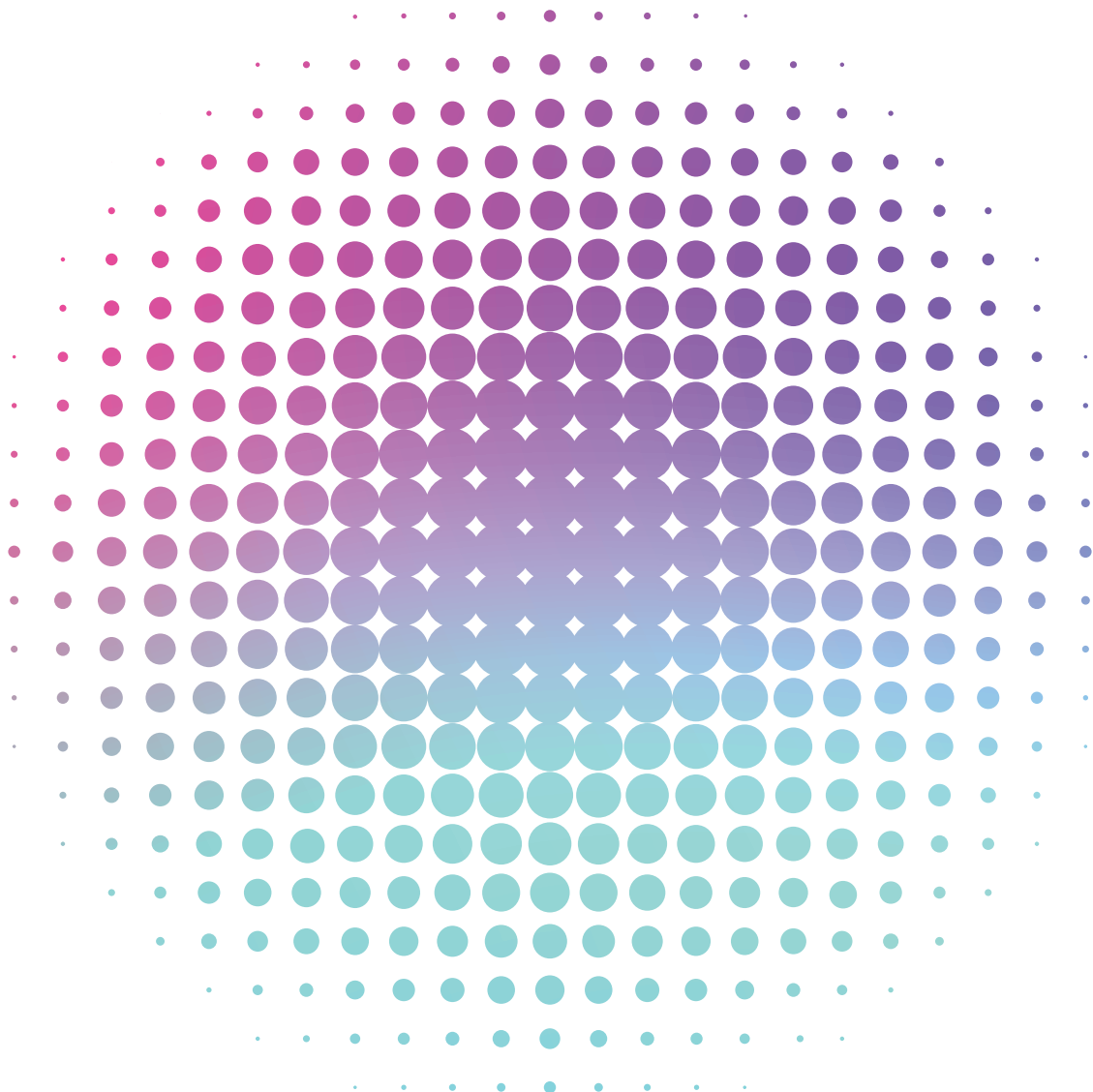




Viertes Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung (FoP4-IV)

Evaluation der Fallführung

Umsetzung der Neuerungen in der Invalidenversicherung



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.

Autorinnen/Autoren

Roger Kirchhofer, Dominik Schenker, Jeremias Amstutz, Anna Yang,
Sarah Madörin

Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW)
Hochschule für Soziale Arbeit
Riggenbachstrasse 16, 4600 Olten
+41 62 957 28 01, dominik.schenker@fhnw.ch
www.fhnw.ch

Auskünfte

Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20, CH-3003 Bern

Geschäftsfeld IV
Monika Tschumi
+41 (0)58 460 52 07, monika.tschumi@bsv.admin.ch

Bereich Forschung und Evaluation
Malte Flachmeyer
+41 (0)58 465 12 02, malte.flachmeyer@bsv.admin.ch

ISSN

1663-4659 (eBericht)
1663-4640 (Druckversion Deutsch)

Copyright

Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern
Wiedergabe unter Angabe der Quelle für nichtkommerzielle Nutzung gestattet.

Vertrieb

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

Bestellnummer

318.010.6/26D

Publikationsdatum und Auflage

März 2026, 1. Auflage

Finalisierter Schlussbericht

Januar 2026

**Viertes Forschungsprogramm zur
Invalidenversicherung (FoP4-IV)**

Evaluation der Fallführung

**Umsetzung der Neuerungen in der
Invalidenversicherung**

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen

Mit der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung, die am 1. Januar 2022 in Kraft getreten ist, wurde das Prinzip «Eingliederung vor Rente» weiter gestärkt. So wurde unter anderem eine gesetzliche Grundlage für die Fallführung geschaffen. Diese zieht sich wie ein roter Faden durch den gesamten IV-Prozess. Sie hat zum Ziel, versicherte Personen in Zusammenarbeit mit allen beteiligten Akteuren koordiniert und auf ihre gesundheitliche Situation abgestimmt zu unterstützen. Mit einfachen und zweckmässigen Leistungen der IV soll das Eingliederungspotenzial und damit die Erwerbsfähigkeit der versicherten Personen verbessert werden.

Die vorliegende Evaluation zeigt auf, wie die IV-Stellen die neuen Vorgaben umsetzen. Ihnen zufolge hat die Stärkung der Fallführung zu einer spürbaren Professionalisierung und Optimierung geführt, sodass die Steuerung der Prozesse heute strukturierter erfolgt. Die fallführenden Mitarbeitenden der IV-Stellen übernehmen dabei eine aktive Koordinations- und Steuerungsrolle im Sinne eines «Case Managements». Dank einer ausgebauten und verbesserten Kommunikation, insbesondere mit Eltern von minderjährigen versicherten Personen, sei die Akzeptanz der Massnahmen und das Vertrauen in die IV gestiegen.

Die IV stellt somit die versicherte Person ins Zentrum. Sie kommt weg von der Rolle der reinen administrativen Leistungsprüfung hin zu einer koordinierten, proaktiven Beratung und Begleitung unter Einbezug sämtlicher Akteure. Die neuen Vorgaben finden bei den IV-Stellen eine breite Zustimmung, sowohl bei den Mitarbeitenden wie auch bei den Führungskräften.

Die Fallführung ist für die IV-Stellen aber auch eine Herausforderung. Diese benennt die Evaluation ebenfalls. So ist die Fallführung mit zusätzlichen administrativen Anforderungen verbunden, etwa weil die Abstimmung mit anderen Stellen komplexer geworden ist. Zudem wird die Beratung und Begleitung versicherter Personen, insbesondere der Jungen mit psychischen Erkrankungen, als besonders herausfordernd erlebt.

Die Evaluationsergebnisse sind insgesamt positiv und können als Basis für die angelaufenen Arbeiten zur nächsten IVG-Revision genutzt werden. In dieser «Integrationsreform» soll die Beratung und Begleitung junger Personen und ihres Umfeldes weiter gestärkt werden. Über die längerfristigen Wirkungen der Fallführung auf die berufliche Eingliederung und die Rentenentwicklung können indes noch keine Aussagen gemacht werden. Hierfür werden erst nach einigen Jahren genügend Daten vorliegen.

Florian Steinbacher
Vizedirektor des BSV
Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Le développement continu de l'Assurance-invalidité entré en vigueur le 1er janvier 2022 a encore renforcé le principe suivant lequel « la réadaptation prime la rente ». Une base légale a notamment été créée pour la gestion des cas. Celle-ci sert de fil rouge tout au long du processus AI. Elle a pour objectif de soutenir les assurés de manière coordonnée, en tenant compte de leur santé, en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés. Le but est d'améliorer le potentiel de réadaptation, et donc la capacité de gain des assurés, par des prestations simples et adéquates de l'AI.

La présente évaluation montre comment les offices AI appliquent les nouvelles prescriptions. Selon ces derniers, le renforcement de la gestion de cas a amené une professionnalisation et une optimisation perceptibles, si bien que le pilotage des processus est aujourd'hui plus structuré. Les responsables des cas au sein des offices AI assument alors un rôle actif de coordination et de pilotage au sens d'un « case management ». La communication améliorée et développée – en particulier avec les parents d'assurés mineurs – a permis d'accroître l'acceptabilité des mesures et la confiance en l'AI.

L'AI place ainsi la personne assurée au centre de ses préoccupations. Elle s'éloigne du rôle de simple contrôleur administratif des prestations pour s'orienter vers un conseil et un suivi coordonnés et proactifs impliquant tous les acteurs associés à cette démarche. Que ce soit à l'échelon des cadres des offices AI ou de celui de leurs collaborateurs, les nouvelles directives sont très bien accueillies.

Mais, comme le relève également l'évaluation, la gestion des cas constitue aussi un défi pour les offices AI. Elle pose des exigences administratives supplémentaires, notamment parce que la coordination avec d'autres services est devenue plus complexe. De plus, les conseils et le suivi des assurés, en particulier des jeunes souffrant de maladies psychiques, représentent un défi de taille.

Dans l'ensemble, les résultats de l'évaluation sont bons et pourront servir de base aux travaux entamés en vue de la prochaine révision de la LAI. La « réforme d'intégration » vise à renforcer encore les conseils et le suivi des jeunes et de leur entourage. Il n'est toutefois pas encore possible de se prononcer sur les effets à long terme de la gestion des cas sur la réadaptation professionnelle et sur l'évolution des rentes ; en effet, il faudra encore plusieurs années avant de disposer de données suffisantes.

Florian Steinbacher
Vice-directeur de l'OFAS
Responsable du domaine Assurance-invalidité

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Con la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, entrata in vigore il 1° gennaio 2022, è stato ulteriormente rafforzato il principio «priorità dell'integrazione sulla rendita». Tra l'altro, è stata creata una base legale per la gestione dei casi, che funge da filo conduttore per l'intero processo AI. Il suo obiettivo è di fornire agli assicurati un sostegno coordinato e adeguato al loro stato di salute, in collaborazione con tutti gli attori coinvolti. Con prestazioni AI semplici e appropriate, si intende migliorare il potenziale d'integrazione e di conseguenza la capacità al guadagno degli assicurati.

La presente valutazione illustra come gli uffici AI stanno attuando le nuove prescrizioni. Secondo quanto riportato da essi, il rafforzamento della gestione dei casi ha determinato una professionalizzazione e un'ottimizzazione tangibili, che consentono una gestione strategica dei processi più strutturata. In questo contesto, i collaboratori degli uffici AI responsabili della gestione dei casi assumono un ruolo attivo di coordinamento e gestione strategica, nell'ottica del «case management». Grazie a una comunicazione potenziata e migliorata, in particolare con i genitori degli assicurati minorenni, l'accettazione dei provvedimenti e la fiducia nell'AI sono aumentate.

Con questo approccio, l'AI pone dunque al centro la persona assicurata, abbandonando il ruolo di semplice organo di verifica amministrativa delle prestazioni per fornire una consulenza e un accompagnamento coordinati e proattivi, con il coinvolgimento di tutti gli attori. Le nuove prescrizioni trovano ampio consenso presso gli uffici AI, sia tra i collaboratori che tra i quadri.

Dalla valutazione emerge al contempo che per gli uffici AI la gestione dei casi rappresenta anche una sfida. La gestione dei casi comporta infatti ulteriori requisiti amministrativi, ad esempio per effetto del coordinamento con altri organi, divenuto più complesso. Inoltre, la consulenza e l'accompagnamento degli assicurati, specialmente dei giovani con malattie psichiche, sono percepiti come particolarmente impegnativi.

I risultati della valutazione sono complessivamente positivi e possono essere utilizzati come base per i lavori avviati in vista della prossima revisione della LAI. Nell'ambito di questa «Riforma per l'integrazione» si intende rafforzare ulteriormente la consulenza e l'accompagnamento dei giovani e del loro ambiente circostante. Per il momento non è invece possibile esprimersi in merito agli effetti a lungo termine della gestione dei casi sull'integrazione professionale e sull'evoluzione delle rendite. I dati necessari a tal fine saranno infatti disponibili soltanto dopo alcuni anni.

Florian Steinbacher
Vicedirettore
Capo dell'Ambito Assicurazione invalidità

Foreword by the Federal Social Insurance Office

The ongoing development of invalidity insurance (WEIV), which came into force on 1 January 2022, has further reinforced the principle of “Integration over pensions”. It has, among other things, created a legal basis for case management, which is a common theme running through the entire IV process. The aim is to provide insured persons with support, coordinated with all involved players and tailored to their specific health situation. Simple and purposeful IV benefits will serve to improve the integration potential and thus the earning capacity of the insured persons.

The present evaluation shows how the IV offices are implementing the new requirements. They state that the reinforcement of case management has resulted in a noticeable professionalisation and optimisation, so that the processes can now be managed in a more structured manner. The case managers at the IV offices take on an active coordination and management role. Thanks to expanded and improved communication, especially with parents of under-age insured persons, acceptance of the measures and trust in the IV system has increased.

Invalidity insurance thus focuses on the insured person. It is shifting away from a purely administrative benefit assessment towards coordinated, proactive advice and support involving all players. The new requirements are accepted by the IV offices overall, both by employees and managers.

However, case management is also a challenge for the IV offices. The evaluation mentions this as well. Case management entails additional administrative requirements, as coordination with other bodies has become more complex. Moreover, the advice and support for insured persons, especially young people with mental health problems, is seen as particularly challenging.

In general, the evaluation results are positive and can be used as a basis for the work that has begun on the next revision of the InvIA. The aim of this “integration reform” is to further strengthen advice and support for young people and their environment. It is not possible to make any statements at this time about the longer-term impact of case management on occupational rehabilitation and the pension trend. Only in a few years’ time will sufficient data be available.

Florian Steinbacher
Vice-Director of the Federal Social Insurance Office
Head of Invalidity Insurance Domain

Schlussbericht

Evaluation der Fallführung – Umsetzung der Neuerungen in der Invalidenversicherung (C23-01)

Roger Kirchhofer, Dominik Schenker, Jeremias Amstutz, Anna Yang, Sarah Madörin

Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz
FHNW

In Zusammenarbeit mit Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI)
und Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO Valais, Sierre)

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	V
Résumé.....	XIII
Riassunto	XXI
Summary.....	XXIX
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Evaluationsauftrag	2
1.3 Evaluationsfragestellungen.....	3
1.4 Gliederung des Berichtes.....	4
2 Rechtliche und fachliche Grundlagen von Fallführung	5
2.1 Verständnis der Fallführung in der Invalidenversicherung.....	5
2.2 Case Management: Definition und Regelkreis	8
2.2.1 Phasen des Case Managements	10
2.2.2 Professionelle Beziehungsgestaltung und Vertrauen.....	12
2.2.3 Wirkung von Case Management in der beruflichen Eingliederung	13
2.3 Resümee	15
3 Analysemodell und methodisches Vorgehen.....	17
3.1 Analysemodell	17
3.2 Vorgehen zur Typenbildung.....	19
3.3 Methodik	21
4 Auswertung.....	23
4.1 Fallführung im Allgemeinen	23
4.1.1 Allgemein positive Einschätzung der Weiterentwicklung der Fallführung	23
4.1.2 Verständnis von Fallführung und Case Management.....	24
4.1.3 Einfluss der Kantonsgrösse auf die Spezialisierung.....	25
4.1.4 Koordination zwischen den internen und externen Leistungserbringenden....	25
4.1.5 Vertrauensbildende Massnahmen	27
4.1.6 Beratungsangebote in den IV-Stellen	29
4.1.7 Informationsaustausch mit Ärztinnen und Ärzten	30
4.1.8 Herausforderungen bei der Umsetzung der Fallführung im Zuge der WEIV	31

4.1.9	Beurteilung der generellen Entwicklungsrichtung.....	34
4.2	Fallführung bei Geburtsgebrechen und bei medizinischen Eingliederungsmassnahmen	35
4.2.1	Formale Verankerung der Fallführung durch die WEIV.....	36
4.2.2	Von der adminisativen Fallbearbeitung zur Fallführung gemäss KSFF.....	37
4.2.3	Kriterien für eine Fallführung gemäss KSFF.....	37
4.2.4	Prozess der Fallführung bei Kindern mit Geburtsgebrechen	38
4.2.5	Auswahl und Weiterbildung der fallführenden Personen.....	41
4.2.6	Zusätzliche Ressourcen für die Fallführung.....	42
4.2.7	Ressourcenbedarf im Kontext der Fallzahl und Komplexität	44
4.2.8	Delegation der Fallführung bei medizinischen Massnahmen an Dritte.....	45
4.3	Fallführung im Bereich der beruflichen Eingliederung	45
4.3.1	Fallführung an den Übergängen I und II.....	46
4.3.2	Optimierungspotential	48
4.3.3	Umgang mit Herausforderungen.....	49
4.3.4	Coaching-Leistungen und Zusammenarbeit mit Externen.....	49
4.4	Eingliederung vor Rente, Rentenprüfung und Rentenausrichtung	51
4.4.1	Fallführung in Bezug auf den Grundsatz «Eingliederung vor Rente»	51
4.4.2	Schwerpunktsetzungen bei «Eingliederung vor Rente»	53
4.4.3	Umsetzung und Prüfung von medizinischen Auflagen	54
4.4.4	Fallführung während der Rentenprüfung und der Ausrichtung der Rente.....	57
4.5	Zwischenfazit	58
5	Merkmale und Typologie.....	59
5.1	Merkmale: Grösse und Organisationsform	59
5.2	Merkmal Vorgehensweise: Individualisierte Planung vs. breite Planung und Verfeinerung in der Umsetzung in der beruflichen Eingliederung.....	61
5.3	Merkmal: Verständnis und Einsatz von Auflagen in der Fallführung	64
5.4	Typenbildung	66
6	Fazit.....	69
7	Literatur	73

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fallführung von der Geburt bis zum AHV-Alter (KSFF 2022, S. 6)	6
Abbildung 2: Case Management Regelkreis (in Anlehnung an Wendt 2018)	10
Abbildung 3: Wirkungsmodell der Fallführung (Quelle: Ausschreibung)	17
Abbildung 4: Analysemodell (eigene Darstellung)	19

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
FHNW	Fachhochschule Nordwestschweiz
HES-SO	Haute école spécialisée de Suisse occidentale
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
IV-Stelle	Invalidenversicherungsstelle
IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung
KSFF	Kreisschreiben zur Fallführung in der Invalidenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
WEIV	Weiterentwicklung der Invalidenversicherung

Zusammenfassung

Evaluation der Fallführung – Umsetzung der Neuerungen in der Invalidenversicherung

Auftrag und Vorgehensweise

Mit der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung (WEIV), die am 1. Januar 2022 in Kraft trat, wurde unter anderem das Prinzip der Fallführung gestärkt. Die Fallführung sieht eine enge Beratung und Begleitung durch einzelne, dauerhaft verantwortliche Ansprechpersonen bei den IV-Stellen vor, damit versicherte Personen ihrer Gesamtsituation angemessene Massnahmen erhalten. Neben der beruflichen Eingliederung liegt dabei ein Schwerpunkt auf der verstärkten Fallführung bei Kindern und Jugendlichen mit Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG). Die einheitliche und durchgehende Fallführung betrifft jedoch das gesamte Verfahren der IV und ist Aufgabe der IV-Stellen, von der Früherfassung bzw. Anmeldung, über die Zusprache von medizinischen Massnahmen, berufliche Eingliederung, Rentenabklärung, -zusprache bis zur Rentenrevision und Wiedereingliederung.

Im Rahmen der Evaluation der WE IV und als Teil des vierten Forschungsprogramms IV wurde die Umsetzung der neu eingeführten Massnahmen zur Verbesserung der Fallführung evaluiert. Ziel war es, den Stand der Umsetzung zu erfassen, die bisherigen Erfahrungen aufzuzeigen und die verbleibenden Herausforderungen aus Sicht der involvierten Akteure darzustellen. Die Evaluation erstreckte sich auf sechs Themenfelder: (A) Allgemeine Fallführung, (B) Fallführung bei medizinischen Massnahmen, (C) Fallführung in der beruflichen Eingliederung, (D) Fallführung beim Grundsatz «Eingliederung vor Rente», (E) bei Auflagen für medizinische Behandlungen nach KVG sowie (F) Fallführung bei Rentenprüfung und Rentenausrichtung. Insbesondere wurde dabei untersucht, wie die IV-Stellen ihre Organisation und Prozesse angepasst haben, wie Fallführende ihre Rolle wahrnehmen, wie die Zusammenarbeit mit internen und externen Akteuren funktioniert und welche Auswirkungen die neuen Strukturen auf die Praxis der Eingliederung haben. Langfristige Wirkungen auf den Eingliederungserfolg und die Rentenquote waren nicht Gegenstand der Evaluation.

Das Untersuchungsdesign kombinierte Literatur- und Dokumentenanalysen, leitfadengestützte Interviews mit Leitungspersonen sowie Fokusgruppen mit Fallführenden. Grundlage war das Wirkungsmodell des BSV, das Angebote und Zielgruppen sowie die Phasen des Prozesses (Anmeldung/Bestandesaufnahme, Planung, Begleitung/Überwachung, Abschluss) abbildet. Die Erhebung umfasste nahezu alle kantonalen IV-Stellen und erlaubte Vergleiche zwischen kleinen, mittleren und grossen Organisationen. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse auf Basis eines Codierschemas. Es wurden schliesslich Idealtypen gebildet, die sich nach Kantonsgrösse, Organisationsform und Planungslogik unterscheiden.

Umsetzung der Fallführung: Wichtigste Ergebnisse

Die Stärkung der Fallführung im Rahmen der WEIV wird von den meisten IV-Stellen als gut oder sehr gut beurteilt. Sie gilt als evolutionäre Weiterentwicklung, welche bestehende

Praxen professionalisieren und systematisieren. Leitungs- und fallführende Personen beurteilen die WEIV in zentralen Punkten sehr ähnlich, was auf eine gemeinsame Sicht der Ziele und Arbeitsweisen hinweist.

Diese positive Einschätzung der WEIV ist von einer Spannung begleitet: Während die Stärkung der Fallführung und der Eingliederungsorientierung sowie die bessere interne und externe Koordination positiv erlebt werden, wird der deutlich gestiegene administrative Aufwand als zentrale Herausforderung benannt. Es wurde die Befürchtung geäußert, dass der administrative Aufwand zunehmend die Ressourcen für die Beziehungsarbeit vermindert. Folgende Erkenntnisse zu den sechs Themenfeldern der Evaluation lassen sich zusammenfassen.

A. Allgemeine Fallführung

Die kantonalen IV-Stellen verfügen über unterschiedliche Organisationsstrukturen. IV-Stellen grosser Kantone arbeiten überwiegend mit spezialisierten Fachteams, etwa für Kinder und Jugendliche, für berufliche Eingliederung oder für Rentenprozesse. Dies vertieft das Fachwissen, führt aber dazu, dass Versicherte je nach Prozessphase verschiedene Ansprechpersonen haben und die «Leistung aus einer Hand» weniger deutlich spürbar ist. In kleinen Kantonen dominiert eine generalistische Organisation: Wenige Fachpersonen begleiten die Verfahren über alle Phasen hinweg, was Beziehungskontinuität schafft, aber geringere Spezialisierung in Einzelfragen mit sich bringt. Mittlere Kantone kombinieren beide Ansätze oder arbeiten mit interdisziplinären Teams, in denen verschiedene Funktionen in einem Team vertreten sind.

Unabhängig von der Struktur wird die Drehscheibenfunktion der fallführenden Person hervorgehoben. Sie übernimmt die Koordination mit dem RAD, organisiert Round-Tables mit medizinischen Fachpersonen, Arbeitgebenden oder Schulen, führt Standortgespräche und bündelt Informationen. In komplexen Fällen werden Intervisions- und Fachgruppensitzungen genutzt.

Vertrauensbildende Elemente werden von den IV-Stellen als zentral betrachtet. Persönliche Erstgespräche, transparente Zielvereinbarungen, feste Ansprechpersonen, bei Bedarf Hausbesuche sowie regelmässige Kontakte sollen Akzeptanz und Nachvollziehbarkeit der Leistungsentscheide erhöhen. Bei Kindern und Jugendlichen betonen viele IV-Stellen die systematische Einbindung der Eltern und die verständliche Erläuterung von Zuständigkeiten und gesetzlichen Grundlagen. Generell wird der zunehmende Einbezug der Versicherten, und bei Kindern und Jugendliche auch ihrer Familien, festgestellt und positiv bewertet. Viele Fallführende nehmen ein Spannungsfeld zwischen Beziehungsgestaltung und formaler Steuerung wahr.

Wo ein Wechsel der fallführenden Person unvermeidlich ist wird der Übergang in den Interviews als bewusst vorbereiteter Prozess beschrieben. Die beteiligten Fachpersonen führen persönliche Übergaben durch, zentrale Informationen werden im Dossier dokumentiert. In vielen IV-Stellen wird der Wechsel von einem Standortgespräche mit der Familie begleitet.

Ziel ist, Wechsel so zu gestalten, dass keine Betreuungslücke entsteht und die Kontinuität der Begleitung erhalten bleibt.

In den Vorstellungen einer «guten» Fallführung stehen damit tragfähige Beziehungen, koordinierte Zusammenarbeit im Netzwerk, eine an der Lebenslage orientierte Flexibilität und eine konsequente Ausrichtung auf Eingliederung im Vordergrund, nicht bloss die administrative Korrektheit.

Mit der WEIV haben, wie erwähnt, die Anforderungen an die Dokumentation zugenommen. Dadurch gehen, so die IV-Stellen, Ressourcen für die Arbeit mit den Versicherten verloren. Viele IV-Stellen versuchten mit pragmatischen Anpassungen darauf zu reagieren, um den Mehraufwand zu begrenzen, ohne die Nachvollziehbarkeit zu gefährden.

B. Fallführung bei medizinischen Massnahmen

Die WEIV hat die Fallführung nach Case Management Prinzipien bei Kindern mit und ohne Geburtsgebrechen eingeführt. Viele IV-Stellen haben spezialisierte Teams im Bereich Kinder und Jugendliche aufgebaut und Kriterien definiert, wann eine Fallführung nach den Vorgaben des KSFF angezeigt ist. Dies sind eine hohe Fallkomplexität (z.B. Mehrfachdiagnosen, Diagnosen im Autismus-Spektrum), grosser Unterstützungsbedarf oder erkennbare Überforderung des Familiensystems. Weitere Indikatoren sind Kontextfaktoren wie sprachliche Barrieren oder ein fehlendes Unterstützungsnetz.

Der Prozess der Fallführung orientiert sich an den im Kreisschreiben beschriebenen Schritten Bestandesaufnahme, Planung, Begleitung und Überwachung. Viele IV-Stellen ergänzen diese um eine vorgelagerte Fallselektion und -zuweisung. In der Regel wird nach erster Aktenprüfung und kurzen Telefonabklärungen geprüft, ob den Eltern eine Fallführung angeboten wird. Die Fallführung setzt häufig sehr früh ein, teilweise unmittelbar nach der Geburt. Stimmen die Eltern zu, profitieren sie von Vorteilen einer kontinuierlichen Ansprechperson, regelmässigen Standortgesprächen und koordinierten Schnittstellen zu Spital, Schule und Therapien.

Einige IV-Stellen berichten von einer verhaltenen Nutzung des Angebots durch die Eltern. Als Gründe werden Befürchtungen vor verstärkter Kontrolle oder Unsicherheit über den Nutzen der Fallführung vermutet. Entsprechend wird die Bedeutung einer transparenten Kommunikation über Ziel, Reichweite und Vorteile der Fallführung betont. Wo Vertrauen aufgebaut wird und Zuständigkeiten klar sind, steigt die Akzeptanz der Begleitung und der Leistungsentscheide.

Der Koordinations- und Kommunikationsaufwand bei komplexen Fällen ist hoch. Gleichzeitig verweisen die IV-Stellen auf verbesserte Transparenz für Familien und konsistentere Fallverläufe, wenn die Begleitung früh, kontinuierlich und gut abgestimmt erfolgt.

C. Fallführung in der beruflichen Eingliederung

In der beruflichen Eingliederung stehen möglichst lückenlose Übergänge zwischen Schule, Ausbildung und beruflicher Tätigkeit im Mittelpunkt. Im Übergang von der Schule in die

Ausbildung und vom Abschluss in den Arbeitsmarkt werden Risiken früh identifiziert und begleitet. Absprachen und Koordinationstreffen mit Berufsberatung, Schule, Arbeitgebenden, RAD und Angehörigen sind Gefässe, um Massnahmen abzustimmen und Verantwortlichkeiten zu klären. Kontinuität der Ansprechperson gilt als Schlüsselfaktor: Eine fallführende Person begleitet nach Möglichkeit den gesamten Prozess, besonders bei kritischen Phasen.

Optimierungspotenzial sehen die IV-Stellen beim Einholen medizinischer Berichte und bei der Terminkoordination, insbesondere wenn viele Akteurinnen und Akteure beteiligt sind. Positiv hervorgehoben werden von einzelnen IV-Stellen die kantonalen Brückenangebote für Jugendliche und eine enge Kooperation von Berufsberatung und Arbeitgebenden, um Lehrstellen früh zu sichern und Ausbildungsabbrüche zu vermeiden. Insgesamt zeigen sich stabile Ansprechpersonen und bei Bedarfs Coachingaufträge durch externe Leistungserbringer als Faktoren, die nachhaltige Integration wahrscheinlicher machen.

D. Grundsatz «Eingliederung vor Rente»

Der Grundsatz «Eingliederung vor Rente» wird mit der WEIV konsequenter umgesetzt. Rentenprüfungen werden in der Regel erst eingeleitet, wenn medizinische und berufliche Eingliederungsmöglichkeiten als ausgeschöpft gelten. Die Fallführung gemäss Kreisschreiben trägt dazu bei, indem sie den Prozess koordiniert und eine systematische Prüfung der Eingliederungsmöglichkeiten vor der Rentenprüfung sicherstellt. Parallele Verfahren von Eingliederungsbemühungen und gleichzeitig laufender Rentenprüfung sind selten geworden und beschränken sich auf Situationen mit sehr ungünstigen Prognosen.

Insbesondere bei jungen Erwachsenen werden zusätzliche Verfahrensschlaufen in Kauf genommen, um sämtliche Optionen der beruflichen Integration zu prüfen. Dies erhöht die Verbindlichkeit des Grundsatzes, führt aber zu längeren Fallverläufen und bindet erhebliche personelle Ressourcen. Viele IV-Stellen merken jedoch an, dass die Ressourcen kaum ausreichen. Die Umsetzung des Grundsatzes ist alters- und situationsspezifisch akzentuiert. Bei Jugendlichen stehen frühzeitige Förderung, sozialpädagogische Begleitung und die Stabilisierung von Bildungs- und Berufswegen im Vordergrund. Bei Erwachsenen mit Erwerbsbiografie liegt der Fokus stärker auf dokumentierten Reintegrationsbemühungen und der Mitwirkungspflicht.

Fallführende sehen im Vorrang der Eingliederung zugleich eine Chance, um Perspektiven für die Versicherten aufzuzeigen. Über diese realistischen Ziele könne Motivation aufgebaut werden. Einzelne IV-Stellen betonen, dass sie den Grundsatz bereits vor der WEIV konsequent angewendet haben. Es zeigt sich jedoch eine formellere und strengere Umsetzungspraxis, insbesondere in mittelgrossen und grossen IV-Stellen.

E. Auflagen für medizinische Behandlungen nach KVG

Auflagen können ein Instrument sein, um Mitwirkungspflichten im Sinn des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» zu konkretisieren. Sie verpflichten Versicherte, zum Beispiel zumutbare medizinische Behandlungen wahrzunehmen, um die gesundheitliche Basis für berufliche Integration zu verbessern. In vielen IV-Stellen wird die Notwendigkeit von Auflagen

heute früh geprüft und bereits im Erstgespräch thematisiert. Im Umgang mit Auflagen lassen sich zwischen den IV-Stellen drei idealtypische Ansätze unterscheiden.

- **Dialogisch-vertrauensbasierter Ansatz**
Auflagen werden zurückhaltend eingesetzt. Im Vordergrund stehen verständliche Erläuterungen der therapeutischen Optionen, der gemeinsame Austausch und die Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten.
- **Formalisiert-strukturierter Ansatz**
Auflagen dienen als regelmässig eingesetztes Steuerungsinstrument. Sie werden schriftlich dokumentiert, mit Fristen versehen und routinemässig kontrolliert. Sanktionen bei Nichtbefolgung werden dabei ausdrücklich berücksichtigt.
- **Situativ-pragmatischer Ansatz**
Auflagen werden fallbezogen eingesetzt, insbesondere bei therapeutischem Bedarf oder geringer Veränderungsbereitschaft. Sie tragen zur Strukturierung des Prozesses bei, indem sie Erwartungen und Chancen klären, ohne primär als Sanktionsinstrument zu wirken.

Einige IV-Stellen verbinden Beziehungspflege und Steuerung, indem sie Auflagen begründen, schriftlich festhalten und an Standortgesprächen überprüfen. In allen Varianten gilt transparente Kommunikation als Voraussetzung dafür, dass Auflagen nicht als Zwang respektive Drohung, sondern als nachvollziehbarer Schritt zur Förderung der Eingliederung wahrgenommen werden. Wo dies gelingt, berichten die IV-Stellen von weniger Missverständnissen. Trotzdem bleibt für die Fallführenden das Spannungsfeld zwischen Unterstützung und Kontrolle.

F. Fallführung bei Rentenprüfung und Rentenausrichtung

Während der Rentenprüfung bleibt in vielen IV-Stellen der Kontakt zur versicherten Person bestehen, um Veränderungen zeitnah aufnehmen zu können, wobei Art und Häufigkeit des Kontakts variieren.

Im Rentenbezug wird die Fallführung nur in einem Teil der IV-Stellen in strukturierter Form weitergeführt. In mehreren Kantonen bleibt die fallführende Person, welche die Rentenprüfung begleitet hat, weiterhin Ansprechperson, während in anderen Stellen spezialisierte Mitarbeitende die anschliessende Sachbearbeitung übernehmen. Gemeinsam ist den IV-Stellen, dass sie bei erkennbaren Verbesserungen des Gesundheitszustandes oder bei neu auftauchenden Chancen im Arbeitsleben prüfen, ob ein erneuter Eingliederungsprozess sinnvoll ist. Verschiedene Fallführende betonen, dass auch für langjährige Rentenbeziehende Wiedereinstiege möglich sind, sofern die versicherte Person motiviert ist und gezielte Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen.

Hauptunterschiede nach kantonalen IV-Stellen

Insgesamt zeigte die Evaluation deutliche Unterschiede in der Art und Weise der Umsetzung nach Kantonsgrösse und Organisationsform. Aus der Kombination von Grösse und Organisationsform entstehen unterschiedliche institutionelle Logiken.

In kleinen Kantonen mit weniger als 100'000 Einwohnerinnen und Einwohnern ist die generalistische Fallführung strukturell vorgegeben. Wenige Fachpersonen begleiten sämtliche Zielgruppen über alle Verfahrensschritte hinweg. In grossen Kantonen mit über 500'000 Einwohnerinnen und Einwohnern dominieren funktional spezialisierte Strukturen mit eigenen Teams für Kinder und Jugendliche, für berufliche Eingliederung oder für Rentenprozesse. Mittlere Kantone mit 100'000 bis 500'000 Einwohnerinnen und Einwohnern entwickeln Modelle, die zu Stellengrössen, Ausrichtung und gewachsenen Strukturen passen und verfügen über Spielräume in der organisatorischen Ausgestaltung. Hier werden generalistische mit funktional spezialisierten Vorgehensweisen gemischt.

Diese Strukturunterschiede wirken sich direkt auf Planung und Steuerung aus. Es lassen sich vier Grundvarianten unterscheiden:

1. vertiefte Erstplanung mit weitgehend plantreuer Umsetzung
2. strukturierte Planung mit regelmässigen Überprüfungen und Anpassungen
3. kurze Anfangsplanung mit anschliessender laufender fallbezogener Weiterentwicklung
4. formalisierte Planung mit primär gesprächs- und erfahrungsgeleiteter Steuerung.

Generalistische IV-Stellen kleiner Kantone arbeiten überwiegend nach den beiden letzteren (3 und 4) Varianten, funktional spezialisierte IV-Stellen grosser Kantone eher nach den beiden (1 und 2) erstgenannten. Mittlere Kantone verteilen sich über alle vier Typen.

Die oben beschriebenen Zusammenhänge wirken sich auch auf den Umgang mit Auflagen und ihrer Kontrolle aus. Wie oft und strikt Auflagen eingesetzt werden, hängt massgeblich von der organisatorischen Struktur der IV-Stelle ab.

In generalistischen Strukturen, wie sie typisch für kleine Kantone sind, kommen Auflagen selten vor. Sie werden, wenn überhaupt in Betracht gezogen, situativ im Dialog vereinbart. Systematische Kontrollen bilden die Ausnahme; die Auflage dient vorwiegend als Orientierung oder Motivationshilfe. Dieser dialogisch-vertrauensorientierte Umgang betont die persönliche Beziehung zu den Versicherten und das Vertrauen als zentrale Faktoren, welche den Erfolg der Eingliederungsmassnahmen positiv beeinflussen und den Charakter von Zwang in den Hintergrund treten lassen.

In funktional spezialisierten Strukturen grosser Kantone sind Auflagen demgegenüber fester Bestandteil des Fallführungsprozesses. Sie werden schriftlich dokumentiert, mit Fristen versehen und routinemässig überwacht. Leitend sind die Notwendigkeit klarer Abläufe in spezialisierten Organisationen sowie das Ziel, dass Entscheide innerhalb der Prozesse einheitlich getroffen und nachvollziehbar sowie juristisch korrekt begründet werden. Dieser formalisiert-strukturierende Ansatz rückt Prozesssicherheit und Gleichbehandlung der Versicherten in den Vordergrund.

In gemischten oder interdisziplinären Strukturen, wie sie häufig in mittleren Kantonen anzutreffen sind, haben Auflagen eine vermittelnde Funktion. Sie strukturieren den Prozess, bleiben aber in eine dialogisch ausgehandelte Zusammenarbeit eingebettet. Das Verhältnis von Vertrauen und formaler Kontrolle soll dadurch austariert werden. Der Einsatz von Auflagen

wird in der Regel mit der Schaffung von Chancen und Perspektiven für die Versicherten begründet. Dieser Umgang lässt sich als situativ-pragmatischer Ansatz charakterisieren.

Fazit

Alle kantonalen IV-Stellen haben im Zuge der Vorgaben der WEIV Anpassungen in der Fallführung vorgenommen. Diese erfolgten innerhalb der bestehenden Strukturen, die zwischen den IV-Stellen deutlich variieren. Ein zentraler Einflussfaktor auf die Organisationsform einer IV-Stelle ist dabei die Einwohnerzahl der Kantone: Während IV-Stellen grosser Kantone in der Regel stark spezialisierte Strukturen aufweisen, arbeiten Stellen kleiner Kantone überwiegend generalistisch. IV-Stellen mittelgrosser Kanton kombinieren beiden Organisationsformen. Diese unterschiedlichen Ausprägungen der Fallführung, die jeweils spezifische Stärken und Herausforderungen mit sich bringen, beeinflussten, wie die Weiterentwicklung der Fallführung konkret umgesetzt wurde. Trotz dieser Unterschiede zeigt sich eine übergreifende Veränderung in der Rolle der fallführenden Person: Sie übernimmt verstärkt die Koordination interner und externer Beteiligter und wirkt als zentrale Schnittstelle zwischen Versicherten, Leistungserbringenden, Fachpersonen und Organisationen. Die Fallführenden übernehmen damit eine Drehscheibenfunktion etwa in der Steuerung des Eingliederungsprozesses oder in der Beziehungsgestaltung zu den Versicherten.

Besonders bei Familien mit Kindern mit Geburtsgebrechen und bei Personen mit komplexem Unterstützungsbedarf erweist sich eine Kombination aus Beziehungskontinuität und fachlicher Steuerung als sinnvoll. Eine individuelle und kontinuierliche Begleitung trägt zur Erhöhung von Transparenz und Akzeptanz bei. Als zentrale Erfolgsfaktoren lassen sich stabile Arbeitsbeziehungen, transparente Kommunikation und abgestimmte Teamarbeit identifizieren. In komplexen Fällen und in Übergangsphasen kommt der erwähnten Drehscheibenfunktion der Fallführenden eine besondere Bedeutung zu.

Im Gesamtergebnis hat die WEIV zu einer spürbaren Professionalisierung in Sinn einer fachlichen Weiterentwicklung und Optimierung der Fallführung beigetragen. Die Steuerung der Prozesse erfolgt heute strukturierter. Das Prinzip «Eingliederung vor Rente» wurde damit zusätzlich gestärkt. Gleichzeitig bleiben die Anforderungen an personelle Ressourcen und administrative Steuerung hoch und erfordern eine kontinuierliche Weiterentwicklung.

Die Vorgaben der WEIV werden in den IV-Stellen oft nicht als neuartig wahrgenommen: Die rechtlichen Anpassungen werden von vielen Befragten eher als eine Fortführung eines bereits länger andauernden evolutionären Entwicklungsprozesses verstanden. Ungeachtet dieser Einordnung wird die Weiterentwicklung der IV von fast allen befragten Akteurinnen und Akteuren als richtungsweisender und insgesamt positiver Schritt eingeschätzt.

