

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

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

Synthesebericht zum zweiten IV-Forschungsprogramm (2010 – 2015)

Forschungsbericht Nr. 16/15d



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

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

Autoren/Autorinnen: Bundesamt für Sozialversicherungen
Redaktion: Cyrielle Champion, Christina Eggenberger, Martin Wicki, Frédéric Widmer (BSV)
Unter Mitarbeit von Eric Patry

Auskünfte: Martin Wicki
Forschung und Evaluation
Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
CH-3003 Bern
Tel. +41 (0) 58 462 90 02
E-mail: martin.wicki@bsv.admin.ch

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

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

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

Bestellnummer: 318.010.16/15d

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Zusammenfassung	V
Résumé	XV
Riassunto	XXV
Summary	XXXIII
1. Einleitung	1
2. Das Abklärungsverfahren in der Invalidenversicherung	3
2.1 Einleitung	3
2.2 Von der Renten- zur Eingliederungsversicherung: Auswirkungen auf das Abklärungsverfahren	3
2.3 Wie läuft ein Abklärungsverfahren ab?	4
2.3.1 Das Abklärungsverfahren für Neuanmeldungen	4
2.3.2 Das Abklärungsverfahren bei Rentenrevisionen	7
2.4 Die Akteure des Abklärungsverfahrens	9
2.4.1 Regionaler ärztlicher Dienst (RAD)	9
2.4.2 Medizinische Gutachten	10
2.4.3 Behandelnde Ärztinnen und Ärzte	11
2.4.4 Die Versicherten: Sich verändernde Profile und Herausforderungen	13
2.5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen	15
2.5.1 Schlussfolgerungen	15
2.5.2 Empfehlungen:	16
2.6 Stellungnahme des BSV	17
2.6.1 Bisherige Umsetzungsschritte	17
2.6.2 Weitere Vorgehensweise	18
3. Berufliche Eingliederung in der Invalidenversicherung	19
3.1 Einleitung	19
3.2 „Eingliederung vor Rente“: Umsetzung und Wirkungen der Instrumente der 5. IVG-Revision	19
3.2.1 Früherfassung	21
3.2.2 Massnahmen der Frühintervention	22
3.2.3 Integrationsmassnahmen	24
3.2.4 Massnahmen beruflicher Art	24

3.3	Eingliederung der IV-Rentenbeziehenden: Umsetzung und Wirkungen der IVG-Revision 6a	25
3.3.1	Hindernisse und Erfolgsfaktoren im Prozess der Wiedereingliederung von IV-Rentenbeziehenden	26
3.3.2	Rentenrevisionen aufgrund der Schlussbestimmungen	28
3.4	Weitere Akteure im Integrationsprozess	28
3.4.1	Behandelnde Ärztinnen und Ärzte	28
3.4.2	Arbeitgebende	29
3.5	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	30
3.5.1	Schlussfolgerungen	30
3.5.2	Empfehlungen	31
3.6	Stellungnahme des BSV	32
3.6.1	Bisherige Umsetzungsschritte	32
3.6.2	Weitere Vorgehensweise	32
4.	Psychische Erkrankungen und Invalidenversicherung	35
4.1	Einleitung	35
4.2	Diagnose und Behandlung von psychischen Beschwerden in der IV-Abklärung	35
4.2.1	Die Abklärung psychisch bedingter Invalidität durch die IV	36
4.2.2	Gutachten zu psychischen Erkrankungen	37
4.3	Soziale und berufliche Eingliederung bei psychischen Erkrankungen	39
4.3.1	Merkmale der sozialen Lage von Personen mit psychischen Erkrankungen	39
4.3.2	Massnahmen zur beruflichen Eingliederung von Personen mit psychischen Problemen	40
4.3.3	Psychische Probleme am Arbeitsplatz	41
4.4	Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und Invalidität	42
4.4.1	Abklärung von jungen Personen mit psychischen Gebrechen	43
4.4.2	Belastende Faktoren	44
4.4.3	Frühkindliche Entwicklungsstörungen	44
4.5	Psychische Behinderung als interinstitutionelle Herausforderung	45
4.6	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	46
4.6.1	Schlussfolgerungen	46
4.6.2	Empfehlungen	47
4.7	Stellungnahme des BSV	48
4.7.1	Bisherige Umsetzungsschritte	48
4.7.2	Weitere Vorgehensweise	48

5.	Finanzielle Leistungen der Invalidenversicherung	51
5.1	Einleitung.....	51
5.2	Renten.....	51
5.2.1	Grundlagen.....	51
5.2.2	Finanzielle Situation und Erwerbsanreize der IV-Rentnerinnen und -Rentner.....	51
5.3	Hilflosenentschädigung/Assistenzbeitrag	53
5.3.1	Wohn- und Betreuungssituation von Personen mit Hilflosenentschädigung	54
5.3.2	Assistenzbeitrag	55
5.4	Hilfsmittel	57
5.4.1	Evaluation der Qualität der Hörgeräteversorgung	57
5.4.2	Analyse der Preisentwicklung in der Hörgeräteversorgung	58
5.5	Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	59
5.5.1	Schlussfolgerungen	59
5.5.2	Empfehlungen	60
5.6	Stellungnahme des BSV	61
5.6.1	Bisherige Umsetzungsschritte.....	61
5.6.2	Weitere Vorgehensweise	61
6.	Schnittstellen zwischen der IV und den anderen Akteuren	63
6.1	Einleitung.....	63
6.2	Übergänge zwischen SHIVALV und interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ).....	63
6.2.1	Quantifizierung der Übergänge	64
6.2.2	Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ)	65
6.3	Zusammenarbeit im Bereich Früherfassung und Frühintervention	66
6.4	Schnittstellen betreffend gesundheitlich beeinträchtigte Kinder und Jugendliche	68
6.5	Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	70
6.6	Stellungnahme des BSV	71
6.6.1	Bisherige Umsetzungsschritte.....	71
6.6.2	Weitere Vorgehensweise	72
7.	Ausblick	73
	Literaturverzeichnis.....	75

Zusammenfassung

Das zweite Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung FoP2-IV mit einer Laufdauer von 2010-2015 legt einen gewichtigen Schwerpunkt auf die Evaluation der eingeleiteten Massnahmen, insbesondere der 4. und 5. IVG-Revision. Zudem wurden – wie bereits im ersten Programm (FoP-IV 2006-2009) – die Schnittstellen zwischen verschiedenen Akteuren der Sozialen Sicherheit analysiert und das Wissen über psychisch bedingte Invalidisierungen weiter vertieft. Während der sechsjährigen Laufzeit wurden 20 Projekte durchgeführt, die zu 18 Publikationen in der Forschungsreihe sowie zu drei e-Publikationen führten.

Der Synthesebericht fasst die wichtigsten Erkenntnisse aus den verschiedenen Studien zusammen. Er gliedert sie nach den Bereichen Abklärungsprozess, Berufliche Eingliederung, Psychische Erkrankung, Finanzielle Leistungen und Schnittstellen zu andern Akteuren. In den Kapiteln werden die Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Autorinnen und Autoren der Studien wiedergegeben. Diese werden abschliessend in jedem Kapitel vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) kommentiert. Dabei wird aufgezeigt, welche Empfehlungen in der Zwischenzeit umgesetzt worden sind und welche weiteren Schritte noch vorgesehen sind.

Abklärung

Abgesehen von den niederschweligen Leistungen der FEFI, setzt jede Leistung der Invalidenversicherung, sei es eine Beratung, seien es Eingliederungsmassnahmen, sei es die Abgabe von Hilfsmitteln oder die Ausrichtung einer Invalidenrente, die *fundierte Abklärung* der Sachlage und der Potenziale voraus. Das starke Ausgabenwachstum der IV in den 1990er Jahren aufgrund schnell steigender Rentenzahlen hatte der IV die Kritik eingebracht, nicht ausreichend kompetent medizinisch abzuklären. Mit der vermehrten Eingliederungsorientierung der IV im Zuge der 4., 5. und 6. IVG-Revision haben sich die Ansprüche an die Abklärung aber auch die zur Verfügung gestellten Ressourcen und Instrumente verändert. Im Forschungsprogramm galt es daher, die Entwicklung nachzuzeichnen, die Umsetzung der Reformschritte zu analysieren und deren Wirkungen zu beurteilen. Die Studien zeigen, dass die drei Revisionen den Abklärungsprozess wesentlich verändert haben: Die Einführung der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) hat die Unabhängigkeit und Einheitlichkeit der medizinischen Abklärung gestärkt; die Massnahmen der Früherfassung und Frühintervention führen eingliederungsorientiert zu einer Beschleunigung; und die Abklärungsprozesse wurden vermehrt auf das Eingliederungspotenzial hin ausgerichtet. Der Abklärungsprozess reicht von der Meldung einer gesundheitlich eingeschränkten Person über verschiedene Schritte der Eingliederungsabklärung, den Grundsatzentscheid und den Vorbescheid bis zum Entscheid über einen Rentenanspruch.

Studienresultate zeigen, dass der Abklärungsprozess mit ein Grund für das starke Wachstum der Rentenansprüche bis 2005 war. Denn er fokussierte nicht oder viel zu wenig auf bestehende Ressourcen der versicherten Person, sondern konzentrierte sich auf vorhandene Defizite. Dies akzentuierte sich mit der relativen Zunahme psychischer Leiden im Abklärungsprozess, auf deren Einschätzung die IV zu wenig vorbereitet war. Gleichzeitig wird bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ein Mangel an versicherungsmedizinischem Wissen konstatiert. Die deshalb lange ungenügend qualifizierte durchgeführte medizinische Abklärung wurde auch als eine Quelle von Chronifizierungen angesehen. Die mit der 4. IVG-Revision eingeführten RAD haben versicherungsmedizinische Kompetenzen bei den IV-Stellen aufgebaut und können neu nach Bedarf auch selbst Untersuchungen durchführen. Mit der Einführung von Früherfassung und Frühintervention in der 5. IVG-Revision wurde der Grundsatz „Geschwindigkeit vor Präzision“ formuliert, was lange, demotivierende Wartezeiten verhindern oder abbauen soll. Und die IVG-Revision 6a erweiterte die verstärkte Eingliederungslogik auf versicherte Personen, die bereits eine Rente beziehen.

Die Evaluation zeigt allerdings, dass die Abklärungsprozesse aufgrund der Aufgabenkomplexität und der vielen involvierten Akteure immer noch relativ lange dauern, woraus unter anderem geschlossen wird, dass die Koordination zwischen den Akteuren verbessert werden soll. Gleichzeitig werden auch sehr grosse interkantonale Unterschiede in der Umsetzung der Reformen konstatiert. Während die Mehrheit der IV-Stellen erst eine Rentenabklärung einleitet, wenn alle möglichen Eingliederungsmassnahmen versagt haben, wendet eine Minderheit von ihnen Eingliederungsmassnahmen nur in Fällen an, bei denen die Gefahr eines Arbeitsplatzverlusts akut besteht. Grosse Unterschiede wurden auch hinsichtlich des Einsatzes mono-, bi- und polydisziplinärer Gutachten, hinsichtlich der Art der Zusammenarbeit mit dem RAD und der internen Personalorganisation festgestellt. Multivariate Analysen zeigen, dass die Berentungsquote dort geringer ist, wo vorerst auf das Einholen sehr detaillierter schriftlicher medizinischer Informationen verzichtet und schnell auf Eingliederungsmassnahmen, insbesondere auch Frühinterventionsmassnahmen fokussiert wird. Dieses Vorgehen deckt sich mit den Bestrebungen der 5. IVG-Revision. Dabei ist es erfolgsversprechend die Kapazitäten der RAD ressourcenorientiert beizuziehen. Hingegen lässt sich die Rentenquote kaum durch die Intensität der medizinischen Abklärung beeinflussen.

Abklärungsbedingte Rentenablehnungen können jedoch auch angefochten werden. Die Rekurse haben zwischen 2004 und 2009 stark zu-, danach aber wieder leicht abgenommen. Auf den Ausgang der Gerichtsentscheide haben die IV-Stellen naturgemäss keinen direkten Einfluss, abgesehen davon, dass Gerichtsentscheide zuungunsten der IV-Stellen oft mit der (mangelnden) Qualität der medizinischen Abklärung begründet werden. Die Renten betreffenden Einschätzungen der RAD werden in den Verfahren von den kantonalen Gerichten unterschiedlich gewertet. In der Mehrzahl der Fälle werden alle Arten externer Gutachten anerkannt, doch werden polydisziplinäre Gutachten von den Gerichten am besten anerkannt.

Unter anderem wegen methodischer Probleme – Datenqualität und noch ungenügender Erfahrung – lassen sich die Wirkungen der IVG-Revision 6a bisher schwerlich beurteilen. Immerhin zeigen bereits erste Kohortenvergleiche ernüchternde Tendenzen hinsichtlich der Erfolge von Rentenrevisionen. Auf tiefem Niveau leicht zugenommen haben zwar die Eingliederungsmassnahmen, dadurch ausgelöste Rentenreduktionen sind jedoch bislang gering.

Zur Verbesserung der Abklärung sollten sich die IV-Stellen besser mit den behandelnden Ärzten absprechen und sie über die wichtigen Entscheidungen und Schritte informieren. Eine Studie empfiehlt den Aufbau eines fallunabhängigen Kontaktnetzes zu behandelnden Ärzten.

Berufliche Eingliederung

Die *Berufliche Eingliederung* ist mit der 5. IVG-Revision eine Hauptzielsetzung der IV geworden. Diese soll sich von einer „Rentenversicherung“ zu einer „Eingliederungsversicherung“ entwickeln. Bereits vor 2008 waren „Massnahmen beruflicher Art“, worunter Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung und Arbeitsvermittlung subsummiert werden, die häufigsten Eingliederungsmassnahmen. Da aber die IV zu spät einbezogen wurde und das Verfahren zu lange dauerte, erhielten die IV-Stellen neue Instrumente und zusätzliches Personal. Das Ziel dieser Massnahmen ist es, Menschen mit gesundheitlichen Problemen nach der Anmeldung rasch und unkompliziert begleiten zu können, damit sie möglichst erwerbstätig bleiben. Die 6. IVG-Revision weitete die Eingliederungsorientierung auf Personen aus, die bereits eine IV-Rente beziehen. Die Rente soll als „Brücke zur Eingliederung“ verstanden werden.

Die mit der 5. IVG-Revision neu eingeführte Früherfassung setzt zu einem Zeitpunkt an, bei dem meist noch ein Arbeitsverhältnis besteht und gibt der IV damit die Möglichkeit, rascher zu handeln. Und mit den Massnahmen der Frühintervention wurde die Palette der möglichen Massnahmen wesentlich erweitert. Zusätzlich wurden Integrationsmassnahmen zur Vorbe-

reitung auf die berufliche Eingliederung, die besonders bei psychischen Erkrankten zur Anwendung gelangen, eingeführt. Der Eingliederungsprozess orientiert sich seither verstärkt an der Methode des Case Managements. Gespräche mit der versicherten Person und den relevanten Akteuren in ihrem Umfeld sowie Schnelligkeit sollen Vorrang haben gegenüber Akten und normierten Verfahren. Die Eingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt soll rasch angegangen werden und zwar nach dem Prinzip „first place, then train“ mit der Unterstützung von Job Coaches.

Rund ein Viertel der erstmalig in Kontakt mit der IV tretenden versicherten Personen erfolgt über Früherfassungsmeldungen, drei Viertel dieser Personen wiederum werden bei der IV für eine Leistung angemeldet. Die Evaluatoren stellen fest, dass die gezielte Triage mit diesem Instrument funktioniert und die IV meist bereits vor einem Arbeitsplatzverlust intervenieren kann. Die Früherfassung bewährt sich also, doch ist das Wirkungspotenzial noch nicht ausgeschöpft, insbesondere was die Nutzung der Meldung durch Arbeitgebende betrifft. Die Frühinterventionsmassnahmen haben dazu beigetragen, dass rascher Eingliederungsmassnahmen eingesetzt werden. Deren Einsatz hat sich zwischen 2004 und 2011 nahezu verdoppelt und die Zusage von Massnahmen erfolgt in über einem Drittel der Fälle bereits im ersten Quartal nach Erstkontakt mit der IV. Dies ist umso wichtiger als festgestellt werden konnte, dass die Berentungsquote umso geringer ist, je rascher Frühinterventionsmassnahmen gesprochen werden. Die Wirkung ist stark von der individuellen Situation der versicherten Person abhängig, wobei es bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung zu besonders stark positiven Effekten kommt. Allerdings zeigte sich, dass Frühinterventionsmassnahmen gerade bei dieser Personengruppe am seltensten eingesetzt werden. Generell ist die Praxis der IV-Stellen hinsichtlich Art und Anzahl zugesprochener Frühinterventionsmassnahmen heterogen, was bedeutet, dass das Anwendungs- und damit auch das Wirkungspotenzial noch nicht ausgeschöpft ist. Eine bessere Ausschöpfung, besonders auch vermehrt bei Personen mit psychischen Beschwerden, wird von den Studien denn auch empfohlen. Selten eingesetzt werden Integrationsmassnahmen, obwohl die Analyse zeigt, dass die Eingliederungschancen damit erhöht werden. Auch hier sind die Anwendungsunterschiede zwischen den Kantonen gross. Was die Massnahmen beruflicher Art betrifft, so sind diese analog der Frühinterventionsmassnahmen umso wirksamer, je früher sie eingesetzt werden. Es wird empfohlen, sie rasch, noch gezielter und dafür finanziell nicht zu knapp bemessen einzusetzen.

Die Massnahmen zur Wiedereingliederung versicherter Personen aus der Rente, wie sie seit der IVG-Revision 6a praktiziert werden soll, bereiten noch etliche Umsetzungsschwierigkeiten. Das Knowhow und die Erfahrung mit der „intuitiven Triage“ haben in den IV-Stellen zugenommen, doch ist einigen IV-Stellen immer noch unklar, nach welchen Kriterien vorgegangen werden soll. Offensichtlich sind auch hier die individuellen Voraussetzungen, insbesondere psychosoziale Ressourcen der versicherten Person von Bedeutung. Die IV-Stellen zeigen sich trotz aufwändigen Triageprozessen ernüchtert über die geringe Zahl an Personen, die tatsächlich die Wiedereingliederung versuchen. Sie schätzen die breite Palette an möglichen Massnahmen und betonen die Wichtigkeit, für den Einzelfall massgeschneiderte Massnahmen einsetzen zu können. Handlungsbedarf besteht aber bei der Bereitstellung geeigneter Arbeitsplätze für die Wiedereingliederung vor allem im Tieflohnbereich.

Der Umgang mit psychischen Erkrankungen in der IV

Psychische Erkrankungen sind zu einem der Hauptgründe für IV-Berentungen geworden. Erst später als bei den somatischen Erkrankungen gehen die IV-Berentungen aus psychischen Gründen langsam zurück, wobei bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen noch kein entsprechender Trend auszumachen war. In den 1990er Jahren war die Berentungsquote insgesamt noch stark angestiegen, obwohl die Fachwelt von einer generell stabilen Prävalenz psychischer Erkrankungen ausgeht. Es sind also nicht die Erkrankungen an sich, die

zugenommen haben, sondern die Erwerbsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt aufgrund solcher Erkrankungen hat abgenommen. Entsprechend interessierte sich das Forschungsprogramm für die Prozesse der Abklärung und der Eingliederung durch die IV-Stellen. Folgendes wird festgestellt: Die Qualität der Dossiers und die Erfassung relevanter Informationen ist häufig ungenügend, die Formulare von Ärztinnen und Ärzten sind vielfach unvollständig und werden häufig ohne qualifizierte Angaben zur Erwerbsfähigkeit ausgefüllt, die Kontakte zwischen IV-Stellen und Ärztinnen bzw. Ärzten sind oftmals konfliktbeladen. Psychiaterinnen und Psychiater wenden bei der Diagnostik und Behandlung selten evidenzbasierte Leitlinien an. Hinsichtlich der wissenschaftlichen Evidenz, die über die klinische Wirksamkeit von Interventionen bei einzelnen Störungsbildern hinausgeht und auch psychosoziale Outcomes analysiert, bestehen indes noch erhebliche Wissenslücken. Entsprechend wird empfohlen, Abklärungen systematischer auf Funktionsstörungen und Ressourcen auszurichten, die Entwicklung von Leitlinien zur Abklärung und Behandlung von psychischen Krankheiten durch die Fachgesellschaften zu forcieren und Wissenslücken bei der wissenschaftlichen Evidenz zu füllen.

Die soziale Situation berenteter Personen mit psychischen Erkrankungen ist schlechter als jene des Durchschnitts der Berenteten, ganz zu schweigen von nicht berenteten Personen: Sie sind häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen, haben im Vergleich das tiefste Durchschnittseinkommen aller Rentenbeziehenden und durchlaufen häufiger und länger einen Prozess der beruflichen Desintegration. Die Abklärungszeiten dauern bei ihnen wesentlich länger. Die Wahrscheinlichkeit vorgängig zu einer IV-Rente bereits andere Leistungen bezogen zu haben, ist markant höher.

Seit 2008 profitieren immer mehr Personen mit psychischen Erkrankungen von Frühinterventionsmassnahmen. Die vor allem für diese Personengruppe konzipierten Integrationsmassnahmen werden zwar, wie bereits erwähnt, immer noch ziemlich selten eingesetzt, doch werden immerhin rund drei Viertel dieser Massnahmen für Personen mit psychischen Erkrankungen zugesprochen.

Der Einsatz von Massnahmen unterscheidet sich deutlich nach Art der Diagnose. So gehen in erster Linie Personen mit Schizophrenie und mit psychogenen oder milieureaktiven Störungen direkt in die Rente, wogegen bei den Persönlichkeitsstörungen am häufigsten IV-Massnahmen gesprochen werden. Die Zurückhaltung mit Eingliederungsversuchen bei Personen mit einer Diagnose Schizophrenie wird in einer Studie kritisch beurteilt. Und bei jungen Personen, die ihre Ausbildung abbrechen, werde oft zu früh eine pessimistische Prognose gestellt und entsprechend zu wenig Eingliederungsunterstützung geleistet. Entsprechend empfehlen die Studien, den Einsatz von Frühinterventions- und beruflichen Massnahmen möglichst evidenzbasiert zu optimieren und gerade Diagnosegruppen mit besseren Bildungsvoraussetzungen nicht voreilig abzuschreiben und zu berenten. Es wird gar empfohlen zu prüfen, ob Renten für unter 30-jährige Personen überhaupt Sinn machen.

Nicht nur bei den IV-Stellen und den Ärztinnen und Ärzten werden Mängel im Umgang mit psychisch Erkrankten hinsichtlich der beruflichen Eingliederung im ersten Arbeitsmarkt festgestellt. Viele Arbeitgebende zeigen sich beim Auftreten psychischer Probleme bei ihren Mitarbeitenden unsicher. Sie reagieren oft nicht, zu spät oder falsch, so dass in einer Vielzahl der Fälle die Probleme durch Auflösen des Arbeitsverhältnisses „gelöst“ werden. Die Forschenden empfehlen Sensibilisierungsmassnahmen und Unterstützung von Arbeitgebenden und Teams beim Eingliederungsmanagement durch die IV-Stellen.

Untersucht wurden schliesslich die Angebote von Bund und Kantonen bei frühkindlichen Entwicklungsstörungen. Die Studie kam zum Schluss, dass es in der Schweiz zwar ein breites und in den letzten 15 Jahren deutlich gewachsenes Angebot an kompetenten Diagnosezentren gibt, wenn auch regional recht unterschiedlich. Dennoch besteht ein Mangel an intensiven Frühbehandlungen in Form spezifischer verhaltenstherapeutischer wie auch heilpäda-

gogischer oder interdisziplinärer Massnahmen und Programmen. Bei der integrativen Schulung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störungen und der beruflichen Integration werden ebenfalls schwierige Bedingungen konstatiert.

Bei den psychischen Erkrankungen gilt in ganz besonderem Masse, dass die IV dringend auf institutionelle Kooperation und Koordination mit Schulen, Kinder- und jugendpsychiatrischen und Psychiatrischen Diensten, Arbeitgebern, Arbeitsmarktbahörden und anderen Versicherungsträgern angewiesen ist.

Finanzielle Leistungen

Neben den in den ersten Kapiteln bereits erörterten Leistungen der IV wie Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen sowie Renten, finanziert die IV auch medizinische Massnahmen, Hilfsmittel, Hilfsenentschädigungen (HE) und den Assistenzbeitrag. In einem Kapitel werden die spezifischen Charakteristika und Probleme der finanziellen Leistungen wie sie in Studien des Forschungsprogramms erarbeitet wurden, zusammengefasst.

Zur finanziellen Lage der Haushalte von IV-Rentnerinnen und –rentnern wird festgestellt, dass sie im Vergleich zu Haushalten von Nicht-Berenteten finanziell schlechter dastehen. Fast jeder sechste Haushalt mit IV-Rentenbeziehenden muss mit sehr geringen finanziellen Mitteln – also weniger als 50 % des Medianeinkommens – auskommen, wogegen es bei den Nicht-Berenteten jeder zehnte Haushalt ist. Die Rentenzusprache befreit viele Haushalte aus einer schwierigen Einkommenssituation. Insbesondere erhöht sich das Einkommen von Haushalten mit geringen Einkommen bzw. mit Kindern teils erheblich. Dennoch ist der Anteil der Personen mit tiefem Einkommen höher als derjenige der Gesamtbevölkerung, da IV-Rentenbeziehende durchschnittlich schlechter ausgebildet und bereits vor Eintritt der Invalidität eher in Berufen mit unterdurchschnittlichen Löhnen tätig sind. Allerdings sind die Situationen von IV-Rentenbeziehenden heterogen, besonders bei Personen mit Teilrenten. Während einige von ihnen gut in die Arbeitswelt integriert sind und ein hohes Einkommen erzielen, müssen andere mit bescheidenen Mitteln auskommen. Hinsichtlich der Arbeitsanreize werden beim heute geltenden Rentensystem Schwelleneffekte konstatiert, die Arbeitsanreize begrenzen oder verhindern. Daher wird die Einführung eines stufenlosen Rentensystems empfohlen, wie es bereits in der Vorlage zur – in der parlamentarischen Schlussabstimmung gescheiterten – IVG-Revision 6b vorgeschlagen worden war.

Die 4. IVG-Revision verdoppelte die Hilfsenentschädigung für zu Hause lebende Behinderte und führte für zu Hause lebende Minderjährige, die eine besonders intensive Betreuung benötigen, den Intensivpflegezuschlag ein. Die IVG-Revision 6a schliesslich brachte den Assistenzbeitrag. Diese Reformen sollen den Betroffenen zu mehr Autonomie verhelfen. Die Anzahl HE-Beziehender nahm einerseits aufgrund des erleichterten Zugangs zu HE durch die Einführung der lebenspraktischen Begleitung, andererseits aus demografischen Gründen stark zu. Die Evaluation dieser Neuerungen der 4. IVG-Revision zeigt aber auch, dass der Anteil der zu Hause wohnenden HE-Beziehenden zwischen 2004 und 2011 von 50 % auf 59 % gestiegen ist. Auch ist der Anteil der HE-Beziehenden mit psychischen Krankheiten gestiegen, was der Absicht der Reform entspricht. Vier von fünf Erwachsenen mit HE, sowohl im Heim als auch zu Hause Lebende, sind mit ihrer Wohnsituation zufrieden. Die Unterstützung durch Leistungen der IV zur Bewältigung der behinderungsbedingten Mehrbelastungen durch schwerbehinderte Minderjährige wird von einer grossen Mehrheit als beträchtlich eingeschätzt. Bei den zu Hause lebenden Erwachsenen und bei Minderjährigen bedeutet die HE eine wichtige finanzielle Entlastung. Seit Anfang 2012 kann der Assistenzbeitrag bezogen werden, der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung weiter stärken und zusätzliche Entlastungsmöglichkeiten für die Angehörigen schaffen soll. Die Evaluation ist noch im Gange, doch deuten Zwischenresultate darauf hin, dass der Assistenzbeitrag erst langsam an Bedeutung gewinnt. Bei den Assistenzbeitrag-Beziehenden sind zudem (vorerst) Personen mit Anspruch auf eine HE schweren Grades übervertreten. Die Hypothese, dass sich

bei diesen der Bedarf für den Assistenzbeitrag am raschesten manifestiert, wogegen HE-Beziehende mit mittlerem oder leichtem Hilflosigkeitsgrad etwas länger zuwarten, scheinen die Zwischenresultate des Folgejahrs (2015) zu bestätigen: Die Dominanz der HE-Beziehenden schweren Grades geht langsam zurück.

Ein weiterer IV-Leistungsbereich umfasst die Hilfsmittel. Mitte 2011 hat die IV das Vergütungssystem bei der Hörgeräteversorgung verändert, indem von einem Tarif- auf ein Pauschalvergütungssystem umgestellt wurde. Zwar wurde das Tarifsysteem als qualitativ hochstehend wahrgenommen, doch gleichzeitig war es im internationalen Vergleich sehr teuer für die Versicherten und die Versicherungen. Offenbar schöpfte die Akustikerbranche die Vergütungstarife fast immer vollständig aus und ein Preiswettbewerb fand nicht mehr statt. Das neue Pauschalsystem soll den Wettbewerb stärken, damit zu niedrigeren Preisen führen und durch die direkte Auszahlung der Pauschale an die Versicherten ein „Empowerment“ der Hörgerätenutzer einleiten. In zwei FoP-IV-Projekten wurde nun untersucht, ob sich die Zufriedenheit mit der Qualität der Hörgeräteversorgung verändert hat und inwiefern ein Preiswettbewerb zu spielen begonnen hat. Die Qualitätsstudie zeigt, dass die am häufigsten gekaufte Geräteart im Pauschalsystem konstant geblieben ist und auch bei der Ausstattung der Geräte keine wesentlichen Änderungen feststellbar sind. Nicht erfüllt hat sich bislang die Erwartung, dass mit dem Pauschalsystem ein „Empowerment“ der Hörgerätekunden stattgefunden hätte. Sie machten nämlich noch seltener Anbietervergleiche als im Tarifsysteem und es haben sich kaum neue Abgabestellen wie Apotheken oder Drogerien am Markt etablieren können. Der Umfang der Dienstleistungen ging mit dem Übergang zur (gegenüber den Tarifen wesentlich tieferen) Pauschale zurück. Dennoch blieb die Zufriedenheit mit den Service- und Anpassungsleistungen auf hohem Niveau unverändert. Nur die Zufriedenheit mit Nachbetreuungsleistungen ging leicht zurück. Hinsichtlich der Marktsituation stellte die Preisstudie hingegen fest, dass das Angebot an Geräten zugenommen hat, indem mehr Hörgerätemodelle von einer steigenden Anzahl Hörgerätefabrikanten auf den Markt kamen. Die grössere Produktvielfalt reduzierte die Marktanteile der grossen Hersteller, was als Anzeichen für einen verstärkten Wettbewerb unter den Fabrikanten gedeutet wird. Der Markt für Hörgeräte hat sich seit dem Wechsel auf das Pauschalsystem also etwas verändert und die Preise gerieten unter sonst gleichen Bedingungen leicht unter Druck, wenn auch bisher erst in weit geringerem Masse als ursprünglich erhofft. Die Studien weisen darauf hin, dass Marktveränderungen sich in längeren Zeiträumen abspielten und daher die Beobachtungen zu einem späteren Zeitpunkt, etwa 2017, repliziert werden sollten.

Schnittstellen zwischen IV und andern Akteuren

Mehrere FoP2-IV-Studien befassten sich mit den wichtigsten Schnittstellen zwischen der IV und andern Akteuren, wovon insbesondere die Bereiche Gesundheit, Soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Bildung hervorzuheben sind. Dabei wurde die Schnittstellenfrage aus zwei Perspektiven betrachtet: in Bezug auf den Wechsel zwischen den einzelnen Systemen und auf die institutionelle Zusammenarbeit zwischen diesen Akteuren (Interinstitutionelle Zusammenarbeit, IIZ).

Eine Studie, die frühere Verläufe von Neurentenbeziehenden im 2010 nachzeichnete, zeigt, dass mehr als die Hälfte dieser Personen vorher keine andere Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung oder der Sozialhilfe bezogen hatten. Der häufig als problematisch bezeichnete und als „typisch“ vermutete Verlauf Arbeitslosenversicherung → Sozialhilfe → Invalidenversicherung trifft in der langjährigen Betrachtung der im 2010 neuen IV-Rentenbeziehenden auf weniger als 10 % zu. Wie die Studie zur Evaluation der Beruflichen Eingliederung zeigt, verfügt die grosse Mehrheit der Personen, die eine IV-Leistung beantragen, zu diesem Zeitpunkt tatsächlich noch über einen Arbeitsplatz. Dieser Anteil ist zwischen 2004 und 2011 noch gestiegen, und zwar von 64 % auf 74 %. Allerdings zeigt die Verlaufsstudie

auch, dass der Beanspruchung von IV-Leistungen häufig ein einkommensmässiger und beruflicher Abstieg vorausgeht. Ebenfalls wird angemerkt, dass die Verläufe bei Personen mit psychischen Erkrankungen komplexer sind und vor einer IV-Anmeldung häufiger bereits andere Systeme der sozialen Sicherheit beansprucht werden. Was die Auswirkungen der IVG-Revisionen auf die Sozialhilfe betrifft, so werden diese als sehr schwach beurteilt. Dasselbe gilt für die Auswirkungen auf die Arbeitslosenversicherung.

Mit der seit Anfang der 2000er Jahre als Reaktion auf die zunehmenden Schnittstellenprobleme begonnenen Interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) wird eine optimale Koordination der verschiedenen Systeme der Sozialen Sicherheit hinsichtlich der Eingliederung im Sinne der versicherten Person angestrebt. Obwohl von der Bundesebene unterstützt, fällt die Umsetzung der IIZ weitgehend in den Kompetenzbereich der Kantone. Eine Bestandsaufnahme nach zehn Jahren IIZ-Praxis in den Kantonen zeigt, dass die konkrete Zusammenarbeit in Kantonen und Gemeinden sehr unterschiedlich praktiziert wird. Diese kann in vier Typen zusammenfasst: multilaterale Zusammenarbeit für junge Personen, multilaterale Zusammenarbeit für Erwachsene, bilaterale Zusammenarbeitsformen und strukturbezogene, fall-unabhängige Koordinationsformen. Bezeichnend ist die Schlussfolgerung, dass der Hauptgewinn der IIZ in der unkomplizierten, informellen Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Institutionen besteht. Diese Art der Zusammenarbeit mit Partnern wird denn auch von den Akteuren in der Praxis, speziell auch von den Mitarbeitenden in den IV-Stellen, besonders positiv hervorgehoben: Geschätzt werden der Informationsaustausch, die Klärung von Zuständigkeiten sowie die Koordination der finanziellen und der Eingliederungsleistungen. Die Studie benennt aber auch etliche Schwächen und Hindernisse wie der stark dezentralisierte und freiwillige Charakter der IIZ, ungenügende Ressourcenausstattung, hemmende strukturelle Anreize, der bestehende gesetzliche Rahmen wie auch eine Zusatzbelastung der Praxisexpertinnen und -spezialisten. Die Möglichkeiten einer Evaluation von IIZ-Modellen werden durch die mangelhafte oder äusserst heterogene Datenlage stark eingeschränkt. Die Autoren empfehlen zudem, dass eine einheitliche Definition von IIZ formuliert wird, dass das Gesundheitswesen ebenso wie die Arbeitgebenden als weitere Akteure in die IIZ einbezogen wird, und dass die finanziellen Anreize so gesetzt werden, dass sie die Kooperation begünstigen.

Eine andere Herausforderung stellt für die IV die Zusammenarbeit mit den der IV vorgelagerten Akteuren der Bereiche Arbeitsmarkt und Gesundheit dar. Während der Laufzeit des FoP2-IV widmeten sich zwei Pilotprojekte dieser Thematik, das Projekt „Gesundheitliche Früherfassung und berufliche Reintegration (FER)“ und ConCerto. Die Evaluationen zeigen, dass diese Projekte die Zusammenarbeit der Akteure merklich verstärkt und den Prozess der Früherfassung ebenso verbessert haben wie das Krankheits- und Unfallmanagement für Personen, die noch erwerbstätig sind. Obwohl kurzfristige Vorteile solcher Initiativen gelegentlich zu hinterfragen sind, erweisen sich diese hier als insgesamt geeignet, die Beschäftigung aufrecht zu erhalten und eine Rente auch langfristig zu vermeiden. Dennoch unterstreichen die Evaluationen, dass solche Initiativen weniger dem Bedarf und den Möglichkeiten kleiner Betriebe zu entsprechen vermögen.

Ein letzter Bereich der Zusammenarbeit, der im Rahmen von FoP2-IV untersucht wurde, betrifft schliesslich die Zusammenarbeit zwischen der IV und Akteuren der Ausbildung junger Menschen. Im internationalen Vergleich verfügt die Schweiz über eine relativ gut entwickelte Palette von Angeboten für gesundheitlich beeinträchtigte Jugendliche. Dennoch wurde auf etliche Mängel hingewiesen. So haben betroffene Jugendliche selten Zugang zu kantonalen Massnahmen zum Übergang I (Schul- zu Berufsausbildung), die Mittel zur Erkennung und Begleitung von Jugendlichen im Fall eines Berufslehreabbruchs sind sehr bescheiden und die Schul- und Ausbildungseinrichtungen nehmen noch zu wenig Rücksicht auf die spezifischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen und jener mit Autismusspektrumsstörungen.

Stellungnahmen des BSV

Das BSV nimmt am Schluss jedes Kapitels Stellung zu den Schlussfolgerungen und Empfehlungen der FoP2-IV-Berichte. Dabei wird jeweils aufgezeigt, was seit dem Abschluss der Studie geändert hat, welche Massnahmen ergriffen wurden und welche Änderungen angedacht bzw. in die „Weiterentwicklung IV“ eingeflossen sind.

Betont wird, dass sich zwischen 2002 und 2014 das Verhältnis von IV-Neurenten zu Eingliederungsleistungen zugunsten letzterer mehr als umgekehrt hat (von 2:1 zu 1:2), was als Hinweis darauf gesehen wird, dass sich die IV auch in der Praxis von einer Renten- zu einer Eingliederungsversicherung umzuorientieren begonnen hat. In der Abklärung will die IV künftig vermehrt standardisierte, primär ressourcenorientierte Abklärungsinstrumente einsetzen. Die Beziehungen zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten und IV sollen durch Veranstaltungen und regelmässige Gespräche und mittels einer gemeinsamen erarbeiteten Internetplattform von FMH-IVSK-BSV (iv-pro-medico) verbessert werden. Es wurde eine Arbeitsgruppe bestehend aus Delegierten des GF IV (BSV) und der zuständigen Stellen des BAG mit dem Ziel gebildet, die Aus-, Weiter- und Fortbildung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte in Sozialversicherungs- und speziell IV-Recht zu fördern. Im Fokus steht aktuell die Fortbildung ausländischer Ärztinnen und Ärzte, die in der Schweiz praktizieren. Weiter wird auch die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte an grösseren Spitälern im IV-Recht gestärkt.

Der vom BSV bereits seit längerer Zeit geäusserten Forderung an die medizinischen Fachgesellschaften nach spezifischen Leitlinien zur versicherungsmedizinischen Begutachtung von Krankheitsbildern hat das Bundesgericht 2015 in einem Grundsatzurteil (BGE 141 V 281) deutlich Nachdruck verliehen. IV- und Gutachterstellen können zwar gemeinsam Fragen der Struktur- und Prozessqualität angehen, die Definition fachspezifischer Qualitätsanforderungen hingegen liegt im Aufgabenbereich der Fachgesellschaften. In verschiedenen Kreisschreiben wird nun festgelegt, dass Rentenzusprachen nur dann erfolgen dürfen, wenn die IV-Stelle einzelfallbezogen das Ausschöpfen der zumutbaren medizinischen Behandlung geprüft und dokumentiert hat.

Bezüglich der beruflichen Eingliederung wurden per Anfang 2015 mittels Verordnungen zusätzliche Massnahmen eingeführt wie eine flexiblere Gewährung von Integrationsmassnahmen, die fallunabhängige Beratung, Begleitung und Schulung von Arbeitgebenden sowie die Beratung und Information von Fachpersonen aus Schule und Ausbildung. Um Arbeitgebende, Ärzteschaft und Fachpersonen im Schul- und Ausbildungsbereich verstärkt zu sensibilisieren, sollen die Kommunikationsaktivitäten der IV-Stellen mit den zur Verfügung gestellten Mitteln breiter bekannt gemacht werden. Im Hinblick auf eine Dienstleistung für alle Arbeitgebenden wird das Informationsportal Compasso ausgebaut und nachhaltig weitergeführt.

Das BSV ist Mitglied des Netzwerks Psychische Gesundheit, das eine Sensibilisierung und Vernetzung mit anderen Akteuren auf Bundes- wie auf Kantonsebene anstrebt, über 100 Mitgliedsorganisationen aus dem Feld der psychischen Gesundheit vernetzt, Veranstaltungen durchführt und einen Newsletter verbreitet.

In der Vernehmlassungsvorlage zur IV-Revision „Weiterentwicklung der IV“ werden diverse Optimierungen zu den bestehenden Eingliederungsmassnahmen vorgeschlagen. Weiter werden Massnahmen zu einer intensiveren Zusammenarbeit zwischen der IV und den kantonalen Instanzen der Nahtstelle I (Case Management Berufsbildung, Brückenangebote) vorgeschlagen. Bei den Renten sollen finanzielle Fehlanreize, die durch die heutige Ausgestaltung des IV-Rentenanspruchs entstehen können, gesamthaft, das heisst unter Berücksichtigung der Leistungen der 2. Säule und den EL betrachtet werden. In der „Weiterentwicklung IV“ wurde der Vorschlag einer stufenlosen Ausgestaltung des Rentensystems wieder aufge-

nommen. Damit soll der Fehlanreiz beseitigt werden, dass – in gewissen Fällen – die Arbeitsaufnahme oder eine Erhöhung des Beschäftigungsgrads zu einem verminderten verfügbaren Einkommen führt.

Résumé

Mené de 2010 à 2015, le deuxième programme de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI 2) avait pour but d'évaluer les nouvelles mesures introduites dans l'AI, notamment celles des 4^e et 5^e révisions. Il a en outre permis d'approfondir les travaux de recherche menés dans le cadre du premier programme (PR-AI, 2006-2009) sur les interfaces entre les différents acteurs de la sécurité sociale et sur la mise en invalidité pour raisons psychiques. En six ans, le PR-AI 2 a donné lieu à 20 études, qui ont débouché sur la publication de 18 rapports dans la série de l'OFAS consacrée à la recherche et de 3 rapports électroniques.

Le présent rapport de synthèse résume les principaux résultats de ces études dans cinq domaines : la procédure d'instruction, la réadaptation professionnelle, les maladies psychiques, les prestations financières et les interfaces entre l'AI et d'autres acteurs. Les différents chapitres présentent les conclusions et les recommandations formulées par les auteurs des études ; ils se terminent par une prise de position de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) exposant les recommandations mises en œuvre depuis la fin des études et les étapes envisagées pour l'avenir.

Procédure d'instruction

Sauf pour les prestations facilement accessibles de détection et d'intervention précoces, l'octroi d'une prestation de l'assurance-invalidité – conseil, mesure de réadaptation, remise de moyens auxiliaires ou rente – est précédé d'une *instruction approfondie* de la situation et du potentiel de l'assuré. La forte croissance des dépenses de l'AI dans les années 1990, due à une augmentation rapide de l'effectif des rentes, a suscité des critiques accusant l'AI de ne pas être suffisamment compétente dans les expertises médicales. Au fil des 4^e, 5^e et 6^e révisions, l'AI s'est progressivement transformée en assurance de réadaptation. Etant donné ce changement d'orientation, les exigences en matière de procédure d'instruction ont évolué, imposant la mise en place de ressources et d'instruments adaptés à la nouvelle donne. Le PR-AI 2 avait pour objectif de reconstituer cette évolution, d'analyser la mise en œuvre des révisions successives et d'évaluer leurs effets. Il en ressort que les trois révisions ont considérablement modifié la procédure d'instruction : l'instauration des services médicaux régionaux (SMR) a renforcé l'indépendance et l'uniformité des expertises médicales ; les mesures de détection et d'intervention précoces ont accéléré la prise en charge orientée vers la réadaptation ; et les procédures d'instruction prennent davantage en considération le potentiel de réadaptation. La procédure d'instruction débute au moment où le cas d'une personne souffrant de problèmes de santé est communiqué à l'AI. Elle se poursuit par différentes mesures d'instruction et de réadaptation. Enfin, après la décision de principe et le préavis, elle débouche sur une décision concernant le droit à une rente.

D'après les résultats des études, l'orientation de la procédure d'instruction est l'une des causes expliquant le fort accroissement de l'effectif des rentes jusqu'en 2005. En effet, l'instruction se concentrait essentiellement sur les déficits des assurés et ne tenait pas compte, ou pas suffisamment, de leurs ressources. Ce phénomène s'est par ailleurs accentué avec l'augmentation relative des cas de troubles psychiques, pour lesquels la procédure d'instruction de l'AI n'était pas suffisamment adaptée. Qui plus est, les études ont constaté chez les médecins traitants des lacunes en matière de médecine des assurances. Pendant longtemps, les expertises médicales n'ont donc pas satisfait à un standard de qualité suffisant, ce qui, selon les études, favorisait le développement d'affections chroniques. Les SMR, instaurés dans le cadre de la 4^e révision de l'AI, ont étendu les compétences en médecine des assurances des offices AI et peuvent, en cas de besoin, mener leurs propres examens. La détection et l'intervention précoces, fruits de la 5^e révision, répondent au principe de « la rapidité avant la précision » et visent à éviter de longues périodes d'attente démotivantes ou à réduire la durée de ces périodes. Quant à la révision 6a, elle a encore renforcé la logique de la réadaptation, en l'élargissant au groupe des bénéficiaires de rente.

Malgré ces innovations, la durée des procédures reste relativement longue à cause de la complexité de la tâche et du nombre important d'acteurs impliqués, ce qui met notamment en évidence la nécessité d'améliorer la coordination entre les acteurs. Les études ont également relevé d'importantes différences entre les cantons dans la mise en œuvre des réformes. Alors que la plupart des offices AI mettent en œuvre toutes les mesures de réadaptation possibles avant de procéder à un examen du droit à la rente, une minorité d'offices AI n'envisagent de telles mesures que si l'assuré risque manifestement de perdre son emploi. La forte hétérogénéité des pratiques d'instruction concerne aussi le recours à des expertises monodisciplinaires, bidisciplinaires ou pluridisciplinaires, le type de collaboration avec le SMR et l'organisation interne du personnel. Les analyses multivariées montrent que le taux de nouvelles rentes est plus bas dans les offices AI qui, suivant l'esprit de la 5^e révision, renoncent à recueillir des informations médicales écrites très détaillées en début de procédure et octroient rapidement des mesures de réadaptation, notamment des mesures d'intervention précoce. Pour évaluer le potentiel de réadaptation, il vaut la peine de mobiliser le savoir-faire du SMR. Par contre, l'intensité des mesures d'instruction médicale n'a pas d'influence significative sur le taux de nouvelles rentes.

La procédure d'instruction peut certes déboucher sur une décision négative, mais celle-ci peut être contestée. Le nombre de recours a fortement augmenté de 2004 à 2009, avant de repartir légèrement à la baisse. Si les offices AI n'ont bien entendu aucune influence directe sur les décisions des tribunaux, il faut relever que de nombreuses décisions de justice contraires aux offices AI s'expliquent par la qualité (jugée insuffisante) des expertises médicales. Les avis des SMR concernant l'octroi des rentes sont diversement acceptés dans les procédures judiciaires selon les cantons. Dans la majorité des cas, tous les types d'expertises externes sont reconnus comme preuve, mais ce sont les expertises pluridisciplinaires qui sont le mieux acceptées par les tribunaux.

L'évaluation des effets de la révision 6a est limitée notamment par différents problèmes d'ordre méthodique (qualité des données et manque de recul). Les premières comparaisons entre cohortes permettent cependant d'identifier certaines tendances, peu réjouissantes, quant aux effets de cette révision. Même si le nombre de mesures de réadaptation octroyées a légèrement augmenté, il se maintient à un faible niveau et les réductions de rentes associées à ces mesures de réadaptation restent peu fréquentes.

Pour améliorer la procédure d'instruction, les offices AI devraient collaborer plus étroitement avec les médecins traitants et les informer des décisions et des étapes importantes. Une étude recommande d'instaurer un réseau de contacts avec les médecins traitants, indépendamment de la gestion de cas concrets.

Réadaptation professionnelle

Depuis l'entrée en vigueur de la 5^e révision, la *réadaptation professionnelle* est un des principaux objectifs de l'AI, qui doit évoluer d'une « assurance de rentes » en une « assurance de réadaptation ». Avant 2008, les principales mesures de réadaptation proposées étaient les mesures d'ordre professionnel, au rang desquelles figurent l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement et le placement. Mais comme l'AI était impliquée trop tard et que la procédure durait trop longtemps, les offices AI se sont vu doter de nouveaux instruments et de personnel supplémentaire. Le but de ces instruments est d'assurer un suivi rapide et sans tracasseries administratives des personnes atteintes dans leur santé, afin qu'elles puissent, dans la mesure du possible, continuer à exercer une activité lucrative. La révision 6a a étendu ce principe de réadaptation aux bénéficiaires de rente. La rente devient dès lors une passerelle vers la réadaptation.

La détection précoce, instaurée dans le cadre de la 5^e révision, intervient alors qu'il existe encore un rapport de travail, ce qui permet à l'AI d'agir plus rapidement. Les mesures d'intervention précoce ont encore considérablement étendu l'offre. A cette palette se sont aussi

ajoutées les mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, qui s'adressent essentiellement aux personnes souffrant de troubles psychiques. Dès lors, le processus de réadaptation s'inscrit encore davantage dans la logique du case management : le dialogue avec l'assuré et les acteurs concernés ainsi que la réactivité doivent primer sur l'étude des dossiers et les procédures administratives. La réinsertion sur le marché primaire du travail doit intervenir rapidement, selon le principe « *first place, then train* », et avec le soutien de job coaches.

Une fois sur quatre, le premier contact avec l'AI a lieu dans le cadre de la détection précoce. Dans trois quarts de ces cas-là, l'assuré dépose ensuite une demande de prestations à l'AI. Les chercheurs en ont tiré deux conclusions : d'une part, la détection précoce permet de procéder à un tri très ciblé et d'autre part, l'AI peut la plupart du temps intervenir avant la perte d'emploi. La détection précoce a donc fait ses preuves, même si son plein potentiel n'est pas encore exploité ; il faut notamment encourager les employeurs à en tirer meilleur parti. Les mesures d'intervention précoce ont contribué à accélérer la mise en œuvre des mesures de réadaptation. Le recours à ces mesures a presque doublé entre 2004 et 2011 et, dans plus d'un tiers des cas, les mesures sont désormais octroyées dans les trois mois suivant le premier contact avec l'AI. Cela est d'autant plus important que les études ont montré que plus les mesures d'intervention précoce sont octroyées rapidement, plus le taux de nouvelles rentes est faible. L'efficacité de ces mesures dépend largement de la situation individuelle de l'assuré : elle est très marquée chez les personnes sans formation post-obligatoire. Or c'est justement ce groupe de personnes qui bénéficie le moins de mesures d'intervention précoce. S'agissant du type et du nombre de mesures d'intervention précoce octroyées, la pratique des offices AI est dans l'ensemble plutôt hétérogène, ce qui laisse présager une marge de progression en termes d'utilisation et d'efficacité. Les études recommandent d'exploiter davantage ces mesures, notamment pour les personnes atteintes dans leur santé psychique. L'utilisation des mesures de réinsertion est marginale, alors même qu'elles permettent selon une analyse d'augmenter les chances de réadaptation. Ici aussi, la situation est très différente d'un canton à l'autre. Quant aux mesures d'ordre professionnel, elles ne dérogent pas à la règle énoncée pour l'intervention précoce : plus elles sont prises tôt, plus elles sont efficaces. Il est donc recommandé de les appliquer rapidement et de manière encore plus ciblée, et de prévoir des moyens suffisants.

Les mesures de nouvelle réadaptation des bénéficiaires de rente créées dans le cadre de la révision 6a soulèvent passablement de difficultés au niveau de la mise en œuvre. Si les offices AI ont amélioré leurs compétences et gagné en expérience au niveau du « tri intuitif », certains ne sont pas encore au clair sur les critères à prendre en compte. Manifestement, les conditions individuelles des assurés, notamment leurs ressources psychosociales, jouent un rôle déterminant. Vu le temps important qu'ils consacrent au tri, les offices AI sont déçus du faible nombre de personnes qui recourent effectivement aux mesures de nouvelle réadaptation. Ils se félicitent néanmoins du large éventail d'outils à leur disposition et soulignent qu'il est déterminant de pouvoir opter pour un dispositif taillé sur mesure. Par contre, ils considèrent qu'il y a encore beaucoup à faire pour que des emplois appropriés soient disponibles pour la nouvelle réadaptation, en particulier dans le secteur des bas revenus.

Maladies psychiques et assurance-invalidité

Les troubles psychiques sont devenus une des premières causes d'octroi de rente d'invalidité. Par rapport aux troubles somatiques, il a fallu plus de temps pour freiner l'évolution des mises en invalidité pour raisons psychiques, et ce ralentissement reste modéré, sans compter que la courbe des jeunes et des jeunes adultes ne suit pas encore cette tendance à la baisse. Cela explique pourquoi le taux de nouvelles rentes a fortement augmenté dans les années 1990, alors même que les spécialistes estiment que la prévalence des maladies psychiques est globalement stable. En d'autres termes, ce ne sont pas les cas de maladie

psychique qui ont augmenté, mais ce sont les conséquences de ces troubles sur la capacité de gain d'une personne sur le marché du travail qui se sont aggravées. Pour comprendre ce phénomène, le PR-AI 2 s'est penché sur les procédures d'instruction et de réadaptation des offices AI. L'analyse a permis de dégager les tendances générales suivantes : la qualité des dossiers et le relevé des informations sont insatisfaisants ; les médecins ne remplissent pas correctement les formulaires et les données qu'ils fournissent sur la capacité de gain sont de piètre qualité ; les contacts entre les offices AI et les médecins sont conflictuels. Par ailleurs, les psychiatres s'appuient rarement sur des directives pour les diagnostics et les traitements, et les éléments scientifiques attestant l'efficacité clinique des interventions dans le traitement des différentes pathologies sont lacunaires, de même que les analyses des effets psychosociaux. Pour corriger le tir, il faudrait systématiquement axer l'instruction sur les troubles fonctionnels et les ressources, contraindre les sociétés médicales à élaborer des directives relatives à l'instruction et au traitement des maladies psychiques et combler les lacunes en matière de preuves scientifiques.

