Interdisziplinäre und integrative Aspekte*, Vienna, s.l. 2002, S. 1–7.
- Waldschmidt, Anne: Soziales Problem oder kulturelle Differenz? Zur Geschichte von "Behinderung" aus der Sicht der "Disability Studies", in: *Traverse: Zeitschrift für Geschichte = Revue d'his-toire* 13 (3), 2006, S. 31–46.
- Wecker, Regina; Studer, Brigitte; Sutter, Gaby: *Die "schutzbedürftige Frau". Zur Konstruktion von Geschlecht durch Mutterschaftsversicherung, Nachtarbeitsverbot und Sonderschutzgesetzgebung*, Zürich 2001.
- Wolfisberg, Carlo: Sozialarbeit, in: *Historisches Lexikon der Schweiz Online*. Online: <<http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D16606.php>>, Stand: 31.07.2018.
- Wolfisberg, Carlo: *Heilpädagogik und Eugenik. Zur Geschichte der Heilpädagogik in der deutschsprachigen Schweiz (1800 - 1950)*, Zugl.: Luzern, Univ., Diss., 2002, Zürich 2002 (Clio Lucernensis 8).
- Zogg, Heidi: *Wandel der psychiatrischen Nosologie von 1950 bis heute. (ICD-6 bis ICD-10)*, Dissertation, Universität Zürich, Zürich 2007.

7.3 Web

- 17.022 Geschäft des Bundesrates. IVG. Änderung (Weiterentwicklung der IV), Die Bundesversammlung - Das Schweizer Parlament, <<https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20170022>>, Stand: 14.08.2018.
- Bundesamt für Sozialversicherungen: Abgelehnte Vorlage: Die IV-Revision 6b, 2013, <<https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/reformen-revisionen/iv-revision-6b.html>>, Stand: 08.07.2018.
- Bundesamt für Sozialversicherungen: Studie zu IV-Renten für psychisch kranke junge Menschen zeigt Alternativen, Bern 25.02.2016. Online: <<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-60760.html>>, Stand: 16.07.2018.
- Bundesamt für Sozialversicherungen: IV: Verbesserungen für Kinder, Jugendliche und Menschen mit psychischen Problemen, Bern 15.02.2017. Online: <<https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/medieninformationen/nsb-anzeigeseite.msg-id-65565.html>>, Stand: 08.07.2018.
- Medikamentenforschung an der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, 1950–1990, Universität Zürich, <<http://www.histmedi.uzh.ch/de.html>>, Stand: 15.08.2018.
- o.V.: *Geschichte der Sozialen Sicherheit*. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), 12.2014, <<https://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/institutionen/bundesaemter/bundesamt-fuer-sozialversicherungen-bsv/>>, Stand: 28.05.2018.
- o.V.: *Geschichte der Sozialen Sicherheit*. Die Verwaltung der Invalidenversicherung (IV), 12.2015, <<https://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/institutionen/verwaltung-der-sozialen-sicherheit/die-verwaltung-der-invalidenversicherung-iv/>>, Stand: 15.07.2018.