Résumé

Evaluation de la gestion de cas – mise en œuvre des nouveautés dans l'AI

Mandat et approche de recherche

Le développement continu de l'AI (DC AI) entré en vigueur le 1er janvier 2022 a entre autres renforcé le principe de la gestion de cas. Celle-ci prévoit des conseils et du suivi étroits par des interlocuteurs uniques des offices AI sur le long terme, afin que les assurés bénéficient de mesures adaptées à leur situation globale. Outre la réadaptation professionnelle, l'accent est mis sur le renforcement de la gestion de cas des enfants et adolescents souffrant d'infirmités congénitales (art. 13 LAI). Une gestion de cas uniforme et continue relève toutefois de la compétence des offices AI et porte sur toutes les étapes de la procédure : détection précoce ou demande de prestations, octroi de mesures médicales, réadaptation professionnelle, examen du droit à la rente, octroi et révision de la rente et nouvelle réadaptation.

La mise en œuvre des nouvelles mesures introduites pour améliorer la gestion de cas a été évaluée dans le cadre du DC AI et du quatrième programme de recherche AI. L'objectif était de faire le point sur l'avancement de la mise en œuvre, de mettre en évidence l'expérience jusque-là acquises et de présenter les défis qui attendent les parties prenantes. L'évaluation a porté sur six champs thématiques : (A) gestion de cas en général ; (B) gestion de cas impliquant des mesures médicales ; (C) gestion de cas impliquant la réadaptation professionnelle ; (D) gestion de cas suivant le principe que « la réadaptation prime la rente » ; (E) gestion de cas en lien avec les conditions pour les traitements médicaux selon la LAMal et (F) gestion de cas impliquant l'examen du droit à une rente et du versement des rentes. Il s'agissait en particulier d'examiner comment les offices AI ont adapté leur organisation et leurs processus, comment les responsables de cas assument leur rôle, comment fonctionne la collaboration avec les acteurs internes et externes et quels sont les effets des nouvelles structures sur la pratique de la réadaptation. L'évaluation n'a pas abordé les effets à long terme sur le succès de la réadaptation et le taux de rente.

L'étude combinait des analyses documentaires et bibliographiques, des entretiens semi-directifs avec des cadres ainsi que des groupes de discussion avec des responsables de la gestion de cas. Elle s'est appuyée sur le modèle d'impact de l'OFAS, qui reflète les offres et les groupes cibles ainsi que les différentes phases du processus (inscription et état des lieux, planification, suivi et surveillance, clôture). L'enquête a couvert presque tous les offices AI cantonaux et elle a permis d'établir des comparaisons entre petites, moyennes et grandes organisations. L'évaluation a été effectuée au moyen d'une analyse qualitative de fond basée sur une grille de codage. Des types idéaux, différenciés selon la taille du canton, l'organisation et la logique de planification, ont été élaborés.

Mise en œuvre de la gestion de cas : principaux résultats

Le renforcement de la gestion de cas dans le cadre du DC AI est jugé bon ou très bon par la plupart des offices AI. Il est considéré comme un développement évolutif qui

professionnalise et systématise les pratiques en vigueur. Les cadres et les responsables de cas évaluent les points essentiels du DC AI de manière très similaire, ce qui témoigne d'une vision commune des objectifs et des méthodes de travail.

Cette bonne évaluation du DC AI a cependant aussi des inconvénients : si le renforcement de la gestion de cas et de l'orientation vers la réadaptation ainsi que l'amélioration de la coordination interne et externe font l'objet d'une appréciation positive, l'augmentation sensible de la charge administrative est perçue comme un défi de taille. La crainte a été exprimée que la charge administrative absorbe de plus en plus des ressources qui devraient être consacrées au travail relationnel. Les conclusions relatives aux six champs thématiques de l'évaluation peuvent être résumées comme suit.

A. Gestion de cas en général

La structure organisationnelle varie d'un office AI cantonal à l'autre. Les offices AI des grands cantons travaillent principalement avec des équipes spécialisées, par exemple s'agissant d'enfants et d'adolescents, de la réadaptation professionnelle ou des processus d'octroi de rente. Cette approche permet certes d'approfondir les connaissances spécialisées, mais elle a aussi pour impact de confronter les assurés, suivant la phase du processus, à des multiples interlocuteurs, réduisant ainsi l'effet « guichet unique ». Dans les petits cantons, c'est une organisation généraliste qui domine : un petit nombre de spécialistes accompagne les procédures à travers toutes les phases, assurant une continuité relationnelle, mais impliquant aussi une spécialisation réduite sur les questions individuelles. Les cantons de taille moyenne combinent les deux approches ou travaillent avec des équipes interdisciplinaires dans lesquelles différentes fonctions sont représentées.

Indépendamment de la structure, c'est la fonction de plaque tournante du responsable de cas qui est mise en avant. Il se charge de la coordination avec le SMR, organise des tables rondes avec les professionnels de la santé, les employeurs ou les écoles, mène des entretiens de bilan et centralise les informations. Les cas complexes font l'objet de réunions de groupe d'intervision et d'experts.

Les offices AI estiment que les éléments qui renforcent la confiance sont essentiels. Les premiers entretiens individuels, la définition transparente des objectifs, la désignation d'interlocuteurs attitrés, les visites à domicile en cas de besoin et les contacts réguliers visent à renforcer l'acceptation et la compréhension des décisions en matière de prestations. En ce qui concerne les enfants et les adolescents, de nombreux offices AI insistent sur l'implication systématique des parents et sur l'importance d'expliquer clairement les responsabilités et les bases légales. L'implication croissante des assurés, ainsi que de leurs familles (dans le cas des enfants et des adolescents) est généralement constatée et elle est approuvée. De nombreux responsables de cas perçoivent un hiatus entre construction de la relation et pilotage formel.

Lorsqu'un changement de responsable de cas est inévitable, la transition est présentée dans les entretiens comme un processus délibéré. Les professionnels assurent les transferts entre les personnes ; les informations essentielles sont consignées dans le dossier. Dans de

nombreux offices AI, le changement s'accompagne d'un entretien-bilan avec la famille, l'objectif étant d'éviter toute lacune de prise en charge et d'assurer la continuité du suivi.

Pour les personnes interrogées, une « bonne » gestion de cas repose donc avant tout sur des relations solides, une collaboration coordonnée au sein du réseau, une flexibilité adaptée à la situation et une orientation systématique vers la réadaptation, et non pas uniquement sur la rigueur administrative.

Comme mentionné précédemment, le DC AI a augmenté les exigences posées en matière de documentation. À cet égard, les offices AI relèvent une perte de ressources qui devraient être consacrées au travail avec les assurés. De nombreux offices AI ont tenté d'y répondre par des adaptations pragmatiques afin de limiter le surcroît de travail sans impacter la traçabilité.

B. Gestion de cas impliquant des mesures médicales

Le DC AI a introduit la gestion de cas selon les principes du case management pour les enfants avec ou sans infirmité congénitale. De nombreux offices AI ont mis en place des équipes spécialisées dans le domaine des enfants et des adolescents et défini des critères pour déterminer quand une gestion de cas selon les directives de la CGC est indiquée : grande complexité du cas (par ex. diagnostics multiples, diagnostics dans le spectre de l'autisme), grand besoin de soutien ou surmenage manifeste des proches. Des facteurs contextuels tels que les barrières linguistiques ou l'absence d'un réseau de soutien représentent d'autres indicateurs.

Le processus de gestion de cas est axé sur les étapes décrites dans la circulaire : état des lieux, planification, suivi et surveillance. De nombreux offices AI les complètent par une sélection et une attribution des cas en amont. En règle générale, la possibilité de proposer une gestion de cas aux parents est déterminée après un premier examen du dossier et quelques brèves vérifications par téléphone. La gestion de cas intervient souvent très tôt, parfois immédiatement après la naissance. Si les parents l'acceptent, ils bénéficient des avantages de bénéficier d'un interlocuteur attitré, d'entretiens réguliers et d'une coordination entre hôpital, école et centre thérapeutique.

Certains offices AI rapportent cependant que des parents se montrent réticents à recourir à cette offre. Les raisons présumées sont la crainte d'intenses contrôles ou l'incertitude quant à l'utilité de la gestion de cas. En conséquence, il convient de communiquer en toute transparence sur les objectifs, la portée et les avantages de la gestion de cas. Lorsque la confiance est établie et que les responsabilités sont définies, le suivi et les décisions relatives aux prestations obtiennent une meilleure acceptation.

Dans les cas complexes, le travail de coordination et de communication s'avère considérable. Parallèlement, les offices AI font état d'une meilleure transparence avec les familles et d'évolutions plus cohérentes lorsque le suivi est amorcé en amont et qu'il est continu et bien coordonné.

C. Gestion de cas impliquant la réadaptation professionnelle

La réadaptation professionnelle vise à assurer une transition aussi fluide que possible entre l'école, la formation et l'activité professionnelle. Les risques existant entre l'école et la formation, puis entre l'obtention du diplôme et l'entrée sur le marché du travail sont identifiés en amont et suivis d'emblée. Les concertations et les réunions de coordination avec l'orientation professionnelle, l'école, les employeurs, les SMR et les proches permettent d'harmoniser les mesures et de définir les responsabilités. La continuité de l'interlocuteur est considérée comme un facteur clé : dans la mesure du possible, un responsable de cas suit l'ensemble du processus, en particulier pendant les phases critiques.

Les offices AI estiment qu'un potentiel d'optimisation existe dans l'obtention des rapports médicaux et la coordination des échanges, en particulier lorsque de nombreux acteurs sont impliqués. Certains offices AI apprécient les offres transitoires cantonales destinées aux jeunes et la collaboration étroite établie entre l'orientation professionnelle et les employeurs afin de pouvoir proposer rapidement des places d'apprentissage et d'éviter les décrochages. Dans l'ensemble, la continuité des interlocuteurs et, si nécessaire, le recours à des prestataires externes pour des séances de coaching sont des facteurs qui favorisent une insertion durable.

D. Principe : la réadaptation prime la rente

Le principe que « la réadaptation prime la rente » est appliqué de manière plus systématique avec le DC AI. En règle générale, les examens du droit à la rente ne sont lancés qu'une fois les possibilités de réadaptation médicale et professionnelle épuisées. Assurer une gestion de cas conforme à la circulaire contribue à cet objectif en coordonnant le processus et en garantissant un examen systématique des possibilités de réadaptation avant d'examiner un éventuel droit à la rente. Il est devenu rare que des efforts de réadaptation et un examen du droit à la rente se déroulent en parallèle ; ces cas se limitent désormais aux seules situations où le pronostic est des plus défavorables.

Chez les jeunes adultes, en particulier, les offices AI acceptent de prolonger la procédure afin d'examiner toutes les options de réadaptation professionnelle est acceptable. Cette approche accentue l'importance du principe de la primauté de la réadaptation mais allonge la durée des procédures et mobilise d'importantes ressources humaines. De nombreux offices AI font cependant remarquer que leurs ressources sont à peine suffisantes pour les mobiliser. La mise en œuvre de ce principe est renforcée en fonction de l'âge et de la situation de l'assuré. Chez les jeunes, la priorité va à l'encouragement précoce, au suivi sociopédagogique et à la stabilisation des parcours de formation et professionnels. Pour les adultes ayant déjà exercé une activité professionnelle, l'accent est davantage mis sur les efforts de réadaptation documentés et l'obligation de collaborer.

Les responsables de la gestion des cas voient également dans la priorité donnée à la réadaptation une opportunité d'ouvrir de nouvelles perspectives aux assurés, des objectifs réalistes qui permettent de développer leur motivation. Certains offices AI soulignent qu'ils appliquaient déjà systématiquement ce principe avant le DC AI. Il apparaît toutefois que la mise

en œuvre est aujourd'hui plus formelle et plus stricte, en particulier dans les offices AI de moyenne ou de grande taille.

E. Conditions pour les traitements médicaux selon la LAMal

Les conditions peuvent être un instrument propre à concrétiser l'obligation de collaborer au sens du principe suivant lequel « la réadaptation prime la rente ». Elles imposent par exemple aux assurés de suivre des traitements médicaux exigibles afin d'améliorer leur état de santé en vue de leur réadaptation professionnelle. Dans de nombreux offices AI, la nécessité de définir des conditions est désormais examinée très tôt et abordée dès le premier entretien. Dans ce contexte, les approches des offices AI se distinguent par trois idéal-types.

- **Approche basée sur le dialogue et la confiance**

Les conditions sont imposées avec modération. L'accent est mis sur des explications claires des options thérapeutiques, l'échange et le renforcement de la responsabilité personnelle des assurés.

- **Approche formalisée et structurée**

Les conditions servent d'instrument de pilotage régulièrement utilisé. Elles sont documentées, assorties de délais et contrôlées systématiquement. Le non-respect des conditions entraîne l'application des sanctions prévues.

- **Approche pragmatique et situationnelle**

Les conditions sont imposées au cas par cas, notamment pour des raisons thérapeutiques ou si l'intéressé est peu disposé au changement. Elles contribuent à structurer le processus en définissant les attentes et les opportunités, sans servir prioritairement d'instrument de sanction.

Certains offices AI associent entretien des relations et pilotage en justifiant les conditions, en les consignnant par écrit et en les contrôlant lors des entretiens. Quelle que soit la variante choisie, une communication transparente s'impose pour que les conditions ne soient pas perçues comme une contrainte ou une menace mais une mesure compréhensible visant à favoriser la réadaptation. Lorsqu'ils y parviennent, les offices AI rapportent une diminution des incompréhensions. Les responsables de la gestion de cas restent néanmoins confrontés au dilemme entre soutien et contrôle.

F. Gestion de cas impliquant l'examen du droit à la rente et du versement des rentes

Pendant l'examen du droit à la rente, de nombreux offices AI maintiennent le contact avec l'assuré afin de pouvoir enregistrer les changements en temps réel, les contacts variant toutefois par leur nature et leur fréquence.

Une fois que l'assuré perçoit une rente, seule une partie des offices AI maintiennent une gestion de cas structurée. Dans plusieurs cantons, le responsable de cas qui a accompagné l'examen du droit à la rente reste l'interlocuteur, tandis que dans d'autres, des collaborateurs spécialisés se chargent du suivi administratif. Les offices AI vérifient tous, en cas d'amélioration notable de l'état de santé ou d'apparition de nouvelles opportunités professionnelles, s'il est judicieux de relancer un processus de réadaptation. Plusieurs responsables de cas

soulignent que même les assurés percevant une rente depuis de nombreuses années peuvent réintégrer le marché du travail, à condition d'être motivés et de bénéficier d'offres de soutien ciblées.

Principales différences entre les offices AI cantonaux

Dans l'ensemble, l'évaluation a révélé de nettes différences dans les modalités de mise en œuvre selon la taille du canton et son mode d'organisation qui, combinés, donnent lieu à des logiques institutionnelles différentes.

Dans les petits cantons comptant moins de 100 000 habitants, la structure impose une gestion de cas selon une approche généraliste, c'est-à-dire qu'un petit nombre de spécialistes encadre tous les groupes cibles tout au long de la procédure. Dans les grands cantons (de plus de 500 000 habitants), ce sont les structures spécialisées dans des domaines spécifiques qui prédominent ; elles disposent de leurs propres équipes pour les enfants et les adolescents, pour la réadaptation professionnelle ou pour les processus d'octroi d'une rente. Les cantons de taille moyenne (entre 100 000 et 500 000 habitants) développent des modèles adaptés à la taille des offices, à leur orientation et à leur structure et disposent d'une marge de manœuvre dans leur organisation. Ils combinent des approches généralistes et des approches spécialisées pour des domaines spécifiques.

Ces différences structurelles ont un impact direct sur la planification et le pilotage. Il s'en dégage quatre variantes de base :

1. une planification initiale approfondie avec une mise en œuvre largement conforme à la planification ;
2. une planification structurée avec des vérifications et des adaptations régulières ;
3. une brève planification initiale suivie d'un développement continu au cas par cas ;
4. une planification formalisée avec un pilotage principalement basé sur les entretiens et l'expérience.

Les offices AI généralistes des petits cantons travaillent principalement suivant les deux dernières variantes (3 et 4), les offices AI spécialisés dans des domaines spécifiques des grands cantons plutôt selon les deux premières (1 et 2). Les cantons de taille moyenne regroupent les quatre variantes.

Les éléments décrits ci-dessus ont également un impact sur l'application des conditions et leur contrôle. La fréquence et la rigueur d'application des conditions dépendent dans une large mesure de la structure organisationnelle de l'office AI.

Dans les structures généralistes, typiques des petits cantons, des conditions sont rarement imposées. Si elles sont envisagées, elles sont convenues au cas par cas lors d'un entretien. Les contrôles systématiques sont exceptionnels ; les conditions servent principalement de point de repère ou d'aide à la motivation. Cette approche basée sur le dialogue et la confiance met l'accent sur la relation personnelle avec l'assuré et la confiance, ces deux éléments jouant un rôle essentiel dans la réussite des mesures de réadaptation et permettant de reléguer au second plan le caractère contraignant de ces dernières.

En revanche, dans les structures spécialisées dans des domaines spécifiques des grands cantons, les conditions font partie intégrante du processus de gestion de cas. Elles sont documentées par écrit, assorties de délais et contrôlées systématiquement. Les principes directeurs sont la nécessité pour les organisations spécialisées de disposer de procédures transparentes, ainsi que l'objectif d'assortir ces dernières de décisions uniformes, compréhensibles et juridiquement fondées. Cette approche formalisée et structurée met l'accent sur la sécurité des processus et l'égalité de traitement des assurés.

Dans les structures mixtes ou interdisciplinaires, très répandues dans les cantons de taille moyenne, les obligations ont en quelque sorte une fonction médiatrice. En effet, elles structurent le processus mais restent néanmoins ancrées dans une collaboration fondée sur le dialogue, visant ainsi un juste équilibre dans le rapport entre confiance et contrôle formel. Le recours aux conditions est généralement justifié par la création d'opportunités et de perspectives pour les assurés. Cette approche peut être caractérisée de pragmatique et situationnelle.

Conclusion

Tous les offices AI cantonaux ont procédé à des adaptations de leur gestion des cas conformément aux directives du DC AI. Celles-ci ont été effectuées au sein des structures déjà en place, qui varient nettement d'un office AI à l'autre. Un facteur d'influence essentiel concernant l'organisation d'un office AI est le nombre d'habitants de chaque canton : alors que les offices des grands cantons présentent en règle générale des structures fortement spécialisées, ceux des petits cantons suivent pour la plupart une approche généraliste. Les offices AI des cantons de taille moyenne combinent les deux. Ces différentes manières d'appréhender la gestion des cas, qui présentent chacune des atouts et des défis spécifiques, ont concrètement influencé la mise en œuvre du développement de la gestion des cas. Malgré ces différences, une évolution générale est observée dans le rôle du responsable de la gestion des cas : ce dernier coordonne de plus en plus les acteurs internes et externes et sert d'interface centrale entre assurés, prestataires, spécialistes et organisations. Les responsables de la gestion des cas assument ainsi une fonction de plaque tournante, notamment dans le pilotage du processus de la réadaptation ou dans la construction de la relation avec les assurés.

Combiner continuité relationnelle et pilotage spécialisé s'avère particulièrement pertinent pour les familles ayant des enfants atteints d'une infirmité congénitale et pour les personnes aux besoins de soutien complexes. Un suivi individuel et continu contribue à améliorer la transparence et l'acceptation. Les principaux facteurs de réussite identifiés sont des relations de travail stables, une communication transparente et un travail d'équipe concerté. Dans les cas complexes et les phases de transition, la fonction de plaque tournante des responsables de la gestion des cas revêt une importance cruciale.

Dans l'ensemble, le DC AI a contribué sensiblement à favoriser une professionnalisation axée sur un développement et une optimisation de la gestion des cas. Aujourd'hui, le pilotage des processus a gagné en structure, renforçant encore l'application du principe selon lequel

« la réadaptation prime la rente ». Parallèlement, les exigences en ressources humaines et de pilotage administratif restent élevées et nécessitent un développement continu.

Souvent, les offices AI ne perçoivent pas les prescriptions du DC AI comme une véritable nouveauté : bon nombre de personnes interrogées considèrent plutôt que les modifications apportées au droit s'inscrivent dans la continuité d'un processus évolutif engagé depuis longtemps. Quoi qu'il en soit, presque tous les acteurs interrogés considèrent que le développement continu de l'AI constitue une avancée bénéfique et novatrice.

Riassunto

Valutazione della gestione dei casi: attuazione delle novità nell'assicurazione invalidità

Mandato e approccio di ricerca

Con la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, entrata in vigore il 1° gennaio 2022, è stato tra l'altro rafforzato il principio della gestione dei casi. La gestione dei casi prevede che agli assicurati siano fornite prestazioni di consulenza e accompagnamento sul lungo periodo dalle stesse persone di riferimento presso gli uffici AI, in modo da ricevere provvedimenti adeguati alla loro situazione generale. Oltre all'integrazione professionale, viene data particolare importanza al rafforzamento della gestione dei casi di bambini e giovani affetti da un'infermità congenita (art. 13 LAI). La gestione dei casi continua e uniforme, di competenza degli uffici AI, concerne tuttavia tutte le fasi della procedura AI: rilevamento tempestivo, presentazione della domanda, assegnazione di provvedimenti sanitari, integrazione professionale, esame del diritto a una rendita, concessione della rendita, revisione di rendita e reintegrazione.

Nell'ambito della valutazione della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI e quale parte integrante del quarto programma di ricerca sull'assicurazione invalidità (PR4-AI), è stata esaminata l'attuazione delle nuove misure introdotte per migliorare la gestione dei casi. L'obiettivo era di fare il punto sullo stato dell'attuazione, illustrare le esperienze maturate fino a quel momento e presentare le sfide ancora da affrontare dal punto di vista degli attori coinvolti. La valutazione copriva sei ambiti tematici: (A) gestione dei casi in generale, (B) gestione dei casi nell'ambito dei provvedimenti sanitari, (C) gestione dei casi nell'ambito dell'integrazione professionale, (D) gestione dei casi secondo il principio «priorità dell'integrazione sulla rendita», (E) gestione dei casi nell'ambito dell'esame delle condizioni per le terapie secondo la LAMal e (F) gestione dei casi nell'ambito dell'esame del diritto alla rendita e del versamento della rendita. In particolare, è stato esaminato in che modo gli uffici AI hanno adeguato la loro organizzazione e i loro processi, come i responsabili della gestione dei casi svolgono il loro ruolo, come funziona la collaborazione con gli attori interni ed esterni coinvolti e quali ripercussioni hanno le nuove misure sulla prassi dell'integrazione. La valutazione non ha invece analizzato gli effetti a lungo termine sul successo dell'integrazione e sul tasso di concessione delle rendite.

L'indagine è stata condotta combinando analisi della letteratura scientifica e di documenti, interviste guidate con persone con funzioni direttive e gruppi di riflessione con responsabili della gestione dei casi. L'analisi si è basata sul modello di impatto dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, che illustra le offerte e i gruppi target nonché le fasi del processo (presentazione della domanda/analisi della situazione del momento, pianificazione, accompagnamento/sorveglianza, conclusione). La rilevazione è stata condotta in quasi tutti gli uffici AI cantonali e ha consentito di effettuare confronti tra organizzazioni di piccole, medie e grandi dimensioni. La valutazione è stata eseguita tramite un'analisi qualitativa del contenuto utilizzando uno schema di codifica. Infine, sono stati individuati tipi di approccio differenziati

in base alla dimensione del Cantone, alla forma di organizzazione e alla logica di pianificazione.

Attuazione della gestione dei casi: risultati principali

La maggior parte degli uffici AI valuta positivamente o molto positivamente il rafforzamento della gestione dei casi nell'ambito della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, considerandolo uno sviluppo evolutivo che professionalizza e sistematizza le prassi esistenti. Riguardo ad alcuni aspetti fondamentali, le persone con funzioni direttive e i responsabili della gestione dei casi valutano la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI in modo molto simile, il che indica l'esistenza di una visione comune circa gli obiettivi e le modalità di lavoro.

Alla valutazione positiva della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI fa da contraltare un elemento critico: mentre il rafforzamento della gestione dei casi e dell'orientamento all'integrazione, nonché il miglioramento del coordinamento interno ed esterno sono percepiti positivamente, l'aumento significativo dell'onere amministrativo è considerata come una sfida importante. In merito vi è il timore che l'onere amministrativo assorba sempre più le risorse destinate al lavoro relazionale. Di seguito sono riassunti i risultati relativi ai sei ambiti tematici della valutazione.

A. Gestione dei casi in generale

Gli uffici AI cantonali hanno strutture organizzative diverse. Quelli dei Cantoni di grandi dimensioni lavorano prevalentemente con gruppi di collaboratori specializzati, ad esempio per bambini e giovani, per l'integrazione professionale o per la procedura di esame del diritto alla rendita. Questo consente di approfondire le conoscenze specialistiche, ma ha come conseguenza che le persone di riferimento degli assicurati cambiano da una fase all'altra della procedura, il che va a scapito della continuità. Nei Cantoni di piccole dimensioni prevale un'organizzazione generalista: pochi specialisti seguono le procedure in tutte le fasi, il che crea continuità nei rapporti, ma comporta un minor grado di specializzazione in determinati ambiti. I Cantoni di medie dimensioni combinano entrambi gli approcci o lavorano con gruppi interdisciplinari in cui sono rappresentate diverse funzioni in ogni gruppo.

A prescindere dalla struttura, emerge l'importanza della funzione di riferimento della persona responsabile della gestione dei casi, la quale provvede al coordinamento con il servizio medico regionale (SMR), organizza tavole rotonde con medici specialisti, datori di lavoro o scuole, conduce colloqui di bilancio e raccoglie informazioni. Nei casi complessi vengono organizzati incontri di intervizione e riunioni con gruppi di specialisti.

Per gli uffici AI, gli elementi che contribuiscono a creare un clima di fiducia sono fondamentali. Primi colloqui personali, convenzioni sugli obiettivi trasparenti, persone di riferimento fisse, visite a domicilio (se del caso) e contatti regolari servono ad aumentare l'accettazione e la comprensibilità delle decisioni relative alle prestazioni. Per quanto concerne i bambini e i giovani, molti uffici AI sottolineano l'importanza di coinvolgere sistematicamente i genitori e di spiegare in modo comprensibile le competenze e le basi legali. In generale, si constata un crescente coinvolgimento degli assicurati e, nel caso dei bambini e dei giovani, anche delle loro famiglie, il che viene valutato positivamente. Molti responsabili della gestione dei casi

riscontrano un campo di tensione tra l'impostazione del rapporto con gli assicurati e la gestione strategica formale.

Nei casi in cui il cambiamento del responsabile della gestione del caso risulta inevitabile, nelle interviste la transizione viene descritta come un processo preparato consapevolmente. Gli specialisti coinvolti provvedono personalmente al passaggio di testimone e le informazioni fondamentali vengono documentate nell'incarto. In molti uffici AI il cambiamento è accompagnato da un colloquio di bilancio con la famiglia. L'obiettivo è che il tutto si svolga in modo tale da evitare lacune nell'assistenza e garantire la continuità dell'accompagnamento.

Nell'immaginario degli interpellati, una «buona» gestione dei casi presuppone dunque rapporti solidi, una collaborazione coordinata all'interno della rete, una flessibilità orientata alla situazione di vita e un orientamento sistematico all'integrazione, e non semplicemente la correttezza dal punto di vista amministrativo.

Come già menzionato, la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI ha aumentato i requisiti in materia di documentazione, con una conseguente perdita di risorse per il lavoro con gli assicurati, secondo quanto riferito dagli uffici AI, molti dei quali – per limitare l'onere supplementare senza compromettere la tracciabilità – hanno cercato di reagire con adeguamenti pragmatici.

B. Gestione dei casi nell'ambito dei provvedimenti sanitari

La riforma Ulteriore sviluppo dell'AI ha introdotto la gestione dei casi secondo i principi del case management per i bambini con e senza infermità congenite. Molti uffici AI hanno istituito gruppi specializzati per i bambini e i giovani e definito criteri che stabiliscono quando è opportuno gestire un caso secondo le prescrizioni della Circolare sulla gestione dei casi nell'assicurazione invalidità (CGC). Tra i criteri figurano l'elevata complessità del caso (p. es. diagnosi multiple, diagnosi nell'ambito dello spettro autistico), un forte bisogno di sostegno o un evidente sovraccarico dei familiari. A questi si aggiungono fattori contestuali quali le barriere linguistiche o la mancanza di una rete di sostegno.

Il processo di gestione dei casi segue le fasi descritte nella CGC, ovvero «analisi della situazione del momento», «pianificazione», «accompagnamento» e «sorveglianza». Molti uffici AI le completano con una selezione e un'assegnazione preliminari dei casi. Di regola, dopo una prima verifica dei documenti e brevi accertamenti telefonici, si valuta se offrire ai genitori un servizio di gestione dei casi. La gestione dei casi inizia spesso molto presto, a volte immediatamente dopo la nascita. Se i genitori danno il loro consenso, potranno beneficiare dei vantaggi risultanti dalla presenza di una persona di riferimento fissa, da colloqui di bilancio periodici e da un coordinamento con l'ospedale, la scuola e i responsabili delle terapie.

Alcuni uffici AI riferiscono di un utilizzo contenuto di questa opportunità da parte dei genitori, che presumibilmente temono un maggiore controllo o nutrono incertezze circa l'utilità della gestione dei casi. Pertanto, viene sottolineata l'importanza di comunicare in modo trasparente in merito agli obiettivi, alla portata e ai vantaggi della gestione dei casi. Quando si instaura un rapporto di fiducia e le responsabilità sono chiare, l'accompagnamento e le decisioni relative alle prestazioni vengono accettati più facilmente.

Nei casi complessi, l'onere in termini di coordinamento e comunicazione è elevato. Allo stesso tempo, gli uffici AI sottolineano che un accompagnamento tempestivo, continuo e ben coordinato garantisce una maggiore trasparenza per le famiglie e un processo più coerente.

C. Gestione dei casi nell'ambito dell'integrazione professionale

Nell'ambito dell'integrazione professionale, è essenziale garantire una transizione il più possibile lineare tra scuola, formazione e attività professionale. Nella fase di transizione dalla scuola alla formazione e in quella dal conseguimento del titolo di studio al mercato del lavoro, i rischi vengono individuati tempestivamente e seguiti in modo adeguato. Attraverso accordi e incontri di coordinamento con l'orientamento professionale, la scuola, i datori di lavoro, il SMR e i familiari, vengono definite le responsabilità delle parti coinvolte e coordinate le varie misure. In tale contesto, è cruciale garantire la continuità nell'accompagnamento: se possibile, il caso viene seguito dalla stessa persona durante l'intero processo, in particolare nelle fasi critiche.

Secondo gli uffici AI, vi è un potenziale di ottimizzazione nella richiesta di rapporti medici e nel coordinamento degli appuntamenti, soprattutto quando gli attori coinvolti sono numerosi. Alcuni uffici AI valutano positivamente le formazioni transitorie cantonali per i giovani e la stretta collaborazione tra orientamento professionale e datori di lavoro, volte a garantire sin dal principio i posti di tirocinio e a evitare l'abbandono della formazione. In generale, la presenza di una persona di riferimento stabile e, se necessario, il ricorso a prestazioni di coaching da parte di fornitori esterni risultano essere fattori che aumentano le probabilità di un'integrazione duratura.

D. Gestione dei casi secondo il principio «priorità dell'integrazione sulla rendita»

Dall'entrata in vigore della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, il principio «priorità dell'integrazione sulla rendita» viene applicato in modo più sistematico. L'esame del diritto alla rendita viene generalmente avviato soltanto quando le possibilità d'integrazione sul piano medico e professionale risultano esaurite. La gestione dei casi secondo la CGC contribuisce all'applicazione di questo principio, in quanto coordina il processo e garantisce un esame sistematico delle possibilità d'integrazione prima di procedere a quello del diritto alla rendita. I casi in cui gli sforzi d'integrazione e l'esame del diritto alla rendita sono concomitanti sono ormai rari e si limitano a situazioni con prognosi molto sfavorevoli.

È soprattutto per i giovani adulti che si mettono in conto ulteriori fasi procedurali al fine di valutare tutte le opzioni d'integrazione professionale. Ciò rafforza il carattere vincolante del principio, ma prolunga i tempi di trattamento dei casi e impegna notevoli risorse in termini di personale. Molti uffici AI fanno tuttavia notare che le risorse a disposizione sono appena sufficienti. L'applicazione del principio varia a seconda dell'età e della situazione specifica. Nel caso dei giovani, la priorità è data alla promozione precoce, al sostegno sociopedagogico e alla stabilizzazione dei percorsi formativi e professionali. Per gli adulti con un percorso professionale, si punta invece maggiormente sugli sforzi documentati di reintegrazione e sull'obbligo di collaborare.

Dal punto di vista dei responsabili della gestione dei casi, il principio della priorità dell'integrazione rappresenta anche un'opportunità per mostrare nuove prospettive agli assicurati, che con obiettivi realistici potrebbero trovare motivazione. Alcuni uffici AI sottolineano di aver applicato il principio in modo sistematico già prima della riforma. Ulteriore sviluppo dell'AI. Tuttavia, si osserva che la prassi a livello di attuazione è diventata più formale e rigorosa, in particolare negli uffici AI di medie e grandi dimensioni.

E. Gestione dei casi nell'ambito dell'esame delle condizioni per le terapie secondo la LAMaI

Le condizioni possono essere uno strumento utile per concretizzare gli obblighi di collaborare secondo il principio «priorità dell'integrazione sulla rendita», per esempio imponendo agli assicurati di sottoporsi alle cure mediche ragionevolmente esigibili al fine di migliorare lo stato di salute necessario per l'integrazione professionale. Attualmente molti uffici AI valutano fin dal principio se sussista la necessità di porre condizioni e la questione viene sollevata già durante il primo colloquio. Per quanto riguarda le condizioni, tra gli uffici AI si possono distinguere tre tipi di approccio.

- **Approccio basato sul dialogo e sulla fiducia**

Si ricorre alle condizioni con cautela. L'accento è posto sulla spiegazione chiara delle opzioni terapeutiche, sul dialogo e sul rafforzamento della responsabilità personale degli assicurati.

- **Approccio formale e strutturato**

Le condizioni vengono utilizzate regolarmente come strumento di gestione strategica. Sono documentate per iscritto, corredate di scadenze e controllate sistematicamente. In caso di mancato rispetto viene esplicitamente considerata l'applicazione di sanzioni.

- **Approccio pragmatico e situazionale**

Le condizioni vengono poste in base al caso specifico, in particolare a fronte di necessità terapeutica o scarsa disponibilità al cambiamento. Contribuiscono a strutturare il processo chiarendo aspettative e opportunità, senza essere utilizzate principalmente come strumento di sanzione.

Alcuni uffici AI combinano l'intrattenimento dei rapporti, la gestione strategica motivando le condizioni, documentandole per iscritto e verificandone il rispetto durante i colloqui di bilancio. In tutte le varianti, è indispensabile garantire una comunicazione trasparente, affinché le condizioni poste non vengano percepite come una costrizione o una minaccia, bensì come una misura comprensibile volta a promuovere l'integrazione. Laddove vi si riesce, gli uffici AI riferiscono di un minor numero di malintesi; ciononostante, i responsabili della gestione dei casi continuano a trovarsi in bilico tra sostegno e controllo.

F. Gestione dei casi nell'ambito dell'esame del diritto alla rendita e del versamento della rendita

Durante l'esame del diritto alla rendita, molti uffici AI restano in contatto con la persona assicurata, con modalità e frequenza variabili, per poter rilevare tempestivamente eventuali cambiamenti.

Nella fase di riscossione della rendita, soltanto una parte degli uffici AI prosegue con la gestione dei casi in forma strutturata. In diversi Cantoni, chi ha seguito il caso durante l'esame del diritto alla rendita continua a farlo anche nella fase successiva, mentre in altri la gestione è affidata a collaboratori specializzati. Ciò che accomuna gli uffici AI è che, in caso di miglioramenti evidenti dello stato di salute o di nuove opportunità professionali, verificano se sia opportuno avviare un nuovo processo d'integrazione. Diversi responsabili della gestione dei casi sottolineano che anche per i beneficiari di rendita di lunga data è possibile un reinserimento, a condizione che la persona assicurata sia motivata e che siano disponibili offerte di sostegno mirate.

Principali differenze tra gli uffici AI cantonali

In generale, la valutazione mostra notevoli differenze in termini di modalità attuative in funzione delle dimensioni del Cantone e della forma organizzativa. La combinazione di queste due variabili determina logiche istituzionali diverse.

Nei Cantoni di piccole dimensioni con meno di 100 000 abitanti, per motivi strutturali prevale una gestione dei casi di carattere generalista: un numero limitato di specialisti accompagna tutti i gruppi target in tutte le fasi della procedura. Nei Cantoni di grandi dimensioni con oltre 500 000 abitanti prevalgono, invece, strutture specializzate con propri gruppi per bambini e giovani, per l'integrazione professionale o per le procedure di rendita. I Cantoni di medie dimensioni con una popolazione compresa tra i 100 000 e i 500 000 abitanti sviluppano modelli adeguati alle dimensioni degli uffici, al loro orientamento e alle strutture esistenti e dispongono di un margine di manovra a livello organizzativo. In questo caso vengono affiancati approcci generalisti e approcci specialistici.

Queste differenze strutturali hanno un impatto diretto sulla pianificazione e sulla gestione strategica. Si possono distinguere quattro varianti di base:

5. pianificazione preliminare dettagliata con attuazione prevalentemente fedele ai piani;
6. pianificazione strutturata con verifiche e adeguamenti regolari;
7. breve pianificazione iniziale con successivo sviluppo continuo in base ai singoli casi;
8. pianificazione formalizzata con gestione strategica basata in primo luogo sul dialogo e sull'esperienza.

Gli uffici AI dei Cantoni di piccole dimensioni, caratterizzati da un approccio generalista, adottano prevalentemente le ultime due varianti (3 e 4), mentre gli uffici AI dei grandi Cantoni, caratterizzati da un approccio specialistico, adottano piuttosto le prime due (1 e 2). Nei Cantoni di medie dimensioni si rilevano tutti e quattro i tipi.

Le correlazioni sopra descritte influiscono anche sulla gestione delle condizioni e sul loro controllo. La frequenza e il rigore con cui vengono poste le condizioni dipendono in misura significativa dalla struttura organizzativa dell'ufficio AI.

Nelle strutture generaliste, tipiche dei Cantoni di piccole dimensioni, è raro che vengano poste condizioni. Laddove vengono prese in considerazione, sono concordate sulla base della situazione specifica nell'ambito di un dialogo. I controlli sistematici sono l'eccezione; le condizioni poste servono principalmente a orientare o motivare. Questo approccio, basato sul dialogo e sulla fiducia, valorizza il rapporto personale con gli assicurati e la fiducia quali fattori centrali che influenzano positivamente l'esito dei provvedimenti d'integrazione e fanno passare in secondo piano il carattere coercitivo.

Per contro, nelle strutture specializzate dei grandi Cantoni, le condizioni sono parte integrante del processo di gestione dei casi. Esse vengono documentate per iscritto, corredate di scadenze e controllate sistematicamente. Questo modo di procedere è dettato dalla necessità di avere processi chiari e dalla volontà di garantire, nel loro ambito, decisioni uniformi, comprensibili e giuridicamente corrette. L'approccio formale e strutturato mette in primo piano la sicurezza dei processi e la parità di trattamento tra gli assicurati.

Nelle strutture miste o interdisciplinari, spesso presenti nei Cantoni di medie dimensioni, le condizioni hanno una funzione di mediazione. Strutturano il processo, rimanendo però inserite in una collaborazione basata sul dialogo. Ciò consente di bilanciare il rapporto tra fiducia e controllo formale. L'imposizione di condizioni viene generalmente giustificata con la creazione di opportunità e prospettive per gli assicurati, secondo un approccio che può essere definito pragmatico e situazionale.

Conclusioni

Tutti gli uffici AI cantonali hanno apportato modifiche alla gestione dei casi conformemente a quanto prescritto dalla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI. Ciò è avvenuto nel quadro delle strutture esistenti, il cui assetto varia notevolmente da un ufficio AI all'altro. Uno dei fattori determinanti per la forma organizzativa di un ufficio AI è il numero di abitanti del Cantone: mentre gli uffici AI dei Cantoni di grandi dimensioni presentano generalmente strutture altamente specializzate, quelli dei piccoli Cantoni adottano un approccio prevalentemente generalista. Gli uffici AI dei Cantoni di medie dimensioni combinano entrambe le forme organizzative. Queste diverse configurazioni, ciascuna con i propri punti di forza e le proprie sfide, hanno influenzato l'attuazione concreta dell'ulteriore sviluppo della gestione dei casi. Malgrado queste differenze, si rileva un cambiamento generale nel ruolo dei responsabili della gestione dei casi: in seguito all'attuazione della riforma essi assumono in misura maggiore il compito di coordinamento tra gli attori interni ed esterni coinvolti e fungono da intermediari centrali tra assicurati, fornitori di prestazioni, specialisti e organizzazioni. I responsabili della gestione dei casi assumono così una funzione di riferimento, ad esempio nella gestione strategica del processo d'integrazione o nell'impostazione del rapporto con gli assicurati.

Un approccio che combina continuità dal punto di vista relazionale e gestione strategica specialistica si rivela utile soprattutto nel caso delle famiglie con bambini affetti da infermità

congenite e delle persone in situazioni complesse che richiedono sostegno. Un accompagnamento individuale e continuo contribuisce ad aumentare la trasparenza e l'accettazione delle decisioni. Tra i fattori chiave del successo si possono annoverare relazioni di lavoro stabili, una comunicazione trasparente e un lavoro di squadra coordinato. Il ruolo di coordinamento dei responsabili della gestione dei casi riveste particolare importanza nei casi complessi e nelle fasi di transizione.

Nel complesso, la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI ha contribuito a una professionalizzazione tangibile in termini di ulteriore sviluppo specialistico e ottimizzazione della gestione dei casi. Attualmente la gestione strategica dei processi è più strutturata. Il principio «priorità dell'integrazione sulla rendita» risulta così ulteriormente rafforzato. Allo stesso tempo, i requisiti in termini di risorse umane e gestione amministrativa rimangono elevati e richiedono un ulteriore sviluppo continuo.

Spesso, per gli uffici AI le prescrizioni della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI non sono percepite come una novità: secondo molti degli interpellati, gli adeguamenti giuridici sono piuttosto la continuazione di un processo evolutivo in atto già da tempo. A prescindere da queste considerazioni, quasi tutti gli attori interpellati ritengono che l'ulteriore sviluppo dell'AI sia un passo importante per il futuro e complessivamente positivo.