Sur le plan social, la situation des bénéficiaires de rente atteints de maladies psychiques est moins bonne que la moyenne, et bien pire que celle des personnes qui ne touchent pas de rente. Les bénéficiaires souffrant de troubles psychiques sont plus touchés par le chômage, ils ont le revenu le plus faible parmi tous les bénéficiaires de rente et ils subissent plus souvent une phase de désinsertion professionnelle plus longue. En outre, l'instruction des cas de troubles psychiques prend nettement plus de temps que celle des autres types d'infirmités. Enfin, les bénéficiaires de rente pour raisons psychiques ont une probabilité nettement plus élevée d'avoir eu recours à d'autres prestations avant de toucher une rente AI.

Depuis 2008, les assurés atteints de troubles psychiques sont de plus en plus nombreux à profiter de mesures d'intervention précoce. Comme indiqué précédemment, les mesures de réinsertion, conçues spécialement pour ces personnes, sont rarement octroyées. Cela dit, environ trois quarts de ces mesures sont octroyées à des personnes atteintes de troubles psychiques.

Le type de mesures octroyées diffère sensiblement selon le diagnostic. Ainsi, ce sont principalement les personnes atteintes de schizophrénie et de troubles psychogènes ou réactifs du milieu qui obtiennent directement une rente, alors que les assurés souffrant de troubles de la personnalité bénéficient le plus souvent de mesures de réadaptation. Une des études critique le peu de tentatives de réadaptation effectuées chez les personnes porteuses du diagnostic de schizophrénie. En outre, le pronostic pour les jeunes qui interrompent leur formation est souvent trop vite pessimiste, ce qui explique que ce groupe obtient peu de mesures de réadaptation. Etant donné ces résultats, les études recommandent d'optimiser les mesures d'intervention précoce et les mesures d'ordre professionnel, si possible en se fondant sur des approches ayant fait leurs preuves, et de ne pas émettre de pronostic hâtif ni d'accorder une rente trop vite à des groupes ayant des perspectives de formation relativement bonnes. Les chercheurs incitent même à examiner l'opportunité de supprimer tout bonnement le versement de rentes aux assurés de moins de 30 ans.

Les offices AI et les médecins ne sont pas les seuls à rencontrer des difficultés lorsqu'il s'agit de réinsérer des personnes atteintes de troubles psychiques sur le marché primaire du travail. De nombreux employeurs se trouvent démunis lorsqu'un de leurs collaborateurs est confronté à des problèmes psychiques. Souvent, ils ne réagissent pas du tout, trop tard, ou de manière inappropriée, de sorte que le problème débouche dans de nombreux cas sur la résiliation des rapports de travail. Les chercheurs recommandent aux offices AI de mettre en place des mesures de sensibilisation et de soutien pour aider les employeurs et les collègues concernés à gérer le processus de réadaptation.

Enfin, des études se sont intéressées aux offres disponibles aux niveaux fédéral et cantonal pour les troubles précoces du développement. Elles sont arrivées à la conclusion que la

Suisse est bien dotée en centres de diagnostic compétents. L'offre s'est même nettement accrue ces quinze dernières années, plus ou moins fortement selon les régions. Cependant, de nombreux experts soulignent le manque de mesures d'éducation précoce intensive, aussi bien sous la forme de programmes de thérapie comportementale spécifiques que de mesures interdisciplinaires ou de pédagogie spécialisée. La scolarité intégrative est particulièrement difficile à mettre en place pour les enfants et les adolescents présentant un trouble du spectre autistique, et l'insertion professionnelle de ce groupe cible n'est pas aisée.

Pour gérer les cas de troubles psychiques, il est particulièrement urgent que l'AI puisse compter sur la coopération interinstitutionnelle et la coordination avec les écoles, les pédopsychiatres et les services de psychiatrie, ainsi qu'avec les employeurs, les autorités du marché du travail et les autres assurances.

Prestations financières

En plus des prestations déjà évoquées ci-dessus (mesures d'instruction et de réadaptation, rentes), l'AI octroie aussi des mesures médicales, des moyens auxiliaires, des allocations pour impotent et des contributions d'assistance. Un chapitre du rapport de synthèse résume les caractéristiques et les problématiques de ces prestations financières, telles qu'elles ressortent des études menées dans le cadre du PR-AI 2.

Les études montrent tout d'abord que la situation financière des ménages comprenant des bénéficiaires de rente est relativement mauvaise : ils sont près d'un sur six à devoir s'en sortir avec des moyens très faibles – soit un revenu inférieur à 50 % de la médiane –, contre un sur dix dans les autres ménages. Il est vrai que l'octroi de la rente sort de nombreux ménages d'une situation difficile et améliore parfois substantiellement la situation économique des ménages disposant de très faibles revenus ou ayant des enfants. Il n'en reste pas moins que la part des personnes disposant de faibles revenus est plus importante chez les bénéficiaires de rente que dans l'ensemble de la population, du fait que les bénéficiaires d'une rente AI sont moins formés que la moyenne et plus nombreux à avoir exercé, avant la survenance de l'invalidité, des professions moins bien rémunérées. Cela dit, la situation varie d'une personne à l'autre, tout spécialement chez les personnes percevant une rente partielle : certaines sont bien intégrées sur le marché du travail et réalisent un revenu élevé, tandis que d'autres vivent dans des conditions modestes. Quant à la question de savoir si le système de rentes en vigueur incite à exercer une activité lucrative, les chercheurs ont constaté des effets de seuil qui réduisent les incitations. Ils recommandent en conséquence l'instauration d'un système de rentes linéaire tel qu'il avait été proposé dans le projet de révision 6b, et qui a été rejeté lors du vote final au Parlement.

La 4^e révision de l'AI a doublé le montant de l'allocation pour impotent pour les personnes handicapées qui vivent à domicile et introduit un supplément pour soins intenses pour les mineurs vivant à domicile et nécessitant une assistance particulière. Quant à la révision 6a, elle a introduit la contribution d'assistance. Ces réformes avaient pour but de renforcer l'autonomie des personnes concernées. Depuis leur entrée en vigueur, le nombre de bénéficiaires d'une allocation pour impotent a fortement augmenté, ce qui s'explique d'un côté par l'accès facilité à cette prestation du fait de l'introduction de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et, de l'autre, pour des raisons démographiques. L'évaluation des nouveautés introduites avec la 4^e révision indique également que la part des bénéficiaires d'une allocation pour impotent vivant à domicile est passée de 50 % en 2004 à 59 % en 2011. De même, on constate une progression des personnes souffrant d'une maladie psychique parmi les bénéficiaires d'une allocation pour impotent, ce qui correspond à la volonté de la réforme. Pour ce qui est du logement de ce groupe de bénéficiaires, quatre adultes sur cinq sont satisfaits de leur situation, et ce qu'ils habitent à domicile ou dans une institution. Par ailleurs, une grande majorité des personnes ayant un enfant lourdement handicapé estiment que les

prestations de l'AI apportent un soutien déterminant pour surmonter les difficultés supplémentaires qui découlent du handicap. De manière générale, l'allocation pour impotent représente un allègement financier important pour les adultes vivant à domicile et pour les mineurs. Introduite début 2012, la contribution d'assistance vise à renforcer encore l'autonomie et la responsabilité des bénéficiaires, et à créer de nouvelles possibilités de décharger les proches. L'évaluation est en cours, mais les résultats intermédiaires indiquent qu'elle gagne petit à petit en importance. Les personnes ayant droit à une allocation pour impotence grave sont (pour le moment) surreprésentées parmi les bénéficiaires d'une contribution d'assistance. Les résultats pour l'année 2015 semblent confirmer l'hypothèse que le besoin d'une contribution d'assistance est plus aigu chez les personnes bénéficiant d'une allocation pour impotence grave que chez les assurés percevant une allocation pour impotence faible ou moyenne. Cette surreprésentation recule lentement.

Les recherches ont également porté sur une autre prestation de l'AI, à savoir les moyens auxiliaires. Le 1^{er} juillet 2011, l'AI a modifié le système de remboursement des appareils auditifs, abandonnant le système tarifaire appliqué jusqu'alors pour passer à un système de remboursement forfaitaire. Si le système tarifaire était considéré comme de bonne qualité, il était jugé très onéreux par rapport à l'étranger, tant pour les assurés que pour les assurances. En effet, les audioprothésistes exploitaient pratiquement toute la marge de manœuvre offerte par les tarifs, ce qui avait pour effet d'éliminer la concurrence. Le nouveau système forfaitaire vise à renforcer la concurrence, et par là même à faire baisser les prix, ainsi qu'à renforcer le pouvoir de décision de l'assuré en lui versant directement le montant. Deux études menées dans le cadre du PR-AI 2 se sont intéressées à la satisfaction des utilisateurs par rapport à la qualité des appareils proposés depuis l'introduction du nouveau système et aux changements intervenus dans le jeu de la concurrence. La première étude, portant sur la qualité de la fourniture, montre que la majorité des appareils achetés dans le nouveau système sont du même type que ceux achetés avec l'ancien système et que les équipements de ces appareils n'ont pas davantage changé de façon substantielle. Le passage au système forfaitaire n'a pour l'instant pas renforcé le pouvoir de décision des porteurs d'appareils auditifs. En effet, il ne les a pas incités à comparer davantage les offres des audioprothésistes ; quant aux autres fournisseurs, tels que les pharmacies ou les drogueries, ils n'ont guère réussi à s'affirmer sur le marché. Le passage au système forfaitaire a conduit à une réduction du nombre de prestations proposées (les forfaits sont nettement inférieurs aux montants remboursés avec le système tarifaire). Toutefois, la satisfaction des utilisateurs à l'égard des prestations de service et d'adaptation demeure élevée, alors qu'un léger recul a été enregistré pour ce qui concerne les prestations de suivi. Quant à la deuxième étude, qui a analysé l'évolution des prix, elle montre que l'offre d'appareils auditifs s'est élargie : de plus en plus de modèles ont été mis sur le marché, proposés par un nombre croissant de fournisseurs. Cette diversification des produits est allée de pair avec un recul des parts de marché des principaux fabricants ; les auteurs de l'étude interprètent ce fait comme le signe d'un renforcement de la concurrence. Le marché a donc légèrement évolué depuis le passage au système forfaitaire et les prix ont quelque peu reculé, toutes choses égales par ailleurs. Toutefois, la baisse de prix est nettement moindre que ce qui avait été initialement espéré. Les auteurs estiment que les changements sur le marché mettent du temps à s'imposer et qu'il faudra donc procéder à de nouvelles observations ultérieurement, soit vers 2017.

Interfaces entre les offices AI et d'autres acteurs

Plusieurs études réalisées dans le cadre du PR-AI 2 se sont intéressées aux principales interfaces entre l'AI et d'autres acteurs, notamment des domaines de la santé, de la sécurité sociale, du marché du travail et de la formation. Elles ont abordé la question des interfaces sous deux angles différents : celui des passages entre les systèmes et celui de la collaboration interinstitutionnelle (CII) entre les acteurs.

Une étude a reconstitué le parcours des nouveaux bénéficiaires de rente AI en 2010. Elle constate que plus de la moitié d'entre eux n'a perçu aucune prestation de l'assurance-chômage ni de l'aide sociale avant l'octroi de la rente AI. De même, le parcours assurance-chômage → aide sociale → assurance-invalidité, souvent considéré comme problématique, correspond à moins de 10 % des cas de nouvelles rentes AI en 2010. Contrairement à ce que l'on pourrait supposer, il ne s'agit donc pas d'un parcours « type ». Comme le montre une étude sur l'évaluation de la réadaptation professionnelle, une large majorité des personnes qui ont déposé une demande de prestations AI étaient encore en emploi au moment de la demande. Cette proportion est passée de 64 % en 2004 à 74 % en 2011. L'étude sur les parcours des nouveaux bénéficiaires de rente en 2010 révèle que l'octroi de prestations de l'AI est souvent précédé d'une baisse du revenu et d'une dégradation du parcours professionnel. Elle indique également que les personnes souffrant de troubles psychiques présentent des parcours plus complexes et ont plus fréquemment recours à d'autres branches de la sécurité sociale avant de déposer une demande à l'AI. Les révisions de l'AI n'ont eu que de très faibles conséquences sur l'aide sociale et sur l'assurance-chômage.

La CII a vu le jour au début des années 2000 en réponse aux problèmes croissants survenant aux interfaces entre les différentes branches de la sécurité sociale ; son objectif est la coordination optimale de ces branches dans l'optique de la réadaptation des personnes soutenues. Bien qu'encouragée au niveau fédéral, la mise en œuvre de la CII reste avant tout de la compétence des cantons. Un état des lieux réalisé après dix ans d'existence de la CII dans les cantons met en évidence la très grande diversité des formes qu'elle prend dans les cantons et les communes. Ces formes peuvent être regroupées en quatre types de collaboration : la collaboration multilatérale pour les jeunes, la collaboration multilatérale pour les adultes, la collaboration bilatérale et la coordination relative aux structures, indépendamment de toute gestion de cas. Toutefois, un résultat majeur de ce rapport est que l'essentiel de la collaboration a lieu de manière totalement informelle. La CII est un instrument généralement évalué de manière positive par les acteurs de terrain, notamment par les collaborateurs de l'AI. Les avantages perçus se situent notamment au niveau de l'échange d'informations, de la clarification des responsabilités, ainsi que de la coordination des prestations financières et de réadaptation. L'étude relève cependant aussi les nombreuses limites de la CII et les obstacles auxquels elle est confrontée : caractère décentralisé et facultatif, insuffisance des ressources à disposition, absence d'incitations structurelles, dépendance face au cadre légal existant et risque d'une charge de travail supplémentaire pour les spécialistes du terrain. Les bases statistiques, encore lacunaires et extrêmement hétérogènes, limitent fortement les possibilités d'évaluation de la CII. Les auteurs recommandent de développer une définition commune de la CII incluant aussi le système de santé et les employeurs, et de renforcer les incitations financières à l'appui d'une coopération plus étroite.

La collaboration avec les acteurs du marché du travail et de la santé impliqués en amont constitue un autre défi pour l'AI. Durant la période couverte par le PR-AI 2, deux projets pilotes ont été consacrés à ce thème : les projets « Détection précoce et réinsertion professionnelle (DPR) » et « ConCerto ». Les évaluations montrent que ces deux projets ont sensiblement renforcé la collaboration entre les acteurs impliqués et amélioré la détection précoce et la gestion des cas de maladie et d'accident de personnes encore en emploi. S'il est indéniable que les avantages à court terme de ce type d'initiatives doivent être régulièrement reconsidérés, les projets dont il est question ici se sont révélés globalement aptes à soutenir le maintien en emploi et à éviter, à long terme, le versement d'une rente. Les évaluations soulignent néanmoins que les modèles de collaboration en question sont peu adaptés aux besoins et aux capacités des petites entreprises.

Une dernière forme de collaboration a été étudiée dans le cadre du PR-AI 2 : celle entre l'AI et les acteurs engagés dans la formation des jeunes. En comparaison internationale, la Suisse dispose d'une palette relativement bien développée de services destinés aux jeunes

atteints dans leur santé. Toutefois, plusieurs lacunes sont relevées : les jeunes atteints dans leur santé ont rarement accès aux mesures cantonales de transition I, les moyens pour détecter et accompagner les jeunes en rupture d'apprentissage sont rudimentaires, et les institutions scolaires et de formation professionnelle sont encore très peu adaptées aux besoins spécifiques des enfants et des jeunes atteints dans leur santé psychique et de ceux présentant des troubles du spectre de l'autisme.

Prises de position de l'OFAS

A la fin de chaque chapitre, l'OFAS prend position sur les conclusions et les recommandations formulées dans les rapports du PR-AI 2. Ces prises de position relèvent les changements intervenus depuis la conclusion des études ainsi que les mesures prises jusqu'ici et celles envisagées pour la suite ou proposées dans le cadre du projet de développement continu de l'AI.

De 2002 à 2014, le rapport entre les personnes touchant de nouvelles rentes et celles bénéficiant de mesures de réadaptation professionnelle s'est plus qu'inversé (de 2 :1 à 1 :2). Ce constat tend à démontrer que la transformation de l'AI d'une assurance de rente en une assurance de réadaptation est en marche. Concernant la procédure d'instruction, l'AI entend introduire à l'avenir davantage d'instruments standardisés, principalement axés sur les ressources. Les relations entre les médecins traitants et l'AI doivent être améliorées, et ce grâce à des manifestations, à des entretiens réguliers et à la plateforme Internet ai-pro-medico.ch, exploitée conjointement par la FMH, la Conférence des offices AI et l'OFAS. Un groupe de travail composé de représentants du domaine AI (OFAS) et des services compétents de l'OFSP a été constitué pour encourager la formation initiale, postgrade et continue des médecins traitants dans les domaines du droit des assurances sociales en général et du droit de l'AI en particulier. Actuellement, l'accent est mis sur la formation continue des médecins étrangers pratiquant en Suisse, ainsi que sur la formation postgrade en matière de droit de l'AI des médecins travaillant dans de grands hôpitaux.

En 2015, le Tribunal fédéral a appuyé dans un arrêt de principe (ATF 141 V 281) une demande formulée depuis longtemps par l'OFAS, qui estime indispensable que les sociétés médicales élaborent des directives spécifiques concernant les expertises médico-assurantielles en fonction des divers tableaux cliniques. Les offices AI peuvent certes émettre, avec le concours des centres d'expertises, des règles relatives à la qualité de la structure et du déroulement des expertises, mais l'assurance n'est pas compétente en ce qui concerne les exigences de qualité qui relèvent des disciplines médicales. Diverses circulaires précisent désormais que la rente ne doit être octroyée que si l'office AI a vérifié et documenté pour chaque cas particulier que tous les traitements médicaux raisonnablement exigibles ont été tentés.

Les modifications apportées au règlement sur l'assurance-invalidité, entrées en vigueur début 2015, ont permis d'introduire de nouvelles mesures dans le domaine de la réadaptation professionnelle : assouplissement des mesures de réinsertion, offres de conseils, d'accompagnement et de formation proposées aux employeurs indépendamment de la gestion d'un cas concret et fourniture d'informations et de conseils aux spécialistes des domaines de l'école et de la formation. Afin de sensibiliser davantage les employeurs, le corps médical et les spécialistes des domaines de l'école et de la formation, des moyens sont mis à disposition pour les activités de communication des offices AI pour qu'elles atteignent un plus large public. Le portail d'information Compasso, destiné à l'ensemble des employeurs, sera étoffé et pérennisé.

Par ailleurs, l'OFAS est membre du Réseau santé psychique Suisse qui regroupe plus d'une centaine d'organisations actives dans le domaine de la santé psychique. Ce réseau s'efforce de sensibiliser et d'intégrer d'autres acteurs aux niveaux fédéral et cantonal, notamment en organisant des manifestations et en publiant une newsletter.

Diverses optimisations des mesures de réadaptation existantes sont proposées dans le cadre du projet de développement continu de l'AI mis en consultation. Le projet prévoit des mesures pour intensifier la collaboration entre l'AI et les instances cantonales responsables de la transition I (case management Formation professionnelle, offres transitoires). Dans le domaine des rentes, il y a lieu d'observer les effets pervers qui peuvent découler, sur le plan financier, des critères déterminant le droit à une rente AI, et ce de manière globale, c'est-à-dire en tenant compte des prestations du 2^e pilier et des PC. Toujours dans le cadre du développement continu de l'AI, l'OFAS a repris l'idée d'un système de rentes linéaire. L'objectif est d'éviter que les assurés qui reprennent une activité ou augmentent leur taux d'occupation ne soient pénalisés financièrement.

Riassunto

Il secondo programma di ricerca sull'assicurazione invalidità (PR2-AI), durato dal 2010 al 2015, ha posto fortemente l'accento sulla valutazione dei provvedimenti introdotti in particolare nell'ambito della 4^a e della 5^a revisione AI. Inoltre, come già il primo programma di ricerca (PR-AI, 2006-2009), ha anche analizzato i punti di contatto tra i diversi attori del sistema di sicurezza sociale e approfondito ulteriormente le conoscenze sui casi d'invalidità per motivi psichici. Nel corso dei sei anni sono stati realizzati 20 progetti che sono sfociati in 18 rapporti pubblicati nella pertinente serie di ricerche e in tre rapporti in formato elettronico.

Il rapporto di sintesi riassume i principali risultati dei diversi studi raggruppandoli secondo gli ambiti processo di accertamento, integrazione professionale, malattie psichiche, prestazioni finanziarie e punti di contatto con gli altri attori. Ciascun capitolo riporta inoltre le conclusioni e raccomandazioni degli autori delle ricerche seguite da un commento dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), che illustra quali delle raccomandazioni sono state attuate nel frattempo e quali ulteriori misure sono previste per il futuro.

Accertamento

Fatta eccezione per le prestazioni a bassa soglia previste nell'ambito del rilevamento e dell'intervento tempestivi, ogni prestazione dell'assicurazione invalidità, che si tratti di una consulenza, di provvedimenti d'integrazione, della consegna di mezzi ausiliari o del versamento di una rendita d'invalidità, presuppone lo svolgimento di *un accertamento approfondito* della situazione e del potenziale dell'interessato. Nel corso degli anni 1990, la forte crescita delle sue uscite dovuta all'incremento sempre maggiore del numero di rendite ha esposto l'AI alla critica che i suoi accertamenti non fossero eseguiti con la dovuta competenza medica. Sulla scia della sua trasformazione in assicurazione finalizzata all'integrazione in seguito alla 4^a, 5^a e 6^a revisione AI, sono cambiate le esigenze nei confronti dell'accertamento e l'entità delle risorse e degli strumenti messi a disposizione. Lo scopo del programma di ricerca è stato dunque quello di ripercorrere questo sviluppo, analizzare le singole tappe delle riforme e valutarne gli effetti. Dagli studi emerge che le tre revisioni hanno apportato modifiche sostanziali al processo di accertamento: l'introduzione dei servizi medici regionali (SMR) ha rafforzato l'indipendenza e l'uniformità degli accertamenti medici; i provvedimenti di rilevamento e d'intervento tempestivi accelerano l'accesso al sistema dell'AI in un'ottica integrativa; i processi di accertamento, infine, sono stati orientati maggiormente sul potenziale d'integrazione. Il processo di accertamento comprende la comunicazione ai fini del rilevamento tempestivo dei casi di persone con problemi di salute, diverse tappe dell'accertamento del potenziale d'integrazione, la decisione di principio, il preavviso e la decisione in merito al diritto a una rendita.

Gli studi hanno portato alla luce che il processo di accertamento è stato uno dei motivi della forte crescita della concessione di rendite fino al 2005: esso non si concentrava affatto o abbastanza sulle risorse disponibili dell'assicurato, ponendo, invece, l'accento sui deficit riscontrati. Questa tendenza è stata accentuata dall'aumento in termini relativi dei disturbi psichici nel corso del processo di accertamento, per la valutazione dei quali l'AI non era adeguatamente preparata. Nel contempo, i medici curanti palesano una mancanza di conoscenze in materia di medicina assicurativa. L'accertamento medico, svolto per molto tempo senza le necessarie qualifiche, è stato pertanto considerato uno dei fattori all'origine della cronicizzazione dei problemi di salute di alcuni assicurati. I SMR, introdotti con la 4^a revisione AI, hanno dotato gli uffici AI di competenze in materia di medicina assicurativa; ora essi possono svolgere esami anche autonomamente, se ne sorge la necessità. Con l'introduzione del rilevamento e dell'intervento tempestivi nell'ambito della 5^a revisione AI è stato sancito il principio secondo cui la rapidità ha la priorità sulla precisione al fine di prevenire e abbattere tempi di attesa demotivanti. La revisione AI 6a, infine, ha esteso ulteriormente la logica dell'integrazione applicandola anche agli assicurati già beneficiari di una rendita.

La valutazione dimostra, tuttavia, che a causa della complessità dei compiti e dei numerosi attori coinvolti il processo di accertamento continua a essere relativamente lungo, da cui si deduce tra l'altro che occorre migliorare il coordinamento tra gli interessati. Nel contempo si rilevano differenze marcate nell'attuazione delle riforme tra i diversi Cantoni. Mentre la maggioranza degli uffici AI avvia l'accertamento del diritto alla rendita soltanto quando tutti i provvedimenti d'integrazione sono falliti, una minoranza di essi applica questi provvedimenti solamente nei casi in cui vi è il rischio acuto che l'assicurato perda il posto di lavoro. Forti divergenze sono state individuate anche nell'impiego delle perizie mono-, bi- e pluridisciplinari nonché riguardo alla collaborazione con il SMR e all'organizzazione interna del personale. Analisi multivariate mostrano inoltre che la quota di concessione di nuove rendite è minore qualora, in un primo momento, si rinunci all'acquisizione di informazioni mediche molto dettagliate per iscritto per concentrarsi invece rapidamente sui provvedimenti d'integrazione, e in particolare sui provvedimenti d'intervento tempestivo, il che corrisponde agli intenti della 5ª revisione AI. In questo contesto appare promettente ricorrere alle competenze dei SMR, tenendo nel dovuto conto le risorse disponibili. Non è, invece, praticamente possibile influenzare la quota delle rendite variando l'intensità dell'accertamento medico.

Se la concessione di una rendita è rifiutata sulla base dell'accertamento, la decisione può essere impugnata. Ne consegue che il numero dei ricorsi è aumentato drasticamente tra il 2004 e il 2009, diminuendo, però, leggermente negli anni successivi. Gli uffici AI non possono esercitare alcuna influenza sulle decisioni dei tribunali, tranne che indirettamente per il fatto che le decisioni a loro sfavore vengono spesso motivate con la (scarsa) qualità degli accertamenti medici. In sede giudiziaria le perizie dei SMR concernenti le rendite vengono valutate diversamente dai tribunali cantonali. Nella maggior parte dei casi vengono riconosciuti tutti i tipi di perizie esterne, le perizie pluridisciplinari tuttavia sono le più considerate dai tribunali.

Tra l'altro a causa di problemi metodologici (qualità insufficiente dei dati e scarsa esperienza) è difficile per ora valutare gli effetti della revisione AI 6a. Le tendenze emergenti dai primi studi di coorte deludono tuttavia le aspettative riguardo al successo delle revisioni delle rendite. Se, da un lato, i provvedimenti d'integrazione hanno segnato un lieve aumento, a un basso livello, dall'altro le riduzioni delle rendite così ottenute rimangono tuttora esigue.

Per migliorare la qualità degli accertamenti gli uffici AI dovrebbero migliorare il coordinamento con i medici curanti e informarli in merito alle decisioni e alle tappe principali della procedura. Uno studio raccomanda la creazione di una rete di contatti con medici curanti a prescindere dai casi concreti.

Integrazione professionale

Dalla 5ª revisione AI l'integrazione professionale è l'obiettivo principale dell'assicurazione invalidità, che da «assicurazione di rendite» si è trasformata in un'«assicurazione finalizzata all'integrazione». Già prima del 2008 i provvedimenti d'integrazione più frequenti erano i «provvedimenti professionali» fra cui si annoverano l'orientamento professionale, la prima formazione professionale, la riformazione professionale e il collocamento. Tuttavia, dato che l'AI veniva coinvolta troppo tardi e le procedure duravano troppo a lungo, gli uffici AI sono stati dotati di nuovi strumenti e di personale supplementare. Lo scopo di questi provvedimenti è quello di accompagnare senza complicazioni burocratiche gli assicurati con problemi di salute per aiutarli, nel limite del possibile, a continuare ad esercitare un'attività lucrativa. La revisione AI 6a ha esteso l'approccio integrativo anche alle persone che già beneficiano di una rendita dell'AI. In quest'ottica, la rendita dovrebbe essere intesa quale «ponte verso l'integrazione».

Il rilevamento tempestivo, introdotto dalla 5ª revisione AI, viene attivato quando solitamente vi è ancora un rapporto di lavoro, il che permette all'AI di agire più rapidamente. Grazie ai provvedimenti d'intervento tempestivo è inoltre stata ampliata considerevolmente la gamma

dei provvedimenti possibili. Infine, sono stati introdotti i provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale, che trovano applicazione soprattutto nei casi degli assicurati affetti da disturbi psichici. Da allora il processo d'integrazione è basato maggiormente sul metodo del «case management». Invece che agli incarti e alle procedure standardizzate la priorità va quindi data ai colloqui con gli assicurati e gli attori rilevanti nel suo ambiente nonché alla rapidità dell'intervento. Inoltre, occorre procedere rapidamente all'inserimento nel mercato del lavoro primario, secondo il principio «first place, then train», ossia collocare prima e formare dopo, con l'aiuto di job coach.

Un quarto circa degli assicurati che entrano in contatto con l'AI per la prima volta è stato segnalato tramite una comunicazione ai fini del rilevamento tempestivo e per tre quarti di queste persone viene inoltrata una richiesta di prestazioni dell'AI. Gli autori della valutazione hanno constatato che questo strumento permette un triage mirato che consente all'AI di intervenire prima della perdita del posto di lavoro. Il rilevamento tempestivo ha dunque dato i suoi frutti, benché resti ancora del potenziale da utilizzare, in particolare per quanto riguarda la comunicazione dei casi da parte dei datori di lavoro. I provvedimenti d'intervento tempestivo hanno contribuito ad anticipare l'attuazione dei provvedimenti d'integrazione. Tra il 2004 e il 2001 il loro impiego è quasi raddoppiato e in oltre un terzo dei casi l'assegnazione di provvedimenti è avvenuta entro i primi tre mesi dal primo contatto con l'AI. Questo dato riveste particolare importanza se si considera, come si è potuto constatare, che la quota delle rendite è tanto più esigua quanto più rapida è la concessione dei provvedimenti d'intervento tempestivo. L'efficacia dipende molto dalla situazione individuale dell'assicurato, tuttavia a beneficiarne maggiormente sono le persone senza formazione postobbligatoria. Proprio nel caso di questo gruppo di persone, però, detti provvedimenti vengono impiegati con la minore frequenza. In generale, la prassi degli uffici AI riguardo al tipo e al numero di provvedimenti d'intervento tempestivo concessi è molto eterogenea, il che significa che il loro potenziale di applicazione ed efficacia non è ancora sfruttato appieno. Gli studi raccomandano pertanto di sfruttarlo meglio, soprattutto nel caso delle persone affette da turbe psichiche. I provvedimenti di reinserimento vengono impiegati raramente, nonostante l'analisi dimostri che essi aumentano la probabilità d'integrazione. Anche riguardo a essi vi sono notevoli differenze di applicazione tra i Cantoni. Come i provvedimenti d'intervento tempestivo, anche i provvedimenti professionali sono tanto più efficaci quanto più rapidamente vengono impiegati. Si raccomanda pertanto di concederli rapidamente, in modo ancora più mirato e con un sufficiente impiego di risorse finanziarie.

La reintegrazione dei beneficiari di rendite, auspicata dalla revisione AI 6a, presenta ancora notevoli difficoltà all'attuazione. Mentre gran parte degli uffici AI ha potuto aumentare le proprie conoscenze ed esperienze riguardo al «triage intuitivo» dei casi, per alcuni di essi non è ancora chiaro secondo quali criteri procedere. Evidentemente anche in questo contesto sono rilevanti le condizioni individuali dell'assicurato ed in particolare le sue risorse psicosociali. Nonostante i notevoli sforzi profusi nei processi di triage, gli uffici AI si sono scontrati con la realtà dell'esiguo numero di persone effettivamente disposte a tentare la reintegrazione. Gli organi d'esecuzione apprezzano l'ampio ventaglio di possibili provvedimenti, sottolineando l'importanza di poter impiegare provvedimenti su misura nel singolo caso. Tuttavia, occorre intervenire per aumentare l'offerta di posti di lavoro adatti alla reintegrazione, soprattutto nella fascia salariale bassa.

La gestione delle malattie psichiche da parte dell'AI

Le malattie psichiche sono ormai fra le cause principali della concessione di nuove rendite da parte dell'AI. La concessione di rendite per motivi psichici ha iniziato a diminuire, lentamente, solo dopo quella delle rendite per malattie somatiche; fra i giovani e i giovani adulti, invece, non è ancora possibile rilevare una tendenza in questo senso. Negli anni 1990 la

quota delle rendite per malattie psichiche aveva segnato un aumento considerevole, nonostante gli specialisti ritengano che la prevalenza di tali malattie sia generalmente stabile. Ciò significa che non è aumentata l'insorgenza di tali malattie, ma è diminuita la capacità al guadagno sul mercato del lavoro per chi ne è affetto. Il programma di ricerca si è pertanto occupato dei processi di accertamento e di integrazione degli uffici AI. Ne è emerso quanto segue: la qualità degli incarti e l'acquisizione delle informazioni pertinenti sono spesso insufficienti, i moduli dei medici sono sovente incompleti e compilati senza indicazioni sulla capacità al guadagno e i contatti tra gli uffici AI e i medici curanti sono frequentemente conflittuali. I medici psichiatri raramente applicano direttive basate su riscontri scientifici per definire la diagnosi e la terapia. Inoltre, vi sono ancora notevoli lacune conoscitive, soprattutto riguardo alle prove scientifiche che vadano al di là dell'efficacia clinica di determinati interventi nel caso di singoli disturbi e analizzino anche i risultati psicosociali. Di conseguenza si raccomanda di basare gli accertamenti in modo più sistematico sulle disfunzioni e sulle risorse, promuovere lo sviluppo di direttive per l'accertamento e il trattamento delle malattie psichiche da parte delle società mediche e colmare le lacune conoscitive sul piano scientifico.

La situazione sociale dei beneficiari di rendite affetti da malattie psichiche è peggiore di quella della media dei beneficiari di rendite, per non parlare delle persone senza rendita: essi sono più frequentemente disoccupati, percepiscono il reddito medio più basso e subiscono più spesso e più a lungo un processo di disintegrazione professionale. I tempi necessari per gli accertamenti nel loro caso sono molto più lunghi del solito. La probabilità di aver percepito altre prestazioni prima della rendita AI è marcatamente più elevata.

Dal 2008 un numero crescente di persone con malattie psichiche beneficia di provvedimenti d'intervento tempestivo. Come rilevato prima, i provvedimenti di reinserimento, concepiti soprattutto per questa cerchia di persone, vengono per ora impiegati solo raramente. Circa tre quarti di essi vengono però concessi proprio a persone con disturbi psichici.

L'impiego dei provvedimenti si differenzia nettamente secondo il tipo di diagnosi: le persone affette da schizofrenia o da disturbi psicogeni o reattivi all'ambiente, per esempio, passano di regola direttamente alla rendita, mentre le persone con disturbi della personalità beneficiano più frequentemente di provvedimenti AI. La riluttanza a tentare l'integrazione nel caso delle persone cui è stata diagnosticata la schizofrenia viene criticata da uno studio. E nel caso dei giovani che interrompono la formazione si formula troppo spesso e troppo presto una diagnosi pessimistica, rinunciando a fornire un adeguato sostegno all'integrazione. Gli studi raccomandano pertanto di ottimizzare l'impiego dei provvedimenti d'intervento tempestivo e professionali, possibilmente sulla base di riscontri scientifici, e di evitare di abbandonare anzitempo soprattutto i gruppi diagnostici con un livello d'istruzione più elevato attribuendo loro precocemente una rendita. Si consiglia inoltre di valutare se concedere una rendita a persone al di sotto dei 30 anni sia ragionevole.

Non solo presso gli uffici AI e i medici si riscontrano carenze nella gestione dell'integrazione professionale dei malati psichici nel mercato del lavoro primario; anche i datori di lavoro dimostrano insicurezza nell'affrontare i collaboratori con problemi psichici, spesso non reagendo affatto oppure reagendo troppo tardi o in modo sbagliato, di modo che in molti casi il problema viene «risolto» con la disdetta del rapporto di lavoro. I ricercatori raccomandano pertanto di attuare provvedimenti di sensibilizzazione e sostegno dei datori di lavoro e formare gruppi di lavoro per la gestione dell'integrazione presso gli uffici AI.

Infine, uno studio ha analizzato le offerte di Confederazione e Cantoni per le persone affette da disturbi pervasivi dello sviluppo. Esso è giunto alla conclusione che, sebbene negli ultimi 15 anni in Svizzera sia aumentata notevolmente l'offerta di centri diagnostici, che ora è ampia, anche se sussistono grandi differenze tra le regioni, scarseggiano ancora le possibilità di trattamento precoce mediante misure e programmi, anche interdisciplinari, di terapia del comportamento e pedagogia curativa. Anche nell'ambito dell'insegnamento integrato e

dell'integrazione professionale dei bambini e giovani affetti da disturbi dello spettro autistico le condizioni risultano essere difficili.

Per le malattie psichiche vale in particolar modo che l'AI deve poter fare affidamento sulla cooperazione e il coordinamento con le scuole, i servizi di psichiatria in generale e dell'infanzia e dell'adolescenza in particolare, i datori di lavoro, gli uffici del lavoro e gli altri assicuratori.

Prestazioni finanziarie

Oltre alle prestazioni descritte nel primo capitolo, quali i provvedimenti di accertamento e d'integrazione e le rendite, l'AI finanzia anche provvedimenti sanitari, mezzi ausiliari, assegni per grandi invalidi (AGI) e contributi per l'assistenza. Le caratteristiche essenziali e gli aspetti problematici di queste prestazioni, enucleati nell'ambito degli studi del programma di ricerca, sono riassunti in un capitolo a parte.

Per quanto riguarda la situazione finanziaria delle economie domestiche dei beneficiari di rendite dell'AI, si rileva che essa è peggiore di quella delle economie dei non beneficiari. Quasi un'economia domestica di beneficiari di rendite AI su sei dispone di mezzi finanziari molto scarsi, vale a dire meno del 50 per cento del reddito mediano; tra le economie domestiche dei non beneficiari il rapporto è di uno a dieci. La concessione di una rendita solleva molte economie domestiche da una situazione reddituale difficile e, in particolare, migliora considerevolmente le condizioni economiche delle economie con reddito esiguo oppure con figli. Ciononostante, la quota delle persone con reddito basso è più elevata rispetto alla popolazione complessiva, perché i beneficiari di rendite AI hanno in media un livello d'istruzione più basso e, tendenzialmente, prima della riscossione della rendita svolgevano già lavori con salari inferiori alla media. Ma la situazione dei beneficiari di rendite AI è eterogenea, in particolare quella dei beneficiari di una frazione di rendita: mentre alcuni di loro sono ben integrati nel mondo del lavoro e percepiscono un reddito elevato, altri dispongono di un reddito modesto. Per quanto riguarda gli incentivi al lavoro, nel sistema di rendite attuale si rilevano alcuni effetti soglia che ne limitano o ostacolano l'efficacia. Pertanto si raccomanda l'introduzione di un sistema di rendite lineare, come quello già proposto nel progetto di revisione AI 6b, respinto dal Parlamento in votazione finale.

La 4ª revisione AI ha raddoppiato l'assegno per grandi invalidi (AGI) destinato ai disabili che vivono a casa e introdotto il supplemento per cure intensive per i minorenni che vivono a casa e necessitano di un'assistenza intensiva. La revisione AI 6a, infine, ha istituito il contributo per l'assistenza. Queste riforme hanno lo scopo di aumentare l'autonomia degli interessati. Il numero di beneficiari di AGI ha segnato una forte crescita, da un lato, per effetto dell'introduzione dell'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana, che ha reso più facile l'accesso a questa prestazione, dall'altro, per motivi demografici. Dalla valutazione delle novità introdotte dalla 4ª revisione AI emerge però anche che tra il 2004 e il 2011 la quota dei beneficiari di AGI che vivono a casa è salita dal 50 al 59 per cento. Anche la quota dei beneficiari di AGI affetti da malattie psichiche è aumentata, il che corrisponde allo scopo della riforma. Quattro su cinque beneficiari adulti che vivono in istituto o a casa sono contenti della loro situazione abitativa. La stragrande maggioranza considera che le prestazioni dell'AI allevino in modo considerevole gli oneri supplementari dovuti alla grave disabilità di minorenni. L'AGI costituisce un importante sgravio finanziario per gli adulti e i minorenni che vivono a casa. Dall'inizio del 2012 può essere riscosso il contributo per l'assistenza, volto a rafforzare l'autonomia e la responsabilità individuale degli interessati e a sgravare ulteriormente i familiari. La sua valutazione è tuttora in corso, ma alcuni risultati intermedi indicano che il contributo per l'assistenza stenta ad acquistare importanza e che (per adesso) fra i suoi beneficiari sono sovrarappresentate le persone aventi diritto a un AGI per un'invalidità di grado elevato. L'ipotesi secondo cui per queste persone la necessità del contributo per l'assistenza si manifesta prima che per i beneficiari di AGI con un'invalidità di

grado medio o lieve, i quali tendono ad aspettare un po' prima di farne richiesta, sembra essere confermata dai risultati intermedi dell'anno successivo (2015): la predominanza dei beneficiari di AGI con un'invalidità di grado elevato si sta infatti affievolendo lentamente.

Un altro gruppo di prestazioni è costituito dai mezzi ausiliari. A metà 2011 l'AI ha modificato le modalità di rimborso per la consegna di apparecchi acustici, sostituendo il sistema tariffario con un sistema di rimborsi forfettari. Sebbene fosse percepito come sistema di alta qualità, nel confronto internazionale il sistema tariffario risultava molto caro per gli assicurati e le assicurazioni. Quasi sempre gli audioprotesisti applicavano le tariffe massime di modo che non c'era praticamente più alcuna concorrenza a livello dei prezzi. Con il nuovo sistema di rimborso forfettario si vuole rafforzare la concorrenza fra i fornitori in modo da far abbassare i prezzi e rafforzare la posizione (empowerment) degli assicurati versando direttamente ai portatori di apparecchi acustici l'importo forfettario previsto. Due progetti del PR-AI hanno esaminato se in seguito a questa modifica la soddisfazione per la qualità della protesizzazione sia cambiata e la concorrenza abbia iniziato a funzionare. Lo studio sulla qualità ha rivelato che il tipo di apparecchio più frequentemente acquistato è rimasto lo stesso anche nel nuovo sistema e che neanche gli accessori degli apparecchi hanno subito modifiche sostanziali. Diversamente da quanto previsto, invece, nel sistema dei rimborsi forfettari per ora non si è realizzato il cosiddetto «empowerment» dei consumatori, in quanto essi hanno paragonato ancora meno che nel vecchio sistema le offerte dei diversi audioprotesisti e pochi nuovi fornitori, come farmacie o drogherie, sono riusciti a penetrare il mercato. Con il passaggio al sistema dei rimborsi forfettari (con importi nettamente inferiori alle tariffe previgenti) è diminuito, però, il volume dei servizi. Ciononostante, la soddisfazione per i servizi al cliente e gli adattamenti ha mantenuto un alto livello, tranne nel caso dei servizi di assistenza dopo-vendita, dove è calata leggermente. Per quanto riguarda la situazione di mercato, lo studio sui prezzi ha constatato che l'offerta di apparecchi acustici è aumentata in seguito alla comparsa di nuovi produttori e al lancio sul mercato di un numero crescente di modelli. La maggiore varietà di prodotti ha ridotto la quota di mercato dei grandi produttori, il che è interpretato come un primo segnale del rafforzamento della concorrenza tra i produttori. Dall'introduzione del sistema forfettario il mercato degli apparecchi acustici è dunque leggermente cambiato e, a condizioni invariate, la pressione sui prezzi è aumentata, sebbene per ora in misura minore di quanto auspicato in origine. Lo studio rileva al riguardo che le modifiche di mercato si manifestano su un arco di tempo più lungo e consiglia pertanto di ripetere le osservazioni fra qualche anno, per esempio nel 2017.

Punti di contatto tra l'AI e gli altri attori

Diversi studi del PR-AI si sono occupati dei principali punti di contatto tra l'AI e gli altri attori, fra cui in particolare quelli dei settori salute, sicurezza sociale, mercato del lavoro ed istruzione. La questione è stata analizzata da due ottiche diverse: quella del passaggio da un sistema all'altro e quella della collaborazione istituzionale tra i diversi attori (cosiddetta collaborazione interistituzionale, CII).

Uno studio che ha rintracciato i decorsi precedenti dei nuovi beneficiari di rendite dell'AI del 2010 ha mostrato che oltre la metà di questi assicurati non aveva percepito prima altre prestazioni, come quelle dell'assicurazione contro la disoccupazione o l'aiuto sociale. Sul lungo periodo, solo il 10 per cento degli assicurati cui nel 2010 è stata concessa per la prima volta una rendita d'invalidità presenta il decorso spesso definito problematico e percepito come «tipico» che inizia con l'assicurazione contro la disoccupazione, passa per → l'aiuto sociale → e finisce all'assicurazione invalidità. Come ha dimostrato lo studio sulla valutazione dell'integrazione professionale, in realtà al momento della richiesta di prestazioni AI la stragrande maggioranza degli interessati ha ancora un posto di lavoro e tra il 2004 e il 2011 questa percentuale è aumentata, passando dal 64 al 74 per cento. Dalla ricerca su questi decorsi emerge anche che la richiesta di prestazioni AI è spesso preceduta dal declino professionale

e reddituale dell'interessato. Si rileva inoltre che i decorsi delle persone affette da malattie psichiche sono più complessi ed è più frequente che prima della richiesta di prestazioni AI esse abbiano beneficiato di prestazioni di altri rami del sistema di sicurezza sociale. Le ripercussioni delle revisioni AI sull'aiuto sociale, infine, vengono valutate come molto esigue, come del resto anche quelle sull'assicurazione contro la disoccupazione.

La CII, introdotta nei primi anni 2000 in reazione ai crescenti problemi di interazione, ha lo scopo di ottimizzare il coordinamento tra i diversi sistemi di sicurezza sociale nell'interesse dell'integrazione degli assicurati. Nonostante goda del sostegno della Confederazione, la sua attuazione è di competenza dei Cantoni. Il punto della situazione fatto dopo dieci anni di prassi applicativa ha portato alla luce una grande eterogeneità di forme di CII nei Cantoni e nei Comuni, raggruppabili in quattro tipi fondamentali: collaborazione multilaterale per i giovani, collaborazione multilaterale per gli adulti, forme di collaborazione bilaterale e forme di coordinamento strutturali indipendenti dai singoli casi. Significativa è la conclusione dello studio secondo cui il principale miglioramento apportato dalla CII consiste nell'instaurazione di una collaborazione semplice e informale tra le istituzioni coinvolte. Non a caso questo modo di collaborare è stato giudicato come molto positivo per il lavoro quotidiano dagli attori stessi, soprattutto dai collaboratori degli uffici AI. Si apprezzano segnatamente le possibilità di scambiare informazioni, chiarire le competenze e coordinare le prestazioni finanziarie e d'integrazione. Tuttavia, lo studio ne indica anche i punti deboli e gli ostacoli, quali il carattere fortemente decentralizzato e volontario della CII, la scarsa dotazione di risorse, disincentivi strutturali, il quadro legale vigente e l'onere supplementare degli specialisti sul campo. La possibilità di valutare i diversi modelli di CII è fortemente limitata dal fatto che i dati disponibili sono carenti e estremamente eterogenei. Gli autori raccomandano inoltre di dare una definizione uniforme di CII, coinvolgere anche il sistema sanitario, i datori di lavoro e altri attori, e impostare gli incentivi finanziari in maniera tale da favorire la collaborazione.

Un'altra sfida per l'AI è la collaborazione con gli attori del mercato del lavoro e del sistema sanitario, a essa anteposti. A questo tema sono stati dedicati due progetti pilota del PR2-AI: «Rilevamento tempestivo e integrazione (RTI)» e ConCerto. Dalle valutazioni è emerso che i progetti pilota hanno permesso di rafforzare sensibilmente la collaborazione tra gli attori e migliorare il processo di rilevamento tempestivo e la gestione dei casi di malattia e infortunio per le persone che esercitano ancora un'attività lucrativa. Sebbene i vantaggi apportati da iniziative di questo tipo a breve termine vadano talvolta relativizzati, nel complesso in questo caso si sono rivelati utili a mantenere l'occupazione ed evitare la riscossione di una rendita anche a lungo termine. I ricercatori sottolineano però che tali iniziative sono meno adeguate alle esigenze e alle possibilità delle aziende piccole.

Un ultimo settore analizzato nel quadro del PR2-AI è stato quello della collaborazione tra l'AI e gli attori della formazione dei giovani. Paragonata ad altri Paesi, la Svizzera dispone di una gamma ben sviluppata di offerte formative per i giovani con problemi di salute. Ciononostante sono state rilevate molte carenze. Per esempio: i giovani interessati raramente hanno accesso alle misure cantonali per la transizione dalla scuola dell'obbligo alla formazione professionale; i mezzi disponibili per il riconoscimento e l'accompagnamento dei giovani che interrompono la formazione professionale sono molto modesti; e le istituzioni scolastiche e di formazione non tengono abbastanza conto delle esigenze specifiche dei bambini e giovani con malattie psichiche e disturbi dello spettro autistico.

Parere dell'UFAS

Alla fine di ogni capitolo l'UFAS esprime il proprio parere sulle conclusioni e raccomandazioni formulate nei rapporti del PR2-AI, indicando i cambiamenti intervenuti e i provvedimenti presi dopo la conclusione dello studio e le possibili modifiche abbozzate o inserite nel progetto «Ulteriore sviluppo dell'AI».

Si rileva in particolare che tra il 2002 e il 2014 il rapporto tra nuove rendite AI e prestazioni d'integrazione si è ribaltato completamente a favore delle ultime (da 2:1 a 1:2), il che viene interpretato come indice del fatto che l'AI ha effettivamente iniziato a trasformarsi da un'assicurazione di rendite in un'assicurazione finalizzata all'integrazione. Per gli accertamenti l'AI intende in futuro impiegare maggiormente strumenti standardizzati, orientati in primo luogo alle risorse. I rapporti tra medici curanti e AI dovranno essere migliorati tramite eventi e colloqui regolari e una piattaforma Internet (iv-pro-medico) curata congiuntamente dalla Federazione dei medici svizzeri (FMH), la Conferenza degli uffici AI e l'UFAS. Al fine di promuovere la formazione, l'aggiornamento e il perfezionamento dei medici curanti in materia di diritto delle assicurazioni sociali e in particolare dell'AI, è stato istituito un gruppo di lavoro composto da rappresentanti dell'Ambito AI dell'UFAS e degli organi competenti dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Attualmente, la priorità del gruppo è in particolare il perfezionamento dei medici stranieri attivi in Svizzera. Si prevede anche di rafforzare la formazione continua dei medici dei maggiori ospedali in materia di diritto dell'AI.

Nel 2015, con una decisione di principio (DTF 141 V 281) il Tribunale federale ha ribadito con vigore l'importanza della richiesta, da tempo formulata dall'UFAS, che le società mediche elaborino direttive specifiche per le perizie medico-assicurative. Mentre le questioni attinenti alla qualità delle strutture e dei processi possono essere affrontate congiuntamente dall'AI e dai centri peritali, la definizione dei requisiti di qualità specifici del campo medico compete alle società del settore. Recentemente l'UFAS ha emanato diverse circolari in cui stabilisce che la rendita può essere concessa soltanto dopo che l'ufficio AI ha verificato e documentato che tutte le cure mediche esigibili nel caso concreto sono state prestate.

All'inizio del 2015 sono stati introdotti, mediante ordinanza, ulteriori provvedimenti concernenti l'integrazione professionale, quali la concessione più flessibile di provvedimenti di reinserimento, la consulenza indipendente da casi concreti, l'accompagnamento e la formazione dei datori di lavoro e la consulenza e l'offerta di informazioni agli specialisti del mondo della scuola e della formazione. Per sensibilizzare i datori di lavoro, i medici e il personale dei settori della scuola e della formazione si dovranno far conoscere a un pubblico più vasto le attività di comunicazione degli uffici AI con i mezzi a disposizione. Nella prospettiva di fornire un servizio a tutti i datori di lavoro verrà ampliato e istituito definitivamente il portale informativo Compasso.

L'UFAS è membro della Rete Salute Psichica Svizzera, cui appartengono oltre 100 organizzazioni del settore della salute psichica; essa si prefigge di sensibilizzare e promuovere i contatti tra gli attori a livello federale e cantonale, organizza eventi e diffonde una newsletter.

Nel progetto «Ulteriore sviluppo dell'AI», attualmente in consultazione, si propongono diverse misure per ottimizzare i provvedimenti d'integrazione dell'AI esistenti nonché misure per rafforzare la collaborazione tra l'AI e gli organi cantonali preposti alla transizione I (case management formazione professionale, formazioni transitorie). Per quanto riguarda le rendite, i disincentivi finanziari che possono derivare dall'attuale impostazione del diritto alla rendita AI dovranno essere considerati nel loro complesso, vale a dire tenendo conto anche delle prestazioni del 2° pilastro e delle PC. Il progetto «Ulteriore sviluppo dell'AI» ha ripreso la proposta di introdurre un sistema di rendite lineare. Con ciò si vuole eliminare il disincentivo dato dal fatto che in alcuni casi riprendere a lavorare o aumentare il grado d'occupazione comporta la diminuzione del reddito disponibile.

Summary

The primary focus of the second Invalidity Insurance Research Programme (FoP2-IV), which ran from 2010 to 2015, was the evaluation of measures introduced following the 4th and 5th revisions of the Federal Invalidity Insurance Act (IVG). As in the first research programme (FoP-IV 2006-2009), the FoP2-IV also analysed interactions between the different parts of the Swiss social security system and generated new insights into invalidity on the grounds of mental ill-health. A total of 20 projects were carried out over the programme's six-year run, 18 of which were published in the Federal Social Insurance Office (FSIO) research journal and three as e-publications.

The present synthesis report provides an overview of the key findings from all 20 research projects and its chapters divided according to topic (the IV clarification process; professional integration; mental illness; financial benefits; interaction with other actors). Each chapter features the conclusions and recommendations of the study authors, as well as a statement by the FSIO, in which it details the recommendations which either have already been implemented or will be in the future.

IV clarification process

Aside from the low-threshold nature of early detection/early intervention measures, before an applicant is awarded any benefit provided by the Swiss Invalidity Insurance scheme, whether it is advice, integration measures, provision of appliances or invalidity pension disbursement, an *in-depth professional clarification* is carried out on the details of the case and the kind of action that could be taken. In the 1990s IV expenditure rose sharply as a result of a dramatic increase in the number of IV pension recipients. Insufficient expert medical involvement in the clarification process was often blamed. As a result of the 4th, 5th and 6th revisions of the IVG, integration became the guiding principle of the IV scheme. Consequently, the clarification requirements changed, as did the resources and instruments available to the IV. The aim of the FoP2-IV, therefore, was to track these developments, analyse the implementation of the reforms and evaluate their impact. The studies show that the three legislative revisions have led to considerable changes in the clarification process. The introduction of the Regional Medical Services (RAD) has made the medical clarification process more impartial and consistent. Early detection and early intervention measures have accelerated the pace of rehabilitation, while the IV clarification process now concentrates more on the integration potential of applicants. The clarification process begins the moment that the IV receives notification that an individual is suffering from impaired health. The integration potential of the person concerned is then assessed in a multi-step procedure, after which the IV makes an initial decision. This is followed by a preliminary decision and finally a definitive decision on whether to award the applicant an IV pension or not.

