Men's Shelter, Human Resources Administration, Department of Social Services, New York City, January 12, 1979.
20 Bellamy, op. cit.
21 Bellamy, op. cit.
22 Community Support System Contract Prosposal, op. cit.
23 Miles, D., Memorandum on »Domiciliary Care Facilities,« New York State Office of Mental Health, November 29, 1978.
24 Ibid.
25 Bachrach, L., Deinstitutionalization: An Analytical Review of Sociological Perspective, Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1976.
26 New York State Assembly Sub-Committee on Community Aftercare. From the Back Wards to the Back Alleys. New York, March 15, 1978.
27 Weisman, S., »28 % Are Held in Mental Hospitals Needlessly, New York Study Finds,« New York Times, January 15, 1978.
28 Prevost, J., Memorandum to Governor Carey on deinstitutionalization, New York State Office of Mental Health, October 23, 1979.
29 Summary Report of the President's Commission on Mental Health, U.S. Government Printing Office, Washingthon, D.C., 1978.
30 Peterson, R., »What are the Needs of Chronic Mental Patients.« Paper delivered at the American Psychiatric Association Meetings, Washington, D.C., January 11 - 14, 1978.
31 Bromet, E. et al. »Community Environments of Deinstitutionalized Patients.« Paper delivered at the 107th Annual Meeting of the American Public Health Association, New York City, November 4, 1979.

Dieter Henkel

Frühinvalidität und Rehabilitation bei psychisch Kranken in der Rentenversicherung von 1968 bis 1979*

1. Zielsetzung und Datenbasis

Nach wie vor zunehmende Verbreitung findet die These vom durchgängig qualitativen Wandel staatlicher Behindertenpolitik in der BRD, nicht zuletzt auch in diesem *Internationalen Jahr der Behinderten*. An die Stelle von finanzieller Unterhaltshilfe in Form von Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten sei

* Ich danke dem Verband deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt/M.-Würzburg, für die freundliche Projektunterstützung.

das Prinzip der Rehabilitation getreten. Nicht nur als Programmatik, sondern auch real habe die Rehabilitation Vorrang gegenüber frühzeitiger Berentung (Frühinvalidität). Durch die finale Orientierung der Rehabilitation erfolge zudem ihre Gewährung unabhängig von der Behinderungsursache und der beruflich-sozialen Position der Behinderten. Und schließlich stünden der vollen Realisierung des Rehabilitationsanspruchs keine grundlegenden, sondern lediglich graduelle gesellschaftliche Barrieren, z.B. überkommene Vorurteile gegenüber Behinderten, im Wege. Diese Thesen sind im folgenden für die Gruppe der psychisch Kranken empirisch zu prüfen.

Durch die größtenteils eigenständige Kriterienstruktur der Statistik der Bundesanstalt für Arbeit als hauptzuständige Institution für den Bereich der beruflichen Rehabilitation und durch das Fehlen einer Gesamtstatistik der ohnehin erst seit 1974 in den Kreis der medizinischen Rehabilitation einbezogenen Krankenkassen, muß eine Beschränkung auf die *medizinische* Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten erfolgen. Allein ihre für die hier interessierenden Fragen ausreichend differenzierten sowie genügend weit zurückreichenden Datensätze erlauben vergleichende Längs- und Querschnittsanalysen zwischen der Rehabilitation und Frühinvalidität psychisch Kranker. Jedoch sind die Daten schon aufgrund der Hauptträgerschaft der Rentenversicherung im Bereich der medizinischen Rehabilitation sowie der Zahl und Zusammensetzung der Versicherten[1] für diesen Rehabilitationstyp ausreichend repräsentativ.[2] Sie stammen ebenso wie die Zahlen zur Frühinvalidität aus den jährlich vom Verband deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) veröffentlichten Statistikbänden[3] sowie aus einem für die vorliegende Untersuchung vom VDR 1981 durchgeführten EDV-Programm.

Den Frühinvaliditäts- und Rehabilitätsstatistiken des VDR liegt die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) zugrunde. Daraus wurden die *ICD-Ziffern 290 bis 309* als psychische Störungen ausgewählt. Als Zeitraum wurden die Jahre 1968 bis 1979, somit 6 Jahre vor und 6 Jahre nach Einsetzen der Massenarbeitslosigkeit 1973-74 bestimmt. Die für den Vergleich zwischen einzelnen Versichertengruppen und für Längsschnittanalysen notwendige Umrechnung der absoluten Fallzahlen in *Frühinvaliditäts-* bzw. *Rehabilitationsraten* erfolgt auf der Basis der Grundgesamtheit aller Versicherten[4], bezogen auf 100000 Versicherte der jeweiligen Gruppe nach dem

jährlichen Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes.[5] Als *Frühinvalidität* wird die Berentung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit definiert. Der Begriff *Rehabilitation* bezieht sich auf die sog. abgeschlossenen stationären Heilmaßnahmen. Wird nicht explizit nach dem Versicherungsverhältnis unterschieden, dann beziehen sich die Angaben auf alle Versicherten (Pflicht-, Freiwillig- und sonstig Versicherte).[6]

2. Ursachen der Frühinvalidität

Hinsichtlich der Frühinvaliditätsursachen impliziert die VDR-Statistik eine spezifisch administrative Problem- und Ursachenumdeutung i.S. einer Medizinalisierung und Individualisierung der Frühinvalidität durch Ausklammerung ihrer gesellschaftlichen Genese und sozialen Determination, da allein die *Krankheit* als Ursache ausgewiesen wird. Dieses falsche Deutungsmuster der Frühinvalidität findet sich in fast allen bislang vorliegenden Frühinvaliditätsanalysen wieder.[7] Denn die Frühinvalidität ist nicht nur ein gesundheitlicher, sondern ein umfassend sozialer, insbesondere auch wirtschafts- und sozialpolitischer Tatbestand. Schon ihre sozialrechtliche Definition, die den Gesundheitszustand des Versicherten mit seiner beruflichen Verwendungsfähigkeit koppelt, setzt zu ihrer Feststellung unabdingbar voraus, daß zum einen die Beeinträchtigung der Gesundheit ein überdurchschnittliches, auf absehbare Zeit nicht reduzierbares Maß erreicht hat, und zum anderen, daß die damit verbundene Einschränkung der Arbeitsleistungsfähigkeit unter dem Durchschnitt einer Arbeitskraft normaler Güte liegt und ebenfalls auf längere Sicht nicht behebbar ist, wobei seit 1969 in diese Beurteilung das Vorhandensein von Erwerbsmöglichkeiten unter Abwägung der Arbeitsmarktlage miteingeht.[8] Analysiert man diese Zusammenhänge präziser, dann ist für das Eintreten der Frühinvalidität die aus Gesundheitsgründen resultierende *Unterschreitung der geforderten Arbeitsnorm* und die *Nicht-Vermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt* entscheidend. Somit ist es nicht die statistisch isoliert begriffene Krankheit, die den Frühinvalidisierungsprozeß ursächlich hervorruft und allein einleitet. Der Kern des Problems liegt vielmehr im Verwertungsinteresse des Kapitals nach maximaler Ausbeutung menschlicher Arbeitskraft, der krisenhaften Entwicklung der kapitalistischen Produktion sowie der dadurch bedingten permanenten Freisetzung und Auswechselbarkeit von Arbeitskräften.

