

SOZIALE SICHERHEIT

CHSS N° 2 / 2017

SCHWERPUNKT

Weiterentwicklung der IV

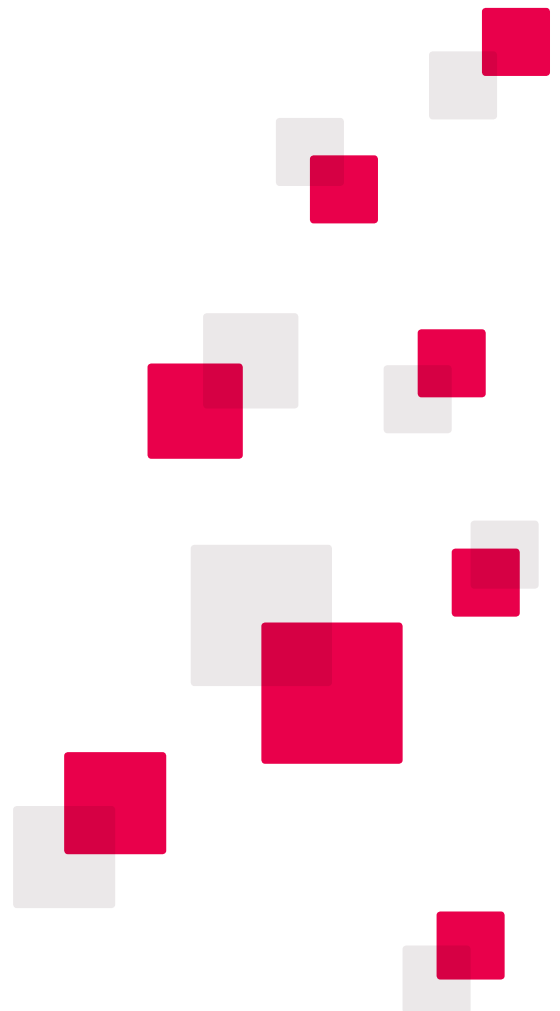
Der Ball liegt beim Parlament 7

Sozialpolitik

Mehr als eine Billion 43

Familie, Generationen, Gesellschaft

Familienzulagen: Regulierungskosten und Verbesserungsvorschläge 50



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

Weiterentwicklung der IV – der Ball liegt beim Parlament



Stefan Ritler

Vizedirektor Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Invalidenversicherung (IV) hat in den letzten Jahrzehnten verschiedene Reformen durchlaufen. Vor allem hat sie einen Philosophiewechsel vollzogen. Mit Erfolg. Von einer Renten- hat sie sich zur eigentlichen Eingliederungsversicherung entwickelt. Das zeigen die Evaluationen der 4. und 5. sowie der 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket (Revision 6a). Mit diesem Wandel, der schneller erfolgte als erwartet, liess sich die Anzahl laufender Renten um mehr als zehn Prozent reduzieren. Die Neurenten sind seit 2003 um 50 Prozent gesunken. Konnten die IV-Stellen 2008 über 6000 Personen im Arbeitsmarkt halten oder dort wiedereingliedern, waren es 2015 bereits 20 000. Gleichzeitig musste die IV den Gürtel massiv enger schnallen; 2011 beliefen sich ihre Schulden bei der AHV auf rund 15 Mrd. Franken. Davon konnte sie v. a. dank der Zusatzfinanzierung über eine bis 31. Dezember 2017 befristete Erhöhung der Mehrwertsteuer 3,6 Mrd. Franken bereits zurückzahlen. Nach aktuellen Projektionen sollte die Schuld 2030 getilgt sein. Die Sanierung der IV läuft somit nach Plan.

Damit stellt sich die legitime Frage, warum es eine weitere Erneuerung überhaupt braucht: Zum einen hat die Evaluation der früheren Reformen gezeigt, dass die mit der Revision 6a gesteckten politischen Eingliederungsziele nicht

erreicht worden sind. Zum anderen kam der OECD-Bericht «Mental Health and Work: Switzerland» 2014 zum Schluss, dass die IV zwar gut funktioniert, die Zusammenarbeit der einzelnen Eingliederungsakteure in verschiedenen Punkten aber verbessert werden kann. Schliesslich – und das ist zentral – sollen mit den dem Parlament vorgeschlagenen Massnahmen die Versicherten und ihre Bedürfnisse wieder in den Mittelpunkt gerückt werden. Denn, obwohl es im aktuellen System gelungen ist, die Zahl der Renten insgesamt zu reduzieren, wurden mit den jungen Erwachsenen und den Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zwei Personengruppen nicht richtig erreicht. Demzufolge will die IV künftig früher im Leben gefährdeter Versicherter präsent sein, schneller reagieren, die Versicherten von der Geburt bis ins Rentenalter nach Bedarf begleiten, beraten, führen. In der Zusammenarbeit mit allen Eingliederungsakteuren, einschliesslich der Schule, Berufsbildung und Ärzteschaft, sollen Synergien gesucht und geschaffen werden. Da sein, alle denkbaren erfolgsversprechenden Massnahmen ausloten, Anreize schaffen, fördern und befähigen: Das sind nur einige Leitsätze, die mit der Weiterentwicklung der IV bestärkt und gefestigt werden sollen.

Künftig soll weniger starr und schematisch gearbeitet, aber besser koordiniert werden. Die IV muss gesundheitlich beeinträchtigten Versicherten zeit ihres Lebens zur Seite stehen, ab Geburt über die Schul- und Ausbildungszeit bis hin zur möglichst dauerhaften und nachhaltigen Integration in den Arbeitsmarkt. Denn jede Massnahme, die früh genug getroffen wird, wirkt sich positiv auf die weitere Erwerbskarriere aus und macht Diskussionen über ein Mindestalter für den Rentenbezug überflüssig. Systemoptimierung: Damit kann die IV die künftigen Herausforderungen bewerkstelligen. Der Bundesrat hat dem Parlament hierzu ein reichhaltiges Menu vorgelegt. Hoffen wir, dass es daran Geschmack findet. ■

03 Editorial
58 Sozialversicherungsstatistik
60 Gut zu wissen

Schwerpunkt

Weiterentwicklung der IV – der Ball liegt beim Parlament

8 Weiterentwicklung der IV: Übersicht Die Weiterentwicklung der IV zielt auf eine angemessene, koordinierte Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und Versicherten mit psychischen Beeinträchtigungen. In Zusammenarbeit mit den beteiligten Akteuren soll die IV das Eingliederungspotenzial und die Vermittlungsfähigkeit dieser Zielgruppen ausschöpfen und verbessern können. **Patrick Cudré-Mauroux, Bundesamt für Sozialversicherungen**

15 Verstärkung der beruflichen Eingliederung Durch eine konsequente und koordinierte Nutzung aller Instrumente der beruflichen Wiedereingliederung sollen v. a. junge und psychisch erkrankte Versicherte künftig noch zielgerichteter und enger begleitet werden, um dadurch ihre Erwerbsperspektiven zu stärken. **Andrea Lüthi, Bundesamt für Sozialversicherungen**

20 Welches Rentensystem für die IV? Im Zuge der Weiterentwicklung der IV will der Bundesrat das Rentensystem anpassen. Die vorgeschlagenen Neuerungen beabsichtigen eine Senkung der Rentenzusprachen, insbesondere zugunsten von Jugendlichen, und die Einführung des stufenlosen Rentensystems. Wie sehen diese Änderungen konkret aus? **Jasmina Combaz, IV-Stelle Kanton Wallis**

26 Geplante Änderungen bei den medizinischen Massnahmen Die Revision der Geburtsgebrechenliste soll es der IV erlauben, von schwerwiegenden Behinderungen betroffene Kinder und Familien besser zu unterstützen. Zudem soll die Versicherung die medizinischen Massnahmen für die berufliche Wiedereingliederung künftig bis zum 25. Lebensjahr übernehmen können. **Chantal Vuilleumier-Hauser, Bundesamt für Sozialversicherungen**

31 Paradigmenwechsel bei der Berentung junger Personen? Eine neue Studie über Eingliederungssysteme in vergleichbaren europäischen Ländern bestätigt den Bundesrat darin, dass die eingeschlagene Richtung bei der Weiterentwicklung der IV mit einem frühen, konsequenten und beharrlichen Einsatz des bestehenden Instrumentariums zielführender ist als ein verschärfter Zugang zur Rente für Junge, wie er mit einer Erhöhung des Mindestrentenalters bisweilen gefordert wird. **Rienk Prins, Maarsse (Niederlande) / Christina Eggenberger, Martin Wicki; Bundesamt für Sozialversicherungen**

37 Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten Die Zusammenarbeit der IV mit Dritten, v. a. den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für die nachhaltige berufliche Integration Versicherter. Hierzu müssen die medizinischen und beruflichen Eingliederungsmassnahmen der IV sowie die medizinische Behandlung der Ärzteschaft zielgerichteter koordiniert werden. **Katrin Jentzsch, Andrea Lüthi; Bundesamt für Sozialversicherungen**

Sozialpolitik

43 Mehr als eine Billion Das Finanzkapital der sozialen Sicherung betrug Ende 2014 mit 1149 Mrd. Franken mehr als eine Billion. Der weitaus grösste Teil entfiel mit 1048 Mrd. Franken auf die berufliche Vorsorge, wovon in der vom BSV geführten Gesamtrechnung der Sozialversicherungen 770 Mrd. Franken ausgewiesen werden können. **Stefan Müller, Salome Schüpbach; Bundesamt für Sozialversicherungen**

Familie, Generationen und Gesellschaft

50 Familienzulagen: Regulierungskosten und Verbesserungsvorschläge 2015 wurden gesamtschweizerisch rund 5,6 Mrd. Franken Familienzulagen nach FamZG ausgerichtet. Die administrativen Kosten der Unternehmen beliefen sich dabei auf 278 Mio. Franken. Mit punktuellen Verbesserungen oder einer Neukonzeption des Systems liessen sie sich senken. **Josef Perrez, Institut für Wirtschaftsstudien Basel**

55 Bundesratsbericht zu Ausbildungs- und Familienzulagen In einem Bericht von Mitte Februar kommt der Bundesrat zum Schluss, dass sich die Altersgrenze von 25 Jahren für den Bezug von Ausbildungszulagen bewährt hat. Zudem können erwerbstätige Partner von Funktionären internationaler Organisationen Familienzulagen nach Schweizer Recht beziehen, auch wenn die Organisationen eigene Familienleistungen an ihre Mitarbeitenden ausrichten. **Yasemin Cevik, Liliane Probst; Bundesamt für Sozialversicherungen**

Hinweis

Sozialpolitische Gesetzgebung seit Anfang 2017 in der elektronischen CHSS

Die bisherigen Rubriken Parlamentarische Vorstösse und Gesetzgebung der gedruckten «Sozialen Sicherheit» wurden auf Anfang 2017 in die elektronische Ausgabe überführt. Auf unserer Internetseite kann gezielt nach den aktuellen sozial- und gesundheitspolitischen Geschäften auf Bundesebene gesucht werden. Derzeit umfasst das Angebot alle Volks-, Standes- und parlamentarischen Initiativen sowie die

Geschäfte des Bundesrats. Alle Einträge sind verschlagwortet und lassen sich nach Geschäftstyp und Entscheidungsphase filtern. Nach demselben Prinzip wird demnächst auch das französische Angebot aufgebaut.

www.soziale-sicherheit-chss.ch > Gesetzgebung



Walter Imhof / fotolyrium

**Schulheim und Ausbildungsstätte
Stiftung Lerchenbühl, Burgdorf.**

SCHWERPUNKT

Weiterentwicklung der IV

Der vorliegende Schwerpunkt gibt einen Überblick über die Botschaft zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung (IV), die der Bundesrat im Februar zuhanden des Parlaments verabschiedet hat. Die einzelnen Beiträge legen dar, was zu tun ist, um die IV in ihrer konzeptionellen Ausrichtung als Eingliederungsversicherung zu stärken und die Wirksamkeit der entsprechenden Massnahmen zu verbessern. Entscheidend ist dabei der Fokus auf die berufliche Eingliederung gefährdeter junger sowie psychisch beeinträchtigter Versicherter, deren nachhaltige Integration in den ersten Arbeitsmarkt bis anhin nicht in jeder Hinsicht zufriedenstellen kann. Ihre Erwerbsperspektiven sollen durch die konsequente Nutzung aller Instrumente der beruflichen Eingliederung, eine enge Begleitung und Beratung sowie die intensivierete Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen und

behandelnden Ärztinnen und Ärzten gestärkt werden. Ebenfalls besprochen werden nachfolgend die Erfordernis einer adäquateren Abbildung des Invaliditätsgrads durch die Einführung eines linearen Rentensystems, nötige Anpassungen der medizinischen Massnahmen an den medizinischen Fortschritt und die Grundversorgung sowie die Frage nach dem konkreten Nutzen eines Paradigmenwechsels bei der Berentung junger Personen, wie er verschiedentlich gefordert wird. ■

Weiterentwicklung der IV: Übersicht

Patrick Cudré-Mauroux, Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Weiterentwicklung der IV zielt auf eine angemessene, koordinierte Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und Versicherten mit psychischen Beeinträchtigungen. In Zusammenarbeit mit den beteiligten Akteuren soll die IV das Eingliederungspotenzial und die Vermittlungsfähigkeit dieser Zielgruppen ausschöpfen und verbessern können.

Jedes Jahr betreut die IV Tausende von Versicherte: Kinder, bei denen die IV die Behandlung eines Geburtsgebrechens übernimmt; Jugendliche und Erwachsene, bei denen ohne Eingliederungsmassnahmen keine (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt möglich wäre; Arbeitnehmende, deren Gesundheitszustand zu einer Invalidität führen könnte sowie Personen, die intensivere Unterstützung wie Hilfenentschädigungen, Hilfsmittel oder einen Assistenzbeitrag benötigen. Kann eine Person nicht vollständig in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden, wird sie mit einer ganzen oder Teilrente unterstützt, die ihren Existenzbedarf deckt.

In den letzten Jahren durchlief die IV mehrere Revisionen und damit eine komplette Neuausrichtung. So wurde aus einer Renten- schrittweise eine Eingliederungsversicherung. Dies zeigt sich anhand von Auswertungen der 4. und 5. IV-Revision sowie der IV-Revision 6a (Bolliger et al. 2013). Obschon die mit der IV-Revision 6a eingeführten Instrumente zur Eingliederung von Rentenbezügerinnen und -bezügern noch nicht die erhofften Ergebnisse gebracht haben, hat der Rentenbestand sich jedoch schneller verringert als erwartet. Seit 2005 konnte er kontinuierlich gesenkt werden, obwohl die versicherte Bevölkerung in derselben Zeitperiode von 4,8 auf 5,2 Millionen angestiegen ist – was einer Zunahme um

neun Prozent zwischen Ende 2005 und Ende 2013 entspricht. Allerdings zeigen die statistischen Auswertungen, dass dieser Rückgang bei einzelnen Altersgruppen und bei bestimmten invaliditätsrelevanten Leiden zum Teil deutlich weniger stark ausfällt, insbesondere bei jungen Erwachsenen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

Die OECD hat im Januar 2014 in einem Länderbericht zur psychischen Gesundheit und Beschäftigung in der Schweiz zwar anerkannt, dass die IV gut funktioniert, jedoch auch Mängel festgestellt, die behoben werden müssen. Es sind daher weitere Systemoptimierungen angezeigt. Der OECD-Bericht hebt Folgendes hervor:

- Die Arbeitgeber sind nicht genügend gerüstet, um psychisch erkrankte Arbeitnehmende adäquat zu begleiten.
- Das IV-System schenkt der Rolle der Arbeitgeber und den Erwerbsanreizen noch zu wenig Aufmerksamkeit.
- Die Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) und Sozialämter bieten nur begrenzte Unterstützung für psychisch erkrankte Personen.
- Der seit der 4. IV-Revision eingeleitete Wandel ist noch nicht abgeschlossen.
- Trotz der interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ)¹ bestehen weiterhin Abstimmungsschwierigkeiten unter den involvierten Akteuren.
- Das teure schweizerische Gesundheitssystem könnte bessere Arbeitsmarktergebnisse liefern, wenn die bestehenden Ressourcen effizienter genutzt würden.
- Die erheblichen Ressourcen, die in das Bildungssystem fliessen, verhindern weder den Schulabbruch noch den Übergang ins IV-System.

Auf Basis ihrer Untersuchung gibt die OECD folgende Empfehlungen ab:

- Die arbeitsplatzbezogenen Massnahmen sollen verstärkt werden.
- Das IV-System soll näher an die Arbeitswelt gebracht werden und auf die Rolle der Arbeitgeber und eine arbeitsplatzorientierte Frühintervention fokussieren.
- In den RAV und den Sozialämtern sind Kompetenzen für den Umgang mit psychischen Problemen aufzubauen.

- Die IIZ soll das Gesundheitssystem als gleichwertigen Partner miteinbeziehen und die Zusammenarbeit der Institutionen, die teilweise gegenteilige Anreize setzen, soll gestärkt werden.
- Das bereits gut ausgestattete psychiatrische Versorgungssystem soll stärker auf den Arbeitsplatz ausgerichtet werden.
- Die Bildungspolitik soll stärker auf den Übergang ins Berufsleben fokussieren.

Die verschiedenen Reformen zeigen durchaus Wirkung, doch das Parlament hat im Juni 2013 das zweite Massnahmenpaket der IV-Revision 6b abgelehnt. Damit blieben mehrere wichtige Punkte offen, die unbedingt noch geregelt werden müssen. Die Vorlage 3 der IV-Revision 6b, die Anpassungen bei den Kinderrenten und den Reisekosten umfasst, ist nach wie vor im Parlament hängig.²

Seit der Botschaft des Bundesrats zur Revision 6b hat sich in statistischer Sicht nichts geändert. Die Zahl der Neurenten und der Rentenbestand sind insgesamt zwar deutlich gesunken, nicht aber bei den Jugendlichen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Deshalb sind diese beiden Gruppen ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken.

Es zeigt sich deutlich, dass die IV mit den umgesetzten Gesetzesrevisionen besser in der Lage ist, ihren verfassungsmässigen Auftrag und insbesondere den Grundsatz «Eingliederung vor Rente» zu erfüllen. Jedoch muss das System weiter optimiert werden, vor allem für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie für Versicherte mit psychischen Beeinträchtigungen, denn weder bei den 18- bis 24-Jährigen noch bei Personen mit psychischen Beeinträchtigungen brachten die letzten IV-Revisionen den erhofften Erfolg. Da es sich um gesamtgesellschaftliche Herausforderungen handelt, kann die IV nur in Zusammenarbeit mit den Akteuren des Gesundheits-, des Schul- und des Berufsbildungswesens sowie mit den Arbeitgebern und den Partnersicherungen Lösungen finden.

ZIELE DER WEITERENTWICKLUNG DER IV Am 25. Februar 2015 lancierte der Bundesrat das Projekt zur Weiterentwicklung der IV, die vom 4. Dezember 2015 bis 18. März

¹ www.iiz.ch

² www.parlament.ch > Geschäfte > 11.030 > 6. IV-Revision. Zweites Massnahmenpaket.

2016 in die Vernehmlassung ging. Am 15. Februar 2017 verabschiedete er die entsprechende Botschaft und überwies sie ans Parlament. Die Gründe, die den Bundesrat zum Handeln bewegten, und die Grundzüge der Vorlage, die in die Vernehmlassung geschickt wurde, hat der Autor bereits in einem anderen Artikel behandelt (Cudré-Mauroux 2015). Es geht nun nicht mehr nur um die Sanierung der IV, sondern in erster Linie um die Versicherten. Die Optimierung des Systems zieht sich wie ein roter Faden durch die Reform, über die das Parlament demnächst beraten wird; die IV soll früher, rascher und gezielter eingreifen können.

Die Weiterentwicklung der IV zielt auf eine adäquate und koordinierte Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und psychisch erkrankten Versicherten. In Zusammenarbeit mit den beteiligten Akteuren sollen das Eingliederungspotenzial dieser Zielgruppen ausgeschöpft und ihre Vermittlungsfähigkeit verbessert werden.

FINANZIELLE AUSGANGSLAGE Die Tendenzen der finanziellen Entwicklung, welche die Überlegungen des Bundesrats zur Weiterentwicklung der IV geleitet haben, haben sich in den vergangenen zwei Jahren nicht verändert.

Seit Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Sanierung der Invalidenversicherung im Jahr 2011 konnte die IV insgesamt 3,6 Mrd. Franken ihrer Schulden an die AHV zurückbezahlen. Im Jahr 2016 betrug der Aufwand 9,2 Mrd. Franken, der Ertrag lag bei 9,9 Mrd. Franken (inkl. 1,1 Mrd. Franken aus der Zusatzfinanzierung über die MwSt.). Da sich der Rückgang der Neurenten je länger, je mehr auf die Ausgaben auswirkt, wird die IV aktuellen Prognosen zufolge auch nach Auslaufen der Zusatzfinanzierung Ende 2017 Überschüsse ausweisen. Die Schuld wird demnach bis 2030 getilgt sein, dies auch unter Berücksichtigung der Reform der Altersvorsorge 2020 und des Stabilisierungsprogramms des Bundes 2017–2019. Die finanziellen Auswirkungen anderer laufender Geschäfte, darunter insbesondere die Vorlage 3 der IV-Revision 6b, wurden bei diesen Überlegungen nicht berücksichtigt. Die Weiterentwicklung der IV kann sich – zumindest im Moment – auf Bereiche ausserhalb von Sanierung und Einsparungen konzentrieren.

Die zusätzlichen Sparmassnahmen, wie sie von einigen Vernehmlassungsteilnehmern gefordert wurden (Bigovic 2017), sind nicht notwendig. Der Bundesrat legt allerdings

weiterhin grosses Augenmerk auf die Finanzen der IV und ist bereit einzugreifen, sobald sich die Situation ändern sollte.

WICHTIGSTE STOSSRICHTUNGEN Die Weiterentwicklung der IV soll das Eingliederungspotenzial und die Vermittlungsfähigkeit der folgenden drei Zielgruppen stärken: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Beeinträchtigungen sowie psychisch erkrankte Erwachsene. Diese Massnahmen sind in weiteren Beiträgen dieses CHSS-Dossiers ausführlich beschrieben. Für die drei Zielgruppen sieht die Vorlage unter anderem vor, die Zusammenarbeit der Akteure zu verbessern, insbesondere zwischen den IV-Stellen und der behandelnden Ärzteschaft. Mit der Einführung eines stufenlosen Rentensystems sollen zudem die Arbeitsanreize erhöht werden. Renten werden noch gezielter und erst dann gewährt, wenn das Eingliederungspotenzial der versicherten Person vollständig ausgeschöpft und eine Eingliederung aus gesundheitlichen Gründen ausgeschlossen ist.³

VERBESSERTER KOORDINATION ZWISCHEN DEN BETEILIGTEN AKTEUREN Die Vorlage sieht verschiedene Massnahmen vor, um die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren zugunsten aller Versicherten zu verbessern. Der Bundesrat soll eine Vereinbarung mit den Dachorganisationen der Arbeitswelt abschliessen können, um die Massnahmen im Hinblick auf eine Arbeitsmarktintegration zu verstärken. Die Arbeitgeber ihrerseits werden vom Ausbau der Beratung und Begleitung profitieren. Ausserdem ist vorgesehen, die Versicherten während Eingliederungsmassnahmen obligatorisch durch die Unfallversicherung des Arbeitgebers gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle zu versichern. Die bestehende Haftpflichtregelung bei Arbeitsversuchen soll auf die Integrationsmassnahmen ausgeweitet werden. Relevante Informationen sollen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte weitergegeben werden, um die Zusammenarbeit im Hinblick auf die Eingliederung der Versicherten zu verbessern. Zudem soll in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung mehr Platz für versicherungsmedizinische Inhalte eingeräumt werden. Der beste-

³ Hierzu die nachfolgenden Dossierbeiträge von Lüthi, Combaz, Vuilleumier-Hauser, Prins/Wicki/Eggenberger und Jentsch/Lüthi.

hende Anspruch auf Taggelder der Arbeitslosenversicherung nach einer Rentenrevision soll von 90 auf 180 erhöht werden. Zudem soll eine Rechtsgrundlage geschaffen werden, damit die Durchführungsstellen namentlich der IV, der ALV und der Sozialhilfe enger zusammenarbeiten können.

Das Ziel der Weiterentwicklung der IV kann nur in Zusammenarbeit mit den anderen beteiligten Akteuren erreicht werden. Verschiedene Forschungsberichte heben diese Notwendigkeit hervor (Baer et al. 2015, BSV 2016). Sie weisen darauf hin, dass eine gute Zusammenarbeit mit den Schlüsselakteuren eine wichtige Voraussetzung für die (Wie-

Die erfolgreiche Weiterentwicklung der IV baut auf die verstärkte Zusammenarbeit aller Beteiligten.

der-)Eingliederung ist: Verspätetes Handeln ist oftmals die Folge fehlender Kooperation und Koordination und beeinträchtigt den Eingliederungserfolg.

Sowohl bei der Früherfassung als auch während einer Eingliederung sind die Arbeitgeber sowie die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die wichtigsten Akteure. Die Unfalldeckung während Eingliederungsmassnahmen soll optimiert und die Haftpflichtversicherung auf Integrationsmassnahmen ausgedehnt werden. Die Arbeitgeber haben während der ganzen Dauer und auch nach Abschluss der Eingliederungsphase Anspruch auf Beratung und Begleitung durch die IV-Stelle. Dies stärkt das Vertrauen der Arbeitgeber ins ganze System, insbesondere in die Arbeit der IV-Stellen, aber auch in die Versicherten, die ihre Stelle behalten oder eine neue Arbeit aufnehmen möchten. Die Ärztinnen und Ärzte ihrerseits sind besser über die IV im Allgemeinen sowie über die Eingliederungsmassnahmen ihrer Patientinnen und Patienten zu informieren und dafür zu sensibilisieren.

Neben Arbeitgebern und Ärzteschaft sind Privat- und Sozialversicherungen eine weitere Gruppe von relevanten Akteuren. Wie bereits erwähnt, sind Änderungen in Bezug auf die Unfall- und die Haftpflichtversicherung vorgesehen. Auch ist für arbeitslose Personen, deren IV-Rente herabgesetzt oder aufgehoben wird, die Dauer des Taggeldanspruchs zu verlängern. Zudem soll die gesetzliche Grundlage für eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen IV, ALV und Sozialhilfe im Rahmen von regionalen Kompetenzstellen zur Arbeitsvermittlung geschaffen werden.

STUFENLOSES RENTENSYSTEM Mit der Einführung eines stufenlosen Rentensystems sollen die Anreize zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit erhöht werden. Wie beim geltenden Recht besteht ab einem Invaliditätsgrad von 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente. Der Grundsatz «Eingliederung vor Rente» wird gestärkt, damit insbesondere bei jungen Versicherten keine Rente gewährt wird, solange noch Eingliederungsmassnahmen möglich sind.

FOLGEN FÜR DIE VERSICHERTEN Während die Auswirkungen einer Anpassung des Rentensystems sowie der geplanten Massnahmen für die Zielgruppen der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den entsprechenden Schwerpunktbeiträgen abgehandelt werden, beschränken sich die nachfolgenden Ausführungen darauf, die Auswirkungen der weiteren, im Gesamtsystem wirkenden Massnahmen zu besprechen.