Summary

Evaluation of case management – implementation of changes to disability insurance

Mandate and research approach

The ongoing development of invalidity insurance (WEIV) which came into force on 1 January 2022 reinforced the principle of case management, among other things. Case management provides for close advice and support by individual, permanently responsible contact persons at the IV offices, to ensure that insured persons receive measures in line with their overall situation. In addition to occupational rehabilitation, one focus is on reinforced case management for children and adolescents with congenital disorders (Art. 13 InvIA). However, uniform and consistent case management concerns the entire procedure of invalidity insurance and is the task of the IV offices, from early detection or registration, through the granting of medical measures, occupational rehabilitation, clarification and granting of pensions to pension review and reintegration.

As part of the evaluation of the ongoing development of invalidity insurance and of the fourth IV research programme, implementation of the newly introduced measures to improve case management was evaluated. The goal was to record the status of implementation, to illustrate the experiences gained so far and to present the remaining challenges from the point of view of the players involved. The evaluation covered six thematic fields: (A) general case management, (B) case management with medical measures, (C) case management in occupational rehabilitation, (D) case management relating to the principle of “Integration over pensions”, (E) in the case of requirements for medical treatment pursuant to the Health Insurance Act and (F) case management relating to assessment and granting of pensions. In particular, the study looked at how the IV offices have adapted their organisation and processes, how case managers perceive their role, how cooperation with internal and external players works, and what impact the new structures have on integration practice. Long-term effects on integration success and the pension ratio were not the subject of the evaluation.

The study design combined analyses of the literature and documents, structured interviews with the leaders and focus groups with case managers. The basis was the impact model of the FSIO, which illustrates the offerings and target groups as well as the process phases (registration/survey, planning, support/monitoring, conclusion). The survey included almost all the cantonal IV offices and allowed for comparisons between small, medium-sized and large organisations. The evaluation was made using a qualitative content analysis on the basis of a coding scheme. Finally, ideal types were created, which differ in terms of size of canton, organisational form and planning logic.

Implementation of case management: Key findings

Reinforcement of case management as part of the WEIV is rated as either good or very good by most IV offices. It is considered to be an evolutionary development that professionalises and

systematises existing practices. Leaders and case managers rate the WEIV very similarly in key points, which indicates a shared view of the goals and working methods.

This positive assessment of the WEIV involves an element of friction: whereas the reinforcement of case management and integration orientation as well as the improved internal and external coordination are viewed positively, the clear increase in administrative workload is named as a key challenge. The fear was expressed that the administrative workload could diminish resources for relationship work. The findings on the six thematic fields of the evaluation can be summarised as follows:

A. General case management

The cantonal IV offices have different organisational structures. IV offices in the larger cantons work primarily with specialist teams, for instance for children and adolescents, for occupational rehabilitation or for pension processes. This enhances the specialist knowledge but also leads to insured persons dealing with different contact persons, depending on the process phase, such that there is considerably less perception of the “service from a single source”. The organisation in small cantons is predominantly generalist: a few specialists oversee the process across all phases, which creates relationship continuity but results in less specialisation in individual matters. Medium-sized cantons combine both approaches or work with interdisciplinary teams in which various functions are represented in one team.

Regardless of the structure, the hub function of the case manager is highlighted. This person handles the coordination with the regional medical services (RAD), organises round tables with medical experts, employers or schools, conducts status reviews and gathers information. In complex cases, peer consulting and specialist group meetings are used.

Trust-building elements are viewed as key by the IV offices. Personal initial discussions, transparent goal agreements, fixed contact persons, home visits if needed and regular contacts serve to increase acceptance and an understanding of the benefit decisions. In the case of children and adolescents, many IV offices emphasise the systematic inclusion of parents and a clear explanation of responsibilities and legal bases. In general, the increasing inclusion of the insured persons, and the families in the case of children and adolescents, is noted and viewed positively. Many case managers perceive a point of friction between shaping the relationship and its formal management.

Where a change in case manager is unavoidable, the transition is described in the interviews as a consciously prepared process. The specialists involved conduct personal handovers, and central information is documented in the dossier. At many IV offices, the change includes an assessment with the family. The aim is to structure changes in a way that avoids any support gaps and ensures continuity of the support.

Ideas of “good” case management thus place the focus on viable relationships, coordinated collaboration in the network, flexibility geared to the life situation, and systematic orientation to integration, not just on administrative correctness.

Requirements for documentation have increased with the WEIV, as already mentioned. The IV offices state that this results in a diminution of resources for working with the insured persons. Many IV offices attempted to react with pragmatic adjustments in order to limit the additional workload without endangering traceability.

B. Case management with medical measures

The WEIV has introduced case management based on principles relating to children with and without congenital disorders. Many IV offices have specialised teams for children and adolescents and have defined criteria as to when case management according to case management circulars criteria is indicated. These criteria include a highly complex case (e.g. multiple diagnoses, diagnoses on the autism spectrum), considerable need for support or a recognisable excessive burden on the family system. Additional indicators are contextual factors such as language barriers or a lack of support network.

The case management process is geared to the steps described in the circular: assessment, planning, support and monitoring. Many IV offices add an upstream case selection and allocation. As a rule, after an initial review of the file and brief clarification by telephone, an assessment is made as to whether case management should be offered to the parents. Case management frequently commences very early on, sometimes immediately after birth. If the parents agree, they benefit from the advantages of a permanent contact person, regular review discussions and coordinated interfaces with the hospital, school and therapies.

Some IV offices report cautious use of the offering by parents. Reasons are assumed to be fears of greater control or uncertainty about the benefits of case management. Accordingly, the significance of transparent communication about the goal, scope and advantages of case management is emphasised. Where trust is built up and responsibilities are clear, acceptance of the support and benefit decisions increases.

The amount of time spent on coordination and communication for complex cases is high. At the same time, the IV offices point out the improved transparency for families and more consistent case histories if support is provided early on, and if it is continuous and well coordinated.

C. Case management in occupational rehabilitation

In occupational rehabilitation, the focus is on as smooth a transition as possible between school, training and work. Risks in the transition from school to training and from completing training to the job market are identified early on and supported. Discussions and coordination meetings with vocational counsellors, schools, employers, RAD and family members are vehicles for coordinating measures and clarifying responsibilities. Continuity of the contact person is a key factor: a case manager should ideally oversee the entire process, especially in critical phases.

The IV offices see potential for optimisation in terms of obtaining medical reports and in coordinating appointments, especially when many players are involved. Some IV offices mention the cantonal bridging options for young people in a positive light as well as close

cooperation between vocational counsellors and employers, in order to secure apprenticeships early on and avoid breaks in training. Overall, permanent contact persons and, if needed, coaching by external providers are named as factors that make lasting integration more likely.

D. Principle of “integration over pensions”

The principle of “integration over pensions” is implemented more consistently with the WEIV. Pension assessments are usually initiated only once the medical and occupational integration options are deemed to have been exhausted. Case management in accordance with the circular contributes to this, as it coordinates the process and ensures a systematic review of the integration options prior to a pension assessment. Parallel processes involving integration efforts and simultaneous pension assessment have become rare and are limited to situations with very unfavourable prognoses.

The IV offices are willing to accept additional steps in the process for young adults in particular, in order to assess all occupational integration options. This increases the commitment of the principle but results in longer case processes and ties up considerable human resources. However, many IV offices note that the resources are barely sufficient. Implementation of the principle is accentuated, based on specific ages and situations. For young people, the focus is on early support, socio-educational support and stabilisation of educational and occupational paths. For adults with an employment history, the focus is more on documented reintegration efforts and an obligation to cooperate.

Case managers see the priority of integration as an opportunity to highlight prospects for the insured persons. Motivation can be built up via these realistic goals. Individual IV offices emphasise that they systematically applied the principle even prior to the WEIV. A more formal and stricter implementation is observed, however, especially in medium-sized and large IV offices.

E. Requirements for medical treatment pursuant to the Health Insurance Act

Requirements can be a tool with which to clarify obligations to cooperate as part of the “integration over pensions” principle. They oblige insured persons to make use of reasonable medical treatment, for example, in order to improve their health-related basis for occupational reintegration. Nowadays, many IV offices assess the need for requirements early on and address it in the initial discussion. Three ideal types of utilising requirements can be distinguished between the IV offices.

- **A dialogue and trust-based approach**

Requirements are used cautiously. The focus is on clear explanations of the therapeutic options, the mutual exchange and on reinforcing the insured person’s own responsibility.

- **A formal, structured approach**

Requirements are used regularly as a management tool. They are documented in writing, include deadlines and are checked routinely. Sanctions in the event of non-compliance are explicitly taken into account.

- **A situational, pragmatic approach**

Requirements are used on a case-by-case basis, especially for therapeutic purposes or in the event of low willingness to change. They serve to structure the process by clarifying expectations and opportunities, without acting primarily as a sanctioning tool.

Some IV offices combine managing and cultivating relationships by justifying and documenting requirements and reviewing them in discussions. With all options, transparent communication is considered key to ensuring that requirements are not perceived as an obligation or threat, but as an understandable step to promoting integration. Where this succeeds, the IV offices report fewer misunderstandings. Nevertheless, the case managers still see a point of friction between support and control.

F. Case management relating to assessment and granting of pensions

During the pension assessment, the contact with the insured person remains in place at many IV offices, in order to note any changes promptly, although the nature and frequency of the contact may vary.

Once the person receives a pension, the case management is continued in a structured form only at some of the IV offices. In several cantons, the case manager who has overseen the pension assessment remains the main contact person, while at other offices, specialised employees take over the subsequent administration. Common to all IV offices is that they assess – in the case of recognisable improvements in the person's state of health or if new work-related opportunities arise – whether a new integration process makes sense. Various case managers emphasise that it is possible for long-term pension recipients to reintegrate too, provided the insured person is motivated and that specific support options are available.

Main differences between cantonal IV offices

Overall, the evaluation revealed significant differences in the nature and type of implementation according to the size of the canton and the organisational form. The combination of size and organisational form gives rise to a variety of institutional logic.

In small cantons with fewer than 100,000 inhabitants, a generalist approach to case management is imposed by the structure. A few specialists support all target groups across all steps in the process. In large cantons with over 500,000 inhabitants, functionally specialised structures predominate, with dedicated teams for children and adolescents, for occupational rehabilitation or for pension processes. Medium-sized cantons with between 100,000 and 500,000 inhabitants develop models to suit the number of positions, orientation and existing structures, and have scope to shape their organisation. Here, there is a mix of generalist and functionally specialised approaches.

These structural differences have a direct impact on planning and management. A distinction can be made between four basic types:

9. In-depth initial planning with implementation largely in line with the plan
10. Structured planning with regular reviews and amendments
11. Brief initial planning with subsequent ongoing case-related development
12. Formalised planning with primarily discussion- and experience-led management.

Generalist IV offices in small cantons work mainly according to the two last options (3 and 4), functionally specialised IV offices in large cantons tend to work according to the first two (1 and 2). Medium-sized cantons adopt all four types.

The above-described interrelationships also impact on how requirements are dealt with and checked. How often and how strictly requirements are used depends mainly on the organisational structure of the IV office.

In generalist structures, as are typical of small cantons, requirements are rarely used. They are agreed in a dialogue in specific situations, if at all. Systematic checks are the exception; the requirement serves mainly as a guide or motivational tool. This dialogue and trust-based approach emphasises the personal relationship with the insured persons and trust as the key factors that have a positive impact on the success of the integration measures, with the character of an obligation receding into the background.

By contrast, in functionally specialised structures in large cantons, requirements are a fixed component of the case management process. They are documented in writing, include deadlines and are checked routinely. The need for clear processes in specialised organisations and the goal that decisions must be taken uniformly within the processes and be understandable and correctly justified in legal terms are the guiding principles. This formalised, structured approach focuses on process certainty and equal treatment of the insured persons.

In mixed or interdisciplinary structures, as are frequently found in medium-sized cantons, requirements function in an intermediary capacity. They structure the process but remain embedded in a form of cooperation negotiated via dialogue. The idea is to balance the relationship between trust and formal control. The use of requirements is usually justified by the creation of opportunities and prospects for the insured persons. This is characterised as a situational, pragmatic approach.

Conclusion

All cantonal IV offices have made adjustments to their case management in line with the WEIV requirements. These adjustments were made within the existing structures, which vary greatly between the IV offices. One key influencing factor on the organisational form of an IV office is the number of inhabitants in the cantons: whereas IV offices in large cantons usually have clearly specialised structures, the offices in smaller cantons work in a predominantly generalist way. IV offices in medium-sized cantons combine both forms of organisation. These different types of case management, each of which entails specific strengths and challenges, affected how the ongoing development of case management was implemented.

Despite these differences, there is an overarching change in the role of the case manager, who takes on more coordination of internal and external involved persons and acts as a central interface between insured persons, benefit providers, specialists and organisations. The case managers thus function as a hub, for instance in managing the integration process or in structuring relationships with the insured persons.

Especially in the case of families with children who have congenital disorders and persons with complex support needs, a combination of relationship continuity and specialist management is appropriate. Individual and continuous support contributes to increasing transparency and acceptance. Stable working relationships, transparent communication and coordinated team work are identified as key success factors. In complex cases and transition phases, the above-mentioned hub function of case managers becomes especially important.

Overall, the WEIV has contributed to a noticeable professionalisation in terms of specialist ongoing development and optimisation of case management. Processes are now managed in a more structured manner. This has also strengthened the principle of “integration over pensions”. At the same time, the requirements in terms of personal resources and administrative management remain high and require continuous development.

The WEIV requirements are often not perceived as innovative by the IV offices. Instead, the legal adjustments are seen by many of those surveyed as a continuation of an evolutionary development process that has already been in place for some time. Regardless of this perception, the ongoing development of invalidity insurance is viewed as a forward-looking and overall positive step by almost all of the persons surveyed.

1 Einleitung

In der Einleitung werden die Ausgangslage, der Evaluationsgegenstand mit den Evaluationsfragen sowie die Erkenntnisziele vorgestellt, sowie ein Überblick über die Struktur des vorliegenden Berichtes gegeben.

1.1 Ausgangslage

Mit der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung (WEIV), die als revidiertes Invalidenversicherungsgesetz (IVG) am 1. Januar 2022 in Kraft getreten ist, wurde das Leitprinzip «Eingliederung vor Rente» nochmals deutlich gestärkt und systematisch ausgebaut. Ein Ziel dieser Weiterentwicklung ist es, Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen möglichst frühzeitig und nachhaltig in den Arbeitsmarkt zu integrieren oder dort zu halten. Damit soll sowohl die Selbstbestimmung und Teilhabe am Arbeitsmarkt der betroffenen Personen gefördert als auch die Ressourcen der Invalidenversicherung geschont werden.

Ein zentrales Instrument zur Umsetzung dieses Grundsatzes sind die umfassenden Neuerungen im Bereich der Fallführung. Diese sollen sicherstellen, dass die Versicherten frühzeitig erfasst und mit einem klar strukturierten, auf die jeweilige Situation abgestimmten Vorgehen individuell begleitet werden. Die Verantwortung für die Koordination der notwendigen Schritte liegt diesem Prinzip entsprechend bei speziell ausgebildeten Fallführenden, die eine zentrale Rolle im gesamten Eingliederungsprozess einnehmen.

Der rechtliche Rahmen für diese verbesserte Fallführung ist in Artikel 41a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) verankert. Dort werden unter anderem Aufgaben, Anforderungen und Zielsetzungen der Fallführung definiert. Zusätzlich konkretisiert das Kreisschreiben zur Fallführung in der Invalidenversicherung, das ebenfalls per 1. Januar 2022 in Kraft trat, die methodischen und inhaltlichen Leitlinien. Es beschreibt die Grundprinzipien einer wirkungsvollen Fallführung und gibt den IV-Stellen verbindliche Vorgaben für deren Umsetzung im Alltag.

Bereits seit der vierten Revision des Invalidenversicherungsgesetzes besteht der gesetzliche Auftrag, dass die Umsetzung des IVG regelmässig wissenschaftlich begleitet und evaluiert wird. Auf dieser Grundlage wurden seit dem Jahr 2006 drei umfassende Forschungsprogramme durchgeführt, die wichtige Erkenntnisse über die Wirkung und Weiterentwicklung der Invalidenversicherung geliefert haben.

Im Zuge des aktuell laufenden vierten Forschungsprogramms IV hat das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) erneut mehrere wissenschaftliche Studien in Auftrag gegeben. Diese Untersuchungen decken verschiedene Themenbereiche ab und dienen dazu, die Umsetzung der jüngsten Gesetzesänderungen systematisch zu überprüfen. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Umsetzung der neuen Fallführungsstruktur: Es soll unter anderem untersucht werden, wie die Fallführenden ihre Rolle wahrnehmen, wie sich die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren gestaltet und auf welche Weise die Fallführung innerhalb der IV-Stellen organisiert ist.

1.2 Evaluationsauftrag

Die Evaluation dient der Qualitätssicherung sowie Wissensgenerierung und ist formativ ausgerichtet. Der Evaluationsgegenstand umfasst zentrale Aspekte der Koordination und Begleitung im IV-Verfahren, insbesondere die Verbindung von medizinischen Massnahmen, beruflicher Eingliederung und Rentenabklärung unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation der Versicherten. Zudem wird untersucht, wie die Fallführung bei der beruflichen Eingliederung greift und wie Coaching-Leistungen und Beratungsangebote effektiv eingesetzt werden. Ein weiterer Fokus liegt auf der praktischen Umsetzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» im Rahmen der Fallführung. Dabei wird auch analysiert, wie die zusätzlichen Ressourcen, die durch die WEIV zur Verfügung stehen, von den IV-Stellen konkret eingesetzt werden. Ausserdem wird beurteilt, inwieweit ihr Einsatz zweckmässig im Sinne einer verbesserten Qualität der Fallführung ist.¹ Zentrale Aspekte sind die Haltungen und Einstellungen der Mitarbeitenden und die generelle Kultur beim Umgang mit den Versicherten. Die Evaluation gliedert sich in folgende sechs Bereiche:

A. Allgemeine Fallführung: Im IV-Verfahren sollen medizinische Massnahmen, berufliche Eingliederung und Rentenabklärung koordiniert werden, wobei die Lebenssituation der Versicherten berücksichtigt wird. Die IV-Fallführung basiert auf dem Prinzip des «Case Managements» und durch die WEIV erhielten die IV-Stellen mehr Ressourcen für diese Aufgabe.

B. Fallführung bei medizinischen Massnahmen bei Geburtsgebrechen: Die WEIV führte neu eine Fallführung für Kinder ein. Das Ziel ist eine kontinuierliche Beratung und Unterstützung, insbesondere für junge Betroffene und ihre gesetzlichen Vertretenden.

C. Fallführung im Bereich der beruflichen Eingliederung: Die WEIV legte den Schwerpunkt auf Übergangsphasen und die Koordination zwischen medizinischen Massnahmen und beruflicher Eingliederung. Die IV-Stellen bieten verstärkte Beratungsdienste an und können spezifische Coachings veranlassen.

D. Fallführung beim Grundsatz «Eingliederung vor Rente»: In der WEIV wird dieser Grundsatz verstärkt. Es soll geprüft werden, wie die IV-Stellen diesen Grundsatz in der Praxis umsetzen und wie sie diesen implementiert haben.

E. Fallführung bezüglich medizinischer Behandlungsauflagen (Audit 2023): Mit dem KSFF von 2022 werden Aspekte der Fallführung betont, die «Eingliederung vor Rente» unterstützen. Ein Fokus liegt auf medizinischen Behandlungsauflagen nach KVG.

F. Fallführung bei Rentenprüfung: Das KSFF behandelt den Übergang von beruflicher Eingliederung zur Rente und die Unterstützung während der Rentenauszahlung mit dem Ziel der Wiedereingliederung.

Im Rahmen der Evaluation wird der Stand der Umsetzung der Neuerungen erhoben. Es werden zusätzlich hemmende und förderliche Faktoren für die Umsetzung erkannt.

¹ Eine Wirkungsmessung auf Seiten der Zielgruppe war nicht Teil dieses Evaluationsauftrags.

1.3 Evaluationsfragestellungen

Der Evaluationsauftrag umfasst Fragestellungen in den sechs oben genannten thematischen Bereichen der Fallführung (siehe 1.2). Die folgende Zusammenstellung beschreibt die evaluationsleitenden Fragen in diesen Feldern. Die detaillierten Fragestellungen gemäss der Ausschreibung zum Auftrag befinden sich in Anhang.

A. Allgemeine Fallführung

Im Bereich der allgemeinen Fallführung interessiert insbesondere, wie sich die IV-Stellen organisatorisch neu aufgestellt haben. Dabei stehen Fragen nach angepassten Abläufen, veränderten Strukturen, neuen Organigrammen und einem verbesserten Informationsfluss im Vordergrund, insbesondere in Bezug auf Übergänge zwischen verschiedenen Leistungsarten. Es soll untersucht werden, inwiefern sich unterschiedliche Umsetzungsmuster zwischen den IV-Stellen erkennen lassen und ob daraus eine Typologie ableitbar ist. Zudem wird analysiert, wie die zusätzlichen personellen Ressourcen eingesetzt wurden und welche konkreten Aufgaben den fallführenden Mitarbeitenden übertragen sind. Auch die Qualifikation und Weiterbildung dieser Fachpersonen sowie deren Haltung gegenüber der Fallführung spielen eine wichtige Rolle. Zusätzlich wird betrachtet, wie die IV-Stellen mit möglichen Herausforderungen bei der Umsetzung der neuen Anforderungen umgehen und welche Lösungen sie dafür entwickelt haben.

B. Fallführung im Bereich medizinischer Massnahmen bei Geburtsgebrechen

Im Zusammenhang mit medizinischen Massnahmen bei Geburtsgebrechen liegt der Fokus darauf, wie geeignete Fälle für eine intensive Fallführung identifiziert werden und auf welcher Grundlage Entscheidungen über deren konkrete Ausgestaltung getroffen werden. Weiter wird analysiert, wie die Fallführung in Ausnahmefällen an Dritte delegiert wird, welche Personen oder Institutionen dafür infrage kommen und welche fachlichen Anforderungen sie erfüllen müssen. Von besonderem Interesse ist auch, welche Massnahmen ergriffen wurden, um das Vertrauen der betroffenen Eltern zu stärken und die Akzeptanz von IV-Entscheidungen zu verbessern. Zusätzlich wird untersucht, inwiefern der Informationsaustausch mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten beschleunigt und verstärkt wurde, beispielsweise durch informelle Kommunikationswege.

C. Fallführung im Bereich der beruflichen Eingliederung

Bei der beruflichen Eingliederung richtet sich der Blick auf die Gestaltung der Fallführung, insbesondere dann, wenn die Versicherten innerhalb der IV-Stelle zwischen Bereichen wechseln oder sowohl medizinische als auch berufliche Massnahmen benötigen. Es wird geprüft, wie die IV-Stellen mit schwierigen Übergängen oder Abbrüchen von Massnahmen umgehen und inwiefern die Schadenminderungspflicht dabei berücksichtigt wird. Ein weiteres zentrales Thema ist die konkrete Form der Beratung: Wer wird in den Prozess einbezogen, nur die versicherte Person, nur der Arbeitgeber oder beide gemeinsam? Darüber hinaus wird untersucht, nach welchen Kriterien externe Coaching-Leistungen vergeben werden und

wie eng die Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen und externen Leistungserbringern im Rahmen der Fallführung erfolgt.

D und E: Audit 2023: Fallführung beim Grundsatz «Eingliederung vor Rente» und im Zusammenhang mit Auflagen für medizinische Behandlungen

Ein zentraler Aspekt der IV ist der Grundsatz «Eingliederung vor Rente». Die Evaluation soll aufzeigen, in welcher Form dieser Leitgedanke von den IV-Stellen in die Praxis übertragen wird. Zudem ist relevant, wie die Prüfung und Umsetzung von medizinischen Behandlungsaufgaben gemäss dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) in den Fallführungsprozess integriert werden mit dem Ziel, diese möglichst frühzeitig im Verfahren zu berücksichtigen und auf die Eingliederung abzustimmen.

F. Fallführung bei Rentenprüfung und während der Rentenausrichtung

Schliesslich wird die Fallführung im Zusammenhang mit der Rentenprüfung sowie während der Zeit der Verrentung betrachtet. Dabei interessiert, wie Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geregelt sind und ob standardisierte Prozessvorgaben existieren. Ein weiterer Fokus liegt auf der Sensibilisierung und Schulung der verantwortlichen Mitarbeitenden in den IV-Stellen. Zudem soll erfasst werden, ob und in welcher Form die versicherten Personen auch während des Rentenbezugs begleitet und unterstützt werden, mit Blick auf eine mögliche Wiedereingliederung.

1.4 Gliederung des Berichtes

Der vorliegende Evaluationsbericht ist in insgesamt sechs Kapitel gegliedert, die einen Einblick in die Thematik der Fallführung in der Invalidenversicherung (IV) ermöglichen. Im Anschluss an diese Einleitung, die die Ausgangslage, den Evaluationsauftrag und die zentralen Fragestellungen umrissen hat, werden im zweiten Kapitel, die für das Verständnis der Evaluation relevanten Begriffe und theoretischen Grundlagen erläutert. Kapitel drei widmet sich der Methodik der Evaluation, wobei die verschiedenen Erhebungsmethoden und Analyseverfahren beschrieben werden. Im Kapitel vier werden die zentralen Ergebnisse der Evaluation präsentiert, gegliedert nach den unterschiedlichen Leistungen der IV. Dabei werden sowohl die Umsetzung der Neuerungen als auch hemmende und förderliche Faktoren beleuchtet. Im Kapitel fünf wird analysiert, ob sich eine Typologie unterschiedlicher Vorgehensweisen in der Fallführung erkennen lässt. Abschliessend enthält Kapitel sechs ein Fazit aus diesen Analysen.

2 Rechtliche und fachliche Grundlagen von Fallführung

In diesem Kapitel wird das Verständnis von Fallführung in der IV wie auch die oben erwähnten Neuerungen in diesem Bereich beschrieben, um daran anknüpfend die Wesenszüge des Fachdiskurses von Case Management, den Case Management Regelkreis sowie einen kompakten Überblick zum Stand der Forschung hinsichtlich der Wirkung von Case Management im Kontext der Arbeitsintegration zu erläutern. Schliesslich wird dargelegt, wie Fallführung und Case Management in der WEIV zueinanderstehen, um die Ergebnisse der vorliegenden Evaluation entsprechend einordnen zu können. Im Analyseteil (Kapitel 4) wird auf das vorliegende Kapitel Bezug genommen und einen Ist-Soll-Vergleich hergestellt.

2.1 Verständnis der Fallführung in der Invalidenversicherung

Das Kreisschreiben Fallführung (KSFF) konkretisiert die Gestaltung der Fallführung gemäss IVG. Es beschreibt Leitlinien und Arbeitsschritte, um sicherzustellen, dass die versicherten Personen effektiv unterstützt werden. Die Fallführung wird dabei als umfassender und kontinuierlicher Prozess beschrieben, der von der Anmeldung bis zur Wiedereingliederung aus der Rente reicht. Das Hauptziel ist die Verbesserung des Eingliederungspotenzials und der Erwerbsfähigkeit der Versicherten durch koordinierte und angepasste Leistungen.

Die Fallführung umfasst die Bestandesaufnahme (Art. 41a Abs. 2 Bst. a IVV), die Planung des weiteren Vorgehens (Art. 41a Abs. 2 Bst. c IVV), die Begleitung und Überwachung der Massnahmen (Art. 41a Abs. 2 Bst. c IVV) sowie die interne und externe Koordination der beteiligten Akteure. Besondere Aufmerksamkeit gilt der frühzeitigen Intervention bei Kindern und Jugendlichen sowie der kontinuierlichen Begleitung während der beruflichen Eingliederung und der Rentenprüfung.

Laut KSFF soll die Fallführung versicherte Personen entsprechend ihrer gesundheitlichen Situation unterstützen. Ziel ist es, in Kooperation mit allen Beteiligten mit zweckmässigen Leistungen der IV das Eingliederungspotenzial und die Erwerbsfähigkeit zu verbessern. Dies umfasst das gesamte IV-Verfahren von der Früherfassung/Anmeldung, über die Zusprache von medizinischen Massnahmen, beruflicher Eingliederung, Rentenabklärung und -zusprache bis zur Rentenrevision und Wiedereingliederung.

Im Zentrum steht der individuelle Bedarf der versicherten Person. Bei der Planung, Zusprache und Überprüfung von Massnahmen werden die Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung, der daraus resultierende Unterstützungsbedarf sowie die Ressourcen der versicherten Person und ihres Umfelds berücksichtigt.

Die durchgehende Fallführung ist dem KSFF zufolge Aufgabe der kantonalen IV-Stellen. Die Fallführung soll die Kooperation mit den beteiligten Akteurinnen und Akteuren ermöglichen und die passenden Massnahmen zur richtigen Zeit terminieren. Im KSFF wird die Bedeutung der Koordination betont. Diese kommt insbesondere bei Übergängen im Lebensverlauf, wie dem Wechsel von der Schule zur Ausbildung oder von der Ausbildung ins Erwerbsleben,

und bei der Zusammenarbeit zwischen der IV-Stelle und externen Akteurinnen und Akteuren zum Tragen.

Entlang der Lebenslinie wird im KSFF zwischen drei Formen von Fallführung unterschieden (siehe Abb. 1):

- Fallführung bei medizinischen Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG) und Fallführung gem. Art 12 IVG
- Berufliche Massnahmen für Jugendliche/junge Erwachsene und berufliche Massnahmen für Erwachsene
- Rentenprüfung, Auflagen und Wiedereingliederung aus der Rente

Jede dieser Fallführungen hat eigene gesetzliche Rahmenbedingungen sowie unterschiedliche «Anlässe» und spezifische Ziele. Sie sollen jeweils so ausgestaltet sein, dass es keine Brüche gibt, beispielsweise beim Übergang von der Schule zur Berufsausbildung.

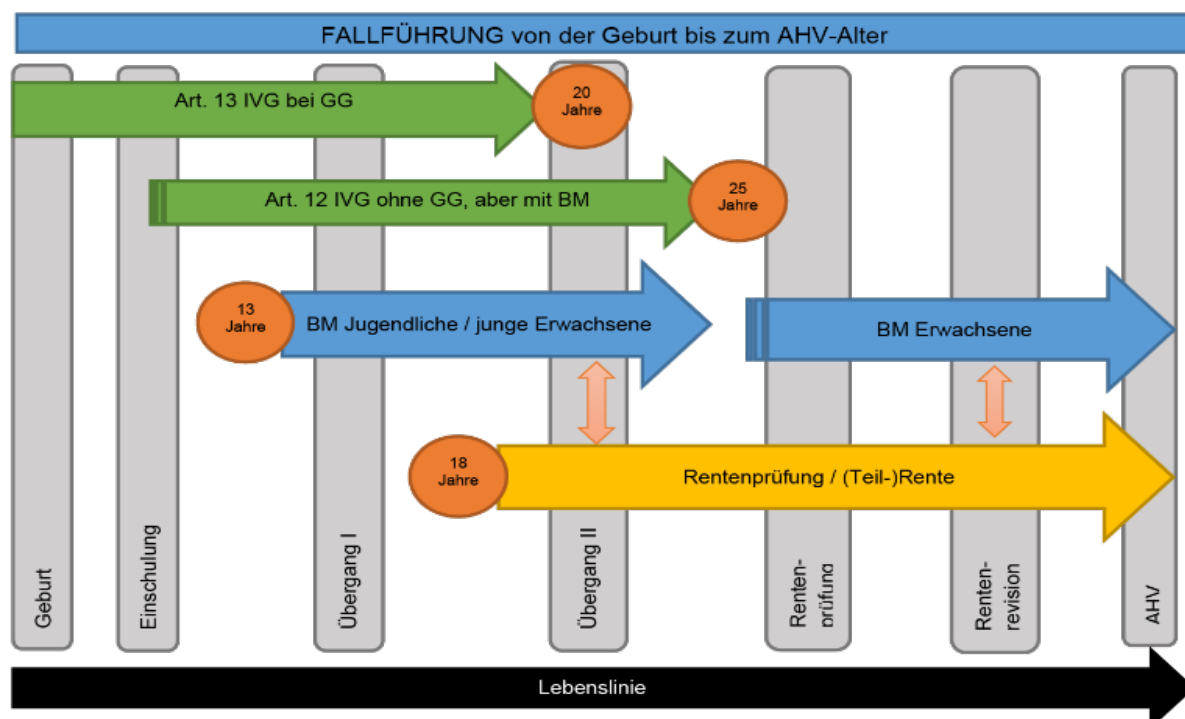


Abbildung 1: Fallführung von der Geburt bis zum AHV-Alter (KSFF 2022, S. 6)

Neuerungen der Fallführung im Bereich medizinische Massnahmen bei Geburtsgebrechen

Im KSFF werden bei der Fallführung von medizinischen Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG) der frühzeitige Vertrauensaufbau zwischen der Invalidenversicherung (IV), der versicherten Person oder deren gesetzlicher Vertretung und beteiligten Dritten wie medizinischen und therapeutischen Fachpersonen betont. Die zuständigen Mitarbeitenden der IV-Stellen beraten und bieten Unterstützung bei Fragen und Anliegen. Es ist das Ziel, eine optimale Lösung für die versicherte Person zu finden, wobei Effektivität, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und rechtliche Vorgaben berücksichtigt werden sollen.

Dies wird als bedeutsam erachtet, weil:

- die Versicherten über eine längere Zeit, oft lebenslang, mit der IV in Kontakt bleiben,
- das Verständnis der Familiensituation bei Entscheidungen über Kostenübernahmen hilft,
- eine gute Beziehung zwischen der IV, den versicherten Personen, ihren gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern sowie den weiteren Akteurinnen und Akteuren die Kooperation erleichtert und
- später im Lebenslauf bei der beruflichen Eingliederung und/oder Rentenklärung auf die bestehenden Beziehungen und Informationen aufgebaut werden kann.

Neuerungen der Fallführung im Bereich der beruflichen Eingliederung

In der aktuellen IV-Revision liegt ein besonderer Schwerpunkt auf der Fallführung bei der beruflichen Eingliederung. Im IVG (SR 381.20), den Ausführungsbestimmungen zur Weiterentwicklung der IV (Bundesamt für Sozialversicherungen BSV 2021) und im KSFF (Bundesamt für Sozialversicherungen BSV 2022) werden verschiedene Schwerpunkte genannt:

- Anlässe, welche frühzeitig den Einbezug der Eingliederungsfachperson notwendig machen, sind zum Beispiel Übergänge zwischen den Leistungsbereichen, Altersgruppen, der Eintritt ins Berufsleben und/oder der Eintritt ins Erwerbsleben, der Übergang von den medizinischen Massnahmen zur beruflichen Eingliederung. Beim Wechsel der Fachperson ist darauf zu achten, dass alle relevanten Informationen weitergegeben werden.
- Das Prinzip des Case Managements ist bei den Beratungen durch die IV-Stellen zentral, um die Koordination von Arbeitgebenden, den ärztlichen Fachpersonen und den Fachpersonen aus dem schulischen und betrieblichen Ausbildungsbereich zu erleichtern.
- In der Weiterentwicklung der IV wurde die Beratung und Begleitung im Gesetz verankert. Während zuvor die Beratung und Unterstützung durch die IV nur auf Weisungsstufe möglich, jedoch nicht gesetzlich verankert war, erlaubt die aktuelle IV-Revision nun auch die Beratung von Fachleuten aus Bildung und Ausbildung, ohne dass vorgängig ein Fall eröffnet sein muss. Es wird zwischen eingliederungsorientierter Beratung und Begleitung und Coachingleistungen unterschieden.

Neuerungen der Fallführung bei der Eingliederung vor Rente

«Eingliederung vor Rente» ist das Leitprinzip der IV seit deren Bestehen und wurde mit den letzten IV-Revisionen zunehmend verstärkt und weiterentwickelt. Es soll alles unternommen werden, um versicherte Personen im Arbeitsmarkt zu halten oder sie in diesen durch berufliche Massnahmen wieder zu integrieren. Berufliche Massnahmen sind etwa die Arbeitsvermittlung oder die Umschulung, wobei die Beratung und Begleitung die zentralen Elemente sind. Die Fallführung (Art. 41a IVV) ist der Rahmen, der alle Massnahmen und involvierten Akteurinnen und Akteure im Sinn des Case Managements verbindet und koordiniert. Gemäss dem aktuellen IVG entsteht der Rentenanspruch somit nur, wenn unter

Berücksichtigung des Alters, des Gesundheitszustandes, der Fähigkeiten und der beruflichen Perspektiven der versicherten Person alle zumutbaren beruflichen Eingliederungsmassnahmen in Betracht gezogen und ausgeschöpft wurden. Dazu wird das Eingliederungspotential vollständig abgeklärt.

Für die Versicherten heisst dies, das sie alles dafür tun müssen, um ihre Arbeitsstelle zu behalten oder eine neue Anstellung zu finden. Die geplanten Massnahmen und Auflagen werden im Dossier festgehalten und das gewünschte Verhalten via Zielvereinbarungen detailliert definiert. Ebenfalls werden die Rechtsfolgen bei Nichteinhaltung mitgeteilt.

2.2 Case Management: Definition und Regelkreis

Im KSFF wird festgelegt, dass sich die Fallführung an den Prinzipien des Case Management orientiert. Nachfolgend wird dargelegt, was im Fachdiskurs unter Case Management verstanden wird, welche Schritte Case Management Prozesse enthalten und welche Forschungserkenntnisse hinsichtlich der Wirksamkeit von Case Management im Kontext von beruflicher Eingliederung vorliegen.

Der Fachdiskurs im Case Management – wie auch die Umsetzung in der Praxis – ist von einer grossen Heterogenität geprägt. Dies zeigt sich auch auf der Begriffsebene: Je nach Autorin oder Autor wird statt von «Case Management» von «Care Management» gesprochen oder beide Begriffe werden synonym verwendet. Folglich ist es wichtig zu definieren, was unter Case Management verstanden werden soll. Als ein Referenzpunkt hierfür sollen die Standards des Netzwerks Case Management Schweiz dienen:

«Case Management ist eine Handlungsmethode zur strukturierten und koordinierten Gestaltung von Unterstützungs- und Beratungsprozessen. In einem systematisch geführten, kooperativen Prozess werden Menschen in komplexen Problemlagen ressourcen- und lösungsorientiert unterstützt und auf den individuellen Bedarf abgestimmte Dienstleistungen erbracht. Die Erreichung gemeinsam vereinbarter Ziele wird angestrebt, wobei die Nachhaltigkeit im Fokus der Zielerreichung steht.

Case Management will Grenzen von Organisationen und Professionen überwinden und eine organisationsübergreifende Steuerung des Unterstützungsprozesses gewährleisten. Dazu werden Netzwerke initiiert und gepflegt. Case Management respektiert die Autonomie der Zielpersonen, berücksichtigt die Anforderungen des Datenschutzes und nutzt und schont die Ressourcen der Zielperson und des Unterstützungssystems. Die bedarfsbezogene Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes wird gefördert.» (Netzwerk Case Management Schweiz 2022: 4)

Case Management wird primär dann angewendet, wenn mehrere Beteiligte in einem Unterstützungs- oder Begleitprozess involviert sind. Im Vordergrund steht die Koordination der Beteiligten sowie die strukturierte Gestaltung des Prozesses (ebd.: 4f.). Diese folgt einem weitgehend standardisierten Handlungsablauf und bringt Klarheit in den Fallverlauf. Case Managerinnen und Manager übernehmen die Prozesssteuerung für eine gemeinsam definierte Zeitspanne. Der Prozess ist auf das Allokieren und Gewährleisten passgenauer Hilfen und Unterstützungen ausgerichtet, wobei der Bedarf nach Case Management mit der Komplexität von individuellen Problemlagen zusammenhängt. Die Bestimmung des Case Management-Bedarfs wird im Einzelfall als Ergebnis eines Aushandlungsprozesses zwischen

allen am Case Management Prozess beteiligten Personen und Organisationen verstanden und die Ziele und Unterstützungsangebote fliessen in diese Aushandlung mit ein (ebd.: 5).

Ein Augenmerk ist auf die Fähigkeiten, Fertigkeiten und Potenziale der zu unterstützenden Personen und auf deren Stärkung zu richten, um schnellstmöglich wieder Handlungsautonomie und Unabhängigkeit von Unterstützungssystemen zu erlangen. Voraussetzung dafür ist eine grösstmögliche Beteiligung, Mitwirkung und Mitverantwortung der zu unterstützen Person, wobei stets auf die Balance von Fordern und Fördern zu achten ist. Folglich werden die Ziele partizipativ ausgehandelt und sollen auf die Lebenslage der betroffenen Person eine nachhaltig positive Wirkung zur Folge haben (ebd.). Diese multiperspektivische Fallbearbeitung soll laut Netzwerk Case Management Schweiz eine interdisziplinäre und abgestimmte Zusammenarbeit ermöglichen, zu der jede Person und Organisation einen wichtigen Beitrag leistet (ebd.). Letztlich dient Case Management dazu, erkannte Versorgungslücken zu schliessen und auf der Systemebene eine umfassende Versorgungsstruktur anzustreben für eine effiziente Angebotsplanung und -steuerung (ebd.: 6). Es wird dabei zwischen drei Ebenen unterschieden (ebd.):

1. Einzelfallebene: Die Einzelfallebene bezieht sich auf die Zusammenarbeit mit der betroffenen Person sowie den Aufbau eines passgenauen Hilfesystems, ausgerichtet auf den partizipativ ausgehandelten Bedarf.
2. Organisationsebene: Gelingende organisationsübergreifende Kooperation und Koordination setzt voraus, dass jede beteiligte Organisation einen klaren Auftrag, eine strategische Zielsetzung sowie ein Konzept zur strukturellen, ressourcenbezogenen und prozessorientierten Umsetzung von Case Management hat.
3. Versorgungsebene: Case Management kann vor allem dann Potenzial entfalten, wenn es als integrativer Bestandteil eines Versorgungssystems betrachtet wird und in der Folge zu dessen Optimierung sowie für eine effiziente Gestaltung der Angebotslandschaft eingesetzt wird.