Insofern stellt die Frühinvalidität in ihrem Verursachungszusammenhang keinen Sonderfall von Ausgrenzung aus dem Arbeitssystem dar, sondern ist zunächst nichts anderes als eine (statistisch verdeckte) Form von Arbeitslosigkeit bei Lohnabhängigen mit gesundheitlichen Behinderungen. Ihre qualitative Abweichung davon liegt in der umfassenden Perspektivlosigkeit hinsichtlich der Chancen auf Wiederaufnahme von Lohnarbeit und vor allem im *endgültigen* Ausschluß der Betroffenen vom Arbeitsmarkt.

In Erweiterung der genannten Ursachen sind es keineswegs nur die gesellschaftlich vermittelten Erkrankungs-, Arbeitsanforderungs- und Arbeitslosigkeitsrisiken, die den Eintritt und Umfang der Frühinvalidität bedingen, sondern darüber hinaus auch Probleme der gesundheitlichen Versorgung, insbesondere im Rehabilitationssektor. Eine Differenzierung und Gewichtung läßt die VDR-Frühinvaliditätsstatistik aufgrund der genannten Ursachenverengung nicht zu. Dies ist aus anderen Quellen zu erschließen, z.B. sozialepidemiologischen Studien, Materialien zur Arbeitslosigkeit und der VDR-Rehabilitationsstatistik.

3. Bedingungen der Rehabilitation

Als eine nicht nur bei bereits eingetretener Frühinvalidität, sondern auch bei erst drohender Erwerbsunfähigkeit mögliche Gesundheitsleistung nimmt die medizinische Rehabilitation allgemein Einfluß auf das Gesundheitsniveau der lohnabhängigen Bevölkerung, damit auch auf die Frühinvalidität. Doch ob Krankheit zur Rehabilitation berechtigt, richtet sich nach Rechtsnormen, die nicht medizinisch, sondern politisch gesetzt sind. Sie definieren Gesundheit in einem lediglich instrumentellen Verhältnis zur Erwerbsfähigkeit. So gewähren auch die Rentenversicherungen Leistungen zur Rehabilitation ausschließlich unter dem Ziel der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Reintegration in das Arbeitssystem. Das sich darin ausdrückende isolierte Interesse staatlicher Behindertenpolitik an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitskraft und die Reduktion von Gesundheit auf Arbeitsfähigkeit begrenzt das über Rehabilitation erreichbare gesundheitliche Reproduktionsniveau der gesamten lohnabhängigen Bevölkerung. Diese Problematik der ökonomischen Instrumentalisierung der Rehabilitation drückt sich besonders darin aus, daß eine Rehabilitationsmaßnahme nur dann gebilligt wird, wenn

sich ein tatsächlicher und zudem in absehbarer Zeit einstellender Erfolg im o.a. Sinne von vornherein prognostizieren läßt.[9] Vor allem diese Bestimmung hat für die Rehabilitation eine real entscheidende und zugleich paradigmatische Relevanz. Zum einen wirkt sie generell *restriktiv*, denn sie bedeutet eine Konkretisierung des allgemeinen Prinzips, nach dem sich nach Maßgabe des Kapitals erst dann Investitionen im Gesundheitsbereich lohnen, wenn kurzfristig rentable Effekte bei dem Erhalt menschlicher Arbeitskraft erwartbar sind. Zum anderen wirkt sie *selektiv*, insbesondere zu Lasten des gering qualifizierten Teils der Lohnabhängigen, noch stärker zu Lasten sozial randständiger Gruppen, wie dies am faktischen Ausschluß der chronisch psychisch Kranken in Anstalten und Heimen aus der Förderung durch Rehabilitation ablesbar ist.[10] Denn die bei der Vergabe von Rehabilitation geforderte *Rentabilitäts- und Erfolgsgarantie* wird bestimmt von den wirklichen Chancen und Erfordernissen der Integration ins Arbeitssystem. Sie ist damit abhängig von der jeweiligen *Arbeitsmarktlage*, der *Qualifikation von Arbeitskraft* und der *Art der Krankheit* i.S. ihrer ökonomisch-beruflichen Bewertung. Insbesondere in Zeiten ökonomischer Krisen werden diese restriktiv-selektiven Effekte verstärkt, zum einen durch den hohen Stand der Arbeitslosigkeit, zum anderen durch die Verknappung der Rehabilitationsressourcen im Beitragsaufkommen der Versicherungsträger infolge des niedrigen Lohnniveaus und Beschäftigtenstandes der Versicherten und schließlich durch die Stagnation im infrastrukturellen Ausbau des Rehabilitationssystems sowie infolge der Verbreitung intensivierter Verzichtsideologien zur Kostendrosselung im Rehabilitätssektor.

4. Allgemeine Prognosen

Im Zusammenschluß der Ursachen der Frühinvalidität und der Bedingungen der Rehabilitation, insbesondere vor dem Hintergrund der prinzipiellen Abhängigkeit beider Bereiche von ökonomischen Konjunkturen und Arbeitsmarktprozessen sowie ihrer grundlegenden Bestimmung nach der Logik kapitalistischer Rentabilität[11], läßt sich für die nachfolgende empirische Analyse vorhersagen, daß diese Problematik einerseits eine von den Erfordernissen der jeweiligen Wirtschafts- und Arbeitsmarktlage bestimmte Dominanz entweder von Maßnahmen zur Reintegration psychisch Kranker durch Rehabilitation oder zu ihrer Absonderung vom Arbeitsmarkt durch Frühinvali-

disierung bewirkt, und zum anderen eine ständige Tendenz der Verdrängung ökonomisch unrentabler, z.B. beruflich gering qualifizierter Behindertengruppen.