Das gestärkte Vertrauen der Arbeitgeber in die IV wird diese davon überzeugen, dass es zweckmässig sein kann, auch in ihrem Betrieb IV-Massnahmen durchzuführen. Durch diese Anpassungen werden mehr Versicherte die Möglichkeit erhalten, ihre Massnahmen im ersten Arbeitsmarkt zu absolvieren, wodurch sie besser auf eine spätere Erwerbstätigkeit vorbereitet sind.

Der verlängerte Anspruch auf ALV-Leistungen verbessert die Existenzsicherung im Anschluss an die Aufhebung oder Herabsetzung einer Rente im Zuge einer Rentenrevision. Zudem erhöht sich der Anreiz der Versicherten, den Weg der beruflichen Eingliederung überzeugt und motiviert anzugehen. Basierend auf den Erfahrungen mit dem bestehenden Anspruch sowie unter Berücksichtigung der systematischen Information durch die IV und die Sozialhilfe ist davon

Finanzielle Auswirkungen (Kostenschätzung)

Zielgruppe	Massnahme	2019	2030
Zielgruppe 1, Kinder	Anpassung der Geburtsgebrechenliste, stärkere Steuerung und Fallmanagement*	0	0
Zielgruppe 2, Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Beeinträchtigungen	Gleichbehandlung beim Taggeld	-17	-51
	Personalbedarf für Beratung und Begleitung	5	15
	Verhinderte Renten	-2	-17
	Weitere Massnahmen	10	18
	Total Zielgruppe 2	-4	-35
Zielgruppe 3, psychisch erkrankte Erwachsene	Personalbedarf für Beratung und Begleitung	4	12
	Flexibilisierung der Integrationsmassnahmen	0	19
	Verhinderte Renten	-3	-25
	Weitere Massnahmen	0	1
	Total Zielgruppe 3	1	7
Koordination	Optimierung des Unfallschutzes	20	20
	Stufenloses Rentensystem	0	2
	Weitere Massnahmen	1	1
	Total Koordination	21	23
Personalbedarf BSV**		0	0
Total für alle Massnahmen		18	-5

* Die Massnahmen zugunsten dieser Zielgruppe verursachen keine Mehrkosten (Aktualisierung der Geburtsgebrechenliste: Einsparung von 120 Mio. Franken pro Jahr; stärkere Steuerung und Fallmanagement: jährliche Einsparungen von 40 Mio. Franken, d. h. 160 Mio. Franken insgesamt; diese Einsparungen werden durch die Ausgaben für die Aufnahme neuer Geburtsgebrechen und seltener Krankheiten kompensiert).

** Wert von 0 Mio. Franken in beiden Spalten, da die Ausgaben sowohl im Jahr des Inkrafttretens der Reform (die Umsetzung erfolgt über mehrere Jahre) als auch im Jahr 2030 (einige Posten erstrecken sich über einen befristeten Zeitraum) unter 500 000 Franken pro Jahr liegen.

Quelle: Botschaft vom 15. Februar 2017 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der IV).

auszugehen, dass rund 200 Personen pro Jahr betroffen sein werden.

Die Möglichkeit, den kantonalen IV-Stellen weitere Bundesaufgaben zu übertragen und die Aufgaben der IV-Stellen anderen Behörden anzuvertrauen, könnte später zu einer engeren Kooperation mit den RAV und den Sozialhilfebehörden führen. Personen mit Mehrfachproblematiken hätten dadurch eine einheitliche Ansprechstelle.

FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN Mit den Massnahmen für die Zielgruppe der Kinder dürften sich für die IV im Bereich der medizinischen Massnahmen finanzielle Einsparungen von rund 160 Mio. Franken ergeben. Gleichzeitig werden neue Geburtsgebrechen und insbesondere einige seltene Krankheiten in die Liste der Geburtsgebrechen aufgenommen. Dadurch entstehen der IV zusätzliche Kosten, die zurzeit noch nicht abzuschätzen sind. Grundsätzlich soll die Revision der Geburtsgebrechenliste für die IV jedoch kostenneutral erfolgen (vgl. Tabelle T1).

Weiterentwicklung der IV: Überblick über die geplanten Massnahmen

Instrument Wirkungsbereich	Medizinische Eingliederungsmassnahmen (ME)	Früherfassung (FE)	Frühintervention (FI)	Integrationsmassnahmen (IM)	Berufliche Massnahmen (BM)	Andere
Zielgruppe 1	Verstärkung Steuerung und Fallführung					Anpassung der Geburtsgebrechenliste
Zielgruppe 2	Verlängerung bis 25 Jahre	Ab 13 Jahren	Ab 13 Jahren	Ab 13 Jahren	Taggeld ab Ausbildungsbeginn (in der Höhe eines Lehrlingslohns) Ausrichtung EbA auf ersten Arbeitsmarkt	Mitfinanzierung kantonaler Brückenangebote Ausbau von Beratung und Begleitung Mitfinanzierung CMBB Wiederholung von Eingliederungsmassnahmen nach Abbruch
Zielgruppe 3	Ausdehnung der Früherfassung auf Fälle drohender Arbeitsunfähigkeit		Aufhebung der zeitlichen Beschränkung; Flexibilisierung der Zusprache		Einführung Personalverleih	Rechtsanspruch auf Beratung und Begleitung der v.P. und deren Arbeitgeber bis drei Jahre nach einer Eingliederung
Gesamtsystem	← Ab- und Unterbrüche sowie die Wiederholung von Massnahmen sind möglich →					Engere Koordination der Akteure (u. a. auch in Versicherungsfragen) Lineares Rentensystem; volle Rente ab einem IV-Grad von 70% Optimierung des Unfallschutzes während EM Regelung Haftpflichtversicherung Verstärkung der Zusammenarbeit mit behandelnden Ärzten Schaffung Rechtsgrundlage für regionale Kompetenzstellen für die Arbeitsvermittlung

Quelle: Botschaft vom 15. Februar 2017 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der IV).

Die Massnahmen für die Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit psychischen Beeinträchtigungen dürften im Jahr 2019 Einsparungen von 4 Mio. Franken und im Jahr 2030 von 35 Mio. Franken zur Folge haben. In der Berechnung berücksichtigt sind Einsparungen aufgrund von Änderungen bei den Taggeldern (51 Mio. Franken), die

teilweise für die Eingliederungsmassnahmen aufgewendet werden. Ausserdem wurden bei der Berechnung der finanziellen Auswirkungen auch die in der Botschaft genannten Einsparungen von zwei Mio. Franken 2019 und von rund 17 Mio. Franken 2030 berücksichtigt, die zu erwarten sind, falls sich mit den geplanten Massnahmen in fünf Prozent

der Fälle (65 Fälle) eine Neurente verhindern lässt. Hierbei handelt es sich allerdings weder um eine Prognose noch um ein Reformziel. Die Erfahrungen der letzten IV-Revisionen haben gezeigt, dass es ein langwieriger Prozess ist, Prognosen dazu zu erstellen, welche Auswirkungen geplante Massnahmen auf potenziell vermeidbare Renten haben könnten. Die genannte Grössenordnung dient somit eher der Veranschaulichung, wie viele Renten es im Sinne einer kostenneutralen Reform zu vermeiden gilt.

Die für die Zielgruppe der psychisch erkrankten Erwachsenen geplanten Massnahmen dürften Mehrkosten von rund einer Mio. Franken im Jahr 2019 und von sieben Mio. Franken im Jahr 2030 verursachen. Auch die geplanten Massnahmen zugunsten dieser Zielgruppe sind kostenneutral, allerdings gilt zu beachten, dass Investitionserträge erst nach einer angemessenen Zeitspanne eintreten. Die Erfahrung der 5. IV-Revision hat gezeigt, dass die Eingliederungsmassnahmen ihre Wirkung erst in einem Zeitraum von rund zehn Jahren voll entfalten. Können durch diese Massnahmen jährlich 90, d. h. 1,5 Prozent der Neurenten verhindert werden, lassen sich 2019 rund drei Millionen, 2030 25 Mio. Franken einsparen. Hierbei handelt es sich ebenfalls wieder um eine Grössenordnung, die aufgeführt wird um zu zeigen, wie viele Renten für eine kostenneutrale Vorlage abgewendet werden müssen. Es handelt sich auch hier weder um eine Prognose noch um ein Reformziel.

Die Massnahmen zur besseren Koordination, darunter auch das lineare Rentensystem, dürften zu zusätzlichen Kosten von 21 Mio. Franken im Jahr 2019 und von 22 Mio. Franken im Jahr 2030 führen.

Während die Umsetzung der Massnahmen im ersten Jahr Mehrkosten von 18 Mio. Franken verursacht, sind es im Jahr 2030 noch rund fünf Millionen, was die Kostenneutralität der Vorlage unterstreicht.

FAZIT Die Weiterentwicklung der IV betrifft rund 80 Gesetzesartikel. Es handelt sich nicht um eine Neukonzeption, sondern um eine Systemverbesserung. Sie betrifft fast alle Bereiche der IV, aber der Ansatz ist ausgewogen und kostenneutral. Die Reform muss es ermöglichen, ein grundsätzlich bewährtes System weiterzuentwickeln und zu optimieren. Nur auf diesem Weg kann sich die IV den künftigen Herausforderungen stellen, insbesondere was Jugendliche und psy-

chisch beeinträchtigte Personen anbelangt. Die Botschaft umfasst mehr als 200 Seiten und liegt dem Parlament nun zur Beratung vor.

LITERATUR UND MATERIALIEN

Botschaft vom 15. Februar 2017 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der IV), *BBl* 2017 2535.

Bigovic, Adelaide (2017): «Die Weiterentwicklung der IV findet mehrheitlich Zustimmung», in *Soziale Sicherheit* CHSS 1/2017, S. 24–29.

BAG (2016): *Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*; [Bern: EDI]: www.bag.admin.ch > Themen > Mensch & Gesundheit > Psychische Gesundheit > Politische Aufträge im Bereich psychische Gesundheit > Postulat: Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz.

Baer, Niklas; Altwicker-Hámori, Szilvia; Juvalta, Sibylle; Frick, Ulrich; Rüesch, Peter (2015): *Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten*; [Bern: BSV]. Beiträge zur Sozialen Sicherheit; Forschungsbericht 19/15: www.bsv.admin.ch > Publikationen & Services > Forschung und Evaluation > Forschungspublikationen > Invalidität/Behinderung.

Cudré-Mauroux, Patrick (2015): «Weiterentwicklung der IV – Lancierung eines neuen Reformprojekts», in *Soziale Sicherheit* CHSS 2/2015, S. 94–98.

OECD (2014): *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz*; [Bern: BSV]. Beiträge zur Sozialen Sicherheit; Forschungsbericht Nr. 12/13: www.bsv.admin.ch > Praxis > Forschung > Forschungspublikationen; siehe auch *Soziale Sicherheit* CHSS 2/2014: Schwerpunkt.

Bolliger, Christian et al. (2012): *Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung, der Frühintervention und der Integrationsmassnahmen in der Invalidenversicherung*; [Bern: BSV]. Beiträge zur Sozialen Sicherheit; Forschungsbericht Nr. 13/12: www.bsv.admin.ch > Praxis > Forschung > Forschungspublikationen; siehe auch *Soziale Sicherheit* CHSS 2/2013, S. 88.



Patrick Cudré-Mauroux

Anwalt, Leiter Bereich Gesetzgebung und Recht, Geschäftsfeld IV, BSV
patrick.cudre-mauroux@bsv.admin.ch

Verstärkung der beruflichen Eingliederung

Andrea Lüthi, Bundesamt für Sozialversicherungen

Durch eine konsequente und koordinierte Nutzung aller Instrumente der beruflichen Wiedereingliederung sollen v. a. junge und psychisch erkrankte Versicherte künftig noch zielgerichteter und enger begleitet werden, um dadurch ihre Erwerbsperspektiven zu stärken.

Die Instrumente der beruflichen (Wieder-)Eingliederung wurden im Rahmen der IV-Revisionen 5 und 6a eingeführt, um die Anzahl der Neurenten zu begrenzen und die Entschuldung der IV einzuleiten. Die 5. Revision führte Instrumente zur Stärkung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» ein, namentlich die Früherfassung und Frühintervention, die Erweiterung der Integrationsmassnahmen mit der sogenannten sozialberuflichen Rehabilitation und die Verschärfung der Kooperations- und Schadensminderungspflicht der versicherten Personen. Die 6. Revision war darauf ausgerichtet, IV-Rentnerinnen und -Rentner verstärkt ins Erwerbsleben zurückzuführen oder ihre Arbeitskapazitäten zu erhöhen. Mit den bisherigen Eingliederungsmassnahmen ist es zwar grundsätzlich gelungen, die Anzahl der Neurenten zu senken, nicht abgenommen haben aber die

Rentenzusprachen an junge Erwachsene aufgrund psychischer Einschränkungen. Die Weiterentwicklung der IV konzentriert sich im Bereich der beruflichen Eingliederung deshalb auf die zwei Zielgruppen Jugendliche und junge psychisch erkrankte Erwachsene (Zielgruppe 2) sowie psychisch erkrankte Versicherte ab 25 bis 64 bzw. 65 Jahren (Zielgruppe 3). Dabei sollen die Betroffenen enger begleitet und betreut und die bestehenden Instrumente konsequenter genutzt und besser aufeinander abgestimmt werden.

Eingliederungsbemühungen in oder zurück in den (ersten) Arbeitsmarkt werden künftig nicht nur nach der noch zu erwartenden Dauer im Erwerbsleben, sondern auch nach dem Alter, dem Entwicklungsstand und den Fähigkeiten einer versicherten Person ausgerichtet (Art. 8 Abs. 1^{bis} und 1^{ter} E-IVG). Denn, je jünger eine Person ist, desto intensiver müssen die

Eingliederungsbemühungen der IV sein und entsprechend höher sind ihre Eingliederungschancen. Das Eingliederungspotenzial einer versicherten Person wird stets konsequent und vollständig abgeklärt. Sollte eine Eingliederung – trotz intensiver Bemühungen – aus gesundheitlichen Gründen unmöglich sein, wird die Zusprache einer allfälligen (Teil-)Rente geprüft und je nach Alter und Gesundheitszustand der Person werden kürzere Revisionsfristen zur Überprüfung der Möglichkeit einer Wiedereingliederung aus der Rente zurück in die Erwerbstätigkeit (Art. 8a IVG) angesetzt. Falls es gesundheitlich zumutbar ist, werden entsprechende Massnahmen zur Wiedereingliederung eingeleitet bzw. verfügt. Und auch hier gilt, je jünger eine Person ist und je kürzer die Bezugsdauer der Rente, desto höher sind die Wiedereingliederungschancen.

Zusammenfassend strebt die Weiterentwicklung der IV das Ziel an, die Erwerbsperspektiven der Zielgruppen in teils linear, teils zirkulär verlaufenden Prozessen mit oftmals parallel angelegten Massnahmen der beruflichen Eingliederung zu stärken (vgl. Grafik **G1**). Die Erwerbsbiografien gefährdeter versicherter Personen sollen stabilisiert und Jugendlichen soll wenn immer möglich der Start ins Erwachsenenleben ohne Rente ermöglicht werden.

ERWERBSTÄTIGKEIT ALS GESUNDHEITSAKTOR Bei allen Personen, und bei psychisch Erkrankten im Besonderen, stellt die Erwerbstätigkeit einen wichtigen Gesundheitsfaktor dar, sowohl für die Erhaltung als auch für die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit. Daher ist ein frühes und koordiniertes Eingreifen zum Erhalt der Erwerbstätigkeit und zur Wiedereingliederung entscheidend. Gerade bei Versicherten mit psychischen Schwierigkeiten ist der Krankheitsverlauf häufig ein schleichender Prozess, der lange vor Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit beginnt und oftmals von psychosozialen Problemen begleitet ist. Bereits früh sollen daher Signale erkannt und Unterstützung angeboten werden, um einer psychischen Erkrankung oder Chronifizierung vorzubeugen.

Bereits heute sind die für die (Wieder-)Eingliederung notwendigen Massnahmen und Instrumente grösstenteils vorhanden. Mit der Weiterentwicklung der IV geht es nun darum, diese in ihrer Ausgestaltung zu optimieren sowie die Koordination der Massnahmen zu stärken und ein intelligentes Zusammenspiel, angepasst an die individuelle Situation der versicherten Person, zu etablieren. Gleichzeitig sollen

auch die am Eingliederungsprozess beteiligten IV-externen Akteure (z. B. Arbeitgeber, Ärzteschaft, Fachpersonen aus Schule und Ausbildung, Privat- und Sozialversicherungen usw.) besser eingebunden werden.

Eine tragende Rolle in der Koordination der unterschiedlichen IV-Massnahmen und der beteiligten Akteure spielt die Beratung und Begleitung (Art. 3a und 14^{quater} und 57 E- IVG), welche auf dem Prinzip des Case Managements basiert.

HERZSTÜCK DER EINGLIEDERUNG: BERATUNG UND BEGLEITUNG Mittelpunkt des IV-Verfahrens ist die versicherte Person. Die Abklärungen und angeordneten Massnahmen und Leistungen müssen sich an ihren Ressourcen, Fähigkeiten und Neigungen ausrichten. Dazu braucht es eine kompetente, zielorientierte und transparente Beratung und Begleitung der versicherten Person und von ausgesuchten Dritten (z. B. Eltern, Fachpersonen aus Schule und Ausbildung, Arbeitgeber, Ärzteschaft).

Die Beratung und Begleitung basiert auf einer systemischen Sichtweise der gesundheitlichen und beruflichen Situation der versicherten Person. Eine solche möglichst ganzheitliche Beurteilung im Sinne einer Standortbestimmung findet zu einem oder mehreren Zeitpunkten im IV-Verfahren statt oder sie flankiert die Eingliederung und wird als ein permanenter Evaluationsprozess verstanden, bei dem die Ziele immer wieder überprüft und allenfalls angepasst werden. Der Rhythmus und die Intensität der Beratung und Begleitung werden entsprechend der individuellen Situation angepasst. Nur so kann zuverlässig eingeschätzt werden, welche Massnahmen zu welchem Zeitpunkt Erfolg versprechend und zielführend sind. Die Beratung und Begleitung dient auch der Koordination der IV-Leistungen und der medizinischen Behandlung. Sie stellt sicher, dass Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der jeweiligen Massnahmen von Beginn an im Auge behalten werden und das Risiko einer Berentung der versicherten Person bereits vor einer allfälligen Rentenprüfung so weit als möglich minimiert wird.

Bei den Eingliederungsbemühungen lässt sich das Eingliederungspotenzial nur so weit ausschöpfen, wie es der Entwicklungsstand und die Fähigkeiten einer jungen Person erlauben. Entsprechend will die IV den «Eingliederungsparcours» für jeden Versicherten individuell zusammenstellen. Es soll sichergestellt werden, dass eine junge versicherte Person zum

G1

Überblick der IV-Leistungen vor und mit der Weiterentwicklung der IV (WE-IV)

Lebenslinie	Medizinische Massnahmen	Beratung und Begleitung	Berufliche Integration (Ab- und Unterbrüche sowie Wiederholung von Massnahmen sind möglich)	Rentenprüfung	Rentenrevision
Geburt	Zur Behandlung von Geburtsgebrechen Art. 13 E-IVG	Art. 3a E-IVG Art. 14 ^{quater} E-IVG Art. 57 E-IVG	Früherfassung Art. 3a ^{bis} E-IVG Massnahmen Frühintervention Art. 7d E-IVG Integrationsmassnahmen Art. 14a E-IVG Eingliederungsmassnahmen Art. 8 E-IVG	Art 8a IVG	
	Ab Geburt bis 20-jährig				
Obligatorische Schule / Sonderschulen	Ab Eintritt Ereignis bis 25-jährig	Ohne Anmeldung fallunabhängig Beratung von v. P. und Dritten	Früherfassung ab 13-jährig Art. 3a ^{bis} E-IVG		
Übergang I			Mitfinanzierung CMBB Art. 68 ^{bis} E-IVG Mitfinanzierung Brückenangebote Art. 68 ^{bis} E-IVG Frühintervention ab 13-jährig Art. 7d E-IVG Integrationsmassnahmen Art. 14a E-IVG		
Ausbildung		Ab Anmeldung vor, während und nach einer Massnahme Beratung und Begleitung von v. P. und Dritten	Berufsberatung Art. 15 IVG EbA im 1. Arbeitsmarkt Art. 16 E-IVG Angepasstes Taggeld Art. 24 ^{ter} und 24 ^{quater} E-IVG	Frühestens mit 18 Jahren Lineares Rentensystem	kurze Revisionsfristen
Übergang II					
Erwachsenenalter / Erwerbsleben			Früherfassung Art. 3a ^{bis} E-IVG Frühintervention Art. 7d E-IVG Integrationsmassnahmen Art. 14a E-IVG Berufsberatung Art. 15 IVG Umschulung Art. 17 IVG Arbeitsvermittlung Art. 18 IVG Arbeitsversuch Art. 18a IVG Einarbeitungszuschuss Art. 18b IVG Entschädigung für Beitragserhöhungen Art. 18c IVG Personalverleih Art. 18a ^{bis} E-IVG		

AHV / Rentenalter

Schwarz = geltendes Gesetz Rot = neue Massnahmen und Gesetzes artikel mit WE-IV Kursiv = geänderte Massnahmen und Gesetzesartikel mit WE-IV

Quelle: Botschaft vom 15. Februar 2017 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der IV).

Zeitpunkt einer allfälligen Rentenprüfung der IV bereits seit Längerem bekannt ist und dem Rentenentscheid vorgelagert bereits eine Vielzahl verschiedener Abklärungen bezüglich geeigneter Eingliederungsmassnahmen unternommen worden sind. Entsprechend ist die eigentliche Rentenprüfung die vorläufig letzte von mehreren «Weichenstellungen» im Leben einer jungen Person. Auf diese Weise wird auch gewährleistet, dass zu diesem Zeitpunkt alle relevanten Informationen zur Abklärung einer Rente der IV bekannt und zugänglich sind.

WIRKUNGSBEREICHE UND MASSNAHMEN Zur grundsätzlichen Stärkung des Wiedereingliederungsprozesses psychisch erkrankter Erwachsener soll neben der Konsolidierung von Beratung und Begleitung erstens die Früherfassung auf versicherte Personen ausgedehnt werden, die zwar noch nicht arbeitsunfähig, aber von Arbeitsunfähigkeit bedroht sind. Mit dem Ziel, die verbliebene Arbeitsfähigkeit zu fördern und zu verbessern, soll zweitens einer bereits erkrankten Person eine Integrationsmassnahme zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung auch mehrmals in ihrer Erwerbsbiografie zugesprochen werden können, d. h. ihr Lebenszeitkonto für Integrationsmassnahmen zeitlich nicht begrenzt sein. Zudem soll die Ausdehnung der finanziellen Kompensation von bisherigen auf neue Arbeitgeber von der Weisungs- auf Gesetzesstufe gehoben werden. Drittens soll die Möglichkeit geschaffen werden, eine versicherte Person im Anschluss an eine Integrationsmassnahme nicht nur wie bisher in einen Arbeitsversuch, sondern im Personalverleih an einen Arbeitgeber zu vermitteln.

Damit gefährdete, aber eingliederungsfähige junge Versicherte im ersten Arbeitsmarkt Fuss fassen können, ist es wichtig, dass sie den Übergang von der obligatorischen Schule in eine weiterführende Ausbildung – wenn immer möglich – im ersten Arbeitsmarkt absolvieren können. Gelingt ihnen die Integration ins Erwerbsleben nicht oder nur mangelhaft, kann auch ihre soziale Integration stark leiden und die Gefahr ihrer gesellschaftlichen Marginalisierung ist gross. Die berufliche Integration Jugendlicher (und junger psychisch erkrankter Erwachsener) ist daher nicht nur aus volkswirtschaftlichen Gründen, sondern auch zur Förderung des gesellschaftlichen Zusammenhalts notwendig.

Gerade bei Jugendlichen, die an der Schwelle von der Kindheit ins Erwachsenenalter stehen und durch den Übergang

von der Schule in die Ausbildung bzw. ins Erwerbsleben vielfach gefordert sind, kommen Ab- und Unterbrüche einer Massnahme, beispielsweise einer erstmaligen beruflichen Ausbildung (ebA) sowie Neu- und Umorientierungen öfters vor. Gesundheitliche Probleme können diesen Effekt noch verstärken. Daher ist es hier besonders wichtig, dass Eingliederungsmassnahmen wiederholt werden können bzw. dass das Eingliederungsziel regelmässig überprüft und angepasst werden kann (Art. 8 Abs. 1^{bis} und 1^{ter} sowie Art. 57 Abs. 1 Bst. f E-IVG).

Jugendliche, die eine Sonderschule besuchen, sind der IV-Stelle in der Regel bekannt, und die IV bietet ihnen zur Vorbereitung des Ausbildungsantritts Berufsberatungsleistungen an. Hingegen kommen Jugendliche mit einer psychischen Erkrankung vergleichsweise spät mit der IV in Kontakt, da die Diagnose oft erst im Jugendalter, meistens sogar erst zwischen 20 und 25 gestellt wird. Die Betroffenen besuchen meistens die Regelschule und kennen häufig Zäsuren oder einen Abbruch der Berufsbildung. Aufgrund der späten Diagnosestellung setzen psychiatrische Behandlungen meist erst nach dem Ausbildungsabbruch ein. Mit einer angepassten psychotherapeutischen und medikamentösen Therapie sind sie eingliederungsfähig.

Mit den kantonalen Brückenangeboten und dem Case-Management-Berufsbildung (CMBB) existieren im kantonalen Rahmen wichtige Ansätze zur raschen und koordinierten Unterstützung gefährdeter Jugendlicher. Die IV hat sie als wichtige Instrumente für ein rasches und koordiniertes Handeln zugunsten von Jugendlichen erkannt, die der IV noch nicht bekannt sind. Im Rahmen der Weiterentwicklung will sie sich folglich an den Personalkosten des CMBB beteiligen und die kantonalen Brückenangebote sowie die eingliederungsorientierte Beratung durch Fachpersonen aus Schule und Bildung mitfinanzieren. Die Ausweitung der Früherfassung und der Integrationsmassnahmen auf Jugendliche ab 13 Jahren sollen es der IV erlauben, gefährdete Jugendliche rascher zu erkennen und ihnen bei Ab- und Unterbrüchen die notwendige, an ihren gesundheitlichen Bedürfnissen orientierte Unterstützung bzw. Übergangslösung im Rahmen der Koordination mit den kantonalen Instanzen zu ermöglichen. Damit wird sichergestellt, dass der Übergang von der obligatorischen Schule in eine weiterführende Ausbildung – wenn immer möglich im ersten Arbeitsmarkt – und später in den (ersten) Arbeitsmarkt gelingt.

