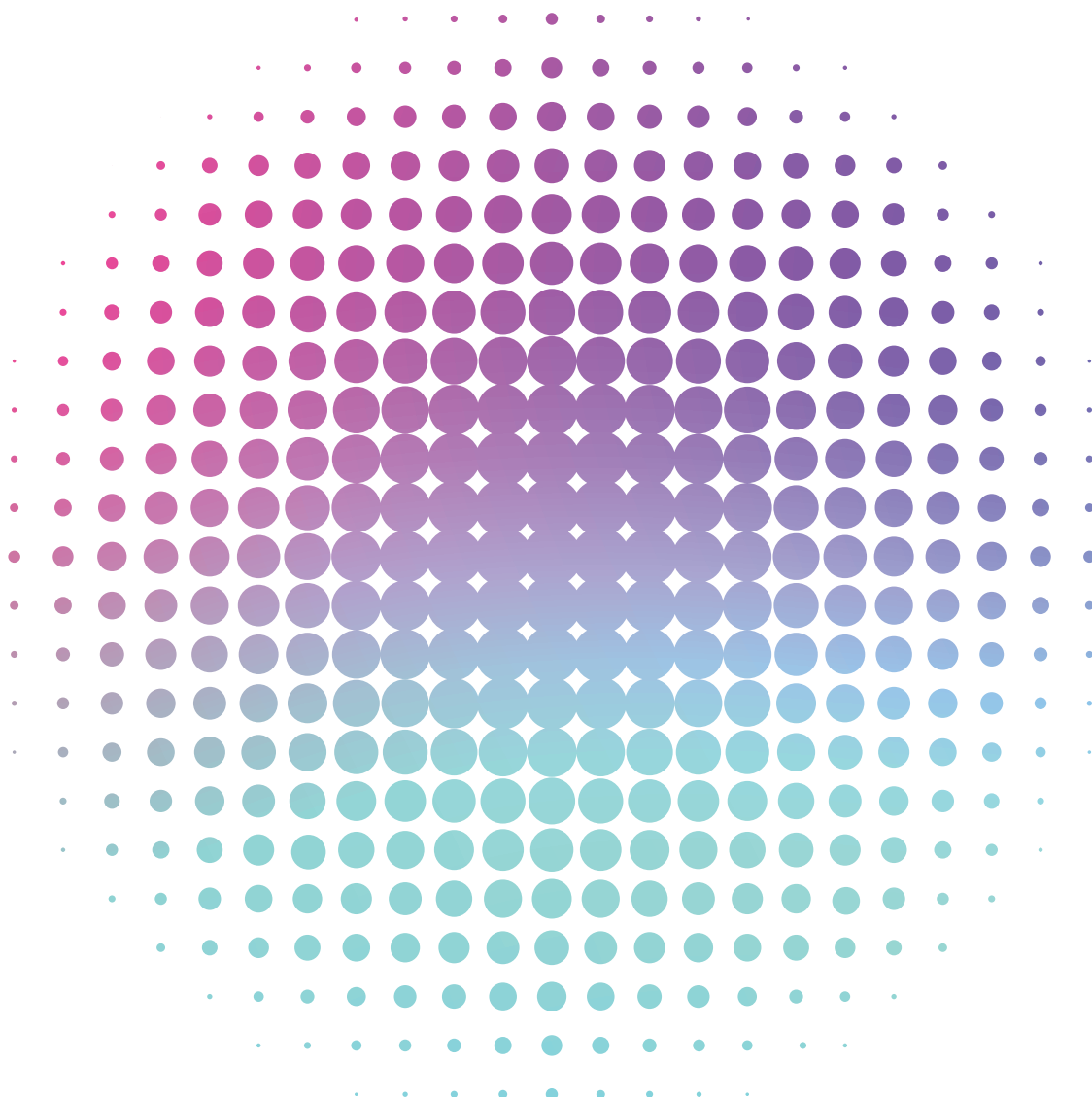




Viertes Forschungsprogramm zur
Invalidenversicherung (FoP4-IV)
**Evaluation der Zusammenarbeit
zwischen IV-Stellen, Ärzteschaft und
Arbeitgebern bei psychischen
Erkrankungen**



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

Christian Bolliger
Büro Vatter AG
Gerberngasse 27, CH-3011 Bern
+41 (0)31 312 65 75, info@buerovatter.ch
www.buerovatter.ch

Tanja Kuhn, Niklas Baer
WorkMed AG
Hauptstrasse 34, CH-4102 Binningen
+41 (0)61 685 15 15, kontakt@workmed.ch
www.workmed.ch

Auskünfte

Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20, CH-3003 Bern

Geschäftsfeld IV
Chiara Mombelli
+41 (0)58 462 90 93, chiara.mombelli@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

318.010.10/26D

Publikationsdatum und Auflage

Oktober 2026, 1. Auflage

Finalisierter Schlussbericht

September 2026

**Viertes Forschungsprogramm zur
Invalidenversicherung (FoP4-IV)
Evaluation der Zusammenarbeit
zwischen IV-Stellen, Ärzteschaft und
Arbeitgebern bei psychischen
Erkrankungen**

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen

In der Invalidenversicherung (IV) ist eine gute Zusammenarbeit zwischen den IV-Stellen, den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Arbeitgebenden ein Schlüsselfaktor für die berufliche Eingliederung. Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) hat diese Zusammenarbeit während des Eingliederungsprozesses von Personen mit psychischen Erkrankungen untersucht. Die Studie ist Teil der Evaluation der Weiterentwicklung der IV, die am 1. Januar 2022 in Kraft getreten ist. Sie stützt sich hauptsächlich auf die Analyse von Versichertendossiers und auf die Ergebnisse von Workshops mit zahlreichen Vertreterinnen und Vertretern der untersuchten Akteursgruppen.

Die Ergebnisse sind positiv. Die gesetzlichen Grundlagen und die Weisungen des BSV bieten einen geeigneten Rahmen für einen regelmässigen und unkomplizierten Informationsaustausch sowie für einen fachlich abgestimmten Eingliederungsprozess. Dies wird in der Praxis grundsätzlich auch so gelebt: Die IV-Stellen pflegen den Austausch über das formalisierte Berichtswesen hinaus und nutzen mehrheitlich Instrumente zur Zusammenarbeit wie Round Tables und Zielvereinbarungen. Die Fallführung ist meistens proaktiv und sie trägt mehrheitlich zu einem gemeinsamen Problem-, Ziel- und Eingliederungsverständnis bei.

Gleichwohl zeigt die Studie, dass der Eingliederungsprozess noch wesentlich verbessert werden kann. Die IV-Stellen können insbesondere die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stärker einbeziehen und die interdisziplinäre Abstimmung vertiefen. Denn heute werden laut der Studie psychische Krankheiten häufig undifferenziert betrachtet, ohne vertiefte Auseinandersetzung mit den Ressourcen und Einschränkungen in den individuellen Situationen. Die Folgen sind standardisierte Eingliederungsstrategien, die das Eingliederungspotenzial der versicherten Personen und die Möglichkeiten im konkreten Arbeitskontext nicht voll ausschöpfen.

Das BSV erachtet die Studie als äusserst wertvoll für die künftige Gestaltung der beruflichen Eingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Es zieht hauptsächlich zwei Schlussfolgerungen: Erstens braucht es nicht unbedingt mehr Zusammenarbeit, aber eine bessere Qualität beim fachlichen Austausch. Zweitens müssen der aktive Einbezug und die aktive Mitwirkung aller drei Akteure verstärkt werden. Für eine erfolgreiche berufliche Eingliederung ist das Zusammenspiel zwischen der Eingliederungsexpertise der IV-Stellen, den arbeitsplatzbezogenen und betrieblichen Kenntnissen der Arbeitgebenden und dem medizinischen Wissen entscheidend.

Die Resultate der Studie werden unmittelbar in die angekündigte Integrationsreform des Bundesrats aufgenommen. Diese sieht unter anderem vor, die Fallführung und die interdisziplinäre Abklärung zu stärken. Dadurch kann der Eingliederungsprozess noch stärker individualisiert und ressourcenorientiert erfolgen. Klare interdisziplinäre Prozesse innerhalb der IV-Stellen und regelmässige fachübergreifende Abstimmungen aller Akteure sollen sicherstellen, dass passgenaue Massnahmen rasch umgesetzt werden können, um die Chancen einer erfolgreichen Eingliederung zu erhöhen. Dies ist umso dringlicher, da psychische Erkrankungen seit Jahren zu den Hauptursachen für die Zunahme der Rentenzusprachen, insbesondere bei jungen Menschen, zählen.

Parallel dazu wird das BSV die praxisorientierten Hinweise aus der Studie im Rahmen seiner Aufsichts- und Steuerungstätigkeit aufnehmen und die notwendigen Verbesserungsschritte auch unter Einbezug der IV-Stellen und weiterer relevanter Akteure einleiten.

Florian Steinbacher
Vizedirektor
Leiter Geschäftsfeld IV

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Un facteur clé de la réadaptation professionnelle dans l'assurance-invalidité (AI) est une bonne collaboration entre les offices AI, les médecins traitants et les employeurs. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a examiné cette collaboration durant le processus de réadaptation des personnes atteintes dans leur santé psychique. L'étude s'inscrit dans l'évaluation du Développement continu de l'AI, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Elle s'est concentrée sur l'analyse des dossiers de personnes assurées, complétée par plusieurs ateliers réunissant de nombreux représentants des trois groupes d'acteurs concernés.

Les résultats sont positifs. Les bases légales et les directives de l'OFAS offrent un cadre propice à des échanges d'informations agiles et réguliers ainsi qu'à la concertation entre spécialistes pendant le processus de réadaptation. C'est également en large mesure ce que vivent les acteurs dans la pratique : les offices AI entretiennent les échanges avec les médecins traitants et les employeurs au-delà des rapports formels et font dans la majorité des cas appel à des instruments de collaboration comme les tables rondes et les conventions d'objectifs. La plupart du temps, la gestion de cas est proactive et contribue à une compréhension partagée du problème, de l'objectif et de la réadaptation.

Dans le même temps, l'étude met en évidence que le processus de réadaptation peut encore être considérablement amélioré. Les offices AI peuvent notamment impliquer davantage les médecins traitants, ainsi que renforcer la concertation interdisciplinaire. L'étude montre en effet qu'actuellement les maladies psychiques sont souvent considérées de façon indifférenciée, sans que les ressources et limitations propres à chaque situation individuelle fassent l'objet d'une réflexion plus approfondie. Il en résulte des stratégies de réadaptation standardisées, qui n'exploitent pas pleinement le potentiel des personnes assurées et les possibilités offertes par l'environnement de travail concret.

Pour l'OFAS, la présente étude est particulièrement importante pour le développement futur de la réadaptation professionnelle des personnes atteintes dans leur santé psychique. Il en tire principalement deux conclusions : premièrement, il n'est pas forcément nécessaire de collaborer davantage, mais plutôt d'améliorer la qualité des échanges entre spécialistes. Deuxièmement, il est crucial que les trois acteurs soient associés au processus et y participent activement. L'articulation entre l'expertise des offices AI en matière de réadaptation, les connaissances de l'environnement de travail et de l'entreprise des employeurs et le savoir médical contribue de manière décisive au succès de la réadaptation professionnelle.

Les résultats de l'étude seront pris en compte dans le cadre de la Réforme d'intégration annoncée par le Conseil fédéral. La réforme prévoit notamment le renforcement de la gestion de cas et de l'instruction interdisciplinaire. Cela permettra de rendre le processus de réadaptation encore davantage individualisé et orienté sur les ressources. Des processus de coordination clairs au sein des offices AI et une concertation interdisciplinaire régulière entre tous les acteurs concernés doivent garantir la mise en œuvre rapide de mesures ciblées et adaptées, afin d'accroître les chances de réussite de la réadaptation. Cela est d'autant plus urgent que les maladies psychiques sont, depuis plusieurs années, la cause principale de l'augmentation du nombre de nouvelles rentes accordées, en particulier aux jeunes adultes.

En parallèle, l'OFAS va intégrer les suggestions pratiques de l'étude dans le cadre de ses activités de surveillance et de pilotage et entreprendre les démarches nécessaires à une amélioration, en impliquant également les offices AI et les autres acteurs concernés.

Florian Steinbacher
Vice-directeur
Responsable du domaine AI

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Nell'ambito dell'assicurazione invalidità (AI), una buona collaborazione tra gli uffici AI, i medici curanti e i datori di lavoro rappresenta un fattore chiave per l'integrazione professionale. L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) ha esaminato più da vicino questa collaborazione nel contesto del processo d'integrazione delle persone con malattie psichiche. Lo studio fa parte della valutazione della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, entrata in vigore il 1° gennaio 2022. L'analisi è centrata sull'esame di un campione di incarti di assicurati, completata da una serie di workshop a cui hanno partecipato numerosi rappresentanti dei gruppi di attori interessati.

I risultati sono positivi. Le basi giuridiche e le direttive dell'UFAS forniscono un quadro adeguato per uno scambio regolare e agile di informazioni nonché per la coordinazione interdisciplinare del processo d'integrazione. Questi principi trovano in generale applicazione anche nella prassi: gli uffici AI promuovono lo scambio con i medici curanti e i datori di lavoro anche oltre la fornitura formale di rapporti e si avvalgono prevalentemente di strumenti di collaborazione quali tavole rotonde e convenzioni sugli obiettivi. La gestione dei casi risulta per lo più proattiva e contribuisce generalmente a creare una visione comune dei problemi, degli obiettivi e dell'integrazione.

Al contempo, lo studio evidenzia che il processo d'integrazione può ancora essere notevolmente migliorato. Gli uffici AI possono in particolare coinvolgere più attivamente i medici curanti e approfondire lo scambio interdisciplinare. Dallo studio emerge infatti che attualmente le malattie psichiche vengono spesso trattate in modo indifferenziato, senza considerare approfonditamente le risorse e le limitazioni nelle singole situazioni. Ne conseguono strategie d'integrazione standardizzate, che non sfruttano appieno il potenziale degli assicurati né le possibilità che offre il contesto lavorativo concreto.

L'UFAS considera lo studio estremamente importante per l'impostazione futura dell'integrazione professionale delle persone con malattie psichiche. Dallo studio l'UFAS trae principalmente due conclusioni: in primo luogo, non è necessariamente richiesta una maggiore collaborazione, ma una migliore qualità nel dialogo tra le diverse conoscenze specialistiche. In secondo luogo, il coinvolgimento e la partecipazione attiva di tutti gli attori al processo d'integrazione devono essere rafforzati. Le sinergie tra le competenze specialistiche degli uffici AI in materia d'integrazione, le conoscenze del contesto lavorativo e dell'azienda dei datori di lavoro e le conoscenze mediche sono decisive per il successo dell'integrazione professionale.

I risultati dello studio confluiranno direttamente nella Riforma per l'integrazione annunciata dal Consiglio federale. La riforma prevede in particolare il rafforzamento della gestione dei casi e dell'accertamento interdisciplinare. Con la riforma il processo d'integrazione potrà essere ulteriormente individualizzato e orientato alle risorse. Processi di collaborazione chiari all'interno degli uffici AI e una coordinazione interdisciplinare regolare con gli attori coinvolti devono garantire l'attuazione rapida di provvedimenti su misura e accrescere così le possibilità di successo dell'integrazione. Ciò è tanto più urgente considerando che le malattie psichiche sono da anni tra le principali cause dell'aumento delle nuove rendite, soprattutto tra i giovani adulti.

Parallelamente, l'UFAS integrerà le raccomandazioni pratiche emerse dallo studio nell'ambito della propria attività di vigilanza e gestione strategica, e avvierà i prossimi passi per i miglioramenti necessari, coinvolgendo anche gli uffici AI e gli altri attori di rilievo.

Florian Steinbacher
Vicedirettore
Capo dell'Ambito AI

Foreword by the Federal Social Insurance Office

Effective collaboration between the Invalidity Insurance (IV) offices, treating clinicians and employers is a key factor in the success of the IV scheme's occupational rehabilitation programmes for adults with a mental health disorder. The Federal Social Insurance Office (FSIO) examined cooperation among the various actors throughout the work reintegration process. This is one strand of its broader evaluation of the IV reforms ('Ongoing Development of the Invalidity Insurance Scheme') which came into effect on 1 January 2022. The study is based on an analysis of case files from five IV offices and on several workshops attended by representatives from the IV offices, the medical profession and employers.

The results are positive. The legal bases and FSIO directives form an appropriate framework for regular and unbureaucratic information sharing and a coordinated and cohesive occupational rehabilitation process. In principle, it is implemented effectively in practice. For the most part, the IV offices use collaboration instruments beyond formalised reporting, such as roundtables and target agreements. They largely adopt a proactive approach to case management, which in many instances contributes to a shared understanding of not only the problems at hand but also the desired outcomes, and occupational rehabilitation generally.

The study, however, found that there is also room for improvement in several areas, especially with regard to the inclusion of treating clinicians which has tended to be limited, and the substantive depth of interdisciplinary coordination among the three actors which has hitherto been lacking. According to the study one of the consequences of this situation is an often overly simplistic view of mental ill-health that does not sufficiently consider the resources and limitations present in each individual case. This leads to standardised occupational rehabilitation strategies which do not fully exploit the rehabilitation potential of the insured and the opportunities present in specific work contexts.

The FSIO considers the study to be extremely valuable for the future organisation of occupational integration for people with mental health conditions. It draws two main conclusions. The first core issue is one of quality rather than quantity as it relates to expert collaboration and information sharing. The second is the need to reinforce the inclusion and active participation of all three main actors in the occupational rehabilitation process. The success of work integration efforts relies on the interplay between the occupational rehabilitation expertise of the IV offices, the informed occupational and workplace insights of employers and the specialist medical knowledge of the treating clinicians.

These findings will be incorporated into the Federal Council's announced 'integration reform' of the IV scheme, which, among other things, strengthens case management and interdisciplinary assessment practices with a view to more individualised and resource-oriented occupational rehabilitation strategies. Clear interdisciplinary processes within the IV offices and regular multidisciplinary coordination among all occupational rehabilitation partners should allow tailored measures to be put in place quickly, which in turn will increase the chances that the work integration process is a success. This is all the more urgent given that mental health conditions have been a major driver of the rise in invalidity insurance benefits, especially among young adults.

The FSIO also intends to take into account the practical recommendations proposed by the study authors when developing its supervisory and steering practices and will work with the IV offices and other relevant actors to make the necessary improvements.

Florian Steinbacher
Deputy Director
Head of IV

**Evaluation der Zusammenarbeit zwischen
IV-Stellen, Ärzteschaft und Arbeitgebern bei psychischen Erkrankungen
(C24-01)**

SCHLUSSBERICHT

Autorinnen/Autoren:

Christian Bolliger, Tanja Kuhn, Niklas Baer

Wissenschaftliche Mitarbeit:

Katina Anastasiou, Yvonne Eichenberger, Martina Flick Witzig, Debora Heimgartner, Emilienne Kobelt, Nicolas Schmaeh, Nora Weber

Bern, 13. August 2026

Inhaltsverzeichnis

Abbildungen	VII
Tabellen	VIII
Zusammenfassung	IX
Résumé	XXIII
Riassunto	XXXIX
Summary	LV
1 Einleitung	1
2 Grundlagen	5
2.1 Untersuchungsgegenstand	5
2.2 Erkenntnisinteressen und Fragestellungen der Evaluation	7
2.2.1 Fragestellungen der Evaluation	8
2.2.2 Grundmodell der Zusammenarbeit	9
2.3 Statistische Angaben zur Eingliederung im ersten Arbeitsmarkt	10
2.3.1 Anmeldungen und Früherfassungen	11
2.3.2 Eingliederungsmassnahmen im ersten Arbeitsmarkt	12
2.4 Erkenntnisse aus bisherigen Forschungsprojekten	13
2.4.1 Zusammenarbeit der IV mit Arbeitgebern	13
2.4.2 Zusammenarbeit der IV mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten	15
2.4.3 Zusammenarbeit zwischen Arbeitgebern und Behandelnden	18
2.5 Erhebungen und Ablauf der Evaluation	19
3 Zusammenarbeit gemäss den gesetzlichen Grundlagen und den Weisungen des BSV	21
3.1 Ermächtigung und Verpflichtung zur Zusammenarbeit	21
3.2 Zusammenarbeit entlang des Eingliederungsprozesses	24
3.2.1 Eingliederungsorientierte Beratung und Früherfassung	24
3.2.2 Abklärung/Bestandesaufnahme nach IV-Anmeldung	24
3.2.3 Planung von Massnahmen	26
3.2.4 Durchführung und Überwachung	28
3.3 Rolle von RAD und Job Coach	30
3.3.1 RAD	30
3.3.2 Job Coach	30
3.4 Zusammenfassung	31
4 Analyse der internen Arbeitsdokumente der IV-Stellen	35
4.1 Vorgehen und erhaltene Dokumente	35
4.2 Grundhaltung und Rollenerwartungen in der Zusammenarbeit	36
4.2.1 Allgemeine Aussagen	36

4.2.2	Spezifische Aussagen zu Behandelnden und Arbeitgebern	37
4.3	Früherfassung.....	38
4.4	Abklärung des Eingliederungspotenzials	39
4.4.1	Generelle Hinweise	39
4.4.2	Abklärungen bei behandelnden Ärztinnen und Ärzten.....	39
4.4.3	Zusammenarbeit mit Arbeitgebern	41
4.5	Planung von Eingliederungsmassnahmen	41
4.5.1	Zusammenarbeit mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Koordination mit der medizinischen Behandlung	41
4.5.2	Zusammenarbeit mit Arbeitgebern und Bemühungen für einen angepassten Arbeitsplatz ..	42
4.5.3	Zielvereinbarungen	43
4.6	Durchführung von Eingliederungsmassnahmen	44
4.6.1	Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten	44
4.6.2	Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern	44
4.7	Direkte Kontakte des RAD mit den Partnern.....	47
4.8	Zusammenfassung und Fazit	47
4.8.1	Formen und Häufigkeit der Zusammenarbeit.....	47
4.8.2	Erwartungen an die Rollen und das Wissen der Akteure.....	49
4.8.3	Informationen zu den interessierenden Aspekten der WE IV.....	50
4.8.4	Gesamteindruck in Bezug auf die Weisungen des BSV	51
5	Dossieranalyse.....	53
5.1	Methode und Vorgehen	53
5.1.1	Auswahl der Dossiers	53
5.1.2	Schulung Codierteam	54
5.1.3	Allgemeine vs. vertiefte Analyse der Dossiers	55
5.1.4	Limitation der Methode Dossieranalyse	55
5.2	Stichprobenbeschreibung	56
5.3	Dimensionen der Zusammenarbeit	60
5.3.1	Konkrete Formen der Information und des Austauschs	60
5.3.2	Wissen, Perspektiven, Rolleninterpretation und Verständnis der Zusammenarbeit – Arbeitgeber	66
5.3.3	Wissen, Perspektiven, Rolleninterpretation und Verständnis der Zusammenarbeit – Behandelnde	72
5.3.4	Wissen, Perspektiven, Rolleninterpretation und Verständnis der Zusammenarbeit – IV- Mitarbeitende	81
5.4	Merkmale der Kooperation	83
5.5	Prototypische Kooperationsverläufe.....	89
5.5.1	Abgestimmte Zusammenarbeit	89

5.5.2	Bilaterale Zusammenarbeit	92
5.5.3	Stellvertretende Zusammenarbeit	94
5.6	Zusammenfassung und Fazit	97
5.6.1	Erfolgreiche Verläufe und Kooperation auch dank funktionaler Stichprobe	97
5.6.2	Förderliche Faktoren für die Zusammenarbeit	98
5.6.3	Hinderliche Faktoren für die Zusammenarbeit	100
6	Erkenntnisse aus den Workshops	105
6.1	Vorgehen	105
6.2	Gemeinsames Fallverständnis und Herausforderungen	106
6.2.1	Behandelnde und IV-Stelle.....	106
6.2.2	Arbeitgeber und IV-Stelle.....	108
6.2.3	Behandelnde und Arbeitgeber.....	110
6.3	Geringer Einbezug der Behandelnden.....	113
6.3.1	Gründe des geringen Einbezugs.....	113
6.3.2	Situationen, in denen Einbezug besonders wichtig ist.....	114
6.3.3	Risiken eines mangelnden Einbezugs.....	114
6.4	Chancen und Herausforderungen von Round Tables.....	115
6.4.1	Häufigkeit und Anlässe von Round Tables	115
6.4.2	Hürden für erfolgreiche Round Tables.....	116
6.4.3	Erfolgsfaktoren von Round Tables	117
6.4.4	Nutzen, wenn Behandelnde am Round Table einbezogen sind.....	118
6.5	Erfahrungen mit Neuerungen aus der WE IV	119
6.5.1	Schweigepflichtentbindung der IV-Stelle gegenüber den Behandelnden	119
6.5.2	Beratung und Begleitung	120
6.5.3	Qualitative Aspekte der Leistungsfähigkeit.....	121
6.5.4	Erleichterte Früherfassungsmeldungen.....	122
6.6	Zusammenfassung und Fazit	123
6.6.1	Einschätzungen der Workshopteilnehmenden zur Zusammenarbeit.....	123
6.6.2	Neuerungen der WE IV	125
7	Förderliche und hinderliche Faktoren der Zusammenarbeit	127
7.1	Vorgehen	127
7.2	Externe Faktoren	127
7.3	Interne Faktoren.....	128
7.3.1	Formen, Inhalte und Instrumente der Zusammenarbeit	129
7.3.2	Wissen, Perspektiven, Rollenverständnis und Verständnis der Zusammenarbeit der involvierten Personen	132
8	Synthese	137

Anhang 1: Massnahmen der beruflichen Eingliederung im ersten Arbeitsmarkt	147
Literaturverzeichnis.....	149

Abbildungen

Abbildung 1: Grundmodell der Zusammenarbeit im Eingliederungsverfahren der IV	10
Abbildung 2: Stelle bei der Anmeldung, Früherfassung vor der Anmeldung, in Prozent	12
Abbildung 3: Berufliche Eingliederungsmassnahmen für Personen mit psychischem Gebrechen im ersten Arbeitsmarkt, 2021-2024, in Prozent	13
Abbildung 4: Überblick über das Vorgehen der Evaluation	20
Abbildung 5: Dauer, wie lange das Dossier in der Eingliederung (exkl. Rentenprüfung) war seit der letzten IV-Anmeldung, n = 147, in Prozent	57
Abbildung 6: Häufigkeiten der vorliegenden 3 Hauptdiagnosen im IV-Dossier (Mehrfachantworten), n = 147, in Prozent	58
Abbildung 7: Dauer bis zur Kontaktaufnahme der IV mit der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber nach Anstellungsverhältnis, n = 147, in Prozent	61
Abbildung 8: Häufigkeit der Direktkontakte der IV mit den anderen Hauptakteuren, exkl. Round Tables und formeller Korrespondenz, n = 147, in Prozent	62
Abbildung 9: Häufigkeit, mit der Informationen über Verlauf und wichtige Entscheide bekannt waren, nach Akteurinnen bzw. Akteuren, n = 56, in Prozent.....	63
Abbildung 10: Häufigkeit, mit der die Perspektiven von Arbeitgebern bzw. Behandelnden in die Zielvereinbarungen im ersten Arbeitsmarkt einfließen, n = 116 (alle Fälle, bei denen eine Zielvereinbarung für den ersten Arbeitsmarkt vorhanden ist), in Prozent	64
Abbildung 11: Durchführungsort der Round Tables (n = 103, Fälle, in denen ein Round Table stattfand), in Prozent	65
Abbildung 12: Teilnehmende an den Round Tables (n= 103, Mehrfachantwort), in Prozent	65
Abbildung 13: Haltung der jeweiligen Arbeitgebenden, die in der Eingliederung involviert waren, gegenüber der Eingliederung von Personen mit psychischen Erkrankungen (n = 56), in Prozent	67
Abbildung 14: Anzahl der Arztberichte im Dossier, welche das psychische Problem betreffen, n = 147, in Prozent	73
Abbildung 15: Fokus auf Arbeitssituation und Eingliederung im ersten und letzten Arztbericht, n = 56, in Prozent	74
Abbildung 16: Gemeinsames Problemverständnis und Eingliederungsplan (n= 56), in Prozent	84
Abbildung 17: Gemeinsames Problemverständnis und Eingliederungsziel (n= 56), in Prozent	84
Abbildung 18: Proaktives Handeln der IV und gemeinsames Problemverständnis (n= 56), in Prozent	85
Abbildung 19: Häufigkeit einsamer Entscheide (n= 56), in Prozent.....	86
Abbildung 20: Art der einsamen Entscheide, n = 18, Mehrfachantworten, in Prozent	87
Abbildung 21: Intensität der Kooperation nach Komplexität des Falls, Fachpersoneneinschätzung (n= 56), in Prozent	88

Tabellen

Tabelle 1: Informationsbedarf, Datenquellen und Erhebungsmethoden.....	20
Tabelle 2: Ausgewertete Rechtsgrundlagen zur Zusammenarbeit in der IV.....	21
Tabelle 3: Rechtlich vorgesehene Rollen in der Abklärung, Planung und Durchführung der Eingliederung	32
Tabelle 4: Gefühle der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers, der in die Eingliederung involviert war, gegenüber der versicherten Person (n = 56)	70
Tabelle 5: Von den Workshopteilnehmenden berichtete Herausforderungen bei der Zusammenarbeit.....	124

Zusammenfassung

Evaluation der Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen, Ärzteschaft und Arbeitgebern bei psychischen Erkrankungen

Wenn sich die Invalidenversicherung (IV) um die berufliche Eingliederung versicherter Personen bemüht, sind deren behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die bisherigen und die potenziellen künftigen Arbeitgeber Schlüsselakteure. Eine erfolgreiche Zusammenarbeit bedingt den Umgang mit unterschiedlichen und potenziell gegensätzlichen Rollen und Perspektiven: Nur die IV ist primär der Eingliederung verpflichtet, Arbeitgeber jedoch der effizienten Leistungserstellung, Ärztinnen und Ärzte der Genesung oder der gesundheitlichen Stabilisierung. Wurde bisher meist die bilaterale Zusammenarbeit der IV mit einem der beiden Partner unter verschiedenen Blickwinkeln untersucht, hat nun das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) eine Evaluation der Zusammenarbeit zwischen diesen drei Akteuren bei der Eingliederung von erwachsenen Personen mit psychischer Erkrankung in den ersten Arbeitsmarkt in Auftrag gegeben.

Erkenntnisinteressen und Vorgehen

Die Studie zielte auf drei Fragestellungen: *Erstens* sollten die bestehenden Formen, Inhalte und Instrumente der Zusammenarbeit in der konkreten Umsetzung dargestellt werden. Dabei interessierten auch das Wissen und die Perspektiven der drei involvierten Akteure und deren Rolleninterpretation und Verständnis der Zusammenarbeit. Ebenfalls waren die rechtlichen Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit und die internen Weisungen und Arbeitsanleitungen der IV-Stellen zu untersuchen. Neben dieser Hauptfrage interessierten *zweitens* die Umsetzung und Auswirkungen einiger Neuerungen der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung (WE IV), die einen Bezug zur Zusammenarbeit haben. Und *drittens* waren hinderliche und förderliche Faktoren der Zusammenarbeit sowie der Verbesserungsbedarf aus der Sicht der involvierten Akteure darzustellen und einzuordnen.

Im Kern interessierte in dieser Studie, inwieweit es den Behandelnden, den Arbeitgebern und Mitarbeitenden der IV-Stelle in den Eingliederungsverfahren gelingt, ein gemeinsames Fallverständnis herbeizuführen, also eine gemeinsam getragene Sicht der gesundheitlichen und beruflichen Situation (v.a. Ressourcen und Limiten der versicherten Person) und darauf abgestützt auch des konkreten Vorgehens bei der Eingliederung. Wichtige weitere Akteure wie die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) als Teil der IV-Stellen, von der IV-Stelle eingesetzte Job Coaches und insbesondere die versicherte Person wurden ebenfalls mitberücksichtigt.

Die Analyse der konkreten Zusammenarbeit stützte sich hauptsächlich auf eine Analyse von Falldossiers aus IV-Stellen von fünf Kantonen. Dabei wurden 147 Dossiers quantitativ und davon 56 Dossiers zusätzlich vertiefend qualitativ analysiert. Die Auswahl stützte sich auf Informationen in den IV-Registerdaten. Berücksichtigt wurden Dossiers von versicherten Personen im Alter von 25 bis 60 Jahren mit einer Anmeldung zur beruflichen Integration / Rente im Zeitraum 2021 bis 2024

und mindestens einer Eingliederungsmassnahme im ersten Arbeitsmarkt. So konnte sichergestellt werden, dass in den Dossiers die Zusammenarbeit mit mindestens einem Arbeitgeber des ersten Arbeitsmarkts dokumentiert ist. Ergänzend wurden in diesen Kantonen mit je einem interdisziplinären Workshop Erfahrungen und Einschätzungen von 22 Behandelnden, 24 Vertreterinnen und Vertretern der Arbeitgeber sowie 25 Mitarbeitenden der IV-Stellen und RAD erhoben. Weitere Elemente der Studie bildeten die Analyse der massgeblichen IV-rechtlichen Grundlagen einschliesslich der Kreisschreiben des BSV sowie von Arbeitsdokumenten der ausgewählten IV-Stellen (Weisungen, Arbeitshilfen, Musterdokumente, Schulungsunterlagen etc.).

Nachfolgend werden die Ergebnisse entlang der Fragestellungen der Studie dargestellt.

Rechtlicher Rahmen und Arbeitsdokumente der IV-Stellen

Die rechtlichen Grundlagen verpflichten und ermächtigen die drei Partner zur Zusammenarbeit, lassen ihnen aber viele Spielräume: Die Arbeitgeber und Behandelnden sind grundsätzlich in allen Phasen der Eingliederung verpflichtet und ermächtigt, der IV-Stelle Auskünfte zu erteilen und mit ihr zusammenzuarbeiten. Umgekehrt ist die IV-Stelle verpflichtet und ermächtigt, diese beiden Akteure einzubeziehen und ihnen die notwendigen Informationen zur IV und zum konkreten Verfahren zu geben, damit diese ihre Rolle wahrnehmen können. Als fallführender Akteur hat sie eine Holschuld. Für die Abklärung des Eingliederungspotenzials müssen die Behandelnden und Arbeitgeber Informationen liefern, bei der konkreten Planung der Eingliederung und der Abstimmung mit der medizinischen Behandlung muss die IV-Stelle sie einbeziehen, und während der Durchführung der Massnahme(n) muss der Arbeitgeber über den Verlauf und der/die Behandelnde über die Entwicklung der gesundheitlichen Situation informieren. Die Grundlagen legen den IV-Mitarbeitenden eine rasche, formlose und auch mündliche Kommunikation nahe. Die Intensität dieser Zusammenarbeit ist der Verantwortung der Akteure überlassen, um sie dem konkreten Einzelfall anzupassen. Die gesetzlichen Grundlagen und die Weisungen des BSV fokussieren auf dem bilateralen Austausch zwischen der IV-Stelle und ihren beiden Partnern. Vorschriften für ein gleichzeitiges Interagieren zu dritt (z.B. Round Table) bestehen kaum. Auch zur direkten Zusammenarbeit zwischen Behandelnden und Arbeitgebern fanden sich keine Vorgaben, was bei den Weisungen des BSV auch damit zusammenhängt, dass sich diese grundsätzlich ausschliesslich an die IV-Stellen richten.

In den analysierten Arbeitsdokumenten der IV-Stellen zeigt sich das gleiche Grundverständnis der Zusammenarbeit wie bei den Weisungen des BSV: Den IV-Mitarbeitenden bleibt viel Gestaltungsfreiheit, sie müssen als Motoren des Prozesses die anderen beiden Partner informieren und fachlich unterstützen und haben auch eine Holschuld. Auch die Arbeitsdokumente der in der Studie berücksichtigten IV-Stellen favorisieren den informellen und mündlichen Austausch, und auch sie fokussieren auf die bilaterale Zusammenarbeit. Zudem beziehen sich Musterdokumente von Zielvereinbarungen immer nur auf Arbeitgeber, IV-Stellen, Versicherte und evtl. Job Coach, nicht aber auf die Behandelnden.

Konkrete Formen und Inhalte der Zusammenarbeit

Es erfolgte in der Dossieranalyse eine Bestandesaufnahme darüber, wie und worüber sich die drei untersuchten Akteure austauschen. Bilateral erfolgt in der Mehrheit der Fälle ein direkter Kontakt zwischen der IV und dem Behandler oder der Behandlerin, sowie zwischen IV und dem Arbeitgeber.¹ Behandelnde und Arbeitgeber hingegen stehen selten in direktem Kontakt, wie auch in den Workshops bestätigt wurde. Wo Direktkontakt zwischen IV und einem Partner besteht, handelt es sich meist um einmalige Kontakte. Mehrmalige Direktkontakte zwischen den Akteurinnen und Akteuren auf bilateralem Weg sind selten: regelmässiger Austausch zwischen Arbeitgeber und IV findet in 30% der Fälle statt, zwischen IV und Behandelnden in 15% der Fälle. Darüber hinaus werden jedoch indirekte Korrespondenzen (z.B. via Job Coach), Berichtswesen oder Round Tables für die Zusammenarbeit genutzt. Round Tables beispielsweise, also ein Instrument für die trilaterale Zusammenarbeit, wird in 70% der Fälle mindestens einmal genutzt, in 59% der Fälle gar mehrmals.

Die Zusammenarbeit wird beispielsweise auch durch eine Zielvereinbarung zwischen den Akteurinnen und Akteuren geregelt. Dieses Instrument der Zusammenarbeit wird rege genutzt: in 59% der Fälle war konsequent bei jeder Massnahme im ersten Arbeitsmarkt eine Zielvereinbarung vorhanden; bei weiteren 20% der Fälle war das zumindest vereinzelt bei Massnahmen im 1. Arbeitsmarkt der Fall. Allerdings ist die Beteiligung ungleich: die Perspektive der Arbeitgeber fliesst in 72% der Fälle sehr oft mit ein. Bei den Behandlungspersonen geschieht dies lediglich in 24% der Fälle konsequent.

Wissen, Perspektiven, Rolleninterpretation und Verständnis zur Zusammenarbeit

Arbeitgeber

Arbeitgeber liefern in der Zusammenarbeit erwartungsgemäss grossmehrheitlich Leistungsbeurteilungen, auch fokussieren sie auf das Verhalten der versicherten Personen sowie mögliche Anpassungen der Arbeitsanforderungen.

Zum Rollenverständnis der Arbeitgeber wird in der Dossieranalyse deutlich: Rund drei Viertel der involvierten Arbeitgeber zeigen sich engagiert im Eingliederungsprozess und rund 90% tragen die Vorgaben der IV mit. Gleichzeitig besteht bei den Arbeitgebern viel Unsicherheit. In qualitativen textlichen Analysen zeigen sich Vermeidung von Druck und Fokussierung auf einfache Tätigkeiten als häufige **Lösungsstrategien** – siehe die folgenden gefundenen Strategien:

1. Zuweisung von zunächst einfachen Arbeitstätigkeiten
2. Genereller Verzicht auf jeglichen «Druck» und «Stress» sowie Vermeidung aller potentiell belastenden Aufgaben
3. Spezifische Arbeitsanpassungen und Zielsetzungen
4. Mehr Zeit geben

¹ In dieser Studie werden direkte Kontakte verstanden als alle inhaltlich relevanten bilateralen (also über einen allfälligen Round Table hinaus) mündlichen oder schriftlichen Kontakte, ausser dem Schicken von Mahnungen und Berichtsaufforderungen.

5. Einstieg an einem (Trainings)Arbeitsplatz wegen Konflikten im Team
6. Kommunikation im Team
7. Unterstützung durch IV-Fachperson

Diese Strategien verdeutlichen das Bemühen vieler Arbeitgeber, die betreffenden Mitarbeitenden zu unterstützen, aber sie wirken teils etwas einseitig und durch die Befürchtung getragen, sie könnten zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder gar zu einem «Rückfall» beitragen. Bei rund 55% der Arbeitgeber ist denn auch Mitgefühl gegenüber den Versicherten dokumentiert und bei 75% Hilfsbereitschaft. Dies wird auch deutlich, wenn man die Dossiers qualitativ danach untersucht, welche **Haltung die Arbeitgeber gegenüber den betreffenden Mitarbeitenden** haben – siehe die folgenden typischen Haltungen:

1. Die Genesung und Rückfallprävention haben Vorrang gegenüber betrieblichen Bedürfnissen
2. Die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter ist ein wertvoller Mensch, leistet eine wichtige Arbeit trotz Einschränkungen – und ist nicht nur eine eingeschränkte und unterstützungsbedürftige Person
3. Die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter bemüht sich sehr, entsprechend auch die Arbeitgeber
4. Unterschätzung der Einschränkungen der versicherten Personen, begünstigt durch den guten Willen der Arbeitgeber zu Beginn
5. Ernüchterung, wenn sich die Einschränkungen trotz Engagement nicht verbessern

Dass die Rückfallprävention aus Sicht der Arbeitgeber an erster Stelle steht, hat einen Zusammenhang mit der Unsicherheit: Arbeitgeber sind eigentlich weder dafür verantwortlich noch dafür ausgebildet, dass es nicht zu Rückfällen kommt. Wichtig für das Bemühen der Arbeitgeber ist auch, dass sich die versicherte Person auch selbst bemüht. Und schliesslich zeigt sich eine zeitliche Dynamik, die in der Praxis oft anzutreffen ist: zu Beginn unterschätzen die Arbeitgeber häufig die teilweise Hartnäckigkeit von psychischen Einschränkungen und sind dann im Verlauf zunehmend ernüchtert, was den Eingliederungsprozess gefährden kann. Auch hier zeigt sich ein klarer Bedarf nach konkreter fachlicher Unterstützung durch die IV und allenfalls auch die Behandelnden.

Trotz dieser Unsicherheit wird die IV selten aktiv involviert: 73% der Arbeitgeber fragen nicht direkt und von sich aus nach Hilfe bei der IV.

Behandelnde

In den ärztlichen Berichten z.H. der IV fokussieren sich die Informationen der Behandelnden stark auf Symptome und die psychiatrische Anamnese. Berufliche Faktoren wie Hinweise aus der Arbeitsanamnese oder Arbeitsplatzanpassungen werden in 70% der Fälle kaum oder gar nicht beschrieben.

Oft zeigt sich bei den Behandlungspersonen eine **kooperative Haltung**, in der Massnahmen grundsätzlich begrüsst und eine Absprache unter den Akteurinnen und Akteuren gewünscht werden (66%) oder/und ein Verständnis, dass Behandlung und Eingliederungsmassnahmen parallel

verlaufen können (83%) statt «Behandlung vor Eingliederung». Typische Merkmale einer solchen Haltung zeigt die qualitative Textanalyse:

1. Gegenseitige Abstimmung der Arbeitsfähkeits-Steigerung zwischen Behandelnden und IV ist wichtig
2. Offenheit für Informationen der IV und teils entsprechende Anpassung der Behandlung
3. Differenzierte und transparente Haltung bezüglich Einschätzung der prognostischen Arbeitsfähigkeit: medizinisch-theoretisch und aus praktischer Sicht
4. Rasche Steigerung der Arbeitsfähigkeit ist wichtig – und diesbezügliches Engagement der Behandelnden
5. Optimismus bezüglich Eingliederung, teils mit differenzierten Hinweisen
6. Differenzierung zwischen Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt und Eingliederungsfähigkeit, d.h. Fähigkeit, an Trainingsmassnahmen teilzunehmen
7. Sicht, dass Arbeitsunfähigkeit / Inaktivität auch belasten kann

Hier zeigen sich zusammengefasst drei grundlegende Haltungen: a) Kooperation, gegenseitige Abstimmung und Offenheit für Informationen seitens IV; b) Differenzierte und transparente Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und c) Optimismus hinsichtlich Eingliederung und die Haltung, dass Arbeit auch psychisch stabilisierend wirken kann.

Gleichzeitig gibt es auf Behandlungsseite auch einige **Skepsis und Befürchtungen** hinsichtlich Reintegration. Diese lassen sich anhand der dokumentierten Texte folgendermassen gruppieren:

1. Es ist zu früh für einen Wiedereinstieg in die Arbeit
2. Die Patientinnen und Patienten werden in ihrer Leistungsfähigkeit überschätzt
3. Das angestrebte Pensum ist zu hoch angesetzt
4. Eine Rückkehr an den bestehenden Arbeitsplatz / in das angestammte Berufsfeld gefährdet die psychische Verfassung
5. Jegliche Art von «Druck» ist gesundheitsgefährdend, deshalb muss der Wiedereinstieg ganz niederschwellig beginnen
6. Der Wiedereinstieg sollte langsam geplant werden

Diese in der Praxis auch häufig anzutreffenden Haltungen der Behandelnden weisen darauf hin, dass die Arbeitsintegration bei den eigenen Patientinnen und Patienten (nicht unbedingt grundsätzlich) vor allem als potentiell gesundheitsgefährdend angesehen wird. Im Vordergrund stehen die Sorge um die Gesundheit der Patientinnen und Patienten, Schonung und Rückfallprävention. Entsprechend empfehlen die Behandelnden: Zuwarten, geringes Pensum, ein neuer Arbeitsplatz, Verzicht auf jeglichen Druck und langsame Steigerung der Präsenz. All diese Empfehlungen mögen im Einzelfall sinnvoll sein, können aber, wenn sie eine generelle Haltung gegenüber der Eingliederung bilden, ein Hindernis für die Zusammenarbeit sein.

Schliesslich wurden auch Textstellen in den Dossiers analysiert, welche Hinweise geben, wie die Behandelnden die **Zusammenarbeit mit der IV** sehen:

1. Gegenseitige Information, Kooperation und gemeinsame Haltung sind wichtig
2. Transparente Information an die IV

3. Angebot, weitere Informationen zu liefern
4. Würdigung der Leistungen der IV
5. Behandlungsperson verlangt den fachlichen Lead für Eingliederungsprozess (Arbeitsfähigkeit, Dauer, Vorgehen)
6. Skepsis gegenüber Institutionen der Arbeitsrehabilitation
7. IV-Berichte sind zu zeitaufwändig und werden deshalb nicht gemacht

Auch hier zeigt sich, dass von Behandlungsseite oft ein starker Wunsch nach Kooperation, gegenseitiger Abstimmung und fachlichem Austausch mit der IV besteht. Zudem wird dies nicht selten auch selbst aktiv angeboten, und es wird auch die Leistung der IV gewürdigt – was für eine gute Kooperation nicht unterschätzt werden sollte. Auf der anderen Seite gibt es auch kritische Haltungen: Behandelnde bestehen darauf, Dauer und Verlauf der Eingliederung zu bestimmen sind skeptisch gegenüber arbeitsrehabilitativen Institutionen (was je nach Situation nachvollziehbar sein kann) oder finden den Zeitaufwand zu hoch.

IV-Stellen

Bei 69% der Dossiers zeigt sich eine proaktive Arbeitsweise der Eingliederungsfachperson, in dem Sinne, dass sie die anderen Akteurinnen bzw. Akteure initiativ angeht und den Prozess führt. Bei 31% zeigt sich ein eher reaktives Verhalten. Hier agiert die Eingliederungsfachperson als Reaktion auf die Initiative anderer Akteurinnen bzw. Akteure, und/oder eher die bzw. der Job Coach ist im Lead. In 95% der untersuchten Dossiers sind Telefonnotizen und E-Mails dokumentiert.

Auch fachlich-eingliederungsorientierte Überlegungen werden von der IV-Fachperson dokumentiert. Bei zwei Drittel der 56 vertieft analysierten Fälle bringt sich diese fachlich ein oder holt sich Unterstützung beim RAD (32% der Fälle mit eigenen fachlichen Überlegungen der Eingliederungsfachperson, 34% der Fälle Einbezug RAD). Bei einem Drittel (34%) sind jedoch keine Überlegungen dokumentiert. Ein Eingliederungsplan wird von 23% der IV-Beratungspersonen detailliert dokumentiert, von weiteren 73% geschieht dies nur rudimentär (Beispiel: Pensumsaufbau von 20 auf 50% innert 3 Monaten, schrittweise Steigerung). 4% von den 56 vertieften Dossiers nehmen gar keine Eingliederungsplanung vor.

Wie sich die Akteurinnen und Akteure gegenseitig wahrnehmen

Arbeitgeber schätzen die IV überwiegend: sie empfinden Übereinstimmung im gemeinsamen Ziel und sind dankbar gegenüber der IV in der Mehrheit der Fälle. Gleichzeitig fragen Arbeitgeber kaum aktiv um Hilfe bei der IV. Wie der Arbeitgeber gegenüber den Behandelnden steht, ist weitestgehend unbekannt und konnte nur in einzelnen Fällen eruiert werden. Auch umgekehrt ist meist unbekannt, wie Behandlungspersonen zum Akteur Arbeitgeber stehen. Wie Behandlungspersonen die IV wahrnehmen, ist meist undokumentiert, in über der Hälfte der Fälle. Falls es Hinweise zur gegenseitigen Beziehung gibt, ist dies meist kooperationsförderlich: die IV wird als unterstützend wahrgenommen und man schätzt einen wertschätzenden Umgangston. Lediglich in 5% der untersuchten Dossiers zeigen sich Behandelnde skeptisch und fordernd gegenüber der IV.

Einbezug des Job Coachs – eine Delegierte bzw. ein Delegierter der IV

In der vertieften Analyse wurde eine weitere Akteurin bzw. ein weiterer Akteur, die bzw. der Job Coach, analysiert. In der Sichtung der Testdossiers stellte sich heraus, dass neben den Hauptakteurinnen und -akteuren in deren Vernetzung oftmals eine oder ein Job Coach, die oder der von der IV delegiert wird, eine relevante Rolle spielt. Das bestätigte sich in den Daten: in 73% der 56 Dossiers, die vertieft analysiert wurden, war eine oder ein Job Coach involviert. Diese Person fungierte als relevantes Bindeglied, vor allem zu den Arbeitgebern, denn sie stand in 63% der Fälle mit der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber in Kontakt, mit der Behandlungsperson deutlich seltener (27% der Fälle). Auffällig ist zudem, dass es über alle Dossiers hinweg in 35% der Fälle zu keinem direkten Kontakt zwischen IV und Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber kommt. Betrachtet man hingegen ausschliesslich solche Fälle, in denen die oder der Job Coach im Lead ist, steigt dieser Anteil auf 57%. Dasselbe zeigt sich bei den Behandelnden: über alle Fälle hinweg besteht in 42% der Fälle kein Kontakt zwischen IV und Behandlungsperson. Ist eine oder ein Job Coach im Lead, sind es gar 67% der Fälle ohne direkten Kontakt zwischen Behandelnden und IV.

Merkmale der Kooperation

Grundlage für eine gelingende Kooperation zwischen den Akteuren sind ein gemeinsames Problem- und Zielverständnis im Eingliederungsprozess. Beides ist in der Mehrheit der vertieft untersuchten Fälle (n= 56) der Fall. In 66% der Fälle waren sich alle Akteure über das anzugehende Problem im Fall einig. Ein Eingliederungsplan wird in ähnlichem Umfang von allen mitgetragen. Im Zielverständnis sind die Kooperationswerte noch etwas höher: 77% der Fälle weisen ein gemeinsames Zielverständnis aller Akteurinnen und Akteure auf. Dieses gemeinsame Ziel hält sich in 63% der Fälle über die drei verschiedenen Phasen eines Fallverlaufs (Abklärung des Eingliederungspotenzials, Planung der Eingliederung, Durchführung der Eingliederung).

Gleichzeitig kommt es jedoch auch zu «einsamen Entscheiden», also wichtigen Handlungen wie Kündigungen oder Krankschreibungen, die nicht mit den anderen Akteurinnen und Akteuren abgesprochen sind. Am häufigsten wird dies von Behandelnden mit einer unabgesprochenen Krankschreibung vollzogen (45%, n = 18 einsame Entscheide).

Prototypische Kooperationsverläufe

Im Sinne einer Synthese, Illustration und Verdeutlichung der Resultate aus der Dossieranalyse wurden prototypische Verläufe von Zusammenarbeit zwischen IV, Arbeitgebern und Behandelnden dargestellt. Die Prototypen basieren weitestgehend auf drei realen Fallverläufen in anonymisierter Form. Es zeigen sich die abgestimmte, die stellvertretende und die bilaterale Zusammenarbeit. Sie bilden jeweils Pole auf einem Kontinuum. Die abgestimmte Zusammenarbeit bildet eine Art Idealverlauf, wo die Hauptakteure in Kontakt sind und sich absprechen. In der bilateralen Zusammenarbeit sind zwei von drei Akteuren in Kontakt, einer ist eher aussen vor. Gemäss den Daten ist das typischerweise der Behandler oder die Behandlerin, während IV und Arbeitgeber sich absprechen. In der stellvertretenden Zusammenarbeit nimmt ein weiterer Nebenakteur, der externe

Job Coach, eine zentrale Rolle ein. Er vernetzt, gibt Informationen von anderen Akteuren indirekt an die IV weiter und bringt sich nicht selten fachlich und auch auf den Fall steuernd ein.

Neue Instrumente der WE IV

Die neuen Instrumente mit Bezug zur Zusammenarbeit, die im Rahmen der WE IV eingeführt wurden, verankern eher die gelebte Praxis der IV-Stellen, als dass sie der Zusammenarbeit wesentliche Impulse verleihen. Dies ergibt sich aus der Analyse der Arbeitsdokumente und Aussagen der Befragten an den Workshops. So mag es die automatische Schweigepflichtentbindung der IV-Stelle (Art. 66a Abs. 1 Bst. c^{bis} IVG) etwas erleichtern, den Behandelnden die notwendigen Informationen zum Verfahren herauszugeben. Vor der WE IV war eine explizite Ermächtigung nötig, was die Workshopteilnehmenden nicht als grosses Hindernis beschrieben. Die neue Vorschrift, auch qualitative Elemente in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einzubeziehen (Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV), die sich primär auf die Rentenprüfung bezieht, wurde ebenfalls nicht als einschneidend erlebt, da die Erhebung von Ressourcen und Limiten der versicherten Person in der Eingliederung ohnehin relevante Informationen sind. Auch dass Früherfassungsmeldungen neu auch schon gemacht werden können, bevor eine versicherte Person 30 Tage oder innert eines Jahres mehrmals arbeitsunfähig war (Art. 1^{ter} IVV), begrüssen die befragten Behandelnden und Arbeitgeber zwar. Sie haben diese Möglichkeit aber bislang kaum in Anspruch genommen. Schliesslich ist seit der WE IV Beratung und Begleitung (inkl. Job Coaching) der versicherten Personen und ihrer Arbeitgeber auch während des Eingliederungsverfahrens und bis drei Jahre danach (Art. 14^{quater} IVG) möglich. Während des Verfahrens erleben die Akteure dies nicht als einschneidende Veränderung, nach dessen Abschluss wurde es bisher kaum genutzt. Die Workshopteilnehmenden betonten jedoch allgemein den Wert der Unterstützung durch die IV-Stelle bei der Eingliederung. Insbesondere beschreiben sie das Job Coaching als entlastend für die Arbeitgeber und die IV-Stelle, aber auch als vertrauensfördernd gegenüber der versicherten Person. Umgekehrt besteht, wie die Dossieranalyse zeigt, das Risiko, dass die IV-Stelle die Fallsteuerung zu sehr an den/die Job Coach delegiert.

Einflussfaktoren der Zusammenarbeit

Nachfolgend werden die aus der Dossieranalyse und Aussagen aus den Workshops konsolidierten förderlichen und hinderlichen Faktoren zusammengefasst. Aus der Dossieranalyse und den Einschätzungen der Workshopteilnehmenden liessen sich zunächst eine Reihe von so genannten *internen* Faktoren herleiten, welche für ein gemeinsames Fallverständnis der Akteure förderlich sind. Diese internen Faktoren beziehen sich direkt auf das Verhalten der fallführenden Person der IV-Stelle, der Behandlerin oder des Behandlers und der für das Dossier zuständigen Person beim Arbeitgeber. Die Erhebungen der Studie zeigen, dass diese förderlichen Faktoren nicht immer gegeben sind und somit noch Verbesserungspotenzial besteht (siehe insbesondere auch nachfolgenden Abschnitt «Synthese»).

- Akteure nutzen die vorgesehenen Möglichkeiten der Zusammenarbeit zielgerichtet: Dies bedeutet für die Mitarbeitenden der IV-Stelle vor allem, Informationen möglichst gezielt statt standardisiert zu erheben und bedarfsorientiert Instrumente wie z.B. Round Tables und Zielvereinbarungen zu nutzen.

- Aktive Kommunikation zwischen allen drei Akteuren: Dies zeigt sich insbesondere darin, dass Rücksprache gesucht wird, bevor Entscheidungen getroffen werden. Die aktive Kommunikation erfolgt wo möglich informell und auch mündlich und direkt statt nur via versicherte Person und bezieht alle drei Partner ein, also insbesondere auch die Behandelnden. Letztere sind gemäss der Studie häufig schwach einbezogen. Auch ein direkter Austausch mit dem regionalen ärztlichen Dienst (RAD) wurde teils als vorteilhaft beschrieben. Zur aktiven Kommunikation gehört auch, dass datenschutzrechtliche Fragen und Unsicherheiten (wer darf wem was sagen?) früh im Verfahren unter den Beteiligten geklärt werden.
- Beim Einsatz von Job Coaches den Lead bei der IV behalten: Job Coaches ermöglichen eine enge und niederschwellige Begleitung der versicherten Person. Zentral ist dabei, dass die IV-Stelle den fachlichen Lead nicht aus der Hand gibt.
- Spezifische Faktoren für die fallführende Person der IV-Stelle: Förderlich ist insbesondere, wenn der oder die Mitarbeitende der IV-Stelle proaktiv auf die Behandlungsperson und die zuständige Person beim Arbeitgeber zugeht, diese informiert und unterstützt und vor allem nicht nur administrativ, sondern auch fachlich den Lead übernimmt.
- Arbeitgeberspezifische Faktoren: Der Zusammenarbeit förderlich ist ein gutes Grundwissen über die IV und über psychische Erkrankungen. Dies fördert realistische Erwartungen und Offenheit für eine abgestimmte und rollende Planung.
- Behandelndenspezifische Faktoren: Förderlich sind ein gutes Grundwissen zur IV und insb. zur Einschätzung funktioneller Ressourcen und Limiten der versicherten Person sowie die Haltung, dass Eingliederung und Behandlung einander unterstützen können. Förderlich ist auch, wenn verschiedene Behandelnde zu diesen ähnliche Einschätzungen abgeben.
- Zusammenarbeitsorientiertes Grundverständnis aller Akteure: Die Bereitschaft zu einem offenen, vertrauensvollen Dialog ist ein zentraler förderlicher Faktor. Dies wiederum wird begünstigt, wenn die drei Akteure früh im Verfahren das Gespräch suchen und für ihre Partner erreichbar sind.
- Versicherte Person «mitnehmen»: Die drei Partner sollten den Informationsaustausch so führen, dass die versicherte Person darauf vertrauen kann und auch darauf vertraut, dass nur eingliederungsrelevante Informationen an den Arbeitgeber weitergegeben werden und dieser das Vertrauen nicht missbraucht. Hierfür ist ein Einbezug der versicherten Person wichtig.

Neben diesen internen Faktoren beeinflussen auch *externe* Faktoren die Zusammenarbeit. Auf diese haben die unmittelbar in den Einzelfall involvierten Akteure keinen Einfluss. Als wichtig wurde in den Workshops betont, dass die IV ihre fallunabhängigen Informationsanstrengungen bei Arbeitgebern und Behandelnden weiterführen soll, damit diese optimal zur Zusammenarbeit beitragen können. Weiter prägend für die Zusammenarbeit sind gemäss Einschätzungen an den Workshops etwa die Unternehmenskultur des Arbeitgebers, die gesellschaftliche Stigmatisierung psychischer Krankheiten, der Versorgungsmangel im Bereich Psychiatrie, das Verhalten weiterer involvierter Akteure (genannt wurden Krankentaggeldversicherungen und das persönliche Umfeld der versicherten Person), Unsicherheiten der Behandelnden über ihre Ansprüche auf Vergütung sowie der vereinzelt als starr empfundene rechtliche Rahmen der IV. Gemäss Aussagen in den Workshops bilden in den IV-Stellen, aber auch bei Behandelnden und den Arbeitgebern auch begrenzte zeitliche Ressourcen für die Eingliederungsarbeit ein Hindernis, weil Koordination und Kommunikation zeitaufwendig seien.

Synthese

In den 147 analysierten Dossiers zeigen sich auf den ersten Blick hohe Kooperationswerte zwischen den Mitarbeitenden der IV, den Arbeitgebern und den Behandelnden. Round Tables und Zielvereinbarungen werden genutzt, die IV handelt meist proaktiv. In der Mehrheit der Fälle ist man sich über Problem-, Ziel- und Eingliederungsverständnis einig, zumindest ist nichts Gegenteiliges dokumentiert. Kooperation findet statt: unterschiedlich intensiv und häufig je nach Akteuren bzw. Akteuren, meistens schriftlich, aber gänzlich fehlende Zusammenarbeit gibt es nicht. Teilweise schaffen Job Coaches Abhilfe, die den Kontakt, vorwiegend zum Arbeitgeber, selten zur Behandlungsperson halten und als indirekte Informationsquelle für die IV dienen.

Dieser positive Eindruck ist jedoch aus mehreren Gründen zu relativieren. *Erstens* ist davon auszugehen, dass die im Rahmen dieser Studie untersuchten Dossiers Verläufe mit überdurchschnittlich erfolgreicher Zusammenarbeit repräsentieren: In all diesen Fällen kam zumindest ein Eingliederungsversuch im ersten Arbeitsmarkt zustande, was bei weitem nicht für alle Eingliederungsverfahren gilt. *Zweitens* bestätigen die Einschätzungen der Workshopteilnehmenden, dass die Zusammenarbeit häufig nicht intensiv ist und häufig – obwohl eigentlich erwünscht – wenig direkte Kontakte zwischen allen drei Kooperationspartnern bestehen. Die Aussagen der Akteure in den Workshops verdeutlichen, dass es in der Praxis eine grosse Bandbreite an Zusammenarbeitsformen gibt: von Eingliederungsverfahren mit einer auf ein gemeinsames Fallverständnis ausgerichteten, abgestimmter Zusammenarbeit bis hin zu Verfahren mit mangelhaftem Austausch und allenfalls einseitiger Information. Und *drittens* zeigte sich bei der vertiefteren textlichen Analyse der Dossiers, dass die auf den ersten Blick insgesamt gut funktionierenden Abläufe oft eher oberflächlich und standardisiert stattfinden. Die Befunde geben somit wichtige Hinweise, wo bei generell guter Kooperation Chancen zur Professionalisierung und Vertiefung der Kooperation liegen – und damit für die Wirksamkeit der Eingliederung und das positive Erleben aller Beteiligten.

Im Folgenden werden ausgewählte Erkenntnisse aus der Dossieranalyse und aus den Workshops zusammengefasst, vertieft sowie aus fachlicher Sicht der Autorenschaft eingeordnet und kritisch reflektiert.

Gesetzliche Grundlagen und Weisungen des BSV und ihre Umsetzung

In Bezug auf das Ziel eines gemeinsamen Fallverständnisses der drei Akteure ist das Fazit grundsätzlich positiv: Die gesetzlichen Grundlagen und die Weisungen des BSV ermöglichen einen unkomplizierten und gezielten Informationsaustausch, auch verlangen sie ein abgestimmtes Vorgehen bei der Eingliederung und der medizinischen Behandlung. Auffallend sind jedoch der Fokus der Weisungen auf den bilateralen Austausch der IV-Stelle mit den beiden Partnern und das weitgehende Fehlen von Vorgaben für ein direktes Interagieren zu dritt. Bei der Umsetzung der Vorgaben durch die IV-Stellen gibt es noch Verbesserungspotenziale, wie einige der nachfolgend diskutierten Befunde zeigen. Insbesondere betrifft dies erstens den schwachen Einbezug der Behandelnden und zweitens die Rolle des fachlichen Leads der IV im Eingliederungsverfahren. Bezüglich der zusammenarbeitsbezogenen Neuerungen der WE IV ergibt sich wie beschrieben ein wenig spektakuläres, aber grundsätzlich ebenfalls positives Fazit: Diese betreffen wichtige Facetten der

Zusammenarbeit, verankern aber eher die gelebte Praxis der IV-Stellen im Recht, als dass sie der Zusammenarbeit wesentliche Impulse verleihen.

Einbezug der Behandelnden ungenügend

Nicht alle der drei Hauptakteure IV, Behandlungspersonen und Arbeitgeber sind gleich stark in die Zusammenarbeit involviert. Es zeigt sich in der Dossieranalyse und in den Rückmeldungen von Workshopteilnehmenden, dass insbesondere Behandlungspersonen oft abseits einer kooperativen Zusammenarbeit in der Eingliederung stehen. Ein direkter Kontakt zwischen IV und Behandlungspersonen ist in der Praxis gemäss der Dossieranalyse selten, auch nehmen die Behandelnden deutlich seltener an Round Tables teil als die Arbeitgeberseite. Dies liegt nicht nur an den Behandlungspersonen selbst. Oft wird von Seite der IV gar nicht erst versucht, die Behandelnden für die Teilnahme an Round Tables zu gewinnen. Aufgrund von Aussagen an den durchgeführten Workshops liegt das zum Teil daran, dass die Eingliederungsfachpersonen von vornherein davon ausgehen, dass die Behandelnden weder Zeit noch Motivation haben, sich im Eingliederungsprozess über das Berichtswesen hinaus zu engagieren. Die Entsprechung auf der administrativen Ebene liegt darin, dass bei den Zielvereinbarungen für Eingliederungsmassnahmen eine Unterschrift der Behandelnden gar nicht vorgesehen ist. Jedoch hat die IV gemäss den Weisungen des BSV nicht nur eine Hol-, sondern auch eine Bringschuld gegenüber den Behandelnden, auch wird den fallführenden Personen ein rascher, formloser und auch mündlicher Kontakt nahegelegt. Auch eine laufende Abstimmung von Behandlung und Eingliederung wird verlangt, und dies nicht nur im Rahmen von medizinischen Auflagen zur Schadenminderung. Insofern ist es auch nachvollziehbar, dass die häufigsten «einsamen Entscheide» auf Seite der Behandelnden geschehen, indem sie während des Eingliederungsprozesses ohne Abstimmung mit anderen Akteuren krankschreiben – und damit der Prozess ins Stocken gerät. Der Nichteinbezug der Behandelnden ist sachlich nicht nachvollziehbar, auch wenn er aufgrund schwieriger Einzelerfahrungen (erschwerter Erreichbarkeit der Behandlungspersonen etc.) verständlich sein mag: Ohne Austausch mit den Behandelnden lässt sich kein fundiertes erfolgreiches Eingliederungsprozedere durchführen.

Die Rolle der Arbeitgeber

Die Arbeitgeber in den hier genauer untersuchten Dossiers zeigen sich grossmehrheitlich empathisch, engagiert und hilfsbereit. Zudem sind sie meist auch sehr bemüht, die gesundheitliche Situation der Mitarbeitenden zu verbessern und viel zu unternehmen, damit es nicht zu einem «Rückfall» kommt. Dies sind sicher wichtige Voraussetzungen, damit die Eingliederung gelingen kann.

Auf der anderen Seite nehmen die Arbeitgeber selbst ihre eigene Expertise, die betriebliche Situation und teils auch das Team, in dem die versicherten Personen arbeiten, nicht immer genügend ernst: die Dossiers zeigen, dass Arbeitgeber zu Beginn der Eingliederung meist sehr optimistisch sind und vielleicht auch die Einschränkungen der Versicherten unterschätzen. Zudem sind sie bezüglich Anforderungen sehr bis zu entgegenkommend: sie stellen zu Beginn keine Erwartungen und gehen von teils unrealistischen Bedingungen aus («die Person keinerlei Druck oder Stress am Arbeitsplatz aussetzen»). Dies ist Ausdruck ihrer nachvollziehbaren Unsicherheit darüber, was von

den Versicherten erwartet werden darf, und was nicht. Dies führt dann im Verlauf der Eingliederung nicht selten zu Frustrationen und Ungeduld, weil die Eingliederung langsamer oder problematischer verläuft als zunächst erhofft. Dem vorzubeugen, ist aus Sicht der Autorinnen und Autoren zum einen die Aufgabe der IV und der Behandlungsperson. Aber es wäre auch das Recht und die Aufgabe der Arbeitgeber, in jeder Phase die Erwartungen – und auch die Grenzen – zu klären und konkrete fachliche Informationen und Unterstützung zu verlangen. Arbeitgeber dürfen und sollen von Beginn weg Erwartungen, Unterstützungsbedarf und Grenzen ihrer Unterstützung klar formulieren und auch klar kommunizieren, wie aktuell Leistung und Verhalten der Versicherten eingeschätzt werden. Ansonsten resultieren, wie die Dossieranalyse zeigt, häufig «einsame Entscheide» seitens Arbeitgeber: unabgesprochene Kündigungen.

Einfluss der versicherten Person selbst

Die Versicherten waren nicht im Fokus dieser Untersuchung. Dennoch zeigt sich, dass sie mit ihrem Verhalten, ihren Ressourcen und Einschränkungen einen wichtigen Einfluss auf die Kooperation haben können. In Konstellationen, in denen eine psychisch erkrankte versicherte Person nur bedingt in der Lage ist, Situationen adäquat wahrzunehmen und allen Beteiligten gegenüber gleich zu kommunizieren, ist die Kooperation herausfordernd. Hier wäre eine gute gegenseitige Absprache zentral, damit man nicht gegeneinander arbeitet. Umgekehrt kann eine versicherte Person, die über hohe Vernetzungs- und Kooperationskompetenzen verfügt, auch selbst aktiv viel zur gelingenden Kooperation zwischen den Akteurinnen und Akteuren beitragen. Das Verhalten der versicherten Person ist aber nicht ein unbeeinflussbarer Faktor für die Zusammenarbeit. Ihr Engagement für die Eingliederung kann gefördert werden, indem sie in die Zusammenarbeit einbezogen wird. Dies ist gemäss übereinstimmenden Aussagen der Beteiligten an den Workshops zentral, denn die versicherte Person muss darauf vertrauen können, dass Informationen über ihre gesundheitliche Situation, die ihre Behandelnden an ihren Arbeitgeber weitergeben, dort nicht gegen sie verwendet werden, sondern für die geeignete Anpassung des Arbeitsplatzes nötig sind.

Fehlender fachlicher Lead der Invalidenversicherung

Der Lead bei der Planung der Eingliederung liegt gemäss den rechtlichen Grundlagen bei der IV und diese Rolle der fallführenden Personen ist mit den Neuerungen zur Fallführung (Art. 41a IVV) im Rahmen der WE IV noch verstärkt worden. Die Fallführung umfasst die Bestandesaufnahme, die Planung des weiteren Vorgehens über die einzelne Massnahme hinaus, die Begleitung und Überwachung der Massnahmen sowie die Koordination der involvierten Leistungserbringer und Personen. Laut einer im Frühjahr 2026 veröffentlichten Evaluation bewirkte diese Neuerung eine fachliche Weiterentwicklung und Optimierung der Fallführung, wobei den Fallführenden eine «Drehscheibenfunktion» attestiert wurde (Kirchhofer et al. 2026: XI). Letztere zeigt sich auch in der Dossieranalyse dieses Forschungsprojekts.

Doch aus der Dossieranalyse entsteht der Eindruck, dass sich die IV in den Eingliederungsverfahren dabei selbst wenig fachlich einbringt, obwohl die Eingliederungsfachpersonen der IV-Stellen geschult sind und von den drei Zusammenarbeitspartnern am meisten Erfahrung mit

Eingliederungsmassnahmen und -prozessen haben. Anders gesagt wird neben der administrativen und koordinativen Funktion selten eine ausgeprägte fachliche Steuerung durch die IV-Stellen erkennbar. Eigene (oft rudimentäre) fachliche Überlegungen der IV-Beratungspersonen sind in einem Drittel der Fälle in der Dossieranalyse dokumentiert. Ansonsten werden Informationen verwaltend zusammengetragen, und es ist selten eine eigene fachlich begründete Eingliederungsplanung dokumentiert.

Das hat Folgen: Die oben beschriebene an sich funktionierende Kooperation bleibt auf einem tiefen Niveau der Einigung und Verständigung. Oft können sich die Hauptakteurinnen und -akteure darauf einigen, dass ein Einstieg vor allem langsam und ohne Druck geschehen sollte. Dieser kleinste gemeinsame Nenner bedeutet oft einseitige «Schonung» und ergibt sich aus den Unsicherheiten aller Beteiligten: Behandlungspersonen wollen keine Überforderung riskieren und sprechen sich konservativ für eine behutsame Eingliederung aus. Arbeitgeber sind unsicher, was sie erwarten und welche Tätigkeiten sie zumuten dürfen, und wollen keine Fehler machen respektive nicht verantwortlich sein für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

Greift die IV – Eingliederungsfachpersonen und RAD – nicht fachlich begründet, korrigierend und ermutigend ein, resultieren teils langwierige Eingliederungsverläufe mit beispielsweise standardmässigen 10-20%-Steigerungsschritten pro Monat. Ob solche Steigerungsraten in den konkreten Fällen sinnvoll oder eher kontraproduktiv sind, weil sie zum Beispiel die Geduld des Arbeitsumfeldes zu stark strapazieren, ist unklar. Es fehlt normalerweise eine Begründung für solche Vorgehensweisen in der individuellen Situation.

Besonders relevant im Hinblick auf die Zusammenarbeit der Akteurinnen und Akteure: die IV ist in dieser eher verwaltenden Haltung auf den Goodwill der anderen Beteiligten angewiesen. Kooperation scheint dort gut zu funktionieren, wo Behandlungspersonen selbst eine grundsätzlich positive Haltung gegenüber der Eingliederung aufzeigen und von sich aus engagiert sind. Ebenso klappt es gut, wenn Arbeitgeber sich eingliederungsoffen zeigen und bereits von sich aus Kompetenzen in der Wiedereingliederung aufweisen. Ist dies nicht der Fall, findet Kooperation deutlich weniger häufig oder weniger intensiv statt. Prototypisch meldet sich der Behandler oder die Behandlerin dann ausschliesslich über das Berichtswesen und ist bei wichtigen Entscheidungen ausser vor. Der (engagierte) Arbeitgeber bzw. Arbeitgeberin zeigt sich zu Beginn oft motiviert und zu euphorisch, weil er die Einschränkungen der versicherten Person unterschätzt, wird dann im Verlauf frustriert und das Kündigungsrisiko steigt. Solche vermeidbaren Erfahrungen wurden von mehreren Workshopeteilnehmenden beschrieben und zeigten sich auch in den Dossiers.

Fachlich fundierte Eingliederungspläne sind die Ausnahme

In sehr wenigen Dossiers ist von den IV-Eingliederungsfachpersonen ein eigenständiger Plan dokumentiert, der die Ressourcen und Einschränkungen der versicherten Personen am Arbeitsplatz skizziert und darauf aufbauend eine Planung der Eingliederungsschritte beschreibt – beispielsweise auf einer halben oder ganzen A4-Seite. Analyse und Plan mögen vielleicht etwas anspruchsvoll klingen, aber in Wirklichkeit sind sie ein grosser Vorteil: Bevor Massnahmen ergriffen werden, sollte eine ausreichende Klarheit bestehen, wo überhaupt die Hindernisse für eine erfolgreiche

Eingliederung liegen. Dies erst recht, weil Eingliederungsmassnahmen immer auch mit Stress und Befürchtungen für die versicherten Personen verbunden sind (Baer et al., 2018a): Eingliederungsmassnahmen können belasten, scheitern und damit auch schaden.

Deshalb sollten die Beteiligten, so wie es auch in den Kreisschreiben des BSV vorgegeben wird, zum Beispiel folgende Fragen stellen und gemeinsam besprechen: Welche Fähigkeiten sind eingeschränkt, welche nicht, und wo liegt das hauptsächliche Arbeitsproblem? Lassen sich die Einschränkungen durch Training verbessern oder muss man sie als gegeben ansehen und entsprechende Arbeitsanpassungen vornehmen? Ist das Arbeitsproblem eher krankheitsbedingt oder eher durch ungenügende Motivation erklärbar – oder durch einen Mix aus beidem? Unternimmt die versicherte Person jetzt schon alles, um den Eingliederungsprozess zu unterstützen oder wären Auflagen sinnvoll?

Formelle Kooperation, die es inhaltlich auszugestalten gilt

Die vorliegenden Auswertungen zeigen darüber hinaus aber auch, dass Kooperation zwar meist notwendig, aber allein für die Eingliederung nicht ausreichend ist: Sich einig zu sein auf einem fachlich undifferenzierten Niveau, genügt nicht. Man kann auch kooperativ scheitern, wenn man sich mit einer Einigung zu sehr auf der Falloberfläche bewegt. Das heisst, ein gemeinsames Fallverständnis muss auch evidenzbasiert (also fachlich fundiert) und der individuellen Situation angemessen sein. So wie dies auch in den Weisungen des BSV vorgegeben ist, sollte zuerst die Situation genau interdisziplinär analysiert werden und in einem zweiten Schritt darauf aufbauend gezielte Massnahmen getroffen werden.

Nötige weitere Professionalisierung der Eingliederungsarbeit bei psychischen Krankheiten

Gemäss Dokumentation in den Dossiers werden diese für den Eingliederungserfolg wichtigen Vorgaben nur bedingt umgesetzt. Eine fachlich fundierte und mit allen Akteurinnen und Akteuren geteilte Analyse der Einschränkungen und Potenziale sowie eine darauf aufbauende Eingliederungsplanung ist kaum je dokumentiert.

Aufgrund der vorliegenden Studie ist somit anzunehmen, dass die Zusammenarbeit noch nicht immer auf fachlich fundierter und interdisziplinärer Grundlage geschieht. Es wird engagiert gearbeitet, aber oft ohne eine dokumentierte fachliche Basis. Hier sollte man die erwähnten positiven Entwicklungen und insbesondere die gegenüber früher doch verbesserte Kooperation als Potenzial sehen, um der Eingliederung psychisch kranker Personen einen weiteren Professionalisierungsschub zu geben. Dazu können sowohl Behandelnde als auch die IV und die Arbeitgeber beitragen – letztere, indem sie fundierte Auskünfte vermehrt einfordern.

Résumé

Évaluation de la collaboration entre les offices AI, le corps médical et les employeurs dans le cas des maladies psychiques

Lorsque l'assurance-invalidité (AI) s'attelle à la réadaptation professionnelle des personnes assurées, leurs médecins traitants et leurs employeurs actuels et futurs sont des acteurs clés. Une collaboration fructueuse nécessite de conjuguer différents rôles et points de vue potentiellement contradictoires : au départ, seule l'AI a l'obligation d'œuvrer à la réadaptation, alors que les employeurs sont responsables en premier lieu du rendement de l'entreprise et que la tâche des médecins est de guérir ou de stabiliser l'état de santé. Si les études menées jusqu'ici ont surtout examiné sous différents angles la collaboration bilatérale de l'AI avec l'un ou l'autre de ces partenaires, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a commandé cette fois une évaluation de la collaboration entre ces trois acteurs lors de la réadaptation des adultes atteints de troubles psychiques sur le marché primaire du travail.

Intérêt de la recherche et méthode

L'étude devait répondre à trois questionnements : *premièrement*, elle devait décrire les formes, contenus et instruments de cette collaboration dans la pratique actuelle, en s'intéressant également aux connaissances et aux perspectives des trois acteurs impliqués, à l'interprétation qu'ils ont de leur rôle et à la manière dont ils conçoivent la collaboration. Il lui était également demandé d'examiner le cadre juridique régissant la collaboration ainsi que les règlements internes et les instructions de travail des offices AI. Outre cette question principale, un autre point d'intérêt concernait *deuxièmement* la mise en œuvre et les effets de quelques nouvelles dispositions en lien avec la collaboration introduites dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (DC AI). *Troisièmement*, l'étude devait décrire et caractériser les facteurs entravant et favorisant la collaboration ainsi que les améliorations nécessaires du point de vue des acteurs impliqués.

Pour l'essentiel, la présente étude a cherché à savoir dans quelle mesure les médecins, les employeurs et les collaborateurs des offices AI parviennent à s'accorder sur une compréhension partagée des cas durant les processus de réadaptation et assument ensemble une vision concertée de la situation médicale et professionnelle (notamment des ressources et des limitations de la personne assurée), ainsi que de la démarche concrète à suivre. D'autres acteurs importants ont également été pris en considération, tels que les services médicaux régionaux (SMR) intégrés aux offices AI, les job coachs engagés par ces mêmes offices et surtout les personnes assurées.

Pour examiner les formes concrètes que prend la collaboration, le projet de recherche s'est principalement appuyé sur une analyse de dossiers de cas issus des offices AI de cinq cantons. L'analyse quantitative portait sur 147 dossiers, dont 56 ont fait en plus l'objet d'une analyse quantitative approfondie. La sélection s'est opérée à partir d'informations fournies par les données des registres de l'AI. Ont été retenus les dossiers de personnes assurées âgées de 25 à 60 ans ayant déposé une

demande de réadaptation professionnelle ou de rente entre 2021 et 2024 et bénéficié d'au moins une mesure de réadaptation sur le marché primaire du travail, ceci afin de s'assurer que tous les dossiers documentaient au minimum une collaboration avec un employeur. L'étude comporte également une analyse des dispositions légales pertinentes de l'AI incluant les circulaires de l'OFAS ainsi que des documents de travail des offices AI sélectionnés (directives internes, instructions de travail, modèles, matériel de formation, etc.).

Les résultats sont présentés ci-dessous en regard des questions de recherche.

Cadre juridique et documents de travail des offices AI

Le cadre légal oblige et habilite les trois partenaires à collaborer, tout en leur laissant une large marge de manœuvre : les employeurs et les médecins sont tenus et ont l'autorisation de renseigner les offices AI et de collaborer avec eux durant toutes les étapes de la réadaptation. En retour, l'office AI doit et est habilité à impliquer ces deux acteurs et leur fournir les informations nécessaires sur l'AI et sur la procédure de réadaptation concrète, afin qu'ils puissent jouer leur rôle. En tant que gestionnaire du cas, il revient à l'office AI de se procurer les informations. Les médecins et les employeurs ont l'obligation de les lui fournir pour déterminer le potentiel de réadaptation. L'office AI a le devoir de les associer à la planification concrète de la réadaptation et à sa coordination avec le traitement médical. Enfin, pendant la mise en œuvre de la mesure, l'employeur doit renseigner sur son déroulement et le médecin sur l'évolution de l'état de santé. Le cadre juridique incite les collaborateurs des offices AI à privilégier une communication rapide et informelle, également par oral. L'intensité de cette collaboration est laissée à la responsabilité des acteurs, qui peuvent l'adapter au cas par cas. Les bases légales et les directives de l'OFAS se concentrent sur les échanges bilatéraux entre les offices AI et leurs deux partenaires. Elles n'abordent guère les interactions simultanées entre les trois acteurs (par exemple les tables rondes). Aucune disposition n'a été trouvée au sujet de la collaboration directe entre médecins et employeurs ; cette absence est toutefois compréhensible, car les directives de l'OFAS s'adressent exclusivement aux offices AI.

Dans les documents de travail des offices AI analysés on observe la même conception de la collaboration que dans les directives de l'OFAS : ils laissent aux collaborateurs de l'AI une grande marge de manœuvre pour s'organiser ; en tant que moteurs du processus, ceux-ci doivent informer les autres partenaires et les soutenir par des connaissances spécialisées ; c'est aussi à eux qu'il incombe de recueillir les informations nécessaires. Les documents de travail examinés privilégient également les échanges informels par oral et se concentrent sur la collaboration bilatérale. Quant aux modèles de conventions d'objectifs, ils font uniquement référence aux employeurs, offices AI, personnes assurées et éventuellement job coaches, mais jamais aux médecins.

Formes concrètes et contenus de la collaboration

L'analyse des dossiers a permis d'établir un état des lieux répertoriant les modalités et le contenu des échanges entre les trois acteurs. Dans la majorité des cas, les contacts directs entre l'AI et le

médecin s'effectuent de façon bilatérale, de même qu'entre l'AI et l'employeur². En revanche, médecins et employeurs ont peu des contacts directs entre eux, comme l'ont confirmé les ateliers. Lorsque l'office AI a un contact direct avec l'un ou l'autre de ses deux partenaires, celui-ci se limite généralement à une seule occurrence. Il est rare que les contacts directs bilatéraux entre les acteurs aient lieu à plusieurs reprises : des échanges réguliers entre l'employeur et l'AI sont documentés dans 30 % des cas et entre l'AI et le médecin dans 15 % des cas. La communication passe cependant aussi par des canaux indirects (par exemple via un job coach), des rapports et des tables rondes. Ces dernières, utiles pour la collaboration trilatérale, sont par exemple organisées au moins une fois dans 70 % des cas, et même de façon répétée dans 59 % des cas.

La collaboration peut par exemple également être régie par une convention d'objectifs entre les acteurs. Cet instrument de collaboration est très fréquemment utilisé : dans 59 % des cas, il existe une convention d'objectifs pour chaque mesure sur le marché primaire du travail, et dans 20 % des cas, au moins quelques conventions ponctuelles pour certaines mesures. La participation est toutefois inégale : la perspective des employeurs est très souvent prise en compte, à savoir dans 72 % des cas. Celle des médecins ne l'est de façon systématique que dans 24 % des cas.

Connaissances, perspectives, interprétation des rôles et conception de la collaboration

Employeurs

Comme on peut s'y attendre, dans le cadre de la collaboration les employeurs fournissent surtout des éléments permettant d'évaluer le rendement; ils mettent l'accent sur le comportement de la personne assurée et sur d'éventuelles adaptations des exigences de travail.

Concernant la compréhension que les employeurs ont de leur rôle, l'analyse des dossiers montre clairement qu'environ trois quarts d'entre eux s'engagent activement dans le processus de réadaptation et que près de 90 % soutiennent les exigences de l'AI. Il existe cependant beaucoup d'incertitudes chez les employeurs. Comme le montre l'analyse qualitative des textes, des **stratégies de résolutions des problèmes** fréquemment appliquées consistent à éviter la pression et à se focaliser sur des tâches simples. Les stratégies observées sont les suivantes :

8. Attribuer d'abord des tâches simples
9. S'abstenir autant que possible de « mettre la pression » ou de causer du « stress », éviter toutes les tâches pouvant représenter une trop lourde charge
10. Adapter le travail à la situation et fixer des objectifs spécifiques
11. Laisser davantage de temps
12. Reprendre le travail à un poste où la personne peut s'entraîner pour ne pas créer de conflit dans l'équipe
13. Soigner la communication au sein de l'équipe

² Dans cette étude, sont considérés comme des contacts directs tous les contacts bilatéraux (allant donc au-delà d'une éventuelle table ronde) ayant lieu par oral ou par écrit et pertinents du point de vue du contenu, excepté l'envoi de rappels ou les demandes de rapports.

14. Solliciter l'aide d'un spécialiste de l'AI

Ces stratégies mettent en évidence les efforts accomplis par de nombreux employeurs pour soutenir les employés concernés, mais peuvent paraître quelque peu partisans et motivées par la crainte de causer une aggravation de l'état de santé, voire une « rechute ». Les dossiers documentent de la compassion vis-à-vis des personnes assurées chez près de 55 % des employeurs et une disposition à apporter de l'aide chez 75 % d'entre eux. Cela ressort aussi clairement de l'analyse qualitative portant sur l'**attitude des employeurs vis-à-vis** des collaborateurs concernés, typiquement :

6. Le rétablissement et la prévention d'une rechute sont considérés comme prioritaires par rapport aux besoins de l'entreprise
7. La collaboratrice ou le collaborateur est une personne de valeur qui effectue un travail important en dépit de ses limitations, et pas seulement un individu limité ayant besoin de soutien
8. La collaboratrice ou le collaborateur fait beaucoup d'effort, tout comme les employeurs
9. La bonne volonté initiale de l'employeur le pousse à sous-estimer les limitations des collaborateurs
10. La déception surgit lorsque ces limitations ne s'améliorent pas malgré l'engagement

La place prioritaire que les employeurs accordent à la prévention des rechutes est liée à leur insécurité, car il n'est pas de leur responsabilité de les éviter, pas plus qu'ils ne sont formés pour cela. Les employeurs sont plus prompts à faire des efforts lorsque la personne assurée en fait aussi. On observe enfin une dynamique temporelle fréquemment rencontrée dans la pratique : au début, les employeurs sous-estiment souvent la persistance de certaines limitations psychiques et sont de plus en plus déçus au fur et à mesure du processus, ce qui peut compromettre la réadaptation. Ici également, les employeurs auraient clairement besoin d'un soutien concret et de connaissances spécialisées de la part de l'AI et éventuellement des médecins.