According to the findings of the FoP2-IV studies, the IV clarification process was indeed a contributory factor in the rise of pension award rates until 2005. This was because it paid scant, if any, attention to the existing resources of the insured person, and focused more on deficiencies. This became more acute owing to the relative rise in the number of applicants suffering from mental ill-health, a development that the IV clarification process was poorly equipped to address. The studies also found that attending physicians often lacked the requisite insurance-medicine knowledge and expertise. Consequently, medical clarifications were protracted and ultimately unsatisfactory, with the authors finding that they indeed contributed to conditions becoming chronic. The RAD, which were introduced by the 4th IVG revision, have led to improvements in the insurance-medicine expertise of the IV offices, so much so that they are also suitably equipped to carry out their own medical clarifications, where necessary. "Speed over precision" is the principle underpinning the early detection and intervention measures which were introduced by the 5th IVG revision. The aim here is

to shorten or prevent lengthy and demotivating waiting times. Revision 6a of the IVG extended integration efforts to existing IV pension claimants.

The evaluation showed that the clarification process still tends to be rather lengthy owing to the complexity of the task coupled with the sheer number of individuals and agencies involved. Consequently, the decision was taken to intensify and improve multi-agency cooperation. FoP2-IV studies also found that there were major differences across the cantons in terms of how the reforms were implemented. While most IV offices only launch a pension claim assessment after all feasible integration measures have been exhausted (and failed), a minority provides integration measures only when applicants are at extremely high risk of losing their job. The studies also found marked differences with regard to the use of mono-, bi- and multidisciplinary expert reports, the forms of cooperation between the IV offices and the RAD, and how these offices organise their human resources. Multivariate analyses found that pension award rates are lower among IV offices which forego collecting highly detailed written medical information, and instead focus their efforts on integration, particularly through the provision of early intervention measures. This approach is entirely in keeping with the aims of the 5th IVG revision. In this regard, it could be promising to draw on the capacities of the RAD based on resources that are already available. The intensity of the medical clarification process, however, was found to have little impact on the rate at which pensions are awarded.

Applicants may contest pension claims that have been rejected as a result of the IV clarification findings. Appeals fell sharply between 2004 and 2009, and have continued to fall since, albeit at a slower pace. Of course, the IV offices cannot directly influence the outcome of the court rulings, although the courts often cite the (poor) quality of the medical assessment as a reason for overturning the original IV office decision. The cantonal courts differed in their assessment of RAD pension-related clarifications. While external expert appraisals are widely recognised, there is greater appreciation among the courts for multidisciplinary reports.

Methodology-related problems, such as data quality and lack of experience, mean that an evaluation of Revision 6a of the IVG is still not entirely possible. Nonetheless, first cohort comparisons reveal the limited success of pension reviews. Some rehabilitation measures have risen slightly, starting from a low base. However, these have led to only minor pension reductions.

Better consultation between the IV offices and the attending physicians is one way to improve the clarification process. Also, the IV offices should keep the doctors up-to-date on key decisions and the status of the cases. A study recommends the establishment of a case-independent network of attending physicians.

Professional integration

Since the 5th IVG revision, *professional integration* has been the primary aim of the IV, which wants to move away from being an insurance scheme that “guarantees a pension” to one which “guarantees rehabilitation”. The most commonly used instruments since 2008 have been occupational measures, such as careers advice, first-time basic vocational training, re-training and job placement. The IV offices received new instrument sand additional personnel with a view to ensuring the prompter involvement of the IV and shortening the process. The purpose of these measures is to provide the health-impaired individuals with swift and straightforward support to remain in work for as long as possible. The 6th IVG revision extended integration efforts to existing IV pension recipients, whereby pensions are awarded as a “bridge to rehabilitation”.

The early detection measures which were introduced by the 5th IVG revision are deployed when most applicants still have a valid employment contract and therefore allow the IV to mount a swift response to the situation. As a result, the range of available rehabilitation

measures has expanded considerably. Measures are also now in place which prepare individuals, especially those suffering from mental ill-health, for the professional integration process. The rehabilitation process now increasingly follows case management lines. This means that discussions with the insured and the relevant actors and prompt action take precedence over lengthy documentation processes and standard procedures. With the help of job coaches, the primary labour market integration process begins almost immediately in accordance with the principle of “job first, training second”.

For around one quarter of the insured, their first contact with the IV system is via early detection declarations. Three-quarters go on to apply for IV benefits. The evaluators observed that this instrument fulfils the triage function it was originally designed to perform, and in most cases provides the IV with an opportunity to intervene before the person loses their job. The early identification measure therefore has stood the test, yet its potential is still under-exploited, particularly in view of the low uptake of the early notification tool among employers. Thanks to early intervention measures, rehabilitation measures are now deployed much earlier, with their use almost doubling between 2004 and 2011. Over one third of cases are in receipt of measures within three months of their initial contact with the IV. This is a highly significant development given that the studies found that the quicker early intervention measures are deployed, the slower the pension award rate becomes. However, it should be said that the impact varies depending on individual circumstances, with a particularly strong and positive effect observed among recipients with no post-compulsory education or training. Yet, it would appear that this group is least likely to have been in receipt of early intervention measures. Generally speaking, the type and number of early intervention measures that are awarded tend to vary across IV offices. This would indicate that they are not deployed as much as they could be and that their full potential therefore remains unexhausted. The researchers recommended that better use is made of these measures, particularly among individuals suffering from mental ill-health. Although rarely used, integration measures were found to increase the likelihood of rehabilitation. Once again, practices in this regard vary from one cantonal IV office to another. As observed for early intervention measures, the effectiveness of occupational measures is higher the earlier they are introduced. The study authors therefore recommended that IV offices should deploy them more quickly and in a more targeted fashion, and ensure that they earmark sufficient financial resources for their implementation.

The provision of reintegration measures to existing IV pension recipients – as intended by IVG Revision 6a – is still difficult to implement. While the IV offices now have more expertise and experience in relation to intuitive triage, some are still unsure about the criteria that they should apply. Added to this is the major role that the individual circumstances of pension recipients, particularly their psychosocial resources, appear to play. Despite this complex triage process, the IV offices are dismayed that few people actually embark on the reintegration process. However, the offices welcome the broad range of measures at their disposal and stress the importance of being able to customise these measures on a case-by-case basis. More action is needed to create suitable jobs – particularly in the lower wage bracket – for individuals in the reintegration process.

Mental illness and the IV

Mental health disorders are one of the primary reasons why a person is awarded an IV pension. However, the number of new IV pension recipients with mental-health issues has slowly fallen. This also applies to individuals suffering from somatic disorders (although the decrease occurred much earlier), but not to children and adolescents among whom no downward trend was observed. This was why the IV pension award rate rose sharply in the 1990s, yet the professional community claimed that the prevalence of mental-health disorders had remained generally stable. In other words, the incidence of these illnesses has not increased,

but rather the working capacity of sufferers had decreased. The FoP2-IV therefore sought to analyse the clarification and rehabilitation practices of the IV offices in relation to this group of applicants. The research found that the quality of the case files and the collection of relevant information were often unsatisfactory. Physician forms were frequently incomplete and devoid of qualified information on the applicant's capacity to work. In addition, contact between the IV offices and physicians tended to be fraught with conflict. The evaluation noted that psychiatrists seldom apply evidence-based guidelines when making their diagnosis or deciding on what treatment is needed. In view of the scientific evidence, which analysed not only the clinical effectiveness of interventions on individual disorders but also the psychosocial outcomes, considerable gaps in current knowledge persist. The study recommended that assessments should focus more systematically on functional disorders and resources, that specialists should be urged to develop a set of guidelines on the assessment and treatment of mental illnesses, and that more evidence-based knowledge and insights are needed.

The social circumstances of IV pension recipients suffering from mental ill-health is worse than that of the average IV pension recipient, not to mention that of non-claimants. They are more often unemployed, have the lowest average income of all IV pension recipients, and their progressive withdrawal from the workforce tends to be more protracted. The clarification process also takes much longer and they are also much more likely to have been in receipt of other benefits prior to the IV pension award.

Since 2008 ever more individuals with mental-health disorders have benefited from early intervention measures. Integration measures, although designed primarily for this group, are rarely deployed. However, when they are used, this group make up three-quarters of recipients.

The choice of measures differs considerably depending on the diagnosis. For example, individuals with schizophrenia or with a psychogenic and social-reactive disorder are immediately awarded an IV pension, whereas IV measures are most commonly granted to individuals with personality disorders. The study criticises the reluctance of the IV to use rehabilitation measures among individuals who have been diagnosed as schizophrenic. The study also found that the diagnoses of young people who abandon their studies/training are often overly pessimistic and they therefore receive little rehabilitation support. The authors therefore recommended better and more evidence-based deployment of early intervention and occupational measures. They also warned against prematurely writing off the rehabilitation potential of individuals in these diagnostic groups who have good educational qualifications and thus being too quick to award them an IV pension. They even suggested studying whether it is indeed sensible to award pensions to the under-30s.

The study also found that, like the IV offices and attending physicians, employers could do more to help individuals with mental ill-health integrate in the primary labour market. Many employers appear to be uncertain about how they should respond when an employee presents with psychological problems. When employers do take action, it tends to be too late or inappropriate. As a result, the issue is "resolved" in many cases by a termination of the employment contract. Researchers recommend that IV offices do more to raise awareness of rehabilitation management among employers and teams and to provide them with the necessary support.

Finally, a study examined federal and cantonal services for individuals with early childhood development disorders. It found that Switzerland has seen a significant growth in the number of qualified diagnostic centres over the last 15 years, even though provision varies considerably across regions. However, it also noted that the delivery of intensive early treatment still falls short, particularly the provision of specific behavioural therapy, special needs education and interdisciplinary measures and programmes. The authors also observed difficulties with

the integration of children and young people on the autism spectrum in mainstream schools and in the workplace.

The study concluded that the IV urgently needs to step up cooperation and coordination with schools, child and adolescent psychiatric services, employers, labour market authorities and other insurance providers.

Financial benefits

Alongside the benefits cited in previous chapters (assessment and rehabilitation measures, pensions), the IV also funds the provision of medical measures, appliances, helplessness allowances and assistance contributions. Below is a summary of the specific features and problems of financial benefits based on the findings of the studies carried out as part of the FoP2-IV.

It was found that households with an IV pension recipient were financially worse-off than non-claimant households. The disposable income of almost one in six households was less than 50% of the median income, compared to one in 10 for non-claimant households. The receipt of an IV pension somewhat alleviates the severe financial difficulties faced by many households, particularly those in the low-income bracket and/or with children, because it boosts their income considerably. The share of IV pension recipients in the low-income bracket is higher than among the total population because the former have a lower level of education on average and tend to have worked in jobs which paid below-average wages prior to the onset of their invalidity. However, the situation of IV pension recipients, especially those claiming a partial pension, differs widely. While some are well integrated professionally and are in the high-income brackets, others have meagre financial resources at their disposal. A further finding was that the current IV pension system exerted a threshold effect, thereby limiting and even blocking the incentive to work. The introduction of a linear pension system was recommended. This proposal also featured in the draft Revision 6b of the IVG, which was eventually rejected by parliament.

The 4th IVG revision doubled helplessness allowances (HA) for disabled individuals living at home and introduced a supplement for the delivery of intensive care services for minors who lived at home. IVG Revision 6a introduced the assistance contribution. The aim of these new measures is to help recipients lead a more independent life. The number of HA recipients rose sharply due to easier access to these benefits following the introduction of a measure to provide the disabled with help to perform day-to-day tasks. Another reason for this increase was demographics. The evaluation of instruments introduced by the 4th IVG revision, however, also found that between 2004 and 2011 the share of HA recipients had increased from 50% to 59%. The share of HA recipients suffering from mental ill-health also rose, a development in keeping with the original intention of the reforms. Whether they live in their own home or in residential care, four out of five adult HA recipients rated their living conditions satisfactorily. A large majority considered that they received generous IV support to manage the additional disability-related burdens placed on them through caring for a severely handicapped minor. For adults and minors who lived at home, HA offers considerable financial relief. Given that the assistance contribution, which aims to strengthen the self-determination and personal responsibility of recipients and provide them with access to supplementary assistance options, was only introduced in early 2012, the evaluation is still ongoing. However, interim findings suggest that take-up has been slow and claimants have (primarily) been individuals with high support needs. Interim results for the subsequent year (2015) – falling share of HA recipients with a severe degree of helplessness – bear out the working assumption that take-up would be quickest among this group, while HA recipients with a moderate or low degree of helplessness would wait slightly longer before applying.

A further IV benefit is the provision of aids. In mid-2011 the IV reformed its hearing aid reimbursement system, replacing the tariff model with a flat-rate contribution. While a study found

that the quality of provision under the tariff system was excellent, it also found that both the insurer and the insured in Switzerland incurred much higher costs than their counterparts in other countries. It would appear that the acoustician industry almost always made full use of the reimbursement tariffs, which stymied price competitiveness. The intention of the new flat-rate system is to increase competition and thus lower prices, and empower hearing aid users by directly providing them with a lump sum towards the costs of their appliance. Two FoP-IV projects had examined whether satisfaction with the quality of hearing aid provision had changed under the new system and whether it had led to more competitive pricing. The qualitative study showed that the most popular hearing aid had not changed under the flat-rate model and that device features were largely the same. The hoped-for user empowerment has yet to happen: hearing aid customers were even less likely to compare providers under the flat-rate system and few new dispensing points like chemists and pharmacies have entered the market. Service levels are much lower than under the tariff system, though customer satisfaction with general and adjustment service delivery remained high. Nonetheless a comparison of the two systems found that satisfaction with after-sales services had fallen somewhat. The pricing study found that the range of products on offer has expanded owing to the growing number of manufacturers entering the hearing aid market. Major manufacturers no longer dominate the market like they once did under the old system, which would indicate that there is now greater competition. Since the new reimbursement system was introduced, the hearing market has undergone some changes and competitive pricing is beginning to emerge, albeit to a much lesser degree than originally hoped for. Both studies note that market changes take time and thus a follow-up study should be carried out at a later date, possibly around 2017.

Interaction between the IV and other actors

Several FoP2-IV studies looked at the key forms of interactions between the IV and other actors, in particular providers of health care, social security, labour and education providers. The subject was approached from two different angles: transfers between the two agencies on the one hand, and multiagency collaboration (or interinstitutional cooperation, IIZ) on the other.

A study of the benefit claim history of individuals who became IV pension recipients in 2010 found that over half had not claimed either unemployment insurance or social welfare benefits prior to their contact with the IV. Fewer than 10% of new IV pension recipients in 2010 had gone along the allegedly problematic and “typical” unemployment insurance → social welfare → invalidity insurance pathway. In fact, as the professional integration study showed, the vast majority of people applied for an IV benefit while still in work, and that between 2004 and 2011 this share had risen from 64% to 74%. However, the study of benefit claim histories also found that the IV benefit application was often preceded by a fall in income and downward occupational mobility. In addition, individuals suffering from mental ill-health tended to have more complex claim histories and were more likely to have had dealings with other social security providers prior to their initial contact with the IV. The study found that the IVG revisions had little impact on the social welfare and unemployment insurance schemes.

Launched in the early 2000s to address mounting interface problems, interinstitutional cooperation (IIZ) seeks to improve coordination between the various parts of the Swiss social security system with regard to rehabilitation and integration efforts. Implementation is primarily a cantonal responsibility, but the Confederation supports these efforts in the form of funding. A review of IIZ practices a decade on found that these differ widely across cantons and municipalities. It also noted that these practices fall into four main categories: multilateral cooperation in relation to young people; multilateral cooperation in relation to adults; bilateral forms of cooperation; structure-specific, case-independent coordination. The study notably concludes that the main achievement of IIZ is the emergence of straightforward and informal

cooperation between the institutions concerned. All of the relevant actors, in particular IV office personnel, rated this development highly. Singled out for particular praise was better information-sharing, the clearer definition of responsibilities, and improved coordination of financial benefits and rehabilitation measures. However, the study also identified a series of weaknesses and obstacles, such as the highly decentralised and voluntary nature of IIZ, a lack of resources, inhibiting structural incentives, the existing legal framework as well as the additional burden placed on IV office personnel. Lacking or highly heterogeneous data placed severe restrictions on the evaluation IIZ models, which led the authors to recommend the application of a uniform definition of IIZ, the involvement of health care providers, employers and other relevant actors in the IIZ process, as well as the creation of financial incentives to boost cooperation.

A further challenge for the IV is cooperation with upstream actors, such as employers and health care providers. Two pilot projects – “Early detection and professional reintegration (FER)” and “ConCerto” – were launched during the course of the FoP2-IV. Evaluations found that both had strengthened cooperation considerably and had led to improvements in the early detection process and the health and accident management of people still in gainful employment. Even though the short-term benefits of this type of initiative should be subject to greater scrutiny, these approaches are entirely suited to keeping the person in work and preventing the receipt of a pension in the long term. Nonetheless, the evaluations also emphasised that these initiatives are less well-suited to the needs and capacities of small firms.

The final area of cooperation which was analysed as part of the Fop2-IV concerns collaboration between the IV and providers of training to young people. By international standards, Switzerland has a relatively well-developed range of services for young health-impaired individuals, though it still falls short in several areas. For example, young people suffering from impaired health rarely have access to measures to help them transfer from compulsory to post-compulsory education and training. The identification and assistance of young people who abandon their studies are under-resourced, and training providers take insufficient account of the specific needs of children and young people suffering from mental ill-health issues or who are on the autism spectrum.

FSIO stance

The end of each chapter features the opinions of the FSIO on the conclusions and recommendations of the FoP2-IV studies. The FSIO also details the changes that have been introduced since the research was published, the measures that have already been taken and those that will be taken with a view to the further development of the IV system.

The studies observed that between 2002 and 2014 that the ratio of new IV pension awards relative to integration measures reversed in favour of the latter (di 2:1 a 1:2). This suggests that the IV is indeed on the way to becoming an insurance scheme that guarantees rehabilitation rather than a pension. With regard to its clarification process, the IV will seek to make greater use of standardised and primarily resource-oriented instruments. It shall work towards improving relations with attending physicians by organising special events, holding regular discussions and managing the shared FMH-IVSK-FSIO online platform (iv-medico). A working group has been created, comprising delegates of the IV Domain of the FSIO and the relevant parts of the Federal Office of Public Health (FOPH). Its task is to promote the basic, advanced and ongoing training of attending physicians on Swiss social security legislation, particularly the legal provisions governing the IV. Currently, activities are focused on providing training to physicians from other countries who practise in Switzerland. It is also stepping up advanced courses on IV legislation for physicians working in larger hospital.

The FSIO has long called on medical associations to produce a set of guidelines for the insurance-medicine appraisal of certain diseases and pathologies, but to no avail. However,

a leading decision by the federal court in 2015 (BGE 141 V 281) may finally lead to a resolution. While IV offices and assessment offices are suitably equipped to jointly handle structural and process quality issues, only the medical profession has the specialist knowledge required to draw up quality criteria for medical assessments. A number of circulars now specify that stipulates that an IV pension may only be awarded if the IV office has verified and documented that all feasible medical treatment has been exhausted.

With regard to professional integration, regulations have led to the introduction of additional measures since early 2015, such as a more flexible award process for integration measures, case-independent advice, support of and training for employers, as well as the provision of advice and information to education providers. With a view to raising awareness among employers and education providers, the IV should improve the visibility of its employer campaign activities and the resources that the IV offices can offer. The “Further development of the IV system” also recommends greater cooperation between the IV and the cantonal authorities in relation to vocational training case management and the provision of bridging services. The professional integration information portal Compasso, which was set up specifically for employers, has also been expanded.

The FSIO is now a member of the Mental Health Network Switzerland. This initiative seeks to raise awareness of mental-health issues and establish as large as network of cantonal and federal players as possible. It has over 100 members, including organisations and institutions working in the mental health field. It also organises events and has its own newsletter.

In “Further development of the IV system” – the draft consultation paper on the revision of the IV – several proposals are put forward to improve existing rehabilitation measures. It also recommends measures that will facilitate more intensive cooperation between the IV and the cantonal agencies which make up Interface I (vocational training case management, bridging measures). With regard to IV pensions, possible financial disincentives caused by the design of the existing pension award system should be the subject of a far-reaching study, i.e. one that also factors in 2nd pillar benefits and supplementary benefits. The “Further development of the IV system” proposes the introduction of a linear pension system. This would remove disincentives that arise in certain instances, in that taking up paid work or an increase in working hours actually reduces the person’s disposable income.

1. Einleitung

Lange war die Invalidenversicherung (IV) als Gegenstand der Forschung vernachlässigt worden. Wissenschaftliche Grundlagen für eine gezielte Weiterentwicklung der IV fehlten weitgehend. Die IV ist jedoch auf wissenschaftliche Grundlagen angewiesen, um ihre vielschichtigen Aufgaben in einem komplexen Umfeld erfolgreich bewältigen zu können.

Mit Artikel 68 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) wurde deshalb in der 4. Revision 2004 die rechtliche Grundlage geschaffen, dass „der Bund (...) wissenschaftliche Auswertungen über die Umsetzung des Gesetzes (erstellt), um: a. die Anwendung zu überwachen und zu evaluieren, b. dessen Vollzug zu verbessern, c. dessen Wirksamkeit zu fördern, d. Gesetzesanpassungen vorzuschlagen.“ In der Verordnung zum Invalidenversicherungsgesetz (IVV) setzt Artikel 96 die Verantwortung für das „mehrfährige Programm für wissenschaftliche Auswertungen betreffend die Umsetzung des Gesetzes“ beim Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) an, „nach Anhörung der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung“.

Ein erstes Programm wurde 2006 mit einer vierjährigen Laufzeit lanciert. Dieses Forschungsprogramm zur IV (FoP-IV 2006-2009) hatte die folgenden Schwerpunkte:

Thematisch beleuchtete das erste Programm grundlegende Mechanismen des IV-Systems sowie die Interaktion und Schnittstellen zwischen verschiedenen Akteuren. Zudem wurden erste Evaluationen von Massnahmen durchgeführt und nach Gründen für die starke Zunahme von Invalidisierungen aus psychischen Gründen gesucht. Das FoP-IV wurde mit einem Synthesebericht abgeschlossen, der in der BSV-Forschungsreihe publiziert wurde (BSV 2010, CHSS 2/2011).

Das FoP-IV steht im Kontext eines Entwicklungsprozesses, in dem sich die IV verstärkt von einer Renten- hin zu einer Eingliederungsversicherung bewegt hat: Mit der 4. IVG-Revision (in Kraft seit 2004) wurden insbesondere die Basis für eine verbesserte Struktur des Abklärungsprozesses gelegt, die Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) eingeführt und die aktive Arbeitsvermittlung verstärkt. Ebenfalls auf die Eingliederung in den Arbeitsmarkt ausgerichtet war in der Folge die 5. IVG-Revision: Der Leitsatz „Eingliederung vor Rente“ wurde ab dem Jahr 2008 verstärkt und es wurde konsequent in Eingliederungsmassnahmen investiert. Massnahmen wie die Früherfassung oder die Frühintervention erlauben es seitdem, eine drohende Invalidität frühzeitig zu erkennen bzw. teilleistungsfähige Personen besser im Erwerbsleben zu halten und damit auch die Chronifizierung von gesundheitlichen Einschränkungen zu verhindern. Nach Abschluss der Eingliederungsbemühungen wird der Rentenanspruch geprüft. Mit Integrationsmassnahmen werden zudem insbesondere Menschen mit psychischen Erkrankungen unterstützt und befähigt, im ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein. Auch wurden Arbeitgeberanreize, z.B. der Einarbeitungszuschuss, Entschädigung für Beitragserhöhungen, eingeführt, die eine berufliche Eingliederung fördern sollten. Mit der IVG-Revision 6a (in Kraft seit 2012) wurde diese Eingliederungsorientierung auf bestehende Rentenbeziehende ausgeweitet („Rente als Brücke zur Eingliederung“). Die Eingliederungsbemühungen sollen konsequent durch niederschwellige, flexible Eingliederungsmassnahmen und Arbeitgeberanreize (z.B. Arbeitsversuch) sowie ein stufenloses Rentensystem unterstützt werden. (Dieser letzte Punkt konnte allerdings mit der Revision 6a nicht realisiert werden.)

Vom ersten Forschungsprogramm gingen also zahlreiche Impulse für eine zielgerichtete und wissenschaftlich begleitete Weiterentwicklung der IV aus. Nach dem ersten Forschungsprogramm setzt nun das zweite Forschungsprogramm (FoP2-IV, 2010–2015) den Schwerpunkt auf die Evaluation der eingeleiteten Massnahmen (insbesondere der 4. und 5. IVG-Revision). Was haben die Revisionen bewirkt und wie können die Massnahmen optimiert werden? Da der zeitliche Abstand zur Einführung dieser Massnahmen teils noch zu kurz war, konnten

aber nicht alle längerfristigen Wirkungen der Revisionen untersucht werden. Zudem standen erneut die Schnittstellen zu andern Teilsystemen und Akteuren auf dem Forschungsplan. Auch an vertiefenden Analysen der psychisch bedingten Invalidisierungen wurde weiter gearbeitet. Wie bereits im ersten Programm hielt sich das FoP2-IV die Möglichkeit offen, aktuelle oder neu wahrgenommene Entwicklungen oder Fragestellungen – im Sinne einer rollenden Planung – in Forschungsprojekten aufzunehmen.

Organisatorisch setzte zu Beginn des FoP2-IV eine Konsolidierungsphase ein: Das strategische Leitungsorgan wurde verkleinert und auf die Bereichsleitenden des BSV-Geschäftsfeldes IV sowie den Forschungsverantwortlichen konzentriert. Ferner wurde die Tagungsfrequenz auf einen monatlichen Rhythmus erhöht, womit die einzelnen Projekte zeitnah verfolgt werden können. Dies ermöglicht eine schnellere und vertiefte Diskussion und Diffusion von Resultaten. Gleichzeitig wurde sowohl bei der operativen Leitung des Programms als auch bei der Leitung der Einzelprojekte das Tandem-Prinzip eingeführt: Je eine Person aus dem Geschäftsfeld IV und dem Bereich Forschung und Evaluation stellen die Leitung, wobei die Person aus dem Geschäftsfeld IV primär fachliche, jene aus dem Bereich Forschung primär methodische und organisatorische Verantwortung übernimmt. Für jedes Einzelprojekt wird zudem eine Projektbegleitgruppe eingesetzt, meist mit internen Fachspezialistinnen und Fachspezialisten sowie punktuell externen Fachleuten.

Während der sechsjährigen Laufzeit wurden 20 Projekte durchgeführt, die zu 18 Publikationen in der Forschungsreihe sowie zu vier e-Publikationen führten. Die Projektkosten (ohne Overhead) beliefen sich auf rund 2.5 Mio. CHF. Diese Projekte wurden vollumfänglich durch das BSV bzw. die IV finanziert, entweder direkt aus dem Forschungskredit FoP-IV oder über die Pilotversuche nach Artikel 68^{quater} IVG. Für den vorliegenden Synthesebericht werden neben den vom BSV in Auftrag gegebenen Berichten und Projekten, sowie Berichten, die das BSV mit unterstützt hat (z.B. OECD-Berichte), fallweise auch Studien beigezogen, die sich mit relevanten Fragestellungen im näheren Umfeld des Forschungsprogramms beschäftigten.

Die Berichte wurden meist mit einer Medienmitteilung publiziert. Sie wurden im BSV, oft auch in der AHV/IV-Kommission vorgestellt und diskutiert. Die Resultate flossen und fliessen in die aktuelle Aufsichtspraxis des BSV sowie in Gesetzes- und Verordnungsänderungen. Die IV-Stellenkonferenz wird regelmässig über die für sie relevanten Erkenntnisse und Empfehlungen informiert. In jedem Kapitel des Syntheseberichts nimmt das BSV deshalb zu den Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Projekte Stellung und hält auch fest, was inzwischen umgesetzt werden konnte, wo weitere Abklärungen laufen oder wie die Vernetzung zu andern Akteuren aufgebaut wurde.

Der vorliegende Bericht fasst die wichtigsten Resultate, die Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Einzelprojekte zusammen und stellt Verbindungen zwischen ihnen her.

Der Bericht ist wie folgt aufgebaut: Kapitel 2 geht auf die Analysen zum IV-Abklärungsverfahren ein. In Kapitel 3 wird die berufliche Eingliederung, ein Kernbereich der letzten IVG-Revisionen, näher beleuchtet. Kapitel 4 stellt die Studien vor, die über die Thematik der psychisch bedingten Invalidität verfasst wurden. Kapitel 5 behandelt sodann die Studien zu spezifischen Leistungen der Invalidenversicherung – von der Rente über die Hilflosenentschädigung bis zu den Hilfsmitteln. Das 6. Kapitel beleuchtet die Schnittstellen mit den verschiedenen Akteuren im Umfeld der IV und die interinstitutionelle Zusammenarbeit mit diesen.

2. Das Abklärungsverfahren in der Invalidenversicherung

2.1 Einleitung

Die IV unterstützt gesundheitlich beeinträchtigte Personen bei ihrer Eingliederung und prüft einen allfälligen Rentenanspruch. Entscheidender Bestandteil dieser zentralen Aufgaben ist die Abklärung der medizinischen und beruflichen Situation der betroffenen Person. Durch die Neuausrichtung der IV auf die Eingliederung hat sich das Abklärungsverfahren stark verändert. Grob skizziert kann es als Zusammentragen von relevanten Informationen für die Entscheide der IV-Stellen bezeichnet werden. Die konkreten Ziele der Abklärungen sind im Gesetz nicht festgehalten. Dieses Kapitel geht genauer auf die verschiedenen Etappen sowie auf einige Rechte und Pflichten der beteiligten Parteien ein, die der Gesetzgeber festgelegt hat.

In der Praxis sind die von den IV-Stellen berücksichtigten Abklärungsziele vielfältig und widersprechen sich teilweise (Guggisberg et al. 2015a). Während die Rechte und Pflichten der beteiligten Parteien vorgegeben sind, ist das Ziel der Genauigkeit möglicherweise mit einem raschen Vorgehen oder der Kostenkontrolle nicht vereinbar. Die IV-Stellen müssen zudem auch die Kriterien Transparenz und Ressourcenorientierung sicherstellen. Während die Transparenz für Fairness und Nachvollziehbarkeit bei den Versicherten sorgt, impliziert die Ressourcenorientierung, dass bei der Abklärung die Ressourcen der Versicherten im Vordergrund stehen. Die verschiedenen Ziele werden je nach Situation unterschiedlich gewichtet, weshalb es keine vorgegebenen Erfolgskriterien gibt.

Das Abklärungsverfahren der IV ist ein bereichsübergreifendes, komplexes und sich veränderndes Element. Es war wichtiger Bestandteil des FoP2-IV und wurde aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet. Zwei Projekte befassten sich direkt mit der Thematik, während weitere Studien indirekt Erkenntnisse über die medizinische und berufliche Abklärung in der IV brachten. In diesem Kapitel werden zunächst die Änderungen der IV und ihre Bedeutung für das Abklärungsverfahren (Kapitel 2.2) untersucht. Kapitel 2.3 liefert eine Übersicht über den Ablauf des Verfahrens bei den IV-Stellen. Das darauffolgende Kapitel (2.4) beschreibt die Rolle der anderen beteiligten Akteure und die in diesem Bereich durchgeführten Studien. Zu den beteiligten Akteuren zählen insbesondere die RAD, die Gutachterinnen und Gutachter, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie die Versicherten selbst. Das abschliessende dritte Kapitel zeigt die wichtigsten Ergebnisse sowie die Empfehlungen der Autorinnen und Autoren der verschiedenen Studien auf.

2.2 Von der Renten- zur Eingliederungsversicherung: Auswirkungen auf das Abklärungsverfahren

Vor der 4. IVG-Revision sprach die OECD von der IV als passiven Akteur, der erst in einer sehr späten Phase einbezogen wird (wenn alle anderen Leistungsoptionen erschöpft sind) und der Jahre für den Abklärungsprozess benötigt (OECD 2013: 17). Die oft als „Rentenversicherung“ bezeichnete IV war weit entfernt von der Eingliederungsversicherung, die sie seit ihrer Gründung eigentlich sein sollte. Der OECD zufolge war es genau diese Ausrichtung, die bis Mitte der 2000er-Jahre zu einer starken Zunahme der IV-Renten führte. Als Grund für diese Lage sah die OECD nicht nur die Eingliederungsinstrumente und deren Verwendung, sondern das gesamte Abklärungsverfahren. So stellte die OECD fest, dass die verbleibende Arbeitsfähigkeit der IV-Leistungsbeziehenden ungenügend abgeklärt wurde, was bis 2006 einen Rentenanstieg zur Folge hatte (OECD 2013: 61). Dabei gilt zu bedenken, dass die IV ursprünglich auf somatische Erkrankungen ausgerichtet war, heute jedoch rund die Hälfte der IV-Renten wegen psychischer Probleme ausgerichtet wird (vgl. Kapitel 4).

Aufgrund des starken Rentenanstiegs Ende 90er und Anfang 2000er Jahre und der Verschuldung der IV stehen das Abklärungsverfahren und seine finanziellen Auswirkungen im

Zentrum des politischen Interesses. Ein grosses Problem bestand darin, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, die früher für die medizinische Abklärung zuständig waren, nicht über die notwendigen versicherungsmedizinischen Kenntnisse verfügten. Anstoss für die Reformen des Abklärungsverfahrens gab auch die Feststellung, dass die IV viel zu stark auf die Renten anstatt auf die Eingliederung ausgerichtet war. Kritisiert wurde unter anderem das übermässig lange dauernde Verfahren, das mit Unsicherheiten und dem Risiko einer Chronifizierung der Krankheit behaftet war.

Eingangs wurde bereits erwähnt, dass verschiedene Reformen das IV-System von einer passiven Rentenverwaltung in eine proaktive Eingliederungsagentur umgewandelt haben, bei der die Eingliederung im Vordergrund steht. Dies hatte bedeutende Innovationen im Abklärungsverfahren zur Folge. Mit der 4. IVG-Revision wurden zur Vereinheitlichung der medizinischen Abklärung innerhalb der IV-Stellen die zehn RAD eingeführt. Angestrebt wurde ausserdem eine vergleichbare und einheitliche Abklärung der funktionellen Leistungsfähigkeit der betroffenen Versicherten. Die RAD können im Bedarfsfall ihre eigenen Abklärungen durchführen, was der IV früher nicht möglich war. Die 5. IVG-Revision brachte für die IV den grössten Wechsel in Richtung Eingliederung: Mit ihr wurden die Früherfassung (FE) und die Frühintervention (FI) eingeführt und die Eingliederungsmassnahmen wurden erweitert und ausgebaut (vgl. Kapitel 3). Diese Massnahmen haben sich auch auf das Abklärungsverfahren ausgewirkt. Der in den Phasen der Früherfassung und der Frühintervention vorherrschende Grundsatz „Geschwindigkeit vor Genauigkeit“ sollte langwierige, demotivierende und möglicherweise invalidisierende Abklärungsphasen verhindern und eine drohende Arbeitsunfähigkeit abwenden. Dies dank dem rechtzeitigen Einsatz der Eingliederungsinstrumente, wenn möglich dann, wenn die gesundheitlich beeinträchtigte Person ihre Stelle (noch) hat. Die rasche Gewährung dieser ersten Massnahmen erfolgt ohne grosse Einschränkungen auf Verfahrensebene, ohne tiefgreifende Abklärung der – insbesondere medizinischen – Situation. Das Abklärungsverfahren muss somit von Beginn weg rasch und einfach über die Bühne gehen.

Die IVG-Revision 6a hat die eingliederungsorientierte Ausrichtung noch verstärkt, indem auch die Gruppe der Rentnerinnen und Rentner aufgenommen wurde. Damit wurden Änderungen im Abklärungsverfahren eingeführt. Die OECD betont in ihrem Bericht (2013: 81), dass die Rentenrevisionen früher auf einer Selbsteinschätzung der IV-Beziehenden sowie einer Abklärung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes beruhten, gefolgt von einer meistens dossierbasierten Abklärung durch die IV-Stelle. Das mit der 6. IVG-Revision eingeführte Revisionsverfahren sieht einen proaktiveren Ablauf vor, bei dem das Eingliederungspotenzial der versicherten Person ermittelt und über allfällige Eingliederungsmassnahmen befunden wird. Anstatt sich einzig auf Dossiers zu stützen, werden vermehrt Gespräche geführt.

Die letzten drei Revisionen haben das Abklärungsverfahren somit erheblich verändert. Die medizinischen Abklärungen durch die IV-Stellen werden autonomer und einheitlicher durchgeführt (Einführung der RAD), mit der eingliederungsorientierten Ausrichtung (FEFI) erfolgt die Betreuung rascher und eine mögliche Eingliederung wird proaktiv abgeklärt.

2.3 Wie läuft ein Abklärungsverfahren ab?

Dieses Kapitel fasst die wichtigsten Beiträge des FoP2-IV zur Abklärung neuer Anmeldungen, die kantonalen Unterschiede und ihre Auswirkungen zusammen. Ausserdem setzt es sich mit dem Abklärungsverfahren im Falle von Rentenrevisionen auseinander.

2.3.1 Das Abklärungsverfahren für Neuanmeldungen

Guggisberg et al. (2015a: 3ff) zeigen die wichtigsten Verfahrensschritte auf, von der Meldung eines Falls über den Antrag, die verschiedenen Abklärungs- und Eingliederungsmassnah-

men, den Grundsatzentscheid und den Vorbescheid bis hin zum Rentenentscheid. Am Verfahren sind verschiedene Akteure inner- und ausserhalb der IV-Stellen beteiligt, beispielsweise die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, die RAD oder die Gutachterstellen. Nach dem Rentenentscheid kann das Verfahren auf juristischer Ebene weitergeführt werden. Es kommt vor, dass das Kantonsgericht zusätzliche Abklärungen anordnet, wenn es die Entscheidungsgrundlagen als unzureichend erachtet. Auch wenn die Geschwindigkeit ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Eingliederung ist, dauern Verfahren aufgrund der komplexen Aufgaben und der grossen Anzahl an verschiedenen beteiligten Akteuren immer noch relativ lange. Fluder et al. (2013: 15) haben festgestellt, dass eine IV-Abklärung bis zu 24 Monate oder noch länger dauern kann. Verschiedene Forschende betonen in diesem Zusammenhang, wie wichtig es ist, die interinstitutionelle Koordination zu verbessern. Dies würde die frühzeitige Erfassung erleichtern und den Aufwand bei der Informationsbeschaffung reduzieren (Bieri et al. 2013; Landert und Eberli 2015).

Die Forschungsberichte zum FoP2-IV zeigen Ähnlichkeiten in den Abklärungsverfahren auf, legen aber auch dar, dass die IV-Stellen ganz unterschiedlich vorgehen. Der Analyse von Bolliger et al. (2012) beispielsweise ist zu entnehmen, dass die IV-Stellen ihre Eingliederungsbemühungen nach der 5. IVG-Revision im Allgemeinen verstärkt haben, was sich auf das Abklärungsverfahren auswirkt. Allerdings gibt es immer noch Fälle, die nach altem Verfahren ablaufen. Einige IV-Stellen führen nach wie vor eine komplette medizinische Abklärung der versicherten Person durch, bevor sie Massnahmen zum Erhalt der Arbeitsstelle gewähren. In vielen der untersuchten Fälle ist der Einfluss der 5. IVG-Revision allerdings zu erkennen und die IV-Stellen identifizieren sich im Allgemeinen mit dem Kulturwandel. Sie befürworten eine rasche, dialogorientierte Abklärung zu Beginn des Verfahren, damit sie wenn nötig rasch Eingliederungsmassnahmen verordnen können (Bolliger et al. 2012).

Guggisberg et al. (2015a: 17) zeigen ausserdem auf, dass die IV-Stellen sehr unterschiedliche Eingliederungsstrategien anwenden. Obwohl die befragten Mitarbeitenden der IV-Stellen sich dem Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ verpflichtet fühlen, wird dieser nicht immer auf dieselbe Weise angewandt. In den meisten IV-Stellen wird der Rentenanspruch erst genauer abgeklärt, wenn die Eingliederungsmassnahmen nicht den gewünschten Erfolg brachten. Die Eingliederung ist grundsätzlich möglich und bleibt solange ein Ziel, bis das Gegenteil erwiesen ist (Strategie der „breiten“ Eingliederung). Nur wenige IV-Stellen verfolgen bei der Rentengewährung einen eher selektiven Ansatz und sehen nur dann Eingliederungsmassnahmen vor, wenn bei der versicherten Person das Risiko besteht, die Arbeitsstelle zu verlieren oder von der IV abhängig zu werden. Für diese IV-Stellen bedeutet „Eingliederung vor Rente“ in erster Linie, durch Eingliederungsmassnahmen das Ausrichten von Renten zu verhindern (Strategie der „selektiven“ Eingliederung). Einige IV-Stellen liegen zwischen diesen beiden Extremen und wenden eine Mischform an. Guggisberg et al. (2015a) zeigen, dass die IV-Stellen bei der Eingliederung je nach Eingliederungsstrategie unterschiedlich vorgehen. Grosse Unterschiede in der Abklärungspraxis bestehen auch in der Häufigkeit der Inanspruchnahme von mono-, bi- oder polydisziplinären Gutachten, in der Art der Zusammenarbeit mit den RAD, in Zeitpunkt und Art des Einholens von medizinischen Informationen und in den internen Abläufen (Personalmanagementtyp, Organisation, Ressourcenzuteilung usw.). Basierend auf verschiedenen Kriterien konnten die Autoren mehrere Kategorien von IV-Stellen identifizieren.

- Abklärungstyp 1: Die IV-Stellen dieser Kategorie holen systematisch schriftliche medizinische Informationen bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ein, bevor sie den ersten Triageentscheid treffen. Sie verordnen seltener schon beim ersten Triageentscheid Eingliederungsmassnahmen als die IV-Stellen der anderen Kategorien. Die RAD spielen während des Abklärungsverfahrens eine weniger aktive Rolle, vor allem während der Triagephase und der Erarbeitung des Eingliederungsplans kommen sie kaum zum Einsatz.

- Abklärungstyp 2: Die IV-Stellen dieser Kategorie holen systematisch schriftliche Informationen bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ein, allerdings erst nach dem ersten Triageentscheid. Der Eingliederungsprozess wird so rasch wie möglich eingeleitet, ohne schriftliche medizinische Informationen. Damit hängt er nicht einzig von einer theoretischen medizinischen Einschätzung ab. Die RAD sind stärker in den Ablauf eingebunden, insbesondere bei der Einschätzung des Leistungsanspruchs während der Schlussphase der Abklärung.
- Abklärungstyp 3: Diese IV-Stellen holen fallweise bestehende und zusätzliche schriftliche Dokumente bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ein, entweder vor oder nach dem ersten Triageentscheid. Sie arbeiten von Abklärungsbeginn weg eng und oft mit dem RAD zusammen. Die RAD beteiligen sich aktiv an der Erarbeitung von Eingliederungsstrategie und -verfahren.

Mithilfe multivariater Analysemethoden gelang es den Autoren der Studie (unter statistischer Kontrolle der kantonalen Hintergrundvariablen), mehrere Variablen, die mit der Zahl der bei den IV-Stellen eingegangenen Neurenten korrelieren, zu identifizieren. Diese Ergebnisse wurden durch die Evaluation der 5. und 6. IVG-Revision, die die Auswirkungen der Integration in den ersten Arbeitsmarkt berücksichtigt und sich nicht auf die Berentungsquote beschränkt (Guggisberg et al. 2015b), bestätigt. Der Abklärungstyp 2 weist eine vergleichsweise niedrigere Neurentenquote auf. Dieses wichtige Ergebnis zeigt, dass erst nach dem ersten Triageentscheid systematisch schriftliche medizinische Informationen bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten eingeholt werden sollten. Diese Feststellung stärkt den mit der 5. IVG-Revision eingeführten Grundsatz, dass es zu Beginn des Abklärungsverfahrens mehr auf die Geschwindigkeit als auf die Genauigkeit ankommt. In diesem Stadium geht es in erster Linie darum, die betroffenen Personen möglichst rasch zu unterstützen, damit sie ihre Stellen behalten oder schnell eine neue Stelle finden können. Eine genaue Abklärung ihrer medizinischen Situation ist zweitrangig. Wichtig ist, ein zu langes Fernbleiben vom Arbeitsmarkt und eine mögliche Chronifizierung der Krankheit zu verhindern. Zu Beginn des Abklärungsverfahrens bewährt sich die Strategie „Dialog vor Dossier“ also durchaus. Wie die Studie „Die Zusammenarbeit zwischen der IV und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten“ (Bolliger, Féraud 2015) empfiehlt auch diese Studie, dass vor dem Triageentscheid keine, oder zumindest nicht systematisch, Arztberichte angefordert werden sollen. Die meisten IV-Stellen handhaben dies anders.

- Die IV-Stellen sollten die Arztberichte gezielt einholen: Arztberichte sollten nicht systematisch, sondern einzelfallweise angefordert werden. Zuerst sollten die vorhandenen medizinischen Informationen gesichtet werden, beispielsweise Berichte anderer Versicherungen (Bolliger, Féraud 2015: 81). Erst nach der Ersttriage sollten systematisch die schriftlichen Informationen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte eingeholt werden (Guggisberg et al. 2015a, 71).

Auch weitere Variablen werden mit einer niedrigeren Berentungsquote in Verbindung gebracht (Guggisberg et al. 2015a, 53/54), insbesondere die rasche und eher grosszügige Zusage von Frühinterventionsmassnahmen. Entsprechend scheint sich die rasche Intervention auszuzahlen (vgl. auch Kapitel 3).

- Die IV-Stellen sollten rascher und grosszügiger Frühinterventionsmassnahmen einsetzen, gegebenenfalls unter Einbezug des RAD und mündlicher Rücksprache mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, aber ohne vorgängiges Einholen zusätzlicher schriftlicher Arztberichte. Gemäss Guggisberg et al. (2015a: 72) zählt vor allem die Geschwindigkeit.

Das Autorenteam hält es für lohnenswert, den Grundsatzentscheid auf die Beurteilung des RAD zu Eingliederungspotenzial und Arbeitsfähigkeit zu stützen. Das versicherungsmedizi-

nische Knowhow des RAD stellt eine wichtige Grundlage zur Beurteilung des Eingliederungspotenzials dar. Ausserdem zeigt die Studie, dass die IV-Stellen, die durchschnittlich mehr Geld für Eingliederungsmassnahmen zur Verfügung stellen, eine tiefere Neurentenquote verzeichnen. Insbesondere bei den Massnahmen beruflicher Art geht es nicht um die Menge an zugesprochenen Massnahmen, sondern darum, vermehrt und gezielt die RAD beizuziehen.

- Die Entscheide der IV-Stellen zu den Integrationsmassnahmen und den Massnahmen beruflicher Art sollten auf der medizinischen Abklärung und Beurteilung des RAD basieren. So lohnt es sich auch, in diese Massnahmen zu investieren (Guggisberg et al. 2015a: 72–73).

Eine wichtige Erkenntnis besteht darin, dass die Neurentenquote nicht durch die Intensität der medizinischen Abklärung in den IV-Stellen beeinflusst wird: Eine IV-Stelle, die mehr Abklärungsmassnahmen verordnet und/oder mehr in die einzelnen Massnahmen investiert, weist keine signifikant andere Berentungsquote auf.

Das Abklärungsverfahren kann zu einem Rentenentscheid führen, der jedoch nicht zwingend das Ende des Verfahrens bedeutet, da die Versicherten die Möglichkeit haben, beim Kantonsgericht (oder für Personen im Ausland: beim Bundesgericht) eine Beschwerde einreichen. Dieser Teil des Verfahrens wurde ebenfalls untersucht. Die OECD (2013) hat einen Anstieg der Anzahl Beschwerden verzeichnet. Auch haben die Gerichte öfters zusätzliche medizinische Abklärungen verlangt. Die Beschwerden sind von 2200 im Jahr 2004 auf 5400 im Jahr 2009 angestiegen. Danach sind sie wieder leicht zurückgegangen (OECD 2013: 72). Da die Entscheide der Kantonsgerichte nicht von der Art der Abklärung des Falls durch die IV-Stellen abhängen, sondern auch von den Gerichten selbst, war es nicht möglich, einen kausalen Zusammenhang zwischen der Art des Abklärungsverfahrens und den Ergebnissen des Beschwerdeverfahrens herzustellen. Die Studie von Guggisberg et al. (2015a) hat interessante Ergebnisse über die Urteile zu Rentenfällen hervorgebracht. Sie basieren auf aggregierten Daten zu allen Kantonen sowie auf der Analyse von Gerichtsdateien aus drei Kantonen und betreffen die Neuanmeldungen der Kohorte 2009. Zusammenfassend kann gesagt werden:

- 8 % der Kohorte 2009 hat beim Kantonsgericht Beschwerde eingereicht. Dieser Wert variiert je nach IV-Stelle zwischen 3 % und 13 %.
- In 10 % der Fälle obsiegte die versicherte Person; in 8 % der Fälle wurde die Beschwerde teilweise gutgeheissen; in 56 % der Fälle obsiegte die Verwaltung; in 22 % der Fälle wurden weitere Abklärungen gefordert; in 4 % der Fälle kam es zu Nichteintreten, Abschreibung oder Rückzug.
- In 49 % der Fälle stützte das Gericht sein Urteil auf Gutachten, in 14 % der Fälle auf eine Abklärung durch den RAD und in 36 % der Fälle auf beides.
- Die Stellungnahmen der RAD stossen in den kantonalen Gerichtsverfahren auf unterschiedliche Akzeptanz. Externe Gutachten werden in den meisten Fällen als Beweis anerkannt, auf die grösste Akzeptanz stossen bei den Gerichten allerdings polydisziplinäre Gutachten.
- Der Grund für die Anordnung zusätzlicher medizinischer Abklärungen sind oft als ungenügend erachtete Abklärungen oder eine nicht überzeugende Beurteilung durch den RAD bzw. beides.

2.3.2 Das Abklärungsverfahren bei Rentenrevisionen

Wie weiter oben erwähnt ging es in der IVG-Revision 6a darum, die Eingliederung von IV-Beziehenden zu verstärken und 12 500 gewichtete IV-Renten aufzuheben. Mit der Revision wurde ein auf Eingliederung ausgerichteter Prozess für die Rentenrevision eingeführt (vgl. Botschaft des Bundesrates zur Revision 6a). Je nach Ausgangslage wird beim Prozess nach

einer von zwei Modalitäten vorgegangen: Es kann sich entweder um eine auf die Identifizierung des Eingliederungspotenzials einer versicherten Person ausgerichtete Revision handeln (eingliederungsorientierte Rentenrevision) oder um eine Revision nach Artikel 17 ATSG, bei der die leistungsauslösenden Sachverhalte angepasst werden (medizinische und/oder berufliche Situation der versicherten Person). Bei der ersten Modalität, die mit der letzten IVG-Revision eingeführt wurde, klären die IV-Stellen das Eingliederungspotenzial der versicherten Person aktiv ab und unterstützen sie mit einem Eingliederungsplan. Bei der zweiten Modalität erfolgt die Revision oft anhand des Dossiers bzw. des Arztberichts, wenn die Ärztin oder der Arzt auf eine Veränderung in der medizinischen, leistungsauslösenden Situation hinweist. In beiden Fällen wird der Prozess in drei Etappen unterteilt: Triage, Wiedereingliederung und Prüfung des Rentenanspruchs.

Eine Studie dazu, wie die IV die Eingliederung handhabt, (Guggisberg et al. 2015b) zeigt, dass sich die IV-Stellen bei den Rentenrevisionen im Allgemeinen an den in der Botschaft zur IVG-Revision 6a beschriebenen Referenzprozess halten. Allerdings werden sowohl die Prüfung des neuen Rentenanspruchs basierend auf medizinisch-theoretischen Änderungen (aktenbasiert) als auch die Beurteilung des Eingliederungspotenzials, das die Mitwirkung der versicherten Person voraussetzt, unterschiedlich vorgenommen. Während einige IV-Stellen beides gleichzeitig durchführen, legen die anderen den Schwerpunkt zuerst auf einen der beiden Aspekte. Bei der ersten Etappe, der Triage, gehen alle IV-Stellen ähnlich vor: Sie analysieren das Dossier und halten sich an bestimmte Ausschlusskriterien (Alter, Rentenbezugsdauer, Diagnose und bisherige Entwicklung des Gesundheitszustandes usw.). Personen, denen Eingliederungspotenzial attestiert wird, werden zu einem Gespräch eingeladen. Ausserdem werden interdisziplinäre Assessments durchgeführt. Anhand der Ausschlusskriterien müssen jene Personen herausgefiltert werden können, bei denen ein Eingliederungserfolg möglich ist. Die Selbsteinschätzung der versicherten Person und ihre persönlichen Ziele, die Organisation ihres Alltags, das psychosoziale und das persönliche Umfeld spielen eine zentrale Rolle. Die Wiedereingliederungsmassnahmen betreffen also eine beschränkte Gruppe von Personen, die ein Eingliederungspotenzial aufweisen und gleichzeitig auch motiviert sind, Eingliederungsmassnahmen in Anspruch zu nehmen (Guggisberg et al. 2015b: 101). Nach der Eingliederungsphase folgt die dritte und letzte Etappe: die Überprüfung des Rentenanspruchs. Die Analyse zeigt, dass die IV-Stellen im medizinisch-theoretischen Ansatz zur Prüfung von Veränderungen der medizinischen, beruflichen oder persönlichen Situation der versicherten Person grösseres Potenzial zur Rentenreduktion sehen als in den „proaktiven“ eingliederungsorientierten Revisionen, die im Rahmen der IVG-Revision 6a angestrebt wurden (Guggisberg et al. 2015b: 94).