Weiterentwicklung der IV: Vorschläge zur Stärkung der beruflichen Wiedereingliederung

Wirkungsbereich	Zielgruppe 2: Jugendliche und junge, psychisch erkrankte Erwachsene	Zielgruppe 3: erwachsene psychisch erkrankte Versicherte
Früherfassung (FE)	Zugang auch für Jugendliche ab 13 Jahren, die noch nicht auf dem Arbeitsmarkt sind	Erfassung auch von Versicherten, die noch nicht arbeitsunfähig, aber von Arbeitsunfähigkeit bedroht sind
Integrationsmassnahmen (IM)	Zugang auch für Jugendliche ab 13 Jahren, die noch nicht auf dem Arbeitsmarkt sind	Aufhebung der Begrenzung des Lebenszeitkontos für IM Übertragung der finanziellen Kompensation von bisherigen auch auf neue Arbeitgeber
Medizinische Massnahmen (Art. 12 IVG)	Anhebung der Bezugsgrenze von 20 Jahren bis Ausbildungsabschluss bzw. max. 25 Jahre	
Case-Management-Berufsbildung (CMBB)	Mitfinanzierung der kantonalen Personalkosten für das CMBB	∅
Kantonale Brückenangebote	Mitfinanzierung spezialisierter kantonaler Brückenangebote, um den Übergang in eine EbA zu unterstützen.	∅
Erstmalige berufliche Ausbildungen (EbA)	Nach Möglichkeit erfolgen EbA im ersten Arbeitsmarkt	∅
Taggeld	Auszahlung eines Taggelds ab Ausbildungsbeginn (< 18 Jahre) Senkung der Taggelder auf das Niveau von Lehrlingslöhnen (18–24 Jahre) Finanzielle Anreize für Arbeitgeber	
Beratung und Begleitung	Ausbau der Beratung und Begleitung (je nach Phase und Komplexität der Situation zwischen 4 und 25 Stunden jährlich) Mitfinanzierung der eingliederungsorientierten kantonalen Beratung durch Fachpersonen aus Schule und Bildung	Früher als bisher Erweiterung des angesprochenen Personenkreises (z. B. behandelnde Ärzte oder Arbeitgeber) Einführung eines Rechtsanspruchs über die gesamte Dauer und bis zu drei Jahren nach der Eingliederung
Personalverleih	∅	Einführung des Personalverleihs als neue Form der beruflichen Massnahme
Zusprache von Massnahmen	Überprüfung des Eingliederungsziels bei einem Ab- oder Unterbruch der Massnahme und erneute Zusprache dieser oder einer anderen Massnahme	

Quelle: Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der IV) vom 15.2.2017.

Um die Chancen eines Ausbildungsabschlusses zu erhöhen, soll die IV die hierfür nötigen medizinischen Eingliederungsmassnahmen fünf Jahre länger, neu bis zum Abschluss bzw. dem vollendeten 25. Lebensjahr übernehmen. Die Arbeitsmarktchancen der Jugendlichen in einer erstmaligen beruflichen Ausbildung (EbA) sollen zudem dauerhaft gestärkt werden, indem im Gesetz festgeschrieben wird, dass diese möglichst im ersten Arbeitsmarkt erfolgt. Das Taggeld für Versicherte in Ausbildung soll neu bereits ab Ausbildungsbeginn bezahlt, seine Höhe jedoch auf den für gesunde Lernende üblichen Lohn gesenkt werden. Mit finanziellen Anreizen sollen Arbeitgeber dazu motiviert werden, entsprechende Ausbildungen anzubieten.

Durch eine konsequente und koordinierte Nutzung aller vorhandenen Instrumente zur zielgerichteten, engen

Begleitung und Betreuung der Betroffenen stellt die Weiterentwicklung der IV sicher, dass jungen Erwachsenen und psychisch erkrankten Versicherten nur dann eine Rente zugesprochen wird, wenn ihr Eingliederungspotenzial – auch medizinisch – abschliessend ausgeschöpft worden ist und die Eingliederung aus gesundheitlichen Gründen zum Abklärungszeitpunkt unmöglich ist. ■



Andrea Lüthi

Lic. phil. I, Fachspezialistin Bereich Berufliche Integration, Geschäftsfeld IV, BSV.
andrea.luethi@bsv.admin.ch

Welches Rentensystem für die IV?

Jasmina Combaz, IV-Stelle Kanton Wallis

Im Zuge der Weiterentwicklung der IV will der Bundesrat das Rentensystem anpassen. Die vorgeschlagenen Neuerungen beabsichtigen eine Senkung der Rentenzusprachen, insbesondere zugunsten von Jugendlichen, und die Einführung des stufenlosen Rentensystems. Wie sehen diese Änderungen konkret aus?

Mit den letzten Revisionen der Invalidenversicherung konnte die Eingliederung gestärkt und die Zahl der Rentenbezügerinnen und -bezüger insgesamt gesenkt werden. Im Gegensatz zur allgemeinen Tendenz ist bei den Neurenten für Jugendliche (18 bis 25 Jahre) allerdings kein Rückgang zu verzeichnen. Zwischen 2009 und 2015 erhielten pro Jahr rund 2000 Personen unter 25 Jahren erstmals eine IV-Rente zugesprochen, bei einem jährlichen Total von 14 000 gewichteten Neurenten. Es sind daher zusätzliche Anstrengungen bei der Eingliederung und nachhaltigen Integration ins Erwerbsleben insbesondere von Jugendlichen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen angezeigt.

Verschiedentlich wurde gefordert, die Renten für Jugendliche unter 25 bzw. 30 Jahren komplett zu streichen. So lauteten beispielsweise die Empfehlungen des Forschungsberichts über die Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten in den Schlussfolgerungen (Baer et al. 2015). Eine internationale Vergleichsstudie zeigt jedoch auf, dass diese Lösung nicht das Grundproblem, nämlich die unzureichende Integration und Eingliederung von Jugendlichen in den Arbeitsmarkt, angeht (Prins 2017). Allen jungen Menschen unter 30 Jahren die Rente zu verwehren, würde die Problematik lediglich an das Ende der Wartefrist verlagern. Dazwischen wären die Betroffenen weiterhin auf

staatliche Unterstützung angewiesen, sei es über Taggelder oder Sozialhilfe.

Der Bundesrat bevorzugt eine auf Eingliederung und Begleitung ausgerichtete Lösung. Um das Risiko einer Rentenabhängigkeit bestmöglich zu senken, soll ein allfälliger Rentenanspruch erst in einem zweiten Schritt geprüft werden. Die angepeilte Senkung der Rentenzusprachen soll durch die intensivierete individuelle Unterstützung und Begleitung der Betroffenen wettgemacht werden. Ziel ist es, ihr Eingliederungspotenzial auszuschöpfen und ihre Eingliederung ins Erwerbsleben zu verbessern. Langfristig soll nicht nur bei Jugendlichen, sondern bei allen Menschen mit dauerhafter Gesundheitsbeeinträchtigung die Abhängigkeit von einer IV-Rente minimiert werden.

Eine angemessenere und wirksamere Ausrichtung von Renten erfordert auch Verbesserungen am Rentensystem selbst. Ein erster Optimierungsversuch scheiterte 2013, als die Revision 6b abgelehnt wurde. Damit blieben die Nachteile des vierstufigen Rentensystems bestehen. Es braucht ein faireres Rentensystem mit einem besseren Verhältnis zwischen Invaliditätsgrad und Rentenhöhe. Die Beseitigung der im heutigen Rentenmodell bestehenden Schwellen soll einen finanziellen Anreiz für die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit oder die Erhöhung des Beschäftigungsgrads setzen und die Versicherten motivieren, sich aktiv um ihre Eingliederung zu bemühen.

DAS AKTUELLE RENTENSYSTEM Art. 8 ATSG definiert Invalidität als «voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit». Betroffene sind somit nicht mehr in der Lage, das bisher übliche Einkommen zu erzielen. Die Bestimmung des Invaliditätsgrads basiert auf einem mathematischen Vergleich zwischen dem Erwerbseinkommen, das die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erzielt hätte (Valideneinkommen), und dem Einkommen, das sie nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen kann oder könnte (Invalideneinkommen; Art. 16 ATSG). Invalidität ist daher eher ein wirtschaftliches als ein medizinisches Konzept. Es gilt, die objektiven wirtschaftlichen Folgen der funktionel-

len Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person abzuklären (BGE 110 V 273 Erw. 4a – in französischer Sprache).

Das aktuelle Rentensystem beruht auf vier Rentenstufen (Art. 28 Abs. 2 IVG):

- Ab einem Invaliditätsgrad von 40 Prozent hat die versicherte Person Anspruch auf eine Viertelsrente.
- Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 50 und 59 Prozent besteht Anspruch auf eine halbe Rente.
- Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 60 und 69 Prozent besteht Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.
- Ab einem Invaliditätsgrad von 70 Prozent hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente.

Versicherte haben also je nach Invaliditätsgrad Anspruch auf den Anteil von 25, 50, 75 oder 100 Prozent einer ganzen Rente. Die Höhe von Rente und Invaliditätsgrad der versicherten Person entsprechen sich allerdings nicht genau (ausser bei einem Invaliditätsgrad von 50 % und 100 %). Ausserdem bietet das heutige System den Versicherten keine Anreize, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen oder ihren Beschäftigungsgrad zu erhöhen. Steigt das Invalideneinkommen einer versicherten Person, weil sie beispielsweise ihren Beschäftigungsgrad erhöht, verändert sich die Höhe ihrer Rente nur, wenn sie eine der vier Stufen erreicht – was allerdings eine Rentenkürzung zur Folge hätte. So kann es sein, dass sich das Gesamteinkommen einer versicherten Person aufgrund der Rentenstufen um bis zu 25 Prozent verringert, obwohl sie mehr Lohn erhält. Beispiel: Sinkt der Invaliditätsgrad von 60 Prozent auf 59 Prozent, erhält die versicherte Person anstelle der Dreiviertelsrente nur noch eine halbe Rente. Für die versicherte Person besteht daher kein Anreiz, ihre Erwerbstätigkeit wieder aufzunehmen oder zu erhöhen und die verbleibende Arbeitsfähigkeit auszuschöpfen.

Versicherte haben nur dann Anspruch auf eine IV-Rente, wenn ihre Erwerbsfähigkeit (oder die Fähigkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen) nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder hergestellt, erhalten oder verbessert werden kann (Art. 28 Abs. 1 Bst. a IVG; vgl. auch Art. 7a IVG). Zudem müssen Versicherte während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen (Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG) und nach Ablauf dieses Jahres

zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sein (Art. 28 Abs. 1 Bst. c IVG).

NEUERUNGEN Indem das Eingliederungspotenzial ausgeschöpft sein muss, bevor der Rentenanspruch geprüft wird, will der Bundesrat zum einen den Grundsatz «Eingliederung vor Rente» stärken. Damit zielt er v. a. darauf ab, die Rentenzusprachen bei jungen Versicherten zu senken. Um den Versicherten finanzielle Anreize zu bieten, ihre verbleibende Arbeitsfähigkeit voll auszuschöpfen und sich einzugliedern, will er zum anderen die vier Rentenstufen aufheben.

RENTENANSPRUCH Nach dem Entwurf für Art. 28 Abs. 1^{bis} E-IVG wird eine IV-Rente nur dann zugesprochen, wenn sämtliche Eingliederungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Bei der Festlegung der Eingliederungsmassnahmen ist nebst dem nach geltendem Recht massgebenden zu erwartenden Verbleib im Erwerbsleben insbesondere auch dem Alter, dem Entwicklungsstand und den Fähigkeiten der versicherten Person Rechnung zu tragen (Art. 8 Abs. 1^{bis} E-IVG). Mit diesen neuen Normen wird der Grundsatz im Gesetz verankert, wonach die Anstrengungen in die Eingliederung umso grösser sein müssen, je jünger die versicherte Person ist. Die IV-Stellen sind unter anderem verpflichtet, bei einem Abbruch oder begründeten Unterbruch einer Massnahme eine Wiederholung oder die Anpassung des Eingliederungsplans zu prüfen (Art. 8 Abs. 1^{ter} und Art. 57 Abs. 1 Bst. f E-IVG). Gestützt auf Art. 28 Abs. 1 Buchstabe a IVG haben sie auch den medizinischen Sachverhalt geklärt und alle notwendigen medizinischen Massnahmen veranlasst (ausreichende Abklärung, Festlegung der notwendigen und zumutbaren Therapien usw.). Damit ist gewährleistet, dass eine allfällige (Teil-)Rente nur dann zugesprochen wird, wenn das Eingliederungspotenzial der versicherten Person vollständig ausgeschöpft und die Eingliederung aus gesundheitlichen Gründen zu diesem Zeitpunkt unmöglich ist.

RECHTSSICHERHEIT Mit der Reform werden die Schwellen des heutigen Rentensystems aufgehoben. An der Invaliditätsbemessung (Abklärung des Sachverhalts und Festlegung des Invaliditätsgrades), am rentenbegründenden Invaliditätsgrad (40 %, Art. 28b Abs. 4 E-IVG) sowie am Invaliditätsgrad, ab welchem Anspruch auf eine ganze Rente besteht (70 %, Art. 28b Abs.

3 E-IVG) ändert sich nichts. Damit sind Rechtssicherheit und Gleichbehandlung zwischen den Versicherten gewährleistet.

STUFENLOSES RENTENSYSTEM Im neuen System wird die Rentenhöhe ab der Eintrittsschwelle besser an den Invaliditätsgrad angepasst (vgl. Grafik **G1**). Gemäss Artikel 28b E-IVG wird die Rentenhöhe in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt (Abs. 1). Die Mindestrentenhöhe beträgt 25 Prozent bei einem Invaliditätsgrad von 40 Prozent; danach steigt die Rentenhöhe pro zusätzlichen IV-Grad-Prozentpunkt um 2,5 Prozent (Absatz 4). Ab einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent entspricht die Rentenhöhe dem Invaliditätsgrad (Abs. 2).

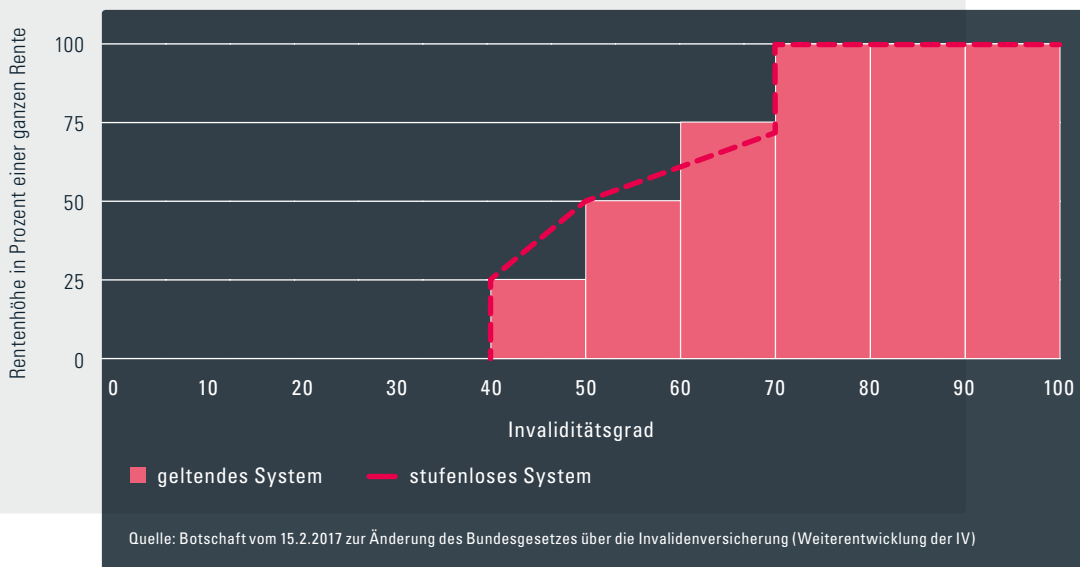
Im neuen System entfallen die Stufen für Invaliditätsgrade zwischen 40 und 50 Prozent sowie zwischen 50 und 70 Prozent. Die vorgesehene Abstufung gewährleistet ab 50 Prozent die Parität zwischen Invaliditätsgrad und Rentenhöhe. Dass bei einem Invaliditätsgrad von 40 Prozent nur eine Viertelsrente gesprochen wird liegt daran, dass Versicherte mit einer Erwerbsfähigkeit von über 50 Prozent hohe Eingliederungschancen aufweisen. Liegt die Rentenhöhe unter dem Invaliditätsgrad, ist der Anreiz für zusätzliche Anstrengungen zur Erhöhung des Beschäftigungsgrads und damit für ein höheres Einkommen grösser. Das entspricht dem Eingliederungsziel der IV (Art. 1a Bst. a IVG). Ab einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent ist die Erwerbsfähigkeit hingegen gleich hoch oder niedriger als der Invaliditätsgrad. Die versicherte Person ist somit verpflichtet, eine angemessene Erwerbstätigkeit weiterzuführen oder aufzunehmen. Das stufenlose Rentensystem soll die Versicherten motivieren, sich um ihre Eingliederung zu bemühen, da ein höheres Erwerbseinkom-

Häufigkeit von Rentenrevisionen

Bei jedem Rentenentscheid legt die IV Stelle unter Einbezug der voraussichtlichen Entwicklung der rentenbegründenden Umstände (Gesundheitszustand, berufliche Situation usw.) fest, wann die Rente revidiert wird. Renten werden von Amtes wegen alle drei bis fünf Jahre revidiert (Rz 50008.1 Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung) oder wenn die versicherte Person ein Revisionsgesuch einreicht (Art. 87 Abs. 1 und 2 IVV). In den letzten Jahren haben die IV-Stellen zwischen 35 000 und 50 000 Renten pro Jahr revidiert. Wird berücksichtigt, dass die IV Ende 2015 insgesamt 223 200 Renten ausrichtete, ergibt dies auf den gesamten Rentenbestand gesehen einen Revisionsrhythmus von fünf Jahren, wobei pro Jahr rund 15 Prozent der Renten angepasst werden.

G1

Stufenloses Rentensystem (ganze Rente ab 70%)



men auch ein höheres Gesamteinkommen (bestehend aus Rente und Erwerbseinkommen) zur Folge hat.

ÜBERGANGSREGELUNG: FÜR WEN GILT DAS STUFENLOSE RENTENSYSTEM? Damit nicht über Jahrzehnte hinweg zwei Rentensysteme nebeneinander bestehen, will der Bundesrat die laufenden Renten in das neue Rentensystem überführen. Dabei gelten zwei Kriterien: Erstens muss ein Revisionsgrund gemäss Art. 17 Abs. 1 E-IVG vorliegen. Als zweiter Anhaltspunkt ist das Alter der versicherten Person zu beachten.

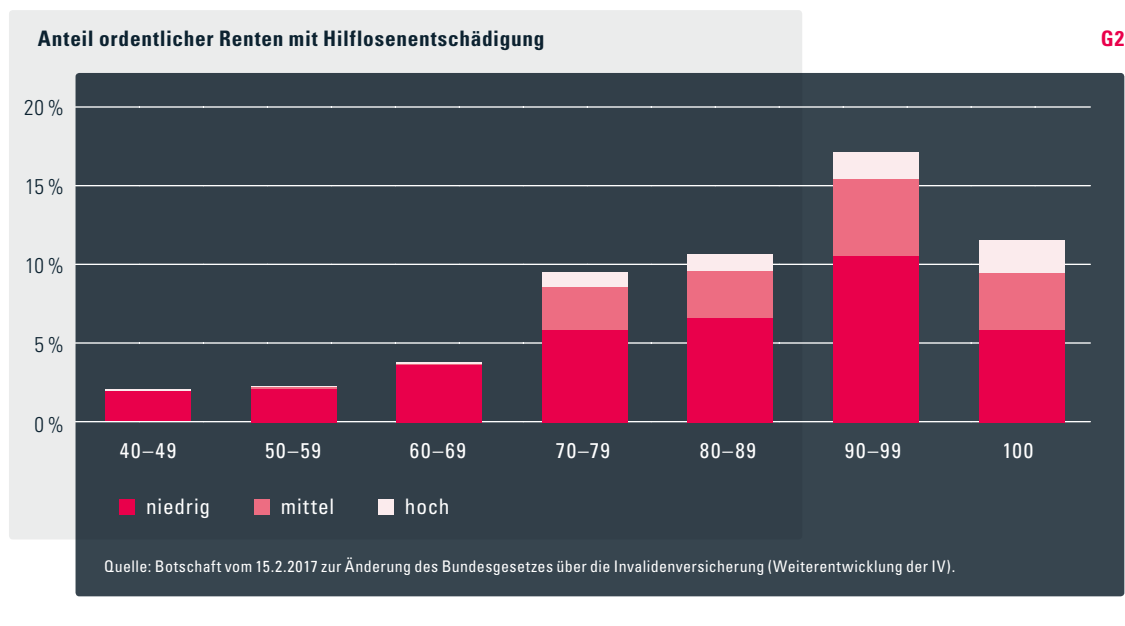
Grundsätzlich gilt das stufenlose Rentensystem ab seiner Einführung für alle laufenden Renten. Bei Rentenbezügerinnen und -bezügern, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten der Reform entstanden ist, allerdings erst ab einer Rentenrevision, wie sie regelmässig von den IV-Stellen durchgeführt wird. Die Anpassung erfolgt bei Vorliegen eines Revisionsgrundes, also wenn sich der Invaliditätsgrad gemäss Art. 17 Abs. 1 E-ATSG durch eine für den Rentenanspruch massgebende Änderung der Verhältnisse um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (vgl. Bst. b Abs. 1 der Übergangsbestimmungen E-IVG). Die für die Weiterentwicklung der IV konsolidierten Eingliederungsinstrumente begünstigen die Eingliederung der betroffenen Versicherten in den

Arbeitsmarkt und verbessern damit ihre Erwerbsfähigkeit.¹ Nicht angepasst wird die Rente allerdings, wenn ein höherer Invaliditätsgrad aufgrund der Aufhebung der Rentenstufen zur Senkung der Rente führt (oder umgekehrt) (vgl. Bst. b Abs. 2 der Übergangsbestimmungen E-IVG). Beispiel: Eine versicherte Person mit einem Invaliditätsgrad von 62 Prozent erhält aktuell eine Dreiviertelsrente (75% einer ganzen Rente). Steigt ihr Invaliditätsgrad auf 68 Prozent, würde der Rentenanspruch nach dem neuen System 68 Prozent betragen. Da die Rente sinkt, während der Invaliditätsgrad steigt, kann die versicherte Person ihre Rente weiterhin nach dem alten System beziehen.

Je nach Alter der versicherten Person gelten für Versicherte, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten der Reform entstanden ist, zwei Sonderregelungen:

- Die Renten von Bezügerinnen und Bezügern, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Reform das 30. Altersjahr noch nicht vollendet haben, werden spätestens nach einer Frist von zehn Jahren automatisch ins stufenlose Rentensystem überführt, sofern sie nicht schon im Rahmen einer

¹ Vgl. Lüthi, Andrea: *Die Weiterentwicklung der IV verstärkt die berufliche Eingliederung*; in dieser CHSS, S. 15–19.



ordentlichen Revision gemäss den oben aufgeführten Bedingungen angepasst wurde (vgl. Bst. b Abs. 3 der Übergangsbestimmungen E-IVG). Mit 40 Jahren verfügen Versicherte noch über ein hohes Eingliederungspotenzial. Daher können sie die Anreize des stufenlosen Rentensystems noch vollumfänglich nutzen. Doch keine Regel ohne Ausnahme: Versicherte, denen nach neuem System eine niedrigere Rente zustehen würde als nach altem Recht, kommen in den Genuss einer Bestandswahrung. Diese gilt so lange, bis der Rentenanspruch im Rahmen einer ordentlichen Revision gemäss Art. 17 Abs. 1 E-ATSG angepasst wird. Somit entsteht dieser Versichertenkategorie durch den Transfer ins neue System kein Nachteil. Es handelt sich vor allem um Versicherte mit einem Invaliditätsgrad zwischen 60 und 69 Prozent (vgl. Grafik G1).

- Versicherte, die beim Inkrafttreten der Revision das 60. Altersjahr vollendet haben, erhalten eine Bestandsgarantie (vgl. Bst. c der Übergangsbestimmungen E-IVG). Für ihre Renten gilt weiterhin das heutige Rentensystem, selbst wenn ein Revisionsgrund gemäss Art. 17 Abs. 1 E-ATSG vorliegt.

EINE GANZE RENTE AB EINEM INVALIDITÄTSGRAD VON 80 PROZENT – EINE VALABLE ALTERNATIVE? Nachdem er die Vor- und Nachteile abgewogen hatte, schlug der Bundes-

rat bereits vor der Vernehmlassung vor, für eine volle Rente einen Invaliditätsgrad von 70 Prozent beizubehalten. Dennoch schickte er zwei Varianten des stufenlosen Rentensystems in die Vernehmlassung: Bei der einen entsteht der Anspruch auf eine ganze Rente ab einem Invaliditätsgrad von 70 Prozent, bei der anderen ab 80 Prozent.

Die Befürworter der «Variante 80 %» (hauptsächlich bürgerliche Parteien und Dachverbände der Wirtschaft) sind der Ansicht, nur diese Variante schaffe tatsächlich Erwerbsanreize, und wünschen sich bedeutende Einsparungen. Die Vernehmlassungsteilnehmer (darunter die Sozialdemokratische Partei der Schweiz, Behindertenorganisationen sowie die Kantone) hingegen sprachen sich mehrheitlich für die «Variante 70 %» aus.

Obwohl die «Variante 80 %» relevante Einsparungen mit sich bringen würde, würde die Entschuldung der IV lediglich einige Monate früher erreicht. Zudem hat die Entwicklung der IV-Financen gezeigt, dass die Sanierung der IV auf Kurs ist. Die Schuld gegenüber der AHV wird voraussichtlich im Jahr 2030 getilgt sein. Gegenwärtig sind daher keine zusätzlichen Einsparungen nötig.

Rund ein Drittel der Versicherten mit einem Invaliditätsgrad zwischen 70 und 79 Prozent beziehen Ergänzungsleistungen. Einsparungen würden vor allem auf den geringer ausfallenden IV-Renten dieser Personen erzielt. Damit

Analoge Anwendung in der obligatorischen beruflichen Vorsorge

Nach dem Vorbild der IV wird auch in der beruflichen Vorsorge ein stufenloses Rentensystem eingeführt (Art. 24a E-BVG). Die positiven Auswirkungen der Reform erstrecken sich auch auf diesen Versicherungsweig und gewährleisten, dass sich die Vorsorgeeinrichtungen wie heute auf die Ergebnisse der IV-Revisionen abstützen können, ohne die notwendigen Abklärungen und Verfahren selbst durchführen zu müssen.

Wie im Bereich der IV wird das stufenlose Rentensystem auch für Bezügerinnen und Bezüger eingeführt, deren Anspruch vor Inkrafttreten der Reform entstanden ist (laufende Renten), wenn die Umstände analog zu den für die IV geltenden Regeln eine Revision erfordern (vgl. Bst. a Abs. 1 und 2 der Übergangsbestimmungen E-BVG). Zudem werden die Renten der unter 30-jährigen Bezügerinnen und Bezüger ebenfalls nach Ablauf einer Frist von zehn Jahren automatisch in das neue System überführt (vgl. Bst. a Abs. 3 der Übergangsbestimmungen E-BVG). Des Weiteren besteht eine Besitzstandsgarantie für Personen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Reform das 60. Altersjahr bereits vollendet haben (vgl. Bst. b der Übergangsbestimmungen E-BVG).

würde eine grosse finanzielle Last auf die Sozialhilfe und die Ergänzungsleistungen verlagert, deren Kosten zwischen Bund und Kantonen aufgeteilt werden (Bund: 5/8; Kanton: 3/8; Art. 13 Abs. 1 ELG).

Zu berücksichtigen ist auch, dass es für gesundheitlich – und damit in ihrer Arbeitsfähigkeit – stärker beeinträchtigte Personen schwieriger ist, ihr Erwerbseinkommen zu erhöhen. Die Zielgruppe verfügt über eine Restvermögensfähigkeit von gerade mal 21 bis 30 Prozent. Die Chancen, auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine passende Erwerbstätigkeit zu einem kleinen Beschäftigungsgrad zu finden, sind sehr begrenzt.