Malgré cette incertitude, l'AI est rarement sollicitée de façon active : 73 % des employeurs ne prennent pas l'initiative de la contacter directement pour lui demander de l'aide.

Médecins

Les rapports médicaux destinés à l'AI contiennent surtout des informations relatives aux symptômes et à l'anamnèse psychiatrique. Dans 70 % des cas, ils décrivent très peu voire omettent tout à fait les facteurs relevant de l'activité professionnelle, comme les indications tirées de l'anamnèse professionnelle ou les adaptations du poste de travail.

Les médecins font souvent preuve d'une **attitude coopérative**, estiment généralement que les mesures de réadaptation sont bienvenues et souhaitent une concertation avec les autres acteurs (66 %). Ils conçoivent également que le traitement médical ne doit pas obligatoirement être achevé avant de procéder à la réadaptation et que l'un et l'autre peuvent être menés en parallèle (83 %). L'analyse qualitative des textes révèle des caractéristiques typiques de cette attitude :

8. Importance de la concertation entre médecins et AI pour évaluer l'augmentation de la capacité de travail

9. Ouverture aux informations provenant de l'AI et dans certains cas, aux adaptations du traitement qui peuvent en découler
10. Attitude nuancée et transparente lorsqu'il s'agit de prédire l'évolution de la capacité de travail du point de vue de la théorie médicale, mais en tenant également compte de la situation concrète
11. Importance d'une augmentation rapide de la capacité de travail et engagement des médecins dans ce sens
12. Optimisme vis-à-vis de la réadaptation, en apportant parfois certaines nuances
13. Distinction entre la capacité de travail sur le marché primaire du travail et l'aptitude à la réadaptation, à savoir la capacité de participer à des mesures d'entraînement.
14. Point de vue selon lequel l'incapacité de travail et l'inaction peuvent aussi être un fardeau

En résumé, trois attitudes fondamentales sont observables ici : a) coopération, concertation mutuelle et ouverture d'esprit vis-à-vis à des informations provenant de l'AI ; b) évaluation différenciée et transparente de la capacité de travail ; c) vision optimiste de la réadaptation et conception du travail comme élément stabilisateur.

Dans le même temps, on perçoit aussi chez les médecins un certain **scepticisme** et des **craintes** concernant la réadaptation, que l'on peut regrouper comme suit sur la base des textes documentés :

7. Il est trop tôt pour reprendre le travail
8. La capacité de travail des patientes et des patients est surestimée
9. Le taux d'occupation prévu est trop élevé
10. Une reprise du travail au poste existant ou dans le domaine professionnel d'origine menace l'équilibre psychique
11. Toute forme de « pression » est préjudiciable à la santé, raison pour laquelle il faut viser une reprise du travail « à bas seuil »
12. La reprise prévue doit se faire lentement

Ces attitudes sont également fréquentes dans la pratique. Elles laissent penser que les médecins voient la réadaptation professionnelle avant tout comme un risque pour la santé de leurs patients (bien qu'ils ne la considèrent pas forcément comme telle en soi). Le souci de la santé des patients est au premier plan, de même que la volonté de les ménager et de prévenir la rechute. En conséquence, les médecins recommandent de patienter autant que nécessaire, de fixer des horaires de travail réduits, de changer de poste de travail, d'éviter toute forme de pression et d'augmenter progressivement le temps de présence. Toutes ces recommandations peuvent être justifiées dans des cas particuliers, mais sont susceptibles d'entraver la collaboration lorsqu'elles traduisent une attitude générale vis-à-vis de la réadaptation.

Enfin, des passages de textes analysés dans les dossiers renseignent sur la manière dont les médecins perçoivent la **collaboration avec l'AI** :

8. Importance de l'échange d'informations, de la coopération et d'une attitude commune
9. Informations transparentes à l'AI
10. Proposition de fournir des informations supplémentaires

11. Appréciation des prestations de l'AI
12. Le médecin demande à assumer le pilotage du processus de réadaptation (capacité de travail, durée, manière de procéder)
13. Scepticisme vis-à-vis des institutions œuvrant à la réhabilitation professionnelle
14. Les rapports pour l'AI prennent trop de temps et ne sont donc pas faits

On constate également de la part des médecins une forte volonté de coopérer, de se concerter et d'échanger des connaissances spécialisées avec l'AI. Il n'est d'ailleurs pas rare qu'ils le proposent activement eux-mêmes. L'action de l'AI est appréciée, ce qui ne doit pas être sous-estimé dans l'optique d'une bonne coopération. Il existe cependant aussi des attitudes critiques : les médecins insistent pour déterminer la durée et le déroulement de la réadaptation et se montrent sceptiques à l'égard des institutions œuvrant à la réhabilitation sur le marché du travail (ce qui est compréhensible dans certaines situations) ou trouvent que ces démarches leur prennent trop de temps.

Offices AI

Dans 69 % des dossiers, le spécialiste de la réadaptation fait preuve d'une manière de travailler proactive, prend l'initiative de solliciter les autres acteurs et pilote le processus. Dans 31 % des cas, son comportement est plutôt réactif. Il agit en réponse aux initiatives des autres acteurs et/ou c'est plutôt le job coach qui est en charge du processus. 95 % des dossiers examinés recensent des notes téléphoniques et des courriers électroniques.

Le spécialiste de l'AI documente également des réflexions portant sur des aspects spécifiques de la réadaptation. Dans deux tiers des cas ayant fait l'objet d'une analyse approfondie, il fait appel à ses connaissances spécialisées ou cherche l'appui du SMR (32 % des cas documentent des réflexions du spécialiste de la réadaptation et 34 % un recours au SMR). Dans un tiers des cas (34 %), aucune réflexion n'est documentée. 23 % des conseillers de l'AI donnent une description détaillée d'un plan de réadaptation alors que 73 % ne le font que de façon rudimentaire (exemple : progression du taux d'activité de 20 % à 50 % sur 3 mois, augmentation progressive). 4 % des 56 dossiers analysés en profondeur ne contiennent aucun plan de réadaptation.

Perception que les acteurs ont les uns des autres

La plupart des employeurs apprécie l'AI : ils éprouvent majoritairement de la reconnaissance à son égard et adhèrent à l'objectif commun. Dans le même temps, il est très rare qu'ils sollicitent activement une aide de la part de l'AI. Leur attitude vis-à-vis des médecins est largement inconnue et n'a pu être déterminée que dans quelques cas isolés. Symétriquement, on ignore largement comment les médecins perçoivent les employeurs en tant qu'acteurs du processus. Dans plus de la moitié des cas, leur perception de l'AI n'est pas non plus documentée. Lorsqu'il est fait référence à une relation mutuelle, cela favorise généralement la coopération : l'AI est perçue comme soutnante et on apprécie le ton respectueux des échanges. Dans seulement 5 % des dossiers examinés, les médecins se montrent sceptiques et exigeants vis-à-vis de l'AI.

Implication des job coaches délégués par l'AI

L'analyse approfondie a aussi examiné un autre acteur, le job coach. L'analyse des dossiers a montré qu'il jouait souvent un rôle important dans le réseau aux côtés des acteurs principaux. Les données confirment l'implication d'un job coach dans 73 % des 56 dossiers analysés en profondeur. Cette personne sert de courroie de transmission, notamment avec les employeurs, avec lesquels elle est en contact dans 63 % des cas, mais beaucoup moins souvent avec le médecin (27 % des cas). On remarque par ailleurs que dans 35 % de tous les cas, il n'y a aucun contact direct entre l'AI et l'employeur. En revanche, si l'on considère uniquement les cas où le job coach est en charge du processus, cette proportion augmente à 57 %. Le constat est identique pour les médecins : dans 42 % de tous les cas, il n'y a aucun contact entre l'AI et le médecin. Lorsqu'un job coach est en charge du processus, cette proportion atteint 67 %.

Caractéristiques de la coopération

Une coopération fructueuse entre les acteurs repose sur une vision partagée du problème et de l'objectif durant le processus de réadaptation. Cette vision partagée est présente dans la majorité des cas examinés de façon détaillée ($n = 56$). Dans 66 % des cas, tous les acteurs s'accordent sur le problème à traiter, et tous adhèrent au plan de réadaptation dans une proportion similaire. Les valeurs relatives à la coopération sont encore plus élevées en ce qui concerne la compréhension de l'objectif : dans 77 % des cas, celle-ci est partagée par tous les acteurs. Dans 63 % des cas, cet accord sur l'objectif se maintient durant les trois phases du processus (instruction du potentiel de réadaptation, planification de la réadaptation, mise en œuvre).

On note cependant aussi des décisions « en solitaire », lorsque des démarches importantes comme des résiliations ou des mises en congés-maladie sont prises sans consulter les autres acteurs. Ce type de décision est le plus souvent le fait des médecins avec délivrance non concertée d'arrêts de travail (45 %, $n = 18$ décisions solitaires).

Scénarios types de la coopération

Pour synthétiser les résultats, les illustrer et faciliter leur compréhension, des scénarios types de la collaboration entre l'AI, les employeurs et les médecins sont présentés. Ils sont largement inspirés de trois cas réels anonymisés. On distingue la collaboration concertée, la collaboration déléguée et la coopération bilatérale. Ces scénarios types de collaboration constituent chacun un pôle dans un continuum. La collaboration concertée représente une sorte d'idéal, où les acteurs principaux sont en contact et se concertent. Dans la collaboration bilatérale, le contact s'établit entre deux acteurs, le troisième restant plutôt en dehors. Les données montrent que c'est typiquement le cas du médecin, alors que l'AI et l'employeur se concertent. Dans la collaboration déléguée, un autre acteur secondaire, le job coach externe, joue un rôle central. Il met en lien, sert d'intermédiaire aux autres acteurs pour transmettre indirectement des informations à l'AI, apporte souvent des connaissances spécialisées et contribue au pilotage du cas.

Nouveaux instruments introduits dans le cadre du DC AI

Les nouveaux instruments relatifs à la collaboration introduits dans le cadre du DC AI entérinent plutôt la pratique vécue dans les offices AI, sans donner d'impulsions majeures à la collaboration. C'est ce qui ressort de l'analyse des documents de travail et des déclarations des personnes interrogées lors des ateliers. La suppression automatique de l'obligation des offices AI de garder le secret (art. 66a al. 1 let. c^{bis} LAI) facilite au moins en partie la communication aux médecins des informations nécessaires à la procédure. Avant le DC AI, les offices AI devaient y être explicitement habilités, ce que les participants aux ateliers ne considéraient toutefois pas comme un obstacle important. Ceux-ci n'attribuent pas non plus une portée décisive à la nouvelle disposition leur demandant d'inclure des éléments qualitatifs dans l'évaluation de la capacité de travail (art. 49 al. 1^{bis} RAI), principalement pour l'examen de la rente, car les ressources et les limitations de la personne assurée recensées dans le processus de réadaptation sont de toute façon des informations importantes. Les médecins et les employeurs saluent la possibilité de communiquer un cas en vue d'une détection précoce avant que la personne assurée ne présente une incapacité de travail durant 30 jours consécutifs ou à plusieurs reprises au cours de la même année (art. 1^{ter} RAI). Ils n'ont toutefois guère fait usage de cette possibilité jusqu'à présent. Enfin, depuis le DC AI, la personne assurée et son employeur ont droit à des conseils et à un suivi (y compris par un job coach) également durant la procédure de réadaptation et jusqu'à trois ans après celle-ci (art. 14^{quater} LAI). Pour les acteurs, cette nouveauté ne représente pas un grand changement pendant la procédure, et elle n'a pour l'instant guère été utilisée au-delà. Dans l'ensemble, les participants aux ateliers ont tout de même souligné l'importance du soutien offert par l'office AI pendant la réadaptation. Selon eux, le job coach décharge les employeurs et les offices AI, tout en favorisant un climat de confiance vis-à-vis de la personne assurée. À l'inverse, il existe un risque que l'office AI aille trop loin dans la délégation de la gestion du cas au job coach, comme le montre l'analyse des dossiers.

Facteurs susceptibles d'influencer la collaboration

On trouvera ci-dessous un résumé des facteurs qui favorisent ou entravent la collaboration, étayés par l'analyse des dossiers et les déclarations recueillies lors des ateliers. Elles ont permis de déduire une série de facteurs dits *internes* qui favorisent une compréhension partagée des cas. Ces facteurs internes sont directement liés au comportement de la personne qui gère le cas à l'office AI, du médecin et de la personne responsable du dossier auprès de l'employeur. Les données examinées dans le cadre de l'étude montrent que ces facteurs favorisants ne sont pas systématiquement présents et qu'il existe de ce fait un potentiel d'amélioration (voir notamment le chapitre « Synthèse » ci-dessous).

- Les acteurs utilisent efficacement les possibilités de collaboration qui leur sont offertes : pour les collaborateurs de l'office AI, cela signifie surtout recueillir les informations de manière ciblée plutôt que standardisée et utiliser des instruments axés sur les besoins comme les tables rondes et les conventions d'objectifs.
- Communication active entre les trois acteurs : elle se traduit notamment par une volonté de se concerter avant de prendre des décisions. La communication active s'effectue si possible de

manière directe et informelle, également par oral, et non uniquement par l'intermédiaire de la personne assurée. Elle inclut les trois partenaires, et tout particulièrement également les médecins. L'étude montre que ceux-ci sont souvent peu impliqués. Des échanges directs avec le service médical régional (SMR) ont été décrits comme utiles dans certains cas. Une communication active requiert aussi des participants qu'ils clarifient dès le début du processus les questions et les incertitudes relatives à la protection des données (qui a le droit de dire quoi à qui).

- En cas d'intervention d'un job coach, le fait que l'AI garde le contrôle du processus est un facteur favorisant : les job coaches permettent un suivi individualisé « à bas seuil » de la personne assurée. Ce faisant, il est essentiel que l'office AI ne délègue pas sa fonction de spécialiste dans le pilotage de la gestion des cas.
- Facteurs spécifiques à la personne responsable de la gestion du cas au sein de l'office AI : il est particulièrement bénéfique que le collaborateur de l'AI prenne l'initiative de contacter le médecin et la personne qui s'occupe du dossier auprès de l'employeur, qu'il les informe et les soutienne, mais surtout qu'il soit en charge de l'ensemble du processus, non seulement sur le plan administratif, mais aussi sur celui des connaissances spécialisées.
- Facteurs spécifiques à l'employeur : de bonnes connaissances de bases sur l'AI et les maladies psychiques facilitent la collaboration. Elles favorisent les attentes réalistes et l'ouverture à une planification concertée et agile.
- Facteurs spécifiques aux médecins : il est utile qu'ils disposent de bonnes connaissances de bases sur l'AI, en particulier sur l'évaluation des ressources et des limitations fonctionnelles de la personne assurée, et considèrent que la réadaptation et le traitement peuvent se renforcer mutuellement. La concordance des évaluations émises à ce sujet par différents médecins prédispose également au succès.
- Vision partagée de la nécessité de la collaboration de la part de tous les acteurs : la volonté de dialoguer ouvertement dans un climat de confiance est un facteur de réussite majeur. Les trois acteurs peuvent l'encourager en cherchant le contact dès le début du processus et en se rendant disponibles pour leurs partenaires.
- Impliquer activement la personne assurée : les trois partenaires devraient gérer les échanges d'informations de façon à ce que la personne assurée puisse se fier à eux. Celle-ci doit avoir la garantie que seules des informations pertinentes pour sa réadaptation sont transmises à son employeur et qu'il n'abusera pas de sa confiance. Raison pour laquelle il est important d'intégrer la personne assurée au processus.

Outre ces facteurs internes, des facteurs *externes* ont également un impact sur la collaboration. Les acteurs directement impliqués dans un cas particulier n'ont pas d'influence sur eux. Les participants aux ateliers ont souligné l'importance pour l'AI de poursuivre ses efforts pour informer les employeurs et les médecins en dehors de la gestion de cas concrets, afin que ceux-ci puissent contribuer de manière optimale à la collaboration. D'autres éléments déterminants pour la collaboration ont été cités dans les ateliers, par exemple la culture d'entreprise, la stigmatisation sociale des maladies psychiques, la pénurie de personnel en psychiatrie, le comportement des autres acteurs impliqués (notamment les assurances d'indemnités journalières en cas de maladie et l'entourage de la

personne assurée), les incertitudes des médecins concernant leur rémunération ainsi que le cadre juridique de l'AI, parfois perçu comme rigide. Selon les déclarations recueillies lors des ateliers, les ressources limitées affectées au travail de réadaptation constituent un obstacle pour les offices AI, les médecins ou les employeurs, car la coordination et la communication sont très chronophages.

Synthèse

Les 147 dossiers analysés présentent à première vue des valeurs élevées en matière de coopération entre les collaborateurs de l'AI, les employeurs et les médecins. Il est fait usage des tables rondes et des conventions d'objectifs, les offices AI sont la plupart du temps à l'initiative. Dans la majorité des cas, il existe une compréhension partagée du problème, de l'objectif et de la réadaptation, dans la mesure où aucune indication contraire n'est documentée. La coopération se déroule selon une intensité et une fréquence variable en fonction des acteurs, la plupart du temps par écrit, mais la collaboration n'est jamais inexistante. Les job coachs contribuent parfois au maintien des contacts, surtout avec l'employeur, plus rarement avec le médecin, et constituent pour l'AI une source d'information indirecte.

Cette impression positive doit cependant être nuancée pour plusieurs raisons. *Premièrement*, on peut supposer que les dossiers examinés dans le cadre de cette étude décrivent des procédures où la collaboration est plus fructueuse que dans la moyenne des cas. En effet, tous font état d'au moins une tentative de réadaptation aboutie sur le marché primaire du travail, ce qui n'est de loin pas la règle pour l'ensemble des procédures de réadaptation. *Deuxièmement*, les appréciations des participants aux ateliers confirment que la collaboration est souvent de faible intensité et que les contacts directs, bien que souhaités, demeurent peu fréquents entre les trois partenaires de la collaboration. Les déclarations des acteurs recueillies lors des ateliers éclairent les multiples formes que prend la collaboration dans la pratique, entre des procédures de réadaptation donnant lieu à une collaboration concertée autour d'une compréhension partagée du cas, et d'autres où les échanges sont lacunaires et où l'information circule à sens unique. *Troisièmement*, une analyse textuelle approfondie des dossiers montre que des procédures qui dans l'ensemble paraissent bien fonctionner sont en réalité souvent superficielles et standardisées. Ces constats sont importants pour localiser les opportunités de professionnalisation et d'approfondissement ultérieurs d'une collaboration généralement jugée satisfaisante, au profit d'une réadaptation efficace et d'une expérience positive pour tous les participants.

Les principaux résultats de l'analyse des dossiers et des ateliers sont résumés ci-dessous. Les auteurs les ont approfondis, classifiés et soumis à une réflexion critique reflétant le point de vue de leur domaine de spécialisation.

Mise en œuvre des bases légales et des directives de l'OFAS

Concernant l'objectif d'aboutir à une compréhension partagée des cas entre les trois acteurs, le résultat est globalement positif : les bases légales et les directives de l'OFAS facilitent l'échange ciblé des informations et exigent une démarche concertée pour la réadaptation et le traitement. On remarque que les directives mettent l'accent sur les échanges bilatéraux entre l'office AI et les deux

autres partenaires et que des dispositions propres à encourager les interactions directes trilatérales sont largement absentes. La mise en œuvre des directives par les offices AI peut encore être améliorée, comme le montrent certains constats discutés ci-dessous. Cela concerne, notamment, d'une part la faible implication du corps médical, d'autre part le rôle de l'office AI en tant que spécialiste dans le processus de réadaptation. Comme on l'a vu ci-dessus, le bilan des nouveautés du DC AI est peu spectaculaire, mais essentiellement positif : celles-ci touchent à des aspects importants de la collaboration, mais entérinent la pratique déjà vécue dans les offices AI, plutôt qu'elles ne donnent des impulsions majeures à la collaboration.

Implication insuffisante des médecins

Les trois acteurs principaux, AI, médecins et employeurs, ne sont pas tous également impliqués dans la collaboration. L'analyse des dossiers et les remarques de participants aux ateliers montrent que les médecins, en particulier, se tiennent souvent à l'écart d'une collaboration coopérante durant la réadaptation. Les dossiers révèlent que dans la pratique, l'office AI a rarement des contacts avec les médecins, et que ceux-ci sont nettement moins souvent présents aux tables rondes que les employeurs. Les médecins ne sont pas les seuls responsables de cet état de fait. Dans de nombreux cas, l'office AI ne cherche même pas à obtenir d'eux qu'ils participent aux tables rondes. Selon les déclarations recueillies lors des ateliers, les spécialistes de la réadaptation partent d'emblée du principe que les médecins n'ont ni le temps ni la motivation nécessaires pour s'engager dans le processus de réadaptation au-delà de la rédaction de rapports. Cela se reflète sur le plan administratif, où une signature du médecin n'est même pas prévue dans les conventions d'objectifs pour les mesures de réadaptation. Selon les directives de l'OFAS, l'office AI a pourtant le devoir non seulement de demander des informations aux médecins, mais aussi de leur en fournir, et il est suggéré aux gestionnaires des cas de prendre rapidement contact avec eux de manière informelle, même par oral. Il convient également de coordonner en permanence le traitement et la réadaptation, et ceci pas uniquement dans le cadre des exigences médicales dans le cadre de l'obligation de réduire le dommage. Il est de ce fait compréhensible que les « décisions solitaires » soient le plus souvent prises par les médecins, qui délivrent des arrêts-maladie sans concertation avec les autres acteurs et bloquent le processus de réadaptation. Même si cette mise à l'écart des médecins peut s'expliquer par des expériences individuelles difficiles (médecins injoignables, etc.), elle n'a objectivement pas de raison d'être, car il n'est guère possible de mener à bien des procédures de réadaptation fondées sur des connaissances spécialisées sans échanger avec eux.

Le rôle des employeurs

Dans les dossiers analysés en détail, les employeurs apparaissent très majoritairement empathiques, activement engagés et disposés à fournir de l'aide. La plupart font beaucoup d'effort pour améliorer l'état de santé des collaborateurs et mettent tout en œuvre pour éviter une « rechute ». Ce sont certainement des conditions importantes pour la réussite de la réadaptation.

D'un autre côté, les employeurs ne prennent pas toujours suffisamment en compte leurs propres connaissances de la situation de l'entreprise et parfois de l'équipe dans laquelle travaille la personne

concernée : les dossiers montrent que les employeurs sont très optimistes au début de la réadaptation et ont tendance à sous-estimer les limitations des personnes assurées. Concernant les attentes, ils se montrent très ou trop accommodants : au début, ils ne posent aucune exigence et tablent sur des conditions parfois irréalistes (« éviter à tout prix de mettre la personne sous pression et lui épargner le moindre stress à son poste de travail »). C'est là l'expression d'une incertitude compréhensible quant à ce que l'on est en droit d'attendre ou pas des personnes assurées. Il n'est pas rare que cela engendre chez les employeurs de la frustration et de l'impatience au cours du processus, car la réadaptation avance plus lentement et plus difficilement qu'espéré. Selon les auteurs de l'étude, l'une des tâches de l'office AI et des médecins serait de prévenir ce genre de situation. Mais l'employeur a lui aussi le droit et le devoir de clarifier ses exigences et attentes à chaque étape du processus, comme de requérir des informations et un soutien concret sur les aspects nécessitant des connaissances spécialisées. Les employeurs peuvent et doivent dès le début formuler clairement leurs attentes, leur besoin de soutien et les limites de l'aide qu'ils sont en mesure de fournir, et communiquer clairement leur évaluation du rendement et du comportement des personnes assurées. L'analyse des dossiers montre qu'à défaut, il en résulte souvent des « décisions solitaires » de la part des employeurs, à savoir des résiliations de rapports de travail non concertées.

Influence de la personne assurée

La présente étude ne porte pas sur les personnes assurées. On observe cependant que leur comportement, leurs ressources et leurs limitations peuvent avoir une influence majeure sur la collaboration. Dans les configurations où la personne assurée atteinte de troubles psychiques n'est pas pleinement en mesure de percevoir la situation de façon adéquate et de communiquer avec tous les participants, la collaboration est problématique. Une bonne concertation mutuelle est ici fondamentale, afin que les acteurs ne travaillent pas les uns contre les autres. À l'inverse, si la personne assurée est hautement compétente pour collaborer et créer des liens, elle peut activement contribuer à une coopération fructueuse entre les acteurs. Le comportement de la personne assurée n'est cependant pas un facteur non modifiable dans le cadre de la collaboration. On peut l'encourager à s'impliquer dans sa propre réadaptation en l'incluant dans la collaboration. Les participants aux ateliers s'accordent sur l'importance de cet aspect, car la personne assurée doit pouvoir se sentir en confiance et avoir la certitude que les informations relatives à son état de santé ne seront pas utilisées contre elle, mais serviront à adapter adéquatement son poste de travail.

Pas d'implication des connaissances spécialisées en matière de réadaptation des offices AI dans la gestion des cas

Le cadre légal confie à l'office AI la responsabilité de planifier et gérer la réadaptation et les nouveautés introduites par le DC AI dans les modalités de gestion des cas ont encore renforcé ce rôle de pilotage (art. 41a RAI). La gestion du cas comprend l'état des lieux, la planification de la procédure par-delà les mesures ponctuelles, le suivi et la surveillance des mesures et la coordination des prestataires et personnes concernées. Selon une évaluation effectuée au début de 2026, cette nouveauté a permis de continuer à acquérir des connaissances spécialisées et d'optimiser la gestion des cas ; les collaborateurs qui en sont chargés se sont vu attester une fonction de « plaque tournante »

(Kirchhofer et al. 2026 : XI), fonction qui ressort aussi de l'analyse des dossiers menée pour le présent projet de recherche.

Cette analyse donne cependant l'impression que l'AI elle-même implique peu ses propres connaissances spécialisées dans le processus de réadaptation, bien que les spécialistes de la réadaptation des offices AI aient reçu une formation dans ce domaine et que l'AI soit le plus expérimenté des trois partenaires pour ce qui est des mesures et des processus de réadaptation. Pour le dire autrement, au-delà des fonctions administratives et de coordination, les connaissances spécialisées de la réadaptation sont rarement perceptibles dans le pilotage des cas par les offices AI. Un tiers des dossiers analysés documentent des réflexions personnelles (souvent rudimentaires) des conseillers de l'AI sur des points spécifiques. Dans les autres cas, les informations sont rassemblées à des fins administratives, et il est rare que soit documenté un plan de réadaptation fondé sur des connaissances spécialisées.

Cela a des conséquences : la collaboration fonctionnelle décrite plus haut se borne à une concertation et à une compréhension de surface. Les acteurs principaux n'ont généralement pas de problèmes à s'accorder sur le fait que la reprise du travail doit s'effectuer lentement et sans pression. Ce plus petit dénominateur commun se résume souvent à une attitude unilatéralement « protectrice » qui reflète les incertitudes de tous les acteurs : les médecins ne veulent pas prendre le risque d'un surmenage de la personne assurée et plaident pour une réadaptation en douceur dans une optique conservatrice. Les employeurs ne sont pas certains de ce qu'ils peuvent attendre et des tâches qu'ils sont en droit d'exiger ; ils ne veulent pas faire d'erreurs ou être responsables d'une péjoration de l'état de santé.

Si les spécialistes de la réadaptation de l'AI et le SMR n'interviennent pas pour apporter des correctifs et des encouragements fondés sur leurs connaissances spécialisées, les processus de réadaptation peuvent traîner en longueur, par exemple avec une augmentation standard du taux d'activité de 10 à 20 % par mois. Ces taux de progression sont-ils vraiment judicieux dans les cas concrets, ou plutôt contre-productifs car ils mettent trop fortement à l'épreuve la patience de l'environnement de travail ? Cela reste à déterminer. Il n'y a habituellement pas de justification à ces manières de procéder dans les situations individuelles.

En adoptant une approche plutôt gestionnaire, l'AI est tributaire de la bonne volonté des autres participants. Ce point est particulièrement important pour la collaboration entre les acteurs. La coopération semble fonctionner à satisfaction là où les médecins eux-mêmes manifestent une attitude globalement positive à l'égard de la réadaptation et s'y impliquent de leur propre chef. De même, elle se déroule bien quand les employeurs sont ouverts à l'idée de réadaptation et disposent déjà des compétences nécessaires à une nouvelle réadaptation. Dans le cas contraire, la collaboration est nettement moins fréquente ou n'a pas la même intensité. Il est typique que le médecin communique exclusivement par le biais des rapports et ne soit pas consulté sur des décisions importantes. Au début, l'employeur se montre souvent engagé, motivé et trop euphorique, car il sous-estime les limitations de la personne assurée ; il s'ensuit de la frustration et un plus grand risque de licenciement. Plusieurs participants aux ateliers ont décrit de telles expériences, qui apparaissent également dans les dossiers et pourraient être évitées.

Les plans de réinsertion basés sur des connaissances spécialisées sont l'exception

Dans un très petit nombre de dossiers, les spécialistes de la réadaptation documentent un plan de réadaptation qui esquisse les ressources et les limitations de la personne assurée à son poste de travail et décrit les étapes du processus, par exemple sur une demi-page A4 ou une page entière. Une analyse et un plan peuvent sembler un objectif ambitieux, mais s'avèrent très utiles dans la pratique, car avant de prendre des mesures, il faut avoir une vision suffisamment claire de ce qui fait obstacle à une réadaptation réussie. D'autant plus quand on sait que pour la personne assurée, les mesures de réadaptation sont toujours liées à du stress et à des craintes (Baer et al., 2018a). Elles peuvent être trop lourdes, mener à l'échec et dans ce cas, faire plus de mal que de bien.

Les participants devraient donc se poser par exemple les questions suivantes et en discuter ensemble, comme le leur demandent les circulaires de l'OFAS : quelles sont les capacités limitées et celles qui sont toujours intactes ? Où se situe le problème principal par rapport à l'exercice de l'activité professionnelle ? Un entraînement peut-il remédier à ces limitations, ou doit-on les considérer comme permanentes et adapter le travail en conséquence ? Le problème rencontré est-il plutôt dû à la maladie ou s'explique-t-il par un manque de motivation, ou par un mélange des deux ? La personne assurée fait-elle déjà tout son possible pour faciliter le processus de réadaptation, ou serait-il judicieux de poser des exigences ?

Une collaboration formelle dont la substance reste à concrétiser

Les présentes analyses montrent cependant aussi que si la collaboration est généralement indispensable, elle ne garantit pas à elle seule le succès de la réadaptation. Il ne suffit pas de s'accorder à un niveau indifférencié sur des aspects trop peu spécifiques. La collaboration ne permet pas toujours d'éviter l'échec, lorsqu'on se contente de balayer la surface du cas pour trouver un consensus. Cela signifie qu'une conception partagée du cas doit également se fonder sur les données probantes issues des connaissances spécialisées, tout en prenant en compte de manière adéquate la situation individuelle. Comme le prescrivent les directives de l'OFAS, il faut commencer par effectuer une analyse précise de la situation dans une perspective interdisciplinaire, et s'en servir dans un second temps pour prendre des mesures ciblées.

Nécessité de poursuivre la professionnalisation du travail de réadaptation pour les troubles psychiques

Les dossiers examinés montrent que ces exigences cruciales pour la réussite du processus de réadaptation ne sont que partiellement mises en œuvre. Ils ne documentent quasiment aucune analyse experte des limitations et du potentiel de réadaptation, partagée entre tous les acteurs et assortie d'un plan de réadaptation.

La présente étude laisse supposer que la collaboration ne s'appuie pas encore dans tous les cas sur des connaissances spécialisées et interdisciplinaires. Les acteurs s'investissent dans leur travail, mais souvent sans base experte documentée. Les évolutions positives mentionnées plus haut et en particulier l'amélioration de la collaboration par rapport à la situation antérieure devraient être vues

comme un potentiel pour professionnaliser encore davantage la réadaptation des personnes atteintes de troubles psychiques. Tant les médecins que l'AI et les employeurs peuvent y contribuer, ces derniers en demandant davantage d'informations fondées sur des bases spécialisées rigoureuses.

Riassunto

Valutazione della collaborazione tra uffici AI, medici e datori di lavoro nel caso di malattie psichiche

Quando l'assicurazione invalidità (AI) s'impegna per l'integrazione professionale degli assicurati, i medici curanti e gli attuali (o potenziali) datori di lavoro rappresentano delle figure chiave. Una buona collaborazione richiede la gestione di ruoli e punti di vista diversi e potenzialmente contrastanti: solo l'AI ha quale obiettivo primario l'integrazione, mentre ai datori di lavoro compete prima di tutto il rendimento dell'impresa e ai medici la guarigione del paziente o la stabilizzazione del suo stato di salute. Fino a questo momento l'attenzione della ricerca si è concentrata soprattutto sulla collaborazione bilaterale dell'AI con ciascuno di questi attori da diversi punti di vista. Ora, invece, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) ha commissionato una valutazione della collaborazione tra tutti e tre i partner nell'ambito dell'integrazione di adulti con malattie psichiche nel mercato del lavoro primario.

Obiettivi conoscitivi e metodo

Lo studio si è concentrato su tre domande di ricerca: *in primo luogo*, mirava ad illustrare le forme, i contenuti e gli strumenti di collaborazione esistenti nella loro applicazione concreta. In questo contesto si è prestata attenzione anche alle conoscenze e ai punti di vista dei tre attori coinvolti, nonché al modo in cui considerano i ruoli e concepiscono la collaborazione. Sono stati esaminati altresì il quadro giuridico della collaborazione, nonché le direttive interne e le istruzioni di lavoro degli uffici AI. *In secondo luogo*, la ricerca si è interessata all'attuazione e alle ripercussioni di alcune novità della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI che hanno attinenza con la collaborazione. *In terzo luogo*, si trattava di spiegare e classificare i fattori che ostacolano e quelli che favoriscono la collaborazione nonché di rilevare e illustrare dove gli attori coinvolti individuano necessità di miglioramento.

Il punto di fondamentale interesse dello studio era di comprendere in che misura i medici curanti, i datori di lavoro e i collaboratori degli uffici AI riescono, nell'ambito del processo d'integrazione, a giungere a una concezione comune dei casi, vale a dire a una valutazione condivisa della situazione sanitaria e professionale (in particolare riguardo alle risorse e ai limiti della persona assicurata) e, su questa base, anche dell'approccio concreto da adottare. È stato tenuto conto anche di altri attori importanti, quali i servizi medici regionali (SMR) come parte integrante degli uffici AI, i job coach impiegati dagli uffici AI e non da ultimo in particolare gli assicurati stessi.

L'analisi della collaborazione concreta si è basata principalmente sull'esame degli incarti degli uffici AI di cinque Cantoni. Complessivamente sono stati analizzati quantitativamente 147 incarti, di cui 56 sono stati sottoposti anche a un'analisi qualitativa approfondita. La selezione del campione si è basata sulle informazioni provenienti dai dati del registro AI. Sono stati presi in considerazione gli incarti di assicurati di età compresa tra i 25 e i 60 anni che hanno fatto richiesta di provvedimenti d'integrazione professionale e/o di una rendita nel periodo dal 2021 al 2024 e che hanno beneficiato

di almeno un provvedimento d'integrazione nel mercato del lavoro primario. Ciò ha permesso di garantire che i dossier documentassero la collaborazione con almeno un datore di lavoro del mercato del lavoro primario. Inoltre, in ciascuno dei Cantoni coinvolti è stato organizzato un workshop interdisciplinare per raccogliere le esperienze e le valutazioni di 22 medici curanti, 24 rappresentanti dei datori di lavoro e 25 collaboratori degli uffici AI e dei SMR. Un ulteriore elemento dello studio è l'analisi delle basi giuridiche determinanti nell'ambito dell'AI, comprese le circolari dell'UFAS e i documenti di lavoro degli uffici AI selezionati (direttive interne, documenti di lavoro, modelli, materiale didattico ecc.).

Di seguito vengono presentati i risultati dello studio in base agli obiettivi perseguiti.

Quadro giuridico e documenti di lavoro degli uffici AI

Le basi giuridiche obbligano e autorizzano i tre partner coinvolti a collaborare, lasciando loro però ampio margine di manovra: in linea di principio, i datori di lavoro e i medici curanti sono tenuti e autorizzati a fornire informazioni agli uffici AI e a collaborare con essi in tutte le fasi del processo d'integrazione. Dal canto loro, gli uffici AI sono tenuti e autorizzati a coinvolgere questi due attori e a fornire loro le necessarie informazioni riguardanti l'assicurazione e la procedura concreta, affinché possano assumere il loro ruolo. In qualità di responsabili della gestione dei casi, gli uffici AI hanno l'obbligo di procurarsi le informazioni necessarie. I medici curanti e i datori di lavoro devono fornire informazioni per l'accertamento del potenziale d'integrazione; gli uffici AI devono coinvolgerli nella pianificazione concreta del processo d'integrazione e nel coordinamento con le cure mediche; inoltre, durante l'esecuzione dei provvedimenti, i datori di lavoro devono fornire informazioni sull'andamento della situazione e i medici curanti sull'evoluzione delle condizioni di salute. Il quadro giuridico raccomanda ai collaboratori degli uffici AI di ricorrere a una comunicazione rapida, informale e anche orale. L'intensità di questa collaborazione è lasciata alla discrezione degli attori coinvolti, affinché la adeguino al singolo caso concreto. Le basi legali e le direttive dell'UFAS si concentrano sullo scambio bilaterale tra gli uffici AI e i loro due partner. Non sono state praticamente rilevate prescrizioni che regolino l'interazione simultanea a tre (p. es. mediante una tavola rotonda) e nemmeno indicazioni relative alla collaborazione diretta tra medici curanti e datori di lavoro. Nel caso delle direttive dell'UFAS, ciò è però anche dovuto al fatto che queste si rivolgono in linea di massima esclusivamente agli uffici AI.

Nei documenti di lavoro degli uffici AI analizzati si ritrova la stessa concezione di collaborazione presente nelle direttive dell'UFAS: ai collaboratori degli uffici AI viene lasciata ampia libertà d'azione; in qualità di motori del processo, devono informare e fornire sostegno specialistico agli altri due partner e hanno anche l'obbligo di procurarsi le informazioni necessarie. Inoltre, i documenti di lavoro degli uffici AI presi in esame favoriscono una comunicazione informale e orale e si concentrano sulla collaborazione bilaterale. Infine, i documenti modello per le convenzioni sugli obiettivi fanno sempre riferimento soltanto ai datori di lavoro, agli uffici AI e agli assicurati (ed eventualmente ai job coach), ma non ai medici curanti.

Forme e contenuti concreti della collaborazione

Nell'analisi degli incarti è stata allestita una panoramica per capire in che modo e su quali argomenti i tre attori oggetto dello studio interagiscono tra loro. Nella maggior parte dei casi, si instaura un contatto diretto bilaterale tra l'ufficio AI e il medico curante, nonché tra l'ufficio AI e il datore di lavoro³. I medici curanti e i datori di lavoro, invece, intrattengono raramente contatti diretti, come è stato confermato anche durante i workshop. Laddove esiste un contatto diretto tra l'ufficio AI e uno dei partner, si tratta per lo più di contatti isolati. I contatti bilaterali diretti ripetuti sono generalmente rari: se ne rilevano tra il datore di lavoro e l'ufficio AI nel 30 per cento dei casi, mentre tra l'ufficio AI e il medico curante nel 15 per cento dei casi. Tuttavia, oltre a questi contatti, per la collaborazione si ricorre anche a canali di comunicazione indiretti (p. es. tramite un job coach), rapporti o tavole rotonde. Queste ultime, un esempio di strumento per la collaborazione trilaterale, vengono utilizzate almeno una volta nel 70 per cento dei casi e addirittura più volte nel 59 per cento dei casi.

La collaborazione è anche regolata, per esempio, da convenzioni sugli obiettivi concluse tra gli attori coinvolti. Questo strumento di collaborazione viene ampiamente utilizzato: nel 59 per cento dei casi era disponibile una convenzione sugli obiettivi per ogni provvedimento nel mercato del lavoro primario, mentre in un ulteriore 20 per cento dei casi una tale convenzione era stata conclusa almeno per alcuni di questi provvedimenti. Tuttavia, il coinvolgimento non è uniforme: il punto di vista dei datori di lavoro viene preso in considerazione molto spesso nel 72 per cento dei casi, mentre per quanto riguarda i medici curanti ciò avviene in modo sistematico solo nel 24 per cento dei casi.

Conoscenze, prospettive, percezione dei ruoli e comprensione della collaborazione

Datori di lavoro

Nel contesto della collaborazione, i datori di lavoro esprimono valutazioni incentrate, come prevedibile, prevalentemente sul rendimento; inoltre, si concentrano sul comportamento degli assicurati e su eventuali adeguamenti dei requisiti di lavoro.

Per quanto riguarda la comprensione del proprio ruolo, dall'analisi degli incarti emerge chiaramente che circa tre quarti dei datori di lavoro coinvolti si dimostrano impegnati nel processo d'integrazione e circa il 90 per cento condivide le prescrizioni dell'AI. Al contempo, tra i datori di lavoro vi è grande incertezza. Dalle analisi qualitative dei testi emerge che le **strategie** più frequenti sono di evitare pressioni e di concentrarsi su attività semplici. Sono state individuate le strategie seguenti:

15. assegnare inizialmente attività lavorative semplici;
16. evitare in generale qualsiasi forma di «pressione» e «stress», nonché tutti i compiti potenzialmente gravosi;

³ In questo studio, per «contatti diretti» si intendono tutti i contatti bilaterali (ovvero oltre a quelli di un'eventuale tavola rotonda) orali o scritti rilevanti dal punto di vista dei contenuti, ad eccezione dell'invio di solleciti e richieste di rapporto.

17. prevedere adeguamenti delle attività lavorative e obiettivi specifici;
18. concedere più tempo;
19. assumere la persona interessata in un posto (per l'esercitazione al lavoro) a causa di conflitti nel gruppo;
20. comunicare all'interno del gruppo;
21. sfruttare il sostegno di uno specialista dell'ufficio AI.

Queste strategie evidenziano l'impegno di molti datori di lavoro nel sostenere i collaboratori interessati, i quali però talvolta appaiono un po' parziali e spinti dal timore di contribuire a un peggioramento delle condizioni di salute o addirittura a una «ricaduta» dei propri collaboratori. Circa il 55 per cento dei datori di lavoro dimostra infatti empatia nei confronti degli assicurati e il 75 per cento disponibilità ad aiutarli. Ciò risulta evidente anche dall'analisi qualitativa degli incarti sull'**atteggiamento dei datori di lavoro nei confronti** dei collaboratori interessati. Sono stati individuati gli atteggiamenti comuni seguenti:

11. il recupero e la prevenzione delle ricadute hanno la priorità rispetto alle esigenze aziendali;
12. il collaboratore è una persona di valore, svolge un lavoro importante nonostante le limitazioni e non è considerato solo come una persona con limitazioni e bisognosa di sostegno;
13. il collaboratore s'impegna molto, e il datore di lavoro fa dunque altrettanto;
14. in un primo momento le limitazioni del collaboratore vengono sottovalutate, in parte anche a causa della buona volontà del datore di lavoro;
15. quando, nonostante l'impegno, le limitazioni non migliorano, si manifesta la disillusione.

Il fatto che la prevenzione delle ricadute sia una priorità assoluta dal punto di vista dei datori di lavoro è legato all'incertezza: i datori di lavoro, infatti, non sono né responsabili né formati per garantire che non si verifichino ricadute. Per l'impegno del datore di lavoro è importante che anche l'assicurato s'impegni in prima persona. Infine, si rileva una dinamica che si riscontra spesso nella prassi: all'inizio i datori di lavoro tendono a sottovalutare la persistenza, talvolta notevole, delle malattie psichiche e con il tempo cresce il sentimento di disillusione, il che può compromettere il processo d'integrazione. Anche in questo caso emerge la chiara necessità di un sostegno specialistico concreto da parte degli uffici AI e, se del caso, anche da parte dei medici curanti.

Nonostante l'incertezza esistente, l'ufficio AI viene raramente coinvolto in modo attivo: il 73 per cento dei datori di lavoro non chiede direttamente e di propria iniziativa aiuto all'assicurazione.

Medici curanti

Nei rapporti medici destinati all'ufficio AI, le informazioni fornite dai medici curanti si concentrano molto sui sintomi e sull'anamnesi psichiatrica. Fattori professionali, quali le indicazioni ricavate dall'anamnesi lavorativa o gli adeguamenti del posto di lavoro, nel 70 per cento dei casi non vengono menzionati o lo sono in misura minima.

Spesso i medici curanti mostrano un **atteggiamento collaborativo**, approvando in linea di principio i provvedimenti d'integrazione e chiedendo un coordinamento tra gli attori coinvolti (66 %) e/o riconoscendo la possibilità di far procedere in parallelo il trattamento e i provvedimenti

d'integrazione (83 %) anziché seguire il principio «priorità del trattamento sull'integrazione». Dall'analisi qualitativa dei testi, per questo atteggiamento sono emerse le caratteristiche comuni seguenti:

15. importanza attribuita al coordinamento tra medici curanti e uffici AI per migliorare la capacità al lavoro;
16. disponibilità a ricevere informazioni dagli uffici AI e, in parte, ad adeguare il trattamento di conseguenza;
17. approccio differenziato e trasparente nella valutazione della capacità al lavoro potenziale, dal punto di vista medico-teorico e pratico;
18. importanza attribuita al rapido miglioramento della capacità al lavoro e impegno in tal senso;
19. ottimismo riguardo all'integrazione, in parte con indicazioni differenziate;
20. distinzione tra capacità al lavoro nel mercato del lavoro primario e idoneità all'integrazione, ovvero la capacità di partecipare a provvedimenti di esercitazione al lavoro;
21. idea che l'incapacità al lavoro e l'inattività possano anche rappresentare un peso.

In sintesi, si evidenziano tre approcci fondamentali: a) collaborazione, coordinamento reciproco e disponibilità a ricevere informazioni dagli uffici AI; b) valutazione differenziata e trasparente della capacità al lavoro e c) ottimismo riguardo all'integrazione e idea che il lavoro possa avere un effetto stabilizzante anche dal punto di vista psichico.

Al contempo, tra i medici curanti si rilevano anche un certo **scetticismo e timori** riguardo al reinserimento, che in base all'analisi dei testi degli incarti si possono raggruppare nel modo seguente:

13. è troppo presto per il rientro al lavoro;
14. la capacità di rendimento del paziente viene sovrastimata;
15. il grado di occupazione a cui si mira è troppo elevato;
16. un rientro al posto di lavoro precedente e/o nel proprio settore professionale mette a rischio lo stato psichico;
17. qualsiasi tipo di «pressione» è pericoloso per la salute, pertanto il reinserimento deve avvenire a bassissima soglia;
18. il reinserimento va pianificato con calma.

Questi approcci dei medici curanti, che si riscontrano spesso anche nella prassi, indicano che l'integrazione professionale, sebbene non sia necessariamente considerata per principio soprattutto come un potenziale rischio per la salute, nel caso concreto dei propri pazienti invece lo é. In primo piano vi sono la tutela della salute dei pazienti, la protezione e la prevenzione delle ricadute. Di conseguenza, i medici curanti raccomandano di aspettare, di mantenere un grado di occupazione basso, di trovare un nuovo posto di lavoro, di evitare qualsiasi tipo di pressione e di aumentare gradualmente la presenza. Tutte queste raccomandazioni possono essere ragionevoli nel singolo caso, ma possono essere di ostacolo alla collaborazione se rappresentano un atteggiamento generale nei confronti dell'integrazione.

Infine, sono stati analizzati anche alcuni passaggi degli incarti che forniscono indicazioni sull'opinione dei medici curanti rispetto alla **collaborazione con gli uffici AI**, da cui sono emersi gli aspetti seguenti:

15. importanza attribuita allo scambio di informazioni, alla cooperazione e a un approccio comune;
16. atteggiamento trasparente nel fornire informazioni agli uffici AI;
17. disponibilità a fornire proattivamente ulteriori informazioni agli uffici AI;
18. riconoscimento delle prestazioni dell'AI;
19. richiesta di assumere il pilotaggio del processo d'integrazione (capacità al lavoro, durata, procedura);
20. scetticismo nei confronti delle istituzioni di riabilitazione al lavoro;
21. tendenza a non fornire rapporti agli uffici AI a causa dell'onere che richiedono.

Anche in questo caso emerge un forte desiderio, da parte dei medici curanti, di collaborazione, coordinamento reciproco e dialogo specialistico con gli uffici AI. Inoltre, non è raro che i medici propongano il contatto in modo proattivo e che riconoscano il lavoro svolto dall'AI, il che costituisce un aspetto da non sottovalutare ai fini di una buona collaborazione. D'altra parte, però, vi sono anche posizioni critiche: i medici curanti insistono nel voler determinare la durata e il percorso del processo d'integrazione, sono scettici nei confronti delle istituzioni di riabilitazione al lavoro (il che, a seconda della situazione, può essere comprensibile) oppure ritengono che l'onere in termini di tempo sia eccessivo.

Uffici AI

Nel 69 per cento degli incarti si riscontra un approccio proattivo da parte dello specialista in materia d'integrazione, nel senso che questi si rivolge di propria iniziativa agli altri attori coinvolti e dirige il processo. Nel 31 dei casi si rileva invece un comportamento piuttosto reattivo: lo specialista in materia d'integrazione agisce in risposta all'iniziativa di altri attori e/o è piuttosto il job coach ad assumere la responsabilità del processo. Nel 95 per cento degli incarti esaminati sono documentate note telefoniche ed e-mail.

Lo specialista dell'ufficio AI documenta anche le considerazioni di natura specialistica orientate all'integrazione. In due terzi dei 56 incarti analizzati in modo approfondito, interviene direttamente o richiede il supporto del SMR (nel 32 % dei casi con considerazioni specialistiche proprie, nel 34 % dei casi con il coinvolgimento del SMR). In un terzo dei casi (34 %), tuttavia, non è documentata alcuna riflessione. Il 23 per cento dei consulenti dell'AI documenta in modo dettagliato un piano d'integrazione, mentre per un ulteriore 73 per cento la documentazione è solo sommaria (p. es. «aumento del grado di occupazione dal 20 al 50 % nell'arco di 3 mesi, con un incremento graduale»). Nel 4 per cento dei 56 incarti analizzati in modo approfondito, non viene elaborato alcun piano d'integrazione.

Percezione reciproca degli attori coinvolti

I datori di lavoro apprezzano l'AI in larga misura: essi sentono di condividere lo stesso obiettivo e, nella maggior parte dei casi, sono grati a questi attori. Al contempo, non chiedono quasi mai attivamente aiuto agli uffici AI. L'atteggiamento dei datori di lavoro nei confronti dei medici curanti è in gran parte sconosciuto e ha potuto essere rilevato solo in singoli casi. Lo stesso vale, viceversa, per quanto concerne l'atteggiamento dei medici curanti nei confronti dei datori di lavoro. L'opinione dei medici curanti sugli uffici AI è prevalentemente non documentata (in oltre la metà dei casi). Laddove si trovano indicazioni relative al rapporto reciproco tra i due attori, questo risulta nella maggior parte dei casi collaborativo: gli uffici AI vengono percepiti come un sostegno e se ne apprezza l'atteggiamento rispettoso. Solo nel 5 per cento degli incarti analizzati i medici curanti risultano scettici ed esigenti nei confronti degli uffici AI.

Coinvolgimento del job coach: un delegato dell'AI

Nel quadro delle analisi approfondite è stato esaminato un ulteriore attore, il job coach. Dalla visione degli incarti selezionati è infatti emerso che, oltre agli attori principali coinvolti nella collaborazione, spesso un ruolo importante è assunto da un job coach, una figura delegata dall'AI. Ciò è confermato dai dati, secondo i quali nel 73 per cento dei 56 incarti analizzati in modo approfondito è coinvolta questa figura. Essa funge da importante anello di congiunzione, soprattutto con i datori di lavoro, con i quali risulta in contatto nel 63 per cento dei casi, e nettamente meno spesso con i medici curanti (27 % dei casi). È inoltre interessante notare che, considerando tutti gli incarti, nel 35 per cento dei casi non vi è alcun contatto diretto tra l'ufficio AI e il datore di lavoro; se invece si considerano soltanto gli incarti in cui la responsabilità per la gestione del caso è in mano al job coach, questa quota sale al 57 per cento. Lo stesso emerge con i medici curanti: nel 42 per cento dei casi non c'è alcun contatto tra l'ufficio AI e il medico curante, ma se si considerano gli incarti in cui la responsabilità per la gestione del caso è in mano al job coach, la quota di casi senza alcun contatto diretto tra medici curanti e uffici AI è del 67 per cento.

Caratteristiche della collaborazione

La base di una collaborazione efficace tra gli attori è costituita da una comprensione comune dei problemi e degli obiettivi nel contesto del processo d'integrazione. Ciò accade nella maggior parte dei casi analizzati in modo approfondito ($n = 56$). Nel 66 per cento di essi, tutti gli attori coinvolti sono d'accordo sul problema da affrontare nel caso in questione. Il piano d'integrazione viene sostenuto da tutti in misura simile. Per quanto riguarda la condivisione degli obiettivi, i valori sono persino un po' più elevati, con il 77 per cento dei casi. Nel 63 per cento dei casi questa condivisione è presente durante le tre diverse fasi del processo (accertamento del potenziale d'integrazione, pianificazione e attuazione dell'integrazione).

Allo stesso tempo, però, si verificano anche «decisioni prese unilateralmente», ovvero azioni importanti come licenziamenti o il rilascio di certificati medici per malattia, che non vengono concordate con gli altri attori coinvolti. Nella maggior parte dei casi, si tratta di medici curanti che rilasciano tali certificati senza previa consultazione (45 %, $n = 18$ decisioni prese unilateralmente).

Schemi prototipici di collaborazione

Al fine di riassumere, illustrare e chiarire i risultati emersi dall'analisi degli incarti, sono presentati alcuni schemi prototipici di collaborazione tra gli uffici AI, i datori di lavoro e i medici curanti. I modelli si basano in gran parte su tre casi reali, presentati in forma anonima. Vengono illustrate la collaborazione coordinata, la collaborazione per delega (tramite rappresentanti) e la collaborazione bilaterale, che costituiscono i poli di un continuum. La collaborazione coordinata rappresenta una sorta di scenario ideale, in cui i principali attori sono in contatto tra loro e si mettono d'accordo. Nella collaborazione bilaterale, due attori su tre sono in contatto, mentre uno rimane piuttosto in disparte. In base ai dati analizzati, si tratta in genere dei medici curanti, mentre gli uffici AI e i datori di lavoro si mettono d'accordo tra loro. Nella collaborazione per delega, un attore secondario – il job coach esterno – riveste un ruolo fondamentale fungendo da tramite: trasmette indirettamente agli uffici AI le informazioni fornite dagli altri attori e, non di rado, interviene con le proprie competenze specialistiche, incidendo anche sulla gestione del caso.

Nuovi strumenti della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI

I nuovi strumenti correlati alla collaborazione introdotti nell'ambito della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI tendono a consolidare la prassi degli uffici AI, piuttosto che a dare impulsi significativi alla collaborazione. È quanto emerge dall'analisi dei documenti di lavoro e dalle dichiarazioni dei partecipanti ai workshop. Per esempio l'esonero automatico dall'obbligo del segreto degli uffici AI (art. 66a cpv. 1 lett. c^{bis} della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità [LAI]) facilita almeno in parte la comunicazione ai medici curanti delle informazioni necessarie relative al processo. Prima della riforma, era necessaria un'autorizzazione esplicita, cosa che comunque i partecipanti ai workshop non hanno descritto come un grosso ostacolo. Non è stata percepita come cruciale neanche la nuova disposizione che prevede di tenere conto anche di elementi qualitativi nella valutazione della capacità di lavoro (art. 49 cpv. 1^{bis} dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI]), che riguarda principalmente la valutazione del diritto a una rendita, dato che il rilevamento di risorse e limiti della persona assicurata costituisce già un elemento importante nell'ambito dell'integrazione. Inoltre, finora non è stata praticamente sfruttata nemmeno la possibilità di effettuare comunicazioni ai fini di un rilevamento tempestivo già prima che l'assicurato abbia presentato un'incapacità al lavoro per almeno 30 giorni ininterrottamente o ripetutamente nell'arco di un anno (art. 1^{ter} OAI), sebbene approvata dai medici curanti e dai datori di lavoro interpellati. Infine, dall'entrata in vigore della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, gli assicurati e i loro datori di lavoro hanno diritto alla consulenza e all'accompagnamento (compreso il job coaching) anche durante il processo d'integrazione e fino a tre anni dalla sua conclusione (art. 14^{quater} LAI). Gli attori coinvolti non percepiscono il diritto durante il processo come un cambiamento radicale e il diritto dopo la sua conclusione è stato utilizzato pochissimo finora. I partecipanti ai workshop hanno tuttavia sottolineato in generale l'importanza del sostegno fornito dagli uffici AI nel processo d'integrazione. In particolare, descrivono il job coaching come uno sgravio per i datori di lavoro e gli uffici AI, e al contempo come un fattore che favorisce la fiducia

nei confronti dell'assicurato. D'altro canto, però, come emerge dall'analisi degli incarti, sussiste il rischio che gli uffici AI deleghino in misura eccessiva la gestione del caso ai job coach.

Fattori che incidono sulla collaborazione

Di seguito vengono riepilogati i fattori consolidati che favoriscono e quelli che ostacolano la collaborazione emersi dall'analisi degli incarti e dalle dichiarazioni dei partecipanti ai workshop. Su queste basi è stato possibile individuare innanzitutto una serie di cosiddetti fattori *interni* che favoriscono una comprensione comune del caso da parte degli attori coinvolti. Questi fattori interni riguardano direttamente il comportamento del responsabile della gestione del caso presso l'ufficio AI, del medico curante e del responsabile dell'incarto presso il datore di lavoro. Le rilevazioni dello studio evidenziano che questi fattori favorevoli non sono sempre presenti e che, pertanto, esiste ancora un margine di miglioramento (v. in particolare anche la parte «Sintesi» qui sotto).

- Ricorso mirato alle opportunità di collaborazione previste da parte dei vari attori: per i collaboratori dell'ufficio AI in particolare ciò significa raccogliere informazioni nel modo più mirato possibile anziché standardizzato e utilizzare strumenti orientati al bisogno, come per esempio tavole rotonde e convenzioni sugli obiettivi.
- Comunicazione attiva tra tutti e tre gli attori coinvolti: ciò si manifesta in particolare nella ricerca del dialogo prima di prendere decisioni. La comunicazione attiva deve avvenire, ove possibile, in modo informale, orale e diretto, anziché solo tramite l'assicurato, e coinvolgere tutti e tre i partner, in particolare anche i medici curanti. Dallo studio emerge che questi ultimi sono spesso coinvolti in misura limitata. Anche il contatto diretto con i SMR viene descritto in parte come vantaggioso. La comunicazione attiva comporta anche che le questioni concernenti la protezione dei dati e i dubbi in merito (chi può comunicare cosa a chi) vengano chiariti tra le parti coinvolte sin dalle prime fasi del processo.
- Mantenimento della responsabilità della gestione del caso presso l'ufficio AI in caso di coinvolgimento di job coach: i job coach permettono di accompagnare gli assicurati da vicino e in modo accessibile. È però fondamentale che l'ufficio AI non ceda la responsabilità specialistica della gestione del caso.
- Fattori specifici concernenti il responsabile della gestione del caso presso l'ufficio AI: è particolarmente utile che il collaboratore dell'ufficio AI si rivolga in modo proattivo al medico curante e al responsabile presso il datore di lavoro, informi e sostenga queste persone e, soprattutto, assuma un ruolo di responsabilità dal punto di vista non solo amministrativo, ma anche specialistico.
- Fattori specifici concernenti il datore di lavoro: la collaborazione risulta agevolata in presenza di buone conoscenze di base sull'AI e sulle malattie psichiche. Ciò favorisce aspettative realistiche e apertura nei confronti di una pianificazione coordinata e continua.
- Fattori specifici concernenti il medico curante: sono utili buone conoscenze di base sull'AI e in particolare sulla valutazione delle risorse funzionali e dei limiti dell'assicurato, come pure l'idea che l'integrazione e le cure possono sostenersi reciprocamente. Anche una situazione in cui diversi medici curanti forniscono valutazioni simili su un caso favorisce la collaborazione.

- Condivisione da parte di tutti gli attori del principio della collaborazione: la disponibilità a un dialogo aperto e basato sulla fiducia è un fattore cruciale per la promozione della collaborazione. Ciò viene a sua volta favorito se i tre attori cercano il dialogo sin dalle prime fasi del processo e sono raggiungibili per i propri partner.
- Coinvolgimento dell'assicurato: i tre partner dovrebbero gestire lo scambio di informazioni in modo tale che l'assicurato possa contare, e conti realmente, sul fatto che al datore di lavoro vengano trasmesse solo le informazioni rilevanti ai fini dell'integrazione e che quest'ultimo non abusi di tale fiducia. A tal fine è importante coinvolgere l'assicurato.

Oltre che da questi fattori interni, la collaborazione è influenzata anche da fattori *esterni*, sui quali gli attori coinvolti direttamente nel singolo caso non possono incidere. Durante i workshop è stato sottolineato quanto sia importante che l'AI prosegua i propri sforzi, indipendentemente dai singoli casi, per informare i datori di lavoro e i medici curanti, affinché questi possano contribuire in modo ottimale alla collaborazione. Secondo le valutazioni emerse dai workshop, altri fattori determinanti per la collaborazione sono, per esempio, la cultura aziendale del datore di lavoro, la stigmatizzazione delle malattie psichiche da parte della società, le lacune dell'assistenza nel settore psichiatrico, il comportamento di altri attori coinvolti (sono state menzionate le assicurazioni d'indennità giornaliera in caso di malattia e la cerchia personale dell'assicurato), le incertezze dei medici curanti riguardo al loro diritto a rimborsi nonché il quadro giuridico dell'AI, talvolta percepito come rigido. Secondo quanto emerso dai workshop, sia per gli uffici AI che per i medici curanti e i datori di lavoro anche le risorse limitate per il sostegno all'integrazione costituiscono un ostacolo, poiché il coordinamento e la comunicazione richiedono molto tempo.

Sintesi

Dai 147 incarti analizzati emerge, a prima vista, un elevato livello di collaborazione tra gli uffici AI, i datori di lavoro e i medici curanti. Vengono utilizzati strumenti quali tavole rotonde e convenzioni sugli obiettivi; gli uffici AI hanno per lo più un approccio proattivo. Nella maggior parte dei casi vi è consenso sulla comprensione dei problemi, degli obiettivi e dell'integrazione o almeno non risulta documentato nulla che indichi il contrario. C'è collaborazione: essa varia in termini di intensità e frequenza a seconda degli attori coinvolti, avviene per lo più per iscritto, ma in nessun caso è completamente assente. Talvolta i job coach fungono da tramite, principalmente con il datore di lavoro e, solo raramente, con il medico curante, e servono da fonte indiretta di informazioni per l'ufficio AI.

Questa impressione positiva va tuttavia relativizzata, per diversi motivi. *In primo luogo*, presumibilmente gli incarti esaminati nell'ambito dello studio presentano un grado di buona collaborazione superiore alla media: in tutti i casi, infatti, si è concretizzato almeno un tentativo d'integrazione nel mercato del lavoro primario, il che non vale sicuramente per tutti i processi d'integrazione. *In secondo luogo*, le valutazioni dei partecipanti ai workshop confermano che spesso la collaborazione non è intensa e, sebbene auspicati, vi sono pochi contatti diretti tra tutti e tre i partner. Le testimonianze fornite dagli attori interessati nel quadro dei workshop mostrano che, nella prassi, esiste un'ampia gamma di forme di collaborazione: dai processi d'integrazione caratterizzati da una collaborazione

coordinata e orientata a una comprensione comune del caso, fino a processi caratterizzati da uno scambio insufficiente e, in alcuni casi, da un'informazione unilaterale. *In terzo luogo*, dall'analisi testuale approfondita degli incarti è emerso che i processi che a prima vista sembrano funzionare bene nel complesso si svolgono spesso in modo piuttosto superficiale e standardizzato. I risultati forniscono quindi indicazioni importanti sugli aspetti che, a fronte di una collaborazione generalmente buona, permettono di professionalizzare e approfondire la collaborazione e quindi l'efficacia dell'integrazione e l'esperienza positiva per tutte le parti coinvolte.

Di seguito vengono riassunti e approfonditi alcuni risultati emersi dall'analisi degli incarti e dai workshop. Questi risultati vengono inoltre considerati e sottoposti a riflessione critica dal punto di vista specialistico degli autori.

Basi legali, direttive dell'UFAS e relativa attuazione

Per quanto riguarda l'obiettivo di raggiungere una comprensione comune del caso da parte dei tre attori coinvolti, il bilancio è sostanzialmente positivo: le basi legali e le direttive dell'UFAS consentono uno scambio di informazioni semplice e mirato, e richiedono che l'integrazione e le cure mediche siano attuate in modo concertato. Colpiscono l'impostazione delle direttive centrata sullo scambio bilaterale tra l'ufficio AI e gli altri due partner, come pure la quasi totale assenza di prescrizioni per un'interazione diretta trilaterale. Come dimostrano alcuni dei risultati discussi di seguito, vi è ancora margine di miglioramento per quanto concerne l'attuazione delle direttive da parte degli uffici AI. Ciò riguarda in particolare, in primo luogo, lo scarso coinvolgimento dei medici curanti e, in secondo luogo, la responsabilità specialistica della gestione dei casi da parte dell'ufficio AI nel processo d'integrazione. Per quanto concerne le novità della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI correlate alla collaborazione risulta, come descritto più in alto, un bilancio non eccezionale ma complessivamente positivo: le novità interessano aspetti importanti della collaborazione, ma sostanzialmente tendono a consolidare la prassi già esistente degli uffici AI, piuttosto che a dare impulsi significativi alla collaborazione.

Coinvolgimento insufficiente dei medici curanti

Nella collaborazione tra i tre principali attori interessati (uffici AI, medici curanti e datori di lavoro), non tutti sono coinvolti nella stessa misura. Dall'analisi degli incarti e dai riscontri dei partecipanti ai workshop emerge che i medici curanti in particolare si trovano spesso a margine rispetto alla collaborazione nel processo d'integrazione. Secondo l'analisi degli incarti, nella prassi il contatto diretto tra gli uffici AI e i medici curanti è raro; inoltre, i medici curanti partecipano nettamente meno alle tavole rotonde rispetto ai datori di lavoro. Ciò non dipende solo dagli stessi medici curanti. Spesso gli uffici AI non provano nemmeno a incentivare i medici curanti a partecipare alle tavole rotonde. In base a quanto emerso dai workshop organizzati, questo è in parte dovuto al fatto che gli specialisti in materia d'integrazione partono fin dall'inizio dal presupposto che i medici curanti non dispongano né del tempo né della motivazione per partecipare al processo d'integrazione, oltre a fornire i rapporti necessari. Sul piano amministrativo, ciò si traduce nel fatto che, nelle convenzioni sugli obiettivi per i provvedimenti d'integrazione, non è prevista la firma dei medici

curanti. Tuttavia, secondo le direttive dell'UFAS, gli uffici AI non hanno solo l'obbligo di procurarsi le informazioni, ma anche quello di fornirle ai medici curanti; inoltre, si raccomandano ai responsabili della gestione dei casi contatti rapidi, informali e anche orali. È inoltre richiesta una concertazione costante tra cure e integrazione, e questo non solo nel quadro delle condizioni mediche nel quadro dell'obbligo di ridurre il danno. In questo senso, è dunque comprensibile che a prendere più frequentemente «decisioni unilaterali» siano i medici curanti, i quali per esempio rilasciano un certificato per malattia senza consultarsi con gli altri attori coinvolti durante il processo d'integrazione, causandone così un rallentamento. Il mancato coinvolgimento dei medici curanti non è oggettivamente giustificabile, anche se può risultare comprensibile alla luce delle difficoltà nel singolo caso (p. es. la loro irraggiungibilità): senza dialogo con i medici curanti non è possibile attuare un processo d'integrazione fondato e ben riuscito.

Il ruolo dei datori di lavoro

Negli incarti analizzati in modo approfondito, i datori di lavoro si dimostrano prevalentemente empatici, impegnati e disponibili. Inoltre, nella maggioranza dei casi si danno molto da fare per migliorare lo stato di salute dei collaboratori ed evitare che si verifichi una ricaduta. Si tratta certamente di presupposti fondamentali per il successo dell'integrazione.

D'altro canto, però, i datori di lavoro non considerano sempre con sufficiente attenzione le proprie conoscenze della situazione aziendale e in parte anche del gruppo in cui lavora il collaboratore interessato: dagli incarti emerge che all'inizio del processo d'integrazione i datori di lavoro sono prevalentemente molto ottimisti e tendono a sottovalutare anche le limitazioni dell'assicurato interessato. Inoltre, sono molto o persino troppo accomodanti per quanto concerne le proprie esigenze: all'inizio non esprimono le proprie aspettative e partono da presupposti in parte non realistici (p. es. «non esporre la persona interessata a pressioni o stress sul posto di lavoro»). Ciò esprime la loro comprensibile incertezza su cosa si possa esigere dall'assicurato e cosa no. Nel corso del processo d'integrazione, questo genera non di rado frustrazione e impazienza, poiché l'integrazione procede in modo più lento o problematico rispetto a quanto inizialmente sperato. Secondo gli autori del presente studio, evitare che ciò accada è innanzitutto compito degli uffici AI e dei medici curanti; ma anche i datori di lavoro hanno il diritto e il dovere di fare chiarezza, in ogni fase, su aspettative (e limiti) e di richiedere informazioni specialistiche e sostegno concreti. Essi possono e devono formulare in modo chiaro, sin dall'inizio, le aspettative, il bisogno di sostegno e i limiti di quello che possono fornire; devono inoltre comunicare in modo chiaro sulla loro valutazione del rendimento e del comportamento degli assicurati interessati. Come emerge dall'analisi degli incarti, in caso contrario spesso i datori di lavoro prendono «decisioni unilaterali», come per esempio licenziamenti non discussi.

L'influenza degli assicurati stessi

Gli assicurati non erano al centro dell'indagine. Ciononostante, è evidente che il loro comportamento, le loro risorse e le loro limitazioni possono svolgere un ruolo importante nella collaborazione. In situazioni in cui l'assicurato affetto da una malattia psichica è in grado solo in misura

limitata di comprendere adeguatamente le situazioni e di comunicare in egual misura con tutte le parti coinvolte, la collaborazione risulta complessa. In questi casi è fondamentale un buon coordinamento reciproco, per evitare di ostacolarsi a vicenda. Al contrario, un assicurato che dispone di elevate competenze relazionali e cooperative può contribuire attivamente al buon funzionamento della collaborazione tra gli attori coinvolti. Il comportamento dell'assicurato non rappresenta però un fattore incontrollabile ai fini della collaborazione: si può favorire il suo impegno coinvolgendolo in quest'ultima. I partecipanti ai workshop concordano nel confermare che questo aspetto è fondamentale, poiché l'assicurato deve poter contare sul fatto che le informazioni relative al proprio stato di salute, trasmesse dai medici curanti al datore di lavoro, non vengano utilizzate contro di lui, ma siano necessarie per adeguare opportunamente il posto di lavoro.

Assenza delle conoscenze specialistiche degli uffici AI in materia d'integrazione nel pilotaggio della gestione dei casi

Conformemente alle basi giuridiche, la responsabilità principale per la pianificazione e gestione del processo d'integrazione spetta agli uffici AI e il ruolo di pilotaggio dei responsabili della gestione dei casi è stato ulteriormente rafforzato dalle novità relative alla gestione dei casi (art. 41a OAI) nell'ambito della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI. La gestione dei casi comprende l'analisi della situazione, la pianificazione delle tappe successive al di là dei singoli provvedimenti, l'accompagnamento e la sorveglianza delle prestazioni nonché il coordinamento con le persone e i fornitori di prestazioni coinvolti. Secondo una valutazione pubblicata nella primavera del 2026, questa novità ha portato a uno sviluppo specialistico e a un'ottimizzazione della gestione dei casi, facendo sì che i responsabili della gestione dei casi assumano una «funzione di riferimento» (Kirchhofer et al. 2026, pag. XXVII). È quanto emerge anche dall'analisi degli incarti condotta nell'ambito del presente studio.

Tuttavia dall'analisi degli incarti si evince l'impressione che nel quadro del processo d'integrazione l'AI contribuisca poco dal proprio punto di vista specialistico, sebbene gli specialisti in materia d'integrazione degli uffici AI siano appositamente formati e costituiscano, tra i tre partner della collaborazione, quelli con più esperienza in materia di provvedimenti e processi d'integrazione. Detto in altri termini, oltre alla funzione sul piano dell'amministrazione e del coordinamento, è raramente riconoscibile una chiara gestione specialistica in materia d'integrazione da parte degli uffici AI. Considerazioni specialistiche (spesso sommarie) formulate dai consulenti dell'AI sono documentate in un terzo dei casi degli incarti analizzati. Più in generale si ritrovano informazioni raccolte a fini amministrativi, mentre sono rari i piani d'integrazione fondati su basi specialistiche.

Ciò ha delle conseguenze: la collaborazione sopra descritta, di per sé funzionante, rimane a un basso livello di accordo e d'intesa. Spesso i principali attori coinvolti concordano sul fatto che l'avvio del processo d'integrazione debba innanzitutto avvenire lentamente e senza pressioni. Questo minimo comune denominatore comporta spesso una «protezione» unilaterale e deriva dalle incertezze di tutte le parti coinvolte: i medici curanti non vogliono rischiare di sovraccaricare il paziente e propendono in modo conservativo per un'integrazione prudente. I datori di lavoro sono incerti su cosa siano in diritto di aspettarsi e su quali attività possano ragionevolmente esigere; non

vogliono commettere errori o essere responsabili di un peggioramento dello stato di salute della persona interessata.

Senza un intervento specialistico fondato, correttivo e incoraggiante dell'AI (specialisti in materia d'integrazione e SMR), i processi d'integrazione rischiano di risultare molto lunghi, per esempio con aumenti della capacità di presenza e rendimento generalmente del 10–20 per cento al mese. Se nei casi concreti questo tipo di aumenti sia adeguato o piuttosto controproducente perché per esempio mette troppo alla prova la pazienza dell'ambiente di lavoro, non è chiaro. Generalmente mancano indicazioni per la scelta di approcci del genere nelle singole situazioni.

Un aspetto particolarmente rilevante nell'ottica della collaborazione è che, in questo approccio prevalentemente amministrativo, l'AI dipende dalla buona volontà delle altre parti coinvolte. La collaborazione sembra funzionare bene laddove i medici curanti hanno un atteggiamento fondamentalmente positivo nei confronti dell'integrazione e si impegnano di propria iniziativa. Altrettanto favorevole risultano l'apertura dei datori di lavoro nei confronti dell'integrazione e il possesso da parte loro di competenze nel campo della reintegrazione. In caso contrario, la collaborazione risulta nettamente meno frequente o meno intensa. Tipicamente in questi casi il medico curante prende contatto esclusivamente per la fornitura dei rapporti necessari e non viene coinvolto nelle decisioni importanti. Il datore di lavoro si mostra spesso inizialmente impegnato, motivato e troppo entusiasta, perché sottovaluta le limitazioni dell'assicurato, mentre con il passare del tempo percepisce la frustrazione e il rischio di licenziamento aumenta. Esperienze evitabili di questo tipo sono state descritte da diversi partecipanti ai workshop e si ritrovano anche negli incarti.

Piani d'integrazione fondati su basi specialistiche: un'eccezione

Gli incarti nei quali gli specialisti in materia d'integrazione degli uffici AI hanno documentato un piano che fornisca un quadro delle risorse e delle limitazioni dell'assicurato sul posto di lavoro sulla base del quale viene descritta la pianificazione delle tappe del processo d'integrazione (p. es. su una o mezza pagina A4) sono pochissimi. L'analisi e il piano possono sembrare un po' impegnativi, ma in realtà rappresentano un grande vantaggio: prima di adottare qualsiasi provvedimento, bisognerebbe avere ben chiaro quali siano gli ostacoli al successo dell'integrazione. Ciò vale a maggior ragione perché i provvedimenti d'integrazione comportano sempre stress e timori per gli assicurati (Baer et al. 2018a); inoltre, possono fallire e quindi anche causare danni.

Pertanto, come prescritto anche nelle circolari dell'UFAS, le parti coinvolte dovrebbero, per esempio, porsi e discutere insieme le seguenti domande: quali capacità sono limitate o presenti e qual è il principale problema dal punto di vista lavorativo? È possibile superare queste limitazioni con l'esercitazione al lavoro oppure bisogna accettarle come un dato di fatto e apportare i necessari adeguamenti delle attività lavorative? Il problema lavorativo è dovuto a una malattia o piuttosto a una motivazione insufficiente (o una combinazione di entrambe)? L'assicurato sta già facendo tutto il possibile per favorire il processo d'integrazione, oppure sarebbe opportuno porre alcune condizioni?

Collaborazione formale che necessita di sostanza concreta

Dalle analisi effettuate nel presente studio emerge anche che la collaborazione, pur essendo necessaria, non è sufficiente per l'integrazione: non basta essere d'accordo su un piano poco differenziato dal punto di vista specialistico. Anche collaborando si può fallire, se l'accordo si limita all'aspetto superficiale del caso. Ciò significa che una comprensione comune del caso deve anche essere basata sull'evidenza delle conoscenze specialistiche e adeguata alla situazione individuale. Come prescritto anche nelle direttive dell'UFAS, si dovrebbe dapprima procedere a un'analisi interdisciplinare approfondita della situazione e in una seconda tappa, su questa base, adottare provvedimenti mirati.

Necessità di un'ulteriore professionalizzazione dell'attività d'integrazione nel caso delle malattie psichiche

Secondo la documentazione contenuta negli incarti, queste importanti prescrizioni per il successo dell'integrazione vengono attuate solo in parte. È raro trovare documentata un'analisi delle limitazioni e del potenziale fondata su basi specialistiche e condivisa da tutti gli attori interessati, come pure un piano d'integrazione basato su tale analisi.

Alla luce del presente studio, si può quindi supporre che la collaborazione non avvenga ancora sempre su basi specialistiche solide e interdisciplinari. Gli attori coinvolti lavorano con impegno, ma spesso senza una base specialistica documentata. In questo contesto, si dovrebbero considerare gli sviluppi positivi menzionati, e in particolare l'effettivo miglioramento della collaborazione rispetto al passato, come un potenziale per dare un ulteriore impulso alla professionalizzazione dell'integrazione delle persone affette da malattie psichiche. A ciò possono contribuire sia i medici curanti che gli uffici AI e i datori di lavoro (questi ultimi richiedendo più frequentemente informazioni fondate su basi specialistiche).

Summary

Occupational rehabilitation of adults with a mental health disorder: evaluation of collaboration between the IV offices, treating clinicians and employers

Three actors play a central role in the occupational rehabilitation programmes offered by the Invalidity Insurance (IV) scheme: IV office personnel, treating clinicians and employers, both current and prospective. Successful collaboration requires the effective management of their different, and potentially conflicting, roles and perspectives. Only the IV has the primary duty of facilitating the health-impaired return to work. For employers, their core concern is the efficient running of their business, while for treating clinicians it is patient recovery and health stabilisation. Research to date has largely examined bilateral collaboration (IV–employer and IV–treating clinicians) from multiple angles. This study, which was commissioned by the Federal Social Insurance Office (FSIO), evaluates trilateral collaboration in IV occupational rehabilitation programmes for adults with a common mental health disorder.

Objectives and methodology

The study has three main areas of investigation. The *first* is the identification and description of the forms, content and instruments of collaboration, whilst also focussing on the knowledge and perspectives of the three actors as well as their interpretation of their respective roles and understanding of collaboration. This part of the study also examines the legal framework governing collaboration as well as the directives and instructions issued to IV offices on this point. The *second* is a review of the implementation of the collaboration-related measures introduced as part of IV reforms ('Ongoing Development of the Invalidity Insurance Scheme', WE IV) and an assessment of their impact. The *third* is the identification of factors which hinder/facilitate collaboration, followed by the presentation and categorisation of opportunities for improvement as reported by the actors themselves.

At its core, the study endeavours to determine whether treating clinicians, employers and IV office staff reach a shared understanding of each case, i.e. they have the same view of the person's health and work situation, in particular their resources and limitations, and agree on all aspects of the occupational rehabilitation process. It also looks at the influence of other relevant actors, notably the Regional Medical Services (RAD) which assist the IV offices, IV office-appointed job coaches, and the insured themselves.

The evaluation is largely based on an analysis of case files from IV offices in five cantons. A total of 147 files underwent a quantitative analysis, of which 56 were subjected to a deeper qualitative analysis. Selection was based on information from IV register data. The subjects of the case files were aged between 25 and 60, had applied for occupational rehabilitation support or an IV pension during the period 2021–2024, and had participated in at least one measure to aid their integration in the primary labour market. This methodology ensured that there was documented evidence of

collaboration with at least one mainstream employer in the selected case files. Interdisciplinary workshops were also held in each of the five cantons; 22 treating clinicians, 24 employer representatives and 25 members of IV office and RAD staff took part. The study also scrutinised the relevant legal provisions, FSIO circulars and internal IV office working documents, including directives, practical tools, sample documents and training materials.

The findings, organised by main research topics, are presented below.

Legal framework and IV office documentation

The legal framework both requires and authorises the three main occupational rehabilitation actors to collaborate while affording them considerable latitude in this regard. Employers and treating clinicians are generally required and authorised to share information and collaborate with the IV offices at every stage of the process. The latter are required and authorised to involve both employers and the treating clinicians in the occupational rehabilitation process and provide them with IV-specific and procedural information that will allow them to fulfil their respective roles. As the lead agency, the IV office is legally obliged to collect information. Equally, the treating clinicians and employers must share information with the IV office which will materially assist its assessment of the person's return-to-work potential. The latter also must involve the treating clinicians in the development of the occupational rehabilitation plan and ensure that it aligns with the medical treatment of the person concerned. Once measures are under way, employers must submit a progress report to the IV office, while the treating clinician must keep it apprised of the person's health status. The legal framework also encourages IV office staff to communicate promptly, informally and, where appropriate, verbally. All actors are free to decide how extensive their collaboration should be; this allows them to adapt their collaborative practices on a case-by-case basis. The legal framework and FSIO directives, however, focus primarily on bilateral collaboration, i.e. IV–employer and IV–treating clinicians. The authors found few provisions on trilateral communication and collaboration, such as roundtables. They were also unable to find directives on direct collaboration between the treating clinicians and employers. This absence is in part because the FSIO issues directives exclusively to the IV offices.

Our analysis of the internal working documents of the participating IV offices show that they share the same basic understanding of collaboration as the FSIO directives. The latter afford IV staff considerable discretion in this regard and designate them as the lead agency. This role requires them to brief the other actors, provide specialist support and collect all pertinent information. Our analysis also found that the IV offices prefer informal and verbal communication and tend to prioritise bilateral collaboration. In terms of internal working documents, sample target agreements consistently name employers, IV offices, the insured and, where relevant, job coaches but make no reference to treating clinicians.

Collaboration in practice – forms and content

The case file analysis generated an overview of the information-sharing practices of the three main actors in the occupational rehabilitation process and the topics they discuss. In most cases, direct

contact between the IV office and the other two actors—treating clinicians and employers—is on a bilateral basis.⁴ In contrast, direct contact between the treating clinicians and the employer is rare, a finding which was confirmed during the workshops. Repeated direct bilateral contact between the IV office and one of the other two actors is equally uncommon. The IV offices are in regular contact with the employer in 30% of cases, and with the treating clinicians in 15% of cases. Other forms of collaboration include indirect communication (e.g. via a job coach), reporting, and roundtables. In 70% of the case files, roundtables, which are an instrument of trilateral collaboration, took place at least once, and more than once in 59% of the case files.

Target agreements are another widely used instrument of collaboration. In 59% of cases, a target agreement was in place for every primary labour market measure. In a further 20% of cases, it was used at least occasionally. Involvement in the drafting process, however, was uneven. Employers' viewpoints were documented in 72% of the case files, whereas those of the treating clinicians were consistently included in only 24% of cases.

Actors' knowledge, perspectives, interpretation of roles and understanding of collaboration

Employers

As part of the collaboration process, most employers, as to be expected, provide performance reviews. Other points of particular interest are the behaviour of their employee and potential need to alter the returning employee's duties.

The case file analysis revealed how employers understand their role. Around three-quarters were actively engaged in the return-to-work process and approximately 90% complied with IV directives. At the same time, it found a high degree of uncertainty among them. The qualitative textual analysis showed that their **problem-solving strategies** commonly centred on pressure mitigation measures and the assignment of low-impact tasks. They include:

22. Assignment of simple tasks during initial return phase
23. General avoidance of exposure to any source of 'pressure' and 'stress', including potentially psychologically demanding tasks
24. Accommodated duties and target setting
25. Affording the employee more time
26. Assignment to a different role, possibly involving training, due to conflicts within the team
27. In-team communication
28. Support from an IV specialist

These strategies reflect the efforts of employers to support their employee. However, in some cases, they are unidirectional and driven by concerns that the measures could negatively affect the employee's health or trigger a 'relapse'. Some 55% of employers were empathetic towards their

⁴ For the purposes of this study, direct contacts are defined as all substantively relevant bilateral (i.e. beyond any roundtable discussions) verbal or written communication, with the exception of report submission reminders and requests.

employee and 75% stated that they wanted to help them. This is also evident in the subsequent qualitative analysis of the case files. **Employer approaches to the returning employee** typically fall into one of the following categories:

16. Recovery and relapse prevention take priority over operational needs
17. The employee is a valuable individual who makes a meaningful operational contribution despite their limitations, and is not viewed merely as a person who is health-impaired and in need of support
18. The employee is making a genuine effort, so the employer is doing their best as well.
19. The employee's limitations are initially underestimated, a situation facilitated by employer benevolence
20. Employer disillusionment when the limitations persist despite their efforts

The strong emphasis on relapse prevention reflects employer uncertainty. Yet, they are neither responsible for preventing relapses nor are they qualified to do so. Employers also place importance on the insured person's own efforts. A pattern ultimately emerges whereby employers initially underestimate the sometimes persistent nature of mental health-related limitations. Consequently, the employer becomes increasingly frustrated with the slow pace of progress, which can in turn jeopardise the return-to-work process. In such instances, it is important that the employer can depend on targeted specialist support from the IV office and, where appropriate, from the treating clinicians.

Despite their uncertainty, employers rarely seek help proactively. In 73% of cases, they did not contact the IV office directly or independently to request support.

Treating clinicians

The content of the medical reports submitted to the IV offices largely centre on symptoms and psychiatric history. In 70% of cases, they contain little, if any, work-related information, such as occupational history and workplace accommodations.