Die Analyse der Rentenrevision hat sich auch mit dem Sonderfall der „Schlussbestimmungen“ befasst (Guggisberg et al. 2015b). Hierbei handelt es sich um Fälle, in denen die Beschwerden nicht objektivierbar oder überwindbar sind. Sie betreffen lediglich Versicherte bis 55 Jahre, die während mindestens 15 Jahren eine Rente bezogen haben. Diese Kriterien bedingen die Aufhebung der Rente. Den betroffenen Personen bleiben drei Jahre, in denen sie ihre Rente weiterhin erhalten und Eingliederungsmassnahmen in Anspruch nehmen können. Die Untersuchung zeigt, dass die Selektion in den IV-Stellen zuerst durch eine elektronische Vortriage anhand des Gebrechenscodes erfolgt. Als weitere Filter werden Alter und Rentenbezugsdauer eingesetzt. Für die auf diese Weise identifizierten Fälle geben viele IV-Stellen ein externes, meist polydisziplinäres Gutachten in Auftrag (MEDAS). Den Autoren zufolge wären die meisten Fälle anhand der eingliederungsorientierten und eingliederungspotenzialbasierten Revisionen nicht ausgewählt worden. In diesen dominieren die Risikofaktoren, die sich erschwerend auf eine Eingliederung auswirken: geringe Bildungsressourcen, Migrationshintergrund, schwere psychosoziale Umstände, Personen fühlen sich nicht arbeitsfähig, Versicherte über 50 Jahre und lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt. In Fällen in Zusammenhang mit den Schlussbestimmungen gestalte sich die Zusammenarbeit mit den

behandelnden Ärztinnen und Ärzten, insbesondere mit den Psychiaterinnen und Psychiatern, besonders schwierig. Diese bringen laut Untersuchung oftmals Unverständnis zum Ausdruck (Guggisberg et al. 2015b). Das Forschungsteam hat herausgefunden, dass auch innerhalb der IV-Stellen, vor allem zwischen RAD und Rechtsdienst, teilweise Uneinigkeit herrscht. Manchmal sei die juristische Unterscheidung zwischen rein somatoformen Schmerzstörungen und psychischen Komorbiditäten aus medizinischer Sicht kaum möglich. Personen mit somatoformen Schmerzstörungen hätten häufig „diffuse“ Kombinationen verschiedener Symptome, darunter psychische. So sei die Verlagerung von Diagnosen die Regel, was eine Aufhebung der Rente verhindere. Die klaren Fälle, die die Schlussbestimmungen betreffen, bilden somit eher die Ausnahme. Einzig zwei IV-Stellen haben das Revisionsverfahren bei Unsicherheiten zur Kategorisierung von Fällen in Zusammenhang mit den Schlussbestimmungen fortgesetzt, was in diesen beiden Stellen zu einer hohen Anzahl Beschwerden führte. Zwischen 2012 und Ende 2014 fällten die Kantonsgerichte und das Bundesverwaltungsgericht 270 Entscheide zu Beschwerden bezüglich der Schlussbestimmungen. Die IV-Stellen obsiegten in 37 % der Fälle (Guggisberg et al. 2015b).

Aufgrund qualitativ problematischer Daten, die beispielsweise keine Unterscheidung nach Revisionstyp zulassen, konnten die Auswirkungen der IVG-Revision 6a auf die Renten nur beschränkt untersucht werden (Guggisberg et al. 2015b). Zudem schränkt die kurze Zeitspanne zwischen der Einführung des Prozesses und der Untersuchung die Wirkungsanalyse ein. Anhand der Ergebnisse dieser ersten Analyse ist es allerdings möglich, einige Tendenzen festzustellen. Dazu wurden die Revisionen vor und nach 2012, als die Revision 6a in Kraft trat, verglichen. In 6,7 % der Fälle der Rentenkohorte 2007 wurde nach einer Revision die Rente angepasst, in 3,5 % dieser Fälle wurde die Rente herabgesetzt oder aufgehoben. Für die Kohorte 2011 (Revisionen berücksichtigt bis Ende 2014) wurden 7 % der Renten angepasst, 3,9 % davon herabgesetzt oder aufgehoben. (Wichtige methodische Einschränkung: Es ist nicht möglich, Revisionen, die nicht zu einer Renten Anpassung führen, zu ermitteln). Diese bescheidenen Rentenveränderungen sind angesichts der weiter oben beschriebenen Schwierigkeiten des Revisionsprozesses nachvollziehbar. Der Anteil an gewährten Eingliederungsmassnahmen ist von 1,3 % in der Kohorte 2007 auf 2,2 % in der Kohorte 2011 angestiegen. Für das Forschungsteam bedeutet dies eine deutliche Erhöhung auf tiefem Niveau. Es werden jedoch nach wie vor selten Renten aufgrund von Eingliederungsmassnahmen herabgesetzt oder aufgehoben.

2.4 Die Akteure des Abklärungsverfahrens

Die verschiedenen Studien zum FoP2-IV brachten neue Erkenntnisse zu den Rollen der wichtigsten am Abklärungsverfahren beteiligten Akteure. Wichtigster Akteur sind natürlich die IV-Stellen, die das Verfahren koordinieren, indem sie verschiedene Akteure wie die Gutachterinnen und Gutachter, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie die Versicherten selbst mobilisieren. Bevor die jüngsten Erkenntnisse zu den verschiedenen Akteuren im Abklärungsverfahren zusammengefasst werden, beleuchten wir die Rolle eines spezifischen und direkt in die IV-Stellen integrierten Akteurs: die regionalen ärztlichen Dienste.

2.4.1 Regionaler ärztlicher Dienst (RAD)

Vor der 4. IVG-Revision waren hauptsächlich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte für die medizinische Abklärung zuständig. Die Botschaft über die 4. IVG-Revision führte die Ausweitung des Begriffs Krankheit (insbesondere psychische Krankheit) durch die Ärzteschaft seit den 1990er-Jahren als möglichen Faktor für den Anstieg der Anzahl Renten auf: „Dazu kommt ein Wandel des Krankheitsverständnisses insbesondere bei den psychischen Erkrankungen, welches der Zweckbestimmung der IV nicht immer gerecht wird. Es ist daher unerlässlich, dass die Berichte über die hausärztliche Untersuchung von Ärztinnen und Ärzten der Invalidenversicherung überprüft werden.“ (Botschaft 4. IVG-Revision: 3258). Vor der 4.

IVG-Revision verfügten die IV-Stellen zur Erfüllung ihrer Kontrollaufgabe über ärztliches Personal. In kleineren Kantonen war dieses oft in kleinen Teilzeitpensen (5 % oder 10 %) angestellt. Diese Ärztinnen und Ärzte beurteilten den Gesundheitszustand bzw. die Arbeitsfähigkeit anhand von Akten und konnten selbst keine medizinischen Untersuchungen durchführen. Bei komplizierten Krankheitsbildern konnten sie weitergehende medizinische Abklärungen in medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS, heute: Gutachterstellen) vorschlagen. Mit der im Jahr 2004 im Rahmen der 4. IVG-Revision eingeführten (und ab 2005 eingesetzten) RAD wurde der Übergang zu einer einheitlichen und systematischen medizinischen Abklärung eingeläutet, um die starke Zunahme an IV-Rentenbeziehenden in den Griff zu bekommen (Botschaft 4. IVG-Revision: 3258). Seither sind die interdisziplinären RAD in die IV-Stellen integriert und kümmern sich um die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen zum Anspruch auf Leistungen, insbesondere auf Massnahmen beruflicher Art und Renten. Damit hat die IV die Möglichkeit, die Abklärungen durch ihr eigenes versicherungsmedizinisches Personal durchzuführen.

Es ist allgemein anerkannt, dass die mit den RAD eingeführte höhere Standardisierung und strengere Handhabung zur Senkung der Renten beiträgt; allerdings konnte bisher keine Studie den wissenschaftlichen Nachweis erbringen. Der Forschungsbericht „Evaluation der Regionalärztlichen Dienste“ (Wapf, Peters 2007) befasste sich spezifisch mit der Einführung der RAD. Demnach hat sich die Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen der IV-Stellen verbessert und die Zahl des medizinischen Personals, das versicherungsspezifische Wissen und die Interdisziplinarität der Ärzteteams haben sich erhöht. Das Autorenteam stellt fest, dass die RAD beginnen, auf die Ärzteschaft auszustrahlen und präventiv zu wirken. Zur Verringerung der Rentenquote und zur Verhinderung nicht konformer Renten konnten im Bericht hingegen keine Schlussfolgerungen gezogen werden. Somit war es auch nicht möglich, die Auswirkungen anderer RAD-bezogener Faktoren zu isolieren.

Eine kürzlich veröffentlichte FoP2-IV-Studie (Guggisberg et al. 2015a) zum Abklärungsprozess in der IV zeigt, dass die Rolle der RAD innerhalb der IV-Stellen eines der Kernelemente des Verfahrens darstellt. Dem Autorenteam zufolge unterscheidet sich die Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und RAD von Kanton zu Kanton und hängt von folgenden Faktoren ab:

- Einbezug des RAD in die Strategie- und Prozessentwicklung der IV-Stellen (starker vs. eher geringer Einbezug)
- Zeitpunkt des Einbezugs in den Abklärungsprozess (früh und standardmässig vs. später und fallbezogen)
- Art der Kommunikation (direkt, eher wenig formal vs. eher formal und häufig schriftlich)

Somit ist die Art und Weise, wie die RAD in die IV-Stellen integriert sind, je nach Kanton sehr unterschiedlich. Wie weiter oben (Kapitel 2.3) festgestellt, hängt die Art der Zusammenarbeit mit dem RAD eher mit anderen Aspekten des Abklärungsverfahrens zusammen, insbesondere mit der Art der Informationsbeschaffung bei der behandelnden Ärzteschaft. Aus der Kombination dieser beiden Aspekte (Zusammenarbeit mit den RAD und Informationsbeschaffung bei der behandelnden Ärzteschaft) ergibt sich eine Unterteilung in drei Abklärungstypen. Diese können mit den unterschiedlichen Rentenquoten innerhalb der Kantone in Verbindung gebracht werden.

2.4.2 Medizinische Gutachten

Die Einführung der medizinischen Abklärungsstellen der IV (MEDAS) im Jahr 1978 kann mit der Ausweitung des Begriffs Gesundheit und der Berücksichtigung psychosozialer Kriterien, was die Zahl der „komplexen“ Fälle vervielfachte, in Zusammenhang gebracht werden (Bütler 2012: 89). Die IV-Stellen können sich bei besonders komplizierten Fällen, die oft „kaum“ objektivierbare Gesundheits- und psychosoziale Probleme umfassen, an die MEDAS

wenden. Diese klären die verbleibenden Fähigkeiten und die funktionellen Einschränkungen ab und beurteilen die Arbeitsunfähigkeit in der gewohnten Tätigkeit sowie die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Die IV-Stellen, unterstützt durch die Ärztinnen und Ärzte der RAD, wenden sich meist bei komplexen Fällen mit eher geringer Beschäftigungsperspektive an MEDAS. Diese teuren externen Gutachten werden gemäss OECD-Bericht (2013) hauptsächlich in Auftrag gegeben, um den Rentenanspruch zu klären, und nicht unbedingt im Hinblick auf die Eingliederungsplanung. Ausserdem wird darauf hingewiesen, dass die Zahl der medizinischen Gutachten seit 2008 stark zugenommen hat. 2008 wurden zu reaktiven psychischen Störungen 700 Gutachten – auch polydisziplinäre – erstellt, 2012 belief sich die Zahl auf 3100. Die Zahl der Abklärungsmassnahmen beruflicher Art ist über denselben Zeitraum stabil geblieben. Der starke Anstieg ist vermutlich auf die höhere Zahl von Beschwerden und die von Gerichten angeordneten zusätzlichen medizinischen Abklärungen zurückzuführen. Die Beschwerden sind von 2200 im Jahr 2004 auf 5400 im Jahr 2009 angestiegen. Danach sind sie wieder leicht zurückgegangen (OECD 2013: 72). Weitere Gründe für die Zunahme der Zahl an medizinischen Gutachten sind die strengere Abklärung der Erwerbsfähigkeit durch die RAD, insbesondere bei einigen nicht objektivierbaren Arten von Schmerzen, sowie die steigende Zahl der Fälle von reaktiven psychischen Störungen.

Guggisberg et al. (2015a) zeigen hingegen auf, dass die mono-, bi- und polydisziplinären Gutachten lediglich 18 % der neu angemeldeten Personen der Kohorte 2009 betreffen (Medianwert). Die kantonalen Werte weichen allerdings beträchtlich voneinander ab und reichen von 7 % bis 35 %. Die Mediandauer zwischen Anmeldung und Inanspruchnahme der Massnahmen beträgt 408 Tage. Des Weiteren geht aus der Studie hervor, dass die IV-Stellen durchschnittlich 1400 Franken pro neuangemeldete Person für Abklärungsmassnahmen (inkl. Arztberichte) ausgeben. Der Betrag liegt je nach IV-Stelle zwischen 770 und 2380 Franken.

2.4.3 Behandelnde Ärztinnen und Ärzte

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind zentrale Akteure im Abklärungsverfahren. In ihrem Bericht legen Guggisberg et al. (2015a) dar, dass 90 % der Neuanmeldungen der Kohorte 2009 Massnahmen für unter 500 Franken erhielten, wobei keine signifikanten Unterschiede nach IV-Stelle bestehen. Diese Ausgaben entsprechen im Allgemeinen einem bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten angeforderten Arztbericht, was bedeutet, dass diese Abklärungsmassnahme recht verbreitet ist. Die IV-Stellen sind während allen Etappen des Abklärungsverfahrens sehr auf die medizinischen Informationen angewiesen, die die behandelnde Ärzteschaft vor und während des IV-Prozesses zusammenträgt. Die stark eingliederungsorientierten letzten Revisionen des IVG, mit denen auch die RAD eingeführt wurden, was eine Vereinheitlichung der versicherungsmedizinischen Abklärungen ermöglichte, schufen Konfliktpotenzial zwischen der behandelnden Ärzteschaft und den RAD. Die Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und behandelnden Ärztinnen und Ärzten ist ein zentrales, bereichsübergreifendes und heikles Element des Abklärungsverfahrens und war Thema einer Studie im Rahmen des FoP2-IV (Bolliger, Féraud 2015).

Die Zusammenarbeit zwischen den IV-Stellen und der behandelnden Ärzteschaft sieht in jedem Kanton anders aus. Die Kontakte finden entweder einzelfallbezogen oder fallunabhängig (z. B. anlässlich von Informationsveranstaltungen, Schulungen usw.) statt. Wapf und Peters (2007: 73) hatten bereits kurz nach Einführung der RAD und im Rahmen des ersten FoP-IV festgestellt, dass grosse Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit und die Institutionalisierung des Dialogs mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bestehen. Auch Bolliger und Féraud (2015) stiessen auf kantonale Unterschiede. Sie weisen darauf hin, dass sich im Rahmen der Zusammenarbeit, der bestehenden Schwierigkeiten und der Verbesserungsmöglichkeiten ähnliche Fragen stellen. Die Studie untersuchte die Zusammenarbeit der IV-

Stellen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten in vier Bereichen: medizinische Massnahmen für Personen bis zum 20. Lebensjahr; Eingliederung; vertiefte Prüfung des Rentenanspruchs; Rentenrevision.

Die Autoren verweisen auf verschiedene Hürden, auf die die IV-Stellen und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte keinen Einfluss haben, die sich jedoch auf ihre Zusammenarbeit auswirken. Als Erstes nennen sie unterschiedliche Konzepte: Die Medizin arbeitet mit einem weiteren Gesundheits- und Krankheitsbegriff als die IV, der soziale Aspekte stärker einbezieht. Die Frage, ob eine Person noch arbeiten kann, beurteilen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte anhand des *aktuellen Berufs* der versicherten Person, rein medizinisch und basierend auf ihrer eigenen Einschätzung des *realen* Arbeitsmarkts. Die IV hingegen ermittelt die medizinisch-ökonomische *Erwerbsfähigkeit in angepasster Tätigkeit* auf dem *ausgeglichene*n Arbeitsmarkt. Damit weichen die Grundkonzepte sowohl von Gesundheit als auch von Arbeitsmarkt deutlich voneinander ab, was zu einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit führt. Zudem stellt die IV höhere Anforderungen an die Objektivierbarkeit einer Erkrankung als die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Auch andere Aspekte erschweren die Zusammenarbeit. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen zur versicherten Person eher in einem Vertrauensverhältnis, während die IV-Mitarbeitenden eine kritisch-hinterfragende Grundhaltung einnehmen müssen. Dazu kommt, dass der rechtliche Rahmen (Datenschutz) dem Informationsaustausch gewisse Grenzen setzt. Hierzu empfehlen die Autoren dem Bund, die Frage zu klären, welche Informationen die IV-Stellen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten unter welchen Voraussetzungen herausgeben dürfen.

All diese Faktoren verkomplizieren die Zusammenarbeit und die betroffenen Akteure haben keinen direkten Einfluss darauf. Trotzdem zeigt die Studie auch, dass die behandelnde Ärzteschaft und die IV-Stellen in den meisten Fällen mit der Zusammenarbeit eher oder ganz zufrieden sind – obwohl je nach Bereich grosse Unterschiede bestehen. Bei den medizinischen Massnahmen beurteilen die Befragten die Zusammenarbeit in mehr als drei von vier Fällen als eher oder ganz zufriedenstellend. Bei der Prüfung des Rechtsanspruchs sinkt das Zufriedenheitsniveau auf etwas mehr als die Hälfte. Für die Bereiche Eingliederung und Rentenrevision liegen die Werte dazwischen. Dass das Zufriedenheitsniveau bei den medizinischen Massnahmen höher ist, lässt sich damit erklären, dass die Fragestellungen in diesem Bereich weniger komplex sind und die Ärztinnen und Ärzte oft ein persönliches Interesse an der geplanten Therapie haben. Bei der Rentenprüfung weichen die Konzepte zwischen Ärzteschaft und IV stärker voneinander ab. Hausärztinnen und Hausärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater sind mit der Zusammenarbeit allgemein weniger zufrieden als Vertreter anderer Fachrichtungen. In ihrem Forschungsbericht zu den Profilen junger IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten (2015) untermauern Baer et al. diese Feststellung. Sie zeigen auf, dass die IV-Stellen bei einem Drittel der jugendlichen Rentenbeziehenden Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt, in den meisten Fällen eine Psychiaterin oder ein Psychiater, hatten.

Beide Akteure stellen unterschiedliche bereichsübergreifende Schwierigkeiten fest (Bolliger, Féraud 2015). Aufgrund des Arzt-Patienten-Verhältnisses zweifeln die IV-Stellen an der Unabhängigkeit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Letztere weisen immer wieder darauf hin, dass sie die einzigen Medizinerinnen und Mediziner im Verfahren seien, deren Beurteilung auf einer dauerhaften Beobachtung basiere. Eine bedeutende Anzahl der befragten Ärztinnen und Ärzte äussern grosse Bedenken bezüglich der Qualität und Unabhängigkeit der von den IV-Stellen beauftragten externen Gutachten (Bolliger, Féraud 2015). Die Ärztinnen und Ärzte fühlen sich nicht immer ernst genommen: Sie beklagen sich darüber, dass sie von der IV über Verwaltungsentscheide nicht auf dem Laufenden gehalten werden, sobald sie die IV informiert oder ihren Arztbericht abgegeben haben. Die Autoren der Studie sehen hier einen Teufelskreis: Die Ärzteschaft fühlt sich nicht ernst genommen, was demotivierend

wirkt. Dies wiederum kann die Wartezeit verlängern und die Qualität des Arztberichtes beeinträchtigen (häufig genannter Kritikpunkt der IV-Stellen). Diese Situation kann dazu führen, dass die IV mehr externe Abklärungen in Auftrag gibt, was wiederum von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten kritisiert wird.

Bei der Zusammenarbeit besteht somit ein beachtliches Verbesserungspotenzial. Nebst den bereits genannten Rahmenbedingungen, auf die die Akteure kaum Einfluss haben, wirken sich weitere Faktoren auf die Zusammenarbeit aus: die Fachdisziplin der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes, die spezifische Verwendung der Arztberichte durch die IV-Stellen, die Art des Informationsrückflusses an die behandelnde Ärzteschaft oder auch die fallunabhängige Zusammenarbeit. Auf dieser Grundlage haben die Autoren empfehlenswerte Praktiken für eine bessere Zusammenarbeit formuliert. Im Vordergrund stehen drei Stossrichtungen: zielgerichtetes Einholen von Arztberichten, optimierter weiterer Austausch und fallunabhängige Zusammenarbeit. Nebst der gezielteren Nutzung der Berichtsformulare geben die Autoren folgende Empfehlungen ab:

- Die IV-Stellen und die Ärzteschaft sollen die geplante Massnahme und die medizinische Behandlung koordinieren, so dass beide Seiten hinter der Massnahme stehen und die versicherte Person unterstützen können (S. 86).
- Damit die IV-Stellen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte über die wichtigen Etappen (Massnahmen, externe Gutachten, Vorbescheid, Entscheide über Eingliederungsmassnahmen/Rentenentscheid) informieren können, muss der Bund klären, welche rechtlichen Möglichkeiten die IV-Stellen haben, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte über Verwaltungsentscheide zu informieren: Benötigen die IV-Stellen für die Weitergabe von Informationen beispielsweise eine Vollmacht (S. 86 und 89)?
- Die IV-Stellen müssen mit der behandelnden Ärzteschaft fallunabhängige Kontakte pflegen, namentlich in Form von Informationsveranstaltungen, Schulungen, Zusammenarbeitsvereinbarungen zwischen IV und Fachgesellschaften, gemeinsame Entwicklung von Arbeitsinstrumenten wie Muster-Erinnerungsschreiben für Arztberichte (S. 87–88).

2.4.4 Die Versicherten: Sich verändernde Profile und Herausforderungen

Die Rolle der Versicherten im Abklärungsverfahren wurde bisher kaum untersucht, obwohl die letzten IVG-Revisionen und die gesellschaftliche Entwicklung wichtige Änderungen herbeigeführt haben. Mit der Früherfassung können die Ressourcen der Versicherten, die bei der Meldung oft noch erwerbstätig sind, rascher mobilisiert werden (Bolliger et al. 2012). Durch die *Auskunfts-, Mitwirkungs-, und Schadensminderungspflicht* sind die Versicherten für ihre eigene Eingliederung mitverantwortlich. Die genauen Modalitäten der Mitverantwortung wurden bisher nicht untersucht. Der im Rahmen des FoP2-IV meistbeleuchtete Aspekt ist der Wandel der Versichertenprofile und dessen Auswirkungen für die IV.

Die Zunahme an psychisch bedingten Fällen, die der Auslöser des starken Anstiegs der Rentenzahl bis Mitte der 2000er-Jahre war, stellte eine grosse Herausforderung für die Fallabklärung dar, die anfangs vor allem für somatische Beeinträchtigungen konzipiert worden war. Die Anzahl Neurenten ging stark zurück, allerdings nicht bei den Renten aufgrund von psychischen Erkrankungen (vgl. Kapitel 4). Die OECD (2013) führt diese Situation auf verschiedene Faktoren zurück. Erstens sind medizinische Abklärungen immer noch zu stark auf den Rentenanspruch anstatt auf die Eingliederungsfähigkeit ausgerichtet. Medizinische und zugleich arbeitsplatzbezogene Abklärungen sind selten. Dies erschwert Eingliederungsinterventionen vor allem bei psychischen Krankheiten, bei denen die Arbeitsfähigkeit oft starken Schwankungen unterliegt. Die Studie von Fluder et al. (2013) zeigt zudem, dass die Abklärung bei Personen mit psychischen Problemen oft länger dauern und häufiger einen Prozess der beruflichen Desintegration durchlaufen. Dem Autorenteam zufolge erklärt dies, weshalb der Sozialhilfebezug in dieser Gruppe deutlich über dem Durchschnitt liegt.

Angesichts der Probleme, die die psychischen Erkrankungen für das IV-System darstellen, wurden im Rahmen des FoP2-IV mehrere Studien zu diesem Thema in Auftrag gegeben. Dieser Teil befasst sich mit den Ergebnissen aus Sicht des Abklärungsverfahrens. Die Zusammenhänge zwischen der Invalidenversicherung und den psychischen Erkrankungen werden in Kapitel 4 näher erläutert.

Ebner et al. (2012) haben die Qualität von psychiatrischen Gutachten der IV untersucht. Es wurden Gutachten aus den Jahren 2008 und 2009 aus der ganzen Schweiz analysiert, die von zwei Arten von Stellen durchgeführt wurden: durch die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) oder durch medizinische Abklärungsstellen (MEDAS). Die Resultate der Studie zeigen etliche Lücken bezüglich der Untersuchungen, insbesondere bezüglich der Fragen zum Grad der selbstständig verrichtbaren Tätigkeiten sowie zur Wahrnehmung und zum Umgang der Versicherten mit ihrer Erkrankung. Eine versicherungsmedizinische Würdigung der Ressourcen hinsichtlich Funktionen und Fähigkeiten fehlt ebenfalls häufig. Die Studie zeigt ausserdem, dass bei den polydisziplinären Gutachten die Teilgutachten oft unzureichend berücksichtigt werden. Insgesamt sind zwischen den an den Gutachten involvierten Akteuren kaum Unterschiede auszumachen. Allerdings scheinen die Gutachten der RAD tendenziell, wenn auch nicht in allen Themengebieten, etwas weniger ausführlich bzw. vollständig zu sein als andere Gutachten. Die Gutachten der MEDAS (seit 1. März 2012: polydisziplinäre Gutachterstellen) sind in der Regel am ausführlichsten. Es ist wenig überraschend, dass die polydisziplinären Gutachten vollständiger sind als die mono- und bidisziplinären. Der Bericht der OECD (2013) legt zudem dar, dass für die psychiatrischen Gutachten keine standardisierten Instrumente zur Beschreibung der Arbeitsfähigkeit verwendet werden. Diese Feststellung betrifft auch die RAD. Der Bericht von Ebner et al. (2012) lässt somit Verbesserungspotenzial für die psychiatrischen Gutachten der IV erkennen. Allerdings basiert der Bericht auf relativ alten Daten (2008/09).

- Aus der nicht in allen Fällen optimalen Dokumentation der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ergeben sich Ansatzpunkte für die Entwicklung bzw. Verbreitung valider, standardisierter Instrumentarien als Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Durch die Empfehlung und die Schulung im Einsatz von standardisierten Verfahren könnte die Qualität der Beurteilung einerseits und die Transparenz der gewonnenen Einschätzung andererseits deutlich erhöht werden (Ebner et al. 2012: X).

In ihrer Studie über die Diagnose und Behandlung junger Menschen mit psychischen Krankheiten stellten Rüesch et al. (2014) Verbesserungspotenzial bei der Verwendung von Leitlinien fest. Die Studie zeigt, dass Diagnostik- und Behandlungsleitlinien von den Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) teilweise verwendet und als hilfreich, nicht aber als bindend erachtet werden. Die RAD-Fachärztinnen und -Fachärzte scheinen sich dagegen stärker an Leitlinien zu orientieren, u. a. um Störungsbilder zu definieren und um die Angemessenheit/Notwendigkeit von therapeutischen Massnahmen einschätzen zu können.

Die Abklärung der Fälle mit psychischen Krankheiten wurde nicht nur im Hinblick auf die Qualität der psychiatrischen Gutachten untersucht, eine im Rahmen des FoP2-IV durchgeführte Studie (Rüesch et al. 2013) befasste sich auch mit der Dokumentation zu Fällen mit psychischen Krankheiten durch die IV-Stellen selbst. Die Studie basiert auf der Kodierung von 120 IV-Dossiers und der vertieften Analyse von zwölf Dossiers von Personen mit psychischen Schwierigkeiten. Von zentralem Interesse waren die Merkmalsbereiche psychische Krankheit, psychiatrische Diagnosen, psychiatrische-psychotherapeutische Behandlungen und Arten dieser Behandlungen. Dazu liegen bei fast allen Fällen der Untersuchungsstichprobe Informationen in den Dossiers vor. Insgesamt wurde die Dokumentationsqualität im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen bei rund zwei Dritteln der Fälle als gut und bei rund einem Drittel als gering bis schlecht eingestuft. Die einzelnen Etappen des IV-Abklärungsprozesses sind in den Dossiers identifizierbar. Zur Durchführung von

Eingliederungsmassnahmen und zum Rentenbeschluss liegen in den meisten Fällen eindeutige Informationen vor. Explizite Aktivitäten der IV zur Einschätzung, ob die Behandlungsmöglichkeiten bei einer versicherten Person ausgeschöpft waren, bevor ein Rentenbeschluss getroffen wurde, konnten in sehr wenigen Fällen identifiziert werden. Zudem weist das Forschungsteam darauf hin, dass die Angemessenheit der Behandlungen sowie die Resultate der medizinischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen sowie der Eingliederungsmassnahmen sich häufig nur sehr eingeschränkt oder auch gar nicht bewerten lassen, da sie oft in den Versichertendossiers nicht dokumentiert sind. Insbesondere die Angaben zur Arbeitsfähigkeit und zum Bedarf für weitere Therapien bzw. Massnahmen sind kaum abgebildet. Das Autorenteam kommt zum Schluss, dass die IV-Stellen den Behandlungsverlauf und dessen Eingliederungswirkung nicht immer genügend dokumentieren. Durch Verbesserungen könnten eine bessere Unterstützung der versicherten Person bei der Eingliederung bewirkt und der Rentenanspruch belegt werden.

Auch die Ergebnisse des FoP2-IV-Berichts zur Abklärung von Fällen mit psychischer Erkrankung zeigen, dass die Situation grundsätzlich zufriedenstellend ist, dass jedoch noch bedeutendes Verbesserungspotenzial besteht. Insbesondere die Diagnostik könnte noch professioneller gestaltet werden (Leitfaden für die Diagnostik bei Jugendlichen), da bessere psychiatrische Gutachten für die IV durch eine zielführende Abdeckung der relevanten Abklärungskriterien und eine bessere Falldokumentation durch die IV-Stellen eine optimalere Steuerung ermöglichen.

2.5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

2.5.1 Schlussfolgerungen

Das FoP2-IV lieferte einen wichtigen Forschungsbeitrag zum Abklärungsverfahren. Mit den neuen Kenntnissen ist eine vollständigere, systematischere Sicht des Wandels und der neuen Herausforderungen möglich. Sie dienen ausserdem als Ausgangslage für Verbesserungen in der sich ständig verändernden Praxis. Aus Sicht des Abklärungsverfahrens verstärkten die letzten drei Revisionen die Autonomie und Einheitlichkeit der medizinischen Abklärungen durch die IV-Stellen (Einführung der RAD). Überdies erfolgt heute die Betreuung aufgrund der eingliederungsorientierten Ausrichtung (FEFI) rascher und es wurde eine Rentenrevision basierend auf dem Eingliederungspotenzial der Rentenbeziehenden eingeführt. Die Forschungsarbeiten zeigen, wie das Abklärungsverfahren verläuft und wie die IV-Stellen die wichtigsten Abklärungsmassnahmen einsetzen. Zudem ermöglichen sie eine Evaluation der neu von den IV-Stellen umgesetzten Prozesse. Sie zeigen, wie unterschiedlich die IV-Stellen die Abklärungen durchführen, sei es hinsichtlich der Schnittstelle zwischen der Eingliederung und der Prüfung auf Rentenanspruch, hinsichtlich der Inanspruchnahme von mono-, bi- oder polydisziplinären Gutachten, der Art der Zusammenarbeit mit dem RAD oder auch hinsichtlich des Zeitpunkts und der Art, wie medizinische Auskünfte eingeholt werden. Diesbezüglich ist die Qualität der Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zentral. Bestimmte Unterschiede wirken sich auf die Rentenquote der IV-Stellen, auf die Effizienz und Geschwindigkeit des Prozesses zur Begünstigung des Eingliederungserfolgs, auf die Kosten oder auf Qualität und Akzeptanz der Verwaltungsentscheide vor Gericht aus. Anhand der Forschungsarbeiten konnten die wichtigsten Streitpunkte und mögliche Verbesserungsansätze identifiziert werden, wobei neue Erkenntnisse über die Rollen der Hauptakteure im Abklärungsverfahren gewonnen wurden; dazu zählen die IV-Stellen und die RAD, die Versicherten, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie die medizinischen Gutachterinnen und Gutachter.

Im Rahmen des FoP2-IV wurde somit Licht ins Abklärungsverfahren in der Invalidenversicherung gebracht, auch wenn weiterhin Handlungsbedarf besteht. Insbesondere fehlt nach

wie vor eine stärkere Ausrichtung auf die Abklärung der beruflichen Situation sowie ein besseres Verständnis der Rolle der Versicherten selbst. Auch werden die Änderungen zu den polydisziplinären Gutachten noch nicht ausreichend berücksichtigt (Einführung von Suisse-MED@P). Erst kürzlich entschied das Bundesgericht, seine Praxis in Bezug auf die Prüfung des Rentenanspruchs in Fällen mit somatoformen Schmerzstörungen und damit verbundener psychosomatischer Leiden zu ändern. Dies eröffnet neue Perspektiven für die konkreten Anwendungsmodalitäten und deren Auswirkungen.

2.5.2 Empfehlungen:

- Die IV-Stellen sollten Arztberichte gezielt einholen: Arztberichte sollten nicht systematisch, sondern einzelfallweise angefordert werden. Zuerst sollten die vorhandenen medizinischen Informationen gesichtet werden, beispielsweise Berichte anderer Versicherungen (Bolliger, Féraud 2015: 81). Erst nach der Ersttriage sollten systematisch die schriftlichen Informationen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte eingeholt werden (Guggisberg et al. 2015a, 71).
- Die IV-Stellen sollten rascher und grosszügiger Frühinterventionsmassnahmen einsetzen, gegebenenfalls unter Einbezug des RAD und nach mündlicher Rücksprache mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, aber ohne vorgängiges Einholen zusätzlicher schriftlicher Arztberichte. Gemäss Guggisberg et al. (2015a: 72) zählt vor allem die Geschwindigkeit.
- Die Entscheide der IV-Stellen zu den Integrationsmassnahmen und den Massnahmen beruflicher Art sollten auf der medizinischen Abklärung und Beurteilung des RAD basieren. So lohnt es sich auch, in diese Massnahmen zu investieren (Guggisberg et al. 2015a: 72–73).
- Die IV-Stellen und die Ärzteschaft sollen die geplante Massnahme und die medizinische Behandlung koordinieren, so dass beide Seiten hinter der Massnahme stehen und die versicherte Person unterstützen können (Bolliger, Féraud 2015: 86).
- Damit die IV-Stellen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte über die wichtigen Etappen (Massnahmen, externe Gutachten, Vorbescheid, Entscheide über Eingliederungsmassnahmen/Rentenentscheid) informieren können, muss der Bund klären, welche rechtlichen Möglichkeiten die IV-Stellen haben, die behandelnde Ärzteschaft über Verwaltungsentscheide zu informieren: Benötigen die IV-Stellen für die Weitergabe von Informationen beispielsweise eine Vollmacht (Bolliger, Féraud 2015: 86 und 89)?
- Die IV-Stellen müssen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten fallunabhängige Kontakte pflegen, namentlich in Form von Informationsveranstaltungen, Schulungen, Zusammenarbeitsvereinbarungen zwischen IV und Fachgesellschaften, gemeinsame Entwicklung von Arbeitsinstrumenten wie Muster-Erinnerungsschreiben für Arztberichte (Bolliger, Féraud 2015: 87–88).
- Aus der nicht in allen Fällen optimalen Dokumentation der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ergeben sich Ansatzpunkte für die Entwicklung bzw. Verbreitung valider, standardisierter Instrumentarien als Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Durch die Empfehlung und die Schulung im Einsatz von standardisierten Verfahren könnte die Qualität der Beurteilung einerseits und die Transparenz der gewonnenen Einschätzung andererseits deutlich erhöht werden (Ebner et al. 2012: X).

2.6 Stellungnahme des BSV

2.6.1 Bisherige Umsetzungsschritte

Im Hinblick auf möglichst erfolgsversprechende Eingliederungsbemühungen der IV, die einen intensiven Austausch zwischen der IV-Stelle und allen involvierten Partnern voraussetzen, wurde in der Anmeldung für Leistungen der IV die IV-Stelle ermächtigt, die für die Eingliederung relevanten Akteure (behandelnde Ärzte, Arbeitgeber, Institutionen) zu informieren.

Die Verbesserung der Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten steht bereits seit einigen Jahren im Fokus der IV. Die Internetplattform iv-pro-medico, entstanden in Zusammenarbeit zwischen BSV, IV-Stellen und FMH, trägt seit 2013 dazu bei, die Leistungen der IV sowie die Pflichten und Anforderungen an versicherte Personen für die behandelnden Ärzte verständlich darzustellen.

Erste Zwischenergebnisse der Studie zur Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärzteschaft bildeten die Grundlage für entsprechende Anpassungen an Verordnung und Weisungen auf den 1.1.2015. Seit 2014 gehört das Thema zu den jährlichen Auditprüfzielen.

Das BSV führt regelmässige informelle Gespräche mit Delegierten der FMH durch und arbeitet zudem bei spezifischen medizinischen Themen mit den entsprechenden Fachärztesgesellschaften zusammen. Im Zuge der Veröffentlichung des OECD-Berichtes „Mental Health and Work: Switzerland“ 2014 wurde in diesem Zusammenhang auch die Zusammenarbeit mit dem BAG intensiviert, unter anderem um die Empfehlungen zur Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzteschaft in Sozialversicherungsrecht, speziell IV-Recht, sowie Versicherungsmedizin voranzubringen.

Weitere in diesem Zusammenhang gemachte Empfehlungen, wie etwa die Frage nach der Überprüfung der Möglichkeiten des Informations- und Datenaustauschs flossen in die Weiterentwicklung der IV ein.

Die Zuspache von Neurenten konnte dank des Ausbaus der Massnahmen zur beruflichen Integration gesenkt werden.

Seit 2008 führt die IV jährlich deutlich mehr Massnahmen zur beruflichen Eingliederung durch. Von 2002 bis 2014 hat sich das Verhältnis von Personen mit Neurenten zu Personen, die Massnahmen zur beruflichen Eingliederung erhalten, mehr als umgekehrt (von 2:1 zu 1:2). Diese Zahlen spiegeln die grundlegende Neuausrichtung der Invalidenversicherung von einer Renten- zu einer Eingliederungsversicherung wider. Die vorhandenen Zahlen bestätigen den Erfolg der Eingliederungsmassnahmen, auch wenn für eine Einschätzung der längerfristigen Wirkung umfassende Daten noch ausstehen.

Weitere Empfehlungen in den vorgestellten Studien beziehen sich auf die Qualität medizinischer Gutachten (Art. 9a ATSV). Das BSV hat die Praxisänderung des Bundesgerichts vom Juni 2015 im Zusammenhang mit der medizinischen Abklärung psychosomatischer Leiden (BGE 140 V 281) zum Anlass genommen, das Abklärungsverfahren grundsätzlich zu überdenken. Im Hinblick auf eine möglichst erfolgreiche Eingliederung stehen für die IV spätestens seit der 5. IVG-Revision wieder weniger die Defizite als vielmehr die noch vorhandenen Ressourcen einer versicherten Person im Vordergrund. Nur wenn die IV davon genaue Kenntnis hat, kann sie eine erfolgreiche Eingliederung in die Arbeitswelt begleiten. Dementsprechend wird die IV in Zukunft vermehrt standardisierte Abklärungsinstrumente wie beispielsweise die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) einsetzen. Diese beinhaltet neben einer Befragung und problemorientierten Untersuchung durch einen Arzt oder eine Ärztin eine umfassende Erprobung der Leistungsfähigkeit der versicherten Person mittels standardisierter funktioneller Tests für physische Funktionen der Arbeit. Das Testverfahren ermöglicht so eine Gegenüberstellung der physischen Fähigkeiten und Defizite mit den Belastungsanforderungen der bisherigen Tätigkeit oder einer Verweistätigkeit.

2.6.2 Weitere Vorgehensweise

Interne, weiterführende Überlegung zur Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den behandelnden Ärzten während des Abklärungsprozesses.

Grundsätzlich wird in verschiedenen oben zitierten Berichten auf die Heterogenität des Vorgehens der einzelnen IV-Stellen hingewiesen. Dies betrifft insbesondere die Eingliederungshaltung (breite vs. selektive Eingliederungsstrategie). In der Tat hat diese Haltung konkrete Auswirkungen auf die Art und Weise der Anwendung von FI- und weiteren Eingliederungsmassnahmen und führt zu erkennbaren Unterschieden im Prozess der Abklärung selbst, sowie im Umgang der IV-Stellen mit verschiedenen Akteuren der Abklärung (RAD, behandelnde Ärzte, externe Gutachter) einhergeht. Da dem unterschiedlichen Vorgehen in der Abklärungsphase Effekte auf die Neurentenquote zugeschrieben werden können, erscheint es wesentlich, dass die IV (BSV) eine Haltung dazu entwickelt, wo zwischen den beiden Polen „breite Eingliederung“ vs. „selektive Eingliederung“ sie sich künftig positionieren will und inwiefern es dazu allenfalls noch weiterer Forschung hinsichtlich der Wirkung unterschiedlicher Eingliederungsstrategien und/oder -instrumente bedarf.

Der Umgang mit den Akteuren der Abklärung sollte zwecks einheitlicher Durchführung verbindlich in einem entsprechenden Konzept (Weisungen) für die IV-Stellen festgelegt werden. Im Mittelpunkt muss dabei die Frage stehen, zu welchem Zeitpunkt im Abklärungsprozess welche Art von medizinischer Expertise benötigt wird und wie der Informationsaustausch in einer für alle Beteiligten effektiven Weise erfolgen sollte, so dass schliesslich eine zwischen den Beteiligten koordinierte Eingliederung erfolgen kann. Die Erkenntnisse der o.g. Studien zur Abklärung und zur Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bieten Grundlagen für eine Arbeitsgruppe, die zunächst BSV-intern ihre Arbeit zum Thema „Die Zusammenarbeit der IVST mit den behandelnden Ärzten“ aufgenommen hat. Ihr Ziel ist es, ein entsprechendes Konzept zu erstellen.

Das BSV unterstützt kantonale Projekte, die neue Wege in der Zusammenarbeit mit der Arbeitslosenversicherung und der Sozialhilfe bei der beruflichen Eingliederung erproben (Pforte, Optima).

3. Berufliche Eingliederung in der Invalidenversicherung

3.1 Einleitung

Seit 2003 hat sich die Zahl der IV-Rentenzusprachen halbiert, auch der Rentenbestand sinkt seit dem Jahr 2005 kontinuierlich (BSV 2015: 23, 31). Eine wichtige Rolle spielt dabei der Kulturwandel im Zuge der 5. IVG-Revision, die seit 2008 in Kraft ist und mit der die IV ihre Eingliederungsorientierung verstärkt hat.

Bereits vor 2008 waren die „Massnahmen beruflicher Art“ die wichtigsten Eingliederungsmassnahmen der IV-Stellen. Dazu gehören insbesondere die Berufsberatung, die erstmalige berufliche Ausbildung, die Umschulung sowie die zumeist intern durch die IV-Stellen selbst erbrachten Leistungen der Arbeitsvermittlung (siehe hierzu auch Guggisberg et al. 2008). Nach erfolgter Anmeldung durch die versicherte Person prüfte die IV-Stelle, ob ein Eingliederungspotenzial im Einzelfall besteht und ob die für die einzelnen beruflichen Massnahmen spezifischen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt werden. Im Vorfeld der 5. IVG-Revision wurde jedoch festgestellt, dass die IV bei dieser Vorgehensweise zu spät einbezogen wurde, die Verfahren bis zur Umsetzung der beruflichen Massnahmen zu lange dauerten und die bestehenden starren Massnahmen nur zum Teil dem Bedarf der betroffenen Personen sowie der involvierten Akteure entsprachen. Um dieser Ausgangslage zu begegnen, erhielten die kantonalen IV-Stellen als Durchführungsorgane neue Instrumente und zusätzliches Personal. Die neuen Instrumente zielen darauf ab, Menschen mit gesundheitlichen Problemen rechtzeitig zu erfassen und unkompliziert zu begleiten, damit sie so weit als möglich erwerbstätig bleiben können – und dadurch Invalidisierungen verhindert werden können. Das Ziel der 5. IVG-Revision war „Eingliederung vor Rente“.

Mit der IVG-Revision 6a (in Kraft seit 2012) wurde die verstärkte Eingliederungsorientierung auch auf Personen ausgeweitet, die bereits eine IV-Rente beziehen. Leistungs- und Erwerbsfähigkeit von Rentenbeziehenden sollten mit Hilfe von gezielten Massnahmen soweit verbessert werden, dass eine Wiedereingliederung möglich wird. Mit der „eingliederungsorientierten Rentenrevision“ wurde ein Paradigmenwechsel eingeleitet, weg von „einmal Rente, immer Rente“, hin zum Verständnis der „Rente als Brücke zur Eingliederung“.

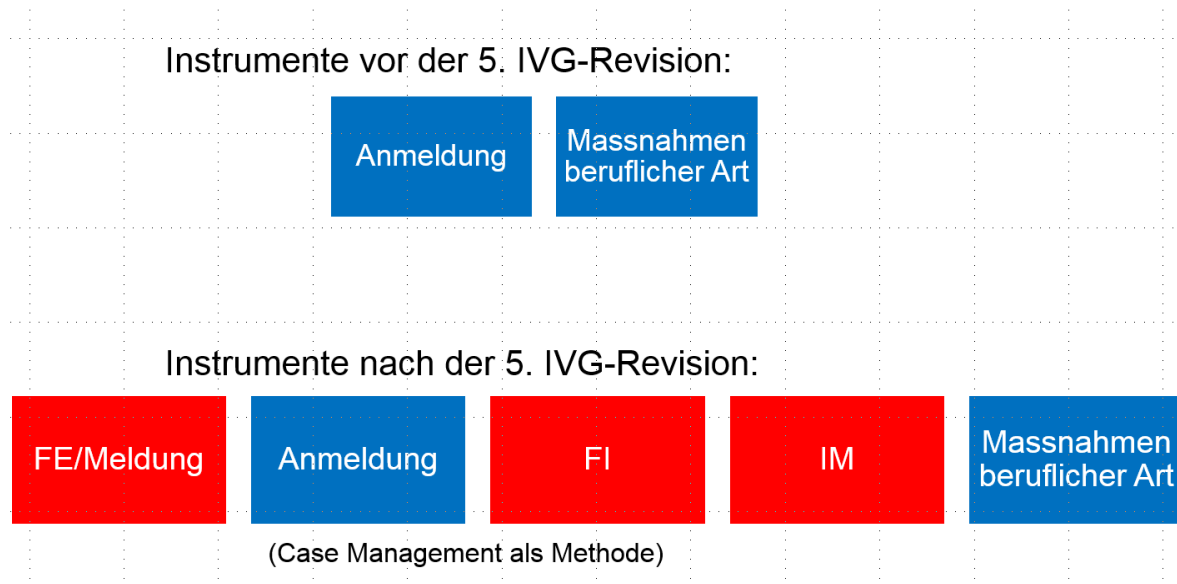
Das erste und zweite Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung haben diese Weiterentwicklung der IV-Eingliederung wissenschaftlich begleitet. Während es im FoP-IV insbesondere um die Identifikation von Gründen für den erheblichen Rentenanstieg in den 1990er Jahren und den daraus folgenden Handlungsbedarf im Bereich der Eingliederung ging, fokussiert das FoP2-IV nun bereits auf die Evaluation der eingeleiteten Massnahmen. Kapitel 3 geht als Erstes der Frage nach, wie die neuen Eingliederungsinstrumente mit dem Fokus „Eingliederung vor Rente“ umgesetzt wurden, was diese bewirken und wie deren Wirkung verbessert werden kann (3.2). Als zweites interessiert die Eingliederung der bestehenden IV-Rentenbeziehenden (3.3). Konnte der Paradigmenwechsel hin zur „Rente als Brücke zur Eingliederung“ erfolgreich umgesetzt werden? Wo liegen die grössten Hindernisse, welches sind die Erfolgsfaktoren bei der Wiedereingliederung von IV-Rentenbeziehenden? Den Fokus aber auf die Massnahmen der IV allein zu legen, würde zu kurz greifen. Denn weitere Akteure – insbesondere behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie Arbeitgebende – spielen eine wichtige Rolle im Eingliederungsprozess (3.4). Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen werden in Kapitel 3.5 zusammengefasst und abschliessend kommentiert (3.6).

3.2 „Eingliederung vor Rente“: Umsetzung und Wirkungen der Instrumente der 5. IVG-Revision

Mit der 2008 eingeführten 5. IVG-Revision hat die IV eine verstärkte Eingliederungsorientierung angestrebt. Durch rechtzeitige Kontaktaufnahme sowie rasch eingesetzte, bedarfsgerechte Massnahmen soll der bisherige Arbeitsplatz trotz gesundheitlicher Einschränkungen

erhalten bzw. eine neue Arbeitsstelle gefunden werden. Folgende zentrale Neuerungen wurden im Rahmen des FoP2-IV analysiert:

Abbildung 1: Die Eingliederungsmassnahmen der IV vor und nach der 5. IVG-Revision



- **Früherfassung (FE):** Vor der 5. IVG-Revision meldeten sich die Betroffenen oft erst lange nach den ersten Anzeichen einer Arbeitsunfähigkeit bei der IV an. Zu diesem Zeitpunkt war der bisherige Arbeitsplatz meist schon verloren und die Chancen zu einer erfolgreichen Eingliederung waren bereits massiv gesunken. Damit die IV früher einbezogen und rascher handeln kann, können auch Arbeitgebende oder andere, explizit bezeichnete Beteiligte, mittels einer Meldung zur Früherfassung eine potenzielle Invalidität melden. Die IV soll dadurch rechtzeitig einbezogen werden und rascher abklären, ob eine IV-Anmeldung nötig ist und/oder weitere Massnahmen oder Akteure einbezogen werden sollen.
- **Massnahmen der Frühintervention (FI):** Vor der 5. IVG-Revision konnte die IV die versicherten Personen nur mit einer begrenzten Palette an starren, wenig bedarfsge-rechten Massnahmen mit hohen rechtlichen Zugangshürden auf dem Weg in den ersten Arbeitsmarkt unterstützen. Die im Jahr 2008 neu eingeführten Massnahmen der Frühintervention sollen als einfache, niederschwellige und vor allem rasch ein-setzende und unbürokratisch zugesprochene Massnahmen diese Lücke schliessen und den Spielraum der IV-Stellen erweitern. Die Massnahmen der FI richten den Fo-kus auf eine möglichst baldige und nachhaltige Rückkehr in den Arbeitsmarkt und zielen auf den Erhalt des anfänglich meist noch vorhandenen Arbeitsplatzes ab. Die-ser kann zum Beispiel so angepasst werden, dass die Arbeit trotz gesundheitlichen Einschränkungen weiterhin verrichtet werden kann. Zu den Massnahmen der FI ge-hören: Anpassung des Arbeitsplatzes, Ausbildungskurse, Arbeitsvermittlung, Berufs-beratung, sozial-berufliche Rehabilitation und Beschäftigungsmassnahmen.
- **Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (IM):** Vor der 5. IVG-Revision war es insbesondere für Personen mit psychisch bedingten Ein-schränkungen schwierig, die hohen Zugangshürden zu beruflichen Massnahmen zu überwinden. Mit den IM soll insbesondere diese Zielgruppe schrittweise und gezielt auf die berufliche Eingliederung vorbereitet werden. Es handelt sich dabei um eine Vorbereitung auf die Massnahmen beruflicher Art, welche die Lücke am Übergang

zwischen sozialer und beruflicher Integration schliessen soll. Bei den IM wird unterschieden zwischen Massnahmen zur sozial-beruflichen Rehabilitation und Beschäftigungsmassnahmen.

- Case-Management: Die Einführung der neuen Eingliederungsinstrumente soll auch mit einem veränderten Verständnis des Eingliederungsprozesses einhergehen: Das Vorgehen der IV soll sich an der Methode des Case Management orientieren – der koordinierten und einzelfallgerechten Zusammenarbeit zwischen der IV, der versicherten Person, ihrem Arbeitgebenden und weiteren im Einzelfall für den Eingliederungsprozess relevanten Akteuren. Hervorgehoben wird in diesem Sinne auch der Beziehungsaspekt: Die Massnahmen sollen im direkten Kontakt mit den Versicherten und den relevanten Akteuren partnerschaftlich geplant und eingesetzt werden. Gespräch und Schnelligkeit sollen den Vorrang haben gegenüber Akten und normierten Verfahren. Auch sollen die versicherten Personen möglichst direkt in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden. Nach dem Prinzip „first place, then train“ werden sie von Job Coaches nicht nur bei der Stellensuche, sondern auch während der Ausbildung („Supported Education“) und der Anstellung unterstützt („Supported Employment“).

Vier Jahre nach ihrer Einführung hat das BSV diese Neuerungen erstmals evaluieren lassen (Bolliger et al. 2012). Die Forschenden untersuchten im Rahmen der methodisch breit angelegten Studie den Vollzug der Instrumente und deren vorläufige Wirkungen, soweit sie bereits messbar waren. In der Studie wurden die Verfahrensverläufe bis Ende 2011 von Personen betrachtet, die zwischen dem 1.1.2008 und dem 30.6.2009 erstmalig mit der IV in Kontakt getreten waren.

Diese 2012 abgeschlossene Zwischenbilanz des Vollzugs und der Wirkungen der 5. IVG-Revision wird ergänzt durch eine vertiefte statistische Analyse über eine längere Zeitperiode anhand von acht verschiedenen Kohorten neu angemeldeter Personen aus den Jahren 2004 bis 2011 (Guggisberg et al. 2015b). Für jede Kohorte wurden Aussagen zum Jahr der Neuanmeldung sowie der drei Folgejahre (Beobachtungszeitraum) gemacht.

3.2.1 Früherfassung

Die Zahl der Früherfassungsmeldungen blieb in den Jahren nach der Einführung der 5. IVG-Revision relativ stabil. Im Jahr 2014 wurden 12'200 Personen über diesen Weg bei der IV gemeldet (BSV 2015: 17). Rund ein Viertel aller erstmaligen Kontaktaufnahmen mit der IV erfolgt über die Früherfassung. Bei wiederum einem Viertel davon (6 % aller Erstkontakte) folgt auf das Früherfassungsgespräch keine IV-Anmeldung; nur 1 % dieser Personen hat später keinen Arbeitsplatz. Dies zeigt, dass mit der FE sehr gezielt triagiert wird und die Empfehlung, keine Anmeldung vorzunehmen, in den allermeisten Fällen richtig ist (Bolliger et al. 2012: 151).

Ein Drittel der Meldungen erfolgte im Jahr 2014 durch die Arbeitgebenden, 14 % durch private Versicherungseinrichtungen und 9 % durch die Ärzteschaft (BSV 2015: 17). Diese Anteile waren im Zeitverlauf relativ stabil; nur der Anteil der Meldungen durch Arbeitgebende ist in den letzten Jahren leicht angestiegen.

Insgesamt trägt die FE deutlich dazu bei, dass die IV vor einem Stellenverlust einbezogen wird. Dies zeigt sich vor allem daran, dass mehr Personen zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung noch einen Arbeitsplatz haben. Der Anteil ist von 64 % im Jahr 2004 auf 74 % im Jahr 2011 gestiegen (Guggisberg et al. 2015b: 49; ähnlich auch Bolliger et al. 2012: 118f). Dies spielt eine wichtige Rolle für den Eingliederungserfolg der IV: Denn es ist einfacher, einen Arbeitsplatz zu behalten als einen neuen zu finden.