Zudem steigt ab einem Invaliditätsgrad von 70 Prozent der Anteil der Versicherten, die eine Hilflosenentschädigung beziehen, stark an (vgl. Grafik G2). Die Hilflosenentschädigung unterstützt Personen finanziell, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedürfen oder die auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sind (vgl. Art. 42 ff. IVG und Art. 37 IVV). Für diese verletzlichen, unterstützungsbedürftigen Personen dürfte es daher schwierig bis unmöglich sein, sich in den Arbeitsmarkt zu reintegrieren.

An dieser Stelle sei auch daran erinnert, dass der Invaliditätsgrad, der den Anspruch auf eine ganze Rente begründet, bereits bei der 6. IV-Revision, zweites Massnahmenpaket (IV-Revision 6b), zu intensiven Debatten im Parlament führte

und sich sowohl der Bundesrat als auch die Einigungskonferenz für die «Variante 70 %» aussprachen.

SCHLUSSFOLGERUNG Die vom Bundesrat vorgesehenen Anpassungen am Rentensystem sollen für die Versicherten Anreize schaffen, eine angemessene Erwerbstätigkeit aufzunehmen oder ihren Beschäftigungsgrad zu erhöhen. Ausserdem soll die Zusprache von Renten, insbesondere an Jugendliche, soweit möglich vermieden werden, indem die notwendige Korrelation zwischen Ausschöpfung des Eingliederungspotenzials und Entstehung des Rentenanspruchs bekräftigt und konsolidiert wird. Mit der Modernisierung des Rentensystems im Zuge der Weiterentwicklung der IV kann die Invalidenversicherung ihre Funktion als Eingliederungsversicherung, zu der sie sich mit den letzten Revisionen entwickelt hat, besser wahrnehmen. ■

LITERATUR

Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der IV) vom 15.2.2017: *BBI 2017 2535*.

BSV (2017): Hintergrunddokument. Vermeiden, dass Junge als Rentner/innen ins Erwachsenenleben starten, 15.2.2017: www.bsv.admin.ch > Sozialversicherungen > Invalidenversicherung IV > Reformen & Revisionen > Weiterentwicklung der IV > Dokumente.

BSV (2017): Weiterentwicklung der IV: Zusammenfassung der Vernehmlassungsergebnisse (Ergebnisbericht), [Bern: BSV], 15.2.2017: www.bsv.admin.ch > Publikationen & Service > Gesetzgebung > Vernehmlassungen > Abgeschlossene Verfahren > Vernehmlassung über die Weiterentwicklung der IV.

Bundesrat (2017): Medienmitteilung vom 15.2.2017.

Prins, Rienk (2017): *Junge Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen: rentenvermeidende und aktivierende Massnahmen*; [Bern: BSV]. Beiträge zur Sozialen Sicherheit; Forschungsbericht Nr. 3/17: www.bsv.admin.ch > Publikationen & Service > Forschung und Evaluation > Forschungspublikationen.

Baer, Niklas; Altwicker-Hámori, Szilvia; Juvalta, Sibylle; Frick, Ulrich; Rüesch, Peter (2016): *Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten*; [Bern: BSV]. Beiträge zur Sozialen Sicherheit; Forschungsbericht Nr. 19/15: www.bsv.admin.ch.



Jasmina Combaz

Lic. iur., Juristin im Bereich Gesetzgebung/Recht, Geschäftsfeld IV, BSV (bis Ende Februar 2017); Leiterin Rechtsdienst der IV-Stelle Kanton Wallis (seit März 2017).
jasmina.combaz@vs.oai.ch

Geplante Änderungen bei den medizinischen Massnahmen

Chantal Vuilleumier-Hauser, Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Revision der Geburtsgebrechenliste soll es der IV erlauben, von schwerwiegenden Behinderungen betroffene Kinder und Familien besser zu unterstützen. Zudem soll die Versicherung die medizinischen Massnahmen für die berufliche Wiedereingliederung künftig bis zum 25. Lebensjahr übernehmen können.

Die Invalidenversicherung (IV) übernimmt derzeit medizinische Massnahmen, die unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben zielen (Art. 12 IVG) oder die zur Behandlung von Geburtsgebrechen nötig sind (Art. 13 IVG). Die Massnahmen werden bis zum vollendeten 20. Altersjahr ausgerichtet.

Gemäss Art. 12 IVG übernimmt die IV medizinische Massnahmen, die unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben gerichtet sind. Versicherte haben demnach Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den ursprünglichen Aufgabenbereich zielen. Die Massnahmen werden nur unter gewissen Voraussetzungen zugesprochen: Es muss eine Invalidität

vorliegen, und die Behandlung der zugrunde liegenden Krankheit muss abgeschlossen sein. Die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit durch die vorgesehene Massnahme muss wesentlich und dauerhaft und die Prognose günstig sein. Zudem kann die medizinische Massnahme zeitlich nicht unbeschränkt verfügt werden. Um die Chancen eines Ausbildungsabschlusses betroffener Jugendlicher und junger Erwachsener zu erhöhen, soll die IV mit der Weiterentwicklung die nötigen medizinischen Eingliederungsmassnahmen fünf Jahre länger, neu bis zum Abschluss der Erstausbildung bzw. dem vollendeten 25. Lebensjahr übernehmen.¹

¹ Zu den Anpassungen von Art. 12 IVG siehe Lüthi, Andrea: *Verstärkung der beruflichen Eingliederung*; in dieser CHSS, S. 15–19.

Art. 13 IVG nennt die medizinischen Massnahmen, die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (GG) notwendig sind. In diesem Bereich übernimmt die IV die Funktion einer Krankenversicherung. Kraft dieses Artikels haben versicherte Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf sämtliche medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen, unabhängig vom Potenzial ihrer späteren beruflichen Eingliederung ins Erwerbsleben. Nach Art. 3 Abs. 2 ATSG gelten als Geburtsgebrechen diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen. Die IV ist allerdings nicht verpflichtet, die medizinische Behandlung sämtlicher Geburtsgebrechen zu übernehmen. Sie vergütet alle Kosten für die ambulante und stationäre Behandlung anerkannter Geburtsgebrechen gemäss Anhang der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV), sofern die Behandlungen als einfach und zweckmässig gelten. Dabei gilt es zu beachten, dass es sich bei der sogenannten Geburtsgebrechenliste nicht um eine wissenschaftliche Aufzählung von Geburtsgebrechen oder eine medizinische Nomenklatur handelt, sondern um eine medizinisch-juristische Auflistung.

Die IV ist nicht verpflichtet, die medizinische Behandlung sämtlicher Geburtsgebrechen zu übernehmen.

Dass innerhalb der IV eine «Krankenversicherung» existiert, ist historisch bedingt. Denn als die IV 1960 eingerichtet wurde, war die Krankenversicherung noch nicht obligatorisch und es gab eine Wartefrist für Neugeborene. Zudem fielen die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen weder in die Zuständigkeit der Kranken- noch der Unfallversicherung, sodass sie diesen beiden Versicherungen nicht zugeordnet werden konnten. Art. 13 IVG und die GgV schlossen somit eine Versicherungslücke.

Gemäss dem Expertenbericht vom 30. November 1956 zur Einführung der Invalidenversicherung (Expertenkommission 1956) gelten Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen, als Geburtsgebrechen, auch wenn sie zu diesem Zeitpunkt noch nicht wahrnehmbar sind. Somit können sie auch als solche anerkannt werden, wenn sie sich zu einem späteren Zeitpunkt manifestieren. «Erbliche Anlagen oder Disposition zu einem Leiden» galten gemäss Expertenbericht nicht als Geburtsgebrechen. Anerkannt waren demnach dominante Erbkrankheiten, Gebrechen in Zusammenhang mit einer Frühgeburt, angeborene Infektionen, geburtsbedingte Verletzungen und gewisse unheilbare Krankheiten. Um in die Liste der Geburtsgebrechen aufgenommen zu werden, musste das Leiden indes mit einem anerkannten medizinischen Eingriff oder einer entsprechenden Therapie behandelbar bzw. positiv zu beeinflussen sein (symptomatische Behandlung). Oligophrenie und Chromosomenabweichungen (z. B. Trisomie 18) waren beispielsweise nicht auf der Geburtsgebrechenliste aufgeführt, da hierfür keine wirksame Behandlung existiert. Eine Ausnahme hierzu bildet die Trisomie 21, die erst kürzlich, nach der Annahme einer Motion, in die Liste aufgenommen wurde.²

Die Expertenkommission zur Einführung der Invalidenversicherung hatte unter anderem auch die Frage untersucht, ob alle Geburtsgebrechen in die Zuständigkeit der IV fallen sollen. Es wurde damals entschieden, dass die IV nicht für die Behandlung von Geburtsgebrechen aufkommen soll, die relativ geringe Kosten verursachen.

MEDIZINISCHE MASSNAHMEN DER IV IM CHECK-UP Als Folge der stetig steigenden Kosten hat die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) 2011/2012 die medizinischen Massnahmen der IV unter die Lupe genommen (EFK 2013). Zwischen 2001 und 2016 stiegen die Gesamtkosten der medizinischen Massnahmen der IV um durchschnittlich 4,3 Prozent pro Jahr und zwar von 453 Mio. auf 827 Mio. Franken. Das entspricht einer Kostensteigerung von 82 Prozent. Diese Entwicklung ist vor allem auf die starke Zunahme der Pro-Kopf-Kosten um durchschnittlich 53 Prozent zurückzuführen, während die Anzahl der Bezügerinnen und Bezüger 2001 bis 2013 lediglich um sechs Prozent angestiegen ist. Der

² www.parlament.ch > Geschäfte > Curia Vista > Mo 13.3720.

Bericht hat gewisse Systemmängel aufgezeigt, insbesondere eine unzulängliche Steuerung durch das BSV, unklare Kriterien für die Übernahme der Massnahmen, Unterschiede bei der Bearbeitung der Anträge durch die einzelnen IV-Stellen und damit einhergehende Diskrepanzen in der Zusprachepaxis zwischen und in den IV-Stellen. In ihrem Bericht an das BSV regt die EFK u. a. die Verbesserung der Steuerung und Aufsicht, die Aktualisierung der Geburtsgebrechenliste sowie die konsequentere Nutzung vorhandener Statistiken und Daten an.

Aufgrund des EFK-Berichts und der Diskussionen in der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-NR) hat das Eidgenössische Departement des Innern im Frühling 2013 die medizinischen Massnahmen der IV einer Prüfung unterzogen und ein Konzept zu deren Optimierung lanciert. Dabei hat sich gezeigt, dass die medizinischen Massnahmen in den IV-Stellen oft nur zweite Priorität haben. Des Weiteren sind die Kostenübernahmekriterien zuweilen unklar und die entsprechenden rechtlichen Bestimmungen unzulänglich, v. a. weil die erlassenen Weisungen für die Gerichte nicht verbindlich sind. Das Kreisschreiben und die Geburtsgebrechenliste allein genügen meistens nicht, um einzuschätzen, ob eine Massnahme gewährt werden muss oder nicht.

Art. 13 IVG verleiht der IV nicht die gleichen rechtlichen Möglichkeiten zur Beurteilung von Leistungsbegehren, wie sie in der OKP verankert sind. Bei Geburtsgebrechen kennt die IV als Leistungsprinzip nur den Ansatz der Sachleistungen, nach welchem sie eine medizinische Leistung schuldet, die sie in ihrer Funktion als Versicherer in einfacher und wirtschaftlicher Ausführung für den Versicherten erwirbt. Zwar benennen Gesetz und Verordnung die Geburtsgebrechen und den Umfang der medizinischen Massnahmen, nicht aber die Kriterien, nach denen die IV die medizinischen Massnahmen zusprechen soll. Dies im Gegensatz zum KVG (Art. 32 Abs. 1), das namentlich die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) als Bemessungsgrundsätze aufführt. Aus der konstanten Rechtsprechung des Bundesgerichts lässt sich allerdings ableiten, dass die Leistungskriterien der IV de facto den WZW-Kriterien entsprechen. Um diesbezüglich Klarheit zu schaffen und die Rechtssicherheit zu verbessern, sollen diese Kriterien nun im Gesetz festgeschrieben werden.

Neben den Leistungskriterien definiert das IVG auch die Güte und den Umfang der zu erbringenden Leistung weniger klar als das KVG: Qualitäts- sowie Mengenkontrollen sind inexistent und die Vergütung von Arzneimitteln ist nicht ausreichend geregelt. Die vom Gesetzgeber gewünschte Leistung muss somit genau benannt werden. Grundlage soll das KVG-System mit seinem Leistungskatalog für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) bilden. Indem man das IV- und das OKP-System unter Berücksichtigung gewisser Elemente einander annähert, lässt sich eine gewisse Kohärenz bei der Übernahme medizinischer Leistungen sicherstellen. Zugleich sind die Leistungsbereiche der beiden Versicherungen klar voneinander abzugrenzen. Hierzu sind die Kriterien für Geburtsgebrechen, deren Behandlung von der IV übernommen wird, klar zu definieren. Und, obschon viele seltene Krankheiten bereits auf der Liste aufgeführt sind, muss sie gezielt ergänzt werden, auch in Anbetracht der Tatsache, dass die letzte umfassende Aktualisierung der GgV auf das Jahr 1985 zurückgeht.

Trotz ihrer Entfernung aus der Liste ist die Behandlung geringfügiger Geburtsgebrechen weiterhin sichergestellt.

AKTUALISIERUNG DER GEBURTSGEBRECHENLISTE Die Analyse der Geburtsgebrechenliste brachte verschiedene Probleme ans Licht. Dazu zählen die Nennung von Beeinträchtigungen mit unterschiedlichem Schweregrad unter der gleichen Ziffer, ungenaue Bezeichnungen und veraltete Begriffe. Es drängt sich auf, im Rahmen der Weiterentwicklung der IV, geringfügige Geburtsgebrechen, deren Behandlung einfach, einmalig und nicht invalidisierend ist, aus der Liste zu streichen.

Trotz ihrer Entfernung aus der Liste ist die medizinische Behandlung geringfügiger Geburtsgebrechen weiterhin sichergestellt. Die Behandlungen werden unter anderer

Bezeichnung entweder weiterhin von der IV vergütet, oder aber die OKP übernimmt die Kosten an deren Stelle. Da Letztere für Kinder keine Franchise vorsieht und nur die Hälfte des Höchstbetrags für den Selbstbehalt erhebt (Art. 64 Abs. 4 KVG), bewegt sich die Mehrbelastung der betroffenen Familien in einem vertretbaren Rahmen.

Voraussichtlich werden bei höchstens 10 000 Personen die Kosten nicht mehr durch die IV, sondern von der OKP vergütet. Dabei handelt es sich u. a. um jeweils etwa 1800 Kleinkinder mit angeborenem Leistenbruch (Hernia inguinalis) oder Hodenhochstand (Kryptorchismus) – beides Gebrechen, die in der Regel mit einer einzigen Operation geheilt werden. Weiter soll auch der angeborene Wasserbruch (primäre Hydrocele testis, eine Flüssigkeitsansammlung im Hodensack) von jährlich rund 480 Betroffenen künftig über die OKP abgerechnet werden. Die genaue Bestimmung der Gebrechen, welche die IV von der OKP übernimmt, ist Gegenstand laufender Abklärungen. In der Folge kann später auch für diesen Wechsel die voraussichtliche Anzahl der Betroffenen hochgerechnet werden.

Die Aktualisierung und Präzisierung der Geburtsgebrechenliste ermöglicht es der IV, sich auf schwerwiegende Geburtsgebrechen zu konzentrieren und sich um besonders hart geprüfte Familien zu kümmern. Gleichzeitig verschafft sie dem Bundesrat den nötigen finanziellen Spielraum, um neue schwerere Krankheiten – namentlich seltene Krankheiten – in die Liste aufzunehmen, so wie es das «Nationale Konzept Seltene Krankheiten» vorsieht, das der Bundesrat am 15. Oktober 2014 verabschiedet hat. Die Präzisierung der Voraussetzungen für die Behandlung eines Geburtsgebrechens auf Kosten der IV erfolgt in Art. 13 Abs. 2 E-IVG:

Geburtsgebrechen, deren Behandlung die IV übernimmt, müssen

- fachärztlich diagnostiziert sein,
- sich auf den Gesundheitszustand auswirken,
- einen bestimmten Schweregrad aufweisen,
- eine lang andauernde oder komplexe Behandlung erfordern und
- mit medizinischen Massnahmen nach Art. 14 E-IVG zu behandeln sein.

ANPASSUNG DER LEISTUNGEN AN DIE KRITERIEN DER KRANKENVERSICHERUNG Indem die IV die Behandlung von Geburtsgebrechen anhand klarer Kriterien und unter einheitlichen Bedingungen vergütet, soll sich sowohl innerhalb der IV als auch zwischen der IV und der OKP eine einheitliche Abgeltungspraxis entwickeln können. Die Leistungen, welche die beiden Versicherungen übernehmen, sollen sich in einem ähnlichen Rahmen bewegen und Versicherten, die das 20. Altersjahr vollendet haben, den Übergang von der IV in die OKP erleichtern. Die Anwendung klar definierter Leistungskriterien und die genaue Beschreibung des Leistungsumfangs werden – ganz im Sinne der EFK – auch die Steuerung der medizinischen Massnahmen verbessern und es der IV ermöglichen, die betroffenen Personen besser zu unterstützen und gleichzeitig wirkungslose sowie kostspielige Leistungen zu unterbinden bzw. zu kürzen.

Mit der gesetzlichen Verankerung der WZW-Kriterien (Art. 14 E-IVG) übernimmt die IV auch das sogenannte Vertrauensprinzip, wie es in der OKP gilt. Demzufolge wird für die diagnostischen und therapeutischen Leistungen implizit der Pflichtleistungscharakter vermutet. Das heisst, grundsätzlich werden sämtliche medizinischen Leistungen übernommen, ausser jene, die den WZW-Kriterien nicht genügen und einer abweichenden Regel unterliegen.

Analog zu Art. 56 KVG (Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen) soll auch im IVG mit Art. 27^{bis} E-IVG die gesetzliche Grundlage geschaffen werden, die es der IV erlaubt, wirtschaftlich erbrachte Leistungen einzufordern und zu verhindern, dass sie unwirksame oder kostspielige Massnahmen übernehmen muss. Damit verfügt die IV über ein Instrument zur Kostenkontrolle (z. B. Beschränkung der Anzahl Physio-, Ergo- oder Psychotherapiesitzungen).

Aufgrund der Ende 2014 vom Bundesverwaltungsgericht³ festgestellten Lücken sollen mit der Weiterentwicklung der IV auch eine Tarifordnung und verbindliche Grundsätze dafür eingeführt werden, wie die Kosten für eine bestimmte Leistung zu ermitteln und festzulegen sind. Wenn entsprechende Verhandlungen ergebnislos bleiben, hätte der Bundesrat mit Art. 27 Abs. 4 E-IVG die Kompetenz, eine Tarifstruktur festzulegen. Damit die Rechnungen durch die IV-Stellen besser kontrolliert werden können, sollen die Leis-

³ BVGE 2014/51.

tungserbringer verpflichtet werden, detaillierte Rechnungen zu erstellen, die alle nützlichen Informationen enthalten, sowie alle für die Rechnungskontrolle erforderlichen Dokumente (z. B. Minimal Clinical Dataset für SwissDRG) einzureichen. Ausserdem muss die versicherte Person eine Rechnungskopie zur Prüfung erhalten (Art. 27^{ter} E-IVG). Zudem ist ein Tarifschutz geplant, der sämtliche Leistungserbringer daran hindert, einer versicherten Person Zusätze ausserhalb der Vereinbarung in Rechnung zu stellen, d. h. Tarife nach eigenem Gutdünken festzulegen (Art. 27^{quater} E-IVG).

VERBESSERTER STEUERUNG UND FALLFÜHRUNG BEI MEDIZINISCHEN MASSNAHMEN Die genannten Gesetzesänderungen erlauben eine verstärkte Steuerung und Fallführung über den Verordnungsweg und die Weisungsstufe. Dabei sollen v. a. die Verfahren beschleunigt, die kontinuierliche Beratung und Begleitung der betroffenen Familien verstärkt und nicht zuletzt die Koordination der medizinischen Massnahmen mit Massnahmen beruflicher Art, Hilfsmitteln, Hilflosenentschädigung und Assistenzbeitrag verbessert werden.

EINORDNUNG DER GEPLANTEN MASSNAHMEN Die Aktualisierung der Geburtsgebrechenliste, namentlich die Streichung der vergleichsweise harmlosen Geburtsgebrechen, wird Einsparungen von rund 120 Mio. Franken ermöglichen. Trotzdem ist der Ausbau der Fallsteuerung über eine engere und bessere Betreuung der von einem Geburtsgebrechen betroffenen Familien nicht mit einer Leistungskürzung verbunden. Vielmehr geht es darum, die betroffenen Personen besser zu unterstützen und gleichzeitig unnötige oder kostenintensive Leistungen zu unterbinden bzw. zu korrigieren. Die Erfahrungen mit der Umsetzung vergleichbarer Massnahmen im Bereich der Krankenversicherungen haben gezeigt, dass eine verbesserte Fallführung zu Einsparungen von fünf Prozent der Kosten führen kann, was einem Sparpotential von 40 Mio. Franken in der IV gleichkommt.

Die freigespielten Mittel in der Höhe von 160 Mio. Franken sollen dazu benutzt werden, schwere Gebrechen und Leiden neu auf die Geburtsgebrechenliste aufzunehmen. Der Bundesrat hat bewusst darauf verzichtet, die Revision im Bereich der medizinischen Massnahmen als Sparvorlage aus-

zugestalten. Ziel der Präzisierungen ist es vielmehr, die von schwerwiegenden Behinderungen betroffenen Kinder und Familien besser zu unterstützen und der Leistungspflicht der IV zu unterstellen. Dabei soll auch sichergestellt werden, dass die Liste der Geburtsgebrechen regelmässig aufdatiert wird. ■

Materialien

Bundesrat (2014): *Nationales Konzept Seltene Krankheiten*; [Bern: BAG]; www.bag.admin.ch > Themen > Mensch & Gesundheit > Seltene Krankheiten > Nationales Konzept Seltene Krankheiten.

EFK (2013): *Medizinische Massnahmen der Invalidenversicherung Evaluation der Umsetzung und Analyse der Kostenentwicklung*; [Bern: EFK]; www.efk.admin.ch > Publikationen > Evaluationen > Handlungsbedarf bei den medizinischen Massnahmen der Invalidenversicherung.

Expertenkommission (1956): Bericht der Expertenkommission zur Einführung der Invalidenversicherung, 30. November 1956; www.swiss-archives.ch > Kommission zur Einführung der Invalidenversicherung > Expertenkommission > E3340B#341.1.



Chantal Vuilleumier-Hauser

Dr. med., Bereich Sach- und Geldleistungen,
Geschäftsfeld Invalidenversicherung, BSV.
chantal.vuilleumier@bsv.admin.ch

Paradigmenwechsel bei der Berentung junger Personen?

Rienk Prins, Maarssen (Niederlande)

Christina Eggenberger,

Martin Wicki; Bundesamt für Sozialversicherungen

Eine neue Studie über Eingliederungssysteme in vergleichbaren europäischen Ländern bestätigt den Bundesrat darin, dass die eingeschlagene Richtung bei der Weiterentwicklung der IV mit einem frühen, konsequenten und beharrlichen Einsatz des bestehenden Instrumentariums zielführender ist als ein verschärfter Zugang zur Rente für Junge, wie er mit einer Erhöhung des Mindestrentenalters bisweilen gefordert wird.

Um der anhaltend hohen Anzahl von Berentungen junger Menschen aus gesundheitlichen, v. a. psychischen Gründen entgegenzuwirken, wird unter Berufung auf einen OECD-Bericht (OECD 2014) und entsprechende Reformen der Rentensysteme diverser europäischer Länder verschiedentlich eine Anhebung des Mindestrentenalters gefordert. Damit es deren Ausgestaltung, Umsetzung und Wirkung besser einordnen kann, liess das BSV einen Ländervergleich erstellen, dessen Resultate nachfolgend vorgestellt und eingeordnet werden.

JUNG UND ERWERBSUNFÄHIG: AUF DER SUCHE NACH MASSNAHMEN Die Schweiz ist nicht das einzige Land mit einer unverändert hohen Anzahl junger Menschen, die eine IV-Rente beziehen. Auch in anderen europäischen Ländern liegt die Zahl der jungen Menschen, die aufgrund eines gesundheitlichen (v. a. psychischen) Problems eine Invalidenrente erhalten, auf hohem Niveau oder steigt noch an. Dieser Trend betrifft Personen, die einige Jahre erwerbslos waren, ebenso wie Schulabgängerinnen und Schulabgänger oder junge Stellensuchende mit Behinderungen. Die Studie untersuchte fünf Länder, die ihre landesweiten Reformen umgesetzt und zum Teil bereits evaluiert haben. Das

Ziel dieser Gesamt- und Teilreformen war es, die Rentenabhängigkeit junger Menschen anzugehen und möglichst zu vermeiden. Pilotprojekte und Versuche waren nicht Gegenstand der Studie.

Es galt, diverse Forschungsfragen zu klären: Wie wurden die Reformen konzipiert und welche spezifischen Programme oder Massnahmen wurden geplant? Wie wurden sie umgesetzt? Welche Positionen vertraten die verschiedenen Akteure? Wie wirkten sich die Reformmassnahmen aus und welche Erkenntnisse lassen sich (nach kurzer Zeit oder nach einigen Jahren Praxis) daraus ziehen?

Für die Studie wurden westeuropäische Länder ausgewählt, in denen kürzlich mit Reformen versucht wurde, eine Berentung junger Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen möglichst zu vermeiden. Namentlich handelt es sich um Dänemark, Österreich, die Niederlande, Schweden und das Vereinigte Königreich. Für jedes Land stellten unabhängige Experten die vergleichbaren Informationen nach einheitlichen Vorgaben und basierend auf einer gemeinsamen Methodik zusammen, wobei sich die Verfahren der Datenerhebung unterscheiden konnten. In einigen Ländern (z. B. Schweden) konnte mit bereits vorhandenen Evaluationen gearbeitet werden. In anderen Ländern hingegen lag die Implementation der Reformen noch nicht lange her oder die Evaluationsforschung hat sich (noch) nicht etabliert. In diesem Fall mussten Interviews und auch Zwischenergebnisse (insbesondere zu Umsetzung und Auswirkungen) herangezogen werden.

Autorinnen und Autoren der einzelnen Länderstudien

Dänemark: Tobias Carstensen, MSc, unabhängiger Sozialforscher, Kopenhagen.

Niederlande: Edwin Luitzen De Vos, MSc, Sozialforscher und Inhaber CHAMP Research & Consultancy, Amsterdam.

Österreich: Michael Fuchs, MSc, Sozialforscher, European Center for Welfare Policy and Research, Wien.

Schweden: Sara Hultqvist, PhD, Nordic Centre for Welfare and Social Issues, Universität Lund.

Vereinigtes Königreich: Sarah Woodin, PhD, Research Associate Centre for Disability Studies, University of Leeds.