Treating clinicians often display a **cooperative attitude**. They generally welcome measures, advocate for inputs from all parties concerned (66%) and consider that treatment and integration measures can run in parallel (83%) rather than sequentially ('treatment first, integration second'). Below are common features of this attitude derived from the qualitative textual analysis:

22. Coordination between the treating clinician and the IV office is important for improving the subject's capacity for work
23. A willingness to receive information from the IV office and, in certain circumstances, adjust the treatment accordingly
24. A nuanced and transparent attitude towards capacity-to-work assessments and prognosis, both from a more theoretical and a more practical medical perspective
25. Importance of swiftly improving the subject's capacity to work and involving the treating clinicians in this process

- 26. Optimistic view of occupational rehabilitation, in some cases accompanied by carefully considered suggestions
- 27. Distinction between capacity for work in the primary labour market and occupational rehabilitation potential, i.e. ability to take part in training programmes
- 28. Inactivity or incapacity for work may itself have a negative effect on patient well-being

Overall, three broad positions emerged: a) support for collaboration and information-sharing; b) nuanced and transparent capacity-for-work assessments; and c) optimistic view of occupational rehabilitation, including the belief that work can help stabilise their patient's mental health.

At the same time, the treating clinicians sometimes expressed **scepticism and apprehension** about occupational rehabilitation efforts. The analysis of the case files found that these concerns fall into the following categories:

- 19. It is too early for the patient to return to work
- 20. The patient's ability to work is overestimated
- 21. The proposed workload is excessive
- 22. A return to the current workplace or profession could jeopardise the patient's mental health recovery
- 23. Any form of 'pressure' would pose a risk to health, hence the need to keep the workload during the initial phase to a minimum
- 24. The return to work must be phased

These attitudes, which are frequently encountered in practice, suggest that treating clinicians tend to see a return to work primarily as a potential risk to the health of their patients (though they are not against the idea in principle). Their primary concerns are the health, rest and recovery of their patient, and relapse prevention. Treating clinician recommendations include watchful waiting, a light workload, a new job, avoidance of pressurised situations of any kind and a gradual increase in working hours. While these courses of action may be helpful in individual cases, they can act as a barrier to collaboration if they are symptomatic of the treating clinicians' overall attitude towards occupational rehabilitation.

Finally, the authors analysed passages in the case files which provide insights into how treating clinicians view their **collaboration with the IV office**:

- 22. Mutual information-sharing, cooperation and a shared approach are important
- 23. Provision of transparent information to IV office
- 24. Willingness to provide the IV office with additional information
- 25. Appreciation of the work of the IV office
- 26. Desire to take the lead on certain aspects of the return-to-work process (determination of capacity for work, duration, approach)
- 27. Scepticism towards occupational rehabilitation organisations
- 28. Reports for the IV office are too time-consuming and therefore not undertaken

Here, too, it is evident that there is often a strong desire on the part of treating clinicians for collaboration, coordination and dialogue with the IV office. They frequently proactively contact

the latter and appreciate its work (a key factor for constructive cooperation). Nonetheless, the treating clinicians are critical of certain aspects. For example, they insist that they should set the duration and course of the return-to-work process, are sceptical of occupational rehabilitation institutions (which may be justified in some cases), and find the process excessively time-consuming.

Invalidity insurance offices

In 69% of cases, the integration specialist adopts a proactive approach, in the sense that they are the first to contact the other actors and that they are the lead agency in the process. In 31% of cases, their approach is more reactive, whereby the integration specialist responds to initiatives by other actors, and/or the job coach tends to take the lead. Telephone notes and emails are documented in 95% of the case files.

The integration specialist also documents their expert assessments with respect to the occupational rehabilitation process. In two-thirds of the 56 case files which were subjected to a deeper qualitative analysis, the specialist contributes their professional expertise or seeks professional input from the RAD (32% of these files document the integration specialist's own professional considerations; 34% of cases document input from the RAD). One third (34%) of cases, however, feature no inputs of this nature. A return-to-work plan is set out in detail by 23% of IV advisers, whilst a further 73% do so only in a rudimentary manner (e.g. gradually increasing the workload from 20% to 50% as part of a phased return). No plans were documented in 4% of the 56 case files subjected to a deeper qualitative analysis.

How the three actors perceive one other

Employers generally hold the IV offices in high regard: they feel that they have a shared goal and, in most cases, value their work. Yet, they rarely proactively seek help from them. The case file analysis was able to discern the employer's attitude towards the treating clinicians in only a few isolated cases. It also offered little insight into how treating clinicians view the employer as an actor in the occupational rehabilitation process; documentary evidence was lacking in over half of the case files. Where there are indications of bilateral collaboration, attitudes tend to be positive. For example, the IV office is perceived as supportive, and there is an appreciation of the respectful and constructive nature of the exchanges with it. Only in 5% of the case files examined here do treating clinicians' express scepticism towards and makes demands of the IV office.

Role of job coaches – often acting as IV delegates

The in-depth analysis looked at another key but secondary occupational rehabilitation actor: the job coach. A review of the test case files found that, alongside the main actors and their networks, IV-delegated job coaches often play an instrumental role. In 73% of the 56 case files that were analysed in depth, a job coach was involved. They acted as a key link, particularly with employers; this was the case in 63% of the files. Contact with the treating clinician was much less frequent (27% of files). It is also striking that in 35% of cases no documentary evidence was found of direct contact between the IV office and the employer. If, on the other hand, we consider only those

cases in which the job coach takes the lead, this share rises to 57%. The same pattern is evident among treating clinicians: there is no contact between them and the IV office in 42% of cases. Where a job coach takes the lead, as many as 67% of cases involve no direct contact between the treating clinician and the IV office.

Characteristics of collaboration

The basis for successful collaboration between the actors is a shared understanding of the issues at hand as well as occupational rehabilitation process objectives. Both these characteristics are present in most of the files examined in depth (n=56). In 66% of cases, all actors agreed on the core issue. Occupational rehabilitation plans enjoy largely the same level of support across all actors. On a common understanding of the objectives among all three actors, the share is slightly higher at 77%. In 63% of cases, this consensus persists across the three phases of the case management process (assessment of integration potential, drafting of a return-to-work plan, and implementation).

At the same time, however, ‘unilateral decisions’ also occur, i.e. dismissals and medical leave certificates are issued without prior consultation of the other actors. This is particularly common among treating clinicians who issue medical leave certificates without seeking the agreement of the other main actors (45%, n=18 unilateral decisions).

Prototypical patterns of collaboration

Prototypical patterns of collaboration between the IV offices, employers and treating clinicians were mapped with a view to synthesising, illustrating and clarifying the results of the case file analysis. The prototypes are largely based on three real-life, anonymised case histories. They illustrate three distinct models of collaboration—coordinated, delegated and bilateral—with each representing a pole on a continuum. Coordinated collaboration represents a kind of ideal scenario, where the main actors are in contact and confer. In bilateral collaboration, two of the three actors are in contact, while the remaining actor is left somewhat on the sidelines; the analysis finds that this is typically the treating clinician. In delegated collaboration, a further actor—the external job coach—plays a central role. They act as an intermediary, relays information from other actors indirectly to the IV office, frequently provide expert input to the case and contribute to its management.

Instruments introduced following IV reforms (WE IV)

The new collaboration instruments, which were introduced as part of the WE IV, serve more to codify existing IV office practices than to provide a truly significant impetus for collaboration. This is evident from an analysis of IV office working documents and statements made by workshop participants. For instance, the automatic waiver of confidentiality for the IV office (Art. 66a(1)(c)(bis) of the InvIA) may make it slightly easier to provide treating clinicians with the necessary procedural information. Although explicit authorisation was required prior to the WE IV, workshop participants reported that the obligation had not constituted a major obstacle to collaboration. The same applies to the new provision requiring qualitative elements to be included in the capacity-for-work assessment (Art. 49(1)(bis) of the InvIO), which primarily concerns pension

application reviews. The reason for this is that the determination of an insured person's resources and limitations is already an element of the occupational rehabilitation process. The treating clinicians and employers surveyed also welcomed the fact that early notifications can now be submitted to the IV office even before an insured person has been unfit for work for 30 days or at repeated intervals during the year (Art. 1ter InvIO). However, they have made little use of this option to date. Finally, since the IV reforms, the insured and their employers can avail of counselling and support (including job coaching) during the return-to-work process and for up to three years after (Art. 14quater InvIA). The actors concerned do not perceive this as a significant change with regard to the process. Indeed, uptake of these services post-process has been extremely low to date. However, workshop participants generally stressed that IV office support during the occupational rehabilitation process had been, and remains, valuable. They pointed out that the job coaching service not only relieved the burden on employers and the IV office but also fostered trust with the insured person. Conversely, as the case file analysis shows, there is a risk that the IV office may excessively delegate case management responsibilities to the job coach(es).

Factors that influence collaboration

What follows is a summary of the factors that facilitate or hinder collaboration; they have been consolidated from the case file analysis and statements by workshop participants. From these data, it was possible to identify several *internal* factors that are conducive to the actors reaching a shared understanding of the case. They relate directly to the actions and attitude adopted by the IV office case manager, the treating clinician and the employer representative in charge of the case. The study findings show that conducive factors are sometimes absent; action could therefore be taken to improve this situation (see the 'Conclusions' section below).

- Actors meaningfully seize all available opportunities for collaboration: for staff at the IV office, this primarily involves gathering information in a highly targeted, rather than standardised, manner and using tools such as roundtable discussions and target agreements where appropriate to the case.
- Active communication between all three actors: this is particularly evident in that one actor consults the others before reaching a decision. Where possible, active communication takes place informally, verbally and directly rather than solely via the insured person, and involves all three partners: IV staff, the employer and the treating clinician. According to the study, however, the involvement of the latter in this information-sharing process is often only marginal. In some cases, direct communication with the Regional Medical Services (RAD) was also described as beneficial. Active communication also means clarifying and resolving data protection issues and uncertainties (who is allowed to share what with whom?) at an early stage of the process.
- IV retention of lead agency status when using job coaches: the involvement of the latter ensures that the insured person receives close and accessible support during the occupational rehabilitation process. It is imperative that the IV office, not the job coach, assumes the case management lead.

- Conducive factors at the IV case manager level: it is especially helpful if the IV office staff member proactively approaches the treating clinician and the relevant contact at the subject's place of work, keeps them informed, supports them, and, above all, takes the lead not only on administrative matters but on the occupational rehabilitation-specific aspects of the case.
- Conducive factors at the employer level: a good basic understanding of the IV scheme and of mental health conditions facilitates collaboration. This fosters realistic expectations as well as an openness to coordinated and rolling planning.
- Conducive factors at the treating clinician level: a good basic understanding of the IV scheme and, in particular, the methods it uses to assess the insured person's functional resources and limitations facilitates collaboration. It is also very helpful if clinicians recognise that occupational rehabilitation and medical treatment can be mutually reinforcing and, in cases involving multiple clinicians, that their assessments reach similar conclusions in this regard.
- A collaborative mindset among all parties involved: a willingness to engage in open, trust-based dialogue is highly conducive to successful collaboration. To this end, the three main actors seek to establish dialogue early in the process and remain accessible to their partners throughout.
- Getting the insured to 'buy in' to the process: the three partners should manage the exchange of information in such a way that the insured person can and does trust that only information relevant to their occupational rehabilitation will be passed on to the employer and that the latter will not violate this trust. Involving the insured person is important to achieve this.

External factors, i.e. factors which the actors directly involved in individual cases have no influence over, can also be conducive or detrimental to collaboration. Workshop participants reiterated that the IV scheme should continue to provide case-independent information to employers and treating clinicians so that the latter can contribute as effectively as possible to the collaborative process. According to assessments during the workshops, other factors that significantly shape collaboration include the employer's corporate culture; the social stigma surrounding mental illness; the dearth of psychiatric care; the behaviour of other actors involved (daily sickness benefit insurers and the insured person's personal circle were mentioned); uncertainty among treating clinicians regarding their entitlement to remuneration; and the legal framework underpinning IV activities, which some perceive as inflexible. Given that coordination and communication are time-consuming, workshop participants reported that an obstacle to collaboration are the limited resources of not only the IV offices but also the treating clinicians and employers.

Conclusions

At first glance, the 147 case files analysed here reveal a high degree of collaboration between IV office staff, employers and treating clinicians. Roundtable discussions and target agreements are utilised, and the IV offices tend to adopt a proactive approach to collaboration. In most instances, the actors enjoy a shared understanding of the case and agree on the objectives and details of the occupational rehabilitation process; or at least evidence to the contrary was not found in the files. In general, collaboration does take place, although the level of intensity and frequency varies depending on the parties involved and mostly takes the form of written communications. At the same

time, the study found no instances of zero collaboration. In some cases, job coaches help to bridge the gap by maintaining contact—primarily with the employer and with the treating clinicians, albeit rarely—and acting as an indirect source of information for the IV office.

However, there are several reasons why it is important to put this positive impression into perspective. *First*, it can be assumed that the cases examined in this study constitute instances of collaboration with an above-average success rate. In all of the files analysed, at least one attempt at primary labour market integration occurred, which is by no means the case in all occupational rehabilitation procedures. *Second*, the assessments of the workshop participants confirm that collaboration is often not intensive and that, while desirable, direct contact between all three partners is frequently lacking. The statements made by workshop participants reflect the many different forms that collaboration takes in practice: from integration procedures characterised by coordinated collaboration aimed at a shared understanding of the case, to procedures with inadequate information-sharing and, at best, unidirectional communication. *Third*, a more in-depth textual analysis of the case files revealed that the collaborative processes, which at first glance appear to function well overall, are often rather superficial and standardised. The findings thus provide important insights into where, despite generally good cooperation, opportunities exist for more professionalised and deeper collaborative practices, which will in turn improve the effectiveness of occupational rehabilitation efforts and lead to a positive experience for all concerned.

The following section summarises and explores selected findings from the case file analysis and the workshops. The results are analysed in depth, categorised according to research priority, and critically examined by the authors.

Legal framework and FSIO directives: content and implementation

The conclusion is overall positive on the objective of a shared understanding of the case among the three actors. The legal framework and FSIO directives facilitate straightforward and targeted information-sharing; they also require a coordinated approach to occupational rehabilitation and medical treatment. What stands out is the focus of FSIO directives on bilateral exchanges between the IV office and each of its two main partners, and the almost complete absence of any reference to direct trilateral collaboration. As some of the findings discussed below show, IV office implementation of FSIO directives could be more thorough, particularly as regards the involvement of treating clinicians, which has been limited to date, and the IV office role as the lead agency in the occupational rehabilitation process. In terms of collaboration-related measures introduced by the WE IV, the authors conclude that the impact has been somewhat marginal though fundamentally positive. While these changes address important aspects of collaboration, they tend to codify existing IV office practices rather than providing significant impetus for collaboration.

Insufficient involvement of treating clinicians

The participation of the three main actors—the IV scheme, treating clinicians and employers—in the collaborative process varies. The case file analysis and feedback from workshop participants show that there is little collaboration between the IV offices and/or employers and the treating

clinicians during the occupational rehabilitation process. From the case file analysis, it emerges that direct contact between the IV office and the healthcare professionals treating the insured is rare and the latter are a much less common presence in roundtable discussions than employers. This is not solely due to the treating clinicians themselves. Often, the IV offices do not even reach out to them and invite them to take part. It appears from statements made during the workshops that one of the reasons for this situation is that occupational rehabilitation specialists assume from the outset that the treating clinicians have neither the time nor the inclination to engage in the reintegration process beyond the fulfilment of their reporting requirements. A further reason, at the administrative level, is that the target agreements on occupational rehabilitation measures do not require the treating clinicians' sign-off. However, according to Federal Social Insurance Office (FSIO) directives, the IV offices have a duty not only to collect information from the treating clinicians but also provide them with information; case managers are also encouraged to establish swift, informal and even verbal contact. The directives also require the ongoing coordination of the medical treatment and occupational rehabilitation processes, and this beyond the context of medically imposed conditions designed to mitigate harm to the insured person. It is therefore understandable that the incidence of 'unilateral decisions' is higher among treating clinicians, who issue medical leave certificates without the prior consultation of the other actors involved, thereby causing the occupational rehabilitation process to stall. There is no objective justification for the exclusion of treating clinicians, even if it may be understandable given difficult individual experiences (such as treating clinicians being hard to reach, etc.): Dialogue with treating clinicians is essential for an informed and successful occupational rehabilitation process.

The role of employers

In most of the case files which underwent an in-depth qualitative analysis, the employers are largely empathetic, invested and helpful. They tend to go to great lengths to aid their employees' recovery and take significant steps to prevent a 'relapse'. These are certainly important prerequisites for successful reintegration.

At the same time, employers do not always give sufficient weight to their own expertise, the situation within their business and, in some cases, within the team in which the insured persons work. The case files show that employers tend to be very optimistic at the start of the process and even underestimate the limitations of the returning employee. They also tend to be very, if not excessively, accommodating when it comes to the demands they place on the employee, setting no targets at the outset and often assuming unrealistic conditions ('the person must not be exposed to pressure or stress in the workplace'). This reflects their justifiable uncertainty about what can and cannot be expected of the returning employee. As the reintegration process progresses, this often leads to frustration and impatience, because progress happens more slowly than anticipated or the reintegration process proves more problematic than initially hoped. In the authors' view, it is the responsibility of the IV offices and the treating clinicians to prevent such outcomes. Equally, it is also the right and duty of employers to set clear expectations, and limits, at every stage of the process, and proactively seek out expert inputs and support. From the outset, employers may and should precisely articulate their expectations, the assistance they need, the limits to the support they

will provide, and clearly communicate how the insured person's current performance and behaviour will be evaluated. Otherwise, as the case file analysis shows, the employers will tend to make 'unilateral decisions', i.e. employee dismissal without prior consultation of the other partners concerned.

The influence of the insured

The insured were not the focus of this study. Nevertheless, it is evident that, through their behaviour, resources and limitations, they can heavily influence collaboration. Situations where the insured person is only partially able to comprehend the situation appropriately and communicate with all parties involved in a uniformed manner make collaboration difficult. In such cases, constructive discussions on a mutually agreed approach would be crucial to ensure that all parties involved work in lockstep. Conversely, an insured person with a mental health condition who possesses strong networking and cooperation skills can actively and significantly contribute to successful collaboration. However, the insured person's behaviour is a factor that can be influenced. Their inclusion in the collaborative process can encourage them to fully invest in their occupational rehabilitation. Workshop participants unanimously agreed that it was imperative that the insured person can trust that information about their health, passed on by their treating clinician to their employer, will not be used against them and is required solely to facilitate appropriate workplace accommodations.

Lack of IV leadership in its areas of expertise

According to the legal framework, the Invalidity Insurance offices are the lead agency on occupational rehabilitation planning matters, a role which has been further strengthened by changes to case management provisions (Art. 41a InVIA) introduced by the IV reforms (WE IV). Case management encompasses the initial assessment, the planning of individual measures and beyond, the support and oversight of the subsequent implementation process, and coordination of all parties involved. According to an evaluation published in spring 2026, case management has become more professionalised and optimised since the reforms, with case managers recognised as fulfilling a central coordinating role (Kirchhofer et al. 2026: XI). This is also evident in the case file analysis conducted as part of this study.

However, it would appear from the case file analysis that the IV offices themselves rarely provide their expert inputs to the different occupational rehabilitation procedures, even though they have trained specialists and have the most experience of all the main partners with integration measures and processes. In other words, apart from their administrative and coordinating functions, there is rarely any evidence of the IV offices providing expert guidance. The IV advisers' own (often rudimentary) expert inputs are documented in one third of the case file analysed here. In all other cases, the information recorded is purely administrative in nature. Furthermore, expert-informed occupational plans are rarely documented in the case files.

There are several consequences. First, although collaboration, as described above, fundamentally functions well, it does not go beyond the superficial level of agreement and understanding. Often,

the main actors can agree that the initial reintegration phase should be gradual and place no pressure on the returning employee. This lowest common denominator often amounts to unidirectional stress mitigation efforts and reflects the trepidation of all involved: treating clinicians do not want to risk overburdening their patient and therefore advocate a cautious approach to integration. Employers are unsure what to expect and what they may reasonably ask the individual to do, and do not want to make mistakes or be held responsible for a deterioration in the individual's state of health.

Failure on the part of the IV offices, both occupational rehabilitation specialists and the RAD, to engage in an expert-informed, corrective and encouraging manner may result in a protracted return-to-work process, involving standard 10–20% incremental increases per month. It is unclear whether this pace is sensible or rather counterproductive in individual cases, as it may test the patience of the employer and co-workers, for example. The reasoning behind such an approach is often not documented in the case files.

This is particularly relevant for collaboration between the main actors. By limiting themselves largely to the administrative aspects of the occupational rehabilitation process, the IV offices are therefore reliant on the goodwill of their partners. Collaboration appears to work well when the treating clinicians demonstrate a fundamentally positive attitude towards reintegration and play a proactive role in that process. It also works well when employers are open to integration and already have acquired in-house reintegration expertise. Where this is not the case, the intensity and/or frequency of collaboration diminishes. Typically, the treating clinician communicates exclusively via the reporting system and is excluded from important decisions. The (committed) employer is often motivated and overly enthusiastic at the outset because they underestimate the insured person's limitations; they then become frustrated as the process progresses, and the risk of dismissal increases. These experiences, which were reported not only by numerous workshop participants but were also evident in the case files, are avoidable.

Expert-informed return-to-work plans are rare

There are very few case files containing a standalone plan drawn up by IV occupational rehabilitation specialists which outlines the workplace-related resources and limitations of the insured person and sets out a step-by-step integration roadmap on the basis of this information (e.g. a half or a full A4 page). Analysis and planning may sound somewhat work- and time-intensive, but in reality they have a major advantage as potential obstacles to a successful occupational rehabilitation process should be clearly identified before any decision is made on the appropriate measures to be taken. This is all the more important given the stress and anxiety the insured always experience in relation to these interventions (Baer et al., 2018a). This associated stress and possible failure of the occupational rehabilitation measures can ultimately be detrimental to the insured.

For this reason and as stipulated in the FSIO directives, those involved should collectively ask and discuss the following questions. Which abilities are impaired and which are not? Where does the main problem at work lie? Can the impairments be improved through training, or must they be accepted as a given and appropriate workplace accommodations made? Is the work-related

problem primarily due to illness or better explained by a lack of motivation, or is it a combination of the two? Is the insured person already doing everything possible to support the return-to-work process, or would it be appropriate to set certain conditions?

Formal collaboration lacking in substantive depth

Evaluations to date show that while collaboration is usually necessary, it alone does not guarantee the successful occupational rehabilitation of the insured. A simple agreement is inadequate owing to its lack of substantive depth. Collaboration can even fail if an agreement focuses excessively on the superficial aspects of the case. Consequently, the shared understanding of a case must also be evidence-based (i.e. grounded on detailed expertise) and adapted to the situation at hand. FSIO directives stipulate that the situation must first undergo a thorough and interdisciplinary analysis. The resulting findings should then inform the choice of targeted measures.

Need for greater professionalisation of occupational rehabilitation interventions for adults with a mental health disorder

The documents in the case files indicate that these requirements, which are crucial for the success of the occupational rehabilitation process, are not systematically adhered to. There is little documentary evidence in the case files that an expert informed analysis of the opportunities and limitations is performed and subsequently circulated among the actors concerned. The same observation also applies to the formulation of occupational rehabilitation plans drawn up on the basis of the situation analysis results.

The findings of this study, therefore, lead the authors to assume that collaboration is not always based on an informed and interdisciplinary approach. Although action is taken diligently, it often does not draw on documented expert insights. The positive developments presented earlier, including improved collaboration, should be viewed as an opportunity to further professionalise occupational rehabilitation interventions for adults with a mental health disorder. All three partners—treating clinicians, IV offices and employers—have a role to play here. In the case of employers, they can contribute by systematically requesting expert-informed information.

1 Einleitung

Wenn sich die Invalidenversicherung (IV) um die berufliche Eingliederung versicherter Personen bemüht, sind deren behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die bisherigen und die potenziellen künftigen Arbeitgeber Schlüsselakteure. Eine erfolgreiche Zusammenarbeit bedingt gegenseitiges Verständnis und den Umgang mit unterschiedlichen und potenziell gegensätzlichen Rollen und Perspektiven sowie ein gemeinsames Fall- und Eingliederungsverständnis: Nur die IV ist primär der Eingliederung verpflichtet, Arbeitgeber jedoch primär der effizienten Leistungserstellung, Ärztinnen und Ärzte der Heilung. Auch kann eine Eingliederung nur gelingen, wenn die versicherte Person in geeigneter Form einbezogen wird. Mit der 5. IV-Revision (Inkrafttreten 2008) wurde das Eingliederungsinstrumentarium der IV ausgebaut und ein Kulturwandel in den IV-Stellen eingeleitet, der auf einen intensiveren und flexibleren Austausch der IV-Stellen nicht nur mit der versicherten Person, sondern auch mit den Behandelnden und den Arbeitgebern abzielte – mit dem Zweck, den Arbeitsplatzerhalt und die Eingliederung von Personen ohne Arbeitsplatz zu fördern. Ausdruck davon sind z.B. die «Arbeitgeberkampagne 2012-2014», mit der das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) Informations- und Netzwerkaktivitäten der IV-Stellen für Arbeitgeber förderte (Geisen et al. 2018: 18), zahlreiche Pilotprojekte nach Art. 68^{quater} IVG⁵ zur Eingliederungsförderung oder etwa die Website www.iv-pro-medico.ch, welche die Ärzteschaft über die IV informiert. Auch mit der 2022 in Kraft getretenen *Weiterentwicklung der IV* wurden einige Neuerungen eingeführt, welche die Zusammenarbeit der Akteure in der Eingliederung (und in der Wiedereingliederung nach Rentenbezug) insbesondere auch mit Blick auf die Eingliederung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen stärken sollten.⁶

Das BSV veranlasste mehrere Untersuchungen, die Aufschlüsse über den Stand sowie die Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit der IV mit diesen beiden Partnern geben. Grundsätzlich bewerteten die Akteure in diesen Studien die Zusammenarbeit zwar überwiegend positiv, doch bestehen Mängel und Verbesserungspotenziale: So kommen *Ärztenschaft* und IV-Mitarbeitende (inkl. regionale ärztliche Dienste; RAD) beispielsweise teils zu unterschiedlichen Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit, haben Ärztinnen und Ärzte teils ein mangelndes Wissen über die IV, es fehlt an direkter Kommunikation und Information und es besteht ein gegenseitiges Unverständnis über lange Wartezeiten auf Arztberichte, resp. lange Verfahrensdauern (vgl. Bolliger/Féraud 2015; Baer et al. 2015, 2017a). Baer et al. (2018a) zeigen, dass psychisch erkrankte Personen verunsichert werden, wenn die IV und ihr Therapeut ihre Situation unterschiedlich beurteilen. Der Wissensstand der *Arbeitgeber* über die Möglichkeiten der IV hat sich trotz der Bemühungen nicht verbessert; auch zeigt sich eine branchen- und grössenabhängige Bereitschaft, gesundheitlich beeinträchtigte Personen zu beschäftigen und eine erhöhte Skepsis, wenn die betreffende Person psychisch erkrankt ist (Buess/Vogel 2025). Baer et al. (2017a) weisen auf potenzielle Spannungen und

⁵ Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20).

⁶ Mit der WE IV wurde auch die Fallführung verstärkt an den Prinzipien des Case Management ausgerichtet (vgl. Kirchhofer et al. 2026).

Fehlwahrnehmungen zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Arbeitgebern hin, so etwa einen «Schutzimpuls» seitens der Behandelnden, ohne das Arbeitsumfeld konkret zu kennen.

Wurde bisher meist die Zusammenarbeit der IV mit einem der beiden Partner unter verschiedenen Blickwinkeln untersucht, hat nun das BSV eine Evaluation der Zusammenarbeit zwischen den IV-Stellen (inkl. RAD), der Ärzteschaft und den Arbeitgebern bei der Eingliederung von Personen mit psychischer Erkrankung in Auftrag gegeben.

Die Evaluation dient drei Erkenntnisinteressen:

1. Die bestehenden Formen, Inhalte und Instrumente der Zusammenarbeit sollen in der konkreten Umsetzung erfasst und in Bezug zu den rechtlichen Rahmenbedingungen dargestellt werden. Dabei interessieren nicht allein die konkreten Zusammenarbeitsformen und -inhalte, sondern auch das Wissen und die Perspektiven der involvierten Akteure und deren Rolleninterpretation und Verständnis der Zusammenarbeit.
2. Es sind einige im Rahmen der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung (WE IV) eingeführte Neuerungen zu untersuchen, welche potenziell einen Einfluss auf die Zusammenarbeit haben. Es interessiert, wie die neu eingeführten Bestimmungen der WE IV umgesetzt werden und welche Schwierigkeiten dies bereitet.⁷
3. Hinderliche und förderliche Faktoren der Zusammenarbeit sowie der Verbesserungsbedarf aus Optik der involvierten Akteure sind darzustellen und einzuordnen.

Zur Beantwortung der Evaluationsfragen stützte sich das Forschungsprojekt auf eine Kombination von schriftlichen Informationsquellen und Einschätzungen der involvierten Akteure. Zur Erfassung der gesetzlichen Grundlagen wurden die einschlägigen Gesetze, Verordnungen und Kreisschreiben der IV daraufhin analysiert, welche Vorgaben sie zur Zusammenarbeit der IV-Stellen, Behandelnden und Arbeitgeber bei der Eingliederung machen. Die weiteren Arbeiten konzentrierten sich auf fünf IV-Stellen. Im Zentrum der empirischen Analysen stand eine quantitative und qualitative Analyse von IV-Dossiers. Ebenfalls wurden interne Weisungen, Prozessdokumente, Arbeitsanleitungen und Schulungsunterlagen dieser fünf IV-Stellen daraufhin analysiert, welche Vorgaben und Hinweise sie ihren Mitarbeitenden in Bezug auf die Zusammenarbeit machen. Abschliessend wurde in jedem der fünf in die Studie einbezogenen Kantone ein interdisziplinärer Workshop mit Mitarbeitenden der IV-Stelle und des zuständigen regionalen ärztlichen Dienstes (RAD), mit Vertreterinnen und Vertretern der Arbeitgeber sowie der Ärzteschaft durchgeführt (insgesamt 71 Teilnehmende). Weitere Akteure wie insbesondere die versicherte Person und Job Coaches spielen in der Eingliederung ebenfalls eine wesentliche Rolle und beeinflussen auch die hier im Vordergrund stehende trilaterale Zusammenarbeit. Deren Rolle wurde in den Analysen ebenfalls mitberücksichtigt.

Der vorliegende Bericht informiert im Kapitel 2 genauer über die Grundlagen der Evaluation. Kapitel 3 beschreibt die gesetzlichen Grundlagen und die Weisungen des BSV zur Zusammenarbeit,

⁷ Die betreffenden Neuerungen werden in Abschnitt 2.1 vorgestellt.

Kapitel 4 stellt die Erkenntnisse aus der Analyse der internen Arbeitsdokumente der fünf berücksichtigten IV-Stellen vor. In Kapitel 5 werden die Erkenntnisse der Dossieranalyse beschrieben und in Kapitel 6 jene aus den Workshops. In Kapitel 7 werden aus den Befunden der Dossieranalyse und den Erkenntnissen aus den Workshops förderliche und hinderliche Faktoren der Zusammenarbeit hergeleitet. In der Synthese in Kapitel 8 werden ausgewählte Erkenntnisse der Forschenden vertieft und kritisch reflektiert. Für eine Kurzversion aller Befunde sei auf die diesem Bericht vorangestellte Zusammenfassung verwiesen.

2 Grundlagen

In diesem Kapitel werden die Grundlagen der Evaluation dargestellt. Hierzu wird zunächst der Untersuchungsgegenstand und die Fragestellungen der Studie beschrieben. Danach wird ein Grundmodell der Zusammenarbeit skizziert, das als analytischer Rahmen der Studie dient, ein kurzer statistischer Überblick über die Eingliederung im ersten Arbeitsmarkt gegeben und Befunde bisheriger Forschungsarbeiten zum Studienthema zusammengefasst. Abschliessend wird ein Überblick über das geplante Vorgehen gegeben.

2.1 Untersuchungsgegenstand

Zu untersuchen ist *die Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen, Ärzteschaft und Arbeitgebern in der beruflichen Eingliederung bei psychisch erkrankten Personen*. Der Prozess der Rentenprüfung ist somit nicht Bestandteil dieses Forschungsprojekts. Der Untersuchungsgegenstand kann folgendermassen eingegrenzt und genauer umschrieben werden:

Einbezogene Akteure: Zu berücksichtigen ist der bi- und der trilaterale Austausch zwischen IV-Stelle, Arbeitgeber⁸ und behandelnden Ärztinnen und Ärzten und auch, inwieweit die versicherten Personen und ihre Perspektive in die Zusammenarbeit einbezogen werden. Zu untersuchen sind primär die Aktivitäten folgender Akteure:

- **IV-Stellen mit RAD:** Mit den IV-Stellen ist auch der Einbezug des Regionalen Ärztlichen Diensts in die Zusammenarbeit zu untersuchen. Im Zentrum der Zusammenarbeit steht IV-seitig die fallführende Person.
- **Arbeitgeber im ersten Arbeitsmarkt:** Eingeschlossen im Begriff der Arbeitgeber sind in der IV prinzipiell auch Ausbildungsstätten und der zweite Arbeitsmarkt. Die Untersuchung beschränkt sich indessen auf die Zusammenarbeit mit Arbeitgebern im ersten Arbeitsmarkt. Es interessiert sowohl die Eingliederung beim bisherigen Arbeitgeber (Arbeitsplatz-erhalt) als auch bei einem neuen Arbeitgeber.
- **Behandelnde Ärztinnen und Ärzte:** Der Begriff «Ärztenschaft» im Studientitel bezieht sich auf Ärztinnen und Ärzte, bei denen die versicherte Person in Behandlung ist/war. Unter den Begriff der Behandelnden fallen auch Psychologinnen und Psychologen, bei denen sich die versicherten Personen in Therapie befinden. Auch die Begriff Arzt/Ärztin ohne Zusatz, Behandelnde oder Behandlerin, resp. Behandler werden in dieser Studie immer in diesem Sinne verwendet.

Zwei weitere Akteure, die in der Zusammenarbeit eine Rolle spielen, werden in dieser Studie mitberücksichtigt:

⁸ Wir verwenden in dieser Studie üblicherweise die männliche Form «Arbeitgeber». Der Begriff bezeichnet prinzipiell eine juristische (Firma, Staat, ...) und keine natürliche Person. Er wird auch im IV-Recht so verwendet.

- **Versicherte Person mit Umfeld:** Wie erwähnt stehen im Zentrum der Untersuchungen Personen mit psychischen Erkrankungen.⁹ Es ist denkbar, dass neben der versicherten Person selbst weitere Personen aus dem persönlichen Umfeld oder anderer Institutionen (Sozialdienst, Beistand) oder eine rechtliche Vertretung in die Zusammenarbeit einbezogen sind.
- **Job Coach:** Die IV-Stelle kann im Eingliederungsverfahren und insbesondere auch während Massnahmen im ersten Arbeitsmarkt einen oder eine Job Coach einsetzen.

Berücksichtigte Teilphasen der Eingliederung: Es wird die Zusammenarbeit im Rahmen von gesamten Fallverläufen während der Eingliederung betrachtet. Dies beinhaltet die Früherfassung, die Frühintervention inklusive Eingliederungsplanung sowie die Massnahmen der Eingliederung. *Nicht* berücksichtigt wird die Wiedereingliederung von Personen, die bereits eine IV-Rente beziehen.

Drei Schritte der Eingliederung: Die berufliche Eingliederung in der IV lässt sich analytisch in drei zu untersuchende Schritte fassen.

- **Abklärung und Beurteilung (Bestandesaufnahme):** Erheben der gesundheitlichen Einschränkungen, des Eingliederungspotenzials sowie der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit
- **Eingliederungsplanung:** Bestimmung und Vorbereitung der vorgesehenen Massnahmen zur Eingliederung und flankierender Massnahmen wie z.B. Auflagen der Schadenminderung oder Unterstützung des Arbeitgebers
- **Durchführung (sowie Begleitung und Überwachung)** der Eingliederungsmassnahme und allfälliger flankierender Massnahmen

Individuelle Fallebene: Die Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und Arbeitgebern kann auch in fallunabhängiger Form erfolgen, so z.B. im Rahmen von Sensibilisierungsbemühungen der IV-Stellen (vgl. hierzu insb. Geisen et al. 2016). Die empirische Analyse dieser Untersuchung beschränkt sich jedoch auf die Zusammenarbeit im individuellen Eingliederungsverfahren. Dabei sind die erstens die konkrete Zusammenarbeit, zweitens das Wissen und die Perspektiven der Akteure und drittens das Rollenverständnis und die Erwartungen an die Zusammenarbeit zu berücksichtigen.

Rechtliche Rahmenbedingungen und Rechtsänderungen: In der Untersuchung ist auch der rechtliche Rahmen der Zusammenarbeit zu berücksichtigen. Hierbei sind auch die nachfolgend aufgeführten Rechtsänderungen zu evaluieren, die sich auf die Zusammenarbeit beziehen. Diese traten anfangs 2022 mit der Weiterentwicklung der IV (WE IV) in Kraft¹⁰:

⁹ Aus methodischen Gründen erfolgte in der Dossieranalyse eine weitere Einschränkung auf Personen mit Gebrechenscode 646 (vgl. Abschnitt 5.1.1).

¹⁰ Zwei weitere Neuerungen haben mit der Zusammenarbeit zu tun. So können erstens Arbeitgeber sowie behandelnde Ärztinnen und Ärzte neu eine eingliederungsorientierte Beratung in Anspruch zu nehmen (Art. 3a IVG). Hierbei kann auf konkrete Fälle eingegangen werden, aber auch um allgemeine Informationen zur IV gehen. Da

- **Schweigepflichtentbindung der IV-Stellen:** Die IV-Stellen wurden von Ihrer Schweigepflicht gegenüber den behandelnden Ärztinnen und Ärzten entbunden, um die Information über den Eingliederungsprozess zu fördern (Art. 66a Abs. 1 Bst. c^{bis} IVG).
- **Präzisierung der Arbeitsfähigkeit:** RAD wurden verpflichtet, bei der Ermittlung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr nur die quantitative Leistungsfähigkeit (Präsenzzeit), sondern auch die qualitative Leistungsfähigkeit zu beurteilen (Belastungslimiten, qualitative Einschränkungen, Verlangsamung, Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV). Dies bedingt potenziell mehr Nachfragen bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten.¹¹
- **Gestärkte Beratung und Begleitung:** Die versicherte Person und ihr Arbeitgeber haben neu Anspruch auf Beratung und Begleitung während des gesamten Eingliederungsprozesses und bis zu drei Jahre nach dessen Abschluss (Art. 14^{quater} IVG). Zudem können sowohl versicherte Personen, Arbeitgeber als auch behandelnde Ärztinnen und Ärzte unabhängig von einer Früherfassung oder IV-Anmeldung eine eingliederungsorientierte Beratung in Anspruch nehmen (Art. 3a IVG). Im Rahmen von Beratung und Begleitung kann bei Massnahmen im ersten Arbeitsmarkt auch eine Coaching-Leistung zugesprochen werden.
- **Ausweitung der Früherfassung:** Die Früherfassung durch Ärztinnen und Ärzte sowie durch Arbeitgeber ist nicht mehr an eine Mindestdauer von Abwesenheiten gebunden (Art. 1^{ter} IVV).

2.2 Erkenntnisinteressen und Fragestellungen der Evaluation

Die Evaluation zielt auf drei Erkenntnisinteressen:

- (1) **Rechtlicher Rahmen und konkrete Umsetzung:** Die bestehenden Formen, Inhalte und Instrumente der Zusammenarbeit in der konkreten Umsetzung sollen erfasst und in Bezug zu den rechtlichen Rahmenbedingungen dargestellt werden. Somit sind die gesetzlichen Grundlagen und die Weisungen des BSV, die IV-stelleninternen Prozessvorgaben und Weisungen und das konkrete Handeln im Einzelfall zu beleuchten.
- (2) **Evaluation von Rechtsänderungen:** Es ist zu evaluieren, wie die neu eingeführten Bestimmungen der WE IV umgesetzt werden und welche Schwierigkeiten dies bereitet.
- (3) **Einflussfaktoren und Verbesserungsbedarf:** Hinderliche und förderliche Faktoren der Zusammenarbeit sind zu identifizieren. Als Grundlage für die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit sind die Schwierigkeiten und der Verbesserungsbedarf aus Sicht der involvierten Akteure darzustellen und einzuordnen, ohne jedoch generelle Empfehlungen

sich diese Massnahme nicht direkt auf das Eingliederungsverfahren bezieht, wurde sie nicht berücksichtigt. Dies gilt auch für das Vorhaben der Versicherungsmedizin in der Weiter- und Fortbildung der Ärzteschaft mehr Gewicht zu geben.

¹¹ Diese Bestimmung bezieht sich zwar erst auf die Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit bei der Bemessung des IV-Grads in der Rentenprüfung. Doch die Ressourcen und Einschränkungen der versicherten Person zu erheben, ist auch bereits im Rahmen der Eingliederung relevant.

daraus abzuleiten. Dies bedingt auch das Aufzeigen und die Erklärung möglicherweise unterschiedlicher Sichtweisen der verschiedenen Akteure.

2.2.1 Fragestellungen der Evaluation

Kern der Evaluation bildet die **Bestandesaufnahme der Zusammenarbeit** (Erkenntnisinteresse 1). Die einzelnen Fragen werden hier zusammengefasst wiedergegeben.

- **Grundlagen und Rahmenbedingungen:** Zunächst sind die gesetzlichen Grundlagen und die Weisungen des BSV zu analysieren und der Soll-Zustand herauszuarbeiten: Wer hat wem zu welchem Zeitpunkt welche Informationen zu liefern, wer hat diese wie zu verarbeiten, wer koordiniert den Informationsfluss und inwieweit ist die Dokumentation mündlicher Informationen sichergestellt? In einem zweiten Schritt interessiert, inwieweit die IV-Stellen diese Vorgaben umsetzen, und zwar erstens in ihren Prozessen und internen Weisungen und zweitens in der konkreten Praxis (wobei dieser Punkt auf den nächsten zweiten Punkt verweist).
- **Analyse der Zusammenarbeit entlang dreier Dimensionen:**
 - **Konkrete Zusammenarbeitsformen und -inhalte:** Es interessiert, *welcher Akteur (inkl. RAD)* bei der Abklärung und Beurteilung, der Planung und der Durchführung der Eingliederung und *in welchen konkreten Situationen/Fällen wen worüber* informiert (oder um Informationen bittet), resp. sich austauscht/abgleicht. Ebenfalls interessiert *in welcher Form* (mündlich, schriftlich) und mittels welcher Instrumente (z.B. Formulare, Besprechungen, ...) dies geschieht, sei dies bei *bilateralen oder multilateralen* Zusammenarbeitsformen (wie z.B. Round Tables). Insbesondere interessiert, wie dabei die gesundheitliche Beeinträchtigung, das Eingliederungspotenzial erfasst werden, welche medizinischen, versicherungsmedizinischen, beruflichen, arbeitsmarktbezogenen, sozialen und persönlichen Aspekte dabei berücksichtigt werden und inwiefern eine koordinierte und eine auf ein gemeinsames Eingliederungsziel ausgerichtete Entscheidungsfindung ermöglicht wird.
 - **Wissen und Perspektiven der Akteure:** Es interessiert, wie sich das Wissen (z.B. über die Möglichkeiten und Grenzen/Kerninteressen der jeweils anderen Zusammenarbeitspartner) und die Perspektive der Akteure unterscheiden (Definition von Sachbegriffen, Ressourcen – vs. Defizitorientierung, Gesundheitsbegriff, praktische oder theoretische Arbeitsmarktfähigkeit). Dabei interessiert auch, inwieweit die Akteure die versicherten Personen einbeziehen.
 - **Rolleninterpretation und Verständnis der Zusammenarbeit:** Es interessiert, welche Rolle und Aufgaben die Akteure einerseits sich selbst, andererseits den jeweiligen Partnern zuschreiben, und welche Ziele sie mit der Zusammenarbeit verfolgen. Dabei sind Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten.

Während die Bestandesaufnahme deskriptiv-analytisch ist und den Kern der vorliegenden Untersuchung bildet, beinhalten die **weiteren Fragenblöcke** auch eine bewertende Perspektive.

- **Umsetzung der neuen Bestimmungen:** Es ist zu untersuchen, inwiefern und mit welchen organisatorischen Anpassungen die IV-Stellen die neu eingeführten Massnahmen der WE IV umsetzen, und wie sich dies (aus Sicht der beteiligten Akteure) auf die Zusammenarbeit auswirkt (Erkenntnisinteresse 2).
- **Einflussfaktoren und Verbesserungspotenziale:** Es ist zu erheben und einzuordnen, welche der Zusammenarbeit förderlichen und hinderlichen Faktoren und welche Verbesserungspotenziale die Akteure sehen (Erkenntnisinteresse 3).

2.2.2 Grundmodell der Zusammenarbeit

Als analytisches Gerüst für die vorliegende Studie wurde ein einfaches Grundmodell der Zusammenarbeit hergeleitet (Abbildung 1). Im Zentrum des Modells (gelbe Flächen) findet die eigentliche Zusammenarbeit zwischen der fallführenden Person der IV-Stelle, dem oder der Behandelnden sowie dem Arbeitgeber, resp. der dort zuständigen Person statt. Weitere Akteure sind hier immer involviert, wie insbesondere die versicherte Person und bei Bedarf die zuständige fachärztliche Person beim RAD. Das IV-Recht ermöglicht auch den Einsatz eines oder einer Job Coach.

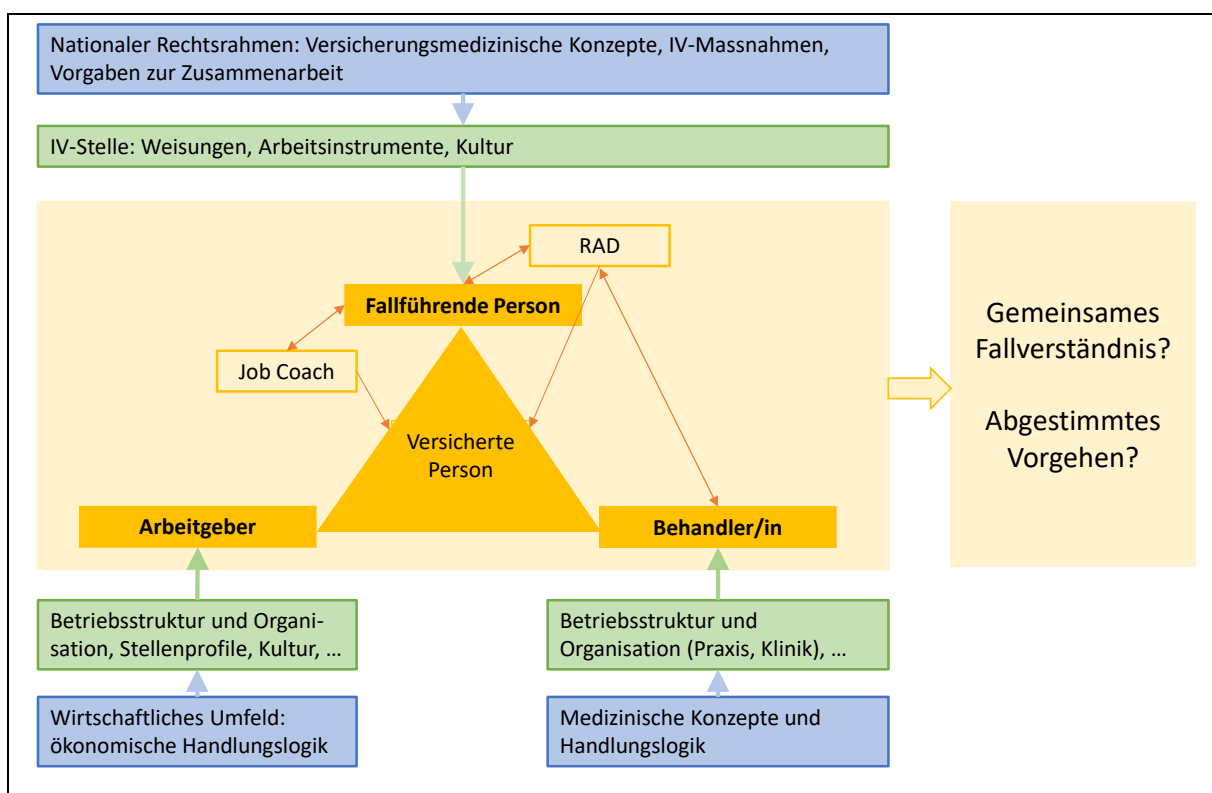
Im Kern interessiert in dieser Studie, inwieweit es im Rahmen der Zusammenarbeit gelingt, ein **gemeinsames Fallverständnis** der involvierten Akteure und darauf basierend ein von den drei hier hauptsächlich interessierenden Akteuren getragenes, abgestimmtes Vorgehen im Eingliederungsverfahren zu erreichen. Das gemeinsame Fallverständnis bezieht sich dabei erstens auf die Analyse der Situation (Problemverständnis), also der Einschätzung der gesundheitlichen Situation mit dem Fokus auf den funktionellen Ressourcen und Limiten der versicherten Person. Zweitens auf das Eingliederungsverständnis, also die Frage, welche konkreten Massnahmen aufgrund dieser Situation zu ergreifen sind. Hier stellen sich Fragen zu konkreten Eigenschaften der Massnahme wie Zeitpunkt, Art, Umfang, Pensum und Arbeitsplatzanpassungen und zur Abstimmung mit dem medizinischen Behandlungsplan. Es interessiert in dieser Studie nicht primär, inwieweit die versicherte Person erfolgreich eingegliedert werden kann. Auch der Entscheid, eine Eingliederung abubrechen, kann Ausdruck eines gemeinsamen Fallverständnisses sein, soweit dieser gemeinsam getragen wird.

Die Akteure der Zusammenarbeit handeln nicht völlig frei, sondern sind eingebunden in einen **organisatorischen Kontext** (grün, Mesoebene) und einen weiteren **rechtlichen, gesellschaftlichen und ökonomischen Kontext** (blau, Makroebene). Beide Kontextebenen setzen ihrem Handeln, aber auch ihrem Wissen und Ihren Perspektiven sowie mithin ihrem Rollenverständnis und ihren Erwartungen an die Zusammenarbeit einen Rahmen. Dieser kann prinzipiell hinderlich oder förderlich für die Zusammenarbeit sein. Bei der **fallführenden Person** sind dies auf der Mesoebene die internen Weisungen und Arbeitsinstrumente der IV-Stelle und deren jeweilige eingliederungsbezogene Kultur. Auf der Makroebene sind primär die gesetzlichen Grundlagen bis hin zu den Weisungen des BSV prägend. Sie definieren die versicherungsmedizinischen Konzepte, mit denen in der Eingliederung gearbeitet wird, die IV-Massnahmen und auch die Vorgaben der Zusammenarbeit. Bei den **Behandelnden** sind auf der Mesoebene Eigenschaften der Betriebsstruktur oder Organisation in der eigenen Praxis, der Klinik oder des Ambulatoriums massgebend, auf

der Makroebene ist das Handeln geprägt durch die Handlungslogiken, Konzepte und den Rechtsrahmen der kurativen Medizin. Auch beim **Arbeitgeber** prägen potenziell Eigenschaften des Betriebs (privat vs. staatlich, Grösse, Ausstattung der Gesundheitsmanagements etc.) die eigenen Handlungsmöglichkeiten aber auch die konkreten Möglichkeiten der Eingliederung. Übergeordnet spielt das wirtschaftliche Umfeld der jeweiligen Branche eine Rolle.

Während die Analyse der Meso- und Makroebene der IV-Stelle im Rahmen dieser Studie in eigenen Bausteinen untersucht werden, sind diese bei der Ärzteschaft und den Arbeitgebern nicht vertieft analysiert worden. In den Workshopdiskussionen ergaben sich jedoch Hinweise, dass diese Aspekte die Zusammenarbeit prägend beeinflussen können.

Abbildung 1: Grundmodell der Zusammenarbeit im Eingliederungsverfahren der IV



Eigene Darstellung

2.3 Statistische Angaben zur Eingliederung im ersten Arbeitsmarkt

Die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft, IV-Stelle und Arbeitgeber kann anhand der verfügbaren Daten aus den Registerdaten der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) nicht vertieft analysiert werden. Ein statistischer Überblick kann aber zumindest Hinweise geben zur Präsenz von Arbeitgebern in den Eingliederungsverfahren der IV. Analysiert wurde das Vorhandensein eines Arbeitgebers bei der Anmeldung der versicherten Person sowie der Anteil angemeldeter Personen, denen die IV (mindestens) eine Eingliederungsmassnahme bei einem Arbeitgeber im ersten Arbeitsmarkt zugesprochen hat. Die hier analysierten Fälle bildeten auch die Datenbasis für die Auswahl der zu

analysierenden Falldossiers. Die vom BSV für Datenauswertungen zur Verfügung gestellten Daten setzen sich aus drei Teildatensätzen zusammen.

Anmeldungen: Alle Anmeldungen für berufliche Integration/Rente 2021-2024 von Personen, die zum Zeitpunkt der Anmeldung im Alter von 25 bis 60 Jahren waren. In diesem Datensatz war auch die Angabe enthalten, ob der Anmeldung eine Früherfassung (FE) vorausging.

Verfügungen berufliche Massnahmen: Dieser Datensatz umfasst alle beruflichen Eingliederungsmassnahmen (nachfolgend auch: BEM) 2021-2024, die Personen in der Grundgesamtheit im Zeitraum von 2021 bis 2024 zugesprochen wurden, einschliesslich Massnahmen der Frühintervention (FI).

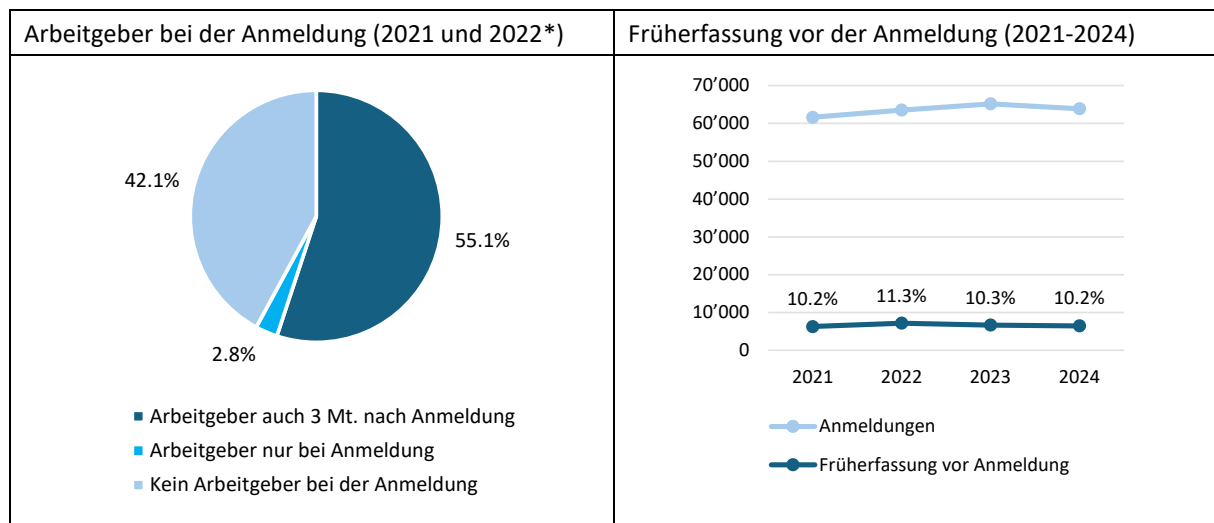
Individuelle Konten: Dieser Datensatz umfasst Angaben aus den Individuellen Kontenauszügen der versicherten Personen. Es wird für alle Monate im Zeitraum 2018 bis 2022¹² anhand einer 0/1-Variable angezeigt, ob die 2021-2024 angemeldete Person im jeweiligen Monat eine Anstellung im ersten Arbeitsmarkt¹³ hatte oder nicht. Selbständigerwerbende sind somit nicht berücksichtigt. Es gibt Personen mit IV-Anmeldung ohne Eintrag in den IK-Daten. Bei diesen ist davon auszugehen, dass sie nie eine Anstellung im ersten Arbeitsmarkt hatten.

2.3.1 Anmeldungen und Früherfassungen

Für die versicherten Personen mit einer Anmeldung für berufliche Integration/Rente im Jahr 2021 und 2022 konnte untersucht werden, ob diese im Monat der Anmeldung (noch) über einen Arbeitgeber verfügen. Dies traf für etwas mehr als die Hälfte der Fälle zu (57.9%; Abbildung 2, linke Grafik). Die meisten von diesen (55.1% aller Anmeldungen) verfügte auch drei Monate nach der Anmeldung noch über eine Stelle. Somit kann davon ausgegangen werden, dass diese sich bei der Anmeldung nicht in einem bereits gekündigten Arbeitsverhältnis befanden. Bei gut jeder zehnten versicherten Person kam es in den Jahren 2021 bis 2024 vor der Anmeldung bereits zu einer Früherfassung (rechte Grafik). Früherfassungen, auf die keine Anmeldung folgte, sind in dieser Analyse nicht berücksichtigt.

¹² Daten zu späteren Jahren waren zum Zeitpunkt, als die Datenanalysen durchgeführt wurden, noch nicht verfügbar.

¹³ Es handelt sich um eine Näherung: Die Variable gibt an, ob im betreffenden Monat ein Einkommen bei einem beitragspflichtigen Arbeitgeber erzielt wurde. Berücksichtigt sind auch Arbeitnehmer, die für einen Arbeitgeber tätig sind, der in der Schweiz nicht beitragspflichtig ist, die aber in der Schweiz Beiträge zahlen). Berücksichtigt sind z.B. auch Personen mit einer Arbeit in einer geschützten Werkstätte mit einem Einkommen von mehr als 5000 CHF im Jahr (Rz 2025 WSN) und Personen mit Taggeldern von Sozialversicherungen.

Abbildung 2: Stelle bei der Anmeldung, Früherfassung vor der Anmeldung, in Prozent

Quellen: Angaben zu Anmeldungen und Früherfassung: IV-Registerdaten (berücksichtigt sind alle Personen mit einer Anmeldung für Berufliche Integration/Rente im jeweils angegebenen Zeitraum und mit Alter 25 bis 60 bei der Anmeldung). Angaben zum Vorhandensein eines Arbeitgebers: IK-Auszüge der angemeldeten Personen.

*Nur Anmeldungen bis 30.9.2022 berücksichtigt.

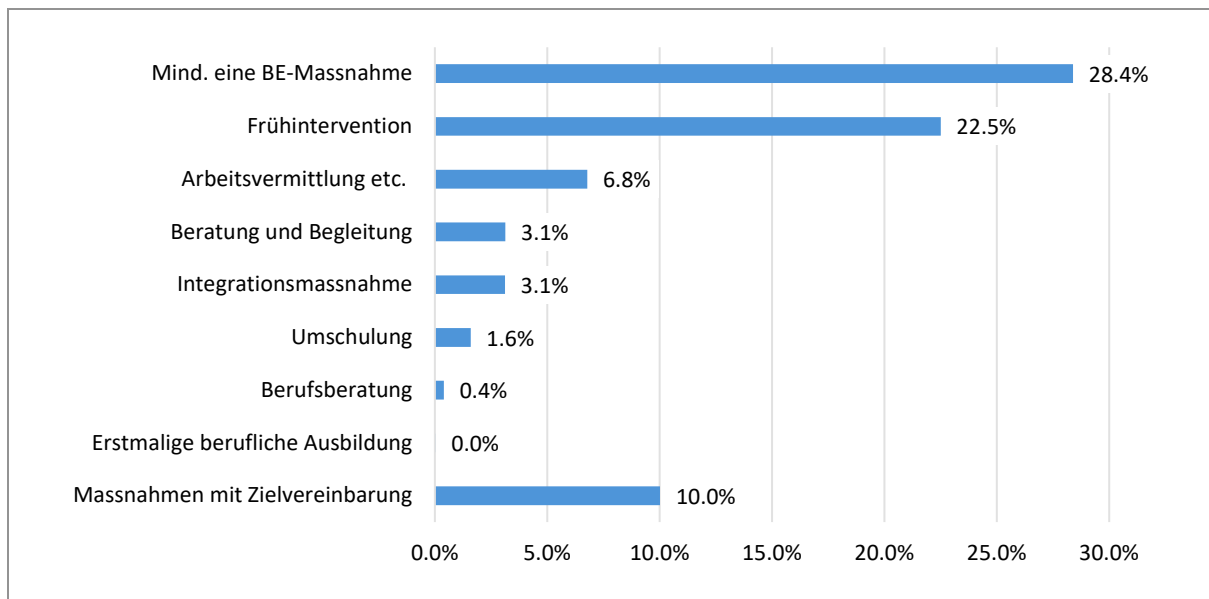
2.3.2 Eingliederungsmassnahmen im ersten Arbeitsmarkt

28.4% (= 72'175) Personen der in den Jahren 2021 bis 2024 angemeldeten Personen wurde im gleichen Zeitraum mindestens eine BEM im ersten Arbeitsmarkt zugesprochen (Abbildung 3). Dieser Wert (und alle anderen hier berichteten Anteilswerte) sind zurückhaltend zu interpretieren, da er nicht auf einer Analyse abgeschlossener Eingliederungsverfahren basiert. Für Personen mit Anmeldung 2021 konnte ein deutlich längerer Zeitraum ihres Verfahrens beobachtet werden als für Personen mit Anmeldung erst 2024. Gemäss weiteren Auswertungen liegt der Anteil mit BEM für Personen mit Anmeldejahr 2021 bis 2023 um 30%, für solche mit Anmeldung 2024 bei rund 21%. Dies lässt vermuten, dass (erste) BEM meist in den ersten zwei Jahren ab Anmeldung zugesprochen werden.

Die Aufschlüsselung der zugesprochenen Massnahmen nach den im IVG vorgesehenen Massnahmentypen zeigt, dass einem Grossteil der Personen mit einer BEM (auch) eine Frühinterventionsmassnahme zugesprochen wurde (22.5% aller angemeldeten Personen). Alle anderen Massnahmentypen wurden deutlich seltener zugesprochen, davon die Arbeitsvermittlung¹⁴ mit 6.8% am häufigsten. Angesichts des Alters der untersuchten Personengruppe (25 bis 60 bei der Anmeldung) ist es nicht erstaunlich, dass nur sehr selten eine erstmalige berufliche Ausbildung zugesprochen wurde.

¹⁴ Der Begriff umfasst hier mehr als nur Arbeitsvermittlung im Sinn von Art. 18 IVG (Stellensuche, Arbeitsplatzersatz). Erfasst sind auch die Leistungen nach Art. 18a bis 18d, IVG nämlich: Arbeitsversuch, Personalverleih, Einarbeitungszuschuss, Entschädigung für Beitragserhöhungen, Kapitalhilfe.

Abbildung 3: Berufliche Eingliederungsmassnahmen für Personen mit psychischem Gebrechen im ersten Arbeitsmarkt, 2021-2024, in Prozent



Quelle: IV-Registerdaten (berücksichtigt sind alle Personen mit einer Anmeldung für Berufliche Integration/Rente 2021-2024 und mit Alter 25 bis 60 im Jahr der Anmeldung). In der ersten Zeile „Mind. eine BE-Massnahme“ sind auch Massnahmen der Frühintervention eingeschlossen.

Zusätzlich (und überschneidend) zu den rechtlichen Massnahmentypen wurden auch alle Massnahmen zusammengefasst, bei denen gemäss Kreisschreiben über die beruflichen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSBEM)¹⁵ eine Zielvereinbarung vorgesehen ist, die auch den Arbeitgeber einschliesst. 10% der angemeldeten Personen wurde eine solche Massnahme zugesprochen.

Die Wahrscheinlichkeit einer beruflichen Eingliederungsmassnahme im ersten Arbeitsmarkt war deutlich erhöht, wenn die versicherte Person bei der Anmeldung noch über eine Stelle verfügte. So betrug der Anteil der Personen mit einer Eingliederungsmassnahme in dieser Gruppe 45%, während es von den Personen ohne Stelle bei der Anmeldung nur 12.6% waren.

2.4 Erkenntnisse aus bisherigen Forschungsprojekten

In diesem Abschnitt wird zusammengefasst, was aus bisherigen empirischen Forschungsprojekten über die Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen, Arbeitgebern und Behandelnden bekannt ist.

2.4.1 Zusammenarbeit der IV mit Arbeitgebern

Gemäss der Umfrage von Buess/Sidler (2026) hat sich der Wissensstand der Arbeitgeber über die Möglichkeiten der IV trotz der Bemühungen der IV um eine bessere Information in den

¹⁵ Gültig ab 01.01.2022, Stand: 01.01.2026. Abrufbar unter: [Dokumente | BSV Vollzug](#)

vergangenen Jahren nicht verbessert. Am bekanntesten ist die Möglichkeit zur Früherfassungsmeldung (46% der Befragten). Mehrere Befragungsergebnisse zeugen davon, dass eine grundsätzlich eingliederungsoffene Haltung weit verbreitet ist. So stimmen z.B. 80% der Arbeitgeber der Aussage vollständig oder eher zu, dass die Arbeitgeber bei Krankheit oder Unfall eines Mitarbeitenden bei der Suche nach einer angemessenen Lösung für den Arbeitsplatzverlust mitwirken sollen. Auch können sich 70% der befragten Unternehmen vorstellen, Mitarbeitende mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen weiter zu beschäftigen (24% sicher, 46% eventuell). Die Bereitschaft hängt aber von der Branche und der Grösse des Betriebs ab. Die Hälfte (50%) der Befragten kann sich auch eine Neueinstellung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorstellen.

Bei einer psychischen Erkrankung ist die Bereitschaft, eine Person zu beschäftigen gemäss Buess/Sidler (2026) jedoch deutlich niedriger als bei körperlichen Gebrechen. Arbeitgeber schrecken gemäss einer etwas älteren Studie auch davor zurück, Personen anzustellen, bei denen psychische Krankheiten in der Vergangenheit bekannt sind (Baer 2007). Sie würden zuerst eine unzuverlässige und wenig leistungsbereite Person anstellen oder in zweiter Linie Personen mit somatischen Krankheiten. Diese Untersuchung zeigte auch, dass die Möglichkeit einer «Probebeschäftigung» die Anstellungsbereitschaft stärker verbessern würde als auch hohe Lohnzuschüsse durch die IV. Dies deutet an, dass es den Arbeitgebern vor allem um Risikominimierung geht. Der IV-Arbeitsversuch hat dies dann auch umgesetzt. Ein Hintergrund für die eine geringe Bereitschaft zur Weiterbeschäftigung von Mitarbeitenden mit psychischen Problemen liegt in der Vorgeschichte: Erwerbstätige, die sich bei der IV anmelden, sind häufig schon über eine gewisse Dauer krankgeschrieben. Aus der umfangreichen Analyse von rund 2'000 Dossiers der SWICA Krankentaggeldversicherung (Baer et al. 2023) ist bekannt, dass Arbeitsunfähigkeiten aus psychischen Gründen zum einen lange dauern (Median = 5 Monate) und in 95% der Fälle Vollzeitgrad haben und zum anderen, dass diese in 57% der Fälle durch Arbeitsplatzkonflikte, Kränkungen oder Frustrationen ausgelöst werden. Sowohl der längere und komplette Kontaktabbruch zum Arbeitsumfeld als auch die häufigen Konfliktsituationen verringern die Bereitschaft der Arbeitgeber für die Weiterbeschäftigung. Hinzu kommt, dass im Team mit zunehmender Dauer der Absenz das Mitgefühl gegenüber der versicherten Person sinkt und der Ärger steigt (Baer et al. 2018b).

Gemäss der Umfrage von Buess/Sidler (2026) gaben jeweils rund 85% oder mehr der befragten Arbeitgeber als Grund für die Weiterbeschäftigung von Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung die Aufrechterhaltung von Fachkompetenzen, soziale Verantwortung, oder die persönliche Beziehung mit dem betroffenen Mitarbeitenden als zumindest eher wichtig an. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (54%) nannte auch die Einsparung der Kosten einer Neubesetzung. Guggisberg et al. (2015: 114-117) betonen (allerdings am Beispiel der Wiedereingliederung aus der Rente) gestützt auf Interviews mit Fachpersonen der IV, dass ein Entgegenkommen der Arbeitgeber essenziell ist. Die Vorgesetzten müssten «bereit sein, die entsprechenden Anpassungen [des Arbeitsplatzes] und den Zusatzaufwand für Betreuung etc. zu leisten» (Guggisberg et al. 2015: 114). Als Erfolgsfaktoren für die Eingliederung erwähnt die Studie umgekehrt u.a. auch die Bereitschaft der Eingliederungsfachpersonen der IV, als Ansprechpersonen auch der Arbeitgeber zur Verfügung

zu stehen und vor Ort präsent zu sein. Auch schaffe die Bereitschaft zu unkonventionellen und unbürokratischen Lösungen Goodwill beim Arbeitgeber.

Eine ebenfalls bereits ältere Evaluation der Arbeitsvermittlung in der IV (Guggisberg et al. 2008) konkretisiert die Relevanz eines engen und persönlichen Kontakts der Vermittlerinnen und Vermittler zum Arbeitgeber: Damit könnten Vorurteile und Vorbehalte (Stigma der behinderten Arbeitskraft, Image der IV als Rentenversicherung, als langsam und bürokratisch) sowie Ängste abgebaut und Vertrauen aufgebaut werden, ein niederschwelliger Austausch könne sich etablieren. Wichtig sind für den Vertrauensaufbau und letztlich den Eingliederungserfolg auch eine transparente Information über die Möglichkeiten und Grenzen der zu vermittelnden Person und ein sorgfältiges Profiling bei der Stellenbesetzung, so dass die vermittelte Person zur jeweiligen Stelle passt. Erleichtert wird die Orientierung an diesen Erfolgsfaktoren durch ein geeignetes Personalprofil der Arbeitsvermittlerinnen und -vermittler: hohe Flexibilität, Erfahrung in der Wirtschaft, Nähe zum Arbeitsmarkt und den Arbeitgebern und eine gewisse «Verkäufermentalität» (Guggisberg et al. 2008: 42). Eine Evaluation der Eidgenössischen Finanzkontrolle zur Umschulung empfiehlt passend zu diesen Befunden, die Arbeitsmarktkenntnisse als Grundlage für die Wahl der geeigneten Umschulung im Einzelfall zu stärken (EFK 2023: 36). Geisen et al. (2016) regen an, die fallunabhängigen Bemühungen der IV-Stelle zur Sensibilisierung der Arbeitgeber zu fördern.

Bei Baer et al. (2018a: 150) zeigt sich in Interviews mit versicherten Personen, welche Bedeutung diese dem Arbeitsumfeld zuschreiben: Sie bewerten die Bereitschaft der Arbeitgeber positiv, Anpassungen am Arbeitsplatz vorzunehmen und auf Vorschläge der IV einzugehen; sie schätzen auch die Bereitschaft, die versicherte Person trotz Problemen im Betrieb zu halten. Wichtig sind den Befragten auch eine gute Beziehung der versicherten Person zum Arbeitgeber sowie Transparenz der versicherten Person über ihre Beeinträchtigung.

Zusammenfassend zeigt sich somit eine grundsätzlich grosse Bereitschaft von Arbeitgebern, Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen weiter zu beschäftigen (oder neu einzustellen). Dabei gibt es jedoch Unterschiede nach Branche und Unternehmensgrösse. Die Bereitschaft zur Eingliederung ist jedoch bei psychischen Erkrankungen deutlich niedriger, was im Falle der Weiterbeschäftigung oft auch mit bestehenden Konflikten am Arbeitsplatz zusammenhängt. Umso anspruchsvoller ist somit vermutlich die Zusammenarbeit bei der Eingliederung. Eine erfolgreiche Eingliederung erfordert eine Bereitschaft des Arbeitgebers, den Arbeitsplatz entsprechend anzupassen und Zusatzaufwand auf sich zu nehmen. Umgekehrt müssen die IV-Fachpersonen dem Arbeitgeber zur Seite stehen und erkennen können, ob, und wenn ja, wie genau ein Arbeitsplatz so angepasst werden kann, damit eine Person mit bestimmten Beeinträchtigungen dort tätig sein kann.

2.4.2 Zusammenarbeit der IV mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten

Für die versicherten Personen ist eine gute Zusammenarbeit zwischen ihrer Eingliederungs- und ihren Behandlungsperson sehr wichtig. In der Befragung von Personen, denen eine IV-Massnahme zugesprochen wurde (Baer et al. 2018a), zeigt sich: Rund die Hälfte der Versicherten, die am Beginn von IV-Eingliederungsmassnahmen stehen, haben die Befürchtung, dass ihre Eingliederungs- und

Behandlungsperson die Situation unterschiedlich beurteilen. Und ebenfalls rund die Hälfte ist zuversichtlich, weil beide Akteure «am selben Strick ziehen» würden. Dies verdeutlicht, dass zum einen die Versicherten gut wahrnehmen, ob die für sie in dieser Phase wichtigsten Unterstützungspersonen ein gemeinsames Situationsverständnis haben oder nicht – und wie wichtig ein solches für sie ist. Gemäss der Studie schreibt die versicherte Person ausserdem in Fällen, in denen kein Gespräch zwischen den involvierten Akteuren stattgefunden hat, besonders häufig der Eingliederungsmassnahme keinen Nutzen oder eine gesundheitsschädigende Wirkung zu. Die psychisch erkrankte versicherte Person kann verunsichert werden, wenn die IV und der behandelnde Therapeut/die behandelnde Therapeutin zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen. Die Studie von Baer et al. (2018a) empfiehlt unter anderem als Standard bei der Eingliederung ein fundiertes Assessment der versicherten Person, das «gemeinsam mit den Behandelnden und weiteren wichtigen Akteuren (Arbeitgeber)» vor der Planung der Intervention durchgeführt wird.

Eine Befragung von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz (Baer et al. 2017a), die gemeinsam mit dem Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) durchgeführt wurde, zeigte einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Behandelnden, dass die IV-Stelle respektive die IV-Eingliederungsfachperson «hilfreich» interveniert, mit einem (aus psychiatrischer Sicht) erfolgreichen Fallverlauf. Gleichzeitig fühlen sich die Behandlungspersonen oft wenig ernstgenommen. Die Studie fasste zusammen: «Der Aufwand, den sie für die IV-Berichterstattung betreiben, zeigt keinen Zusammenhang mit der Akzeptanz der psychiatrischen Empfehlungen durch die IV. Dies ist ein potenziell problematisches, weil demotivierendes, Resultat. Gerade bei sehr fundierter und differenzierter Berichterstattung sollte die IV zumindest das Gespräch mit dem behandelnden Psychiater suchen und allfällige divergente Einschätzungen diskutieren. Meist ist allerdings die Haltung der IV-Stelle zu den eigenen Empfehlungen gar nicht bekannt. Dies liegt daran, dass die IV-Stelle in über 80% der Fälle keine Rücksprache mit den Berichterstattenden genommen hat. Insgesamt hat dennoch etwas mehr als die Hälfte der Psychiaterinnen und Psychiater den Eindruck, ihre Berichte seien für die IV allgemein oder für die Planung der Eingliederungsmassnahmen von Bedeutung. Es bleibt allerdings eine ähnlich grosse Gruppe von Behandelnden, die diesbezüglich (sehr) skeptisch ist. Umso wichtiger sind die eindeutigen Auskünfte der Psychiaterinnen und Psychiater, welche Massnahmen «stark» dazu beitragen würden, noch ausführlicher Bericht zu erstatten: Der routinemässige Einbezug ihrer Informationen in die Eingliederungsplanung, eine routinemässige Rücksprache mit ihnen, eine adäquate Abgeltung des Aufwandes und ein routinemässiger Einbezug in ein interdisziplinäres IV-Assessment. Das zeigt, dass hier das Engagement zugunsten der Rehabilitation des Patienten eine entscheidende Rolle spielt, und nicht nur monetäre Aspekte» (Baer et al 2017 a: XVIII-XIX).

Ein potenziell konflikthafte Feld ist die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit respektive der Funktionseinschränkungen durch die Psychiaterinnen und Psychiater: Diese wissen zwar theoretisch sehr präzise, welche psychiatrischen Beschwerdebilder typischerweise mit welchen Funktionseinschränkungen einhergehen – und wo diese an sich kaum beeinträchtigt sind. Bei den eigenen Patientinnen und Patienten nehmen sie jedoch deutlich häufiger (zwei- bis dreimal so häufig) erhebliche Einschränkungen wahr, als sie selbst theoretisch erwarten würden (Baer et al. 2017a). Dies mag einer

Beziehungsdynamik geschuldet sein, deren Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren nicht zu unterschätzen sind. Dies zeigt sich auch im Resultat, dass die Psychiaterinnen und Psychiater bei rund 40% ihrer erwerbstätigen Patientinnen und Patienten mit Arbeitsproblemen den Impuls haben, diese gegen eine «unfaire oder diskriminierende» Behandlung seitens IV schützen zu müssen.

Die Zusammenarbeit der IV mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten der versicherten Personen wurde von Bolliger/Féraud (2015) in einem Forschungsauftrag des BSV untersucht. Sie zeigen auf, dass das Verhältnis der beiden Zusammenarbeitspartner aus verschiedenen Gründen nicht *a priori* reibungslos und harmonisch sein muss. Zunächst weichen handlungsleitende Grundkonzepte der kurativen Medizin und der Versicherungsmedizin, resp. der IV in dreierlei Hinsicht voneinander ab: Während sich erstens die kurative Medizin dem bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell verpflichtet ist, orientiert sich die IV an einem bio-psychischen Modell und klammert soziale Aspekte bewusst aus. Die Medizin orientiert sich zweitens bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit (AUF) primär an der medizinischen AUF am angestammten Arbeitsplatz im realen Arbeitsmarkt, während sich die IV an einer medizinisch-ökonomische Erwerbsunfähigkeit bei angepasster Tätigkeit im theoretischen («ausgeglichenen», vgl. Art. 7 und 16 ATSG) Arbeitsmarkt orientiert. Drittens ist bei der IV der Beweisanspruch für die Arbeitsunfähigkeit höher: Sie orientiert sich strikter am Prinzip der Objektivierbarkeit der Befunde und Einschätzungen. Die Folgen sind potenziell unterschiedliche Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit und latente Konflikte zwischen dem Behandler oder der Behandlerin und der IV-Stelle, welche die Zusammenarbeit erschweren. Weitere Hürden der Zusammenarbeit können das jeweilige Verhältnis zur versicherten Person sein (Vertrauensverhältnis des oder der Behandelnden mit Heilungsziel vs. eine kritisch-hinterfragende Grundhaltung der IV mit Eingliederung «trotz Einschränkung»), die insgesamt geringe Relevanz der IV im Arbeitsalltag der Behandelnden (die meisten haben maximal einmal pro Monat mit der IV zu tun) und die fehlende Kontinuität der persönlichen Kontakte zwischen den fallführenden Personen der IV-Stelle und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Wie sich in Kapitel 3 zeigt, sollte hingegen inzwischen der rechtliche Rahmen dem Informationsaustausch zwischen IV-Stelle und dem oder der Behandelnden nicht mehr entgegenstehen.

In der Studie zeigt sich empirisch, dass die IV-Stellen eine gute Zusammenarbeit mit den Behandelnden in der Eingliederung zwar zumeist als wichtig erachten, dass sich diese aber nicht immer realisieren lässt. Eigenschaften der involvierten Personen und ihrer strukturellen Einbettung (Kultur der IV-Stelle; Praxis oder Klinik, Fachdisziplin, Grundhaltung, Arbeitsweise) sowie die Erfahrungen aus früheren Verfahren beeinflussen das Gelingen, und die oben genannten erschwerenden Rahmenbedingungen wirken sich im Alltag durchaus aus. So kommen Ärzteschaft und IV-Mitarbeitende (inkl. RAD) beispielsweise teils zu unterschiedlichen Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit, haben Ärztinnen und Ärzte teils ein mangelndes Wissen über die IV, es fehlt an direkter Kommunikation und Information und es besteht ein gegenseitiges Unverständnis über lange Wartezeiten auf Arztberichte, resp. lange Verfahrensdauern.

Die IV-Stellen sehen die Behandelnden als Informationsquellen, hoffen aber auch darauf, dass diese gegenüber der versicherten Person am gleichen Strick ziehen wie die IV-Stelle. Die

Behandelnden erwarten umgekehrt, dass die IV-Stelle ihren Bedenken Rechnung trägt und das Verfahren und ihre Massnahmen mit dem Behandlungsplan koordiniert.

Zur Zusammenarbeit bei der Planung und Durchführung flankierender medizinischer Massnahmen gibt es spezifische Erkenntnisse. Wie sich in der Studie von Bolliger et al. (2020) zeigte, erleben die IV-Stellen den Einbezug des oder der Behandelnden bei medizinischen Behandlungen flankierend zur Eingliederung als anspruchsvoll, aber wichtig. Er/sie kann der IV-Stelle Informationen liefern oder auch der versicherten Person eine notwendige Behandlung erklären. Auch eine relativ enge Kontrolle von psychiatrisch-psychologischen Therapien via Behandelnde bezeichnen die Eingliederungsfachpersonen als wichtig. Gleichwohl ist der Einbezug der Ärztin/des Arztes gemäss dieser Studie eher schwach, wenn die IV flankierend zu einer Eingliederungsmassnahme z.B. eine Psychotherapie als Schadenminderungsmassnahme auferlegt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Eingliederungsbereitschaft der versicherten Person steigt, wenn Behandelnde und IV zu einer ähnlichen Einschätzung bezüglich der Eingliederung kommen und «am selben Strick ziehen». Doch ist eine Einigkeit zwischen diesen beiden Akteuren etwa über die Arbeitsfähigkeit keineswegs gesichert, auch fehlt es an einem genügenden Informationsaustausch und Behandelnde fühlen sich aber noch relativ oft nicht ernst genommen oder sie wissen nicht, was die IV mit ihren Empfehlungen macht. Auch bei medizinischen Massnahmen zur Schadenminderung sind sie eher schwach einbezogen.

2.4.3 Zusammenarbeit zwischen Arbeitgebern und Behandelnden

Die Haltung von Arbeitgebern gegenüber den psychiatrischen Behandlungspersonen sind ambivalent: Zum einen zeigte sich in Untersuchungen mehrfach, dass sie in Situationen mit psychisch belasteten/kranken Mitarbeitenden eher selten den Kontakt zur Behandlungsperson aktiv suchen – in maximal 20% der Fälle (Baer et al. 2017b). Insgesamt gibt zudem nur jeder fünfte Vorgesetzte an, in seiner gesamten Laufbahn jemals von einer psychiatrischen Behandlungsperson unterstützt worden zu sein. Auf der anderen Seite wären Arbeitgeber vor allem bei psychisch erkrankten Mitarbeitenden besonders froh um einen Kontakt zur Behandlungsperson (weil sie selbst meist überfordert sind). Diesen Kontakt suchen sie aber eben selbst nur selten – sie berichten aber auch, dass sie von den Behandlungspersonen kaum je kontaktiert werden.

Auch gemäss einer neueren Studie nehmen nur knapp ein Viertel der Arbeitgeber Kontakt mit der Ärzteschaft auf, wenn ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin über mehrere Wochen oder länger arbeitsunfähig ist. Die Nicht-Kontaktaufnahme begründen 40% der Unternehmen mit einem guten Vertrauensverhältnis zum Mitarbeitenden, knapp ein Drittel ist der Ansicht, dass sie dies aus Datenschutzgründen nicht tun dürfen und knapp 12% sehen darin keinen Sinn oder scheuen den zu grossen Aufwand (Compasso 2024: 8). Diese Studie bezieht sich nicht spezifisch auf psychische Erkrankungen.

Eine Befragung von Arbeitgebern im Kanton Bern (Baer et al. 2017c) weist darauf hin, dass das Kündigungsrisiko bei psychisch erkrankten Mitarbeitenden deutlich gesenkt wird, wenn Ärzte und Ärztinnen den Arbeitgebern ihre «aktive Hilfe» – statt lediglich Informationen – bei der

Bewältigung der Problemsituation anbieten würden. Das deutet an, dass die *Beziehung* zwischen Behandelnden und Arbeitgebern entscheidend ist. Dass eine konstruktive Beziehung nicht so einfach zu erreichen ist, verdeutlicht wiederum die Befragung von Baer et al. (2017a): So beschreiben in dieser Befragung Psychiaterinnen und Psychiater oft eine kritische Wahrnehmung der Arbeitgeber ihrer Patientinnen und Patienten. Sie bemängeln eine mangelnde Anerkennung und Wertschätzung oder sogar «Mobbing»; die Studie stellt bei den Behandelnden umgekehrt einen «Schutzimpuls» fest, ohne dass diese das konkrete Arbeitsumfeld konkret kennen: Bei drei von vier psychiatrischen Patienten oder Patientinnen mit Arbeitsproblemen gehen die Behandelnden davon aus, dass die Patienten vom Arbeitgeber «unfair oder diskriminierend» behandelt werden.

Der Hauptgrund für die sehr häufige negative Wahrnehmung der Arbeitgeber liegt wohl darin, dass die Behandlungspersonen selten einen Kontakt zum Arbeitgeber haben und die Problemschilderungen nur aus Sicht der Patienten, resp. Patientinnen kennen. Da es sich häufig auch um konflikt-hafte Arbeitssituationen handelt, ist eine derart einseitige Informationsbasis meist nicht ausreichend. Dies zeigt sich auch im Rahmen der Krankschreibungsverläufe: In den Arztberichten der Behandlungspersonen sind manchmal zwar Informationen anderer Ärzte erwähnt, aber nahezu nie Auskünfte von Arbeitgebern (Baer et al., 2023).

Zusammenfassend zeigt sich in der Forschung, dass auch bei längeren krankheitsbedingten Abwesenheiten nur in der Minderheit der Fälle ein direkter Kontakt zwischen Arbeitgeber und Ärzteschaft zustande kommt, obwohl dies potenziell das Kündigungsrisiko senken könnte.

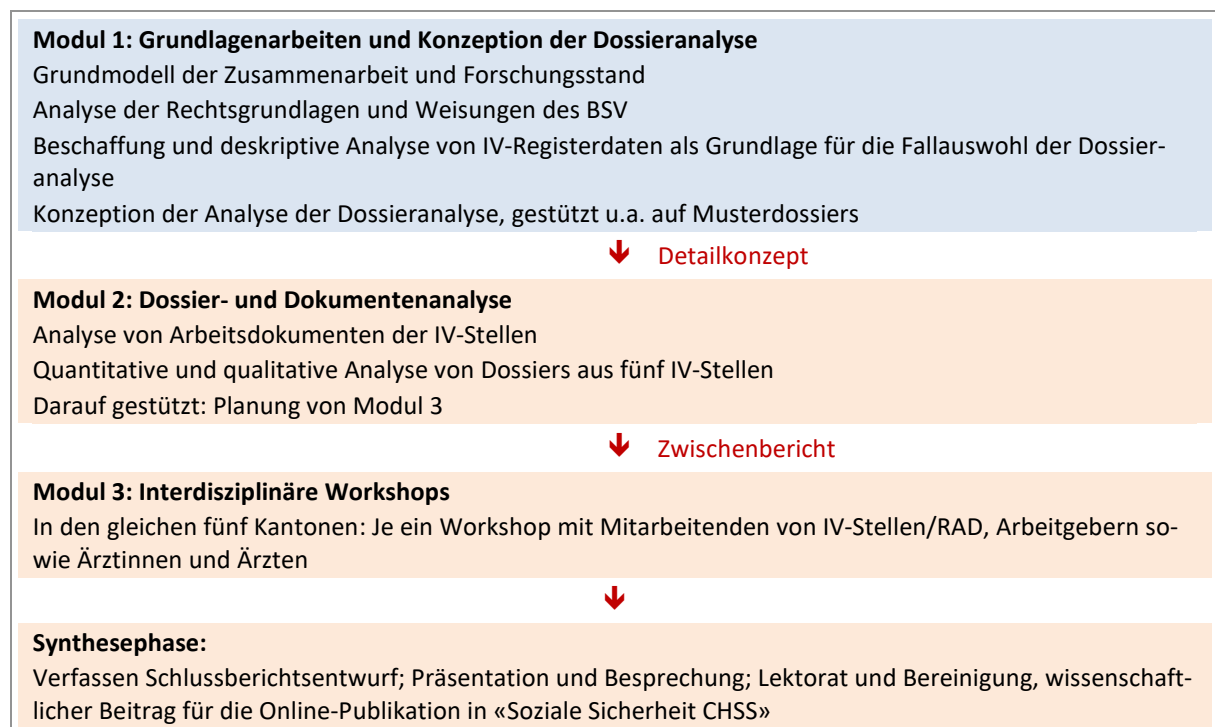
2.5 Erhebungen und Ablauf der Evaluation

Die nachfolgende Tabelle 1 gibt einen Überblick über die durchgeführten Erhebungen und ihren Beitrag zur Beantwortung der Evaluationsfragen. Nähere Hinweise zum methodischen Vorgehen werden jeweils in den entsprechenden empirischen Kapiteln der Untersuchung gegeben. Das Projekt wurde von einer Begleitgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern des BSV, der IV-Stellen, der Arbeitgeber und der Ärzteschaft begleitet. Diese konnte zum Detailkonzept, zum Zwischenbericht und zum Entwurf des Schlussberichts Stellung nehmen.