Abbildung 2: Case Management Regelkreis (in Anlehnung an Wendt 2018)

Kernstück von Case Management als Handlungsmethode ist der «Regelkreis». Damit ist der strukturierte und standardisierte Handlungsablauf gemeint, der im Folgenden zusammenfassend dargestellt wird.

Auch wenn die Ausführungen und die Darstellungen einen linearen Verlauf implizieren, betont die Literatur, dass es sich um einen «iterativen Prozess» handelt. Wie in jedem Hilfesetting kann es auch bei Case Management-Prozessen zu Krisen oder anderen Ereignissen kommen, die den Prozessverlauf beeinflussen. Die Phasen sind in einer idealtypischen Reihenfolge angeordnet. Tritt ein unvorhergesehenes Ereignis ein, wird darauf reagiert. Dies kann dazu führen, dass anstelle des geplanten Prozessverlaufs alternative Interventionen eingeschoben werden. Flexibilität und Offenheit gegenüber der Lebenswelt der Klientinnen und Klienten aufseiten der Case Managerin oder des Case Managers ist daher unabdingbar.

2.2.1 Phasen des Case Managements

Die nachfolgenden Erläuterungen zu den einzelnen im Regelkreis oben dargestellten Phasen lehnen sich an die Konzeption von Wendt (2018) an.

Intake²: Im Rahmen des Intakes wird über die Initiierung eines Case Management Verfahrens in einem Fall entschieden. Das bedeutet, dass bereits ein Kontakt zwischen Klientin oder Klient und Case Managerin oder Case Manager stattgefunden hat. Beide Seiten kennen sich und haben über Möglichkeiten und Grenzen einer möglichen Zusammenarbeit diskutiert. An diesem Punkt ist es wichtig, dass die Case Managerin oder der Case Manager der Klientin oder dem Klienten einen Überblick über das ganze Verfahren gibt, die eigene Rolle

² In der Grafik nicht abgebildet, weil dieser Schritt in der Regel dem eigentlichen Prozess vorgelagert ist.

darin beschreibt und die bevorstehenden Aufgaben aufzeigt. Um Missverständnissen vorzubeugen, gehört hier ebenso die Klärung von gegenseitigen Erwartungen dazu. Ziel des Intake ist es, »Compliance« zu erreichen, also die Bereitschaft der Klientin oder des Klienten zur Mitarbeit.

Assessment: In der Assessment-Phase stehen das Erfassen und Beurteilen der Situation und der Lebenslage der Klientin oder des Klienten im Vordergrund. Es geht also nicht darum, die Ursache der problematischen Situation allein beim Individuum und seinen Unzulänglichkeiten zu suchen, sondern den Menschen in seiner gesamten Lebenslage zu betrachten. Die Lebenslage wiederum ist geprägt von wechselseitigen Abhängigkeiten. Im Assessment sollen diese Abhängigkeiten erfasst werden. Neben der Ist-Situation sollen im Rahmen des Assessments auch die Ressourcen der Klientin oder des Klienten erfasst werden, wie zum Beispiel Erfahrungen aus einer früheren Arbeitsstelle oder besondere Fähigkeiten und Fertigkeiten. Diese Ressourcen werden im Prozess gezielt eingesetzt.

Auf der Basis dieser ersten Bestandsaufnahme erfolgt eine Bewertung der Situation. Die Ursachen für die gegenwärtige Lage werden eruiert. Erste Hypothesen über die Problemsituation und mögliche Lösungsansätze werden formuliert. Im Dialog mit der Klientin und deren (informellem sowie fachlichem) Hilfesystem wird die gegenwärtige Lage eingeschätzt. Diese dient dazu, die Komplexität der Fallsituation umfassend darzustellen, damit sie für alle Beteiligten sichtbar wird, was zu einem besseren Verständnis beiträgt.

Intervention: Anknüpfungspunkt für diese Phase ist neben den Grundlagen aus dem Assessment insbesondere die individuelle Lebensplanung der Klientinnen und Klienten. Die Zielrichtung des Case Management-Prozesses soll demnach mit den Lebenszielen, Zukunftsvorstellungen und Visionen der Klientinnen und Klienten korrespondieren. Die Ziele zeigen den Weg auf, der im Rahmen eines Case Management-Prozesses eingeschlagen werden soll. Sie machen Vereinbarungen verbindlich, legen fest, wer welche Aufgaben im Hilfeprozess übernimmt, und weisen die Ressourcen aus, die zur Bedarfsdeckung benötigt werden. In der Zielformulierung sind schliesslich Indikatoren enthalten, mit deren Hilfe bei der Evaluation beurteilt werden kann, inwieweit ein Case Management-Prozess zur Verbesserung der Situation und zur Steigerung der Lebensqualität beigetragen hat.

Die Zielformulierung ist eng mit der Hilfeplanung verknüpft. Diese gewährleistet ein nahtloses Ineinandergreifen der verschiedenen Hilfeleistungen in einem Case Management-Prozess. Die Hilfeplanung wird in der Regel im Rahmen von Hilfeplankonferenzen entwickelt. Beteiligt an einer solchen Konferenz sind alle Personen, die in einem Case Management-Prozess mitwirken, auch die Klientin oder der Klient. Aus einer Hilfeplankonferenz gehen verbindliche Aufgabenteilungen und Kooperationsvereinbarungen hervor.

Monitoring: Wenn der Hilfeprozess so weit fortgeschritten ist, dass die Problemsituationen eruiert sind, eine Gesamteinschätzung vorliegt, Kooperationsbeziehungen zwischen allen Beteiligten geknüpft sind und die Zielrichtung gemeinsam definiert wurde, tritt die Case Managerin oder der Case Manager in den Hintergrund und konzentriert sich primär auf die Koordination der Hilfeleistungen. Koordination bedeutet in diesem Fall, dass die Case Managerin oder der Case Manager »die Fäden in der Hand hält«. Sie oder er hat den Überblick

über die verschiedenen Hilfeleistungen im Fallgeschehen und stellt deren Umsetzung sicher. Das Begleiten und Koordinieren der Umsetzung werden auch als »Monitoring« bezeichnet. Es handelt sich dabei um eine Kontrollfunktion, die der Case Managerin oder dem Case Manager zugewiesen wird. Gemeinsam mit der Klientel verfolgt die Fachperson den Verlauf im Hilfeprozess und prüft regelmässig den Zielerreichungsgrad. Die Kontrollfunktion ist eine konfliktträchtige Aufgabe. Deswegen ist es zu Beginn eines Hilfeprozesses unerlässlich, mit allen Beteiligten eine Rollen- und Aufgabenteilung vorzunehmen. Die Verlaufsdocumentation dient als Leistungsnachweis und zur Qualitätssicherung. Die Fachperson stellt sicher, dass der Hilfeprozess systematisch dokumentiert wird. Dabei erscheint es sinnvoll, dass sich alle Mitwirkenden an der Dokumentation beteiligen. Sie gibt die Ereignisse im Fallverlauf präzise wieder und hilft damit bei der Überprüfung der Zielerreichung.

Evaluation: Die Evaluation ist die letzte Phase in einem Case Management Prozess. Sie hat zum Zweck, den Zielerreichungsgrad auszuwerten und den neuen Ist-Zustand zu überprüfen. Die Evaluation erfolgt gemeinsam mit den Klientinnen oder Klienten und allen weiteren involvierten Personen. Die zuvor formulierten Ziele bilden eine wichtige Grundlage bei der Evaluation. Ihre Überprüfung gibt Aufschluss über die Wirkung des Case Management Prozesses.

In der Zusammenarbeit mit Menschen in einer komplexen Problemkonstellation kommt es immer wieder zu Krisen und Rückschlägen. In solchen Situationen ist es erforderlich, ein »Re-Assessment« durchzuführen, die Situation neu zu beurteilen und gegebenenfalls angepasste Massnahmen zu initiieren. Wenn sich bei der Auswertung der Zielerreichung herausstellt, dass wesentliche Ziele noch nicht erreicht wurden, wird ein neuer Case Management-Zyklus initiiert, der mit einer neuen Zielvereinbarung und Hilfeplanung beginnt.

2.2.2 Professionelle Beziehungsgestaltung und Vertrauen

Die Notwendigkeit einer tragfähigen und vertrauensvollen professionellen Beziehung zwischen Fachpersonen und Klientinnen und Klienten wird immer wieder betont (siehe zum Beispiel Neuffer 2013 oder Ehlers 2018). Es geht dabei um die »Ko-Produktion« (Trube 2005) von Hilfeleistung, die nur durch das Mitwirken aller Beteiligten zustande kommt.

In einer Untersuchung von Cheng und Lo (2022) aus den USA wurde analysiert, welche Faktoren auf diese Ko-Produktion (»Working Alliance«) zwischen Fachpersonen und Klientel einwirken und welchen Einfluss sie auf die Beziehungsgestaltung haben. Die Studie umfasst 101 Klientinnen und Klienten und 26 Case Managerinnen und Case Manager. Die Ergebnisse zeigen, dass die Wahrnehmung der Arbeitsbeziehungen aus Sicht der Klientel primär davon abhängt, wie die Kooperation zwischen Fachpersonen und Klientel gestaltet wird. Es geht darum, im Verlauf des Prozesses gemeinsame Erfahrungen zu machen und dadurch die Beziehung zu stärken (ebd.: 1248), wobei zu beachten ist, dass ein solcher Beziehungsaufbau entsprechend Zeit benötigt. Begünstigende Faktoren hierbei waren ein stabiler psychischer Zustand sowie keine Drogenabhängigkeit. Waren diese vorhanden, haben sie sich nachweislich auf die Beziehungsgestaltung ausgewirkt (ebd.: 1249). Keine Auswirkung hatte das Alter oder die Arbeitserfahrung der Case Managerinnen und Manager. Schliesslich

konnte nachgewiesen werden, dass eine tragfähige und vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zwischen Case Managerinnen und Managern und ihrer Klientel hauptsächlich vom Commitment und den Bemühungen der Fachpersonen zur aktiven Gestaltung der Arbeitsbeziehung abhängt. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Fähigkeit zur Kooperation und Beziehungsgestaltung für Fachpersonen wesentlich ist und ein gelingender Fallverlauf stark davon abhängt, wie tragfähig die professionelle Beziehung ist (ebd.: 1250).

2.2.3 Wirkung von Case Management in der beruflichen Eingliederung

Ergänzend zu den grundlegenden Erläuterungen der Case Management Standards, des idealtypischen Prozessablaufs und der Betonung der professionellen Beziehungsgestaltung fokussiert das nachfolgende Kapitel auf den aktuellen Forschungsstand zur Wirkung von Case Management³ in der beruflichen Eingliederung. Die Zielgruppen und damit einhergehende Herausforderungen in der beruflichen Eingliederung unterscheiden sich zwischen den betrachteten Studien erheblich. Ein Vergleich der Ergebnisse ist daher nur beschränkt möglich.

Einen ersten Einblick gibt ein Artikel, der im Rahmen eines Scoping Literature Review publiziert wurde. In dieser Arbeit wurde die Rolle und Wirkung von «return-to-work coordinators» untersucht. In einer systematischen Suche in sechs Datenbanken wurden 1798 Resultate gefunden. Daraus konnten 5 relevante Artikel identifiziert werden (MacEachen et al. 2020). Als Folgeprojekt wurde ein systematischer Literaturreview durchgeführt. Aus fast 3'000 identifizierten Quellen haben Dol und Andere 14 Artikel ausgewählt, die sowohl inhaltlich als auch qualitativ vordefinierten Kriterien entsprachen. Die Ergebnisse zeigen klar, dass die Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch Beratung (Face to Face Contact) von «return-to-work coordinators» reduziert und die Eingliederungsquote erhöht wird. Leichte Hinweise konnten im Hinblick auf Kosteneinsparungen identifiziert werden (Dol et al. 2021).

Weitere hier analysierte Artikel beziehen sich auf unterschiedliche Zielgruppen und organisationale Zusammenhänge. Aus der Schweiz ist eine Untersuchung von Draheim und anderen (2021) bekannt. Sie haben die Wirkung von Case Management einer Versicherungsgesellschaft quantitativ mittels Regressionsanalyse untersucht. Das in dieser Studie untersuchte Case Management wird als ganzheitlich bezeichnet. Es umfasst die Suche nach passender medizinischer Unterstützung, rechtliche Themen, Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden und Integration ins soziale Netzwerk. Sie kommen zum Schluss, dass Case Management eine effektive Massnahme ist. Denn die Wahrscheinlichkeit zur Reintegration in den Arbeitsmarkt für beeinträchtigte Personen liegt um 6.8 Prozentpunkte höher, wenn Case Management durchgeführt wird. Von der Integration in den Arbeitsmarkt würden die beeinträchtigten Personen selbst profitieren. Verwaltungen und Versicherungen könnten durch

³ Zur Wirkung des Case Management Verfahrens zur beruflichen Eingliederung von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen wurden jene internationale Publikationen gesichtet, die auf empirischen Untersuchungen beruhen. Es wurden insbesondere Publikationen betrachtet, in der die Beratung der Klientinnen und Klienten thematisiert wurde. Es wurde nicht der Anspruch verfolgt, den Forschungsstand umfassend zu erfassen, sondern einen Eindruck zu gewinnen.

Case Management Kosten sparen und Arbeitgebende werden dabei unterstützt, Kompetenzen in der Organisation zu halten (ebd.).

Weitere empirische Ergebnisse beziehen sich auf andere Organisationen. Beispielsweise wurde Case Management in Kombination mit dem Supported-Employment-Ansatz⁴ in Frühinterventionen zur beruflichen Rehabilitation für junge Menschen mit einer Erst-Psychose in einer Langzeituntersuchung über fünf Jahre untersucht. Die Massnahme ist in einer kanadischen Klinik angesiedelt (Abdel-Baki et al. 2013). Die Case Managerinnen und Manager sind Teil des interprofessionellen Behandlungsteams und sind explizit für die Unterstützung in der beruflichen Eingliederung zuständig. Es handelt sich also um integrierte Versorgung. Die Beschäftigungsquote der untersuchten Gruppe im Vergleich zu Gruppen, die auf keine Unterstützung zur beruflichen Integration zurückgreifen können, ist höher (ebd.). Da in dieser Studie nicht mit einer randomisierten Vergleichsgruppe gearbeitet wurde, sind diese vergleichenden Ergebnisse jedoch mit Vorsicht zu betrachten.

Auch für Personen, die nach einem Herzinfarkt mittels Case Management in der beruflichen Eingliederung unterstützt wurden, konnte ein positiver Effekt des Case Management Verfahrens festgestellt werden. Diese israelische Untersuchung nimmt mittels einer randomisierten Kontrollstudie die Wirkung von Case Management in den Fokus. Interventionsbeginn war noch während des Spitalaufenthaltes und die Intervention dauerte zwei Jahre. So haben 87 % der Interventionsgruppe zwei Jahre nach Arbeitsausfall wieder gearbeitet, bei der Kontrollgruppe, die einzig die herkömmlich, medizinisch ausgerichtete Unterstützung erhalten haben, waren es lediglich 72 % (Zack et al. 2022).

Eine Untersuchung zeigt gegenteilige Ergebnisse im Hinblick auf die Eingliederungsrate. Es handelt sich um eine Langzeitstudie aus Deutschland zu suchterkrankten Personen. Es wurden suchterkrankte Personen über zwei Jahre untersucht und mit einer quasi-randomisierten Kontrollgruppe verglichen. Die eine Gruppe erhielt systematisches Case Management spezifisch zur Unterstützung der beruflichen Eingliederung, die Kontrollgruppe die Standardbehandlung. Laut dieser Untersuchung ist die Eingliederungsrate in der Kontrollgruppe höher als in der Gruppe, die spezifisches Case Management erhalten hat. Es zeigte sich jedoch eine bessere Vernetzung der Case Management-Klientinnen und Klienten mit der Bundesagentur für Arbeit (Saal et al. 2016).

Eine Studie, in der die Effektivität von intensivem Case Management in Frankreich betrachtet wurde, kommt zum Schluss, dass die von Case Managerinnen und Managern begleiteten Personen länger krankgeschrieben waren, da Arbeitsmedizin und Case Management die Klientinnen und Klienten dazu ermutigt hatten, sich ausreichend zu erholen, bevor die Arbeit wieder aufgenommen wurde. In diesem Programm war eine Fachperson für maximal 40 versicherte Personen zuständig. Es umfasste Hausbesuche, administrative, medizinische,

⁴ Mit dem Ansatz Supportet Employment werden Personen mit Beeinträchtigungen zur beruflichen Teilhabe unterstützt. Dabei erfolgt die Unterstützung durch Job Coaches im regulären Arbeitsmarkt und nicht in separaten Organisationen der Arbeitsintegration (vgl. Hoffmann 2013), was eine enge Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden bedingt.

soziale und professionelle Unterstützung in unterschiedlichen Belangen, die sich auf die gesundheitliche Einschränkung bezogen. Ziel dieser Intervention ist, die Rehabilitation zu unterstützen und Kosten zu senken (Leiva et al. 2021). Gemessen an der Dauer der Krankenschreibung wurde also eine negative Wirkung festgestellt. (Frühe) berufliche Integration und die Zusammenarbeit mit Arbeitgebenden wurden in den Zielsetzungen nicht explizit erwähnt.

Die hier analysierten Studienergebnisse geben einen Einblick in empirische Untersuchungen zur Wirkung von Beratung durch Case Management. Mit welchen Handlungen die Beratung tatsächlich vollzogen wurde, ist nicht in allen Publikationen ausgewiesen. Wie auch in der Systematic Literature Review von Dol und Anderen (2021) erwähnt, gilt es dazu mehr Wissen zu erfassen. Bei allen hier bearbeiteten Artikeln war Beratung ein Teil des Case Managements. Ob Beratung an sich der wesentliche Punkt für erfolgreiche Eingliederung im Arbeitsmarkt ist, ist im Hinblick auf die vorliegenden Ergebnisse jedoch unklar. Das Case Management Verfahren zeichnet sich durch die Integration unterschiedlicher Instrumente und Methoden aus und die Beratung der Klientinnen und Klienten ist nur ein Teil dieses umfassenden Verfahrens. Es gibt klare Hinweise, dass Case Management eine positive Wirkung auf die Eingliederungsrate hat (Dol et al. 2021), wobei auch gegenteilige Ergebnisse vorliegen (Saal 2016). Inwiefern diese differierenden Ergebnisse auf die unterschiedlichen Zielgruppen, oder konkreten Handlungen der Fachpersonen zurückzuführen sind, könnte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein. Insgesamt bedarf es noch mehr methodisch hochstehender Arbeiten, um die Wirkung von Case Management umfassend beschreiben zu können (Dol et al. 2021).

Im Vergleich der Ergebnisse fallen zwei weitere Punkte auf, die über die Beratung der Klientinnen und Klienten hinausreicht. In alle Studien, die Zusammenarbeit mit Arbeitgebenden explizit erwähnen, wird auf erhöhte Eingliederungsquoten verwiesen. Insbesondere aus dem Bereich der beruflichen Rehabilitation konnte eine positive Wirkung auf die Eingliederung in die Erwerbsarbeit nachgewiesen werden (z.B. Zack et al. 2022). Dabei handelt es sich um Interventionen, die früh nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit einsetzen.

2.3 Resümee

Die Ausführungen machen deutlich, dass Fallführung bei der IV und Case Management nicht synonym verstanden werden können. Zwar lehnt sich die Fallführung mit ihren drei Schritten (1) Bestandsaufnahme, (2) Planung des weiteren Vorgehens und (3) Begleitung und Überwachung der zugesprochenen Massnahmen durchaus an das Prozessverständnis von Case Management an und auch die Betonung der organisationsübergreifenden Koordination und Kooperation entspricht der Definition Case Management. Im Kreisschreiben wird der organisationale Kontext der IV als Versicherung deutlich. Der Handlungsspielraum der Fallführenden wird durch gesetzliche Rahmenbedingungen bestimmt. Das heisst, es bestehen pro Massnahme Anspruchsvoraussetzungen, die von der versicherten Person erfüllt werden müssen. Im Extremfall kann der Abbruch einer Massnahme drohen. Umgekehrt hat sie auch einen Rechtsanspruch auf bestimmte Massnahmen. In Anlehnung an die oben dargelegten Anforderungen an die professionelle Beziehungsgestaltung ist davon auszugehen, dass sich

diese organisationalen und gesetzlichen Rahmenbedingungen der IV-Stellen auf den Vertrauensaufbau zwischen den fallführenden und den versicherten Personen auswirkt.

Weiter wird in der Literatur das Case Management als Methode zur strukturierten und koordinierten Unterstützung meist in einer kurz- oder mittelfristigen Perspektive beschrieben. Das Kreisschreiben betont dagegen die durchgehende Fallführung über den gesamten Lebenszyklus der versicherten Person hinweg, einschliesslich Übergängen zwischen verschiedenen Lebensphasen und -situationen. Im Case Management liegt der Fokus auf der ressourcen- und lösungsorientierten Unterstützung sowie der partizipativen Zielvereinbarung. Das Kreisschreiben hingegen hebt die Notwendigkeit hervor, Massnahmen und Leistungen im richtigen Umfang und Setting zum richtigen Zeitpunkt bereitzustellen. Dies dürfte den Spielraum zur Partizipation einschränken, was für die Fallführenden herausfordernd sein könnte. Wie dieser Umgang tatsächlich erfolgt, gilt es zu klären.

Ein Teilaspekt der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung ist die Einführung der Fallführung mit Case Management-Logik bei den medizinischen Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG). Diese Logik wurde bereits seit Längerem erfolgreich im Bereich der beruflichen Massnahmen angewandt und soll mit der Weiterentwicklung auf alle Bereiche übertragen werden. Die veränderte Logik kann weitreichende Folgen für die Prozesse innerhalb der IV-Stellen sowie die konkrete Arbeit und Haltung der fallführenden Personen haben. Die neuen Prozesse/Abläufe und Schnittstellen müssen definiert und geeignete Personen rekrutiert beziehungsweise aus- und weitergebildet werden.

Die theoretischen wie auch die empirischen Ausführungen in der untersuchten Literatur legen dar, wie wichtig es ist, ein bestimmtes Verständnis von Case Management einzunehmen, wie dieses ausformuliert werden kann und welche Faktoren dabei zu berücksichtigen sind, sowohl im Hinblick auf die Gestaltung der Kooperation mit den Klientinnen und Klienten und dem Netzwerk wie auch in Bezug auf die Gestaltung des Unterstützungsprozesses.

3 Analysemodell und methodisches Vorgehen

Im Kapitel 3 werden die Grundlagen der Analyse erläutert. Das vom BSV gestaltete Wirkungsmodell zeigt die intendierten Wirkungen auf, welche der Evaluation zu Grunde liegen. Das Analysemodell stellt die Wirkungsebenen und das geplante Vorgehen dar. Die beiden Modelle strukturieren stark die Form und die Methodik der Evaluation.

3.1 Analysemodell

Das Analysemodell leitet sich ab aus den unterschiedlichen Zielgruppen der Invalidenversicherung (vgl. Abbildung 1) und dem Wirkungsmodell des BSV (vgl. Abbildung 2). Im Rahmen der Evaluation werden primär die Aktivitäten sowie die Outputs analysiert. Bei den Aktivitäten stehen die Planung der Anpassungen und die Umsetzung in den einzelnen IV-Stellen im Zentrum. Dabei soll herausgefunden werden, wie weit die Umsetzung bereits fortgeschritten ist und mit welchen allfälligen Schwierigkeiten diese verbunden war. Outcome-Faktoren werden teilweise erhoben, soweit diese als direkte Folge des Outputs verstanden werden können. So kann beispielsweise eine engere Fallführung (Output) den Vertrauensaufbau fördern und zu zielgerichteteren Massnahmen führen (Outcome). Folgende Grafik stellt das Wirkungsmodell des BSV dar, welche Grundlage für die Evaluation ist.

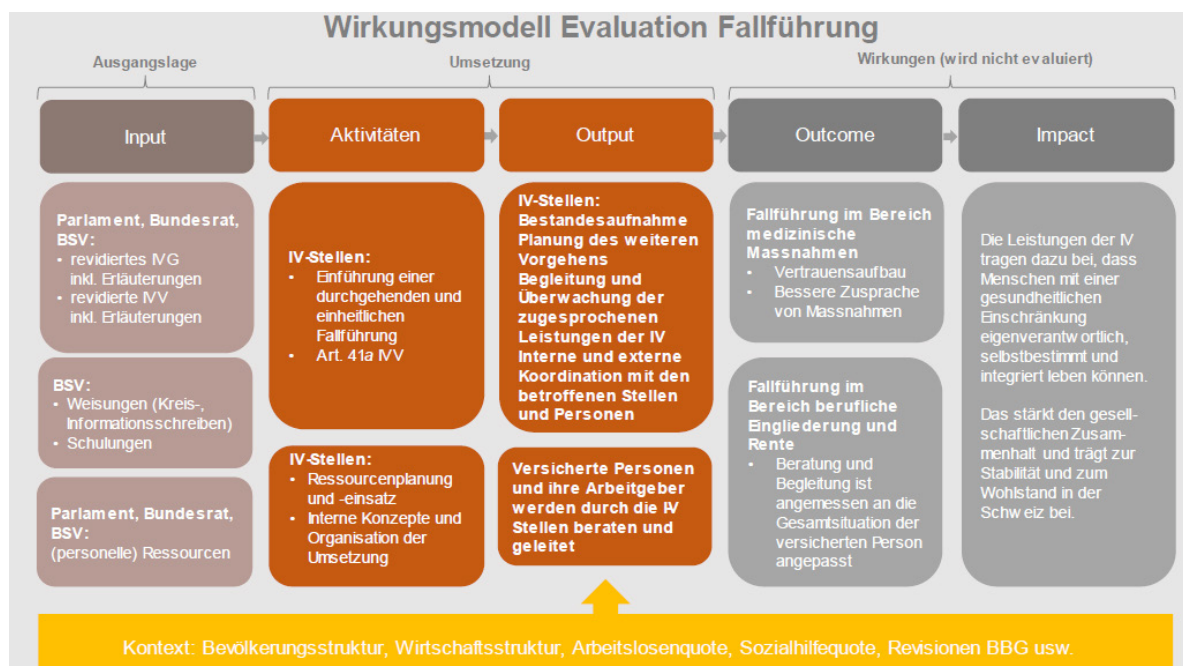


Abbildung 3: Wirkungsmodell der Fallführung (Quelle: Ausschreibung zur Evaluation der Weiterentwicklung IV)

Grundlagen des Analysemodells

Die einzelnen IV-Stellen unterscheiden sich klar in mehreren strukturellen Merkmalen. Einige dieser Merkmale sind in Kapitel 2.3 aufgelistet. Diese Unterschiede könnten zu unterschiedlichen Praxen der Fallführung führen. In der Analyse sollen diese unterschiedlichen Praxen mit ihren Chancen und Herausforderungen erkannt werden.

Die Expertinnen- und Experteninterviews zeigten zusätzlich auf, dass innerhalb einer einzelnen IV-Stelle nicht grundsätzlich von einer einheitlichen Praxis gesprochen werden kann. Vielmehr haben sich unterschiedliche Praxen je nach Tätigkeitsfeld und Zielgruppe etabliert. Bei der Evaluation wird daher auch geprüft, ob sich die unterschiedlichen Vorgehensweisen bei der Fallführung innerhalb einer IV-Stelle auf die Ziele der Fallführung auswirken. Das Analysemodell trägt dieser Diversität innerhalb der einzelnen IV-Stellen Rechnung.

Dimensionen des Modells

Die Dimensionen des Analysemodell leiten sich sowohl aus den Expertinnen- und Experteninterviews als auch aus den in Kapitel 2 vorgestellten theoretischen Grundlagen des Case Managements und den intendierten Wirkungen der Fallführung ab. Folgende beiden Dimensionen werden dabei primär berücksichtigt:

Art der Angebote und Zielgruppen

Ein Ziel der Weiterentwicklung der IV sind möglichst lückenlose Übergänge zwischen den Lebensphasen der Versicherten. Eine Differenzierung zwischen den einzelnen Angeboten (Abteilung, Personal) besteht jedoch bei den meisten IV-Stellen nach wie vor. Eine Hauptdimension des Analysemodells ist daher gegeben durch die Angebotsstruktur, respektive die Lebensphase der Versicherten. Die einzelnen Dienstleistungen richten sich an unterschiedliche Zielgruppen und können daher unterschiedliche Intensitäten an Fallführung aufweisen. Die Resultate im vorliegenden Bericht werden strukturiert nach den Zielgruppen der Angebote. Die Angebote sind daher teilweise aber nicht gänzlich vergleichbar. Folgende Angebotsgruppen werden analysiert:

- Fallführung bei Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG)
- Fallführung bei beruflichen Eingliederungsmassnahmen von Jugendlichen/jungen Erwachsenen
- Fallführung bei beruflichen Eingliederungsmassnahmen von Erwachsenen
- Fallführung bei Rentenprüfung und Verrentung

Phasen der Angebote

Sämtliche Dienstleistungen der IV laufen in einem Phasenschema ab. Die Intensität der Phasen innerhalb einer Dienstleistung können sich zwischen den IV-Stellen unterscheiden. Diese Evaluation soll aufzeigen, wie in der Praxis der IV-Stellen die jeweiligen Phasen durch die Fallführung gestaltet werden und welche Herausforderungen sich daraus ergeben. Die Dimensionen der Phasen lassen sich folgendermassen unterteilen:

- Anmeldung und Bestandesaufnahme
- Planung des Vorgehens
- Begleitung und Überwachung
- Übergang in ein anderes Angebot oder Abschluss

Zusätzlich beinhaltet die Dimension Prozesse, welche sämtliche Phasen umfassen:

- Interne und externe Kommunikation (z.B. bei Case Management / Coaching)
- Generelle Fallführung prozessübergreifend

Die Kriterien der Fallführung fließen in die einzelnen Felder des Analyserasters ein. Die beiden Dimensionen lassen sich grafisch in folgendem Modell darstellen:

		Prozessphasen			
		interne und externe Kommunikation			
		generelle Fallführung			
		Anmeldung und Bestandesaufnahme	Planung des Vorgehens	Begleitung und Überwachung	Übergang oder Abschluss
Angebote und Zielgruppen	Geburtsgebrechen (Art. 13)				
	BEM ohne GG (Art. 12)				
	BEM Jugendliche/junge Erwachsene				
	BEM Erwachsene				
	Rentenprüfung/Verrentung				

Abbildung 4: Analysemodell (eigene Darstellung)

Die einzelnen IV-Stellen lassen sich nach beiden Dimensionen auswerten und untereinander vergleichen. Die einzelnen Evaluationsfragen lassen sich den Angeboten und Zielgruppen und den Prozessphasen zuordnen.

3.2 Vorgehen zur Typenbildung

Eine der zentralen Veränderungen in der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung (IV) ist die Einführung der Fallführung mit Case-Management-Logik bei den medizinischen Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG). Diese Logik wurde bereits seit Längerem erfolgreich im Bereich der beruflichen Massnahmen angewandt und soll mit der Weiterentwicklung auf alle Bereiche übertragen werden.

Bei einer Fallführung mit Case-Management-Logik tritt an die Stelle einer „administrativen Logik“ eine durchgehende Begleitung und Beratung der versicherten Personen und ihres Umfeldes. Dies bedeutet, dass sich die Arbeit vom „Schreibtisch“ und gutachtenbasierten Entscheidungen auf Grund gesetzlicher Grundlagen hin zu einer klientinnen- und klientenzentrierten Begleitung entwickelt. Dies hat weitreichende Folgen für die Prozesse innerhalb

der IV-Stellen sowie die konkrete Arbeit und Haltung der fallführenden Personen. Die neuen Prozesse/Abläufe und Schnittstellen müssen definiert und geeignete Personen rekrutiert beziehungsweise aus- und weitergebildet werden.

Ein wesentlicher Aspekt dabei ist die Sicherung der Kontinuität und Qualität des Case Managements, insbesondere bei Übergaben und Übergängen zwischen verschiedenen Diensten, Einrichtungen oder Lebensphasen. Diese Momente sind kritisch, da sie oft mit einem erhöhten Risiko für Missverständnisse, Informationsverlust und Unterbrechungen in der Beziehung zu Klientinnen und Klienten einhergehen. Eine bewusste Beziehungsgestaltung zu den Klientinnen und Klienten, effektive Kommunikation zwischen allen Beteiligten, die Sicherung von Wissen und eine bewusste und vorausschauende Gestaltung von Übergängen können hier als Schlüsselstrategien bezeichnet werden.

Vor dem Hintergrund der in Kapitel 2 dargelegten fachlichen und rechtlichen Grundlagen und auf Grund von Expertengesprächen dienen die folgenden Merkmale zur Typenbildung. Die Fragen stehen im Zentrum, ob eine hochspezifische Planung mit standardisierter Umsetzung oder eine breitere Planung mit stärkerer Verfeinerung in der Umsetzung verfolgt wird, die Funktion und Häufigkeit des Einsatzes von Auflagen sowie die Organisationsform, das heisst eine Spezialisierung nach Fachgebieten im Vergleich zu einer generalistischen Ausrichtung.

Als weiteres Merkmal wird die Grösse des Kantons respektive der IV-Stelle einbezogen. Wo bei die Grösse der IV-Stelle mit der Organisationsform zusammenhängt und es sich nicht um unabhängige Merkmale handelt, da kleine IV-Stellen eher generalistisch arbeiten, während erst ab einer gewissen Grösse eine stärkere funktionale Spezialisierung möglich ist. Darüber hinaus werden die Interviews daraufhin untersucht, ob sich aus dem empirischen Material weitere Merkmale ableiten lassen, die zusätzliche Differenzierungen ermöglichen.

Merkmal Vorgehen: Hochspezifische Planung und Umsetzung vs. Breite Planung und Verfeinerung in der Umsetzung

Als ein Merkmal zur Bildung von Typen soll unterschieden werden, welche Vorgehenschwerpunkte von den IV-Stellen gesetzt werden. Die aktuelle Literatur zur Fallführung legt nahe, dass es mindestens zwei Typen der Schwerpunktsetzung in diesen Arbeitsschritten geben kann:

1. Der Fokus des Vorgehens liegt auf einer möglichst ausführlichen Bestandsaufnahme verbunden mit einer hochspezifischen Planung des weiteren Vorgehens und einer Überprüfung der Massnahmen.
2. Der Fokus des Vorgehens liegt bei einer verstärkten Begleitung der versicherten Person während der Umsetzung. Das heisst, die Massnahmen sind bei Beginn der Umsetzung breit gefasst und werden während der Umsetzung spezifischer.

Merkmal Auflagen: Funktion und die Häufigkeit des Einsatzes von Auflagen

Eine Besonderheit der IV-Fallführung ist die Prüfung von medizinischen Behandlungsaufgaben im Rahmen der Planung des weiteren Vorgehens. Eine Studie des Büros Vatter und der Berner Fachhochschule von 2020 zeigte, dass solche Auflagen, beispielsweise bei

Suchterkrankungen selten und je nach IV-Stelle unterschiedlich angewendet wurden. Die Studie empfahl gezielte Auflagen. In der Weiterentwicklung der IV rücken diese Auflagen stärker in den Vordergrund und sollen konsistent in allen IV-Stellen in ähnlicher oder gleicher Weise eingesetzt werden. Ein Fokus der vorliegenden Evaluation wird daher auf den aktuellen Praxen hinsichtlich Auflagen der verschiedenen IV-Stellen liegen.

Merkmal Organisationsform: Spezialisierung vs. generalistische Ausrichtung

Wie stark die Mitarbeitenden einer IV-Stelle spezialisiert sind bzw. als Generalistinnen und Generalisten arbeiten, hängt eventuell primär mit der Grösse und sekundär mit der internen Organisation der IV-Stellen zusammen. Beide Ausrichtungen, spezialisiert oder generalistisch, haben in Bezug auf die durchgehende Fallführung spezifische Stärken und Herausforderungen und müssten sich in den Reglementen und Prozessen der IV-Stellen sowie in den Haltungen und dem beruflichen Selbstverständnis der Mitarbeitenden widerspiegeln.

Die Crux bei einer generalistischen Ausrichtung ist die Beschaffung von hochspezifischem Wissen, und bei einer Spezialisierung die Kooperation und der Wissensaustausch: Durchmischte Teams oder klare Case-Management-Prozesse können bei spezifischen Herausforderungen bei der Zusammenarbeit von Spezialistinnen und Spezialisten angegangen werden; bei einer generalistischen Vorgehensweise die Bereitstellung von Ressourcen im Case Management für spezifische Abklärungen.

3.3 Methodik

Die Evaluation stützt sich auf ein methodisches Vorgehen, welches verschiedene Erhebungs- und Auswertungsstrategien miteinander verknüpft, um möglichst viele Aspekte der Fallführung bei den kantonalen IV-Stellen zu erfassen und ein möglichst differenziertes Bild der aktuellen Praxis, ihrer Hintergründe und Wirkungen zu gewinnen.

Dokumentenanalyse und Auswertung der Leistungscodes

Den Ausgangspunkt der Untersuchung bildet eine umfassende Dokumentenanalyse, in deren Rahmen unterschiedliche Datenquellen systematisch erschlossen und ausgewertet werden. Die IV-Stellen dokumentieren ihre Fallführungen nach demselben Codierschema, welches zumindest teilweise eine strukturierte und vergleichbare Erfassung der relevanten Tätigkeiten ermöglicht. Die erhobenen Daten standen der Evaluation zur Verfügung.

Ergänzend zu diesen quantitativen Daten wurden zahlreiche weitere Dokumente in die Analyse einbezogen. Hierzu zählen insbesondere interne Anleitungen, Schulungsunterlagen und weitere von den IV-Stellen oder dem BSV entwickelte Unterlagen, welche die Fallführung erläutern. Weiter werden die Dokumente aus dem Audit 2023 analysiert, da sie einen Einblick in die praktische Umsetzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» und der damit verbundenen Prozesse bieten.

Die Auswertung dieser unterschiedlichen Dokumente erfolgt mittels einer systematischen Inhaltsanalyse. Grundlage hierfür bildete ein Analysemodell, das die relevanten Prozessphasen der Fallführung abbildet und die Zuordnung der Inhalte zu spezifischen Analysekriterien

ermöglicht. Ziel ist es, sowohl die formalen Vorgaben als auch die tatsächliche Umsetzung in den verschiedenen IV-Stellen zu rekonstruieren und zu bewerten.

Interviews mit Mitarbeitenden der IV-Stellen

Das zentrale Element der Datenerhebung stellen die Interviews mit den Mitarbeitenden der IV-Stellen dar. Die Interviews wurden an nahezu allen kantonalen IV-Stellen durchgeführt. Lediglich eine Stelle verzichtete nach Rücksprache mit dem BSV auf eine Teilnahme. Das Erhebungskonzept sah pro IV-Stelle ein Einzelinterview mit einer Leitungsperson sowie eine Fokusgruppendifkussion mit zwei bis vier für die Fallführung verantwortlichen Mitarbeitenden vor. In einem Fall wurde aufgrund personeller Veränderungen auf die Fokusgruppe verzichtet und stattdessen nur ein Einzelinterview geführt.

Die Interviews wurden leitfadengestützt und teilstrukturiert durchgeführt. Dies gewährleistete die Vergleichbarkeit der erhobenen Daten zwischen den verschiedenen IV-Stellen, bot aber zugleich genügend Flexibilität, um auf die individuellen Besonderheiten und Fragestellungen der jeweiligen Stelle eingehen zu können. Die thematische Struktur der Leitfäden orientierte sich an den zentralen Fragestellungen der Evaluation und bildete zugleich die Grundlage für die spätere Auswertung und Berichterstattung.

Die Durchführung der Interviews erfolgte digital. Alle Gespräche wurden mit Einwilligung der Teilnehmenden aufgezeichnet und anschliessend transkribiert.

Auswertung und Analyseverfahren

Die Auswertung der Interviewdaten erfolgte mithilfe eines inhaltsanalytischen Verfahrens. Die Transkripte wurden auf Basis eines zuvor entwickelten Codierschemas analysiert. Dieses Codierschema orientierte sich am Analysemodell der Evaluation, war jedoch offen für Erweiterungen. Das bedeutet, dass während der Analyse neue Kategorien und Themen aufgenommen werden konnten, sofern sie in den Interviews als relevant identifiziert wurden.

Die Auswertungen im folgenden Kapitel strukturieren sich nach den unterschiedlichen Zielgruppen der Invalidenversicherung.

4 Auswertung

Aufbauend auf dem zuvor erläuterten Analysemodell werden im folgenden Kapitel zentrale inhaltliche Befunde aus den Interviews mit Fallführenden und Leitungen kantonaler IV-Stellen zur Fallführung dargestellt. Im Fokus stehen dabei die praktischen Umsetzungsweisen, Erfahrungen und Einschätzungen im Zusammenhang mit den durch die Weiterentwicklung der Invalidenversicherung (WEIV) angestossenen Veränderungen. Besonders sichtbar werden diese in der Fallführung bei Minderjährigen gemäss Art. 12 und 13 IVG sowie in der verstärkten Umsetzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente». Die Auswertung macht deutlich, dass sich in der Folge nicht nur Abläufe, sondern auch Rollenverständnisse, Kooperationsformen und interne Zuständigkeiten verändert haben.

Die Darstellung der Ergebnisse folgt der Gliederung entsprechend den zentralen Handlungsfeldern der IV-Fallführung. Zunächst werden querschnittliche Aspekte der Fallführung im Allgemeinen behandelt (Kapitel 4.1). Darauf folgt die Auswertung zur Fallführung bei Geburtsgebrechen und bei medizinischen Eingliederungsmassnahmen (Kapitel 4.2). Im dritten Schritt wird die Fallführung im Bereich der beruflichen Eingliederung dargestellt (Kapitel 4.3). Anschliessend wird auf die Umsetzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» sowie auf die Fallführung bei der Rentenprüfung und während der Rentenausrichtung eingegangen (Kapitel 4.4).

4.1 Fallführung im Allgemeinen

Einige Themenfelder der Evaluation fokussierten auf Aspekte, welche nicht einem einzelnen Bereich der Fallführung zuzuweisen sind, sondern die Fallführung und die Organisation in den IV-Stellen im Allgemeinen betreffen. So stellt beispielsweise die Beratung in einem gesamten Prozess eine Querschnittsfunktion dar, welche angebotsunabhängig ist. In diesem Unterkapitel werden Resultate zu solchen Querschnittsaspekten präsentiert.