Die Studie wurde zwischen Mai und Oktober 2016 durchgeführt. Die fünf Länderberichte halten die gesammelten Informationen in standardisierter Form fest und enthalten meist mehrere Anhänge mit detaillierten Informationen. Sie dienten als Grundlage für einen vergleichenden Synthesebereich, auf dem wiederum der vorliegende Artikel beruht. Der Bericht vergleicht die Reformen, deren Hintergründe sowie Umsetzungsaspekte und hält Ergebnisse und (erste) Erkenntnisse fest. In den Faktenblättern zu den einzelnen Ländern sind die wichtigsten Reformaspekte, Auswirkungen, Statistiken, Schlussfolgerungen, laufenden Diskussionen und Entwicklungen zusammengefasst.

LÄNDER UND REFORMEN Die Reformen in den einzelnen Ländern umfassen folgende Massnahmen:

- **Dänemark** hat altersabhängige Beschränkungen für den Anspruch auf Invalidenleistungen (40 Jahre) und ein spezielles Förderprogramm (2013) eingeführt.
- **Schweden** hat 2003 für Versicherte unter 30 Jahren altersabhängige Beschränkungen für den Bezug von Invalidenrenten implementiert. Zudem wurden neue erwerbsfördernde Massnahmen eingeführt.
- **Österreich** hat 2014 den Grundsatz «Reha vor Pension» gestärkt, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Invaliditätspension verschärft und das Rehabilitationsgeld sowie bereits 2011 Dienstleistungen für die betriebliche Sekundärprävention entwickelt.
- Das **Vereinigte Königreich** hat u. a. die Schwelle für die Anspruchsberechtigung angepasst sowie spezifische Eingliederungs- und Förderprogramme beispielsweise für junge Personen mit psychischen Beeinträchtigungen geschaffen.
- In den **Niederlanden** gibt es seit vielen Jahren ein spezielles Unterstützungsprogramm für junge Menschen mit Behinderungen. 2010 wurde es reformiert und zielt nun auf eine Senkung der Rentenabhängigkeit, eine höhere Erwerbsquote und einen besseren Übergang zwischen (Sonder-)Schule und Arbeitsmarkt ab.

ZIELSETZUNGEN DER REFORMEN Einige Reformen verfolgten spezifisch das Ziel, die Sozialversicherungen zu entlasten. Es galt zu verhindern, dass immer mehr junge Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu Langzeitbezüglerinnen und -bezügern werden, und Handlungsan-

sätze zu finden, um deren Zahl zu verringern (Schweden: 2003; Dänemark: 2013). Gewisse Reformen sind ausserdem auf zuvor gescheiterte Massnahmen zurückzuführen. Spezifische Ziele, die nicht erreicht wurden, waren beispielsweise die Senkung der Anzahl Neubezügerinnen und -bezüger von Invalidenrenten, das Verhindern eines Ausscheidens aus dem Arbeitsmarkt und die bessere Nutzung der (verbleibenden) Erwerbsfähigkeit junger Menschen mit Behinderungen. Auch liess sich der Zugang (junger) Menschen mit Behinderungen zu bestehenden Instrumenten und Dienstleistungen und deren Nutzung durch die Betroffenen nicht wesentlich verbessern. In Österreich wurde zum Beispiel der Sozialversicherungsgrundsatz «Reha vor Pension» zu wenig beachtet.

Die Reformen einiger Länder (z. B. Dänemark, Österreich, Vereinigtes Königreich) richteten sich spezifisch gegen die – absolute oder relative – Zunahme von psychischen Problemen bei jungen Menschen. Weitere Reformgründe waren die unzureichende Nutzung bestehender Instrumente sowie die Schwierigkeiten junger Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, im Arbeitsmarkt Fuss zu fassen. In zwei Ländern (Niederlande, Vereinigtes Königreich) gaben Sparmassnahmen den Ausschlag für neue Massnahmen, in einem Land (Österreich) galt es, steigenden Sozialversicherungsausgaben zu begegnen.

SEHR UNTERSCHIEDLICHE MASSNAHMEN In vier Ländern zielen die Reformen darauf ab, verschärfte Voraussetzungen für den Anspruch auf Invalidenleistungen (Rente) zu schaffen und die Auszahlungsbedingungen anzupassen. Gleichzeitig wurden Massnahmen und Angebote eingeführt oder weiterentwickelt, um die Arbeitsmarktteilnahme und Erwerbstätigkeit von jungen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu verbessern:

- Spezifische Förderprogramme, einschliesslich einer (interdisziplinären) Abklärung der Bedürfnisse und Fähigkeiten sowie individuelle, «massgeschneiderte» Pakete zielen auf eine bessere Bildung sowie Verbesserungen im Bereich berufliche Fähigkeiten, Stellensuche oder Unterstützung am Arbeitsplatz (Niederlande).
- Intensivierung der Frühintervention im Anfangsstadium der Erkrankung, beispielsweise sobald Krankentaggeld bezogen wird (Schweden).

- Präventivmassnahmen (Österreich), wie die Beratung von Einzelpersonen und Betrieben, umfassen konkrete Ratschläge, Unterstützung für Arbeitgeber oder Teamschulungen für den Umgang mit psychischer Belastung am Arbeitsplatz.
- Spezifische Gesundheitsförderungsprogramme, die an junge Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gerichtet sind (z. B. «Individual Access to Psychological Therapies» IAPT im Vereinigten Königreich).

UMSETZUNG BRAUCHT ZEIT Es hat sich gezeigt, dass die Einführung und Konkretisierung von Reformen grosse organisatorische Herausforderungen mit sich bringen. Zum einen werden oftmals neue operative Teams oder Case Manager sowie neue Instrumente benötigt. In den meisten Ländern wurden mit der Reform auch neue Strukturen, Instrumente, Abläufe und Verantwortlichkeiten geschaffen. Zum andern gehen die Einarbeitung und Anwendung neuer Massnahmen in der Implementierungsphase meist langsam voran und nehmen einige Zeit in Anspruch. Die Anlaufzeit für die neuen Verfahren, Instrumente oder Angebote war ebenfalls lang. Grund dafür waren anfängliche Organisationsprobleme wegen fehlenden Personals (oder fehlender Erfahrung) und ungenügender Bekanntmachung der neuen Dienstleistungen und Angebote in der Öffentlichkeit (z. B. keine Informationskampagnen).

Ausserdem wurden eher grundlegende Schwierigkeiten oder Schwächen der staatlichen Akteure bei der Wahrnehmung ihrer administrativen Kompetenzen festgestellt. Reformen erfordern oft eine Verlagerung von Verantwortlichkeiten oder es stellen sich neue Aufgaben, die übernommen (und finanziert) werden müssen. Dabei erschweren mehrere grundsätzliche Faktoren oder Voraussetzungen die Umsetzung:

- Meist gilt es, eine langjährige strikte Trennung zwischen medizinischer Rehabilitation (erfolgt in der Regel während der Krankschreibung) und beruflicher Eingliederung (in der Regel nach Stabilisierung des Gesundheitszustands) zu überwinden.
- Im fragmentierten Sozialsystem verfügen die selbstverwalteten öffentlichen Stellen über eine gewisse Unabhängigkeit. Das schränkt die erforderliche neue Zusammenarbeit bisweilen ein. Ausserdem vertreten die betroffenen

Einrichtungen oft unterschiedliche Standpunkte darüber, wer die Aufgaben wie Abklärungen, Leistungszahlung und Leistungserbringung übernehmen soll.

- Auch regionale Unterschiede können die Umsetzung behindern, beispielsweise regionale Diskrepanzen in der medizinischen und psychologischen Versorgung oder das Nebeneinander öffentlicher und privater Leistungserbringer, die ein unterschiedliches Eingliederungs-, Berufsbildungs- oder Einzelcoachingangebot verantworten.
- Ein Schwachpunkt der Reformen betrifft die Rolle und die Bedürfnisse der Arbeitgeber: Oft werden bei der Ausgestaltung und Umsetzung neuer Programme die (potenziellen) Arbeitgeber nicht ausreichend berücksichtigt.

Neben diesen allgemeinen Aspekten wurden auch interessante länderspezifische Einflussfaktoren auf den Erfolg der Umsetzung von Reformen gefunden:

- Schweden kennt mit dem System der sogenannten *one stop shops* regional oder lokal verankerte, gemeinsam finanzierte zentrale Anlaufstellen, in denen sich gemischte Teams von Fachpersonen aus der Sozialversicherungsanstalt, dem staatlichen Arbeitsamt, Gemeinden und Provinzverwaltungen um die Klienten kümmern.
- Im Vereinigten Königreich laufen die Reformen nicht über die Sozialversicherungsanstalten, sondern über die Regierung, die diverse kleine und grosse private Leistungserbringer mit Koordinationsaufgaben und Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen betraut. Diese übernehmen nötige Abklärungen oder unterstützen bei der Stellensuche und am Arbeitsplatz.
- Unbeabsichtigt können bestimmte Entwicklungen einander auch entgegenlaufen: So hatte in den Niederlanden die (zeitgleiche) Umstrukturierung von Arbeitsämtern und Sozialversicherungsanstalten negative strukturelle Auswirkungen auf die Zusammenarbeit einzelner ihrer Stellen, die zur gleichen Zeit neue Aufgaben zur Unterstützung junger Personen mit Behinderungen übernahmen.

MODERATE AUSWIRKUNGEN Folgende vier allgemeine Schlussfolgerungen lassen sich aus den Reformen ziehen: Erstens zeigt sich, dass die Zahl der Anmeldungen und der jungen Neurentnerinnen und Neurentner durch strengere Voraussetzungen für den Anspruch auf Invalidenleistungen gesenkt

werden kann (z. B. Dänemark, Österreich, Schweden). Zweitens benötigen Personen, deren Anmeldung abgelehnt wurde und die an Eingliederungsprogrammen teilnehmen, nach wie vor finanzielle Unterstützung. Mehrere Länder (z. B. Dänemark, Niederlande, Schweden) geben an, dass sich die Leistungabhängigkeit über einen langen Zeitraum erstrecken kann (in einigen Ländern dauert die Teilnahme an Massnahmen und Angeboten bis zu drei oder fünf Jahre). Drittens zeichnet sich für Personen, die versuchen, nach solch spezifischen Programmen in der Arbeitswelt Fuss zu fassen, je nach Zielgruppe ein gemischtes Bild. In verschiedenen Ländern ist der Anteil der Reformansätze, die es Betroffenen ermöglichen, eine Stelle zu finden oder ihre Arbeit wieder aufnehmen zu können, (sehr) niedrig. Andere Länder hingegen (z. B. Österreich, Vereinigtes Königreich) verzeichnen für bestimmte Zielgruppen wie junge Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine deutlich höhere Eingliederungsrate. Allerdings zeigte sich in allen Ländern, dass ein Grossteil der jungen Menschen mit Behinderungen nach der Teilnahme an spezifischen Programmen weiterhin von Sozialleistungen abhängig ist, beispielsweise von Krankengeld (Schweden) oder vom Zuschuss zum Mindesteinkommen (Österreich).

ERKENNTNISSE ZUR ORGANISATION UND KOORDINATION Reformen sind komplex, denn sie betreffen nicht nur ein bestimmtes System, sondern umfassen immer auch Anpassungen mehrerer Programme oder die Einführung verschiedener Massnahmen zur gleichen Zeit. Dies erschwert die Evaluation einzelner Elemente und schafft Herausforderungen für die beteiligten Akteure.

Ausserdem finden Reformen nicht in einer isolierten Umgebung statt: Das institutionelle Umfeld oder die politischen Paradigmen können sich jederzeit ändern. Dies war insbesondere im Vereinigten Königreich der Fall, wo im Zuge von Sparmassnahmen geschützte Werkstätten geschlossen wurden. Betroffen waren aber auch die Niederlande. Dort wurden die Eingliederungsaufgaben dezentralisiert und an die Gemeinden übertragen und gleichzeitig das Budget gekürzt.

Neue organisatorische Strukturen oder Organisationen brauchen Zeit, um sich im neuen Umfeld zu entwickeln. Alle Länderberichte führen verschiedene Probleme auf, deren Bewältigung eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt:

- Um die Effizienzsteigerung zu erreichen, die mit den Reformen angestrebt werden, und um unnötige Leerläufe oder eine unklare Verteilung der Aufgaben unter den beteiligten Behörden zu vermeiden, sind Zusammenarbeit und Koordination ebenso gefragt wie eine klare Benennung und Zuweisung der Aufgaben. Einzig in Schweden wurde dieser Punkt mit dem Ansatz der *one stop shops* von Anfang an berücksichtigt.
- Oft müssen (neue) interdisziplinäre Teams gebildet werden, die ihre Dienstleistungen zusammenführen und Prioritäten setzen sollten. Es kann jedoch sein, dass die Akteure an ihren früheren Zuständigkeiten oder eingespielten Prioritäten in der Betreuung ihrer Klientengruppen festhalten wollen.
- In vielen Ländern wird aufgrund einer langen Tradition vor allem auf medizinische Rehabilitationsmassnahmen zurückgegriffen, während die berufliche Eingliederung und Schulung oder die Unterstützung bei der Stellensuche kaum Beachtung finden.

AUSBLICK In einigen Ländern sind die Reformen erst kürzlich erfolgt und es ist deshalb zu früh, um bereits wieder über Reformen zu sprechen. In anderen hingegen werden Revisionen oder Anpassungen in Betracht gezogen. Die Länderberichte enthalten jeweils ein Kapitel zu solchen Entwicklungen. Diese lassen vier Tendenzen erkennen.

Erstens können eine Neuausrichtung der massgebenden politischen Positionen oder eine neue Regierungszusammensetzung die politische Agenda und damit auch das Gesicht einer bereits begonnenen, aber noch nicht gänzlich implementierten Reform verändern, indem sich während ihrer Umsetzung das Verständnis über die Aufgaben der Regierung, über die Eigenverantwortung und/oder Befähigung der Betroffenen, oder aber über die Rolle von finanziellen Anreizen ändert. Zweitens werden viele Programme aufgrund ihrer geringen positiven Auswirkungen beispielsweise auf die Beschäftigungsquoten angepasst. Oder es kommen «Ersatzlösungen» zum Tragen, die die Überweisung von einem Leistungssystem in ein anderes beinhalten.

Drittens gibt es aber auch Massnahmen, die ausgeweitet werden. Zum Beispiel kommen erwiesenermassen bewährte Unterstützungsmodelle in Eingliederungsprogrammen breiter zum Einsatz (z. B. im Vereinigten König-

reich: IAPT-Ansatz). Ausserdem erhöhen einige Länder ihr Budget für die psychiatrische Gesundheitsversorgung (z. B. Schweden). In Österreich wird die Prävention durch eine intensivierete Beratung Arbeitnehmender, die arbeitsunfähig (krankgemeldet) sind, verstärkt.

Schliesslich informieren einige Länderberichte über laufende regional verankerte Versuche und Pilotprojekte zur Verbesserung der Angebote für junge Menschen mit Behinderungen. Ein Beispiel dafür sind auf Schülerinnen und Schüler ausgerichtete Programme, mit denen die Stellensuche verbessert werden soll (z. B. Österreich), oder neue Formen der interdisziplinären Kooperation, sei dies im Rahmen von «Rehabilitationsteams» (Österreich) oder «Koordinationsstellen» (z. B. Schweden).



Rienk Prins

Dr. rer. soc., unabhängiger Forscher und Berater im Bereich der Sozialversicherungen und Schwerbehindertenpolitik, Maarssen, Niederlande.
rienkprinsnl@gmail.com

DIE PRINS-STUDIE IM KONTEXT DER WEITERENTWICKLUNG IV Entgegen dem allgemeinen abnehmenden Trend bei den Invalidenrenten im Zuge der letzten IV-Revisionen, ist die Zahl junger IV-Neurentner nicht zurückgegangen. Auslöser für IV-Renten sind bei jungen Menschen häufig psychische Erkrankungen und wenn eine IV-Rente ausgerichtet wird, ist die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr oder eines Eintritts ins Erwerbsleben tief. Daraus leitet der OECD-Bericht die Empfehlung ab, über eine Beschränkung des Zugangs zu einer IV-Rente für junge Personen nachzudenken (OECD 2014, 158). Eine zweite Studie, die auf die Profile von jungen Personen mit psychischen Krankheiten fokussierte, wozu die Forschenden 500 IV-Dossiers auswerteten, stellte fest, dass Schizophrenien oft erst spät erkannt werden. Die Betroffenen erhalten meist schlechte Prognosen und gelangen sehr häufig frühzeitig in die Rente, ohne dass intensive Eingliederungsbemühungen stattgefunden hätten (Baer et al. 2015, 128 f., 145 f.). Ähnliches wird für Versicherte mit affektiven und neurotischen Störungen sowie Entwicklungsstörungen konstatiert. Die Autoren empfehlen, dass für junge Personen das Mindestrentenalter deutlich angehoben und stattdessen reha-

bilitative Massnahmen über längere Zeit eingesetzt werden sollten (Baer et al. 2015, 148). Auf solche Massnahmen wird auch im ländervergleichenden Schlussbericht der OECD hingewiesen: Hervorgehoben wird Dänemark, wo der Zugang zur Rente für junge Menschen stark eingeschränkt (Mindestalter 40) und stattdessen eine umfassende, interdisziplinäre Rehabilitation aufgebaut wurde (OECD 2015, 152).

Die Forderung, das Mindestrentenalter wie etwa in Dänemark anzuheben, wurde in mehreren Vernehmlassungsworten zur Weiterentwicklung der IV aufgegriffen (Bigovic 2017, 28 f.). Um genauer zu erfahren, welche Reformen mit welchen Mitteln und welchen Wirkungen in Dänemark und anderen Ländern mit vergleichbarer Problematik angegangen wurden, liess das BSV kurzfristig die Expertise Prins erstellen.

Die erhobenen und systematisierten Erfahrungen zeigen ein differenziertes Bild der Reformmassnahmen. Alle untersuchten Länder haben besondere Massnahmen getroffen und verschiedene Instrumente implementiert, um junge Personen statt in die Rente in die Ausbildung und Erwerbstätigkeit zu führen. Gelegentlich sind diese mit Zugangseinschränkungen zur Invalidenrente verbunden, in jedem Fall mit einem Ausbau rehabilitativer – medizinischer wie beruflicher – Massnahmen. Dabei wird deutlich, dass die kontextuellen Bedingungen und die Umsetzung der Massnahmen von zentraler Bedeutung sind. Zugangsbeschränkungen zur Rente als reine Sparmassnahme greifen zu kurz, müssen doch für den Lebensunterhalt anderweitig Mittel bereitgestellt werden. Wenn die Reformen die Erwerbsfähigkeit der jungen Personen tatsächlich stärken sollen, sind aktivierende und begleitende Massnahmen nötig und für deren Umsetzung genügend Zeit einzuplanen. Interessanterweise gleichen viele der Massnahmen, welche die Studie aufgreift, den mit den letzten IVG-Revisionen in der Schweiz eingeführten Neuerungen, etwa der interinstitutionellen Zusammenarbeit oder den Frühinterventions- und Integrationsmassnahmen. Die Vorschläge der Weiterentwicklung der IV zielen ergänzend und verstärkend in diese Richtung. Einen konsequenten Einsatz des bestehenden Eingliederungsinstrumentariums hält der Bundesrat für zielführender als die Erhöhung des Mindestrentenalters. ■

LITERATUR

Bigovic, Adelaide (2017): «Die Weiterentwicklung der IV findet mehrheitlich Zustimmung», in *Soziale Sicherheit* CHSS Nr. 4/2016, S. 24–29.

Prins, Rienk (2017): *Junge Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen: rentenvermeidende und aktivierende Massnahmen. Ausgewählte Resultate und Erfahrungen aus fünf Ländern*; [Bern: BSV]. Beiträge zur sozialen Sicherheit; Forschungsbericht Nr. 3/17.

Baer, Niklas; Altwicker-Hámori, Szilvia; Juvalta, Sibylle; Frick, Ulrich; Rüesch, Peter (2015): *Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten*; [Bern: BSV]. Beiträge zur sozialen Sicherheit; Forschungsbericht Nr. 19/15.

OECD (2015): *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work. Mental Health and Work*, Paris: OECD Publishing.

OECD (2014): *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz*; [Bern: BSV]. Beiträge zur sozialen Sicherheit; Forschungsbericht Nr. 12/13.

Alle Forschungsberichte greifbar unter: www.bsv.admin.ch > Publikationen & Service > Forschung und Evaluation > Forschungspublikationen.



Christina Eggenberger

Lic. rer. soc., Co-Leiterin nationales Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung, Geschäftsfeld Invalidenversicherung, BSV.
christina.eggenberger@bsv.admin.ch



Martin Wicki

Lic. phil., Co-Leiter nationales Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung, Forschungs- und Evaluationsmanagement, BSV.
martin.wicki@bsv.admin.ch

Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten

Katrin Jentzsch,

Andrea Lüthi; Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Zusammenarbeit der IV mit Dritten, v. a. den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für die nachhaltige berufliche Integration Versicherter. Hierzu müssen die medizinischen und beruflichen Eingliederungsmassnahmen der IV sowie die medizinische Behandlung der Ärzteschaft zielgerichteter koordiniert werden.

In ihrer Analyse der Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen für psychisch beeinträchtigte erwerbsfähige Personen attestierte die OECD der Schweiz 2014 (OECD 2014) eine sehr gute Ausstattung des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialversicherungssystems sowie des Arbeitsmarktes. Um die Integration psychisch erkrankter Personen noch besser gelingen zu lassen, empfahl sie, die Ressourcen in diesen Sektoren verstärkt miteinander zu koordinieren. Damit sprach sie auch die Zusammenarbeit zwischen den IV-Stellen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten an.

Seit Längerem befasst sich das BSV mit Fragen hinsichtlich der Optimierung der Zusammenarbeit zwischen den IV-Stellen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten

und analysiert dazu Erkenntnisse aus der Forschung und der praktischen Arbeit der IV-Stellen. Seit 2013 stellt die IV mit der Informationsplattform *iv-pro-medico*¹ den Ärztinnen und Ärzten aktuelle Informationen für die praktische Arbeit mit von Invalidität bedrohten Patientinnen und Patienten bereit. Auf Anfang 2017 wurden im Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) die Randziffern, welche die Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten thematisieren, überarbeitet und ergänzt. Im Rahmen der Weiterentwicklung der IV wurde das Thema erneut aufgegriffen und eine gesetz-

¹ www.iv-pro-medico.ch

liche Grundlage zum Datenaustausch während des ganzen IV-Verfahrens geschaffen (Art. 66a Abs. 1 Bst. d E-IVG).

Im Folgenden wird die Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten gewürdigt und aufgezeigt, wie diese weiter verbessert werden kann. Dies im Wissen, dass im Sinne eines umfassenden Case Managements die Koordination und die nachhaltige Zusammenarbeit zwischen allen involvierten Akteuren (Arbeitgeber, Fachpersonen aus Schule und Ausbildung, Privat- und Sozialversicherungen, Sozialhilfe usw.) gleichermassen wichtig sind. Die IV alleine kann nur einen Teil zur Lösung der herausfordernden Aufgabe der (Wieder-)Eingliederung von versicherten Personen beitragen und begrüsst daher sämtliche Aktivitäten der involvierten Akteure zur Früherkennung, Verhinderung von Chronifizierung und zur Integration. In diesem Sinne sind die nachfolgend dargelegten Ansätze zur Optimierung der Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten exemplarisch für eine funktionierende Kooperation der IV mit involvierten Dritten zu verstehen.

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte können wesentlich zum Gelingen einer Eingliederung beitragen.

DIE WICHTIGE ROLLE DER BEHANDELNDEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTE Die Zusammenarbeit zwischen den IV-Stellen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bildet die Grundlage, um – im Interesse der versicherten Personen – eine gute medizinische Basis für zielführende Entscheide zu erhalten. Behandelnde Ärztinnen und Ärzte verfügen über eine umfassende Kenntnis der Krankheitsgeschichte sowie der aktuellen medizinischen Situation einer Person. Sie stellen die Diagnose und können Aussagen zu Schweregrad, Auswirkungen und Prognose eines gesundheitlichen Ereignisses machen. Mit ihrer Fallkenntnis und indem sie für ihre Patientinnen und Patienten medizinische Behandlungen erbrin-

gen oder veranlassen sind sie wichtige Bezugspersonen, die wesentlich zum Gelingen von Eingliederungsbemühungen beitragen können. Somit sind die behandelnden Ärztinnen und Ärzte im gesamten IV-Verfahren wichtige Partner, von der Meldung/Anmeldung bis zu Leistungsentscheiden und darüber hinaus.

GEGENSEITIGE WERTSCHÄTZUNG UND AKZEPTANZ Für die Zusammenarbeit zwischen den IV-Stellen und behandelnden Ärztinnen und Ärzten braucht es Wissen über die zugrunde liegenden Konzepte, die gegenseitige Akzeptanz der verschiedenen Rollen und transparente Verfahren. Für die IV steht die Frage, wie sich eine für den Versicherten zumutbare, in der Regel von der Krankenversicherung vergütete medizinische Behandlung auf die Eingliederung ins Erwerbsleben auswirkt, im Vordergrund. Der behandelnde Arzt hingegen erbringt die Behandlung des Leidens zunächst ohne Fokus auf deren Eingliederungswirksamkeit und ist tendenziell eher auf Symptome und Defizite fokussiert. Da diese unterschiedlichen Rollen nicht grundsätzlich verändert werden können, muss eine neue Zusammenarbeitskultur etabliert werden, die ein konstruktives und wirkungsvolles Case Management erlaubt. Grundlage für einen vertrauensvollen, unkomplizierten Umgang sind der Aufbau und die Pflege einer fallunabhängigen Zusammenarbeit, beispielsweise in der Form von Schulungs- und Informationsveranstaltungen. Auch die gemeinsame Erarbeitung und Vereinbarung von Abläufen und Vorgehensweisen, wie dies in vielen Kantonen bereits geschieht (vgl. Tabelle T1), kann dazu beitragen. Ebenso kann der möglichst unkomplizierte und effiziente Informationsaustausch im Einzelfall die Wahrnehmung der IV als professionell und zielorientiert agierende Institution fördern.

Das IV-Verfahren darf auch dann nicht die partnerschaftliche Basis verlieren, wenn der IV-Prozess trotz aller Integrationsbemühungen in eine Rentenprüfung mündet und die Informationen der behandelnden Ärztin oder des Arztes durch die Beurteilung des Regionalärztlichen Dienstes (RAD) oder durch ein Gutachten scheinbar an Gewicht verlieren. Um das potenzielle Spannungsverhältnis zwischen IV und Ärzteschaft zu entschärfen, braucht es gerade in dieser Phase des Verfahrens die Wertschätzung sowie Erklärungen und Informationsrückflüsse in Richtung der behandelnden Ärztinnen

Beispiele kantonaler Projekte und Veranstaltungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit

Kanton	Inhalt/ Ziel	Akteure	Quelle/Link
Solothurn	«Schulterschluss für eine rasche Wiedereingliederung»: Die Beteiligten setzen sich gemeinsam dafür ein, dass arbeitsunfähige Menschen möglichst rasch an ihren Arbeitsplatz zurückkehren können.	Wirtschaftsverbände, Ärztesellschaften, IV-Stelle Kanton Solothurn und die kantonale Suva-Stelle	www.ivso.ch > News > Archiv > 4.2.2016 > Schulterschluss für eine rasche Wiedereingliederung (Medienmitteilung)
Bern	Informationsveranstaltungen und Fortbildungen für die Ärzteschaft	IV-Stelle Kanton Bern	www.ivbe.ch > Ärzte/Ärztinnen > Fortbildungen
Waadt	RESSORT: «RESeau de Soutien et d’Orientation vers le Travail» zur Unterstützung der (Wieder-)Eingliederung von Personen, die psychisch erkrankt sind.	IV-Stelle Kanton Waadt, psychiatrische Abteilung des Waadtländer Universitätsospitals CHUV und der Dienst für Vorsorge und Sozialhilfe (SPAS)	http://www.chuv.ch/dp-ressort.pdf
Aargau	Jährliches RAD-Forum der IV-Stelle Aargau zu Aspekten der Medizin in der IV, welches sich besonders an behandelnde Ärzte im Kanton richtet.	Regionaler Ärztlicher Dienst Mittelland, IV-Stelle Aargau	www.sva-ag.ch > Unternehmen > Veranstaltungen RAD-Forum

Quelle: BSV.

und Ärzte. Dadurch lassen sich die Partnerschaft und das Vertrauensverhältnis zwischen den Akteuren nachhaltig stärken.