Abbildung 4 gibt einen Überblick über den Ablauf der Evaluation. Im ersten Modul wurde ein Detailkonzept erarbeitet. Hier wurden die quantitative und qualitative Dossieranalyse einschliesslich deren Fallauswahl konzipiert. Hierzu wurde ein Analyseraster entwickelt sowie ein Vorschlag für die zu berücksichtigenden fünf IV-Stellen und der zu analysierenden Dossiers erarbeitet. Ebenfalls wurde die themenrelevante Forschung aufgearbeitet und die gesetzlichen Grundlagen und Weisungen des BSV zur Zusammenarbeit analysiert. Darauf basierend wurden im zweiten Modul die quantitative und qualitative Dossieranalyse und die Analyse der Arbeitsdokumente der IV-Stellen durchgeführt und in einem Zwischenbericht erste Erkenntnisse dargelegt. Im dritten Modul wurde in jedem der fünf ausgewählten Kantone ein interdisziplinärer Workshop mit Mitarbeitenden der IV-Stellen und der RAD, sowie Vertreterinnen und Vertretern der Arbeitgeber sowie der Ärzteschaft durchgeführt. Parallel erfolgten vertiefenden Auswertungen der Dossiers. Im abschliessenden Modul wurde der Schlussbericht entworfen, besprochen und danach überarbeitet.

Tabelle 1: Informationsbedarf, Datenquellen und Erhebungsmethoden

Informationsbedarf	Datenquellen/Erhebungsmethoden
<i>Grundlagen und Rahmenbedingungen</i>	
- Gesetzliche Grundlagen und Weisungen des BSV (nationales Soll)	Analyse der gesetzlichen Grundlagen und der Weisungen des BSV
- Weisungen und Prozesse der IV-Stellen	Analyse von internen Dokumenten der IV-Stellen
- Tatsächliche, praktische Zusammenarbeit	Quantitative und qualitative Dossieranalyse
<i>Zusammenarbeitsformen und -inhalte</i>	
Detaillierte Erhebung der Formen, Inhalte und Instrumente der bilateralen und trilateralen Zusammenarbeit	Quantitative und qualitative Dossieranalyse ergänzend: Workshops
<i>Wissen und Perspektiven der Akteure</i>	
- Wissen und Perspektiven der Akteure	Quantitative und qualitative Dossieranalyse
- Einbezug der versicherten Person und ihrer Perspektive	Ergänzend: Workshops
<i>Rolleninterpretation und Verständnis der Zusammenarbeit</i>	
Selbst und Fremdzuschreibung der Rollen und Aufgaben sowie verfolgte Ziele der Zusammenarbeit	Quantitative und qualitative Dossieranalyse Ergänzend: Workshops
<i>Umsetzung der neuen Bestimmungen</i>	
Wie setzen die IV-Stellen die neu eingeführten Massnahmen der WE-IV um? Auswirkungen auf Zusammenarbeit	Analyse von Dokumenten der IV-Stellen Workshops
<i>Einflussfaktoren und Verbesserungspotenziale</i>	
Förderliche und hinderliche Faktoren der Zusammenarbeit (F14), Verbesserungspotenziale (F15) aus Sicht der Akteure	Workshops; Eigene Überlegungen basierend auf allen Informationsquellen

Abbildung 4: Überblick über das Vorgehen der Evaluation

3 Zusammenarbeit gemäss den gesetzlichen Grundlagen und den Weisungen des BSV

In diesem Kapitel wird dargestellt, wie die Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle, Arbeitgeber und Ärzteschaft in den gesetzlichen Grundlagen (ATSG, IVG, IVV) und in den Weisungen des BSV geregelt ist. Die in Tabelle 2 aufgeführten Erlasse wurden hierzu nach Hinweisen auf die Zusammenarbeit durchgearbeitet. Zuerst wird auf die Rechtsgrundlagen eingegangen, welche die Akteure zur Zusammenarbeit ermächtigen und verpflichten. In den weiteren Abschnitten wird die Zusammenarbeit entlang den drei Etappen Abklärung, Planung und Durchführung und Überwachung der Eingliederung beschrieben. Ein separater Abschnitt ist der Rolle des RAD und des oder der Job Coach gewidmet.

Tabelle 2: Ausgewertete Rechtsgrundlagen zur Zusammenarbeit in der IV

Abk.	Erlassbezeichnung
ATSG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) (Stand am 1. Januar 2024)
ATSV	Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV; SR 830.11) (Stand am 1. Januar 2024)
IVG	Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20; Stand am 1.1.2025)
IVV	Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) (Stand am 1.1.2025)
KSVI	Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (Gültig ab 1. Januar 2022; Stand am 1. Januar 2024)
KSBEM	Kreisschreiben über die beruflichen Eingliederungsmassnahmen in der Invalidenversicherung (Gültig ab 01.01.2022; Stand am 01.07.2024)
KSFF	Kreisschreiben über die Fallführung in der Invalidenversicherung (Gültig ab 01.01.2022; Stand am 01.07.2024)

3.1 Ermächtigung und Verpflichtung zur Zusammenarbeit

Verschiedene Normen auf Gesetzesstufe ermächtigen und verpflichten die IV-Stelle, die Behandelnden und die Arbeitgeber zur Zusammenarbeit und Informationsaustausch, wobei die Lieferung von Informationen an die IV-Stelle im Vordergrund steht.

Arbeitgeber und Behandelnde sind bei der Leistungsabklärung zur Auskunft verpflichtet:

Art. 28 Abs. 3 ATSG verpflichtet die versicherte Person, den Arbeitgeber und den Behandler oder die Behandlerin zu ermächtigen, die für die Abklärung des Leistungsanspruchs erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Arbeitgeber und Behandelnde werden zur Auskunft verpflichtet. Art. 6a Abs. 1 des IVG regelt für die Invalidenversicherung speziell, dass die versicherte Person mit der Anmeldung alle in der Anmeldung erwähnten Arbeitgeber und behandelnden Ärztinnen und Ärzte

verpflichtet, den Organen der IV alle erforderlichen Auskünfte für die Abklärung des Leistungsanspruchs zu erteilen und auch die hierzu notwendigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Abs. 2 verpflichtet auch Arbeitgeber und Behandelnde, die nicht in der Anmeldung erwähnt sind, zur Auskunft auf Anfrage. Die IV-Stelle muss die versicherte Person über den Kontakt mit diesen informieren. Arbeitgeber und Behandelnde sind somit zur Auskunft in der Abklärungsphase verpflichtet, und auch die versicherte Person kann sich dem nicht entgegenstellen. Sie muss der IV-Stelle u.a. auch Auskunft über ihre berufliche und arbeitsmarktliche Situation und über ihre behandelnden Ärzte geben (Rz. 3014 KSVI).

IV-Stelle darf dem oder der Behandelnden eingliederungsrelevante Daten bekannt geben und muss ihn nach Bedarf informieren: die IV-Stelle untersteht zwar grundsätzlich der Schweigepflicht nach Art. 33 ATSG. Gestützt auf eine hinreichend bestimmte rechtliche Grundlage darf sie jedoch die für den angegebenen Zweck erforderlichen Daten weitergeben (Rz. 3036 KSVI). Mit der WE IV hat der Gesetzgeber in Art. 66a Bst. c^{bis} IVG eine Ausnahme zur Schweigepflicht der Durchführungsstellen nach Art. 33 ATSG statuiert: Er erlaubt den Organen der IV-Stelle, den Behandelnden Daten bekanntzugeben, sofern diese dazu dienen, die für die versicherte Person geeigneten Eingliederungsmassnahmen zu ermitteln. Die IV-Stelle darf dabei den Behandelnden Auskünfte erteilen und Unterlagen übermitteln (Rz. 3029 KSVI). Der Datenaustausch kann im Einzelfall mündlich erfolgen. Gemäss den Kreisschreiben sind die Behandelnden bedarfsweise über die Eingliederungsbemühungen (Rz. 3019 KSVI), resp. das Vorgehen und über Leistungssprachen auf dem Laufenden zu halten (Rz. 1039 KSFF).

IV-Stelle darf dem Arbeitgeber eingliederungsrelevante Daten bekannt geben: Die IV - Stelle darf dem Arbeitgeber Angaben über die versicherte Person – einschliesslich der Auswirkungen der Behinderung sowie das Ergebnis ihrer bisherigen Abklärungen und Beratungen machen, welche für die Vermittlung des Arbeitsplatzes notwendig sind (Art. 50a Abs. 1 Bst. b AHVG¹⁶ in Verbindung mit Art. 66 IVG; Rz. 3027 KSVI).

Generelle Mitwirkungspflicht des Arbeitgebers: Diese fordert der Gesetzgeber sowohl im ATSG als auch im IVG ein: Art. 28 Abs. 1 ATSG verpflichtet in allgemeiner Weise die versicherte Person und ihren Arbeitgeber, beim Vollzug der Sozialversicherungsgesetze unentgeltlich mitzuwirken. Gemäss Art. 7c IVG arbeitet der Arbeitgeber «aktiv mit der IV-Stelle zusammen. Er wirkt bei der Herbeiführung einer angemessenen Lösung im Rahmen des Zumutbaren mit.» Was diese Zusammenarbeit und Mitwirkung umfasst, wird nicht genauer umschrieben. Gemäss Murer (2014: 357, Rz. 8) wird damit dem Arbeitgeber keine Rechtspflicht auferlegt, er kann also nicht zu bestimmten Handlungen gezwungen werden.

IV-Stelle muss relevante Akteure im ganzen Abklärungsprozess einbeziehen: Art. 57 Abs. 1 IVG konkretisiert die Rolle und Aufgaben der IV-Stelle in der Zusammenarbeit im ganzen Eingliederungsprozess etwas genauer: Sie klärt jeweils «unter Einbezug der relevanten Akteure» die Eingliederungsfähigkeit ab (Bst. e), bestimmt die Eingliederungsmassnahme und überwacht diese

¹⁶ Bundesgesetz vom 20. September 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10).

(Bst. f). Die Fallführung durch die IV-Stelle umfasst u.a. die interne und externe Koordination mit den betroffenen Stellen und Personen (Art. 41a Abs. 2 Bst. d IVV).

IV-Stelle muss versicherte Person und Arbeitgeber beraten und begleiten: Ebenfalls berät und begleitet die IV-Stelle die versicherte Person und den Arbeitgeber während der Eingliederung, bei der Prüfung einer Wiederholung der Massnahme sowie bei der Anpassung des Eingliederungsziels, wenn die Massnahme abgebrochen wird (Art. 57 Abs. 1 Bst. f IVG). Beratung und Begleitung der versicherten Person und des Arbeitgebers während einer zugesprochenen Massnahme und bei Bedarf drei Jahre darüber hinaus ist eine Aufgabe der IV-Stelle und zählt gleichzeitig zu den beruflichen Eingliederungsmassnahmen (Art. 14^{quater} IVG, vgl. Abschnitt 3.2.4).

Beschränkte Auskunftserteilung in der Früherfassung: Weil die Ermächtigung des Arbeitgebers und der Behandelnden erst mit der Anmeldung durch die versicherte Person erfolgt, besteht diese in der Früherfassung noch nicht. Die IV-Stelle fordert die versicherte Person auf, eine Ermächtigung zum Einholen von Auskünften im Rahmen der Früherfassung zu erteilen (Art. 3c Abs. 3 IVG). Wenn die versicherte Person dies nicht tut, kann der RAD die erforderlichen Auskünfte beim Behandler, resp. der Behandlerin einholen (Art. 3c Abs. 4 IVG). Dieser, resp. diese ist von der Schweigepflicht entbunden. Der Arbeitgeber kann indes ohne explizite Ermächtigung der versicherten Person nicht einbezogen werden. Wenn Massnahmen der Frühintervention angezeigt sind, muss die IV-Stelle den Arbeitgeber informieren, sofern die Früherfassungsmeldung von ihm stammt (Art. 3c Abs. 5 IVG). Der meldende Arbeitgeber muss im Übrigen die versicherte Person über seine Meldung vorinformieren (Art. 3b Abs. 3 IVG).

IV-Stelle ist zur Aktenführung und Dokumentation mündlicher Auskünfte verpflichtet: Nach Art. 46 ATSG muss der Versicherungsträger und somit die IV-Stelle alle Unterlagen, die massgeblich sein können, systematisch erfassen. Art. 43 Abs. 1 ATSG verpflichtet die IV-Stelle, mündlich erteilte Auskünfte schriftlich festzuhalten. Rz. 3014 KSVI präzisiert, dass mündlich oder telefonisch eingeholte Auskünfte entweder von der Auskunft erteilenden Stelle schriftlich bestätigt werden müssen (falls sie von entscheidender Bedeutung sein können), oder schriftlich in den Akten festzuhalten sind (vgl. auch Rz. 1014 KSFF). Rz. 3051 KSVI präzisiert dies betreffend medizinische Auskünfte der Behandelnden unter Verweis auf Rz. 6026 KSVI: Diese Bestimmung, die sich auf die mündliche Anhörung der versicherten Person im Vorbescheidverfahren bezieht, verlangt von der IV-Stelle ein summarisches von der versicherten Person zu unterzeichnendes Protokoll. Auch sind die geplanten Eingliederungsmassnahmen festzuhalten, inkl. Eingliederungsplan, Zielvereinbarungen, Behandlungsplan etc. (Rz. 1024 KSFF). Weder die Gesetzesgrundlagen noch die Vollzugserlasse halten explizit fest, ob sich die Dokumentationspflicht auch auf Auskünfte erstreckt, welche die IV-Stellen Dritten erteilt.

3.2 Zusammenarbeit entlang des Eingliederungsprozesses

3.2.1 Eingliederungsorientierte Beratung und Früherfassung

Bereits im Zeitraum vor der Anmeldung aber auch unabhängig davon sieht das IVG zwei Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und Arbeitgeber resp. Behandelnden vor:

- Eingliederungsorientierte Beratung nach Art. 3a IVG: Gemäss dieser Bestimmung kann die IV-Stelle einer versicherten Person, ihrem Arbeitgeber oder auch ihren Behandelnden auf Ersuchen unabhängig von einer Früherfassungsmeldung oder Anmeldung eingliederungsorientierte Beratung in Form von allgemeinen Informationen gewähren (Auftrag und Leistungen der IV, Umgang mit Erkrankung am Arbeitsplatz, über die Meldung zur FE oder die Anmeldung (Einleitung und Rz. 0401 KSBEM). Da es sich zu diesem Zeitpunkt im Normalfall noch nicht um einen der IV bekannten Fall handelt und somit noch kein Dossier vorliegt, wird diese Form der Zusammenarbeit in der vorliegenden Untersuchung nicht beleuchtet (vgl. Abschnitt 2.1).
- Früherfassung nach Art. 3a^{bis}, 3b und 3c IVG: Mit der Früherfassung kann die IV-Stelle frühzeitig prüfen, ob bei Erwachsenen mit einer (drohenden) Arbeitsunfähigkeit eine Anmeldung zum Leistungsbezug der IV angezeigt ist oder nicht. Neben der versicherten Person und weiteren Akteuren sind auch Behandelnde und Arbeitgeber (sofern sie die versicherte Person darüber informiert haben) zu einer solchen Meldung zur Früherfassung ermächtigt. Bereits das Meldeformular enthält Informationen zur Arbeitssituation (letzte Stelle) und zur gesundheitlichen Situation. Während der Früherfassung kann die IV-Stelle oder der RAD im Rahmen der oben beschriebenen Ermächtigungen auch Informationen von Arbeitgeber und Behandelnden einholen. Sie kann neben der versicherten Person auch den Arbeitgeber informieren, ob Frühinterventionsmassnahmen angezeigt sind, sofern die Früherfassungsmeldung von diesem stammt (Art. 3c Abs. 5 IVG).

3.2.2 Abklärung/Bestandesaufnahme nach IV-Anmeldung

Einholen von Berichten

Zum konkreten Ablauf der Zusammenarbeit mit Behandelnden und Arbeitgeber im Rahmen der Abklärung des Leistungsanspruchs enthalten das ATSG und das IVG neben den oben beschriebenen Regeln zur Ermächtigung und Verpflichtung kaum konkretisierende Bestimmungen. Einzige Ausnahme bildet Art. 29 ATSG: Er verpflichtet die IV-Stelle, zur Anmeldung und zur Abklärung des Leistungsanspruchs Formulare abzugeben, die vom Arbeitgeber und allenfalls auch dem oder der Behandelnden ausgefüllt werden müssen.

Gemeint sind im Kontext der IV die Formulare «Arztbericht: Berufliche Integration/Rente» sowie der «Fragebogen für Arbeitgebende: Berufliche Integration/Rente». Der Arztbericht enthält insbesondere Fragen zur medizinischen Situation inkl. Vorgeschichte, zur beruflichen Situation inkl. funktioneller Einschränkungen und Ressourcen und zum Eingliederungspotenzial. Die IV-Stelle

ist angehalten, nur jene Informationen abzufragen, die sie nicht schon besitzt (Rz. 3052 KSVI). Der Arbeitgeberfragebogen enthält Angaben zur Firma, zum Beschäftigungsverhältnis, zur aktuellen Tätigkeit (Arbeitsplatzbeschreibung), zu Umplatzierungsmöglichkeiten im eigenen Betrieb, zu Lohn und Lohnersatzleistungen sowie zu Absenzen der versicherten Person.¹⁷ Das Anmeldeformular der versicherten Person enthält neben Angaben zur beruflichen und gesundheitlichen Situation auch die vom Gesetzgeber geforderte Ermächtigungserklärung zum Einholen von Auskünften.

Weiterer Austausch mit dem Arbeitgeber und den Behandelnden

Die IV-Stelle muss im Rahmen der Bestandesaufnahme (Begriff gemäss Art. 41a IVV; Rz. 1008 ff. KSFF) sicherstellen, dass neben den Formularberichten auch die weiteren schriftlichen Informationen wie Berichte von Spitälern, der Behandlungsplan der involvierten Medizinalpersonen etc. im Dossier sind und gewürdigt werden (Rz. 1013 KSFF).

Ein mündlicher Austausch ist im Eingliederungsverfahren ausdrücklich erwünscht. Die Ergänzung vorhandener Abklärungsergebnisse soll vorzugsweise mit zielgerichteten fallspezifischen Fragen erfolgen: «Solche Zwischeninformationen sind vermehrt rasch und formlos, anstelle automatisiert mittels standardisierter Fragebögen bei den beteiligten Dritten einzuholen» (Rz. 1013 KSFF). Auch das KSVI betont die Mündlichkeit in der Eingliederung bei beiden Informationslieferanten. Im Rahmen der Eingliederung soll der Kontakt mit dem Arbeitgeber «unkompliziert und grundsätzlich mündlich» erfolgen (Rz. 3017 KSVI). Auskünfte der Behandelnden über den Gesundheitszustand und die vorhandenen Ressourcen holt die IV-Stelle ausser via Arztbericht auch mittels eines Gesprächs oder über bereits bestehende medizinische Unterlagen ein (Rz. 3018 und 3051 KSVI).

Für die versicherte Person gilt derweil die Mitwirkungspflicht nach Art. 28 ATSG sowie Art. 7 und 7a IVG: Sie muss sich allen zumutbaren medizinischen sowie fachlichen Abklärungsmassnahmen unterziehen (vgl. auch Rz. 5001 KSVI).

Spezifische Vorgaben zum Austausch mit den Behandelnden

Zum Informationsaustausch mit den Behandelnden bestehen in der Abklärungsphase weitere Vorgaben: Die IV-Stelle kann spezifische Fragen zum Einzelfall stellen (Rz. 3051 KSVI). Die IV-Stelle muss auch entscheiden, ob sie Informationen oder Untersuchungen weiterer Behandelnden benötigt (Rz. 3054 KSVI). Dem Behandlungsplan kommt eine wichtige Rolle zu. Dieser enthält «neben den laufenden und geplanten medizinischen Behandlungen und Massnahmen auch Prognosen und die Entwicklung des Gesundheitszustandes (...) [und] dient nicht nur für die Vorgehensplanung, sondern auch der Begleitung und Überwachung der zugesprochenen Massnahmen» (Rz. 1015 KSFF). In diesem Zusammenhang ist an die Neuerung der WE IV zu erinnern, wonach der RAD bei der Ermittlung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr nur die quantitative Leistungsfähigkeit

¹⁷ Alle Standardformulare und -Berichte der IV sind hier abrufbar: <https://www.ahv-iv.ch/de/Formulare/Formulare/Leistungen-der-IV#d-622>; 5.8.2026

(Präsenzzeit), sondern auch die qualitative Leistungsfähigkeit beurteilen muss (Belastungslimiten, qualitative Einschränkungen, Verlangsamung, Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV¹⁸).

Die IV-Stelle hat beim Einholen der Informationen bei der Behandlerin oder beim Behandler wie in Abschnitt 3.1 beschrieben auch eine Bringschuld (Art. 66a Bst. c^{bis} IVG): Sie beschreibt der Behandlungsperson die Situation der versicherten Person sowie das Ziel und den Zweck der Informationseinholung und den Verfahrensstand (hier: Eingliederung). «In der Regel» stellt die IV-Stelle der Behandlungsperson auch die Arbeitsplatzbeschreibung zur Verfügung, die sie vom Arbeitgeber eingeholt oder mit der versicherten Person erstellt hat (Rz. 3053 KSVI).

3.2.3 Planung von Massnahmen

Das IVG äussert sich zum Einbezug des Arbeitgebers in die Planung von Eingliederungsmassnahmen eher in allgemeiner Weise. So ist der Arbeitgeber gemäss Art. 7c IVG gefordert: Er arbeitet mit der IV-Stelle aktiv zusammen, und er «wirkt bei der Herbeiführung einer angemessenen Lösung im Rahmen des Zumutbaren mit» (vgl. Abschnitt 3.1 zur generellen Mitwirkungspflicht des Arbeitgebers). Diese Formulierung dürfte auch die Planung der Eingliederungsmassnahmen umfassen, präzisiert jedoch die dem Arbeitgeber zumutbare Mitwirkung nicht näher (vgl. auch Murer 2014: 358). Ähnlich allgemein verpflichtet Art. 57 Abs. 1 Bst. f die IV-Stelle zur Bestimmung der Eingliederungsmassnahmen «unter Einbezug der relevanten Akteure», womit auch die Behandelnden und Arbeitgeber gemeint sind (Neuerung gemäss der WE IV, vgl. BBl 2017 2671). Diese Akteure sind auch einzubeziehen, wenn geprüft wird, ob eine Massnahme zu wiederholen ist und bei der Anpassung des Eingliederungsziels bei Abbruch der Massnahme sowie (während der Eingliederung generell). Im Übrigen hat seit der WE IV gemäss Art. 14^{quater} IVG der Arbeitgeber Anspruch auf Beratung und Begleitung, sobald die IV-Stelle feststellt, dass eine berufliche Eingliederungsmassnahme (oder die Rentenprüfung) angezeigt ist, und somit auch in der Planungsphase der Massnahme (zu Beratung und Begleitung nach Art. 14^{quater} IVG vgl. Abschnitt 3.2.4).

Im Rahmen ihrer Informationspflichten ist die IV-Stelle auch gehalten, involvierte Dritte (und damit auch den Arbeitgeber und die Behandelnden) über das Vorgehen, geplante Leistungen, Ergebnisse sowie positive und negative Leistungsentscheide (Rz. 1039, 1042 KSFF) zu informieren.

In den Kreisschreiben finden sich bei der Planung von Eingliederungsmassnahmen folgende konkretisierende Hinweise zur Zusammenarbeit der IV-Stelle mit dem Arbeitgeber und den Behandelnden:

- **Koordination durch die IV-Stelle insb. mit Behandelnden:** Im Rahmen der Fallführung ist die IV-Stelle zur Koordination mit den betroffenen Stellen verpflichtet (Art. 41a Abs. 2 Bst. d IVV, vgl. auch Rz. 1036 -1042 KSFF). Es ist an der IV-Stelle zu prüfen, welche Akteure in der jeweiligen Verfahrensphase einzubeziehen sind. Sie muss auch

¹⁸ Diese Bestimmung bezieht sich zwar erst auf die Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit bei der Bemessung des IV-Grads in der Rentenprüfung. Doch die Ressourcen und Limiten der versicherten Person zu erheben, ist auch bereits im Rahmen der Eingliederung relevant.

sicherstellen, dass alle Personen über wichtige Entscheide informiert sind, und sie muss dort die nötigen Rückfragen stellen. Betont wird die Zusammenarbeit mit dem oder der Behandelnden, damit Massnahmen der IV und medizinische Behandlungen bestmöglich zusammenspielen und Informationen wie z.B. der Behandlungsplan (vgl. Abschnitt zur Abklärung, Unterabschnitt «Spezifische Vorgaben zum Austausch mit den Behandelnden») fortlaufend aktualisiert werden können. Bei der Zusammenarbeit mit den Behandelnden ist auch die Vergütung geregelt (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 448¹⁹).

- **Medizinische Behandlungen zur Schadenminderung:** Zur Planung medizinischer Behandlungen im Rahmen der Schadenminderungspflicht muss die IV-Stelle den RAD, aber auch den Behandelnden, resp. die Behandelnde «in geeigneter Weise» einbeziehen, um (1) den notwendigen gegenseitigen Informationsaustausch sicher zu stellen, (2) die Durchführung der Behandlung bestmöglich zu unterstützen und (3) eine entsprechend adäquate ärztliche Behandlung zu gewährleisten. Welche konkreten Behandlungsmethoden indiziert und zumutbar sind, hat dabei «der Facharzt» zu bestimmen (Rz. 5036, 5038 KSVI). Was der Einbezug des oder der Behandelnden «in geeigneter Weise» des Weiteren bedeuten soll, ist nicht näher umschrieben.
- **Zielvereinbarungen bei vorgesehener Eingliederungsmassnahme:** Bei einigen Eingliederungsmassnahmen sind gemäss KSBEM Zielvereinbarungen vorgesehen, die von allen Beteiligten zu unterzeichnen sind. Dies sind bei Eingliederungsmassnahmen im ersten Arbeitsmarkt neben der IV-Stelle und der versicherten Person auch der Arbeitgeber. Prinzipiell könnten auch Behandelnde mitgemeint sein, z.B. wenn die Massnahme von einer medizinischen Massnahme zur Schadenminderung begleitet wird; dies wird jedoch nicht erwähnt. Die Zielvereinbarungen regeln diverse für die einzelne Massnahme relevante Modalitäten wie neben den Zielen auch die Fragestellung, die Aufgaben, den Umfang, die Dauer, und bei den meisten Massnahmen auch die Rollen der versicherten Person, der IV-Stelle und des Leistungserbringers oder Arbeitgebers (vgl. beispielhaft Rz. 0911 KSBEM für die Coaching-Leistung oder Rz. 1520 KSBEM für Integrationsmassnahmen bei Erwachsenen). Vorgesehen sind Zielvereinbarungen gemäss KSBEM bei folgenden Massnahmen:
 - Coaching-Leistung im Rahmen der Frühintervention nach Art. 7d Abs. 2 Bst. g IVG (Beratung und Begleitung und Suche Einsatzplatz)
 - Coaching-Leistung während einer Eingliederungsmassnahme im Rahmen von Beratung und Begleitung nach Art. 14^{quater} IVG)
 - Integrationsmassnahmen nach Art. 14a IVG (Arbeit zur Zeitüberbrückung, Aufbautraining, Arbeitstraining²⁰). Zu den Integrationsmassnahmen «im Betrieb» hält

¹⁹ IV-Rundschreiben 448 vom 4. Dezember 2024: Kostenvergütung von Dienstleistungen der Ärzteschaft sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Rahmen der Eingliederung; siehe auch die Hinweise zur Vergütung von ärztlichen Berichten gemäss TARDOC unter <https://www.iv-pro-medico.ch/dokumentation/tarife>; 5.8.2026.

²⁰ Auch bei Integrationsmassnahmen für Jugendliche, diese sind jedoch nur für Personen unter 25 Jahren.

bereits der Gesetzgeber fest, dass sie «in enger Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber getroffen und umgesetzt» werden (Art. 14a Abs. 5 IVG).

- Im Rahmen der Berufsberatung nach Art. 15 Abs. 1 IVG für vorbereitende Massnahmen in der Berufsberatung sowie für die vertiefte Abklärung möglicher Berufsrichtungen.²¹
- Arbeitsversuch nach Art. 18a IVG.
- Einarbeitungszuschuss nach Art. 18b IVG: Auch bei dieser Massnahme ist eine Vereinbarung vorgesehen. Sie umfasst ähnliche Aspekte inkl. der Ziele wie bei den anderen Massnahmen, wird jedoch in Rz. 2108 KSBEM einfach als «Vereinbarung» bezeichnet.
- **Round Table bei Personalverleih:** Wenn ein Personalverleih (Art. 18a^{bis} IVG) vorgesehen ist, ist der Auftrag des Personalverleihers gestützt auf die notwendigen beruflichen und medizinischen Informationen an einem Round Table zu formulieren (Rz. 2016 KSBEM). Bei anderen Massnahmen ist ein solches Instrument nicht im Kreisschreiben explizit vorgesehen worden.

3.2.4 Durchführung und Überwachung

Wie für die Planung schliesst Art. 7c IVG mit der Verpflichtung des Arbeitgebers, an der «Herbeiführung einer angemessenen Lösung» mitzuwirken, mindestens dem Wortlaut nach auch die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen mit ein, ohne diese Pflicht genauer zu umschreiben. Die IV-Stelle muss nach Art. 57 Abs. 1 Bst. f auch bei der Durchführung und Überwachung der Massnahme (gemäss Art. 41a IVV) die relevanten Akteure (somit potenziell auch Arbeitgeber und Behandelnde) einbeziehen sowie die versicherte Person und den Arbeitgeber während der Eingliederungsmassnahme beraten und begleiten.

Die bei der Planung festgehaltenen Angaben zur Koordination in der Fallführung (Rz. 1036 -1042 KSFF) gelten auch während der Durchführung der Eingliederungsmassnahme.

Des Weiteren betreffen die folgenden Vorgaben die Zusammenarbeit, oftmals in Zusammenhang mit spezifischen Eingliederungsmassnahmen:

Abstimmung Eingliederung und medizinische Behandlung/Schadenminderung: Wie sich aus den Ausführungen zur Fallführung bei der Planung ergibt, ist die Zusammenarbeit mit den Behandelnden insbesondere während Eingliederungsmassnahmen zu pflegen, die von einer medizinischen Behandlung flankiert werden, damit diese Massnahmen laufend abgestimmt werden können (z.B. Aktualisierung des Behandlungsplans). Die Ausführungen im KSVI zur Schadenminderungspflicht verdeutlichen diese Zusammenarbeit: die in Rz. 5033 und 5045 KSVI geforderte laufende Zielüberprüfung und Anpassung von Behandlung oder Eingliederungsmassnahme ist ohne Absprache mit den Behandelnden (und auch dem Arbeitgeber) nur schwer vorstellbar. Die IV-

²¹ Auch bei spezialisierten kantonalen Brückenangeboten nach Art. 68^{bis} Abs. 1^{ter} IVG, diese sind jedoch nur für Personen unter 25 Jahren gedacht.

Stelle muss denn auch den, resp. die Behandelnde in geeigneter Weise einbeziehen, um (1) den notwendigen gegenseitigen Informationsaustausch sicher zu stellen, (2) die Durchführung der Behandlung bestmöglich zu unterstützen und (3) eine entsprechend adäquate ärztliche Behandlung zu gewährleisten (Rz. 5036 KSVI).

Beratung und Begleitung der versicherten Person und des Arbeitgebers: Während (und während bis zu drei Jahren nach) einer Eingliederungsmassnahme haben die versicherte Person und ihr Arbeitgeber Anspruch auf Beratung und Begleitung durch die IV-Stelle (Art. 14^{quater} IVG, mit der WE IV eingeführte Massnahme). Sie kann vereinfacht als vertiefte Fallführung verstanden werden, die auch die Überwachung der Massnahmen beinhaltet (vgl. Rz. 0801 – 0818 KSVI, vgl. auch Rz. 1057 KSFF). Beratung und Begleitung der versicherten Person und ihres Arbeitgebers vertieft die Beratungsleistungen, die die IV-Stelle im Rahmen der Fallführung erbringt. Sie ermöglicht einen verbindlichen Kontakt der IV-Stelle mit der versicherten Person während des (Wieder-)Eingliederungsprozesses und nach dessen Abschluss (Rz. 0805 KSBEM). Die Intensität und Ausgestaltung bestimmt die IV-Stelle im Einzelfall, wobei der «rehabilitative und eingliederungsorientierte Bedarf» der versicherten Person handlungsleitend sind (Rz. 0807 KSBEM). Beratung und Begleitung kennt zwei Sonderformen, wenn die Eingliederung im ersten Arbeitsmarkt stattfindet: So kann entweder eine Coaching-Leistung (entweder durch die IV-Stelle oder durch eine IV-Stellenexterne Fachperson, Coach) oder die Suche eines Einsatzplatzes zugesprochen werden. Bei Beratung und Begleitung sind die Prinzipien der Fallführung gemäss KSFF anzuwenden (Rz. 0806 KSBEM). Die versicherte Person und auch der Arbeitgeber können die Beratung und Begleitung formlos schriftlich geltend machen (Rz. 0804 KSBEM; Rz. 1020 KSVI).

Kontrolle der Zielvereinbarung: Bei den Massnahmen, in die auch der Arbeitgeber in die Zielvereinbarung eingeschlossen ist, muss dieser die Zielerreichung überprüfen und dokumentieren (vgl. z.B. Rz. 1520 KSBEM zur Zielvereinbarung bei Integrationsmassnahmen).

Entschädigung des Arbeitgebers: Als Ausfluss des erhöhten Aufwands des Arbeitgebers für die Betreuung der versicherten Person sehen die gesetzlichen Grundlagen und Weisungen des BSV bei verschiedenen Massnahmen vor, dass der Arbeitgeber entschädigt werden kann. Dies gilt für Integrationsmassnahmen (maximal 100 CHF pro Anwesenheitstag der versicherten Person im Betrieb, Art. 4^{octies} IVV), aber auch, im Rahmen von Beratung und Begleitung, wenn die versicherte Person Anspruch auf erstmalige berufliche Ausbildung (Art. 16 IVG) oder Umschulung (Art. 17 IVG) hat (Rz. 0812 KSBEM). In diesem Fall beträgt die Entschädigung maximal 50 CHF pro Anwesenheitstag. Dem Arbeitgeber kann entweder eine Entschädigung oder eine Coaching-Leistung ausgerichtet werden. Eine allfällige Coaching-Leistung, die sich primär an die versicherte Person richtet, ist weiterhin möglich.

Unterstützung des Arbeitgebers im Rahmen der Arbeitsvermittlung: Beim Arbeitsplatzverlust oder der Stellensuche kann die IV-Stelle direkt verschiedene Unterstützungsleistungen beim Arbeitgeber, bei dem die versicherte Person weiter oder neu beschäftigt werden soll, erbringen: Im Rahmen der Arbeitsvermittlung nach Art. 18 IVG kann die IV-Stelle Abklärungen betreffend psychoergonomischer Anpassungen des Arbeitsplatzes, des Pensums, der Arbeitszeit und der Arbeitsorganisation treffen. Sie muss den Arbeitgeber über die Ressourcen und Einschränkungen der

versicherten Person aufklären. Sie kann darüber hinaus auch ein Job-Coaching und Supported employment ermöglichen (vgl. Rz. 1809, 1812 KSBEM).

Personalverleih – Einvernehmliche Lösung bei Gefährdung der Zielerreichung anstreben:

Gemäss Rz. 2019 KSBEM muss die IV-Stelle bei Gefährdung der Zielerreichung eine Lösung im Einvernehmen mit dem Arbeitgeber (das ist in diesem Fall der Personalverleiher) finden. Bei anderen Massnahmen gibt es keine solche Vorschrift, gemäss Auskunft des BSV gilt dies generell bei allen Massnahmen.

Information über weitere Angebote bei Abschluss der Eingliederungsmassnahmen: Bei folgenden Massnahmen muss die IV-Stelle den Arbeitgeber beim Abschluss der Massnahme über weitere Unterstützungsangebote informieren, wenn die Massnahme zu einer Anstellung im ersten Arbeitsmarkt führt: Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes (Stellensuche), Arbeitsversuch, Personalverleih, Einarbeitungszuschuss (Siehe Rz. 1816, 1912, 2022 und 2115 KSBEM).

3.3 Rolle von RAD und Job Coach

3.3.1 RAD

Der regionale ärztliche Dienst steht den IV-Stellen für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung und legt die massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person für die Ausübung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit fest (Art. 54a IVG). Die IV-Stellen können ihn im Rahmen der Fallführung einbeziehen, für die Festsetzung der funktionellen Leistungsfähigkeit müssen sie ihn einbeziehen (Rz. 3015 KSVI). Die IV-Stelle bezieht ihn auch ein, wenn sie entscheiden muss, ob weitere medizinischen Informationen z.B. bei einem weiteren Behandler oder einer weiteren Behandlerin einzuholen sind (Rz. 3054 KSVI). Bei Bedarf kann der RAD eine eigene Untersuchung durchführen. Wie aus den vorigen Abschnitten hervorgeht, ist ein direkter Kontakt des RAD mit dem, resp. der Behandelnden in den Rechtsgrundlagen nur an einer Stelle erwähnt: So kann der RAD in der Früherfassung Informationen beim Behandler, der Behandlerin einholen, wenn die versicherte Person diesen nicht zur Auskunftserteilung an die IV-Stelle ermächtigen will (Art. 3c Abs. 4 IVG). Im Rahmen von medizinischen Auflagen zur Schadenminderung müssen sowohl der RAD (zur Beurteilung der Zumutbarkeit) als auch der oder die Behandelnde einbezogen werden, ein direkter Kontakt ist aber nicht vorgeschrieben (Rz. 5035 und 5036 KSVI). Dass ein Direktkontakt zwischen Behandelnden und RAD auch sonst nirgends vorgeschrieben ist, heisst indes nicht, dass ein solcher nicht möglich ist.

3.3.2 Job Coach

Der Einsatz eines oder einer Job Coach ist im Rahmen verschiedener beruflicher Eingliederungsmassnahmen möglich. So in der Phase der Frühintervention oder der Eingliederung (Coaching-Leistung im Rahmen von Beratung und Begleitung und Suche Einsatzplatz) sowie im Rahmen der

Stellensuche oder des Arbeitsplatzerhalts als eigentliche Massnahme nach Art 18 IVG (Arbeitsvermittlung).

Im Rahmen von Beratung und Begleitung (Art. 7d Abs. 2 Bst. g IVG; Art. 14^{quater} IVG) kommt das Coaching dann zum Zug, wenn es um die Lösung spezifischer Fragestellungen im Zusammenhang mit der Ausbildung, der Erwerbsarbeit oder der beruflichen Eingliederung allgemein im ersten Arbeitsmarkt geht, die eine vorübergehende intensivere Bearbeitung erfordern und die nicht mehr im Rahmen der Beratung und Begleitung angegangen werden können. Die Fallführung, d.h. die Überwachung der Massnahme und der Entscheid über weitere Schritte im Eingliederungsprozess, bleibt auch während einer Coaching-Leistung in jedem Fall bei der IV-Stelle (Rz. 0627, 0809 KSBEM). Die im Rahmen dieser Studie konsultierten Rechtsgrundlagen äussern sich weiter zur Frage, inwieweit der/die Coach mit den Behandelnden und dem Arbeitgeber zusammenarbeitet.

3.4 Zusammenfassung

Aus der Analyse der Rechtsgrundlagen (ATSG, ATSV, IVG, IVV) sowie der einschlägigen Kreisschreiben zum IVG (KSVI, KSFF, KSBEM) lässt sich in Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen, Arbeitgeber und behandelnde Ärztinnen und Ärzte folgendes Fazit ziehen:

Verpflichtung zu Zusammenarbeit und zur gegenseitigen Information: Die Arbeitgeber und Behandelnden sind grundsätzlich bei der Abklärung des Eingliederungspotenzials, der Planung der Eingliederungsmassnahme(n) und bei der Umsetzung der Eingliederungsmassnahmen verpflichtet, der IV-Stelle Auskünfte zu erteilen und mit ihr zusammenzuarbeiten. Die versicherte Person ermächtigt sie dazu automatisch mit der Anmeldung oder über explizite Ermächtigungserklärungen. Umgekehrt ist die IV-Stelle auch zum Einbezug von und zur Auskunftserteilung an Arbeitgeber und Behandelnde ermächtigt und verpflichtet.

Zusammenarbeitsbedarf und Rollen der drei Akteure hängt von der Phase ab. Wie Tabelle 3 zeigt, hängt der Bedarf der Zusammenarbeit und die Rolle der Akteure stark vom Zeitpunkt im Eingliederungsprozess ab. Die IV-Stelle stellt die Fallführung sicher. In der Abklärungsphase hat sie eine Holschuld, der (bisherige) Arbeitgeber und die Behandelnden sind Informationslieferanten. Bei der Planung sind der (künftige) Arbeitgeber (bei dem die die Eingliederung stattfinden soll) und der oder die Behandelnde einzubeziehen, so dass die Eingliederungsmassnahme und allfällige begleitenden medizinischen Massnahmen gut auf die gesundheitliche Situation der versicherten Person abgestimmt werden können. In der Durchführungsphase ist die IV-Stelle darauf angewiesen, von den beiden Partnern über den Verlauf im Allgemeinen und über allfällige Probleme, welche den Eingliederungserfolg gefährden könnten, informiert zu werden. Sie hat aber hier als fallführende Stelle eine Holschuld.

Viel Spielraum für die bedarfsorientierte Ausgestaltung der Zusammenarbeit: Die Rechtsgrundlagen ermöglichen viel Zusammenarbeit und räumen über die Ermächtigungsvorschriften die rechtlichen Hindernisse ab. Sie legen den IV-Mitarbeitenden in der Eingliederung eine rasche, formlose und auch mündliche Kommunikation sowohl mit den Behandelnden als auch mit den Arbeitgebern nahe. Die Intensität der Zusammenarbeit liegt indes im Ermessen der involvierten

Akteure und insb. der fallführenden IV-Stelle resp. der Person, um den Informationsaustausch dem konkreten Bedarf im Einzelfall adäquat anzumessen. Das ist angesichts der im Eingliederungsverfahren zu erwartenden grossen Heterogenität der Bedürfnisse und Herausforderungen nachvollziehbar. Damit wird im Gegenzug viel Verantwortung an die im konkreten Verfahren fallführende Person sowie die weiteren Akteure übertragen. Auch zur Zusammenarbeit des RAD und eines oder einer allfälligen Job Coach mit den Behandelnden oder dem Arbeitgeber äussern sich die Rechtsgrundlagen nicht spezifisch.

Tabelle 3: Rechtlich vorgesehene Rollen in der Abklärung, Planung und Durchführung der Eingliederung

Phase	IV-Stelle	Arbeitgeber	Ärztenschaft
<i>Abklärung des Eingliederungspotenzials</i>	Fallführung, Einholen von Informationen bei versicherter Person, Arbeitgeber und Behandelnden Informieren von Arbeitgeber und Behandelnden	Bisheriger Arbeitgeber*: Liefert Informationen zur bisherigen Stelle (inkl. Absenzen) und allenfalls möglichen Anpassungen des Arbeitsplatzes sowie anderen Beschäftigungsmöglichkeiten.	Liefert Informationen zu gesundheitlicher Situation, funktionellen Einschränkungen und Eingliederungsressourcen der versicherten Person sowie über Behandlungsplan (inkl. Prognosen)
<i>Planung der Eingliederung und Massnahmenentscheid</i>	Federführung bei Planung und Beschluss über geeignete Eingliederungsmassnahmen; Festlegen allfälliger Auflagen zur medizinischen Behandlung Einbeziehen von Arbeitgeber und Behandelnden Beratung und Begleitung des Arbeitgebers ab dem Zeitpunkt, in dem klar ist, dass ein Anspruch auf eine Eingliederung besteht Informieren über konkreten Massnahmenentscheid	Bisheriger oder künftiger Arbeitgeber*: Mitwirken bei Planung der Massnahme (evtl. Mitarbeit an Zielvereinbarung) Ersuchen um Beratung und Begleitung	Mitwirkung bei Planung der Massnahme und insbesondere bei einer begleitenden medizinischen Behandlung, falls eine solche erforderlich ist.
<i>Durchführung der Eingliederungsmassnahmen</i>	Unterstützen des Arbeitgebers (allgemeine Beratung und Begleitung oder im Rahmen einer Coaching-Leistung) Einholen von Informationen bei Arbeitgeber und Behandelnden Bei Problemen: Reagieren unter Einbezug Arbeitgeber und Behandelnden.	Kontrolle und Information über Zielerreichung, bei allfälligen Anpassungen mitwirken	Informieren über Behandlungsverlauf und bei allfälligen Anpassungen der Behandlung informieren/mitwirken

* Als bisherig ist jener Arbeitgeber zu verstehen, bei dem bei der Anmeldung (oder kurz davor) die versicherte Person noch beschäftigt war. Als künftig verstehen wir jenen Arbeitgeber, bei dem die Eingliederungsmassnahme am ersten Arbeitsmarkt umgesetzt wird. Beim Arbeitsplatzerhalt handelt es sich dabei um den gleichen Arbeitgeber.

Unterstützung (auch) des Arbeitgebers durch die IV-Stelle kann fallspezifisch intensiviert werden: Ausdruck des bedarfsorientierten Ansatzes ist die Beratung und Begleitung nach Art. 14^{quater} IVG. Sobald klar ist, dass der versicherten Person eine Eingliederungsmassnahme zugesprochen wird, kann die IV-Stelle bei Bedarf auch Unterstützung des Arbeitgebers intensivieren, indem sie für ihn Beratung und Begleitung (allenfalls inkl. Coaching) durchführt.

Fokus der Rechtsgrundlagen liegt auf bilateralem Austausch der IV-Stelle mit ihren Partnern: Die Rechtsgrundlagen regeln das Verhältnis der IV-Stelle einerseits mit dem Arbeitgeber und andererseits mit den Behandelnden. Vorschriften zur Beziehung zwischen Arbeitgeber und Behandelnden finden sich nicht. Es gibt auch keine Vorschriften zur Frage, inwieweit die drei Akteure gleichzeitig zu dritt miteinander interagieren. Einzig beim Personalverleih ist ein Round Table im Kreisschreiben vorgesehen.

Dokumentationspflicht mündlich erteilter Auskünfte: Es ergibt sich aus den Rechtsgrundlagen eine klare Verpflichtung auch zur Dokumentation mündlicher Auskünfte, die speziell in der Eingliederungsphase einen hohen Stellenwert haben (oder dies zumindest gemäss den Kreisschreiben haben sollten). Wenn sich die IV-Stellen an diese Vorgaben halten, sollten im Dossier zumindest die potenziell entscheidrelevanten Auskünfte von Behandelnden und Arbeitgeber auffindbar sein. Aber: es geht aus den untersuchten Grundlagen nicht explizit hervor, ob die Dokumentationspflicht auch Informationen der IV-Stelle an Dritte oder nur von der IV-Stelle eingeholte Auskünfte betrifft.

4 Analyse der internen Arbeitsdokumente der IV-Stellen

Anhand der von den IV-Stellen erhaltenen Dokumente wurde versucht herauszuarbeiten, wie die IV-Stellen die gesetzlichen Grundlagen und die Weisungen des BSV zur Zusammenarbeit umsetzen. Unsere Darstellung orientiert sich hier entlang folgender Phasen: Früherfassung, Abklärung des Eingliederungspotenzials (Bestandesaufnahme), Planung einer Eingliederungsmassnahme (einschliesslich Zielvereinbarung), Durchführung und Begleitung (und Überwachung) der Massnahme. Je nach Umfang der gefundenen Informationen werden separate Abschnitte für die Zusammenarbeit mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Arbeitgebern gemacht. Es ist festzuhalten, dass die Phasen ineinander übergehen und aufgrund der Dokumente nicht immer ganz klar festzustellen war, auf welche Phase sie sich beziehen. In einzelnen IV-Stellen bestehen auch Dokumente, die sich eher grundsätzlich zur Zusammenarbeit oder zur Haltung der IV-Stelle gegenüber den beiden Partnern äussern. Diese werden als erstes beschrieben.

Im Fazit wird auch darauf eingegangen, inwieweit die Unterlagen Aussagen zur Umsetzung der in dieser Studie interessierenden Aspekte der WE IV zulassen und welche Erkenntnisse hierzu allenfalls festzuhalten sind.

4.1 Vorgehen und erhaltene Dokumente

Den IV-Stellen wurde mit einer ausführlichen E-Mail die Studie und ihre Erkenntnisziele näher vorgestellt und Ihnen ein Übersichtsdocument geschickt, anhand dem ersichtlich war, welche Dokumente nach Möglichkeit zu liefern waren. Diese Liste umfasste:

- Prozessschemas der Eingliederung, interne Weisungen, Arbeitsanleitungen und Arbeitshilfen für die fallführenden Personen und Mitarbeitende der RAD sowie Schulungsunterlagen zu diesen Themen
- Dokumente zur Zusammenarbeit mit Behandelnden wie Arztberichte, die von den Standardberichten abweichen; Musterbegleitbriefe und -erinnerungen und allenfalls weitere Musterbriefe.
- Dokumente zur Zusammenarbeit mit Arbeitgebern analog, insbesondere auch Dokumente im Zusammenhang mit der Kontrolle der Zielerreichung
- Muster von Mitteilungen/Verfügungen von Massnahmen sowie Zielvereinbarungen
- Spezifisch zur WE IV: Dokumente, Informationsschreiben, Schulungsunterlagen
- Weitere Dokumente wie z.B. Einladungen zu Besprechungen, zur Zusammenarbeit mit Job Coaches und RAD sowie Anleitungen zur Erfassung von Verfahrenseignissen im Fallführungssystem.

Vier IV-Stellen lieferten eine Fülle von Dokumenten (jeweils Dutzende bis mehr als 100 Dokumenten). Die fünfte IV-Stelle sah sich ausserstande, eine solche Dokumentation zusammenzustellen. Mit ihr wurde stattdessen ein Gespräch geführt. Dort wo sich die Antworten aus diesem

Gespräch mit den gewonnenen Erkenntnissen aus den anderen IV-Stellen decken, wird dies nicht speziell erwähnt. Besonderheiten dieser IV-Stelle werden jedoch aufgeführt.

Zum Informationsgehalt der Dokumente für diese Studie kann folgendes festgestellt werden:

- Die erhaltenen Dokumentationen sind heterogen sowohl in Bezug auf die Themen, die angesprochen werden als auch auf ihren Charakter und ihre Verbindlichkeit: Zum Teil handelt es sich um Arbeitsanleitungen, die mehr oder minder Weisungscharakter haben dürften, zum Teil um Informationsdokumente, die den Mitarbeitenden Grundlagen vermitteln wollen und zum Teil um Kommunikationsprodukte oder Musterdokumente (wie z.B. für Zielvereinbarungen), aber auch um Schulungsunterlagen.
- Es wurde eine Vielzahl an Dokumenten geliefert, wovon nur bei sehr wenigen die Zusammenarbeit im Zentrum steht. Vielmehr bildet diese in diesen Dokumenten häufig ein Element von vielen und ist manchmal nur am Rand erwähnt.
- Dokumente, welche allfällige Besonderheiten bei der Eingliederung von psychisch erkrankten Personen thematisieren, wurden nur vereinzelt geliefert.

Diese Ausgangslage verunmöglicht einen systematischen Vergleich der Vorgehensweisen der Kantone. Auch ist aus ihnen nicht zu erkennen, inwiefern gewisse Vorgehensweisen im Zusammenhang mit den zusammenarbeitsspezifischen Neuerungen der WE IV zusammenhängen. Gleichwohl enthalten sie viele Hinweise zur Zusammenarbeit, die nachfolgend beschrieben werden. Und sie erlauben gewisse Rückschlüsse darüber, wie gross oder klein der Spielraum ist, der den fallführenden Mitarbeitenden bei der Gestaltung der Zusammenarbeit gewährt wird.

4.2 Grundhaltung und Rollenerwartungen in der Zusammenarbeit

4.2.1 Allgemeine Aussagen

Bei zwei IV-Stellen fanden sich Grundsatzdokumente zum Eingliederungsverständnis oder zur Fallführung, die sich auch zur Zusammenarbeit äussern. Die IV-Stelle D sieht «die Zusammenarbeit mit unseren Partnern (Arbeitgebern, Versicherungen, Behandlern, Institutionen) als wichtigen Erfolgsfaktor. Wir klären die Fallverantwortlichkeiten und machen den Wert unserer Arbeit bewusst. Koordination verstehen wir als integralen Bestandteil der Eingliederungsarbeit.» Das Verhindern der Ausgliederung aus dem Arbeitsmarkt im Rahmen der Früherfassung und Frühintervention bezeichnet diese IV-Stelle als Prävention und betont hier die partnerschaftliche Zusammenarbeit: «Dabei berücksichtigen wir stets die Bedürfnisse der Kundschaft sowie der wichtigen Stakeholder (...) Bei erwachsener Kundschaft fokussieren wir auf die Arbeitgeber (Vorgesetzte und HR) sowie die Behandelnden». Die internen Job Coaches der IV-Stelle «fördern bei Kundinnen und Kunden, Arbeitgebern und behandelnden Fachpersonen das Verständnis, dass Arbeit in einem angepassten Rahmen auch mit psychischen Einschränkungen möglich sein kann.»

In allgemeiner Weise werden hier somit Grundprinzipien der Zusammenarbeit angesprochen, auf die Mitarbeitenden einwirken sollen: Eine Rollenklärung der Zusammenarbeitspartner, eine

koordinierende Rolle der IV-Stelle, Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse der Partner sowie die Förderung einer eingliederungsfreundlichen Grundhaltung bei den Partnern durch die IV-Stelle.

Die IV-Stelle C thematisiert die Zusammenarbeit in seinem Konzept zur Fallführung und hebt vier Merkmale hervor, welche allgemeine Gültigkeit haben: «Das Denken und Handeln schliesst alle beteiligten Akteure ein. Eine verantwortungsbewusste und lösungsorientierte Zusammenarbeit ist sowohl mit externen Akteuren als auch intern zentral. Die Arbeit zeichnet sich durch Weitblick, Zuverlässigkeit und ein koordiniertes Vorgehen aus. Einer klaren und transparenten Kommunikation sowohl extern als auch intern kommt eine entscheidende Bedeutung zu.» Ähnlich betont ein Dokument zur Fallführung in der beruflichen Eingliederung neben der aktiven Pflege der Zusammenarbeit und der Koordination durch die fallführende Person eine «kontinuierliche Kommunikation» und eine «bedarfsorientierte Rollenklärung» als «zentrale Erfolgsfaktoren».

4.2.2 Spezifische Aussagen zu Behandelnden und Arbeitgebern

Behandelnde Ärztinnen und Ärzte: Ein Best-Practice-Dokument der IV-Stelle C zur Kommunikation mit den behandelnden Ärzten legt Wert auf unbürokratische informelle Zusammenarbeit und Direktkontakte: Dabei wird «der persönliche Austausch mit den Behandelnden als wertvoll» und administrativ entlastend für beide Partner eingeschätzt, was die Abklärungen beschleunige. «Die Mitarbeitenden machen überwiegend positive Erfahrungen mit dieser Arbeitsweise. Auch die Behandelnden selbst signalisieren eine hohe Bereitschaft zu Gesprächen und informellem schriftlichen Austausch.» Der direkte Kontakt trage zur Vermeidung und Klärung von Missverständnissen bei.

Die angeführten Gründe für eine direkte Kontaktaufnahme zeigen, dass es bei dieser Zusammenarbeit um mehr geht als bloss Informationsbeschaffung. Neben einer unklaren medizinischen Situation und der Klärung des Belastbarkeitsprofils werden als Anlässe für Direktkontakt genannt: (bevorstehende) Round-Table-Gespräche, Bedarf an Hilfe in konkreten Fällen, Unterstützung für das geplante Vorgehen, proaktive Informationen, Aufbau konstruktiver Zusammenarbeit, generelle Informationen über die Arbeit der IV-Stelle.

Einige grundsätzliche Aussagen zum Rollenverständnis der IV-Mitarbeitenden vis-à-vis der Behandelnden enthält auch eine Arbeitsanleitung der IV-Stelle A. Hier wird betont, dass vom/von der Behandelnden nicht erwartet werden könne, dass er/sie die IV mit ihren vielen Formen von Massnahmen und komplexen Regeln schon gut kenne. Vielmehr müsse er/sie darüber informiert werden, damit er/sie die versicherte Person informieren und die Fragen der IV adäquat beantworten kann. Die Mitarbeitenden sollen zur Motivation der Behandelnden zur Kooperation weniger an deren rechtliche Auskunftspflicht appellieren, sondern ihnen erklären, dass eine offene Information für ihren Patienten resp. ihre Patientin von Vorteil sei. Sie sollen auch aufklären, dass die IV sich auf seine/ihre Einschätzungen stützen muss und ihn auch über begründete abweichende Einschätzungen anderer Fachpersonen (z.B. in einem Gutachten) informieren. Es wird festgehalten, dass es den Mitarbeitenden in der Eingliederungsphase nicht zustehe, die Diagnose oder Behandlung in Frage zu stellen, vielmehr soll erläutert werden, welche Informationen benötigt

werden, um die versicherte Person im Eingliederungsprozess zu begleiten. Auch diese IV-Stelle betont im Übrigen die Vorzüge des mündlichen Kontakts per Telefon oder im direkten Gespräch.

Arbeitgeber: Keine Dokumente mit entsprechenden Aussagen erhalten.

4.3 Früherfassung

Zur Zusammenarbeit mit Behandelnden und /oder Arbeitgebern während einer Früherfassung finden sich Hinweise in den Unterlagen der IV-Stellen D und A.

Die IV-Stelle D führt in dieser Phase immer ein Assessmentgespräch und gibt ihren fallführenden Personen ein Ermessen, wer zu beteiligen ist: «Wenn möglich und angezeigt führen wir das Gespräch mit der IV-Kundin oder dem IV-Kunden, dem Arbeitgeber und der Behandlerin oder dem Behandler. Dies kann individuell oder auch an einem Round Table geschehen.» An anderer Stelle wird klar, dass die Beteiligung des Arbeitgebers als Normalfall, jene des Behandlers oder der Behandlerin als Bedarfsfall betrachtet wird: «Das Team Prävention führt anschliessend das FE-Gespräch mit dem Kunden, dem Arbeitgeber (und bei Bedarf mit dem Behandelnden).» Der frühe Kontakt mit dem Arbeitgeber wird als wichtiger Schritt beschrieben. Dies werde den «Wert der Zusammenarbeit mit der IV betonen und [das] Netzwerk für Integration vergrössern».

Möglich ist im Übrigen in der IV-Stelle D bei psychisch erkrankten versicherten Personen ein so genanntes Initialcoaching, wenn nach dem Früherfassungsgespräch unklar ist, ob eine IV-Anmeldung angezeigt ist. Die Ziele dieses Coachings durch IV-Stellen-interne Coaches werden «mit den Kundinnen und Kunden, dem Arbeitgeber und/oder dem Behandelnden definiert». Vorausgesetzt wird, dass der bisherige Arbeitgeber die versicherte Person weiter beschäftigen will, und dass der Arbeitgeber oder der, resp. die Behandelnde das Coaching wünscht. Die fallführende Person ist dabei angehalten, selbst in Kontakt mit den Zusammenarbeitspartnern zu bleiben, damit die Zusammenarbeit geklärt und die Unterstützung koordiniert werden kann.

Den Job Coaches werden vis-à-vis den Arbeitgebern und den Behandelnden spezifische Kernaufgaben zugewiesen:

- **Arbeitgeber:** Die Job Coaches «fördern das Verständnis von Arbeitgebern und von anderen involvierten Fachpersonen für die gesundheitlich bedingten Schwierigkeiten einer betroffenen Person und bieten ihnen Beratung für den Umgang mit psychisch bedingten Arbeitsproblemen an.»
- **Behandelnde Ärztinnen und Ärzte:** Die Job Coaches «vernetzen sich frühzeitig mit den behandelnden Ärzten, Psychotherapeutinnen und/oder weiteren Fachpersonen, stimmen die Eingliederungsziele und den Eingliederungsprozess mit der medizinisch-therapeutischen Einschätzung ab und regen an, dass die psychisch bedingten Arbeitsprobleme in der Therapie aufgenommen werden.»

Es geht somit um Sensibilisierung und Wissenstransfer sowie um die gegenseitige Abstimmung von Behandlung und Eingliederung.

Die IV-Stelle A bezeichnet den Behandler, resp. die Behandlerin in dieser Phase, wo noch wenige medizinische Informationen vorliegen, als bestgeeignete Person, um mögliche Fragen oder Zweifel auszuräumen, bevor die Empfehlung über die Anmeldung abgegeben wird. Den fallführenden Personen der IV wird geraten, dem bzw. der Behandelnden die verfügbaren Informationen über den Fall zur Verfügung zu stellen und auch darüber zu informieren, dass man die versicherte Person getroffen habe und aufgrund der unterzeichneten Meldung auch zur Kontaktaufnahme mit ihm autorisiert sei. Bei der IV-Stelle C hinterlassen die erhaltenen Unterlagen eher den Eindruck, dass in dieser Phase die Zusammenarbeit mit den Behandelnden und dem Arbeitgeber noch nicht gesucht wird.

4.4 Abklärung des Eingliederungspotenzials

4.4.1 Generelle Hinweise

Aus den mitgelieferten Prozessgrafiken und weiteren Dokumenten der IV-Stellen wird klar, dass in dieser Phase der Einbezug sowohl der Behandelnden als auch der Arbeitgeber vorgesehen ist. Wie dieser ausgestaltet ist, bleibt indes oberflächlich. In den Dokumentationen waren ansonsten kaum Unterlagen zu finden, die sich global zur Zusammenarbeit mit beiden Partnern (oder allenfalls weiteren) in dieser Phase äussern.

Einige der nachfolgend berücksichtigten Dokumente beziehen sich nicht spezifisch auf die Abklärungsphase, sondern haben eher generellen Charakter.

4.4.2 Abklärungen bei behandelnden Ärztinnen und Ärzten

Die vorliegenden Informationen sind recht heterogen und behandeln zum Teil unterschiedliche Aspekte. Systematische und detaillierte Hinweise dazu, wie die Zusammenarbeit mit den Behandelnden erfolgen soll, geben Arbeitsanleitungen aus den IV-Stellen C und A.

In der IV-Stelle C werden die Erwartungen an die fallführenden Personen beschrieben, wenn sie mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten Kontakt aufnehmen. Sie dienen einem möglichst wenig zeitraubenden und zielgerichteten Einbezug der Behandlerin oder des Behandlers: Die fallführende Person soll einen Termin vereinbaren und dabei Angaben zum Thema machen, soll am Termin über das Dossier gut informiert sein, die aktuelle Situation erklären und den Informationsbedarf begründen, soll Fragen möglichst konkret formulieren und darüber informieren, dass der Zeitaufwand abgerechnet werden kann. Das Dokument gibt auch Hinweise zur geeigneten Form bei der Informationsbeschaffung. Der Standard-Arztbericht ist demnach nur für generelle Informationen zur medizinischen Situation geeignet. Danach stehen «leichtere» Austauschformate im Vordergrund:

- E-Mail oder Brief zur Bestellung spezifischer medizinischer Akten wie z.B. einem Austrittsbericht oder für Auskünfte zur aktuellen Behandlung. Der mündliche Kontakt kommt hier in zweiter Priorität in Frage

- Mündlich (Telefon) für Verständnisfragen zur medizinischen Situation oder Auskünfte zur aktuellen Situation der versicherten Person. Hier kommen E-Mails oder Briefe in zweiter Priorität in Frage
- Spezielle Dokumente/Formulare: Zur Erstellung eines Zumutbarkeitsprofils soll ein detailliertes Arbeitsunfähigkeitszeugnis eingeholt werden, bei Fragen zur Eingliederungsfähigkeit ist primär ein spezielles Berichtsformular vorgesehen. Dieser spezielle Arztbericht enthält nur vier offene Fragen zu folgenden Themen: Zumutbarkeit einer Teilnahme an Integrationsmassnahmen von mindestens 8 Stunden pro Woche; Möglichkeit des Beginns aktuell oder innerhalb der nächsten 6 Monate; Einschätzung des Steigerungspotenzials mit Zeitraum; Worauf ist bei Massnahmen besonders zu achten («z.B. Traglast, Leistungseinschränkungen, etc.»).

Die IV-Stelle A beschreibt die Rollenerwartung an die Behandelnden in der Abklärung anhand der Situation eines Assessmentgesprächs und nennt folgende Elemente: Unterstützung des Patienten, resp. der Patientin; Erklärung der medizinischen Situation, Auskunft über die Prognose oder erklären, weshalb die versicherte Person an einem solchen Gespräch nicht teilnehmen kann. Auch können sie weitere Ärztinnen und Ärzte nennen, die im weiteren Verfahren einzubeziehen sind. Bei Abklärungsmassnahmen können die Behandelnden zum guten Ablauf beitragen. Bei mangelnder Kooperation der versicherten Person, die mit deren gesundheitlicher Beeinträchtigung zusammenhängt, soll auch der Behandler, resp. die Behandlerin einbezogen werden.

Die IV-Stelle D hält in eher allgemeiner Form fest, dass bei unklarem Eingliederungspotenzial «mit dem Behandler oder dem Regionalen Ärztlichen Dienst die Frage» zu klären sei, ob ein IV relevanter Gesundheitsschaden vorhanden ist hinsichtlich weiterführender Integrationsmassnahmen oder beruflichen Massnahmen. Mündliche Besprechungen sind hier ausreichend, auch um den Prozess nicht wesentlich zu verzögern. Bei der IV-Stelle E werden demgegenüber zur Klärung des Eingliederungspotenzials gemäss einem Schulungsskript als Informationen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten nur schriftliche Berichte genannt. Behandelnde Ärztinnen und Ärzte können bei Bedarf gemäss Unterlagen dieser IV-Stelle auch bei Abklärungen am Arbeitsplatz einbezogen werden.

Spezifische Hinweise zu Arztberichten

Zu Arztberichten finden sich neben dem im vorigen Abschnitt erwähnten Beispiel aus der IV-Stelle C in den Dokumentationen mehrerer IV-Stellen Beispiele unterschiedlicher Arztberichtformulare, die deutlich knapper sind als der Standardbericht und sich auf einige offene Fragen beschränken. Es war jedoch nicht klar eruierbar, wann welches Dokument eingesetzt wird. Die IV-Stelle A will so wenig medizinische Berichte wie möglich anfordern, «um die Ärzteschaft nicht zu überlasten» und nennt dazu verschiedene Strategien wie die Beschränkung auf aktuell Behandelnde mit Bezug zur relevanten Beeinträchtigung, Nutzung der Dossiers anderer Versicherter, Nutzung vereinfachter Berichtsformulare. Ein Dokument aus dem Jahr 2025 aus der IV-Stelle A weist darauf hin, dass nun auch Berichte direkt von psychotherapeutischen Psychologinnen und Psychologen eingeholt werden können, ohne Involvierung des (delegierenden) Arztes/der delegierenden Ärztin. «Dieser Bericht dient also nur dazu, die Abklärung zu unterstützen und/oder die Entwicklung der

gesundheitlichen Situation, insbesondere bei der Eingliederung, zu verfolgen». Die IV-Stelle B hat in Zusammenarbeit mit den Psychiaterinnen und Psychiatern einen Anhang zum Arztbericht entwickelt, der anhand von zehn Fragen spezifisch auf die Erhebung der funktionalen Ressourcen (und ihrer Limitationen) psychisch erkrankter Personen ausgerichtet ist.

4.4.3 Zusammenarbeit mit Arbeitgebern

Es sind nur wenige Dokumente vorhanden, die sich zur Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern in dieser Phase äussern. Erwähnt ist in IV-Stelle D, dass der Arbeitgeber früh zu kontaktieren sei, um «damit [den] Wert der Zusammenarbeit mit der IV [zu] betonen und [das] Netzwerk für Integration [zu] vergrössern.»

4.5 Planung von Eingliederungsmassnahmen

Auch bei der Planung konkreter Eingliederungsmassnahmen verdeutlichen die erhaltenen Prozessabläufe, dass die behandelnden Ärzte und v.a. die Arbeitgeber einzubeziehen sind. Ein Zentrales Element sind Zielvereinbarungen, wobei zur Erarbeitung dieser aus den Dokumentationen keine verwertbaren Informationen ersichtlich sind. Nachfolgend werden die eher punktuellen Informationen zur Zusammenarbeit in dieser Phase dargestellt.

4.5.1 Zusammenarbeit mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Koordination mit der medizinischen Behandlung

Die IV-Stelle A unterstreicht bei Integrationsmassnahmen und ähnlich auch bei Umschulungen die Rolle des, resp. der Behandelnden als unverzichtbare Partner. Sein/ihr Einverständnis sei eine *conditio sine qua non* für die Zusprache einer Integrationsmassnahme und seine Einschätzung sei massgeblich für eine der medizinischen Situation angemessene Ausgestaltung. Da der Verlauf der Integrationsmassnahmen die Behandlungsmöglichkeiten beeinflusse, sei er von der versicherten Person, aber auch von der fallführenden Person der IV-Stelle auf dem Laufenden zu halten. Dann könne er seinen Patienten, seine Patientin unterstützen. Im Dokument werden die Mitarbeitenden angehalten, den Behandelnden die Massnahme und ihren evolutiven Charakter gut zu erklären. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass den Behandelnden eine bedeutende Rolle zugeschrieben wird, schon vor dem Start, aber auch während der Durchführung der Massnahme.

Ein anderes Dokument von der IV-Stelle A hält pro Massnahme fest, wann der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin zu kontaktieren ist, wobei den fallführenden Personen oft ein bedeutendes Ermessen zukommt:

- Bei Abklärungsmassnahmen: Bei einem Unterbruch aus gesundheitlichen Gründen; bei Widersprüchen zu früheren Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit
- Vor Frühinterventionsmassnahmen: Wenn nötig, um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten
- Vor Integrationsmassnahmen: Ein vorheriger Kontakt wird als unverzichtbar bezeichnet

- Vor Umschulung: Wenn es nötig ist, die Arbeitsfähigkeit und die funktionalen Limiten zu klären, weil die Unterlagen im Dossier nicht ausreichen; auch wenn man sicherstellen muss, dass die Massnahme der gesundheitlichen Beeinträchtigung angemessen ist; Immer, wenn die Eingliederungsfähigkeit bezweifelt wird (vom wem?) oder wenn es Umsetzungsschwierigkeiten gibt
- Arbeitsvermittlung: Nur wenn die Unterlagen keine Informationen über die Arbeitsfähigkeit und die funktionellen Limitationen geben.

Aus den anderen IV-Stellen finden sich lediglich einige Hinweise zur Zusammenarbeit im Zusammenhang mit medizinischen Auflagen zur Schadenminderung oder im Rahmen der Mitwirkungspflicht

- Bei der IV-Stelle E erwähnt eine Schulungsunterlage, dass Therapieauflagen «in Absprache mit der behandelnden ärztlichen Fachperson anzuordnen» seien.
- Die IV-Stelle C hält fest, dass der RAD eine vorgesehene Auflage mit dem behandelnden Arzt, der behandelnden Ärztin besprechen muss. Wenn die versicherte Person eine medizinische Massnahme auferlegt wurde, wird der Behandler, resp. die Behandlerin um Einreichen eines Behandlungsplans gebeten.

Wie in der Dossieranalyse gezeigt wird, sind solche Auflagen indes bei der Eingliederung psychisch erkrankter Personen sehr selten, zumindest bei Fällen, in denen es zu Massnahme im ersten Arbeitsmarkt kommt. Ergänzend kann festgehalten werden, dass in der IV-Stelle E Mitteilungen/Verfügungen zu Eingliederungsentscheiden in Kopie auch der Behandlerin, resp. dem Behandler zugestellt werden.

4.5.2 Zusammenarbeit mit Arbeitgebern und Bemühungen für einen angepassten Arbeitsplatz

Es fanden sich keine allgemeineren Unterlagen, die die Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern bei der Planung einer Eingliederungsmassnahme näher beschreiben. In mehreren Kantonen sind spezifische Bemühungen dokumentiert, die sicherstellen sollen, dass das Anforderungsprofil und allfällige Arbeitsplatzanpassungen mit dem Profil der versicherten Person zusammenpassen:

- **Abklärungen am Arbeitsplatz (bei Arbeitsplatzerhalt):** Eine Schulungsunterlage aus der IV-Stelle E erwähnt hierzu Abklärungen vor Ort und nennt folgende zu klärende Elemente: (psycho-)ergonomische Anpassungen des Arbeitsplatzes, Arbeitspensum, Arbeitszeit und -organisation; Aufklärung des Arbeitgebers über die Ressourcen und die Einschränkungen der versicherten Person in Bezug auf das Stellenprofil; Coaching (z.B. Job-Coaching, Supported Employment). Die Abklärungen am Arbeitsplatz dienen «dem Arbeitsplatzerhalt insbesondere bei anspruchsvoller oder unplanmässiger Eingliederung (...) Teilnehmer sind BI (berufliche Integration), RAD, versicherte Person, Arbeitgeber (Fachvorgesetzter und/oder HR), ggf. behandelnder Arzt. (...) Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (Pensum und Leistungsfähigkeit) durch Abgleich des medizinischen Zumutbarkeitsprofils mit dem konkreten Anforderungsprofil am Arbeitsplatz unter

Berücksichtigung von möglichen Adaptationen und dem Einsatz von Hilfsmitteln steht dabei im Fokus.»

- **Diagnosespezifische Informationen zu Symptomen und Arbeitsplatzanpassungen:** Den fallführenden Personen der IV-Stelle D steht eine umfassende Liste von Symptomen und geeigneten Arbeitsplatzanpassungen bei sieben psychischen Erkrankungen zur Verfügung, damit der Arbeitsplatz möglichst gut dem Profil der versicherten Person angepasst werden kann. Es handelt sich um ein Grundlegendokument: «Eine individuelle und aktuelle Einschätzung sollte in jedem Fall mit dem Mini ICF Rating zwischen Kunde, Arzt, Therapeut, Arbeitgeber und Eingliederungsfachperson und im gegenseitigen Dialog erfolgen.» Die Liste informiert über Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, Bipolare Erkrankungen, Schizophrenie und Borderline.
 - Ganz ähnlich besteht bei der IV-Stelle A ein Dokument, das detailliert zum Umgang mit Personen im Autismus-Spektrum oder Asperger-Syndrom informiert. Dieses listet folgende Themen auf: Besonderheiten der betroffenen Personen; ihre Arbeitsqualitäten; Zu beachtende Punkte bei der Begleitung in konkreten Situationen; Eingliederungsstrategien. Dabei wird speziell auch erwähnt, dass der passende Rahmen der Arbeit mit dem Arbeitgeber (resp. seinen Mitarbeitenden) gefunden werden soll.
- **Anforderungen an Bewerbungen:** Die IV-Stelle D pflegt ein Netz an Arbeitgebern mit potenziell geeigneten Stellen für versicherte Personen. Für diese Stellen existieren spezifische Anforderungen an den Bewerbungsprozess und die Informationen für den Arbeitgeber, damit dieser über eine gute Entscheidungsgrundlage verfügt: Allfällige flankierende Kurse sind mit dem Arbeitgeber abzusprechen; detaillierte Informationen über die Rahmenbedingungen sind zu geben (mögliche Stellenprozent und geplante Steigerung, Einsatzbereitschaft ab wann, spezielle Anforderungen wie Betreuung, Anforderungen an Arbeitsplatz etc.).

Im Übrigen erhält der in die Planung involvierte Arbeitgeber bei den IV-Stellen D und C eine Kopie des Eingliederungsentscheids (bei der IV-Stelle D, «wenn angezeigt»).

4.5.3 Zielvereinbarungen

Die IV-Stelle C hält fest: «Die Zielvereinbarung ist schriftlich festzuhalten, von allen Beteiligten zu unterzeichnen und im Dossier abzulegen. Die zeitliche Perspektive, mögliche Zwischenziele, Prüfintervalle, Intensität der Begleitung etc. werden aufgrund der Umstände des Einzelfalls festgelegt. Interdisziplinäre Fallbesprechungen finden (...) im Einzelfall bei Bedarf statt.» Auch die IV-Stelle A erwähnt in allgemeinen Arbeitsanleitungen das Obligatorium von Zielvereinbarungen.

Solche Anweisungen finden sich in den anderen Dokumentationen nicht, doch Muster von Zielvereinbarungen für verschiedene Arten von Eingliederungsmassnahmen liegen aus allen IV-Stellen vor. Als Gemeinsamkeit kann festgehalten werden, dass als Unterzeichnende immer die versicherte Person, der Arbeitgeber, die fallführende Person der IV-Stelle und gegebenenfalls der resp. die Job Coach vorgesehen sind. Der Arzt oder die Ärztin sind nicht involviert und allfällige Hinweise auf

die begleitende medizinische Behandlung sind nicht vorgesehen. Dies schliesst nicht aus, dass solche im Einzelfall ergänzt werden können.

Die Muster-Zielvereinbarungen sind einander sehr ähnlich. Aufgeführt und beschrieben werden typischerweise: Ausgangslage; Ziele (Pensum und Leistungsfähigkeit, evtl. auch Anstellung); Aufgaben der versicherten Person; Arbeitspensum; Regelung bei vorzeitiger Beendigung; Aufgaben und Verantwortung der versicherten Person sowie der Eingliederungsfachperson und des Einsatzbetriebes (vgl. dazu detaillierter den nächsten Abschnitt); Auswertungspunkte am Ende der Massnahme; gegenseitige Informationsverpflichtung; Erinnerung an Schadenminderungspflicht (hier dargestellt an einem Beispiel aus der IV-Stelle D, punktuelle Abweichungen in anderen IV-Stellen sind möglich). Für die Auswertung der Zielerreichung ist in der Regel ein gemeinsames Gespräch der Unterzeichnenden vorgesehen.

4.6 Durchführung von Eingliederungsmassnahmen

Spezifisch zur Durchführungsphase finden sich in den Dokumentationen der IV-Stellen kaum spezifische Informationen, die sich auf die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten in dieser Phase beziehen. Zur Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern hingegen finden sich viele Hinweise.

4.6.1 Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten

Wie aus dem bereits weiter oben erwähnten Dokument hervorgeht, erachtet die IV-Stelle A den Einbezug als wichtig, insbesondere bei Integrationsmassnahmen: Da der Verlauf der Integrationsmassnahmen die Behandlungsmöglichkeiten beeinflusse, sei er von der versicherten Person, aber auch von der fallführenden Person der IV-Stelle auf dem Laufenden zu halten. Dann könne er seinen Patienten, seine Patientin unterstützen. Ein systematischer Einbezug wie jener des Arbeitgebers (vgl. nachfolgend) ist jedoch nicht vorgesehen.

4.6.2 Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern

Die konkretesten Informationen zur Zusammenarbeit zwischen der fallführenden Person der IV-Stelle und dem Arbeitgeber finden sich in den Zielvereinbarungen. Typischerweise werden hier wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, die Aufgaben und Verantwortlichkeiten dieser beiden Mitunterzeichnenden umschrieben. Wie erwähnt unterstellen die Zielvereinbarungen jeweils alle Parteien einer gegenseitigen Informationsverpflichtung, wenn wesentliche Voraussetzungen sich verändert haben oder während der Massnahme Schwierigkeiten auftreten. Ebenfalls ist in den Musterdokumenten die Auswertung der Massnahme in einem gemeinsamen Standortgespräch vorgesehen.

In der Zielvereinbarung geregelte Pflichten

Die Muster-Vereinbarung aus der IV-Stelle E zu Integrationsmassnahmen im ersten Arbeitsmarkt hält die Pflichten insb. des Arbeitgebers und der fallführenden Person der IV-Stelle ausführlich fest. Der Arbeitgeber hat v.a. Informationspflichten, wobei der fallführenden Person auch eine Holschuld aufgebürdet wird. Diese hat primär eine beratende und unterstützende Funktion. Ein regelmässiger Informationsfluss soll ein schnelles Reagieren bei Unvorhergesehenem ermöglichen:

- Arbeitgeber muss der versicherten Person die notwendige Unterstützung gewähren
- Auf Initiative der fallführenden Person der IV-Stelle sind periodische Standortgespräche durchzuführen
- Arbeitgeber muss die IV informieren, wenn die versicherte Person länger als drei Tage, unentschuldigt oder unbegründet abwesend ist
- Arbeitgeber kann bei Bedarf die fachliche Unterstützung der fallführenden Person der IV-Stelle beanspruchen
- Arbeitgeber muss die fallführende Person der IV-Stelle kontaktieren, wenn die Weiterführung der Massnahme erfolglos oder gefährdet ist
- Die fallführende Person der IV-Stelle informiert sich periodisch beim Arbeitgeber
- Die verantwortliche Person bei der IV-Stelle berät und unterstützt den Arbeitgeber auf Anfrage in administrativen, organisatorischen und personellen Belangen während der Dauer der Integrationsmassnahme im Betrieb.
- Eine Verlängerung erfordert die Absprache mit der fallführenden Person der IV-Stelle

Ist ein, resp. eine Job Coach involviert, so werden auch seine, resp. ihre Aufgaben umschrieben, etwa im einem Musterdokument von der IV-Stelle C:

- Beratung und Begleitung der versicherten Person und des Einsatzbetriebes während der Massnahme sowie Teilnahme an regelmässigen Besprechungen und der Auswertung.
- Koordination der Termine für regelmässige Besprechung. Information der Eingliederungsfachperson, wenn die Zielerreichung gefährdet ist.

Gemäss der Zielvereinbarung entbindet dies die fallführende Person der IV-Stelle nicht völlig von ihren Pflichten: Sie hat gleichwohl die versicherte Person und den Einsatzbetrieb zu beraten und begleiten und an regelmässigen Besprechungen und der Auswertung teilzunehmen.

Überprüfung der erreichten Leistungen

Zwei IV-Stellen (C, E) verfügen über ein Leistungsbeurteilungsformular, das die Arbeitgeber im Hinblick auf Standortbestimmungen oder die Schlusserwertung auszufüllen haben. Die Dokumente sind nicht identisch, aber umfassen jeweils einen breiten Katalog an Kriterien. Das Dokument aus der IV-Stelle E enthält z.B. folgende Kriterien:

- Arbeitsverhalten, Berufliches Können, Persönliches Verhalten und Soziale Fähigkeiten anhand insgesamt 19 Kriterien mit vorgegebenen Antwortkategorien
- Gesundheitlicher Verlauf während der Massnahme
- Beurteilung der qualitativen Zielvorgaben
- Durchschnittliche Leistung am Schluss der Massnahme (Pensum und Leistungsfähigkeit) und Gründe für nicht volle Leistungsfähigkeit
- Welcher Lohn würde der Arbeitgeber zahlen

Weitere punktuelle Informationen

Punktuell wurden in den Dokumentationen weitere Informationen zur Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber in der Durchführungsphase gefunden:

- **Fallabschluss mit guter Prognose:** Wenn die IV-Stelle D die Eingliederung mit guter Prognose abschliesst, wird von den fallführenden Personen eine «gute, klare und vertrauensfördernde Kommunikation an Kunde und Helfer netz/Involvierte» verlangt, darunter auch an den Arbeitgeber, bei dem die Person weiterhin beschäftigt sein wird. Es sei «in der mündlichen Kommunikation klar und verständlich mitzuteilen, dass keine Nachteile entstünden, wenn die gute Prognose nicht eintreffe. Der Arbeitgeber ist aufzufordern, sich in diesem Fall bei der fallführenden Person zu melden «dann wird schnell und kulant» Unterstützung geprüft.
- **Nachfrage bei Ausbildungen:** Aus der IV-Stelle A liegt ein Musterbrief vor, mit dem beim Arbeitgeber bei versicherten Personen in einer Ausbildung kontaktiert werden kann: «Soweit wir wissen, läuft die Situation gut, aber vielleicht haben Sie eine Frage und/oder ein Anliegen? Dann wenden Sie sich an uns, wir stehen Ihnen zur Seite!» Es ist aus der Dokumentation nicht erkennbar, wann Mitarbeitende der IV-Stelle diesen Brief verschicken sollen.
- **Initialcoaching zum Arbeitsplatzerhalt:** Das im Abschnitt zur Früherfassung beschriebene Initialcoaching zum Arbeitsplatzerhalt der IV-Stelle D sieht ähnlich wie die oben beschriebenen Zielvereinbarungen einen laufenden Informationsaustausch vor: Die fallführende Person tritt dabei während des Coachings in den Hintergrund. Der oder die Job Coach ist jedoch angehalten, selbst in Kontakt mit den Partnern zu bleiben, damit die Zusammenarbeit geklärt und die Unterstützung koordiniert werden kann. Beim Arbeitgeber soll sie Erwartungen, Bedürfnisse und Widerstände des Umfeldes (Arbeitgeber, Behandelnde) explizit erfragen. Bei schrittweiser Steigerung des Arbeitspensums ist danach die Arbeitsfähigkeit mit dem behandelnden Arzt, der behandelnden Ärztin abzusprechen. Vorgesehen sind auch regelmässige Verlaufsrückmeldungen an die fallführende Person der IV sowie ein gemeinsames Abschlussgespräch beim Arbeitgeber.

4.7 Direkte Kontakte des RAD mit den Partnern

In den Arbeitsunterlagen der IV-Stellen zum Einbezug des RAD geht es meist um die Zusammenarbeit der fallführenden Personen der IV-Stelle mit dem RAD in verschiedenen Formaten (Sprechstunden, schriftliche Anfragen etc.). Nur wenige Dokumente aus den IV-Stellen E und A geben Hinweise zu allfälligen direkten Kontakten des RAD mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder Arbeitgebern. Bei der IV-Stelle E werden mehrere Direktkontakte erwähnt: So kann der RAD bei Abklärungen am Arbeitsplatz zum Arbeitsplatzzerhalt beteiligt werden und diese auch selbst anregen, kann an Assessments der versicherten Person und an Round-Table-Gesprächen teilnehmen. Er kann auch Unterlagen bei externen Partnern selbst einfordern, wobei aus dem betreffenden Prozessschema nicht klar wird, welche Partner hier gemeint sind. Gezielte schriftliche Rückfragen des RAD an behandelnde Ärztinnen und Ärzten werden indes von der fallführenden Person verschickt.

Die IV-Stelle A weist seine Mitarbeitenden an, dem Wunsch von Behandelnden zu entsprechen, wenn sie sich mit dem zuständigen Arzt, der zuständigen Ärztin des RAD austauschen wollen. Dies sei im Geist der von der WE IV gewünschten engen Zusammenarbeit.

4.8 Zusammenfassung und Fazit

Basierend auf den heterogenen Unterlagen der IV-Stellen wird nachfolgend ein Fazit dazu gezogen, wie und inwieweit die IV-Stellen in ihren internen Arbeitsunterlagen (z.B. Weisungen, Informationsdokumente, Arbeitsanleitungen, Schulungsunterlagen) die Zusammenarbeit regeln. Die Darstellung orientiert sich zunächst an den drei Dimensionen der Zusammenarbeit, wobei sich aus der Darstellung der Rollenerwartungen an die drei Akteure auch die Erwartungen an deren Wissen und Perspektive ergeben. Ein systematischer Vergleich, inwieweit sich die IV-Stellen diesbezüglich unterscheiden, ist nicht möglich. Wenn punktuell Unterschiede erkennbar wurden, erwähnen wir diese.