Bei drei Vierteln aller Personen begann das IV-Verfahren aber nicht über eine FE, sondern über den konventionellen Weg einer direkten Anmeldung (Bolliger et al. 2012: 68). Grund

hierfür sei erstens der mit der 5. IVG-Revision geschaffene Anreiz, sich möglichst rasch anzumelden, da eine Rente frühestens sechs Monate nach der Anmeldung (und nicht nach der Meldung) ausbezahlt werden kann (Art. 29 IVG). Zweitens gebe es eine unbekannte Anzahl informeller oder vom Arbeitgeber selbst durchgeführter „Früherfassungen“. Drittens sei das Instrument der FE bei den Partnern der IV noch nicht genügend bekannt (Bolliger et al. 2012: 69f). Letztlich ist aber entscheidend, dass die IV im Einzelfall rechtzeitig eingebunden wird – sei dies durch eine FE, einer direkten Anmeldung oder auf informellem Weg.

Insgesamt hat sich die FE im Sinne ihrer Konzeption bewährt (Bolliger et al. 2012: 198f, OECD 2014: 63f).

- Allerdings sei das Wirkungspotenzial der FE noch nicht ausgeschöpft (Bolliger et al. 2012: 198f); entsprechend könnte sie durch die Partner der IV verstärkt eingesetzt werden.
- Insbesondere sollen die Arbeitgebenden aktiv auf die Möglichkeit der FE aufmerksam gemacht und zur Nutzung dieser Möglichkeit ermuntert werden (OECD 2014: 64, 87).

3.2.2 Massnahmen der Frühintervention

Die Massnahmen der Frühintervention haben dazu beigetragen, dass in allen Kantonen mehr Eingliederungsmassnahmen rascher eingesetzt wurden. Sie haben die Massnahmen beruflicher Art nicht verdrängt, werden aber schneller zugesprochen. Insgesamt hat sich der Anteil neuangemeldeter Personen mit einer Eingliederungsmassnahme (FI-Massnahme, IM oder Massnahme beruflicher Art) zwischen 2004 (22 %) und 2011 (42 %) nahezu verdoppelt. Werden die codierten IV-Stellen-externen Eingliederungsmassnahmen (d.h. von Dritten auf Rechnung erbrachte Massnahmen) berücksichtigt, ist ein Anstieg von 8 % im Jahr 2004 auf 21 % im Jahr 2011 beobachtbar (Guggisberg et al. 2015b: 15f; die intern erbrachten Leistungen werden von den IV-Stellen sehr unterschiedlich codiert, weshalb sie in den quantitativen Analysen meist nicht berücksichtigt werden konnten). Dieser Anstieg ist zu einem grossen Teil auf die Einführung der FI-Massnahmen zurückzuführen, denn der Anteil an Personen, die nur Massnahmen beruflicher Art erhalten ist seit 2008 rückläufig, während der Anteil derjenigen mit FI-Massnahmen stetig stieg. Von den Neuanmeldungen im Jahr 2011 erhielten denn auch mehr Personen eine FI-Massnahme als eine Massnahme beruflicher Art (Guggisberg et al. 2015b: 17ff). Die FI-Massnahmen werden insbesondere auch verstärkt für die Unterstützung von Personen mit psychischen Erkrankungen eingesetzt (Guggisberg et al. 2015b: 25f).

FI-Massnahmen sollen gemäss ihrer Konzeption rasch eingesetzt werden, bevor die Eingliederungschancen sinken. Vor der 5. IVG-Revision wurden 19 % aller Eingliederungsmassnahmen in den ersten drei Monaten nach dem Erstkontakt zugesprochen. Die Einführung der neuen Eingliederungsinstrumente – insbesondere der FI – hat zu einer rascheren Zusprache von Unterstützungsmassnahmen geführt. Nach der Revision werden 36 % aller Massnahmen bereits im ersten Quartal nach dem Erstkontakt zugesprochen (Bolliger et al. 2012: 121f). Mittlerweile werden 50 % der FI-Massnahmen innerhalb von etwa vier Monaten zugesprochen (Guggisberg et al. 2015b: 27f). Etwa drei Viertel der versicherten Personen mit einer FI-Massnahme sind bei der Anmeldung erwerbstätig (Guggisberg et al. 2015b: 25).

Die FI-Massnahmen haben also dazu geführt, dass mehr Eingliederungsmassnahmen rascher eingesetzt wurden. Aber wirken sie sich auch tatsächlich positiv auf den Eingliederungserfolg aus? Quantitative Analysen zeigen, dass die Zusprache von FI-Massnahmen die Wahrscheinlichkeit einer beruflichen Eingliederung generell erhöht (Bolliger et al. 2012: 192f). In diesem Sinne sollen die Mittel für FI-Massnahmen auch nicht zu knapp bemessen werden: Denn IV-Stellen, die durchschnittlich pro Kopf mehr Geld für FI-Massnahmen einsetzen, sind bei der Arbeitsintegration erfolgreicher (Guggisberg et al. 2015b: 67). Besonders

wichtig ist dabei auch die Umsetzung des Prinzips „Geschwindigkeit vor Präzision“: „Je rascher die FI-Massnahmen im Durchschnitt einer IV-Stelle umgesetzt werden, umso geringer sind die Berentungsquoten“ (Guggisberg et al. 2015a: 53).

Allerdings ist die Wirkung auch stark von der individuellen Situation der versicherten Person abhängig. So führten FI-Massnahmen bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung zu einem stark positiven Effekt, wurden aber gerade bei dieser Personengruppe am seltensten eingesetzt. Der Einsatz von Job Coaches beeinflusst ausserdem den Eingliederungserfolg positiv (Bolliger et al. 2012: 192f).

Ferner wird bemerkt, dass nur etwa 30 % der Nutzer von FI-Massnahmen psychisch erkrankt ist, obwohl diese Gruppe 40 % der Neuberenteten ausmacht (OECD 2014: 65). Dabei ist allerdings zu beachten, dass dieser Wert seit der Einführung der FI-Massnahmen stetig gestiegen ist und im Jahr 2008 nur 25% (der Personen mit Erwerbstätigkeit bei der Anmeldung) ausmachte (Guggisberg et al. 2015b: 26). Auch werden FI-Massnahmen noch zu selten direkt am Arbeitsplatz eingesetzt. Insbesondere die unterstützende Beratung sowohl der versicherten Person als auch des Arbeitgebenden am Arbeitsplatz („Jobcoaching“) wäre gemäss der OECD eine wichtige FI-Massnahme für Personen mit psychischen Erkrankungen, die noch Ausbaupotenzial hat (OECD 2014: 64ff, 87). Und auch für Job Coaching Massnahmen im Rahmen der FI gilt: Je früher desto besser (Schoppig 2015).

Die Praxis der IV-Stellen hinsichtlich der Art und Anzahl zugesprochener FI-Massnahmen wird als heterogen beurteilt. Insgesamt seien deshalb auch bei der FI das Anwendungs- und damit auch das Wirkungspotenzial noch nicht ausgeschöpft. Die Anwendung von FI-Massnahmen zahlt sich aus, nicht nur in Fällen mit hohem Eingliederungspotenzial, sondern auch in Fällen mit einer vergleichsweise geringen Eingliederungschance. IV-Stellen, die FI-Massnahmen häufiger anwenden, würden in diesem Sinne eine tiefere Erfolgswahrscheinlichkeit pro eingesetzter FI-Massnahme im Einzelfall ausweisen, aber gesamthaft deutlich mehr erfolgreiche Anwendungen verzeichnen als zurückhaltende IV-Stellen. Der Mengeneffekt der häufigen Anwendung ist also für den gesamthaften Eingliederungserfolg der IV-Stellen gewichtiger als die etwas niedrigere Erfolgsquote bei der Anwendung im Einzelfall (Bolliger et al. 2012: 110ff, 193). Auch Guggisberg et al. (2015a: 72) empfehlen einen „raschen“ und „eher grosszügigen“ Einsatz von FI-Massnahmen. Hierzu ist anzumerken, dass die Durchschnittskosten für FI-Massnahmen von ca. CHF 5'000 pro Leistungsbeziehenden weit unter dem rechtlich festgesetzten Maximalbetrag für FI-Massnahmen von CHF 20'000 pro versicherter Person (gemäss Art. 1^{octies} IVV) liegen (Guggisberg 2015b: 28f).

- Es wird empfohlen, dass die IV-Stellen den Einsatz von FI-Massnahmen verstärken und diese jeweils möglichst rasch und grosszügig im Eingliederungsprozess zusprechen, um den Eingliederungserfolg zu verbessern (Bolliger et al 2012: 201f, Guggisberg et al. 2015b: 67) bzw. die Berentungswahrscheinlichkeit zu verringern (Guggisberg et al. 2015a: 72).
- Dabei sollen insbesondere auch versicherte Personen mit geringer Bildung verstärkt von FI-Massnahmen profitieren können (Bolliger et al. 2012: 201f).
- Auch sollen die FI-Massnahmen gezielt auf die Gruppe der Personen mit psychischen Erkrankungen ausgeweitet werden – vor allem auch auf Personen mit einer moderaten psychischen Erkrankung, die immer noch erwerbstätig sind (OECD 2014: 64ff, 87).
- FI-Massnahmen sollen zudem vermehrt am Arbeitsplatz selbst eingesetzt werden, beispielsweise durch Beratung und Jobcoaching (OECD 2014: 64ff, 87).

Zwar wurde die Empfehlung eines vermehrten Einsatzes der FI-Massnahmen bereits insofern umgesetzt, als sich die Zahl der eingesetzten FI-Massnahmen zwischen 2008 und 2014 kontinuierlich erhöht hat – von 1'200 im Jahr 2008 (BSV 2009: 10) auf 10'200 im Jahr 2014 (BSV 2015: 13). In diesem Zeitraum hat sich der Anteil der IV-Neuanmeldungen mit FI-Mas-

snahmen nahezu verdoppelt (Guggisberg et al. 2015b: 25). Doch noch immer bestehen erhebliche kantonale Unterschiede was die Häufigkeit der zugesprochenen FI-Massnahmen angeht (Guggisberg et al. 2015b: 20).

3.2.3 Integrationsmassnahmen

Mit Integrationsmassnahmen sollen insbesondere psychisch erkrankte versicherte Personen mit einer mindestens 50 prozentigen Arbeitsunfähigkeit mittels gezielter Beschäftigungs- und sozialberuflicher Rehabilitationsmassnahmen auf die berufliche Eingliederung vorbereitet werden. IM zielen auf die Eingliederungsunterstützung einer vergleichsweise kleinen Personengruppe, für die es vor der 5. IVG-Revision keine geeigneten Massnahmen gab.

Entsprechend der Grundidee der IM wurden diese in erster Linie Personen mit psychischen Erkrankungen zugesprochen – rund drei Viertel der versicherten Personen mit Zusprache einer IM haben eine psychische Erkrankung (Guggisberg et al. 2015b: 32). Die IM tragen somit wie auch die FI-Massnahmen dazu bei, dass die IV bedarfsgerechter handeln kann.

Die IM wurden bisher eher selten genutzt. Ihr Einsatz ist zwischen 2008 und 2011 von 2.8 % auf 3.6 % der neuangemeldeten Personen gestiegen (Guggisberg et al. 2015b: 31). Meistens werden IM als Massnahmen der sozialberuflichen Rehabilitation in Institutionen angewendet, während IM in Unternehmen des ersten Arbeitsmarkts sehr selten sind (Bolliger et al. 2012: 95). Dies ist gemäss OECD insofern problematisch, als es sich bei den meisten Leistungsbeziehenden um Personen mit reaktiven psychischen Erkrankungen handelt, die eher eine rasche (aber eng begleitete) Rückkehr in eine „normale“ Stelle im ersten Arbeitsmarkt benötigen als ein geschütztes Arbeitsumfeld (OECD 2014: 68ff).

Welche Wirkungen haben IM auf den Eingliederungserfolg? Eine quantitative Analyse zeigt, dass IM die Eingliederungschancen erhöhen (Bolliger et al. 2012: 194f). Der Anteil an Personen mit einer IM, die in den Folgejahren eine Massnahme beruflicher Art erhalten, konnte seit der Einführung der IM kontinuierlich von 30 % auf 38 % gesteigert werden (Guggisberg 2015b: 34f).

Auch bei diesem Instrument bestehen nach wie vor erhebliche Anwendungsunterschiede zwischen den Kantonen. Es besteht noch ein Potenzial beim Einsatz der IM, denn die Wahrscheinlichkeit einer Arbeitsintegration von IM-Beziehenden ist bei IV-Stellen grösser, die IM rascher und häufiger zusprechen (Guggisberg et al. 2015b: 72).

- Bei den IM soll das Anwendungspotenzial im Sinne einer raschen und gezielten Massnahme systematisch ausgeschöpft werden um den Eingliederungserfolg zu verbessern (Bolliger et al. 2012: 111ff, 195, Guggisberg et al. 2015b: 72).
- IM sollen möglichst nicht in geschützten Arbeitsstätten, sondern im ersten Arbeitsmarkt durchgeführt werden (OECD 2014: 68ff, 87).

Das Anwendungspotenzial der IM wird allerdings aufgrund ihrer Ausrichtung auf eine sehr spezifische Zielgruppe als begrenzt beurteilt (Bolliger et al. 2012: 200). Der Einsatz der IM ist zwischen 2008 und 2014 denn auch nur moderat angestiegen und es bestehen auch weiterhin kantonale Unterschiede bei der Anwendung (Guggisberg et al. 2015b: 20).

3.2.4 Massnahmen beruflicher Art

Die neuen Eingliederungsinstrumente haben die Nutzung der Massnahmen beruflicher Art nur leicht verändert. So hat sich der Anteil der Personen mit einer Massnahme beruflicher Art am Total der IV-Neuanmeldungen zwischen 2004 und 2011 von 7.8 % auf 10.9 % erhöht. Dies sei insbesondere auf die Einführung der IM zurückzuführen, die darauf abzielen, Personen mit psychischen Erkrankungen auf Massnahmen beruflicher Art vorzubereiten (Guggisberg et al. 2015b: 36ff). Mittlerweile machen Personen mit psychischen Erkrankungen 36 % der Leistungsbeziehenden einer Massnahme beruflicher Art aus (2004: 28 %; Guggisberg et al. 2015b: 37). Die kantonalen Unterschiede bei der Anwendung von Massnahmen

beruflicher Art haben sich seit der Einführung der neuen Eingliederungsinstrumente verringert (Guggisberg et al. 2015b: 74).

Genauso wie bei den FI-Massnahmen und IM gilt auch bei den Massnahmen beruflicher Art: Je rascher die Massnahmen eingesetzt werden, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit einer Eingliederung (Guggisberg et al. 2015b: 74). Auch bei den Massnahmen beruflicher Art ist es so, dass die Arbeitsintegration in IV-Stellen mit höheren durchschnittlichen pro Kopf Ausgaben für diese Massnahmen eher gelingt und die Berentungswahrscheinlichkeit tiefer ist (Guggisberg et al. 2015b: 66f). Die Anzahl an Massnahmen beruflicher Art ist also weniger entscheidend für den Eingliederungserfolg als die gezielte Auswahl und die Bereitschaft, in die ausgewählte Person zu investieren (Guggisberg et al. 2015: 73).

- Massnahmen beruflicher Art sollen möglichst rasch und gezielt eingesetzt werden. Die finanziellen Mittel für diese Massnahmen sollen nicht zu knapp bemessen werden (Guggisberg et al. 2015a: 73, Guggisberg et al. 2015b: 74).

3.3 Eingliederung der IV-Rentenbeziehenden: Umsetzung und Wirkungen der IVG-Revision 6a

Bis zur Einführung der Eingliederungsorientierten Rentenrevision (EOR) basierten die Rentenrevisionen vorwiegend auf einer Selbsteinschätzung der versicherten Person sowie auf Abklärungen des behandelnden Arztes und (meist nur dossierbasiert) der IV-Stelle. Mit dieser Vorgehensweise konnte ein im Einzelfall bestehendes Eingliederungspotenzial nicht systematisch erkannt werden – die Wiedereingliederung der IV-Rentenbeziehenden wurde zu wenig gefördert (OECD 2014: 81). Eines der Kernelemente der IVG-Revision 6a (in Kraft seit dem Jahr 2012) war die Reduktion der Zahl der IV-Rentenbeziehenden durch die aktive Förderung der Wiedereingliederung im Rahmen der Rentenrevisionen. Rentenbeziehende mit Eingliederungspotenzial sollen gezielt identifiziert und durch persönliche Beratung und Begleitung sowie weitere spezifische Massnahmen auf eine Wiedereingliederung vorbereitet werden. Wie auch im Rahmen der 5. IVG-Revision sollen das Gespräch und die Beziehungsarbeit in den Vordergrund der Eingliederungsarbeit rücken. Mit der EOR soll ein Paradigmenwechsel eingeleitet werden, weg von „einmal Rente, immer Rente“ hin zum Verständnis der „Rente als Brücke zur Eingliederung“.

Ergänzend zur EOR wurde eine rechtliche Grundlage für die Überprüfung und Anpassung laufender Renten bis Ende 2014 geschaffen, die aufgrund von „pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage“ zugesprochen wurden (Schlussbestimmungen der Gesetzesrevision). Nach der zum Zeitpunkt der Gesetzesrevision geltenden Rechtsprechung erfüllten diese Beschwerdebilder für sich alleine die Voraussetzungen für eine Berentung nicht mehr. Mit diesen Massnahmen sollten innert 6 Jahren der Rentenbestand um 12'500 gewichtete Renten reduziert werden, davon 8'000 aufgrund der eingliederungsorientierten Rentenrevision und 4'500 aufgrund der Schlussbestimmungen.

Eine Studie zur Einkommenssituation der IV-Rentenbeziehenden im Jahr 2006 zeigt, dass damals etwa 40 % der alleinstehenden Rentenbeziehenden erwerbstätig waren (Wanner, Pecoraro 2012: 52f). Erwerbseinkommen, so die Studie, sind zudem eine wichtige Ergänzung zu den anderen Einkommensquellen (insbes. der 1. und 2. Säule) und tragen in erheblichem Masse zum Gesamteinkommen der IV-Rentenbeziehenden bei (Wanner, Pecoraro 2012: 39ff). Die Studie zeigt also, dass die Integration der IV-Rentenbeziehenden in den ersten Arbeitsmarkt in gewissen Fällen möglich ist und erwerbstätige Rentenbeziehende insgesamt finanziell besser gestellt sind als diejenigen ohne Erwerb.

Bereits im Jahr 2014 stellte das BSV jedoch fest, dass die IVG-Revision 6a noch nicht die erwartete Reduktion des Rentenbestands bewirkt hat (BSV 2014), wie im Kapitel 2.3 ausführlich beschrieben wurde.

3.3.1 Hindernisse und Erfolgsfaktoren im Prozess der Wiedereingliederung von IV-Rentenbeziehenden

Grundsätzlich begrüssen die IV-Stellen die verstärkte Eingliederungsorientierung bei den Rentenrevisionen. Sie wird als ein weiterer Schritt in Richtung Eingliederungsversicherung verstanden und die bestehenden Instrumente und Möglichkeiten werden positiv beurteilt (Guggisberg et al. 2015b: 126). Es bestehen aber erhebliche Unterschiede zwischen den Kantonen beim konkreten Vorgehen und der Schwerpunktsetzung (Guggisberg et al. 2015b: 100ff., siehe zum Folgenden auch Kapitel 2.3.2).

Ein entscheidender Punkt im Prozess ist die systematische Identifikation von Personen mit Eingliederungspotenzial. Dabei spielen die Erfahrung der Mitarbeitenden und ihre Kenntnisse des Einzelfalls eine grosse Rolle. Mit der IVG-Revision 6a hat das Knowhow und die Erfahrung mit der „intuitiven Triage“ in den IV-Stellen zugenommen, doch ist für einige IV-Stellen immer noch unklar, nach welchen Kriterien vorgegangen werden soll.

- Es gilt Leitlinien oder Instrumente zu entwickeln, die den IV-Stellen helfen, die geeigneten Personen mit Eingliederungspotenzial zu identifizieren (Guggisberg et al. 2015b: 101, OECD 2014: 82).

Wenn eine versicherte Person sowohl über das Potenzial, als auch den Willen zur Eingliederung verfügt – und das sei nur bei wenigen Personen der Fall –, wird mit Eingliederungsmassnahmen begonnen. Die Mehrheit der IV-Stellen hebt die Bedeutung der Motivation hervor: Es sei kaum möglich, eine unmotivierte Person in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren und für eine systematische Motivierung fehlten die personellen Ressourcen in den IV-Stellen. Andere IV-Stellen fordern demgegenüber stärker die Einhaltung der Mitwirkungspflichten ein und verweisen auf ein versicherungsmedizinisch festgestelltes Eingliederungspotenzial (Guggisberg et al. 2015b: 104). Die eingliederungsorientierten Rentenrevisionen spielen sich in einem Spannungsfeld zwischen diesen beiden Grundhaltungen – Eingliederung gestützt auf Motivation und psychosozialen Ressourcen vs. Eingliederung gestützt auf versicherungsmedizinische Abklärungen – ab. Doch letztlich berge der versicherungsmedizinisch-rechtliche Weg der Rentenrevision gemäss den IV-Stellen nach wie vor das grössere Potenzial für Rentenreduktionen oder -aufhebungen als der psychosoziale Zugang (Guggisberg et al. 2015b: 96).

Insgesamt zeigen sich die IV-Stellen trotz der aufwändigen Triageprozesse ernüchtert über die geringe Zahl an Personen, die tatsächlich die Wiedereingliederung versuchen. Dies sei unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Rentenzusprache seit einigen Jahren sehr streng gehandhabt werde und entsprechend die Krankheitslast im Rentenbestand sehr hoch sei. Wichtiges Ziel ist in diesem Zusammenhang der gezieltere Einsatz der Rentenrevisionen („Qualität statt Quantität“). So haben alle IV-Stellen die Revisionsmengen in den letzten Jahren reduziert um die bestehenden Ressourcen gezielter für Fälle mit genügend Eingliederungspotenzial einzusetzen (Guggisberg et al. 2015b: 122). Dies ist umso wichtiger, als einige IV-Stellen über zu knappe personelle Ressourcen klagen (Guggisberg et al. 2015b: 128).

Erheblich gestiegen nach 2012 – wenn auch auf tiefem Niveau – ist der Anteil an IV-Rentenbeziehenden, die mit Eingliederungsmassnahmen auf dem Weg in den ersten Arbeitsmarkt unterstützt werden (von 1.3 % vorher auf 2.2 % nachher, Guggisberg et al. 2015b: 85). Zugespochen werden hauptsächlich Massnahmen beruflicher Art, aber auch IM und neue Massnahmen, die mit der 6. IVG-Revision eingeführt wurden (Arbeitsversuch, Einarbeitungszuschuss, und Beratung und Begleitung) (Guggisberg et al. 2015b: 86f). Auffallend ist ferner, dass mehr als die Hälfte der Eingliederungsmassnahmen an Personen mit psychischen Erkrankungen zugesprochen wurde – eine Gruppe, der entsprechend Eingliederungspotenzial attestiert wird (Guggisberg et al. 2015b: 88f).

Die Wiedereingliederung von IV-Rentenbeziehenden ist durch eine intensive Einzelbetreuung geprägt. Die IV-Stellen schätzen die breite Palette an möglichen Massnahmen und betonen die Wichtigkeit, für den Einzelfall massgeschneiderte Massnahmen einsetzen zu können (Guggisberg et al. 2015b: 107ff).

Die IV-Stellen nennen verschiedene psychosoziale Ressourcen als Faktoren für eine erfolgreiche Wiedereingliederung. Dazu gehören etwa eine kurze Rentenbezugsdauer, ein stabiler Gesundheitszustand (objektiv wie subjektiv), Arbeitserfahrung und eine gute Ausbildung, persönliche Motivation sowie ein privates und professionelles Umfeld (Familie bzw. Ärzteschaft, Therapeutinnen und Therapeuten etc.), das den Eingliederungsprozess unterstützt, aber nicht forciert.

- Auf Ebene der IV-Stelle selbst ist es wichtig, Transparenz über den Prozess zu schaffen, zu motivieren und Ängste abzubauen, die Versicherten auf Basis einer Vertrauensbeziehung eng zu begleiten und ihnen genügend Zeit zu lassen (Guggisberg et al. 2015b: 114ff).

Wiederholt thematisiert werden die finanziellen Fehlanreize der IV-Rentenbeziehenden, sich auf eine Wiedereingliederung einzulassen. So komme es immer wieder vor, dass Versicherte dank einer neuen Erwerbsarbeit keine IV-Rente mehr beziehen müssen, aber dadurch letztlich ein geringeres Einkommen haben als mit Rente (Guggisberg et al. 2015b: 108). Auch Schwelleneffekte *innerhalb* des IV-Rentensystems können bei einer Aufnahme oder Erweiterung der Erwerbsarbeit zu einer überproportionalen Reduktion der IV-Rentenleistungen führen (vgl. Gysin/Bieri 2012).

- Vor diesem Hintergrund empfiehlt die OECD (2014: 88f), ein stufenloses Rentensystem einzuführen, in dem sich eine Erwerbsarbeit auszahlt.

Doch auch in weiteren Rahmenbedingungen gibt es Hindernisse. So wird die Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarkts von den IV-Stellen sehr kritisch beurteilt. Es gebe immer weniger geeignete Arbeitsplätze, vor allem im Tieflohnbereich, was die Chancen einer Wiedereingliederung erheblich erschwere (Guggisberg et al. 2015b: 124).

- Es besteht entsprechend ein grosser Handlungsbedarf bei der Bereitstellung geeigneter Arbeitsplätze (Guggisberg et al. 2015b: 127).

Dass die Wiedereingliederung von IV-Rentenbeziehenden möglich ist, zeigt die Evaluation des Pilotprojekts „Ingeus“ (Hagen et al. 2014). Kern des Pilotprojekts war ein intensives Coaching durch einzeln zugeordnete Eingliederungsberatende des Unternehmens Ingeus. Die IV-Rentenbeziehenden wurden während des gesamten Vermittlungsprozesses auf dem Weg zurück in den ersten Arbeitsmarkt aktiv betreut und in ihrer Suche nach einer passenden Tätigkeit unterstützt. Bewerbungsdossiers wurden erstellt, berufliche Perspektiven besprochen und gemeinsam mögliche Stellen gesucht. Ergänzend wurden kurze Kurse über Selbstmanagement oder Bewerbungstechniken angeboten. Die Evaluation zeigt, dass das Programm für die Teilnehmenden im Durchschnitt wirksam war, und zwar dank einer Senkung des Rentenbezugs durch eine Erhöhung der Erwerbstätigkeit (Hagen et al. 2014: 60ff). Das Programm habe insbesondere die Motivation, das Selbstwertgefühl sowie die Kenntnisse konkreter Techniken gesteigert, was wiederum zu verstärkten und effizienteren Arbeitssuch- und Bewerbungsaktivitäten führte (Hagen et al. 92f).

Die Resultate des Pilotprojekts „Zürcher Eingliederungs-Pilotprojekt“ (ZhEPP) zeigen, dass die Wiedereingliederung von IV-Rentenbeziehenden im Rahmen von regulären Arbeitsverhältnissen im ersten Arbeitsmarkt grundsätzlich möglich ist und der Ansatz „erst platzieren, dann trainieren“ mit adäquater Unterstützung und vorhandenem Potenzial für diese Zielgruppe realistisch ist. Kritische Erfolgsfaktoren sind eine adäquate Begleitung umgehend nach einer Rentenzusprache, die Kooperation mit allen Involvierten und die Motivation der betroffenen Person selber. (Kawohl et al. 2015).

3.3.2 Rentenrevisionen aufgrund der Schlussbestimmungen

Bis Ende 2014 waren die IV-Stellen angehalten, die Renten von Versicherten zu überprüfen, deren Rentenzusprache auf „pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage“ basierte. Viele IV-Stellen haben diesen Prozess, der viel Konfliktpotenzial barg, inzwischen abgeschlossen. Die Rentenüberprüfung stiess bei den Versicherten und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten auf wenig Verständnis. Dies vor allem darum, weil dabei die rechtliche Sicht der zugrundeliegenden Diagnose, die keinen Rentenanspruch mehr begründet, im Vordergrund stand, und nicht die tatsächlichen Erwerbsmöglichkeiten der versicherten Personen (Guggisberg et al. 2015b: 131ff).

Letztlich gab es erheblich weniger Fälle als erwartet, in denen eine Rente aufgrund der Schlussbestimmungen aufgehoben wurde. In den Jahren 2012 und 2013 wurden auf diesem Weg 670 Renten aufgehoben (insgesamt wurde der Rentenbestand aufgrund der Schlussbestimmungen um 500 gewichtete Renten reduziert) (BSV 2014: 4). Wichtigster Grund hierfür war, dass versicherte Personen mit den spezifisch überprüften Beschwerdebildern häufig auch rentenbegründende Begleiterkrankungen haben. Bei der medizinischen Neubeurteilung wurden oft neue Diagnosen gestellt oder eine gesundheitliche Verschlechterung geltend gemacht (BSV 2014: 5, Guggisberg et al. 2015b: 134f). Auch habe sich die Rentenprüfung bei somatoformen Diagnosen bereits seit einigen Jahren verschärft weshalb vor allem ältere Personen von den Schlussbestimmungen potenziell betroffen waren – und von diesen fielen viele unter die Besitzstandswahrung (Guggisberg et al. 2015b: 140).

So kam es oft zu langwierigen und für alle Seiten belastenden Beschwerden und Gerichtsverfahren. Im Juni 2015 rückte das Bundesgericht in einem Leitscheid von seiner bisherigen Überwindbarkeitspraxis ab und legte neu fest, dass das tatsächliche Leistungsvermögen der Versicherten gesamthaft und „ergebnisoffen“ abzuklären sei (BGE 141 V 281).

3.4 Weitere Akteure im Integrationsprozess

3.4.1 Behandelnde Ärztinnen und Ärzte

Dem Kontakt mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten kommt bei der Arbeitsintegration eine wichtige Rolle zu (siehe auch Kapitel 2). Diese haben über ihre Funktion als medizinische Fachperson hinaus einen erheblichen Einfluss auf die subjektive Arbeitsfähigkeit und Motivation ihrer Patienten. Wenn sie den Eingliederungsprozess nicht mittragen, droht die Eingliederung zu scheitern. Die Ärzteschaft ist grundsätzlich bereit, die Eingliederungsziele der IV zu unterstützen, „wollen sich aber von der IV nicht für Ziele und die Rechtfertigung von Entscheiden instrumentalisieren lassen, die sie selbst nicht mittragen können“ (Bolliger, Féraud 2015: 42). Von Seiten der IV-Stellen wiederum wird als Schwierigkeit aufgeführt, dass die Ärztinnen und Ärzte teils nur wenig über den Eingliederungsprozess wissen, lange Wartezeiten und schwierige Erreichbarkeiten ein rasches Handeln bei der Eingliederung erschweren und dass die Ärzteschaft zu rasch und häufig Arztzeugnisse zur Arbeitsunfähigkeit (teils auch während IV-Massnahmen) ausstellt, welche die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen erschweren. (Bolliger, Féraud 2015: 37). Besonders wichtig für eine eingliederungsorientierte Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten ist, dass die IV-Stellen Arztberichte zielgerichtet (und nicht systematisch) einholen. Vor allem zu Beginn des Eingliederungsprozesses ist der mündliche Austausch mit den Ärztinnen und Ärzten wichtiger (Bolliger, Féraud 2015: 81ff). So weisen auch IV-Stellen, die den Eingliederungsprozess zunächst ohne Informationen aus schriftlichen Arztberichten steuern, eine geringere Berentungsquote auf als IV-Stellen, die in jedem Fall als Erstes einen schriftlichen Arztbericht einholen (Guggisberg et al. 2015a: 53).

- Die Kommunikation zwischen IV-Stellen und behandelnden Ärztinnen und Ärzten ist zu verbessern und stärker auf den mündlichen Austausch auszurichten. Arztberichte sollten nur sehr zielgerichtet eingeholt werden. Eine erfolgreiche Eingliederung setzt zudem

voraus, dass die Massnahmen gemeinsam koordiniert und begleitet werden (Bolliger, Féraud 2015: 81ff).

Auch bei der Eingliederung von IV-Rentenbeziehenden versuchen die IV-Stellen, die behandelnden Ärztinnen und Ärzten möglichst früh in den Prozess einzubeziehen (z.B. Einladung zum Assessment). Doch in der Zusammenarbeit bestehen Reibungspunkte, was sich negativ auf die Eingliederung auswirkt (OECD 2014: 82; Guggisberg et al. 2015b: 124f, siehe auch Kapitel 2).

- Die OECD empfiehlt, die eingliederungsorientierten Rentenrevisionen weiterhin systematisch zu verfolgen und dabei den Fokus auf Gespräche und den persönlichen Kontakt mit dem behandelnden Arzt zu legen. Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen behandelndem Arzt und IV-Stelle, sollen diese beiden Parteien verpflichtet werden, den Fall zu besprechen und sich zu einigen (OECD 2014: 88).

3.4.2 Arbeitgebende

Der Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden kommt bei der Eingliederung im ersten Arbeitsmarkt eine besonders wichtige Rolle zu. Auch wenn letztlich die erfolgreiche fallbezogene Zusammenarbeit der beste Weg, um Arbeitgebende für die Eingliederung zu gewinnen, ist, bauen die IV-Stellen fallunabhängig Kontakte zu Arbeitgebenden auf und pflegen Arbeitgebernetzwerke. Wie eine qualitative Studie über die Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen und Arbeitgebenden (Geisen et al. 2016: 45f) zeigt, wenden sie dabei verschiedene Strategien der Kontaktaufnahme an: Entweder solche, die sich stärker am Bedarf der IV-Stellen orientieren, z.B. fallunabhängige Akquise mit „typischen“ Stellenprofilen, oder jene, die den Bedarf der Arbeitgebenden abdecken, etwa über Arbeitgebendenfragebögen oder Anlässe und Aktivitäten der IV-Stellen.

Entscheidend ist auch hier die Beziehungsarbeit: Die IV muss als kompetenter Ansprechpartner auftreten und „ein Gesicht bekommen“. Wenn ein Arbeitgeber einmal gute Erfahrungen mit einer versicherten Person und der IV gemacht hat, ist die Bereitschaft höher, später wieder eine versicherte Person anzustellen. Die IV-Stellen gehen dabei sehr dienstleistungsorientiert und unbürokratisch vor (Guggisberg et al. 2015b: 36f). Zentrale Hindernisse bei der Arbeitgeberakquisition sind zum einen die fehlende Zahl geeigneter freier Arbeitsplätze und zum anderen eine eher geringe Bereitschaft zur Anstellung von Personen mit psychischen Erkrankungen (Guggisberg et al. 2015b: 124, OECD 2014: 83f).

Gemäss Geisen et al. (2016) zeigt sich, dass seit 2008 in den IV-Stellen ein Kompetenzaufbau bezüglich der Kooperation von IV-Stellen und Arbeitgebenden sowie eine Ausdifferenzierung von Funktionen stattgefunden hat, wenn auch die kantonalen Unterschiede – vor dem Hintergrund unterschiedlicher Kontextfaktoren – beträchtlich sind (Geisen et al. 2016: 43).

Die Autorinnen und Autoren machen drei Idealtypen von Kooperationsformen aus, die sich bei den konkreten IV-Stellen in der Regel als spezifische Mischform präsentierten: 1) einen innovationsorientierten Kooperationstyp, der pro-aktiv die Zusammenarbeit angeht und neue Lösungen für die Anliegen der Arbeitgeber entwickelt, 2) einen koordinationsorientierten, dessen Handlung auf die Optimierung der Zusammenarbeitsabläufe mit den Arbeitgebern fokussiert und 3) einen anforderungsorientierten Typ, der pragmatisch-lösungsorientiert erst nach Auftreten von konkreten Fällen reagiert (Geisen et al. 2016). Die Kooperationsformen werden stark von Kontextfaktoren abhängig gemacht, insbesondere der Grösse der IV-Stellen und der regionalen Wirtschafts- bzw. Branchenstruktur (ebenda).

- Weiter sollen zusammen mit relevanten Akteuren verschiedene Leitlinien zur Unterstützung der IV-Stellen erarbeitet werden. Diese Leitlinien sollen beispielsweise aufzeigen, wie die Beziehungsarbeit mit den versicherten Personen ausgestaltet werden soll, wie

Arbeitgebende und behandelnde Ärztinnen und Ärzte beraten werden sollen und wie ein wirksamer Eingliederungsplan erstellt wird (OECD 2014: 82).

- Die IV-Stellen sollten vermehrt die fallunabhängige Kooperation mit Arbeitgebenden suchen und dabei Information und Beratung in Fragen des betrieblichen Eingliederungsmanagements stärker betonen. In diesem Zusammenhang, aber nicht nur, sollten die Beratungskompetenzen der Mitarbeitenden der IV-Stellen in Bezug auf betriebliche Anforderungen verstärkt werden. Für die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit sollten zudem die bestehenden Ansätze regelmässig überprüft und optimiert werden. Zudem sollte die Kooperation auf weitere beteiligte Akteure ausgedehnt werden (Geisen et al. 2016).

3.5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

3.5.1 Schlussfolgerungen

Eingliederung vor Rente: Die IV-Stellen tragen den Kulturwandel hin zu einer verstärkten „Eingliederung vor Rente“ mit und setzen die neuen Instrumente der 5. IVG-Revision um. Mit der Revision wurde die Massnahmenpalette der IV erheblich erweitert und ihre Eingliederungsorientierung verstärkt und bedarfsgerecht ausgestaltet. Es bestehen nun geeignete Instrumente um Personen, deren Eingliederung schwierig ist – beispielsweise Personen ohne Arbeitsplatz beim Erstkontakt oder Personen mit psychischen Erkrankungen –, bei der Integration in den ersten Arbeitsmarkt gezielter zu unterstützen. Insbesondere bei Menschen mit psychischen Erkrankungen wurde vorher allzu rasch auf eine Rente gesetzt statt auf die Eingliederung (siehe hierzu auch Kapitel 4). Die neuen Massnahmen haben ferner bewirkt, dass die IV vermehrt rechtzeitig einbezogen wird und die versicherten Personen rascher unterstützt werden. Quantitative Analysen zeigen, dass die neuen Instrumente, so sie angewendet werden, die Wahrscheinlichkeit einer Eingliederung begünstigen. Dabei gibt es insbesondere vier Erfolgsfaktoren:

- Bisher eher zurückhaltende IV-Stellen sollen insbesondere FI-Massnahmen und IM verstärkt einsetzen.
- Als zentraler Erfolgsfaktor erweist sich bei allen Eingliederungsmassnahmen die Geschwindigkeit: Je rascher die Massnahmen eingesetzt werden, umso grösser ist der Eingliederungserfolg.
- Bei der Eingliederung soll ausserdem auf keinen Fall gespart werden, denn je mehr Geldmittel durchschnittlich pro Kopf eingesetzt werden, desto erfolgreicher ist die Massnahme.
- Die Zusammenarbeit zwischen den IV-Stellen und den Ärztinnen und Ärzten ist zentral für eine erfolgreiche Eingliederungspraxis. Dabei ist der mündliche Austausch vorzuziehen; Arztberichte sollten nur sehr zielgerichtet eingeholt werden.

Insgesamt sind von denjenigen Personen, die bei der IV-Neuanmeldung eine Arbeitsstelle hatten, drei Jahre später noch 73 % erwerbstätig. 35 % der Personen ohne Arbeitsstelle zum Zeitpunkt der IV-Neuanmeldung haben in den drei folgenden Jahren eine neue Stelle gefunden (Guggisberg et al. 2015b: 50ff).

Die neuen Instrumente tragen nicht nur zu einer verbesserten Arbeitsintegration bei, sie bewirken auch eine Reduktion der Berentungen (Bolliger et al. 2012: 202, OECD 2014: 86f, Guggisberg et al. 2015a: 53f, 72f, Guggisberg et al. 2015b: XV). Der genaue Anteil der IV-Eingliederung am Rückgang der Neurenten lässt sich indes wissenschaftlich nicht eruieren. Letztlich spielen neben der Eingliederung auch andere Faktoren eine Rolle, wie zum Beispiel die IV-Abklärung und die Gerichtspraxis (siehe Kapitel 2) oder der Umgang der Arbeitgebenden mit psychischen Erkrankungen der Mitarbeitenden (siehe Kapitel 4).

Eingliederung der IV-Rentenbeziehenden: Die mit der IVG-Revision 6a verstärkte Eingliederungsorientierung bei den Rentenrevisionen gestaltet sich im Vergleich zur Eingliederung vor Rente als erheblich schwieriger. Dem sehr hohen Aufwand auf Seiten der IV-Stellen steht eine geringe Renten-Wirksamkeit gegenüber. Die Stossrichtung und die verfügbare Massnahmenpalette werden gleichwohl von den IV-Stellen begrüsst. Diese haben wichtige Erfahrungen gesammelt und sich ein erhebliches Knowhow angeeignet, das auch bei der Eingliederung vor Rente hilfreich ist. Eine zielgerichtete Umsetzung der Rentenrevisionen nach Augenmass (und nicht nach standardisierten Checklisten) und unter Berücksichtigung einer engen, motivierenden Beratung und Begleitung ist erfolgversprechend. Neben den IV-Stellen sind auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die Arbeitgebenden gefordert, die Eingliederungsorientierung aktiv mitzugestalten. Letztlich scheint das Eingliederungspotenzial der IV-Rentenbeziehenden allerdings beschränkt zu sein, da bereits seit einigen Jahren der Zugang zur Rente strenger gehandhabt wird (siehe Kapitel 2).

3.5.2 Empfehlungen

- Das Wirkungspotenzial der Früherfassung soll besser ausgeschöpft werden, indem die FE durch die Partner der IV verstärkt eingesetzt wird. Die Arbeitgebenden sollen aktiv auf die Möglichkeit der FE aufmerksam und zur Nutzung ermuntert werden.
- Bisher eher zurückhaltende IV-Stellen sollen insbesondere FI-Massnahmen und IM verstärkt einsetzen.
- FI-Massnahmen und IM sollen vermehrt am Arbeitsplatz eingesetzt werden, beispielsweise durch Beratung und Jobcoaching.
- Versicherte Personen mit geringer Bildung sollen verstärkt von FI-Massnahmen profitieren können.
- FI-Massnahmen sollen gezielt auf die Gruppe der Personen mit psychischen Erkrankungen ausgeweitet werden – vor allem auch auf Personen mit einer moderaten psychischen Erkrankung, die immer noch erwerbstätig sind.
- Alle Eingliederungsmassnahmen sollen rascher eingesetzt werden, um den Eingliederungserfolg zu verbessern.
- Bei der Eingliederung soll ausserdem auf keinen Fall gespart werden. Denn je mehr Geldmittel durchschnittlich pro Kopf eingesetzt werden, desto erfolgreicher ist die Massnahme.
- Die Kommunikation zwischen IV-Stellen und behandelnden Ärztinnen und Ärzten ist zu verbessern und stärker auf den mündlichen Austausch auszurichten. Arztberichte sollen nur sehr zielgerichtet eingeholt werden. Eingliederungsmassnahmen sind gemeinsam zu koordinieren und zu begleiten.
- Zusammen mit relevanten Akteuren gilt es, verschiedene Leitlinien zur Unterstützung der IV-Stellen zu erarbeiten. Diese Leitlinien sollen beispielsweise aufzeigen, wie die Beziehungsarbeit mit den versicherten Personen ausgestaltet werden soll, wie Arbeitgebende und behandelnde Ärztinnen und Ärzten beraten werden sollen, wie ein wirksamer Eingliederungsplan erstellt wird und wie geeignete Personen mit Eingliederungspotenzial identifiziert werden können.
- Bei der Eingliederung der IV-Rentenbeziehenden ist darauf zu achten Transparenz über den Prozess zu schaffen, zu motivieren und Ängste abzubauen. Die Versicherten sollen auf Basis einer Vertrauensbeziehung eng begleitet werden und ihnen soll ausreichend Zeit gelassen werden.
- Es gilt die eingliederungsorientierten Rentenrevisionen weiterhin systematisch zu verfolgen und dabei den Fokus auf Gespräche und den persönlichen Kontakt mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu legen. Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen

behandelndem Arzt und IV-Stelle sollen die Parteien verpflichtet werden, den Fall zu besprechen und sich zu einigen.

- Ein stufenloses Rentensystem soll eingeführt werden, in dem sich eine Erwerbsarbeit auszahlt.

3.6 Stellungnahme des BSV

3.6.1 Bisherige Umsetzungsschritte

Auf Verordnungsebene wurde per 01.01.2015 eine Reihe technischer Verbesserungen eingeführt, so eine flexiblere Gewährung von Integrationsmassnahmen per 01.01.2015 (Art. 4^{sexies} IVV), die fallunabhängige Beratung, Begleitung und Schulung von Arbeitgebenden (Art. 41 Abs. 1 Bst. f^{bis} IVV) sowie die Beratung und Information von Fachpersonen aus Schule und Ausbildung (Art. 41 Abs. 1 Bst. f^{ter} IVV). Die Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen, resp. deren besserer Einbezug während dem Abklärungsprozess und der beruflichen Eingliederung, wurde in die Kreisschreiben (per 01.01.2015) aufgenommen.

Wie im Kapitel zur Abklärung bereits erwähnt, wurde im August 2012 für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die Informationsplattform iv-pro-medico aufgeschaltet. Seither wird sie laufend aktualisiert und verbessert.

Den IV-Stellen wurden finanzielle Möglichkeiten zur Stärkung der Zusammenarbeit mit Dritten (Arbeitgebende, behandelnde Ärztinnen und Ärzte und Lehrpersonen) zur Verfügung gestellt.

Der Pilotversuch Personalverleih (2013 und 2014) wurde erfolgreich abgeschlossen. Die Schaffung der gesetzlichen Grundlage für die Einführung des Personalverleihs als unbestrittene Massnahme im Rahmen der IV-Revision „Weiterentwicklung der IV“ wird als Ergänzung der bestehenden Eingliederungsmassnahmen angestrebt. Für die Zeit zwischen dem Abschluss des Pilotversuchs (31.12.2014) und der vorgesehenen Einführung des Personalverleihs im IVG, haben die IV-Stellen die Möglichkeit, die Zusammenarbeit mit Personalverleihern in einem separaten Budgetposten im Rahmen der aktiven Arbeitsvermittlung weiterzuführen.

Die Erfahrungen zur Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt im Rahmen der Pilotversuche „Ingeus“ und „Zürcher Eingliederungs-Pilotprojekt“ (ZhEPP) liefern wertvolle Hinweise für die individuelle Beratung und Begleitung von versicherten Personen im Eingliederungsprozess, die in der Weiterentwicklung der IV geprüft wird.

3.6.2 Weitere Vorgehensweise

Was die Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen und behandelnden Ärzten und Ärztinnen betrifft, so wird intern im BSV-Geschäftsfeld IV in unterschiedlichen Arbeitsgruppen weiter an der Thematik gearbeitet. Unter anderem geht es auch darum, wie die Arztberichte künftig besser auf die Bedürfnisse der IV abgestimmt werden können (z.B. im Rahmen von sog. „fit notes“, in denen die behandelnden Ärzte und Ärztinnen neben der Beschreibung des Gesundheitszustandes auch das Eingliederungspotenzial ihrer Patienten sowie Empfehlungen zur beruflichen Eingliederung aus medizinischer Sicht abgeben können).

Im Rahmen der „Weiterentwicklung IV“ sollen mehrere Themen in zur Förderung der beruflichen Eingliederung weiter vertieft werden. So sollen die behandelnden Ärzte relevante Informationen weitergeben dürfen, um die Zusammenarbeit bei der Eingliederung zu verbessern. Umgekehrt sollen die IV-Stellen Informationen zu getroffenen Entscheiden und zum Stand der Eingliederung an behandelnde Ärzte weitergeben können. Die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung in Sozialversicherungs-, speziell IV-Recht, soll in Zusammenarbeit mit

dem BAG gefördert werden. Die IM und FE sollen per gesetzlicher Regelungen flexibler gehandhabt werden können. Zudem soll die FE auf die Zielgruppe der jungen Erwachsenen ausgeweitet werden. Grundsätzlich steht die frühzeitige Erkennung und Unterstützung bei Schwierigkeiten im Jugendalter im Fokus der Weiterentwicklung. Die Leistung „Beratung und Begleitung“ soll auf Gesetzesstufe über alle Phasen des IV-Prozesses hinweg dem Supported-Employment-Gedanken folgen. Dies kommt der versicherten Personen und in bestimmten Phasen auch den Arbeitgebenden zugute. Auch die Einführung des stufenlosen Rentensystems zur Verbesserung der Eingliederungsanreize durch Verminderung der Schwelleneffekte, die bereits in der 6. Revision vorgesehen war und von der OECD wiederum betont wurde, ist vorgesehen. Arbeit soll sich auch finanziell lohnen.

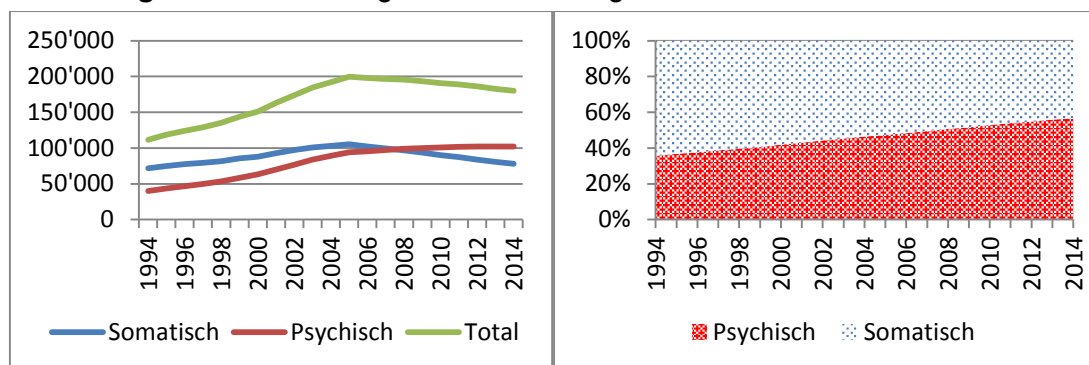
In Bezug auf die Empfehlungen des Länderberichts „Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz“ der OECD werden als Massnahmen die Sensibilisierung der Arbeitgeber für psychische Probleme der Angestellten sowie eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit der IV verstärkt, arbeitsplatzbezogene Frühinterventionsmassnahmen ausgebaut und multidisziplinäre medizinisch-berufliche Abklärungen gestärkt. Als Grundlage muss auch hier gewährleistet sein, dass Arbeit sich finanziell lohnt.

4. Psychische Erkrankungen und Invalidenversicherung

4.1 Einleitung

Zur Erwerbsunfähigkeit führende psychische Erkrankungen waren einer der Hauptgründe für das starke Ansteigen der IV-Berentungen ab den 1990er Jahren bis Mitte der ersten Dekade dieses Jahrhunderts. Und obwohl die Entwicklung der Rentenzahlen ab 2004 gebremst und später sogar gesenkt werden konnten, stiegen die Berentungen aus psychischen Gründen weiter an und stagnieren inzwischen, womit aber ihr Anteil an allen IV-Renten weiterhin wächst. Mittlerweile sind 45 % der IV-Renten auf psychische Erkrankungen zurückzuführen.

Abbildung 2: Entwicklung der IV-Berentungen 1994 – 2014



Quelle: IV-Statistik BSV 2015

Dieses Phänomen stand bereits im Zentrum des ersten Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung. Erste Studien dazu wurden realisiert. So gibt eine Studie eine Übersicht über die psychisch bedingte Invalidisierung und deren Ursachen (Baer et al. 2009). In einem zweiten Projekt wurden Fallstudien zur beruflichen Integration von (stationär behandelten) Personen mit psychischen Störungen erarbeitet (Herdt et al. 2010) (vgl. auch zusammenfassend BSV 2010). Auch die OECD begann sich dieser schwierigen Entwicklung anzunehmen und erkannte, dass die meisten Mitgliedsländer davon betroffen sind (OECD 2012, 2014, 2015).

Kapitel 4 befasst sich nun als Erstes mit der Frage nach dem Erkennen, der wirksamen Behandlung von psychischen Erkrankungen und dem Abklärungsprozess derselben durch die IV (4.2). Wie verlaufen Diagnose und Behandlung, welche Rolle haben die verschiedenen beteiligten Akteure, wie nehmen sie diese wahr und was bedeutet dies für die IV? Zweitens interessieren die Zusammenhänge zwischen Arbeit und psychischer Gesundheit bzw. psychischen Störungen am Arbeitsplatz und die Anstrengungen der IV und anderer Akteure bei der beruflichen Eingliederung und Wiedereingliederung (4.3). Ein in den letzten Jahren brisanter gewordenes Phänomen ist jenes der vermehrten psychischen Störungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, mit deren Hintergründe sich das Forschungsprogramm beschäftigt hat (4.4). Und schliesslich sind von der Problematik der psychisch bedingten Invalidisierung nicht allein die Invalidenversicherung, sondern auch andere gesellschaftliche Teilsysteme betroffen (4.5). Im Kapitel 4.6 werden die wichtigsten Empfehlungen aus den Berichten zusammengefasst, die im Anschluss daran vom BSV kommentiert werden (4.6).

4.2 Diagnose und Behandlung von psychischen Beschwerden in der IV-Abklärung

Gemäss dem OECD-Bericht „Sick on the Job – Myths and Realities about Mental Health and Work“ wird im internationalen wissenschaftlichen Diskurs mehrheitlich bezweifelt, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen generell zugenommen hat (OECD 2012: 32). Dieser

Befund stimmt mit jenen in den Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung im Monitoringbericht des Obsan überein (Schuler et al. 2012: 9). Das Auftreten von psychischen Beschwerden ist jedoch nicht zwingend identisch mit psychischer Erkrankung und eventuellen daraus resultierenden Folgen für die Erwerbsfähigkeit. Zu unterscheiden ist zudem zwischen wahrgenommenen Beschwerden, Erkrankungen und Behandlungen von psychiatrischen Problemen. Aus dem „Monitoring Psychische Gesundheit“ in der Schweiz geht hervor, dass sich 2007 gut 5 % der Bevölkerung wegen psychischer Probleme behandeln liessen, gegenüber 4 % im Jahr 1997 (Schuler et al. 2012: 4f). Der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 ist andererseits zu entnehmen, dass 2012 im Vergleich zu 2007 ein Rückgang der Arztbesuche wegen Depression in den letzten 12 Monaten stattgefunden hat (BFS 2014). Personen, die sich in ambulanten Praxen behandeln liessen, nahmen hingegen gemäss dem Monitoring zwischen 2006 und 2010 um knapp 9 % zu. Und auch die Hospitalisierungsrate mit psychiatrischer Hauptdiagnose erhöhte sich zwischen 2002 und 2009 um knapp 5 % (Schuler et al. 2012: 4f). Lässt sich daraus schliessen, dass psychische Erkrankungen zunehmen? Eine systematische Übersicht über 44 Studien kam 2008 zum Schluss, dass weder bei allgemeinen psychischen Störungen noch bei spezifischen Störungsbildern ein eindeutiger anhaltender Trend in Richtung Anstieg belegt werden kann. Dies gilt auch für kinder- und jugendpsychiatrische Störungen (Richter et al. 2008). Auf diese Studie stützt sich auch der Bericht „Sick on the Job“ der OECD (2012).