GESETZLICHE VERANKERUNG DES INFORMATIONSAUSTAUSCHES IM GANZEN IV-VERFAHREN Die in diesem Zusammenhang bestehende Notwendigkeit einer Verbesserung des Informationsstandes der behandelnden Ärztinnen und Ärzte bezüglich IV-Entscheiden wurde durch die Forschung belegt. Es geht dabei nicht nur um die Stärkung des Vertrauens, vielmehr kann eine verbesserte Information auch für die Arbeit der behandelnden Ärzteschaft mit den Patienten notwendig sein. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sollten daher über das Vorgehen der IV-Stelle informiert werden; insbesondere dann, wenn die Einschätzungen voneinander abweichen. Unter Berücksichtigung des Datenschutzes ist die Information des behandelnden Arztes während der Eingliederungsphase bereits heute möglich. Die versicherte Person ermächtigt die IV-Stelle hierzu mit dem Anmeldeformular. Mit der Weiterentwicklung der IV wird eine gesetzliche Grundlage für diesen Informationsaustausch geschaffen.

VERSICHERTE PERSON IM MITTELPUNKT DES IV-VERFAHRENS Die versicherte Person ist von Anfang an aktiv in alle Verfahrensschritte einzubinden und so weit wie möglich zu befähigen, ihre wirtschaftliche Eigenständigkeit aus eigener Kraft zu erhalten. Allfällige Massnahmen der IV sollen die (Wieder-)Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt so unterstützen, dass eine versicherte Person die vorhandenen Handlungs- und Gestaltungsspielräume im Vertrauen auf ihre Stärken und Ressourcen nutzen kann. Der Fokus muss dabei weniger auf Defiziten, sondern vielmehr auf möglichen Lösungen und Perspektiven liegen. Dabei sind neben der konkreten Lebenssituation der versicherten Person auch die sozialen und regionalen Strukturen zu berücksichtigen und es sind alle relevanten Bezugspersonen und Akteure einzubeziehen.

Konkret bedeutet dies, dass die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen der IV-Stelle und der behandelnden Ärzteschaft stets darauf ausgerichtet sein muss, für die versicherte Person eine gute, aber auch einfache und zweckmässige Leistung in Koordination mit der medizinischen Behandlung zu erbringen. Ihr Wohl ist in diesem Sinne das prioritäre Ziel der Zusammenarbeit. Damit kommt der Eingliederungsfachperson der IV-Stelle die Aufgabe zu, die behandelnden Ärzte (und andere am Prozess beteiligte

Dritte) so in das Verfahren einzubeziehen, dass dem Anrecht der versicherten Person auf einen transparenten, zielorientierten, fairen und effizienten Bearbeitungsprozess gebührend Rechnung getragen wird. Die IV orientiert sich dazu am Case-Management-Ansatz und leistet neben der Fallarbeit auch Koordinations- und Vernetzungsaufgaben.

DIE MEDIZINISCHE ABKLÄRUNG DURCH DIE IV-STELLE IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEN BEHANDELNDEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN

Das gesamte IV-Verfahren ist als ein fortlaufendes, ressourcen- und eingliederungsorientiertes Abklärungsverfahren zu verstehen, in dem (u. a. medizinische) Informationen laufend aktualisiert werden. Wesentlich für einen effizienten Verfahrensverlauf ist der unkomplizierte Informationsaustausch der IV-Stellen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Die teilweise immer noch praktizierte, rein standardmässige Informationsbeschaffung ist hierbei nicht zielführend. Vielmehr sollten die Informationen fallbezogen und unter Angabe des konkreten Anfragezwecks eingeholt werden. Vorab sind dabei zwingend bereits vorliegende Unterlagen anderer Akteure (z. B. Berichte von Krankentaggeldversicherungen, Spitälern usw.) zu berücksichtigen bzw. im Gespräch mit der versicherten Person zu ermitteln. Um erste Eingliederungsschritte rasch planen und umsetzen zu können, ist während der Frühintervention und der beruflichen Eingliederung der mündliche und rasche Austausch mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten dem Einholen von Berichten vorzuziehen. In diesem Zusammenhang ist es von Vorteil, soweit möglich und erforderlich, auch den Arbeitgeber in die Kommunikation einzubeziehen.

Damit der RAD-Arzt oder die -Ärztin die versicherungsmedizinische Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit anhand einer vollständigen und aussagekräftigen Dokumentation abschliessend abgeben kann, muss die IV-Stelle dafür sorgen, dass zum Zeitpunkt einer allfälligen Rentenprüfung alle dafür massgeblichen medizinischen Informationen aus den vorangegangenen Verfahrensphasen vorliegen. Dies ist zusätzlichen Expertisen bislang unbeteiligter Dritter (Gutachter) vorzuziehen. Die medizinische Beurteilung des Gesundheitszustandes und die Beschreibung seiner Entwicklung im Zeitverlauf müssen schlüssig, durch fachgerechte ärztliche Untersuchung und Befund-

erhebung erfolgt, die Diagnosestellung und Stellungnahme zur Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar sein.

UMFANG UND QUALITÄT MEDIZINISCHER INFORMATIONEN

Medizinische Informationen betreffend einer versicherten Person müssen objektiv, verständlich, verwertbar, prägnant und nachvollziehbar sein. Es braucht Beschreibungen von Einschränkungen und Ressourcen. Die getroffenen Beurteilungen müssen begründet sein und relevante Aussagen zu den Fragestellungen der IV beinhalten. Dabei ist es unerheblich, ob die IV-Stelle oder der RAD die medizinischen Informationen und Unterlagen über ein persönliches Gespräch mit der behandelnden Ärztin, vorhandene Sekundärunterlagen oder einen Arztbericht eingeholt haben.

Damit der behandelnde Arzt in der Lage ist, detaillierte Empfehlungen zur Arbeitsfähigkeit, zu Eingliederungsmöglichkeiten oder zu adaptierten Tätigkeiten zu machen, sollte ihm die IV-Stelle zusammen mit der Anfrage für einen schriftlichen Bericht eine Arbeitsplatzbeschreibung des Arbeitgebers zukommen lassen. Andernfalls ist ihm, zusammen mit der Ausgangslage, das aktuelle Arbeitsverhältnis der versicherten Person so präzise wie möglich darzulegen oder aber mindestens das bisherige Arbeitspensum mitzuteilen.

Im Kreisschreiben über das Verfahren präzisierte das BSV auf Anfang 2017 zuhanden der IV-Stellen auch die Punkte, zu denen im Zuge der medizinischen Abklärung ausführlichere Informationen einzuholen sind:

- Gesundheitsschaden (Ausprägung, Schwere, Abgrenzung versicherungsfremde Faktoren)
- Diagnose, Anamnese, Aussagen über den Alltag der Person
- Erhebung funktioneller Einschränkungen; Auswirkungen auf Arbeitsfähigkeit (mit Bezug zu Pensum, Aufgaben und Tätigkeiten, allfällige Arbeitsplatzanpassungen)
- Ressourcen und Defizite der versicherten Person
- Beschreibung der Behandlung / Behandlungsplan (Behandlungsbeginn, bisherige Therapie, Prognose, Art und Häufigkeit der Behandlung; verordnete Medikamente und Dosierung, inklusive Compliance und Wirksamkeit; geplante oder erfolgte Therapiewechsel, Therapieziele, weitere Behandler)
- Aussagen bezüglich Eingliederungsmöglichkeiten bzw. adaptierte Tätigkeit
- Bestätigung und Dauer allfälliger Arbeitsunfähigkeiten

DIE BEDEUTUNG DER ZUSAMMENARBEIT FÜR DEN EINGLIEDERUNGSERFOLG Zur Beurteilung von Eingliederungschancen muss sich die IV-Stelle ein möglichst umfassendes Bild der Ausbildungs- und Erwerbsbiografie einer versicherten Person verschaffen. Dazu gehören auch auffällige Brüche und Auffälligkeiten oder Eingliederungsbemühungen vorgelagerter Akteure. Bereits in der Phase der Frühintervention sollte auch der Austausch mit dem Arbeitgeber, im Falle jugendlicher Versicherter mit der Lehrperson und dem Ausbildungsbetrieb, gepflegt werden. Je nach Ausgangslage sind allenfalls auch der RAD und weitere Akteure in den Fallbeurteilungsprozess unter Federführung der IV-Stelle einzubeziehen. Ausgehend von einer ressourcen- und bedarfsorientierten Standortbestimmung plant diese eine Eingliederungsstrategie mit individuell passenden und verhältnismässigen Eingliederungsmassnahmen. In der Eingliederungsplanung definiert die IV-Stelle Etappen, (Zwischen-)ziele sowie Art und Dauer der Massnahme und koordiniert diese mit den Leistungen anderer involvierter Akteure. Solche interdisziplinären Standortbestimmungen finden bedarfsweise ein- oder mehrmals im IV-Verfahren statt. Sie können als permanenter Evaluationsprozess verstanden werden, bei dem die Eingliederungsstrategie immer wieder zu überprüfen und allenfalls anzupassen ist.

Früherkennung und Sensibilisierung beinhalten immer auch die Gefahr einer Medikalisierung.

In der Regel darf es keinen Leistungsentscheid ohne vorgängigen Kontakt mit dem behandelnden Arzt geben. Er oder sie ist soweit nötig, in die Eingliederungsplanung einzubeziehen und über deren Umsetzung regelmässig zu informieren. Insbesondere bei psychischen Erkrankungen sind der Kontakt und die fortlaufende Koordination zwischen der IV-Stelle und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten entscheidend – gilt es doch, schwankenden Verläufen

Rechnung zu tragen. Gerade auch bei Versicherten mit einer leidensbedingten Reduktion des Krankheitsbewusstseins dürfen unterschiedliche Haltungen zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten und IV weder den Abbruch von Eingliederungsbemühungen oder medizinischen Behandlungen noch eine Frühberentung begünstigen. Um gezielt intervenieren und allenfalls Anpassungen vornehmen zu können, ist es wichtig, dass beide einander bei auftretenden Schwierigkeiten rechtzeitig informieren. Vor dem Hintergrund anhaltend hoher Zahlen von sehr jungen versicherten Personen, die wegen psychischer Erkrankungen noch immer häufig bereits sehr früh berentet werden, benötigt diese Zusammenarbeit bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen besondere Aufmerksamkeit.

PROBLEMATIK DER MEDIKALISIERUNG – VERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN Früherkennung und Sensibilisierung beinhalten immer auch die Gefahr einer Medikalisierung, bei der nicht-medizinische Phänomene als medizinische Probleme definiert und behandelt werden. Unter Zuhilfenahme von Begriffen wie Risiko, Krankheit oder Störung (Conrad 1992) werden dabei primär nicht-medizinische Sachverhalte durch die Medizin vereinnahmt (Murer 2012).

Denkbar ist eine Medikalisierung beispielsweise bei schwierigen oder auffälligen Jugendlichen. Ihre Eltern, Lehr- und Ausbildungspersonen oder Ärzte sind einerseits angehalten, Anzeichen von möglichen psychischen Krankheiten rechtzeitig zu erkennen und eine adäquate Behandlung zu ermöglichen, andererseits müssen sie es vermeiden, typisch pubertäre Verhaltensweisen unnötigerweise zu pathologisieren. Ebenso können das Arbeitsumfeld oder bestimmte andere Lebenssituationen als krankmachend erfahren werden. Dabei kann mitunter eine Veränderung der jeweiligen Situation Abhilfe schaffen. Hier gilt es abzuwägen, wann eine medizinische Behandlung und wann andere Massnahmen oder eine Kombination aus beiden erforderlich sind. Die Grenzziehung ist komplex, doch gilt es, die Entwicklung «medizinischer Fälle», soweit sie nicht zwingend notwendig sind, zu verhindern.

Der Arbeitsplatzverlust ist für die Genesung und die Verhinderung der Ausgliederung einer erkrankten Person besonders wichtig. Dazu gehört eine adäquate Behand-

lung genauso wie das richtige Augenmass hinsichtlich deren Umfang und Notwendigkeit. Daher braucht es motivierte und informierte behandelnde Ärztinnen und Ärzte, die bei Patientinnen und Patienten ohne medizinisch begründete Probleme, aber dem Wunsch nach Krankenschreibung andere Lösungsmöglichkeiten aufzeigen können. Insofern sind es u. a. auch behandelnde Ärzte, die frühzeitig die Weichen für oder gegen eine Medikalisierung sozialer Probleme stellen. Der sensible Umgang mit diesem Thema ist aber auch eine Aufgabe der IV-Stellen, sowohl in der fallunabhängigen als auch fallabhängigen Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Frühe Erkennung und rasche Intervention müssen immer auch unter Abwägung des Medikalisierungsaspektes erfolgen.

STAND DER UMSETZUNG Auf den 1. Januar 2017 wurden die Randziffern, welche die Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten thematisieren, im Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) konkretisiert. Die Weiterentwicklung der IV schafft die gesetzliche Grundlage, die es den IV-Stellen erlaubt, den behandelnden Ärztinnen und Ärzten während des ganzen IV-Verfahrens relevante Informationen weiterzugeben. Die Sensibilisierung aller involvierten Akteure für eine konstruktive Zusammenarbeit im IV-Verfahren ist sowohl für das BSV als auch im kantonalen Rahmen seitens der IV-Stellen eine laufende Aufgabe und findet in diversen Gremien und Arbeitsgruppen statt. ■

LITERATUR

Bolliger, Christian; Féraud, Marius (2015): *Die Zusammenarbeit zwischen der IV und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten: Formen, Instrumente und Einschätzungen der Akteure*; [Bern: BSV]. Beiträge zur sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 5/15: www.bsv.admin.ch > Publikationen & Service > Forschung und Evaluation > Forschungspublikationen.

OECD (2014): *Psychische Gesundheit und Beschäftigung*: Schweiz; [Bern, BSV]. Beiträge zur sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 12/13.

Murer, Edwin (Hg.) (2012): *Gesellschaft und Krankheit: Medikalisierung im Spannungsfeld von Recht und Medizin*; Tagungsband der 9. Freiburger Sozialrechtstage 2012, Bern: Stämpfli.

Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI); gültig ab 1.1.2010; Stand 1.1.2017: www.bsv.admin.ch/vollzug > IV > Grundlagen IV > Individuelle Leistungen > Kreisschreiben.

Conrad, Peter (1992): «Medicalization and Social Control», in *Annual Review of Sociology* 18, 1992, S. 209–232.



Katrin Jentzsch

Diplom-Volkswirtin/M.Sc. in Psychologie, Projektleiterin Bereich Verfahren und Rente, Geschäftsfeld IV, BSV.
katrin.jentzsch@bsv.admin.ch



Andrea Lüthi

Lic. phil. I, Fachspezialistin Bereich Berufliche Integration, Geschäftsfeld IV, BSV.
andrea.luethi@bsv.admin.ch

SOZIALPOLITIK

Mehr als eine Billion

Stefan Müller,
Salome Schüpbach; Bundesamt für Sozialversicherungen

Das Finanzkapital der sozialen Sicherung betrug Ende 2014 mit 1149 Mrd. Franken mehr als eine Billion. Der weitaus grösste Teil entfiel mit 1048 Mrd. Franken auf die berufliche Vorsorge, wovon in der vom BSV geführten Gesamtrechnung der Sozialversicherungen 770 Mrd. Franken ausgewiesen werden können.

Die vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) erstellte Gesamtrechnung der Sozialversicherungen (GRSV) hat die Aufgabe, das Finanzkapital abzubilden, das in allen Schweizer Sozialversicherungen gebunden ist. Bei der Erfassung der beruflichen Vorsorge (BV) stützt sich das BSV auf die Pensionskassenstatistik (PKS) des Bundesamts für Statistik (BFS), die alle von den Pensionskassen verwalteten Kapitalteile ausweist, nicht aber die BV-Kapitalreserven der Privatversicherer, die von den Pensionskassen ausbezahlten Freizügigkeitskapitalien und die im Rahmen der Wohneigentumsförderung ausbezahlten Gelder. Damit erfasst die PKS nur einen Teil des Vermögens, das in der beruflichen Vorsorge gebunden ist. Der nachfolgende Beitrag entwickelt auf Basis der GRSV 2014 zum einen die Grössenordnung jener Vermögenswerte der beruflichen Vorsorge, die, verteilt auf drei blackboxartige Kapitalsatelliten, im Rahmen

der GRSV keine detaillierten Aussagen erlauben. Zum anderen zeigt er auf, wie bedeutend der Anteil der BV-Gelder in der sozialen Sicherung ist und wie unbefriedigend es deshalb aus der Perspektive der GRSV ist, dass sich ein Viertel des Kapitals, das in der beruflichen Vorsorge gebunden ist, nicht detailliert darstellen lässt.

DAS FINANZKAPITAL DER BERUFLICHEN VORSORGE WIRD UNVOLLSTÄNDIG ABGEBILDET

Ende 2014 wies die GRSV für die berufliche Vorsorge ein Finanzkapital von 770 Mrd. Franken (alle, auch die nachfolgenden Angaben sind gerundet) aus. Nicht erfasst war auf drei Kapitalsatelliten verteiltes Finanzkapital im Umfang von insgesamt 277 Mrd. Franken (vgl. Tabelle **T1** und Grafik **G1**), das nachfolgend beschrieben wird.

Finanzkapital der Sozialversicherungen (Ende 2014 in Mrd. Fr.) T1	
BV-Kapital gemäss Gesamtrechnung GRSV	770
BV-Kapitalsatelliten:	
Freizügigkeitskapital	44
Wohneigentumsförderung	41
Privatversicherer	192
BV-Kapital inkl. Kapitalsatelliten	1048
Übriges GRSV-Kapital (v. a. UV, AHV, KV)	101
Gesamtkapital inkl. BV-Kapitalsatelliten	1149

Quelle: SVS 2017, S. 68.

Eine Billion?

Eine Billion umfasst 1000 Milliarden. Eine Billion ist auch eine Million Millionen. Wenn acht Millionen Menschen sich eine Million Millionen Franken teilen, dann entfällt $\frac{1}{8}$ -Million, 125 000 Franken, auf jeden Einwohner unseres Landes. Rechnet man mit einem Einfamilienhauspreis von einer Million Franken, dann reicht eine Billion Franken gerade aus, um alle 974 000 Einfamilienhäuser in der Schweiz zu finanzieren.

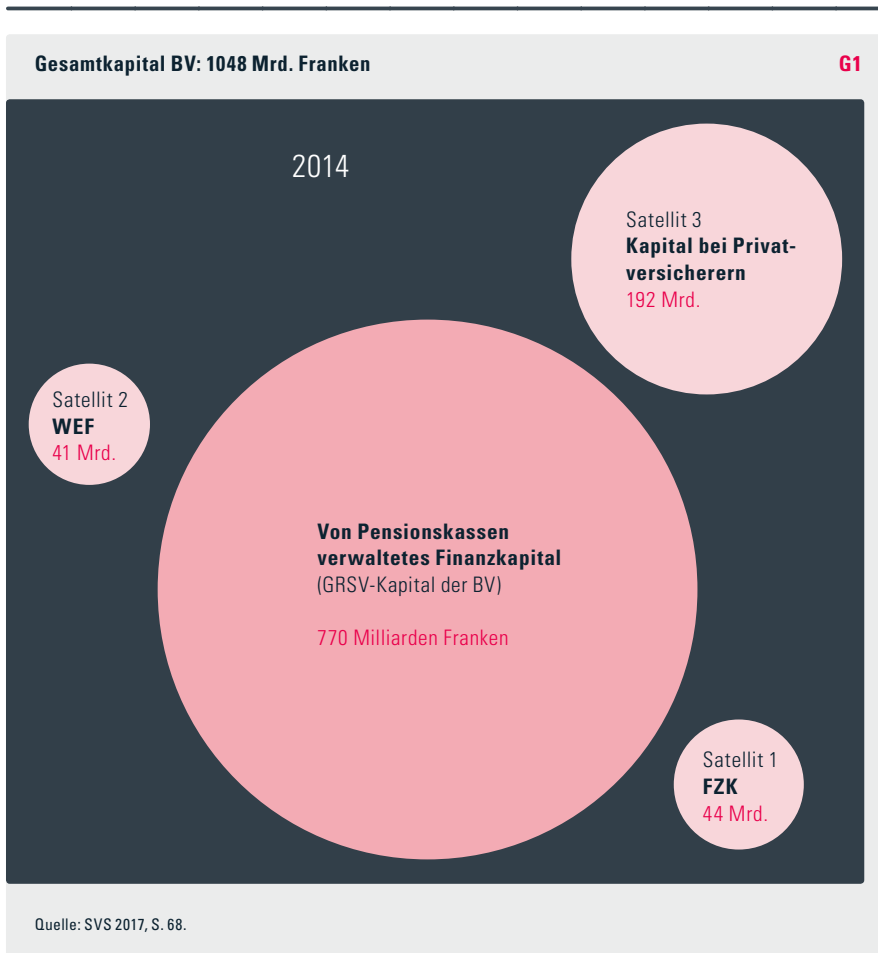
KAPITALSATELLIT 1: FREIZÜGIGKEITSKAPITAL Freizügigkeitsleistungen, die nicht wieder in eine Vorsorgeeinrichtung zurückfliessen, sind in den Rechnungen der Pensionskassen nicht ausgewiesen. Da es sich nicht um Leistungen handelt, werden sie hier als Freizügigkeitskapital (FZK) bezeichnet. Bei einem Stellenwechsel überweist die bisherige Vorsorgeeinrichtung das FZK als sogenannte Austrittsleistung an die Vorsorgeeinrichtung des neuen Arbeitgebers. Ist der neue Arbeitgeber noch nicht bekannt, wird zugunsten des Arbeitnehmers ein Freizügigkeitskonto bei einer Bank, eine Freizügigkeitspolice bei einer Versicherung oder ein Konto bei der Stiftung Auffangeinrichtung BVG eröffnet. Ende 2014 hatte das FZK bei Banken gemäss Statistik der Schweizerischen Nationalbank (SNB) einen Umfang von 37 Mrd. Franken, bei der Auffangeinrichtung BVG lagen 7 Mrd. Franken, dies ergibt zusammen 44 Mrd. Franken. Der Gegenwert der Freizügigkeitspolices bei den Versicherern (7 Mrd. Franken) ist bereits im Finanzkapital der Privatversicherer ausgewiesen und deshalb nicht Teil des Kapitalsatelliten 1.

KAPITALSATELLIT 2: GELDER DER WOHNHEIGENTUMSFÖRDERUNG Ein Teil des BV-Kapitals befindet sich in der Form von Geldern, welche die Pensionskassen im Rahmen der Wohneigentumsförderung (WEF) auszahlen, in der Hand der Versicherten selber. Dieser Teil des Finanzkapitals wird leicht übersehen, da er ausserhalb des Pensionskassensystems und auch ausserhalb der Privatversicherer angelegt ist. Dabei handelt es sich aus der Sicht der betroffenen Haushalte um eine sehr sichere Kapitalanlage. Immobilien, zumal selbstbewohnte, bieten realwirtschaftliche Sicherheit. Der durch die Immobiliennutzung ermöglichte Konsum wird direkt bereitgestellt, ohne Umweg über unsicheres Finanzkapital. Aktien, Obligationen oder Devisen sind dagegen nur solange ein sinnvolles Sicherungsmittel der Altersvorsorge, als sie zur Rentenzeit einen bestimmten Anspruch auf die verfügbaren Konsumgüter ermöglichen.

WEF-Vorbezüge versicherter Aktiver und späterer Rentner erfüllen grundsätzlich die gleiche Sicherungsfunktion wie die anderen Teile des Finanzkapitals in der beruflichen Vorsorge. Denn sie finanzieren über die ganze Lebenszeit der Versicherten das Realkapital, das zur Sicherung ihrer im BV-System erworbenen Ansprüche notwendig ist. Insofern sind sie in einer BV-Systemsicht als Vorsorgekapital zu betrachten. Lediglich WEF, deren Bezüger inzwischen verstorben sind, haben keine Rentensicherungsfunktion mehr und müssten von den entsprechenden Vorbezügen subtrahiert werden (fehlende «Altersbereinigung»).

Die WEF-Vorbezüge sind eine sehr sichere Kapitalanlage.

Ende 2014 beliefen sich die kumulierten, nicht altersbereinigten Vorbezüge für Wohneigentumsförderung auf 41 Mrd. Franken. Um die effektiv durch die berufliche Vorsorge ermöglichte soziale Sicherheit zu beziffern, müsste die jährliche Rentensumme der beruflichen Vorsorge um den geschätzten Mietwert, der durch WEF-Auszahlungen abgelöst wird, ergänzt werden. Dass die WEF-Gelder noch immer Teil der beruflichen Vorsorge sind, kommt in der Rückzah-

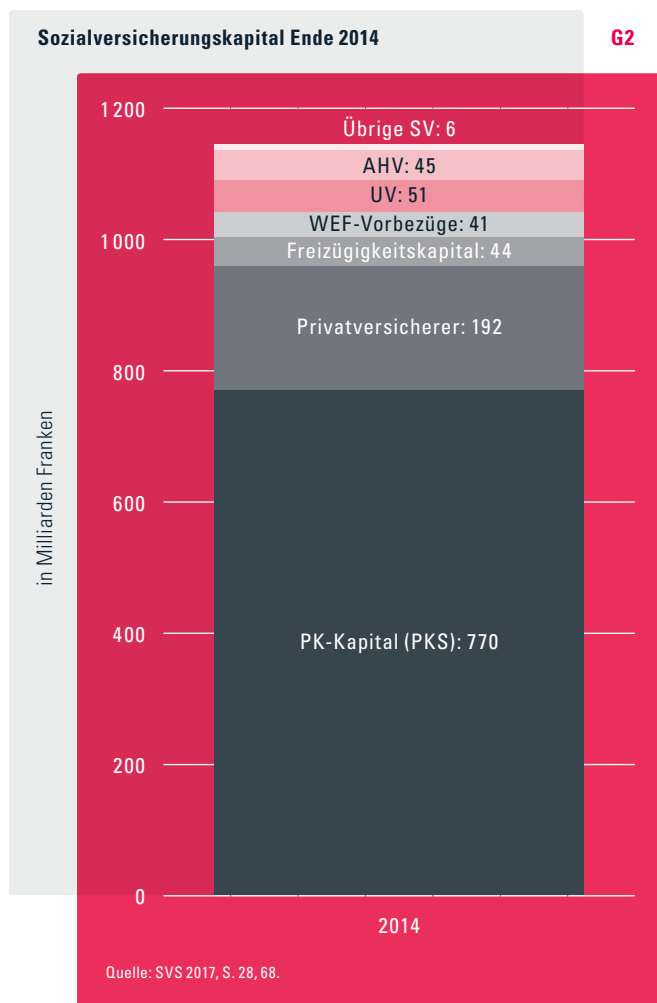


lungspflicht bei Veräusserung des geförderten Wohneigentums vor der Pensionierung zum Ausdruck.