4.1.1 Allgemein positive Einschätzung der Weiterentwicklung der Fallführung

Die kantonalen IV-Stellen beurteilen die Einführung der WEIV, als Ganzes und die Fallführung im Speziellen, mehrheitlich als einen Schritt in die richtige Richtung. Dabei unterscheiden sich die Einschätzungen zwischen den Leitungspersonen und den Mitarbeitenden kaum. In den Interviews wird mehrfach betont, dass die neuen Vorgaben und Strukturen dazu beigetragen haben, die Fallführung gezielter und koordinierter zu gestalten. Insbesondere die stärkere Strukturierung der Prozesse, die klareren Rollenbilder und der Fokus auf frühe Interventionen werden als Verbesserungen wahrgenommen. Auch wenn mit der Umsetzung ein Mehraufwand verbunden ist und die Ressourcen als knapp eingeschätzt werden, überwiegt in der Gesamtsicht die Einschätzung, dass die WEIV zur Professionalisierung und Systematisierung der Fallführung beigetragen hat. Aussagen wie «Wir sind besser aufgestellt als früher» (13) oder «Die WEIV hat Ordnung in die Abläufe gebracht» (7) stehen exemplarisch für die positive Grundhaltung vieler befragter Stellen.

4.1.2 Verständnis von Fallführung und Case Management

Ein zentrales Ergebnis dieser Evaluation betrifft die Umsetzung und Interpretation der Prinzipien des Case Managements (CM) durch die IV-Stellen, wie sie im Kreisschreiben in der WEIV definiert wurden. Während die CM-Theorie ein strukturiertes, systematisches Vorgehen mit klar definierten Prozessschritten und einer intensiven, kontinuierlichen Begleitung der Versicherten vorsieht und auch die IV-Regelungen in diesem Sinne einen Rahmen vorgeben, weist die Praxis in den IV-Stellen insgesamt eine grosse Vielfalt auf.

In den meisten IV-Stellen wird zwar nach Grundsätzen des Case Managements gearbeitet, jedoch wird das Konzept unterschiedlich interpretiert und umgesetzt. In der Regel entspricht das, was in der Praxis von Mitarbeitenden und Leitungspersonen der IV-Stellen als „Case Management“ bezeichnet wird, eher einer beratenden oder coachenden Begleitung, die sich auf punktuelle Interventionen beschränkt. Ein systematisches Case Management im engeren Sinne, also mit regelmässigen, beispielsweise wöchentlichen Treffen, klaren Zielvereinbarungen, fortlaufender Evaluation und einer engen Steuerung des Integrationsprozesses, findet meist nur dann statt, wenn externe Unternehmen oder spezialisierte Dienstleister damit beauftragt werden. In diesen Fällen werden die klassischen Phasen des Case Managements (Intake, Assessment, Zielvereinbarung, Intervention, Monitoring und Evaluation) durchlaufen. Im Folgenden wird ausgeführt, welche Einzelelemente und Ansätze des Case Managements sich gleichwohl in der Arbeit der IV-Stellen wiederfinden lassen.

Für die IV-Stellen selbst stellt die Umsetzung eines solchen intensiven, strukturierten Case Managements eine erhebliche Herausforderung dar. Die Fallbelastung und die knappen personellen Ressourcen machen es nahezu unmöglich, allen Versicherten eine derart engmaschige Begleitung zu bieten. Dies führt dazu, dass das Case Management in der Regel auf das Setzen von einzelnen Massnahmen, die Koordination mit Dritten und die punktuelle Beratung reduziert wird. Die IV-Stelle 24 beschreibt, dass die Beratung zu Beginn häufig etwas gehemmt verläuft, da zunächst eine Vertrauensbasis geschaffen werden muss, ein Aspekt, der in der Case Management-Theorie als zentrale Voraussetzung für den Erfolg gilt. Die IV-Stelle 1 hebt hervor, dass nicht nur die Auswahl der passenden Massnahme entscheidend ist, sondern auch der richtige Zeitpunkt für deren Umsetzung. Dies erfordert von den Fallführenden ein hohes Mass an Fingerspitzengefühl und Erfahrung. Die zentrale Rolle der fallführenden Personen als Schaltstelle zwischen unterschiedlichen Akteuren wurde in den Interviews häufig erwähnt.

Der Abgleich zwischen den theoretischen Vorgaben des Case Managements, den gesetzlichen Erwartungen und der tatsächlichen Umsetzung in den IV-Stellen zeigt somit eine deutliche Diskrepanz. Während die Theorie einen kontinuierlichen, prozesshaften und ressourcenintensiven Ansatz fordert, ist die Praxis in den IV-Stellen durch pragmatische Anpassungen und Priorisierung geprägt. Die strukturellen Rahmenbedingungen, insbesondere die hohe Fallzahl pro Mitarbeitenden und der Zeitdruck, begrenzen die Möglichkeiten, ein umfassendes Case Management zu realisieren. Die im Rahmen der WEIV formulierten Vorgaben zur Fallführung nehmen eine Zwischenposition ein: Sie beschreiben Standards der

Fallführung nach Case Management Prinzipien, haben jedoch die für eine Umsetzung notwendigen Ressourcen nur begrenzt im Blick.

4.1.3 Einfluss der Kantonsgrösse auf die Spezialisierung

Die Bevölkerungsgrösse des Kantons hat einen Einfluss auf die Grösse der IV-Stelle und den Spezialisierungsgrad der einzelnen Personen/Abteilungen. Mit einigen Ausnahmen kann davon ausgegangen werden, dass die IV-Stellen in grösseren Kantonen über spezialisiere Funktionen verfügen. Dies hat den Vorteil, dass die einzelnen Mitarbeitenden über ein sehr tiefes Fachwissen in ihrem Teilbereich verfügen (z.B. 7), aber auch den Nachteil, dass die Versicherten häufig unterschiedliche Ansprechpersonen bei der IV-Stelle haben. Dies erschwert es ihnen, den Überblick zu behalten. In kleineren IV-Stellen ist der Generalisierungsgrad der Tätigkeiten grösser. Dies führt dazu, dass die Versicherten mit weniger Ansprechpersonen zu tun haben. Häufig erleichtert dies den Kontakt mit der IV-Stelle.

4.1.4 Koordination zwischen den internen und externen Leistungserbringenden

In der Fallführung hat die Koordination einen besonderen Stellenwert, insbesondere wenn es sich um komplexe Fallthematiken mit mehreren involvierten Stellen und Personen handelt. Beim Thema Koordination wird in der Praxis zwischen interner und externer Koordination unterschieden. In den geschilderten Praktiken der IV-Stellen finden sich fallspezifische Kooperationen wie fallübergreifende Partnerschaftspflege.

Interne Koordination

Intern wird mit dem Regionalärztlichen Dienst (RAD) zusammengearbeitet. Dazu werden interdisziplinäre Sitzungen mit dem RAD abgehalten (20). Insbesondere kleine IV-Stellen betonen die unkomplizierte interne Zusammenarbeit auf Grund der örtlichen Nähe. Dieser Umstand erleichtert Absprachen erheblich (4, 20).

Fallspezifische interne Koordination kommt insbesondere dann zum Tragen, wenn Falldossiers geschlossen oder von den beruflichen Massnahmen an die Rentenprüfung weitergeleitet werden (7). Bei der IV-Stelle 14 wird in spezialisierten Fallführungsteams gearbeitet, um die Kooperation sowohl mit internen als auch mit externen Partnern zu gewährleisten. Dafür braucht es jedoch stets das Einverständnis der Versicherten (26).

Koordination mit externen Leistungserbringenden

Die IV-Stellen kooperieren mit unterschiedlichen externen Organisationen. Dabei stellen die Kontakte zur Wirtschaft und den Arbeitgebenden ein wichtiges Standbein dar. Weiter werden Kontakte zu medizinischen Einrichtungen wie (Haus-) Ärzte und Ärztinnen, Kinderärztinnen und -ärzte, Kliniken, Spitex, Therapeutinnen und Therapeuten, Schulpsychologie, (Sonder)schulen und Lehrpersonen gesucht. Zusätzliche Kooperationen existieren mit Institutionen im Sozialbereich, dem Migrationsamt, Sozialvorstehenden, Sozialdiensten der Gemeinden, Spitälern oder mit der Beistandschaft. Zudem wird auch mit dem Gewerbeverband, der Berufsberatung oder externen Coaches kooperiert. Es handelt sich also um eine Vielzahl an

Personen und Organisationen, die in die Leistungserbringungen involviert sein können. Diese Kooperationen werden fallspezifisch initiiert (6, 7, 12, 13, 14, 16, 18) oder zeigen sich in der fallübergreifenden Partnerschaftspflege (1, 3, 4, 7, 8, 10, 12, 13, 19). Ziel der Zusammenarbeit ist es, die nahtlose Betreuung der Versicherten sicherzustellen (16), den Informationsfluss zu gewährleisten (16) und letztlich eine schnelle Umsetzung der Massnahmen zu ermöglichen (12), beispielsweise indem niederschwellig Angebote gemacht werden (1).

Der Ablauf der Koordination lässt sich idealtypisch am Beispiel einer IV-Stelle (16) illustrieren: Dort erfolgen ein regelmässiger Austausch und eine enge Zusammenarbeit mit externen Partnern wie Spitälern, Therapeuten und sozialen Institutionen. Dabei werden relevante Informationen über unterschiedliche Wege (Round-Table-Gespräche, Sitzungen, Telefongespräche, Korrespondenzen) ausgetauscht, um eine kohärente Betreuung der Versicherten zu gewährleisten. Zudem werden persönliche Treffen und gemeinsame Fallbesprechungen organisiert, um Informationen zu teilen und Massnahmen abzustimmen. Die IV-Stelle pflegt strategische Partnerschaften, um sicherzustellen, dass die Versicherten nahtlos betreut werden und alle Beteiligten auf dem gleichen Informationsstand sind.

Fallführende Personen als «Drehscheibe»

Sowohl bei der internen wie externen fallspezifischen Koordination kommt den fallführenden Personen eine Schlüsselrolle zu. Sie fungieren als Ansprechpersonen und übernehmen die Koordination und Kommunikation zwischen Versicherten und den involvierten Stellen (14). Da die einzelnen involvierten Personen ihre Teilbereiche selbst verantworten haben die Fallführenden eine koordinative Funktion (15). Die Rolle der Fallführenden wird auch als «Drehscheibe» beschrieben (7). Ziel einer solchen Drehscheibenfunktion und der damit zusammenhängenden Zusammenarbeit ist es vor allem, den Prozess zu beschleunigen, damit die Massnahmen, die gesprochen werden, auch schnell umgesetzt werden können.

Fallführende sind häufig mit anspruchsvollen, emotional belastenden oder auch akuten Situationen konfrontiert. Daher ist das persönliche Gespräch ein viel genutztes Instrument. Insbesondere im Kontakt mit externen Stellen wird auch telefonisch kommuniziert, dies ermöglicht es, schnell Informationen auszutauschen. Insbesondere grössere IV-Stellen achten auf regelmässige Kommunikation, um alle Kooperationspartner zu informieren. Dazu dienen fallspezifisch Koordinationssitzungen oder Standortgespräche. Weiter werden auch Schulungen zu Themen der Fallführung angeboten, um das Wissen der Mitarbeitenden auf den neuesten Stand zu bringen (4, 8, 13, 14, 16, 18, 19). Andere betonen den Gewinn einer pragmatischen, offenen und unkomplizierten Zusammenarbeit (10, 12, 16, 20, 26). In administrativ geprägten Arbeitsbereichen spielt schriftliche Kommunikation eine wichtige Rolle (10, 15), beispielsweise wenn zur Leistungsprüfung Berichte eingefordert werden (2).

Wie die Kooperation zwischen den Leistungserbringenden erfolgt, ist durch die Grösse der IV-Stelle geprägt. Die Zusammenarbeit in kleineren IV-Stellen erfolgt aufgrund der örtlichen Nähe häufig wenig formalisiert und zeichnet sich durch Pragmatismus aus. Regelmässigkeit in der Kommunikation erweist sich insbesondere in grösseren IV-Stellen als gewinnbringend.

4.1.5 Vertrauensbildende Massnahmen

Das Vertrauen der Versicherten und deren Eltern in die IV-Stellen ist eine zentrale Ressource, um in einem Arbeitsbündnis Ziele zu erreichen und eine aktive Integration der Versicherten in den Arbeitsmarkt zu gewährleisten. Die meisten kantonalen IV-Stellen gehen davon aus, dass dieses Vertrauen erst erarbeitet werden muss. Die Wege hin zu diesem Vertrauen sind jedoch unterschiedlich.

Erst-Kommunikation

Eine wichtige Voraussetzung, um Vertrauen zu schaffen, ist eine offene und transparente Kommunikation. Darunter wird den Interviews (IV-Stellen 3, 10, 13, 14, 16) zufolge insbesondere eine aktive, empathische und vor allem kontinuierliche Kontaktpflege verstanden. Die Fallführenden melden sich in bestimmten Abständen bei den versicherten Personen und warten nicht, bis diese sich melden. Gleichzeitig merken einige kantonale IV-Stellen an, dass es schwierig ist, das System der IV zu verstehen. Diese setzen dann häufig auf eine dosierte Kommunikation mit den notwendigen Informationen. Hierbei scheint es diesen IV-Stellen auch wichtig die gesetzlichen Grundlagen zu erklären (6, 7, 21, 26). Bei der IV-Stelle 17 liegt das Gewicht auf einer möglichst frühen Kommunikation mit der Klärung der möglichen Kommunikationskanäle. Eine kantonale IV-Stelle (1) geht davon aus, dass ein möglichst früher Besuch bei den Versicherten zu Hause die Situation klären und das Vertrauen der Versicherten stärken kann. Allen IV-Stellen gemeinsam ist, dass sie davon ausgehen, dass nach der Anmeldung bei der IV bis zum Erstgespräch möglichst wenig Zeit vergehen soll. Einige kantonale IV-Stellen erwähnen, dass ein wichtiges Element die Transparenz ist. Diese klärt zum einen die Situation (beispielsweise was durch die IV auch nicht möglich ist) und schafft Vertrauen durch Klarheit.

Einbindung der Eltern und Regelmässigkeit des Kontakts mit den Versicherten

Die meisten IV-Stellen gehen davon aus, dass es am besten ist, wenn Massnahmen und Unterstützungsleistungen in Kooperation mit den Versicherten und deren Eltern gesprochen werden. Dabei steht die Einbindung der Eltern in die Planung der Massnahmen (14), das Erkennen des systemischen Kontexts in der Familie (25), die Unterstützung bei der Lehrstellersuche (11) oder der Einbezug der Eltern in die Planung der anstehenden Schritte (9) im Zentrum. Bei der IV-Stelle 17 wird erwähnt, dass die Vernetzung der Eltern untereinander gefördert wird, das heisst, dass Eltern aktiv miteinander in Kontakt gebracht werden, damit sie über ihre Anliegen diskutieren können. Ein wichtiges vertrauensbildendes Kriterium ist die Regelmässigkeit des Kontaktes zu den Versicherten und ihren Eltern. Viele IV-Stellen sehen dies als Schlüssel für eine funktionierende Beziehung zu den Versicherten (2, 3, 13, 14, 16, 17, 19, 25). Die Kontakte finden in der Regel als Treffen zwischen der Mitarbeitenden und den Versicherten statt, können aber auch telefonisch (4) durchgeführt werden. Bei persönlichen Treffen können in einigen IV-Stellen die Eltern den Ort des Treffens selbst wählen. Dieses kann in der IV-Stelle, bei den Eltern oder beispielsweise auch in einem Spital, in welchem das Kind zurzeit ist, stattfinden (6, 7, 12). Wichtig ist der IV-Stelle 7, dass sich die Eltern jederzeit melden können, auch ohne, dass sie von der IV-Stelle kontaktiert wurden.

Einige IV-Stellen haben erwähnt, dass auch die Form der Kontaktnahme entscheidend sei. Dabei bevorzugen Eltern eher eine persönliche, telefonische Kontaktnahme gegenüber einem Brief.

Feste Ansprechpartnerinnen und -partner bei der IV-Stelle

Die einzelnen IV-Stellen haben sich unterschiedlich organisiert. Es sind jedoch alle bestrebt den Versicherten möglichst Informationen aus einer Hand zu liefern. Dies bedeutet, dass die Versicherten möglichst wenige Ansprechpartnerinnen und -partner innerhalb einer IV-Stelle haben sollen. Kleinere IV-Stellen (4, 11, 26) gehen davon aus, dass jede versicherte Person nur einen Ansprechpartner bei der IV-Stelle hat. Diese Person nimmt daher eine Triage-Funktion ein und leitet allenfalls die Anliegen der versicherten Person an die richtige Stelle weiter. Vereinzelt praktizieren dies auch grössere IV-Stellen wie jene im Kanton 14. Dies ist jedoch durch die funktionale Differenzierung innerhalb der IV-Stelle mit grösserem Aufwand verbunden. Es erfordert eine stärkere interne Koordination, was vor allem grössere IV-Stellen vor Herausforderungen stellt. Gemäss den IV-Stellen 1 und 20, welche auch auf möglichst wenig Kontaktpersonen setzen, wird dadurch das Vertrauen in die IV-Stelle gestärkt.

Permanente Vertrauensbildung

Die kantonalen IV-Stellen gehen davon aus, dass das Vertrauen der Versicherten (und bei Geburtsgebrechen der Eltern) eine zentrale Ressource bei der gemeinsamen Arbeit darstellt. Dies kann unter anderem durch verlässliche externe Partnerinnen und Partner entstehen. Solches Zusammenarbeiten hat unter anderen die IV-Stelle 16 erwähnt. Dabei werden die externen Partnerinnen und Partner zwar durch die IV-Stelle beaufsichtigt, geniessen jedoch auch eine gewisse Autonomie und haben die Möglichkeit, Empfehlungen abzugeben. Diese externen Netzwerke werden beispielsweise bei der IV-Stelle 23 noch weitergeführt, dadurch, dass Schulen, Arbeitgebendenverbände, Vereine und Gewerkschaften in das Netzwerk eingebunden sind. In diesem Sinne ist die Begleitung der versicherten Personen eine Verbundaufgabe aller Akteure. Die IV-Stelle 7 sieht zusätzlich eine Aufgabe darin, das Verständnis bei weiteren Beteiligten wie Arbeitgebenden oder Berufsschulen für Personen zu fördern, welche bei einer IV-Stelle angemeldet sind. Der Kontakt zu einer IV-Stelle und die Leistungen, welche eine Person durch diese Stelle bezieht, sollen nicht zu einer gesellschaftlichen Stigmatisierung führen.

Fachlichkeit und Transparenz

Es wird mehrfach erwähnt, dass fachlich kompetentes Auftreten das Vertrauen bei den Versicherten steigert (z.B. 5, 23). Dabei erwarten die Versicherten zwar vereinzelt Spielräume, möchten aber vor allem auch Unterstützung und klare Antworten auf ihre Fragen. Wichtig dabei ist es, Möglichkeiten aber auch Grenzen der Unterstützungsangebote aufzuzeigen (22). Wenn den Versicherten bewusst und aktiv zugehört wird, fördert dies das Vertrauen (24). Einschränkend dabei können die zeitlichen Ressourcen sein, welche zur Verfügung stehen (21). Bei der IV-Stelle 12 wurde zusätzlich erwähnt, dass Vertrauen durch einen empathischen und verständnisvollen Umgang entstehen kann. Dies lässt sich gemäss der IV-

Stelle 22 auch damit vereinbaren, die klaren Grenzen und Möglichkeiten der IV aufzuzeigen. Transparenz und Klarheit sind gemäss dieser IV-Stelle zentrale Elemente, um Vertrauen zu bilden.

4.1.6 Beratungsangebote in den IV-Stellen

Alle IV-Stellen verfügen sowohl über Angebote für die Versicherten als auch für Arbeitgebende. Beide Gruppen stehen im Zentrum der Arbeit, die auf den Erhalt eines bestehenden Arbeitsplatzes abzielt.

Vernetzung mit den Arbeitgebenden

Die Arbeitgebenden werden wo nötig und sinnvoll in die Planung und Begleitung der Versicherten einbezogen. Im Fokus steht dabei die Beratung bei der spezifischen Anpassung von Arbeitsplätzen oder Arbeitszeitmodellen (14), bei der Finanzierung der Arbeitsplätze (12, 15, 16) oder die Vernetzung mit unterschiedlichen Akteuren wie (Berufs-)Schulen, Gewerkschaften und weiteren Organisationen (6, 23). Punktuell einbezogen werden die Arbeitgebenden bei den IV-Stellen 1 und 2. Die Vernetzung mit der Wirtschaft und den Arbeitgebenden ist aus Sicht der IV-Stelle 9 essenzieller Bestandteil der Tätigkeit. Gemäss dieser IV-Stelle ist der Erhalt der Arbeitsstelle oder die erfolgreiche Integration in eine neue Arbeitsstelle nur in Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden möglich. In den meisten Westschweizer IV-Stellen wurde die Frage der Unterstützung nicht differenziert nach Arbeitgebenden und Versicherten beantwortet. Einige IV-Stellen erwähnten, dass neben den Versicherten und Arbeitgebenden eine grosse Breite an weiteren Akteuren vorhanden ist, beispielsweise die Schulen, private Integrationsfirmen, Job-Coaches, Beratungsunternehmen und weitere. Hier gilt es möglichst alle Optionen, welche zu einer Integration in den Arbeitsmarkt führen können, zu nutzen.

Beratung der Versicherten

Im Zentrum aller IV-Stellen steht die Beratung der Versicherten. Explizit nennt dies die IV-Stelle 2 («Beratung und Begleitung sind sehr wichtige Themen für die Versicherten. Für diese braucht es kein spezielles Setting. Sie sind integrierter Bestandteil»). Besonders kleinere IV-Stellen haben eher einen stärkeren Fokus auf die Versicherten. Viele IV-Stellen entscheiden aber sehr situativ, wo eine Unterstützung am erfolgreichsten sein kann. Dies können Eltern, Lehrpersonen, Sonderschulen, Integrationsbetriebe oder Beratungsstellen sein (6, 7). Wichtig ist einigen IV-Stellen, die gesamte Situation der versicherten Person zu analysieren (z.B. Familie, Arbeit) (10, 26). In der Westschweiz umfasst die Beratung häufiger einen Dialog zwischen den IV-Stellen, den Versicherten und den Arbeitgebenden. Im Fokus steht dabei laut den Befragten immer eine optimale Lösung für die Versicherten. Die IV-Stelle 17 sieht eine zentrale Aufgabe darin möglichst formelle Hürden für Versicherte und Arbeitgebende abzubauen. Nur so kann es zu optimalen Lösungen kommen.

Die IV-Stellen allein können diese Bedürfnisse der Versicherten nicht immer abdecken. Daher versuchen einzelne Kantone (z.B. 21, 24) ein möglichst breites Unterstützungsnetz zu etablieren. Die Koordination dieses Netzes wird dann zu einer Hauptaufgabe der IV-Stellen (siehe 4.1.4).

Früherfassung

Ein möglichst frühes Erkennen vom Integrationspotential in den Arbeitsmarkt ist allen IV-Stellen wichtig. Dies bedeutet, dass Abklärungen möglichst schon in der frühen Schulzeit der Kinder stattfinden sollen. Einige IV-Stellen weisen darauf hin, dass gerade bei der Früherfassung während der Schulzeit viel Potential liegt (1, 7, 13, 21, 22, 25). Diese Abklärungen sind jedoch sehr intensiv und müssen zusammen mit unterschiedlichen Akteuren geführt werden. Wenn auf Basis dieser Abklärungen jedoch die richtigen Massnahmen ergriffen werden, kann dies einer späteren Verrentung vorbeugen. Wichtig dabei ist eine gute Verbindung mit den Schulen (Leitungen, Lehrpersonen, schulpsychologische Dienste). Die IV-Stelle 21 führt dazu regelmässige Informationsveranstaltungen an den Schulen durch. Die IV-Stelle 22 weist darauf hin, dass die Integration in den Arbeitsmarkt bei Jugendlichen kein Einbahn-Prozess ist. Er kann gezeichnet sein von Rückschlägen und Misserfolgen. Daher ist es nötig, dass ein einzelner Abbruch einer Massnahme (z.B. Berufsausbildung) nicht bereits zu einer Verrentung führt. Bei einigen Jugendlichen braucht es zwei oder gar drei Anläufe, bis die richtige Option bei der Ausbildung gefunden wurde.

In der IV-Stelle 21 finden beispielsweise Round Tables mit Eltern, Lehrpersonen und Personen der IV-Stelle statt. Die Anzahl dieser Round Tables hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Bei diesen Round Tables sollen die Potentiale der Kinder erkannt und in der Folge gefördert werden. In einigen IV-Stellen werden interdisziplinäre Fallabklärungen mit Lehrpersonen und medizinischem Personal durchgeführt (8, 18). Während einige IV-Stellen bereits sehr früh Kooperationen mit Schulen eingehen (19), warten die meisten, bis die Phase der Berufswahl auf der Sekundarstufe I ansteht (1, 18). Wichtig scheint den Fallführenden dabei, dass die Potentiale der Kinder und Jugendlichen in Kooperation mit den Eltern und Lehrpersonen früh erkannt und gefördert werden. Unter den Fachpersonen gehen die Einschätzungen jedoch auseinander, ab welchem Zeitpunkt diese vertieften Abklärungen sinnvoll sind – einzelne beurteilen einen Beginn bereits in der frühen Sekundarstufe als zu früh.

4.1.7 Informationsaustausch mit Ärztinnen und Ärzten

Die Kontakte zu behandelnden Ärztinnen und Ärzten sind für die IV-Stellen wichtig. Diese Kontakte finden in den meisten IV-Stellen sowohl fallbezogen als auch auf genereller Ebene statt.

Kontaktformen

Die Kontakte finden über unterschiedliche Kanäle statt. Viele IV-Stellen geben an, dass der Mail-Kontakt zwar einfacher ist, aber die Reaktionszeiten oft lange sind und häufig auch mehrfach für eine Antwort nachgefragt werden muss (z.B. 6, 26). Die IV-Stellen finden unterschiedliche Lösungen, um diesem Problem zu begegnen. Einige IV-Stellen setzen stärker auf telefonischen Kontakt (15, 16). Die IV-Stelle 16 besitzt das Angebot, das Gespräch vor Ort, zum Beispiel noch im Kinderspital zu führen. Die IV-Stelle 17 erwähnte, dass es wichtig ist, den Ärzten möglichst klare, einfache und konkrete Fragen zu stellen. Fragen nach dem

generellen Gesundheitszustand können in der Regel nicht gut beantwortet werden. Andere IV-Stellen, wie jene im Kanton 10 setzen eher auf schriftlichen Kontakt. Die Reaktionszeit sei zwar länger und der Aufwand für die Ärzte etwas grösser, aber die Antworten seien durchdachter und klarer. Bei der IV-Stelle 11 wird dem Problem der langen Reaktionszeiten damit begegnet, dass Informationen häufig nicht bei den Ärztinnen und Ärzten der Spitäler eingeholt werden, sondern bei den Sozialdiensten der Spitäler. Viele Informationen sind auch über die Sozialdienste erhältlich. Wichtig scheint einigen IV-Stellen zudem die fallunabhängige Pflege der Kontakte zu den Ärztinnen und Ärzten. Diese kann über Netzwerke geschehen (12) oder über regelmässige Treffen mit den Ärztinnen und Ärzten (z.B. 3, 7, 8).

Mögliche Probleme des Kontaktes

Einige IV-Stellen meinen, dass die Ärztinnen und Ärzte häufig Rücksprache mit den Versicherten nehmen (z.B. 26), bevor sie eine Anfrage der IV-Stelle beantworten. Dies hat aus Sicht der IV-Stellen Vorteile, da Antworten klarer und einheitlicher sind, aber auch den Nachteil, dass bei Grenzfällen die Ärztinnen und Ärzte ihre Antworten eher im Sinne der Versicherten formulieren. Ein weiteres Problem kann der Datenschutz darstellen. Jene IV-Stellen, welche dieses Problem erwähnen, sind sich jedoch bewusst, dass dieser zum Schutz der Versicherten notwendig ist. Grundsätzlich funktioniert der Kontakt zu den Ärztinnen und Ärzten aber gut und vertrauensvoll.

Einfache Gestaltung der Kontakte

Viele IV-Stellen geben an, dass sie den Kontakt zu externen Ärztinnen und Ärzten möglichst einfach gestalten möchten, um diese zeitlich nicht zu sehr zu belasten. Dies geschieht bei einigen IV-Stellen dadurch, dass vor der Anfrage an die Ärztinnen und Ärzte alle wichtigen Fragen intern abgesprochen werden (z.B. 21) oder der RAD als Fachstelle mit den Anfragen an die Ärztinnen und Ärzte beauftragt wird (10, 23). In vielen IV-Stellen werden sogenannte Round-Table-Gespräche einberufen (z.B. 4, 12, 14, 19, 22). Diese dienen dazu, möglichst viele Sichtweisen (auch die medizinische) an einen Tisch zu bringen. Diese Gespräche vereinfachen den Kontakt zu den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Die IV-Stellen 3, 12 und 13 erwähnen, dass sie eine digitale Plattform besitzen, auf welche auch die Ärztinnen und Ärzte Zugriff haben und wo diese Dokumente deponieren können. Dies vereinfacht den Austausch.

4.1.8 Herausforderungen bei der Umsetzung der Fallführung im Zuge der WEIV

Abgesehen vom Ressourcenmangel, den die meisten kantonalen IV-Stellen erwähnen, traten im Zuge der Umsetzung der Neuerungen im Rahmen der WEIV weitere Herausforderungen auf. Eine zentrale Schwierigkeit bestand in der Unsicherheit hinsichtlich der Umsetzung und Interpretation der neuen Vorgaben. IV-Stellen wie jene der Kantone 16 und 19 berichteten von anfänglichen Schwierigkeiten, die genaue Bedeutung und Anwendung der neuen gesetzlichen Grundlagen zu erfassen. Dies machte es erforderlich, intern zu klären, wie Prozesse und Abgrenzungen zu gestalten sind. Die IV-Stelle des Kantons 21 schilderte, dass

zu Beginn Unklarheiten bezüglich der Abgrenzung von Aufgaben bestanden. Es wurden von den erwähnten IV-Stellen jedoch keine konkreten Beispiele genannt.

Zusätzlich erhöhten sich die Anforderungen an Dokumentation und Nachverfolgbarkeit erheblich. Die IV-Stelle des Kantons 4 nannte neben der formalen Einführung der Fallführung auch die gestiegenen Anforderungen an Dokumentation, Koordination und Nachverfolgung als zentrale Veränderungen. Eine weitere Herausforderung betraf die neuen Anforderungen an die fallführenden Personen und deren Qualifikationen. Die Leitung der IV-Stelle 17 weist darauf hin, dass zu Beginn ein erhöhter Bedarf an fachlicher Vertiefung bestand, um die Anforderungen an die fallführenden Personen klären zu können. Die Fallführenden der IV-Stelle 16 betonen, dass viele Prozesse im Sinne eines «Learning by Doing» erarbeitet werden mussten. Eine klarere externe Begleitung hätte die Einführung erleichtert.

Austauschgefässe, enge Zusammenarbeit und Überstunden

Zahlreiche IV-Stellen begegneten den genannten Herausforderungen mithilfe von Austauschgefässen und einer engen Zusammenarbeit, sowohl innerhalb der eigenen Organisation als auch mit externen Stellen. Einige IV-Stellen bewältigten die Herausforderungen durch intensiven Austausch zwischen Abteilungen, eine verstärkte interne Vernetzung sowie die systematische Thematisierung von Schwierigkeiten in Teamsitzungen (4, 10, 15, 16, 20).

Die IV-Stelle 14 passte Prozesse kontinuierlich an und führte interdisziplinäre Gespräche mit dem RAD, um schnellere Entscheidungen zu ermöglichen. In der IV-Stelle 15 unterstützten regelmässige Teamsitzungen und kollegiale Gespräche die Klärung von Unsicherheiten und das Finden einer einheitlichen Linie. In der IV-Stelle 21 wurden zahlreiche Prozesse im Rahmen eines Pilotprojekts gemeinsam mit dem Team entwickelt, um Unklarheiten zur Aufgabenabgrenzung oder zur internen Kommunikation zu beheben. Die IV-Stelle des Kantons 25 reagierte mit pragmatischen Anpassungen und internen Diskussionen, wobei Aufgaben priorisiert und Rollenerwartungen realistisch angepasst wurden.

Einige IV-Stellen pflegten zudem den Austausch mit externen Partnern, etwa um Rückmeldungen zu erhalten oder Best Practices zu identifizieren (14, 15, 16, 20, 26). Vereinzelt konsultierten Stellen Best-Practice-Beispiele über das Intranet (15) oder standen in regelmässigem Kontakt mit anderen IV-Stellen, beispielsweise in Form von Erfahrungsaustauschen (12, 26). Besonders kleinere IV-Stellen (20) berichten, dass sie den hohen Aufwand im Zuge der raschen Umsetzung zusätzlich durch Überstunden bewältigen mussten, neben einer guten Zusammenarbeit im Team.

Evaluationen und Change-Management

Einige IV-Stellen nannten weitere Massnahmen zur Bewältigung der Herausforderungen, wie etwa die Analyse und Anpassung interner Prozesse (6, 16, 25), die Durchführung von Evaluationen zur Qualitätsüberprüfung der eingeführten Prozesse (17) oder ein kontinuierliches Change-Management. Letzteres umfasste interne Weiterbildungen, Formate wie

Intervisionen und eine enge Kooperation zwischen Abteilungen sowie mit externen Fachpersonen und Institutionen (14).

In der IV-Stelle des Kantons 16 wurde die Umsetzung der Fallführung intern reflektiert und laufend angepasst. Der Austausch im Team diente als zentrales Instrument zur Klärung von Unsicherheiten. Die IV-Stelle 19 richtete frühzeitig Arbeitsgruppen ein, bot gezielte Schulungen an und intensivierte den teamübergreifenden Austausch, um Schwierigkeiten bei der Interpretation der neuen Vorgaben gemeinsam zu bewältigen. Auch die IV-Stelle 10 setzte auf eine iterative Umsetzung: Schwierigkeiten bei der Fallführung wurden im Team reflektiert und gemeinsam Lösungen entwickelt. Etwa durch die Einführung von Checklisten und Fallbesprechungen. Die IV-Stelle 17 verfolgt einen vergleichbaren iterativen Ansatz, bei dem neue Konzepte und Abläufe nach einem halben Jahr evaluiert und bei Bedarf angepasst werden.

Weitere Massnahmen

Die IV-Stelle (16) führte Pilotprojekte durch, um neue Ansätze zu testen und Erfahrungen zu sammeln. Ein zusätzlicher Fokus lag auf der Digitalisierung, um Prozesse zu optimieren und Ressourcen zu entlasten. Die Einführung von Falltriaten und individuellen Unterstützungen erleichtert die flexible Bewältigung der Herausforderungen.

Die IV-Stelle (12) bemühte sich gezielt, die Belastung durch enge Begleitung, intensivere Fallführung, offene Kommunikation und ein flexibles Vorgehen möglichst gering zu halten. Ziel war es, die Veränderungen schrittweise umzusetzen und Herausforderungen frühzeitig zu erkennen und zu adressieren. So gelang es beispielsweise, die enge Begleitung der Eltern und die häufigeren individuellen Gespräche mithilfe einer guten Teamorganisation und spezialisierter Zuständigkeiten in den Arbeitsalltag zu integrieren.

In einzelnen IV-Stellen wurden Prozesse nicht nur optimiert, sondern auch neu definiert und bewusst auf eine pragmatische sowie unkomplizierte Umsetzung geachtet (10, 26). Die IV-Stelle (23) nahm pragmatische Anpassungen vor, überarbeitete standardisierte Vorlagen und verschlankte Abläufe. Die IV-Stelle 6 ging bei der Umsetzung bewusst in Etappen vor, wobei auf klare Prozesse gesetzt und bei neuen Anforderungen gezielte Schulungen durchgeführt wurden. Dank einer solchen schrittweisen Einführung, klarer Prozesse, spezialisierter Zuständigkeiten und verschlankter Abläufe wird der Mehraufwand als begrenzt und bewältigbar gesehen.

In der IV-Stelle 7 wurde das Verständnis für die gesetzgeberische Idee hinter dem neuen Case Management gezielt gefördert. Zusätzlich wurde aktiv nach Mitarbeitenden mit den geforderten Qualifikationen gesucht, um den veränderten Anforderungen gerecht zu werden.

Die Interviewten aus IV-Stellen 18 und 25 betonen, dass die WEIV nach einem anfänglichen Mehraufwand vor allem zu Entlastung und Erleichterungen geführt habe und es heute nur noch wenige Herausforderungen gebe. In den IV-Stellen 1 und 13 wurden Schwierigkeiten durch interne Anpassungen und gezielte Schulungen abgemildert.

Die Arbeitslast wird von mehreren Stellen weiterhin als grosse Herausforderung benannt. Die IV-Stelle 3 begegnete der Ressourcenknappheit durch Priorisierung der Wiedereingliederung, wodurch andere Massnahmen zeitweise zurückgestellt wurden. Die IV-Stelle 8 setzte auf agile interne Anpassungen, um Herausforderungen zu bewältigen, die durch komplexe Regeländerungen und damit einhergehende Umstellungen bestehender Abläufe entstanden. Die Umsetzung erforderte insbesondere bei der Integration neuer Verfahren zusätzliche Zeit und Ressourcen.

4.1.9 Beurteilung der generellen Entwicklungsrichtung

Die meisten Interviewten der kantonalen IV-Stellen sehen die aktuelle Weiterentwicklung der IV grundsätzlich positiv und sind der Meinung, dass sie in die richtige Richtung geht, vor allem durch die verstärkte Eingliederungsorientierung und intensivere Fallführung (14). Der Grundsatz Eingliederung vor Rente wird weithin als korrekt beurteilt (15). Auch die Fallführenden in der IV-Stelle 12 sehen die Weiterentwicklung der IV insgesamt positiv, da die engere Betreuung der Betroffenen und die individualisierte Fallführung als sinnvoll erachtet werden. Die Möglichkeit, den Betroffenen eine direktere und bedarfsgerechtere Unterstützung zu bieten, empfinden sie als Gewinn.

Grosser bürokratischer Aufwand

Zahlreiche IV-Stellen kritisieren den hohen administrativen Aufwand (2, 6, 8, 9, 10, 13, 17, 20, 25, 26). Ein Teil dieser Kritik richtet sich auf die WEIV als Reform insgesamt: Die Interviewten der IV-Stelle 2 berichten, dass die zunehmende und komplizierte Administration die Abläufe deutlich verlangsamt. Entgegen dem Anspruch der WEIV, möglichst frühzeitig zu intervenieren, wirke die Prozesskomplexität teilweise hinderlich. Zudem wird die Vielzahl an Weisungen und Rundschreiben als belastend empfunden, da sie viel Aufmerksamkeit verlangt und das Tagesgeschäft erschwert.

Gemäss der IV-Stelle 20 ist daher eine Evaluation zu einem späteren Zeitpunkt erforderlich. Ihrer Ansicht nach verläuft die Entwicklung nicht grundsätzlich in die falsche Richtung, jedoch könnten punktuelle Korrekturen nötig sein. Denn der „Wow-Effekt“ blieb aus: Man sei bereits vor der Reform nahe an den angestrebten Zielen gewesen, arbeite nun aber mit erheblichem bürokratischem Mehraufwand (z. B. aufwändige Verfahren bei Nichterscheinen). Vieles sei früher einfacher und effizienter gewesen. Die WEIV sei «nicht schlecht», lasse sich jedoch nur begrenzt in wirksame Verbesserungen übersetzen: «Viel Bürokratie mit wenig Erfolg.»

Daneben gibt es eine spezifische Kritik an den im Rahmen der WEIV formulierten Vorgaben zur Fallführung. In der IV-Stelle 1 wird die Fallführung als «Ideenkonstrukt» bezeichnet und als wenig praxisnah wahrgenommen, weshalb sie keinen grossen Mehrwert biete. Die IV-Stellen 16, 21 und 23 befürchten, dass der wachsende administrative Aufwand im Zusammenhang mit standardisierten Fallführungsprozessen die Zeit für die eigentliche Beziehungsarbeit mit den Versicherten verdrängt und die notwendige Flexibilität im Fallverständnis einschränkt. Mehr formale Vorgaben oder die Pflicht, alle Fälle gleich detailliert zu begleiten,

könnten die Arbeit überbürokratisieren und das Ziel einer nachhaltigen Unterstützung gefährden.

Hinzu kommt eine breiter gefasste Kritik am rechtlichen und administrativen Rahmen: Die IV-Stelle 17 bemängelt, dass die grosse Anzahl langer Schreiben (z. B. das Kreisschreiben) einen starren Rahmen schafft, der insbesondere komplexen Fällen, etwa Personen mit erheblichen Handicaps, kaum gerecht wird. Es brauche mehr Spielraum, da nicht jeder Fall gleich sei. Auch in den IV-Stellen 10 und 16 bestehen Bedenken hinsichtlich des hohen Ressourcenaufwands für Prozesse wie den Gutachterprozess, der als ineffizient und belastend empfunden wird. Man sieht darin eine Sackgasse und wünscht sich alternative Lösungen: Zu viel Energie müsse in rechtliche Absicherungen und formale Abläufe investiert werden, was zulasten einer flexiblen und beziehungsorientierten Unterstützung der Versicherten geht.

Kritik in Bezug auf die Fallauswahl und Timing

Als weiterer kritischer Punkt wird die Auswahl der geeigneten Klientel für das Case Management, insbesondere bei Jugendlichen, genannt. Es wird hinterfragt, ob Zeitpunkt und Intensität der Interventionen stets optimal sind (14). Auch die Fokussierung auf Frühinterventionsmassnahmen bei Jugendlichen wird in der IV-Stelle 14 skeptisch betrachtet, da Wirkung und langfristiger Nutzen dieser Massnahmen noch unklar sind. Generell werden die Vorgaben von einigen IV-Stellen als nicht sehr klar betrachtet.