4.2.1 Die Abklärung psychisch bedingter Invalidität durch die IV

Für die Invalidenversicherung ist relevant, inwiefern sich eine psychische Erkrankung auf die Erwerbsfähigkeit einer Person auswirkt. Es geht also um soziale und arbeitsmarktliche Folgen für Personen mit einer psychischen Störung und nicht um die Prävalenz von psychischen Störungen als solche. Die Erwerbsrate von Personen mit einer psychischen Störung in der Schweiz ist jedoch bemerkenswert hoch. Sie ist die höchste der OECD-Länder: 2007 waren in der Schweiz etwa 70 % der Personen im Erwerbsalter mit einer mittelgradig oder schweren psychischen Störung erwerbstätig (OECD 2014: 28). Allerdings ist bei den Personen mit psychischen Gebrechen, die eine IV-Rente beziehen, der Anteil der ganzen Renten höher als bei Personen mit somatischen Behinderungen. Zumindest trifft dies für Neuberentungen von Personen mit Psychosen und reaktiven Störungen zu (OECD 2014: 74).

Die IV-Stellen sind, besonders seit der 5. IVG-Revision angehalten, Personen und ihr Umfeld bei gesundheitlichen Problemen möglichst frühzeitig zu beraten und darin zu unterstützen, ihren Arbeitsplatz zu behalten oder allenfalls einen neuen zu finden. Im Falle einer trotz Eingliederungsbemühungen andauernden krankheitsbedingten Erwerbseinschränkung haben die IV-Stellen allfällige Rentenansprüche abzuklären. Mit der IVG-Revision 6a sollen Personen zudem vermehrt aus der Rente wieder in den Arbeitsprozess zurückgeführt werden. Die in den kantonalen IV-Stellen durchgeführten IV-Abklärungen sind Gegenstand des 2. Kapitels des vorliegenden Syntheseberichts. Hier interessieren die spezifischen Probleme der IV-Abklärung, die sich im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen ergeben, wie sie im Rahmen des Forschungsprogramms analysiert wurden.

Personen, die eine IV-Rente beanspruchen, müssen im Rahmen der Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht alles Zumutbare tun, um aus eigenem Antrieb zur Verbesserung ihrer Erwerbsfähigkeit beizutragen und somit die Kosten der IV für Eingliederungsmassnahmen tief zu halten. Sie sollen sich selbst um die Eingliederung bemühen, ohne dabei unbedingt Massnahmen der IV zu beanspruchen. Sie sind verpflichtet, mitzuwirken und die Durchführung aller zumutbaren Massnahmen zu erleichtern. Eine Massnahme gilt nur dann als nicht zumutbar, wenn sie aufgrund des Gesundheitszustandes der versicherten Person nicht angemessen ist (vgl. Art. 7a IVG). Während die Mitwirkung an Massnahmen, die die IV-Stelle selbst anordnet, relativ einfach zu kontrollieren ist, stellt sich die Frage, ob aus psychischen Gründen berentete Personen in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sind und

inwiefern die IV-Stellen darüber Bescheid wissen und dies auch kontrollieren. Eine Metaanalyse zur Datenqualität mit einer Zufallsstichprobe von 119 Personendossiers (Machbarkeitsstudie) zeichnet ein eher kritisches Bild: Zwar zeigt die Studie, dass nahezu alle Personen mit dem entsprechenden Gebrechenscode bereits vor dem Erstkontakt mit der IV psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandelt wurden (94 % der untersuchten Fälle, Rüesch et al. 2013: 25). Was jedoch die Dokumentationsqualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen betrifft, so wird diese lediglich bei rund der Hälfte (57 %) der erfassten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen von den Autorinnen und Autoren als gut eingeschätzt, weitere rund 7 % weisen eine immerhin als „mittel“ eingeschätzte Dokumentationsqualität auf. Aber rund ein Drittel (36 %) der erfassten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen sind lückenhaft dokumentiert (Rüesch et al. 2013: 19). Hinweise auf eine explizite Prüfung, ob die Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind, fehlen sowohl in der Rentenprüfungsphase (88 %) als auch bei Rentenrevisionen (87 %) (Rüesch et al. 2013: 23). Die IV-Stellen unternehmen zwar grosse Anstrengungen, die relevanten Informationen zusammenzutragen, doch werden gemäss der Studie die nützlichen Formulare durch die Behandelnden oft nur unzureichend ausgefüllt. In diesem Kontext sind also nicht allein die IV-Stellen, sondern auch die Ärztinnen und Ärzte gefordert.

- Die Qualität der Dossiers und die einheitliche Erfassung relevanter Informationen sind zu verbessern, es sind Minimalstandards zu entwickeln und umzusetzen (Rüesch et al. 2013: 42f, 48f).
- Die Ärztinnen und Ärzte sind im Hinblick auf ein konsistenteres Führen der Krankenakten bzw. vollständigeres Formularausfüllen zu schulen, es sind ihnen ggf. zusätzlich Anreize zu geben (Rüesch et al. 2013: 42f, 48f).
- Umgekehrt könnten die Arztberichtformulare verbessert bzw. spezifiziert werden und durch „Begleitkommunikation“ ergänzt werden (Bolliger et al. 2015: 55f).

Im Zusammenhang mit der Schadensminderungspflicht bei Personen mit psychischen Erkrankungen kommt es gelegentlich zu Konflikten zwischen behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten und der IV, zum Teil wegen krankheitsbedingt fehlender Krankheitseinsicht als Symptom einer psychischen Erkrankung (Bolliger et al. 2015: 20). Psychiaterinnen und Psychiater ebenso wie Hausärztinnen und Hausärzte sind gemäss Umfrage mit der IV-Zusammenarbeit weniger zufrieden als die Befragten anderer Fachdisziplinen. Psychiaterinnen und Psychiater haben laut Bolliger überdurchschnittlich viele Fälle mit komplexen und versicherungsmedizinisch umstrittenen Gebrechen (Bolliger et al. 2015: 32). Die IV stellt höhere Anforderungen an die Objektivierbarkeit einer Erkrankung als die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, was v.a. bei Schmerzkrankungen mit nicht eindeutigen Ursachen und bei psychischen Erkrankungen unterschiedliche Einschätzungen begünstigt. Bei der Anerkennung psychischer Krankheiten ist ein vergleichsweise grosser Spielraum vorhanden, da klare und objektive Kriterien für diese Krankheiten schwierig aufzustellen sind.

4.2.2 Gutachten zu psychischen Erkrankungen

Damit ist die Frage nach der formalen Qualität der psychiatrischen Gutachten angesprochen und ob sich Gutachter dabei auf anerkannte Leitlinien zur Begutachtung psychischer Behinderungen abstützen. Zur Abklärung der medizinischen Situation von versicherten Personen gibt es in den Regionalen Ärztlichen Diensten (RAD) verschiedene Vorgehensweisen. In der Eingliederungsphase werden vom RAD vor allem Dossieranalysen und Gespräche, teilweise auch eigene Untersuchungen durchgeführt. In der Rentenprüfung werden zusätzlich vermehrt Gutachten eingeholt. Die IV-Stellen orientieren sich primär an den ärztlichen (bzw. psychiatrischen) Auskünften, können für die Erstellung von mono- und bidisziplinären Gutachten aber auch externe Gutachterstellen beiziehen. Für polydisziplinäre Gutachten werden medizinische Gutachterstellen beigezogen (Art. 72^{bis} IVV, gültig ab 1.3.2012). Zur Qualität von psychiatrischen Gutachten wurde eine Untersuchung durchgeführt. Sie kommt zu

gemischten Befunden. Während die im Gutachten verwendeten Vorakten in den Gutachten fast durchwegs gut aufgenommen werden, wird bei der Untersuchung in etlichen Punkten nicht nach Kriterienkatalog vorgegangen. So werden z.B. die Themen Krankheitskonzept des Exploranden, Umgang mit Beschwerden im Alltag, Zukunftsvorstellungen, Sexualanamnese etc. zu wenig erörtert (Ebner et al. 2012: 56). Nur 7 % der Gutachten erfüllen gemäss der Untersuchung alle Kriterien einer medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung. In rund einem Drittel der Gutachten werden keine Funktions- und Fähigkeitsstörungen hergeleitet, Informationen zu vorhandenen Ressourcen des Exploranden, seiner Kooperationsbereitschaft und die Integration aller Einschätzungen und Informationen fehlen bei bis zu einem Drittel der Gutachten. Die Unterschiede zwischen den begutachtenden Einrichtungen sind insgesamt nicht gross, aber in einigen Themenbereichen sind RAD-Gutachten etwas weniger ausführlich bzw. vollständig als externe Gutachten, die generell am vollständigsten scheinen. Es handelt sich dabei meist um polydisziplinäre Gutachten mit mehreren Teilgutachten. Polydisziplinäre Gutachten wiederum sind gesamthaft vollständiger als mono- und bidisziplinäre. Die Studie zieht das Fazit, dass psychosoziale Themen insgesamt seltener behandelt und weniger berücksichtigt werden als "medizinische" im engeren Sinn.

Eine weitere Studie geht auf die Anwendung evidenzbasierter Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von psychischen Krankheiten bei Minderjährigen und jungen Erwachsenen ein (Rüesch et al. 2014). Sie analysiert die Dokumentation der Diagnostik und Therapie verschiedener Gesundheitsstörungen in internationalen Leitlinien (Sprachentwicklungsstörungen, Angststörungen, Artikulationsstörungen, Entwicklungsstörungen/Autismus, Zwangsstörungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen) in Bezug auf deren Fundierung auf wissenschaftlicher Evidenz. Zudem werden Expertinnen und Experten über die Bekanntheit und Anwendung von Leitlinien in der schweizerischen Praxis befragt. Ausführlichkeit und Aktualität der verschiedenen Leitlinien unterscheiden sich je nach Störung, wobei sich die deutschen Leitlinien in den meisten Fällen als gute Basis erweisen. Die wissenschaftliche Evidenz der Wirksamkeit von Interventionen ist bei einzelnen Störungsbildern unterschiedlich breit. Im Fokus der Studien steht aber primär die Wirksamkeit im Hinblick auf klinische Outcomes (Symptombehandlung) und weniger auf psychosoziale Outcomes (z.B. soziale oder Erwerbsintegration). Es bestehen noch erhebliche Wissenslücken, etwa bezüglich der mittel- bis langfristigen Wirkungen von Interventionen auf die soziale Integration von Kindern und Jugendlichen, der Wirksamkeit sonder- bzw. heilpädagogischer Interventionen, der Nachhaltigkeit positiver Therapieeffekte und nicht-intendierter (Neben-)Wirkungen oder negativer Effekte, der Wirksamkeit von Präventionsstrategien oder geeigneter Interventionen für Kinder im Vorschulalter (Rüesch et al. 2014: XV).

Evidenzbasierte Leitlinien sind in der schweizerischen Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie erst in Ansätzen bekannt und werden kaum angewendet. Diagnose- und Behandlungsleitlinien werden von Expertinnen und Experten der Kinder- und Jugendpsychiatrie zwar als teilweise hilfreich nicht aber als bindend eingeschätzt, RAD-Ärztinnen und –Ärzte hingegen orientieren sich stärker an solchen. Übereinstimmend werden bei der Orientierung an Leitlinien grosse, insbesondere sprachregionale Unterschiede ausgemacht: In der Romandie ist die psychoanalytische Tradition weiterhin prägend, was der Anwendung von Leitlinien tendenziell entgegensteht. Es gibt aber auch weitere bedeutende individuelle und institutionskulturelle Unterschiede. Die Analyse von 500 Dossiers junger IV-Rentenempfänger zeigen auch hinsichtlich der medizinischen Behandlung bei den Gebrechen Unterschiede: So sind oder waren überwiegend Rentenbeziehende mit Schizophrenie (92 %), Persönlichkeitsstörungen (74 %) und affektiven Störungen (56 %) entweder in stationärer oder in ambulanter Behandlung (Baer et al. 2015).

Auf eine Quelle möglicher Diskrepanzen zwischen der Perspektive der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und jener der IV bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit wird in der Studie über die Zusammenarbeit zwischen IV und behandelnden Ärzten hingewiesen (Bolliger et

al. 2015: 19). Die IV stellt dabei auf das theoretische Konzept des ausgeglichenen Arbeitsmarkts ab, der sich aber vom realen Arbeitsmarkt stark unterscheiden kann. Die Kluft zwischen theoretischem und realem Arbeitsmarkt ist für Personen mit bestimmten psychischen Erkrankungen besonders schwer zu überwinden.

IV-seitig besteht grundsätzlich in der Eingliederung, insbesondere bei psychisch erkrankten Personen, ein hoher Bedarf an einer guten Koordination der Eingliederungsmassnahmen mit der medizinischen Behandlung, um gegenläufige Effekte zu vermeiden. An dieser Koordination bekunden ihrerseits auch Ärztinnen und Ärzte ein Interesse (Bolliger et al. 2015: 62).

- Die Abklärungen und Gutachten sind systematischer auf Funktionsstörungen und Ressourcen auszurichten. Dazu sind evidenzbasierte Leitlinien zu entwickeln und diese in der Praxis umzusetzen. Dies muss durch die medizinischen Fachgesellschaft selbst im Dialog mit den RAD und der IV erfolgen (OECD 2014: 73).
- Die teils grossen Lücken bei der Analyse der Wirksamkeit von Behandlungen legen nahe, dass diese forciert und dabei nicht allein auf klinische, sondern auch auf psychosoziale Outcomes fokussiert wird (Rüesch et al. 2014: 80f). Der Dialog zwischen Behandelnden und der IV ist zu stärken.

4.3 Soziale und berufliche Eingliederung bei psychischen Erkrankungen

4.3.1 Merkmale der sozialen Lage von Personen mit psychischen Erkrankungen

IV-Neurentenbeziehende aus psychischen Gründen weisen in ihrer Biografie bereits vor der Berentung häufig längere Phasen der Nichterwerbstätigkeit auf. Sie haben im Vergleich zum Durchschnitt der Neurentenbeziehenden häufiger gar kein oder ein auf tiefem Niveau fluktuierendes Erwerbseinkommen. Diese Personengruppe ist in den letzten zehn Jahren vor dem ersten IV-Rentenbezug durchschnittlich während 61 Monaten von Arbeitslosigkeit betroffen, deutlich länger als Personen mit physischen Gebrechen (Fluder et al. 2013: 38). Der Anteil Personen mit psychischen Krankheiten an den alleinlebenden, ledigen Rentenbeziehenden ist überdurchschnittlich hoch, ebenso jener an den geschiedenen Personen, bei den Frauen noch häufiger ist als bei den Männern (Wanner et al. 2012: 20). Alleinlebende Rentenbeziehende mit psychischen Erkrankungen haben im Vergleich das tiefste Einkommen aller Rentenbeziehenden (Wanner et al. 2012: 33ff). Bei ihnen ist der Anteil Einkommen aus Erwerbsarbeit am geringsten und daher verfügen sie auch deutlich seltener über Einkommen aus der 2. oder 3. Säule. Personen mit psychischen Problemen durchlaufen häufiger und länger einen Prozess der beruflichen Desintegration und die Abklärungszeiten dauern wesentlich länger. Die bereits erwähnte Machbarkeitsstudie zur Dossierqualität stellt fest, dass 94 % der untersuchten Fälle bereits vor dem Erstkontakt mit der IV in irgendeiner Art in psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung involviert waren. Dabei liegt der Beginn der am frühesten dokumentierten Episode einer psychischen Erkrankung im Median über alle versicherten Personen 37 Monate und der Beginn einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung 18 Monate vor dem Erstkontakt mit der IV (Rüesch et al. 2013: 25). Die Dauer der psychischen Krankheitsepisoden liegt bei sechseinhalb, jener der Behandlungsepisoden bei drei Jahren (Rüesch et al. 2013: 27).

Personen mit psychischen Erkrankungen sind häufiger als andere Gruppen sozial isoliert. Dies legt die Untersuchung über Personen mit einer Hilfflosenentschädigung (HE) nahe (Gehrig et al. 2013: 60): 27 % der HE-Beziehenden mit psychischen Erkrankungen geben an, über kein soziales Netz zu verfügen, wogegen es bei Geburtsgebrechen 13 % und bei Unfall und andern Krankheiten 18 % sind. Dasselbe gilt für das affektive Netz, das bei HE-Beziehenden mit psychischen Erkrankungen kleiner ist. Entsprechend fühlen sich Personen mit psychischen Erkrankungen häufiger einsam. Unter den nicht im Heim wohnenden Personen mit Hilfflosenentschädigung leben solche mit psychischen Erkrankungen überproportional häufig in Single-Haushalten.

Die Abklärungsverfahren dauern bei Personen mit psychischen Krankheiten durchschnittlich deutlich länger als bei andern Gebrechensarten. Daher werden Renten häufiger und für eine längere Dauer rückwirkend gewährt. Bei psychischen Einschränkungen sind Verläufe mit Sozialhilfebezug vor der IV deutlich häufiger als im Durchschnitt aller IV-Neuberenteten. Generell haben Rentenbeziehende aus psychischen Gründen eine markant höhere Wahrscheinlichkeit, vorgängig auch andere Leistungen bezogen zu haben (Fluder et al. 2013: XIII). Zusammenarbeit wird sowohl von der Sozialhilfe als auch von der IV insbesondere dann gewünscht, wenn die Arbeitsfähigkeit der Klienten umstritten ist, was bei den psychischen Erkrankungen besonders häufig vorkommt (Bieri et al. 2013: 51), sie ist auch bei jungen Personen mit psychischen Erkrankungen bedeutsam, weil es "besonders schnell gehen muss".

4.3.2 Massnahmen zur beruflichen Eingliederung von Personen mit psychischen Problemen

Ein zentrales Anliegen der letzten IVG-Revisionen war es, die Eingliederungsperspektive zu verstärken (siehe auch Kapitel 3). Dazu wurden die Instrumente der FEFI sowie der IM bereitgestellt, die insbesondere Personen mit psychischen Gebrechen bei der beruflichen Eingliederung unterstützen sollen. Die Evaluation der Umsetzung dieser Massnahmen (Bolliger et al. 2012) zeigt, dass zunächst FI-Massnahmen eher Personen mit physischen und weniger solchen mit psychischen Gebrechen zugesprochen wurden. Doch seit 2008 profitieren immer mehr Personen mit psychischen Erkrankungen von FI-Massnahmen (Guggisberg et al. 2015b: 18). Die speziell für Personen mit psychischen Gebrechen konzipierten IM – in erster Linie Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation mit Belastbarkeits- und Aufbautraining – werden im Vergleich zu FI und beruflichen Massnahmen (BM) insgesamt eher selten zugesprochen. Immerhin werden rund drei Viertel der IM Personen mit psychischen Gebrechen zugesprochen (Guggisberg et al. 2015b: 31). Die Massnahmen werden zudem vornehmlich in Institutionen und nicht in Betrieben im ersten Arbeitsmarkt durchgeführt. Hinsichtlich Häufigkeit der Anwendung und Erfolg bestehen zwischen den Kantonen grosse Unterschiede (Bolliger et al. 2012: 193ff), doch die neuen Eingliederungsmassnahmen wurden insgesamt vermehrt bei Personen mit psychischen Erkrankungen gesprochen (Guggisberg et al. 2015b: 15). Von den IV-Stellen wird der Eingliederungsnutzen von Massnahmen der 5. IVG-Revision für Personen mit psychischen Störungen als gross eingeschätzt. So belegt auch eine statistische Analyse die positive Eingliederungswirkung der FI Massnahmen und der IM (Bolliger et al. 2012: 193f). Doch die Machbarkeitsstudie (Rüesch et al. 2013) konstatiert eine relativ zurückhaltende Anwendung von Eingliederungsmassnahmen bei Personen mit psychischen Beschwerden (vgl. Kapitel 3). Direkt in die Rente gehen in erster Linie Personen mit der Diagnose Schizophrenie (73 %), bei den Berenteten, die einem relativ unspezifischen IV-Gebrechenscode zugeteilt sind (Code 646 „Psychogene oder milieureaktive Störungen“) sind es knapp die Hälfte. Diese Zurückhaltung mit Eingliederungsversuchen bei Personen mit einer Diagnose Schizophrenie wird in einer anderen Studie kritisch hinterfragt (Baer et al. 2015; vgl. auch unten).

Die Auswertung von Personendossiers junger Rentenbeziehender zeigt, dass die meisten von ihnen (74 %) bevor sie berentet wurden, mindestens eine berufliche Massnahme erhalten haben (Baer et al. 2015: 79). Bei knapp drei Fünfteln wurde auch mindestens ein medizinisches Gutachten, eine berufliche Abklärung (BEFAS-Abklärung) oder sonst eine Abklärungsmassnahme durchgeführt. Je über ein Drittel hat zudem mindestens eine Massnahme der besonderen Schulung (Sonderschulunterricht, Legasthenietherapie, Sprachheilbehandlung, heilpädagogische Früherziehung u.a.) bzw. eine medizinische Massnahme erhalten. Mit 12 % und 7 % sind Massnahmen der Frühintervention und Integrationsmassnahmen, die bislang grundsätzlich Personen vorbehalten waren, die bereits über berufliche Erfahrungen verfügen, relativ selten zugesprochen worden. Versicherte mit einer Schizophrenie oder mit

Persönlichkeitsstörung werden fast ausschliesslich mit medizinischen Massnahmen (Medikamente, Psycho- und/oder Ergotherapien) behandelt. Demgegenüber werden Personen mit Entwicklungsstörungen und Intelligenzminderung fast ausschliesslich mit Sonderschulmassnahmen und ambulanten psychiatrischen (d.h. medizinischen) Massnahmen betreut. Personen mit frühen Verhaltensstörungen und mit multiplen schweren frühen Störungen werden sowohl mit Sonderschulmassnahmen als auch ambulant und stationär psychiatrisch betreut. Werden alle jemals verfügbaren IV-Massnahmen zusammengezählt, zeigt sich, dass bei den früh auftretenden Erkrankungen am häufigsten IV-Massnahmen verfügt werden. Zu diesen Erkrankungen zählen die Diagnosen Autismus, frühkindliche Psychosen und POS, Entwicklungsstörungen und Intelligenzminderung sowie sozial-emotionale Störungen im Kindes- oder Jugendalter. In erster Linie handelt es sich um medizinische Massnahmen. Von den "klassischen" psychiatrischen Erkrankungen werden bei den Persönlichkeitsstörungen am häufigsten IV-Massnahmen gesprochen (Baer et al. 2015: 83).

Eine Verbesserung gegenüber vorher hat die Ausweitung der HE-Bezugsberechtigung durch die Einführung von "lebenspraktischer Betreuung" für zu Hause wohnende Personen ergeben (vgl. dazu ausführlicher Kapitel 5). Der Anteil HE-Beziehender mit psychischen Krankheiten und solcher mit leichter Hilflosigkeit wurde dadurch erhöht (Gehrig et al. 2013).

Schliesslich zeigt sich, dass das Mobilisieren der teilweisen Arbeitsfähigkeit wichtig ist, um die berufliche Integration zumindest im Rahmen des Möglichen zu sichern. Das Eliminieren negativer Anreize zur Ausübung der Resterwerbsfähigkeit durch ein stufenloses Rentensystem, wie es der im Parlament gescheiterte Teil der 6. IVG-Revision vorschlug, ist daher weiterhin aktuell (OECD 2014: 75).

- Neue IV-Massnahmen FE und FI, aber auch berufliche Massnahmen sollten (möglichst evidenzbasiert) optimiert werden. Personen mit psychisch bedingter Invalidität erhalten heute noch zu selten IV-Massnahmen zugesprochen. Besonders gewisse Diagnosegruppen mit (nach der Literatur) verhältnismässig guten Prognosen und besseren Bildungsvoraussetzungen (Jungrentner mit einer schizophrenen Erkrankung oder Persönlichkeitsstörung), werden gegenüber physisch Invaliden und Gruppen mit früh auftretenden Erkrankungen zu schnell berentet (Baer et al. 2015: 147).
- IM sollten möglichst im ersten Arbeitsmarkt, und nicht in geschützten Institutionen durchgeführt werden (OECD 2014: 87).
- Die Resterwerbsfähigkeit von IV-Neurentenbeziehenden aus psychischen Gründen liesse sich mittels Teilrenten besser ausschöpfen (OECD 2014: 88).

Der mit der 6. IVG-Revision eingeführte Assistenzbeitrag soll Selbstbestimmung und Eigenverantwortung von Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind, fördern und dank der stärkeren Ausrichtung an ihren Bedürfnissen die Lebensqualität verbessern. Der Assistenzbeitrag richtet sich an Personen mit einer Hilflosenentschädigung, die zu Hause leben. Bis Ende 2014 wurde für insgesamt 1'213 Personen mindestens einmal eine Rechnung für Assistenz vergütet (Guggisberg, Bischof (2015): 11). Dabei fällt auf, dass Personen mit psychischen Gebrechen unter den Beziehenden eines Assistenzbeitrags deutlich untervertreten sind: Während diese Personengruppe einen Anteil von 25 % an den zu Hause lebenden HE-Beziehenden hat, machen sie beim Assistenzbeitrag nur 10 % (ebenda: 12). In den letzten drei Jahren blieb dieser Anteil ziemlich konstant (ebenda: 15).

4.3.3 Psychische Probleme am Arbeitsplatz

Eine zentrale Rolle bei der beruflichen Eingliederung bzw. beim Arbeitsplatzverlust kommt den Arbeitgebenden zu. Vorgesetzte wie Teammitglieder bekunden teilweise grosse Unsicherheit im Umgang mit „schwierigen Mitarbeitenden“ (Baer et al. 2011). Es sind aber solche „schwierige Mitarbeitende“, die ein hohes Risiko von Arbeitsplatzverlust und möglicher späterer IV-Karriere aufweisen. Von Vorgesetzten als "schwierig" empfundene Mitarbeitende

unterscheiden sich in den meisten soziodemografischen Merkmalen (Geschlecht, berufliche Position, Arbeitspensum und Einkommen) kaum von der Durchschnittsbevölkerung, ausser dass sie eine etwa doppelt so hohe Scheidungsrate aufweisen. Die im Arbeitsumfeld konstatierten Probleme entwickeln sich über mehrere Monate bis Jahre, in der Hälfte der Fälle sollen sie bereits vor Stellenantritt bestanden haben. Zwischen angeblich "schwierigem" Verhalten und dessen Wahrnehmung bzw. Bewertung als psychisches Problem dauert es meist lange. Wahrgenommen werden verschiedene Funktionsbereiche wie Leistung, Arbeitsverhalten, Beziehungen am Arbeitsplatz. Zwischenmenschliche Beziehungen stehen dabei an vorderster Stelle (80 %), Leistungsprobleme werden bei rund zwei Dritteln und Absenzen bei 40 % genannt. Mit Absenzmanagement kann daher nur ein Teil der Probleme aufgedeckt werden, da die Mehrheit der Personen mit als "psychisch" wahrgenommenen Problemen keine (auffälligen) Absenzenraten aufweist. Die Reaktionen der Vorgesetzten und HR-Leute reicht von Ignorieren über Ermahnungen, Aktivismus bis zum Beizug von ärztlicher und – seltener – nichtärztlicher professioneller Hilfe. Dies verdeutlicht, dass Vorgesetzte Probleme mehr oder weniger differenziert wahrnehmen, aber nicht spezifisch zu reagieren wissen. Teams wiederum reagieren häufig mit Ungeduld, Ärger und Unverständnis, aber umgekehrt auch mit Besorgnis, Mitgefühl oder Hilfeimpulsen. Stressreaktionen, Überforderung und Verunsicherung im Team sind häufig. Besonders bei persönlichkeitsbedingten Problemen (narzisstisch, uneinsichtig, aggressiv) leidet das Arbeitsklima im Team, weniger hingegen bei Depressionen oder bei isoliertem Leistungsversagen. Eine offene Teamkultur scheint solche Reaktionen abzufedern. Die "Problemlösung" erfolgt im weit überwiegenden Teil der Fälle durch Auflösen des Arbeitsverhältnisses, mit oder ohne gegenseitiges Einvernehmen (Baer et al. 2011: 74). Kündigungen werden aber in der Regel nicht übereilt, sondern erst nach länger dauernden und vielfältigen Lösungsversuchen aus einer gewissen Hilflosigkeit heraus ausgesprochen. Hier könnten die IV-Stellen mit Information und Beratung hinsichtlich Möglichkeiten von Eingliederungsmanagement Arbeitgebende unterstützen (Geisen et al. 2016).

Der massgebliche Einfluss des subjektiven Krankheitsempfindens auf den Wiedereingliederungserfolg wurde besonders bei versicherten Personen mit einer psychischen Erkrankung bestätigt. In der Studie über das Abklärungsverfahren der IV gaben 19 der 26 IV-Stellen an, dass diese Selbsteinschätzung der Person massgeblich für die FI-Massnahmen sei. In die Beurteilung des Rentenanspruchs fliessen bei 7 IV-Stellen auch noch andere relevante Informationen ausser dem medizinisch-theoretischen Sachverhalt ein (Guggisberg et al. 2015a: 74). In gut der Hälfte der Kantone setzen die IV-Stellen Job Coaches ein, besonders für Personen mit psychischen Gebrechen (ebenda).

- Arbeitgebende und Teams sind oft mit Mitarbeitenden überfordert, die psychische Probleme haben. Personalverantwortliche müssen sensibilisiert und im Umgang mit solchen Problemen geschult werden. Auch sollten die IV-Stellen Informationen und unterstützende Beratung bis hin zum Job Coaching zur Verfügung stellen (Baer et al. 2011: 136).

4.4 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und Invalidität

Psychische Krankheiten spielen bei der Invalidisierung junger Erwachsener eine zentrale Rolle: Rund zwei Drittel der IV-Neuberentungen von unter 25-Jährigen erfolgen aus psychischen Gründen, was mit dem vergleichsweise sehr frühen Beginn psychischer Störungen zusammenhängt. Eine Berentung in so jungem Alter ist nicht nur für die Betroffenen und deren Umfeld, sondern auch für die Systeme der sozialen Sicherheit und die Gesellschaft mit erheblichen psychosozialen respektive finanziellen Belastungen verbunden (Baer et al. 2015).

4.4.1 Abklärung von jungen Personen mit psychischen Gebrechen

Bei jungen Rentenbeziehenden bestehen zwischen den Geschlechtern erhebliche Unterschiede bei den diagnostizierten Störungen: Bei Männern ist das psychoorganische Syndrom (POS) dreimal und Schizophrenie doppelt so häufig anzutreffen, wie bei Frauen (Baer et al. 2015: 21). Bei Frauen hingegen kommen psychogene und milieureaktive Störungen mit 38 % doppelt so häufig vor wie bei Männern mit 18 %. Das Alter bei der Berentung zeigt auf, dass Personen mit POS und Intelligenzminderung früh berentet werden, während der Grossteil der Versicherten mit Schizophrenie und psychogenen oder milieureaktiven Störungen später eine Rente erhalten. Bei der Zuweisung von Gebrechenscodes verfolgen die IV-Stellen – insbesondere sprachregionsspezifisch – eine unterschiedliche Praxis: Das Geburtsgebrechen unter GgV-Ziffer 404 für „Störungen des Verhaltens bei Kindern mit normaler Intelligenz, im Sinne krankhafter Beeinträchtigung der Affektivität oder Kontaktfähigkeit, bei Störungen des Antriebs, des Erfassens, der perzeptiven Funktionen, der Wahrnehmung, der Konzentrationsfähigkeit sowie der Merkfähigkeit“ wird in der Deutschschweiz mit 10 % fünfmal häufiger vergeben als in der Romandie, wo es mit 2 % praktisch unbedeutend ist. Auch der Gebrechenscode 649 für „übrige geistige und charakterliche Störungen“ ist in der Deutschschweiz mit 36 % häufiger vertreten als in der Romandie mit 21 % (Baer et al. 2015: 28f). Dagegen werden die Diagnosen „Schizophrenie“ (Gebrechenscode 641) in der Romandie mit 23 % häufiger attestiert als in der Deutschschweiz (15 %), ebenso „übrige Psychosen“ (Gebrechenscode 644) in der Romandie mit 13 % gegenüber 1 % in der Deutschschweiz. Es ist in Fachkreisen bekannt, dass sich die Lehrmeinung bezüglich der psychiatrischen Diagnostik in der Romandie von derjenigen in der Deutschschweiz unterscheiden.

Der bemerkenswert hohe Anteil von Gutachten bei Persönlichkeitsstörungen könnte darauf hinweisen, dass es sich hier häufig um eine komplexe, schwer einschätzbare bzw. kontrovers beurteilte Arbeitsfähigkeit handelt. Relativ gering ist der Anteil der Gutachten bei Schizophrenien. Versicherte mit einer schizophrenen Störung wurden relativ rasch nach IV-Verfahrensbeginn berentet, nur bei einem Viertel dieser Personen wird ein Gutachten erstellt. Schliesslich überrascht der äusserst geringe Anteil von Gutachten bei neurotischen Störungen: Da es sich dabei um Störungen mit einer vergleichsweise guten Prognose handelt, wäre vor einer frühzeitigen Berentung eine Begutachtung eher zu erwarten, als zum Beispiel bei Intelligenzminderung, wo dreimal so häufig ein Gutachten vorliegt.

In den Arztberichten wird Minderintelligenz häufiger als besserungsfähig eingeschätzt als Depressionen und neurotische Störungen, die üblicherweise als vergleichsweise "leichtere" Störungen angesehen werden. Entweder ist die Fragestellung in den Formularen für die Ärzte missverständlich oder die beurteilenden Ärzte interpretieren zusätzliche Überlegungen in diese Fragestellung. Die sehr pessimistische Einschätzung der Schizophrenien kontrastiert mit der breiten und fundierten Forschung zum Eingliederungsmodell des "Supported Employment" (Stellenvermittlung mit Unterstützung am Arbeitsplatz). Diese zeigt auf, dass auch Personen mit Schizophrenie mit entsprechender Unterstützung arbeiten können (Baer et al. 2015: 44f). Der grosse Optimismus bei Minderintelligenz (IQ unter 70) scheint den Autoren hingegen weniger angebracht. Bei Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und reaktiven psychischen Störungen werden berufliche Massnahmen seltener zugesprochen als bei den anderen Störungsgruppen. Offenbar werden bei diesen Störungen solche Eingliederungsmassnahmen häufiger abgelehnt. Anders als bei Minderintelligenz und schweren Entwicklungsstörungen vermutet die Studie hier ein gewisses ungenutztes Potenzial, da bei Psychosen, Persönlichkeits- und reaktiven Störungen solche Massnahmen die Integrationschancen verbessern könnten (Baer et al. 2015: 128).

- Die Abklärungspraxis ebenso wie die Vergabe von beruflichen Eingliederungsmassnahmen ist hinsichtlich gewisser Diagnosegruppen zu überdenken: Schizophrenie, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und reaktive psychische Störungen sollten nicht mehr

vorschnell als irreversibel eingestuft werden. Entsprechend sollten Betroffene nicht vorschnell eine IV-Rente erhalten (Baer et al. 2015: 147f).

4.4.2 Belastende Faktoren

Ein stark mit psychischen Störungen korrelierender Faktor ist das Vorliegen familiärer Belastungen. Bei insgesamt gut einem Drittel der analysierten Dossiers junger Rentner (Baer et al. 2015) ist dokumentiert, dass bei einem Elternteil eine psychische Störung besteht oder bestand, mit 36 % bei Frauen häufiger als bei Männern (26 %). Konflikte, Vernachlässigung oder Gewalt in der Familie wurden bei 28 % der Rentner dokumentiert, ebenfalls häufiger bei Frauen (34 %) als bei Männern (23 %). Bei den mit 26–29 Jahren Berenteten wurden doppelt so häufig Konflikte kodiert als bei jenen, die mit 18–21 Jahren berentet wurden. Die Analyse der Dossiers zeigt, dass Rentner ohne Diagnose „psychische und Verhaltensstörungen“ gemäss der internationalen Klassifikation ICD-10 (F-Diagnosen) und jene mit F7 (Intelligenzminderung) oder F9-Diagnosen (sozial-emotionale Störungen im Kindes/Jugendalter) am geringsten familiär belastet sind. Das bedeutet, dass bei den Geburtsgebrechen und den sehr frühen Störungen, bei denen biologische Faktoren (mit)entscheidend sind, biografische Belastungen keine besondere Rolle spielen (Baer et al. 2015: 17).

Neben familiären Belastungen ist als ein weiterer Faktor der Invalidisierung die schulische und berufsvorbereitende Biografie bedeutend: besonders einschneidend sind Sonderschulung und Zäsuren. Am häufigsten in einer Form der Sonderschulung waren Berentete mit Intelligenzminderung (96 %) und Entwicklungsstörungen (94 %), gefolgt von sozial-emotionalen Störungen im Kindes- oder Jugendalter (84 %) sowie hirnorganischen Störungen (71 %). Die neurotischen Störungen und Essstörungen scheinen eine gemischte Gruppe zu sein: Etwas über die Hälfte hat Sonderschulung und etwas weniger als die Hälfte keine Sonderschulung. Nur ein Fünftel der Berenteten mit Schizophrenie und affektiven Störungen hatte eine Form der Sonderschulung. Bei den Persönlichkeitsstörungen ist es ein Drittel. Überraschend ist der hohe Anteil von Jungberenteten mit neurotischen Störungen, die eine Sonderschulmassnahme erhalten haben.

Gesamthaft zeigen sich in den Dossiers sehr viele Zäsuren wie Repetition, Klassen- oder Schulwechsel, Schulabbruch oder -ausschluss. Am häufigsten und schwerwiegendsten sind Zäsuren jedoch bei Psychosen und Persönlichkeits- bzw. reaktiven Störungen. Vergleicht man das Alter der Jungberenteten beim erstmaligen Schul- oder Ausbildungsabbruch mit dem Alter ihrer allfälligen erstmaligen ambulanten oder stationären psychiatrischen Behandlung, so zeigt sich folgendes Bild: Bei den sehr frühen Störungen wie Geburtsgebrechen erfolgt die psychiatrische Behandlung in rund 68 % (Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung) bis 78 % der Fälle (frühe Verhaltensstörungen) vor dem Abbruch. Bei Schizophrenie hingegen setzen nur 27 % der psychiatrischen Behandlungen vor dem Bildungsabbruch ein. Bei weiteren rund 23 % der Fälle von Schizophrenie erfolgt die erste psychiatrische Behandlung im Jahr des Abbruchs, und bei der Hälfte erfolgt die Behandlung erst nach dem Abbruch. Auch bei den beiden Typen von Persönlichkeitsstörungen (d.h. Persönlichkeitsstörungen mit und ohne zusätzliche Suchtproblematik) erfolgt die erste psychiatrische Behandlung relativ häufig erst nach dem Bildungsabbruch. Dies dürfte ein Hinweis darauf sein, dass junge Schizophrenie (im Frühstadium) im Bildungssystem nicht erkannt werden. Ein früheres Erkennen und Behandeln dieser Personen im Bildungssystem könnte dazu beitragen, Abbrüche zu vermeiden und damit die Arbeitsmarktchancen dieser Personen, die häufig eine höhere Bildungsstufe besuchen oder reguläre Berufslehren absolvieren, zu verbessern (Baer et al. 2015: 55).

4.4.3 Frühkindliche Entwicklungsstörungen

Sowohl in der öffentlichen Wahrnehmung als auch im fachlichen Diskurs hat die Problematik der Kinder und Jugendlichen mit Autismus und andern tiefgreifenden Entwicklungsstörungen

an Aufmerksamkeit gewonnen (Eckert et al. 2015). Die Gruppe der Autismus-Spektrum-Störungen weist das tiefste Eintrittsalter auf: Drei Viertel werden bis zum siebten Altersjahr als leistungsberechtigt anerkannt. Die Leistungsinzidenzen haben sich vom Geburtsjahrgang 1983 bis zum Geburtsjahrgang 2004 nahezu verfünffacht. Zuverlässige Aussagen zur Prävalenz der Autismus-Spektrum-Störungen in der Schweiz sind hingegen nicht möglich, da ausschliesslich Kinder und Jugendliche flächendeckend erfasst wurden, die IV-Leistungen in Anspruch nehmen. Eine Korrespondenz zwischen dem Schweregrad der Erscheinungsformen und der Anmeldung bei der IV ist anzunehmen. Obwohl das Angebot an kompetenten Diagnosezentren in den letzten 15 Jahren, wenn auch regional in unterschiedlichem Ausmass, gewachsen ist, monieren Autismusexpertinnen und -experten einen Mangel an Massnahmen intensiver Frühbehandlung, sowohl in Form spezifischer verhaltenstherapeutischer Programme als auch erweiterter heilpädagogischer bzw. interdisziplinärer Massnahmen. So wird auf Interventionsebene vielerorts eine fehlende Autismusspezifität der therapeutischen Angebote infolge unzureichender Qualifizierung der leistungserbringenden Fachpersonen genannt. Auf Bildungs- und Erziehungsebene wurden erschwerte Rahmenbedingungen für die integrative Schule von Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störungen festgestellt. Bei der beruflichen Integration wurde vor allem für die Diagnosegruppe des Asperger-Syndroms resp. des High-Functioning Autismus die unzureichende fachliche Qualifikation der Fachpersonen vorkritisiert. Auf der Ebene der institutionellen Angebote zur Unterstützung der Familien und Förderung der Autonomie wurde festgestellt, dass insbesondere für die ausserfamiliäre Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung und die Kurzzeitunterbringung in Krisensituationen regional noch grosse Lücken bestehen. Spezifische übergreifend informierende und vernetzende Beratungsangebote für die Eltern von der Kindheit bis in die Jugendjahre fehlen oft.

Die Wahl eines zu den individuellen Stärken passenden Berufs stellt für viele Jugendliche eine sehr grosse Herausforderung dar, die vielfach nicht ohne spezifische Unterstützung erfolgreich gemeistert werden kann (Eckert et al. 2015: 55). Eine realistische Einschätzung der fachlichen und sozialen Kompetenzen erfordert bei den sehr heterogenen Leistungsprofilen der Jugendlichen spezifische Kenntnisse und Vorgehensweisen. Bewährt haben sich Modelle einer intensiven, individuellen Begleitung im beruflichen Abklärungsprozess, verbunden mit einem auf Autismus ausgerichteten Blick, ausreichend Zeit für vorbereitende Praktika und Schnupperlehren sowie einer engen Kooperation mit Schulen, Betrieben und der IV (ebenda).

- Familiäre und schulische Belastungsfaktoren sind bei Personen, die später in die Rente gelangen, bedeutender, doch werden Probleme offenbar zu spät erkannt und angegangen. Schulen und Ausbildungsstätte sollten deshalb sensibilisiert, hinsichtlich einer besseren Problemerkennung geschult und beim Umsetzen von Massnahmen unterstützt werden (Baer et al. 2015: 138).
- Andererseits sollten bei früh einsetzendem Autismus und andern tiefgreifenden Entwicklungsstörungen die Beratungs- und Unterstützungsangebote verbessert und koordiniert werden (Eckert et al. 2015: 86f).

4.5 Psychische Behinderung als interinstitutionelle Herausforderung

Wie im vorangehenden Kapitel gezeigt wurde, wirken bei einem grossen Teil der psychischen Erkrankungen bestimmende oder zumindest begleitende Faktoren bereits in einer frühen Lebensphase. Damit sind – neben der Familie – weitere Institutionen angesprochen, insbesondere die Schulen, der Arbeitsplatz und das Arbeitsumfeld, die Arbeitsvermittlungsdienste verschiedener Institutionen und die psychiatrischen Dienste, deren Rolle hinsichtlich des Schutzes und der Förderung der psychischen Gesundheit bislang unterschätzt wurde (OECD 2014: 27). Interinstitutionelle Beziehungen zwischen der IV und andern Teilsystemen

werden schwerpunktmässig im 6. Kapitel dieses Syntheseberichts erörtert, auf einige Spezifika der psychisch bedingten Invalidität soll dennoch hingewiesen werden. Die Zusammenarbeit zwischen den IV-Stellen und externen Akteuren erscheint in den untersuchten Dossiers von Jungrentnerinnen und –rentnern insgesamt gut (Baer et al. 2015). In einem Drittel der Fälle zeigt sich die Kooperation mit den behandelnden oder begutachtenden Ärztinnen und Ärzten als eher problematisch, insbesondere bei Fachärztinnen und –ärzten – meist psychiatrischer Richtung. IV-Stellen empfinden diese Akteure als schwierige Partner, weil häufig Mahnschreiben nötig sind oder Fristen (etwa zur Einreichung eines Arztberichts oder Gutachtens) nicht eingehalten werden.

Ganz generell, nicht nur auf psychische Erkrankungen bezogen, wird Verbesserungspotenzial bei den Beziehungen der IV-Stellen zu weiteren Partnern, insbesondere den Taggeldversicherern (hinsichtlich An-/Meldezeitpunkt) und den Anbietern sozialberuflicher Rehabilitation (Vermittlung in den Arbeitsmarkt), erkannt (vgl. Kapitel 6).

Als entscheidende Faktoren für eine wahrscheinliche Berentung macht die erwähnte Studie den Krankheitstyp und deren Schwere aus. Dem Abschluss einer Berufsausbildung kommt jedoch eine eigenständige Bedeutung zu: Die Chancen für eine Erwerbstätigkeit ohne Rentenbezug sind, bei vergleichbaren Krankheitskonstellationen, bei einer absolvierten dreijährigen Berufslehre höher als ohne Abschluss oder nur mit Niveau Grundausbildung bzw. Anlehre. Dieses Resultat ist zentral, da zwar nicht die Krankheit an sich verhindert, die Ausbildungslaufbahn hingegen gefördert werden kann (Baer et al. 2015: 132). Interessant ist aber auch, dass drei Viertel der Versicherten mit reaktiven- oder Persönlichkeitsstörungen und zwei Drittel der Versicherten mit Psychosen, welche die Ausbildung abbrechen, dies aus eigener Initiative tun. Auf Seite des Lehrbetriebes wäre womöglich ein Abbruch nicht zwingend gewesen und es ist anzunehmen, dass ein Teil dieser wohl krisenhaften Abbrüche hätte vermieden werden können.

- Die interinstitutionelle Kooperation und Koordination der IV ist insbesondere mit den Schulen, den Kinder- und Jugendpsychiatrischen sowie den Psychiatrischen Diensten generell, den Arbeitgebern, Arbeitsmarktbehörden und weiteren Versicherungsträgern zu vertiefen. Schul- und Ausbildungsabbrüche sind so gut wie möglich in enger Kooperation zwischen den Akteuren zu vermeiden (OECD 2014: 158).

4.6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

4.6.1 Schlussfolgerungen

Aus verschiedenen Studien geht hervor, dass die Versichertendossiers hinsichtlich der medizinischen Diagnosen und Behandlungen oft unvollständig oder lückenhaft sind. Nicht zuletzt ist dies auf ein unterschiedliches Verständnis behandelnder Ärztinnen und Ärzten mit primär kurativem Auftrag einerseits und der IV mit einer Versicherungsperspektive andererseits zurückzuführen.

Zwar existieren für einen Teil der psychiatrischen Krankheitsbilder international anerkannte Leitlinien zur Diagnostik und Therapie, doch ist deren Wirksamkeit meist allein auf die klinischen Outcomes fokussiert und nicht auf die psychosozialen, die für die IV-Abklärung von Bedeutung sind. Leitlinien sind etwa in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wenig bekannt und werden kaum angewendet.

Die auf die berufliche Integration abzielenden Instrumente der IV werden selektiv und möglicherweise noch nicht bei allen psychischen Krankheiten resp. Diagnosen zielgerecht eingesetzt. Die Analyse der Versichertendossiers von Jungrentnerinnen und –rentnern deutet daraufhin, dass gewisse Diagnosegruppen (z.B. Schizophrenie) zu spät erkannt werden und

danach nur wenige Eingliederungsbemühungen vorgenommen wurden. Integrationsmassnahmen werden vornehmlich in geschützten Institutionen statt im ersten Arbeitsmarkt durchgeführt.

Arbeitgebende – und auch Arbeitsteams – sind im Umgang mit „schwierigen Mitarbeitenden“, also Menschen mit psychischen Problemen, häufig überfordert, was sich vor allem darin zeigt, dass die Situation nach längerem Leidensprozess am Arbeitsplatz schliesslich durch Kündigung der Person „gelöst“ wird.

Psychische Erkrankungen beginnen oft sehr früh in einer Biografie. Ein Teil davon wird mangels Kenntnissen und Sensibilisierung nicht oder zu spät erkannt. Für andere existieren in der Schweiz vielfältige Programme und Einrichtungen, die aber häufig wenig koordiniert und an den Übergängen brüchig sind.

4.6.2 Empfehlungen

- Die Qualität der Dossiers, das Erfassen relevanter Informationen und die Codierungspraxis sollen systematisiert und harmonisiert werden. Dazu notwendige Bedingungen, insbesondere Auskünfte der Ärztinnen und Ärzte, sind zu verbessern.
- Für Abklärungen und medizinische Gutachten sind Leitlinien zu entwickeln und zu implementieren, die sowohl die klinischen als auch die psychosozialen Wirkungen umfassende Evidenz einbeziehen. Das setzt entsprechende Forschung und den Dialog mit den Behandelnden voraus.
- Bestimmte Diagnosegruppen wie Schizophrenie, Psychosen, Persönlichkeits- oder reaktive Störungen sollten sowohl in der Abklärung als auch bei den IV-Massnahmen nicht mehr vernachlässigt werden. Integrationsmassnahmen sollten vornehmlich im ersten Arbeitsmarkt erfolgen.
- Arbeitgebende und Betriebe müssen besser sensibilisiert, informiert und unterstützt werden, um eine die psychische Gesundheit förderliche Arbeitsumgebung zu schaffen, gefährdete Personen rechtzeitig zu erkennen und adäquat dabei zu unterstützen, ihre Arbeitsfähigkeit zu erhalten.
- Die Zusammenarbeit mit andern Akteuren ist auszubauen, von der Krankentaggeldversicherung und sozialberuflichen Rehabilitation über die Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) und die Sozialhilfe. Das Gesundheitswesen und die Schulen sind darin zu stärken, Kompetenzen im Umgang mit Personen mit psychischen Problemen aufzubauen (vgl. dazu Kap. 6.4).
- Vorgelagerte Systeme, insbesondere Schulen und die Übergänge zur Berufsbildung und Arbeitswelt, sind im Erkennen und Unterstützen von jungen Menschen mit psychischen Problemen zu sensibilisieren und bei der Umsetzung von Massnahmen zu beraten.

4.7 Stellungnahme des BSV

4.7.1 Bisherige Umsetzungsschritte

Um die Dokumentation der medizinischen Behandlung im Versichertendossier zu verbessern, sieht Randziffer 1046 des Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit (KSIH) nun vor, dass keine Rentenzusprache erfolgen darf, ohne dass die IV-Stelle einzelfallbezogen geprüft und dokumentiert hat. Die zumutbare medizinische Behandlung ist dabei auszuerschöpfen.

Das BSV hat das wegweisende Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015 (BGE 140 V 281) zum Anlass genommen, das Abklärungsverfahren, insbesondere die medizinische Begutachtung, grundsätzlich zu überdenken. Im Hinblick auf eine möglichst erfolgreiche Eingliederung stehen für die IV die noch vorhandenen Ressourcen einer versicherten Person im Vordergrund. Nur wenn die IV davon genaue Kenntnis hat, kann sie eine erfolgreiche Eingliederung in die Arbeitswelt begleiten. Dementsprechend ist es für die IV wichtig zu wissen, ob beispielsweise eine adäquate medizinische Behandlung erfolgt oder wie das persönliche Umfeld der versicherten Person aussieht. Diesbezüglich werden fortlaufend Anstrengungen unternommen, die Beschaffung wie auch die Dokumentation der notwendigen Informationen zu verbessern. Dazu gehört auch die Überprüfung und Verbesserung der Codierung in der IV.

Um Arbeitgebende und Personen im schulischen Bereich besser zu sensibilisieren sollen Aktivitäten im Rahmen der Arbeitgeberkampagne durchgeführt als auch die den IV-Stellen zur Verfügung gestellten Mitteln besser bekannt gemacht werden. Dies fand auch in entsprechenden, auf den 1.1.2015 in Kraft getretenen IVV-Anpassungen Niederschlag. Gleichzeitig werden diese Themen mit der Weiterentwicklung der IV weiter verfolgt (siehe unten und siehe unter 3.6.).

Das BSV ist auch – zusammen mit BAG, SECO, GDK und Gesundheitsförderung Schweiz – Träger des Netzwerks Psychische Gesundheit (NPG). Das NPG strebt eine Sensibilisierung und Vernetzung mit anderen Akteuren auf Bundes- wie auf Kantonsebene an. Über 100 Mitgliedsorganisationen aus dem Feld der psychischen Gesundheit sind hier vernetzt und eine Zielgruppe der Veranstaltungen, Newsletter und Informationen des NPG. So wurden in Workshops psychiatrische Diagnosen und Behandlungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einem externen Kinder- und Jugendpsychiater diskutiert. Insbesondere wurden die Gebrechenscodes der IV mit den internationalen Codes zu psychischen Gesundheitsstörungen (internationale Klassifizierungen nach ICD-10 und DMS V) verglichen. Diese Workshops dienten der Weiterentwicklung des Wissensstandes unter den Fachleuten des Geschäftsfeldes IV.

4.7.2 Weitere Vorgehensweise

Die Präsidenten der Fachärztesellschaften und der Schweizerischen Gesellschaft für Psychologie sollen verstärkt sensibilisiert werden. Im Fokus stehen dabei die Erarbeitung von Evidenz-basierten Leitlinien zur Diagnosestellung sowie die Behandlung und Begutachtung von Versicherten mit psychischen und psychosomatischen Gesundheitsstörungen. Die IV kann ohne verlässliche Leitlinien keine möglichst rechtsgleiche und einheitliche medizinische Abklärung und Leistungszusprache gewährleisten.

Das BSV wurde bereits vor längerer Zeit darauf aufmerksam gemacht, dass fachspezifische Leitlinien zur versicherungsmedizinischen Begutachtung von Krankheitsbildern fehlen. Im Urteil vom 3. Juni 2015¹ hat nun das Bundesgericht die medizinischen Fachgesellschaften

¹ BGE 140 V 281

so deutlich wie nie zuvor dazu aufgefordert, spezifische Leitlinien zur versicherungsmedizinischen Begutachtung von Krankheitsbildern zu erstellen. Damit hat es der vom BSV bereits seit längerer Zeit geäusserten Forderung Nachdruck verliehen, wonach die Fachgesellschaften mit dem Erlass fachspezifischer Leitlinien für eine verbesserte Qualität der Gutachten besorgt sein müssen. Folglich sieht sich das BSV in seiner Einschätzung bestätigt, dass IV- und Gutachterstellen zwar gemeinsam Fragen der Struktur- und Prozessqualität angehen können, die Definition fachspezifischer Qualitätsanforderungen hingegen nicht in ihrem Aufgabenbereich liegt. Bis andere fachspezifische Leitlinien vorliegen, hat sich das BSV dazu entschieden, mit den Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der IV die einzigen bisher vorliegenden Prinzipien für alle Begutachtungen sinngemäss zur Anwendung zu bringen.