Frühinvalidität und Arbeitsmarkt

Eine Kumulation der Frühinvaliditätsursachen für psychisch Kranke tritt zweifellos ein in Zeiten ökonomischer Rezession, in denen nicht nur die Arbeitslosigkeit, vor allem unter gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitskräften, zunimmt, sondern auch die psychosoziale Gesundheitsbelastung wächst, z.B. durch erhöhten Konkurrenzdruck, Anstieg der Arbeitsplatzunsicherheit sowie Verschärfung der Arbeitsnormen und Arbeitsanforderungsstrukturen. Entsprechend zeigt auch der empirische Verlauf der Frühinvaliditätsraten eine abrupte Zunahme mit dem Einsetzen der Wirtschaftskrise und Massenarbeitslosigkeit im Jahr 1974 (s. Abb. 1 u. Tab. 1). Von den genannten Ursachen ist in den Wirkungen der Arbeitslosigkeit, d.h. in den verschärften Konkurrenzbedingungen im Arbeitssystem und auf dem Arbeitsmarkt, der entscheidende Grund für die Frühinvaliditätszunahme zu sehen. Darauf verweist die Sprunghaftigkeit der Entwicklung von 1973 auf 1974 bei den Arbeitern bzw. auf 1975 bei den Angestellten, die mit den Trends im Bereich der Arbeitslosigkeit nahezu deckungsgleich ist, zeitlich ebenso wie gruppenspezifisch.[12] Vor diesem Problemhintergrund ist mit Sicherheit ein weiterer Frühinvaliditätsanstieg durch die bereits jetzt feststellbare Ausweitung der Massenarbeitslosigkeit in den 80er Jahren zu erwarten.

Die seit 1974 beobachtbare Entwicklung, die alle untersuchten Versichertengruppen betrifft[13], bildet nicht nur einen deutlichen Nachweis für die formulierte Prognose der Zunahme gesellschaftlicher Ausgrenzungsprozesse bei Konjunkturrückgängen und entsprechenden Arbeitsmarktverengungen. Ohne bereits den realen Trend im Rehabilitationssektor zu kennen, belegt sie zugleich, daß die Politik und das System der psychiatrischen Rehabilitation in der BRD vor allem unter dem Druck hoher Arbeitslosigkeit nicht in der Lage sind, Prozesse massenhafter Abdrängung in die Frühinvalidität wirksam aufzuhalten. So wurden in den Jahren 1974 bis 1979 insgesamt 99777 psychisch Kranke (ICD 290-309) frühinvalidisiert, in den davorliegenden 6 Jahren 64566. Allein im Jahr 1979 waren es 19429, darunter 7676 männliche und 5378 weibliche Arbeiter-

Abb. 1: Frühinvaliditätsraten in der Rentenversicherung der Arbeiter (AR) u. Angestellten (AV) von 1968 bis 1979, Männer (M) u. Frauen (F).

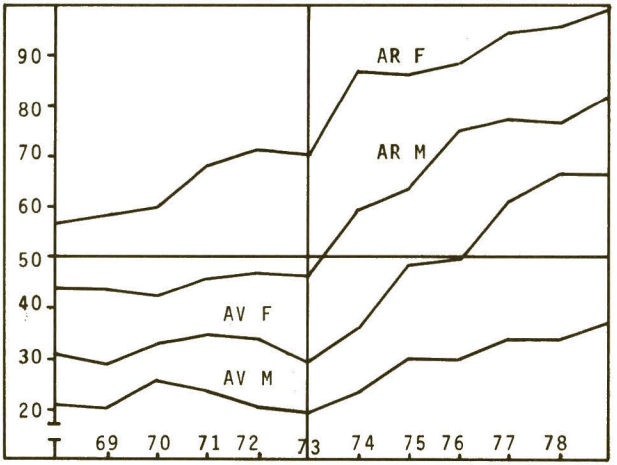
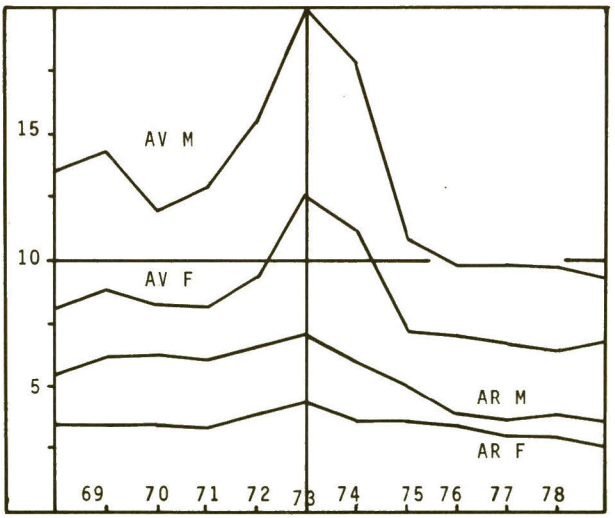


Abb. 2: Verhältnis von Rehabilitation und Frühinvalidität (Reha-Iv-Index) in der Rentenversicherung der Arbeiter (AR) u. Angestellten (AV) von 1968 bis 1979, Männer (M) u. Frauen (F).



rentenversicherte sowie 1973 Männer und 4402 Frauen in der Angestelltenrentenversicherung.

Tabelle 1

Durchschnittliche Frühinvaliditätsraten in der Rentenversicherung der Arbeiter (AR) und Angestellten (AV) von 1968 bis 1973 und 1974 bis 1979, differenziert nach Männern (M) und Frauen (F). Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten (ICD 290-309) auf 100 000 Versicherte.

Jahre	AR M	AR F	AV M	AV F
1968-73	44,6	63,9	21,9	31,9
1974-79	72,3	91,9	31,8	55,4
Zuwachs in Prozent	62,1	43,8	45,2	73,7

Eigene Berechnungen auf der Grundlage der Rohdaten des VDR. Dies gilt für alle nachfolgenden Tabellen.