Daran anschliessend wird auf die gefundenen Informationen zu den zusammenarbeitsbezogenen Aspekten der WE IV eingegangen, bevor abschliessend der Gesamteindruck der Forschenden aus diesen Unterlagen in Bezug auf die Weisungen des BSV wiedergegeben wird.

4.8.1 Formen und Häufigkeit der Zusammenarbeit

Einbezug in verschiedenen Phasen des Verfahrens: Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass gemäss den Arbeitsdokumenten sowohl die behandelnden Ärztinnen und Ärzte als auch die Arbeitgeber in allen Phasen des Eingliederungsverfahrens involviert werden müssen. Grundsätzliche Unterschiede zwischen den IV-Stellen zeigen sich am ehesten in der Früherfassung. Die IV-Stellen D und B beziehen bereits in dieser Phase v.a. den Arbeitgeber, und D auch den Behandler, resp. die Behandlerin ein, während die anderen IV-Stellen dies höchstens punktuell oder gar nicht tun. Entlang der drei Phasen Abklärung, Planung und Durchführung ergibt sich eine klare Tendenz: Bei der Abklärung des Eingliederungspotenzials finden sich mehrere Arbeitsdokumente zur Zusammenarbeit mit den Behandelnden und nur wenige zur Zusammenarbeit mit dem

Arbeitgeber. Bei der Planung und der Durchführung der Massnahme steht die Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber im Vordergrund. Es geht um die Anpassung des Arbeitsplatzes, regelmässige Standortbestimmungen und das Abschlussgespräch. In dieser Phase muss der Behandler, resp. die Behandlerin nur bei Bedarf zugezogen werden.

Formate des Informationsaustauschs: Die formalen Berichte spielen eine Rolle als generelle erste Information. Alle IV-Stellen verfügen neben dem Standardbericht über kürzere, spezifische Berichtsformulare für die Eingliederung mit einigen wenigen Fragen. Prinzipiell sind die fallverantwortlichen Personen gehalten, die dem Informationsbedürfnis am besten angepasste Form zu wählen, was aufgrund der Niederschwelligkeit und Schnelligkeit häufig E-Mail-Korrespondenz, Briefe oder mündlichen Kontakt (mit anschliessender Protokollierung) impliziert. Nur von einer IV-Stelle (C) fanden sich diesbezüglich konkrete Empfehlungen, wann welches Kommunikationsformat geeignet ist (gegenüber den Behandelnden). In drei von vier IV-Stellen werden die Vorzüge des mündlichen Austauschs in den Unterlagen explizit hervorgehoben. Auch im ergänzenden Gespräch mit der IV-Stelle B wurde der Wert des persönlichen mündlichen Kontakts hervorgehoben. Als spezifische Formen des mündlichen Austauschs werden Assessmentgespräche oder Abklärungen am Arbeitsplatz (jeweils bei der Frage des Arbeitsplatzerhalts) erwähnt.

Bilaterale und trilaterale Zusammenarbeit: Es liessen sich kaum Dokumente finden, in denen festgelegt wird, wann Behandelnde und Arbeitgeber an den gleichen Tisch zu bringen sind. Erwähnt wird die Möglichkeit z.B. bei Abklärungen am Arbeitsplatz. Im ergänzenden Gespräch mit IV-Stelle B wurde erwähnt, dass der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin bei Bedarf nach Möglichkeit auch in die Zielvereinbarung einbezogen werden kann und diese evtl. sogar mitunterzeichnet. In der Zielvereinbarung wird dann z.B. festgehalten, dass die versicherte Person eine Therapie regelmässig besucht. Möglich ist der trilaterale Kontakt prinzipiell auch bei Standortgesprächen während der Massnahme (vgl. auch nächsten Punkt).

Zielvereinbarungen: Die IV-Stellen arbeiten mit Musterdokumenten von Zielvereinbarungen, die insgesamt ähnlich ausgestaltet sind. Sie enthalten qualitative und quantitative Ziele für die versicherte Person, verpflichten die Arbeitgeber zur Unterstützung und Kontrolle der versicherten Person sowie die fallführende Person zur Unterstützung der versicherten Person und des Arbeitgebers. Vorgesehen ist ein routinemässiger Austausch mittels Standortgesprächen und eine Auswertung am Schluss (jeweils im Beisein der versicherten Person). Auch für die Auswertung der Massnahmen stützen sich die IV-Stellen (zumindest zum Teil) auf Auswertungsformulare. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind gemäss den erhaltenen Musterdokumenten in die Vereinbarung involviert und somit auch nicht automatisch bei Standortgesprächen dabei (vgl. aber die oben erwähnten mündlichen Informationen der IV-Stelle B). Anleitungen, wie die Zielvereinbarungen zu erarbeiten sind und welche Kooperationsformen hier angewendet werden sollen, wurden nicht gefunden.

Direkter Kontakt der RAD zu den Partnern: RAD sind gemäss den Dokumenten eher wenig in direktem Kontakt zu den Zusammenarbeitspartnern der IV-Stellen. Die Beschaffung der Informationen erfolgt in der Regel via fallführende Person der IV-Stelle. Eine Ausnahme kann zum Beispiel die Beteiligung des RAD an einer Arbeitsplatzabklärung vor Ort sein (von einer IV-Stelle

genannt). Eine IV-Stelle hält explizit fest, dass dem Wunsch von behandelnden Ärztinnen und Ärzten entsprochen werden soll, wenn sie sich mit dem RAD austauschen wollen.

Wenige Informationen zu Job Coaches: Zu den Aufgaben von Job Coaches finden sich ähnlich wie auch in den Weisungen des BSV wenige Hinweise. In den beiden Kantonen mit Hinweisen wird ihnen eine Beratungs- und Begleitfunktion nicht nur für die versicherte Person, sondern auch für den Arbeitgeber zugeschrieben. Ein Kanton erwähnt auch die Abstimmung mit der medizinischen Behandlung, der andere betont, der, resp. die Job Coach habe die fallführende Person bei einer Gefährdung der Zielerreichung zu informieren.

4.8.2 Erwartungen an die Rollen und das Wissen der Akteure

Aus einzelnen Grundsatzdokumenten, aber auch aus verstreuten punktuellen Hinweisen lassen sich Schlussfolgerungen ziehen, in welchen Rollen die IV-Stellen ihre Partner, aber auch ihre Mitarbeitenden sehen und welche Erwartungen sie daran knüpfen. Damit einher gehen auch die Erwartungen an das Wissen und die Informationen, welche die jeweiligen Partner einbringen. Die in den Dokumenten abgebildeten Rollenerwartungen entsprechen insgesamt denjenigen, die sich auch aus der Analyse der Kreisschreiben (vgl. Detailkonzept) ergeben haben:

Behandelnde Ärztinnen und Ärzte sollen medizinische Informationen liefern, so dass das Eingliederungspotenzial beurteilt und daraus die adäquate Massnahme abgeleitet werden kann. Sie können als Vertrauenspersonen dazu beitragen, dass die versicherten Personen sich an Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen beteiligen. Erwähnt wird vereinzelt auch das Anliegen, die Eingliederung in die Therapie einzubeziehen. Auch sollen sie im Verlauf der von Eingliederungsmassnahmen berichten, wenn es zu Schwierigkeiten kommt (soweit sie dann einbezogen sind, vgl. Aussagen zu den Formen und Inhalten der Zusammenarbeit)

Arbeitgeber: Von ihnen wird erwartet, dass sie für die Eingliederung von Versicherten Personen offen zeigen und entsprechend angepasste Arbeitsplätze anbieten. Während der Massnahme haben sie die Beteiligung und Entwicklung der versicherten Person zu überwachen und die IV zu informieren, routinemässig im Rahmen von Standortgesprächen und bei der Auswertung der Massnahme, aber immer auch dann, wenn sich Schwierigkeiten manifestieren.

Mitarbeitende der IV (inkl. allenfalls interne Job-Coaches): Damit die anderen beiden Akteure die in sie gesetzten Rollenerwartungen erfüllen können, müssen die Mitarbeitenden der IV-Stelle diese dazu befähigen und sie motivieren. Dies wird in den Dokumenten mehrerer Kantone betont. Dies bedeutet einerseits die laufende Information über die konkrete Situation einer versicherten Person gemäss dem vorliegenden Dossier und soweit nötig über das Eingliederungsverfahren in der IV, andererseits auch Sensibilisierung dafür, dass die Eingliederung im Interesse der versicherten Person ist und auch mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung möglich ist. Alle IV-Stellen führen auch fallunabhängige Aktivitäten durch, um ihre Partner zu informieren und sensibilisieren. Schliesslich haben sie auch eine Holschuld an Informationen, wenn die Partner (z.B. während der Durchführung einer Massnahme nicht von sich aus informieren). Im Gespräch mit IV-Stelle B wurde die Bedeutung dieser Aktivitäten stark hervorgehoben. Zumindest in diesem Kanton tragen

sie auch dazu bei, dass die Mitarbeitenden und die Partner teilweise schon kennen, wenn ein Verfahren neu beginnt, was die Zusammenarbeit erleichtere. Von den IV-Mitarbeitenden wird spezifisch *vis-à-vis den behandelnden Ärztinnen und Ärzte* erwartet, dass sie zur Abstimmung der Eingliederungsmassnahme und der medizinischen Behandlung beitragen. Die *Arbeitgeber* müssen darin unterstützt werden, den Arbeitsplatz in der Eingliederungsmassnahme auf das Belastungsprofil und die spezifischen Limitationen der versicherten Person auszurichten (psychische Ergonomie), und sie müssen während der Massnahme begleitet werden. Bei all diesen Bemühungen ist der Aufwand für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die Arbeitgeber auf das Notwendige zu beschränken.

Auch wenn in keiner der gesichteten Unterlagen der Begriff des gemeinsamen Fallverständnisses der drei Partner verwendet wird (vgl. Abschnitt 2.2.2), so ergibt sich aus den hier abgebildeten Rollen- und Wissenserwartungen, dass die Zusammenarbeit grundsätzlich auch gemäss den internen Arbeitsdokumenten der IV-Stellen auf ein solches ausgerichtet ist, und dass die IV-Stelle hauptsächlich in der Verantwortung ist, darauf hinzuwirken.

4.8.3 Informationen zu den interessierenden Aspekten der WE IV

Die IV-Stellen haben zwar gewisse Unterlagen zur Einführung der WE IV zur Verfügung gestellt. Die Dokumente enthalten jedoch zu den in der Studie interessierenden spezifischen Aspekten der Zusammenarbeit jedoch nur wenige Informationen. In den Arbeitsdokumenten finden sich gewisse Hinweise, dass die zentralen Aspekte der drei nachfolgend aufgeführten Änderungen auch von den IV-Stellen übernommen werden. Inwieweit dies durch die Rechtsänderungen gefördert wurde, lässt sich indes nicht beurteilen.

- **Informationspflicht der IV-Stellen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte über den Eingliederungsprozess:** Wie oben beschrieben ist in den Unterlagen mehrerer IV-Stellen dokumentiert, dass ihre Mitarbeitenden angehalten sind, die Behandelnden zu informieren. Inwieweit dies durch die Schweigepflichtentbindung der IV-Stellen (gemäss Art. 66a Abs. 1 Bst. c^{bis} IVG, Rz. 3019 KSVI) in der Alltagspraxis tatsächlich erleichtert oder gefördert hat, ist aus den Unterlagen nicht ersichtlich. Direkte Bezüge zu diesen Rechtsgrundlagen fanden sich nicht.
- **Informationen über die qualitative Leistungsfähigkeit einholen:** Soweit aus den Unterlagen ersichtlich ist, ist auch die qualitative Leistungsfähigkeit bei der Ermittlung des Eingliederungspotenzials ein Thema und immer auch in den Zielvereinbarungen. Auch hier kann aber nicht gesagt werden, ob ein Zusammenhang mit der WE IV (Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV) besteht. Explizite Hinweise wurden keine gefunden.
- **Beratung und Begleitung:** Die gesehenen Schulungsunterlagen erwähnen und beschreiben die neue gesetzliche Grundlage und den Anspruch auch des Arbeitgebers auf Beratung und Begleitung und auch, dass diese beim Abschluss der Eingliederung über den noch drei Jahre weiterbestehenden Anspruch auf Beratung und Begleitung aufmerksam gemacht werden müssen. Es ist jedoch aus den anderen Arbeitsunterlagen nicht ersichtlich, inwieweit

diese Möglichkeit die tatsächliche Eingliederungsarbeit der IV-Stellen und die Zusammenarbeit beeinflusst hat. Eine IV-Stelle (D) hält zu diesem Thema in einer Schulungsunterlage fest, Job Coachings seien neu unter dieser Rechtsgrundlage separat mitzuteilen. In einer Mitarbeitendeninformation im Hinblick auf das Inkrafttreten der WE IV schreibt die gleiche IV-Stelle zum Anspruch auf Beratung und Begleitung: «Art. 14^{quater} IVG bedeutet nichts Neues für uns, sondern entspricht unserer gelebten Haltung.»

Diese drei Themen und auch der Umgang der Akteure mit der niederschwelligeren Meldemöglichkeit zur Früherfassung wurde auch in den Workshops thematisiert (vgl. Abschnitt 6.5).

4.8.4 Gesamteindruck in Bezug auf die Weisungen des BSV

Die ausgewerteten Dokumente deuten insgesamt auf ein ähnliches Grundverständnis der Zusammenarbeit hin, wie es in den Kreisschreiben des BSV zu Ausdruck kommt: Sie wird als Geben und Nehmen verstanden, wobei die Mitarbeitenden der IV-Stellen als Motoren des Prozesses besonders gefordert sind, die anderen beiden Partner zu informieren und fachlich zu unterstützen, sodass sie die ihnen zugedachten Rollen ausfüllen können. Sie haben auch eine Holschuld, wenn die anderen Akteure erwartete Informationen nicht von selbst liefern. Weitere Parallelen zu den Weisungen des BSV finden sich auch bezüglich der Formen der Zusammenarbeit mit der Favorisierung eines informellen und mündlichen Austauschs sowie mit der Tendenz, dass diese Zusammenarbeit eher je bilateral zwischen den IV-Mitarbeitenden und den beiden anderen Partnern organisiert wird als trilateral. Schliesslich wiederholt sich in den Arbeitsunterlagen auch der Eindruck aus den Kreisschreiben, dass die Zusammenarbeit nicht akribisch geregelt wird, sondern den IV-Mitarbeitenden bei der Intensität der Zusammenarbeit und der Wahl des konkreten Austauschformats Spielraum gelassen wird, um der jeweils spezifischen Situation im Einzelfall gerecht zu werden.

Die dem Forschungsteam zur Verfügung gestellten Dokumentationen sind heterogen. Auch finden sich wenige Dokumente, die sich spezifisch auf die Zusammenarbeit beziehen und auch kaum solche, die sich auf Besonderheiten bei der Eingliederung psychisch erkrankter versicherter Personen beziehen. Es scheint, dass bei den IV-Stellen unterschiedliche Kulturen bestehen, inwieweit die Weisungen des BSV durch interne Arbeitsanleitungen wiederholt, allenfalls ergänzt oder konkretisiert werden oder den Mitarbeitenden fachliche Grundlageninformationen in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt werden. Aus der Abwesenheit interner Weisungen und Handlungsempfehlungen kann jedoch nicht geschlossen werden, dass die Vorgaben auf Bundesebene für die IV-Mitarbeitenden nicht handlungsleitend sind.

5 Dossieranalyse

Die Dossieranalyse soll Erkenntnisse über a) die konkreten Formen der Information und des Austauschs, b) über Wissen und Perspektive der Akteurinnen und Akteure und c) über Rolleninterpretation und Verständnis der Zusammenarbeit zwischen den Hauptakteurinnen und -akteuren Arbeitgeber, IV und Behandelnde geben. Zusätzlich am Rande betrachtet werden weitere relevante Akteurinnen und Akteure: die versicherte Person und Job Coaches. Mittels Dossieranalyse geschieht eine Bestandesaufnahme der konkreten Zusammenarbeitsformen in der Praxis. Zudem werden hinderliche und förderliche Faktoren der Zusammenarbeit identifiziert.

5.1 Methode und Vorgehen

In der Dossieranalyse wurden 150²² Dossiers codiert, davon 56 Dossiers auf vertiefte Weise inklusive Textbeispiele. Die zu analysierenden Dossiers wurden auf die ausgewählten fünf IV-Stellen gleichmässig verteilt, (je 44 Dossiers, inkl. Reservedossiers in allen Kantonen). War ein Dossier nicht geeignet, wurde ein Reservedossier angeschaut. Gründe, warum ein Dossier nicht bearbeitet wurde, waren meist ungenügend ausführliche Dokumentation, in Einzelfällen auch fehlendes Vorkommen der Hauptakteurinnen bzw. -akteure oder eine fachliche Involviertheit von WorkMed (= Rollenkonflikt). In erster Priorität wurde ein Dossier aus demselben Kanton aus der Reserve genommen, in zweiter Priorität wurde auf einen anderen Kanton zurückgegriffen. Die Anzahl analysierter Dossiers pro IV-Stelle bewegte sich zwischen 24 und 35.

5.1.1 Auswahl der Dossiers

Die Auswahl der 5 IV-Stellen orientierte sich einerseits an der Art und Qualität der Dossierführung – entsprechende Informationen wurden vom BSV zur Verfügung gestellt. Andererseits wurde in gleichem Gewicht darauf geachtet, eine gewisse Varianz in den verschiedenen IV-Stellen zu haben bzgl. Urbanisierung, Grösse und Sprache. Die Fallauswahl innerhalb der Kantone stützte sich auf die ZAS-Daten und entsprach folgenden Einschlusskriterien:

- Gebrechenscode 646 nach dem Kreisschreiben des BSV über die Gebrechens- und Leistungsstatistik (KSGLS)²³: Psychogene oder milieureaktive Störungen; Neurosen; Borderline cases (Grenzbereich Psychose – Neurose); einfache psychische Fehlentwicklungen z.B. depressiver, hypochondrischer oder wahnhafter Prägung; funktionelle Störungen des Nervensystems und darauf beruhende Sprachstörungen, wie Stottern; psychosomatische Störungen, soweit sie nicht als körperliche Störungen codiert werden.

²² Zum Ende der Codierphase lagen 4 Datensätze vor: ZAS-Daten (n = 150), Codierdaten allgemeiner Teil (n = 150), Codierdaten vertiefter Teil (n = 56) und Textbeispiele (überall, wo möglich in illustrativer Form). Diese 4 Datensätze wurden via (verschlüsselte) Versicherungsnummer zusammengefügt und bereinigt, sodass schlussendlich n = 147 Fälle insgesamt und davon n = 56 Fälle zusätzlich vertieft codiert wurden.

²³ Gültig ab 1. Januar 2022, Stand: 1. Januar 2026. Abrufbar unter: [Dokumente | BSV Vollzug](#)

- Alter 25 – 60 Jahre
- Behandlungsperson und Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber (erster Arbeitsmarkt) vorhanden. Um aufgrund der ZAS-Daten sicherstellen zu können, dass in den ausgewählten Dossiers ein Arbeitgeber vorkommt, musste das Kriterium erfüllt sein, dass der versicherten Person mindestens eine Eingliederungsmassnahme im ersten Arbeitsmarkt zugesprochen wurde.
- Fälle ab 2021, erste Priorität möglichst aktuell: Es wurden Fälle ab 2022 gezogen und wo es zu wenig Dossiers gab, wurde auf Fälle ab 2021 zurückgegriffen.

Aus den Dossiers, welche diese Kriterien erfüllten, wurde für jeden Kanton eine Zufallsauswahl gezogen.²⁴

5.1.2 Schulung Codierteam

Zu Beginn fand eine Schulung für alle Raterinnen und Rater statt. Eine Eingliederungsfachperson der IV-Stelle Baselland, die ebenso Mitglied der Begleitgruppe war, hat das Codierteam im effizienten Lesen von IV-Dossiers geschult. Im Rahmen der Schulungen erarbeiteten Seniors bei WorkMed ein Schulungsdossier, das als Vorzeigebispiel vorkodiert wurde. In einem Schulungstag wurde dieses Dossier von allen Raterinnen und Ratern zur Übung codiert und Unklarheiten, Operationalisierungen sowie unterschiedliche Einschätzungen wurden besprochen.

- Auch während des weiteren Codierprozesses kam es zu regelmässigen (wöchentliche bis zwei-wöchentliche) Meetings, um Fragen und Unklarheiten in der Codierung zwischen den Raterinnen und Ratern zu klären und die entsprechenden Codierregeln im Manual festzuhalten.
- Das Codierteam von WorkMed bestand aus erfahrenen psychologischen Fachpersonen, die in ihrer täglichen Arbeit vertraut sind mit dem IV-Aktenstudium und sich fachlich durch die Ausrichtung von WorkMed mit der Thematik auskennen. Mitarbeitende des Büro Vatter verfügen über einen universitären sozialwissenschaftlichen Abschluss und wurden für die Mitarbeit in der Dossieranalyse von WorkMed geschult und eng begleitet.

Für die Raterinnen und Rater gab es eine Art «Fragebogen», den sie zu jedem Dossier ausfüllten (= Codierraster) und anhand dessen die Daten später ausgewertet wurden. Zudem wurde als Hilfestellung zum Ausfüllen des Codierrasters ein Manual zur Codierung (Anleitung für Entscheidungen bei uneindeutigen Informationen) erstellt und laufend verbessert. Die Raterinnen und Rater erhielten im Manual bzw. in der Codieranweisung Hinweise dazu, in welchen Dokumenten des IV-Dossiers eine gesuchte Information potenziell zu finden ist und wie die Variable operationalisiert wird.

²⁴ Die Codierung/Datenerfassung der Dossieranalyse fand von April 2025 bis September 2025 statt. Die Dossiers waren meist mehrere hundert Seiten lang, zudem unterschied sich die Art der Dossierführung stark nach den IV-Stellen. Die anonymisierte Codierung erfolgte mit dem Online-Fragebogentool «Tivian» der Firma Jigsaw. Des Weiteren wurden in einem Excel-Sheet zusätzliche qualitative Daten erhoben. Die 56 Dossiers, die vertieft analysiert wurden, wurden mit Textbeispielen zu den erhobenen Variablen angereichert.

5.1.3 Allgemeine vs. vertiefte Analyse der Dossiers

Es wurden alle 150 Dossiers codiert im Hinblick auf eine Reihe von vergleichsweise einfach zu erhebenden Merkmalen und Fakten, z.B. ob im Fallverlauf ein Round Table stattgefunden hat, welche Akteurinnen und Akteure daran teilgenommen haben und wo der Round Table stattgefunden hat. Diese eher explizit dokumentierten Informationen wurden aus allen Dossiers erhoben. Zeigte sich beim Erheben dieser Merkmale, dass im Dossier auch weiterführende Informationen vorhanden sind (Telefonnotizen, E-Mails etc. der Akteurinnen und Akteure), wurde das Dossier zusätzlich vertieft codiert. Hier wurden dann auch eher implizite Informationen erhoben, die mit dem Rollenverständnis, dem Kooperationsverständnis, den jeweiligen Perspektiven der Akteurinnen und Akteure sowie deren Fallverständnis und Einschätzungen zu tun haben. Dazu wurden auch kurze Textauszüge aus den Dossiers erfasst, welche geeignet sind, die impliziten Merkmale zu veranschaulichen und die Einschätzung der Codierenden und Codierer nachvollziehen zu können. Diese Textauszüge wurden in einem qualitativen Sinne geclustert und so zu Kategorien zusammengefasst, welche die Haltung und das Rollenverständnis der einzelnen Akteurinnen und Akteure illustrieren. Zusätzlich wurden drei Prototypen anhand von jeweils 1-2 Dossiers pro Prototyp im Sinne von typischen Zusammenarbeitsverläufen illustrierend aufbereitet.

5.1.4 Limitation der Methode Dossieranalyse

Die Dossieranalyse unterliegt gewissen methodischen Einschränkungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Zum einen hängt die Aussagekraft der Analyse stark von der Qualität und Vollständigkeit der vorhandenen Dossiers ab. Fehlende oder unvollständige Dokumentationen können zu Verzerrungen führen und bestimmte Aspekte des Untersuchungsgegenstandes unzureichend abbilden. Zudem wurde als ein wichtiges Selektionskriterium Fälle ausgewählt, wo möglichst viel dokumentiert wurde. Dies kann die Repräsentativität der Fälle einschränken. Eine weitere Limitation der Methode ist die subjektive Interpretation der Inhalte durch das Codierteam. Dies kann die Objektivität der Analyse beeinträchtigen. Dem wurde allerdings bestmöglich entgegengewirkt durch ein Codierteam aus Fachpersonen für Arbeitsrehabilitation. Zudem gab es eine Codieranleitung und enge und regelmässige Absprachen (vgl. Abschnitt 5.1.2). Schliesslich erlaubt die Dossieranalyse in der Regel nur eine retrospektive Betrachtung, wodurch aktuelle Entwicklungen oder informelle Prozesse, die nicht dokumentiert sind, unberücksichtigt bleiben. Entscheidet sich beispielsweise eine IV-Stelle oder eine einzelne Beratungsperson dafür, lediglich offizielle Korrespondenz abzulegen und hält eigene Notizen nicht oder an einem anderen Ort als im offiziellen Dossier fest, gehen für den hier vorliegenden Untersuchungsgegenstand (Zusammenarbeit) wertvolle Informationen verloren.

Alle Resultate können sich nur darauf stützen, was in den IV-Dossiers enthalten ist. Positive Antwortkategorien im Sinne von Zustimmung («Ja», «Vorhanden» etc.) belegen, dass entsprechende Merkmale in den Akten dokumentiert waren – das heisst zutreffend sind. Gegenteilig kann aus negativen Antwortkategorien kein sicheres «Nein» (trifft nicht zu) abgeleitet werden. «Nein» bedeutet jeweils, dass der erfragte Umstand nicht dokumentiert ist. Beispielsweise kann die Frage *«Fand ein direkter Kontakt zwischen IV und Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber statt?»* sicher mit «Ja»

beantwortet werden, die Antwortkategorie «Nein» ist demnach gleichbedeutend mit «nicht(s) dokumentiert».

5.2 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe kann anhand folgender Merkmale beschrieben werden:

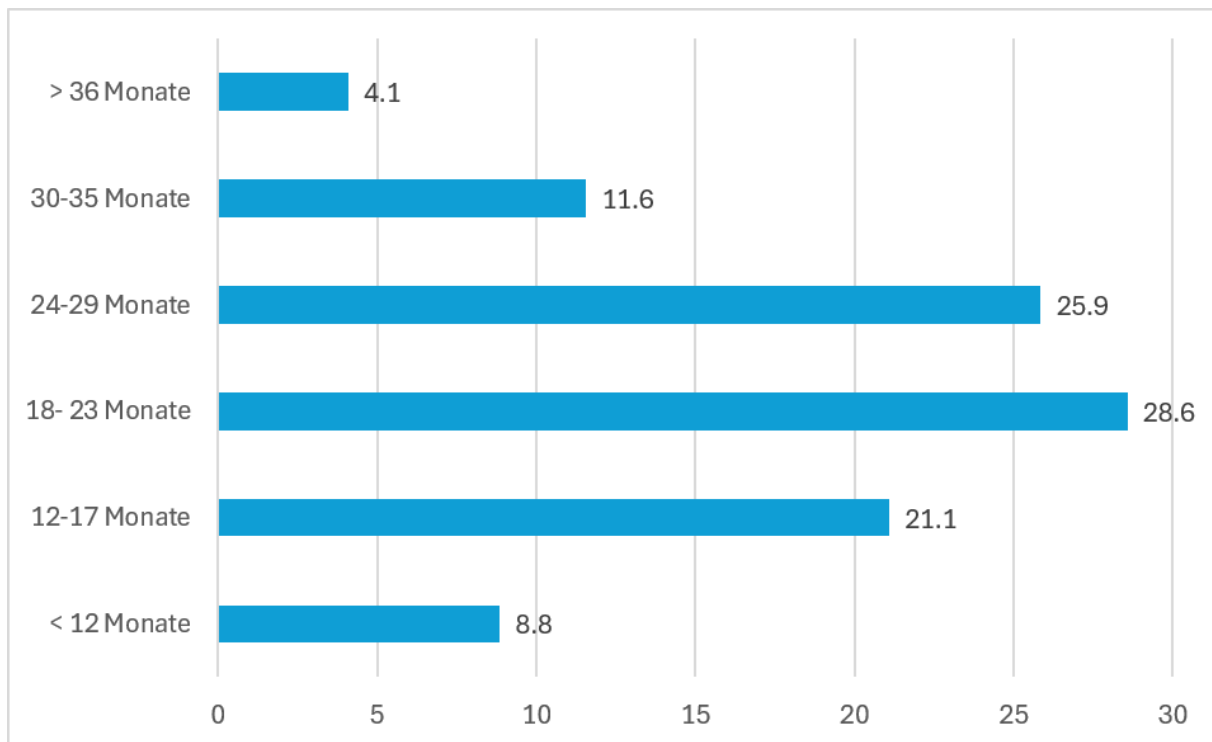
Geschlecht: Von den 147 ausgewerteten Dossiers waren in 45% der Fälle die versicherten Personen männlich, in 55% waren sie weiblich, die Altersspanne beträgt 20- bis 60-jährig. Je ca. 30% der Versicherten entfielen auf die Altersgruppen 30 – 39J, 40 – 49J. Und 50 – 59J., die restlichen 10 % waren jünger oder älter.

Anmeldezeitpunkt: Die IV-Anmeldung der Fälle erfolgte zwischen 2021 und 2024. Dass die Mehrheit der Fälle im Jahr 2022 gestartet haben liegt daran, dass die Falldauer häufig zwei und mehr Jahre betrug und deshalb Fälle mit Start im Jahr 2023 deutlich seltener vorkommen.

Eingliederungsmassnahmen: Aus den ZAS-Daten ist ersichtlich, dass 56% aller Fälle im Laufe ihres Eingliederungsverfahrens Beratung und Begleitung durch die IV erhalten haben (n= 147; Leistungscodes (LC) 577 bis 580; vgl. Anhang 1). In 85% der Fälle kam es zu mindestens einer Integrationsmassnahme (LC 584-592), in 4,8% der Fälle kam es zu Berufsberatung (LC 531-533), in 23% zu einer Umschulung (LC 460-500) und in 34% der Fälle zu Arbeitsvermittlung (LC 538-551). In 23% der Fälle ging der Anmeldung eine Früherfassung voraus. 55% der Fälle hatten mindestens eine Frühinterventionsmassnahme (LC 561-571). Wie in Abschnitt 5.1.1 beschrieben, war ein Auswahlkriterium der Dossiers, dass mindestens eine Eingliederungsmassnahme im ersten Arbeitsmarkt durchgeführt wurde. Tatsächlich kommt es gemäss den ZAS-Daten bei weitem nicht in allen Verfahren zu einer solchen Massnahme (vgl. Abschnitt 2.3.2).

Weitere Verfahrensaspekte: Das Dossier war im Schnitt über alle Fälle 21.3 Monate lang in der Eingliederung (Abbildung 5). Von den 147 untersuchten Fällen waren 72% mit der untersuchten Periode erstmalig bei der IV angemeldet und bei 28% handelte es sich um Wiederanmeldungen.

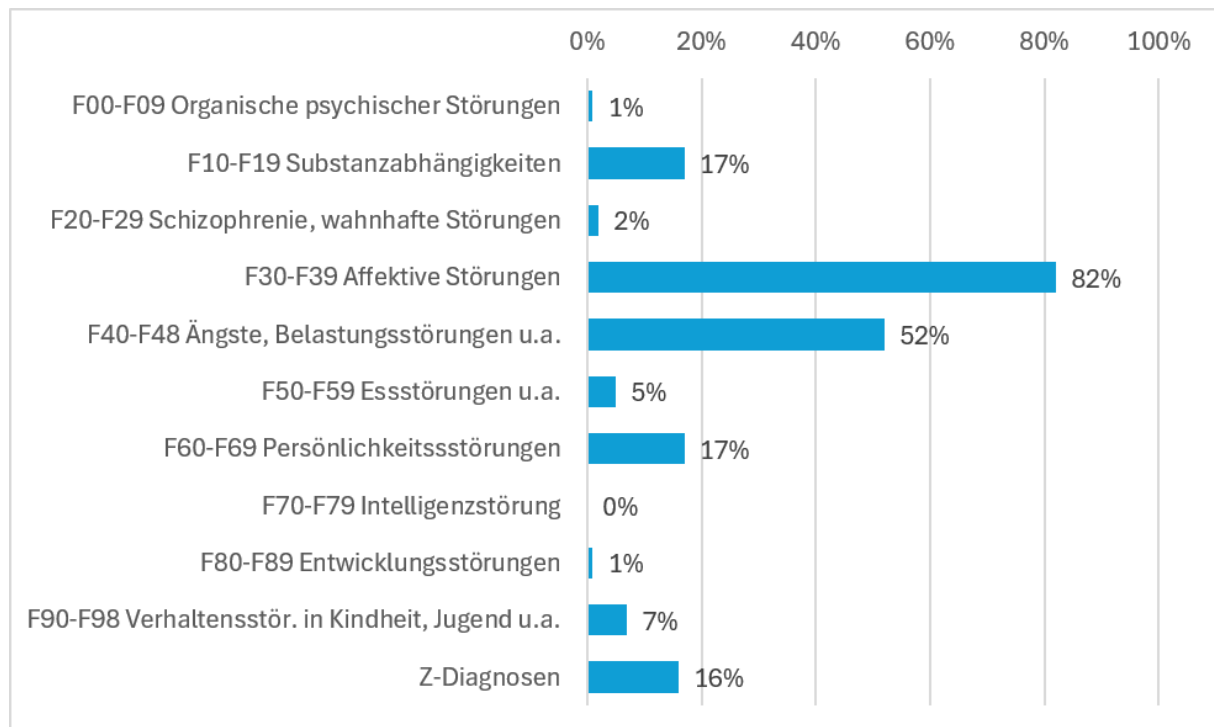
Abbildung 5: Dauer, wie lange das Dossier in der Eingliederung (exkl. Rentenprüfung) war seit der letzten IV-Anmeldung, n = 147, in Prozent



Angaben in Prozent. Lesebeispiel: 4.1% der Dossiers waren mehr als 36 Monate in der Eingliederung.

Diagnosen: Welche Diagnosen sich über die Stichprobe verteilt zeigen, ist in Abbildung 6 ersichtlich. Es handelt sich dabei um die Diagnosen aus dem IV-Gutachten oder – falls nicht vorhanden – vom jüngsten Arztbericht. Am häufigsten sind affektive Störungen (F3) und neurotische, Belastungs- sowie Somatoforme Störungen (F4) codiert worden. Zudem wurde in 38% der Fälle eine Persönlichkeitsstörung oder -akzentuierung dokumentiert. Letzteres bezieht sich auf alle textlichen Erwähnungen von Persönlichkeitsauffälligkeiten, auch ohne offizielle Berichtsdiagnosen.

Abbildung 6: Häufigkeiten der vorliegenden 3 Hauptdiagnosen im IV-Dossier (Mehrfachantworten), n = 147, in Prozent



Erläuterung Diagnosecodes gemäss ICD-10. **F0:** Organische Störungen; **F1:** Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; **F2:** Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; **F3:** Affektive Störungen; **F4:** Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen; **F5:** Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (z.B. Essstörungen); **F6:** Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; **F7:** Intelligenzmin- derung; **F8:** Entwicklungsstörungen; **F9:** Verhaltens- und Emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend; **Z-Diagnosen:** Zusatzcodierungen, die die Lebensumstände beschreiben, aber keine eigenständigen Er- krankungen sind, z.B. Persönlichkeitsakzentuierungen oder Burnout

Die Mehrheit der versicherten Personen war bereits vor der IV-Anmeldung wegen ihrer psychi- schen Probleme in Behandlung. Rund 41% befanden sich schon seit einem Jahr oder länger in Behandlung, 53% begannen die Behandlung maximal ein Jahr vor der IV-Anmeldung.

Verlauf der Arbeitsunfähigkeit: Wird der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit angeschaut, wird er- sichtlich, dass es bei 52% der 147 Fälle zu einer sukzessiven Steigerung der Arbeitsfähigkeit kommt. Bei insgesamt 44% gestaltet sich diese schwankend. Nur 4% der versicherten Personen sind durch- gehend bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100%.

Berufliche Situation: 65% der versicherten Personen standen bei IV-Anmeldung in ungekündig- tem Arbeitsverhältnis, 35% hatten die Stelle bereits verlassen oder eine Kündigung erhalten (n = 147). Es handelte sich in 70% der Fälle um Versicherte, die in der Position als Fachmitarbeitende angestellt (gewesen) sind. 19% waren Hilfsarbeitende und 1% befand sich in Ausbildung (n= 147).

Verhalten der versicherten Person: Es wurde ebenso erfasst, wie sich die versicherte Person gegenüber den anderen Akteurinnen und Akteuren verhalten hat. Die Kooperationsbereitschaft war grösstenteils gegeben. In lediglich 2% der Fälle hat die versicherte Person den Kontakt

zwischen IV und Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber untersagt; ein Kontakt zur Behandlungsperson war in 100% der Fälle von der versicherten Person aus stattgegeben. In 15% der Fälle gab es Hinweise auf mangelhafte Mitwirkung der versicherten Person. Dazu gehört beispielsweise das unentschuldigste Fehlen bei Terminen, schlechte Erreichbarkeit generell oder auch das Verzögern des Prozesses durch Nichteinreichen von Unterlagen.

In der vertieften Analyse (n = 56) wurde die Zusammenarbeit ausgehend von der versicherten Person noch detaillierter erfasst. Der Umgangston der versicherten Person gegenüber der IV war in 91% der Fälle eher sachlich, freundlich, dankbar.

«Nochmals vielen Dank für das Gespräch letzten Donnerstag. Ihre wertschätzende Art hat es mir erleichtert, über schwierige Themen zu sprechen.»

In 9% der Fälle war der Umgangston eher wenig konstruktiv, beispielsweise sarkastisch (vgl. Beispiel nachfolgend), anspruchlich oder Druck aufsetzend.

«Ich erlaube mir, Ihnen meine Antwort auf Ihre Mahnung zu senden, sowie Sie an die Datenschutzbestimmungen zu erinnern. Weiter vermute ich, dass die Kopie des mitgesandten Briefes entweder nicht angekommen ist oder Informationen betreffend der Termin-Absage sowie der Schilderung von der aktuellen Situation untergegangen sind. Das entsprechende Dokument erhalten Sie in diesem Schreiben beigelegt. Ihre Mahnung von heute – aufgrund des Briefes zur IV-Stelle hätten Sie über die aktuelle Situation informiert sein sollen. Zum heutigen Zeitpunkt sehe ich keine Relevanz an weiteren Unterlagen. Für weitere Kontaktaufnahmen benutzen Sie bitte den Postweg. Besten Dank für die erfolgreiche Zusammenarbeit.»

Lediglich in 2 von 56 Fällen (3.6%) behinderte die versicherte Person aktiv die Vernetzung der Akteurinnen und Akteure. In 9 von 56 Fällen (16%) fanden sich im Dossier Hinweise darauf, dass die Zusammenarbeit mit der versicherten Person für die IV anspruchsvoll war. Die Codieranleitung für anspruchsvolle Zusammenarbeit beinhaltete dokumentiertes auffälliges Verhalten (drängen, anspruchlich) oder explizit forderndes Auftreten, beispielsweise explizit eine Umschulung verlangen, eine Anwältin oder einen Anwalt involvieren, Parteien unterschiedliche Informationen zukommen lassen, Anfragen der IV nicht beantworten oder zu Terminen nicht erscheinen.

Beschrieb Akteurin Arbeitgeberin bzw. Akteur Arbeitgeber: Es zeigen sich verschiedene relevante Arbeitgeber pro Fall und Eingliederungsphase. Typischerweise gibt es eine Arbeitgeberin bzw. einen Arbeitgeber bei IV-Anmeldung, eine «Hauptarbeitgeberin» bzw. einen «Hauptarbeitgeber» bei dem die Eingliederung stattfindet und ggf. eine zukünftige neue Arbeitgeberin bzw. einen zukünftigen neuen Arbeitgeber. Bei Stellenerhalt sind diese drei Arbeitgeber in der Regel identisch (Ausnahme: Aufbau findet in einem externen Betrieb statt).

Beschrieb Akteur Behandlungsteam: In der vorliegenden Untersuchung wurden die unterschiedlichen Behandelnden (Hausärztin oder Hausarzt, Psychotherapeutin oder Psychotherapeut etc.) zusammengefasst und als «Behandlungsteam» definiert. Mehrheitlich setzt sich dieses zusammen aus Psychiaterinnen bzw. Psychiatern (77%) und/oder Hausärztinnen bzw. Hausärzten (62%), gefolgt von Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten (44%). Bei rund einem Fünftel sind zudem noch Somatikerinnen bzw. Somatiker involviert oder weitere Behandelnde (8%).

Beschrieb Akteurin IV: Um die Rolle der IV genauer zu verstehen, wurde untersucht, welche Abteilungen der IV in den Fällen involviert waren. In 98% der 147 Fälle war die Abteilung Eingliederung involviert, bei 37% zudem die Frühintervention und bei 39% zusätzlich die Abteilung Rente. Im Fallverlauf kam es selten zu einem Wechsel der Eingliederungsfachperson, was auf eine gewisse Kontinuität hindeutet und einen (potenziell möglichen) Beziehungsaufbau bei der Fallführung fördern kann. Bei 85% fand kein Wechsel statt, bei 13% kam es zu einem einmaligen Wechsel, nur bei 2% fand dies mehrfach statt.

5.3 Dimensionen der Zusammenarbeit

In diesem Kapitel erfolgt eine Bestandesaufnahme der konkreten Zusammenarbeitsformen in der Praxis. Beschrieben werden Formen, Inhalte und Instrumente der Zusammenarbeit in der praktischen Durchführung. Wie setzt die IV ihren Kooperationsauftrag um? Wie wirken Ärzteschaft und Arbeitgeber bei der konkreten Eingliederungsarbeit ihrerseits mit?

Diese Themen werden beleuchtet in 3 Unterkapiteln: Konkrete Formen der Information und des Austauschs (5.3.1.), Wissen und Perspektiven (5.3.2) und Rolleninterpretation und Verständnis der Zusammenarbeit (5.3.3).

5.3.1 Konkrete Formen der Information und des Austauschs

In diesem Abschnitt werden verschiedene Indikatoren zu den Formen der Zusammenarbeit dargestellt. Zunächst werden die direkten bilateralen Kontakte der IV-Stelle mit den Arbeitgebern und den Behandelnden dargestellt, danach geht es um den Einbezug des RAD. Danach wird beschrieben, inwieweit alle Akteure laufend Informationen über das Vorgehen der Eingliederung und wichtige Entscheide austauschen, bevor abschliessend Hinweise zur Nutzung von Zielvereinbarungen und Round Tables und von Zielvereinbarungen als konkrete Instrumente der Zusammenarbeit beschrieben werden.

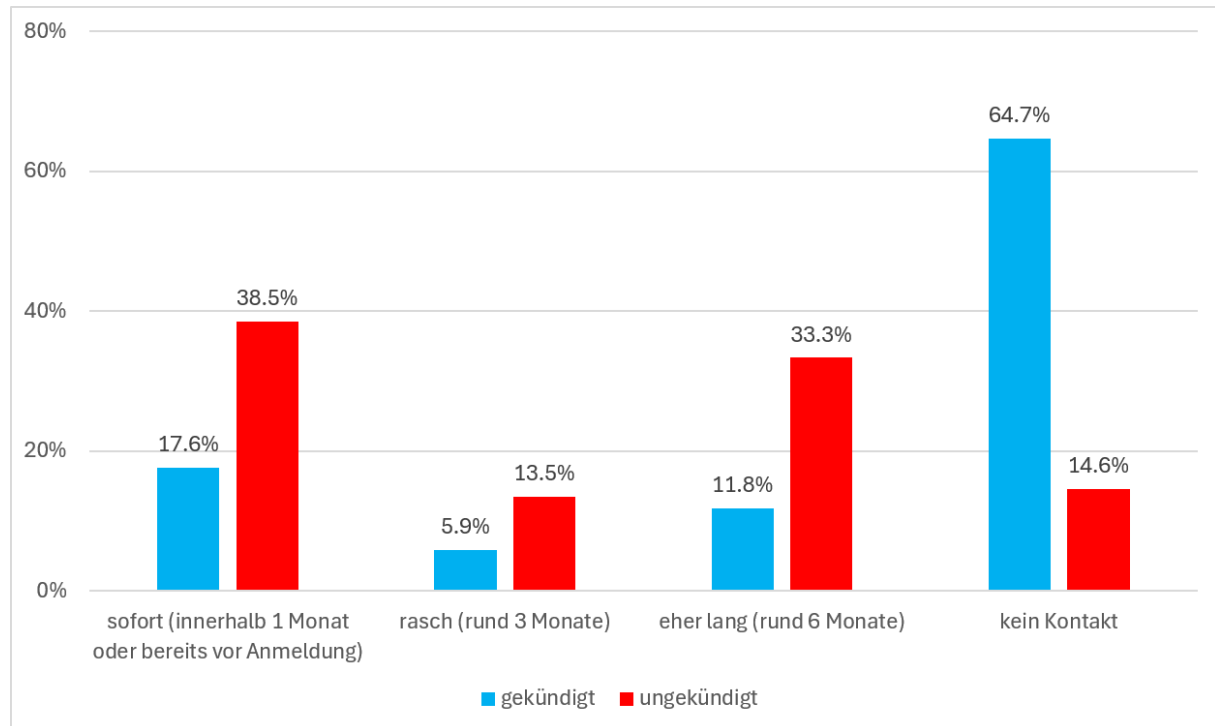
Direkte bilaterale Kontakte der IV-Stelle mit Arbeitgebern

Kommt es zu einer IV-Anmeldung, dauert es je nach Akteurin bzw. Akteur unterschiedlich lange, bis die IV mit Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber und Behandlungsperson direkten Kontakt aufnimmt. Direkter Kontakt wurde hierbei verstanden als alle inhaltlich relevanten bilaterale (also über einen allfälligen Round Table hinaus) mündliche oder schriftliche Kontakte, ausser dem Schicken von Mahnungen und Berichtsaufforderungen.

Mit der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber nimmt die IV in 42% der Fälle innerhalb der ersten 3 Monate den Kontakt auf, in 26% nach einem halben Jahr. Bei 32% findet kein direkter Kontakt statt. Es zeigen sich hierbei Unterschiede, ob die versicherte Person noch angestellt ist oder bereits gekündigt wurde (Abbildung 7). So wird bei noch angestellten, versicherten Personen schneller ein Kontakt mit der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber gesucht (52% vs. 23.5% «sofort» oder «rasch», also innert der ersten 3 Monate (Balken «sofort» und «rasch» in Abbildung 7).

Dennoch findet auch bei rund 15% der noch angestellten, versicherten Personen kein Kontakt mit der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber statt.

Abbildung 7: Dauer bis zur Kontaktaufnahme der IV mit der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber nach Anstellungsverhältnis, n = 147, in Prozent



Ebenfalls erfolgt eine schnellere Kontaktaufnahme durch die IV mit der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber, wenn diese bzw. dieser auf dem Arbeitgeberfragebogen angibt, dass sie bzw. er sich für Unterstützung von der IV interessiert (63.1% vs. 37% innerhalb der ersten drei Monate). Dennoch findet bei rund 36% eine späte bzw. keine Kontaktaufnahme statt, obwohl diese an einer Unterstützung durch die IV interessiert sind.

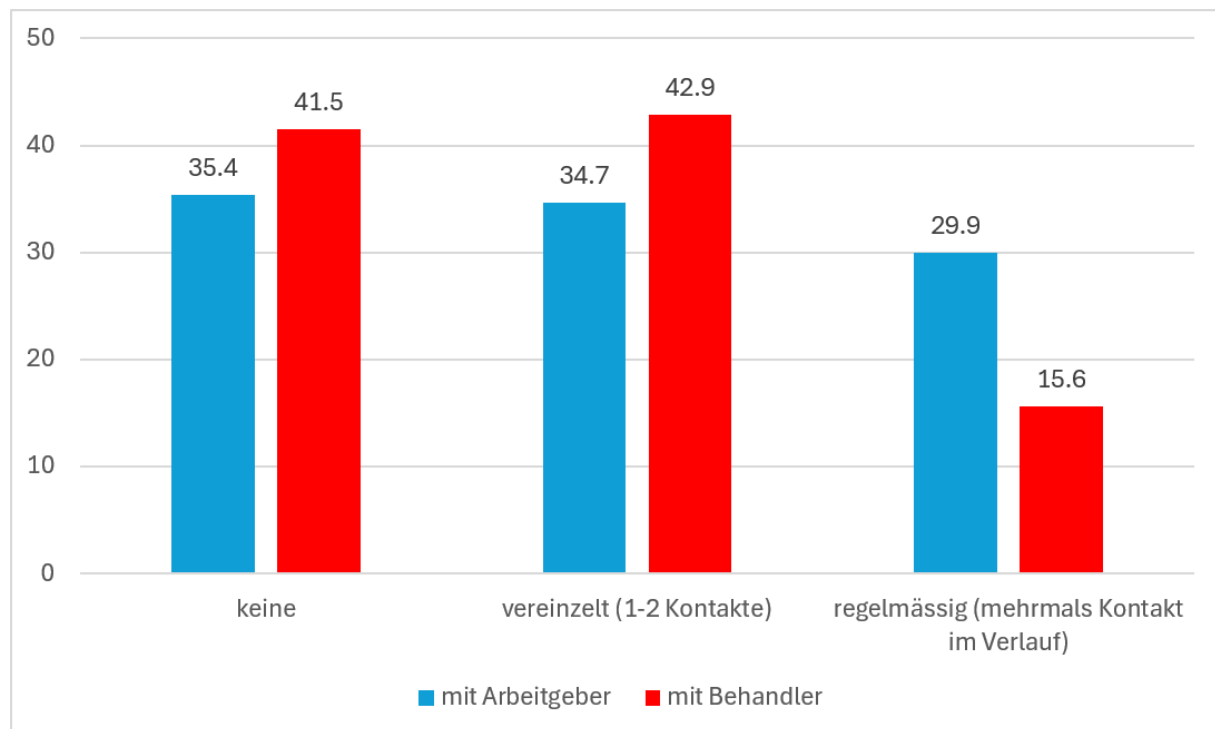
Lediglich in 30% der Fälle steht die IV regelmässig, das bedeutet mehr als dreimal im Verlauf, im Kontakt mit der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber (Kontakte ausschliesslich allfällige Round Table-Kontakte). In 70% der Fälle ist keiner bis maximal ein bis zwei Einzelkontakte mit der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber ausserhalb eines allfälligen Round Tables dokumentiert.

Direkte Kontakte der IV-Stelle mit Behandlungspersonen

Bei rund 40% der Dossiers erfolgt die erste Kontaktaufnahme der IV-Stelle (exkl. Berichts-anforderung) mit jemandem aus dem **Behandlungssystem** nach rund drei Monaten. Bei 34% findet die Kontaktaufnahme nach rund einem halben Jahr statt, bei 26% gibt es keinen Kontakt.

Beim Behandlungssystem sind Direktkontakte der IV (noch) seltener als mit Arbeitgebern: in 85% der Fälle hat die IV keinen oder maximal vereinzelt direkten Kontakt zu einer Hauptbehandlungsperson, in 15% der Fälle ist der Austausch regelmässig (Abbildung 8).

Abbildung 8: Häufigkeit der Direktkontakte der IV mit den anderen Hauptakteuren, exkl. Round Tables und formeller Korrespondenz, n = 147, in Prozent



Kontakt mit dem RAD

In 41% der 147 Dossiers wurde der RAD nie hinzugezogen, bei 33% war dies einmal der Fall, bei 27% fand dies mehrmals statt. Der Kontakt fand hierbei mehrheitlich zwischen Eingliederungsfachperson und RAD statt. In 94% der Fälle fand kein direkter Kontakt zwischen RAD und Behandlungssystem statt bzw. wurde nicht dokumentiert, ein direkter Kontakt zwischen RAD und der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber hat in keinem der Fälle stattgefunden.

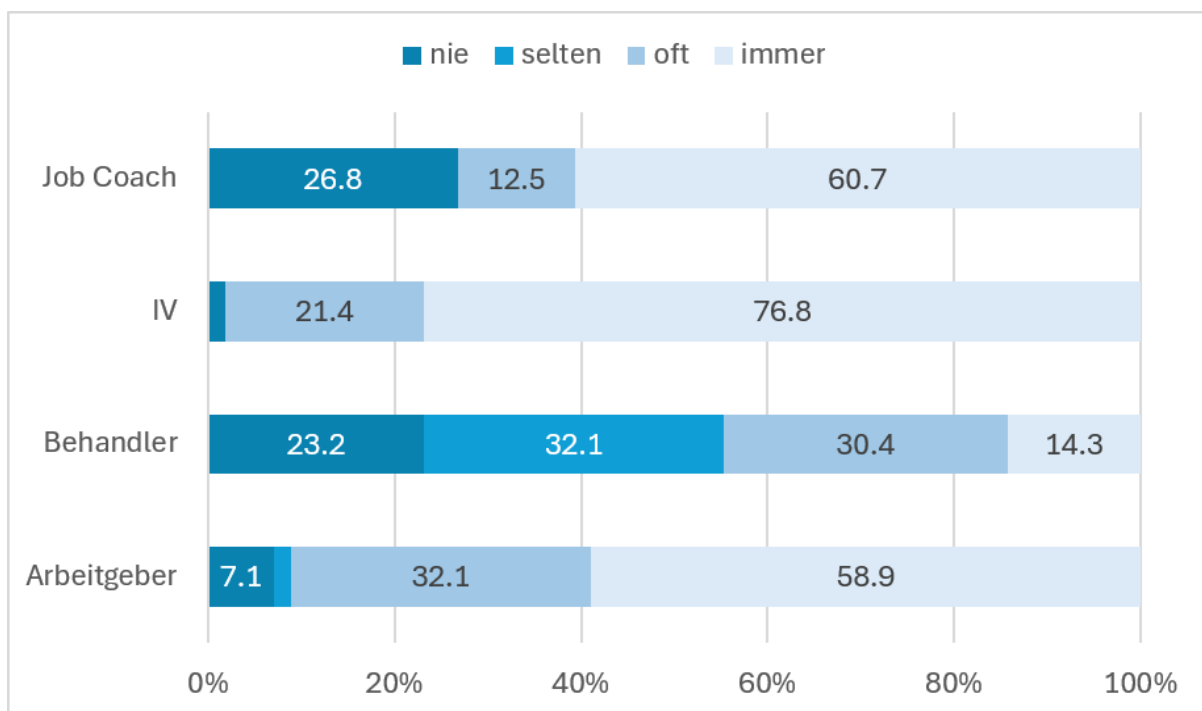
Lediglich in 1 von 147 Dossiers machte die IV Auflagen zur Schadens- oder Mitwirkungspflicht gegenüber der versicherten Person.

Gegenseitiger Informationsaustausch

In der vertieften Analyse (n= 56) wurde auch erfasst, ob alle Akteurinnen und Akteure laufend über das Vorgehen der Eingliederung und wichtige Entscheide informiert sind. Dies ist für die drei Hauptakteurinnen bzw. -akteure Arbeitgeber, IV, Behandelnde, sowie für Job Coaches als weiteres wichtiges Bindeglied in der nachfolgenden (Abbildung 9) ersichtlich. «Nie» wurde codiert, wenn wichtige Dokumente wie Kündigungsschreiben, Zielvereinbarungen, Massnahmenabbrüche oder

Therapiewechsel für andere Akteurinnen und Akteure überraschend passieren oder andere Akteurinnen bzw. Akteure gar nicht über die Existenz voneinander wissen. «Nie» beinhaltet auch die Kategorie «unbekannt/nichts dokumentiert». «Selten» meint, dass die Beteiligten voneinander wissen, aber nur rudimentär oder zu spät informiert werden. «Oft» wird durch Textpassagen belegt, die zeigen, dass sich die meisten Akteurinnen und Akteure über die wichtigsten Meilensteine gegenseitig informieren. «Immer» bedeutet, dass sich die Beteiligten regelmässig über den Verlauf updaten und alle Bescheid wissen, wo der Prozess steht. IV und Arbeitgeber sind in den meisten Dossiers immer oder oft informiert, die Behandlungspersonen nur rund in der Hälfte der Fälle.

Abbildung 9: Häufigkeit, mit der Informationen über Verlauf und wichtige Entscheide bekannt waren, nach Akteurinnen bzw. Akteuren, n= 56, in Prozent



Zielvereinbarungen

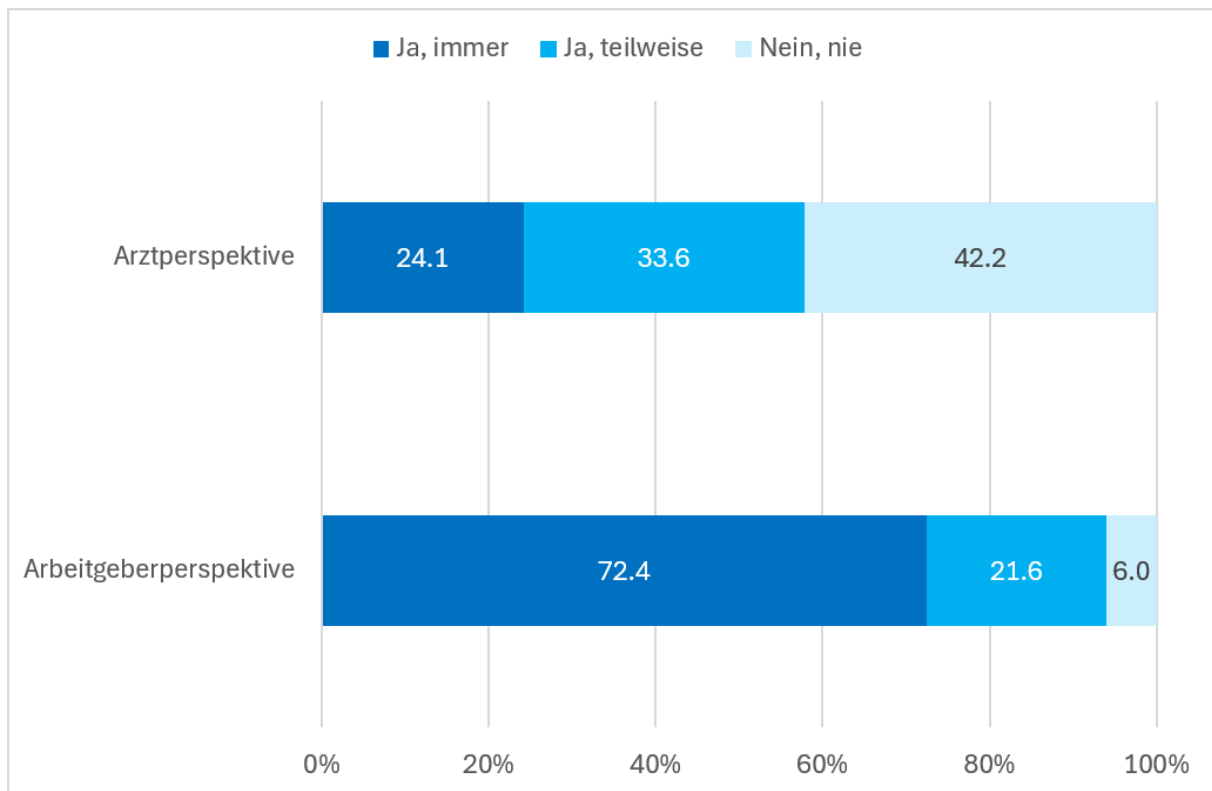
Eine geeignete Grundlage für Kooperation und gemeinsame Ziele zwischen den Akteurinnen bzw. Akteuren ist eine Zielvereinbarung. In 59% der Fälle waren immer Zielvereinbarungen zu Massnahmen im ersten Arbeitsmarkt vorhanden. In 20% der Fälle waren Zielvereinbarungen teilweise, also nicht bei allen Massnahmen im ersten Arbeitsmarkt vorhanden und in 21% der Fälle war keine Zielvereinbarung dokumentiert (n= 147).²⁵

In der nachfolgenden Abbildung 10 ist ersichtlich, dass die Perspektive der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers überwiegend (72% «immer», 22% «teilweise») in die Zielvereinbarung einfließt. Die

²⁵ Berücksichtigt wurden alle durchgeführten Eingliederungsmassnahmen, und nicht nur jene, für die gemäss den Weisungen des BSV eine Zielvereinbarung erforderlich ist.

Perspektive des Behandlungssystems ist dabei weniger prominent vertreten (24% «immer», 34% «teilweise»). Daraus ergibt sich, dass in ungefähr der Hälfte der Fälle beide Perspektiven gleichzeitig vertreten sind.

Abbildung 10: Häufigkeit, mit der die Perspektiven von Arbeitgebern bzw. Behandelnden in die Zielvereinbarungen im ersten Arbeitsmarkt einfließen, n = 116 (alle Fälle, bei denen eine Zielvereinbarung für den ersten Arbeitsmarkt vorhanden ist), in Prozent



Round Tables

Ein weiteres Instrument für Kooperation und Austausch ist der Round Table, ein gemeinsames Gespräch zur Koordination und Festlegung der weiteren Strategie zum Fall der versicherten Person.

In 70% der Fälle wurde mindestens ein Round Table dokumentiert, in 59% der Fälle gar mehrere. Ort und Teilnehmende der Round Tables sind in den nachfolgenden Abbildung 11 und Abbildung 12 ersichtlich. Es zeigt sich, dass die Round Tables meistens bei den Arbeitgebern stattfanden und die häufigsten Teilnehmenden IV, versicherte Person und Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber waren.

Abbildung 11: Durchführungsort der Round Tables (n = 103, Fälle, in denen ein Round Table stattfand), in Prozent

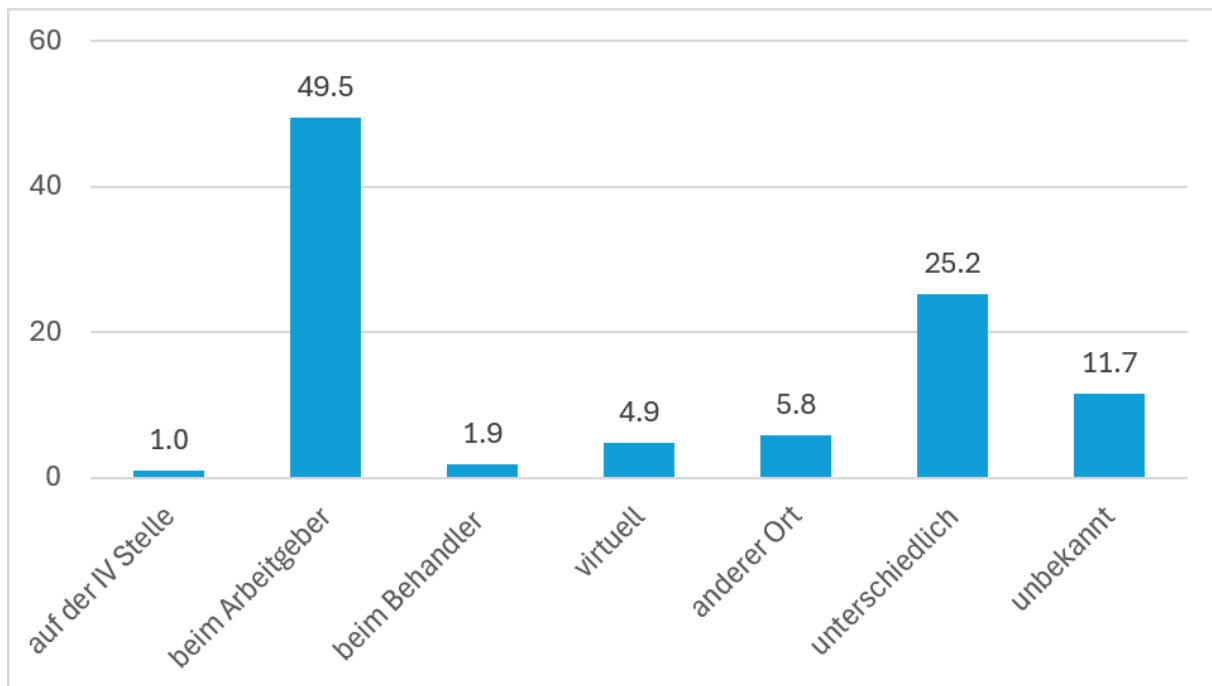
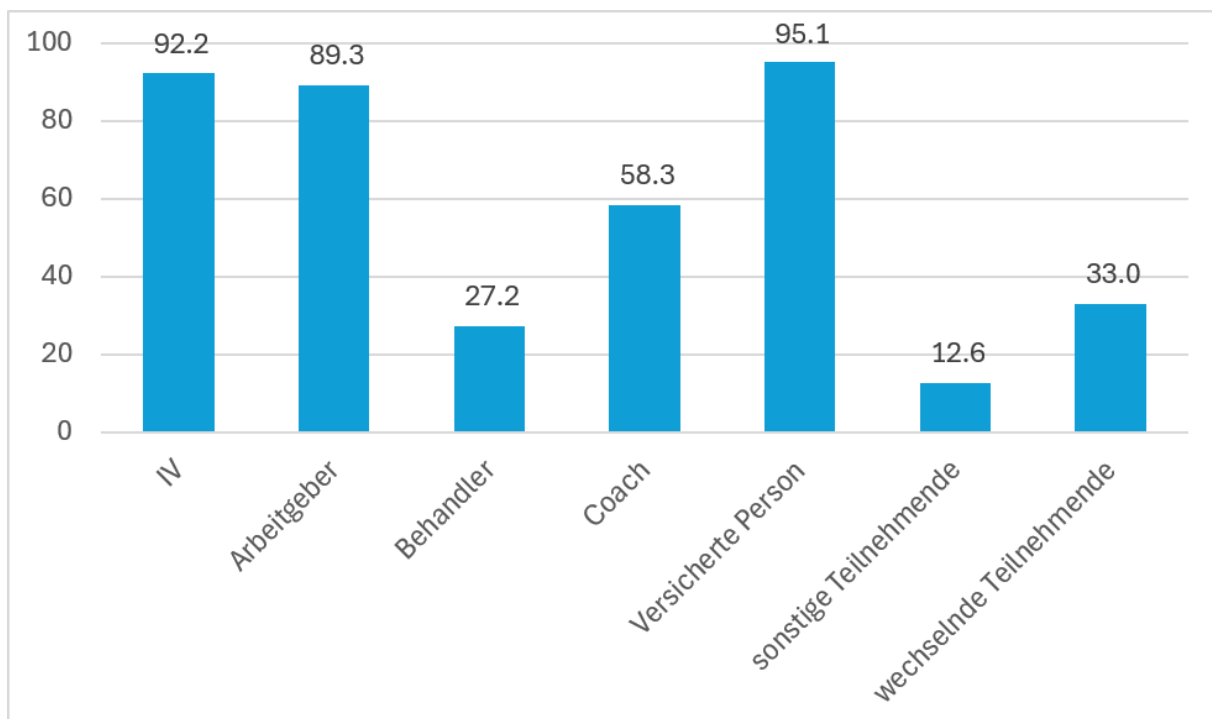


Abbildung 12: Teilnehmende an den Round Tables (n = 103, Mehrfachantwort), in Prozent



5.3.2 Wissen, Perspektiven, Rolleninterpretation und Verständnis der Zusammenarbeit – Arbeitgeber

Die Arbeitgeber, die in die Eingliederung involviert waren (teils ursprüngliche, teils neue), waren jeweils eingliederungsbezogen die wichtigsten Kooperationspartnerinnen bzw. -partner für die IV, da diese die Massnahmen im ersten Arbeitsmarkt umgesetzt haben. Nachfolgend werden Befunde beschrieben zu deren Problem- und Lösungsverständnis in der Eingliederung und zu deren Haltungen gegenüber den anderen Akteuren der Zusammenarbeit. Zum Wissen der Arbeitgeber liegen in den Dossiers wenige explizite Informationen vor. Es kann jedoch festgehalten werden, dass häufig eine Leistungsbeurteilung durch die Arbeitgeber vorliegt. In 72% der Fälle hat die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber, die bzw. der bei der IV-Anmeldung involviert war, die Leistung der versicherten Person eingeschätzt. Die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber, bei der bzw. dem die hauptsächliche Eingliederung stattfand, hat das gar in 89% der Fälle getan (n = 147).

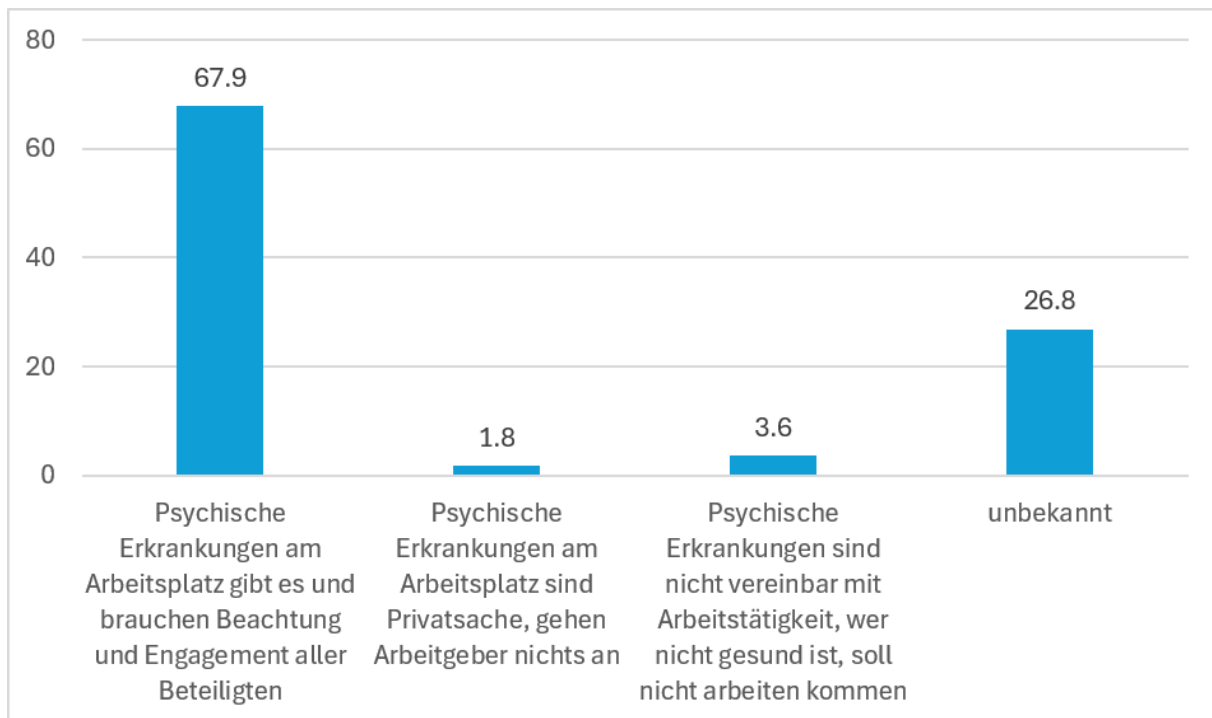
In den vertiefenden Analysen (n=56) konnten verschiedene Aspekte der Grundhaltung und des Rollen- und Zusammenarbeitsverständnisses der Arbeitgeber zusammengetragen werden, bei denen die Eingliederungsmassnahmen stattgefunden haben.

Eingliederung: Problem- und Lösungsverständnis der Arbeitgeber

In 64% der Fälle war seitens der Arbeitgeber ein Engagement zum Arbeitsplatzerhalt dokumentiert, in 36% war das nicht der Fall. In 89% der Fälle waren die Arbeitgeber eher bemüht, die besprochene Eingliederungsstrategie zu berücksichtigen, in 11% der Fälle war das eher nicht der Fall (n = 56).

In rund drei Viertel der Fälle wird eine Haltung der Arbeitgeber gegenüber der Eingliederung bei psychischen Erkrankungen sichtbar. Die Verteilung der Haltungen ist in der nachfolgenden Abbildung 13 ersichtlich.

Abbildung 13: Haltung der jeweiligen Arbeitgebenden, die in der Eingliederung involviert waren, gegenüber der Eingliederung von Personen mit psychischen Erkrankungen (n = 56), in Prozent



Im Folgenden einige Textbeispiele für diese (prototypischen) Haltungen:

Haltung «Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz gibt es und erfordern Beachtung und Engagement aller Beteiligten»:

1. (Aktennotiz zu Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber): «Der Arbeitgeber unterstützt die versicherte Person stark und hat den Arbeitsplatz optimal angepasst (kein Kundenkontakt, Einzelbüro, kein Stress, kein Druck, ohne Leistungsdruck, ohne Telefonie)» Mail Arbeitgeber an IV: «Da versicherte Person weiterhin arbeitsunfähig ist, bitten wir Sie um Kontaktaufnahme und Unterstützung bei der beruflichen Reintegration.»
2. (Aktennotiz zu Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber): die Mitarbeiterin solle sich Zeit lassen, so wie wir es in diesem Rahmen besprochen hätten. «Sie dachte daran, um die Muster aufzuarbeiten wäre es vielleicht besser, das Training wo anders zu machen». «Die Chefin habe das Gefühl es könnte helfen wegen den Konflikten, wenn man mit dem Team sprechen würde.»
3. (Aktennotiz zu Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber): «versicherte Person braucht klar noch vermehrte Pausen. Für die Stationsleitung ist dies gut machbar bei der Planung. Im weiteren Verlauf werden wir nun Ziele formulieren, um den Prozess zu unterstützen.»

Diese Texte, die das Engagement der Arbeitgeber verdeutlichen, geben einige Hinweise darauf, welche Lösungen Arbeitgeber bei der Eingliederung sehen. Sie lassen sich wie folgt gruppieren:

1. Zuweisung von zunächst **einfachen Arbeitstätigkeiten** (Textbeispiel 1).
2. Genereller **Verzicht auf jeglichen «Druck» und «Stress»** sowie Vermeidung aller potentiell belastenden Aufgaben (Textbeispiel 1).
3. **Spezifische Arbeitsanpassungen und Zielsetzungen** (Textbeispiel 3).
4. **Mehr Zeit** geben (Textbeispiele 2, 3).
5. **Einstieg an einem (Trainings)Arbeitsplatz** wegen Konflikten im Team (Textbeispiel 2).
6. **Kommunikation im Team** (Textbeispiel 2).
7. **Unterstützung durch IV-Fachperson** (Textbeispiel 1).

Zusammengefasst sind Lösungsverständnisse besonders häufig, welche relativ unspezifisch wirken: Fokus auf einfache Tätigkeiten, Schonung vor jeglichem Stress und Anforderungen, Vorschlag den Wiedereinstieg an einem speziellen «Trainings-Arbeitsplatz» zu vollziehen sowie mehr Zeit geben (Gruppen 1, 2, 4 und 5). Dass Arbeitgeber solche Lösungen fokussieren, ist nachvollziehbar und ist je nach Funktionseinschränkung der versicherten Personen auch angemessen. Es ist zum anderen auch naheliegend, dass Arbeitgeber solche Lösungswege sehen, da sie ja keine Rehabilitations-spezialistinnen bzw. -spezialisten sind. Hier liegt es vor allem an der IV und Behandelnden, je nach Situation und Art der Einschränkung spezifischere Anpassungen vorzugeben.

In selteneren Fällen ziehen Arbeitgeber auch spezifische Arbeitsanpassungen in Betracht (Gruppe 3), zum Beispiel Verzicht auf Kontakt mit Kundinnen und Kunden. Auch das Team wird in die Planung miteinbezogen (Gruppe 6) und es wird ein Wunsch nach Unterstützung durch die IV-Fachperson gewünscht (Gruppe 7). Dies sind je nach Situation sehr adäquate Hinweise: Die Mehrheit der psychisch erkrankten Versicherten benötigt keine generelle Entlastung, sondern spezifische Anpassungen. Zudem spielen die Arbeitskolleginnen und -kollegen bei der Eingliederung eine entscheidende Rolle, da sie die sehr wichtige soziale Unterstützung geben können – wofür sie aber entsprechend informiert sein müssen, vor allem bei bestehenden Konflikten wie dies im Textbeispiel 2 oben der Fall ist.

Die Haltung «Psychische Erkrankungen sind nicht vereinbar mit Arbeitstätigkeit, wer nicht gesund ist, soll nicht arbeiten kommen» zeigt sich in folgenden Textbeispielen:

1. *Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber zu IV: «Ihr Vorschlag (weniger Lohn für Mitarbeiterin, weil sie nicht die gleiche Leistung erbringt wie andere) ist in der Praxis nicht umsetzbar.»*
2. *Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber zu IV: «Sie ist leider weiterhin nur zu 20% arbeitsfähig. Es ist halt schon ein Risiko für die Führungskraft, da man ja jederzeit mit einem Rückfall rechnen müsse.»*
3. *(Aktennotiz zu Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber): «Der Arbeitgeber hat sich überlegt, wo er die Klientin noch einsetzen könnte. Es bestehen grundsätzlich Bedenken. Aktuell ist keine Anstellung möglich, auch nicht mit EAZ oder befristet, auch nicht am Empfang. Er sei zur Überzeugung gekommen, dass die Leistungen nicht genügen.»*

Diese Beispiele zeigen eine skeptische Haltung in dem Sinne, dass Arbeitgeber die Reintegrationsstrategie praktisch nicht für umsetzbar halten. Dies zeigt teils auch die praktischen betrieblichen Grenzen von sehr niederschweligen Integrationsprozessen auf.

Haltung der Arbeitgeber gegenüber der IV

In der Regel fragen die Arbeitgeber nicht von sich aus konkret nach Unterstützung durch die IV (73% eher nein, 27% eher ja, n = 56). In der Mehrheit der Fälle zeigt sich dennoch eine positive Haltung der Arbeitgeber gegenüber der IV: in 77% der Fälle nehmen die Arbeitgeber wahr, dass sie und die IV dasselbe wollen. In 52% der Fälle ist Dankbarkeit der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers gegenüber der IV für die Unterstützung dokumentiert und in 42% der Fälle wird aus den Dossiers deutlich, dass die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber der Meinung ist, die IV gehe auf ihre bzw. seine Bedürfnisse ein (n= 56, Mehrfachantworten).

1. *(Aktennotiz IV-Fachperson): «Die Begleitung und Unterstützung seitens IV habe er (Arbeitgeber) sehr geschätzt. Er sei sehr skeptisch gewesen und habe bis zu dieser Begleitung nur Negatives von der IV gehört. Jetzt müsse er seine Meinung überdenken und werde auf jeden Fall positiv über die Unterstützungsmöglichkeiten der IV berichten.»*
2. *(Aktennotiz IV-Fachperson): «Nous entendons de la part de [HR], comme du gérant, une réelle volonté à aider Monsieur dans sa réinsertion; Le gérant nous rassure en nous indiquant qu'il n'y a pas de rendement pour le moment et que la [employeur] mettra tout en œuvre afin que cette mesure soit confortable – étape par étape.»*
3. *(Aktennotiz IV-Fachperson; E-Mail Arbeitgeber): «Ich [IV] zeige Stand IV-Verfahren und weiteres Vorgehen sowie die Möglichkeiten und Vorteile von Integrationsmassnahmen der IV auf, der Arbeitgeber unterstützt mich dabei sehr.» E-Mail Arbeitgeber: «Falls Sie oder eine Fachperson der Eingliederung [an Gespräch mit versicherter Person] teilnehmen möchten, so würde ich das aus Arbeitgebersicht sehr begrüßen.»*

Diese Text-Beispiele verdeutlichen, dass die positive Wahrnehmung der IV durch die Arbeitgeber eng mit der erfahrenen Unterstützung zusammenhängt. Diese bezieht sich zum einen auf die verschiedenen möglichen Massnahmen der IV und die Flexibilität der IV bei Bedarf Zeit zu geben und zum anderen auf die fachliche Unterstützung durch die IV-Eingliederungsfachperson – zum Beispiel mit der Teilnahme an einem wichtigen Gespräch.

Lediglich in 4% der Fälle erleben die Arbeitgeber die IV als fordernd, in 12% der Fälle traten die Arbeitgeber selbst als fordernd gegenüber der IV auf.

4. *(Aktennotiz IV-Fachperson): «Arbeitgeber fragt nach einer Verlängerung des Arbeitsversuchs von 2 Monaten, allerdings ohne Zusage einer Festanstellung. Weshalb dies nicht möglich sein sollte, versteht er scheinbar nicht.»*
5. *(E-Mail Job Coach an IV): «Arbeitgeber fragte mich, was es für Möglichkeiten zur finanziellen Unterstützung gibt. Wäre es allenfalls möglich, einen Einarbeitungszuschuss bei einer Festanstellung zu zahlen?»*

Haltung der Arbeitgeber gegenüber den Behandelnden

Lediglich in 12.5% der Fälle war dokumentiert, dass die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber jemals einen direkten Kontakt zu jemandem aus dem Behandlungsteam hatte (n = 56). Direkter Kontakt

zwischen diesen beiden Hauptakteurinnen bzw. -akteuren ist also selten oder zumindest kaum dokumentiert in IV-Dossiers. Entsprechend war es auch kaum möglich, Haltungen der Arbeitgeber gegenüber den Behandelnden aus den Dossiers herauszulesen. In 2 Fällen gibt es Hinweise dazu, dass sich die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber vom Behandlungssystem missverstanden fühlt. In 2 Fällen fühlen sich die Arbeitgeber durch das Behandlungssystem unterstützt und in einem Fall finden sich Hinweise darauf, dass die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber über die Behandlungsperson denkt, dass diese der versicherten Person auch etwas zumutet, im positiven Sinne. In den restlichen Fällen (n = 56) finden sich keine Hinweise auf eine bestimmte Haltung der Arbeitgeber gegenüber den Behandelnden. Auch umgekehrt ist die Haltung der Behandelnden gegenüber den Arbeitgebern meist unbekannt (in 77% der Fälle).

(Aktennotiz IV-Fachperson): «Pour l'heure, son réseau médical garde le 60% pour éviter toute rechute. Elle doit donc à nouveau repenser son mode de fonctionnement pour se donner du temps pour elle et éviter une nouvelle rechute.»

Haltung der Arbeitgeber gegenüber den versicherten Personen

Dokumentierte Konflikte zwischen Arbeitgebern und versicherten Personen zeigten sich in der Dossieranalyse eher selten: in 16% der Fälle bei der Arbeitgeberin bzw. beim Arbeitgeber bei Anmeldung und in 20% der Fälle bei der Arbeitgeberin bzw. beim Arbeitgeber während der Eingliederung (n = 147). Ein wesentlicher Grund hierfür dürften das weit verbreitete Wohlwollen gegenüber der zu integrierenden versicherten Person sein, das sich auch in der vertiefenden Analyse zeigte (Tabelle 4). In 55% der Fälle empfinden die Arbeitgeber Mitgefühl, in 75% der Fälle Hilfsbereitschaft. Nicht irrelevant ist jedoch auch ein Gefühl von Unsicherheit in 13% der Fälle.

Tabelle 4: Gefühle der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers, der in die Eingliederung involviert war, gegenüber der versicherten Person (n = 56)

	eher ja (%)	eher nein (%)	unbekannt (%)
Mitgefühl	55.4	3.6	41.1
Hilfsbereit	75.0	5.4	19.6
Naivität	1.8	73.2	25.0
Unsicherheit	12.5	55.4	32.1
Schuldgefühle	1.8	69.6	28.6

Die folgenden Textpassagen veranschaulichen neben dem obigen, in unserem Codieraster vorgegebenen, Gefühlen/Haltungen der Arbeitgeber noch weitere relevante Aspekte bei der Eingliederung:

1. *(Aktennotiz IV-Fachperson): «Arbeitgeber hielt klar fest, dass sich Arbeitnehmerin für die Arbeit einsetze und man ihren 'Biss' spüre. Die Qualität der Arbeit stimme. Bezüglich Pünktlichkeit und Einhalten des abgegebenen Arbeitsplans wünscht er sich mehr Stabilität, im Verlauf: er sei skeptisch, kritisch. Habe den Eindruck, dass die Leistung der Mitarbeiterin tief sei, früher habe sie wesentlich speditiver gearbeitet.»*

2. (*Aktennotiz IV-Fachperson*): «Sie [Arbeitgeber und versicherte Person] stehen regelmässig im Austausch miteinander. Die Arbeit sei wertvoll. Sein Ziel sei es, versicherte Person so aufzubauen, dass er ihn im Betrieb im Tagesgeschäft (Verkauf) einsetzen kann.» ... [*Späteres Standortgespräch*] «Arbeitsinhalt ist einwandfrei, top Leistungen; der zweite Aspekt ist, dass versicherte Person nun in das Tagesgeschäft kommt. Sie möchten weitergehen im Sinne einer Anstellung. [Arbeitgeber] Hat den Eindruck, dass versicherte Person stabiler ist und sich aufbaut. Schrittweise Steigerung des Pensums geplant.» ... [*Letzte Standortbestimmung*] «Ziel ist weiterhin, [versicherte Person] anzustellen. [versicherte Person] wird von Druck- und Stresssituationen bewusst abgeschirmt. Die Arbeit, die er leistet, ist für den Betrieb wertvoll und wichtig.»

Diese Textbeispiele lassen sich wie folgt gruppieren:

1. Die **Genesung und Rückfallprävention haben Vorrang** gegenüber betrieblichen Bedürfnissen (Textbeispiel 2).
2. Die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter ist ein **wertvoller Mensch**, leistet eine wichtige Arbeit trotz Einschränkungen – und ist nicht nur eine eingeschränkte und unterstützungsbedürftige Person (Textbeispiel 2).
3. **Die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter bemüht sich** sehr, entsprechend auch die Arbeitgeber (Textbeispiel 1)
4. **Unterschätzung der Einschränkungen** der versicherten Personen, begünstigt durch den guten Willen der Arbeitgeber zu Beginn (Textbeispiele 1 und 2)
5. **Ernüchterung**, wenn sich die Einschränkungen trotz Engagement nicht verbessern (Textbeispiel 1)

Auch hier zeigen sich bei den Arbeitgebern wieder mehrere Beispiele für die starke Betonung der Genesung und Rückfallverhütung (Gruppe 1), teils auch bewusst als Anliegen kommuniziert durch die IV. Dies ist je nach gesundheitlicher Einschränkung eine sinnvolle Haltung. Die Frage stellt sich jedoch, ob es Aufgabe der Arbeitgeber ist, Rückfallprävention zu betreiben, respektive, ob damit nicht dem Arbeitgeber zu viel Verantwortung gegeben wird – was Stress oder auch eine undifferenzierte Schonhaltung ('Samthandschuhe') auslösen kann.

Wichtig sind auch die Beispiele der Gruppe 2, wo Arbeitgeber den Menschen in den Vordergrund rücken, also die Person auch unabhängig von Einschränkungen. Die Versicherten sind mehr als ihre aktuellen Einschränkungen. Es ist anzunehmen, dass eine solche Haltung, gerade auch wenn sie so explizit geäußert wird, eine starke positive Wirkung auf die versicherte Person ausübt.

Wenn sich die versicherten Personen erkennbar Mühe geben (Gruppe 3), beeinflusst dies wohl auch das Verhalten der Arbeitgeber – sie sind dann auch engagierter respektive zeigen länger Geduld bei Eingliederungsprozessen.