Die Fachleute der IV-Stellen sowie die behandelnden Ärzte, welche die Versicherten während des Eingliederungsprozesses begleiten, sollen von geeigneten Fachexperten instruiert resp. geschult werden. Von Interesse sind dabei der aktuellste Wissensstand bezüglich Diagnostik, Behandlung, Prognose (Schweregrad) sowie die eingliederungsrelevanten gesundheitlichen Defizite und Ressourcen von Versicherten mit psychischen und psychosomatischen Gesundheitsstörungen.

Die für die Codierung zuständigen Fachleute der IV-Stellen sollen geschult werden bezüglich der adäquaten Codierung von psychischen und psychosomatischen Gesundheitsstörungen.

Die Früherkennung von psychischen Problemen ist sehr wichtig. Die hierfür angestrebte Sensibilisierung der vorgelagerten Systeme (Schule usw.) birgt aber auch eine gewisse Gefahr der Medikalisierung von normalen Schwierigkeiten im Rahmen der Persönlichkeitsentwicklung und des Bildungsweges.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der IV sind folgende Massnahmen vorgesehen: die Förderung des Case Managements, die Beratung und Begleitung von Versicherten mit psychischen Gesundheitsstörungen und deren Begleitpersonen. Für mehr Details siehe auch unter Abschnitt 3.6. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die Kompetenzteilung zwischen Bund und Kantonen und deren unterschiedliche Unterstützungsangebote eine schwierige Herausforderung darstellen.

Bei Versicherten mit psychischen Gesundheitsstörungen soll im Rahmen der Weiterentwicklung der IV auch die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Akteuren verstärkt werden (für weitere Details siehe auch Abschnitte 3.6 und 6.6).

Im Rahmen der Weiterentwicklung der IV wird zudem auch die Entwicklung von regionalen oder kantonalen Kompetenzzentren und Koordinationsstellen geprüft.

Ferner werden im Rahmen der Weiterentwicklung der IV die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der IV vermehrt auf Massnahmen zur verstärkten Eingliederung der jungen Versicherten ausgerichtet (Schule, erste berufliche Ausbildung, Arbeitsplatz). Priorität hat aber auch die Stärkung der Fähigkeit, sich dauernd und wesentlich im Aufgabenbereich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Im Fokus steht die Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt.

5. Finanzielle Leistungen der Invalidenversicherung

5.1 Einleitung

Die Leistungspalette der Invalidenversicherung ist vielfältig: Sie umfasst Leistungen im Bereich der Abklärungen, der (beruflichen) Eingliederung, medizinische Massnahmen, Hilfsmittel, Hilflosenentschädigung, Assistenzbeitrag und schliesslich die Rente. Das folgende Kapitel fokussiert nicht auf die Forschungsergebnisse und Erkenntnisse der Gesamtheit der IV-Leistungen, es beschränkt sich auf die im Rahmen des FoP2-IV beforschten Leistungen im Bereich der Renten, der Hilflosenentschädigung und der Assistenzbeiträge wie auch der Qualität und der Preisentwicklung bei der Hörgeräteversorgung. Die Forschungsergebnisse über die IV-Leistungen im Bereich der beruflichen Integration wurden in Kapitel 3 vertieft behandelt, jene über die Leistungen im Bereich der Abklärungen in Kapitel 2.

Auf die Darstellung der Befunde aus den erwähnten Forschungs- und Evaluationsberichten folgen wiederum Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Forschenden sowie die Stellungnahme des BSV.

5.2 Renten

5.2.1 Grundlagen

Im Dezember 2014 richtet die Invalidenversicherung 339'000 Renten aus – 260'000 Invalidenrenten und 79'000 Kinderrenten. 226'000 Invalidenrenten werden in der Schweiz, 34'000 im Ausland ausgerichtet. Während in der ersten Hälfte der 2000er Jahre die Zahl der Rentenbeziehenden in der Schweiz kontinuierlich angestiegen ist, ging sie seit 2005 um 12 % zurück. Die Neurentenquote liegt aktuell bei 2.6 ‰. (Die Neuberentungsquote entspricht dem Anteil der Neurentnerinnen und –rentner an der ständigen Wohnbevölkerung im erwerbsfähigen Alter, also 18-63/64.) Während zwischen 2000 und 2003 das durchschnittliche jährliche Wachstum der Zahl der Neurenten 5.6 % betrug, folgte im Zeitraum seit 2003 eine *Abnahme* von durchschnittlich 6.2 % pro Jahr. Das Minimum einer Invalidenrente (100 %) beträgt im Jahr 2014 CHF 1'170, das Maximum (100 %) CHF 2'340 (BSV 2015). Die im Rahmen der Evaluation der Eingliederung und der eingliederungsorientierten Rentenrevision der IV berechneten Berentungsquoten veranschaulichen den oben genannten signifikanten Rückgang der Neurenten: Während von den im Jahr 2004 neu angemeldeten Personen drei Jahre nach der Anmeldung rund 32 % eine Invalidenrente bezogen, erhielten von den im Jahr 2011 neu angemeldeten Personen drei Jahre nach der Anmeldung nur noch knapp 18 % eine Rente (Guggisberg et al 2015b: 43).

Spezifisch zum Themenbereich Renten bzw. Rentenbeziehende gab es im Rahmen des FoP2-IV eine Publikation, die sich der ökonomischen Situation von IV-Rentenbeziehenden widmete (Wanner und Pecoraro 2012) sowie eine Forschungsarbeit, die sich mit den finanziellen Erwerbsanreizen für IV-Rentnerinnen und –rentner beschäftigte (Bieri und Gysin 2010). Zudem thematisierte auch der Bericht "Psychische Gesundheit und Beschäftigung Schweiz" (OECD 2014) die Ausgestaltung von IV-Renten in Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit von Teilrentenbeziehenden. Die wichtigsten Erkenntnisse und Ergebnisse dieser Forschungsarbeiten werden im Folgenden ausgeführt.

5.2.2 Finanzielle Situation und Erwerbsanreize der IV-Rentnerinnen und -Rentner

Die Studie von Wanner und Pecoraro liefert erstmals eine fundierte Analyse der finanziellen Situation von IV-Rentnerinnen und –rentnern. Eine solche Untersuchung war bis anhin aufgrund fehlender Daten kaum möglich. Um die finanzielle Situation der Haushalte mit IV-Rentnern (des Jahres 2006) wirklichkeitsnah darzustellen, wurden Steuerdaten aus neun Kanto-

nen mit IV-Daten verknüpft. Das Einkommen von IV-Rentnerhaushalten setzt sich aus Erwerbseinkommen, Leistungen der 1. Säule und Renten der beruflichen Vorsorge zusammen. Teilweise treten Ergänzungsleistungen an die Stelle der BVG-Leistungen (Wanner und Pecoraro 2012: VIII).

Die Studie macht deutlich, dass Haushalte von IV-Rentenbeziehenden im Vergleich zu Haushalten von Nicht-Rentenbeziehenden finanziell schlechter dastehen. Fast jeder sechste Haushalt mit IV-Rentenbeziehenden muss mit sehr geringen finanziellen Mitteln auskommen. Bei den anderen Haushalten ist es nur jeder zehnte (15.4 % vs. 10.5 %). In der vorliegenden Studie wurde zur Definition von geringen finanziellen Mitteln ein Äquivalenzeinkommen unter Berücksichtigung der Haushaltsgrösse berechnet. Steuerpflichtige mit einem Äquivalenzeinkommen von weniger als 50 % des für die Gesamtbevölkerung (Rentenbeziehende und Nicht Rentenbeziehende) massgebenden Medianwertes werden zur Kategorie der Personen mit sehr geringen finanziellen Mitteln gezählt. Der in der Forschungsarbeit geltende nominelle Schwellenwert liegt bei CHF 28'620 für eine alleinstehende Person und bei CHF 40'700 für ein Ehepaar ohne Kinder (Wanner und Pecoraro 2012: VIII f).

Die Forschungsergebnisse zeigen weiter, dass die Rentenzusprache viele Haushalte aus einer schwierigen Einkommenssituation befreit und das Einkommen insbesondere von Haushalten mit geringen Einkommen bzw. mit Kindern sich infolge der Rentenzusprache teils erheblich erhöht. Dieser Effekt zeigt sich bei alleinstehenden Frauen mit Kindern am deutlichsten: Während vor der Rentenzusprache 42 % dieser Haushalte ein sehr geringes Einkommen auswiesen, waren es nach der Rentenzusprache noch 21 % (Wanner und Pecoraro 2012: 118). Die Leistungen der IV sowie allenfalls der beruflichen Vorsorge und der Ergänzungsleistungen verbessern die finanzielle Situation der Personen, die vor Eintritt der Invalidität über ein geringes Einkommen verfügten, beispielsweise aufgrund nicht existenzsichernder Löhne. Trotzdem ist der Anteil Personen mit tiefem Einkommen höher als derjenige der Gesamtbevölkerung, da IV-Rentenbeziehende durchschnittlich schlechter ausgebildet sind und bereits vor Eintritt der Invalidität eher in Berufen mit unterdurchschnittlichen Löhnen tätig sind. Die IV gleicht zwar krankheitsfremde Merkmale nicht aus, die Ergänzungsleistungen erweisen sich aber als ein wesentliches Element zur Bekämpfung der Armut der IV-Rentenbeziehenden – u.a. für Personen, die aufgrund früher gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder familiärer Aufgaben keine Beiträge an die berufliche Vorsorge leisten konnten. Bei Steuerpflichtigen, die vor der gesundheitlichen Beeinträchtigung über ein hohes Einkommen verfügten, sinken die finanziellen Mittel mit der Rente. Allerdings sind die Situationen von IV-Rentenbeziehenden heterogen: Insbesondere Beziehende von Teilrenten sind finanziell sehr unterschiedlich gestellt. Einige von ihnen sind gut in die Arbeitswelt integriert und erzielen ein hohes Einkommen, andere leben in sehr bescheidenen Verhältnissen (Wanner und Pecoraro 2012: 34).

Als Hauptfazit der Studie kann denn auch festgehalten werden, dass IV-Rentenbeziehende finanziell nicht auf Rosen gebettet, aber weitgehend vor Armut geschützt sind.

Betreffend der Frage der Arbeitsanreize für IV-Rentenbeziehende kommt eine diesbezügliche Forschungsarbeit zum Schluss, dass das zurzeit geltende Rentensystem zu Schwelleneffekten führt und Arbeitsanreize vermindern kann. Ein stufenloses Rentensystem hingegen würde – in der Regel – zu einer Verbesserung der Erwerbsanreize führen (Bieri und Gysin 2010: 47f). Auch die OECD-Studie zur psychischen Gesundheit und Beschäftigung in der Schweiz hält fest, dass ein stufenloses Rentenmodell Beziehenden von IV-Leistungen mehr Anreiz bieten würde, ihre Bemühungen um eine Erwerbstätigkeit zu verstärken. Dies gelte besonders für Personen mit niedrigem Bildungsniveau und niedrigem Einkommen. Weiter macht diese Forschungsarbeit darauf aufmerksam, dass IV-Renten für bestimmte Gruppen – beispielsweise für junge Personen ohne Arbeitserfahrung und Personen mit Kindern – ver-

gleichsweise attraktiv sind. Deshalb sollte gemäss den Autoren die Struktur der IV-Geldleistungen überdacht werden, um einen Ausgleich zwischen adäquater IV-Rente und Arbeitsanreiz zu schaffen (OECD 2014: 88f)

Ausgehend von der starken Abnahme der Neurenten und der Tatsache, dass sich die finanzielle Situation von IV-Rentenbeziehenden sehr heterogen präsentiert, kann zusammenfassend festgehalten werden, dass Haushalte von IV-Rentenbeziehenden im Vergleich zu Haushalten von Nicht-Rentenbeziehenden finanziell schlechter gestellt sind. Gleichzeitig erhöht sich das Einkommen von Haushalten mit geringem Einkommen bzw. mit Kindern infolge der Rentenzusprache teilweise erheblich. In Bezug auf eine zukünftig verbesserte Ausgestaltung von IV-Renten halten die oben diskutierten Forschungsberichte folgende Empfehlungen fest:

- Die Berechnungsmethode für IV-Renten ist zu überdenken, um unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbiografien (z.B. von Personen mit familiären Aufgaben) besser gerecht zu werden (Wanner und Pecoraro 2012: X).
- Um Erwerbsanreize von IV-Rentenbeziehenden zu verstärken, soll ein stufenloses Rentensystem eingeführt werden (Bieri und Gysin 2010: 47f und OECD 2014: 88f).
- Die Struktur der Ausgestaltung von IV-Geldleistungen sollte dahingehend überdacht werden, dass falsche Anreize für einen Rentenbezug abgeschafft werden und ein Ausgleich zwischen adäquater IV-Rente und Arbeitsanreiz geschaffen wird (OECD 2014: 89).

5.3 Hilflosenentschädigung/Assistenzbeitrag

Wie in der Kapiteleinleitung erwähnt, war die Analyse der Situation von Personen mit Hilflosenentschädigung und im Anschluss daran von Personen mit Assistenzbeitrag ein wichtiges Thema im FoP2-IV. Anlass dazu war der mit der am 1.1.2004 in Kraft getretenen 4. IVG-Revision vorgenommene Ausbau der Hilflosenentschädigung für zu Hause lebende IV-Rentenbeziehende bzw. der mit der am 1.1.2012 in Kraft getretenen IVG-Revision 6a eingeführte Assistenzbeitrag. Die Auswirkungen dieser beiden Neuerungen wurden bzw. werden evaluiert. Im Folgenden werden die Ergebnisse der jeweiligen Forschungsprojekte vorgestellt. Zum besseren Verständnis sollen zuerst einige zentrale Begriffe erklärt werden:

Hilflosenentschädigung (HE): Die HE soll Menschen mit einer Behinderung eine unabhängige Lebensführung ermöglichen. Sie deckt die Kosten von versicherten Personen, die wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung für alltägliche Lebensverrichtungen bzw. um soziale Kontakte zu pflegen, die Hilfe Dritter benötigen oder auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sind. Die Höhe der Leistung hängt vom Grad der Hilflosigkeit (leicht, mittel, schwer) und davon ab, ob die versicherte Person in einem Heim oder zu Hause wohnt. Die diesbezügliche Versicherungsleistung wird unabhängig von den tatsächlichen Kosten als Pauschale ausbezahlt. Für den Anspruch auf HE ist eine IV-Rente keine Voraussetzung.

Lebenspraktische Begleitung: Ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung liegt vor, wenn eine volljährige versicherte Person ausserhalb eines Heims lebt und infolge Beeinträchtigung der Gesundheit entweder ohne Begleitung nicht selbständig leben kann (z.B. Hilfe bei der Tagesstrukturierung, Unterstützung bei Bewältigung von Alltagssituationen) oder für Aktivitäten ausserhalb der Wohnung (z.B. Einkauf, Freizeit, Kontakte mit Amtsstellen) auf Begleitung angewiesen ist oder ernsthaft gefährdet ist, sich zu isolieren. Wer die Voraussetzungen erfüllt, hat Anspruch auf eine HE leichten Grades.

Intensivpflegezuschlag (IPZ): Bei zu Hause lebenden Minderjährigen, die eine besonders intensive Betreuung benötigen, gewährt die IV zusätzlich zur Hilflosenentschädigung einen Intensivpflegezuschlag. Voraussetzung ist eine zusätzliche Betreuung von vier Stunden pro Tag.

Assistenzbeitrag (AB): Der AB ermöglicht es Beziehenden einer HE, die auf regelmässige Hilfe angewiesen sind, aber dennoch zu Hause leben möchten, eine Person einzustellen, welche die erforderlichen Hilfeleistungen erbringt. Aufgrund des regelmässigen zeitlichen Hilfebedarfs wird von der zuständigen IV-Stelle ein Betrag ermittelt, mit dem der Versicherte die von ihm angestellte/n Assistenzperson/en entlohnt.

5.3.1 Wohn- und Betreuungssituation von Personen mit Hilflorenentschädigung

In der Botschaft zur 4. IVG-Revision wurde festgehalten, Personen mit einer Hilflorenentschädigung der IV (HE) fehle es an Selbstbestimmungsmöglichkeiten, insbesondere im Hinblick auf die Wahl der Wohnform. Dabei wurden drei Korrekturbereiche erwähnt: Die Besserstellung von Kindern und Jugendlichen zu Hause (1), von zu Hause wohnenden erwachsenen Behinderten (2) und von erwachsenen psychisch oder leicht geistig Behinderten, die zu Hause wohnen (3). Deshalb wurden mit der 4. IVG-Revision folgende Massnahmen eingeführt: Die Verdoppelung der HE für zu Hause Wohnende; die Einführung der lebenspraktischen Begleitung für zu Hause lebende Erwachsene mit psychischen oder leichten geistigen Behinderungen; die Ergänzung der Hilflorenentschädigung durch einen Intensivpflegezuschlag (IPZ) für Minderjährige, die nicht in einem Heim leben und zusätzlich eine intensive Betreuung benötigen, sowie die Erhöhung des Maximalbetrags für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten über die Ergänzungsleistungen für erwachsene Personen mit mittelschwerer oder schwerer Hilflorenigkeit für zu Hause wohnende Personen (vgl. dazu auch Latzel et al. 2008). Bei der Verdoppelung der HE im Rahmen der 4. IVG-Revision stand im Vordergrund, dass zukünftig nicht Finanzierungsfragen, sondern der konkrete Bedarf im Einzelfall dafür ausschlaggebend sein soll, ob eine Person zu Hause oder im Heim wohnt. Die Auswirkungen dieser oben genannten Neuerungen – insbesondere auf die Wohn- und Betreuungsformen von Personen mit HE – wurden im Rahmen des FoP2-IV evaluiert (Gehrig et al. 2013).

Zwischen 2004 und 2011 nahm die Anzahl der erwachsenen HE-Beziehenden von 26'321 auf 32'390 Personen zu. Dies entspricht einer Zunahme um 23 %. Die durchschnittliche jährliche Zunahme beträgt 3.3 %. Die IV-Ausgaben für HE haben sich in dieser Zeitspanne auf insgesamt CHF 480 Mio. verdreifacht. Die starke Zunahme der Anzahl HE-Beziehenden ist zu einem grossen Teil mit der Erleichterung des Zugangs zu einer HE durch die Einführung der lebenspraktischen Begleitung zu erklären. Ein weiterer Teil der Zunahme ist auch auf die demografische Veränderung der Wohnbevölkerung zurückzuführen. Zum Thema Wohnformen kommt die Studie zum Schluss, dass im Jahr 2011 ein deutlich grösserer Teil von HE-Beziehenden zu Hause wohnt als im Jahr 2004. Der Anteil zu Hause Wohnender stieg in dieser Zeit von 50 % auf 59 %, was eine Zunahme um 46 % bedeutet. Auch die strukturelle Zusammensetzung der HE-Beziehenden hat sich zwischen 2004 und 2011 stark verändert. Während in den Heimen das Durchschnittsalter der Bewohnerinnen und Bewohnern um ein Jahr gestiegen ist, ist es bei den zu Hause Wohnenden um ein Jahr gesunken. Zudem ist sowohl bei den zu Hause als auch im Heim Wohnenden eine Verschiebung zu mehr HE-Beziehenden mit psychischen Krankheiten zu beobachten. Weiter ist im beobachteten Zeitraum eine starke Zunahme von Personen mit leichter Hilflorenigkeit zu beobachten. Diese ist fast ausschliesslich auf die Einführung der lebenspraktischen Begleitung zurückzuführen. Die Anteilswerte nach Hilflorenigkeitsgrad haben sich weder bei den Heimbewohnerinnen und –bewohnern noch bei den zu Hause Wohnenden (ohne lebenspraktische Begleitung) wesentlich verändert (Gehrig et al. 2013: VI).

Betreffend der Zufriedenheit der HE-Beziehenden hält die Studie fest, dass vier von fünf Erwachsenen mit HE mit ihrer Wohnsituation zufrieden sind – dies gilt sowohl für die Heimbewohnerinnen und –bewohner als auch für die zu Hause Wohnenden. Der Anteil derjenigen, die mit ihrer Wohnsituation *sehr* zufrieden sind, ist bei zu Hause Wohnenden deutlich höher (53 % vs. 29 %). 71 % der zu Hause Wohnenden geben an, dass sie ohne HE das

Leben ausserhalb des Heims nicht finanzieren könnten und deswegen wohl im Heim leben müssten. Die HE hat demzufolge eine grosse Bedeutung für ein Wohnen zu Hause. In Bezug auf die zwei Korrekturbereiche für erwachsene HE-Beziehende kann geschlossen werden, dass die 4. IVG-Revision und insbesondere die Einführung der lebenspraktischen Begleitung für die Besserstellung von psychisch oder leicht geistig Behinderten, die nicht im Heim wohnen, und die Besserstellung von zu Hause wohnenden Behinderten einen wichtigen Beitrag geleistet hat. Sie ermöglicht einem Grossteil dieser Personen ein selbstbestimmteres Leben zu Hause. Ein Teil der Verlagerung vom Leben in einem Heim zum Leben zu Hause ist gemäss den Autoren direkt auf die 4. IVG-Revision zurückzuführen. (Gehrig et al. 2013: VII). Zur Situation von Minderjährigen kommt die Studie zum Schluss, dass die Unterstützung durch Leistungen der IV zur Bewältigung der behinderungsbedingten Mehrbelastungen für eine grosse Mehrheit beträchtlich ist. Abhängig davon, ob ein IPZ bezogen wird oder nicht, sind 76 % der Befragten mit einem Kind, das einen IPZ erhält und 71 % mit einem Kind ohne IPZ der Meinung, dass die HE bzw. der IPZ viel oder sehr viel zur Bewältigung der behinderungsbedingten Mehrbelastungen beiträgt (Gehrig et al. 2013: XI).

Die Ergebnisse der Publikation zeigen, dass die Verdoppelung der HE für zu Hause Lebende einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung der Wahlfreiheit der Wohnsituation leistet sowie zu einer diesbezüglichen Besserstellung von Menschen mit einer psychischen oder leichten geistigen Behinderung führt (Gehrig et al.: XI).

Bezüglich dem Aspekt der finanziellen Entlastung kommt die Studie zum Schluss, dass die HE für die Heimbewohnerinnen und –bewohner eher unbedeutend ist, da die grosse Mehrheit von ihnen Ergänzungsleistungen bezieht oder die HE an das Heim abgeben muss. Die Halbierung der HE im Heim im Rahmen der 4. IVG-Revision hatte entsprechend nur für rund 2 % bis 4 % der im Heim lebenden HE-Beziehenden eine direkte finanzielle Auswirkung (Gehrig et al. 2013: 93ff).

Bei den zu Hause lebenden Erwachsenen hingegen wie auch bei Minderjährigen bedeutet die HE eine wichtige finanzielle Entlastung. Ein Teil der Entschädigung wird von vielen Betroffenen direkt für externe behinderungsbedingte Hilfe und Dienstleistungen eingesetzt, ein beachtlicher Teil fliesst aber auch ins Haushaltsbudget, womit dieses entlastet wird (Gehrig et al. 2013: XI). Durch diese Entlastung des Familienbudgets kann auch ein allfälliger Lohnausfall von betreuenden Familienangehörigen (zumindest teilweise) kompensiert werden. Da es nach wie vor hauptsächlich Personen aus dem familiären Umfeld sind, welche die HE-Beziehenden betreuen und somit das Leben der Betroffenen zu Hause ermöglichen, ist dieser Aspekt der zeitlichen und finanziellen Entlastung von pflegenden Angehörigen von Bedeutung. Die Schaffung von Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige spielte auch bei der Einführung des Assistenzbeitrags eine wichtige Rolle – um diesen bzw. um dessen Evaluation und den daraus resultierenden Erkenntnissen soll es im Folgenden gehen.

5.3.2 Assistenzbeitrag

Mit dem Anfang 2012 eingeführten AB hat die IV die Leistungen für betroffene Personen zu Hause weiter ausgebaut, mit dem Ziel, die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung weiter zu stärken und zusätzliche Entlastungsmöglichkeiten für die Angehörigen zu schaffen. Seit dem Inkrafttreten der IVG-Revision 6a am 1.1.2012 kann von handlungsfähigen Personen, die eine HE beziehen und zu Hause wohnen (bzw. aus dem Heim austreten), ein AB beantragt werden. Mit dem AB soll die Lebensqualität verbessert, die Chancen trotz einer Behinderung eigenständig zu Hause wohnen zu können, erhöht und bessere Möglichkeiten geschaffen werden, sich in die Gesellschaft und ins Berufsleben zu integrieren. Der AB soll zudem der zeitlichen Entlastung pflegender Angehöriger dienen. Von 2012 bis 2017 wird die Einführung und Entwicklung des AB evaluiert. Dabei sollen Entwicklung der Anzahl und Merkmale der AB-Beziehenden sowie der Leistungen analysiert werden. Im Juni 2014 wurde

der erste Zwischenbericht publiziert (Guggisberg und Bischof 2014), im Juni 2015 folgte der zweite (Guggisberg und Bischof 2015).

In den Publikationen wird die Entwicklung und Zusammensetzung der AB-Beziehenden folgendermassen dokumentiert: Bis Ende Dezember 2014 gab es 1213 erwachsene AB-Beziehenden, das entspricht 3.3 % aller erwachsenen Personen mit HE und 5.7 % aller zu Hause wohnenden HE-Beziehenden. Seit Inkrafttreten der IVG-Revision 6a sind pro Monat durchschnittlich etwa 30 Neubeziehende eines AB zu verzeichnen. Bei den AB-Beziehenden sind Personen mit Anspruch auf eine HE schweren Grades übervertreten: Bei HE-Beziehenden zu Hause liegt der Anteil mit schwerem Hilflosigkeitsgrad bei 13 %, bei den AB-Beziehenden bei 45 %. Der Trend zeigt, dass 2012 viele Personen mit einer HE schweren Grades einen AB bezogen haben (54 %), Erstbeziehende 2013 oder 2014 aber weniger oft einen HE schweren Grades aufweisen (44 % bzw. 36 %). (Guggisberg und Bischof 2015: II)

Fast die Hälfte der AB-Beziehenden leidet an einem Gebrechen im Zusammenhang mit dem Nervensystem. Bei 20 % ist eine Multiple Sklerose diagnostiziert. Andere Leiden des Nervensystems, die bei den AB-Beziehenden überproportional vertreten sind, sind Gehirnblutungen und Leiden des Rückenmarks. Untervertreten sind Personen mit psychischen Erkrankungen. Während bei 25 % der zu Hause wohnenden HE-Beziehenden Psychosen, Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen Grund für den Bezug einer HE sind, macht diese Gruppe bei den AB-Beziehenden nur 10 % aus. Rund 20 % der AB-Beziehenden haben ein Geburtsgebrechen. Betreffend der Alterszusammensetzung zeigt sich, dass über 40-Jährige im Vergleich zu Jüngeren häufiger einen AB beziehen: Der Anteil der AB-Beziehenden an den zu Hause wohnenden HE-Beziehenden beträgt bei den 40- bis 64-Jährigen rund 5.7 %, bei den 18- bis 39-Jährigen 3.4 %. Die Analyse der Kosten des AB zeigt, dass der Median des anerkannten AB bei CHF 2'386 pro Monat liegt, der Mittelwert beträgt CHF 3'037 (bedingt durch einzelne AB-Beziehende mit sehr hohem Anspruch). Wegen des rückläufigen Anteils Personen mit schwerer Hilflosigkeit sind die durchschnittlichen Beträge des zur Verfügung stehenden AB zwischen 2012 und 2014 von CHF 3'446 auf CHF 2'740 gesunken. Der Median des tatsächlich bezogenen AB liegt mit CHF 1'405 weit unter dem zur Verfügung stehenden AB (Mittelwert: CHF 2'096). Rund ein Viertel der AB-Beziehenden stellt weniger als 50 % des möglichen AB in Rechnung. Personen, die den AB bereits über mehrere Jahre beziehen, nehmen einen deutlich höheren Betrag in Anspruch. Die Summe der vergüteten Leistungen betrug 2012 rund CHF 3.5 Mio., wobei zusätzlich CHF 9.5 Mio. den Teilnehmenden des Pilotprojekts ‚Assistenzbudget‘ vergütet wurde. 2013 betrugen die Leistungen insgesamt CHF 19.8 Mio., 2014 28.3 Mio. (Guggisberg und Bischof 2015: II f).

Bei den minderjährigen AB-Beziehenden präsentiert sich die Situation wie folgt: Bis Ende Dezember 2014 bezogen 235 Minderjährige AB. Der Anteil der minderjährigen AB-Beziehenden an allen minderjährigen HE-Beziehenden beträgt 2.9 %. Ähnlich wie bei den Erwachsenen sind auch Minderjährige mit Anspruch auf eine HE schweren Grades bei den minderjährigen AB-Beziehenden übervertreten. Der Anteil Minderjähriger mit schwerem Hilflosigkeitsgrad beträgt bei den HE-Beziehenden 17 %, bei den minderjährigen AB-Beziehenden 54 %. Auch bei den Minderjährigen zeigt sich gegenüber 2012 ein Rückgang der AB-Beziehenden mit einer HE schweren Grades, jedoch weniger ausgeprägt als bei den Erwachsenen. Der Median des effektiv in Anspruch genommenen AB pro Monat liegt auch bei den Minderjährigen AB-Beziehenden mit rund CHF 1'230 unter dem zur Verfügung stehenden bzw. anerkannten AB von CHF 2'619. Der Assistenzbeitrag wird demnach auch von Minderjährigen häufig nicht voll ausgeschöpft, allerdings nimmt die Inanspruchnahme auch bei ihnen – gleich wie bei den Erwachsenen – in den Jahren nach dem Erstbezug deutlich zu (Guggisberg und Bischof 2015: III).

Im Vorfeld des Zwischenberichts von 2014 erfolgte – im Gegensatz zum Zwischenbericht 2015 – eine Befragung der Leistungsbeziehenden. Gemäss Einschätzung der dort Befragten eignet sich das Instrument Assistenzbeitrag grundsätzlich dazu, die in der Botschaft aus dem

Jahr 2010 genannten Ziele bei einer Mehrheit der AB-Beziehenden zu erreichen: 80 % der Befragten sind mit dem Assistenzbeitrag zufrieden, drei Viertel gibt an, dass sich die Lebensqualität sowie die Möglichkeiten der Selbstbestimmung durch den Assistenzbeitrag erhöht haben und die Angehörigen entlastet werden (Guggisberg und Bischof 2014: VI).

Zum Thema Heimaustritt können erst sehr beschränkt Aussagen gemacht werden: Nur ein sehr geringer Anteil von Personen (rund 6 %) wohnten vor dem erstmaligen Bezug eines AB in einem Heim, was bezogen auf die Population aller Heimbewohnerinnen und –bewohner ein sehr kleiner Anteil ist. Eine bedeutendere Rolle scheint der AB hingegen bei der Vermeidung von Heimeintritten zu spielen: Rund ein Drittel der erwachsenen AB-Beziehenden gibt an, dass sie hauptsächlich aufgrund des Assistenzbeitrags weiterhin zu Hause wohnen (können) (Guggisberg und Bischof 2014: IV).

Was das Verbesserungspotential der IV-Leistung ‚Assistenzbeitrag‘ anbelangt, wünschen sich die Befragten an erster Stelle eine Vereinfachung des administrativen Ablaufs (58 %) – z.B. Vereinfachung der Abrechnungen – und an zweiter Stelle die Möglichkeit, Familienmitglieder anzustellen (24 %) (Guggisberg und Bischof 2014: VII und 52).

Der für Sommer 2017 geplante Schlussbericht wird die Thematik von allfälligen Heimaustritten bzw. von vermiedenen Heimeintritten wie auch von allfälligem Verbesserungspotential bei der Ausgestaltung des AB noch ausführlicher und aussagekräftiger behandeln, da bis dahin auch mehr Personen befragt werden können. Weiter wird der Schlussbericht wiederum ausführlich Auskunft geben über die Entwicklungen der Leistungen, der Leistungsbeziehenden und deren Einschätzung des AB sowie die Zufriedenheit damit.

5.4 Hilfsmittel

Als ein weiterer Schwerpunkt fokussierte das FoP2-IV bei der Evaluation von IV-Leistungen auf die Hörgeräteversorgung, um die Outcomes des Übergangs von der Tarif- zur Pauschalvergütung bei der Hörgeräteversorgung systematisch zu analysieren und Aussagen über die Wirkung dieses Systemwechsels machen zu können. Auf Basis dieses Erkenntnisinteresses wurden zwei Studien durchgeführt. Eine erste widmete sich der Frage der Entwicklung der Qualität der Versorgung, die andere der Preisentwicklung.

5.4.1 Evaluation der Qualität der Hörgeräteversorgung

Bis Mitte 2011 vergütete die IV Hörgeräteversorgungen nach einem dreistufigen Tarif, der jeweils mit der Hörgerätebranche ausgehandelt wurde und bei dem die IV direkt mit den Akustikern abgerechnet hat. Dieses Tarifsysteem wurde zwar als qualitativ hochstehend, gleichzeitig aber – im Vergleich zum Ausland – als sehr teuer für die Versicherten und die Versicherungen eingestuft. Es wurde davon ausgegangen, dass die Akustikerbranche mit den Verkaufspreisen die Vergütungstarife vollständig ausschöpfte und kaum mehr ein Preiswettbewerb existierte. Deshalb kündigte das BSV den Hörgerätetarif und führte am 1. Juli 2011 ein Pauschalsystem ein. Versicherte der AHV und der IV erhalten fortan einen fixen Betrag, der die Kosten der Hörgeräteanschaffung und der Dienstleistungen zur Anpassung und Nachbetreuung über fünf Jahre (AHV) bzw. über sechs Jahre (IV) unabhängig vom Grad des Hörverlustes abdecken soll. Das neue Pauschalsystem soll den Wettbewerb stärken und durch verschärfte Konkurrenz zu niedrigeren Preisen führen. Zudem wurde durch die direkte Auszahlung der Pauschale ein ‚Empowerment‘ der Hörgerätenutzer – im Sinne eines selbstbewussteren Nutzens der Konkurrenzsituation erwartet, z.B. durch häufigere vergleichende Konsultationen von Hörgeräteakustikern und einem häufigeren Probetragen von Geräten. Dementsprechend wird in der Forschungsstudie gefragt, inwiefern sich die Qualität der Hörgeräteversorgung im Zuge dieser Systemumstellung verändert hat und welche Veränderungen beim Hörgerätekauf die Systemumstellung mit sich brachte (Sander und Albrecht 2013).

Die Erhebung zeigt, dass die am häufigsten gekaufte Geräteart im Pauschalssystem die Hinter-dem-Ohr-Geräte blieben und auch bei der Ausstattung der Geräte keine wesentlichen Änderungen feststellbar sind. Die Erwartung, dass die Hörgerätekäufer durch einen Wechsel zum Pauschalssystem ‚empowert‘ würden und der Wettbewerb auf dem Hörgerätemarkt stimuliert wird, hat sich nach dieser Studie bislang nicht erfüllt. Die Studienergebnisse zeigen, dass es für eine solche Entwicklung keine Hinweise gibt, einige Indikatoren zeigen gar in die umgekehrte Richtung: So wurden z.B. im Pauschalssystem noch seltener Anbietervergleiche durchgeführt als im Tarifsysteem. Auch für einen verschärften Anbieterwettbewerb auf dem Hörgerätemarkt ergeben sich keine Hinweise. Die Hörgeräteakustiker bleiben die dominierenden Anbieter, andere Abgabestellen wie Apotheken oder Drogerien konnten sich noch kaum auf dem Markt etablieren. Das Spektrum der angebotenen Produkte hat sich im Pauschalssystem erweitert – die Ergebnisse deuten aber darauf hin, dass eine breitere Angebotspalette nicht zu einem veränderten Kaufverhalten der Hörgeräteträgerinnen und -träger geführt hat (Sander und Albrecht 2013).

Betreffend der Dienstleistungen kommt die Studie zum Schluss, dass im Pauschalssystem ein Rückgang des Umfangs der Dienstleistungen zu verzeichnen ist: Besonders die Zahl der Anpassungssitzungen, der vergleichenden Anpassungen bzw. der zur Probe-getragenen Hörgeräte sind signifikant zurückgegangen. Die Zufriedenheit mit den Service- und Anpassungsleistungen blieb dagegen unverändert auf sehr hohem Niveau. Allerdings wurde ein leichter Rückgang der Zufriedenheit mit den Nachbetreuungsleistungen verzeichnet. Der Rückgang des Dienstleistungsumfangs kann verschieden interpretiert werden: Einige der im Rahmen der Forschungsarbeit interviewten Fachleute sehen darin eine Normalisierung eines vorher aufgeblähten Systems, andere machen einen Rückgang der Qualität der Hörgeräteversorgung aus. Dass insgesamt sehr wenige Veränderungen zwischen dem Pauschal- und dem Tarifsysteem zu erkennen sind, könnte auch am erst kurzen Erfahrungszeitraum liegen (Sander und Albrecht 2013: XXf).

- Aus diesem Grund empfehlen die Forschenden, die Qualität der Versorgung weiter zu beobachten und zu prüfen (Sander und Albrecht 2013: 127).

5.4.2 Analyse der Preisentwicklung in der Hörgeräteversorgung

Im Bereich der Hörgeräteversorgung sind (noch) keine grossen Qualitätsveränderungen aufgrund des Wechsels vom Tarif- zum Pauschalssystem zu verzeichnen. Da es explizit Ziel des Systemwechsels war, den Wettbewerb zu stärken und durch verschärfte Konkurrenz die Preise zum Sinken zu bringen und damit die von der IV und AHV eingesetzten Mittel effizienter einzusetzen, wurde auch eine Studie zur Preisentwicklung der Hörgeräteversorgung lanciert. Wie in der Studie von Sander und Albrecht (2013) festgehalten, ist die Qualität der Hörgeräteversorgung gemessen an der Zufriedenheit und der Tragerate im Pauschalssystem praktisch gleich geblieben, die Versicherten orientieren sich aber nur bedingt am Preis. Die Erkenntnisse zum Thema Preis- und Marktentwicklungen aus der Studie von Koch et al. (2014) präsentieren sich wie folgt:

Ausgehend von der Erkenntnis, dass ein Empowerment der Hörgeräteträger im Sinne eines häufigeren Vergleichs der Angebote von Hörgeräteakustikern und einem häufigeren Probetragen im Pauschalssystem bisher nicht festgestellt werden konnte (Sander und Albrecht 2013: XIX), kann in Bezug auf eine allfällige Marktmacht der Hörgerätekäufer zumindest festgehalten werden, dass sie aus einem breiteren Angebot an Geräten auswählen können. Im analysierten Zeitraum sind zunehmend mehr Hörgerätemodelle von einer steigenden Anzahl Hörgerätefabrikanten auf den Markt gekommen. Diese grössere Produktvielfalt ist gepaart mit der Reduktion der Marktanteile grosser Hersteller, was die Autoren als Anzeichen für einen stärkeren Wettbewerb unter den Fabrikanten deuten. Die Studie hält denn auch fest, dass der Markt für Hörgeräte sich seit dem Wechsel auf das Pauschalssystem leicht verändert hat und die Preise unter sonst gleichen Bedingungen leicht gesunken sind. Der

Preisrückgang fällt allerdings kleiner aus als ursprünglich erhofft. Dabei könnte eine Rolle spielen, dass es sich bei den Hörgeräten um ein sehr wichtiges Hilfsmittel handelt, das den Alltag von Hörbehinderten deutlich erleichtert. Daraus folgt eine hohe Zahlungsbereitschaft bzw. eine tiefe Preissensitivität der Nachfrager. Die Anbieter ihrerseits können die tieferen Versicherungsleistungen zu einem grossen Teil auf die Hörbehinderten überwälzen, ohne selbst einem grossen Preisdruck ausgesetzt zu sein. Aus diesen Gründen wird auch mittelfristig eine starke Wettbewerbsdynamik im Hörgerätemarkt kaum erreichbar sein (Koch et al. 2014: 11f). Die Detailauswertungen zeigen, dass Hörbehinderte sowohl vermehrt billigere Versorgungungen aus dem Tiefpreissegment als auch teurere Versorgungungen aus dem Hochpreissegment wählen. 20–25 % der Hörbehinderten haben eine günstigere Versorgung gewählt und 10 % leisten sich eine teurere Versorgung mittels Zuzahlung. Dementsprechend kann bei den wichtigsten Versorgungstypen eine signifikante Zunahme der Zuzahlungen gemessen werden. Hörbehinderte zahlen heute einen höheren Anteil der Kosten der Hörgeräteversorgung selbst als im Tarifsystem (Koch et al. 2014).

- Die Autoren halten es für empfehlenswert, zu einem späteren Zeitpunkt eine weitere Analyse durchzuführen, um herauszufinden, inwieweit sich Hörbehinderte bewusst für eine Versorgung in Höhe der Pauschale entschieden haben oder dazu aus finanziellen Gründen gezwungen wurden (Koch et al. 2014: 66).

5.5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

5.5.1 Schlussfolgerungen

Die besprochenen, im Rahmen des FoP2-IV publizierten Studien beleuchten verschiedene Aspekte von IV-Leistungen und beantworten verschiedene Fragen dazu. Einerseits wird erstmals die ökonomische Situation von IV-Rentenbeziehenden aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet und festgestellt, dass Haushalte von IV-Rentenbeziehenden im Vergleich zu Haushalten von Nicht-Rentnerinnen und –rentnern finanziell schlechter gestellt, aber weitgehend vor Armut geschützt sind. Die Rentenzusprache erhöhe insbesondere das Einkommen von Haushalten mit geringen Einkommen bzw. mit Kindern teilweise erheblich. Weitere Studien kommen zur Erkenntnis, dass die aktuelle Ausgestaltung des Rentenmodells im Hinblick auf Erwerbsanreize für IV-Rentenbeziehende (noch) nicht ideal ist und dass IV-Renten für bestimmte Gruppen (junge Personen oder Personen mit Kindern) vergleichsweise attraktiv sind, was zu falschen Anreizen führe.

Neben der finanziellen Situation der IV-Rentenbeziehenden wurde im Rahmen des FoP2-IV schwerpunktmässig die Wirkung der im Rahmen der 4. IVG-Revision im Jahr 2004 verstärkten HE sowie des im Rahmen der IVG-Revision 6a 2012 eingeführten AB erhoben. Gehrig et al. (2013) kommen in ihrer Studie zum Schluss, dass die Aufwertung der HE für zu Hause Wohnende – u.a. durch die Verdoppelung der HE, die Einführung der lebenspraktischen Begleitung sowie durch die Einführung des IPZ für Minderjährige – für Menschen mit Behinderung in bedeutendem Masse zur Erhöhung der Wahlfreiheit der Wohnsituation beiträgt und zu einem selbstbestimmteren Leben zu Hause führt. Ein Teil der Verlagerung, die vom Leben in einem Heim zu einem Leben zu Hause stattgefunden hat, sei direkt auf die Massnahmen der 4. IVG-Revision zurückzuführen (Gehrig et al. 2013). Umgekehrt spielt die HE für das Leben im Heim nur eine sehr kleine Rolle. Die aktuell noch bis im Sommer 2017 laufende Evaluation des Assistenzbeitrags untersucht die Wirkung des Anfang 2012 eingeführten AB, mit dem die IV die Leistungen für betroffene Personen weiter ausgebaut hat mit dem Ziel, die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung weiter zu stärken und weitere Entlastungsmöglichkeiten für die Angehörigen zu schaffen. Die beiden vorliegenden Zwischenberichte zu diesem Forschungsprojekt (Guggisberg und Bischof 2014 bzw. 2015) dokumentieren die bisherige Entwicklung der Nachfrage und der Leistungen und kommen zum (Zwischen-)Ergebnis, dass sich der AB gemäss Einschätzung der Befragten dazu eignet, die

angestrebten Ziele bei einer Mehrheit der AB-Beziehenden zu erreichen. Die grosse Mehrheit ist mit dem AB zufrieden und drei Viertel geben an, dass sich die Lebensqualität sowie die Möglichkeiten der Selbstbestimmung durch den AB gesteigert haben und die Angehörigen entlastet werden (Guggisberg und Bischof 2014).

Als weitere IV-Leistungen untersuchte das FoP2-IV die Versorgung mit Hörgeräten. Die Entwicklung sowohl der Qualität der Hörgeräteversorgung (Sander und Albrecht 2013) als auch der Preise (Koch et al. 2014) wurde vor dem Hintergrund des Mitte 2011 vollzogenen Systemwechsels vom Tarif- hin zum Pauschalsystem untersucht. Die Analysen kommen zum Schluss, dass das durch den Systemwechsel erwartete Empowerment der Hörgerätekunden und die Stimulierung des Wettbewerbs auf dem Hörgerätemarkt – zumindest bislang – nicht eingetroffen sind (Sander und Albrecht 2013). Im Pauschalsystem ist ein Rückgang der Dienstleistungen zu verzeichnen, der sich allerdings nicht auf die nach wie vor hohe Zufriedenheit mit den Service- und Anpassungsleistungen auszuwirken scheint (Sander und Albrecht 2013). Betreffend des Angebots wird festgestellt, dass im analysierten Zeitraum eine vergrösserte Auswahl an Hörgerätemodellen von einer steigenden Anzahl Hörgerätefabrikanten auf den Markt kommen, die Preise aber nur leicht gesunken sind (Koch et al. 2014). Dass der Preisrückgang durch den Systemwechsel kleiner ist als ursprünglich angenommen, wird dadurch erklärt, dass es sich bei den Hörgeräten um ein wichtiges alltägliches Hilfsmittel handelt, woraus eine hohe Zahlungsbereitschaft und eine tiefe Preissensitivität der Nachfrager folge (Koch et al. 2014). In den Studien wird darauf hingewiesen, dass der erfasste Zeitraum nach dem Systemwechsel noch zu kurz sei, um eine abschliessende Bewertung des Übergangs vom Tarif- zum Pauschalsystem vorzunehmen.

Generell lässt sich beobachten, dass die Ergebnisse der in diesem Kapitel diskutierten Forschungsarbeiten die wichtigsten Entwicklungen der Invalidenversicherung in den vergangenen Jahren gut abbilden: Dem markanten Rückgang der Neurentenquote auf der einen Seite steht der Ausbau im Bereich der HE und des AB gegenüber, der im Sinne einer stärkeren Autonomie und Partizipation von IV-Leistungsbeziehenden getätigt wurde. Diese Stossrichtung der Stärkung der IV-Leistungsbeziehenden zeigt sich ebenfalls bei der Neugestaltung des Systems der Hörgeräteversorgung und in einem noch deutlicheren Ausmass im Bereich der Eingliederungsmassnahmen, die in Kapitel 3 besprochen wurden.

5.5.2 Empfehlungen

- Die aktuelle Berechnungsmethode der IV-Rente, bei der die Lebens- und die Berufsbiografie, und damit die Verfügbarkeit von Renten der beruflichen Vorsorge, kaum berücksichtigt wird, sollte überdacht werden. Die Rente der 1. Säule bildet nur einen Bestandteil des Einkommens. Die Forschenden empfehlen deshalb, über eine Überarbeitung der Berechnungsmethode nachzudenken, damit die wirtschaftlich schwächsten IV-Rentnerinnen und –rentner finanziell besser abgesichert sind. Eine solche angepasste Methode würde beispielsweise bei der Rentenberechnung berücksichtigen, dass aufgrund krankheitsinhärenter oder anderer Gründe (z.B. Wahrnehmung familiärer Aufgaben) keine oder wenige Beiträge an die berufliche Vorsorge geleistet wurden.
- Um die Erwerbsanreize für IV-Rentenbeziehende zu verbessern, wird die stufenlose Ausgestaltung von IV-Renten empfohlen.
- Die Struktur der Ausgestaltung von IV-Geldleistungen sollte dahingehend überdacht werden, dass falsche Anreize für einen Rentenbezug abgeschafft und ein Ausgleich zwischen adäquater IV-Rente und Arbeitsanreiz geschaffen würde.
- Es wird empfohlen, die Entwicklung der Qualitätsindikatoren bei der Hörgeräteversorgung weiter zu beobachten und zu prüfen.

- Beim Thema Preise in der Hörgeräteversorgung halten es die Autoren für empfehlenswert, zu einem späteren Zeitpunkt eine weitere Analyse durchzuführen, um herauszufinden, inwieweit sich Hörbehinderte bewusst für eine Versorgung in Höhe der Pauschale entschieden haben oder dazu aus finanziellen Gründen gezwungen wurden.

5.6 Stellungnahme des BSV

5.6.1 Bisherige Umsetzungsschritte

Bei den Renten hat das BSV mit der „Weiterentwicklung IV“ die stufenlose Ausgestaltung des Rentensystems wieder aufgenommen (wurde als Teil der IVG-Revision 6b verworfen). Man will erreichen, dass Versicherte, die eine Erwerbstätigkeit aufnehmen oder ihr Arbeitspensum erhöhen, finanziell nicht bestraft werden. Damit die positiven Effekte dieser Anpassung möglichst grosse Wirkung erzielen, soll das stufenlose Rentensystem auch in der 2. Säule zum Tragen kommen.

Was die Hilflosenentschädigung und den Assistenzbeitrag betrifft, so gilt es, die Rolle der NFA (Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen) für die Leistungen der IV zu berücksichtigen. Die verschiedenen Forschungsberichte haben aufgezeigt, dass mit der Erhöhung der IV-Leistungen das anvisierte Ziel erreicht wurde, nämlich es Betroffenen zu erlauben, selbstständig und selbstbestimmt zu leben. Diese Leistungen spielen auch eine wichtige Rolle bei der Entlastung des Umfeldes.

Im Bereich der Hörgeräte überprüft das BSV die bestehenden Regelungen im Pauschalsystem laufend anhand der Praxiserfahrungen. Seit 1.1.2014 werden Anpassungen vorgenommen. So sind z.B. die Schwelle der IV für den Anspruch auf eine vorzeitige Neuversorgung gesenkt, die Regeln zur Überprüfung von Härtefällen vereinfacht oder die entsprechenden audiologischen Kriterien angepasst worden. Die IV-Stellen machen zudem die Versicherten auf ihre Wahlmöglichkeiten aufmerksam, damit diese auch Geräte der tieferen Preiskategorie prüfen und Anbieter vergleichen.

5.6.2 Weitere Vorgehensweise

Bei den Renten sollen finanzielle Fehlanreize, die durch die heutige Ausgestaltung des IV-Rentenanspruchs entstehen können, gesamthaft, das heisst unter Berücksichtigung der Leistungen der 2. Säule und den EL betrachtet werden. Die Einführung eines stufenlosen Rentenmodells allein in der IV ist wirkungslos, wenn dabei der tiefere Rentenanspruch etwa durch die EL kompensiert wird. Ebenso sollen Berentungen junger Personen mit der „Weiterentwicklung IV“ vermehrt dadurch verhindert werden, dass die Früherkennung und die Kooperation mit Partnern im Bereich von Schule und Ausbildung verstärkt werden soll. Eingliederungsmassnahmen werden an die Bedürfnisse dieser Zielgruppe angepasst und im Taggeldbereich sollen Negativanreize für diese Gruppe eliminiert werden.

Da sich die Kürzung der HE im Heim kaum auf die Bezügerinnen und Bezüger auswirkt, kann die vollständige Aufhebung der Hilflosenentschädigung für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in Betracht gezogen werden. Seit die Kantone für den stationären Bereich zuständig sind, ist diese Leistung eigentlich überholt.

Was den administrativen Aufwand und die Anstellung Familienangehöriger beim Assistenzbeitrag anbelangt, so sind mehrere Verbesserungen vorgesehen:

In Zusammenhang mit dem Assistenzbeitrag wird oftmals ein hoher administrativer Aufwand genannt. Dieser ist einerseits auf das Modell des Assistenzbeitrags zurückzuführen: Das Arbeitgebermodell erfordert Arbeitsverträge, Lohnblätter, Abrechnungen mit der Ausgleichskasse usw. Andererseits müssen die IV-Stellen über die Unterlagen verfügen, die sie für die

ihnen obliegenden Kontrollen benötigen. Die Bereitstellung von Formularen, Musterverträgen usw. trägt sicherlich zur Reduktion des Aufwands bei. Das BSV steht Verbesserungsvorschlägen der Versicherten offen gegenüber

Zur Möglichkeit, Familienmitglieder als Assistenzpersonen anzustellen, wurde eine parlamentarische Initiative eingereicht. Sie ist im Moment sistiert.

Grundsätzlich schlägt das BSV vor, den Assistenzbeitrag erst einmal seinen Platz im System finden zu lassen, bevor er wieder geändert wird.

Eine Nachfolgestudie zur Versorgungsqualität und zur Preisentwicklung in der Hörgeräteversorgung ist für 2017 bereits geplant. Das heisst sechs Jahre nach dem Systemwechsel, was der Laufzeit einer IV-Hörgeräteversorgung entspricht. Diese soll zusätzlich die Reparaturkosten einbeziehen und untersuchen, warum viele Versicherte bereit sind, hohe Zuzahlungen zu leisten, während sich andere für eine günstigere Versorgung entscheiden.

6. Schnittstellen zwischen der IV und den anderen Akteuren

6.1 Einleitung

Im Rahmen des zweiten Forschungsprogramms IV waren die Schnittstellen zwischen der IV und den anderen Akteuren ein Kernthema. Die Profile der IV-Beziehenden sowie der Erfolg der Eingliederungsbemühungen der IV hängen stark von den Schnittstellen ab, die zwischen der IV und den anderen Akteuren aus dem Gesundheitswesen, aus dem Bereich berufliche Eingliederung (soziale Sicherheit) und – zu einem gewissen Grad – aus dem Bildungswesen bestehen.

In diesem Kapitel geht es vor allem um die Studien zu den Schnittstellen zwischen der IV und den anderen institutionellen Akteuren aus dem Gesundheitswesen sowie aus den Bereichen soziale Sicherheit und Bildung (Arbeitslosenversicherung, Sozialhilfe, Kranken- und Taggeldversicherer, Schulwesen usw.). Die Studien im Rahmen des FoP2-IV, die sich konkret mit der Zusammenarbeit zwischen der IV und anderen privaten Akteuren wie den behandelnden Ärztinnen und Ärzten (Bolliger, Féraud 2015) oder den Arbeitgebenden (Geisen et al. 2016) befassten, sind Gegenstand der Kapitel 2 (Abklärungsverfahren) und 3 (berufliche Eingliederung) dieses Syntheseberichts.