Rehabilitation und Arbeitsmarkt

Fast spiegelbildlich zur Frühinvalidität verläuft der Trend in der Rehabilitation (s. Tab. 2), so daß die gestellte Prognose in vollem Umfang bestätigt wird. Rehabilitationseinbrüche in Abhängigkeit von krisenhafter ökonomischer Entwicklung und hoher Arbeitslosigkeit lassen sich bei allen Versichertengruppen feststellen. Während von 1968 bis 1974 ein kontinuierlicher Zuwachs der Rehabilitationsraten zwischen 43 und 66 Prozent registrierbar ist, nehmen sie von 1974 bis 1976 zwischen 5 und 27 Prozent ab. Neben der restriktiveren Rehabilitationsvergabe auf administrativer Ebene infolge des arbeitslosigkeitsbedingten Bedeutungsverlusts der Rehabilitation als arbeitsmarktpolitisches Regulativ, ist diese rückläufige Entwicklung zweifellos auch durch das veränderte Gesundheitsverhalten der Versicherten bedingt i.S. einer Nicht-Einlösung berechtigter Rehabilitationsansprüche aus Angst vor Verlust der Arbeit.

Bei den Angestellten nimmt die Rehabilitationsrate seit 1977 wieder zu, übersteigt aber nur bei den Frauen das Niveau vor 1974. Doch zur kritischen rehabilitationspolitischen Bewertung dieser speziellen wie auch der allgemeinen Rehabilitationsentwicklung ist anstelle privatwirtschaftlicher und arbeitsmarktpolitischer Rehabilitationserfordernisse ihr *gesell-*

schaftlicher Bedarf heranzuziehen. Als Hilfsgröße eignet sich die Frühinvaliditätsrate als Ausdruck der Gefährdung psychisch Kranker durch gesundheitsbedingte Erwerbsunfähigkeit. Ermittelt man auf dieser Basis die Anzahl der Rehabilitationsmaßnahmen, die auf eine Frühberentung fallen (im folgenden abgekürzt: *Reha-Iv-Index)*, dann ergibt sich bei allen Gruppen eine z.T. erhebliche, *bedarfsbezogene* Verringerung des Rehabilitationsniveaus seit 1974, die bis 1979 anhält. Spätestens seit 1977 wird sogar der Stand von 1968 unterschritten (s. Abb. 2 u. Tab. 2). Während z.B. bei den angestellten Frauen im Jahr 1974 noch etwa 11 Rehabilitationsmaßnahmen auf eine Frühberentung kamen, sind es 1979 nur noch 7. Somit ist als empirische Bilanz nicht eine Stärkung der Rehabilitation, sondern ein deutliches, auf ihre systemspezifische Begrenztheit zurückzuführendes Versagen der staatlichen Behindertenpolitik gegenüber psychisch Kranken i.S. einer Ausweitung beruflich-sozialer Ausgrenzung dokumentierbar.

Tabelle 2

Entwicklung der Rehabilitationsraten und des Verhältnisses von Rehabilitation und Frühinvalidität in der Rentenversicherung der Arbeiter (AR) und Angestellten (AV) von 1968 bis 1979, differenziert nach Männern und Frauen. Abgeschlossene stationäre Heilmaßnahmen (ICD 290-309) auf 100 000 Versicherte, bzw. auf die Zahl der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten (Reha-Iv-Index).

	Rehabilitationsrate				Reha-Iv-Index			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
Jahre	AR	AV	AR	AV	AR	AV	AR	AV
1968	241,6	286,9	197,8	246,1	5,5	13,6	3,5	8,2
1969	264,2	295,4	210,7	260,0	6,2	14,3	3,6	8,9
1970	260,0	314,1	217,7	275,7	6,3	12,0	3,6	8,3
1971	281,9	313,7	235,4	291,1	6,1	12,9	3,4	8,2
1972	313,2	322,2	286,1	320,1	6,6	15,5	3,9	9,4
1973	350,7	372,9	299,0	369,2	7,2	20,1	4,3	12,6
1974	361,6	411,0	325,2	407,4	6,0	17,8	3,7	11,2
1975	331,8	328,0	321,7	353,7	5,2	10,9	3,7	7,3
1976	303,3	299,7	308,2	355,5	4,0	9,9	3,6	7,1
1977	292,3	340,2	296,3	419,2	3,7	9,9	3,1	6,8
1978	306,9	337,1	293,5	441,9	4,0	9,8	3,1	6,5
1979	305,4	358,5	294,0	471,0	3,7	9,4	2,9	6,9

6. Frühinvalidität bei Arbeitern und Angestellten

Nicht alle Gruppen innerhalb der lohnabhängigen Bevölkerung sind von Frühinvalidisierungsprozessen gleichermaßen betroffen (s. Tab. 1). Bezogen auf den Zeitraum von 1974 bis

1979 liegt die durchschnittliche Frühinvaliditätsrate bei Arbeitern (Männern u. Frauen) fast doppelt so hoch wie bei Angestellten (79,4 zu 44,9), bei Frauen (Arbeiter u. Angestellte) um ein Viertel höher als bei Männern (72,1 zu 57,9). In der Reihenfolge der Gefährdung stehen Arbeiterinnen mit Abstand in vorderster Position (91,9), an zweiter Stelle die Arbeiter (72,3), gefolgt von den weiblichen (55,4) und männlichen (31,8) Angestellten. Wie aus Abbildung 1 und Tabelle 1 erkennbar, gelten diese Relationen nicht nur für die Jahre 1974-79, sondern konstant für die gesamte Untersuchungszeitspanne, aber auch schon davor[14]. Ihnen liegen kumulative Ursacheneffekte zugrunde, die aus den ungleich verteilten Arbeitslosigkeits- und psychischen Erkrankungsrisiken zwischen Arbeitern und Angestellten bzw. Männern und Frauen resultieren. So sind z.B. Arbeiterinnen von Arbeitslosigkeit nach Häufigkeit und Dauer stärker betroffen als angestellte Frauen, wie auch ihr psychischer Krankenstand während der Erwerbstätigkeit weitaus höher liegt.[15]

Rehabilitation bei Arbeitern und Angestellten

Als weitere Ursache der Frühinvaliditätsdifferenzen tritt eine erhebliche Benachteiligung der Arbeiter, besonders der Arbeiterinnen im Rehabilitationsbereich hinzu (s.Tab.2). Gemessen am Bedarf ist das Rehabilitationsniveau (1974-79) bei Angestellten (Männern u. Frauen) um das Doppelte höher (8,4) als bei Arbeitern (3,9). Eine Aufhebung dieser Differenzen z.B. zwischen Arbeiterinnen und angestellten Männern (vgl.Tab.2) hätte rückblickend auf die Jahre 1974 bis 1979 eine Zahl von 314 647 Rehabilitationsmaßnahmen bei psychisch kranken Arbeiterinnen bedeutet, wenn ihnen das Rehabilitationsniveau der Angestellten zugekommen wäre, während real lediglich 93 367 Maßnahmen durchgeführt wurden.