KAPITALSATELLIT 3: FINANZKAPITAL DER PRIVATVERSICHERER Ein bedeutender Teil der beruflichen Vorsorge wird von Privatversicherern abgewickelt. Die FINMA schreibt im Offenlegungsbericht 2014 (FINMA 2015), dass knapp die Hälfte der BV-Versicherten entsprechende Versicherungsverträge haben. Insbesondere die Angestellten der verbreiteten KMU (kleine und mittlere Unternehmen) sind meist ganz oder teilweise über private Lebensversicherungsunternehmen versichert. Das von den Privatversicherern im Rahmen der beruflichen Vorsorge angelegte Finanzkapital beziffert die FINMA für Ende 2014 mit 192 Mrd. Franken zu Marktwerten.

MEHR ALS EINE BILLION! Ende 2014 enthielten die drei Kapitalsatelliten zusammen 277 Mrd. Franken. Demzufolge belief sich das umfassende Kapital der beruflichen Vorsorge unter Einrechnung der über die GRSV ermittelten 770 Mrd. auf 1048 Mrd. Franken, das umfassende Kapital der über die Sozialversicherungen laufenden sozialen Sicherung erreichte 1149 Mrd. Franken (vgl. Grafik **G2**).

Inklusive Kapitalsatelliten beträgt das Kapital der beruflichen Vorsorge 91 Prozent des umfassenden Sozialversicherungskapitals von 1149 Mrd. Franken, das auch die 101 Mrd. Franken der übrigen Sozialversicherungen einschliesst. Bereits 2013 hat das umfassende Kapital aller Sozialversicherungen mit 1062 Milliarden Franken erstmals die Schwelle einer Billion überschritten.



WEM GEHÖRT DAS FINANZKAPITAL DER SOZIALVERSICHERUNGEN? Das v. a. in Wertpapieren angelegte Finanzkapital der Sozialversicherungsträger BV, Unfallversicherung (UV) und AHV ist, aus volkswirtschaftlicher Sicht, den privaten Haushalten geschuldet. Dem Rentendeckungskapital von BV und UV entsprechen laufende und künftige Rentenansprüche der beteiligten Haushalte. Auch der Schwankungsfonds der AHV ist letztlich Finanzvermögen der privaten Haushalte, indem er auf Beitragszahlungen der bzw. zugunsten der privaten Haushalte beruht. Die Sozialversicherungsträger treten ähnlich wie Banken und Privatversicherer als eine Art finanzielle Vermittler auf. Als solche verwalten sie die Vermögenswerte, welche die Ansprüche

der Versicherten decken sollen. Die Aufteilung der Ansprüche auf inländische bzw. ausländische Haushalte ist nicht bekannt. Um die Bedeutung dieses – letztlich von den privaten Haushalten gehaltenen – Finanzkapitals der Sozialversicherungen einzuschätzen, kann man es beispielsweise zum gesamten Vermögen der Haushalte oder zum Auslandvermögen der Schweiz in Beziehung setzen.

Das umfassende Finanzkapital der beruflichen Vorsorge ... im Vergleich mit dem Vermögen der Privathaushalte

2014 betrug das Reinvermögen der Haushalte 1519 Mrd. Franken. Diese Summe entspricht den Nettoforderungen der Haushalte gegenüber allen anderen volkswirtschaftlichen Sektoren. Man könnte das Reinvermögen auch als Summe aller Haushaltersparnisse bezeichnen. Gemessen an diesem Reinvermögen von 1519 Mrd. Franken, betragen die 1048 Mrd. Franken der gesamten Ansprüche in der beruflichen Vorsorge 69 Prozent. Damit wären mehr als zwei Drittel der Haushaltersparnisse im Rahmen der beruflichen Vorsorge angelegt.

Das Finanzkapital der Pensionskassen ... im Vergleich mit dem Auslandvermögen der Schweiz

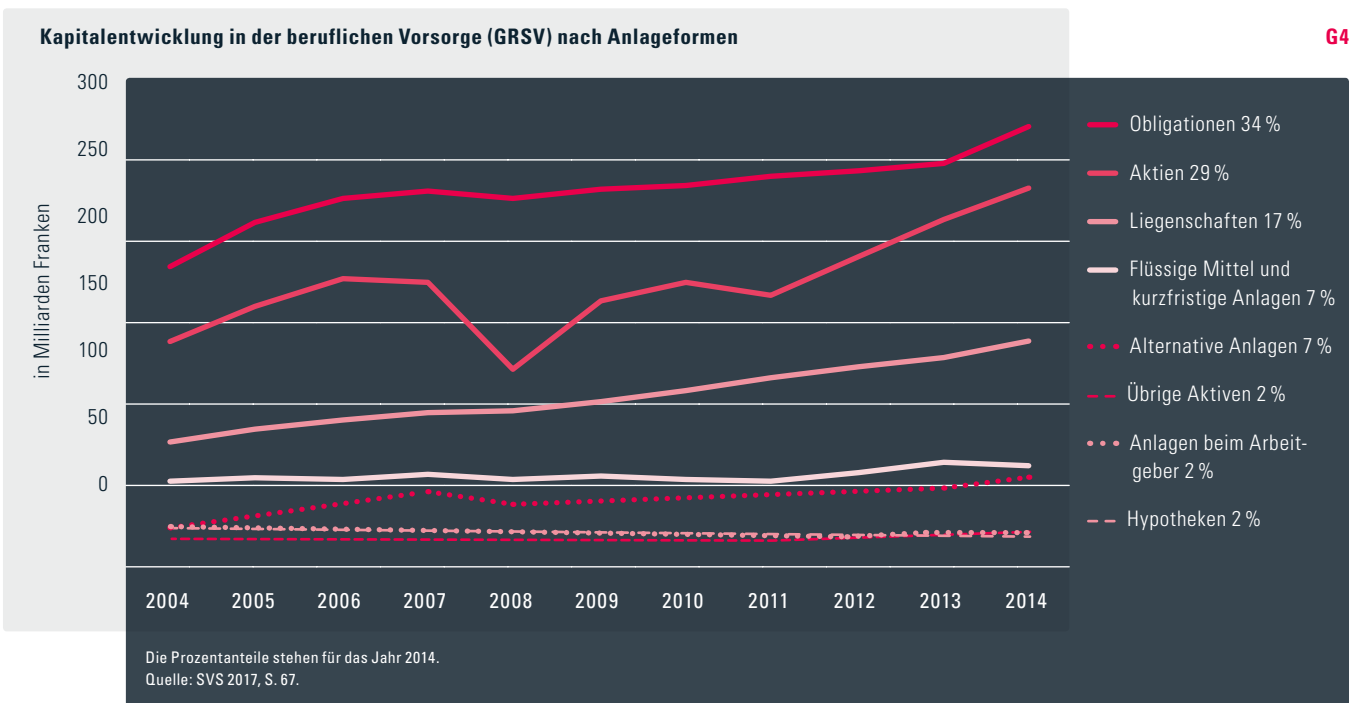
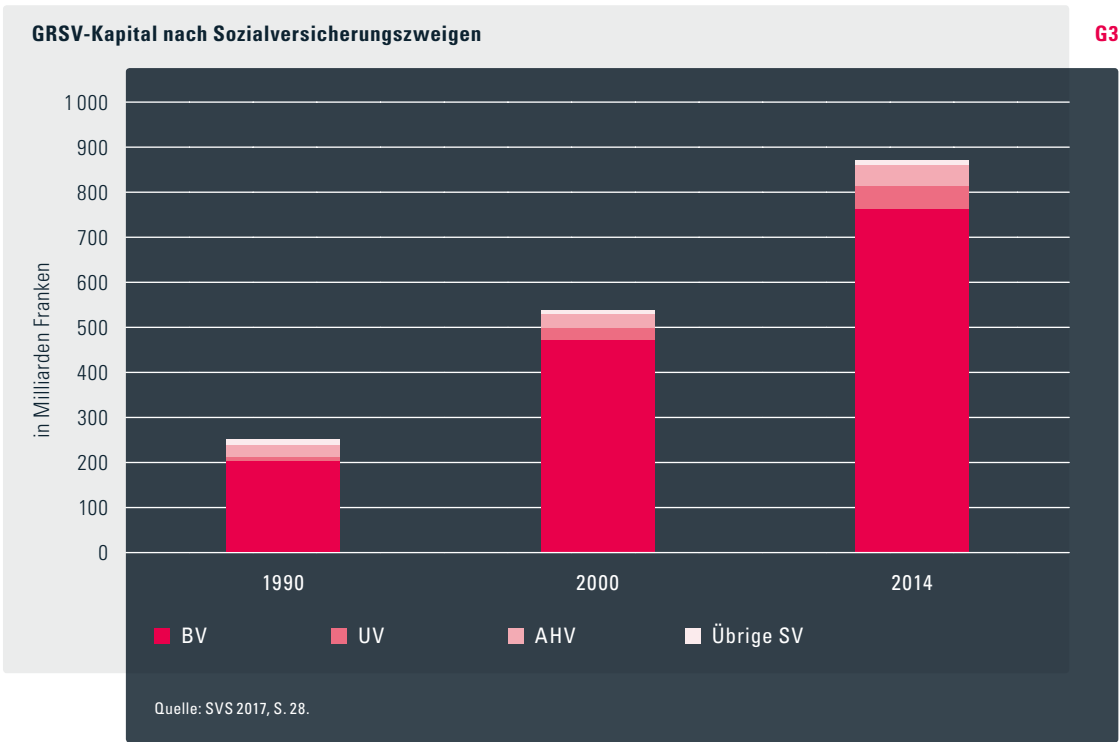
Das Auslandvermögen zeigt, in welchem Ausmass die Schweiz dem Ausland netto Kredite gewährt hat. 2014 entsprach das Pensionskassenkapital gemäss GRSV mit 770 Mrd. Franken gerade dem Auslandvermögen der Schweiz von 768 Mrd. Franken. Das Auslandvermögen ist die Summe der Nettoguthaben gegenüber dem Ausland. In dieser Höhe könnten grundsätzlich Ansprüche auf ausländische Konsum- oder Investitionsgüter geltend gemacht werden. Das von den Pensionskassen verwaltete Finanzkapital hat damit denselben Umfang wie die Guthaben der Schweiz gegenüber anderen Ländern.

DIE VERMÖGENSBILDUNG DER SOZIALVERSICHERUNGEN ERFOLGT WEITESTGEHEND IN DER BERUFLICHEN VORSORGE

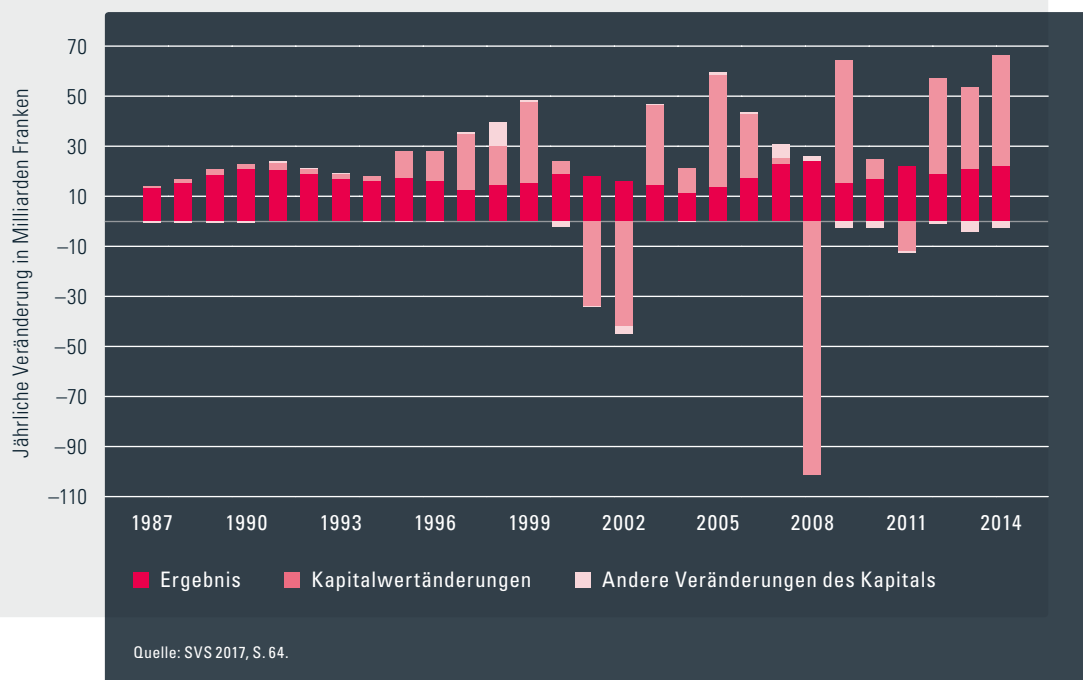
Das von den Pensionskassen selber verwaltete Finanzkapital, ohne die drei genannten Satelliten, fliesst zusammen mit dem Kapital der übrigen Sozialversicherungen in die GRSV ein (vgl. Grafik G3). Diese weist also das Finanzkapital aller Sozialversicherungen im engeren Sinn aus, dessen Entwicklung sich seit 1987 detailliert, beispielsweise nach Anlageform oder aus volkswirtschaftlicher Perspektive darstellen lässt (vgl. Grafiken G4 und G5). Ende 2014 betrug es 871 Mrd. Franken.

ENTWICKLUNG DES FINANZKAPITALS DER PENSIONS-KASSEN

Seit 2004 weist die Pensionskassenstatistik die Anlagestruktur des Finanzkapitals in der beruflichen Vorsorge (ohne Kapitalsatelliten) detailliert und vergleichbar aus, d. h. die Kapitalentwicklung kann nach Anlageformen aufge-



Kapitalentwicklung in der beruflichen Vorsorge (GRSV), volkswirtschaftliche Komponenten



schlüsselt werden (vgl. Grafik G4). Im Quervergleich fällt v. a. die Entwicklung der Aktien und der alternativen Anlagen¹ auf. Der Wert der Aktien hat sich nach 2008 und ab 2012 deutlich erholt. Insgesamt stagnierte er 2006–2011. Ab 2012 ist er wieder deutlich gestiegen. Alternative Anlagen haben 2004–2007 deutlich an Bedeutung gewonnen. Nach dem Einbruch 2008

Eine umfassende Darstellung der beruflichen Vorsorge muss auch die drei Kapitalsatelliten einbeziehen.

ist ihr bewerteter Bestand langsamer gewachsen, mit einer Akzentuierung 2014.

Den grössten Anteil an den jährlichen Veränderungen des Pensionskassenkapitals haben über den ganzen Beobachtungszeitraum die Rechnungsergebnisse (dunkelrote Säulen), das ist die Ersparnis der Pensionskassen. Ab 1995 nehmen die Kapitalwertänderungen (blassrote Säulen) grossen Einfluss auf die jährliche Entwicklung. Ausmass und Vorzeichen der Kapitalwertänderungen beruhen auf der Börsenentwicklung. Seit 2001 sind in vier Jahren bedeutende Kapitalwertverluste aufgetreten. Die Summe der Verluste ab 2001, 191 Mrd. Franken, kompensiert einen grossen Teil der seither aufgetretenen Gewinne von 292 Mrd. Franken. Eine neuerliche Finanzkrise wie 2008 könnte das Vertrauen der Pensionskassen in die zweitwichtigste Anlageform, die Aktienanlagen, nachhaltig schädigen.

¹ Hedge Funds, Mischvermögen bei kollektiven Anlagen, Private Equity, Rohstoffe, übrige alternative Anlagen, Insurance Linked Securities usw.

SCHWIERIGE OPTIK DER PENSIONSKASSEN-STATISTIK

Basierend auf der Pensionskassenstatistik PKS schätzt das BSV die aggregierte «Betriebsrechnung» der beruflichen Vorsorge als umfangreichsten Teil der Gesamtrechnung. Die PKS ist auch die Quelle unseres Wissens zum Finanzkapital der beruflichen Vorsorge. Um die fehlenden Kapitalsatelliten zu erfassen, müsste auf der PKS aufgebaut werden. Dabei stellt sich das Grundproblem der PKS, die vielfältigen und wechselnden Perspektiven, welchen sie genügen sollte. Dies sei an einem Beispiel illustriert: Durch den Einbezug der Nettobeiträge an die Privatversicherer und der Leistungen der Privatversicherer wird versucht, die «Betriebsrechnung» der Pensionskassen vollständig darzustellen. In den Bilanzdaten des Pensionskassensystems fehlt jedoch die Kapitalreserve, welche die Privatversicherer verwalten (Kapitalsatellit 3). Um die berufliche Vorsorge umfassend darzustellen, müssten im Idealfall auch die drei Kapitalsatelliten (und die zugehörigen Betriebsrechnungen) einbezogen werden. Eine deutliche Verbesserung wäre bereits der direkte Einbezug des Finanzkapitals der Privatversicherer – der mit Abstand grösste Satellit – in die Pensionskassenstatistik. Dafür könnten BFS, FINMA und BSV gemeinsam eine Lösung erarbeiten.

AUSBLICK 2015 stieg der provisorisch berechnete Wert des umfassenden BV-Kapitals von 1048 auf 1064 Mrd. Franken. Das gesamte in den Sozialversicherungen gebundene Kapital stieg von 1149 auf 1167 Mrd. Franken. ■

Materialien

SVS 2017: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2017; [Bern: BSV]; in Vorb.: www.bsv.admin.ch > Sozialversicherungen > Überblick > Gesamtrechnung der Sozialversicherungen (GRSV) > SVS.

FINMA (2015): Berufliche Vorsorge bei Lebensversicherungsunternehmen. Offenlegung der Betriebsrechnung 2014; [Bern: FINMA].

GRSV 2014: Gesamtrechnung der Sozialversicherungen: Internetquelle: www.bsv.admin.ch > Sozialversicherungen > Überblick > Gesamtrechnung der Sozialversicherungen (GRSV).



Stefan Müller

Dr. rer. pol.; wissenschaftlicher Experte; Bereich Forschung, Evaluation und Statistik; Geschäftsfeld Mathematik, Analysen, Statistik und Standards; BSV. stefan.mueller@bsv.admin.ch



Salome Schüpbach

Lic. rer. pol.; wissenschaftliche Mitarbeiterin; Bereich Forschung, Evaluation und Statistik; Geschäftsfeld Mathematik, Analysen, Statistik und Standards; BSV. salome.schuepbach@bsv.admin.ch

FAMILIE, GENERATIONEN UND GESELLSCHAFT

Familienzulagen: Regulierungskosten und Verbesserungsvorschläge

Josef Perrez, Institut für Wirtschaftsstudien Basel

2015 wurden gesamtschweizerisch rund 5,6 Mrd. Franken Familienzulagen nach FamZG ausgerichtet. Die administrativen Kosten der Unternehmen beliefen sich dabei auf 278 Mio. Franken. Mit punktuellen Verbesserungen oder einer Neukonzeption des Systems liessen sie sich senken.

Die Attraktivität eines Wirtschaftsstandorts hängt wesentlich von der Dichte und Qualität der staatlichen Regulierung ab. Vor diesem Hintergrund werden im Rahmen des bundesrätlichen Programms 2016–2019 zur administrativen Entlastung von Unternehmen verschiedene Regulierungen evaluiert. Dabei werden die den Unternehmen auferlegten Kosten geschätzt und Massnahmen zu ihrer Reduktion vorgeschlagen. Im Bereich der Familienzulagen wurde das Institut für Wirtschaftsstudien Basel (IWSB) vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) mit einem Regulierungs-Check-up beauftragt. Der Nutzen der Familienzulagen wird hierbei nicht zur Diskussion gestellt. Der Fokus der Untersuchung liegt vielmehr auf den in den Unternehmen entstehenden administrativen Kosten.

Die Familienzulagen ausserhalb der Landwirtschaft wurden 2009 mit dem Bundesgesetz über die Familienzulagen (FamZG) eidgenössisch geregelt. Um die finanzielle Belastung der Eltern zu mindern, werden sie für Kinder ab Geburt bis zum 16. Altersjahr ausgerichtet. Für ihre Kinder zwischen 16 und 25 Jahren in Ausbildung erhalten die Eltern Ausbildungszulagen. Die Mindesthöhe der Zulagen ist im FamZG festgelegt. Finanziert werden die Familienzulagen hauptsächlich durch Arbeitgeberbeiträge, deren Höhe von den einzelnen Familienausgleichskassen (FAK) bestimmt wird. Aufgrund der unterschiedlichen Mitarbeiterstruktur der ihnen angeschlossenen Unternehmen¹, unterscheiden sich die Beitragssätze der einzelnen FAK stark.

¹ In einzelnen Kantonen werden die Differenzen allerdings mit einem Lastenausgleich korrigiert.

Handlungspflichten und ihre Kostenfolgen

HP 1	Anschluss an eine FAK; Regulierungskosten: 20 Mio. Franken Alle Selbstständigerwerbenden und Arbeitgeber haben sich einer FAK anzuschliessen.
HP 2	Lieferung von Informationen für den Antrag auf Familienzulagen an die FAK/Erstellen des Antrags; Regulierungskosten: 30 Mio. Franken Der Arbeitgeber muss im Minimum die für die Antragsstellung erforderlichen Angaben liefern. In gewissen Kantonen ist er zu einer weiterreichenden Mitwirkung bei der Antragstellung verpflichtet.
HP 3	Meldung relevanter Änderungen hinsichtlich der für den Zulagenanspruch massgebenden Situation; Regulierungskosten: 37 Mio. Franken Ändert sich die Situation eines Bezugsberechtigten, hat dieser bzw. sein Arbeitgeber, sofern er Kenntnis davon hat, dies der FAK mitzuteilen.
HP 4	Anspruch auf Zulagen und deren Höhe bestimmen; Regulierungskosten: 5 Mio. Franken Unternehmen mit delegierter Dossierführung entscheiden selbst, ob ihre Mitarbeitenden Anspruch auf Familienzulagen haben.
HP 5	Beitrag zahlen; Regulierungskosten: 17 Mio. Franken Die Familienzulagen – ausser jene für Nicht-Erwerbstätige – werden durch Arbeitgeberbeiträge finanziert, deren Höhe zwischen den FAK variiert.
HP 6	Zulagen an Arbeitnehmer auszahlen; Regulierungskosten: 15 Mio. Franken Die Familienzulagen werden über die Arbeitgeber an ihre Mitarbeitenden ausbezahlt.
HP 7	Anpassung des Beitragssatzes in der Lohnbuchhaltung; Regulierungskosten: 1 Mio. Franken Ändert sich die Höhe des Beitragssatzes, müssen Anpassungen im Lohnsystem der Unternehmen vorgenommen werden.
HP 8	Arbeitgeberkontrolle; Regulierungskosten: 0,1 Mio. Franken Die Unternehmen werden in regelmässigen Abständen hinsichtlich der korrekten Abläufe im Zusammenhang mit den Familienzulagen kontrolliert.
HP 9	Lieferung von Informationen an die FAK zur Weiterleitung an das Familienzulagenregister; Regulierungskosten: 2 Mio. Franken Unternehmen mit delegierter Dossierführung müssen ihre Entscheide den FAK mitteilen.
HP 10	Verwaltungskostenbeiträge; Regulierungskosten: 150 Mio. Franken Die administrativen Kosten der FAK werden durch Verwaltungskostenbeiträge gedeckt, die Teil der Beiträge (HP 5) sind.

Quelle: Perrez et al. 2016.

Bei den hier betrachteten Regulierungskosten handelt es sich um sämtliche Kosten, die bei den Selbstständigerwerbenden und den Arbeitgebern anfallen, wenn sie die Gesetze und Vorschriften im Bereich der Familienzulagen befolgen. Darin eingerechnet sind nur jene Kosten, die nicht auf andere Regulierungen zurückzuführen sind und im Rahmen der unternehmerischen Tätigkeit nicht ohnehin anfallen. Bei der Gesetzgebung spielt auch die kantonale Ebene eine

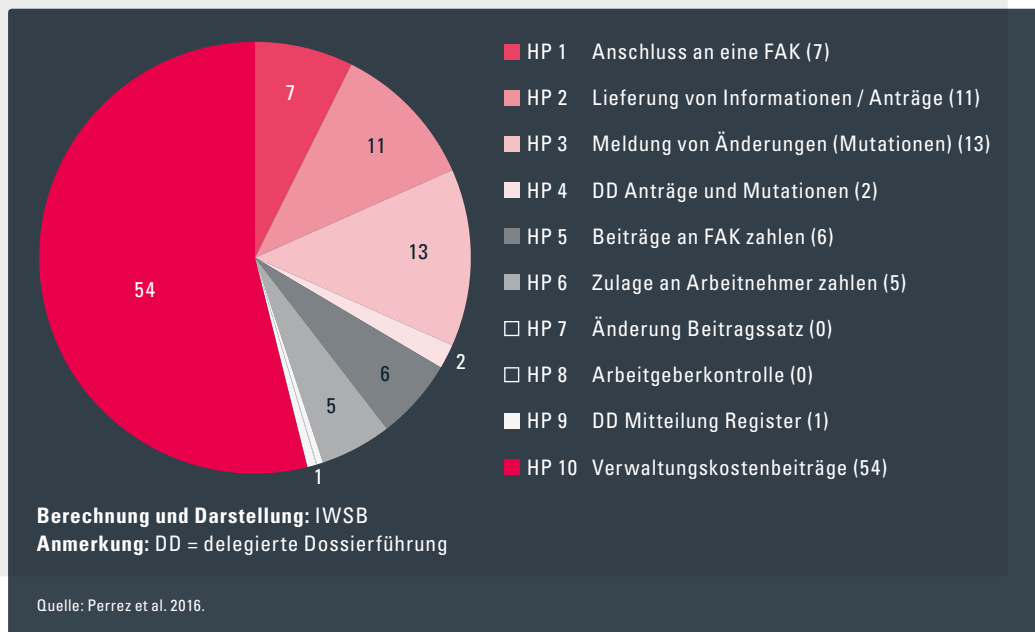
wichtige Rolle. Hinzu kommen internationale Abkommen und Bestimmungen der Familienausgleichskassen. Deshalb ist die Regulierung komplex. So liegen z. B. die Familienzulagen in einzelnen Kantonen über der im FamZG festgelegten Mindesthöhe, was zu einem administrativen Mehraufwand bei Unternehmen führen kann, wenn beide Elternteile berufstätig sind und nicht im gleichen Kanton arbeiten. Im Zuge gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Veränderungen nimmt die Zahl der arbeitsaufwendigen Fälle zu.

Die Regulierung der Familienzulagen ist komplex.

REGULIERUNGSKOSTEN Der durch die Regulierung der Familienzulagen generierte administrative Aufwand der Unternehmen kann in zehn als Handlungspflichten (HP) bezeichnete Bereiche gruppiert werden (vgl. Tabelle T1). Davon betreffen mehrere die Verteilung von Aufgaben

Regulierungskosten Familienzulagen in Prozent nach Handlungspflichten (HP)

G1



und Entscheidungskompetenzen bei der Beurteilung einer Berechtigung auf Familienzulagen. Im Normalfall wird der Entscheid von den FAK gefällt; die Unternehmen übermitteln ihnen die erforderlichen Informationen bei der Anmeldung (HP 2) und bei Veränderungen der familiären Situation eines bezugsberechtigten Mitarbeitenden (HP 3).