Eine weitere IV-Stelle bemängelt, dass das Angebot der Fallführung zu wenig genutzt wird oder die Klientel ein falsches Verständnis davon hat, etwa bei medizinischen Massnahmen, wo Betroffene keine Fallführung wünschen (15). Zwar gab es keine negativen Reaktionen, doch zeigen sich Zurückhaltung und die Befürchtung, die IV-Stelle mische sich zu stark ein.

4.2 Fallführung bei Geburtsgebrechen und bei medizinischen Eingliederungsmassnahmen

Die zentrale Veränderung durch die WEIV betrifft aus Sicht der IV-Stellen die Neuerungen bei der Einführung der Fallführung bei Minderjährigen. Die Fallführung gemäss dem Kreisschreiben ermögliche eine deutlich intensivere und persönlichere Begleitung der Kinder oder Jugendlichen und deren Familien. So berichten einige kantonale IV-Stellen, dass Case Managerinnen neu auch Spitäler und Schulen besuchen, um die Koordination zu verbessern sowie generell aktiveren Kontakt zu Familien zu pflegen (14, 21). Die Fallführung wird dabei nicht mehr nur als sachleistungsorientiert, sondern als stark personenzentriert beschrieben (14). Als wichtige Veränderung wurde wahrgenommen, dass die Fallführung früh (u.U. kurz nach der Geburt) beginnt (15, 9). Aus einzelnen Kantonen (z.B. 12), wird berichtet, dass die Fallführung bei medizinischen Massnahmen vorher «nicht existierte» und heute eine «deutlich engere Begleitung» zur Folge hat.

4.2.1 Formale Verankerung der Fallführung durch die WEIV

Die Einführung der Fallführung für Kinder und Jugendliche mit Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG) und bei medizinischen Eingliederungsmassnahmen ohne Geburtsgebrechen (Art. 12 IVG) wird von den Befragten, wie oben erläutert, als eine der zentralen Änderungen im Rahmen der WEIV genannt: Zahlreiche IV-Stellen wie jene in den Kantonen 9, 14, 16, 19 und 21 betonen eine stärkere Ausrichtung auf systematisierte Prozesse und die Schaffung neuer Stellen oder spezialisierter Teams für eine engere Begleitung der Kinder resp. ihrer Familien.

Der Kanton 14 hat beispielsweise neue Stellen zur gezielten, engeren Begleitung der Familien bei medizinischen Massnahmen für Minderjährige geschaffen. Case Managerinnen verbessern die Koordination und pflegen aktiven Kontakt zu Familien. Der Kanton 21 hebt hervor, dass die frühzeitigere, intensivere und strukturierte Begleitung von Kindern mit medizinischen Massnahmen durch die WEIV (insbesondere im Rahmen eines Pilotversuchs seit 2021) verstärkt wurde, wodurch ein engerer Kontakt zu Familien, Schulen und Fachpersonen institutionalisiert wurde. Im Kanton 16 liegt die wichtigste Veränderung gemäss den Fallführenden in der formellen Einführung und Systematisierung der medizinischen Fallführung, die einen strukturierten Prozess mit klaren Kriterien und Zuständigkeiten etabliert hat. Die IV-Stelle im Kanton 19 hat mit der WEIV ein spezifisches Team für die medizinische Fallführung eingerichtet, das eng mit dem RAD zusammenarbeitet und das Vorgehen standardisiert sowie klarere Zuständigkeiten geschaffen hat. Die IV-Stelle im Kanton 9 nimmt die Einführung der medizinischen Fallführung als bedeutsame Veränderung wahr, die eine intensivere, persönlichere Begleitung betroffener Familien ermöglicht und strukturierte Abläufe sowie direkten Kontakt als Fortschritt wertet. Auch die IV-Stelle des Kantons 4 hat die systematische Identifikation komplexer Fälle und die Einführung strukturierter Fallführungsprozesse bei dieser Zielgruppe als wichtigste Veränderung genannt.

Kleinere IV-Stellen wie jene in den Kantonen 22 und 26 berichten, dass eine individuelle Begleitung der Versicherten bereits zuvor stattfand. Die Neuerungen liegen jedoch primär in der formalen Verankerung durch definierte Kriterien und Instrumente. Hier wird die neue Fallführung bei Geburtsgebrechen oft als Zusatzaufgabe innerhalb des bestehenden, generalistisch aufgestellten Teams verstanden. Die IV-Stelle im Kanton 2 hat ebenfalls eine formale Einführung einer medizinischen Fallführung für Kinder mit komplexen Geburtsgebrechen vorgenommen, die nun ein klarer Prozess mit definierten Kriterien ist. Elemente davon wurden bereits zuvor umgesetzt. In der IV-Stelle im Kanton 15 wurden aufgrund der geringen Grösse der IV-Stelle nur minimale Änderungen im Arbeitsalltag wahrgenommen, da die Verordnungs- und Weisungsanpassungen primär bestehende Abläufe formalisierte, ohne grundlegende Neuerungen zu bringen. Dennoch wurde eine Mitarbeiterin im Case Management weitergebildet, um medizinische Fälle zu übernehmen. Auch von den kantonalen IV-Stellen 3 und 10 wird der Veränderungsgrad als gering eingestuft, da viele Anforderungen wie strukturierte Fallführung und interdisziplinäre Zusammenarbeit bereits praktiziert wurden. Die WEIV führte hier eher zu einer stärkeren Formalisierung und bewussteren Gestaltung bestehender Arbeitsweisen. Die Fallführenden übernehmen dabei eine aktivere, koordinierende und steuernde Rolle, die über die reine Sachbearbeitung hinausgeht und Aspekte des Case Managements beinhaltet. Dies erfordert einen erhöhten Kommunikationsaufwand

und eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit mit internen und externen Partnern wie Ärzten, Therapeuten, Schulen und Sozialdiensten. Die IV-Stelle einiger Kantone (4, 14, 18, 19, 21, 23) betonen diese intensivierte Koordination als eine der wichtigsten Veränderungen. So pflegen Fallführende im Kanton 21 etwa aktive Kontakte zu Schulen und medizinischen und therapeutischen Fachpersonen, während im Kanton 13 der Informationsaustausch über Diagnosen, Therapieempfehlungen oder Schulleistungen verbessert wurde.

4.2.2 Von der administrativen Fallbearbeitung zur Fallführung gemäss KSFF

Mit der Einführung der Fallführung bei Minderjährigen im Rahmen der WEIV wurde die Betreuung in vielen IV-Stellen fachlich und organisatorisch neu gerahmt. Vor der Reform war sie häufig primär auf Leistungsprüfung und administrative Abläufe ausgerichtet, d.h. auf eine administrative Fallbearbeitung. Eine kontinuierliche Begleitung und Koordination fanden eher punktuell statt. Gleichzeitig verweisen einzelne IV-Stellen (2, 10, 22, 24) darauf, dass sie bereits vor der WEIV Elemente, wie sie im KSFF beschrieben sind, oder eine personenorientierte Haltung praktizierten, die durch die WEIV vor allem formell gestützt und strukturiert wurde.

Im Kreisschreiben wird Fallführung als kontinuierlicher, koordinierender Prozess beschrieben, der sich an Prinzipien des Case Management orientiert. In vielen Interviews wird betont, dass sich damit das Verständnis der Fallbearbeitung verschoben habe: von einer stärker auf Dossierbearbeitung fokussierten Arbeitsweise hin zu einer prozessorientierten Begleitung insbesondere in komplexen Situationen von Kindern mit und ohne Geburtsgebrechen. Die Vorgaben des KSFF dienen als fachlicher Referenzrahmen, werden kantonale jedoch unterschiedlich intensiv umgesetzt und auf die Komplexität der Fälle angepasst.

4.2.3 Kriterien für eine Fallführung gemäss KSFF

Ein strukturiertes Vorgehen gilt für die IV-Stellen als essenziell, um geeignete Fälle für eine Fallführung im Sinn der KSFF-Vorgaben zu identifizieren. Dabei dienen klar definierte Kriterien als Orientierungshilfe und sichern eine konsistente Einschätzung des Unterstützungsbedarfs. Einige IV-Stellen orientieren sich ausschliesslich an den Vorgaben des Kreisschreibens (2, 15), während andere eigene Kriterien entwickelt haben, weil die offiziellen Empfehlungen als nicht ausreichend, passend (1) oder zu offen für eine rasche Einschätzung beurteilt werden (6).

Obwohl im IVG zwischen Unterstützung bei Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG) und ohne Geburtsgebrechen (Art. 12 IVG) unterschieden wird, gestalten die meisten kantonalen IV-Stellen die Fallführung bei Minderjährigen unabhängig vom Vorliegen eines Geburtsgebrechens. Unterschiede in der Fallführung erklären sich vielmehr durch die verfügbaren Massnahmen, die bei Geburtsgebrechen tendenziell häufiger medizinisch ausgerichtet sind (IV-Stellen 14, 16). Diese Massnahmen wirken sich wiederum auf Aspekte wie den Ort der Beratung, die Ausgestaltung der Leistung (17) oder die Intensität der Dokumentation aus (11).

In den Interviews wurden folgende Entscheidungsfaktoren für eine Fallführung im Sinn der KSFF-Vorgaben genannt:

- **Fallkomplexität und Diagnose**
Grundsätzlich sollen Fälle hoher Komplexität intensiv begleitet werden (1, 12, 13, 15, 16). Die Komplexität wird häufig anhand der medizinischen Diagnose eingeschätzt, vor allem bei Mehrfachdiagnosen (4, 6, 7, 8, 12, 14, 15, 21, 22, 23, 24). So priorisiert die IV-Stelle 24 beispielsweise Fälle mit Autismus-Spektrum-Störung. Einige IV-Stellen bieten medizinische Fallführung nur bei Geburtsgebrechen an (6, 12, 23).
- **Unterstützungsbedarf**
Die Höhe des Bedarfs an Unterstützung gilt als wichtiges Indikationskriterium (4, 8, 12, 13, 16, 18, 19).
- **Überforderung des Familiensystems**
Hinweise auf Überforderung, etwa wenn die Eltern selbst Leistungen der IV beanspruchen, dienen als weiterer Indikator (1, 7, 14).
- **Alter und Eingliederungspotenzial**
Auch das Alter der versicherten Person (14) sowie deren Potenzial zur Teilhabe am Arbeitsleben (14, 19) werden als relevante Entscheidungsfaktoren herangezogen.
- **Weitere Kontextfaktoren**
Fallführung im Sinn der KSFF-Vorgaben kann zusätzlich angezeigt sein, wenn grundlegende Kenntnisse zu rechtlichen Rahmenbedingungen fehlen (13), finanzielle Probleme bestehen (7), sprachliche oder kulturelle Barrieren vorhanden sind (14) oder ein umfassendes Helfernetzwerk Koordinationsaufwand erfordert (14).

Eine Fallführung im Sinn der KSFF-Vorgaben wird demnach insbesondere bei komplexen Fallkonstellationen eingesetzt, in denen sich mehrere dieser Kriterien überlagern und gegenseitig verstärken. In einzelnen IV-Stellen (z. B. 3, 11) wird die Entscheidung, ob eine solche Fallführung mit einer Case-Management-Logik in einem Fall besonders wichtig ist, im Team getroffen. Dabei werden insbesondere die komplexen Fälle gemeinsam diskutiert und entsprechend priorisiert.

4.2.4 Prozess der Fallführung bei Kindern mit Geburtsgebrechen

Die IV-Stellen und ihre Fallführenden verfügen über einen gewissen Gestaltungsspielraum bei der konkreten Umsetzung der Fallführung gemäss Art. 13 IVG. In den Interviews wurden unterschiedliche Vorgehensweisen beschrieben, die sich jedoch weitgehend an den im Kreisschreiben zur Fallführung in der Invalidenversicherung definierten Prozessschritten orientieren.

Zu Beginn steht die Identifikation geeigneter Fälle für eine Fallführung gemäss KSFF auf Basis der zuvor beschriebenen Kriterien. Anschliessend erfolgt die Zuweisung dieser Fälle an spezifische fallführende Personen. Diese führen, gemäss den Vorgaben des Kreisschreibens, eine strukturierte Bestandesaufnahme durch, planen das weitere Vorgehen, begleiten und überwachen die zugesprochenen Massnahmen und evaluieren den Unterstützungsverlauf.

Von vielen IV-Stellen wird der Kern der Fallführung bei Kinder mit oder ohne Geburtsgebrechen darin gesehen, eine kontinuierliche Ansprechperson bereitzustellen, die den Fallverlauf

über längere Zeit hinweg begleitet (z. B. IV-Stelle 20). Eine der grossen IV-Stellen (z.B. 7) verfolgt ein stärker systematisiertes Vorgehen: In diesen Fällen steht nicht die durchgehende Betreuung durch eine konstante Fallführungsperson im Vordergrund, sondern eine strukturierte Bearbeitung im Teamverbund.

Die Ergebnisse aus den Interviews werden in diesem Unterkapitel entlang der Schritte Bestandsaufnahme, Planung des weiteren Vorgehens, Begleitung und Überwachung der zugesprochenen Massnahmen, Dokumentation und Evaluation dargestellt. Dabei zeigen sich unterschiedliche Schwerpunkte und Vorgehensweisen der IV-Stellen.

Bestandsaufnahme

Grundsätzlich gilt es, aus allen bearbeiteten Fällen diejenigen zu identifizieren, die für eine besondere Begleitung erfordern. In der Regel erfolgt eine erste Einschätzung auf Grundlage schriftlicher Unterlagen und gegebenenfalls ergänzender telefonischer Abklärungen. In einigen IV-Stellen erfolgt diese erste Einschätzung zunächst administrativ durch die Sachbearbeitung, um zu klären, ob die Kriterien für eine intensive Fallführung erfüllt sind (15, 20, 21).

Im Anschluss an diese Abklärungen wird den Eltern das Angebot einer Fallführung im Sinne des KSFF unterbreitet. Mehrere IV-Stellen betonen die Freiwilligkeit dieses Angebots und heben hervor, dass zunächst abgeklärt werden müsse, ob die Eltern eine solche Fallführung überhaupt wünschen (15, 20). Dafür sei es jedoch entscheidend, dass das Angebot aktiv und verständlich vorgestellt wird (24). Erst wenn das Einverständnis der Eltern vorliegt, beginnt die enge Zusammenarbeit. Diese setzt mit einer strukturierten Bestandsaufnahme ein (12, 14, 16, 17). Gleichzeitig berichten viele kantonale IV-Stellen, etwa die IV-Stellen der Kantone 1, 9, 11, 15, 22 und 26 von einem insgesamt geringen Interesse der Eltern an der Fallführung im Sinne des KSFF. Insbesondere kleinere kantonale IV-Stellen verfügen zwar über definierte Prozesse und Kriterien für die Fallführung bei Geburtsgebrechen, konnten diese in der Praxis jedoch bislang nur sehr wenig oder nicht anwenden, da entsprechende Fallkonstellationen bisher nicht oder kaum aufgetreten sind. So wird die Frage in der IV-Stelle des Kantons 15 rein hypothetisch beantwortet, da bislang keine Fälle mit Geburtsgebrechen in der Fallführung betreut wurden.

Einige IV-Stellen gehen einen anderen Weg und führen bereits vor der formalen Entscheidung über die Art der Fallführung persönliche Gespräche mit den Eltern (7). Die fallführenden Personen besuchen die Eltern bereits im Spital (14, 19) resp. stehen in einem engen Austausch mit den Spitälern (16) und sind dadurch bereits sehr früh in den Prozess involviert. Diese Vorgehensweise wird als wichtiges Element der Niederschwelligkeit verstanden. Auch bei der IV-Stelle im Kanton 22 erfolgt die Bestandsaufnahme oft im Rahmen eines Hausbesuchs, um vor Ort gemeinsam mit der Familie zu prüfen, ob eine intensivere Begleitung angezeigt ist. Die IV-Stelle 26 versendet ein Einladungsschreiben mit der Möglichkeit, das Angebot der Fallführung anzunehmen oder abzulehnen. Bei Interesse erfolgt ein Erstgespräch, in dem die Bestandsaufnahme durchgeführt wird.

Sind Fälle zur Fallführung gemäss KSFF identifiziert, nehmen viele IV-Stellen eine umfassende initiale Bestandesaufnahme vor, um die aktuelle Lebenssituation, die Bedürfnisse und Ressourcen des Kindes sowie seines familiären Umfelds systematisch zu erfassen. In den IV-Stellen der Kantone 2, 4, 9, 13, 14, 16, 17, 19, 21, 23, 25 und 26 beginnt der Prozess in der Regel mit einem vertieften Erstkontakt, oft in Form von Hausbesuchen oder persönlichen Gesprächen mit den Eltern und dem Kind. Ergänzend werden medizinische Berichte, schulische Unterlagen und bestehende Unterstützungsnetzwerke erfasst. Die IV-Stelle des Kantons 14 nutzt hierfür ein standardisiertes Assessment-Formular, während die IV-Stelle des Kantons 10 auf eine systematische Bearbeitung setzt. Diese wird durch Checklisten und eine umfassende Dokumentation gestützt, um den Fallführungsprozess auf eine fundierte Einschätzung abzustützen.

Planung des weiteren Vorgehens

Nach der Bestandesaufnahme wird in den meisten IV-Stellen ein individueller Plan erstellt, der das weitere Vorgehen strukturiert. Dieser umfasst in der Regel Zielvereinbarungen (IV-Stelle des Kantons 15) sowie die Entwicklung eines Massnahmenplans (12, 14). Dabei betonen zahlreiche kantonale IV-Stellen, unter anderem jene der Kantone 2, 4, 9, 13, 16, 19, 21, 23 und 26, die Bedeutung einer flexiblen und anpassungsfähigen Planung. Diese soll sich an der dynamischen Entwicklung des Falls orientieren und als Orientierungshilfe dienen, ohne in ihrer Umsetzung starr zu sein.

Andere IV-Stellen, wie jene der Kantone 15 und 22, legen weniger Gewicht auf eine formalisierte langfristige Planung und setzen stattdessen auf eine situative Begleitung, die sich am aktuellen Bedarf orientiert. Die IV-Stelle des Kantons 3 nimmt zwar eine erste Einschätzung vor, verzichtet jedoch in vielen Fällen auf die Erstellung eines formalisierten Plans mit klarer Zielsystematik.

In der IV-Stelle des Kantons 17 steht die strukturierte Bestandesaufnahme im Vordergrund, auf deren Grundlage eine gezielte, bedarfsgerechte Planung erfolgt. Dort wird ein sogenannter Begleitplan erstellt. Die IV-Stelle des Kantons 6 verbindet eine ausführliche Bestandesaufnahme mit einer spezifischen Massnahmenplanung, die regelmässig überprüft und angepasst wird.

Begleitung und Überwachung der zugesprochenen Massnahmen

Die Begleitung der Familien und die Überwachung der zugesprochenen Massnahmen stellen ein zentrales Element der Fallführung dar. In nahezu allen IV-Stellen, unter anderem in den Kantonen 2, 4, 6, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 23 und 26 erfolgt diese Begleitung kontinuierlich und in der Regel durch eine konstante fallführende Fachperson. In dieser Phase ist die Koordination mit externen Partnern wie Ärztinnen und Ärzten, Schulen oder Therapeutinnen und Therapeuten essenziell. Die Kommunikation erfolgt dabei häufig nicht im direkten persönlichen Kontakt, sondern per Telefon oder E-Mail.

Die kontinuierliche Begleitung und Überwachung dienen dazu, sicherzustellen, dass die zugesprochenen Massnahmen dem tatsächlichen Bedarf entsprechen und bei Bedarf

angepasst werden können (12, 14, 15, 16). Zugleich wird der Prozess fortlaufend dokumentiert, um die Nachvollziehbarkeit der getroffenen Entscheidungen zu gewährleisten. Die Gespräche mit Familien oder Fachpersonen werden protokolliert (15) und fliessen systematisch in die Dossierführung ein (12, 14, 15, 16, 20). Ziel ist eine umfassende und transparente Dokumentation, in der alle relevanten Informationen konsistent erfasst und zugänglich sind (16, 12). So bleibt der Unterstützungsverlauf jederzeit rekonstruierbar (12).

Die IV-Stellen der Kantone 3 und 22 dokumentieren die Fallführung ebenfalls systematisch und unterziehen diese einer periodischen Überprüfung.

IV-Stellen-interne Evaluation der Fallführung

Aufgrund der Interviews lässt sich feststellen, dass eine formalisierte Wirkungsüberprüfung in der Regel nicht durchführbar ist. Stattdessen erfolgt die Einschätzung der Wirksamkeit meist indirekt, etwa durch die laufende Überprüfung der zugesprochenen Massnahmen und die Beobachtung des Fallverlaufs. Dieses Vorgehen wurde unter anderem von den IV-Stellen der Kantone 2, 3, 4, 6, 9, 13, 14, 16, 18, 19, 21, 23 und 26 beschrieben.

Dokumentation der Fallführung

Der Fallführungsprozess wird in allen kantonalen IV-Stellen dokumentiert. Gespräche mit Versicherten oder Fachpersonen werden protokolliert (15), und die Protokolle fliessen in die laufende Dossierführung ein (12, 14, 15, 16, 20). Ziel ist eine umfassende und transparente Dokumentation, durch die alle relevanten Informationen jederzeit zugänglich sind (12, 16). So wird gewährleistet, dass der Unterstützungsverlauf nachvollziehbar bleibt und bei Bedarf fachlich fundierte Anschlussentscheide getroffen werden können (12).

Die Interviews zeigen, dass diese fortlaufende und nachvollziehbare Dokumentation nicht auf einzelne Bereiche beschränkt sind, sondern sich durch das gesamte Thema Fallführung ziehen. Die Dokumentation dient primär zur der Nachvollziehbarkeit. Sie wird auch zur indirekten Prüfung der Wirksamkeit und für die Beobachtung des Fallverlaufs (2,3,4,6,9,13,14,16,18,19,21,23,26) eingesetzt.

Beim Grad der Digitalisierung der Dokumentation zeigt sich hingegen eine deutliche Spannweite zwischen den IV-Stellen. Einige IV-Stellen (z.B. 3, 12,13) verfügen über digitale Plattformen, auf welche auch externe Ärztinnen und Ärzte zugreifen und eigene Dokumente deponieren können, was den Informationsaustausch vereinfacht. Andere IV-Stellen arbeiten dagegen stärker mit klassischen Dossiers und weniger technischen Hilfsmitteln.

4.2.5 Auswahl und Weiterbildung der fallführenden Personen

Die Auswahl vor fallführenden Personen in den kantonalen IV-Stellen erfolgt primär auf der Grundlage fachlicher Qualifikationen, relevanter Praxiserfahrung und persönlicher Kompetenzen. In mehreren IV-Stellen der Kantone 9, 14, 23 und 24 werden berufliche Vorerfahrungen in der Beratung, in der Arbeitsintegration, in der Personalberatung oder im Case Management als entscheidend erachtet. Die IV-Stelle des Kantons 10 betont die Bedeutung eines sozialpädagogischen oder medizinischen Hintergrunds sowie Kenntnisse im

Deeskalationsmanagement. In der IV-Stelle des Kantons 13 ist ein eidgenössischer Fachausweis im Bereich der Sozialversicherungen die Voraussetzung für bestimmte Funktionen. Die IV-Stelle des Kantons 15 hebt das «Gespür für Sozialversicherung» und das «Gespür für Beratung» als zentrale Auswahlkriterien hervor.

Neben fachlicher Eignung spielen weitere Kompetenzen eine zentrale Rolle. Genannt werden Empathie, Kommunikationsfähigkeit, Sozialkompetenz, Durchsetzungsvermögen und die Fähigkeit zur professionellen Abgrenzung, etwa in den IV-Stellen der Kantone 4, 16, 18 und 22. Diese IV-Stellen achten darauf, Personen einzusetzen, die gut zuhören, komplexe Situationen überblicken und im direkten Kontakt mit Familien souverän agieren können.

Hinsichtlich der Weiterbildung vor fallführenden Personen zeigen sich unterschiedliche Ansätze: Einige IV-Stellen, etwa jene der Kantone 2, 16, 22 und 26, setzen vor allem auf informelles, praxisnahes Lernen im Arbeitsalltag. Die Einarbeitung erfolgt dort durch „Learning by Doing“, kollegialen Austausch und gemeinsame Fallsupervisionen. Ziel ist die Klärung von Unsicherheiten und die Entwicklung gemeinsamer Standards. Andere IV-Stellen nutzen gezielt formale Weiterbildungsangebote. So greifen die IV-Stellen der Kantone 3 und 15 auf Online-Kurse des BSV zurück. Die IV-Stelle des Kantons 13 bietet an, Weiterbildungen sowie Ausbildungen im Bereich des Case Management zu unterstützen. Die IV-Stellen der Kantone 4, 9, 10, 14, 19, 21 und 23 bieten spezifische interne Schulungen oder Workshops an, etwa zu Gesprächsführung, rechtlichen Aspekten oder interdisziplinärer Zusammenarbeit. In den IV-Stellen der Kantone 15 und 17 wurden Personen gezielt in Case-Management-Lehrgänge geschickt.

Zugleich äusserten einige IV-Stelle, insbesondere jene der Kantone 7 und 16, den Wunsch nach verstärkten externen Weiterbildungen, etwa zur Arbeit mit komplexen Familiensystemen oder zur Bewältigung emotionaler Belastungen. Die IV-Stelle des Kantons 19 hat ihre Mitarbeitenden zudem in telefonischer Gesprächsführung geschult.

4.2.6 Zusätzliche Ressourcen für die Fallführung

Im Zuge der Umsetzung der WEIV haben zahlreiche kantonale IV-Stellen ihre internen Strukturen angepasst und teilweise zusätzliche personelle und finanzielle Ressourcen für die Fallführung bereitgestellt. Die Analysen zeigen jedoch ein heterogenes Bild: Während einige IV-Stellen gezielt neue Stellen geschaffen oder bestehende Aufgabenbereiche gestärkt haben, setzten andere auf Umverteilungen innerhalb bestehender Teams oder verzichteten gänzlich auf personelle Aufstockungen. Die nachfolgenden Abschnitte systematisieren diese unterschiedlichen Strategien entlang zentraler Schwerpunkte.

Zusätzliche Ressourcen wurden speziell dort eingesetzt, wo neue Funktionen eingeführt oder Teams für die Begleitung von Minderjährigen aufgebaut oder ausgebaut wurden (13, 14, 17, 19). Mehrere IV-Stellen nutzten die zusätzlichen Mittel für den gezielten Ausbau von Personal in der Fallführung. Teilweise wurden eigene Teams, insbesondere für die medizinische Fallführung oder die Begleitung von Jugendlichen, aufgebaut und bestehende Aufgabenbereiche durch neue oder erweiterte Stellenprozente entlastet. In einzelnen Kantonen

kamen zudem flexible Funktionen wie Springerstellen hinzu, um regionale Ungleichgewichte und Arbeitsspitzen in der Fallführung abzufedern.

Spezialisierte Teams und Zusammenarbeit mit externen Stellen

Zusätzliche Ressourcen wurden bei mehreren kantonalen IV-Stellen, insbesondere in den IV-Stellen der Kantone 13, 14, 17, 18 und 19, in spezialisierte Teams investiert. Dies betrifft u.a. die Bereiche Frühintervention, Betreuung von Geburtsgebrechen, berufliche Eingliederung oder medizinische Fallführung. In einer IV-Stelle (21) wurde eigens ein Team aufgebaut, um die neue Struktur zur medizinischen Fallführung zu implementieren.

Auch im Bereich Networking, z. B. mit Kinderspitälern, kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten und grossen Heimen, sowie in der Koordination mit externen Partnern wie dem regionalärztlichen Dienst oder der beruflichen Eingliederung wurden gezielt Ressourcen eingesetzt (u.a. 14, 21). In der IV-Stelle des Kantons 14 besuchen Case Managerinnen Schulen und Spitäler, um die Koordination zu verbessern.

Die zusätzlichen Mittel flossen zudem in die Eingliederungsabteilungen und in das Case Management, insbesondere zur Begleitung von Minderjährigen mit komplexen medizinischen und sozialen Bedürfnissen. In der IV-Stelle des Kantons 14 wird betont, dass diese Ressourcen eine intensivere Begleitung ermöglichen, die zuvor nur eingeschränkt möglich war.

Zusätzliche Stellen

In mehreren IV-Stellen wurden neue Stellen oder zusätzliche Stellenprozente geschaffen. In der IV-Stelle des Kantons 21 wurden zwei Stellen für die medizinische Fallführung bewilligt. Die IV-Stelle des Kantons 13 erhielt insgesamt 200 %-Stellen zusätzlich, um eine neue Jugend-Einheit zu bilden und einem erhöhten Fallaufkommen zu begegnen. In der IV-Stelle des Kantons 4 wurden zusätzliche Mittel für neue Stellen und zur Entlastung des bestehenden Personals verwendet.

Die IV-Stelle des Kantons 17 schuf gezielt zwei Stellen für die Fallführung im Bereich medizinischer Massnahmen. In der IV-Stelle des Kantons 6 wurden flexible Springerstellen geschaffen, um regionale Ungleichgewichte in der Fallverteilung auszugleichen. Diese übernehmen teamübergreifend Aufgaben der Fallführung in Engpasssituationen.

Auch kleinere Anpassungen wurden vorgenommen: In den IV-Stellen der Kantone 7, 15 und 20 wurden zusätzliche kleine Pensen geschaffen oder bestehende in den Bereichen Eingliederung, Rentenprüfung oder Administration punktuell erhöht.

Keine zusätzlichen Ressourcen

In einigen IV-Stellen, z. B. in den Kantonen 2 und 26, wurden keine zusätzlichen Ressourcen bewilligt. Die Fallführung wurde hier in die bestehenden Prozesse integriert. Auch in der IV-Stelle des Kantons 3 wurden im Zusammenhang mit der WEIV keine neuen personellen Mittel zugewiesen. In der IV-Stelle des Kantons 12 wurde die neue Fallführungsfunktion als Zusatzaufgabe innerhalb des bestehenden Teams umgesetzt, ohne neue Stellen zu schaffen.

Nicht in allen IV-Stellen waren die Mitarbeitenden über die zusätzlichen Ressourcen informiert. Auffallend ist, dass in einzelnen IV-Stellen (z. B. im Kanton 11) nur die Leitungspersonen über neue Ressourcen informiert waren, während die befragten Mitarbeitenden davon nichts berichteten.

4.2.7 Ressourcenbedarf im Kontext der Fallzahl und Komplexität

Die Umsetzung einer systematischen und begleitenden Fallführung gemäss den Vorgaben der Weiterentwicklung der IV stellt hohe Anforderungen an die personellen Ressourcen der kantonalen IV-Stellen. Die nachfolgenden Abschnitte zeigen auf, unter welchen Bedingungen die Ressourcen als ausreichend gelten und wo Engpässe insbesondere im Zusammenhang mit steigenden Fallzahlen und komplexeren Fallkonstellationen sichtbar werden.

Ausreichend bei gleichbleibenden Fallzahlen

Nur in wenigen IV-Stellen wird die vorhandene Ressourcenausstattung als ausreichend bewertet und auch dies meist nur unter bestimmten Voraussetzungen: In der IV-Stelle 4 gelten die Ressourcen als hinreichend, da bereits vor der Umsetzung der neuen Vorgaben vergleichbare Prozesse etabliert waren und die Fallzahlen als überschaubar eingeschätzt werden. Die Interviewten der IV-Stelle 22 halten fest, dass die Ressourcen in der Regel genügen und dass bei Engpässen priorisierend gearbeitet und gewisse Aufgaben zurückgestellt werden können. In mehreren IV-Stellen (7, 14, 18, 24) wird berichtet, dass die Ressourcen zumindest eine qualitative Beratung und Begleitung ermöglichen und ein enger Kontakt zu den versicherten Personen realisierbar ist. Für eine Fallführung im Sinne eines strukturierten Case Managements gemäss Kreisschreiben reichen die verfügbaren Kapazitäten jedoch in mehreren IV-Stellen nicht aus, insbesondere bei steigenden Fallzahlen. Die Interviewten der IV-Stelle 2 weisen darauf hin, dass Erfahrungswerte derzeit fehlen, da aktuell nur wenige Fälle betreut werden und unklar bleibt, wie sich die Ressourcenlage bei zunehmender Fallzahl entwickeln wird. In mehreren Interviews wird betont, dass die Angemessenheit der Ressourcen stark von der Fallbelastung abhängt, die sich der direkten Steuerung entzieht.

Ressourcenknappheit aufgrund steigender Anforderungen und erhöhter Komplexität

Teilweise wird festgestellt, dass die verfügbaren personellen Ressourcen knapp bemessen sind und punktuell weiterer Verbesserungsbedarf besteht, um den gestiegenen Anforderungen im Rahmen der Weiterentwicklung der IV angemessen begegnen zu können (14). Insbesondere im Bereich der Fallführung bei komplexen Fallkonstellationen, etwa in der Betreuung von jungen versicherten Personen oder Personen mit Mehrfachdiagnosen, wird zusätzlicher Ressourcenzugang als notwendig erachtet, um eine kontinuierliche und qualitativ hochwertige Unterstützung sicherzustellen (14).

Vor allem in kleinen Kantonen wie dem Kanton 15 zeigen sich gravierende Engpässe, sobald einzelne Mitarbeitende, etwa aufgrund krankheitsbedingter Abwesenheit, temporär ausfallen. Dort wird betont, dass der Umsetzungsaufwand erheblich sei, sofern die inhaltlichen Vorgaben vollumfänglich und qualitativ umgesetzt werden sollen (15). Zwar wurden

zusätzliche Mittel vielfach genutzt, um Prozesse gezielter und effizienter zu gestalten, dennoch reichen diese laut den Interviewten zahlreicher kantonaler IV-Stellen nicht aus. Dies wird insbesondere auf die steigende Anzahl und zunehmende Komplexität der Fälle zurückgeführt, etwa durch psychische Problemlagen, intensiveren Austausch mit Lehrpersonen oder aufwendigere juristische Verfahren. Zudem werden hohe Anforderungen und teilweise unrealistische Erwartungen seitens verschiedener Anspruchsgruppen benannt. Kleine IV-Stellen wie im Kanton 20 reagieren auf die strukturellen Engpässe mit Effizienzsteigerungsstrategien und Zielvorgaben, um innerhalb der begrenzten Ressourcen handlungsfähig zu bleiben. Trotz dieser Bemühungen und einer deutlichen Ausrichtung auf Prozessoptimierung besteht in vielen IV-Stellen ein zusätzlicher Ressourcenbedarf, um die angestrebte Qualität der Fallführung nachhaltig gewährleisten zu können.

4.2.8 Delegation der Fallführung bei medizinischen Massnahmen an Dritte

Laut Kreisschreiben besteht die Möglichkeit bei besonders komplexen Fällen die Fallführung an Dritte zu delegieren. Die meisten IV-Stellen delegieren die Fallführung jedoch nicht an Dritte, sondern führen die Fälle selbst. Dies wird so gehandhabt, da diese Kompetenzen bei den IV-Stellen intern vorhanden sind. Auch wenn die IV-Stellen diese Möglichkeit grundsätzlich kennen, wird die Fallführung nur in sehr spezifischen Fällen delegiert, wenn etwa das Kindeswohl möglicherweise gefährdet ist (7), die Eltern gegenüber der IV sehr misstrauisch sind (7) oder die Fallkomplexität aussergewöhnlich hoch ist (13).

Es finden sich auch abgeschwächte Formen einer Delegation. Dabei wird die Fallführung anderen Organisationen nicht ganz übergeben, sie übernehmen jedoch einen grossen Teil der Fallführung. Dies kann beispielsweise ein intensives Coaching sein oder eine intensive Begleitung in einem Bewerbungsverfahren. Die Kontrolle liegt jedoch immer noch bei den fallführenden Personen der IV-Stellen (11, 16, 23).

4.3 Fallführung im Bereich der beruflichen Eingliederung

Eine wichtige Veränderung der WEIV ist aus Sicht der IV-Stellen die frühere und systematisierte Begleitung Jugendlicher, oft bereits ab dem Schulalter oder ab 13 Jahren (13, 7). Als Beispiele für Neuerungen werden die IM-Massnahmen (Integrationsmassnahmen) für Jugendliche sowie die Einführung von Lohnzahlungen für unter 18-Jährige in Ausbildung genannt (6). Die IV-Stellen nehmen vermehrt eine koordinierende und steuernde Rolle ein (21, 23, 18). Die Zusammenarbeit mit Schulen, Berufsberatung, Eltern und sozialen Diensten wurde intensiviert und ist oft entscheidend für die Gestaltung der Übergänge von Schule ins Berufsleben (Übergang I) und zwischen Integrationsmassnahmen (3, 4, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 26). Gezielte Coaching- und Begleitangebote werden vermehrt eingesetzt, insbesondere bei instabilen oder mehrfach belasteten Jugendlichen (2,3,4, 6,7, 9, 10, 14, 18, 21, 23, 25). Im Folgenden wird dargelegt, wie die verschiedenen IV-Stellen diese Übergänge handhaben, welche Strategien sie verfolgen, um Kontinuität und individuelle Begleitung sicherzustellen und welche Herausforderungen dabei auftreten.

4.3.1 Fallführung an den Übergängen I und II

Die beiden Übergänge von der Schule in die Berufsausbildung (Übergang I) und von der Berufsausbildung in den Arbeitsmarkt (Übergang II) werden von allen kantonalen IV-Stellen als besonders bedeutungsvoll eingeschätzt. In den meisten IV-Stellen (2, 3, 4, 9, 10, 15, 16, 22, 23, 26) verbleiben, wenn immer möglich, die bisherigen fallführenden Personen im Lead (z. B. 16). Damit wird angestrebt, Kontinuität sicherzustellen (z. B. 15), eine verlässliche persönliche Begleitung zu gewährleisten (15), Brüche zu vermeiden (4) und fallbezogenes Wissen nicht zu verlieren (22). In anderen IV-Stellen erfolgt ab dem 13. Lebensjahr eine schrittweise Übergabe an die Berufsberatung (21), ein Dossierwechsel vom Minderjährigenbereich zur Jugendabteilung (13) oder eine Übernahme durch spezialisierte Fallführungsteams (14). Der Dossierwechsel wird dabei vor allem durch die bestehenden Strukturen und nicht inhaltlich begründet.

Gestaltung von Übergängen in der Fallführung

Bei der Gestaltung von Übergängen zeigt sich, dass die kantonalen IV-Stellen unterschiedliche Vorgehensweisen verfolgen. In einigen Fällen findet lediglich ein kurzer interner Austausch darüber statt, wer künftig die Fallführung übernimmt (z. B. IV-Stelle 15); die versicherte Person wird anschliessend darüber in Kenntnis gesetzt, wer neu zuständig ist und als Ansprechperson fungiert. In zahlreichen IV-Stellen werden alle Jugendlichen einer bestimmten Fachperson zugewiesen.

In einer anderen IV-Stelle (24) wird auf eine möglichst gute Passung geachtet: Die Fallführung wird jener Person im Team übertragen, die sowohl hinsichtlich der fachlichen Anforderungen des Falls als auch der regionalen Zuständigkeit geeignet erscheint. Eine weitere IV-Stelle (12) regelt den Übergang so, dass bei Erreichen der Volljährigkeit oder im Rahmen der Berufswahlvorbereitung die Zuständigkeit an spezialisierte Abteilungen übergeht. Die Hilfsmittelversorgung und medizinischen Massnahmen werden dabei kontinuierlich weitergeführt.

Enge Zusammenarbeit

Auffällig ist, dass von den meisten IV-Stellen eine enge Zusammenarbeit mit den verschiedenen relevanten Akteuren betont wird. Insbesondere werden hier die Schulen und anderen Ausbildungsstätten genannt, aber auch zunehmend die Eltern. Zum einen geht es darum, die Jugendlichen bestmöglich auf die beiden Übergänge vorzubereiten und zum anderen, auch auf Systemebene sicherzustellen, dass der Übergang gelingen kann. Auf einer kantonalen IV-Stelle (26) wird von einem Pilotprojekt berichtet, in dem von Seiten der IV-Stelle alle Schulen und Ämter über die Prozesse der IV aufgeklärt und sensibilisiert wurden, weil festgestellt wurde, dass viel Unwissen vorhanden ist. Seither funktioniert die Kooperation gemäss den IV-Stellen nachweislich besser. Zudem habe sich gezeigt, dass es sich bewährt, nicht nur Kinder und Jugendliche mit Geburtsgebrechen im Blick zu haben (dort sind die Prozesse meist schon initiiert), sondern auch bei Schülerinnen und Schülern mit Schwierigkeiten in der Schule frühzeitig zu intervenieren.

Im Kontext der Übergänge wird auch die Zusammenarbeit mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) thematisiert. Eine IV-Stelle (20) betont die Bedeutung der räumlichen Nähe, etwa durch eine Unterbringung im selben Büro oder Gebäude als förderlichen Faktor für eine gelingende Kooperation. Eine enge fallbezogene Abstimmung wird dadurch erleichtert, und eine engmaschige Zusammenarbeit wird begünstigt.

Die internen Zuständigkeiten innerhalb der IV-Stellen sind in der Regel klar definiert: Es ist festgelegt, wer für die Anmeldung zuständig ist, wer den Erstkontakt mit der versicherten Person übernimmt und wer die Fallführung verantwortet. Unterstützend wirkt dabei die gemeinsame Aktenführung innerhalb der IV-Stelle, da sie eine einheitliche Informationsgrundlage schafft und allen beteiligten Abteilungen eine wechselseitige Einsicht in die relevanten Unterlagen ermöglicht.

Mehrere Interviewpartnerinnen und -partner berichten, dass sich insbesondere die interne Zusammenarbeit seit der Einführung der WEIV deutlich verändert hat. Sie sei intensiver, koordinierter, engmaschiger und in vielen Fällen auch qualitativ verbessert worden. Teilweise war es erforderlich, neue Prozesse zu entwickeln, etwa für die Zusammenarbeit zwischen den Bereichen Eingliederung und Sachleistungen im Zusammenhang mit medizinischen Massnahmen. Entsprechend mussten die Mitarbeitenden für neue Abläufe und Schnittstellen sensibilisiert werden. Im Weiteren hat die Frühintervention an Bedeutung gewonnen. Es geht darum, keine Zeit zu verlieren, frühzeitig zum Erstgespräch einzuladen, um die Situation zu erfassen und Abklärungen zu initiieren. So wird beispielsweise in Interviews (11, 13) berichtet, dass die berufliche Eingliederung möglichst schnell im Boot sein sollte. Die beiden Prozesse können auch parallel laufen. Es kann eine Anmeldung für berufliche Massnahmen geben und gleichzeitig auch Sachleistungen. Dies werde häufig von der Schule initiiert, beispielsweise bei Round-Table-Gesprächen. Nach der Anmeldung wird das Dossier für die Berufsberatung der Eingliederung übergeben. Beim Ausbildungsteil begleitet die berufliche Integration, es kann dann aber immer noch sein, dass weiterhin Hilfsmittel nötig sind.