Zur Aufklärung des bei Arbeitern geringeren Rehabilitationsumfangs bei zugleich höherem Frühinvaliditätsrisiko lassen sich verschiedene Gründe anführen. Zum einen ist der Rehabilitationsetat pro Versichertem im Beitragsaufkommen der Rentenversicherung der Arbeiter infolge ihres gegenüber Angestellten durchschnittlich niedrigeren Lohnniveaus und gemessen am größeren Rehabilitationsbedarf generell wesentlich knapper[16]. Zum anderen läßt sich angefangen vom eingeschränkteren, z.B. durch das höhere Arbeitslosigkeitsrisiko bedingten Gesundheitsverhalten der Arbeiter bis hin zum Kon-

takt beim niedergelassenen Arzt und zu den Kostenträgern der Rehabilitation ein System selektiver Filterwirkungen erkennen, das sich z.B. darin ausdrückt, daß bei Angestellten etwa 80 Prozent, bei Arbeitern dagegen nur knapp ein Drittel ihrer Rehabilitationsmaßnahmen auf die für die Gewährung von Rehabilitation gerade bei psychisch Kranken *administrativ* bedeutsame Anregung und Unterstützung durch den Arzt zurückgehen.[17]

7. Frühinvalidität und Einkommenshöhe

Die VDR-Frühinvaliditätsstatistik erlaubt eine Unterscheidung der Versicherten nach der Einkommenshöhe durch ihre Differenzierung in Pflicht- und Freiwilligversicherte. Letztere haben einen Lohn oberhalb der Versicherungspflichtgrenze[18]. In Übereinstimmung mit der eingangs gestellten Prognose zeigt sich als empirisches Ergebnis: So wie das Arbeitslosigkeitsrisiko mit dem *Wert der Arbeitskraft* variiert, so korreliert auch das Frühinvaliditätsrisiko mit diesem. Psychisch Kranke mit geringerem Einkommen, damit in der Regel auch niedrigerer Qualifikation, unterliegen einer bedeutend höheren Individualisierungsgefährdung, die z.B. bei männlichen pflichtversicherten Arbeitern etwa 3,5-mal größer ist als bei freiwillig versicherten Angestellten, bei pflichversicherten Angestelltenfrauen etwa doppelt so hoch wie bei freiwillig versicherten Arbeiterinnen.

Rehabilitation, Einkommenshöhe und berufliche Qualifikation

Im Rehabilitationssektor setzt sich die Chancenungleichheit fort und vergrößert somit die ohnehin schon bestehende, aus der Arbeitslosigkeitsstruktur sowie den sozialepidemiologisch bekannten, ungleich hohen psychischen Erkrankungsrisiken resultierende sozialstrukturelle Verteilung der Frühinvalidität zu Lasten des beruflich und sozial schwächsten Teils der lohnabhängigen Bevölkerung. So liegt der Reha-Iv-Index z.B. bei freiwillig versicherten Angestellten mit 17,7 um fast das 5-fache höher als bei pflichtversicherten männlichen Arbeitern (3,8), was bei gleichen Chancen für die Arbeiter 366 500 Rehabilitationsmaßnahmen in den Jahren 1977 bis 1979 statt real nur 78 824 bedeutet hätte. Bei den Frauen ergibt derselbe Vergleich eine 2,6-fache Differenz zugunsten der Arbeiterinnen (7,8 zu 3,0)[19].

Über die Unterscheidung der Versicherten nach der Einkom-

menshöhe hinaus läßt die VDR-Rehabilitationsstatistik auch eine Differenzierung nach der beruflichen Qualifikation zu. Dabei wird genauer als bisher erkennbar, was Rehabilitationsgewährung nach Arbeitsmarkterfordernissen und privatwirtschaftlichen Rentabilitätsprinzipien bedeutet. Da nur derjenige Wiedereingliederungschancen über Gesundheitsmaßnahmen zugestanden bekommt, dessen berufliche Integration als notwendig und zudem als relativ gesichert prognostiziert werden kann (vgl. Pkt 3), verwundert es nicht, daß die Rehabilitation deutlich bevorzugt bei *Facharbeitern* ansetzt (s. Tab. 3). Ihr prozentualer Anteil in der Rehabilitation liegt weitaus höher, als es die Qualifikationsstruktur der Arbeiterschaft erwarten läßt (Facharbeiteranteil Männer: 53,8%; Frauen 5,5% im Jahr 1974)[20]. Die aus Tabelle 3 gleichzeitig ablesbare Benachteiligung der ungelernten Arbeiter ist nicht nur in quantitativer, sondern auch in qualitativer Hinsicht feststellbar. Exemplarisch sei dies anhand der Rehabilitation

Tabelle 3

Rehabilitationsmaßnahmen (ICD 290-309) bei Facharbeitern und ungelernten Arbeitern in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten im Jahr 1974, differenziert nach Männern und Frauen.

	Männer			Frauen		
	Fach-Arb	Ung-Arb	gesamt	Fach-Arb	Ung-Arb	gesamt
Reha-Maßnahmen	23 717	7 166	30 883	5 902	7 627	13 529
%-Anteil	76,8	23,2	100	43,6	56,4	100

Die Bestimmung der einzelnen Arbeitergruppen erfolgt hier unabhängig von ihrer versicherungsrechtlichen Zuordnung zur Arbeiter- und Angestelltenversicherung.

bei alkoholabhängigen Männern belegt. Aufgrund administrativ und institutionell selektiver Zuweisungen auf Rehabilitationskliniken mit erheblich unterschiedlichem therapeutischen Niveau[21] erhielten in den Jahren 1977 bis 1979 nur 59% der ungelernten Arbeiter eine Rehabilitationsbehandlung *mit Psychotherapie*, dagegen 75% der Facharbeiter und 95% der freiwillig versicherten Angestellten. In der gleichen Reihenfolge wurden zum Zeitpunkt der Klinikentlassung rund 30, 74 und 90 Prozent als gebessert beurteilt. Allerdings dürfen diese z.T. hohen Prozentsätze nicht über das insgesamt bekannte, qualitativ niedrige Rehabilitationsniveau bei psychisch Kranken hin-

wegtäuschen. Besonders klar zeigt dies der bei über 50% liegende Anteil der ausschließlich *somatisch* Behandelten unter allen psychisch kranken Rehabilitanden (bei Arbeitern 62%, bei Angestellten 48% in den Jahren 1977-79).