Ein weiteres typisches Phänomen liegt darin, dass Arbeitgeber in ihrem anfänglichen Engagement und Optimismus die Schwere oder Dauer der Einschränkungen unterschätzen, weil sie sich verständlicherweise auf das Potential konzentrieren (Gruppe 4). Es ist nicht ganz einfach, diese (grundsätzlich positive) Dynamik zu verhindern. Entscheidend scheint, dass man im Kontakt mit

dem Arbeitgeber bleibt. Gerade ein grosser Optimismus und guter Wille können nämlich auch zu Frustrationen führen, was dann den Abbruch von Eingliederungsprozessen begünstigt (Gruppe 5).

5.3.3 Wissen, Perspektiven, Rolleninterpretation und Verständnis der Zusammenarbeit – Behandelnde

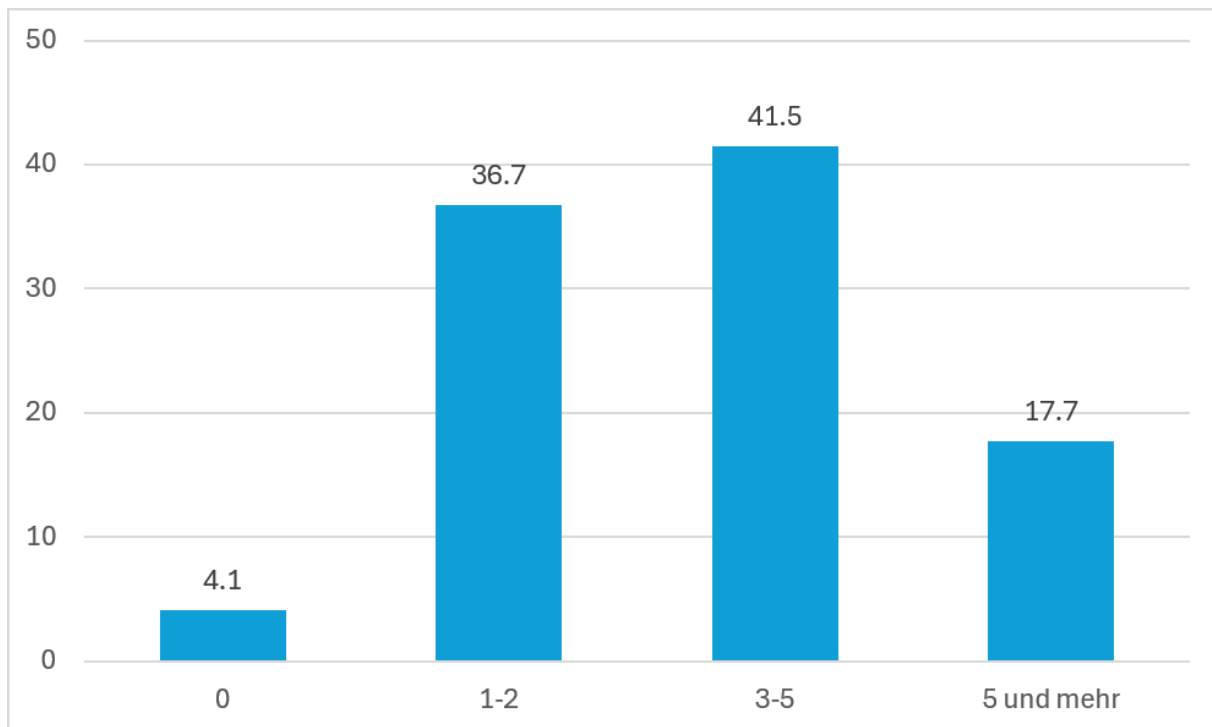
Zu den Behandelnden fanden sich in den Dossiers neben den Informationen zum Problem- und Lösungsverständnis sowie zu den Haltungen gegenüber den anderen Akteuren einige Hinweise zum Wissen.

Wissen

Aus der Analyse der IV-Arztberichte in den Dossiers ergeben sich Hinweise, welche Informationsaspekte die Behandelnden eher stark und welche sie eher schwach betonen, was auch Rückschlüsse über ihr Wissen erlaubt. Wird der erste IV-Arztbericht analysiert, zeigt sich, dass dieser in der Regel vollständig ausgefüllt wird. Bei rund 90% sind keine oder nur einzelne Fragen nicht beantwortet worden. Dennoch zeigen sich bei rund 10% substantielle Lücken im Bericht bzw. wurde bei zwei Fällen der Bericht praktisch leer zurückgeschickt.

Eine Prognose zum Verlauf zu Beginn des Verfahrens wird mehrheitlich rudimentär gegeben (57%), bei 25% fällt diese detaillierter aus. Bei rund 18% fehlt eine Prognose. Insgesamt finden sich in den IV-Dossiers mehrere Arztberichte, die das psychische Problem betreffen (Abbildung 14). In 96% der Fälle gibt es mindestens einen Arztbericht, in 59% gar 3 und mehr Berichte, die das psychische Problem betreffen.

Abbildung 14: Anzahl der Arztberichte im Dossier, welche das psychische Problem betreffen, n = 147, in Prozent

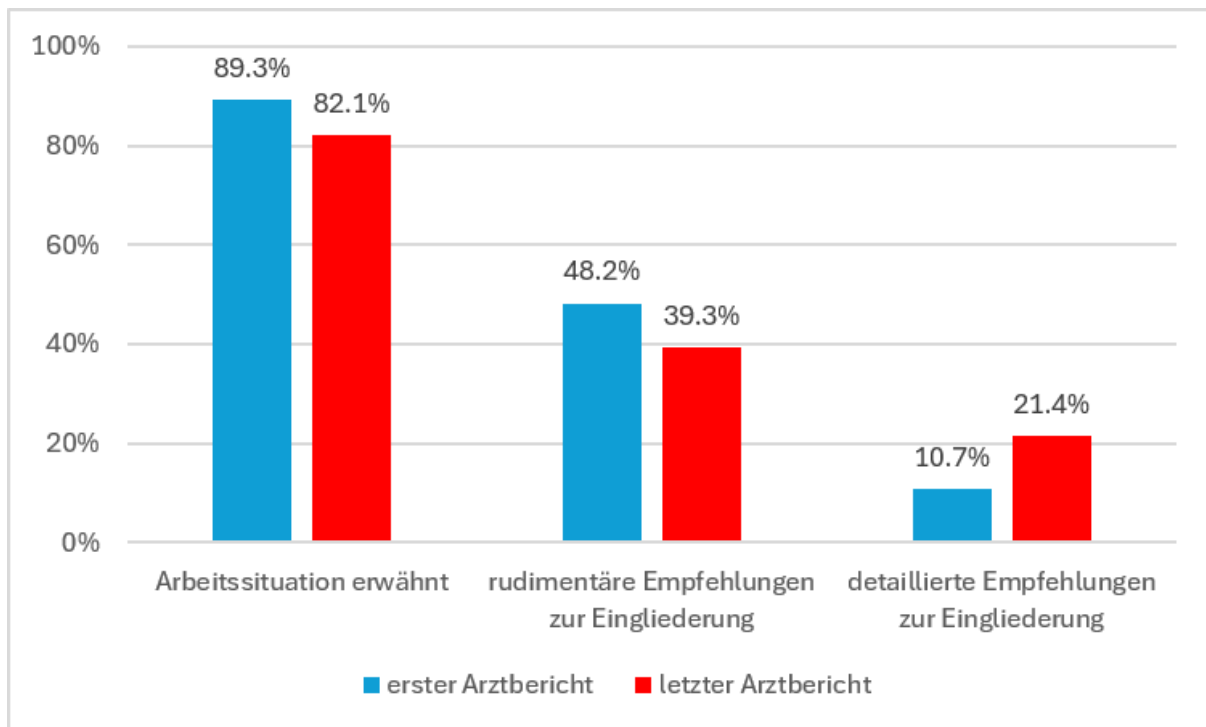


In den 147 Dossiers kam es im Übrigen bei 69 Fällen (47%) zu Mahnungen ans Behandlungssystem, da beispielsweise die Berichte noch nicht eingereicht waren.

In den 56 vertieften Fällen wurden die Arztberichte genauer analysiert. Im Hinblick auf einen Arbeitsfokus in den Arztberichten zeigen sich Unterschiede im ersten und letzten Arztbericht (Abbildung 15). In beiden Berichten wird die Arbeitssituation häufig erwähnt (89 % bzw. 82 %).

Empfehlungen zur beruflichen Eingliederung werden insgesamt in etwa 60% der Fälle ausgesprochen, wobei dies rudimentär geschieht. Im letzten Arztbericht erhöht sich der Anteil an detaillierten Empfehlungen deutlich (21% vs. 11%), bleibt aber auf tiefem Niveau. In rund 40% der Arztberichte findet keine Empfehlung zur Eingliederung statt.

Abbildung 15: Fokus auf Arbeitssituation und Eingliederung im ersten und letzten Arztbericht, n = 56, in Prozent



Werden die Arztberichte genauer analysiert, zeigt sich, dass der Fokus oft auf den Symptomen und der psychiatrischen Anamnese liegt (86% bzw. 75%). Berufliche Faktoren wie die Arbeitsanamnese oder Arbeitsplatzanpassungen werden bei rund 70% kaum oder gar nicht beschrieben, notwendige Anpassungen im Verhalten der versicherten Person finden sich nur bei 7% ausführlich beschrieben.

Eingliederung: Problem- und Lösungsverständnis der Behandelnden

In 37% zeigt sich in der Analyse aller 147 Dossiers von Seiten Behandlungssystem eine protektive Haltung bezüglich der Eingliederung ihrer Patientinnen bzw. Patienten in dem Sinne, dass es zuerst eine Behandlung vor der Eingliederung benötige und/oder Massnahmen nur im geschützten Setting oder in einem Kleinpensum möglich sind. In 35% der Fälle zeigen die Behandelnden ein Verständnis, dass die Behandlung und Eingliederungsmassnahmen parallel verlaufen können.

In den vertieft analysierten Dossiers kommt diese kooperative Haltung anteilig häufiger zum Ausdruck. So zeigt sich dieses parallele Eingliederungsverständnis in 83%. Mehrheitlich werden auch Massnahmen begrüsst und eine Absprache gewünscht (66%).

1. «Wir informieren uns gegenseitig im Prozess und umgehend, wenn Anzeichen oder Probleme im Raum stehen. Die Steigerungen machen wir wie besprochen oder stimmen ab.»
2. «(Behandlungsperson) höre einige Dinge [über die versicherte Person] heute das erste Mal. Die Behandlungsperson 'werde nun die Therapie intensivieren' (Anlass: Standortgespräch).»

3. *«Aktuell ist eine Tätigkeit im Sinne der bisherigen Tätigkeit im Rahmen von 50%, idealerweise verteilt auf zwei Stunden am Vormittag und zwei Stunden am Nachmittag sinnvoll. Nach einem erfolgreichen Wiedereinstieg und einer Angewöhnung in den Arbeitsalltag könnte aus psychiatrischer Sicht voraussichtlich der zeitliche Rahmen schrittweise bis auf 100% erhöht werden. Aufgrund der eher längeren Abwesenheit vom Berufsalltag ist davon auszugehen, dass in der ersten Zeit der Angewöhnung auch noch keine volle Leistungsfähigkeit vorliegen dürfte. Aus psychiatrischer Sicht liegen jedoch keine Merkmale vor, die auf eine länger dauernde Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit hindeuten würden.»*
4. *«Der berufliche Wiedereinstieg ist ab Oktober mit 20 Stellenprozent geplant. Im Zuge dessen wird der Besuch der Tagesklinik auf 1 Tag pro Woche reduziert werden.»*
5. *«Behandlerin bittet darum, dass die zuständige Kundenberaterin einen IV-Arztbericht offiziell anfordert, damit keine wertvolle Zeit verstreicht. Sie sei froh, wenn Klientin auch ohne ihren Bericht bereits der Eingliederungsberatung zugeteilt und Bericht nachgereicht werden könnte.»*
6. *«Er (Behandler) ist der Meinung, dass jedoch Ziel sei, eine rasche Steigerung anzustreben. So dass ein Aufbau in der Institution nach 3 Monaten in den 1. Arbeitsmarkt verlegt werden kann. (...) Versicherte Person sei bereit und könne per sofort mit beruflichen Massnahmen starten.»*
7. *«Bei einer weiterführenden Behandlung im ambulanten Rahmen sind wir optimistisch, dass eine Eingliederung gelingen wird.»*
8. *«Je suis confiante que si (versicherte Person) parvient à effectuer un stage dans un environnement bienveillant et que ses compétences professionnelles sont validées, une augmentation de son estime de soi professionnelle aura un impact positif sur l'ensemble de sa vie. ...Aktennotiz: (Psychologin) pense que l'assuré peut travailler à 100% mais la reprise actuelle est trop rapide et le contexte est défavorisant. (Psychologin) pense que l'assuré pourrait reprendre un poste de responsable d'équipe pour autant que le contexte soit adapté (moins rigide/exigeant qu'à (bisheriger Arbeitgeber).»*
9. *«(Versicherte Person) est en incapacité totale pour son emploi de secrétaire, et en incapacité à 40% pour la mesure A1 qu'elle effectue à (Eingliederungsmassnahme).»*
10. *«Es wird gebeten, dass die IV umgebend berufliche Massnahmen prüft, damit die Versicherte nicht in ein Loch fällt (Hausärztin).»*

Diese Textbeispiele mit kooperativer Haltung respektive mit einem parallelen Eingliederungsverständnis (Behandlung/ Aufbau parallel zu Eingliederungsmassnahmen oder Pensumsteigerung) lassen sich folgendermassen gruppieren:

1. **Gegenseitige Abstimmung** der Arbeitsfähigkeits-Steigerung (Textbeispiel 1) IV und Behandelnde
2. Offenheit für Informationen der IV und **Anpassung der Behandlung** (Textbeispiel 2)
3. **Differenzierte und transparente Haltung bezüglich Einschätzung der prognostischen Arbeitsfähigkeit:** theoretisch und aus praktischer Sicht (Textbeispiel 3)
4. **Rasche Steigerung** der Arbeitsfähigkeit und diesbezügliches Engagement (Textbeispiele 4, 5, 6)

5. **Optimismus** bezüglich Wiedereingliederung, teils mit differenzierten Hinweisen (Textbeispiele 7, 8)
6. **Differenzierung zwischen Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt und Eingliederungsfähigkeit** an Trainingsarbeitsplatz (Textbeispiel 9)
7. Sicht, dass **Arbeitsunfähigkeit / Inaktivität auch belasten kann** (Textbeispiel 10).

Diese Beispiele für eine kooperative Haltung und ein paralleles Verständnis von Behandlung und Eingliederung sind aufschlussreich und weisen auf einen Mindset der Behandelnden hin, der sich deutlich von jenen Fällen unterscheidet, wo vor allem Bedenken geäußert wurden (siehe weiter unten).

Deutlich wird zum einen ein ärztliches Verständnis, nach dem die aktuelle Arbeitsfähigkeit, die Prognose und auch die Behandlung in gegenseitiger Abstimmung, differenziert und transparent vorgenommen wird (Gruppen 1, 2, 3). Im Beispiel 2 nimmt die Behandlerin aufgrund der Informationen aus dem Eingliederungsprozess konkrete Anpassungen in ihrer Behandlung vor (Intensivierung der Behandlung). Dies scheint insofern adäquat, als die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine komplexe Angelegenheit ist, die für die Behandelnden nicht einfach ist. Meist kennen sie lediglich den Gesundheitsschaden und das Erleben der Patientinnen bzw. Patienten, aber nicht die Perspektive der Arbeitgeber und der IV. Es liegt auf der Hand, dass eine Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit leichter gelingt im Austausch mit den anderen relevanten Akteurinnen und Akteuren (Arbeitgeber, IV).

Bemerkenswert sind auch die Gruppen 4, 5, 6 und 7: Es wird von den Behandelnden empfohlen, die Integration eher rasch voranzutreiben, man ist optimistisch hinsichtlich Eingliederungserfolg und es wird darauf aufmerksam gemacht, dass eine weiter bestehende Inaktivität auch schädlich für die psychische Verfassung sein kann. Zudem wird in Textbeispiel 9 auch unterschieden zwischen Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit.

Demgegenüber zeigen sich in den Dossiers auch Beispiele, in denen die Behandelnden Hürden hinsichtlich der Eingliederung sehen:

1. *(Aktennotiz IV-Fachperson): «Versicherte sei eine Powerfrau, kenne ihre Grenzen nicht. Im ersten Moment habe man das Gefühl, es gebe ihr recht gut. Jedoch täusche dieser Eindruck, sie sei noch nicht konstant/stabil. Therapeutin nehme zur Kenntnis, dass sie zu gegebener Zeit sich melden könne für Prüfung von Unterstützungsmöglichkeiten zur beruflichen Reintegration.»*
2. *«Le pronostic est défavorable pour une activité à 100%. En revanche, il est bon pour une capacité à 60%.»*
3. *«Aufgrund dieser Hypothese sehe ich einen Wiedereinstieg von Frau X in ihren alten Arbeitsbereich als äusserst kritisch.»*
4. *«Prognose gut, wenn SVA kein Druck macht und versicherte Person ganz niederschwellig beginnen kann.»*

Betrachtet man diese Textbeispiele, werden unterschiedliche Bedenken deutlich:

1. Es ist **zu früh** für einen Wiedereinstieg in die Arbeit (Textbeispiel 1)
2. Die Patientinnen und Patienten werden in ihrer Leistungsfähigkeit **überschätzt** (Textbeispiel 1)
3. Das angestrebte **Pensum ist zu hoch** angesetzt (Textbeispiel 2)
4. Eine **Rückkehr an den bestehenden Arbeitsplatz / in das angestammte Berufsfeld** gefährdet die psychische Verfassung (Textbeispiel 3)
5. Jegliche Art von **«Druck»** ist gesundheitsgefährdend, deshalb muss der Wiedereinstieg ganz niederschwellig beginnen (Textbeispiel 4)
6. Der Wiedereinstieg sollte **langsam** geplant werden (Textbeispiel 4)

Es zeigen sich hier zusammengefasst teils erhebliche Befürchtungen über negative Wirkungen der (Re)Integration. Entsprechend zielen die Empfehlungen der Behandelnden auf Zuwarten mit dem Wiedereinstieg (Gruppe 1), auf ein kleineres Arbeitspensum (Gruppen 2 und 3), auf einen langsamen Einstieg (Gruppe 6) und auf Vermeidung jeglicher Art von «Druck» (Gruppe 5). Hinzu kommt die Empfehlung, nicht am bestehenden Arbeitsplatz oder im angestammten Berufsfeld wieder einzusteigen (Gruppe 4).

All diese Bedenken und entsprechenden Empfehlungen können je nach Situation sehr angemessen sein. Sie können je nach Situation die Eingliederung aber auch erschweren: So kann das Zuwarten («zu früh») die Geduld der Arbeitgeber überstrapazieren oder ein Vermeidungsverhalten der Versicherten begünstigen und zu regressiven Verläufen führen (Gruppe 1).

Dasselbe Risiko gilt für die Gruppen 2, 3 und 6: Der sehr häufige Wiedereinstieg mit einem Mini-Pensum (meist 20%) ist sinnvoll nach beispielsweise schweren Erkrankungen mit massiven Leistungseinschränkungen. Aber es kann hinderlich sein bei all denjenigen Erkrankungen, wo das Arbeitspensum nicht das hauptsächliche Problem ist, sondern wo spezifische Probleme wie beispielsweise Konflikte am Arbeitsplatz oder Fehleranfälligkeit im Vordergrund stehen. Der Einstieg mit einem Mini-Pensum ist zudem auch eine organisatorische und kommunikative Erschwernis für die Arbeitgeber: wie sollen sie eine 20%-Tätigkeit im Betrieb organisieren und wie sollen sie das dem Team erklären? Bei solchen (meist sehr langsamen) Verläufen kann die Eingliederung zum Stocken kommen, beispielsweise indem plötzlich eine weitere Steigerung nach 50% oder 60% nicht mehr möglich scheint.

Haltung des Behandlungsteams gegenüber der IV

In der Mehrheit der untersuchten Dossiers ist der IV ein Behandlungsplan bekannt (84%) und von diesen sind der Eingliederungs- und Behandlungsplan meist aufeinander abgestimmt (89%).

Sofern im Dossier eine Haltung des Behandlungssystems gegenüber der IV ersichtlich ist (bei 60% finden sich keine direkten Hinweise, was die Behandlungsperson über die IV denkt), fällt diese positiv aus, die IV wird als wichtig und unterstützend wahrgenommen:

1. *«Es ist auch wichtig, dass wir uns gegenseitig gut informieren und eine gemeinsame Haltung zeigen. Ich bin extrem überrascht, wie schnell und pragmatisch Sie da eine Lösung hingezaubert haben.»*
2. *«Eingliederungsmassnahmen der IV sind hilfreich und notwendig.»*
3. *(Aktennotiz IV-Fachperson): « Le psychiatre salue le joli cheminement de notre assurée. Il lui reste maintenant à consolider les assises. Il salue la bonne collaboration de tout le réseau. »*
4. *(Mail Arzt an IV): « Pour ce qui est de la consommation d'alcool, (versicherte Person) n'est pas du tout abstinent et la consommation contrôlée ne fonctionne pas non plus. J'ai suivi les recommandations de l'expert de l'assurance mais disons que pour ce traitement il faut la personne fasse preuve de contrôle, ce qui n'est le cas de (versicherte Person). Je suis en contact avec (Fachperson) qui le suit à ... [Suchtberatungsstelle] et j'attends son retour de ce fait également. »*
5. *(Mail Arzt an IV): «Falls ich vorher noch etwas tun kann, lassen sie es mich gerne wissen. Vielen Dank für ihre Bemühungen und die angenehme Zusammenarbeit. »*
6. *(Mail Arzt an IV): « En effet, nous avons bien reçu la demande de rapport ; ceci m'a échappé hier et j'en suis désolée. Nous vous le ferons parvenir dans les meilleurs délais. (...) Concernant le taux de départ dans un stage à court terme, nous allons clarifier ce point avec le patient et vous tenir informée au plus vite. En vous remerciant pour votre précieuse collaboration, je vous souhaite une excellente suite de semaine. »*
7. *(Mail Arzt an IV): «Diese Untersuchung begann Mitte Oktober, und ich hoffe, Ende November/ Anfang Dezember die Ergebnisse und mögliche Behandlungsvorschläge zu erhalten. Ich halte es für sinnvoll, das Ende dieser Untersuchung im [Krankenhaus] abzuwarten, um Ihnen einen umfassenden medizinischen Bericht vorzulegen. In diesem Zusammenhang bitte ich um eine zusätzliche Frist. »*
8. *(Mail Arzt an IV): « L'aspect anxieux de la personnalité de M. [versicherte Person] est extrêmement présent et pourrait expliquer, en partie, sa fuite et l'auto-sabotage de ce stage. Cela dit, il est envisageable que M. n'ait jamais eu une perception pleinement objective de ses compétences, ayant travaillé dans des environnements où il se sentait protégé ou qui ne reflétaient pas forcément les exigences du marché du travail. »*

Lediglich bei 5% zeigen sich auch fordernde Stimmen gegenüber der IV:

9. *«Ich hoffe, Sie unterstützen mein Vorgehen, ansonsten werde ich die ärztliche Verantwortung nicht übernehmen.»*
10. *«Im Sinne eines möglichst erfolgreichen Genesungsverlaufes empfehle ich, [für] die Zusammenarbeit zwischen der KTG, IV-Stelle und mir als Behandler die Krankschreibung gemäss meiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fortzuführen.»*

Es gibt jedoch weitere Beispiele für Schwierigkeiten in der Kooperation zwischen Behandelnden, IV und auch Job Coaches:

11. *(Aktennotiz IV-Fachperson): «[Behandlungsperson] ist nicht überzeugt von Institutionen. Er habe das Gefühl, die Klienten seien dadurch länger parkiert und es gebe nicht vorwärts.»*
12. *(Mail Arzt an IV): « Compte tenu du nombre de demandes régulières, de la longueur du questionnaire, de la surcharge de travail ainsi que du caractère non-obligatoire légal français de remplir ce type de demande,*

je vous informe que ce n'est plus la peine de m'envoyer ce questionnaire qui partira directement au tri dès réception. Je comprends le critère important de ce questionnaire pour l'évaluation de la situation du patient mais il est important de comprendre qu'un médecin ne peut pas passer son temps à remplir ce genre de questionnaire chronophage. » [Hinweis: Hausarzt praktiziert im grenznahen Ausland, versicherte Person ist Grenzgängerin]

Die Haltungen des Behandlungsteams gegenüber der IV lassen sich folgendermassen gruppieren:

1. Gegenseitige Information, **Kooperation und gemeinsame Haltung sind wichtig** (Textbeispiele 1, 3, 5, 6)
2. **Transparente Information** an die IV durch die Behandelnden (Textbeispiele 4, 8)
3. **Angebot der Behandelnden, weitere Informationen** zu liefern (Textbeispiele 5, 7)
4. **Würdigung** der Leistung der IV (Textbeispiele 1, 2, 3, 6)
5. Behandlungsperson verlangt den fachlichen Lead (Textbeispiele 9, 10)
6. **Skepsis gegenüber Institutionen** der Arbeitsrehabilitation (Einrichtungen für Arbeits-training etc.)(Textbeispiel 11)
7. **IV-Berichte sind zu zeitaufwändig** und werden deshalb nicht gemacht (Textbeispiel 12).

Diese Textbeispiele veranschaulichen, dass auch von Behandlungsseite oft ein starker Wunsch nach Kooperation, gegenseitiger Abstimmung und fachlichem Austausch besteht (Gruppe 1). Zudem wird dies nicht selten auch selbst aktiv angeboten (Gruppen 3).

Zudem verdeutlichen die Textbeispiele auch, dass ein freundlicher und wertschätzender Umgangston hilfreich ist für eine gute Kooperation (Gruppe 4). So banal das klingen mag, so sollte die motivierende Wirkung einer wertschätzenden Kommunikation nicht unterschätzt werden. Dies kann ein Kompliment sein (Beispiele 1, 3) oder auch in Form einer offenen Entschuldigung (Beispiel 6) geschehen.

Ebenfalls eine Form von Wertschätzung kann es sein, gegenüber der IV korrekte und sachliche Einschätzungen zu den Versicherten zu geben, auch wenn sie kritisch sind, zum Beispiel hinsichtlich einer relevanten Suchtproblematik oder einer verzerrten Wahrnehmung der Patientin bzw. des Patienten (Beispiele 4 und 8). Obwohl Arztberichte sachlich und korrekt sein sollten, spielen dabei auch Effekte der therapeutischen Beziehung (Behandlerin bzw. Behandler – Patientin bzw. Patient) und die häufig fehlenden Drittinformationen (die Behandelnden kennen meist nur die Wahrnehmung der Patientinnen bzw. Patienten) verständlicherweise eine Rolle. Man will den Patientinnen bzw. Patienten nicht schaden, sie vor zu hohen Anforderungen oder vor einer Stigmatisierung bewahren und Verständnis für sie wecken (gerade bei Suchtproblemen). Dies kann dann rasch sehr «protektiv» wirken, womit die anderen Beteiligten (IV, Arbeitgeber) sich dann teils nicht mehr ernstgenommen fühlen. Präzise und auch kritische Informationen, die man als Behandlungsperson dann auch mit den Patientinnen bzw. Patienten besprechen und deren Reaktionen aushalten muss, sind deshalb ein nicht zu unterschätzender Beitrag zu einer echten Kooperation.

Interessant sind auch die Textbeispiele, wo von Behandlungsseite letztlich der fachliche Lead beansprucht wird, beispielsweise hinsichtlich Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (Gruppe 6): Behandlungspersonen haben natürlich den Lead, was die Einschätzung der gesundheitlichen Situation betrifft. Im Rahmen einer Kooperation bei der Eingliederung sind sie jedoch nicht die einzigen

Expertinnen bzw. Experten. Normalerweise wissen die Arbeitgeber konkreter Bescheid über die Arbeitsfähigkeit der versicherten Personen im Betrieb, was diese leisten können und wo Probleme bestehen. Und schliesslich hat die IV-Fachperson normalerweise die grösste Erfahrung mit Integrationsprozessen und kennt die Faktoren für positive Verläufe sowie die Stolpersteine am besten. Und die Versicherten wissen selbst am besten, was ihre Ziele und Perspektiven sind.

Haltung des Behandlungsteams gegenüber den Arbeitgebern

In den meisten Dossiers finden sich keine Hinweise dazu, wie das Behandlungssystem zur Arbeitgeberin bzw. zum Arbeitgeber steht (77%; n = 56). Bei 11% zeigt sich eine positive Haltung. In 12% der 56 vertieften Fälle zeigt sich aber eine negative Haltung der Behandelnden gegenüber den Arbeitgebern. Hierzu fanden sich auch Textbeispiele:

1. *(Aktennotiz IV-Fachperson): «Die Haltung der Krankentaggeldversicherung und des Arbeitgebers könne die Hausärztin in keiner Weise nachvollziehen. Es sei unklar, weshalb es keine Möglichkeit in der Umgebung der Versicherten gebe, die Arbeitsfähigkeit schrittweise zu steigern, sondern dies nur... am bisherigen Arbeitsplatz möglich zu sein scheint. [Am bestehenden Arbeitsplatz gebe es] zu wenig Anerkennung in der Teamarbeit, reagiere Patientin empfindsam auf groben Umgang und nachlässige Führung der Vorgesetzten, [sei] überfordert durch chaotischen Arbeitsplatz.»*
2. *«Ich rate dringendst zu einem morgigen Abbruch der beruflichen Wiedereingliederung. Unter Wegfall dieser Belastung (Personalmangel, fehlende Unterstützung und adäquate Einführung, aktueller Gesundheitszustand etc.) kann es zur Verbesserung ihrer Befindlichkeit kommen.»*
3. *«Sie (Patientin) habe im Zusammenhang mit einer Konfliktsituation (Krankheitsfall wurde von der Chefin nicht ernst genommen) die Kündigung erhalten. ... habe sie eine neue Stelle in einem Altersheim angetreten, ihr sei jedoch nach kurzer Zeit gekündigt worden. Eine krankheitsbedingte Abwesenheit (Migräne) sei als Anlass für die Kündigung genommen worden.»*

Die dokumentierten negativen Haltungen des Behandlungsteams gegenüber den Arbeitgebern lassen sich folgendermassen gruppieren:

1. Arbeitgeber mit **schlechten Arbeitsbedingungen** ist verantwortlich für Situation (Textbeispiele 1, 2, 3)
2. Arbeitgeber mit **fehlender Bereitschaft** zu Arbeitsanpassungen (Textbeispiel 1)

Die beiden ersten Textbeispiele zeigen, dass Behandelnde kein Verständnis dafür haben, dass die versicherte Person den Wiedereinstieg nicht an einem neuen Ort (in einer anderen als der angestammten Abteilung) durchführen kann. Hintergrund dieses Wunsches ist, dass die Ursache für die Arbeitsproblematik klar in den Verhältnissen in der angestammten Abteilung gesehen wird: «zu wenig Anerkennung», «grober Umgang», «nachlässige Führung» und «chaotischer Arbeitsplatz» (Beispiel 1). Es ist in der vorliegenden Analyse nicht feststellbar, ob das in den konkreten Fällen zutrifft oder nicht. Es wird dennoch hier aufgrund der Evidenz angenommen, dass die

Behandlungsperson nie Kontakt hatte mit der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber und deshalb lediglich die Sicht der Patientin oder des Patienten kennt (Baer et al. 2017a).

5.3.4 Wissen, Perspektiven, Rolleninterpretation und Verständnis der Zusammenarbeit – IV-Mitarbeitende

Zu den fachlichen Konzepten der IV-Mitarbeitenden fanden sich in den Dossiers keine expliziten Hinweise. Hingegen ergaben sich Erkenntnisse zum Umgang der IV-Stelle mit den Arbeitgebern und der versicherten Person sowie gegenüber dem Behandlungsteam. Weitere Indikatoren geben Informationen über das Rollenverständnis der fallführenden Person: Sie zeigen auf, inwieweit diese den Prozess führt und auch inhaltlich steuert.

Umgang der IV mit den Arbeitgebern und den versicherten Personen

In den 56 analysierten Dossiers zeigt sich, dass der Umgangston seitens IV gegenüber Arbeitgebern sowie versicherten Personen meist freundlich und unterstützend erfolgt (70% bzw. 98%).

«Ich danke Ihnen herzlich für den offenen und konstruktiven telefonischen Austausch und ich freue mich sehr, unterstützen Sie den Aufbau der vP in ihrem Betrieb.»

«Ich denke, Sie dürfen stolz sein auf sich, was Sie im 2023 alles bewegt und erreicht haben.»

« Merci, bravo pour toutes les recherches que vous effectuez. Je trouve toujours intéressant de comparer le nombre de postulations au nombre d'entretiens décrochés. Avez-vous eu des entretiens suite à vos postulations ? Si tel n'est pas le cas, je pense qu'il faut analyser la situation pour comprendre pourquoi. Est-ce une inadéquation entre votre profil et les postes recherchés, est-ce en lien avec vos documents de postulation ou encore d'autres raisons ? »

Nur bei vereinzelten Fällen kommt es zu einem belehrenden oder wertenden Austausch seitens IV gegenüber der versicherten Person. In 27% der Fälle ist der Umgangston zwischen IV und Arbeitgebern unbekannt oder es hat kein direkter Kontakt stattgefunden.

Sofern von Seiten Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber eine Einschätzung zur Leistung vorhanden war (in 11% war dies nicht der Fall), wurde dies in 88% der Fälle von der IV-Fachperson berücksichtigt. Nur in einem Fall wurde die Einschätzung durch die IV ignoriert.

Haltung der IV gegenüber dem Behandlungsteam

Auch der Umgangston der IV gegenüber der Behandlungsperson ist mehrheitlich positiv. Bei 75% der vertieft untersuchten Fälle fällt dieser sachlich und freundlich aus. Die Einschätzung der Behandlungsperson wird dann auch zu 100% in der Umsetzung beachtet. Dennoch zeigen sich auch hier bei 5% eine negative respektive etwas frustrierte Haltung gegenüber der Behandlungsperson.

(Mail von IV an Coach): «Wie du Dir vorstellen kannst, habe ich von der Ärztin bis zur aktuellen Stunde nichts erhalten.»

(Aktennotiz IV-Fachperson): «Der Psychiater ist bedauerlicherweise nicht spürbar aus Sicht von Coach. Herr xy hat einzig verlauten lassen, dass sein Patient wohl Hilfe brauche... Konkret geschehe aber nichts.»

(Mail IV an versicherte Person): « Malgré de nombreux rappels, nous sommes restés sans nouvelles de ce médecin. C'est pourquoi, nous vous remettons en annexe un exemplaire de ladite demande de rapport médical et vous prions de bien vouloir la transmettre à un médecin susceptible de nous renseigner. »

Bei 20% ist keine Haltung erkennbar oder dokumentiert.

Planung des Eingliederungsprozesses durch die IV

Wird das Arbeitsverhalten – und damit implizit das Rollenverständnis – der Eingliederungsfachperson genauer angeschaut, zeigt sich bei 69% eine proaktive Arbeitsweise, in dem Sinne, dass sie die anderen Akteurinnen bzw. Akteure initiativ angeht und den Prozess führt. Bei 31% zeigt sich ein eher reaktives Verhalten. Hier agiert die Eingliederungsfachperson als Reaktion auf die Initiative anderer Akteurinnen bzw. Akteure, und/oder eher die bzw. der Job Coach ist im Lead. In 95% der untersuchten Dossiers sind Telefonnotizen und E-Mails dokumentiert.

Auch fachlich-eingliederungsorientierte Überlegungen werden von der IV-Fachperson dokumentiert. Bei zwei Drittel der 56 vertieften Fälle bringt sich diese fachlich ein oder holt sich Unterstützung beim RAD (32% der Fälle mit eigenen fachlichen Überlegungen der Eingliederungsfachperson, 34% der Fälle Einbezug RAD). Bei einem Drittel (34%) sind jedoch keine Überlegungen dokumentiert. Ein Eingliederungsplan wird von 23% der IV-Beratungspersonen detailliert dokumentiert, von weiteren 73% geschieht dies nur rudimentär (Beispiel: Pensumsaufbau von 20 auf 50% innert 3 Monaten, schrittweise Steigerung). 4% von den 56 vertieften Dossiers nehmen gar keine Eingliederungsplanung vor. Nachfolgend wird ein Beispielzitat für eine detaillierte Eingliederungsplanung mit Begründung illustriert.

«Mittels Aufbautraining soll die Belastbarkeit gesteigert werden. Die vereinbarte Massnahme hat zum Ziel eine versicherte Person auf eine Erwerbsarbeit vorzubereiten und die nachfolgenden Kompetenzen sowie Verhaltensweisen zu trainieren. Das Aufbautraining soll mit anschliessendem Arbeitstraining unter realen Arbeitsbedingungen und Arbeitsdruck gefestigt werden. Aus Sicht der beruflichen Eingliederung gehen wir mit grosser Wahrscheinlichkeit davon aus, dass eine erfolgreiche Eingliederung beruflicher Eingliederungsmassnahmen möglich ist.»

Die Analyse zeigt, dass sowohl fachlich fundierte Planungen als auch direkte Kontakte mit den Hauptakteurinnen und -akteuren nicht durchgängig vorhanden sind.

5.4 Merkmale der Kooperation

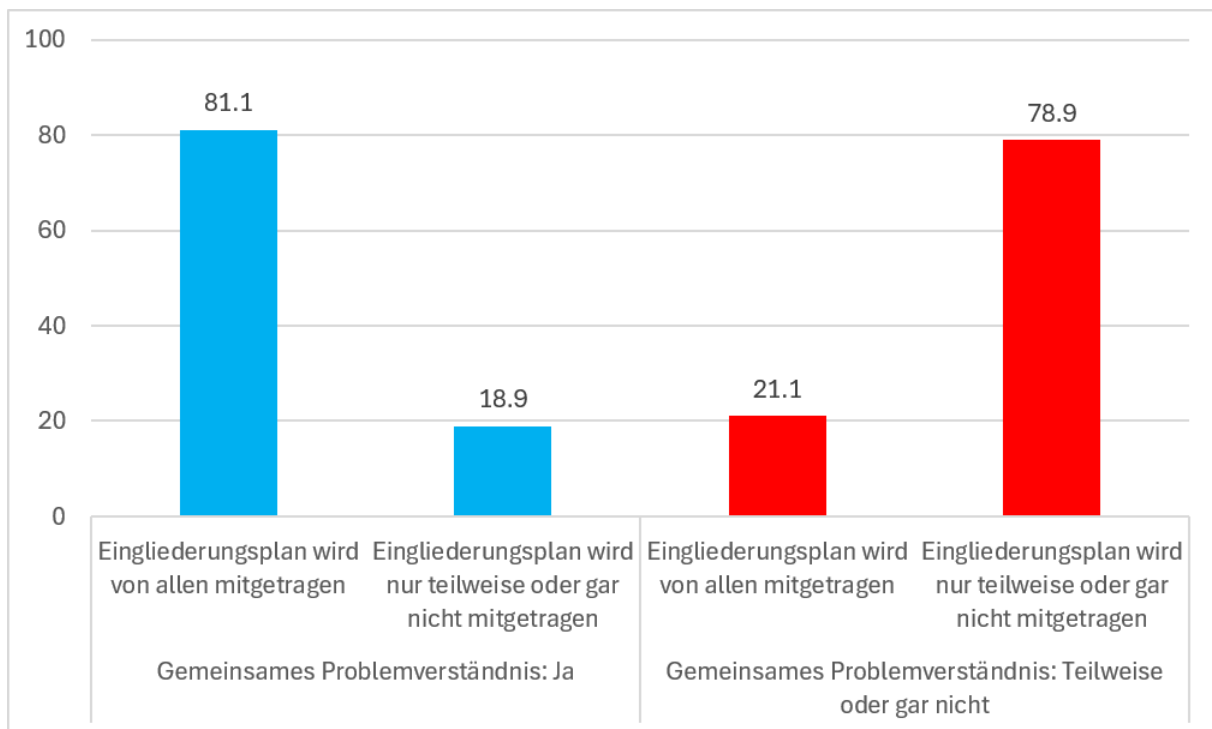
Indikatoren eines gemeinsamen Fallverständnisses

Als Indikatoren für ein gemeinsames Fallverständnis wurde in den vertieft analysierten Dossiers codiert, ob ein gemeinsames Problemverständnis erkennbar ist, ob der Eingliederungsplan von allen Akteuren mitgetragen wird, inwieweit ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit übereinstimmt und ob die Akteure auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten. Zwischen diesen Indikatoren zeigten sich zum Teil deutliche Zusammenhänge und es ergaben sich auch Zusammenhänge mit der Frage, ob im Verfahren die Eingliederungsziele erreicht wurden (diese wurden in 48% der 56 vertieft untersuchten Fälle vollumfänglich erreicht. In 25% der Fälle wurden diese teilweise erreicht und in 27% der Fälle ist kein Erfolg in den Eingliederungszielen dokumentiert).

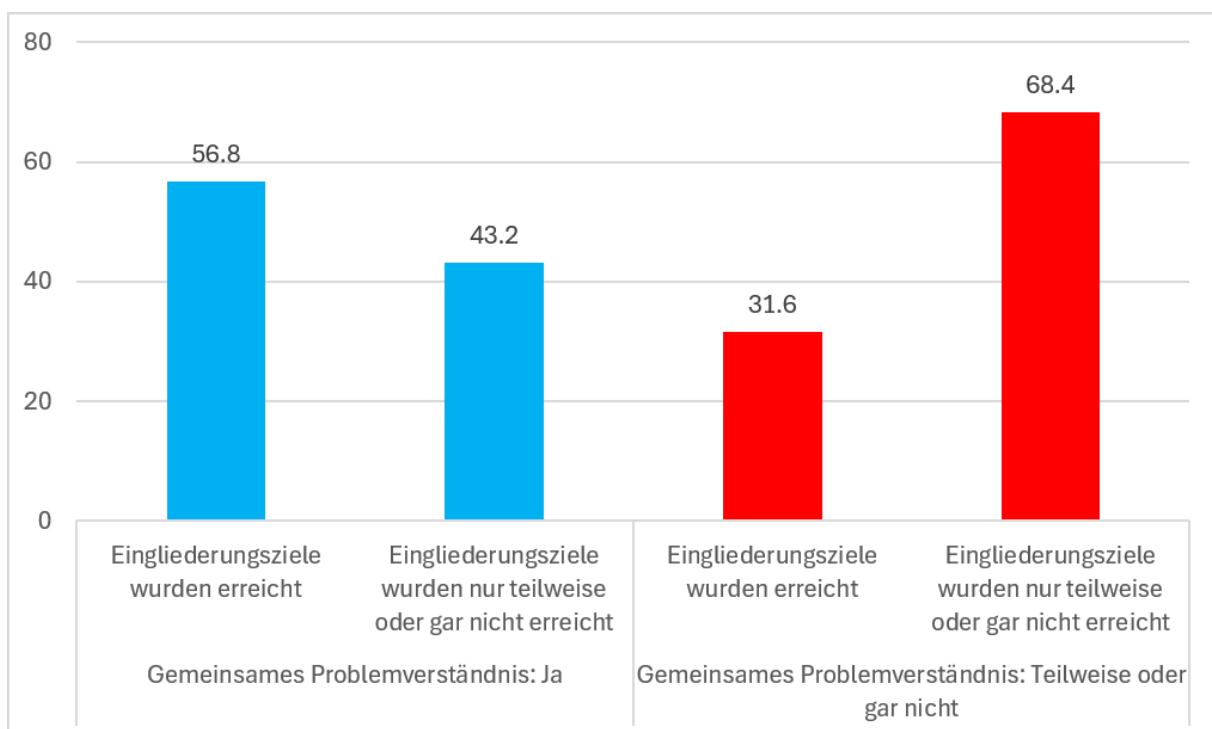
Gemeinsames Problemverständnis

Mit Ausnahme von einem Fall herrschte in allen vertieft codierten Fällen zumindest teilweise ein gemeinsames Problemverständnis. In 66% der Fälle handelt es sich um ein umfassendes gemeinsames Problemverständnis. Dies wurde dahingehend codiert, dass aus dem Dossier ersichtlich wird, dass sich *alle* Akteurinnen und Akteure einig darüber sind, was aktuell am wichtigsten ist und am selben Problem arbeiten. In 32% der Fälle bestand dieses Problemverständnis teilweise. Das bedeutet, dass sich die *meisten* Akteurinnen und Akteure einig sind, was aktuell wichtig ist und zumindest gemeinsame Teilziele bestehen.

Ein umfassendes gemeinsames Problemverständnis geht zudem damit einher, dass der Eingliederungsplan von allen mitgetragen wird. Dies trifft in den untersuchten Dossiers bei 81% der Fälle zu. Hingegen wird der Eingliederungsplan nur bei 21% der Fälle von allen mitgetragen, wenn nur ein teilweises oder kein gemeinsames Problemverständnis vorherrscht (Abbildung 16). Der Eingliederungsplan wird insgesamt in 9 von 10 Fällen von den Akteurinnen und Akteuren mitgetragen. In 61% der Fälle geschieht dies vollumfänglich, in 30% der Fälle bestehen zwar Bedenken, aber sie stehen dem Plan zumindest nicht im Weg.

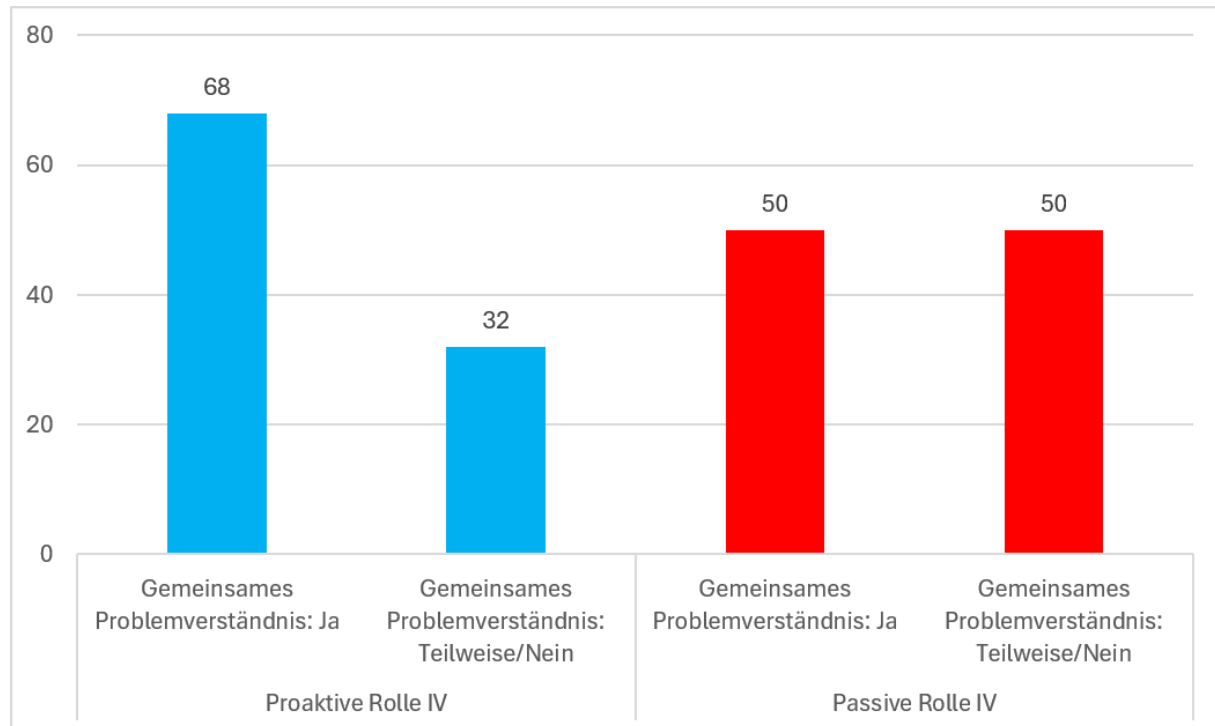
Abbildung 16: Gemeinsames Problemverständnis und Eingliederungsplan (n= 56), in Prozent

Ein gleiches Muster zeigt sich zudem in Bezug auf das gemeinsame Problemverständnis und der Frage, ob die Eingliederungsziele erreicht worden sind (Abbildung 17).

Abbildung 17: Gemeinsames Problemverständnis und Eingliederungsziel (n= 56), in Prozent

Ob ein gemeinsames Problemverständnis vorherrscht, hängt mitunter damit zusammen, wie proaktiv die IV auftritt (Abbildung 18):

Abbildung 18: Proaktives Handeln der IV und gemeinsames Problemverständnis (n= 56), in Prozent



Bei einer proaktiven IV (geht auf andere Akteurinnen und Akteure zu, initiiert Kontakt etc.) besteht bei 68% ein gemeinsames Problemverständnis aller Akteurinnen und Akteure, bei einer reaktiv agierenden IV ist dies bei 50% der Fall. Das heisst, die IV kann mit einer gewissen Initiative dazu beitragen, dass alle vom selben sprechen.

In 77% der Fälle (wiederum n= 56) arbeiteten alle Akteurinnen und Akteure auf dasselbe Ziel hin, in 21% der Fälle arbeiteten die meisten Akteurinnen und Akteure am gleichen Ziel (2 von 3 Hauptakteurinnen bzw. -akteuren). Der Eingliederungsplan wird in 61 % der Fälle (n = 56) vollumfänglich mitgetragen. In den übrigen 39 % ist dies nicht der Fall: Entweder wird der Eingliederungsplan nur unter Vorbehalt unterstützt, mindestens eine beteiligte Akteurin bzw. ein beteiligter Akteur verweigert die Zustimmung, oder es liegt kein Eingliederungsplan vor – auch nicht in rudimentärer Form.

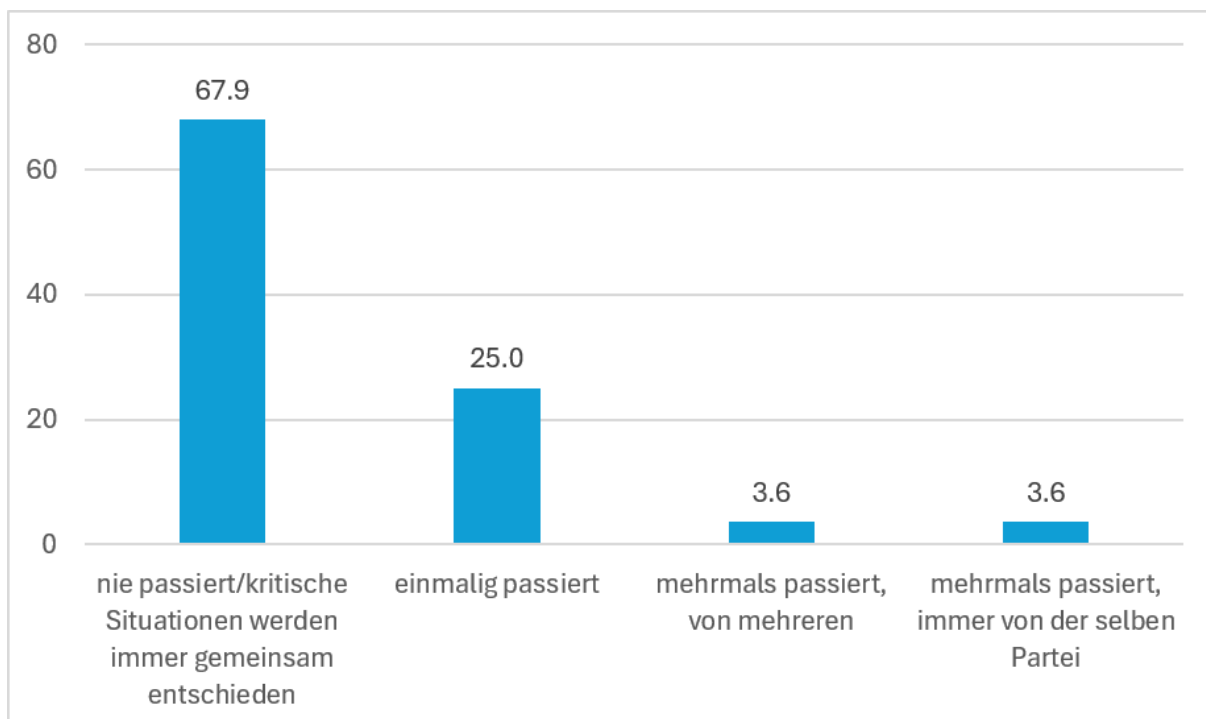
Eine weitere, wichtige Komponente, die die Zusammenarbeit prägt, ist die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person. Sie bildet die Grundlage der durchzuführenden Massnahmen. Darüber besteht unter den Hauptakteurinnen und -akteuren nicht immer Einigkeit. In einem Viertel der Fälle (14 von 56 Fällen) waren sich die Hauptakteurinnen und -akteure nicht oder nicht vollständig über die Arbeitsfähigkeit einig. Dies scheint sich auch auf das Erreichen der Eingliederungsziele auszuwirken. Bei Einigkeit über die Arbeitsfähigkeit wurden die Eingliederungsziele bei

55% erreicht, bei den Fällen, wo es nur teilweise oder keine Einigkeit gab, wurde das Eingliederungsziel bei 29% erreicht.

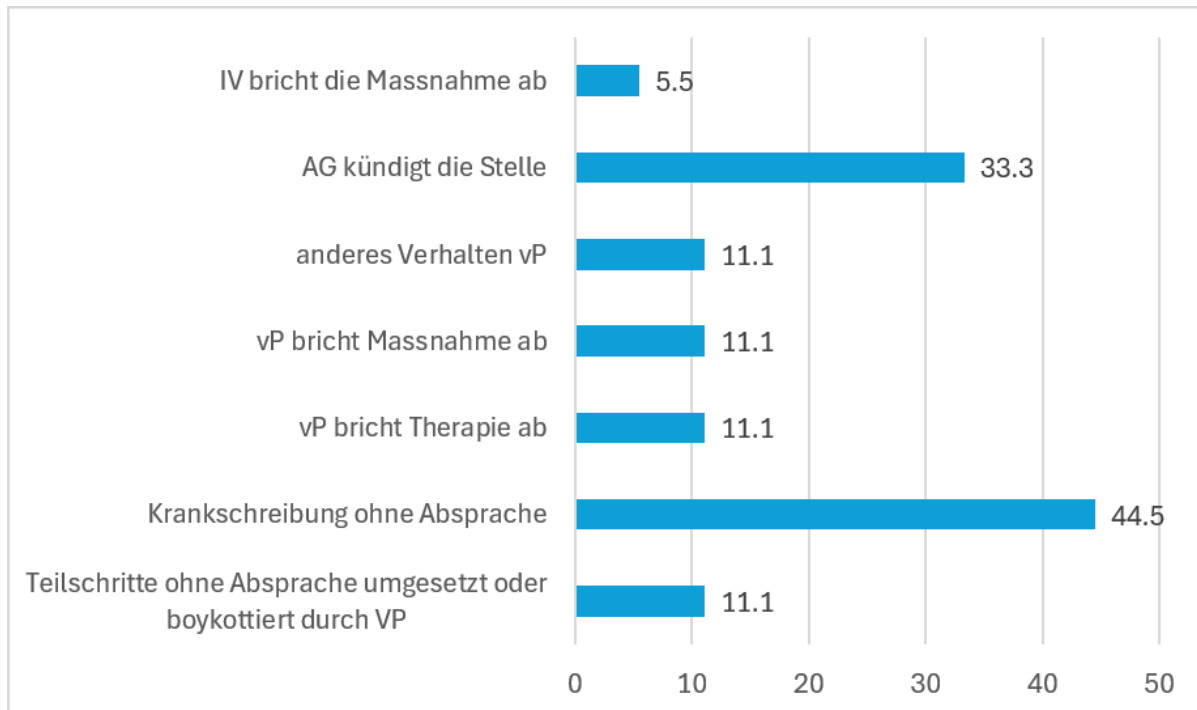
Einsame Entscheide

Ein Indikator für fehlende Kooperation sind sogenannte einsame Entscheide. In 32% der Fälle (n = 56) ist es einmalig oder mehrmals zu solchen einsamen Entscheiden gekommen (Abbildung 19). Damit sind Entscheide gemeint, die nicht unter den Akteurinnen und Akteuren abgesprochen sind.

Abbildung 19: Häufigkeit einsamer Entscheide (n= 56), in Prozent



Dies entspricht 18 Fällen, in denen es zu insgesamt 23 einsamen Entscheiden kam. Am häufigsten ist dies in 44.5% der Fälle eine unabgesprochene Krankschreibung (in 16.7% durch die Behandlungsperson initiiert, in 27.8% von der versicherten Person getrieben). In 33.3% der Fälle kündigt die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber die Stelle ohne Absprache mit den anderen Beteiligten. Weitere einsame Entscheide sind in der nachfolgenden Abbildung 20 ersichtlich.

Abbildung 20: Art der einsamen Entscheide, n = 18, Mehrfachantworten, in Prozent

Weitere Analysen zeigen zudem, dass einsame Entscheide weniger vorkommen, wenn unter den Akteurinnen bzw. Akteuren ein gemeinsames Problemverständnis (z.B. erste Priorität Zuverlässigkeit verbessern, alle Akteure sind sich einig, dass das aktuell am wichtigsten ist) vorhanden ist. In den Fällen, in denen dies vorlag, kam es bei 81% zu keinen einsamen Entscheiden, lag hingegen kein gemeinsames Problemverständnis vor, kam es nur bei 42% zu keinen einsamen Entscheiden. Ein gleiches Bild zeigt sich, wenn ein gemeinsames Ziel/Vision vorhanden sind (77% vs. 39%) und die Rolle der IV proaktiv einzustufen ist (70% vs. 50%). Ein gemeinsames Ziel/Vision kann sein, dass alle Akteure sich aussprechen, an einer Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt zu arbeiten oder am Stellenerhalt. Auch die Einigkeit über die Arbeitsfähigkeit schlägt sich auf die Anzahl einsamer Entscheide nieder. In 9 von den 14 Fällen mit Uneinigkeit über die Arbeitsfähigkeit kam es mindestens einmalig zu einsamen entscheiden, während dies bei Klarheit der Arbeitsfähigkeit nur bei 9 von 42 Fällen vorkam.

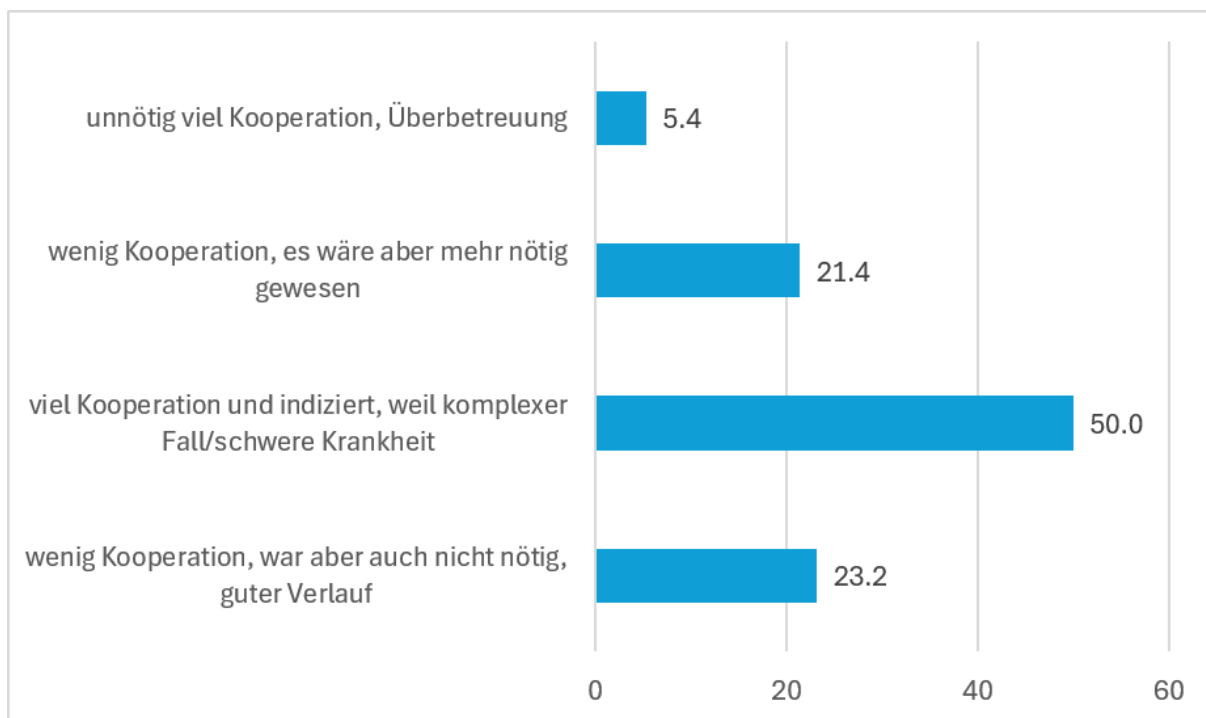
Ist zudem ein, resp. eine Job Coach in den Fall involviert, finden tendenziell mehr einsame Entscheide statt (37% einsame Entscheide) als wenn kein oder keine Job Coach involviert ist (20%). In Bezug auf die Art der einsamen Entscheide (Abbildung 20) zeigt sich, dass in allen Fällen, in denen der Arbeitgeber die Stelle gekündigt hat, eine oder ein Job Coach involviert war. Gleiches gilt für unabgesprochene Krankschreibungen. Auch hier war jeweils eine oder ein Job Coach in den Fall involviert.

Kooperationsdynamik und Kooperationsintensität

Über den ganzen Fallverlauf hinweg betrachtet, zeigt sich in der Mehrheit der Fälle (68%) eine durchgehend positive Kooperationsdynamik. In 32% der Fälle wurde diese als schwankend oder durchgehend negativ eingeschätzt (30% bzw. 2%). In weiteren Berechnungen zeigt sich, dass hierbei die Rolle der IV die Kooperationsdynamik mitbeeinflusst. Bei einer proaktiv wahrgenommenen IV wurden die Kooperationsdynamik in 72% als durchgehend positiv eingeschätzt, während dies bei einer reaktiv wahrgenommenen IV nur bei einem Drittel der Fall war.

Das Codierteam hat zudem eine Einschätzung dazu vorgenommen, ob die Kooperationsintensität entsprechend der Fallkomplexität angemessen erschien. In der Hälfte der vertieften Analysen ($n = 56$) schätzt das Codierteam die Kooperation als intensiv ein und sieht diese auch als indiziert, da es sich jeweils um komplexe Fälle (Experteneinschätzung der Codierenden) handelt. In 21% der Fälle kommt es zu unzureichender Kooperation nach Einschätzung des Codierteams. Die detaillierte Aufschlüsselung ist in der nachfolgenden Abbildung 21 ersichtlich.

Abbildung 21: Intensität der Kooperation nach Komplexität des Falls, Fachpersoneneinschätzung ($n = 56$), in Prozent



Ein Anliegen des BSV war auch die Aufschlüsselung der Kooperation entlang verschiedener Fallphasen (Abklärung des Eingliederungspotenzials, Planung der Eingliederung, Durchführung der Eingliederung). In 63% der Fälle ist ein gemeinsames Ziel über verschiedene Phasen des Falls hinweg ersichtlich. In 7% der Fälle zeigt sich das gemeinsame Ziel in der ersten Phase und verschwindet danach. In 11% der Fälle formt sich das gemeinsame Ziel erst in der zweiten Phase der

Zusammenarbeit und in 3% der Fälle ist in beiden Phasen kein gemeinsames Ziel ersichtlich. Die gemeinsamen Ziele nach Fallphase konnten in 16% der Fälle (9 Fälle) nicht eruiert werden.

Einbezug des Job Coachs – eine Delegierte bzw. ein Delegierter der IV

In der vertieften Analyse wurde eine weitere Akteurin bzw. ein weiterer Akteur, die bzw. der Job Coach, analysiert. In der Sichtung der Testdossiers stellte sich heraus, dass neben den Hauptakteurinnen und -akteuren in deren Vernetzung oftmals eine oder ein Job Coach, die oder der von der IV delegiert wird, eine relevante Rolle spielt. Das bestätigte sich in den Daten: in 73% der 56 Dossiers, die vertieft analysiert wurden, war eine oder ein Job Coach involviert. Diese Person fungierte als relevantes Bindeglied, vor allem zu den Arbeitgebern, denn sie stand in 63% der Fälle mit der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber in Kontakt, mit der Behandlungsperson deutlich seltener in 27% der Fälle. Das Verhältnis zwischen Job Coach und IV war in 61% der Fälle professionell und wertschätzend, in 9% der Fälle stand eher die Beziehung zwischen IV und Job Coach im Vordergrund statt fachliche Sachverhalte und in 30% der Fälle unbekannt, weil sich keine dokumentierten Stellen fanden, die das Verhältnis zwischen IV und Job Coach veranschaulicht hätten.

Ist die oder der Job Coach im Lead, kommt es in 57% der Fälle zu keinem direkten Kontakt zwischen IV und Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber, das ist ein erhöhter Wert verglichen mit 35% fehlendem Kontakt über alle Fälle hinweg. Dasselbe zeigt sich bei den Behandelnden: über alle Fälle hinweg besteht in 42% der Fälle kein Kontakt zwischen IV und Behandlungsperson. Ist eine oder ein Job Coach im Lead, sind es gar 67% der Fälle ohne direkten Kontakt zwischen Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber und IV.

5.5 Prototypische Kooperationsverläufe

Im Sinne einer Synthese, Illustration und Verdeutlichung der Resultate aus der Dossieranalyse werden nachfolgend 3 prototypische Verläufe von Zusammenarbeit zwischen IV, Arbeitgebern und Behandelnden dargestellt. Die Prototypen basieren weitestgehend auf drei realen Fallverläufen in anonymisierter Form. Zur Illustration wurden diese prägnant aufbereitet mit typischen Charakteristika. Sie bilden jeweils Pole auf einem Kontinuum und sind eher pointiert dargestellt, es handelt sich jedoch insgesamt um realistische und alltägliche Fallschilderungen. Zentrale Auswahlkriterien für die Prototypen waren datengeleitet: a) die Art von Problem- und Eingliederungsverständnis, b) das Kooperationsverständnis und -verhalten und c) der fachliche Lead des Falles. Dabei zeigen sich drei prototypische Kooperationsverläufe: die abgestimmte, die bilaterale und die stellvertretende Zusammenarbeit. Die Prototypen werden zu Beginn mit typischen Merkmalen beschrieben, danach folgt der Fallverlauf, der zum Schluss mit einem Kommentar versehen ist, der die dargestellte Kooperationsform einordnet.

5.5.1 Abgestimmte Zusammenarbeit

Dieser Prototyp steht für Fälle, in dem alle beteiligten Akteure überwiegend in Kontakt stehen und die Integrationsziele aufeinander abgestimmt sind. Die IV-Eingliederungsfachperson ist mehrheitlich im Austausch mit dem Job

Coach. Allerdings finden auch mehrere Standortgespräche mit dem Arbeitgeber statt. Mit der Behandlerin hat der Arbeitgeber wenig direkter Kontakt, IV-Eingliederungsperson und Behandlerin stehen aber im direkten Kontakt und sprechen sich z.B. bezüglich Arbeitsunfähigkeit ab.

Der 50-jährige Versicherte meldet sich wegen psychischer Zwangsstörungen mit Angstzuständen erstmalig bei der IV an. Die Zwangsstörung begleitet ihn schon mehrere Jahre und zeigt sich in einem ständigen Kontrollzwang. Jahrelang konnte er diesen geheim halten, nach einem Arbeitsunfall vertraut er sich seiner Ehefrau und dem Arbeitgeber an. Bis zum Unfall hat er mehrere Jahre im gleichen Betrieb im öffentlichen Verkehr gearbeitet. Es folgt ein zweimonatiger Aufenthalt im stationären Bereich, später in der Tagesklinik. Sozial fühlt er sich gut unterstützt, seit dem Vorfall müsse er jedoch alles langsamer machen und fühle sich schnell erschöpft. Ziel des Versicherten ist es, mit Hilfe der IV wieder in seinen alten Beruf einzusteigen.

Ausführliche Berichte aus seinem stationären und ambulanten Aufenthalt liegen vor. Der Versicherte meldet sich proaktiv aus der Tagesklinik bei der Taggeldversicherung und der IV. Behandlerin und IV stehen via Mail in Kontakt und besprechen das weitere Vorgehen. Hierbei kontaktiert die Behandlerin die IV aktiv, um abzuholen, wie sie bei der geplanten IV-Integrationsmassnahme mit den Arbeitsunfähigkeitszeugnissen umgehen muss. Die IV informiert über den Eingliederungsplan und lädt die Behandlerin zu den Standortgesprächen ein. Der Umgangston ist freundlich und man bedankt sich für die Zusammenarbeit. Rund ein halbes Jahr nach Anmeldung findet ein erstes Standortgespräch mit folgenden Akteuren statt: Versicherter, IV, Arbeitgeber (direkter Vorgesetzter und HR) und Taggeldversicherung. Die Behandlerin wird für das Standortgespräch angefragt, meldet sich aber ab. In Bezug auf den Eingliederungsplan nimmt sie Stellung und unterstützt das geplante Vorgehen: «Eine schrittweise Steigerung finde ich ebenfalls sehr sinnvoll. Bei den Standortgesprächen ist es meiner Meinung nach vorerst nicht wichtig, dass ich präsent bin. Gerne bleibe ich jedoch mit Ihnen betreffend des Verlaufs und möglicher Steigerungen in Kontakt.»

Start der IV-Integrationsmassnahme im Sinne eines Aufbautrainings ist ca. 9 Monate nach IV-Anmeldung, mit geplanter Steigerung in Richtung 80% Pensum in rund einem halben Jahr. Zusätzlich wird dies durch ein Coaching unterstützt. Die Massnahme startet mit 4x4 Stunden, die Arbeitsfähigkeit wird für die Massnahme, in Absprache mit der Behandlerin, auf 50% im Rahmen der Wiedereingliederungsmassnahme gesetzt. Der Kontakt zwischen IV und Behandlerin findet vor allem schriftlich statt, der Wunsch eines Austauschs und Teilnahme an Standortgesprächen wird von der IV geäussert: «Das Ziel ist ja eine Steigerung und je nach Verlauf macht eine Aussage zur Präsenzfähigkeit von Ihrer Seite her Sinn. Daher wäre es schön, wenn Sie auch einmal an einem Standortgespräch teilnehmen könnten».

Die Steigerung geht nur zögerlich voran, der Versicherte zeigt Bedenken und zeigt sich auch mit dem Coach unzufrieden, die IV-Eingliederungsperson hat diesbezüglich aber eine klare Haltung und äussert diese gegenüber dem Jobcoach: «(...) der Klient fokussiert mir zu stark auf seine Komfortzone (...) daher möchte ich an der Steigerung wie vorbesprochen festhalten. Er muss jetzt aktiver werden und die Steigerung angehen... das <Therapiesetting im Kopf> muss er dauerhaft verlassen und seine Zukunft anstreben.» Die IV-Eingliederungsperson informiert die Behandlerin über die aktuelle Situation und erachtet das therapeutische Setting aktuell als zu unzureichend. Die

Behandlerin verspricht dies mit dem Versicherten anzuschauen und eine Sozialarbeiterin zu integrieren, welcher bei den STAO dabei sein kann. Es findet ein klärendes Gespräch zwischen Versichertem, Behandlerin und Sozialarbeiterin statt. Nach rund 3 Monaten des Aufbautrainings wird die Arbeitsfähigkeit auf 80% erhöht. Im Verlauf finden ein runder Tisch mit dem Versicherten, dem Arbeitgeber, IV, Coach und Taggeldversicherung statt. Der Versicherte agiert beharrlich und nicht kooperativ bzgl. Steigerungsprozess und bei Gesprächen mit dem Arbeitgeber. Es kommt zu einem Einbruch beim Versicherten, er fühlt sich antriebslos und verspürt keine Motivation mehr. Ein Gespräch zwischen IV, Coach, Versichertem und Behandlerin wird durchgeführt und als zielführend eingestuft («Wir konnten uns gut austauschen. (...) Wir konnten die letzte Eskalation besprechen, diese wird gesundheitsbedingt eingestuft und als Überforderungssituation wahrgenommen»). In Absprache wird das Pensum kurzzeitig auf 70% reduziert. Nach dem klärenden Gespräch, dem kurzzeitigen Entgegenkommen der Pensumreduktion und Aufzeigen der Konsequenzen bei negativem Verlauf, wird die geplante Steigerung wieder aufgenommen, der Versicherte zeigt sich nun motiviert.

Nach rund einem halben Jahr der Integrationsmassnahme, wird ein Praxiseinsatz beim Arbeitgeber geplant, welcher erfolgreich verläuft. Es folgt ein halbjähriges Arbeitstraining bei Arbeitgeber zur Vorbereitung auf die vertragliche Rückkehr im angespannten Arbeitsbereich. Im Verlauf des Arbeitstrainings findet ein Round Table mit dem Arbeitgeber, dem Versicherten, IV und Jobcoach statt. Rund 2 Jahre nach IV-Anmeldung erfolgt die Anstellung. Die Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber wird von Seiten IV gewürdigt: «Wir sind alle ein ganzes Stück weitergekommen. Dank dem wohlwollenden Umfeld Ihres Betriebs ist ein erfolgreicher Abschluss der Eingliederung Ihres Mitarbeiters in Reichweite.»

Kommentar:

In diesem Fall ist praktisch über den ganzen Verlauf ein gemeinsames Problemverständnis vorhanden. Dies ist sicherlich darauf zurückzuführen, dass die beteiligten Akteure im ganzen Fallverlauf laufend informiert werden und/oder bei den regelmässig stattfindenden Round Tables beteiligt sind. Besonders hervorzuheben ist in diesem Fall der aktive Part der IV-Eingliederungsperson, welche ihre Überlegungen immer wieder einbringt und einen klaren Eingliederungsplan verfolgt (der schlussendlich auch aufgeht). Die Eingliederungsperson ist stark spürbar und im Kontakt mit den beteiligten Akteurinnen und Akteuren. Vor allem mit der Coach besteht ein regelmässiger Austausch und Besprechen des weiteren Vorgehens. Zudem wird von Seiten IV das Bestreben sichtbar, die behandelnde Person aktiv miteinzubeziehen. Auch wenn es wünschenswert gewesen wäre, dass die Behandlerin vermehrt auch bei Round Tables teilgenommen hätte, steht sie doch schriftlich in regelmässigen Austausch und unterstützt das Eingliederungsvorhaben. Der Eingliederungsplan verläuft nicht nur geradlinig, es kommt im Verlauf des Aufbautrainings zum Einbruch bei der versicherten Person. Durch das schnelle Agieren von IV, Coach, Behandlerin und Sozialarbeiterin kann dies aber relativ schnell aufgefangen und der Eingliederungsplan fortgesetzt werden. Auch der Akteur Arbeitgeber ist über den ganzen Verlauf involviert und beteiligt sich bei den Round Tables im Aufbautraining. Insgesamt erfolgt nach einer halbjährigen Phase des

Aufbautrainings die Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt und endet in einem erfolgreichen Abschluss der Eingliederung ein Jahr nach Beginn des Aufbaus.

5.5.2 Bilaterale Zusammenarbeit

Dieser Prototyp beschreibt eine ausschliesslich bilaterale Zusammenarbeit zwischen der IV-Eingliederungsfachperson und der Arbeitgeberin sowie deren internem Case Management. Die Zusammenarbeit mit Arbeitgeberin und Case Management ist intensiv, insgesamt kommt es zu 6 gemeinsamen Standortgesprächen mit diesen sowie der Versicherten. Mit dem behandelnden Psychiater fand keinerlei Direktkontakt statt. Von ärztlicher Seite her sind dokumentiert 2 kurze Arztberichte und 3 E-Mails an die IV-Eingliederungsfachperson – Letzteres immer, um einem Wunsch der Patientin Nachdruck zu verleihen. Dominierend sind im Dossier hingegen die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse: Monatlich folgt ein Zeugnis, zudem wird das geplante Arbeitspensum jeweils für die folgenden Monate akribisch vermerkt in Stunden pro Woche. Es entstehen dynamisch zwei Lager: der Arzt und die versicherte Person gegenüber der IV und dem Arbeitgeber.

Die gelernte kaufmännisch Angestellte wird von einem grösseren Unternehmen bei der IV gemeldet, nach mehrmonatiger Krankschreibung. Die folgende Anmeldung wurde vom Psychiater mitverfasst. Im aktuellen Betrieb ist sie seit einigen Jahren in Teilzeit tätig und arbeitet nebenher seit Längerem selbständig im Bereich alternativer Heilmethoden.

Zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung ist sie bereits seit einiger Zeit in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Der rasch zugestellte Arztbericht erwähnt neben Erschöpfung und Anspannung mehrere somatische Probleme sowie eine soziale Isolation wegen Konflikten im privaten Umfeld. Dem Bericht zufolge ist die Patientin gegenwärtig nicht belastbar, allerdings bei guter Prognose. Deutlich wird, dass sie schon vor einigen Jahren eine psychische Krise hatte und zudem bei verschiedenen Ärztinnen in Behandlung war.

Der Ersttermin bei der IV-Eingliederungsfachperson wird von der Versicherten abgesagt, da der Wiedereinstieg aus ihrer Sicht bereits geplant war und sie daher die Unterstützung der IV nicht benötige. Auch im weiteren Verlauf bringt sie wiederholt eigene Vorstellungen zum Vorgehen ein, die von den übrigen Beteiligten weitgehend aufgenommen werden.

Ein paar Monate nach IV-Anmeldung kontaktiert das Case Management des Betriebs die IV und bittet um Unterstützung. Aber die Versicherte ist zunächst nicht erreichbar für die IV. Nach einiger Zeit kommt es zu einem Round-Table mit Versicherter, IV und Case Management sowie Arbeitgeber. Dieser berücksichtigt die Wünsche der Versicherten, insbesondere bezüglich spezifischer Arbeitszeitanpassungen. Schliesslich werden auch die Arbeitsaufgaben stark angepasst.

Ein zweiter Arztbericht folgt, in dem weniger Krankheitssymptome ersichtlich sind, in dem aber neu verwiesen wird auf nicht näher ausgeführte traumatische Erfahrungen aus der Biografie, die aus ärztlicher Sicht zunächst therapeutisch bearbeitet werden müssen und einen langsamen Einstieg notwendig machen. Entsprechend einigen sich Versicherte, Arbeitgeberin und IV-Eingliederungsfachperson darauf, dass in den kommenden Monaten zunächst gar kein Einstieg möglich sei, dann eine leichte Tätigkeit in einem minimalen Pensum. Die Planung des behandelnden Arztes

sieht vor, dass die Versicherte in der Folge ihre Arbeitsfähigkeit sehr langsam Monat um Monat steigert.

Gemäss zwischenzeitlicher Einschätzung des RAD sollte aber der Einstieg mit einem höheren Pensum sofort zumutbar sein. Er verweist er auf eine unklare Diagnose und fehlende Medikation. Zudem deklariert er Zweifel, ob es sich um einen IV-relevanten Gesundheitsschaden handle. Als dann ein Einstieg versucht wird mit einem therapeutischen Arbeitsversuch, wird dieser innerhalb kurzer Zeit abgebrochen. Die Versicherte sagt in der Folge ein geplantes Gespräch bei der IV ab, weil sie gemäss dem Arzt nun Schonung benötige.

In einem weiteren Standortgespräch, an dem der behandelnde Arzt wieder nicht teilnimmt, legt die Versicherte einen neuen Eingliederungsplan vor, den sie mit ärztlicher Zustimmung erstellt habe. Die anderen Beteiligten willigen ein und vereinbaren während mehrerer Monate einen Schonarbeitsplatz. In einem weiteren Standortgespräch mit demselben Teilnehmerkreis wird allgemein zufrieden festgehalten, dass es langsam gehe aber gut und dass so weitergemacht werden solle. Die Massnahme wird um weitere Monate verlängert, um der Versicherten mehr Zeit zu geben. Einige Monate später wird in einem weiteren Arztbericht die gute Entwicklung der Arbeitsfähigkeit hervorgehoben, wobei die Versicherte immer noch als teilweise arbeitsunfähig gilt.

Im weiteren Fallverlauf ist die Versicherte gegenüber der IV-Stelle schwer erreichbar. Sie schickt der IV-Eingliederungsberaterin ihre eigenen Überlegungen und Berechnungen, die ausweisen, dass sie eine Teil-Rente zugute habe.

Schliesslich stellt der RAD stellt in seiner zweiten Beurteilung fest, dass kein IV-relevanter Gesundheitsschaden vorliegt und eine 100% Arbeitsfähigkeit bestehe, worauf die IV-Eingliederungsberaterin den Fall abschliesst. Daraufhin schreibt der behandelnde Arzt die Versicherte umgehend wieder arbeitsunfähig. Zugleich erklärt der Arbeitgeber, der Versicherten bezüglich der von ihr gewünschten Anpassungen vollständig entgegengekommen zu sein, ohne dass eine Einigung mit ihr erzielt wurde. Während die Versicherte den Entscheid nicht nachvollziehen kann und auf ihre Erwartungen an die IV verweist, kündigt die Arbeitgeberin 2.5 Jahre nach der IV-Anmeldung das Arbeitsverhältnis mit ausführlicher Begründung – laut dem Kündigungsschreiben letztlich, weil eine Stabilisierung der Situation nicht mehr absehbar war.

Kommentar:

In diesem Fallbeispiel sind Problem- und Eingliederungsverständnis nicht abgestimmt. Durch den fehlenden direkten Austausch (Psychiater ist nie dabei respektive wird auch nicht aktiv einbezogen), entstehen zwei parallele Eingliederungsstrategien. In diesem Beispiel kommt es zu einer Polarisierung zwischen Patientin/Arzt und IV/Arbeitgeber. Der Arzt sieht sich als «Anwalt» der Patientin, übernimmt ihre Wünsche und Ansichten und stösst damit die anderen Akteure vor den Kopf. Diese Dynamik wird auch von der IV nicht überwunden, man kann sich fragen, warum man sich nicht stärker um die Einbindung des Arztes bemüht hat. Dokumentiert sind jedenfalls keine Bemühungen in diese Richtung. Hinzu kommt die an sich sehr unterstützende Haltung der Arbeitgeberin und ihres Case Managements: die Haltung ist gewährend, man bietet alle Unterstützung an

und geht auf alle Wünsche von Patientin/Arzt vorbehaltlos und ohne kritische Nachfrage ein. Mit zunehmender Dauer und Sonderwünschen im Prozess nimmt hingegen langsam die Bereitschaft ab, die Versicherte in der Anstellung zu halten, und nimmt der Eindruck zu, als Arbeitgeberin ausgenutzt zu werden. Frust wird zu spät angesprochen, die Folge ist die Kündigung. Das weist darauf hin, dass eine unbalancierte Haltung der Arbeitgeberin – nur Schonung und Hilfsangebote aber kaum Erwartungen und Vorgaben – letztlich nicht realistisch und damit auch nicht langfristig durchzuhalten ist. Die IV, formuliert via RAD, sieht eigentlich bereits laufend im Prozess eine höhere Zumutbarkeit, dies wird aber weder diskutiert noch umgesetzt. Ein zusätzlich erschwerender Faktor in der Kooperation ist der fehlende fachliche Lead durch die IV. Letztlich hat die Versicherte den Lead in diesem Prozess. Der Verzicht auf den fachlichen Lead seitens der IV-Stelle ist keine zweckmässige Strategie, da die Versicherte diese Lücke füllt. Sie hat aber Mühe, die Gesamtsituation adäquat (sachlich) wahrzunehmen und in gegenseitiger Absprache mit den Beteiligten zu handeln. Dass sie eine solche Wirkung entfalten kann, hängt auch damit zusammen, dass die IV-Eingliederungsfachperson die Führung im Prozess nicht übernimmt, den Kontakt zum Arzt nicht sucht und die Arbeitgeberin zu wenig schützt und stärkt – obwohl auch sie zunehmend merkt, dass das Verhalten der Versicherten nicht eingliederungsorientiert ist. Dies manifestiert sich auch in der nachvollziehbar klaren Ablehnung von weiteren Ansprüchen der Versicherten an die IV. Hier kann man sich auch fragen, ob nicht auch der RAD, der schon zu Beginn Zweifel an einem IV-relevanten Gesundheitsschaden hatte, diese schon früher deutlicher hätte machen können. Damit hätte die IV-Eingliederungsberaterin auch mehr Sicherheit gehabt, mehr Mitwirkung von der Versicherten einfordern zu können – oder die IV für nicht zuständig zu erklären.

In Fällen wie diesem sind erstens eine offene, unterstützende und gleichzeitig Orientierung gebende (inklusive Vorgaben und Grenzen) Kommunikation und zweitens auch verlässliche Kooperation unter allen Beteiligten besonders wichtig. Nicht alle Versicherten sind (krankheitsbedingt oder vom Typ her) in der Lage, einen Teil dieser Kooperation selbst produktiv zu leisten, die Situation adäquat einzuschätzen etc. Umso wichtiger ist dann, dass im Unterstützungssystem eine gemeinsam getragene – und mit den Versicherten auch abgestimmte – klare Haltung besteht. Letztlich hat der an sich ungerechtfertigte Vorwurf der Versicherten, die IV habe ihr nicht geholfen, auch eine gewisse Berechtigung: man hat zwar sehr viel für sie gemacht, aber man hat sie nicht davor bewahrt, wegen ihres unangepassten Verhaltens die Stelle zu verlieren.

5.5.3 Stellvertretende Zusammenarbeit

In diesem Prototyp kommt ein Job Coach vor, der intensiv im Kontakt mit der IV-Eingliederungsfachperson steht und jeweils indirekt über Verlauf und Kontakte mit der Versicherten, mit dem Einsatzort und manchmal auch mit der Behandlungsperson berichtet, wobei zu dieser nicht immer ein Kontakt besteht. Die IV steht selten oder nie in direktem Kontakt mit dem Arbeitgeber und dem Behandlungsteam; im hier dargestellten Fall vor allem via Round Table sowie bilateral mit dem Behandler in einem Konflikt. Typischerweise kommen in dieser Konstellation häufiger einsame Entscheide vor, wie auch in diesem Fall.

Eine 32-jährige Lehrerin meldet sich bei der IV an, über den ganzen Verlauf besteht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, insgesamt andauernd seit 3 Jahren. Die Versicherte hat eine

Persönlichkeitsstörung und eine rezidivierend depressive Störung, die Abklärung einer möglichen Autismus-Spektrum-Störung ist während des ganzen Verfahrens aufgrund langer Wartezeiten hängig.

Der Arbeitgeber spricht gleich zu Beginn der Anmeldung die Kündigung aus. Zudem stellt die IV einen Umschulungsanspruch fest. Die Eingliederungsberaterin der IV dokumentiert während des ganzen Falles ihre fachlichen Überlegungen und macht eine Rehabilitationsplanung.

Es kommt immer wieder zu Verzögerungen und Wartezeiten, da sich die Versicherte subjektiv stark belastet fühlt und deshalb wiederholt Ferienanträge stellt, auch zögert sie Entscheide zu Massnahmenstart hinaus.

Insgesamt wird ein 6-monatiges Aufbautraining im ersten Arbeitsmarkt in einem Kleiderladen durchgeführt. Dabei relevante Akteurinnen sind die Hausärztin, die Psychotherapeutin, die Arbeitgeberin, die Job Coach, die IV-Beraterin und die Versicherte selbst. Bevor das Training im ersten Arbeitsmarkt startet, ist von Behandlungsseite her die Hausärztin sehr engagiert, sie schickt der IV medizinische Bericht weiter, die sie einholt und informiert über den gesundheitlichen Verlauf. Ab Start der Massnahme rückt die Psychotherapeutin in den Vordergrund, die an Gesprächen teilnimmt, ansonsten aber wenig involviert ist (Telefonat Therapeutin zu IV: «Die Arbeitsintegration sei nicht vordergründig gewesen in letzter Zeit, da andere Themen [in der Therapie] dringender seien»).