Bedarfsorientierung

Die Bedarfslagen der versicherten Personen während den Übergängen sind äusserst individuell. Entsprechend setzen die IV-Stellen unterschiedliche Massnahmen ein, um den Übergang gezielt zu unterstützen, etwa Brückenangebote, berufsvorbereitende Programme, Coachings oder die Begleitung durch externe Partner. Im Zentrum steht dabei eine möglichst kontinuierliche Unterstützung, die durch intensive Betreuung und persönliche Gespräche realisiert wird. Ziel ist es, die Jugendlichen bestmöglich auf den nächsten Schritt vorzubereiten und Übergangsrisiken zu minimieren.

Es ist zwischen den IV-Stellen stark unterschiedlich ab welchem Alter der Begleitprozess zur Berufswahl stattfindet. So weisen zum Beispiel die IV-Stellen 11 und 23 darauf hin, dass sie erst in der zweiten Oberstufe beginnen, weil vorher (bei 13-Jährigen) ihrer Meinung nach noch nichts gemacht werden kann. Die fallführenden Personen begleiten diesen Übergabeprozess und stellen sicher, dass alle relevanten Informationen übermittelt werden. Sie

arbeiten eng mit den Berufsberatenden zusammen, um einen nahtlosen Übergang in die berufliche Eingliederung zu ermöglichen. Dabei wird angemerkt, dass sich das Bild der Berufsberatenden verändert: Sie stehen heute vielmehr in Kontakt mit den Arbeitgebenden, um die Prozesse zu unterstützen. In einer IV-Stelle (17) wird bereits im Alter von 12 Jahren geprüft, ob eine Übergabe an die Berufsberatung erforderlich ist. Generell wird darauf hingewiesen, dass es gerade bei Jugendlichen wichtig ist, dass die Fallführung weitgehend bei derselben Person bleiben sollte und nicht zu viele Übergaben stattfinden. Die Leistungserbringung soll aus einer Hand sein und die Übergänge sollen sanft gestaltet werden (7).

4.3.2 Optimierungspotential

Optimierungspotenzial wird von einer IV-Stelle 20 im Einholen von Arztberichten erkannt. Da gebe es oft noch Doppelspurigkeiten. Eine wichtige Rolle spielt eine gute Fallübergabe. Eine weitere Herausforderung ist oft die Terminkoordination: je mehr Akteurinnen und Akteure involviert sind, desto schwieriger wird es, einen Gesprächstermin zu finden, was die Kooperation erschwert und die Prozesse verzögert.

Schwierige Übergänge werden der IV-Stelle 14 zufolge durch ein enges Monitoring und zusätzliche Unterstützung durch die Case Managerinnen begleitet. Dabei wird auch auf die Zusammenarbeit mit externen Partnerinnen und Partner, wie Arbeitgebenden und Ausbildungsinstitutionen, gesetzt, um den Übergang zu erleichtern. Bei Bedarf werden Coaching, interdisziplinäre Teamgespräche und ergänzende Massnahmen angeboten, um potenzielle Hürden frühzeitig zu erkennen und die Klientinnen und Klienten gezielt zu unterstützen. Die Fallführenden richten sich dabei verstärkt am individuellen Bedarf aus, sind um regelmässigen Kontakt mit den Versicherten bemüht und stellen im Sinne einer engen Koordination sicher, dass die verschiedenen involvierten Stellen zusammenarbeiten. Zudem wird in der IV-Stelle 14 in kritischen Fällen mit aufsuchender Sozialarbeit und niedrigschwelligen Angeboten gearbeitet, um sicherzustellen, dass die Betroffenen kontinuierlich begleitet werden. Der Fokus liegt darauf, frühzeitig Risiken und Barrieren zu identifizieren und gemeinsam mit den beteiligten Institutionen Lösungen zu entwickeln, die den individuellen Bedürfnissen der Versicherten gerecht werden und die Übergänge so reibungslos wie möglich gestalten.

Von den meisten IV-Stellen (2, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 25) wird angemerkt, dass bei diesen Triagegesprächen in der Regel auch der RAD und andere involvierte Stellen dabei sind, wie beispielsweise Beistandschaften, Sozialarbeitende, externe Case Managerinnen und Case Manager, Versicherungen, Psychiaterinnen und Psychiater, Suva und/oder Krankentaggeld-Versicherungen. Wenn sich Schwierigkeiten abzeichnen, kommen die Sachbearbeitende auf die fallführende Person zu und die genannten Massnahmen beziehungsweise Gespräche werden zeitnah initiiert: Hier zeigt sich deutlich die erwähnte Drehscheibenfunktion, welche die Fallführenden übernehmen. Es sei wichtig, schnell zu reagieren, wenn Probleme entstehen. Eine präzise Dokumentation sei ebenfalls wichtig. Es wird alles genau aufgeschrieben, damit den Versicherten die Unterlagen mitgegeben werden können, wenn sie zum Beispiel den Kanton wechseln. Der Fokus sollte der IV-Stelle 19

zufolge darauf gerichtet sein, dass auch bei Wechseln keine Lücken in der Betreuung entstehen.

4.3.3 Umgang mit Herausforderungen

Die grössten Herausforderungen entstehen der IV-Stelle 24 zufolge oft an den Schnittstellen, zum Beispiel dann, wenn die Fallführenden eine falsche Einschätzung hinsichtlich einer Renten-Wahrscheinlichkeit getroffen haben und der RAD anders entscheidet. In diesen Situationen ist es wichtig, dass die Fallführenden umgehend den Kontakt zu den Versicherten suchen und mit ihnen gemeinsam das weitere Vorgehen besprechen.

Der Übergang von der Primarschule in die Sekundarschule I (ab der 6. Klasse mit ca. 13 Jahren). Eine IV-Stelle (21) hat dafür eigens ein Formular entwickelt. Ab der Sekundarschule I verschiebt sich der Fokus auf die Berufsberatung. Es finden erste Abklärungen statt, zum Beispiel im Schulhaus wo die Eltern, Lehrpersonen, Schülerinnen und Schüler und die IV die Aufgaben definieren. Es geht darum, ein gemeinsames Verständnis zu schaffen.

In der IV-Stelle 17 wird dieser Schnittstellenproblematik dadurch begegnet, dass es keine Wechsel von der Begleitperson gibt. Es soll dadurch ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden (vgl. Kap. 4.1.3). Wenn es zwischen der versicherten und der fallführenden Person infolge von Meinungsverschiedenheiten zu einer Eskalation kommt, übernimmt die Leitung der IV-Stelle und führt die Gespräche, wie von einer IV-Stelle (10) berichtet wird. Das kommt jedoch selten vor. Weiter wird in einer anderen IV-Stelle (6) darauf hingewiesen, dass in schwierigen Situationen auch die Möglichkeit einer externen Supervision zur Verfügung steht. Es existieren jedoch auch interne Lösungen, wie zum Beispiel Schulungen oder der informelle Austausch, der eine wichtige Rolle spielt. In einer IV-Stelle (25) wurde dafür eigens ein Fachgremium aufgebaut.

4.3.4 Coaching-Leistungen und Zusammenarbeit mit Externen

Die Vergabe von Coaching-Leistungen (z.B. Unterstützung im Bewerbungsprozess, Beratung zur Arbeitsplatzsicherung oder betrieblicher Integration, Entwicklung sozialer und beruflicher Kompetenzen, Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen am Arbeitsplatz und Bewältigung von Schwierigkeiten im Arbeitsalltag) erfolgt laut IV-Stellen (6, 7, 8, 11, 13, 14, 16) auf Basis der Spezialisierung und Erfahrung der externen Leistungserbringenden. Kriterien umfassen die Qualifikation in der Eingliederung, spezifisches Wissen über die Zielgruppe sowie die Fähigkeit, eng mit der IV-Stelle zusammenzuarbeiten. Weiter sind Flexibilität, Verfügbarkeit und die nachgewiesene Wirksamkeit der angebotenen Methoden wichtige Kriterien.

Die Wahl des Coaches richtet sich nach dem individuellen Unterstützungsbedarf der Klientinnen und Klienten, um eine zielgerichtete und massgeschneiderte Eingliederung zu gewährleisten. Gerne auf Coaches zurückgegriffen wird laut zwei IV-Stellen (15, 17) bei Bewerbungen oder beim Wechsel in den 1. Arbeitsmarkt. Ebenso braucht es im Bereich Autismus-Spektrum oder bei spezifischen Themen von Arbeitsplatzverlust oft spezialisierte Coaches. Im Falle von psychischen Belastungen wird laut einer IV-Stelle (26) häufig ebenfalls

auf die Expertise externer Coaches zurückgegriffen. Coaching-Leistungen werden also nach Kriterien wie dem Bedarf an intensiver Unterstützung und der individuellen Situation der Versicherten vergeben. Der Coachingbedarf wird im Rahmen der Fallführung festgestellt und gezielt an geeignete Anbietende vermittelt, wie von verschiedenen IV-Stellen (1, 9, 16, 19) berichtet wird.

In der Regel entscheiden die fallführenden Fachpersonen, ob und ab wann es einen Coach braucht und welcher Coach für die Fallsituation in Frage kommt. Die Erfahrungen einiger IV-Stellen (10, 12, 20) haben gezeigt, dass es schwierig ist, allgemeingültige Kriterien für den Beizug externer Coaches aufzustellen. Die Fallsituationen sind zu einzigartig. Und die Beratenden haben oft ein gutes Einschätzungsvermögen. Ein Vorteil von Coaches ist es laut zwei IV-Stellen (15, 23), intensiver mit den Versicherten im Kontakt zu sein, und enger mit ihnen zusammenarbeiten zu können. Dafür haben die Mitarbeitenden der IV in der Regel nicht ausreichend Kapazitäten. So gesehen ist das Coaching eine wertvolle Unterstützung für die IV-Stellen.

Zudem haben die Empfehlungen des RAD ein grosses Gewicht beispielsweise bei der Wahl von Therapieangeboten. «Wenn der RAD sagt, jemand mit ADHS braucht Unterstützung während der Lehre, dann wird das so gemacht.» (20). Teilweise möchten die Versicherten gar kein Coaching in Anspruch nehmen. Da braucht es manchmal Überzeugungsarbeit. Weiter berichtet eine IV-Stelle (21), dass sie in der Abteilung Kontraktmanagement über einen Pool an Coaches verfügt. Eine IV-Stelle (23) weist weiter darauf hin, dass auch regionale Gegebenheiten eine Rolle spielen. So kann es für die IV eines grossen ländlichen Kantons eine Motivation sein, externe Coaches einzusetzen, wenn es schwierig ist, die versicherten Personen zu erreichen.

Die IV-Stellen pflegen generell eine enge und koordinierte Zusammenarbeit mit externen Coaching-Erbringenden, um eine konsistente Betreuung der Klientinnen und Klienten sicherzustellen. Regelmässige Feedback-Schleifen und gemeinsame Besprechungen helfen, den Fortschritt zu bewerten und die Massnahmen optimal anzupassen. Diese Zusammenarbeit basiert auf einem klaren Abgleich der Zielsetzungen und einer kontinuierlichen Abstimmung der jeweiligen Eingliederungsschritte (14, 15, 16, 22, 23).

Die fallführenden Personen koordinieren im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit den Verlauf der Coaching-Massnahmen und stehen im kontinuierlichen Kontakt auch mit den Coaches, um Fortschritte zu besprechen und notwendige Anpassungen vorzunehmen. Die IV-Stellen stellen sicher, dass die externen Coaches über alle relevanten Informationen und klar definierte Ziele informiert sind, um eine nahtlose und zielorientierte Betreuung zu gewährleisten. Die Coaches als externe Partnerinnen und Partner bieten spezialisierte Unterstützung an, während die IV-Stelle die Gesamtkoordination und das Monitoring übernimmt (4, 12).

Das Kontraktmanagement ist ein wichtiges Instrument, um die Qualität kontinuierlich zu überprüfen (1, 10, 17). Die meisten IV-Stellen erwähnen, dass die Aufgabe der Coaches im Auftrag klar beschrieben ist und in welchem Rhythmus ein Reporting erfolgen soll (z. B. alle drei Monate). In der Regel wird nach einem ersten Kennenlernen und «Matching» (Prüfen,

ob eine Vertrauensbasis hergestellt werden kann) gemeinsam eine Zielvereinbarung formuliert (3, 9, 12, 13, 16, 20, 21).

Bei Schwierigkeiten wird immer ein Round Table mit allen beteiligten Personen initiiert. Ein anderes Gefäss, um den Verlauf und die Zielerreichung zu besprechen und den Informationsfluss zu pflegen, sind gemäss mehreren IV-Stellen (1, 18, 19, 20) regelmässige Standortgespräche.

Zwei IV-Stellen (13 und 16) erwähnen, dass es sich bei den Delegierten um spezialisierte Fachpersonen wie Case Managerinnen und Manager, Sozialarbeitende, Therapeutinnen und Therapeuten mit Erfahrung in der Eingliederung handelt. Diese Personen benötigen Wissen zum Sozialversicherungssystem und Qualifikationen im Umgang mit psychisch und physisch beeinträchtigten Personen (16). Zusätzlich bedürften sie der Kompetenz, zielorientiert zu arbeiten (13).

Alle zwei Jahre werden Qualitätsgespräche mit den Coaches geführt. Wenn die Fallführenden von den IV-Stellen nicht zufrieden sind, wird die Leistungsvereinbarung nicht erneuert. Es wird eng kontrolliert, was sich in der Praxis bewährt. Eine IV-Stelle (23) weist auf eine mögliche Problematik hin: Coaches unterbreiten manchmal Vorschläge, welche nicht realisierbar sind, da ihnen das Wissen zum Sozialversicherungsrecht fehlt. Die Einschätzung der Coaching-Qualität orientiert sich an den Grundlagendokumenten des jeweiligen kantonalen, bzw. regionalen Kontraktmanagements.

4.4 Eingliederung vor Rente, Rentenprüfung und Rentenausrichtung

Der Grundsatz «Eingliederung vor Rente» wurde mit der Weiterentwicklung der IV weiter gestärkt und konsequenter verfolgt, so die Aussagen aus vielen IV-Stellen. Rentenentscheide werden demnach erst nach vollständiger Ausschöpfung aller Eingliederungsmöglichkeiten gefällt. In der Umsetzung dieses Grundsatzes spielen Auflagen eine grössere Rolle und sind konkreter formuliert (3, 4, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 23, 24, 25). Diese Auflagen werden mit der versicherten Person besprochen und im Verlauf kontrolliert, um die Eigenverantwortung zu stärken und die Eingliederung zu fördern. Auch während des Rentenbezugs bleibt die IV-Stelle in Kontakt mit den Versicherten und prüft regelmässig, ob sich Veränderungen ergeben, die eine Reintegration ermöglichen (2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 22, 23, 24, 25).

4.4.1 Fallführung in Bezug auf den Grundsatz «Eingliederung vor Rente»

Ein Rentenanspruch wird grundsätzlich erst dann geprüft, wenn alle Möglichkeiten der Eingliederung ausgeschöpft sind: Erst wenn die Eingliederung nachweislich nicht erfolgreich war, wird die Möglichkeit einer Rentenprüfung in Betracht gezogen. Viele IV-Stellen betonen, nur unter speziellen Umständen (z. B. Krebsdiagnose, Hausfrauen, die nie berufstätig waren, «eindeutige» Fälle) von diesem Grundsatz abzuweichen.

Die Schwerpunktsetzungen bei der Umsetzung des Grundsatzes sind zwischen den IV-Stellen unterschiedlich. Auffällig ist jedoch, dass die Prioritäten der Leitung und der

Fallführenden meist übereinstimmen und somit als eine Art gemeinsame Haltung innerhalb der IV-Stellen verstanden werden können. Es gab nur selten relevante Differenzen.

Die Interviews zeigen, dass in der Tendenz der Grundsatz «Eingliederung vor Rente» von den kantonalen IV-Stellen je nach Zielgruppen mit leicht unterschiedlicher Perspektive umgesetzt wird:

- Bei Jugendlichen liegt der Fokus auf einer frühzeitigen und kontinuierlichen Förderung. Durch sozialpädagogische Begleitung, individuelles Coaching und gezielte Standortgespräche sollen Brüche im Übergang von Schule zu Beruf vermieden und die berufliche Eingliederung nachhaltig unterstützt werden.
- Bei Erwachsenen, die schon im Berufsleben standen, stehen systematische und dokumentierte Reintegrationsbemühungen im Vordergrund. Vor einer Rentenprüfung werden sämtliche berufliche (inkl. Coaching) und medizinische Massnahmen ausgeschöpft, wobei ein Fokus auf die Mitwirkungspflicht gelegt wird.

Die meisten IV-Stellen haben ihre Praxis im Sinn der WEIV angepasst und weiterentwickelt. In einer IV-Stelle übernehmen die Fallführenden die Aufgabe, die versicherte Person aktiv in die Vereinbarung der Auflagen einzubeziehen, sodass deren Sinn und Ziel nachvollziehbar werden und die Verantwortung für den Eingliederungsprozess gemeinsam getragen wird (16). Dies verweist auf die entscheidende Rolle, die Fallführende in einem erfolgreichen Eingliederungsprozess spielen können. Weiter wurde eine formelle Dokumentation und Nachverfolgbarkeit der Eingliederungsschritte eingeführt (15) sowie eine dreijährige Nachbetreuung etabliert (14).

Eine Minderheit betont, dass der Grundsatz bereits seit der Einführung der 5. IV-Revision konsequent umgesetzt wurde. Daher waren durch die WEIV keine wesentlichen Anpassungen erforderlich. Die IV-Stellen 15, 22, 26 und 3 erklären ausdrücklich, dass die Umsetzung dieses Grundsatzes seit Langem gelebte Praxis sei und die WEIV keine bedeutende Änderung ausgelöst habe. Bei der näheren Analyse zeigte sich, dass diese Stellen eher klein sind und über Fallführungsprozesse verfügen, in denen eine kontinuierliche, fallbezogene Anpassung und die persönliche Beziehung zu den Versicherten im Vordergrund steht. So wird etwa auf eine detaillierte Erstplanung oder standardisierte Reviews der Umsetzung verzichtet. Der Grundsatz «Eingliederung vor Rente» wird primär über fortlaufende Entscheidungen und Anpassungen im Prozess umgesetzt. Die Veränderungen im Zuge der WEIV bestanden in einer punktuellen Formalisierung dieses Vorgehens. Da die bestehenden Prozesse im Sinn des Grundsatzes als erfolgreich bewertet werden, scheinen keine grundlegenden Veränderungen in diesem Bereich im Zuge der WEIV als notwendig erachtet worden zu sein.

In zahlreichen Interviews wurden bei der Frage der Umsetzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» erwähnt, dass die Ressourcen kaum ausreichen würden, um diesen vollständig umzusetzen: Obwohl zusätzliche Ressourcen bereitgestellt wurden, reichten diese oft nicht aus, um den steigenden Anforderungen gerecht zu werden (4, 6, 7, 9, 14, 16, 19, 23, 25, 26).

4.4.2 Schwerpunktsetzungen bei «Eingliederung vor Rente»

Im Zusammenhang mit der Umsetzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» werden die folgenden Schwerpunkte genannt, welche je nach IV-Stelle variieren:

Konsequente Umsetzung

Mehrere IV-Stellen betonen, den Grundsatz «Eingliederung vor Rente» «konsequent» oder «streng» umzusetzen. Dabei absolvieren alle Versicherten Eingliederungsmassnahmen, sofern ihre gesundheitliche Einschränkungen dies zulassen. Eine Rentenprüfung wird nur dann begonnen, wenn eine berufliche Eingliederung als aussichtslos bewertet wird. Parallele Prozesse von Rentenprüfung und Eingliederung bleiben Ausnahmefälle. Dies führt dazu, dass die Rentenprüfung erst nach vollständiger Ausschöpfung aller medizinischen und beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten (2, 6, 7, 9, 14, 18, 22, 26) erfolgt. Die Leitungen einiger kantonalen IV-Stelle betonen, dass die strikte Umsetzung des Grundsatzes zu einer verschärften Handhabung geführt hat. So werden auch Personen, die sich selbst subjektiv als nicht arbeitsfähig einschätzen, konsequent in berufliche Eingliederungsmassnahmen einbezogen. Statt den Prozess frühzeitig abubrechen, werden nun insbesondere bei jungen Erwachsenen möglichst «viele Anläufe» unternommen, um die Eingliederung zu ermöglichen. Dies führt zu einem zeitintensiveren Vorgehen, das zum Beispiel als «mehr Zusatzschlaufen» (10) beschrieben wird. Zusätzlich hat sich die Beratung und Begleitung der Versicherten intensiviert. Die Fallführenden investieren mehr Zeit in die Planung der beruflichen Eingliederungsmassnahmen. Ein intensivierter Austausch ermöglicht eine individuellere Unterstützung, bedeutet aber einen höheren Aufwand in der Abklärung und Begleitung (2, 14, 16, 17, 22, 26).

Versicherten eine Perspektive geben und Chancen eröffnen

Fallführende der kantonalen IV-Stellen betonen, dass sie sich bei der Umsetzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» in erster Linie an den Chancen und am Potenzial der Versicherten orientieren: Eingliederung sei nicht nur eine Pflicht, sondern auch als eine Chance für die Versicherten (7, 19) zu betrachten. Die IV-Stelle des Kantons 23 beschreibt die konsequente Umsetzung als systematische Suche nach Ressourcen statt Defiziten. Den Versicherten soll eine realistische und positive Perspektive aufgezeigt werden, insbesondere jungen Versicherten. Fallführende der IV-Stelle des Kantons 13 heben hervor, dass man mit Jugendlichen möglichst früh in den Austausch geht, um ihnen eine Perspektive jenseits der Rente aufzuzeigen. Der Aufbau von Vertrauen und die Schaffung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses sind dabei entscheidend.

Gründliche Evaluierung der individuellen Eingliederungspotenziale

Die gründliche Evaluation im Rahmen des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» wird von IV-Stellen als Schlüssel zu einer erfolgreichen Integration betrachtet. Die Umsetzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» beginnt deshalb mit einer intensiven Prüfung und Planung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen (7, 23). In der IV-Stelle des Kantons 19 erfolgt ein standardisierter Abklärungsprozess, in den möglichst alle Stakeholder involviert werden. Die IV-Stelle des Kantons 16 setzt bei Jugendlichen auf eine vertiefte

Kommunikation mit den Eltern und weiteren Akteurinnen und Akteuren, um Potenziale systematisch zu erfassen. Diese Prozesse sind interdisziplinär angelegt und nutzen häufig standardisierte Assessment-Formulare (14, 19) sowie medizinische, psychologische und schulische Unterlagen (14) für eine umfassende Bestandesaufnahme (4, 6, 7, 9, 13, 14, 18, 21, 23).

Zeitnahe Entscheidungen und schnelle Umsetzung von Massnahmen

Einige IV-Stellen (z.B. 19) erwähnen, dass der RAD dazu beiträgt in der Umsetzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» die medizinischen Fragestellungen rasch zu klären und Massnahmen zeitnah einzuleiten. Viele IV-Stellen berichten von einer Zunahme des Aufwandes und der Komplexität durch die Umsetzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente». Zeitnahe Entscheide seien besonders bei komplexen Fällen aber wichtig, um Verzögerungen im Prozess zu vermeiden. Durch die Arbeit des RAD wird die Wartezeit für medizinische Expertisen verkürzt.

4.4.3 Umsetzung und Prüfung von medizinischen Auflagen

Im Rahmen der Schadenminderungspflicht sind versicherte Personen verpflichtet, aktiv an Eingliederungsmassnahmen und/oder an medizinischen Behandlungen teilzunehmen. Am häufigsten werden Auflagen im Rahmen der Rentenprüfung gesprochen. Diese Auflagen können die Pflicht beinhalten, an medizinischen Behandlungen teilzunehmen. Das Ziel solcher Auflagen ist es, durch eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation die Teilnahme an Eingliederungsmassnahmen zu ermöglichen und damit die Chancen auf eine erfolgreiche berufliche Eingliederung zu erhöhen.

Auflagen werden als Instrument betrachtet, den Prozess gegebenenfalls zu strukturieren und Verbindlichkeit zu schaffen. Deshalb wird die Prüfung von Auflagen früh im Prozess angesetzt. Mehrere kantonale IV-Stellen (4, 7, 9, 14, 15, 18, 19, 25) betonen, dass Auflagen ein wichtiges Mittel sind, damit von Seiten der Versicherten alles Zumutbare unternommen wird, bevor eine Rentenprüfung eingeleitet wird. Die IV-Stelle 14 berichtet, dass medizinische Auflagen bereits bei der ersten Fallaufnahme thematisiert und dokumentiert werden. Die IV-Stellen der Kantone 24 und 19 unterstreichen, dass sie bereits frühzeitig mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder dem RAD abklären, welche medizinischen Massnahmen notwendig und zumutbar sind. Auflagen schaffen dabei nicht nur Struktur, sondern geben den Versicherten auch Orientierung und klare Erwartungen hinsichtlich ihrer Mitwirkungspflichten (6, 10, 15). Teilweise wird das Instrument der Auflage auch als eine Art „Vertrag“ zwischen IV-Stelle und versicherter Person verstanden. Darüber hinaus wird Auflagen von einigen IV-Stellen eine stärkende Funktion im Hinblick auf die Eigenverantwortung der Versicherten zugeschrieben (6, 10, 18).

Kommunikation mit den Versicherten in Bezug auf die Auflagen

Die Kommunikation mit den Versicherten in Bezug auf die Auflagen spielt aus der Sicht vieler kantonaler IV-Stellen eine zentrale Rolle bei der Umsetzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente». Dabei wird betont, dass es zentral ist die Versicherten umfassend über den

Grund für Auflagen zu informieren. Die IV-Stelle des Kanton 24 informiert Versicherte schriftlich und mündlich über die Bedeutung der Auflagen. Diese werden klar formuliert und im Gespräch erläutert. Die IV-Stelle 15 informiert die versicherte Person direkt über die Auflagen und ihre Bedeutung. In Gesprächen mit den Versicherten und zum Teil ihren Eltern wird transparent erklärt, warum bestimmte Behandlungen Voraussetzung für Leistungen sind. Die IV-Stellen 2 und 6 beschreiben, wie sie speziell bei Jugendlichen eine altersgerechte Sprache wählen, um Akzeptanz zu fördern. Die IV-Stellen 7, 9 und 18 betonen, dass eine enge Abstimmung mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten respektive Therapeutinnen und Therapeuten erfolgt, damit die Versicherten die Auflagen als sinnvolle Schritte und nicht als bürokratische Hürde verstehen (7, 9, 18).

Drei Beispiele:

1. IVST 10: Es wird Wert auf eine klare und transparente Information der Versicherten über die Auflagen gelegt («Eine gut erklärte Auflage schafft Klarheit und Verbindlichkeit»). Die IV-Stelle erklärt den Versicherten die Bedeutung der Massnahmen für den Eingliederungsprozess und stimmt das Vorgehen eng mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ab. Durch regelmässige Kommunikation soll sichergestellt werden, dass die Versicherten die Auflagen und ihre Wichtigkeit verstehen und ihnen nachkommen.
2. IVST 19: Neben der frühzeitigen und verständlichen Information der Versicherten («Wir erklären [...] klar, warum die Behandlung wichtig ist, um die Bereitschaft zur Umsetzung zu erhöhen») wird die Einhaltung der Auflagen kontrolliert. Die Fallführenden beobachten den Fortschritt und passen die Massnahmen gegebenenfalls an. Bei Nichterfüllung erfolgt ein Hinweis auf mögliche Konsequenzen.
3. IVST 7: Mit der WEIV wurde die Möglichkeit geschaffen, klare Mitwirkungspflichten mittels Auflagen zu definieren. Die IV-Stelle 7 nutzt dies, um gezielt Therapien, Coachings oder Integrationsmassnahmen einzufordern. Dies gibt dem Prozess mehr Verbindlichkeit und Handlungsspielraum. Es wird besonderen Wert daraufgelegt, die Auflagen nachvollziehbar zu begründen und mit den entsprechenden Fachpersonen abzustimmen.

Auflagen als Erhöhung der Verbindlichkeit

Von den IV-Stellen (6, 18, 23, 24) wurde die Funktion von Auflagen bei der Einhaltung von Therapieplänen und medizinischen Behandlungen hervorgehoben. Diese Massnahmen sind oft eine Voraussetzung für die Erfolg versprechende Eingliederung respektive der beruflichen Wiedereingliederung (4, 14). Die Versicherten sollen von Beginn an verpflichtet werden, an vorgegebenen Massnahmen teilzunehmen. Insbesondere bei Jugendlichen werden Auflagen gezielt eingesetzt, beispielsweise im Hinblick auf Therapien oder die Teilnahme an Eingliederungsmassnahmen (2, 6, 7, 9, 10, 16, 21).

Enge Abstimmung mit dem RAD

Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) spielt in verschiedenen kantonalen IV-Stellen eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit Auflagen. So sorgt die IV-Stelle 14 durch enge

Zusammenarbeit mit dem RAD dafür, dass medizinische Auflagen frühzeitig thematisiert werden. In der IV-Stelle 14 werden zudem Checklisten und Abklärungsprotokolle genutzt und der RAD übernimmt die laufende Überwachung festgelegter Massnahmen. Im Kanton 4 ist die Umsetzung von Auflagen formell integriert und der RAD führt in Einzelfällen routinemässig Kontrollen zur Überprüfung der Einhaltung durch.

Die IV-Stelle 19 verfolgt die Umsetzung medizinischer Auflagen systematisch, wo-bei die Zusammenarbeit mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten als zentral erachtet wird. In der IV-Stelle 17 kann der RAD in die Planung von Auflagen einbezogen werden, wenn es um die Festlegung medizinischer Massnahmen geht. Auch in IV-Stelle 18 werden Auflagen wie Therapie, Mitwirkung oder Coaching systematisch eingesetzt, und der Austausch mit dem RAD bleibt in dieser Phase zentral. Die IV-Stelle 13 fordert aktuelle medizinische Gutachten vom RAD an, um den sinnvollen Einsatz von medizinischen Auflagen sicherzustellen.

Vorbehalte gegen Auflagen

In einigen Interviews (6, 10) wird von den Fallführenden eine gewisse Skepsis gegenüber dem Einsatz von Auflagen geäussert, da sie die Vertrauensbasis zwischen den Versicherten und der IV-Stelle beeinträchtigen können. Es wird beschrieben, dass Auflagen manchmal eine Gegenreaktion bei den Versicherten auslösen können, welche die Eingliederung gefährdet. Daher setzen einige IV-Stellen Auflagen nur als letzten Ausweg ein, wenn alle anderen Massnahmen ausgeschöpft sind. Besonders in Fällen mit psychischen Problemen wird ihr Einsatz sorgfältig abgewogen, um unnötige Konflikte zu vermeiden. Einige Fallführende heben hervor, dass Auflagen kontraproduktiv sein können, insbesondere wenn die Einsicht der Betroffenen fehlt. Deshalb werden sie nur in Ausnahmefällen eingesetzt, etwa bei Suchtproblematiken, da sie sonst eher Druck und damit Widerstand erzeugen.

Anstelle von Auflagen erweist sich in solchen Situationen eine kontinuierliche und unterstützende Begleitung als wirkungsvoller (26). Die Fallführung stellt sicher, dass vereinbarte Massnahmen im Alltag tatsächlich gelebt werden, etwa durch regelmässige Telefonkontakte oder persönliche Besuche. Eine formalisierte Kontrolle ist dabei nicht vorgesehen; vielmehr wird über Vertrauen, Offenheit und partnerschaftlichen Dialog gewährleistet, dass Fortschritte erzielt werden. Damit wird Fallführung weniger als reines Steuerungsinstrument verstanden, sondern als kooperativer Prozess, in dem Beziehungsgestaltung den entscheidenden Unterschied macht (vgl. Kap. 5.4.1).

Bewertung der Wirksamkeit der ausgesprochenen Auflagen

Die kantonalen IV-Stellen gehen bei der Prüfung der Wirksamkeit der Auflagen unterschiedlich vor. Dabei werden die Zusammenarbeit mit dem RAD, die Kommunikation mit den Versicherten und die Abstimmung mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und der weiteren Fachpersonen als zentrale Aufgaben der fallführenden Person genannt, um die Wirksamkeit der Auflagen zu prüfen und sicherzustellen.

Die Überprüfung der Auflagen hat zwei Schwerpunkte: Die Kontrolle der Einhaltung im Sinn der Einhaltung der Schadensminderungspflicht und als Wirksamkeitsüberprüfung im Hinblick

auf den gesamten Eingliederungsprozess. Das heisst, der Fokus kann einerseits darauf ausgerichtet sein, ob die Auflagen eingehalten werden oder andererseits als wichtiger Gesprächspunkt in den Standortgesprächen mit den Versicherten.

Einige IV-Stellen (z.B. 19) scheinen sich primär auf die schriftlichen Berichte externer Partnerinnen und Partner zu stützen, um die Einhaltung und Wirksamkeit der Auflagen zu bewerten. Die Rolle des RAD bei der Kontrolle der Einhaltung der Auflagen wird häufig erwähnt. Die Fallführenden einer IV-Stelle (7) betonen etwa, dass das neu eingeführte Gefäss der Fallbesprechung die Möglichkeit bietet, dass die Ärztinnen und Ärzte des RAD die Einschätzungen der IV-Fachpersonen kennen und diese in ihre Gesamtbeurteilungen einbeziehen können.

Nicht alle kantonalen IV-Stellen prüfen die Wirksamkeit von Auflagen systematisch. Besonders die IV-Stellen kleiner Kantone betonen, dass sie aufgrund der geringen Fallzahlen und in der Regel kooperativer versicherter Personen nur selten Auflagen aussprechen und in den wenigen Fällen keine besonderen Prozesse zur Überprüfung der Wirksamkeit installiert haben. So führen die IV-Stellen 22 und 26 keine formelle Wirkungsevaluation von Auflagen durch. Stattdessen basiert die Einschätzung auf Rückmeldungen von Familien oder Fachpersonen und beobachteten Fortschritten im Alltag.

4.4.4 Fallführung während der Rentenprüfung und der Ausrichtung der Rente

Die Fallführung bei der Rentenprüfung und während der Ausrichtung einer Rente wird in den kantonalen IV-Stellen unterschiedlich gehandhabt. Einige kantonale IV-Stellen (14, 15, 16) legen besonderen Wert darauf die Versicherten regelmässig über den Stand zu informieren. Zum Teil werden die Eingliederungsmassnahmen während der Rentenprüfung aufrechterhalten, sodass auch eine mehr oder weniger aktive Fallführung weitergeführt wird.

In vielen kantonalen IV-Stellen (4, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 22) bleibt die fallführende Person bis zum Rentenentscheid die Ansprechperson. In anderen kantonalen IV-Stellen wird eine Sachbearbeitung hinzugezogen (20) oder es kommt während der Rentenprüfung zu einem Wechsel bei der fallführenden Person (17). So bleibt etwa in der IV-Stelle 13 bis zur Rentenverfügung das Dossier in der Jugendabteilung bei der zuständigen Case Managerin. Nach Abschluss der Eingliederungsmassnahmen und Entscheid über eine Rente wird das Dossier an die Erwachsenenabteilung übergeben.

Während der Rentenauszahlung bleibt in einigen Kantonen die bisherige Fallführung (6, 12, 13, 16) respektive die Person, welche die Rentenprüfung vorgenommen hat (15) die Ansprechperson für die Versicherten. In anderen IV-Stellen übernehmen spezialisierte Mitarbeitende (2, 3, 8, 14, 18, 19) eine Sachbearbeitung (7, 10, 15). Eine Reihe von IV-Stellen betont, dass die Fallführenden aktiv werden, wenn positive Veränderungen oder Verbesserung des Gesundheitszustandes der rentenbeziehenden Person absehbar sind (6, 7, 14, 19, 25).

4.5 Zwischenfazit

Die Weiterentwicklung der Invalidenversicherung (IV) in der Schweiz hat zur Folge, dass sich die Fallführung seit Einführung der neuen Gesetzgebung (WEIV) deutlich verändert und professionalisiert hat, insbesondere mit dem verstärkten Prinzip «Eingliederung vor Rente», mehr Ressourcen und einer systematischeren Begleitung der Versicherten.

Mit der Weiterentwicklung der IV wurde die Fallführung als zentraler Steuerungsmechanismus etabliert, um die Integration gesundheitlich beeinträchtigter Menschen in den Arbeitsmarkt möglichst frühzeitig und wirksam zu fördern. Ein deutlicher Wandel ist die stärkere Betonung individueller und koordinierter Begleitung, wodurch die Aufgaben der Fallführenden über rein administrative Tätigkeiten hinausgehen und auch ein internes als auch externes Netzwerken umfassen. Bei Kindern mit Geburtsgebrechen oder in komplexen Familiensituationen beginnt die Fallführung deutlich früher, mit regelmässigeren, persönlichen Kontakten und einer systematischen Dokumentation.

Die kantonalen IV-Stellen haben ihre Prozesse neu strukturiert. Während grössere Kantone meist auf funktionale Spezialisierung setzen und verschiedene Teams für unterschiedliche Leistungen haben, bevorzugen kleinere Kantone einen generalistischen Ansatz, bei dem einzelne Fachpersonen alle Prozessphasen begleiten. Mittlere Kantone und die Westschweiz zeigen hybride und interdisziplinäre Modelle, bei denen sowohl Spezialisierung als auch generalistische Betreuung kombiniert werden.

Die Mehrheit der IV-Stellen bewertet die neue Ausrichtung und die verstärkte Fallführung insgesamt positiv. Klarere Prozesse, intensivierete Dokumentation und bessere interne wie externe Koordination ermöglichen eine zielgerichtetere Unterstützung und erhöhen die Transparenz für Versicherte und ihre Familien. Gleichzeitig bleibt der steigende administrative Aufwand eine Herausforderung und es fehlt gerade bei zunehmender Fallkomplexität noch oft an ausreichend Ressourcen.

Die Typologie zeigt, dass «one size fits all»-Lösungen nicht funktionieren (vgl. hierzu das nachfolgende Kapitel 5). Vielmehr müssen interne Strukturen und Steuerungsmodelle zur jeweiligen kantonalen Grösse und zu den Anforderungen der Versichertengruppe passen. Entscheidender Erfolgsfaktor bleibt, unabhängig vom Typ, eine stabile Arbeitsbeziehung, regelmäßige Standortgespräche und die enge Zusammenarbeit im Netzwerk der sozialen und beruflichen Integration.

5 Merkmale und Typologie

In diesem Kapitel werden zunächst anhand von Merkmalen Gruppen gebildet, die anschliessend zu übergeordneten Idealtypen verdichtet werden.

Für die Gruppenbildung wurde ein zweistufiges Vorgehen gewählt: Ausgangspunkt waren die in Kapitel 3.2 dargestellten theoretisch-konzeptionellen Überlegungen, die sich auf Unterscheidungsmerkmale der Fallführung wie Spezialisierung versus Generalisierung, Planungslogik, Umgang mit Auflagen oder Teamstrukturen beziehen. In der Auswertung wurde geprüft, ob und wie sich diese theoretischen Vorannahmen in den Interviews abbilden. Gleichzeitig wurde untersucht, ob die empirischen Befunde zusätzliche Differenzierungen ermöglichen, die über die theoretischen Vorannahmen hinausgehen. In diesem Schritt wurden unterschiedliche Ausgangspunkte und Merkmale betrachtet.

Bei der Verdichtung der Gruppen zu einer übergeordneten Typologie wird klar, dass Grösse und Organisationsform der kantonalen IV-Stellen zusammen einen entscheidenden Einfluss auf die Typologie haben: grosse IV-Stellen mit hoher Spezialisierung, mittelgrosse IV-Stellen mit Mischformen aus Spezialisierung und Generalisierung, mittelgrosse IV-Stellen mit interdisziplinären Teams sowie kleine IV-Stellen mit generalistischer Arbeitsweise.

5.1 Merkmale: Grösse und Organisationsform

Die Analyse der Ergebnisse zeigt, wie erwähnt, dass Grösse und Organisationsform einen entscheidenden Einfluss auf die Prozesse der IV-Stellen haben. Beide Merkmale stehen in engem Zusammenhang: Die Grösse einer IV-Stelle bestimmt massgeblich, welche Organisationsformen möglich und sinnvoll sind. Im Folgenden werden die beiden Gruppierungsmerkmale zunächst getrennt beschrieben und anschliessend in ihrem Zusammenhang dargestellt.

Das Gruppierungsmerkmal Grösse einer kantonalen IV-Stelle hängt direkt mit der Bevölkerungszahl des Kantons zusammen. Je grösser die Bevölkerung und damit die Anzahl der Versicherten, desto mehr Fälle fallen an. Diese bestimmen die Arbeitslast und damit die Zahl der Mitarbeitenden, die mit der Fallbearbeitung betraut sind.

In der Schweiz existiert keine allgemein anerkannte Einteilung in Kantonsgrössen. Häufig verwendet wird jedoch folgende Unterscheidung:

- Grosse Kantone mit mehr als 500'000 Einwohnerinnen und Einwohner
- Mittlere Kantone mit 100'000 bis 500'000 Einwohnerinnen und Einwohner
- Kleine Kantone mit weniger als 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Das Gruppierungsmerkmal Organisationsform bezieht sich auf die interne Organisation der IV-Stelle entlang eines Kontinuums von Generalismus (alle Mitarbeitenden übernehmen alle Aufgaben im Zusammenhang mit der Fallführung) bis zu einer hohen Spezialisierung (je nach Fall, Prozessschritt und Bereich sind unterschiedliche, spezialisierte Mitarbeitende tätig) verorten. Aus den Interviews lassen sich vier Grundvarianten identifizieren:

- **Generalistische Fallführung**
Einzelne Fachpersonen begleiten den gesamten Fallprozess, von der Erstabklärung bis zur Rentenprüfung.
- **Funktionale Spezialisierung**
Die Fallführung ist in verschiedene Fachbereiche aufgeteilt, z. B. medizinische Fallführung, berufliche Integration oder Rentenprüfung.
- **Gemischte Modelle**
Kombination von generalistischer und spezialisierter Arbeitsweise, mit flexibler Nutzung von Ressourcen.
- **Interdisziplinäre Teamstrukturen**
Unterschiedliche Fachpersonen (z. B. Case Managerinnen und Manager, Berufsberatende, Sachbearbeitende) arbeiten in einem festen Team gemeinsam an denselben Fällen.