8. Frühinvalidität, Rehabilitation und Alter

Tabelle 4 gibt die Frühinvaliditätsraten und Reha-Iv-Indices der Arbeiter und Angestellten unter rechnerischer Ausschaltung des Effekts unterschiedlicher Altersgliederungen wieder[22]. Als erstes Ergebnis ist erkennbar, daß das Frühinvaliditätsrisiko kontinuierlich mit zunehmendem Alter, d.h. mit

Tabelle 4

Frühinvalidiätsraten und Reha-Iv-Indices in der Rentenversicherung der Arbeiter (AR) und Angestellten (AV) für das Jahr 1972, differenziert nach Männern (M) und Frauen (F) und Altersklassen. Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten auf 100 000 Versicherte und Zahl der Rehabilitationsmaßnahmen zur Zahl der Frühberentungen (Reha-Iv-Index), jeweils pro Altersklasse (ICD 290-309).

	15-29 Jahre		30-39 Jahre		40-49 Jahre		50-59 Jahre	
	Iv	R-Iv	Iv	R-Iv	Iv	R-Iv	Iv	R-Iv
AR M	8,1	8,5	28,4	11,3	50,5	10,0	115,4	4,1
AR F	5,2	15,8	36,6	9,6	74,3	6,7	172,2	2,8
AV M	3,1	22,0	9,1	32,9	20,5	28,3	73,3	9,7
AV F	3,6	55,7	20,1	18,8	31,5	11,9	85,5	5,1

Frühinvaliditätsquotienten AR zu AV

Männer	2,6	3,1	2,5	1,6
Frauen	1,4	1,8	2,4	2,0

Iv = Frühinvaliditätsrate; R-Iv = Verhältnis Rehabilitationsrate zur Frühinvaliditätsrate; jeweils unter rechnerischer Angleichung der Altersgliederung der Angestellten an die Arbeiter.

Eigene Berechnungen auf der Grundlage der Rohdaten des VDR auf der Basis des Versichertenbestandes am 1. Februar 1973, Bd. 38 der Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung, Frankfurt/M., s. auch Anmerkung 22.

durchschnittlich sinkendem *Produktivitätsgrad* der Arbeitskraft ansteigt. Der Grund dieses Zusammenhangs liegt weniger in altersabhängig anwachsenden psychischen Erkrankungsrisiken als vielmehr in der hohen Arbeitslosigkeitsgefährdung älterer Arbeitnehmer. Als zweites Ergebnis weist die in Tabelle 4 wiedergegebene Analyse große Differenzen zwischen den Versichertengruppen aus. Arbeiter werden nicht nur

generell, d.h. auf allen Stufen des Alters, häufiger berentet, sondern auch bereits *in jüngerem Alter häufiger* als Angestellte. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu betonen, daß psychisch Kranke insgesamt mit durchschnittlich 50, Versicherte mit der Diagnose Schizophrenie sogar schon mit 38 Jahren sehr früh in die Invalidität abgedrängt werden (zum Vergleich: körperlich Kranke im Mittel im Alter von etwa 57 Jahren).

Auch die Rehabilitation steht in Relation zum Alter i.S. der formulierten Prognose der Verdrängung privatwirtschaftlich unrentabler Krankengruppen mit der Konsequenz, daß die bedarfsbezogenen Rehabilitationschancen für Männer ab 40 und für Frauen sogar bereits ab 30 Jahren deutlich geringer werden (s. Reha-Iv-Index in Tab. 4). Konkret heißt dies, daß die Chance, nicht durch Frühinvalidisierung beruflich ausgegrenzt sondern reintegriert zu werden, für Arbeiterinnen im Alter von 15 bis 29 Jahren noch 16 zu 1 (bei angestellten Frauen 56 zu 1), in der Altersklasse von 50 bis 59 Jahren dagegen nur noch 3 zu 1 (bzw. 5 zu 1) beträgt.

9. Frühinvalidität, Rehabilitation und Diagnose

Nicht nur auf allen Altersstufen haben Arbeiter höhere Frühinvaliditätsraten, sondern auch hinsichtlich fast sämtlicher Erscheinungsformen psychischer Störungen (s. Tab. 5). Das war sozialepidemiologisch zu erwarten. Doch weicht die Höhe der Differenzen von den sozialepidemiologisch bekannten Verteilungsunterschieden in den einzelnen Krankheitsformen zwischen Arbeitern und Angestellten z.T. erheblich ab. Diese Abweichungen spiegeln selektive, die Krankheitenstruktur der Frühinvalidität spezifisch determinierende Wechselwirkungen zwischen der jeweiligen *Ausdrucksform psychischer Störungen*, der materiell-sozialen *Arbeitsanforderungsstruktur* bei Arbeitern und Angestellten und ihrem *Arbeitslosigkeitsrisiko* wider. Beispielhaft zeigt sich dies an den wesentlich stärker als sozialepidemiologisch erwartet ausfallenden Frühinvaliditätsdifferenzen beim Alkoholismus zuungunsten der Arbeiter.[23] Der Grund liegt in den härteren, durch mehr betriebliche Unkosten (höhere Unfallrisiken, größere Produktionsausfälle) bedingten Sanktionen gegenüber alkoholabhängigen Arbeitern z.B. in Form vermehrter Entlassungen und Nicht-Einstellungen bis hin zu häufigerer Dauerarbeitslosigkeit, wie dies Arbeitsbiographien erkennen lassen.[24]

Eingangs wurde prognostiziert, daß die Rehabilitationschancen nicht nur vom Stand der Arbeitslosigkeit und der beruflichen Qualifikation abhängen, sondern auch von der Krankheitsdiagnose. Tabelle 5 bestätigt diese Aussage (s. Reha-Iv-Index). Während z.B. bei psychosomatischen Störungen bis zu 105 Rehabilitationsmaßnahmen auf eine Frühberentung kommen, liegt die Rehabilitationsrate bei den Psychosen weit unterhalb ihrer Frühinvaliditätsrate. Der Reha-IV-In-dex der schizophrenen und affektiven Psychosen (ICD 295-297, Arbeiter und Angestellte, Männer und Frauen zusammengefaßt) beträgt 0,22. In Absolutzahlen übersetzt bedeutet das, daß in den Jahren 1977 bis 1979 im Bereich dieser Psychosen 23933 Frühberentungen, aber nur 5399 Rehabilitationsmaßnahmen bewilligt

Tabelle 5

Durchschnittliche Frühinvaliditätsraten und Reha-Iv-Indices in der Rentenversicherung der Arbeiter (AR) und Angestellten (AV) von 1977 bis 1979, differenziert nach Männern und Frauen und Diagnosegruppen. Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten auf 100 000 Versicherte und Zahl der Rehabilitationsmaßnahmen zur Zahl der Frühberentungen (Reha-Iv-Index).