Das vorliegende Kapitel ist nach Art der Schnittstelle und der beteiligten Akteure in drei Hauptabschnitte gegliedert. Kapitel 6.2 befasst sich mit der Schnittstelle zwischen der IV, der Arbeitslosenversicherung (ALV) und der Sozialhilfe (SH). Dieses System wird oftmals als SHIVALV bezeichnet und wurde aus zwei unterschiedlichen, jedoch zusammenhängenden Blickwinkeln betrachtet. Zunächst wurden die Übergänge zwischen den drei Systemen und der Drehtüreffekt untersucht. Danach wurden die sozialpolitischen Lösungen für die Schnittstellenproblematik und insbesondere die interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) analysiert. In Kapitel 6.3. wird der Fokus erweitert: Hier geht es um die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren der Früherfassung, die vor der allfälligen Zusprache einer IV-Rente zum Tragen kommen. Zu diesen Akteuren zählen die Kranken- und Taggeldversicherer, die Pensionskassen und die Arbeitgeber. Kapitel 6.4 befasst sich mit der Koordination der Interventionen bei Jugendlichen mit Gesundheitsproblemen. Diese Thematik wurde in mehreren FoP2-IV-Studien thematisiert (OECD 2013; Eckert et al. 2015; Landert et al. 2015; Baer et al. 2015). Kapitel 6.5 schliesslich fasst die wichtigsten Ergebnisse und Empfehlungen zusammen.

6.2 Übergänge zwischen SHIVALV und interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ)

Aufgrund der problematischen Übergänge und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungssystemen der sozialen Sicherheit (insbesondere SH, IV, ALV) werden immer wieder politische Vorstösse eingereicht. Als Folge davon wurden in den 2000er-Jahren verschiedene Projekte lanciert und mehrere FoP2-IV-Studien zum Thema in Auftrag gegeben. Die Übergänge zwischen der Sozialhilfe, der IV und der Arbeitslosenversicherung sind Gegenstand eines ständigen Monitorings des BSV. Jedes Jahr macht das BSV basierend auf den administrativen Daten Angaben zu Bezügerzahlen und Personenflüssen zwischen diesen drei Leistungssystemen². Das Monitoring umfasst nur Personen im erwerbsfähigen Alter (18 bis 65 Jahre) und lässt keine Analyse der Finanzflüsse zu (Kolly 2011).

² <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/zahlen/00095/03374/index.html?lang=de>

6.2.1 Quantifizierung der Übergänge

Als fundierte Reaktion auf die Kritiken zu den Kostenverlagerungen zwischen den verschiedenen Leistungssystemen hat das BSV in Zusammenarbeit mit dem SECO und mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Sozialhilfe eine erste Studie in Auftrag geben. Diese sollte die Bezügerzahl, die Leistungskombinationen und die Wechsel zwischen den drei Systemen für den Zeitraum 2004–2006 quantifizieren. Die Studie bestätigte, dass Wechsel zwischen den Systemen stattfinden, zeigte jedoch, dass sie im Vergleich zu den über den Beobachtungszeitraum insgesamt bezogenen Leistungen einen eher geringen Anteil ausmachen. Lediglich eine Minderheit von Beziehenden ist vom Drehtüreffekt (mind. zwei Wechsel) betroffen, allerdings wurde dieser aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraums vermutlich unterschätzt (Fluder et al. 2009).

In einer zweiten Studie befassten sich Fluder et al. (2013) basierend auf den Daten des Monitorings SHIVALV mit dem Profil und dem institutionellen Verlauf von IV-Neurentnerinnen und -Rentnern im Jahr 2010. Dazu analysierten sie die berufliche Laufbahn in den zehn Jahren vor der Rente (für Bezügerinnen und Bezüger von AL- und SH-Leistungen: 5 Jahre). Auch diese Studie kommt zum Schluss, dass die Wechsel zwischen den verschiedenen Systemen im Durchschnitt weniger komplex sind als gemeinhin angenommen. Der Bericht stellt fest, dass mehr als die Hälfte der IV-Neurentnerinnen und -Neurentner (53,9 %) in den fünf vorangegangenen Jahren weder Leistungen der ALV noch Sozialhilfeleistungen bezogen hat (Fluder et al. 2013: 13). Ausserdem macht der als problematisch erachtete Wechsel ALV → SH → IV weniger als 10 % der IV-Neurenten aus (Fluder et al. 2013: 14). Bei den meisten IV-Neurentnenbeziehenden folgt die Rente direkt auf eine Erwerbstätigkeit. Diese Feststellung scheint auch auf die meisten IV-Neuanmeldungen zuzutreffen. Gemäss Evaluation der IVG-Revisionen 5 und 6a war die Mehrheit der neu bei der IV angemeldeten Personen zum Zeitpunkt des Antrags noch angestellt (Guggisberg et al. 2015b: 49). Dieser Anteil ist zwischen 2004 und 2011 deutlich angestiegen, von 64 % auf 74 %.

Zu beachten ist, dass die Wahrscheinlichkeit, der IV-Rente vorgelagert andere Leistungen zu beziehen, stark von der persönlichen (Alter, Zivilstand, Herkunft) und beruflichen Situation (Bildungsstand, Branche) sowie von der Art der gesundheitliche Beeinträchtigung abhängt. Komplexe Laufbahnen mit mehreren, der IV-Rente vorgelagerten Wechseln zwischen den Systemen beispielsweise sind bei Personen mit psychischen Schwierigkeiten häufiger (Fluder et al. 2013; vgl. Kapitel 3).

Auch wenn die Übergänge zwischen den verschiedenen Leistungssystemen im Allgemeinen weniger komplex sind als angenommen, zeigt der Bericht von Fluder et al. (2013), dass die Gewährung einer Rente oft ein Zeichen für eine schleichende Verschlechterung der beruflichen Situation ist, erkennbar an Erwerbsunterbrüchen und einem niedrigeren Einkommen. Die IV-Neurentnenbeziehenden aus dem Jahr 2010 blieben durchschnittlich zwei Jahre ohne Anstellung, bevor ihnen eine Rente zugesprochen wurde (Fluder et al. 2013: 36). 28 % der Neurentnenbeziehenden erhielten in den fünf der Rente vorangehenden Jahren Leistungen der ALV (Fluder et al. 2013: 19) und rund ein Drittel (30,8 %) bezog in diesem Zeitraum Sozialhilfeleistungen (Fluder et al. 2013: 22). Ein nicht vernachlässigbarer Anteil unter ihnen bezog diese Leistung während mehr als einem Jahr. Bei mehr als einem Drittel der Neurentnenbeziehenden (39 %) ging der Lohn im Beobachtungszeitraum (2000–2010) zurück und bei einem Teil von ihnen (28 %) fluktuierte das Einkommen stark (Fluder et al. 2013: 41).

Die Studie von Fluder et al. (2013) stösst jedoch an Grenzen: Sie konzentriert sich auf die Laufbahn vor der Rente und es lässt sich nicht ableiten, ob seit den letzten IVG-Revisionen ein Kostentransfer von der IV an die anderen Leistungssysteme stattfand. Die Evaluation der IVG-Revisionen 5 und 6a sowie eine Studie von Kolly und Patry (2014) schliessen diese Lücke teilweise, insbesondere in Bezug auf die Sozialhilfe. Gemäss den beiden Studien wirken sich die seit 2008 zu beobachtenden Tendenzen in der IV-Praxis (weniger Renten, mehr Eingliederungsmassnahmen) kaum auf die Sozialhilfe aus. Kolly und Patry (2014) zeigen,

dass die Sozialhilfequote bei Versicherten, die andere IV-Leistungen als eine Rente bezogen, in den zwei Jahren nach dem Antrag auf IV-Leistungen leicht anstieg, während sie bei Versicherten, die keine IV-Leistungen erhalten haben, zurückging. Die Evaluation der IVG-Revisionen 5 und 6a ergibt grundsätzlich ähnliche Ergebnisse, allerdings weist sie auf ein Transferpotenzial hin (Guggisberg et al. 2015b: 59). Die absolute Anzahl Personen, die keine IV-Rente erhalten (mit oder ohne Eingliederungsmassnahme) und die drei Jahre nach der IV-Anmeldung Sozialhilfeleistungen beziehen, ist zwischen den Neuanmeldungen der Kohorte 2007 und jenen der Kohorte 2010 angestiegen. Unter Berücksichtigung des Anstiegs an IV-Neuanmeldungen in diesem Zeitraum beläuft sich die Zunahme auf 400 bis 550 Fälle pro Jahr und stellt damit einen geringen Anteil der insgesamt rund 180 000 Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter dar, die Sozialhilfe beziehen (Guggisberg et al. 2015b: 59).

Zu beachten gilt, dass es sich hier um Personenflüsse und nicht um finanzielle Auswirkungen auf die Sozialhilfe handelt, da Letztere gemäss aktuellen Daten nicht bezifferbar sind. Auch ist es nicht möglich, in Erfahrung zu bringen, ob die zusätzlichen Sozialhilfebeziehenden vollständig oder nur teilweise auf diese Leistung angewiesen sind. Die Evaluation der IVG-Revisionen 5 und 6a (Guggisberg et al. 2015b: 54) zeigt, dass der Anteil der Personen, die drei Jahre nach der IV-Neuanmeldung erwerbstätig sind und keine Rente beziehen, von 37 % im Jahr 2004 auf 55 % im Jahr 2010 angestiegen ist. Die Zahl der erwerbslosen Personen ohne Rente hingegen ist insgesamt bei rund 25 % stabil geblieben. Während diese Resultate zwar zeigen, dass eine Rentenablehnung nicht notwendigerweise zu Arbeitslosigkeit führt, ist der Zusammenhang zur Sozialhilfe unklar.

Die IVG-Revisionen haben in der Arbeitslosenversicherung zu einem leichten Anstieg der Anzahl Personen geführt, die drei Jahre nach der Neuanmeldung Leistungen der ALV beziehen. Dieser Anstieg konzentriert sich jedoch auf das Jahr direkt nach der Neuanmeldung und ist somit eher als Folge einer rascheren Meldung bei der IV zu interpretieren, wenn die Person noch erwerbstätig ist, denn als Zeichen einer tatsächlichen Kostenverlagerung in die Arbeitslosenversicherung (Guggisberg et al. 2015b: 57).

6.2.2 Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ)

Die IIZ wurde zu Beginn der 2000er-Jahre ins Leben gerufen, um den Schwierigkeiten bei den SHIVALV-Schnittstellen zu begegnen. Mit der IIZ sollen die verschiedenen Sicherungs- und Integrationssysteme optimal aufeinander abgestimmt werden, damit die bestehenden Angebote im Interesse der unterstützten Personen koordiniert werden können. Die IIZ wird zwar auf Bundesebene gefördert, fällt jedoch hauptsächlich in den Zuständigkeitsbereich der Kantone. Zunächst lief die IIZ nur langsam an, in den vergangenen zehn Jahren wurden die Bemühungen allerdings verstärkt und es wurden bedeutende Ressourcen eingesetzt (OECD 2013). Die IIZ bezeichnet Modelle der formalen und informalen Kooperation sowohl für die strukturelle als auch auf die individuelle Ebene (IIZ STG 2011). Anfangs war die IIZ auf die SHIVALV-Systeme ausgerichtet. Ab 2011 öffnete sie sich nach und nach auch für Akteure aus den Bereichen Bildung und Integration/Migration. Das Gesundheitssystem wird in der IIZ noch kaum miteinbezogen (OECD 2013).

Im Rahmen des FoP2-IV wurden zwei Studien durchgeführt, die sich spezifisch mit den verschiedenen Formen und den Folgen der IIZ befassten. Es handelt sich dabei um den OECD-Forschungsbericht „Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz“ (2013) und die Studie „Formen interinstitutioneller Zusammenarbeit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Typologie“ (Bieri et al. 2013). Der Bericht von Bieri et al. zeigt auf, dass nach zehnjährigem Bestehen verschiedene Formen der IIZ bestehen. Das Autorenteam hat in den Kantonen 87 Formen der IIZ identifiziert, die in vier Kategorien von Zusammenarbeit unterteilt werden können: multilaterale Zusammenarbeit für Jugendliche, multilaterale Zusammenarbeit für Erwachsene, bilaterale Zusammenarbeit und strukturelle Zusammenarbeit ohne Fallführung (gemeinsame strategische Planung, Nutzung gemeinsamer Arbeitsinstrumente usw.). Der

Bericht kommt zur Erkenntnis, dass die Zusammenarbeit grossteils rein informell und ausserhalb der 87 Formen der IIZ stattfindet.

Die beiden Studien zeigen das grosse Potenzial der IIZ auf. Die beteiligten Akteure, insbesondere die IV-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter, beurteilen die IIZ insgesamt als positives Instrument, das Personen mit psychischen Beeinträchtigungen einen grossen Nutzen bringen kann. Sie sehen die Vorteile vor allem im Informationsaustausch, in den geregelten Zuständigkeiten und in der Koordination der finanziellen Leistungen und Eingliederungsmassnahmen (Bieri et al. 2013: 54–56). In diesem Sinne könnte die IIZ für die IV in der Frühinterventionsphase eine wichtige Rolle spielen. Da in dieser Phase rasch gehandelt werden muss, ist es oft zu kompliziert, auf formalisierte IIZ zurückzugreifen. Deshalb wird in der Frühintervention der informelle Austausch bevorzugt (Bieri et al. 2013: 57).

Die beiden Studien weisen ausserdem auf zahlreiche Einschränkungen und Hürden für die IIZ hin. Zu den Hürden zählen der dezentrale und freiwillige Charakter der IIZ, die ungenügenden Ressourcen, die unzureichenden strukturellen Anreize, sich einzusetzen, die Abhängigkeit vom derzeitigen gesetzlichen Rahmen sowie das Risiko der zusätzlichen Arbeitsbelastung für praxisnahe Fachpersonen, die auf formalisierte IIZ zurückgreifen. Der Bericht von Bieri et al. (2013) stellt bei der Formalisierung der IIZ eine gewisse Diskrepanz fest. Eine formalisierte, zentrale Koordination der Zusammenarbeit wird einerseits als Erfolgsfaktor gewertet, mit dem die Ziele und Zuständigkeiten klar definiert sind. Andererseits wird sie auch als Hindernis gesehen, wenn es darum geht, die Akteure zur Zusammenarbeit zu bewegen.

Angesichts der genannten Einschränkungen ist die IIZ nach wie vor ein bescheidenes Instrument, sowohl hinsichtlich der Häufigkeit ihres Einsatzes (mehr als die Hälfte der Zusammenarbeitsformen weisen weniger als 150 betreute Fälle auf; Bieri et al. 2013: 23) als auch ihrer Effizienz. Diesbezüglich machen beide Studien deutlich, dass auf kantonaler und nationaler Ebene Statistiken fehlen, was die Evaluation der IIZ-Modelle stark einschränkt. Aufgrund dieser Lücke können keine eindeutigen Schlussfolgerungen dazu gezogen werden, wie sich die IIZ auf die Betreuung der IV-Beziehenden und ihre Chancen auf eine Rückkehr auf den Arbeitsmarkt auswirkt.

- Angesichts der sehr unterschiedlichen Zusammenarbeitsformen, auch innerhalb der Kantone, müssen eine einheitliche Definition der IIZ formuliert und ein Gesamtkonzept der IIZ auf kantonaler Ebene erstellt werden (Bieri et al. 2013: 63).
- Um das Potenzial der IIZ besser zu nutzen und alle beteiligten Akteure, insbesondere jene, die mit gesundheitlich beeinträchtigten Personen zu tun haben, miteinzubeziehen, müssen das Gesundheitssystem in die IIZ integriert und das Netz mit den Arbeitgebern gestärkt werden (Bieri et al. 2013: 65, OECD 2013: 13).
- Um die fehlenden Kooperationsanreize zu beheben, müssen die finanziellen Anreize für eine engere Zusammenarbeit zwischen den wichtigsten Partnern der IIZ (SHIVALV) verstärkt und vereinheitlicht werden (OECD 2013: 13).
- Zudem müssen die Hürden für die Anmeldung von Fällen und für den Informationsaustausch möglichst tief gehalten und die informelle oder bilaterale Zusammenarbeit gefördert werden (Bieri et al. 2013: 64–65).
- Die statistischen Grundlagen sind noch lückenhaft und schränken die Möglichkeiten zur Evaluation der IIZ ein. Deshalb ist ein minimales nationales Monitoring aufzubauen und durch Wirkungsberichte auf kantonaler Ebene zu ergänzen (Bieri et al. 2013: 65).

6.3 Zusammenarbeit im Bereich Früherfassung und Frühintervention

2008 wurden mit der 5. IVG-Revision neue Instrumente für die Früherfassung und Frühintervention eingeführt. Dennoch wird die IV oftmals immer noch zu spät über Fälle potenzieller Invalidität informiert. Mehrere Berichte befassen sich damit, wie schwierig es ist, Personen mit potenziell invalidisierenden Gesundheitsproblemen frühzeitig zu erfassen. Gemäss Baer et al. (2011) ist dies besonders bei Personen mit psychischen Schwierigkeiten der Fall und

betrifft alle der IV vorgelagerten Akteure. Dazu zählen nicht nur IV und ALV, sondern auch die Arbeitgebenden und weitere Akteure des Gesundheitssystems wie Kranken- und Krankentaggeldversicherer sowie Pensionskassen.

Aus verschiedenen FoP2-IV-Studien geht hervor, dass den der IV-Rente vorgelagerten Akteuren oft die Ressourcen und Anreize fehlen, die für die Früherfassung von gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeitenden notwendig sind (Baer et al. 2011; OECD 2013). Die Arbeitgebenden wissen meist zu wenig über die von der IV zur Verfügung gestellten Instrumente der Früherfassung und der Frühintervention. Ausserdem zögern sie oft, aktive Schritte für ihre Mitarbeitenden zu unternehmen (Baer et al. 2011; vgl. auch Kapitel 3 und 4 dieses Syntheseberichts). Dem Forschungsbericht der OECD (2013) zufolge fehlen auch in den RAV und in den Sozialdiensten die Fachkenntnisse und die Anreize zur Erfassung von Personen mit psychischen Schwierigkeiten. Die Sozialdienste haben im Allgemeinen ein grösseres Bewusstsein für psychische Störungen als die RAV, allerdings verfügen sie in der Regel nicht über die Instrumente und Ressourcen, um die psychischen Probleme ihrer Klientinnen und Klienten festzustellen (OECD 2013: 102). Die Taggeldversicherungen haben aufgrund der mit der 5. IVG-Revision neu geschaffenen Bestimmung, wonach der Rentenanspruch frühestens sechs Monate nach der Anmeldung beginnen kann, einen starken finanziellen Anreiz, Personen rechtzeitig zur direkten Anmeldung bei der IV anzuweisen, was die Attraktivität der Früherfassung ebenfalls geschmälert hat (Bolliger et al. 2012).

Während der FoP2-IV-Phase unterstützte das BSV zwei Pilotprojekte, bei denen die bessere Zusammenarbeit zwischen Arbeitgebern, IV-Stellen und Versicherern (Taggeld-, Unfallversicherer, Pensionskassen) in Bezug auf die Früherfassung und die Betreuung von arbeitsunfähigen Mitarbeitenden im Vordergrund stand. Es handelt sich um die beiden Projekte „Gesundheitliche Früherkennung und berufliche Reintegration (FER)“ (Kraft et al. 2013) und „ConCerto“ (Trageser et al. 2014). Bei beiden Projekten wurden Prozesse für die Zusammenarbeit festgelegt, die darauf abzielten, den Verbleib im Arbeitsmarkt zu fördern und Renten zu vermeiden.

Die Evaluationen der Projekte haben gezeigt, dass die Zusammenarbeit verbessert werden muss. Ausserdem zeichnen sie insgesamt ein positives Bild der beiden Pilotprojekte. Die Projekte tragen zu einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren und einer besseren Früherfassung sowie einem besseren Case Management bei Krankheit und Unfall bei. Die Arbeitgeber haben einfacheren Zugang zu den IV-Stellen, die Taggeldversicherer und die Pensionskassen werden rascher in den Prozess integriert. ConCerto ist grundsätzlich auf den Arbeitsplatzerhalt ausgelegt (Trageser et al. 2014: 41), allerdings zeigte sich kein kurzfristiger finanzieller Nutzen. Das Projekt FER ermöglichte einen Wissenstransfer und eine bessere Sensibilisierung der Führungskräfte für die Bedeutung der Früherkennung und die Reintegration. Jedoch ist den Mitarbeitenden ein zeitlicher Mehraufwand entstanden. Die kurzfristigen Ersparnisse waren begrenzt und die Verfahren konnten insgesamt nur unwesentlich beschleunigt werden (Kraft et al. 2013). Bei ConCerto kommt die Evaluation zum Schluss, dass der Mehrwert des Projekts vor allem in den nicht messbaren Aspekten liegt (Trageser et al. 2014: 44).

Die beiden Evaluationen stellen zudem einige Voraussetzungen fest, die für eine erfolgreiche Zusammenarbeit notwendig sind. Genannt werden eine zuvor bereits gute Zusammenarbeit, die Bereitschaft zur Zusammenarbeit seitens der Führungskräfte des Unternehmens sowie regelmässige und persönliche Kontakte unter den Mitarbeitenden.

In beiden Evaluationen hat sich gezeigt, dass die Zusammenarbeit vor einem grundlegenden Dilemma steht: Auf der einen Seite ist eine gewisse Formalisierung notwendig, um die Zusammenarbeit in Gang zu bringen, auf der anderen Seite muss bei der Zusammenarbeit etwas Flexibilität gewährleistet sein, damit sich die Akteure auf individuelle Situationen ausrichten können. Schliesslich betonen beide Evaluationen, dass das im Rahmen der Pilotprojekte getestete Zusammenarbeitsmodell für grosse Unternehmen mit einer professionellen Personalabteilung gut funktioniert. Auf kleine Unternehmen trifft dies aber nicht unbedingt

zu, weshalb die Zusammenarbeit für sie vereinfacht werden muss (Kraft et al. 2013; Trageser et al. 2014).

- Bei den Arbeitgebenden, aber auch bei den RAV und den Sozialdiensten sind die Informationsarbeit zu verstärken und das Bewusstsein für die Kostenfolgen, wenn die betroffenen Personen nicht betreut werden, zu fördern. Ausserdem sind vermehrt Anreize zu schaffen, um psychische Probleme zu identifizieren und rasch anzugehen (OECD 2013: 113; Kraft et al. 2013: 139; Trageser et al. 2014: 46). Um insbesondere Unternehmen für die Zusammenarbeit zu gewinnen, muss die IV finanzielle Anreize schaffen, beispielsweise die Mitfinanzierung von Beratungsleistungen oder einmalige Finanzhilfen an teilnehmende Unternehmen (Kraft et al. 2013: 139; Trageser et al. 2014: 49).
- Die verschiedenen Zusammenarbeitsmodelle müssen harmonisiert werden, um ihre Verbreitung zu fördern (Trageser et al. 2014: 49).
- Die Zusammenarbeitsmodelle müssen an die kleinen Unternehmen angepasst werden (Trageser et al. 2014: 46). Damit kleine Unternehmen bei komplexen Fällen fachliche Unterstützung erhalten, wäre eine versicherungsunabhängige Anlaufstelle hilfreich, welche die Unternehmen in Abhängigkeit der betreffenden Problemstellung und ihrer Versicherungslösung kompetent an die richtige Stelle weitervermittelt (Kraft 2013: 139).
- Die Optimierungspotenziale müssen ausgeschöpft werden, um einen flexiblen Umgang des idealtypischen Rahmens zu gewährleisten und die am Prozess beteiligten Akteure, insbesondere die behandelnde Ärzteschaft und die Pensionskassen, aktiv zu integrieren (Trageser et al. 2014: 47).

6.4 Schnittstellen betreffend gesundheitlich beeinträchtigte Kinder und Jugendliche

Im Rahmen des FoP2-IV befassten sich einige Studien mit der Betreuung von gesundheitlich beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen. Trotz deutlicher Verbesserungen in den vergangenen zehn Jahren stellten alle Studien erheblichen Verbesserungsbedarf bei der Koordination der Betreuung dieser Zielgruppen fest. Eckert et al. (2015) sehen bei Diagnostik und Behandlung (insbesondere bei frühkindlichen Entwicklungsstörungen), während der Schulzeit und beim Übergang in die Berufsbildung oder das Erwerbsleben Verbesserungsbedarf.

Die Ausbildung und die Berufsbildung stellen zwei wichtige Etappen für die Entwicklung und die soziale und berufliche Integration der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen dar. Im internationalen Vergleich verfügt die Schweiz insgesamt über eine Palette an recht gut funktionierenden Leistungen für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen und psychischen Problemen (OECD 2013). In den letzten 20 Jahren wurden die Bemühungen um Massnahmen für integrative Schulformen deutlich vorangetrieben (Eckert et al. 2015). Zudem haben die Zwischenlösungen für den Übergang I für Jugendliche ohne Ausbildungsaussichten die Kapazität stark erhöht. Die Massnahmen für den Übergang I zur Vorbereitung auf den Übertritt in die Berufsbildung sind heute schweizweit gesichert. Jedes Jahr nutzen knapp 20 % der Schulabgängerinnen und Schulabgänger ein Brückenangebot für den Übergang I (Landert und Eberli 2015).

Die verschiedenen Studien, die sich im Rahmen des FoP2-IV mit Kindern und Jugendlichen befassten, weisen auf folgende Lücken hin:

- In den ordentlichen Schulen und Strukturen für den Übergang I gibt es nicht genügend Plätze für gesundheitlich beeinträchtigte Kinder und Jugendliche. Auch in der obligatorischen Schule sind immer zu wenige Plätze vorhanden, insbesondere für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen kombiniert mit einer Intelligenzminderung (Eckert et al. 2015). Ausserdem ist der Zugang zu den gängigsten Übergangslösungen wie einem zehnten Schuljahr, einer kombinierten Massnahme oder einem Motivationssemester (SEMO) begrenzt und an Alters- und Gesundheitskriterien gebunden, die von der IV betreute oder gesundheitlich beeinträchtigte Jugendliche tendenziell ausschliessen. Um

dagegen vorzugehen, haben mehrere Kantone „Sonderpädagogische Brückenangebote“ geschaffen, die auf gesundheitlich beeinträchtigte Jugendliche ausgerichtet sind. Zurzeit deckt dieses Angebot mit lediglich 4 % der verfügbaren Plätze allerdings nur wenige Jugendliche mit gesundheitlicher Beeinträchtigung ab (Landert und Eberli 2015).

- Die Dienstleistungen für Jugendliche, die ihre Ausbildung abbrechen, sind nicht ausreichend entwickelt (OECD 2013) und in den RAV und den Sozialdiensten fehlen die Ressourcen zur Identifikation der betroffenen Jugendlichen.
- Die Schulen und Berufsschulen sind nicht auf die Besonderheiten und spezifischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen, vor allem mit Autismus-Spektrum-Störungen, ausgerichtet. Es wurden zwar Fortschritte erzielt, die schulischen Fördermassnahmen und die Kompetenzen der Fachpersonen sind allerdings noch zu wenig auf die autismusspezifischen Besonderheiten ausgerichtet. Dies gilt sowohl für die Regel- als auch für die Sonderschule (Eckert et al. 2015).

Da der Schul- und Ausbildungsbereich in erster Linie in die Zuständigkeit der Kantone fällt, stellt die Koordination der Leistungen für Kinder und Jugendliche mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen seit jeher eine Herausforderung für die IV dar. Die Entwicklungen der letzten zehn Jahre im Schul- und Ausbildungsbereich brachten zwar Verbesserungen bei den Leistungen für Jugendliche, sie erschwerten aber auch die Koordination der verschiedenen Angebote.

Ausserdem erschwert die zunehmende Tendenz zur integrativen Beschulung die Zusammenarbeit mit schulexternen Leistungen (heilpädagogische Früherziehung, Berufsberatung der IV usw.), insbesondere in den Übergangsphasen (Eckert et al. 2015: 44).

Mit dem Ausbau der Angebote für den Übergang I ging eine Diversifizierung der Angebote und der kantonalen Akteure einher. Aufgrund des breitgefächerten Angebots zählen nicht mehr nur die Kantone zu den Anbietern von Brückenangeboten, sondern auch die ALV (SEMO) und indirekt auch die IV (sonderpädagogische Massnahmen). Diese Entwicklung sowie auch das Fehlen von soliden Arbeitsgrundlagen (Statistiken, Jahresberichte, einheitliche Konzeptdefinitionen usw.) erschweren die Steuerung der Übergangslösungen. Einige (bevölkerungsreiche) Kantone schufen daher ihre eigenen kantonalen Strukturen zur Steuerung und Organisation der Angebote für den Übergang I. Diese umfassen Triagestellen, die den Jugendlichen geeignete vorbereitende Massnahmen empfehlen oder eine längerfristige Betreuung in der Art eines Case Managements Berufsbildung prüfen (Landert und Eberli 2015). Während die Koordination mit dem SEMO und der ALV grundsätzlich gut funktioniert, ist „die Situation im Bereich der Sonderpädagogik [...] genauer zu betrachten – auch im Sinne des Zweckartikels des Behindertengleichstellungsgesetzes – und bedarf wohl zusätzlicher Mittel.“ (Landert und Eberli 2015: 58).

- Den Schulen sollen Informationen darüber bereitgestellt werden, welche Angebote sie zur Verfügung stellen sollen und wie diese am besten zu nutzen sind, um psychische Gesundheitsprobleme von Schülerinnen und Schülern zu verhindern oder sie anzugehen (OECD 2013: 22).
- Es sollte sichergestellt werden, dass für Kinder und Jugendliche mit frühkindlichen Entwicklungsstörungen in jedem Kanton mindestens eine Fachstelle mit bedarfsdeckenden Kapazitäten zur Verfügung steht, um das Diagnostik- und Interventionsangebot besser zu koordinieren und professionelle Beratung für Eltern und Fachpersonen sowie ein Case Management zu gewährleisten. Das autismusspezifische Angebot während der gesamten obligatorischen Schulzeit und bis zur Berufsbildung muss ausgebaut und die Fachpersonen müssen besser für die autismusspezifischen Besonderheiten geschult werden (Eckert et al. 2015: 82–87). Dies trifft insbesondere auf Jugendliche mit psychischen Schwierigkeiten zu (vgl. Kapitel 4).

- Die Abgänge der Jugendlichen während der Sekundarstufe II und der Berufsbildung sind durch systematisches Erfassen von Abbrüchen und verbesserte Zusammenarbeit mit RAV, IV-Stelle und psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitsdiensten zu senken (OECD 2013: 22).

6.5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Gesundheitsbeeinträchtigungen und Invalidität betreffen verschiedene Bereiche und zahlreiche Akteure, die mit arbeitsunfähigen Personen und Personen mit Behinderungen zu tun haben. Die Studien des FoP2-IV zeigen, wie wichtig eine gute Koordination für die verschiedenen Schnittstellen zwischen der IV und den anderen Akteuren ist. Nur so ist es möglich, Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung und Invaliditätsrisiko möglichst schnell zu identifizieren und rasch und adäquat zu handeln.

Koordinationsbedarf besteht aus Sicht der IV vor allem in Zusammenhang mit den Systemen der sozialen Sicherheit (ALV und SH), mit den Arbeitgebern, mit der behandelnden Ärzteschaft, mit den der Rente vorgelagerten Kranken- und Taggeldversicherern sowie im Schul- und Ausbildungsbereich. Der erhöhte Bedarf ist grossteils auf die Entwicklungen der einzelnen Bereiche in den vergangenen Jahrzehnten zurückzuführen. Ein weiterer Faktor hängt damit zusammen, dass die IV mit den letzten Revisionen auf die Eingliederung ausgerichtet wurde. Dass für die IV im der Invalidität vorgelagerten sowie im Schul- und Ausbildungsbereich Koordinationsbedarf besteht, liegt teilweise auch darin begründet, dass die IV Kinder und Jugendliche mit psychischen Schwierigkeiten dauerhaft in den Arbeitsmarkt integrieren will.

Zudem zeigen die Studien, wie schwierig es ist, optimale Zusammenarbeitsmodelle zu finden. Es stellen sich folgende Herausforderungen:

- Alle beteiligten Akteure zu sensibilisieren und zur Zusammenarbeit zu bewegen.
- Ein gutes Gleichgewicht zu finden zwischen einem minimalen Rahmen für eine gemeinsame und nachhaltige Zusammenarbeitsbasis und der notwendigen Umsetzungsflexibilität für massgeschneiderte Lösungen und zur Vermeidung zusätzlicher Arbeitsbelastung, die sich negativ auf den Arbeitsablauf auswirken.
- Die Diskrepanz zwischen den Vorteilen, die eine bessere Zusammenarbeit den Fachpersonen und IV-Beziehenden bringt, und der Schwierigkeit, diesen Mehrwert durch kurzfristige finanzielle Vorteile zu objektivieren.

Obwohl sich alle Akteure über das Potenzial der Zusammenarbeit einig sind, stimmen sie der IIZ aufgrund der genannten Punkte nicht vorbehaltlos zu (OECD 2013). Die Forschungsberichte schlagen einige interessante Ansätze vor, wie Anreize für die Zusammenarbeit gesetzt und das Potenzial der Zusammenarbeitsmodelle optimiert werden können. Einige der Empfehlungen lauten:

- Um eine allgemeine Zusammenarbeitsstrategie zu fördern, müssen die verschiedenen Modelle besser koordiniert, das Gesundheitssystem besser in die IIZ miteinbezogen und andere Zusammenarbeitsformen und Netzwerke mit den Arbeitgebenden gestärkt werden.
- Um die Vorbehalte gegenüber der Zusammenarbeit möglichst zu beseitigen, müssen die finanziellen Anreize zur Unterstützung einer engeren Zusammenarbeit verstärkt und vereinheitlicht werden. Ausserdem muss der entwickelte Zusammenarbeitsprozess genügend Handlungsspielraum enthalten. Dies gilt sowohl für die IIZ als auch für die im Hinblick auf die Förderung der Früherfassung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen entwickelten Modelle der Zusammenarbeit.
- Die IV muss ihre Informationsarbeit bei den Arbeitgebenden, den RAV, den Sozialdiensten sowie bei Schulen und den Akteuren aus der Berufsbildung verstärken, um sie für

Gesundheitsprobleme zu sensibilisieren und ihre Kenntnisse der zur Verfügung stehenden Dienstleistungen zu erhöhen.

- Die Zusammenarbeit mit kleinen Unternehmen muss verstärkt und die Zusammenarbeitsmodelle müssen an ihre Bedürfnisse angepasst werden. Damit kleine Unternehmen bei komplexen Fällen fachliche Unterstützung erhalten, wäre eine versicherungsunabhängige Anlaufstelle hilfreich, welche die Unternehmen in Abhängigkeit der betreffenden Problemstellung und ihrer Versicherungslösung kompetent an die richtige Stelle weitervermittelt.
- Es muss sichergestellt werden, dass für Kinder und Jugendliche mit frühkindlichen Entwicklungsstörungen in jedem Kanton mindestens eine Fachstelle mit bedarfsdeckenden Kapazitäten zur Verfügung steht, um das Diagnostik- und Interventionsangebot besser zu koordinieren und Beratungen für Eltern und Fachpersonen sowie ein Case Management zu gewährleisten. Das autismspezifische Angebot während der gesamten obligatorischen Schulzeit und bis zur Berufsbildung muss ausgebaut und die Fachpersonen müssen besser für die autismspezifischen Besonderheiten geschult werden.
- Es muss ein nationales und kantonales Monitoring mit den wichtigsten Indikatoren der IIZ entwickelt werden, um die Kenntnisse über die Bedeutung der Zusammenarbeit zu erweitern.

6.6 Stellungnahme des BSV

6.6.1 Bisherige Umsetzungsschritte

Die IV erfuhr in den letzten zehn Jahren grundlegende Veränderungen und eine Neuausrichtung von einer Rentenversicherung hin zu einer Eingliederungsversicherung. Immer wieder wurde befürchtet und kritisiert, die IVG-Revisionen gingen auf Kosten der anderen Sozialwerke, insbesondere der Sozialhilfe und der Arbeitslosenversicherung. Gemäss einer 2015 von der Städteinitiative Sozialpolitik und der Berner Fachhochschule veröffentlichten Studie weisen in den elf untersuchten Städten rund zwei Drittel der Langzeitsozialhilfebeziehenden schwerwiegende Gesundheitsprobleme auf. Dieser hohe Anteil steht einmal mehr für die starken Wechselwirkungen zwischen der beruflichen Integration und dem Gesundheitszustand. Allerdings kann dieses Ergebnis höchstens am Rande mit den IVG-Revisionen in Zusammenhang gebracht werden. Aus der Evaluation der IVG-Revisionen 5 und 6a geht klar hervor, dass die IVG-Revisionen nur sehr geringe Auswirkungen auf die Zahl der bei der Arbeitslosenversicherung und der Sozialhilfe gemeldeten Personen haben.

Die Prävalenz von Gesundheitsbeeinträchtigungen bei den Beziehenden von Sozialleistungen zeigt, wie wichtig die interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) für die IV ist. Seit 2011 wurden zur Unterstützung der IIZ und zur Förderung des Erfahrungsaustausches zwischen Institutionen und Kantonen nationale IIZ-Strukturen geschaffen. Nach fünfjähriger Bestehenszeit wurden diese Strukturen nun mehrfach untersucht. Die Ergebnisse dürften im Frühjahr 2016 vorliegen. Danach wird geprüft, ob Handlungsbedarf besteht. Unabhängig von den Ergebnissen wird die Umsetzung der IIZ weiterhin vor allem in die Zuständigkeit der Kantone fallen. Angesichts der vielen unterschiedlichen Zusammenarbeitsformen innerhalb und zwischen den Kantonen wäre ein nationales Monitoring der kantonalen Zusammenarbeitsprojekte, wie es in der Studie zu den IIZ-Formen empfohlen wird, weder angemessen noch mit den Grundwerten der IIZ vereinbar. Die Mehrheit der IIZ-Akteure lehnt diese Empfehlung denn auch ab.

Das BAG hat die Empfehlungen der OECD zur Kenntnis genommen und intern diskutiert, dass das Gesundheitssystem besser im Rahmen der IIZ vertreten sein sollte. Entsprechend hat es an einzelnen IIZ-Veranstaltungen bereits teilgenommen.

Für die Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden sowie mit den Schulen und Berufsschulen wurden bereits verschiedene Massnahmen in diesem Sinne ergriffen. So ist seit dem 1. Januar 2015 festgelegt, dass für die Beratung von Arbeitgebenden und Fachpersonen aus dem Schul- und Ausbildungsbereich einzig die IV-Stellen zuständig sind. In Bezug auf die Information der Arbeitgebenden wurden die beiden in den Pilotprojekten FER und ConCerto getesteten Zusammenarbeitsmodelle zusammengeführt und im Hinblick auf eine einheitliche Kommunikation gegenüber den Arbeitgebenden via Informationsportal (www.compasso.ch) verbreitet und nachhaltig weitergeführt.

Der Bundesrat hat 2015 das Postulat Bruderer Wyss (15.3206), das eine nationale Konferenz zur Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderungen fordert, angenommen. Die Konferenz wird zwischen 2016 und 2017 organisiert.

Im Bereich Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen wurden unter Leitung des BSV die Arbeiten zur Umsetzung des Postulats Hêche (12.3672) aufgenommen. Hier liegt der Schwerpunkt auf der Suche nach Ansätzen und Lösungen für die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren aus dem Bildungs- und Gesundheitsbereich. Die Ergebnisse der Arbeiten, die anderen Bereichen als Vorbild dienen könnten, sind für Ende 2016 vorgesehen.

6.6.2 Weitere Vorgehensweise

Das BSV ist sich des Koordinationsbedarfs, der aus den genannten Forschungsberichten hervorgeht, sehr bewusst. Die verstärkte Zusammenarbeit mit den Partnern der IV ist denn auch ein zentraler Aspekt der Weiterentwicklung der IV. In diesem Rahmen sind mehrere Massnahmen geplant. Genannt werden können beispielsweise die Verlängerung des Schutzes für IV-Rentenbeziehende im Fall von Arbeitslosigkeit, deren Rente aufgehoben wurde und die sich auf dem Arbeitsmarkt neu positionieren müssen. Weiter wird die Rechtsgrundlage für regionale Kompetenzstellen für die Arbeitsvermittlung geschaffen. Ein entsprechendes Modell wird im Rahmen des Pilotprojekts „Pforte Arbeitsmarkt“ zurzeit im Kanton Aargau versuchsweise getestet.

Ein weiterer Schwerpunkt der Weiterentwicklung der IV ist die verstärkte Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern sowie mit den Schulen und Berufsschulen. Es ist vorgesehen, konkrete Aufgaben im Bereich Beratung und Begleitung im Eingliederungsprozess zu entwickeln. Ausserdem soll die IV aktiver in den Übergang von gesundheitlich beeinträchtigten Jugendlichen von der obligatorischen Schule in die Berufsbildung miteinbezogen werden. Das Ziel ist in jedem Fall dasselbe: Gesundheitlich beeinträchtigte Personen sollen bessere Chancen auf Früherfassung und auf eine dauerhafte Eingliederung in den Arbeitsmarkt haben.

7. Ausblick

Im ersten Forschungsprogramm zur IV 2006–2009 ging es schwerpunktmässig vor allem darum, die Ursachen des raschen Wachstums der Invaliditätszahlen aufzudecken, die Grundlagen zur Beurteilung der Wirksamkeit von Massnahmen der IVG-Revisionen zu erarbeiten sowie neue Instrumente zur Unterstützung der Zielsetzungen des IVG und notwendige Gesetzesanpassungen vorzuschlagen, welche die Wirksamkeit des Gesetzes erhöhen könnten. Thematisch beleuchtete das erste Programm Mechanismen des IV-Systems, Interaktion und Schnittstellen zwischen verschiedenen Akteuren, und es wurden erste Evaluationen von Massnahmen durchgeführt sowie nach Gründen für die starke Zunahme von Invalidisierungen aus psychischen Gründen gesucht. Vom ersten Forschungsprogramm gingen zahlreiche Impulse für zielgerichtete und wissenschaftlich begleitete Erneuerungen und Optimierungen der IV aus.

Das zweite Forschungsprogramm zur IV (FoP2-IV 2010–2015) knüpfte ans erste an und setzte einen Schwerpunkt auf die Evaluation von Massnahmen der 4. und 5. IVG-Revision. Zwei weitere Schwerpunkte des FoP2-IV waren das Themenfeld ‚System‘, indem aus der Makroperspektive Fragen zum Funktionieren des IV-Systems und dessen Schnittstellen aufgeworfen wurden und ‚Akteure‘, indem mikroperspektivische Fragestellungen, wie Motivation und Anreize auf das Verhalten von Akteuren wirken, beleuchtet wurden.

Die Forschung zur IV nach Art. 68 IVG verpflichtet zu einer kontinuierlichen Beobachtung der Grundlagen, der Anwendung von Massnahmen des IVG und deren Wirkungen. Deshalb schliesst an das FoP2-IV unmittelbar das dritte FoP-IV (FoP3-IV) mit der Laufdauer von 2016–2020 an. Es wurde am 21. September 2015 vom Eidgenössischen Departement des Innern genehmigt. Bei der Erarbeitung des Konzepts zum FoP3-IV wurden zuerst thematische Lücken der bisherigen Programme FoP1-IV und FoP2-IV identifiziert, es wurde nach dem kurz-, mittel- und langfristigen Bedarf an Daten und Erkenntnissen gefragt, der aus den neueren politischen Entwicklungen erwächst, und schliesslich wurden die Forschungsbedürfnisse der verschiedenen fachlichen Einheiten des BSV-Geschäftsfelds IV erhoben. Die Synthese dieser Inputs floss ins Konzept ein, das auch dem IV-Ausschuss und der AHV/IV-Kommission zur Konsultation vorgelegt wurde.

Ziel des FoP3-IV ist es, den aktuellen Bedürfnissen nach wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Invalidenversicherung gerecht zu werden und auch den entsprechenden politischen Entwicklungen. Insbesondere soll der seit 1.1.2012 in Kraft getretenen 6. IVG-Revision und der Weiterentwicklung der IV Rechnung getragen werden. Das FoP3-IV ist strukturiert nach der Formel ‚IV: gestern, heute, morgen‘, d.h. es orientiert sich an den chronologischen Ebenen ‚Vergangenheit‘, ‚Gegenwart‘ und ‚Zukunft‘. Einerseits werden wie in den vorhergehenden Forschungsprogrammen retrospektive Untersuchungen durchgeführt – etwa Evaluationen von Massnahmen der letzten IVG-Revisionen. Andererseits wird die Gegenwartsperspektive beleuchtet, etwa mit Analysen von Kontextfaktoren der Arbeitswelt oder in Untersuchungen zu den Akteuren Versicherte und Arbeitgebende. Als innovatives Element sollen im FoP3-IV erstmals prospektive Analysen durchgeführt werden, z.B. die Modellierung innovativer ausländischer Modelle für die Schweiz und die Abschätzung und Bewertung von deren Folgen. Die zu untersuchenden Themenfelder sind – ähnlich wie bei den vorhergehenden Forschungsprogrammen – ‚System‘, ‚Akteure‘ und ‚Massnahmen‘. Wiederum ist geplant, im Zeitraum des FoP3-IV rund 15 bis 25 Projekte realisieren zu können.

Literaturverzeichnis

★ = Studien im Rahmen des FoP2-IV

- Baer, Niklas; Frick, Ulrich; Fasel, Tanja (2009): Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe (BSV-Berichtnummer 6/09)
- Baer, Niklas; Frick, Ulrich; Fasel, Tanja; Wiedermann, Wolfgang (2011): „Schwierige“ Mitarbeiter. Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche (2011; Berichtnummer 1/11) ★
- Baer, Niklas; Altwicker-Hàmoni, Szilvia; Juvalta, Sibylle; Frick, Ulrich; Rüesch, Peter (2015): Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten. (BSV-Berichtnummer 19/15) ★
- BFS (2014): Tabelle Depressionen, su-d-14.02-ESS-SKRAN27a_CH (<http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/files/de/02d3.xml>)
- Bieri, Oliver; Gysin, Basil (2012): Modellierung des verfügbaren Einkommens von IV-Rentnerinnen und IV-Rentnern: finanzielle Erwerbsanreize im Vergleich zweier Rentensysteme. (e-Publikation abrufbar unter: www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00098) ★
- Bieri, Oliver; Itin, Ariane; Nadai, Eva; Canonica, Alan; Flamand, Emilie; Pluess, Simon (2013): Formen interinstitutioneller Zusammenarbeit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Typologie (BSV-Berichtnummer 11/13) ★
- Bolliger, Christian; Fritschi, Tobias; Salzgeber, Renate; Zürcher, Pascale; Hümbelin, Oliver (2012): Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung, der Frühintervention und der Integrationsmassnahmen in der Invalidenversicherung (BSV-Berichtnummer 13/12) ★
- Bolliger, Christian; Féraud, Marius (2015): Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und behandelndem Arzt: Formen, Instrumente und Einschätzungen der Akteure (BSV-Berichtnummer 5/15) ★
- BSV (2009): IV-Statistik 2009. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.
- BSV (2010): Synthesebericht des Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung FoP-IV 2006–2009 (2010; BSV-Berichtnummer 10/10)
- BSV (2014): Faktenblatt „Insgesamt positive Zwischenbilanz der beruflichen Eingliederung – Erwartungen an Effekt der IV-Revision 6a bisher kaum erfüllt“, 18.8.2014, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.
- BSV (2015): IV-Statistik 2014. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.
- Bütler, Monika (2012): Medikalisierung und ökonomische Anreize. in: Murer, Erwin (Hg.): Medikalisierung im Spannungsfeld von Recht und Medizin. Bern.
- Comité national de pilotage CII (2011) Principes de base de la collaboration interinstitutionnelle (CII), Berne : 13.12.2011
- Ebner Gerhard; Dittmann, Volker; Mager, Ralph; Stieglitz, Rolf-Dieter; Träbert, Silke; Bührlen, Bernhard; Herdt, Jörg (2012): Erhebung der formalen Qualität psychiatrischer Gutachten (BSV-Berichtnummer 2/12) ★
- Eckert, Andreas; Liesen, Christian; Thommen, Evelyne; Zbinden Sapin, Véronique; Hättich, Achim; Wohlgensinger, Corinne; Lütolf, Matthias; Baggioni, Laetitia (2015): Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene: Frühkindliche Entwicklungsstörungen und Invalidität (BSV-Berichtnummer 8/15) ★
- Fluder, Robert; Salzgeber, Renate; Fritschi, Tobias; Pfiffner, Roger; Hümbelin, Oliver; Ruckstuhl, Herbert; Germann, Urs; Koch, Kilian (2013): Verläufe und Profile von IV-Neurentner/innen 2010 Analysen anhand der SHIVALV-Daten 2005–2010 (BSV-Berichtnummer 10/13) ★

- Gehrig, Matthias; Guggisberg, Jürg; Graf, Iris (2013): Wohn- und Betreuungssituation von Personen mit Hilflosenentschädigung der IV (BSV-Berichtsnummer 2/13) ★
- Geisen, Thomas; Baumgartner, Edgar; Ochsenbein, Guy; Baur, Roland; Duchêne-Lacroix, Cédric; Widmer, Lea; Amez-Droz, Pascal (2016): Die Zusammenarbeit zwischen der IV und den Arbeitgebenden (BSV-Bericht in Vorbereitung) ★
- Guggisberg, Jürg; Egger, Theres; Künzi Kilian (2008) Evaluation der Arbeitsvermittlung in der Invalidenversicherung (BSV-Berichtsnummer 2/08).
- Guggisberg, Jürg; Bischof, Severin (2014): Evaluation Assistenzbeitrag. Zwischenbericht 1 (e-Publikation abrufbar unter: www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00098) ★
- Guggisberg, Jürg; Bischof, Severin (2015): Evaluation Assistenzbeitrag. Zwischenbericht 2 (e-Publikation abrufbar unter: www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00098) ★
- Guggisberg, Jürg; Stocker, Désirée; Dutoit, Laure; Becker, Heidrun; Daniel, Heike; Mosimann, Hans-Jakob (2015a): Der Abklärungsprozess in der Invalidenversicherung bei Rentenentscheiden: Prozesse, Akteure, Wirkungen (BSV-Berichtsnummer 4/15) ★
- Guggisberg, Jürg; Bischof, Severin; Jäggi, Jolanda; Stocker, Désirée; Portmann, Lea (2015b): Evaluation der Eingliederung und der eingliederungsorientierten Rentenrevisi-
on der Invalidenversicherung. (BSV-Berichtsnummer 18/15) ★
- Hagen, Tobias; Egle, Franz; Puppa, Katrin (2014): Evaluation Pilotprojekt Ingeus – berufliche Wiedereingliederung von Rentenbeziehenden der Invalidenversicherung (BSV-Berichtsnummer 5/14)
- Herdt, Jörg; Winckel, Henrike; Laskowska, Barbara (2010): Fallanalyse zur beruflichen Integration von Personen mit psychischen Störungen (BSV-Berichtsnummer 5/10) ★
- Kawohl, Wolfram; Bärtsch, Bettina; Viering, Sandra (2015): Zürcher Eingliederungsprojekt (ZhEPP) – Pilotversuch nach Art. 68quater IVG. (e-Studie, abrufbar unter: <http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00023/03205/index.html?lang=de>)
- Koch, Patrick; Hauri, Dominik; Hirter, Christoph; Kocher, Pierre-Yves; Mohler, Lukas; Scheiber, Lukas (2014): Analyse der Preise in der Hörgeräteversorgung (BSV-Berichtsnummer 11/14) ★
- Kolly, Michel (2011): Quantification des interactions entre les systèmes de sécurité sociale, Sécurité sociale CHSS 4/2011: 199-207
- Kolly, Michel; Patry, Eric (2014): Moins des rentes AI au détriment de l'aide sociale? Sécurité sociale CHSS 1/2014: 44-49
- Kraft, Eliane; Buffat, Marcel; Baeriswyl, Annick; Egli, Florian; Setz, Matthias (2013): Evaluation Pilotprojekt FER - „Gesundheitliche Früherkennung und berufliche Reintegration“ (BSV-Berichtsnummer 4/13)
- Landert, Charles; Eberli, Daniela (2015): Bestandsaufnahme der Zwischenlösungen an der Nahtstelle I. Bern: SBFI-Bericht
- Latzel, Günther; Andermatt, Christoph (2008): Personen mit einer Hilflosenentschädigung IV: Vergütung von Pflege und Betreuung durch die Ergänzungsleistungen (BSV-Berichtsnummer 6/08)
- Merkblatt 4.09 „Berufliche Eingliederungsmassnahmen der IV“ Stand am 1. Januar 2015. (abrufbar unter: <https://www.ahv-iv.ch/p/4.09.d>)
- OECD (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Mental Health and Work, OECD-Publishing
- OECD (2014): Mental Health and Work: Switzerland. Mental Health and Work, OECD-Publishing. Deutsch: OECD (2014): Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz (BSV-Berichtsnummer 12/13) ★
- OECD (2015): Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work. Mental Health and Work, OECD-Publishing, Paris
- Richter, Dirk; Berger, Klaus; Reker, Thomas (2008): Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. Stuttgart (Thieme)

- Rüesch, Peter; Altwicker-Hátori, Szilvia; Juvalta, Sibylle (2014): Diagnose und Behandlung junger Menschen mit psychischen Krankheiten. Literaturstudie zu evidenzbasierten, internationalen Leitlinien (BSV-Berichtnummer 3/14) ★
- Rüesch, Peter; Bührlen, Bernhard; Altwicker-Hátori, Szilvia; Juvalta, Sibylle; Träbert, Silke (2013): Die Behandlung von Personen mit psychischen Krankheiten: Bestandsaufnahme der Behandlungssituation vor und während eines Rentenbezugs der Invalidenversicherung. (e-Studie, abrufbar unter <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00098/index.html?lang=de>) ★
- Sander, Monika; Albrecht, Martin (2013): Evaluation der Qualität der Hörgeräteversorgung (BSV-Berichtnummer 1/14) ★
- Schoppig, Lucien (2015): Psychisch erkrankt am Arbeitsplatz – was hilft?, CHSS 1/2015: 32-37.
- Schuler, Daniela; Burla, Leila (2012): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012. OBSAN-Bericht 52.
- Trageser, Judith; Schultheiss, Andrea; von Stokar, Thomas; Schwab Cammarano, Stephanie (2014): Evaluation des Zusammenarbeitsmodells ConCerto (BSV-Berichtnummer 2/14)
- Wanner, Philippe; Pecoraro, Marco (2012): La situation économique des rentiers AI (BSV-Berichtnummer 3/12) ★

**Weitere Forschungs- und Expertenberichte aus der Reihe
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=de>

**Autres rapports de recherche et expertises de la série
«Aspects de la sécurité sociale»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=fr>

**Altri rapporti di ricerca e perizie della collana
«Aspetti della sicurezza sociale»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=it>

**Further research reports and expertises in the series
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=en>