Die Grösse einer IV-Stelle hat einen direkten Einfluss auf ihre Organisationsform. Kleine Stellen arbeiten generalistisch, da eine Spezialisierung bei der geringen Zahl von Fällen und den beschränkten Ressourcen kaum möglich ist. Grosse IV-Stellen mit hohen Fallzahlen tendieren zu einer Aufteilung der Aufgaben in klar abgegrenzte Bereiche, was mit einer stärkeren fachlichen Differenzierung einhergeht. Mittlere IV-Stellen bewegen sich zwischen diesen beiden Polen und zeigen vielfältige Mischformen. Eine dieser Mischformen sind interdisziplinäre Teams, die Elemente von Generalismus und Spezialisierung verbinden. Folgend Formen lassen sich erkennen.

Gruppe O1: Kleine IV-Stellen mit generalistischer Organisationsform

In kleinen Kantonen (unter 100'000 Einwohnerinnen und Einwohnern) dominiert die generalistische Fallführung. Einzelne Fachpersonen begleiten den gesamten Prozess von der Anmeldung bis zur Rentenprüfung und übernehmen teilweise zusätzliche Aufgaben, die nicht direkt mit der Fallführung zusammenhängen. Ergänzende Funktionen, etwa die medizinische Fallführung, werden punktuell durch einzelne Mitarbeitende übernommen oder basieren auf informellen Regelungen. Beispiele finden sich in den IV-Stellen 2, 15, 22 und 26. Diese Form bietet Beziehungskontinuität, ist jedoch stark von der personellen Stabilität abhängig und reagiert empfindlich auf Fluktuationen.

Gruppe GO2: Mittलगrosse IV-Stellen mit gemischter Organisationsform

In mittleren Kantonen (100'000–500'000 Einwohnerinnen und Einwohnern) zeigen sich gemischte Modelle mit einer grossen Bandbreite. Teilweise arbeiten die Fallführenden grundsätzlich generalistisch, ziehen aber bei Bedarf spezialisierte Fachpersonen hinzu. Andere IV-Stellen sind formal spezialisiert, verfügen aber über generalistische Elemente wie regionale Teams oder flexible Springerfunktionen (z. B. IV-Stelle 6). In weiteren Fällen, wie etwa in der IV-Stelle 12, ist die medizinische Fallführung, Eingliederung und Rentenprüfung arbeitsteilig organisiert. Mischformen erlauben es, mit begrenzten Ressourcen flexibel zu reagieren und punktuell die Vorteile der Spezialisierung zu nutzen.

Gruppe GO3: Mittelgrosse IV-Stellen mit interdisziplinären Teams

Bei der Organisationsform mit interdisziplinären Teams arbeiten Fachpersonen aus unterschiedlichen Bereichen (Case Management, Berufsberatung, Sachbearbeitung) in einem konstanten Team gemeinsam an denselben Fällen. Die Aufgaben sind funktional verteilt, gleichzeitig sichern Zusammenarbeit und Beziehungskontinuität den Prozess. Beispiele sind die IV-Stellen 3, 13, 18 und 19. Darunter finden sich auch mittlere Kantone (z. B. 13), die durch gezielte Teamzusammensetzungen, etwa psychologisch orientierte Berufsberatung kombiniert mit Case Management, eine Balance zwischen Spezialisierung und generalistischer Arbeitsweise schaffen. Solche interdisziplinären Teamstrukturen sind vor allem in der Romandie verbreitet.

Gruppe GO4: Grosse IV-Stellen mit spezialisierter Organisationsform

In grossen Kantonen (über 500'000 Einwohnerinnen und Einwohnern) ist die funktionale Spezialisierung das vorherrschende Prinzip. Die Fallführung wird in klar abgegrenzte Funktionsbereiche gegliedert, etwa medizinische Leistungen, Berufsberatung, berufliche Eingliederung oder Rentenprüfung. Teams arbeiten arbeitsteilig entlang definierter Schnittstellen. Diese Struktur erlaubt eine vertiefte fachliche Expertise und rechtliche Absicherung, erfordert aber ein koordiniertes Zusammenwirken verschiedener Rollen. Beispiele dafür sind die IV-Stellen 1, 7, 16 und 23. Generalistische Arbeitsweisen finden sich höchstens in Übergangsbereichen oder ergänzenden Teams.

5.2 Merkmal Vorgehensweise: Individualisierte Planung vs. breite Planung und Verfeinerung in der Umsetzung in der beruflichen Eingliederung

Die Analyse der Interviews zeigt eine grosse Spannweite im Vorgehen der kantonalen IV-Stellen bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen in der beruflichen Eingliederung auf. In der Fachliteratur werden in der Regel zwei grundlegende Vorgehensweisen unterschieden, die als Idealtypen verstanden werden können: Vorgehensweise A steht für ein lineares Prozessverständnis mit detaillierter Erstplanung und anschliessender konsequenter Umsetzung; Vorgehensweise B hingegen beschreibt ein Prozess mit nur kurzer Anfangsplanung, bei dem die Massnahmen schrittweise und iterativ angepasst werden. Diese idealtypischen Konzeptionen lassen sich entlang zweier zentraler Dimensionen darstellen:

- Planungstiefe als das Ausmass und die Tiefe der anfänglichen Situationsanalyse und Zielformulierung.
- Steuerungs- bzw. Anpassungsmodus als der Modus, in dem die initiale Planung umgesetzt oder im Verlauf angepasst wird.

Diese beiden Dimensionen sind in der folgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle: Aus der Literatur erwartete Vorgehensweise A und B

Dimension	Vorgehensweise A	Vorgehensweise B
Planungstiefe	Detaillierte, umfassende Erstplanung	Grob skizzierte oder sehr kurze Anfangsplanung
Steuerungs-/Anpassungsmodus	Konsequente, weitgehend plantreue Umsetzung	Laufende, iterative Anpassung der Massnahmen

Im Kontrast zu dieser Vorannahme lassen sich aus den Interviews heraus allerdings vier Gruppen beschreiben, die verschiedenen Kombinationen dieser beiden Dimensionen darstellen. Zudem folgt eine der vier Gruppen (GV4) nicht der aus der Theorie erwarteten Planungs-Umsetzung-Logik:

- Gruppe Vorgehen 1 (GV1) Detaillierte Planung mit konsequenter Umsetzung.
Dies entspricht am ehesten dem in der Literatur beschriebenen Vorgehensweise A mit hoher Planungstiefe und konsequenter Umsetzung.
- Gruppe Vorgehen 2 (GV2) Planung mit regelmässigen Reviews
In diesem Vorgehen wird eine mitteldetaillierte Erstplanung mit einer iterativen Steuerung kombiniert, die durch regelmässige Reviews ergänzt wird.
- Gruppe Vorgehen 3 (GV3) Kurze Planung mit kontinuierlicher Anpassung
Dies entspricht am ehesten der Vorgehensweise B und verbindet eine kurze Planung mit kontinuierlicher, fallbezogener Anpassung.
- Gruppe Vorgehen 4 (GV4) Situativ-begleitende Steuerung
IV-Stellen in dieser Gruppe folgen nicht der Logik einer initialen Planung mit anschliessender Umsetzung, sondern orientieren sich an einer dialogischen, begleitenden und steuernden Umsetzung, die stark auf das Erfahrungswissen der Fallführenden zurückgreift.

Die folgende Tabelle zeigt die Zuordnung der kantonalen IV-Stellen zu den vier Gruppen in der Kombination von Planungstiefe und Steuerungs-/Anpassungsmodus:

Tabelle: Matrix der Planungstiefe und des Steuerungs-/Anpassungsmodus

	konsequente, möglichst plantreue Umsetzung	iterative, laufende Anpassung
Vertiefte und detaillierte Planung	GV1 7*, 19, 23	GV2 1, 6, 7*, 8, 14, 16, 17, 18, 21, 25***
Kurze Planungsphase		GV3 2, 3, 5, 9, 10, 12, 13, 22**, 24
Statt Planungslogik Fokus auf beglei- tende Steuerung		GV4 4, 11, 15, 20, 22**, 26

* 7 Hybrid aus GV1 und GV2 (hohe Planungstiefe und regelmässiges Fine-Tuning)

** 22 Hybrid aus GV3 und GV4 (Fokus auf kurz Planung und begleitende Steuerung)

*** 25 Auf Grund der Interviews Einschätzung unsicher

Gruppe GV1: Detaillierte Planung mit konsequenter Umsetzung

Diese Gruppe von IV-Stellen zeichnet sich durch eine vertiefte, systematische Analyse zu Beginn des Prozesses aus, auf deren Grundlage ein strukturierter Eingliederungsplan erstellt wird. Die Umsetzung folgt möglichst eng dem definierten Vorgehen, wobei Anpassungen nur gezielt und in begründeten Fällen vorgenommen werden. Selbst IV-Stellen, die diesem Modell am nächsten kommen (19 und 23), betonen, dass Planung stets dynamisch und flexibel bleiben müsse. So sagen etwa die Fallführenden der IV-Stelle 19: „Es ist wichtig, einen soliden Grundlagenplan als Leitlinie zu haben, auch wenn man ihn später in der Umsetzung anpassen muss.“ Die IV-Stelle 7 kann als Hybridform von GV1 und GV 2 verstanden werden: Hier wird eine vertiefte Planung als zentrale Orientierung gesehen, jedoch, wie im Interview betont, «nicht als starres Konstrukt».

Gruppe GV2: Planung mit regelmässigen Reviews

IV-Stellen in dieser Gruppe investieren zu Beginn Zeit in eine strukturierte Planung, verknüpfen diese aber früh mit einer systematischen Überprüfung im weiteren Prozessverlauf. Planung wird als zirkulärer Prozess verstanden, in dem Zwischenziele laufend reflektiert und bei Bedarf angepasst werden. Die Fallführenden der IV-Stelle 14 beschreiben das so: „Wir machen zu Beginn eine saubere Planung. Aber dann kommen die Auswertungsgespräche, in denen wir schauen, ob wir noch auf Kurs sind.“ Auch die IV-Stellen 1, 6, 8, 14, 16, 17, 18 und 21 verfahren ähnlich.

Gruppe GV3: Kurze Planung mit kontinuierlicher Anpassung

In den IV-Stellen dieser Gruppe wird die Planung nur in groben Zügen vorgenommen und danach situativ weiterentwickelt. Der Fokus liegt auf einem flexiblen Prozess, der stark durch die Situation und dem Verhalten der versicherten Personen und Rückmeldungen von weiteren Akteurinnen und Akteuren (z.B. RAD, weitere medizinische und therapeutische Fachpersonen, Familie, Arbeitgebende) geprägt ist. Die Massnahmen entstehen entlang des

Fallverlaufs, in enger Abstimmung mit den betroffenen Akteurinnen und Akteuren. Die IV-Stelle 2 beschreibt: „Wir fangen oft mit einem groben Bild an und passen dann Schritt für Schritt an, was es wirklich braucht.“ Auch die IV-Stellen 3, 5, 9, 10, 12, 13 und 25 verstehen die Planung stärker als laufenden Begleitprozess, denn als formales Gerüst.

Gruppe GV 4: Situativ-begleitende Steuerung

In den IV-Stellen dieser Gruppe dominieren nicht formalisierte Planungsprozesse, sondern ein begleitendes, steuerndes Vorgehen, das sich auf Erfahrung, Intuition und Beziehung stützt. Die Massnahmen werden direkt im Gespräch mit der versicherten Person oder deren Familie formuliert und angepasst. Besonders kleinere, generalistisch arbeitende IV-Stellen wie 4, 15, 20, 22 oder 26 bevorzugen eine solche flexible Steuerungslogik. Die IV-Stelle 4 beschreibt dies treffend: „Wir machen keine riesige Planung, sondern schauen einfach, was grad dran ist.“ Ebenso betont die IV-Stelle 20: „Wir machen keine schriftlichen Pläne. Wir wissen, was wir tun müssen und das setzen wir um.“ Die IV-Stelle 22 verbindet dies mit Checklisten, wodurch eine hybride Form zwischen GV3 und GV4 entsteht.

5.3 Merkmal: Verständnis und Einsatz von Auflagen in der Fallführung

Die Analyse der Interviewdaten zeigt, dass sich die kantonalen IV-Stellen hinsichtlich des Verständnisses, der Funktion und des Einsatzes medizinischer Auflagen in vier Gruppen unterscheiden lassen: Diese reichen von einer beziehungs- und kommunikationsorientierten Praxis, über das Verständnis der Auflagen als Fallsteuerungsinstrument bis hin zu standardisierten Verfahren mit einer Sanktionslogik. Die vierte Gruppe ist eine Kombination von Kommunikation und Steuerung (vgl. Kapitel 4.4.3).

Gruppe GA1: Vertrauen und Dialog als Steuerungsprinzip

Kantonale IV-Stellen in dieser Gruppe setzen medizinische Auflagen kaum oder nur sehr verhalten ein. Die Fallführung fokussiert auf tragfähige Beziehungen, die Motivation der versicherten Person und eine kooperative Verständigung über Mitwirkungspflichten. Formale Kontrollen der Auflagenerfüllung erfolgen sehr zurückhaltend. Stattdessen wird auf persönliche Gespräche und das Vertrauen in die Eigenverantwortung der Versicherten gesetzt. So äussert sich die IV-Stelle 26: „Auflagen in medizinischer Hinsicht sind selten. [...] Ich frage halt mal nach, ob das läuft. Aber es ist nicht so, dass wir das richtig kontrollieren.“ Ähnlich beschreibt die IV-Stelle 22 „Im medizinischen Bereich [sind Auflagen] kaum vorhanden. [...] Eine systematische Kontrolle erfolgt nicht.“ Die IV-Stelle 15 betont „Wir sagen es sehr klar, dass das dazugehört und meistens verstehen [die versicherten Personen] es auch“. Die IV-Stelle 2 verfolgt eine dialogische Einbettung medizinischer Anforderungen, bei der die Auflage eher als „pädagogisches“ Mittel zum Einsatz kommt und weniger in einer Sanktionslogik. Der Umgang mit medizinischen Auflagen ist hier professionsethisch motiviert und setzt auf Verständigung.

Gruppe GA2: Auflagen als situatives Fallführungsinstrument

Ein zweiter Typ zeichnet sich durch eine gezielte und fallbezogene Anwendung medizinischer Auflagen aus. Die Massnahme wird dort eingesetzt, wo sie aufgrund der Situation als sinnvoll erscheint. Dies etwa bei therapeutischen Lücken oder in Phasen geringer Veränderungsbereitschaft. Die IV-Stellen dieses Typs berichten von einem moderaten Anstieg des Einsatzes seit der WEIV, ohne jedoch eine standardisierte oder flächendeckende Praxis zu etablieren.⁵ Auch die IV-Stellen 3, 4, 7, 10, 12, 17, 23 und 25 verwenden Auflagen zur Rahmensezung, jedoch ohne Fokus auf Sanktionierung. Die Kontrollen erfolgen situativ, teilweise über Rückmeldungen von Fachpersonen. Diese pragmatische Steuerungspraxis lässt Raum für Ermessensspielräume und Beziehungsgestaltung. Auflagen werden als ein Element unter mehreren in der Fallführung verstanden.

Gruppe GA3: Formalisierte Mitwirkungssteuerung durch Auflagen

Die dritte Gruppe umfasst IV-Stellen, die medizinische Auflagen als festen Bestandteil eines standardisierten Fallführungsprozesses verstehen. Hier sind Auflagen systematisch dokumentiert, mit klaren Fristen versehen und ihre Einhaltung wird meist routinemässig überprüft. Die IV-Stellen 9, 13, 19, 21 und 24 beschreiben eine solche Praxis. Der strukturierende Charakter steht im Vordergrund: Auflagen dienen als verbindliche Rahmung des Eingliederungsprozesses und der Überprüfbarkeit der Mitwirkung. Die IV-Stelle 13 hebt ausdrücklich hervor, dass „die Missachtung von Auflagen [...] zu Kürzungen oder Verweigerung von Leistungen führen [kann]“. Diese Aussage deutet auf eine sanktionsorientierte Auslegung der Mitwirkungspflichten hin. Diese IV-Stellen setzen medizinische Auflagen nicht nur zur Orientierung, sondern auch zur Steigerung der Verbindlichkeit ein. Die IV-Stelle 6 nimmt hier eine Zwischenstellung ein: Die Kontrolle der Auflagenerfüllung erfolgt regelmässig, Sanktionen sind jedoch selten.

Gruppe GA4: Kombiniertes Modell zwischen Beziehungspflege und Steuerung⁶

Eine besondere Position nimmt die IV-Stelle 16 ein, die eine kombinierte Strategie verfolgt. Sie verbindet eine kommunikative und dialogisch orientierte Fallführung mit einem strukturierten Einsatz von Auflagen. Die Auflagen werden mit dem Ziel, die Eigenverantwortung der versicherten Person zu stärken, ausführlich begründet: «Wir informieren die Versicherten klar über notwendige medizinische Auflagen, damit sie diese verstehen und ihnen nachkommen können.» Dabei wird die aktive Mitgestaltung durch die versicherte Person als Voraussetzung für das Gelingen der Massnahme verstanden: «Nur dann gibt es eine Chance, dass die Massnahme greift.»

⁵ Im Interview mit der IV-Stelle 10 wurde erwähnt, dass „es sicher mehr Auflagen gibt, aber nicht exorbitant mehr. In der IV-Stelle 14 „spielen Auflagen eine grössere Rolle und sind konkreter formuliert.“

⁶ Die Gruppe GA4 umfasst nur eine IV-Stelle, deren Praxis sich aber von den anderen vier Gruppen klar unterscheiden lässt.

5.4 Typenbildung

Die Auswertung der Interviews zeigt systematische Unterschiede in der Organisation der Fallführung der kantonalen IV-Stellen. Auf Basis der beschriebenen Gruppen wird eine übergeordnete Typologie mit vier Idealtypen entwickelt (vgl. Tabelle: Typologie der IV-Stellen), deren zentrales Merkmal die Grösse der IV-Stellen und die daraus resultierende Organisationsform ist und die sich besonders deutlich in den Vorgehensweisen bei den Massnahmen in der beruflichen Eingliederung zeigt.

Tabelle: Typologie der IV-Stellen

	Typ A	Typ B	Typ C	Typ D
Kantonsgrösse und Organisationsform	Grosse IV-Stellen mit spezialisierter Organisationsform (GO4)	Mittelgrosse IV-Stellen mit gemischter Organisationsform (GO2)	Mittelgrosse IV-Stellen mit interdisziplinären Teams (GO3)	Kleine IV-Stellen mit generalistischer Organisationsform (GO1)
Planung/Steuerung	Formalisierte Planung (GV1 oder GV2)	Planung mit regelmässigen Reviews (GV2) oder Kurze Planung mit kontinuierlicher Anpassung (GV3)	Planung mit regelmässigen Reviews (GV2) oder Kurze Planung mit kontinuierlicher Anpassung (GV3)	Situativ-begleitende Steuerung (GV 4) und z.T. Planung mit kontinuierlicher Anpassung (GV3)
Auflagen	Formalisiert, dokumentiert, kontrolliert (meist GA3); Fokus auf Verbindlichkeit und Gleichbehandlung	Auflagen als situatives Fallführungsinstrument (GA2); Fokus auf Orientierung geben und Chancen eröffnen	Auflagen als situatives Fallführungsinstrument (GA2) Kombination von dialogischer Einbettung und Struktur (Chancen und Verbindlichkeit)	Vertrauen und Dialog als Steuerungsprinzip (GA1), zurückhaltender Einsatz

Typ A – Grosse IV-Stellen mit hoher Spezialisierung

In grossen Kantonen mit mehr als 500'000 Einwohnerinnen und Einwohnern arbeiten die IV-Stellen mit funktional spezialisierten Strukturen. Mit Ausnahme einer IV-Stellen, übernehmen hier verschiedene Abteilungen oder Teams klar abgegrenzte Aufgaben wie medizinische Abklärungen, berufliche Eingliederung oder Rentenprüfung.

Die Planung ist in der Regel stark formalisiert. Sie beginnt mit einer vertieften Bestandesaufnahme, oft unterstützt durch standardisierte Assessments oder Checklisten. Darauf baut eine strukturierte Planung auf, die im Verlauf regelmässig überprüft wird. Anpassungen erfolgen in klar definierten Schritten, etwa in periodischen Standortgesprächen.

Auflagen sind in diesem Typ fest verankert. Sie werden systematisch dokumentiert, mit Fristen versehen und regelmässig kontrolliert. Ihr Einsatz ist Teil einer verbindlichen Prozesslogik, die insbesondere die Gleichbehandlung der Versicherten sicherstellt. Verbindlichkeit, Gleichbehandlung aller Versicherten und Nachvollziehbarkeit stehen hier im Vordergrund.

Externe Kooperationen mit Schulen, Spitälern und therapeutischen Fachstellen sind in institutionalisierten Formaten wie Round Tables organisiert. Vertrauen wird durch Transparenz und eine verlässliche Kommunikation aufgebaut. Ressourcen werden gezielt in Spezialisierung investiert. Digitalisierung und Prozessoptimierung ergänzen diese Entwicklung.

In spezialisierten Strukturen wird die kontinuierliche Begleitung bei Kindern mit Geburtsgebrechen vor allem dadurch gesichert, dass hier nur eine einzelne fallführende Person definiert wird, die möglichst lange zuständig bleibt. Sind Wechsel der fallführenden Person unvermeidlich, werden diese vorbereitet, intern abgestimmt und durch klare Zuständigkeiten aufgefangen. In den wenigen Kantonen in denen keine konstante Person als fallführend definiert ist (z. B. IV Stelle 7), wird die Kontinuität der Begleitung bewusst über Team-Koordination und strukturierte Übergaben hergestellt.

Typ B – Mittलगrosse IV-Stellen mit Mischformen von Spezialisierung und Generalismus

In Kantonen mit einer Bevölkerungszahl zwischen 100'000 und 500'000 Personen zeigen sich Mischformen. Hier werden generalistische und spezialisierte Elemente kombiniert. Teilweise begleiten Fallführende den gesamten Prozess, ziehen aber für spezifische Fragen Fachpersonen hinzu. Auf diese Weise verbindet sich vertiefte Expertise in bestimmten Bereichen mit einer bereichsübergreifenden Fallführung. Andere IV-Stellen arbeiten mit spezialisierten Teams, ergänzen diese jedoch durch generalistische Elemente. In beiden Varianten sind die Teams so aufgebaut, dass breite Fachlichkeit und mehrere Funktionen im selben Team vorhanden sind. Die Kontinuität, besonders bei der Fallführung gemäss dem KSFF, wird dadurch sichergestellt, dass eine Person lange für die selben Versicherten zuständig ist, stabile Beziehung zu den Familien bestehen und Übergaben bei unvermeidlichen Wechsels gut vorbereitet werden.

Die Planung folgt oft einem kombinierten Ansatz. Sie beginnt mit einer strukturierten Erstplanung, die mit regelmässigen Reviews verbunden wird. Gleichzeitig bleibt der Prozess offen für Anpassungen an die Situation einzelner Fälle. Auflagen werden situativ eingesetzt. Sie sollen Chancen eröffnen, indem sie Orientierung geben und die Eigenverantwortung der Versicherten stärken. Ihre Kontrolle erfolgt unterschiedlich streng.

Kooperationen mit Schulen, Berufsberatung und Sozialdiensten sind zentral, vor allem beim Übergang von der Schule in die Ausbildung oder in den Arbeitsmarkt. Vertrauen wird über klare Information und regelmässige Gespräche aufgebaut. Aktive Beteiligung der Stakeholder und Round Tables sind verbreitet. Trotz der Schaffung von zusätzlichen Stellen oder der Flexibilität über Springerstellen, bestehen z.T. Engpässe, die sich besonders bei komplexen Fällen zeigen.

Typ C – Mittलगrosse IV-Stellen mit interdisziplinären Teams

Ein eigenständiger Typ zeigt sich in IV-Stellen, die mit interdisziplinären Teams arbeiten. Dieses Modell ist vor allem in der Romandie verbreitet. Unterschiedliche Fachpersonen arbeiten in einem Team zusammen. So arbeiten in einem Team einer kantonalen IV-Stelle

psychologisch ausgebildete Berufsberatende mit Case Managerinnen und weiteren Fachpersonen zusammen, die ein breites Versicherungs- und Netzwerkwissen einbringen. Die Planung und Steuerung erfolgt in dieser Organisationsform teambezogen. Fälle werden in interdisziplinären Sitzungen besprochen. Anpassungen erfolgen gemeinsam und kontinuierlich.

Auflagen werden im Team abgestimmt. Sie verbinden Elemente der dialogischen Verständigung mit strukturierten Vorgaben. Damit können sie sowohl Verbindlichkeit herstellen als auch Chancen eröffnen, da die Versicherten aktiv einbezogen werden und Auflagen transparent begründet sind. Die interne Koordination ist ausgeprägt. Oft wird der RAD regelmässig einbezogen. Die externe Kooperation mit Schulen, medizinischen Diensten und sozialen Einrichtungen wird betont. Ressourcen wurden z.T. für bestimmte Bereiche wie Früherfassung oder berufliche Integration investiert.

Ähnlich wie in mittelgrossen IV-Stellen mit Mischformen von Spezialisierung und Generalismus wird in mittelgrossen IV-Stellen mit interdisziplinären Teams Kontinuität durch definierte Ansprechpersonen hergestellt. Es wird auf eine hohe Kontinuität geachtet und Wechsel werden gut vorbereitet.

Typ D – Kleine IV-Stellen mit generalistischer Arbeitsweise

In kleinen Kantonen mit weniger als 100'000 Einwohnerinnen und Einwohnern dominiert ein generalistisches Modell. Eine Fachperson begleitet den gesamten Fallprozess von der Anmeldung bis zur Rentenprüfung. Diese „Alles aus einer Hand“-Struktur gewährleistet eine hohe Kontinuität, ist aber den einzelnen Mitarbeitenden abhängig.

Die Planung erfolgt in groben Zügen und wird im Verlauf angepasst. Das Vorgehen ist stark dialogisch geprägt und orientiert sich an den konkreten Bedarfen der Versicherten. Dabei zeigen sich zwei typische Muster: Entweder eine kurze Planung mit kontinuierlicher Anpassung, bei der nur eine grobe Orientierung vorliegt und diese im weiteren Verlauf fallbezogen weiterentwickelt wird, oder eine situativ-begleitende Steuerung, die weniger einer formalen Planungslogik folgt und stärker auf das Erfahrungswissen der Fallführenden zurückgreift.

Auflagen werden in diesem Typ nur zurückhaltend eingesetzt. Sie sind weniger ein Instrument der Prozesssteuerung, sondern werden im Rahmen persönlicher Gespräche genutzt. Im Vordergrund steht das Vertrauen in die Mitwirkung der Versicherten. Eine systematische Kontrolle erfolgt kaum.

Die Koordination ist pragmatisch. Interne Absprachen erfolgen direkt, externe Kontakte zu Schulen, Ärztinnen, Therapeuten oder Sozialdiensten sind durch die örtliche Nähe unkompliziert. Vertrauen und persönliche Kommunikation spielen zentrale Rollen. Die Ressourcen sind begrenzt. Ausfälle einzelner Mitarbeitender können grosse Auswirkungen haben. Die Umsetzung neuer Vorgaben muss oft im Rahmen bestehender Kapazitäten erfolgen.

6 Fazit

Die mit der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung (WEIV) eingeführten Veränderungen werden von den fallführenden Mitarbeitenden wie auch von den Leitungen der kantonalen IV-Stellen überwiegend positiv beurteilt. In den Interviews betonten beide Gruppen, dass die neuen Vorgaben zu klareren Abläufen, einer stärkeren Eingliederungsorientierung und einer verbesserten internen wie externen Koordination beigetragen haben.

Die Einschätzungen von Leitung und Fallführenden unterscheiden sich nur selten. In zentralen Punkten zeigt sich eine weitgehend geteilte Haltung zur Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der WEIV-Änderungen und wie die Änderungen durch die WEIV von den IV-Stellen umgesetzt wurden. Die Veränderungen in den Vorgaben wurden von den kantonalen IV-Stellen unterschiedlich in die Praxis übertragen, wobei bei allen IV-Stellen die Veränderungen als evolutionäre Weiterentwicklung verstanden und nachvollzogen wurden. Viele IV-Stellen erwähnten, dass sie zahlreiche, durch die WEIV geforderten Anpassungen bereits zu einem früheren Zeitpunkt begonnen haben und dadurch der Anpassungsbedarf weniger gross war.

Nichtsdestoweniger hat sich mit der WEIV die Fallführung in den kantonalen IV-Stellen wesentlich verändert: Die Fallführung wird verglichen mit der Situation vor der WEIV vermehrt als coachende und koordinierende Funktion wahrgenommen. Die fallführende Person übernimmt heute verstärkt die Koordination interner und externer Partnerinnen und Partner und fungiert als zentrale Schnittstelle zwischen Versicherten, Leistungserbringern, Fachpersonen und beteiligten Organisationen, meist neben den administrativen Aufgaben. Standardisierte Prozesse und eine ausgebaute Dokumentation haben die Nachvollziehbarkeit der Abläufe erhöht.

Neben diesen strukturellen Effekten zeigt sich in zahlreichen IV-Stellen zudem ein Kulturwandel: Mitarbeitende beschreiben den Übergang von einer primär leistungsprüfenden und verwaltenden Rolle hin zu einer aktiven, beziehungsorientierten und koordinierenden Fallführung. Dieser Wandel wird mit Formulierungen wie dem Wechsel von reiner Leistungsprüfung zu proaktiver Fallführung, der stärkeren Beziehungsarbeit oder der neuen Rolle als «chef d'orchestre» beschrieben. Währenddessen wird bei anderen IV-Stellen die WEIV eher als Formalisierung bereits gelebter Praxis eingeordnet.

In den verschiedenen Handlungsbereichen der IV-Fallführung bestätigen die Ergebnisse, dass grössere Kantone überwiegend mit spezialisierten Fachteams arbeiten, während kleinere Kantone ein generalistisches Modell pflegen. Mittlere Kantone tendieren zu Mischformen mit interdisziplinären Teams. Überall wird die Koordinations- und Vertrauensfunktion der fallführenden Person betont, wobei Mehraufwände durch die WEIV vor allem in der Dokumentation und Koordination zu spüren sind. Insbesondere im Bereich medizinische Massnahmen bei Kindern mit Geburtsgebrechen hat die WEIV substantielle Verbesserungen gebracht: vertiefte Begleitung, frühzeitiger Aufbau stabiler Beziehungen und strukturierte Prozesse haben den Interviews zufolge die Akzeptanz und Transparenz für Familien erhöht.

Trotz unterschiedlicher Strukturen bleiben jedoch administrative Belastungen und der personelle Ressourcenbedarf Kernherausforderungen.

Aus den Aussagen und Schilderungen der Fallführenden lassen sich vier Erfolgsfaktoren für eine erfolgreiche Fallführung ableiten: eine stabile Arbeitsbeziehung zur versicherten Person, gemeinsam definierte und überprüfbare Zwischenziele, klare Rollenaufteilung zwischen den Mitarbeitenden und eine gute interne Kommunikation innerhalb der IV-Stellen sowie eine abgestimmte Zusammenarbeit mit externen Partnerinnen und Partnern. Ergänzend verweisen die Befragten auf weitere Punkte, die den Prozess der Fallführung unterstützen: eine enge Vernetzung mit dem RAD für zeitnahe Gutachten, ein möglichst konsequent digitaler Datenaustausch mit Dritten, eindeutig definierte Schnittstellen und teamübergreifende Lernschleifen in arbeitsteiligen Strukturen, qualitätsgesicherte Coaching-Angebote, die frühzeitige Einbindung von Arbeitgebenden und regelmässige Zwischenevaluationen zur laufenden Anpassung der Massnahmen. Interne Weiterbildungen, Intervisionen und strukturierte Erfahrungsaustausche unterstützen den Abgleich zwischen fachlicher Haltung und formalen Vorgaben.

Durch eine gezielte Fallauswahl und frühzeitige Erstgespräche werden Risiken laut den Befragten heute früher erkannt und Unterstützungsleistungen individueller zugeordnet. Insbesondere bei Familien mit Kindern mit Geburtsgebrechen oder bei Personen mit komplexem Unterstützungsbedarf erweist sich eine Balance aus Beziehungskontinuität und fachlicher Steuerung als hilfreich. Schlussendlich zeigt sich aber, dass in der Fallführungslogik der IV-Stellen, vor allem im Umgang mit Auflagen, ein Spannungsfeld zwischen Vertrauen in die Eigenverantwortung der Versicherten und der Notwendigkeit klarer, überprüfbarer Prozesse bestehen bleibt. Generalistische Strukturen setzen hierbei auf offene Kommunikation und situative Vereinbarungen, während spezialisierte IV-Stellen standardisierte Abläufe und klar definierte Auflagen bevorzugen. Unabhängig davon wird das Prinzip «Eingliederung vor Rente» konsequent praktiziert: Rentenprüfungen erfolgen erst nach Ausschöpfung beruflicher wie medizinischer Massnahmen und auch während der Rentenphase bleibt der Kontakt zu den Versicherten vielerorts bestehen, sodass Veränderungen früh erkannt und Reintegration ermöglicht werden können. Obwohl häufig schon zuvor entsprechende Verfahren etabliert waren, hat die WEIV diesbezüglich eine formālere Praxisentwicklung und engere Begleitung ausgelöst.

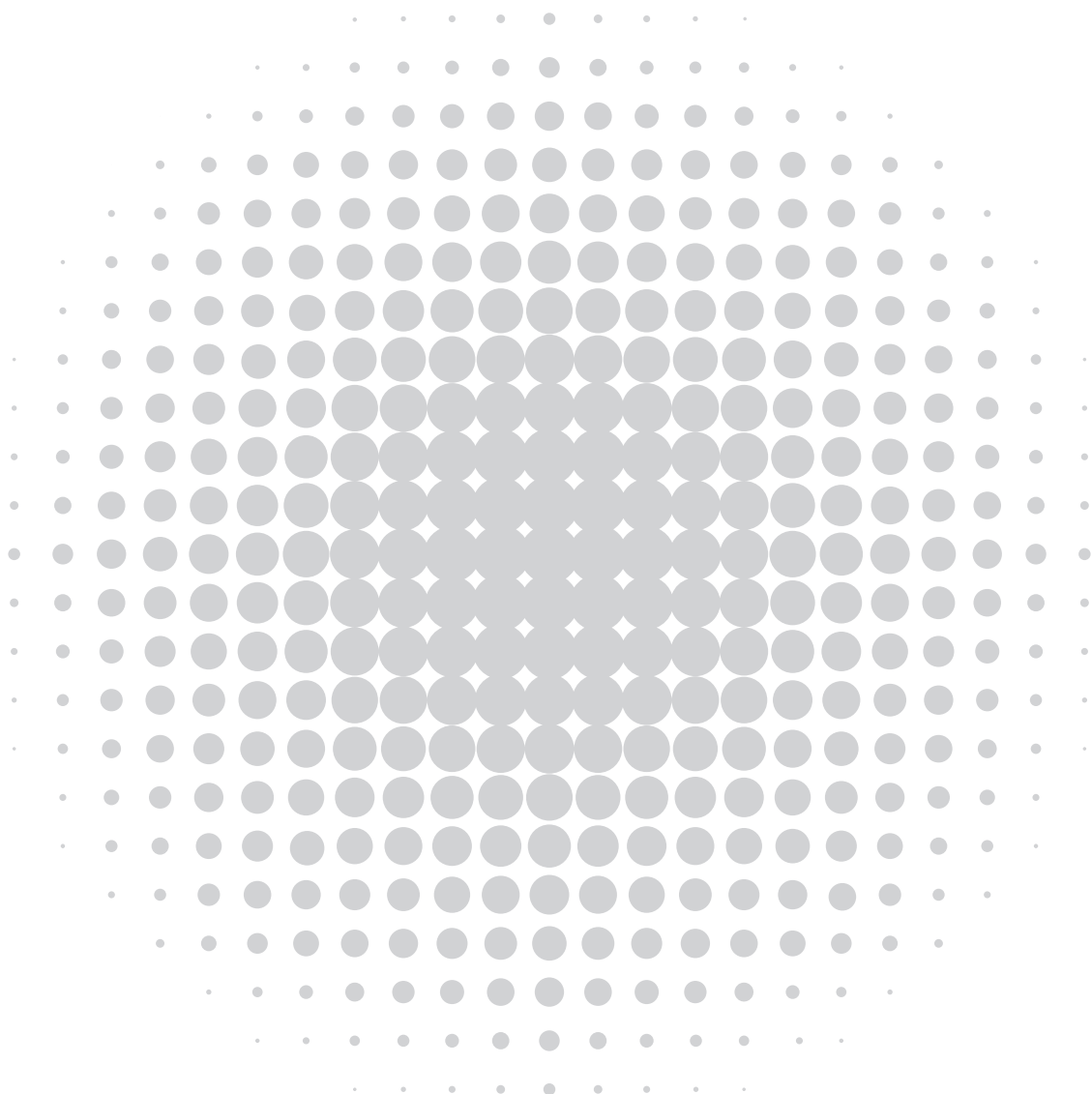
Im Ergebnis wird die Weiterentwicklung der IV mit ihren neuen Vorgaben zur Fallführung von nahezu allen IV-Stellen und deren Mitarbeitenden als wichtiger Schritt hin zu mehr Eingliederungsorientierung, Transparenz und Koordination betrachtet, auch wenn die administrative Last und die Herausforderungen bei der praktischen Umsetzung präsent bleiben. Dies verdeutlicht, dass Weiterentwicklungen, die auf eine an der Gesamtsituation der Versicherten ausgerichtete Begleitung abzielen, nur dann gelingen können, wenn die Rahmenbedingungen und Ressourcenausstattung adäquat sind.

Die Kantonsgrösse respektiv damit zusammenhängend die Grösse der IV-Stelle ist ein zentrales Strukturmerkmal der IV-Stellen: Sie bestimmt wesentlich den Organisationstyp, den Grad der Spezialisierung, die Steuerungslogik sowie die Möglichkeiten, Kontinuität und Nähe

in der Fallführung zu gewährleisten. Die daraus resultierenden Unterschiede sollten in der weiteren Entwicklung der gesetzlichen und konzeptionellen Vorgaben stärker mitbedacht werden, um Spielräume für kantonal passende Lösungen zu sichern und zugleich gemeinsame Qualitätsstandards zu erhalten.

7 Literatur

- Abdel-Baki, Amal/Létourneau, Geneviève/Morin, Caroline/Ng, Albert (2013). Resumption of work or studies after first-episode psychosis: the impact of vocational case management. In: *Early Intervention in Psychiatry*. 7. Jg. (4). S. 391–398. DOI: 10.1111/eip.12021.
- Cheng, Tyrone C/Lo, Celia C (2022). Factors that contribute to strong working alliances between case managers and clients. In: *Journal of Social Work*. 22. Jg. (5). S. 1241–1254. DOI: 10.1177/14680173221083476.
- Dol, M./Varatharajan, S./Neiterman, E./McKnight, E./Crouch, M./McDonald, E./Malachowski, C./Dali, N./Giau, E./MacEachen, E. (2021). Systematic Review of the Impact on Return to Work of Return-to-Work Coordinators. In: *Journal of Occupational Rehabilitation*. 31. Jg. (4). S. 675–698. DOI: 10.1007/s10926-021-09975-6.
- Draheim, Matthias/Schanbacher, Peter/Seiberlich, Ruben (2021). On the effectiveness of case management for people with disabilities. In: *Journal for Labour Market Research*. 55. Jg. (1). S. 15. DOI: 10.1186/s12651-021-00299-9.
- Hoffmann, H. (2013). Was macht Supported Employment so überlegen? In: *Die Psychiatrie*. 10. Jg. (02). S. 95–101. DOI: 10.1055/s-0038-1670861.
- Leiva, Rolando/Rochaix, Lise/Kiefer, Noémie/Dupont, Jean-Claude K. (2021). Evaluating the Impact of Intensive Case Management for Severe Vocational Injuries on Work Incapacity and Costs. In: *Journal of Occupational Rehabilitation*. 31. Jg. (4). S. 807–821. DOI: 10.1007/s10926-021-09967-6.
- MacEachen, E./McDonald, E./Neiterman, E./McKnight, E./Malachowski, C./Crouch, M./Varatharajan, S./Dali, N./Giau, E. (2020). Return to Work for Mental Ill-Health: A Scoping Review Exploring the Impact and Role of Return-to-Work Coordinators. In: *Journal of Occupational Rehabilitation*. 30. Jg. (3). S. 455–465. DOI: 10.1007/s10926-020-09873-3.
- Netzwerk Case Management Schweiz (2022). Definition und Standards Case Management.
- Saal, Susanne/Forschner, Lukas/Kemmann, Dietmar/Zlatosch, Jacqueline/Kallert, Thomas W. (2016). Is employment-focused case management effective for patients with substance use disorders? Results from a controlled multi-site trial in Germany covering a 2-years-period after inpatient rehabilitation. In: *BMC Psychiatry*. 16. Jg. (1). S. 279. DOI: 10.1186/s12888-016-0990-7.
- Wendt, Wolf Rainer (2018). *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: eine Einführung*. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage. Aufl. 13 im Breisgau: Lambertus.
- Zack, Oren/Melamed, Samuel/Silber, Haim/Cinamon, Tali/Levy, Doron/Moshe, Shlomo (2022). The Effectiveness of Case-management Rehabilitation Intervention in Facilitating Return to Work and Maintenance of Employment After Myocardial Infarction: Results of a Randomized Controlled Trial. In: *Clinical Rehabilitation*. 36. Jg. (6). S. 753–766. DOI: 10.1177/02692155221076826.



bsv.admin.ch



Forschungspublikationen – «Beiträge zur Sozialen Sicherheit»