	Frühinvaliditätsrate				Reha-Iv-Index			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	AR	AV	AR	AV	AR	AV	AR	AV
Organ. Psychosen (ICD 290, 292-294)	2,1	1,4	2,7	1,5	0,2	0,1	0,1	0,1
Schizo. Psychosen (ICD 295, 297)	16,9	6,3	22,6	10,3	0,0	0,3	0,0	0,2
Affekt. Psychosen (ICD 296)	6,6	9,4	26,7	26,5	0,5	0,4	0,3	0,3
Neurosen (ICD 300, 301)	7,1	4,7	10,5	7,7	1,9	6,3	1,3	5,7
Alkohol.,Drogenabh. (ICD 291,303,304)	35,4	6,8	8,7	3,7	2,6	2,6	2,9	2,3
Psychosom.Krankh. (ICD 305)	3,4	2,6	8,2	7,4	49,5	105,2	22,9	45,6

wurden. Zur Erklärung der Verdrängung der an Psychosen Leidenden auf ein quantitativ *vor-rehabilitatives* Niveau muß man sehen, daß in den offiziellen Begutachtungsleitlinien der Rehabilitationsträger[25] die Psychosen, insbesondere die Schizophrenie, nach wie vor nicht nur als nicht genügend rentabel, sondern durch ihre zur Kostenabwehr immer wieder reproduzierte Mißdeutung als genetische Defekte praktisch als über-

haupt nicht rehabilitierbar diskriminiert werden. Vor diesem Hintergrund muß auch das bei durchschnittlich 38 Jahren liegende Frühinvaliditätsalter der als schizophren Diagnostizierten gesehen werden (vgl. Pkt. 8).

10. Rehabilitation bei Frührentnern

Über die Jahre 1968 bis 1979 praktisch unverändert erhielten mindestens 80 Prozent der später frühinvalidisierten psychisch Kranken während der letzten 5 Jahre *vor* Eintritt ihrer Frühberentung *keine* Rehabilitation, bei Versicherten mit der Diagnose Schizophrenie waren es sogar 95 Prozent. Bei weniger als 4 Prozent von allen auf die ICD-Gruppe 290-309 bezogenen Rehabilitationsmaßnahmen war der Antrag auf Frühberentung Anlaß zu ihrer Einleitung. Und bei nur 3 Prozent der psychisch Kranken erfolgte *nach* ihrer Frühinvalidisierung noch eine Maßnahme zur Rehabilitation. Diese Befunde zeigen besonders unmißverständlich, daß entgegen sozialrechtlicher Bestimmungen[26] weder dem Eintritt der Frühinvalidität noch deren Folgen wirkungsvoll begegnet wird. Bei Stellung eines Rentenantrags nimmt vorrangig das Rentenverfahren seinen Gang mit der Konsequenz einer umfassenden und dauerhaften gesellschaftlichen Ausgrenzung der Betroffenen. Denn wie die Ergebnisse zeigen, werden psychisch Kranke als Frühinvalide nicht nur aus dem System gesellschaftlicher Arbeit endgültig ausgeschlossen, sondern als entwertete, überflüssige Arbeitskraft auch aus dem Bereich der Rehabilitation. Somit sind sie nicht nur vor und zum Zeitpunkt der Berentung psychisch krank, sondern bleiben es auch.

11. Zusammenfassung

Der sozialpolitische Anspruch des Vorrangs der Rehabilitation gegenüber der Berentung erweist sich real ebenso als Fiktion wie die behauptete Chancengleichheit. Die Entscheidung über Rehabilitation oder Frühinvalidisierung bestimmt sich nicht nach den Gesundheitsbedürfnissen der Betroffenen, sondern nach Arbeitsmarkterfordernissen und dem Grad der Verwertbarkeit ihrer Arbeitskraft. Die seit 1974 beobachtbare starke Zunahme der Frühinvalidität ist Ausdruck und Teil der gegenwärtig erweiterten sowie beschleunigten Deklassierungsprozesse innerhalb der sozial schwächsten Schichten der lohnabhängigen Bevölkerung.

Es dürfte deutlich geworden sein, daß dieser Problematik

durch eine sozialrechtliche Reform des Rehabilitationssektors allein nicht zu begegnen ist. Dazu ist der Kampf gegen die Massenarbeitslosigkeit ebenso notwendig wie die Neuorganisation der Sozialversicherung[27] und der psychosozialen Versorgung. In diese Reformierung dringend miteinzubeziehen ist das Problem, daß die Rentenversicherungen Rehabilitationsmaßnahmen ausschließlich im *stationären* Sektor der Psychiatrie finanzieren,[28] und damit nicht nur den Widerspruch zwischen beruflich-sozialer Isolation und rehabilitativer Wirkungslosigkeit verfestigen, sondern auch die Anstaltspsychiatrie als System insgesamt.

Anmerkungen

1 Die Versichertenstruktur entspricht weitgehend der Struktur der lohnabhängigen Bevölkerung mit Ausnahme der Beamten und der Angestellten über der Pflichtversicherungsgrenze, die nicht freiwilligversicherte Angestellte werden. Versichertenzahl 1979: 14,6 Millionen.

2 Vermutlich sind die Ergebnisse auch auf den Bereich der beruflichen Rehabilitation übertragbar, da der beruflichen Rehabilitation bei Kranken in der Regel eine medizinische Rehabilitation vorausgeht.

3 Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung, hrsg. vom Verband deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt/M., Bd. 29-55

4 Zu den verschiedenen möglichen Berechnungsmodi vgl. Ricke, J. u.a.: Frühinvalidität - Arbeiterschicksal? in: Jahrbuch f. kritische Medizin Bd. 2, Argument Verlag, Berlin, 1978, S. 149

5 Statistische Jahrbücher 1969-1980

6 Zur Charakteristik der sonstig Versicherten s. Ricke u.a., a.a.O., S. 161.

7 Als Beispiele seien genannt: Blohmke, M., Reimer, F.: Krankheit und Beruf. Hüthig Verlag, Heidelberg, 1980; Gercke, L.D.: Trendentwicklungen bestimmter Krankheitsgruppen, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1978.