Die Pensumssteigerung verläuft langsam (z.B. erste 3 Monate von 8 auf 14h / Woche Präsenz). Die Eigen- und Fremdwahrnehmung gehen deutlich auseinander, die Versicherte fühlt sich subjektiv stark erschöpft und belastet, gibt sich immer wieder verzweifelt und macht suizidale Äusserungen, wehrt sich gegen Pensumssteigerung und Massnahmen generell, fragt wiederholt für Ferien an. Der Arbeitgeber lobt die Leistung der Versicherten und ist zufrieden mit ihrem Einsatz. Die IV-Beraterin zeigt sich primär optimistisch und bestärkend (Zitat IV Beraterin: «Auch finde ich es wichtig zu würdigen, dass einiges gutläuft [...] Es braucht wohl einfach noch mehr Zeit.»)

Der Job Coach informiert die IV-Beraterin regelmässig über den herausfordernden Verlauf. Dabei bringt sich der Job Coach in einer Weise ein, wo zu jederzeit klar ist, was seine fachliche Meinung ist und wie er zu den anderen Akteurinnen steht. Beispielsweise Mail Job Coach zu IV: «der geplante Termin für einen Betriebsbesuch mit der Klientin und der Arbeitgeberin musste aufgrund von spontanen Ferienplänen der Arbeitgeberin verschoben werden (die beiden Damen passen wirklich gut zueinander)».

Der erste Round Table findet während der laufenden Massnahme zwischen der Versicherten, der Psychotherapeutin, Job Coach und der IV-Beraterin statt. Es kommt während und nach dem Round Table zu Konflikten, die nachfolgend mit Zitaten illustriert werden:

Job Coach zu IV über Therapeutin: «Im STAO war ich von den Inhalten und Ansätzen, die Frau Therapeutin eingebracht hat, sehr überrascht und derart perplex, dass ich mich leider nicht mehr besonders konstruktiv an der Lösungsfindung beteiligen konnte.»

Danach entscheiden IV und Job Coach, dass sie einen Abbruch der Massnahme als sinnvoll empfinden, was am Round Table nicht besprochen wurde. Das wird inhaltlich nachvollziehbar im Dossier aufgrund des Verhaltens der Versicherten (mangelnde Mitwirkung), aber überraschend, weil im Nachhinein besprochen. Die IV gelangt mit diesem Anliegen an die Therapeutin, diese reagiert: u.a.: «Das finde ich nicht korrekt. Ich bin nun als Therapeutin 'Geheimnisträgerin' (des Massnahmenabbruchs) geworden. Die Klientin braucht maximale Klarheit und Sicherheit. Ich frage mich, ob ein IV-Bericht meinerseits überhaupt sinnvoll ist, da das Vorgehen ja bereits bestimmt ist. Schade, dass meine Einschätzung weniger Gewicht hat als diejenige des Job Coach», später: «Aber diese Einschätzung deckt sich nicht mit meiner.»

Die Therapeutin war zu Beginn eher desinteressiert (siehe oben, Arbeit nicht wichtig in Therapie), versucht sich nun, als es nicht nach ihrem Sinne läuft, aber zu vernetzen: «Hier würde ich mir wünschen, dass wir uns noch einmal gemeinsam austauschen können. Ich finde es aus meiner Sicht nicht hilfreich, wenn vereinbarte weitere Schritte nachträglich ohne Anwesenheit der anderen geändert und über Bord geworfen werden! Wenn ich Sie richtig verstanden habe, ist das Fernziel eine berufliche Eingliederung von der Klientin. Die dafür notwendigen Schritte wurden gemeinsam besprochen und ich finde es nur mehr als richtig und wichtig, dass wir diese weiter gehen. Die Klientin ist erst! seit Mitte August im Training. [...] Wir haben uns darauf geeinigt, dass sie weiter an diesem Einsatzort bleibt. Auch Sie haben dies so bestätigt in dem Stao²⁶. Ich finde es wirklich nicht hilfreich, wenn Sie dieses vereinbarte Vorgehen nun über den Haufen werfen. Sollten Sie dennoch in Erwägung ziehen, die beruflichen Massnahmen mit der Klientin vorzeitig zu beenden, bin ich froh, Sie kommunizieren ihr dies in einem persönlichen Gespräch. Das Risiko einer psychischen Dekompensation (inkl. erhöhter Suizidalität aufgrund des Scheiterns und des Gefühls versagt zu haben) scheint erhöht zu sein. Dafür möchte ich keine Verantwortung übernehmen, da ich Ihr Vorgehen, welches Sie mit dem Job Coach rückbesprochen haben, überhaupt nicht teile! Mir ist es ganz wichtig dies hier so zu deponieren.»

Die Massnahme wird vorerst noch zu Ende gebracht (nur noch wenige Wochen bis zum Abschluss). In einem zweiten Round Table zu Ende der Massnahme mit allen Akteurinnen (Versicherte, IV-Beraterin, Psychotherapeutin und Arbeitgeberin) werden vertiefte Abklärungen (medizinisch und arbeitsrehabilitativ) vereinbart; auch eine Folge einer gewissen Ratlosigkeit, weil eine Steigerung nicht klappt. Die Therapeutin bringt sich nicht mehr ein in den Round Table, die Stimmung scheint «zwischen den Zeilen» angespannt und die Eingliederung wird vorerst abgebrochen (wie es sich bereits nach dem ersten Round Table abzeichnete) zugunsten von vertieften Abklärungen.

Kommentar:

In diesem Fall ist der Akteur Arbeitgeber eher etwas im Hintergrund, dafür die Behandlungsseite recht präsent. Positiv hervorzuheben ist, dass Kontakt stattfindet zwischen allen, beispielsweise durch Round Tables, Telefonate und Mailverkehr. Die IV macht eigene fachliche Überlegungen

²⁶ Standortgespräch

und übernimmt damit ihre Rolle als Eingliederungsexpertin. Eindrücklich ist, dass die IV sich diese Fachmeinung zu einem grossen Teil aus den Einschätzungen des Job Coach bildet. Dieser gibt regelmässig Updates, die Updates erhalten auch Wertungen über die Versicherte und die anderen Akteurinnen. Das kann man einerseits als adäquat ansehen: ein Job Coach ist eine Fachperson und soll sich auch fachlich einbringen. Andererseits hat die Coach damit einen grossen Einfluss, wie sich auch hier zeigt: sie ist das ausschlaggebende Element für einen einsamen Entscheid, da er den Massnahmenabbruch initiiert. Das ist ein Hinweis darauf, dass die Beziehung zwischen Job Coach und den anderen Akteurinnen und Akteuren zentral ist. Sind diese in einer guten Beziehung, kann das Kooperationsförderlich sein. Kommt es zu Konflikten oder Meinungsverschiedenheiten, birgt diese stellvertretende Kooperation eine gewisse Gefahr. In diesem Fall bringt sich die Behandlerin zu Beginn wenig ein und äussert auch deutlich, dass sie selber in der Therapie nicht an Eingliederungsthemen arbeitet. Das ist ein Hinweis darauf, dass die (deutlichen) Probleme im Arbeitstraining (z.B. Eigen- und Fremdwahrnehmung der Klientin und des Betriebs gehen auseinander, Job Coach empfindet die Zusammenarbeit mit der Klientin als herausfordernd) zu wenig besprochen werden. Es handelt sich um ein ungenügendes gemeinsames Problemverständnis der Kooperationspartnerinnen. Hingegen das Eingliederungsverständnis ist gegeben: alle engagieren sich für die Rehabilitation, sind im Kontakt und grundsätzlich an einem Aufbau interessiert. Dass es zuletzt zum Abbruch kommt, ist ein Hinweis darauf, dass der Teufel im Detail liegt: Das Problem und auch die Eingliederungsstrategie werden auf einem abstrakten Niveau besprochen (Eingliederung ist gut, Pensumsaufbau ist gut, langsam ist wichtig). Auf einem detaillierteren Niveau gehen die Meinungen auseinander: die Behandlerin geht von einem günstigen Verlauf aus, die Job Coach ist bereits sehr frustriert und die IV zieht die Notbremse. Der Arbeitgeber hat wenig Leidensdruck, er ist zufrieden mit der Leistung. Obwohl Kooperationsbezogen sehr viel gut läuft, kommt es zu Konflikten. Das zeigt die Chancen aber auch die Risiken einer stellvertretenden Kooperation, bei der ein oder eine Job Coach eine zentrale Rolle einnimmt. Insbesondere beim vorliegenden, komplexen Störungsbild einer Persönlichkeitsstörung sind zwischenmenschliche Irritationen nachvollziehbar, nicht nur am Arbeitsplatz, sondern auch unter den Akteurinnen und Akteuren.

5.6 Zusammenfassung und Fazit

Ziel des Forschungsauftrags ist es, die Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen, Behandelnden und Arbeitgebern bei der beruflichen Eingliederung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen besser zu verstehen. Im Rahmen der Dossieranalyse wurden die konkreten Zusammenarbeitsformen und die Dimensionen der Zusammenarbeit, sowie Rollenverständnis und Haltungen der Hauptakteurinnen bzw. -akteure analysiert.

5.6.1 Erfolgreiche Verläufe und Kooperation auch dank funktionaler Stichprobe

Insgesamt zeigen sich erfreuliche Kooperationswerte und in der grossen Mehrheit der 56 vertieft analysierten Dossiers weisen die untersuchten Indikatoren auf ein gemeinsames Fallverständnis hin: Mit Ausnahme von einem Fall herrschte in allen 56 vertieft untersuchten Dossiers zumindest teilweise ein gemeinsames Problemverständnis, in zwei Dritteln davon handelt es sich um ein umfassendes gemeinsames Problemverständnis. In drei Viertel der Dossiers arbeiteten alle

Akteurinnen und Akteure auf dasselbe Ziel hin, in einem weiteren Fünftel der Fälle immerhin die meisten. In zwei Dritteln der Fälle ist ein gemeinsames Ziel stabil über den gesamten Fallverlauf ersichtlich. Der Eingliederungsplan wird in 9 von 10 Fällen von den Akteurinnen und Akteuren mitgetragen, wenn auch in einem knappen Drittel der Fälle mit Bedenken. In zwei Dritteln der Fälle wurden alle wichtigen Entscheide in Absprache mit den anderen Akteurinnen und Akteuren getroffen. Eine weitere, wichtige Komponente, die die Zusammenarbeit prägt, ist die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person. Sie bildet die Grundlage der durchzuführenden Massnahmen. Darüber besteht unter den Hauptakteurinnen bzw. -akteuren in 3 von 4 Fällen Einigkeit.

Die Kooperationsdynamik war in gut zwei Dritteln der Fälle durchwegs positiv. Das heisst, es ist von Anmeldung bis Fallabschluss eine unverändert gute Kooperation mit Textpassagen belegt. Die Eingliederungsziele wurden in rund der Hälfte der vertieft untersuchten Fälle vollumfänglich erreicht, in einem weiteren Viertel teilweise. Die Intensität der Kooperation erscheint der Fallkomplexität in der Hälfte der Fälle als angemessen. In einem Fünftel der Fälle wirkt die Kooperation als eher zu gering.

Über all diese Variablen zur Beurteilung der Kooperation hinweg zeigt sich somit meist ein Anteil von zwei Dritteln bis drei Vierteln mit hohen Werten einer funktionalen Kooperation. Dieser erfreuliche Befund ist jedoch angesichts der analysierten Stichprobe an Dossiers zu relativieren: Für die vorliegende Dossieranalyse wurden Fälle ausgewählt, bei denen mindestens eine Massnahme im ersten Arbeitsmarkt stattgefunden hat. Das ist eine Vorselektion im Vergleich zu allen Dossiers bei der IV, die sich in der Eingliederung befinden. Dass eine Massnahme im ersten Arbeitsmarkt möglich ist, zeugt von einer eher «funktionalen» Stichprobe von Versicherten und auch von einem Mindestmass an Kooperationsbereitschaft, das nicht in allen Verfahren vorliegen muss. Es ist daher von einem gewissen Selektionseffekt von eher guten Verläufen auszugehen. Dafür spricht auch, dass lediglich in 17% der Fälle eine F6-Diagnose vergeben wurde. Persönlichkeitsstörungen gehen oft mit Arbeitsproblemen einher. Der Anteil an Persönlichkeitsstörungen bei IV-Rentnerinnen und -Rentnern und IV-Massnahmenempfängerinnen und -empfängern war in vergangenen Untersuchungen deutlich höher (Baer et al. 2009). Der geringe Anteil an F6-Diagnosen kann ein Indiz für eine selektive, funktionale Untergruppe von IV-Massnahmenempfängern sein. Wir verweisen im Übrigen auf die weiteren Limitationen der Dossieranalyse in Abschnitt 5.1.4

5.6.2 Förderliche Faktoren für die Zusammenarbeit

Die Analyse zeigt verschiedene Arten von grundsätzlich kooperationsfördernden Faktoren: das Ausnutzen der vorgesehenen Instrumente der Zusammenarbeit, eine aktive Kommunikation zwischen den Akteurinnen und Akteuren, ein gemeinsames Problem- und Lösungsverständnis und eine proaktive Haltung der IV-Eingliederungsfachperson.

Ausnutzen der vorgesehenen Instrumente

Es zeigt sich, dass eine Kooperation zwischen IV, Behandlungspersonen und Arbeitgebern systematisch in den meisten Fällen stattfindet. Formelle Kommunikation wird zuverlässig bespielt:

Arbeitgeberfragebögen und IV-Behandlungsberichte liegen standardmässig in den Dossiers vor. Round Tables als etabliertes Vernetzungsinstrument finden in der Mehrheit der Fälle statt, in der Regel auch mehrmals im Fallverlauf. Dabei sprechen sich die Akteurinnen und Akteure auf verbindliche Weise ab: eine Zielvereinbarung über Eingliederungsmassnahmen liegt grossmehrheitlich vor.

Aktive Kommunikation zwischen den Akteurinnen und Akteuren

Verläuft die Kooperation gut, zeigt sich das ganz praktisch daran, dass ein intensiverer direkter Austausch stattfindet (und sich deshalb in den Dossiers auch mehr Textzitate der involvierten Akteurinnen und Akteure finden lassen) und dass dabei ein freundlicher Umgangston gewählt wird (Bedanken, Entschuldigen, Nettigkeiten austauschen). Aber auch darüber hinaus kommt es zu kooperationsförderlichem Verhalten, beispielsweise proaktive Kommunikation oder Rückfragen an andere Akteurinnen und Akteure, bevor Entscheidungen getroffen werden; ungefragtes Teilen von Berichten oder sonstigen Informationen als Beispiele. Der Prototyp der «abgestimmten Kooperation» illustriert einen solchen idealtypischen Kooperationsverlauf, wie er in den Dossiers anzutreffen ist. Dabei sind alle Akteurinnen und Akteure präsent, für die anderen Ansprechpersonen erreichbar und zeigen eine offene, an Austausch interessierte Kooperationshaltung.

Gemeinsames Problem- und Eingliederungsverständnis

Ein gemeinsames Eingliederungsverständnis der Hauptakteurinnen und -akteure geht in der Regel mit einem gemeinsamen Problem- und Zielverständnis einher. Das heisst, wenn alle Akteure übereinstimmend davon ausgehen, dass Eingliederung auch parallel zu Gesundung erfolgen kann (also bei identischem Eingliederungsverständnis), haben sie häufig auch ein gemeinsames Problemverständnis (z.B. das Hauptproblem ist die Durchhaltefähigkeit der Klientin, die trainiert werden muss). Wiederum gehäuft entwickeln sie dann auch gemeinsame Vorstellungen hinsichtlich der Eingliederungsziele (z.B. das Pensum soll gesteigert und der Arbeitsplatz erhalten werden). Diese Zusammenhänge konnten nachgewiesen werden, aber es lassen sich keine kausalen Schlüsse ziehen. In solchen Konstellationen, wo man sich über Probleme, Vorgehen und Ziele einig ist, kommt es kaum zu unabgesprochenen Entscheiden. Man ist sich unter den Akteurinnen und Akteuren auch eher einig über die Arbeitsfähigkeit: diese Einigkeit ist eine wichtige Grundlage für eine kooperative Eingliederungsstrategie. Letztendlich ist in solchen Fällen auch der Eingliederungserfolg höher – zumindest zeigt sich dies in den hier vertieft untersuchten Dossiers. Einschränkend ist dennoch festzuhalten, dass ein – oberflächlich – gemeinsames Eingliederungsverständnis nicht a priori bedeutet, dass die Situationsanalyse zutrifft und die Eingliederungsplanung sinnvoll ist. Es zeigen sich nicht wenige Beispiele, wo man sich nur einig ist, weil beispielsweise die IV-Eingliederungsfachperson oder andere Akteurinnen oder Akteure ihre Bedenken nicht äussern oder weil man sich wegen allseitiger Unsicherheit auf ein übermässig langsames und vermeidendes Vorgehen einigt – beispielhaft dafür ist der beschriebene Prototyp zur bilateralen Zusammenarbeit.

Proaktive Haltung der IV-Eingliederungsfachperson

Eine proaktive und integrative Haltung der IV fördert nicht nur den gegenseitigen und konstruktiven Austausch der Beteiligten, sondern verhindert, dass einzelne Akteurinnen bzw. Akteure das Vorgehen allein bestimmen. Ein proaktives Handeln bringt eine klarere Linie in die Eingliederung und gibt allen Beteiligten mehr Orientierung und Sicherheit (vgl. in der Synthese im Kapitel 8 zur Bedeutung des fachlichen Leads durch die IV).

5.6.3 Hinderliche Faktoren für die Zusammenarbeit

Zu den hinderlichen Faktoren gehören die fehlende persönliche Einbindung der Behandlungspersonen, einsame Entscheide der Akteurinnen bzw. Akteure, die Überschätzung der eigenen Beurteilung und Unterschätzung der Expertise aller Anderen, der fehlende fachliche Lead der IV im Eingliederungsprozess und ein unkritisches Abstützen auf die Einschätzung von Job Coaches.

Fehlende Einbindung der Behandlungspersonen

Deutlich häufiger kommt es zwar zu guten bilateralen Kooperationsansätzen, typischerweise zwischen der IV und den Arbeitgebern. Die Behandlungsseite ist hingegen systematisch weniger präsent im Fallverlauf als andere Akteurinnen und Akteure. In über der Hälfte der Fälle weiss die Behandlungsperson nicht über den Verlauf und wichtige Entscheide Bescheid. An Round Tables ist sie selten dabei, in weniger als 1/3 der Fälle. Entsprechend fliesst auch deren Perspektive selten in die Zielvereinbarung mit ein (in nahezu der Hälfte aller Fälle während des gesamten Verlaufs gar nie). Ein direkter persönlicher Kontakt zwischen IV und Behandlungspersonen ist die Ausnahme, die primäre Quelle des Austauschs ist das Berichtswesen. Dort werden zwar meist zuverlässig und umfassend Informationen über den Gesundheitszustand, Diagnosen und Symptome übermittelt. Angaben zu Arbeitsplatzanpassungen, Funktionseinschränkungen am Arbeitsplatz oder generellen eingliederungsbezogenen Empfehlungen fehlen weitestgehend oder sind sehr rudimentär (z.B. «langsamer Einstieg»). Dass die Behandlungspersonen während der Eingliederung wenig in Kooperation mit der IV und den Arbeitgebern stehen, hat Folgen. Die deutlich häufigsten unabgesprochenen (einsamen) Entscheide, sind Krankschreibungen. Versicherte Personen werden durch eine unabgesprochene Krankschreibung aus dem Arbeitsprozess genommen. Es ist nicht so, dass Behandlungspersonen sich weigern, mit den anderen Akteurinnen bzw. Akteuren zusammenzuarbeiten: meistens wird es gar nicht versucht, sie einzubinden. Es sind demnach auch fast nie Einladungen (per Brief, E-Mail oder Telefon) an Behandlungspersonen dokumentiert, an einem Round Table teilzunehmen.

Einsame Entscheide durch Behandlungspersonen

Ärztinnen und Ärzte sind zuständig für die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit. Solange sie nicht in eine Kooperation eingebunden sind (vgl. Abschnitt oben), nehmen sie diese aufgrund der ihnen verfügbaren Informationen vor, das heisst aufgrund der Berichte der

Patientinnen und Patienten. Diese Informationsgrundlage ist oft ungenügend für eine fundierte Situationsbeurteilung.

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer Eingliederung sollte gemeinsam mit allen Akteurinnen und Akteuren vorgenommen werden, ansonsten ist es keine wirkliche Kooperation. In der beruflichen Eingliederung braucht es die Berücksichtigung der unterschiedlichen Expertisen – es ist keine Gutachtenssituation, sondern eine bestmögliche Einigung auf ein gemeinsames Vorgehen. Der Arbeitgeber hat die Expertise in Bezug auf die Arbeitssituation, das beobachtete Verhalten und die Leistung der Arbeitnehmenden sowie auf die Umsetzbarkeit von möglichen Massnahmen. Und die IV hat die Expertise in Sachen Eingliederungsplanung. Beide Perspektiven stellen eine wichtige und gleichwertige Ergänzung zur medizinischen Einschätzung dar, wenn es um die Zumutbarkeit einer Tätigkeit oder um das Eingliederungsprozedere geht. Insofern ist es schwierig, wenn eine Akteurin bzw. ein Akteur allein wichtige Entscheidungen trifft oder umgekehrt, wenn mit den Behandelnden ein zentraler Partner kaum je an den Round Tables und Standortgesprächen anwesend ist – und oft gar nicht erst eingeladen wird.

Durch den fehlenden Austausch kommt es zu Alleingängen, Frustrationspotenzial bei den anderen Akteurinnen und Akteuren und allenfalls zu einer Gefährdung einer Arbeitsstelle. Behandlung und Eingliederung wirken in solchen Fällen eher als «Parallelwelten». Hier kann davon ausgegangen werden, dass viel Potenzial in der Vernetzung mit den Behandlungspersonen liegt. Diejenigen Behandlungspersonen, die eingebunden und in den Dossiers spürbar sind, haben nämlich mehrheitlich eine offene und kooperationsförderliche Haltung und sind an Austausch interessiert. Im Prototyp der bilateralen Zusammenarbeit zeigt sich eindrücklich, dass Problem- und Eingliederungsverständnis nicht geklärt sind. In diesem komplexen Beispiel mit einer zugrundeliegenden Erkrankung, welche die Spaltung im Helfersystem fördert, wäre ein intensiver, direkter und regelmässiger Austausch besonders wichtig. Es ist daher davon auszugehen, dass es zwei Gruppen gibt: eine deutlich grössere Gruppe von Behandlungspersonen, die zwar zuverlässig Berichte an die IV schicken und das psychische Problem erörtern, aber wenig oder gar nicht involviert sind in arbeitsrehabilitative Prozesse. Und eine zweite, deutlich kleinere Gruppe von Behandlungspersonen wird in den Dossiers sichtbar, die sich proaktiv für Arbeitsintegration interessieren und engagieren. Zu dieser kleineren Gruppe sind in den Dossiers auch Hinweise und Textpassagen dokumentiert und oben dargestellt. Dies darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass normalerweise die Behandlungspersonen von den IV-Stellen bei der Eingliederungsplanung aussenvorgelassen werden.

Fehlender fachlicher Lead der IV-Eingliederungsfachpersonen

Insgesamt zeigen sich Arbeitgeber als engagierte, informierte Akteurinnen bzw. Akteure, es besteht jedoch auch Luft nach oben bezüglich Zusammenarbeit. Die IV steht allerdings auch mit dem Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin selten in Direktkontakt ausserhalb des Round Tables. Ein Austausch findet entweder nicht statt oder wird an einen, resp. eine Job Coach delegiert. Teils kommt es daher zu Alleingängen und die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber handelt ohne Absprache: in 1/3 der Fälle, wo es zu einsamen Entscheiden kam, vollzog die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber eine im Eingliederungssystem unabgesprochene Kündigung.

Dabei spielt wohl die Haltung der Arbeitgeber eine wichtige Rolle. In der textlichen Analyse wird deutlich, dass Arbeitgeber die Schwere und Dauer der Einschränkungen von ihren Mitarbeitenden unterschätzen. Sie sind zu Beginn (übermässig) zuversichtlich und äussern viel Verständnis und Sorge. Geht es langsam voran oder kommt es zu Problemen im Verlauf, kann Frust aufkommen, ein Risikofaktor für die Zusammenarbeit und das Gelingen der Eingliederung. Lösungsideen von Arbeitgebern wirken dabei oft unspezifisch: sie sprechen sich für einfache Aufgaben oder wenig Druck aus. Hier wäre es wichtig, dass sich die Arbeitgeber von Beginn weg mit ihren betrieblichen Bedürfnissen einbringen, ihre zu erwartenden Unsicherheiten klar deklarieren und fachliche Unterstützung durch die IV anfordern.

Dabei stimmen sie oft mit der Haltung der Behandelnden (falls bekannt) überein. Die Absprache auf diesem rudimentären Niveau (wenig Druck, langsame Steigerung, kognitiv einfache Tätigkeiten etc.) scheint aber ungenügend für eine gelingende Kooperation. Da Arbeitgeber selten direkt Hilfe bei der IV einfordern wäre es umso wichtiger, dass die IV den fachlichen Lead übernimmt und die Kooperationspartnerinnen und -partner aktiv abholt. Das passiert jedoch selten: lediglich in 1/3 der Fälle sind fachliche Überlegungen der Eingliederungsfachpersonen dokumentiert. Wenn überhaupt sind die Überlegungen überwiegend rudimentär (z.B. Pensumssteigerung von 20 – 50% innert 3 Monaten). Zu erwähnen wäre z.B. auch inhaltliche Themen, an denen gearbeitet werden müsste (Beispiel: Strategien erarbeiten im Umgang mit Frust; Strategien erarbeiten in Bezug auf die Aufrechterhaltung von Abstinenz von Substanzen im Berufsalltag; Arbeitsplatzanpassungen zur Reizabschirmung prüfen etc.). Und schliesslich wäre es wichtig, dass Arbeitgeber durch den fachlichen Lead der IV entlastet werden: Während die Eingliederungsziele durch die betreffenden Hauptakteurinnen und -akteure (versicherte Person, Arbeitgeber) definiert werden, sollte die Planung der Eingliederungsschritte und -massnahmen rollenbedingt letztlich durch die IV-Fachperson erfolgen, in Abstimmung mit den anderen Akteurinnen und Akteuren.

Unkritische Delegation des Leads an Job Coaches

Dieser fachliche Lead wird oft an externe Job Coaches delegiert. In den Daten wird ersichtlich, dass mehr einsame Entscheide getroffen werden, wenn ein, resp. eine Job Coach involviert ist. Das wirkt im ersten Moment paradox, da Job Coaches potenziell zur Kooperation der Hauptakteure beitragen könnten. Job Coaches sind oftmals aber genau das, was der Name impliziert: sie coachen arbeitsbezogen und stehen mit dem Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin im Austausch. Aber mit den Behandlungspersonen stimmen sie sich eher selten ab.

Der Prototyp «stellvertretende Zusammenarbeit» illustriert dies eindrücklich: die IV macht sich zwar eigene fachliche Überlegungen, stützt diese aber stark auf Informationen des Job Coaches. Haltungen und Rückmeldungen der anderen Hauptakteurinnen und -akteure werden teilweise gefärbt durch den Job Coach vermittelt und der Anstoss für einen einsamen Entscheid wird schlussendlich auch vom Job Coach gegeben in diesem prototypischen Verlauf.

Coaches sind zentrale Bindeglieder zwischen den Hauptakteurinnen und -akteuren, die Informationen weitertragen und Akteurinnen und Akteure zeitversetzt informieren. Dies zeigte sich

einerseits eindrücklich in der Analyse der Dossiers: Viele Textpassagen sind Abschriften von Job Coaches, welche die IV-Fachpersonen über Haltungen, Wünsche, Möglichkeiten oder Verläufe bei Arbeitgebern informieren. Somit ist die IV im Bild, jedoch oft nicht aus erster Hand/aus Direktkontakt und fast nie über die Sicht der Behandlungspersonen.

6 Erkenntnisse aus den Workshops

In diesem Kapitel werden die Erkenntnisse aus den Workshops in fünf Kantonen zusammengefasst. Die Workshops dienten dazu, die Sichten und Erfahrungen der IV-Mitarbeitenden, der Arbeitgeber und der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zur Zusammenarbeit zu erheben. Die Teilnehmenden diskutierten zunächst in Form von interdisziplinären Gruppengesprächen folgende Themenbereiche: Grobe Einschätzung zum Gelingen der Zusammenarbeit und eines gemeinsamen Fallverständnisses sowie Herausforderungen, die sich bei der Zusammenarbeit mit den anderen Partnern ergeben. Im zweiten Teil wurden einzelne Aspekte vertieft, so erstens der in der Dossieranalyse festgestellte geringe Einbezug der Behandelnden, zweitens der Einsatz von Round Tables und drittens jene Neuerungen der Weiterentwicklung der IV, welche die Zusammenarbeit im Eingliederungsverfahren direkt betreffen.

6.1 Vorgehen

Die Workshops wurden in den gleichen Kantonen durchgeführt, in denen auch die Dossieranalyse stattfand. Angestrebt wurde, dass in allen Workshops je 4 bis 5 Personen aus den nachfolgend beschriebenen Kreisen teilnehmen konnten, was abgesehen von vereinzelten kurzfristigen Absagen auch realisiert werden konnte.:

- Mitarbeitende der IV-Stellen aus dem Eingliederungsbereich (Total 18 Personen) und Ärztinnen und Ärzte des jeweils zugeordneten RAD (7 Personen).
- Vertreterinnen und Vertreter von Arbeitgebern (24 Personen): Die Teilnehmenden arbeiten in unterschiedlichen Branchen (Industrie, Dienstleistungen, Verwaltung), Betrieben unterschiedlicher Grösse von KMU bis Grosskonzernen und in teils unterschiedlicher Funktion (Geschäftsführung, Human Resources allgemein, Case Management im Bereich Gesundheitsmanagement)
- Behandelnde Ärztinnen und Ärzte (22 Personen): Es handelte sich überwiegend um Psychiaterinnen und Psychiater, die zumeist in eigener Praxis, teils auch in kantonalen Institutionen im ambulanten Sektor tätig sind. Vereinzelt nahmen auch Psychologinnen und Psychologen teil. Hausärzten stand die Teilnahme offen, doch es nahmen keine teil.

Insgesamt nahmen 71 Personen teil, pro Workshop zwischen 12 und 16. Zur Rekrutierung wurden die IV-Stellen gebeten, in der Zusammenarbeit erfahrene eigene Mitarbeitende und RAD zu bestimmen. Sie wurden auch gebeten, mit dem Thema erfahrene Personen aus der Arbeitgeberschaft sowie der Ärzteschaft selbst anzufragen oder den Forschenden die Kontaktangaben zur Verfügung zu stellen. Mit diesem Rekrutierungsweg wurde in Kauf genommen, dass die Teilnehmenden am Workshop nicht repräsentativ sind. Unabhängig davon erfordert die Teilnahme an einem Workshop vor Ort ein überdurchschnittliches Interesse am Thema. Das Wissen über die Eingliederung in der IV und auch die grundsätzliche Offenheit gegenüber der IV dürfte bei den Teilnehmenden somit grösser sein als im Durchschnitt der Behandelnden und Arbeitgeber. Dies ergab sich auch aus den Schilderungen der Teilnehmenden über die Zusammenarbeit mit anderen Personen.

Die Workshops dauerten drei Stunden und wurden vor Ort in der jeweiligen IV-Stelle durchgeführt. Die Teilnehmenden wurden mit Ausnahme der Schlussdiskussion jeweils in interdisziplinäre Gruppen aufgeteilt und behandelten dort unterschiedliche Themen unter der Moderation eines Mitglieds auf dem Forschungsteam.

6.2 Gemeinsames Fallverständnis und Herausforderungen

Im ersten Teil der Workshops konnten die Teilnehmenden ihre Erfahrungen zu den drei Beziehungsparen, Behandelnde und IV-Stelle, Arbeitgeber und IV-Stelle sowie Behandelnde und Arbeitgeber teilen. Die Teilnehmenden wurden entsprechend in drei interdisziplinäre Gruppen aufgeteilt, damit die Beziehung so gemeinsam besprochen werden konnte. Sie wurden erstens um ihre Einschätzung zur Zusammenarbeit im Allgemeinen und zum Gelingen eines gemeinsamen Fallverständnisses (vgl. Begriffsdefinition in Abschnitt 2.2.2) gebeten. Hierzu konnten Sie Einschätzungen von auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 10 (sehr gut) abgeben. Zweitens wurden sie gebeten, die wichtigsten Herausforderungen bei der Zusammenarbeit und dem Herbeiführen eines gemeinsamen Fallverständnisses mit dem jeweiligen Partner zu beschreiben.

6.2.1 Behandelnde und IV-Stelle

Einschätzung der Zusammenarbeit

Insgesamt erleben die Workshopteilnehmenden an den Workshops die Zusammenarbeit zwischen den beiden Partnern überwiegend als recht gut, wobei die Werte in beiden Gruppen recht stark streuten (Behandelnde von 3 bis 9, IV-Mitarbeitende von 5 bis 9). Beide Gruppen bewerteten auch das Gelingen eines gemeinsamen Fallverständnisses im Schnitt ähnlich hoch wie die Zusammenarbeit im Allgemeinen. Bei den Behandelnden resultierten Werte zwischen 4 und 9, bei den IV-Stellen zwischen 5 und 8. Wenn ein persönlicher/direkter Kontakt zustande kommt und/oder man sich schon kennt, dann funktioniert die Zusammenarbeit nach Einschätzung der Teilnehmenden gut. Aber diese Voraussetzung ist oft nicht gegeben.

Herausforderungen und weitere Einflussfaktoren der Zusammenarbeit

Aus den Gruppendiskussionen ergaben sich folgende Hinweise auf Herausforderungen und Faktoren, welche die Zusammenarbeit und das Herbeiführen eines gemeinsamen Fallverständnisses beeinflussen können.

Formen und Instrumente der Zusammenarbeit

- **Ausführliche Standardberichte vs. gezielte An- und Nachfragen:** In Bezug auf die von den IV-Stellen eingeholten Arztberichte merkten mehrere Personen an, dass diese sehr aufwändig seien und die verwendeten Formulare häufig nicht auf den Einzelfall passten. Das Verfassen der Berichte generiere einen erheblichen administrativen Aufwand. In manchen Fällen sei auch nicht klar, warum die IV einen Arztbericht haben wolle, beispielsweise

wenn die versicherte Person bereits bei der regionalen Arbeitsvermittlung der Arbeitslosenversicherung (RAV) angemeldet sei. Es wurde vorgeschlagen, häufiger auf die Standardberichte zu verzichten und stattdessen die im jeweiligen Verfahrensstadium relevanten Informationen zielgerichtet und allenfalls auch im Rahmen eines Telefonats zu erfragen. Die IV-Mitarbeitenden stimmten zu, dass es nicht immer einen ausführlichen Arztbericht brauche, sondern vielfach punktuelle Einschätzungen durch die Behandelnde ausreichend seien (spezifische Arbeitsinstrumente hierfür bestehen, vgl. Kapitel 4.4.2).

- **Mündliche vs. schriftliche Form:** Einigkeit bestand auch, dass eine frühe mündliche Kommunikation zwischen IV und Behandelnden wünschenswert sei. Wie gut das gelingt, hängt auch von der individuellen Passung zwischen IV-Mitarbeitenden und Behandelnden ab. Nicht immer wird im Übrigen die mündliche Form des Informationsaustauschs bevorzugt.

Wissen und Perspektiven der Akteure

- **Wissensstand der Behandelnden über die IV:** Es wurde von beiden Seiten angemerkt, dass die Behandelnden oft auch wenig über die IV-Verfahren im Allgemeinen und die möglichen Massnahmen wissen. Als Beispiele wurden im Ausland ansässige Behandelnde oder junge und oder wenig erfahrene Behandelnde (z.B. Assistenzärzte oder -ärztinnen) genannt. Die mangelnden Kenntnisse können dazu führen, dass seitens der Behandelnden unrealistische Erwartungen in Bezug auf die Möglichkeiten der IV bestehen oder wenig Verständnis für abweichende Perspektiven seitens der IV (versicherungsmedizinische Sicht) vorhanden sei.
- **Kurative Medizin vs. Versicherungsmedizin:** Ein weiterer Faktor, der dem gemeinsamen Fallverständnis entgegenstehen kann, besteht in den unterschiedlichen Auffassungen seitens kurativer Medizin einerseits und Versicherungsmedizin andererseits, was die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit angeht.
- **Abwesenheit einer eingliederungsorientierten Haltung:** Nach Einschätzung der IV-Mitarbeitenden funktioniert die Zusammenarbeit mit jenen behandelnden Ärzten gut, die mit den Möglichkeiten der IV vertraut sind und Arbeit als Teil der Therapie verstehen. Fehlt dieses Bewusstsein, laufen therapeutische Behandlung und berufliche Eingliederung unabgestimmt nebeneinanderher.

Rollenverständnis und Verständnis der Zusammenarbeit

- **Information der Behandelnden durch die IV-Stelle:** In Bezug auf die Informationslage bemängelten Behandelnde erstens, es komme vor, dass man auf Mails oder Berichte keine Rückmeldung seitens der IV erhalte. Zweitens wünschen sich die Behandelnden einen stärkeren Einbezug in das Verfahren. Behandelnde monierten, dass sie die Kommunikation teils als Einbahnstrasse empfinden: Sie liefern der IV-Stelle Informationen, erfahren aber umgekehrt wenig über das IV-Verfahren, seinen Stand und die geplanten weiteren Schritte. Dies trage dazu bei, dass die Behandelnden zum Teil unsicher seien, wie und für welche

Zwecke ihre Berichte bei der IV verwendet werden. Derzeit seien sie oftmals auf die Informationsweitergabe durch die versicherte Person angewiesen, dabei bestehe die Gefahr, dass Wichtiges nicht oder nicht korrekt weitergegeben werden und es so zu Missverständnissen komme. Die beteiligten IV-Mitarbeitenden gaben an, zu versuchen, den Informationsfluss zu den Behandelnden sicherzustellen (z.B. Zustellen von Protokollen von Round Tables). Da die telefonische Erreichbarkeit auf beiden Seiten oft schwierig sei, werden dafür auch E-Mails eingesetzt.

- **Informationsverhalten der Behandelnden:** Nach Aussagen seitens der IV-Stellen kommt es bisweilen vor, dass die Behandelnden vorsichtig mit den Informationen sind, die sie über ihre Patienten, resp. Patientinnen preisgeben, um diesen nicht zu schaden.

6.2.2 Arbeitgeber und IV-Stelle

Einschätzung der Zusammenarbeit

Die **Bewertungen der Zusammenarbeit im Allgemeinen** bewegten sich durchgängig in der oberen Hälfte der Skala bei den Arbeitgebern und streuten zwischen 7 und 10, bei den IV-Mitarbeitenden zwischen 6 und 8.5. In der Regel haben die Arbeitgeber die Zusammenarbeit im Allgemeinen etwas höher bewertet als die IV-Mitarbeitenden. Die Bewertungen zur Frage, ob ein **gemeinsames Fallverständnis** gelinge, streuten bei den Arbeitgebern von 5 bis 9, bei den IV-Mitarbeitenden von 5 bis 8. Beide Seiten erklärten die höhere Bewertung durch die Arbeitgeber damit, dass die am Workshop anwesenden Arbeitgeber-Vertreterinnen und -vertreter solche seien, die grundsätzlich ein Interesse an der Zusammenarbeit mit der IV haben und bereits auf positive Erfahrungen zurückblicken können. Die tieferen Bewertungen durch die IV-Mitarbeitenden resultieren daraus, dass sie mit Arbeitgebern sehr unterschiedliche Erfahrungen machen. Manche seien interessiert und kooperativ, andere verbänden die IV nur mit Rente und hätten kein Interesse an Eingliederung. Aus Sicht der IV-Mitarbeitenden hängt das Interesse der Arbeitgeber auch von der Qualifikation der betroffenen versicherten Personen ab. Auch die Arbeitgeber haben zum Teil unterschiedliche Erfahrungen mit der IV gemacht, je nach IV-Stelle oder nach zuständiger Person innerhalb der IV-Stelle. Zudem hänge das gemeinsame Fallverständnis vom Verhalten der versicherten Person ab: Wieviel gibt sie gegenüber den anderen Beteiligten in Bezug auf die gesundheitliche Situation, aber allenfalls auch über familiäre oder finanzielle Probleme preis?

Herausforderungen der Zusammenarbeit

Aus den Gruppendiskussionen ergaben sich folgende Hinweise auf Herausforderungen und Faktoren, welche die Zusammenarbeit und das Herbeiführen eines gemeinsamen Fallverständnisses beeinflussen können.

Wissen und Perspektiven

- **Image der IV als Rentenversicherung:** Beide Akteursgruppen waren der Ansicht, dass die IV (immer noch) vor allem für ihre Rentenleistungen bekannt sei. Dass die IV auch Früherkennungs- und Eingliederungsmassnahmen umsetze, sei deutlich weniger bekannt. Dies könne einem gemeinsamen Fallverständnis im Wege stehen, beispielsweise weil die Arbeitgeber nach einer IV-Anmeldung eines ihrer Mitarbeitenden das Gefühl haben, sie bräuchten sich nicht mehr um die Person zu kümmern, weil sie früher oder später eine IV-Rente erhalten werde. Die Arbeitgeber wünschten sich eine bessere Vermarktung der Leistungen der IV in Bezug auf die Unterstützung der Arbeitgeber. IV-Mitarbeitende wiesen hier auf bereits bestehende Informationen (Erklärvideos, Informationsmaterial, Arbeitgeber-Anlässe) hin.
- **Konflikt am Arbeitsplatz:** IV-Mitarbeitende berichten, es sei schwierig, zu einer guten Zusammenarbeit und einem gemeinsamen Fallverständnis zu kommen, wenn zwischen dem Arbeitgeber und der versicherten Person schon länger Schwierigkeiten bestehen, die nichts mit der gesundheitlichen Problematik zu tun haben. Es sei wichtig, die von der IV bearbeitete Problematik und allgemeine betriebliche Schwierigkeiten auseinanderzuhalten.
- **Positiv verzerrte Leistungsbeurteilungen:** Umgekehrt seien die Arbeitgeber teilweise fast zu rücksichtsvoll in den Leistungsbeurteilungen der versicherten Personen. Dies geschehe in guter Absicht, könne aber dazu führen, dass die versicherten Personen bei einem Wechsel des Arbeitgebers die Erwartungen nicht erfüllen können.
- **Unrealistische Erwartung an Prognosen:** Wenig informierte Arbeitgeber wollen genaue Prognosen zur Eingliederung der versicherten Personen. Das Anliegen wurde von den IV-Mitarbeitenden als verständlich beschrieben, weil die Arbeitgeber ihre Abläufe entsprechend organisieren und die Arbeit auf die übrigen Mitarbeitenden verteilen müssen. Für die IV sei es aber schwierig, Prognosen zur Eingliederung abzugeben.

Rollenverständnis und Verständnis der Zusammenarbeit

- **Gegenseitiger Informationsaustausch und Unterstützung für Arbeitgeber:** Im Einzelfall wünschen sich die Workshopteilnehmenden eine bessere Kommunikation zwischen IV und Arbeitgebern in Bezug auf den Verfahrensstand und die Möglichkeiten zur Wiedereingliederung auf beiden Seiten. Es wurde als wichtig erachtet, dass Arbeitgeber begleitet werden und mehr Unterstützung/Vorbereitung erhalten, damit sie wissen, was sie wie tun sollen. Arbeitgeber müssen sich regelmässig betreut fühlen.
- **Keine volle Informationsfreiheit:** Zwischen den Workshopteilnehmenden der beiden Akteure bestand Einigkeit, dass es für beide Seiten ein Problem ist, wenn die IV gegenüber dem Arbeitgeber nicht über die konkreten Einschränkungen der versicherten Person reden darf. Die Arbeitgeber tappen deswegen oft im Dunkeln, wenn sie entscheiden sollen, wie sie die versicherte Person in ihrem Unternehmen einsetzen sollen oder können. Dies kann auch den Behandlungs- bzw. Eingliederungserfolg gefährden, beispielsweise, weil die

versicherte Person unbeabsichtigt für Aufgaben eingesetzt wird, die über ihre aktuellen Möglichkeiten hinausgeht (z.B. Nachtdienst). Jedoch wurde von beiden Akteursgruppen Verständnis dafür geäußert, dass die versicherten Personen ihre Arbeitgeber nicht voll über ihren Gesundheitszustand informieren wollen. Psychische Erkrankungen seien nach wie vor mit einem Stigma behaftet und nicht alle Arbeitgeber seien bereit, Personen mit psychischen Problemen in ihren Unternehmen weiter zu beschäftigen.

- **Wahrgenommene Verbrüderung des anderen Partners mit der versicherten Person:** Beide Seiten gaben Situationen an, in den sie eine Art Verbrüderung des Partners mit der versicherten Person erlebt hätten: In Einzelfällen hätten IV-Mitarbeitende stark Partei für die versicherte Person ergriffen. Umgekehrt haben auch IV-Mitarbeitende die Situation erlebt, dass sich Arbeitgeber und versicherte Person gegen die IV verbündet haben. Solche Situationen stehen aus Sicht der Forschenden für das Scheitern (oder ein zu schwaches oder ausbleibendes) des Bemühens um ein gemeinsames Fallverständnis.
- **Träge Abläufe und zu später oder zu langsamer Informationsfluss:** Arbeitgeber bemängelten zum Teil träge Abläufe bei der IV, während in den Unternehmen oft schnell auf veränderte Situationen mit der versicherten Person reagiert werden müsse. Umgekehrt gaben IV-Mitarbeitende an, die IV-Anmeldung komme teils spät oder es dauere (zu) lange, bis die IV die nötige Informationsbasis habe, um angemessen auf die Situation reagieren zu können.
- **Starrer rechtlicher Rahmen statt Flexibilität:** Bezogen auf einen konkreten Fall wurden zudem als starre wahrgenommene Lösungsmodelle seitens der IV kritisiert. Hintergrund war die zunächst erfolgreiche Eingliederung einer versicherten Person mit anschließender Festanstellung. Nach einem Rückfall mit erneuter Arbeitsunfähigkeit habe das IV-Verfahren von Neuem beginnen müssen, der Arbeitgeber habe den entstandenen Arbeitsausfall finanziell auffangen müssen.

6.2.3 Behandelnde und Arbeitgeber

Einschätzung der Zusammenarbeit und der Häufigkeit von Direktkontakten

Anders als bei den anderen Beziehungsparen wurde beim Verhältnis zwischen Behandelnden und Arbeitgebern in den Workshops abgefragt, **wie häufig** sie in den IV-Verfahren **in direktem Kontakt** stehen. Der Wert 1 stand für «kaum», der Wert 10 für «regelmässig». Gemäss den in den Workshops beteiligten behandelnden Ärztinnen und Ärzten aller fünf Kantone sind die direkten Kontakte selten: Die von ihnen angegebenen Werte streuten zwischen 1 und 3. Bei den Arbeitgebern zeigten sich deutliche Unterschiede. Etwa die Hälfte der Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter berichtete von recht häufigen Kontakten. Die Übrigen gaben an, dass ein direkter Kontakt in der Mehrheit oder (fast) allen Eingliederungsverfahren, in denen sie beteiligt waren, ausblieb (Werte zwischen 1 und 9). Diese grosse Bandbreite spiegelt wiederum die von den Workshopteilnehmenden mehrfach berichtete Heterogenität der Arbeitswelt: Grosse Unternehmen verfügen anders als kleine Betriebe über ausgebaute Personalabteilungen mit Spezialistinnen und Spezialisten für die Eingliederung, welche betriebsintern das Eingliederungsverfahren einer/eines bisherigen

oder neuen Mitarbeitenden begleiten können. Somit bestehen auch grössere fachliche und personelle Ressourcen für Direktkontakte zu Behandelnden und die Zusammenarbeit allgemein als in einem kleineren Betrieb. Auch seitens der Behandelnden ist nach der Erfahrung der Workshopteilnehmenden die Bereitschaft, sich im Eingliederungsnetzwerk zu beteiligen, unterschiedlich gross.

Auch bezüglich der Frage, ob in IV-Verfahren ein **gemeinsames Fallverständnis** herbeigeführt werden kann, gehen die Einschätzungen der beiden Akteure deutlich auseinander. Während die Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter hierzu überwiegend eine klar positive Einschätzung abgaben (Werte von 5 bis 9), vertraten die Behandelnden mit der Ausnahme eines Kantons kritische Sicht (Werte von 1 bis 7). Auch für ein unterschiedlich gutes Gelingen des gemeinsamen Fallverständnisses wurde die Heterogenität der Arbeitgeber als mögliche Erklärung angeführt.

Herausforderungen der Zusammenarbeit

Aus den Gruppendiskussionen ergaben sich folgende Hinweise auf Herausforderungen und Faktoren, welche die Zusammenarbeit und das Herbeiführen eines gemeinsamen Fallverständnisses beeinflussen können.

Formen, Inhalte und Instrumente der Zusammenarbeit

- **Nur indirekter Informationsaustausch vs. direkter Kontakt:** Workshopteilnehmende, die schon über Erfahrungen mit einem direkten gegenseitigen Kontakt verfügten, erlebten diesen als förderlich für ein gemeinsames Fallverständnis, während lediglich indirekte (meist schriftliche) Informationsflüsse Missverständnisse begünstigten. Ebenfalls wurde betont, dass der Einbezug behandelnder Ärztinnen und Ärzte für Arbeitgeber besonders wertvoll sein kann, da sie im Arbeitsalltag eng mit der versicherten Person zusammenarbeiten und gewissermassen als „verlängerter Arm“ der Therapie fungieren. Insbesondere ein offener, durch die IV-Stelle und/oder den, resp. die Job Coach geförderter Austausch, z.B. mit einem Round Table vor Beginn der Eingliederungsmassnahme, wurde als geeignetes Mittel genannt, das gegenseitige Vertrauen und die weitere Kommunikation zu fördern. Wie wichtig ein direkter Kontakt für das gemeinsame Fallverständnis ist, wurde unterschiedlich eingeschätzt. Einige Arbeitgeber und Vertretende von IV-Stellen berichteten, dass es auch im indirekten Austausch über die fallführende Person der IV-Stelle oder einen, resp. eine Job Coach gelingen könne, ein gemeinsames Fallverständnis herbeizuführen. Die Komplexität der Ausgangslage dürfte ein entscheidender Faktor für den Bedarf an direktem Informationsaustausch sein.
- **Offener Dialog im Einverständnis mit der versicherten Person:** Als zentrale Herausforderung für die Zusammenarbeit und das gemeinsame Fallverständnis zwischen Behandelnden und Arbeitgebern schälte sich heraus, dass es nicht immer einfach ist, einen Dialog herbeizuführen, in dem die Ansprüche aller Beteiligten gewahrt bleiben: Einerseits darf der, resp. die Behandelnde das Vertrauen der versicherten Person nicht missbrauchen und nur weitergeben, womit die versicherte Person einverstanden ist. Andererseits benötigt der

Arbeitgeber die nötigen Informationen über die gesundheitliche Situation, um den Arbeitsplatz adäquat anzupassen und den anderen Mitarbeitenden das nötige Verständnis für die beeinträchtigte Leistungsfähigkeit und die besonderen Bedürfnisse der versicherten Person zu vermitteln. Nur so sind diese bereit, die Leistungseinbusse der versicherten Person zu kompensieren. Gleichzeitig hilft es dem Behandler oder der Behandlerin, den Arbeitsplatz zu kennen. So kann er oder sie besser abschätzen, welche Informationen überhaupt relevant sind, und er oder sie kann in der Behandlung der versicherten Person die Situation des Arbeitgebers erklären, bzw. die Arbeitsplatzsituation miteinbeziehen.

- **Fokus auf Ressourcen und Limiten legen:** Als wichtige Regel für den Informationsaustausch wurde erwähnt, den Fokus auf das Notwendige und damit auf die Ressourcen und Limite der versicherten Person zu legen und nicht auf die Diagnose und eventuell dahinter liegende intime Gründe.

Wissen und Perspektiven

- **Tatsächliche Stigmatisierung oder Überforderung beim Arbeitgeber:** Mangelndes Verständnis und Wissen des Arbeitgebers zu psychischen Beeinträchtigungen und ihrem Umgang damit erschweren den offenen Austausch und das Ausschöpfen des Potenzials, den Arbeitsplatz adäquat anzupassen. Als herausfordernd erleben die Arbeitgeber auch, das Team, welches Arbeitsausfälle kompensieren muss, einzubeziehen. Der Behandler, resp. die Behandlerin kann hier Vorurteile abbauen helfen, muss aber auch sicherstellen, dass nur für die Eingliederung relevante Informationen an den Arbeitgeber gelangen.
- **Behandler/Behandlerin informiert zurückhaltend aufgrund Angst vor Stigma:** Die Angst der versicherten Person vor mangelndem Verständnis und Wissen des Arbeitgebers zu psychischen Beeinträchtigungen und ihrem Umgang damit kann es erschweren, dass der, resp. die Behandelnde offen informieren kann.
- **Unterschiedliche Sichten innerhalb Behandlungssystem:** Als Beispiel hierfür wurde die abweichende Sicht des Hausarztes/der Hausärztin und des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin genannt. Erschwerend ist auch, wenn die Einschätzung der Behandlerin, resp. des Behandlers und der versicherten Person voneinander abweicht.

Rollenverständnis und Verständnis der Zusammenarbeit

- **Limitierte Bereitschaft, am Informationsaustausch teilzunehmen:** Diese Herausforderung wurde für beide Seiten konstatiert. Als Hauptgrund wurde Ressourcenmangel genannt. Dieser wirkt sich auf die Möglichkeit aus, die Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren und somit auch mit den Behandelnden, resp. Arbeitgeber kontinuierlich zu pflegen. Darüber hinaus beeinflussen begrenzte zeitliche Ressourcen beim Arbeitgeber, die versicherte Person in der Eingliederung zu begleiten, den Eingliederungsprozess.

6.3 Geringer Einbezug der Behandelnden

Der in der Dossieranalyse festgestellte geringe Einbezug von Behandelnden in die Zusammenarbeit wurde in den Workshops im Rahmen eines Gruppengesprächs mit Vertreterinnen und Vertreter aller drei Akteure diskutiert.

6.3.1 Gründe des geringen Einbezugs

Überwiegend, wenn auch nicht einhellig teilten die Teilnehmenden die Einschätzung des geringen Einbezugs aus der Dossieranalyse. Folgende Gründe für den niedrigen Einbezug wurden genannt:

Vertrauensverhältnis der Behandelnden zur versicherten Person und Misstrauen gegenüber den anderen Akteuren: Ärztinnen und Ärzte sind gemäss den Aussagen am Workshop aufgrund des Datenschutzes oft zurückhaltend mit der Weitergabe von Informationen. Sie befürchten, dass dies ihrer Patientin oder ihrem Patienten schaden können. Zudem spielt die Beziehung zwischen Arbeitgeber und versicherter Person eine wichtige Rolle: Fehlt das gegenseitige Vertrauen, ist diese auch nicht einverstanden, wenn ihre Ärztin oder ihr Arzt Informationen weitergibt. Wo hingegen ein gutes Verhältnis zwischen versicherter Person und Arbeitgeber besteht, verlaufe auch die Zusammenarbeit mit den Behandelnden in der Regel unkompliziert. Ein RAD-Mitarbeiter bestätigt, dass psychische Erkrankungen und Suchtproblematiken nach wie vor stark stigmatisiert seien. Vor diesem Hintergrund sei es nachvollziehbar, dass versicherte Personen und behandelnde Ärzte gegenüber dem Arbeitgeber zurückhaltend mit sensiblen Informationen umgehen. Diese Dynamik erschwere einen offenen Austausch zwischen IV, Ärzteschaft und Betrieb. Die Frage des Vertrauensverhältnisses wird etwas entschärft durch die Tatsache, dass für die Eingliederung v.a. die Ressourcen und Limiten der versicherten Person relevant sind, und nicht die Diagnose.

Geringer Bedarf aus Sicht der IV-Stelle: Die IV-Mitarbeitenden bestätigen zudem die Einschätzung seitens einzelner Behandelnder, wonach der Umfang des Einbezugs stark vom Einzelfall abhängt. Liegt bereits eine Beurteilung durch den RAD vor oder besteht eine positive Prognose, wird der zusätzliche Einbezug behandelnder Ärzte als weniger dringlich erachtet. Intensiver gesucht wird der Austausch dann, wenn sich Schwierigkeiten im Verlauf zeigen.

Divergierende Einschätzungen von Behandelnden und IV: Unterschiedliche Interessenlagen, respektive divergierende Einschätzungen des Eingliederungspotenzials zwischen IV und Behandelnden können ebenfalls dazu führen, dass die IV-Mitarbeitenden die Behandelnden weniger einbeziehen wollen. Dies sei beispielsweise dann der Fall, wenn aus ärztlicher Sicht die Zusprache einer Rente sinnvoll sei, die IV aber die Zielrichtung der Eingliederung verfolge. Grundsätzlicher wurde auch gesagt, entscheidend für die Zusammenarbeit mit den Behandelnden sei auch deren Wahrnehmung der IV.

Interesse des Arbeitgebers an einer Weiterbeschäftigung beeinflusst sein Interesse an der Zusammenarbeit: Unterschieden wird zudem zwischen bestehenden Arbeitsverhältnissen und Neueingliederungen. Bei langjährigen und/oder hochqualifizierten Mitarbeitenden ist der Anreiz gross, diese im Betrieb zu halten, was die Bereitschaft zur Zusammenarbeit erhöht.

Mangelnde Ressourcen auf Seiten der Behandelnden, aber auch der Arbeitgeber: Behandelnde bestätigten, dass ihr Einbezug in die IV-Verfahren oft aus ressourcenrechtlichen Gründen weniger intensiv ausfällt. Gleichzeitig halten sie fest, dass nicht jeder Fall einen engen Einbezug erfordert. Auch die arbeitgeberseitigen Ressourcen für die Zusammenarbeit beeinflussen den Einbezug, oder wie weiter vorne beschrieben auch den direkten Kontakt zwischen Arbeitgeber und Behandelnden.

6.3.2 Situationen, in denen Einbezug besonders wichtig ist

In den Gruppengesprächen wurde diskutiert, in welchen Situationen der Einbezug der Behandelnden besonders wichtig ist oder wäre.

Allgemein – Erklärungsfunktion übernehmen: Es zeigt sich ein Bedarf an ärztlicher Beteiligung, wenn es um das Verständnis von Verhalten und Leistungsfähigkeit im Arbeitskontext geht. Arbeitgeber wünschen sich Erklärungen für bestimmte Verhaltensweisen der versicherten Person sowie vor allem Informationen darüber, was eine Person noch leisten kann – nicht nur, was sie nicht mehr kann. Vor allem beim Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen seitens der versicherten Person erscheint ihnen dies wichtig. Umgekehrt benötigen behandelnde Ärzte Einblick in das konkrete Arbeitsumfeld, um realistische Empfehlungen abgeben zu können. Ein direkter Austausch kann helfen, Arbeitsanforderungen, Umplatzierungsmöglichkeiten und betriebliche Rahmenbedingungen besser zu berücksichtigen.

Daneben nannten die Workshopteilnehmenden spezifische Situationen für den Einbezug des/der Behandelnden:

Am Anfang des Eingliederungsverfahrens: Der Einbezug sollte früh erfolgen, damit Rollen, Informationsflüsse und Datenschutzfragen geklärt sind (z.B. in Hinblick auf allfällige Krisensituationen) und früh ein gemeinsames Fallverständnis erarbeitet werden kann.

Bei Uneinigkeit: Wenn Arbeitgeber, IV und versicherte Person unterschiedliche Wahrnehmungen oder Zielvorstellungen haben, kann die medizinische Einschätzung helfen, eine gemeinsame Grundlage zu schaffen.

In Krisensituationen: Der/die Behandelnde kann bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands oder in Krisensituationen zum Einordnen, Verstehen und angemessenen Reagieren beitragen.

6.3.3 Risiken eines mangelnden Einbezugs

Angesprochen wurden insbesondere die folgenden Risiken eines mangelnden Einbezugs der Behandelnden:

Fehleinschätzungen der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit der versicherten Person: Wenn Arbeitgeber nicht wissen, welche Aufgaben eine Person übernehmen kann, welches Arbeitsumfeld sie benötigt oder welche Einschränkungen bestehen, besteht die Gefahr unpassender Einsätze. Das geschilderte Beispiel einer Person mit bipolarer Störung, die ohne Wissen des Arbeitgebers Nachschichten übernahm und sich aus eigenem Leistungsanspruch nicht dagegen wehrte,

verdeutlicht dies: Die fehlende Transparenz führte zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands und einer Krankschreibung, die aus Sicht des Arbeitgebers «aus dem Nichts» erfolgte.

Sicherheitsfragen und Verantwortung: Ohne strukturierten Einbezug der Behandelnden bleibt jedoch unklar, wie sicherheitsrelevante Aspekte einer psychischen Erkrankung (inklusive Sucht) angemessen berücksichtigt werden können. Arbeitgeber sehen Klärungsbedarf etwa bei Tätigkeiten mit Maschinen oder bei Verantwortung für andere Personen. Allerdings besteht hier ein Spannungsfeld zum Datenschutz und zur Gleichbehandlung: Auch bei anderen Mitarbeitenden haben die Arbeitgeber keine vollständige Kenntnis über deren Medikation oder mögliche Beeinträchtigungen.

Risiko von Missverständnissen und Eskalationen im Team am Arbeitsplatz: Wenn Kolleginnen und Kollegen nicht verstehen, warum eine Person sich anders verhält oder weniger belastbar ist, entstehen Unverständnis und zusätzliche Belastungen – insbesondere in kleinen Teams. Dies kann zu Konflikten, Kündigungen oder gar weiteren Erkrankungen führen. Arbeitgeber sehen sich hier in der Verantwortung, das Team zu stabilisieren; fehlende Transparenz erschwert dies. Für die Arbeitgeber ist zudem eine verlässliche Prognose zentral, um betriebliche Abläufe entsprechend planen zu können und das Team nicht dauerhaft zu überlasten.

Missverständnisse und Verzerrungen: Ein weiteres Problem ist die unsichere Informationsweitergabe, wenn diese allein über die versicherte Person an die Behandelnden erfolgt. Informationen können unvollständig, missverständlich oder – aus unterschiedlichen Gründen – nicht korrekt weitergegeben werden. Sprachliche und kulturelle Unterschiede können dies zusätzlich erschweren, etwa wenn psychische Erkrankungen nicht klar benannt oder anders ausgedrückt werden. Dadurch entstehen Fehlinterpretationen, die sowohl medizinische als auch betriebliche Entscheidungen beeinflussen.

6.4 Chancen und Herausforderungen von Round Tables

Gemäss der Dossieranalyse werden Round Tables nicht in allen Eingliederungsverfahren eingesetzt. Und häufig sind nicht alle drei in dieser Studie vor allem interessierenden Partner anwesend, was insbesondere Behandelnde betrifft. Im Workshop wurde den Fragen nachgegangen, wie häufig und aus welchem Anlass es zu Round Tables kommt, welche Schwierigkeiten die Beteiligten mit diesem Instrument erleben, wie Round Tables gleichwohl erfolgreich gestaltet werden können und welcher Nutzen damit verbunden ist, wobei bei diesem Aspekt der Fokus auf dem Einbezug der Behandelnden lag. Round Tables sind ein spezifisches Instrument der Zusammenarbeit. Insofern überrascht es nicht, dass teils ähnliche Aspekte und Argumente diskutiert wurden, wie in den Arbeitsgruppen, die sich mit dem vergleichsweise geringen Einbezug der Behandelnden auseinandersetzten.

6.4.1 Häufigkeit und Anlässe von Round Tables

Zur Häufigkeit und dem Anlass von Round Tables liegen aus den Workshops sehr heterogene Einschätzungen vor. Das gleiche gilt auch für die Frage, ob Behandelnde involviert sind. Vereinzelt

wird die Teilnahme des, resp. der Behandelnden auch davon abhängig gemacht, ob der Termin passt oder ob der Arbeitgeber einverstanden ist, den Termin beim Behandler bzw. der Behandlerin wahrzunehmen. Grundsätzlich gilt die Faustregel, dass es mehr Round Tables braucht, wenn ein Verfahren stockt oder der Fall komplex ist, und dass das Instrument in Krisensituation auch von Personen genutzt wird, die es sonst wenig brauchen. Eine Person gab an, sie mache in der Regel einen Round Table am Anfang der Eingliederung.

6.4.2 Hürden für erfolgreiche Round Tables

Alle involvierten Personen an einen Tisch zu bringen, gelingt nicht immer. Die Teilnehmenden nannten mehrere Gründe, die bisweilen einer Teilnahme entgegenstehen:

Zeit und Terminfindung: Das am häufigsten genannte Hindernis für die Teilnahme an Round Tables ist der Zeitaufwand. Dies wurde insbesondere von Behandelnden, aber auch von anderen Akteuren angeführt. Eine teilnehmende Person der IV präzisierte, auch die Vorbereitung teils bilateraler Vorgespräche (vgl. nachfolgend unter Erfolgsfaktoren) sei mit einem Zeitaufwand verbunden. Zur Entlastung werden bisweilen auch Online- oder hybride Round Tables durchgeführt oder der Round Table in einer Therapiestunde angesetzt, um dem oder der Behandelnden entgegenzukommen. Eng damit verbunden ist die Schwierigkeit, einen für alle vorgesehenen Personen passenden Termin zu finden, der den Eingliederungsprozess nicht zu stark verzögere. Zwei IV-Mitarbeitende gaben an, sie gingen aus Erfahrung davon aus, dass Behandelnde tendenziell keine Zeit haben, an einem Round Table teilzunehmen. Sie holten in der Regel die Informationen des, resp. der Behandelnden vorher bilateral ein.

Mangelnde Kostendeckung, resp. Unwissen über Kostendeckung: Behandelnde gaben ergänzend als Teilnahmehindernis insb. für die Behandelnden an, dass die Präsenz- und Reisezeit für den Round Table Kosten, resp. einen Einnahmenverlust bedeute. Der Aspekt konnte nicht vertieft werden, doch mindestens zum Teil scheinen solche Einschätzungen auch aus Unwissen über die bestehenden Abrechnungsmöglichkeiten zu erfolgen (vgl. <https://www.iv-pro-medico.ch/dokumentation/tarife>; 17.2.2026).

Einverständnis der versicherten Person: Die meisten anderen genannten Hindernisse für die Teilnahme am Round Table hängen mit dem Verhältnis der Akteure zur versicherten Person zusammen, das den freien Informationsfluss einschränkt: Ein Arbeitgeber gab an, sich ohne Einverständnis der versicherten Person nicht mit dem Behandler bzw. der Behandlerin austauschen zu können; auch Behandelnde erwähnten, zwar gegenüber der IV von seiner Schweigepflicht entbunden zu sein, aber nicht gegenüber dem Arbeitgeber; versicherte Personen könnten sich dem Austausch völlig verweigern oder bestimmte (auch relevante) Aspekte nicht preisgeben wollen. Die Ursache dahinter kann ein Konflikt mit dem Arbeitgeber oder die Angst, die Stelle zu verlieren stecken. Trotz der automatischen Schweigepflichtenbindung (vgl. Abschnitt 6.5.1 zur WE IV) der IV gegenüber den Behandelnden beschrieb auch eine an einem Workshop teilnehmende IV-Fachperson es als bisweilen nicht einfach, Informationen weiterzugeben. Manchmal verweigere sich die versicherte Person einem Round Table.

Anspruchsvolle Situationen am Round Table selbst: Die Teilnehmenden beschrieben des Weiteren auch anspruchsvolle Situationen an Round Tables selbst, welche dessen Erfolg entgegenstehen können. Ein mehrfach genanntes Risiko ist, dass die versicherte Person nicht offen sprechen will oder wenn umgekehrt unerwartete Fragen gestellt oder intime Aspekte nachgefragt werden, die für die Eingliederung eventuell gar nicht relevant sind. Als unangenehm erlebten Teilnehmende auch Round Tables, in denen die versicherte Person vom Arbeitgeber abgewertet wurde, oder wenn das Ziel und die Themen unklar waren.

Andere als schwierig beschriebene Situationen hängen mit der personellen Konstellation der Round Tables zusammen. Genannt wurden folgende:

- Allianzenbildung (z.B. Behandelnde und versicherte Person), die dazu führt, dass eine Seite sich nicht ernstgenommen fühlt.
- Erleben anderer Personen als anspruchsvoll (z.B. Vorgesetzte).
- Konflikt zwischen der versicherten Person und dem Arbeitgeber; genannt wurden auch Angehörige, welche die versicherte Person beeinflussen.
- Unsicherheit von (unerfahrenen) Behandelnden im Umgang mit Arbeitgebern. Es ist ihnen unklar, welche Informationen sie preisgeben dürfen, und sie sind unsicher bezüglich arbeitsrechtlicher Fragen.
- Ein zu grosser Teilnehmerkreis wurde als kontraproduktiv beschrieben, weil sich die versicherte Person dadurch zu stark von aussen bestimmt bzw. von den anderen Akteuren abhängig fühlen und in der Folge verunsichert oder passiv werden könnte. Auch könne eine Tendenz entstehen, dass die Fachpersonen über ihren Kopf hinweg planteten, anstatt sie einzubeziehen.

6.4.3 Erfolgsfaktoren von Round Tables

Als zentraler Erfolgsfaktor ergab sich aus Sicht der Workshopteilnehmenden, dass Round Tables gut vorbereitet sein sollten, damit dort ein transparenter und vertrauensvoller Austausch möglich wird. Solche Massnahmen dürften geeignet sein, das Risiko der oben geschilderten anspruchsvollen Situationen zu mildern. Insbesondere zwei Faktoren wurden genannt:

Vertrauen der versicherten Person im Vorfeld stärken: Nur wenn die versicherte Person den Teilnehmenden an einem Round Table vertrauen kann, wird sie soweit nötig offen sprechen und nicht Angst vor dem Round Table haben. Hilfreich ist ein vorbereitendes Gespräch der oder des Behandelnden (und/oder auch eines anderen Akteurs) mit ihr, damit geklärt ist, welche Themen und welche Aspekte ihrer gesundheitlichen Situation angesprochen werden sollen und welche nicht.

Vorbereitung mit anderen Akteuren: Vertretende von IV-Stellen gaben an, es sei manchmal sinnvoll, den Round Table im Vorfeld mit bilateralen Gesprächen vorzubereiten, z.B. mit der Behandlerin bzw. dem Behandler, aber auch mit dem Arbeitgeber. So können unliebsame Überraschungen (genannt wurde als Beispiel «Gegenwind» des, resp. der Behandelnden) vermieden werden. Auch eine Teilnehmende Person eines RAD gab an, es sei wichtig für sie, im Vorfeld

einbezogen zu werden, damit sie die wichtigen Fragen für das weitere Vorgehen tatsächlich auch einbringen könne.

Geeignete Personen: Erwähnt wurde schliesslich auch, dass die Auswahl der Personen mit Bedacht zu treffen sei (ohne dies näher zu umschreiben) und dass ein zu grosser Teilnehmerkreis kontraproduktiv sei (vgl. oben).

6.4.4 Nutzen, wenn Behandelnde am Round Table einbezogen sind

Ausgehend vom Befund aus der Dossieranalyse, dass Behandelnde mehrheitlich nicht in Round Tables involviert waren, wurde in den Workshops nachgefragt, worin der Nutzen eines Einbezugs der Behandelnden bestehe. Die in diesem Rahmen geäusserten Nutzen dürften auch allgemein für das Durchführen von Round Tables gelten. Neben der allgemeinen Einschätzung, dass ein mündlicher Austausch insgesamt sinnvoll sei, wurden folgende Nutzen beschrieben:

Herbeiführen eines gleichen und unverzerrten Informationsstands: Round Tables tragen gemäss diesen Voten dazu bei, dass alle Beteiligten auf dem gleichen Informationsstand sind. Informationen über die gesundheitliche Situation vom Behandelnden zu erhalten und nicht allein von der versicherten Person, wird als glaubwürdiger und umfassender taxiert, weil von einer Fachperson stammend. Gleichzeitig könne verhindert werden, dass sich Akteure gegenseitig «ausspielen» und Vorurteilen könne entgegengewirkt werden, etwa dass Krankheitssymptome am Arbeitsplatz als Unwillen der versicherten Person missdeutet werden. Ein Behandler gab hierzu an, er sehe sich als Dolmetscher und nicht als Anwalt der versicherten Person. Die Wirkung betreffend unverzerrter Informationen betrifft auch Aussagen der versicherten Person: Eine teilnehmende Person gab an, Round Tables seien der Ort, an dem man Klartext sprechen könne, z.B. auch wenn die versicherte Person sich nicht gut einschätzen könne oder ein nicht akzeptables Verhalten zeige. Wir interpretieren die Aussage so, dass der Round Table einen neutraleren Rahmen schafft, in dem auch Kritik anders vermittelt und ausdiskutiert werden kann als z.B. in einem Mitarbeitergespräch. Ein weiterer Effekt kann sein, dass die versicherte Person so weiss, dass alle Involvierten gehört haben, dass sie sich nicht korrekt verhält. Sie kann also nicht (mehr) bei unterschiedlichen Akteuren unterschiedlich auftreten (z.B. beim Behandler, resp. der Behandlerin als «Opfer» der Umstände oder der «bösen Vorgesetzten» und am Arbeitsplatz übermässig fordernd/regelverletzend).

Vertrauen der versicherten Person fördern: Mehrere Arbeitgeber gaben an, die Präsenz eines Behandlers, resp. einer Behandlerin könne das Vertrauen der versicherten Person fördern und ihr Gefühl verstärken, sie werde unterstützt.

Informationsgewinne für alle Beteiligten: Gemäss den Aussagen an den Workshops profitieren alle Seiten vom Einbezug der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Arbeitgeber erhalten Hinweise zur Ausgestaltung des Arbeitsplatzes (Aufgaben, Arbeitsplatzergonomie, Arbeitsplatzsicherheit), zum Umgang mit der erkrankten Person und lernen allgemein besser, die Belastbarkeit ihrer Mitarbeiterin, ihres Mitarbeiters einzuschätzen (Balance zwischen Fordern und Bremsen). Behandelnde erhalten Informationen über den Arbeitsplatz, die ihnen helfen, die Ressourcen besser einzuschätzen; sie erhalten auch Hinweise aus erster Hand darüber, ob sich die versicherte Person überschätzt und somit eine andere Sicht als die von der versicherten Person in der Therapie

vermittelte. Diese Informationen seien wertvoll für eine sachgerechte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und für die konkrete Ausgestaltung der Therapie. Sowohl die Informationsgewinne der Arbeitgeber als auch jene der Behandelnden wurden jeweils von beiden Seiten angeführt. Auch die IV-Stelle profitiere, wenn sie z.B. das Eingliederungstempo auf die erhaltenen Informationen abstimmen kann. Genannt wurde auch die Möglichkeit, bei einem Fallabschluss schon für den weiteren Verlauf den Kontakt zum Behandler, resp. zur Behandlerin zu haben, falls z.B. wieder schwierige Situationen auftauchen. Eine Person wies auch darauf hin, ein Austausch über die Behandlung mit der IV könne hier zu einer Angleichung der Sichtweisen der involvierten Akteure führen.

6.5 Erfahrungen mit Neuerungen aus der WE IV

Mit der Weiterentwicklung der IV, die am 1. Januar 2022 in Kraft trat, wurden auch einzelne Änderungen eingeführt, die die Zusammenarbeit der Akteure in der Eingliederung betreffen. Diese Aspekte und deren Auswirkungen auf die Zusammenarbeit wurden auch an den Workshops thematisiert.

6.5.1 Schweigepflichtentbindung der IV-Stelle gegenüber den Behandelnden

Die IV-Stellen wurden mit Inkrafttreten der Weiterentwicklung der IV von Ihrer Schweigepflicht gegenüber den behandelnden Ärztinnen und Ärzten entbunden. Sie können nun ohne Einverständnis der Versicherten Daten bekanntgeben, wenn diese dazu dienen, die geeigneten Eingliederungsmassnahmen zu ermitteln (Art. 66a Abs. 1 Bst. c^{bis} IVG). In den Workshops interessierte, in welchen Situationen diese Möglichkeit genutzt wird und welche Informationen ausgetauscht werden

Die Workshopteilnehmenden schilderten mehrere Situationen, in denen sie Informationen aus dem Verfahren an die Behandelnden weitergeben. Grundsätzlich beinhaltet schon das Senden eines Berichtsformulars die Information, an den Behandler oder die Behandlerin, dass ihre Patientin, ihr Patient in einem IV-Verfahren ist. Meist dient die Herausgabe weiterer Informationen zum Verfahrensverlauf dazu, den Behandler, resp. die Behandlerin überhaupt in die Lage zu versetzen, zielführende Informationen geben zu können:

- Die fallführende Person teilt mit, was die IV bei einer bestimmten Arbeitsfähigkeit tun könnte, damit der oder die Behandelnde einschätzen kann, ob dies mit dem Behandlungsplan abgleichbar ist.
- Behandelnde müssen zu spezifischen Situationen im Eingliederungsverfahren (z.B. am Arbeitsplatz) eine Einschätzung abgeben können, damit die fallführende Person situationsgerecht reagieren kann. Hierzu muss die fallführende Person ermächtigt sein, diese Situation beschreiben zu können.
- Die fallführende Person stellt fest, dass die versicherte Person ihre gesundheitliche Situation oder Arbeitsunfähigkeit selbst anders einschätzt als der oder die Behandelnde. Sie bespricht diese Diskrepanz mit dem Behandler resp. mit der Behandlerin, allerdings nicht ohne vorher die versicherte Person über dieses Vorhaben zu informieren.

- Eine IV-Stelle (E) gab an, manchmal auch Beurteilungen des RAD an den Behandler bzw. die Behandlerin weiterzuleiten, damit er oder sie die versicherungsmedizinische Sicht kennt.
- Diese IV-Stelle gab auch an, den Behandelnden alle Entscheide über Massnahmen in Kopie zu schicken.

Die Neuerung wurde von den Befragten nicht als einschneidende Veränderung beschrieben. Eine am Workshop teilnehmende Person meinte, die neue Regelung habe vielleicht dazu beigetragen, dass die Herausgabe von Informationen etwas mehr als zuvor auch gängige Praxis geworden sei. Gemäss den anderen teilnehmenden Personen an den Workshops hat sich die Informationspraxis kaum verändert. Die Schweigepflichtentbindung via Unterschrift der versicherten Person sei keine grosse Hürde gewesen, meinte eine Person; die neue Regel sei eine eher kleine Erleichterung. Eine andere gab an, man habe den Umgang mit Informationen immer schon mit gesundem Menschenverstand gehandhabt und die Versicherten hätten sich daran nicht gestört. Es würden nur Informationen weitergegeben, die auch im Interesse der versicherten Person gewesen seien.

Die Behandelnden gaben ebenfalls keine Hinweise, wonach sie aufgrund dieser Regelung eine deutliche Veränderung spürten. In der Tendenz gaben sie an, v.a. in der Startphase der Verfahren wenige Informationen von der IV zu erhalten und wünschten sich mehr mündlichen und gezielt auf den Informationsbedarf bei der Eingliederung ausgerichteten Austausch (statt des umfassenden Formularberichts). In Bezug auf die Phase während der Eingliederung beschrieben sie die Situation positiver: Wenn allseitig versucht werde, die Eingliederung zu ermöglichen, komme auch eine Zusammenarbeit und ein gegenseitiger Informationsaustausch zustande, bilanzierte eine Person. Zwei Personen aus unterschiedlichen Kantonen betonten, wie die IV-Stelle den Informationsaustausch handhabe, sei auch personenabhängig.

6.5.2 Beratung und Begleitung

Die Beratung und Begleitung der versicherten Person und insbesondere auch des Arbeitgebers wurde mit der WE IV gestärkt. Arbeitgeber haben neu Anspruch auf Beratung und Begleitung während des gesamten Eingliederungsprozesses und bis zu drei Jahre nach dessen Abschluss (Art. 14^{quater} IVG). Im Rahmen von Beratung und Begleitung kann auch eine Coaching-Leistung durchgeführt werden.

Die an den Workshops teilnehmenden Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter beurteilten die beratende und begleitende Unterstützung, die sie von der IV-Stelle während der Eingliederung erhalten, insgesamt sehr positiv. Sie geben an, die von ihnen benötigte Unterstützung zu erhalten, ohne ihre Aussage spezifisch auf die Massnahme Beratung und Begleitung beziehen zu können. Der Bedarf nach Unterstützung hängt auch von den eigenen Ressourcen des Arbeitgebers ab, so insbesondere von der Verfügbarkeit eines innerbetrieblichen Case Management. Eine Vertretung eines Arbeitgebers gab an, Unterstützung während der Eingliederung selbst aktiv nachfragen. Dem steht eine IV-Aussage gegenüber, wonach Arbeitgeber eher selten nachfragen, sodass die Kontaktaufnahme während des Verfahrens primär von der IV ausgeht.

Was Beratung und Begleitung abgesehen von der Möglichkeit, ein Job Coaching einzusetzen, beinhaltet, wurde von den befragten Personen eher unscharf beschrieben. Eine Person umschrieb die «interne», also durch die IV-Stelle selbst geleistete Beratung und Begleitung vor allem durch den Anspruch, regelmässige Gespräche mit der versicherten Person und dem Arbeitgeber zu führen.

Insbesondere das Job Coaching (das nicht nur im Rahmen von Beratung und Begleitung zugesprochen werden kann) wurde in den Workshops sehr positiv beschrieben. Dabei wurden folgende Aspekte hervorgehoben:

- Der, resp. die Job Coach kann eine engere und regelmässige Begleitung gewährleisten als die fallführende Person der IV-Stelle, da deren Ressourcen hierfür nicht ausreichen.
- Für die versicherte Person besteht ein unabhängiger Ansprechpartner, mit der sie während der Eingliederung herausfordernde Situationen unbefangen besprechen kann. Dies sei psychisch entlastend. Eine Person erwähnte, dass ein oder eine Job Coach beim Fehlen oder einer wenig intensiven Psychotherapie eine solche zwar nicht ersetzen könne, aber doch zumindest einen regelmässigen Austausch und professionell begleitete Reflexion ermögliche.
- Job Coaches entlasten auch den Arbeitgeber zeitlich von der Begleitung, und kann auch fachlich wertvolle Inputs geben, z.B. für die sinnvolle Anpassung des Arbeitsplatzes.
- Mit dem Einsatz eines oder einer IV-unabhängigen Job Coaches ist auch verbunden, dass die fallführende Person der IV-Stelle in den Hintergrund tritt. Die versicherte Person erlebt diese Form der Begleitung laut einer am Workshop teilnehmenden IV-Fachperson als entstigmatisierend.

Festgehalten wurde in den Workshops auch das in der Dossieranalyse erkennbar gewordene Risiko, dass der oder die Job Coach anstelle der IV-Stelle den fachlichen Lead übernimmt. Eine enge Rückbindung an die fallführende Person der IV-Stelle ist aber nötig, damit diese ihre Steuerungsfunktion wahrnehmen kann. In einem Workshop wurde betont, dass die fallführenden Personen diejenigen Fachpersonen sind, die das komplexe Instrumentarium der IV kennen und aufgrund der eingeholten Informationen entscheiden müssen, welche Massnahme in welcher Ausgestaltung geeignet und rechtlich möglich ist.

Die Möglichkeit, Beratung und Begleitung auch nach Abschluss der Eingliederungsmassnahme einzusetzen, wurde von den Teilnehmenden an den Workshops positiv bewertet. Ein konkreter Bedarf dafür sei aber bisher selten gegeben gewesen.

6.5.3 Qualitative Aspekte der Leistungsfähigkeit

Bei der Festsetzung der funktionellen Leistungsfähigkeit müssen nicht nur eine prozentuale Schätzung der Arbeitsfähigkeit angegeben werden, sondern auch die qualitativen Aspekte (konkrete Ressourcen und Limiten) beurteilt werden (Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV). Diese Bestimmung bezieht sich zwar erst auf die Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit bei der Bemessung des IV-Grads in der Rentenprüfung. Doch die Ressourcen und Limiten der versicherten Person zu kennen, ist auch

für eine ihr angemessene Eingliederung relevant und für eine allfällige spätere Rentenprüfung von Vorteil.

Dass die Kenntnis der qualitativen Elemente entscheidend ist, um den Arbeitsplatz geeignet anzupassen, resp. einen geeignet angepassten Arbeitsplatz zu finden, war in den Gesprächen an den Workshops unbestritten. Die Anpassung der Vorschrift wirkte sich demnach nicht spürbar aus auf die Arbeitsweise der IV-Stellen und die Zusammenarbeit der Akteure.

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte beschrieben an den Workshops die Aufgabe, die Ressourcen und Limiten der versicherten Person zu erheben, als anspruchsvoll bis teilweise überfordernd. Sie betonten zum Teil, dass gerade bei psychischen Erkrankungen häufig nicht einfach aufgrund der Diagnose auf die Einschränkungen und Ressourcen und Arbeitsplatzbedürfnisse geschlossen werden könne. Eine Person gab an, dass sie im Hinblick auf eine Anfrage der IV-Stelle gezielt in den Therapiegesprächen darauf hinwirke, die notwendigen Informationen zusammenzutragen. Es wurde teilweise für eine verstärkte Schulung und mehr persönlichen Kontakt plädiert, damit Behandelnde die Fragen zu den funktionellen Ressourcen der IV besser und bedürfnisgerecht beantworten können.

Die im Rahmen der Workshops befragten Mitarbeitenden der IV-Stellen und RAD gaben an, es gelinge insgesamt gut, die notwendigen qualitativen Informationen zusammenzutragen. Neben den Einschätzungen der behandelnden Ärzte stützt sich die IV stark auch auf oftmals vorhandene andere ärztliche Berichte und Gutachten, aber auch auf die Aussagen der versicherten Person und des Arbeitgebers. Zum Teil wird auch der RAD konsultiert, damit dieser basierend auf den vorliegenden Informationen seine Einschätzung abgibt. In einer IV-Stelle (C) kann der RAD schon beim Erstgespräch einbezogen werden. Eine IV-Stelle (B) verwies auf einen spezifischen Anhang ihres Arztberichts, mit dem sie die Ressourcen und Limiten gezielt abfragt. Zwei Fachpersonen der IV gaben zudem an, man verfüge auch über Erfahrungswerte, bei welchen Erkrankungen welche Anforderungen an den Arbeitsplatz zu beachten seien. Eine Person berichtete, sie erlebe es als anspruchsvoller, den Grad der Arbeitsunfähigkeit quantitativ festzulegen, als die Ressourcen und Limiten der versicherten Person zu beschreiben.

Alle Befragten beschrieben den Prozess der Eingliederung auch als Trial-and-Error, also ein Ausprobieren und rollendes Anpassen aufgrund der laufend gesammelten Erfahrungen während einer Massnahme. Eine IV-Stelle (A) gab an, aus diesem Grund Massnahmen über eher kurze Zeiträume zuzusprechen, um die nötige Flexibilität zu erhalten.

6.5.4 Erleichterte Früherfassungsmeldungen

Meldungen zur Früherfassung sind nicht mehr an eine Mindestdauer von Abwesenheiten gebunden (Art. 1^{ter} IVV). Es genügt, dass eine Arbeitsunfähigkeit droht. Vorher waren 30 aufeinanderfolgende Tage oder mehrere kurzzeitige Abwesenheiten erforderlich, um eine Meldung machen zu dürfen.

Die Erleichterung der Früherfassung hat gemäss den Aussagen an den Workshops keine tiefen Spuren hinterlassen. Jene Personen, die sich zu dieser Reform äusserten, begrüsst sie, weil es

durchaus Fälle geben könne, in denen eine Meldung oder zumindest deren nähere Prüfung schon vor Ablauf der 30 Tage angezeigt sein könne. Eine teilnehmende Person einer IV-Stelle gab an, jede frühe Gelegenheit, die Situation gemeinsam zu analysieren, eventuell unter Einbezug des RAD, sei zu begrüßen. Ein Arbeitgeber aus einem anderen Kanton (D) schätzt das von der dortigen IV-Stelle praktizierte Früherfassungsmodell, bei dem bereits eine breit abgestützte Einschätzung der Situation vorgenommen werde und teils niederschwellig eine IV-eigene oder ein IV-eigener Job Coach eingesetzt werde (vgl. Analyse der Arbeitsdokumente, Abschnitt 4.3).