8 RVO § 1246, 1247; AVG § 23, 24; zur Arbeitsmarktlage: Beschlüsse des Bundessozialgerichts von 1969 u. 1976; s. auch: Verband deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Frankfurt/M., o.J.; zum Gesamtproblem: Rüth, W.: Ursachen vorzeitiger Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Verlag. O. Schwarz, Göttingen, 1976.

9 RVO § 1236 ff, AVG § 13 ff; s. auch: Verband deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Grundsätze für die Gewährung von Maßnahmen zur Rehabilitation. Frankfurt/M., 1978, bs. S. 5 f, 15.

10 Hohm, H.: Berufliche Rehabilitation von psychisch Kranken. Beltz Verlag, Weinheim, 1977, S. 95 ff.

11 Haaser, A.: Entwicklungslinien und gesellschaftliche Bedingungen der Behindertenpolitik in Deutschland. Diss. Sozialwiss. Konstanz, 1975, S. 251 ff.

12 Henkel, D., Roer, D.: Sozialepidemiologie psychischer Störungen. Argument-Studienheft SH 38, Argument Verlag, Berlin, 1980, S. 173 f.

13 Eine differentielle Längsschnittanalyse nach dem Versicherungsverhältnis der Versicherten ist nach der VDR-Frühinvaliditätsstatistik nicht möglich. Der Begriff Versichertengruppen meint hier: Arbeiter, Angestellte, Männer und Frauen.

14 Henkel, D., Roer, D., a.a.O., S. 172

15 Ebda, S. 172 ff.

16 Vgl. die statistischen Angaben zum Beitragsaufkommen und zu den Nettoaufwendungen für die Rehabilitation in den Statistikbänden der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung, a.a.O.

17 Auf welche Hauptanregung die Rehabilitation zurückgeht, wird seit 1977 statistisch erfaßt.

18 Zur Ermittlung von Frühinvaliditätsraten nach dem Kriterium des Versicherungsverhältnisses muß aufgrund nur ungenügender Schätzungen der jeweiligen Grundgesamtheiten der Versichertengruppen als Hilfskonstruktion der jährliche Zugang aller Renten (einschließlich der Altersrenten) zur Basis genommen werden (vgl. Ricke u.a., a.a.O.). Die angegebenen Daten beziehen sich auf das Jahr 1972 zur Vermeidung möglicher, aus der unterschiedlichen Inanspruchnahme der seit 1973 gesetzlich eingeführten flexiblen Altersgrenze sich ergebener Verzerrungen. Die Pflichtversicherungsgrenze 1972 betrug 2100 DM monatlich.

19 Da die Gruppe der sonstig Versicherten in der Rehabilitationsstatistik nicht getrennt ausgewiesen sondern auf die Pflicht- und Freiwilligversicherten verteilt wird, wurde zur Berechnung der Reha-Iv-Indices hier diese Aufteilung der sonstig Versicherten auch bei den Frühinvaliditätszahlen vorgenommen.

20 Zahlen aus: Leisewitz, A.: Klassen in der Bundesrepublik. Verlag Marxistische Blätter, Frankfurt/M., 1977, S. 95. Da neuere Daten zur Qualifikationsstruktur der Arbeiterschaft nicht vorliegen, wurde der Vergleich auf das Jahr 1974 bezogen.

21 Henkel, D.: Empirische Materialien zum Alkoholismus in der BRD im Zusammenhang mit Sozialschicht, Arbeitslosigkeit und Frühinvalidität. In: Jahrbuch f. kritische Medizin Bd. 4, Argument Verlag, Berlin, 1979, S. 101 ff.

22 Basis ist eine vollständige Erfassung der Rentenversicherten im Jahr 1973 unter Berücksichtigung der Altersklassen. Eine weitere Erhebung erfolgte 1974, neuere Daten liegen nicht vor. Zur Vermeidung möglicher Einflüsse durch die flexible Altersgrenze 1973 wurden die Daten zur Frühinvalidität und Rehabilitation aus dem Jahr 1972 gewählt. Es wurde eine rechnerische Angleichung der Altersstruktur der Arbeiter an die der Angestellten durchgeführt.

23 Henkel, D., a.a.O., S. 90 ff.
24 Köster, H. u.a.: Alkoholismus als Karriere. Forschungsbericht, Düren, 1978.
25 Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorungswesen, hrsg. vom Bundesminister f. Arbeit u. Sozialordnung, Bonn, 1973, S. 141.
26 Vgl. Rehabilitationsangleichungsgesetz § 7, Abs. 1 u. 2, 1974.
27 Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des DGB (Hrsg.): Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Bund-Verlag, Köln, 1978.
28 Grundsätze für die Gewährung..., a.a.O., S. 15: »Kosten einer ambulanten Behandlung... werden grundsätzlich nicht übernommen.«

Horacio Riquelme

Übermäßiger Alkoholkonsum in Chile

Entstehungsbedingungen und sozialmedizinische Bewältigungsansätze

1. Epidemiologische Situation[1]

Chile ist neben Costa Rica eines der lateinamerikanischen Länder, in dem seit Anfang der 50er Jahre das Alkoholproblem unter mehreren Gesichtspunkten am intensivsten erforscht worden ist. In mehr als zwei Jahrzehnten sind in Chile eine Fülle von Feldforschungen mit der zentralen Fragestellung der Alkoholismusprävalenz durchgeführt worden.

Nach diesen Untersuchungen sind 20 bis 25 % der männlichen Bevölkerung über 15 Jahre übermäßige Trinker, 5 - 7 % Alkoholkranke. *Horwitz*[2] stellte in diesem Zusammenhang in einer für die Hauptstadt repräsentativen Auswahl eine eindeutige Korrelation zwischen niedrigem Bildungsniveau, geringem Familieneinkommen und hoher Alkoholismusprävalenz fest, so daß man in Chile von einer Art Armutsalkoholismus sprechen kann. Frauen und Kinder sind auch stark davon betroffen, ihre epidemiologische Erfassung ist jedoch bislang nur aus Sekundärdaten möglich gewesen.

Besonders eindrucksvoll sind die Feldstudien, die bei marginalisierten Gesellschaftsgruppen durchgeführt wurden. So z.B. die Untersuchung von *Marconi* und *Medina*[3] über Trinkgewohnheiten und Alkoholismusprävalenz bei Mapuche-India-