Die meisten an den Workshops teilnehmenden Behandelnden und Arbeitgeber gaben indes aus unterschiedlichen Gründen an, selbst noch keine Person vor Ablauf von 30 Tagen mit Arbeitsunfähigkeit gemeldet zu haben. Arbeitgeber gaben an, unverändert an der Praxis festzuhalten, 30 Tage oder noch längere Fristen (z.B. 90 Tage) abzuwarten, bevor eine Meldung gemacht wird. Andere Arbeitgeber sowie Behandelnde gaben an, grundsätzlich das Instrument der Früherfassung nicht zu benötigen, weil sie selbst beurteilen könnten, ob eine Anmeldung bei der IV-Stelle angezeigt sei oder nicht. Ein Arbeitgeber verfügt über eine Vereinbarung mit der IV-Stelle (A), wonach er die Früherfassung selbst durchführt. Auch Behandelnde nannten teils das Argument, den Bedarf nach einer Anmeldung selbst einschätzen zu können. Jemand (Behandler, Behandlerin) gab an, aus Prinzip weder mit Anmeldungen noch mit Früherfassungen die Initiative zu ergreifen.

Von einzelnen Arbeitgebern wurde im Rahmen der Workshops auch die mit der WE IV neu geschaffene Möglichkeit der eingliederungsorientierten Beratung vor Beginn eines IV-Verfahrens begrüßt (Art. 3a IVG). Da sich die Studie auf die IV-Verfahren im Einzelfall konzentriert, wurde dieser Aspekt der Zusammenarbeit nicht vertieft.

6.6 Zusammenfassung und Fazit

Zunächst werden die Einschätzungen der Workshopteilnehmenden zur Zusammenarbeit und deren Herausforderungen zusammengefasst. Im zweiten Teil dieses Abschnitts werden die Erkenntnisse zu den Neuerungen der WE IV zusammengefasst.

6.6.1 Einschätzungen der Workshopteilnehmenden zur Zusammenarbeit

Die Bewertungen, welche die Workshopteilnehmenden zur Qualität der Zusammenarbeit im Allgemeinen und zum Gelingen des gemeinsamen Fallverständnisses abgaben, bestätigen tendenziell das Bild aus der Dossieranalyse, dass die Zusammenarbeit im Allgemeinen überwiegend funktioniert und dass es überwiegend gelingt, zu einem gemeinsamen Fallverständnis zu kommen. Die Einschätzungen bestätigen ebenfalls, dass ein direkter Kontakt zwischen Arbeitgebern und Behandelnden eher selten ist, wobei es auch hier deutliche Unterschiede gibt. Die teils breite Streuung der Einschätzungen und deren Begründungen weisen indes darauf hin, dass die Zusammenarbeit teils auch als herausfordernd erlebt wird, und dass es in der Arbeitswelt und in der Ärzteschaft noch bedeutende Unterschiede gibt, was die Möglichkeiten und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit betrifft. Mehrfach erwähnt wurden auch persönliche Unterschiede innerhalb der IV-Stellen,

wie die Zusammenarbeit gestaltet wird. Tabelle 5 fasst die von den Workshopteilnehmenden berichteten Herausforderungen bei der Zusammenarbeit zusammen.

Tabelle 5: Von den Workshopteilnehmenden berichtete Herausforderungen bei der Zusammenarbeit

	Formen, Inhalte und Instrumente der Zusammenarbeit	Wissen und Perspektiven der Akteure	Verständnis der Rollen und der Zusammenarbeit
IV-Stelle und Behandelnde	<i>IV-Stelle:</i> Einfordern umfassender Berichte statt gezieltes an- und nachfragen <i>Beide:</i> Vorteile des mündlichen Austauschs werden zu wenig genutzt.	<i>Behandelnde:</i> Lückenhaftes Wissen und unterschiedliches Verständnis der Arbeitsunfähigkeit führt zu unrealistischen Erwartungen und abweichenden Einschätzungen <i>Behandelnde:</i> Vertrauensverhältnis zur versicherten Person als Balanceakt <i>Beide:</i> Diskrepanz zwischen kurativer und versicherungsmedizinischer Sicht <i>Behandelnde:</i> Ausmass, in dem sie Arbeit als unterstützend sehen können	<i>IV-Stelle:</i> Zu wenig Einbezug und Information der Behandelnden zum Verfahrensstand. <i>Behandelnde:</i> Zurückhalten des Informieren und Mitgestalten aus Rücksichtnahme auf versicherte Person
IV-Stelle und Arbeitgeber	<i>IV-Stelle:</i> Keine volle Informationsfreiheit der IV über die versicherte Person erschwert das Finden eines angepassten Settings	<i>Arbeitgeber:</i> Image der IV als Rentenversicherung, Unwissen über Eingliederungsmöglichkeiten <i>Arbeitgeber:</i> Konflikt am Arbeitsplatz wird vermischt mit gesundheitlicher Problematik <i>Arbeitgeber:</i> Positiv verzerrte Leistungsbeurteilung aus Rücksicht <i>Arbeitgeber:</i> Erwartung einer planbaren Eingliederung vs. Schwierigkeit genauer Prognosen	<i>IV-Stelle:</i> Zu wenig Information an Arbeitgeber in Bezug auf den Verfahrensstand, Begleitung und Unterstützung <i>Arbeitgeber:</i> Informationen über Möglichkeiten zur Eingliederung geben
Behandelnde und Arbeitgeber	<i>Beide:</i> Nur indirekter, statt auch direkter Kontakt <i>Beide:</i> Offenen Dialog im Einverständnis mit der versicherten Person herbeiführen, so dass relevante Informationen (Arbeitsplatz, Ressourcen und Limiten) ausgetauscht werden können <i>Beide:</i> Fokus auf Ressourcen und Limiten lenken und intime Hintergründe ausblenden; Informationsbedarf situationsgerecht klären	<i>Behandelnde:</i> Vertrauensverhältnis zur versicherten Person als Balanceakt: Vermutete oder berechnete Sorge der versicherten Person, aufgrund der psychischen Erkrankung stigmatisiert zu werden <i>Behandelnde:</i> Ungleiche Einschätzungen innerhalb des Behandlungssystems <i>Arbeitgeber:</i> Unwissen und Stigmatisierung im Umgang mit psychischen Erkrankungen	<i>Beide:</i> Vor allem ressourcenbedingt begrenzte Bereitschaft, am Informationsaustausch und der Zusammenarbeit teilzunehmen

6.6.2 Neuerungen der WE IV

Das Fazit aus den Workshops zu den Neuerungen der WE IV ist ähnlich wie aus der Analyse der Arbeitsdokumente der IV-Stellen (vgl. Abschnitt 4.8.3): Etwas zugespitzt zeigt sich, dass die meisten der Neuerungen im Rahmen der WE IV, welche die Zusammenarbeit betreffen, aus Sicht der involvierten Akteure keine wesentlichen Impulse gaben. Positiv hervorgehoben wurde die Möglichkeit, im Rahmen von Beratung und Begleitung Job Coaches einzusetzen. Die von den Neuerungen betroffenen Facetten der Zusammenarbeit werden allgemein als wichtig beschrieben, wurden aber schon vor den rechtlichen Neuerungen nicht wesentlich anders gelebt als heute. In diesem Sinne ist die Kodifizierung dieser Praxis sinnvoll, aber sie hat nicht zu einer starken Veränderung in der Praxis der Zusammenarbeit geführt. Nachfolgend werden die Erkenntnisse zu den vier hier behandelten Neuerungen zusammengefasst.

Automatische Schweigepflichtentbindung der IV-Stelle gegenüber den Behandelnden: Die Herausgabe von Informationen zum Verfahren ist wichtig und dient dazu, den Behandler, resp. die Behandlerin überhaupt in die Lage zu versetzen, zielführende Informationen geben zu können. Solche Informationsaustausche betreffen z.B. den Abgleich von Behandlungsplan und Eingliederung, medizinische Einschätzung zu einer konkreten Situation bei der Eingliederung, abweichende Einschätzungen der versicherten Person und des, resp. der Behandelnden. Teils werden auch Entscheide oder RAD-Beurteilungen mitgeteilt. Die Entbindung von der Schweigepflicht wurde vor Inkrafttreten der WE IV über die explizite Bevollmächtigung durch die versicherte Person gelöst. Die Herausforderung, dass Behandelnde den Informationsfluss mit den IV-Stellen teilweise nicht als gegenseitig erleben, besteht wie in Abschnitt 6.2.1 beschrieben weiterhin.

Beratung und Begleitung inkl. Job Coaching: Unabhängig von der Frage, ob es sich um Beratung und Begleitung im Rahmen der entsprechenden IV-Massnahme geht oder nicht, beurteilen die Arbeitgeber die Unterstützung der IV-Stelle im Eingliederungsprozess positiv. Insbesondere das Job Coaching wird positiv bewertet. Vorteile sind die engere Begleitung als es durch die fallführende Person der IV-Stelle möglich ist. Diese Begleitung entlastet auch den Arbeitgeber und kompensiert bis zu einem gewissen Grad eine wenig intensive oder ausgesetzte Psychotherapie. Positiv hervorgehoben wurde auch die Unabhängigkeit des Job Coach gegenüber dem Arbeitgeber, was das Vertrauen der versicherten Person fördern kann. Auch dass die IV-Stelle in den Hintergrund tritt, wurde als psychologisch entlastend und entstigmatisierend beschrieben.

Erhebung der qualitativen Merkmale der Leistungsfähigkeit: Dass die qualitativen Informationen entscheidend für die Eingliederungsplanung und die richtige Wahl des oder Anpassungen am Arbeitsplatz sind, war in den Workshops unbestritten. Die Anpassung der Vorschrift, die sich primär auf die Rentenprüfung bezieht, wirkte sich nicht spürbar aus auf die Arbeitsweise der IV-Stellen und die Zusammenarbeit der Akteure. Die Behandelnden erleben es als anspruchsvoll, der IV-Stelle die notwendigen Informationen zu liefern, doch Mitarbeitende der IV-Stelle und des RAD können sich häufig auch auf andere Informationsquellen stützen.

7 Förderliche und hinderliche Faktoren der Zusammenarbeit

Sowohl in der Dossieranalyse als auch in den Workshops ergaben sich Hinweise auf Faktoren, die der Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, den Vertreterinnen und Vertretern der Arbeitgeber und den Mitarbeitenden der IV-Stellen im Eingliederungsverfahren förderlich sind oder diese behindern und damit auch das Herbeiführen eines gemeinsamen Fall- und Eingliederungsverständnisses erleichtern oder erschweren. Dieses hat sich in der Dossieranalyse als relevant entpuppt: Eine von allen Partnern getragene Sicht der Problemlage und der zu ergreifenden Massnahmen kann unerwünschte einsame Entscheide (z.B. Kündigung durch den Arbeitgeber, Krankschreibung durch den Arzt oder die Ärztin) verhindern. In den vertieft untersuchten Dossiers war ein gemeinsames Fallverständnis tendenziell auch mit einem erhöhten Eingliederungserfolg gepaart.

In diesem Kapitel werden diese Hinweise zusammengetragen. Dabei wird zwischen «internen» und «externen» Faktoren unterschieden. Interne Faktoren betreffen die Zusammenarbeit im konkreten Einzelfall und betreffen somit das Wissen, die Haltungen und das Verhalten der Personen, die direkt in die Zusammenarbeit im Eingliederungsverfahren einbezogen sind. Diese Faktoren können somit von diesen direkt beeinflusst werden.

Externe Faktoren beziehen sich auf die Rahmenbedingungen, in denen sich die Zusammenarbeit abspielt (vgl. Grundmodell der Zusammenarbeit, Abschnitt 2.2.2). Sie entziehen sich somit der Kontrolle der IV-Mitarbeitenden, der zuständigen Personen bei den Arbeitgebern und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten.

7.1 Vorgehen

Erstens ergaben sich aus der Dossieranalyse zentrale förderliche und hinderliche Faktoren, die bereits im Fazit des Kapitel 5 ausführlich besprochen und begründet wurden; diese werden hier in geraffter Form ebenfalls wieder aufgenommen. Zweitens nannten die Workshopteilnehmenden explizit selbst förderliche oder hinderliche Faktoren; es wurde am Abschluss jedes Workshops eine entsprechende Diskussion geführt. Weitere Faktoren wurden von den Forschenden aufgrund der weiteren in den Workshops geschilderten Erfahrungen der Zusammenarbeit hergeleitet. Die Dossieranalyse wiederum lieferte empirische Hinweise dazu, inwieweit insbesondere bei den befragten Personen als förderlich anerkannte Faktoren erfüllt sind oder nicht. Die Befunde werden auch anhand von Erkenntnissen aus anderen Studien eingeordnet.

7.2 Externe Faktoren

In den Workshops wurden auch einige externe Einflussfaktoren der Zusammenarbeit genannt. Es handelt sich somit um Faktoren, welche die unmittelbar in die Zusammenarbeit einbezogenen Personen nicht oder nur begrenzt beeinflussen können. Sie beziehen sich auf das organisatorische Umfeld sowie den gesetzlichen, gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmen, in dem sich die

Eingliederung psychisch kranker Person in den ersten Arbeitsmarkt abspielt (vgl. Grundmodell der Zusammenarbeit in Abschnitt 2.2.2).

Als zentraler Faktor kristallisierte sich in den Workshops die Wichtigkeit fallunabhängiger Informationsanstrengungen der IV-heraus: Wie weiter oben beschrieben, erleichtert ein solides (Vor-)wissen der Arbeitgeber und der Behandelnden über die IV und das Thema Eingliederung am Arbeitsplatz die Zusammenarbeit. Dass sich die IV-Stellen bereits bemühen, diese Akteure auch fallunabhängig zu informieren und sensibilisieren, wurde an den Workshops positiv gewürdigt. Gleichzeitig wurde mehrfach betont, dass weiterhin Anstrengungen gegenüber beiden Partnern notwendig sind (betreffend Arbeitgeber vgl. Geisen et al. 2016). Dazu gehören auch die Information über Entschädigungsmöglichkeiten für die Behandelnden (vgl. nächsten Punkt) und eine Aufklärung über die datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen des Informationsaustauschs, also eine Klärung, wer wem wann was sagen darf und was nicht. Damit können Verletzungen des Datenschutzrechts vermieden, aber auch vermeintliche Hürden der Zusammenarbeit beseitigt werden.

Weitere Faktoren, welche den Rahmen für die Zusammenarbeit bilden und diese somit erleichtern oder erschweren, sind gemäss Äusserungen am Workshop etwa die gesundheitsbezogene Unternehmenskultur des Arbeitgebers (vgl. hierzu etwa Buess/Sidler 2026), die je nach Ausprägung die Zusammenarbeit erleichtert oder erschwert, die gesellschaftliche Stigmatisierung psychischer Krankheiten (hinderlich), der Versorgungsmangel im Bereich Psychiatrie (hinderlich), das Verhalten von Krankentaggeldversicherungen (hinderlich oder förderlich), das persönliche Umfeld der versicherte Person (hinderlich oder förderlich), Unsicherheiten über die Vergütung der Behandelnden (hinderlich) sowie der punktuell als starr empfundene rechtliche Rahmen der IV (hinderlich). Gemäss Aussagen in den Workshops bilden in den IV-Stellen, aber auch bei Behandelnden und den Arbeitgebern auch begrenzte zeitliche Ressourcen für die Eingliederungsarbeit ein Hindernis, weil Koordination und Kommunikation zeitaufwendig seien.

7.3 Interne Faktoren

Wir beschreiben die internen Einflussfaktoren der Zusammenarbeit *in ihrer förderlichen Ausprägung* (z.B. möglichst gezielte Informationserhebung). Es kann jeweils davon ausgegangen werden, dass deren Abwesenheit, respektive deren Gegenstück, als hinderlich oder zumindest weniger förderlich für die Zusammenarbeit wahrgenommen wird (z.B. Informationserhebung erfolgt nicht gezielt, sondern standardisiert). Nachfolgend werden zunächst förderliche Faktoren zusammengefasst, welche sich auf die Formen, Inhalte und Instrumente der Zusammenarbeit beziehen. Danach gehen wir auf Faktoren ein, die sich auf das Wissen, die Perspektive und das Rollenverständnis der Akteure sowie auf deren Verständnis der Zusammenarbeit beziehen.

7.3.1 Formen, Inhalte und Instrumente der Zusammenarbeit

Zielgerichtetes Ausnutzen der vorgesehenen Möglichkeiten

Es zeigt sich in der Dossieranalyse, dass eine Kooperation zwischen IV, Behandlungspersonen und Arbeitgebern systematisch in den meisten Fällen stattfindet. Formelle Kommunikation wird zuverlässig bespielt: Arbeitgeberfragebögen und IV-Behandlungsberichte liegen standardmässig in den Dossiers vor. Round Tables als etabliertes Vernetzungsinstrument finden in der Mehrheit der Fälle statt, in der Regel auch mehrmals im Fallverlauf. Dabei sprechen sich die Akteurinnen und Akteure auf verbindliche Weise ab: eine Zielvereinbarung über Eingliederungsmassnahmen liegt grossmehrheitlich vor. In den Workshops ergaben sich in Bezug auf die genannten Instrumente Hinweise zu deren möglichst kooperationsförderlichem Einsatz:

- **Möglichst gezielte Informationserhebung:** Insbesondere den Behandelnden kommt entgegen, wenn die IV-Stelle auf die Eingliederung bezogene gezielte Fragen stellt, anstatt auch dann umfassende Standardberichte einzufordern, wenn diese gar nicht notwendig sind.
- **Allseitiger und gut vorbereiteter Round Table:** Der gemeinsame Round Table wurde von diesen Akteuren als Instrument hervorgehoben, welches diesen direkten Austausch ermöglicht. Wie die Dossieranalyse gezeigt hat, werden Round Tables durchgeführt, doch fehlt der oder die Behandelnde oft (zum Einbezug der Behandelnden vgl. nachfolgend). Der Round Table dient einem gleichen und unverzerrten Informationsstand aller Beteiligten, kann das Vertrauen der versicherten Person stärken und ermöglicht spezifische Informationsgewinne für alle Beteiligten. Seitens der IV-Mitarbeitenden wurde an den Workshops jedoch relativierend eingebracht, dass die Ressourcen der IV-Stelle für solche Round Tables begrenzt seien, und deshalb eine indirekte Kommunikation über die fallführende Person der IV häufig der einzige Weg des Informationsaustauschs sei; dieser bewähre sich in vielen Fällen auch. Ergänzend kann hier angefügt werden, dass angesichts begrenzter Ressourcen aller Beteiligten ein dosierter, dafür aber gut vorbereiteter Einsatz des Instruments realistisch erscheint (vgl. vertiefender Abschnitt 6.4).

Aktive Kommunikation zwischen den Akteuren

Verläuft die Kooperation gut, zeigt sich das in den Dossiers daran, dass ein intensiverer direkter Austausch stattfindet und dass dabei ein freundlicher Umgangston gewählt wird (Bedanken, Entschuldigen, Nettigkeiten austauschen). Aber auch darüber hinaus kommt es zu kooperationsförderlichem Verhalten, beispielsweise proaktive Kommunikation oder Rückfragen an andere Akteurinnen und Akteure, bevor Entscheidungen getroffen werden; ungefragtes Teilen von Berichten oder sonstigen Informationen als Beispiele. Der Prototyp der «abgestimmten Zusammenarbeit» (vgl. Abschnitt 5.5.1) illustriert einen solchen idealtypischen Kooperationsverlauf, wie er einem Teil der Dossiers anzutreffen war. In den Workshops ergaben sich Hinweise auf mehrere beachtenswerte Facetten der aktiven Kooperation:

- **Mündliche und informelle Kommunikation:** Grundsätzlich wurde in den Workshops bekräftigt, was in den BSV-Kreisschreiben steht und auch in den Arbeitsgrundlagen einiger IV-Stellen betont wird: Mündliche und informelle Kommunikation ist schneller, ermöglicht einen direkten Austausch schafft Vertrauen und beugt Missverständnissen vor. Angesichts der Tatsache, dass die Eingliederung eine rollende Planung erfordert, erscheint ein informeller Umgang umso wichtiger. Dies spricht nicht gegen verbindliche Zielvereinbarungen und regelmässige Standortbestimmungen. Die Dossieranalyse zeigte jedoch, dass dieser informelle Austausch nur selektiv stattfindet.
- **Direkte Kommunikation:** Als förderlich wird erachtet, wenn die IV-Stelle die Behandlerin bzw. den Behandler direkt z.B. über Entscheide und insbesondere auch über aus ihrer Sicht erforderliche Behandlungsmassnahmen informiert und nicht nur indirekt via versicherte Person. Wie sich gezeigt hat, gibt es hier unterschiedliche Praktiken der IV-Stellen. Der indirekte Informationsaustausch z.B. via die versicherte Person spart zwar zeitliche Ressourcen, birgt aber Risiken der Informationsverzerrung. Je komplexer oder konfliktträchtiger die Situation, desto eher ist auch ein direkter Austausch zwischen Behandelnden und Arbeitgebern auch einem indirekt über die IV-Stelle vermittelten Informationsfluss vorzuziehen. Der direkte Austausch zwischen IV-Stelle und Arbeitgeber wurde in den Workshops weniger betont. Dies könnte daran liegen, dass er als selbstverständlicher erlebt wird, wie auch die Dossieranalyse nahelegt (soweit die Zusammenarbeit nicht an eine oder einen Job Coach delegiert wird). Dass der direkte Austausch wichtig für den Vertrauensaufbau ist, hat sich schon in früheren Studien gezeigt (Guggisberg et al. 2008).
- **Direkter Austausch aller drei Partner:** Mehrfach erwähnt wurde in den Workshops seitens der Arbeitgeber und der Behandelnden, dass ein (schon früh initialisierter) direkter Austausch aller drei Partner – einschliesslich der versicherten Person – wünschenswert sei, um die vertrauensvolle und auf ein gemeinsames Fallverständnis ausgerichtete Zusammenarbeit zu fördern. Die Dossieranalyse und die Workshopdiskussionen zeigten, dass der Einbezug der Behandelnden deutlich schwächer ist als der Einbezug der Arbeitgeber (vgl. nachfolgend «Behandelnde systematisch einbinden»). Dass insbesondere der direkte Kontakt zwischen Behandelnden und Arbeitgebern eher selten ist, aber erwünscht wäre, ergab sich auch in früheren Studien (Baer et al. 2017a, 2017b).
- **Frühe Klärung datenschutzrechtlicher Fragen:** Dass sich Behandelnde und Arbeitgeber wenig direkt austauschen, hängt gemäss den Workshops auch mit Ängsten der versicherten Person zusammen, dass Informationen über sie an den Arbeitgeber gelangen könnten, die ihr schaden. Auch Behandelnde (und Arbeitgeber) haben hier teils die Sorge, die Datenschutzrechte der versicherten Person zu verletzen. Hier ist eine Klärung hilfreich, dass es nur um Informationen gehen kann, die für die Eingliederungsplanung relevant sind, also um Einschränkungen und Ressourcen und nicht um die Diagnose oder andere intime Details aus der Anamnese der versicherten Person. Zentral dabei ist, dass die versicherte Person hierbei einbezogen wird, um ihr Vertrauen in die beteiligten Akteure zu stärken (vgl. im Abschnitt 7.3.2 den Punkt «versicherte Person ‘mitnehmen’» unter «Verständnis der Zusammenarbeit»). Für den übrigen Informationsaustausch bestehen keine rechtlichen

Hürden, die als hinderlich wahrgenommen wurden – wie dies auch die Analyse der gesetzlichen Grundlagen und der Weisungen des BSV ergab (vgl. Kapitel 3).

- **Direkter Austausch zwischen RAD und Behandelnden bei Bedarf:** Vereinzelt wurde an den Workshops auch der direkte Austausch zwischen RAD und Behandelnden, also unter Personen mit gleichem beruflichem Hintergrund als förderlich erwähnt. Gemäss der Dossieranalyse sind solche Direktkontakte sehr selten.

Behandelnde systematisch einbinden

Wenn es gelingt, die Behandelnden genügend einzubinden, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ein gemeinsames Fall- und Eingliederungsverständnis erarbeitet werden kann. Und wenn dieses besteht, sinkt gemäss der Dossieranalyse das Risiko, dass die Behandelnden ohne Absprache die versicherte Person krankschreiben.

Dieser förderliche Faktor ist gemäss den Befunden der Dossieranalyse jedoch häufig nicht gewährleistet. In über der Hälfte der Fälle weiss die Behandlungsperson nicht über den Verlauf und wichtige Entscheide Bescheid. An Round Tables ist sie in weniger als einem Drittel der Fälle dabei. Entsprechend fliesst ihre Perspektive selten in die Zielvereinbarung mit ein (in nahezu der Hälfte aller Fälle während des gesamten Verlaufs gar nie). Ein direkter persönlicher Kontakt zwischen IV und Behandlungspersonen ist die Ausnahme, die primäre Quelle des Austauschs ist das Berichtswesen. Dort werden zwar meist zuverlässig und umfassend Informationen über den Gesundheitszustand, Diagnosen und Symptome übermittelt. Angaben zu Arbeitsplatzanpassungen, Funktionseinschränkungen am Arbeitsplatz oder generellen eingliederungsbezogenen Empfehlungen fehlen weitestgehend oder sind sehr rudimentär (z.B. «langsamer Einstieg»).

Beim Einsatz von Job Coaches den fachlichen Lead bei der IV behalten

Der Einsatz von Job Coaches wird angesichts begrenzter zeitlicher Ressourcen aller beteiligten Akteure als der Zusammenarbeit förderlich anerkannt. Mit dieser Funktion werde eine Person eingesetzt, welche die Kapazität habe, die versicherte Person zu begleiten und als IV-unabhängige Person auch einfacher deren Vertrauen gewinnen könne; sie könne auch die allseitige Kommunikation gewährleisten. Die fallführende Person der IV-Stelle könne ihre Dossiers aus Ressourcen Gründen nicht so eng begleiten. Jedoch wurde hierzu an den Workshops auch angemerkt, dass letztere die Zusammenarbeit und den Eingliederungsprozess weiterhin selbst steuern muss: Sie muss den fachlichen Lead behalten und als Hüterin der Expertise darüber, welche Möglichkeiten und Grenzen die IV hat, sicherstellen, dass der Job Coach weder unerfüllbare Versprechen macht noch Möglichkeiten übersieht, welche die IV eigentlich hätte.

Wie die Dossieranalyse zeigt, ist auch dieser förderliche Faktor häufig nicht erfüllt. Dies birgt Risiken: In den Daten wird ersichtlich, dass mehr einsame Entscheide getroffen werden, wenn ein, resp. eine Job Coach involviert ist. Das wirkt paradox, da Job Coaches potenziell zur Kooperation der Hauptakteure beitragen könnten. Job Coaches sind oftmals aber genau das, was der Name impliziert: sie coachen arbeitsbezogen und stehen mit dem Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin im

Austausch. Aber mit den Behandlungspersonen stimmen sie sich eher selten ab (vgl. auch Prototyp «stellvertretende Zusammenarbeit»).

7.3.2 Wissen, Perspektiven, Rollenverständnis und Verständnis der Zusammenarbeit der involvierten Personen

Wir beschreiben zunächst förderliche Faktoren, die sich direkt auf die Arbeitgeber, die Behandelnden und die Mitarbeitenden der IV-Stelle beziehen. Danach wird auf Faktoren zum Verständnis der Zusammenarbeit eingegangen, die alle drei Akteure betreffen.

Arbeitgeber

Die arbeitgeberseitigen förderlichen Faktoren im Bereich Wissen und Perspektiven können gemäss den Workshopaussagen in den nachfolgenden Punkten zusammengefasst werden. Es ist festzuhalten, dass hier ein Idealzustand beschrieben wird, der in der Praxis nicht vorausgesetzt und erwartet werden kann. Es ist an den fallführenden Personen der IV, im Zuge der Zusammenarbeit den Arbeitgebern diese Aspekte zu vermitteln, soweit dies nicht im Rahmen fallunabhängiger Informationsanstrengungen der IV (vgl. Abschnitt 7.2) schon gelingt:

- **Grundwissen über die IV, die Eingliederung und psychische Erkrankungen:** Ein gutes Wissen bei den Arbeitgebern über die IV, den Stellenwert der Eingliederung, ihre Instrumente und Prozesse, und im besten Fall auch über die Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Ressourcen und Limiten von Mitarbeitenden wurde in den Workshops als förderlicher Faktor beschrieben. Mit diesem soliden Grundwissen geht einher, Auffälligkeiten der versicherten Person am Arbeitsplatz nicht als Ausdruck fehlender Motivation oder schlechten Willens zu missdeuten, wenn sie eigentlich Ausdruck einer psychischen Erkrankung sind, und psychische Erkrankungen nicht zu stigmatisieren.
- **Realistische Erwartungen und Offenheit für abgestimmte und rollende Planung:** Von einem soliden Grundwissen versprechen sich die Workshopteilnehmenden eine realistische Einschätzung der Eingliederungsmöglichkeiten und weder positiv noch negativ verzerrte Leistungsbeurteilungen der versicherten Person, aber auch eine grundsätzlich grössere Offenheit und bessere Umsetzungschancen. Dazu gehört insbesondere, dass Arbeitgeber nicht feste und längerfristige Prognosen hinsichtlich des Eingliederungsverlaufs erwarten, sondern anerkennen, dass Eingliederung ein Prozess ist, der mit Unsicherheiten behaftet ist, laufende Abstimmung erfordert und eine rollende Planung braucht. So wird verhindert, dass anfängliche Zuversicht und Offenheit für eine Eingliederung am Arbeitsplatz in spätere Ernüchterung und eventuell Ablehnung umschlagen.

Die Befunde der Dossieranalyse hierzu sind differenziert: Die grosse Mehrheit der Arbeitgeber zeigt eine eingliederungsorientierte Grundhaltung gegenüber Personen mit psychischen Erkrankungen und ist sich bewusst, dass sich hierfür alle Beteiligten engagieren müssen. Sie demonstrieren Mitgefühl, Hilfsbereitschaft und Rücksichtnahme gegenüber der versicherten Person und ihren Einschränkungen. Gleichzeitig wirken ihre Lösungsverständnisse häufig relativ unspezifisch, was

die Wichtigkeit einer guten Fallsteuerung durch die IV unterstreicht. Auch fanden sich Dossiers, in denen Arbeitgeber die Schwere der Einschränkung unterschätzen und später ernüchtert reagieren.

Behandelnde

Aus den Workshopdiskussionen ergaben sich zu Wissen und Perspektiven der Behandelnden folgende förderlichen Faktoren:

- **Kenntnisse zur Einschätzung funktioneller Ressourcen und Limiten:** Auch bezüglich der Ärzteschaft werden gute Kenntnisse der IV und ihrer Möglichkeiten als hilfreich für die Zusammenarbeit erachtet. Förderlich sind auch Kenntnisse in Bezug auf die Einschätzung von funktionellen Ressourcen und Limiten der versicherten Personen.
- **Ressourcen- und eingliederungsorientierte Grundhaltung:** Als förderlich wird auch erachtet, wenn die Behandelnden ihre Patientin, ihren Patienten darin unterstützen, ihre Ressourcen zu mobilisieren und somit grundsätzlich einen Eingliederungsversuch als stützend für die Therapie und nicht als Problem anerkennen können. Sie können auch dazu beitragen, dass die versicherte Person ihre Ressourcen und Limiten richtig einschätzt und sich nicht überschätzt.
- **Ähnliche Sicht verschiedener Behandelnder:** Ebenfalls förderlich ist es, wenn die verschiedenen involvierten Behandelnden eine ähnliche Sicht einnehmen, und wenn die Einschätzungen des, resp. der Behandelnden und der versicherten Person nicht voneinander abweichen (vgl. auch nachfolgend den Punkt «versicherte Person ‘mitnehmen’» unter Rollenverständnis).

Die Dossieranalyse zeigt auch für die Behandelnden Unterschiede bezüglich des Wissens und der Grundhaltung. In den ärztlichen Berichten liegt der Fokus oft auf Symptomen und der psychiatrischen Anamnese und weniger auf den besonders eingliederungsrelevanten Aspekten. Gleichwohl zeigen die Behandelnden gemäss den analysierten Dossiers mehrheitlich eine kooperative Haltung und gehen davon aus, dass die Behandlung und die Eingliederungsmassnahmen parallel verlaufen können. Es finden sich Beispiele, in denen Behandelnde empfehlen, die Eingliederung rasch voranzutreiben, um einer schädlichen Inaktivität entgegenzuwirken, aber es finden sich auch Gegenbeispiele, in denen Behandelnde ein langsames Eingliederungstempo und einen sehr niederschwelligen Einstieg mit einem Minipensum fordern. Ein zu niederschwelliger Einstieg kann die Zusammenarbeit strapazieren und regressive Verläufe begünstigen.

Mitarbeitende der IV-Stelle

In den Workshopdiskussionen wurden kaum Aussagen zum Wissen und Perspektiven der fallführenden Personen der IV-Stelle (oder der RAD) gemacht. Zweifel am Wissen der IV-Mitarbeitenden wurden nicht geäussert. Aus dem Gesagten und den Befunden der Dossieranalyse ergeben sich v.a. zwei förderliche Faktoren, die nicht immer gewährleistet sind.

- **Proaktive Grundhaltung:** Da die anderen Partner gemäss der Dossieranalyse oft nicht eigeninitiativ auf die IV-Stelle zugehen und bei der Beurteilung der Auswirkungen der gesundheitlichen Situation auf die Eingliederungsplanung an Grenzen stossen, ist es umso wichtiger, dass die fallführende Person der IV-Stelle proaktiv auf diese Partner zugeht und Informationen gibt und einholt.
- **Behandelnde und Arbeitgeber aktiv informieren und Arbeitgeber unterstützen:** Soweit nicht ohnehin eine direkte Kommunikation stattfindet, sollte die IV-Stelle die anderen Akteure über den Verfahrensstand informieren und die Arbeitgeber bei der Umsetzung der Eingliederung aktiv unterstützen. Dabei sollte insbesondere darauf geachtet werden, Behandelnde genügend einzubeziehen. Sie können gerade in schwierigen Situationen wertvolle Informationen liefern. Wie die Dossieranalyse und die vertiefende Diskussion in den Workshops, aber auch frühere Forschungsprojekte zeigen (Bolliger/Féraud 2015; Baer et al. 2017a; Baer et al. 2018a), ist dies häufig nicht der Fall. Behandelnde erleben den Informationsfluss zugespitzt gesagt als Einbahnstrasse von ihnen zur IV. Dies schürt das Risiko einsamer Entscheide, wie die Dossieranalyse gezeigt hat.
- **Fachlichen Lead übernehmen:** Die fallführende Person der IV-Stelle muss aus den gesundheits- und ressourcenbezogenen Informationen und den Gegebenheiten am Arbeitsplatz und Arbeitsmarkt ableiten, wie der Eingliederungsarbeitsplatz und der Prozess (Steigerungstempo) auszugestalten sind und somit den fachlichen Lead übernehmen. In der Dossieranalyse zeigt sich, dass die IV-Mitarbeitenden diese Aufgaben formell zwar wahrnehmen. Sie beachten dabei in den meisten analysierten Fällen die Einschätzungen der Arbeitgeber und der Behandelnden, was grundsätzlich sinnvoll ist. Nur in der Minderheit der Dossiers sind eigene fachliche Überlegungen dokumentiert. Der zentrale Aspekt des fachlichen Leads der IV in der Zusammenarbeit wird in der Synthese in Kapitel 8 vertieft.

Verständnis der Zusammenarbeit

Die folgenden Faktoren, die sich in den Workshops ergaben, beschreiben Facetten eines Zusammenarbeitsverständnisses, das einem gemeinsamen Fallverständnis zuträglich sein sollte:

- **(Ergebnis-)offener Dialog:** In den meisten Workshops wurde die Bereitschaft der drei Akteure, in einen vertrauensvollen, ergebnisoffenen Dialog zu treten, als zentraler förderlicher Faktor beschrieben. Dazu würden der Willen und die Fähigkeit gehören, die eigene Perspektive zu hinterfragen und die Kompetenz der jeweils anderen in ihrer Domäne anzuerkennen.
- **Früh in gegenseitiges Vertrauen investieren:** Einem solchen offenen Dialog förderlich ist, wenn bereits früh im Verfahren (Problemanalyse) das Gespräch gesucht wird, was v.a. der fallführenden Person der IV-Stelle obliegt. Deren proaktive Arbeitsauffassung ist auch gemäss der Dossieranalyse ein förderlicher Faktor. Wenn sich die Akteure kennen, werden mögliches Misstrauen und Vorurteile abgebaut, die in den unterschiedlichen Arbeitskontexten der drei Akteure begründet sind (vgl. das Grundmodell der Zusammenarbeit). Auch können Rollen, Aufgaben und Erwartungen geklärt, Informationsflüsse abgesprochen und Datenschutzfragen geklärt werden.

- **Erreichbarkeit:** Eine gute Erreichbarkeit aller Partner ist von praktischer Bedeutung. Förderlich ist zudem die Bereitschaft der IV-Stelle als «Motor» des Verfahrens, sich bei Bedarf auch hartnäckig darum zu bemühen, die anderen Partner zu erreichen.
- **Zentral: Versicherte Person «mitnehmen»:** Als zentral bei diesem Informationsaustausch wurde erachtet, die versicherte Person «mitzunehmen». Der Dialog muss so geführt werden, dass die versicherte Person darauf vertrauen kann und auch darauf vertraut, dass keine unnötigen Informationen an den Arbeitgeber weitergegeben werden, und dass die beim Arbeitgeber involvierten Personen das Vertrauen, mit dem offen über Ressourcen und Limiten gesprochen wird, nicht missbrauchen. Der Behandler, resp. die Behandlerin kann umgekehrt das Vertrauen der versicherten Person in die anderen Akteure stärken, indem er, sie ihr garantiert, nur eingliederungsrelevante Informationen weiterzugeben. Dieser letzte förderliche Faktor wurde als unverzichtbar, aber gerade bei psychischen Erkrankungen auch als herausfordernd beschrieben.²⁷

²⁷ Im Rahmen der Fallführung sind auch die IV-Stellen angehalten, die Beziehung zu den Versicherten so zu gestalten, dass ein Vertrauensverhältnis entsteht (siehe KSFF).

8 Synthese

Im Folgenden werden ausgewählte Erkenntnisse aus der Dossieranalyse und aus den Workshops zusammengefasst, vertieft und aus fachlicher Sicht der Autorenschaft eingeordnet sowie kritisch reflektiert. Die Synthese liefert somit Denkanstösse für künftige Diskussionen zur Verbesserung der Zusammenarbeit.

Die hier diskutierten Aspekte beziehen sich primär auf die Eingliederungspraxis der IV-Stellen, resp. die fallführenden IV-Fachpersonen und auf die ebenfalls im Einzelfall involvierten Behandelnden sowie Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitgeber. Daneben prägen auch externe Rahmenbedingungen die Zusammenarbeit (vgl. hierzu das Grundmodell der Zusammenarbeit in Abschnitt 2.2.2 und die in Abschnitt 7.2 genannten Faktoren).²⁸

In den 147 analysierten Dossiers zeigen sich auf den ersten Blick hohe Kooperationswerte zwischen den Mitarbeitenden der IV, den Arbeitgebern und den Behandelnden. Round Tables und Zielvereinbarungen werden genutzt, die IV handelt meist proaktiv. In der Mehrheit der Fälle ist man sich über Problem-, Ziel- und Eingliederungsverständnis einig, zumindest ist nichts Gegenteiliges dokumentiert. Kooperation findet statt: unterschiedlich intensiv und häufig je nach Akteurinnen bzw. Akteuren, meistens schriftlich, aber gänzlich fehlende Zusammenarbeit gibt es nicht. Teilweise schaffen Job Coaches Abhilfe, die den Kontakt, vorwiegend zum Arbeitgeber, selten zur Behandlungsperson halten und als indirekte Informationsquelle für die IV dienen.

Dieser positive Eindruck ist jedoch aus mehreren Gründen zu relativieren. *Erstens* ist davon auszugehen, dass die im Rahmen dieser Studie untersuchten Dossiers Verläufe mit überdurchschnittlich erfolgreicher Zusammenarbeit repräsentieren: In all diesen Fällen kam zumindest ein Eingliederungsversuch im ersten Arbeitsmarkt zustande, was bei weitem nicht für alle Eingliederungsverfahren gilt. *Zweitens* bestätigen die Einschätzungen der Workshopteilnehmenden, dass die Zusammenarbeit häufig nicht intensiv ist und häufig – obwohl eigentlich erwünscht – wenig direkte Kontakte zwischen allen drei Kooperationspartnern bestehen. Die Aussagen der Akteure in den Workshops verdeutlichen, dass es in der Praxis eine grosse Bandbreite an Zusammenarbeitsformen gibt: von Eingliederungsverfahren mit einer auf ein gemeinsames Fallverständnis ausgerichteten, abgestimmten Zusammenarbeit bis hin zu Verfahren mit mangelhaftem Austausch oder einseitiger Information, in die nicht alle Akteure einbezogen sind. Die Herausforderungen beziehen sich auf alle in dieser Studie untersuchten Dimensionen der Zusammenarbeit: die tatsächlich angewendeten Formen, Instrumente und Inhalte, das Wissen und die Perspektiven der Akteure und deren Verständnis ihrer Rollen in der Zusammenarbeit. Und *drittens* zeigte sich bei der vertiefteren textlichen Analyse der Dossiers, dass die auf den ersten Blick insgesamt gut funktionierenden Abläufe oft eher oberflächlich, standardisiert und schriftlich stattfinden. Die Befunde geben wichtige Hinweise,

²⁸ Gemäss Aussagen in den Workshops bilden in den IV-Stellen, aber auch bei Behandelnden und den Arbeitgebern beispielsweise auch die begrenzten zeitlichen Ressourcen für die Eingliederungsarbeit ein Hindernis, weil Koordination und Kommunikation zeitaufwendig seien. Die Ressourcen zu beurteilen, war nicht Teil des Forschungsauftrags, weshalb die Forschenden hierzu nicht Stellung beziehen.

wo Chancen zur Professionalisierung und Vertiefung der Kooperation liegen – und damit für die Wirksamkeit der Eingliederung und das positive Erleben aller Beteiligten. Es ergeben sich folgende zentrale Erkenntnisse.

Gesetzliche Grundlagen und Weisungen des BSV und ihre Umsetzung

In der Studie wurden zunächst die gesetzlichen Grundlagen und Weisungen des BSV daraufhin untersucht, wie sie die Zusammenarbeit regeln. Dabei wurden auch Neuerungen im Rahmen der WE IV berücksichtigt. Das Fazit in Bezug auf das Ziel eines gemeinsamen Fallverständnisses der drei Akteure ist grundsätzlich positiv: Die gesetzlichen Grundlagen und die Weisungen des BSV verpflichten und ermächtigen die drei Akteure zur Zusammenarbeit. Sie ermöglichen einen unkomplizierten und gezielten Informationsaustausch und verlangen ein abgestimmtes Vorgehen bei der Eingliederung und der parallelen medizinischen Behandlung. Der fachliche und prozessuale Lead wird dabei der IV-Stelle zugeschrieben. Gleichzeitig lassen sie den Akteuren (verständlicherweise) viele Spielräume bei der konkreten Ausgestaltung, um dem konkreten Einzelfall gerecht zu werden. Auffallend ist dabei jedoch der Fokus der Weisungen auf den bilateralen Austausch zwischen der IV-Stelle und ihren beiden Partnern. Vorgaben für ein direktes Interagieren zu dritt (z.B. Round Table) bestehen kaum.

Bei der Umsetzung der Vorgaben durch die IV-Stellen gibt es noch Verbesserungspotenziale, wie einige der nachfolgend diskutierten Studienerkenntnisse zeigen. Insbesondere betrifft dies erstens den schwachen Einbezug der Behandelnden und zweitens die Leaderrolle der IV im Eingliederungsverfahren: Die fallführende Person nimmt zwar prozessual oft ihre Drehscheibenfunktion wahr, ein fachlicher Lead war aber in vielen Dossiers kaum erkennbar.

Bezüglich der zusammenarbeitsbezogenen Neuerungen der WE IV ergibt sich ein wenig spektakuläres, aber grundsätzlich positives Fazit: Diese betreffen wichtige Facetten der Zusammenarbeit, verankern aber eher die gelebte Praxis der IV-Stellen im Recht, als dass sie der Zusammenarbeit wesentliche Impulse verleihen. Geschätzt wird insbesondere die Unterstützung durch die IV-Stelle bei der Eingliederung, und dabei das Job Coaching. Umgekehrt besteht, wie die Dossieranalyse zeigt, gerade hierin das Risiko, dass die IV-Stelle die Fallsteuerung zu sehr an den/die Job Coach delegiert.

Einbezug der Behandelnden ungenügend

Behandlungspersonen sind oft nur begrenzt in den Prozess der beruflichen Eingliederung eingebunden. Dieser Befund aus der Dossieranalyse entspricht auch der überwiegenden Wahrnehmung der Workshopteilnehmenden. Die Kommunikation mit der IV geschieht überwiegend via Berichtswesen. Ärztliche Berichte mit Anamnese, Befunderhebung und Diagnostik ersetzen aber aus fachlicher Sicht der Autorenschaft weder eine Klärung der Arbeitsproblematik noch das Festlegen eines Eingliederungsplanes – weil es dafür eine eingliederungsorientierte statt einer psychiatrischen Diagnostik und die Perspektiven und das Know-how aller Akteurinnen und Akteure braucht. Die IV-Stellen setzen zwar neben den Standardformularen auch stärker auf die Eingliederung fokussierte

und individualisierbare Fragebogen ein. Doch auch diese ersetzen den gemeinsamen persönlichen Austausch nicht: Die berufliche Eingliederung ist immer mit Unsicherheiten, der Angst zu scheitern etc. verbunden (Baer et al. 2018a). Aus Sicht der Forschenden würde eine früh im Prozess einsetzende persönliche Kooperation hier viel Sicherheit geben, weil sie im Gegensatz zum reinen Berichtswesen einen direkten gegenseitigen Informationsaustausch und damit ein kontinuierliches Aushandeln und Absichern des gemeinsamen Problem- und Eingliederungsverständnisses ermöglicht. Auch in den Workshops wurde dieser Punkt als wichtig erachtet. Weitere Situationen, in denen ein Einbezug der behandelnden Person besonders wichtig ist, sind gemäss den Workshops die Uneinigkeit zwischen Arbeitgeber, IV und versicherter Person und der Umgang mit Krisensituationen. Auch gemäss den Weisungen des BSV hat die IV nicht nur eine Hol-, sondern auch eine Bringschuld gegenüber den Behandelnden, auch wird den fallführenden Personen ein rascher, formloser und auch mündlicher Kontakt nahegelegt. Auch eine laufende Abstimmung von Behandlung und Eingliederung wird verlangt, und dies nicht nur im Rahmen von medizinischen Auflagen zur Schadenminderung.

Ein direkter Kontakt zwischen IV und Behandlungspersonen ist in der Praxis gemäss der Dossieranalyse allerdings selten, auch nehmen die Behandelnden deutlich seltener an Round Tables teil als die Arbeitgeberseite. Dies liegt nicht nur an den Behandlungspersonen selbst. Oft wird von Seite der IV gar nicht erst versucht, die Behandelnden für die Teilnahme an Round Tables zu gewinnen. Aufgrund von Aussagen an den Workshops liegt das zum Teil daran, dass die Eingliederungsfachpersonen von vornherein davon ausgehen, dass die Behandelnden weder Zeit noch Motivation haben, sich im Eingliederungsprozess über das Berichtswesen hinaus zu engagieren. Die Entscheidung auf der administrativen Ebene liegt darin, dass bei den Zielvereinbarungen der Eingliederungsmassnahmen eine Unterschrift der Behandelnden gar nicht vorgesehen ist.

Insofern ist es auch nachvollziehbar, dass die häufigsten «einsamen Entscheide» auf Seite der Behandelnden geschehen, indem sie während des Eingliederungsverfahrens ohne Abstimmung mit anderen Akteuren krankschreiben – und damit der Prozess ins Stocken gerät. Der Nichteinbezug der Behandelnden ist sachlich nicht nachvollziehbar, auch wenn er aufgrund schwieriger Einzelerfahrungen (erschwerte Erreichbarkeit der Behandlungspersonen etc.) verständlich sein mag: Ohne Austausch mit den Behandelnden lässt sich kein fundiertes erfolgreiches Eingliederungsprozedere durchführen.

Sowohl in der qualitativen Analyse der Dossiers wie auch in den Workshops wurde deutlich, dass es nicht wenige Ärztinnen und Ärzte gibt, die in der Zusammenarbeit eine Chance sehen, dass die Eingliederung zu einer Stabilisierung des Gesundheitszustandes beiträgt und sich deswegen auch aktiv um eine enge Zusammenarbeit bemühen. In diesen Fällen kommt es auch zu einer engeren Kooperation.

Gemäss den Workshops ist die den Behandelnden zugedachte Rolle in der Eingliederung für diese anspruchsvoll, insbesondere die Einschätzung der Ressourcen und Einschränkungen der versicherten Person. Diese Aussage ist allerdings diskussionswürdig: die Behandelnden beobachten ihre Patientinnen und Patienten zwar nicht bei der Arbeit, aber Ergebnisse aus einer früheren Studie (Baer et al. 2017a) zeigen, dass sie grundsätzlich sehr gut zu fundierten Einschätzungen in der Lage sind.

Was sie hingegen als besonders schwierig wahrnehmen ist, ihre fachliche Meinung auch zu kommunizieren, wenn die Patientin oder Patient die Situation anders wahrnimmt als die Behandlungsperson (z.B. trotz Fähigkeit ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis wünscht etc.). Zudem beurteilen Behandlungspersonen gemäss dieser Studie die Defizite ihrer eigenen Patientinnen und Patienten sehr viel negativer als sie es theoretisch tun würden. Da die Ärztinnen und Ärzte gemäss dem Bundesgericht (z.B. BGer 4A_125/2024) die einzige Berufsgruppe sind, welche qualifiziert ist, die medizinische Arbeitsunfähigkeit zu beurteilen, muss diese Fähigkeit von ihnen auch erwartet werden können. Genau diese realistische Einschätzung von krankheitsbedingten Ressourcen und Einschränkungen ist ihre Aufgabe in der Kooperation mit den anderen Akteuren. Hier sollte geklärt werden, von wem die Initiative kommen sollte, um die Behandelnden einzubinden und den Informationsfluss zu gewährleisten. Zudem sollte diskutiert werden, wie die ärztlichen Behandlungspersonen geschult werden können in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Prognose.

Die Rolle der Arbeitgeber

Arbeitgeber sind im Gegensatz zu den Behandlungspersonen keine Spezialisten für medizinisch bedingte Arbeitsprobleme, Ressourcen und Fähigkeitseinschränkungen. Aber sie sind Spezialisten für die Beurteilung von Arbeitsleistung und Verhalten der Versicherten an der aktuellen Stelle: Niemand kann so gut beurteilen, wie die Versicherten ihre Aufgaben erfüllen, wie zuverlässig sie sind und wie gut sie sich in ein Team integrieren können.

Die Arbeitgeber in den hier genauer untersuchten Dossiers zeigen sich grossmehrheitlich empathisch, engagiert und hilfsbereit. Zudem sind sie meist auch sehr bemüht, die gesundheitliche Situation der Mitarbeitenden zu verbessern und viel zu unternehmen, damit es nicht zu einem «Rückfall» kommt. Diese sind sicher wichtige Voraussetzungen, damit die Eingliederung gelingen kann.

Auf der anderen Seite nehmen die Arbeitgeber selbst ihre eigene Expertise, die betriebliche Situation und teils auch das Team, in dem die versicherten Personen arbeiten, nicht immer genügend ernst: die Dossiers zeigen, dass Arbeitgeber zu Beginn der Eingliederung meist sehr optimistisch sind, vielleicht auch die Einschränkungen der Versicherten unterschätzen. Zudem sind sie bezüglich Anforderungen sehr bis zu entgegenkommend: sie stellen zu Beginn keine Erwartungen und gehen von teils unrealistischen Bedingungen aus («die Person keinerlei Druck oder Stress am Arbeitsplatz aussetzen»). Dies ist Ausdruck ihrer nachvollziehbaren Unsicherheit, was von den Versicherten erwartet werden darf und was nicht. Dies führt dann im Verlauf der Eingliederung nicht selten zu Frustrationen und Ungeduld, weil die Eingliederung langsamer oder problematischer verläuft als erwartet. Dem vorzubeugen, ist aus Sicht der Autorinnen und Autoren zum einen die Aufgabe der IV und der Behandlungsperson. Aber es wäre auch das Recht und die Aufgabe der Arbeitgeber, von Beginn weg die Erwartungen – und auch die Grenzen – klarzustellen und konkrete fachliche Informationen und Unterstützung zu verlangen. Arbeitgeber dürfen und sollen von Anfang an Erwartungen, Unterstützungsbedarf und Grenzen ihrer Unterstützung klar formulieren und auch klar kommunizieren, wie aktuell Leistung und Verhalten der Versicherten eingeschätzt werden.

Einfluss der versicherten Personen selbst

Im Fokus der vorliegenden Untersuchung lagen die Hauptakteurinnen und -akteure und deren Kooperation. Die Versicherten waren nicht im Fokus dieser Untersuchung. Dennoch zeigt sich, dass sie mit ihrem Verhalten, ihren Ressourcen und Einschränkungen einen wichtigen Einfluss auf die Kooperation haben können. Dazu sind zwei Aspekte für die vorliegende Studie besonders relevant. Für die Dossieranalyse wurden Fälle ausgewählt, bei denen mindestens eine Massnahme im ersten Arbeitsmarkt stattgefunden hat. Das ist eine Vorselektion im Vergleich zu allen Dossiers bei der IV, die sich in der Eingliederung befinden. Dass eine Massnahme im ersten Arbeitsmarkt möglich ist, zeugt von einer eher «funktionalen» Stichprobe von Versicherten. Es ist daher von einem Selektionseffekt von eher guten Verläufen auszugehen. Dafür spricht auch, dass lediglich in 17% der Fälle die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10, F6) vergeben wurde.²⁹

Psychische Erkrankungen gehen typischerweise oft mit einer Diskrepanz von Eigen- und Fremdwahrnehmung einher; was aus dem klinischen Alltag bekannt ist und diagnostisch abgeleitet werden kann. Beispielsweise durch eine depressionsbedingt getrübte, überforderte Sicht auf die Dinge. Oder als weiteres Beispiel bei Persönlichkeitsstörungen, wo Denken, Fühlen und Handeln definitionsgemäss deutlich von der Norm abweichen. In solchen Konstellationen, in denen die versicherte Person nur bedingt in der Lage ist, Situationen adäquat wahrzunehmen und allen Beteiligten gegenüber gleich zu kommunizieren, ist die Kooperation herausfordernd. Dies gilt natürlich auch für Behandelnde, Arbeitgeber, IV-Eingliederungsfachpersonen und Coaches, die eine einseitige Wahrnehmung von den Partnern haben. Die Kommunikation zwischen den Hauptakteurinnen und -akteuren ist folglich in dieser Situation anfällig für Störungen und Missverständnisse. Hier wäre eine gute gegenseitige Absprache zentral, damit man nicht gegeneinander arbeitet. Umgekehrt kann eine psychisch erkrankte Person, die über hohe Vernetzungs- und Kooperationskompetenzen verfügt, auch selbst aktiv viel zur gelingenden Kooperation zwischen den Akteurinnen und Akteuren beitragen.

Das Verhalten der versicherten Person ist aber nicht ein unbeeinflussbarer Faktor für die Zusammenarbeit. Ihr Engagement für die Eingliederung kann gefördert werden, indem sie in die Zusammenarbeit einbezogen wird. Dies ist gemäss übereinstimmenden Aussagen der Beteiligten an den Workshops denn auch zentral, denn die versicherte Person muss darauf vertrauen können, dass Informationen über ihre gesundheitliche Situation, die ihre Behandelnden an ihren Arbeitgeber

²⁹ Persönlichkeitsstörungen gehen oft mit Arbeitsproblemen einher und sind überrepräsentiert bei schwierigen Integrationsverläufen, wie eine Befragung der Psychiaterinnen und Psychiater in der Schweiz gezeigt hat (Baer et al., 2017a). Persönlichkeitsstörungen sind diagnostisch der häufigste Grund für eine IV-Rente aus sogenannten «psychogenen und milieureaktiven» Gründen (Baer et al. 2009). Der geringe Anteil an F6-Diagnosen in unserer Stichprobe ist ein Indiz für eine selektive, eher funktionale Untergruppe von IV-Massnahmeempfängerinnen und -empfängern. Nichtsdestotrotz finden sich auch in den vorliegenden Fällen herausfordernde Konstellationen der Zusammenarbeit, überzufällig oft in Zusammenhang mit einer Persönlichkeitsstörung oder -akzentuierung der Versicherten.

weitergeben, dort nicht gegen sie verwendet werden, sondern für die geeignete Anpassung des Arbeitsplatzes nötig sind.

Für die Kooperation der so unterschiedlichen Partner ist es deshalb auch wichtig, eine gemeinsame Sprache zu wählen die alle verstehen und die «alltagstauglich» ist. Diese Sprache ist diejenige der Funktionsfähigkeit und Funktionsdefizite: Was kann die versicherte Person leisten, was noch nicht – also die Ressourcen und Einschränkungen bei der Arbeit. Diese «Sprache» ist nicht nur verständlicher, sondern auch relevanter für die Eingliederung als der Austausch über Symptome, Diagnosen oder subjektives Leiden, zu dem lediglich die Versicherten und die Behandlungspersonen, nicht aber die anderen Akteure etwas beitragen können. In dieser «Funktionssprache» sind alle Akteure aufgrund ihres Wissens und ihrer Erfahrungen auf Augenhöhe – es gibt keinen Akteur, der das am besten weiss. Ein Beispiel für eine Funktionsfähigkeit wäre die Fähigkeit, Prioritäten zu setzen. Alle Akteurinnen und Akteure können aus ihrer Perspektive aus etwas zu dieser Fähigkeit der versicherten Person sagen. Die versicherte Person selber kann berichten, wie leicht oder schwer ihr das Setzen von Prioritäten fällt. Der Arbeitgeber kann einordnen, wie gut das am Arbeitsplatz gelingt und ob das eine relevante Kompetenz des Stellenprofils ist. Behandlungspersonen können aus den Diagnosen und Symptomen ableiten, ob diese Fähigkeit aus psychischen Gründen beeinträchtigt ist. Schliesslich kennt auch die fallführende Person der IV den Klienten oder die Klientin und kann etwas fachlich dazu beitragen, zum Beispiel mit Inputs, welche vorübergehenden Anpassungen der Tätigkeit vorgenommen werden können, um die eingeschränkte Prioritätensetzung zu kompensieren.

Fehlender fachlicher Lead der IV

Der Lead bei der Planung der Eingliederung liegt gemäss den rechtlichen Grundlagen bei der IV und diese Rolle der fallführenden Personen ist mit den Neuerungen zur Fallführung (Art. 41a IVV; KSFF) im Rahmen der WE IV noch verstärkt worden. Die Fallführung umfasst die Bestandaufnahme, die Planung des weiteren Vorgehens über die einzelne Massnahme hinaus (Rz. 1018 KSFF), die Begleitung und Überwachung der Massnahmen sowie die Koordination der involvierten Leistungserbringer und Personen. Eine im Frühjahr 2026 veröffentlichte Evaluation attestiert dieser Neuerung eine fachliche Weiterentwicklung und Optimierung der Fallführung und den Fallführenden eine «Drehscheibenfunktion» (Kirchhofer et al. 2026: XI). Letztere zeigt sich auch in der Dossieranalyse dieses Forschungsprojekts.

Doch anhand der Dokumentation in den Dossiers muss man davon ausgehen, dass sich die IV in den Eingliederungsverfahren selbst wenig fachlich einbringt, obwohl die Eingliederungsfachpersonen der IV-Stellen geschult sind und von den drei Zusammenarbeitspartnern am meisten Erfahrung mit Eingliederungsmassnahmen und -prozessen haben. Eigene (oft rudimentäre) fachliche Überlegungen der IV-Beratungspersonen sind in einem Drittel der Fälle in den Dossiers dokumentiert. Ansonsten werden Informationen verwaltend zusammengetragen, und es ist selten eine eigene (zumindest kurze) fachlich begründete Eingliederungsplanung dokumentiert.

Das hat Folgen: Die oben beschriebene an sich funktionierende Kooperation bleibt auf einem tiefen Niveau der Einigung und Verständigung. Oft einigen sich die Hauptakteurinnen und -akteure auf den kleinsten gemeinsamen Nenner, also darauf, dass ein Einstieg vor allem langsam und ohne Druck geschehen sollte. Der gemeinsame Nenner sind dabei die Unsicherheiten aller Beteiligten: Behandlungspersonen wollen keine Überforderung riskieren und sprechen sich konservativ für eine behutsame Eingliederung aus. Arbeitgeber sind unsicher, was sie erwarten und welche Tätigkeiten sie zumuten dürfen, und wollen keine Fehler machen respektive nicht verantwortlich sein für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

Greift die IV – Eingliederungsfachpersonen und RAD – nicht fachlich begründet, korrigierend und ermutigend ein, resultieren teils langwierige Eingliederungsverläufe mit beispielsweise standardmässigen 10-20%-Steigerungsschritten pro Monat. Ob solche Steigerungsraten in den konkreten Fällen sinnvoll oder eher kontraproduktiv sind, weil sie zum Beispiel die Geduld des Arbeitsumfeldes zu stark strapazieren, ist unklar. Es fehlt in den Dossiers normalerweise eine Begründung für solche Vorgehensweisen in der individuellen Situation.

Besonders relevant im Hinblick auf die Zusammenarbeit der Akteurinnen und Akteure: die IV ist in dieser eher verwaltenden Haltung auf den Goodwill der anderen Beteiligten angewiesen. Kooperation scheint dort gut zu funktionieren, wo Behandlungspersonen selbst der Eingliederung gegenüber positiv stehen und von sich aus engagiert sind. Ebenso klappt es gut, wenn Arbeitgeber sich eingliederungsoffen zeigen und bereits von sich aus Kompetenzen in der Wiedereingliederung aufweisen. Ist dies nicht der Fall, findet Kooperation deutlich weniger häufig oder weniger intensiv statt. Prototypisch meldet sich der Behandler oder die Behandlerin dann ausschliesslich über das Berichtswesen und ist bei wichtigen Entscheidungen aussen vor. Der (engagierte) Arbeitgeber bzw. Arbeitgeberin zeigt sich zu Beginn oft motiviert und zu euphorisch, weil er die Einschränkungen der versicherten Person unterschätzt, wird dann im Verlauf frustriert und das Kündigungsrisiko steigt. Solche vermeidbaren Erfahrungen wurden von mehreren Workshopteilnehmenden beschrieben.

Hier spielt die IV-Stelle eine Schlüsselrolle: betrachtet sie die unkooperativen Verhaltensweisen der anderen Akteurinnen und Akteure als gegeben, dann ist das ein Risiko für eine gelingende Zusammenarbeit. Setzt sich die IV jedoch aktiv dafür ein, andere Akteurinnen bzw. Akteure für eine Kooperation zu gewinnen, ist das eine grosse Ressource. Dabei spielen einerseits Vorurteile (Workshopstimme: «Behandlungspersonen haben keine Zeit für Round Tables») eine massgebliche Rolle. Unklar ist auch, inwiefern die fallführenden Personen der IV Aufklärungsarbeit gegenüber anderen Akteurinnen und Akteuren leisten: Es wurden in der vorliegenden Analyse keine Textstellen identifiziert, die solche Aktivitäten der IV dokumentieren. Arbeitgeber unterzeichnen in den meisten Fällen zwar Zielvereinbarungen mit, hingegen wurden keine Textpassagen identifiziert, in denen darüberhinausgehend Informationen über die Einschränkungen und Ressourcen der zu integrierenden Person erläutert werden. Job Coaches sind wiederholt als Hilfspersonen dokumentiert, wenn es um technische und organisatorische Anpassungen geht (Arbeitstage, Ferienbezug etc.). Weniger Dokumentation konnte identifiziert werden in Hilfestellungen für den Arbeitgeber

in Sachen Umgang mit dem Team, in dem die psychisch beeinträchtigte Person eingegliedert werden soll.

Fachlich fundierte Eingliederungspläne sind die Ausnahme

In sehr wenigen Dossiers ist von den IV-Eingliederungsfachpersonen ein eigenständiger Plan dokumentiert, der die Ressourcen und Einschränkungen der versicherten Personen am Arbeitsplatz skizziert und darauf aufbauend eine Planung der Eingliederungsschritte beschreibt – beispielsweise auf einer halben oder ganzen A4-Seite. Analyse und Plan mögen vielleicht etwas anspruchsvoll klingen, aber in Wirklichkeit sind sie ein grosser Vorteil: Bevor Massnahmen ergriffen werden, sollte eine ausreichende Klarheit bestehen, wo überhaupt die Hindernisse für eine erfolgreiche Eingliederung liegen. Dies erst recht, weil Eingliederungsmassnahmen immer auch mit Stress und Befürchtungen für die versicherten Personen verbunden sind (Baer et al., 2018a): Eingliederungsmassnahmen können belasten, scheitern und damit auch schaden.

Deshalb sollten die Beteiligten, so wie es auch in den Weisungen des BSV vorgegeben wird, zum Beispiel folgende Fragen stellen und gemeinsam besprechen: Welche Fähigkeiten sind eingeschränkt, welche nicht, und wo liegt das hauptsächliche Arbeitsproblem? Lassen sich die Einschränkungen durch Training verbessern oder muss man sie als gegeben ansehen und entsprechende Arbeitsanpassungen vornehmen? Ist das Arbeitsproblem eher krankheitsbedingt oder eher durch ungenügende Motivation erklärbar – oder durch einen Mix aus beidem? Unternimmt die versicherte Person jetzt schon alles, um den Eingliederungsprozess zu unterstützen oder wären Auflagen sinnvoll?

Das sind alles praktische und relevante Fragen, zu denen alle Beteiligten etwas beitragen können: die Arbeitgeber, weil sie die versicherte Person von der Arbeit her kennen, und die Behandelnden, weil sie den Patienten/die Patientin psychiatrisch-psychologisch einschätzen können. Ein Austausch zu diesen Fragen sollte eigentlich die Grundlage sein für die Planung der Eingliederung und stattfinden, bevor über Massnahmen entschieden wird.

Wir haben in den untersuchten Dossiers zudem nur eine einzige explizite Auflage durch die IV gefunden. Da erscheint die Frage berechtigt, ob diese Massnahme nicht zu selten im Sinne der Eingliederung angewandt wird – zumal die Hälfte der IV-Versicherten, die Auflagen erhalten haben, im Nachhinein berichten, dass ihnen dies geholfen habe (Baer et al. 2018a). Weitere Fragen, womit sich die Eingliederungskateure unzureichend zu befassen scheinen, sind beispielsweise: Soll die Eingliederung eher rasch geschehen, damit sich keine regressionsfördernden Effekte einstellen oder eher schrittweise und langsamer, weil sonst eine Überforderung droht? Wie sollen die Arbeitgeber und die Teams informiert werden über die Arbeitsprobleme der Versicherten? Wo dürfen die Arbeitgeber den Versicherten Leistung zumuten und wo nicht?

Formelle Kooperation, die es inhaltlich auszugestalten gilt

Ein Positivbeispiel für eine kooperative Eingliederungshaltung liefert ein Blick in die Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit Querschnittlähmung: In der beruflichen Eingliederung bei

Patientinnen und Patienten mit einer Querschnittlähmung arbeiten beispielsweise am Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ) Medizin und Eingliederungsberatung zusammen. Oft gilt dies schon früh in der stationären medizinischen Erstrehabilitation. Die enge Kooperation erlaubt auch ein rasches und koordiniertes Handeln, wenn es zu Problemen im Eingliederungsprozess kommt. Die Erfolgsquoten in der Eingliederung sind in solchen Modellen («ParaWork», SPZ) offenbar auch höher (Schwegler et al. 2024). Auch wenn die Ausgangssituation bei Versicherten mit psychischen Erkrankungen in vieler Hinsicht eine andere ist, zeigt das Beispiel, dass eine systematische Kooperation zwischen den Akteuren grundsätzlich möglich und auch erfolgreich ist. Die Kooperation bei Versicherten mit psychischen Erkrankungen ist anspruchsvoller, da die Erkrankung normalerweise früh beginnt, schleichend oder schwankend verläuft und überwiegend ambulant in privaten Praxen behandelt wird – und nicht in einer Institution. Aber wie die vorliegende Studie zeigt, ist auch hier eine engagierte Kooperation der Beteiligten durchaus möglich.

Die vorliegenden Auswertungen zeigen darüber hinaus aber auch, dass Kooperation zwar meist notwendig, aber allein nicht ausreichend ist für die Eingliederung: Sich einig zu sein auf einem fachlich undifferenzierten Niveau, reicht nicht. Man kann auch kooperativ scheitern. Das heisst, ein gemeinsames Fallverständnis muss fundiert und der Situation angemessen sein. So wie dies auch in den Weisungen des BSV vorgegeben ist, sollte die Voraussetzung sein, dass zuerst die Situation genau interdisziplinär analysiert wird und in einem zweiten Schritt darauf aufbauend gezielte Massnahmen getroffen werden.

Nötige weitere Professionalisierung der Eingliederungsarbeit bei psychischen Krankheiten

Dass die Eingliederung bei psychisch erkrankten Versicherten zumindest gemäss Dokumentation in den Dossiers fachlich oft auf einem eher rudimentären Niveau geschieht, wirft bei den Forschenden anhand der gesetzlichen Grundlagen und der Weisungen des BSV einige Fragen auf: Sollte nicht eine fachlich fundierte, dokumentierte und mit allen Akteurinnen und Akteuren geteilte Analyse der Einschränkungen und Potenziale eine Bedingung sein für die Finanzierung von Massnahmen? Sind die RAD eng und aktiv genug in den Eingliederungsprozess involviert (unsere Daten lassen vermuten, dass dies eher nicht der Fall ist)? Und vor allem: Ist überhaupt das Bewusstsein vorhanden, dass der Erfolg der beruflichen Eingliederung auch bei psychisch erkrankten Personen eine *fachlich und interdisziplinär fundierte Grundlage* voraussetzt? Aufgrund der vorliegenden Studie ist anzunehmen, dass dies noch nicht immer der Fall ist. Diese Aspekte der weiteren Professionalisierung der Eingliederungsarbeit sind von den IV-Stellen fachlich und organisatorisch direkt beeinflussbar.

Das Fachwissen über spezifische Einschränkungen und Bedarf bei psychischen Krankheiten wird in die Eingliederungsarbeit noch zu wenig einbezogen: Es wird engagiert gearbeitet, aber oft ohne eine dokumentierte fachliche Basis. Stärker als bei somatischen Erkrankungen scheinen aus praktischer Erfahrung in der Eingliederung psychisch erkrankter Versicherter Intuition, persönliche Haltung und Präferenzen sowie individuelle Erfahrungen der Beteiligten eine Rolle zu spielen. Psychisch bedingte Einschränkungen waren noch vor 30-40 Jahren eine vergleichsweise kleine Gruppe bei den IV-Anmeldungen und bei den Berentungen. Eingliederungsmassnahmen waren ebenfalls

viel seltener als heute, zudem gab es viel weniger und auch weniger spezifische Massnahmen. Hier wurde im IV-System sehr viel entwickelt und aufgebaut und es hat sich in den letzten rund 20 Jahren auch eine verstärkte Eingliederungsorientierung durchgesetzt. Man kann zudem davon ausgehen, dass bei allen Akteursgruppen eine gewisse Sensibilisierung stattgefunden hat gegenüber psychischen Erkrankungen, respektive in der Behandlung gegenüber der Bedeutung von Erwerbstätigkeit für die psychische Stabilisierung der Patientinnen und Patienten. Diese gestiegene Sensibilität bildet die aktuell vorliegende Datenlage ab. Dass Absprachen in Form von Round Tables derart häufig durchgeführt werden, ist ein Beispiel dieser Sensibilität.

Gleichzeitig gibt es keine Weisungen und kein strukturiertes Vorgehen zum Ablauf oder zum Inhalt solcher Round Tables. Solche praktischen methodischen Fragen, sind bis heute kaum beantwortet. Eingliederung ist bei psychisch Kranken immer noch etwas, das man mit viel Erfahrungswissen und Intuition umsetzt– nicht etwas, wo man viel wissenschaftliche Evidenz hat und danach handelt. Hier kann man die erwähnten positiven Entwicklungen und insbesondere die gegenüber früher verbesserte Kooperation als Potenzial sehen, um der Eingliederung psychisch kranker Personen einen weiteren Professionalisierungsschub zu geben.

Verbesserungspotenzial scheint auch bei der Planung des Eingliederungsprozesses zu bestehen. Obwohl sich im Rahmen des Eingliederungsprozesses das «Trial-and-Error» oft nicht vermeiden lässt, dürfte es sich in den meisten Fällen lohnen, nicht einfach möglichst schnell zu starten, sondern gerade zu Beginn des Eingliederungsprozesses mehr Zeit für die Analyse der Situation und die Schaffung eines Commitments für die Eingliederung zu investieren. So zeigte die Analyse der Dossiers, dass bei psychischen Erkrankungen eine Art Standardprozess abläuft, ohne dass in ausreichendem Masse Bestandesaufnahmen stattfinden und auf dieser Basis ein individueller Eingliederungsplan erarbeitet wird. Die Möglichkeiten scheinen hier noch nicht ausgeschöpft. Eine weitere wichtige Frage ist, wie sich im gegebenen Ressourcenrahmen der trilaterale Austausch zwischen IV-Stellen, Arbeitgebenden und Behandelnden fördern lässt. Dazu müssen sowohl Arbeitgeber als auch Behandler und IV beitragen und sollten auch die Versicherten bestmöglich ihren Beitrag leisten.

Anhang 1: Massnahmen der beruflichen Eingliederung im ersten Arbeitsmarkt

Leistungscode Massnahme (Rechtsgrundlage (evtl. weitere Einordnung))	Durchführungsort 1. Arbeitsmarkt oder nicht		
	nie 1. AM	immer 1. AM	beides möglich
Abklärungsmassnahmen			
296 Beruflich-medizinische Abklärungen zur Eingliederungsfähigkeit (Art. 43 ATSG, Art. 69, 78 IVV)			x
Frühintervention			
561 Anpassungen des Arbeitsplatzes (Art. 7d Abs. 2 Bst. a IVG)		x ¹	
562 Ausbildungskurse (Art. 7d Abs. 2 Bst. b IVG)			x
565 Sozial-berufliche Rehabilitation (Art. 7d Abs. 2 Bst. e IVG)			x
566 Beschäftigungsmassnahme (Art. 7d Abs. 2 Bst. f IVG)			x
567 Stellensuche (Art. 7d Abs. 2 Bst. c IVG (Arbeitsvermittlung))		x	
568 Arbeitsplatzerhalt (Art. 7d Abs. 2 Bst. c IVG (Arbeitsvermittlung))		x	
569 Berufsberatungsgespräche und -analyse (Art. 7d Abs. 2 Bst. d IVG (Berufsberatung))	x		
570 Berufsberatungsmassnahmen (Art. 7d Abs. 2 Bst. d IVG (Berufsberatung))			x
571 Coaching-Leistung (Art. 7d Abs. 2 Bst. g IVG (Beratung und Begleitung und Suche Einsatzplatz))		x	
Beratung und Begleitung (Art. 14^{quater} IVG)			
577 Suche Einsatzplatz Art. 14quater IVG während Eingliederungsprozess		x	
578 Beratung und Begleitung Art. 14quater IVG während Eingliederung (bei geltend machen des Anspruchs)			x ²
579 Coaching-Leistung Art. 14quater IVG während Eingliederung		x	
580 Beratung und Begleitung Art. 14quater Abs. 3 und 4 IVG (nach der Eingliederung)			x ²
Integrationsmassnahmen (Art. 14a IVG)			
584 Arbeit zur Zeitüberbrückung			x
587 Beitrag Arbeitgeber (Art. 14a Abs. 5 IVG)		x ¹	
590 Integrationsmassnahmen für Jugendliche (Art. 14a Abs. 1 Bst. b IVG) – nur für Personen < 25			*
591 Aufbautraining			x
592 Arbeitstraining			x
Berufsberatung und Brückenangebote			
531 Berufsberatungsgespräche und -analyse (Art. 15 Abs. 1 IVG (Jugendliche))	x		
532 Vorbereitende Massnahme in der Berufsberatung (Art. 15 Abs. 1 IVG (Jugendliche))			x
533 Vertiefte Abklärung möglicher Berufsrichtungen			x
536 Spezialisierte kantonale Brückenangebote (Art. 68bis Abs. 1ter IVG) – nur für Personen < 25			*
Erstmalige berufliche Ausbildung (Art. 16 IVG)			
401 Ausbildungen auf Tertiärstufe			x
402 Allgemeinbildende Schulen			x
410 Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis EFZ			x
420 Eidgenössisches Berufsattest EBA			x
425 Vorbereitung auf Hilfsarbeit oder Tätigkeit in geschützter Werkstatt (z.B. PrA INSOS, IV-Anlehre)			x
426 Andere Ausbildungen zur beruflichen Eingliederung			x
427 Gezielte Vorbereitung (Art. 16 IVG, Art. 5 Abs. 2 IVV) (auf eine feststehende berufliche Ausbildung)			x
447 Berufliche Weiterausbildung			x
Umschulung (Art. 17 IVG)			
451 Ausbildungen auf Tertiärstufe			x
452 Allgemeinbildende Schulen			x
460 Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis EFZ			x
470 Eidgenössisches Berufsattest EBA			x
475 Vorbereitung auf Hilfsarbeit oder Tätigkeit in geschützter Werkstatt (z.B. PrA INSOS, IV-Anlehre)			x
476 Andere Ausbildungen zur beruflichen Eingliederung			x
477 Gezielte Vorbereitung			x
500 Wiedereinschulung in bisherigen Beruf			x
Arbeitsvermittlung (Art. 18 IVG), Arbeitsversuch (Art. 18a IVG), Personalverleih (Art. 18a^{bis} IVG) und Einarbeitungszuschuss (Art. 18b IVG)			
538 Stellensuche (Arbeitsvermittlung Art. 18 IVG)		x ¹	
539 Arbeitsplatzerhalt (Arbeitsvermittlung Art. 18 IVG)		x ¹	
540 Arbeitsversuch (Art. 18a IVG)		x ¹	
543 Personalverleih (Art. 18abis)		x ¹	
544 Entschädigung für Beitragserhöhungen in Personalverleih (Art. 18abis)		x ¹	
545 Einarbeitungszuschuss (Art. 18b IVG)		x ¹	
551 Entschädigung an Arbeitgeber für Beitragserhöhungen der obligatorischen beruflichen Vorsorge und der Krankenversicherung		x ¹	
552 Kapitalhilfe (Art. 18d IVG) – nur für selbständig erwerbende Personen		x ¹	

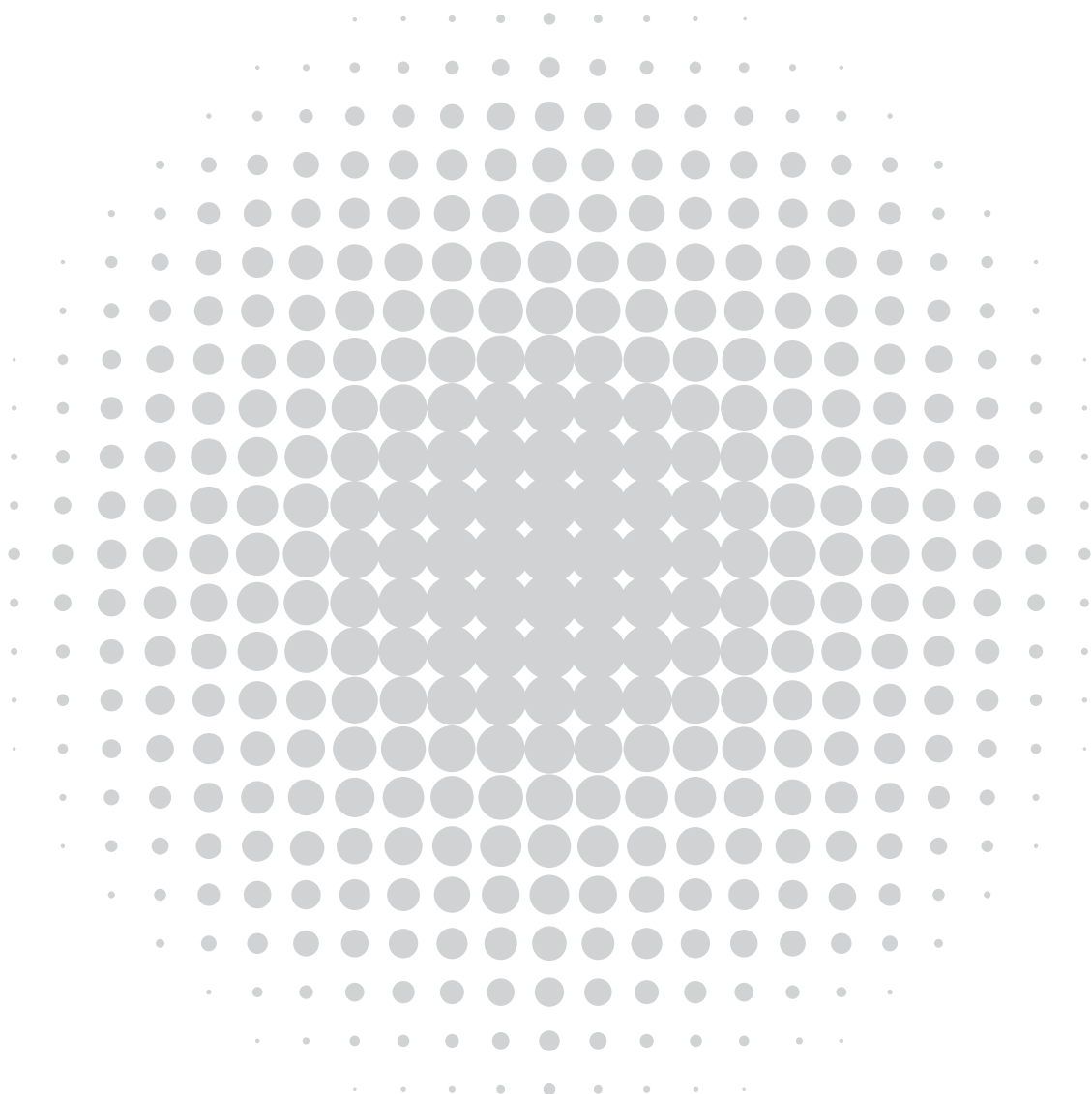
Quellen: Kapitel 5.7 und Anhang 3 KSGLS, ergänzende Auskünfte des BSV

Bemerkungen: ¹: Gemäss Codierungsanweisung in KSGLS müssen die IV-Stellen den Durchführungsort codieren, obwohl es nach Auskunft BSV immer der 1. Arbeitsmarkt ist. ²: Der Durchführungsort hängt vom Durchführungsort der Hauptmassnahme ab, zu der B&B ergänzend zugesprochen wurde.

Literaturverzeichnis

- Baer, Niklas (2007). Würden Sie einen psychisch behinderten Menschen anstellen? Zeitschrift für Sozialhilfe 1:104.
- Baer, Niklas; Frick, Ulrich; Fasel, Tanja (2009). Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe. Forschungsbericht 6/09. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Baer, Niklas; Altwicker-Hàtori, Szilvia; Juvalta, Sibylle; Frick, Ulrich; Rüesch, Peter (2015). Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 19/15. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Baer, Niklas; Frick, Ulrich; Rota, Fulvia; Vallon, Pierre; Aebi, Kaspar; Romann, Christine; Kurmann, Julius (2017a). Patienten mit Arbeitsproblemen: Befragung von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 11/17. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Baer, N; Frick, U; Auerbach, S; Basler, M (2017b). «Der tägliche Wahnsinn» Psychisch auffällige Mitarbeitende und ihr Problemverlauf aus Sicht von Deutschschweizer Führungskräften. Online-Publikation 2017: <https://workmed.ch/wp-content/uploads/hslu-2017-psychisch-krank-ma-studie.pdf>
- Baer, N; Bachmann, K; Keller, I; Frick, U (2017c). Psychisch kranke Arbeitnehmer: Arbeitgeber und Psychiater lancieren in einer ländlichen Region gemeinsam ein Forschungsprojekt: Prozess und Resultate. Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie 2/17.
- Baer, Niklas; Frick, Ulrich; Besse, Christine; Cuonz, Neisa; Matt, Michael (2018a): Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten. Erfolgsfaktoren, Verlauf und Zufriedenheit; Beiträge zur sozialen Sicherheit; Forschungsbericht Nr. 8/18: Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Baer, N; Schweighauser C; Ettlin P; Frei A; Werner F; Bonfadelli L; Frick U (2018b). Bewahrung der Arbeitsfähigkeit kranker Mitarbeitender in KMU. CHSS 4/2018, 44-50.
- Baer N; Frick U et al. (2023.) Krankschreibungen aus psychischen Gründen in der Schweiz: Hintergründe, Verläufe und Verfahren; Eine Analyse von Versichertendossiers der SWICA Krankentaggeldversicherung. <https://workmed.ch/wp-content/uploads/studie-krankschreibungen-aus-psychischen-gruenden-ch.pdf>
- Bolliger, Christian; Féraud, Marius (2015). Die Zusammenarbeit zwischen der IV und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten: Formen, Instrumente und Einschätzungen der Akteure. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 5/15. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

- Bolliger, Christian; Champion, Cyrielle; Gerber, Michèle; Fritschi, Tobias; Neuenschwander, Peter; Kraus, Simonina; Luchsinger, Larissa; Steiner, Carmen (2020): Auflagen zur Schadenminderungspflicht in der Invalidenversicherung. Beiträge zur sozialen Sicherheit; Forschungsbericht Nr. 1/2020, Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
- Buess, Michael; Sidler, Petra (2026). Arbeitgeberbefragung zur Wahrnehmung der IV und ihrer Instrumente. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 1/26. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Compasso (2024). Arbeitgeberstudie: Ressourcen- und Absenzenmanagement. Zürich: Compasso.
- EFK (2023). Evaluation von Umschulungsmassnahmen der Invalidenversicherung. Bern: Eidgenössische Finanzkontrolle.
- Geisen, Thomas; Baumgartner, Edgar; Ochsenbein, Guy; Duchêne-Lacroix, Cédric; Widmer, Lea; Amez-Droz, Pascal; Bauer, Roland (2016). Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den Arbeitgebenden. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 1/16. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Guggisberg, Jürg, Egger, Theres und Künzi, Kilian (2008). Evaluation der Arbeitsvermittlung in der Invalidenversicherung. Beiträge zur sozialen Sicherheit; Forschungsbericht Nr. 2/08, Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Guggisberg, Jürg, Bischof, Severin, Jäggi, Jolanda und Stocker, Desirée (2015). Evaluation der Eingliederung und der eingliederungsorientierten Rentenrevision der Invalidenversicherung. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 18/15. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Kirchhofer, Roger, Dominik Schenker, Jeremias Amstutz, Anna Yang und Sarah Madörin (2026). Evaluation der Fallführung. Umsetzung der Neuerungen in der Invalidenversicherung. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen
- Murer, Erwin (2014). Invalidenversicherungsgesetz (Art. 1-27^{bis} IVG). Bern: Stämpfli
- Schwegler U., Galvis Aparicio M., Staubli S., Austin-Cliff G., Brinkhof MWG (2024). Labor Market Participation of Persons With Spinal Cord Injury Living in Switzerland Between 2012 and 2022: A Comparison to the General Population. Am J Phys Med Rehabil 2024, 103 (11S Suppl 3): 310-318.



bsv.admin.ch