Besonders teuer ist die Prüfung der Anspruchsberechtigung.

In den Ausnahmefällen von Unternehmen mit delegierter Dossierführung – schweizweit rund deren 1500 – prüfen diese die Anträge auf Familienzulagen ihrer Arbeitnehmer selbst (HP 4). Sie informieren die FAK über die gefällten Entscheide (HP 9). Die delegierte Dossierführung ist eine Kooperationsform zwischen grossen Unternehmen und FAK,

die auf die Zeit vor der Einführung des FamZG zurückgeht und in diesem nicht geregelt ist.

Im Jahr 2015 betragen die bei den Unternehmen anfallenden Regulierungskosten der Familienzulagen 278 Mio. Franken. Den grössten Anteil haben mit 54 Prozent die Verwaltungskostenbeiträge an die FAK (vgl. Grafik G1). Neben der Prüfung der Anspruchsberechtigung umfassen sie weitere Aufgaben wie die Verwaltung der Finanzen. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass die Beurteilung der Ansprüche einen grossen Anteil am Gesamtaufwand der Kassen ausmacht. Die Kommunikation von Änderungen der Familiensituation von Mitarbeitenden (HP 3) beansprucht 13 Prozent der Regulierungskosten, die Mitwirkung bei der Antragsstellung für Familienzulagen (HP 2) 11 Prozent. Weitere wichtige kostenverursachende Handlungspflichten sind die Zahlung der Beiträge an die FAK (HP 5: 6 Prozent) und die Auszahlung der Familienzulagen an die Angestellten (HP 6: 5 Prozent). Unternehmen mit delegierter Dossierführung ihrerseits weisen für die Beurteilung der Bezugsberechtigung lediglich zwei Prozent der Regulierungskosten aus. Pro Bezüger sind ihre Kosten aber ver-

gleichbar mit jenen der übrigen Unternehmen mit 250 und mehr Angestellten.

AUFWENDIGE ANSPRUCHSPRÜFUNG Wie die Zerlegung der Regulierungskosten nach Handlungspflichten zeigt, ist die Anspruchsprüfung besonders teuer. Es handelt sich dabei einerseits um die Prüfung selbst, andererseits um die Übermittlung der dafür notwendigen Informationen an die FAK.

Die Anspruchsberechtigung hängt von einer Vielzahl von Kriterien ab, die ein Elternteil erfüllen muss, um Familienzulagen zu erhalten. Die entsprechenden Informationen werden durch die Arbeitgeber erhoben und an die FAK weitergeleitet. In der Regel unterstützen Erstere ihre Mitarbeitenden, indem sie z. B. überprüfen, ob die Formulare vollständig ausgefüllt wurden. Die erforderlichen Angaben umfassen Informationen zum Kind, zu beiden Elternteilen und ihrer Arbeitssituation (Arbeitgeber, Arbeitsort, Lohn u. a.), auf deren Basis nicht nur entschieden wird, ob das Kind alters- und ausbildungsmässig die Erfordernisse erfüllt, sondern auch, ob der Vater oder die Mutter Anspruch auf Familienzulagen haben. Arbeiten beide in unterschiedlichen Kantonen mit unterschiedlich hohen Familienzulagen, können sie in einem der beiden Kantone einen zusätzlichen Antrag auf sogenannte Differenzzahlungen stellen, um die maximale Höhe der Familienzulagen auszuschöpfen.

VERBESSERUNGSMASSNAHMEN Eine vierzehnköpfige Expertengruppe mit Vertretern aus Unternehmen, Treuhandfirmen und FAK beurteilte verschiedene mögliche Verbesserungsmassnahmen zur Kostenreduktion. Die folgenden sechs empfahl sie umzusetzen:

- Heute gibt es drei Typen von FAK: Eine kantonale FAK in jedem Kanton, Verbandskassen, welche an die von Branchenverbänden geführten AHV-Ausgleichskassen angeschlossen sind, und eigenständige FAK. Ein Unternehmen muss sich in jedem Kanton, in dem es mit einer Niederlassung präsent ist, an eine FAK anschliessen, was zu Doppelspurigkeiten führen kann. Ist ein Unternehmen z. B. einer Verbandsausgleichskasse angeschlossen, die im betreffenden Kanton keine Familienausgleichskasse führt, muss es sich der dortigen kantonalen FAK anschliessen. Neu sollen sich kantonale Niederlassungen der FAK des Firmensitzes anschliessen können. Zudem soll es ei-

nem Unternehmen ermöglicht werden, sämtliche Belange über seine Verbandsausgleichskasse zu regeln, indem allen Verbandsausgleichskassen und eigenständigen FAK erlaubt wird, als sogenannte Abrechnungsstellen kantonalen FAK aufzutreten.

- Künftig sollen alle 16- und 17-Jährigen ohne vorgängige Prüfung einer allfälligen Berechtigung Ausbildungszulagen erhalten. Ausbildungsbescheinigungen müssen also nicht mehr eingereicht werden und deren Prüfung entfällt. Allerdings werden dadurch letztlich mehr Zulagen ausbezahlt.
- Um zu erfahren, ob ein Kind bereits Familienzulagen erhält, müssen sich Unternehmen mit delegierter Dossierprüfung heute an ihre FAK wenden, die hierzu das Familienzulagenregister konsultiert. Unternehmen mit delegierter Dossierprüfung sollen neu Einsicht ins Familienzulagenregister erhalten. Allerdings bedeutet dies, dass die delegierte Dossierführung neu gesetzlich definiert und geregelt werden muss.
- Heute hat jede FAK ein eigenes Anmeldeformular. Die Anmeldeformulare sollen standardisiert werden, indem die FAK sie auf freiwilliger Basis angleichen.
- Die Aufgaben der Unternehmen sind heute in den Kantonen unterschiedlich geregelt. In verschiedenen Kantonen genügt es, wenn die Unternehmen den Angestellten die für das Antragsformular erforderlichen Angaben liefern. Durch eine bessere Information soll sichergestellt werden, dass die Unternehmen wissen, in welchem Ausmass sie ihre Angestellten bei der Antragsstellung unterstützen müssen.

Die Kostenersparnisse, die sich mit den Verbesserungsmassnahmen erzielen lassen, sind in den meisten Fällen schwer zu beziffern. Am ehesten scheinen solche mit dem bedingungslosen Anspruch auf Ausbildungszulagen der 16- und 17-Jährigen möglich. Hier würden die Regulierungskosten um circa 800 000 Franken reduziert. Es gilt allerdings zu bedenken, dass die Gesamtkosten des Systems – im Gegensatz zu den vom Seco definierten Regulierungskosten – stärker steigen, da die Zahl der Zulagen zunimmt. Diese Mehrkosten von schätzungsweise 30 Mio. Franken würden über erhöhte Lohnbeiträge zumindest kurzfristig denn auch durch die Arbeitgeber getragen.

Das Einsparungspotenzial einer umfassenden Reform liegt bei 50 bis 70 Prozent

VORSCHLAG EINER NEUSTRUKTURIERUNG DES SYSTEMS Ergänzend zu den bereits thematisierten Verbesserungsmassnahmen skizzieren die Autoren der hier vorgestellten Studie zwei Varianten einer grundsätzlichen Reform des Familienzulagensystems, über die sich die Regulierungskosten massiv senken liessen. Ihr Einsparungspotenzial liegt bei schätzungsweise 50 bzw. 70 Prozent. In beiden Fällen würde die Prüfung der Anspruchsberechtigung deutlich vereinfacht und vom Arbeitsverhältnis der Eltern losgelöst. Der Arbeitgeber würde dabei seine Funktion als Informationsübermittler und Zahlstelle der Familienzulagen abgeben, die Finanzierung würde weiterhin primär über Arbeitgeberbeiträge erfolgen.

Die schlankeste und effizienteste Lösung involviert die den Krankenkassen vorliegenden Informationen und Bankkontoverbindungen, auf deren Basis jedes in der Schweiz lebende Kind² eindeutig identifiziert werden kann. Indem die Familienzulagen neu über die Krankenkasse auf das für die Prämienzahlung verwendete Konto ausbezahlt werden, entfällt die Bestimmung des anspruchsberechtigten Elternteils. Das einzige von den Eltern einzureichende Dokument ist die Ausbildungsbescheinigung für Jugendliche in Ausbildung. Da die Bezugsberechtigung nicht mehr geprüft werden muss, verlieren die FAK ihre wichtigste Funktion. Die Arbeitgeber zahlen die Beiträge zusammen mit jenen für die 1. Säule an ihre Ausgleichskasse. Eine neu zu bildende zentrale staatliche Clearingstelle berechnet die Höhe der Zulagen, sodass das System im Gleichgewicht ist, und nimmt die Finanztransfers von den Ausgleichskassen an die Krankenkassen vor. Kantonale Unterschiede in der Höhe der Familienzulagen und der Beiträge sowie von den Kantonen

finanzierte Zulagen für Nichterwerbstätige bleiben möglich. Die Funktion der Clearingstelle ist technisch, sie fällt keine strategischen Entscheide. Somit bleiben die Kosten begrenzt.

Für den Fall, dass ein Einbezug der Krankenkassen nicht möglich wäre, ist eine alternative Lösung denkbar, bei der die Familienzulagen je zur Hälfte an beide Elternteile ausbezahlt werden – ausser im Fall von Alleinerziehenden. Auch in dieser zweiten Variante entfällt die aufwendige Überprüfung der Anspruchsberechtigung, dafür sind fast doppelt so viele Bankverbindungen zu erfassen.

FAZIT Die Studie nennt verschiedene Möglichkeiten, um im Bereich der Familienzulagen Regulierungskosten zu senken. Je grundlegender das System überarbeitet wird, desto höher ist der Effizienzgewinn. Aus Sicht des Einzelunternehmens liessen sich mit einem Wechsel zu einer FAK mit tieferen Beitragssätzen am meisten Kosten einsparen. Eine Liberalisierung des Systems würde insgesamt zu einer Angleichung der Beitragssätze führen, was sich unterschiedlich stark oder sogar mit unterschiedlichem Vorzeichen auf die Kosten der einzelnen Unternehmen auswirken würde. ■

LITERATUR

Perrez, Josef; Braun-Dubler, Nils; Gmünder, Markus (2017): *Regulierungs-Checkup im Bereich der Familienzulagen*; [Bern: BSV]. Beiträge zur Sozialen Sicherheit; Forschungsbericht Nr. 2/17: www.bsv.admin.ch > Publikationen & Service > Forschung und Evaluation > Forschungspublikationen.



Josef Perrez

PhD in Economics, Projektleiter, Institut für Wirtschaftsstudien Basel.
josef.perrez@iwsb.ch

² Eine Speziallösung für anspruchsberechtigte Kinder im Ausland ist notwendig, betrifft aber eine Minderheit der Fälle.

FAMILIE, GENERATIONEN UND GESELLSCHAFT

Bundesratsbericht zu Ausbildungs- und Familienzulagen

Yasemin Cevik,
Liliane Probst; Bundesamt für Sozialversicherungen

In einem Bericht von Mitte Februar kommt der Bundesrat zum Schluss, dass sich die Altersgrenze von 25 Jahren für den Bezug von Ausbildungszulagen bewährt hat. Zudem können erwerbstätige Partner von Funktionären internationaler Organisationen Familienzulagen nach Schweizer Recht beziehen, auch wenn die Organisationen eigene Familienleistungen an ihre Mitarbeitenden ausrichten.

Mit dem Postulat «Soziale Auswirkungen der festen Altersgrenze für Ausbildungszulagen»¹ beauftragte die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats den Bundesrat, die sozialen Auswirkungen der Altersgrenze für Ausbildungszulagen, wie sie im Familienzulagengesetz festgelegt ist, zu analysieren und allfällige Verbesserungen vorzuschlagen. In seinem Bericht, der seit Mitte Februar vorliegt (Bundesrat 2017), beantwortet der Bundesrat auch ein zweites Postulat zum Familienzulagengesetz (FamZG). Im entsprechenden Vorstoss «Ein Kind, eine Zulage»² fordert

Ständerätin Liliane Maury Pasquier den Bundesrat auf zu prüfen, ob mit einer Anpassung des Bundesrechts der gleichzeitige Bezug von schweizerischen Familienzulagen und Familienleistungen einer internationalen Organisation verhindert werden könnte.

Das Familienzulagengesetz ist seit dem 1. Januar 2009 in Kraft. Es legt insbesondere Mindestbeträge für die Kinder- und Ausbildungszulagen fest und vereinheitlicht die Anspruchsvoraussetzungen. Im Jahr 2015 wurden 1,9 Mio. Familienzulagen in der Höhe von 5,8 Mrd. Franken an 1,1 Millionen Bezügerinnen und Bezüger ausbezahlt (Familienzulagenstatistik 2015).

¹ www.parlament.ch > Curia Vista Geschäftsdatenbank > Geschäftsnummer 12.3973.

² www.parlament.ch > Curia Vista Geschäftsdatenbank > Geschäftsnummer 14.3797.

AUSBILDUNGSZULAGEN IM GELTENDEN RECHT Die Ausbildungszulagen werden für Kinder in Ausbildung ab dem vollendeten 16. Altersjahr bis zum Abschluss der Ausbildung gewährt, längstens jedoch bis zum Ende des Monats, in dem sie das 25. Altersjahr vollenden. Die Ausbildungszulagen sollen die Kosten, welche den Eltern durch die Ausbildung der Kinder entstehen, teilweise ausgleichen. Sie werden nicht nur für Erstausbildungen, sondern auch für Zweitausbildungen und Weiterbildungen gewährt. Die Ausbildung muss jedoch gewisse Mindestanforderungen erfüllen. Die geltende Altersgrenze ist im schweizerischen Sozialversicherungsrecht koordiniert und gilt z. B. auch bei den Waisen- und Kinderrenten der AHV. Im EU-/EFTA-Raum gehört die in der Schweiz geltende Altersgrenze zu den höchsten.

SITUATION DER JUGENDLICHEN IN AUSBILDUNG Ein gewichtiger Teil der Studierenden ist beim Abschluss der Ausbildung auf Tertiärstufe über 25-jährig. Zum Teil haben diese Studierenden zu einem früheren Zeitpunkt bereits eine Ausbildung abgeschlossen. Dies gilt insbesondere für Studierende an einer Fachhochschule. Die meisten der Studierenden ab 26 Jahren können denn auch selber für ihren Unterhalt und die Ausbildung aufkommen. Es gibt aber auch Studierende ab 26 Jahren, die ihre finanzielle Situation als schwierig bezeichnen und von einer Anhebung der Altersgrenze profitieren würden. Dies sind insbesondere Studierende, die Stipendien beziehen.

MEHRKOSTEN EINER ALLFÄLLIGEN ANPASSUNG DER ALTERSGRENZE Die Eltern sind verpflichtet, für eine angemessene Ausbildung ihrer Kinder aufzukommen. In Bezug auf diese elterliche Pflicht kennt das Zivilrecht zwar keine feste obere Altersgrenze, es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die meisten jungen Erwachsenen spätestens bis zum 30. Altersjahr eine angemessene Ausbildung erhalten haben. Folglich sind die meisten Eltern ab diesem Zeitpunkt nicht mehr verpflichtet, für den Unterhalt ihrer Kinder zu sorgen. Der Bundesrat hat in seinem Bericht die Mehrkosten geschätzt, die dem Familienzulagensystem bei einer Verlängerung des Anspruchs auf Ausbildungszulagen um maximal fünf Jahre erwachsen würden. Eine Verlängerung um ein Jahr würde Mehrausgaben von 70 Mio. Franken bewirken. Eine Erhöhung der Altersgrenze um zwei Jahre

würde 120 Mio. kosten, um drei Jahre 155 Mio., um vier Jahre 185 Mio. und um fünf Jahre 200 Mio. Franken pro Jahr. Da die Familienzulagen überwiegend durch Beiträge der Arbeitgeber und Selbstständigen finanziert werden, hätte eine Verlängerung des Anspruchs zusätzliche Lohnnebenkosten zur Folge.

Gemäss Bundesrat
ist es nicht angezeigt,
die Altersgrenze für
Ausbildungszulagen zu
erhöhen.

HALTUNG DES BUNDESRATS Der Bundesrat ist der Ansicht, dass eine Erhöhung der Altersgrenze bei den Ausbildungszulagen nicht sinnvoll ist. Viele Studierende kämen bei einer Erhöhung der Altersgrenze in den Genuss von Ausbildungszulagen, ohne diese effektiv zu benötigen. Eine Erhöhung der Altersgrenze hätte zudem zur Folge, dass die in EU- oder EFTA-Staaten exportierten Leistungen beträchtlich ansteigen würden. Diese werden für Auszubildende exportiert, die ihren Wohnsitz in einem dieser Staaten haben, und deren Eltern in der Schweiz Anspruch auf Ausbildungszulagen haben. Zudem ist die Altersgrenze 25 im Sozialversicherungsrecht bestens koordiniert.

REGELUNG DER SOZIALEN SICHERHEIT IN DEN SITZABKOMMEN MIT INTERNATIONALEN ORGANISATIONEN Zwischen zahlreichen internationalen Organisationen und der Schweizerischen Eidgenossenschaft bestehen sogenannte Sitzabkommen. Diese sehen u. a. vor, dass die von den internationalen Organisationen beschäftigten Funktionäre nicht im schweizerischen Sozialversicherungssystem versichert sind. Daher erhalten die Funktionäre für ihre Kinder keine Familienzulagen nach FamZG. Allerdings legen die Statuten und Reglemente der internationalen Organisationen in aller Regel eigene Leistungen für den Ausgleich der

Kosten fest, die ihren Mitarbeitenden durch den Unterhalt ihrer Kinder entstehen.

Arbeitet nun in ein und derselben Familie ein Elternteil für eine internationale Organisation und der andere für einen Arbeitgeber in der Schweiz, kann dies dazu führen, dass das gemeinsame Kind einerseits zu Familienleistungen gemäss dem Reglement der internationalen Organisation berechtigt, andererseits zu Familienzulagen nach dem FamZG.

RECHTSPRECHUNG DES BUNDESGERICHTS Der gleichzeitige Bezug von Zulagen derselben Art für dasselbe Kind, der sogenannte Doppelbezug, ist unzulässig. Allerdings kam das Bundesgericht in seiner Entscheid vom 10. April 2014 (BGE 140 V 227) zum Schluss, dass ein gleichzeitiger Bezug von schweizerischen Familienzulagen im Sinne des FamZG und Familienleistungen einer internationalen Organisation kein Doppelbezug und somit zulässig ist, da es sich nicht um Zulagen derselben Art handle. Unter Zulagen derselben Art seien allein die im FamZG vorgesehenen Zulagen zu verstehen, die im Rahmen des Familienzulagensystems finanziert werden. Andere Leistungen, die ein Kanton vorsehen kann (z. B. Ergänzungsleistungen für Familien in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen), oder zusätzliche (freiwillige) Leistungen eines Arbeitgebers für seine Mitarbeitenden mit Kindern, fielen nicht darunter.

ziert. Entsprechend dürfen die in den Reglementen der internationalen Organisationen vorgesehenen Familienleistungen nicht als Zulagen derselben Art angesehen werden. Ein internationaler Vergleich zeigt zudem, dass auch andere Länder staatliche Familienzulagen an erwerbstätige Partner internationaler Funktionäre auszahlen, die Familienleistungen beziehen. Schliesslich treffen aus Sicht des Bundesrates die Befürchtungen der Postulantin nicht zu, das Bundesgerichtsurteil würde massive Mehrkosten für den Kanton Genf mit seinen zahlreichen internationalen Organisationen zur Folge haben. Schätzungen zufolge betragen die Mehrkosten höchstens 8 Mio. Franken pro Jahr. Dies entspricht lediglich 1 Prozent der Ausgaben für die Familienzulagen im Kanton Genf von 709 Mio. Franken. Der Bundesrat erachtet deshalb eine Gesetzesanpassung als nicht angezeigt. ■

Materialien

Bundesrat (2017): *Altersgrenze bei Ausbildungszulagen und Familienleistungen von internationalen Organisationen. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 12.3973 SGK-N vom 12. Oktober 2012 und 14.3797 Maury Pasquier vom 24. September 2014*: www.bsv.admin.ch > Publikationen & Service > Medieninformationen > Alle Mitteilungen des BSV.

Familienzulagenstatistik (2015): Statistik der Familienzulage 2015: www.bsv.admin.ch > Sozialversicherungen > Familienzulagen > Statistik.

Familienleistungen internationaler Organisationen sind vergleichbar mit freiwilligen Arbeitsleistungen.

HALTUNG DES BUNDESRATS Der Bundesrat ist der Auffassung, dass es sich bei den Familienleistungen internationaler Organisationen um Leistungen des Arbeitgebers handelt, die mit den freiwilligen Leistungen vergleichbar sind, wie sie zum Teil auch schweizerische Arbeitgeber ausrichten. Die freiwilligen Leistungen der Arbeitgeber sind ausserhalb des Familienzulagensystems geregelt und finan-



Yasemin Cevik

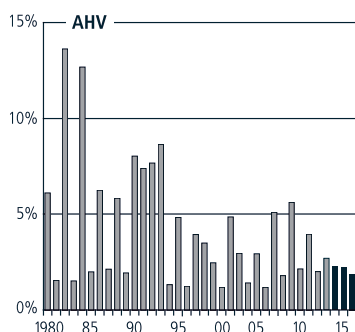
Juristin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Bereich Familienfragen, Familie, Generationen und Gesellschaft, BSV.
yasemin.cevik@bsv.admin.ch



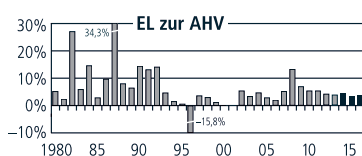
Liliane Probst

Juristin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Bereich Familienfragen, Familie, Generationen und Gesellschaft, BSV.
liliane.probst@bsv.admin.ch

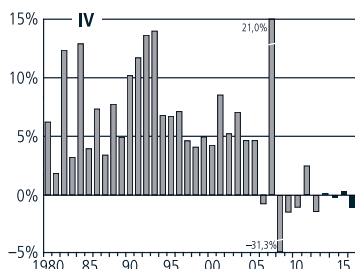
Veränderungen der Ausgaben in % seit 1980



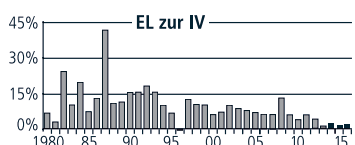
AHV	1990	2000	2010	2015	2016	Veränderung in % VR ¹
Einnahmen inkl. Kapitalwertänderung (Mio. Fr.)	20355	28792	38495	41177	42969	4,4%
davon Beiträge Vers./AG	16029	20482	27461	30415	30862	1,5%
davon Beiträge öff. Hand	3666	7417	9776	10737	10896	1,5%
Ausgaben	18328	27722	36604	41735	42530	1,9%
davon Sozialleistungen	18269	27627	36442	41533	42326	1,9%
Total Betriebsergebnis	2027	1070	1891	-558	438	178,5%
Kapital²	18157	22720	44158	44229	44668	1,0%
Bezüger/innen AV-Renten (Personen)	1 225 388	1 515 954	1 981 207	2 239 821	2 285 454	2,0%
Bezüger/innen Witwen/r-Renten	74 651	79 715	120 623	143 059	148 092	3,5%
AHV-Beitragszahlende	4 289 723	4 552 929	5 251 238	5 619 405	...	1,3%



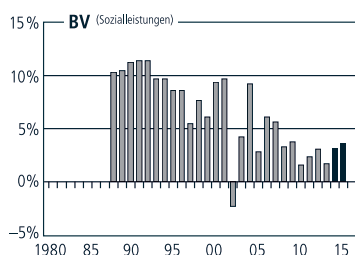
EL zur AHV	1990	2000	2010	2015	2016	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen) (Mio. Fr.)	1124	1441	2324	2778	2856	2,8%
davon Beiträge Bund	260	318	599	710	738	4,0%
davon Beiträge Kantone	864	1 123	1 725	2 069	2 119	2,4%
Bezüger/innen (Personen, bis 1997 Fälle)	120 684	140 842	171 552	201 182	204 886	1,8%



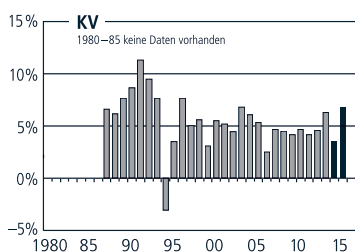
IV	1990	2000	2010	2015	2016	VR ¹
Einnahmen inkl. Kapitalwertänderung (Mio. Fr.)	4412	7897	8176	9918	10024	1,1%
davon Beiträge Vers./AG	2307	3437	4605	5096	5171	1,5%
Ausgaben	4133	8718	9220	9304	9201	-1,1%
davon Renten	2376	5126	6080	5612	5540	-1,3%
Total Betriebsergebnis	278	-820	-1045	614	823	34,2%
Schulden bei der AHV	6	-2306	-14944	-12229	-11406	6,7%
IV Fonds²	5000	5000	0,0%
Bezüger/innen IV-Renten (Personen)	164 329	235 529	279 527	255 347	251 719	-1,4%



EL zur IV	1990	2000	2010	2015	2016	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen) (Mio. Fr.)	309	847	1751	2004	2045	2,1%
davon Beiträge Bund	69	182	638	713	727	2,0%
davon Beiträge Kantone	241	665	1 113	1 290	1 317	2,1%
Bezüger/innen (Personen, bis 1997 Fälle)	30 695	61 817	105 596	113 858	113 708	-0,1%

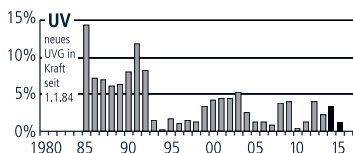


BV/2.Säule (Quelle: BFS/BSV)	1990	2000	2010	2015	2016	VR ¹
Einnahmen (Mio. Fr.)	32882	46051	62107	68225	...	-2,0%
davon Beiträge AN	7704	10294	15782	18343	...	3,3%
davon Beiträge AG	13156	15548	25432	27470	...	-3,1%
davon Kapitalertrag	10977	16552	15603	13796	...	-9,8%
Ausgaben	16447	32467	46055	53470	...	3,2%
davon Sozialleistungen	8737	20236	30912	35504	...	3,6%
Kapital	207200	475000	617500	779400	...	1,2%
Rentenbezüger/innen (Bezüger/innen)	508 000	748 124	980 163	1 091 803	...	1,6%

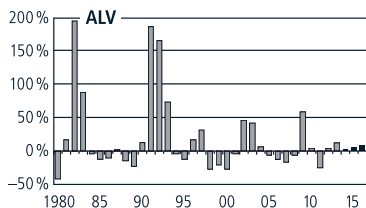


KV Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKPV	1990	2000	2010	2015	2016	VR ¹
Einnahmen (Mio. Fr.)	8613	13898	22424	27186	...	2,8%
davon Prämien (Soll)	6954	13442	22051	27119	...	4,9%
Ausgaben	8370	14204	22200	27793	...	6,3%
davon Leistungen	7402	13190	20884	25986	...	5,4%
davon Kostenbeteiligung d. Vers.	-801	-2288	-3409	-4136	...	-3,7%
Betriebsergebnis	244	-306	225	-607	...	-305,1%
Kapital	6600	6935	8651	12943	...	-1,9%
Prämienverbilligung	332	2545	3980	4086	...	2,0%

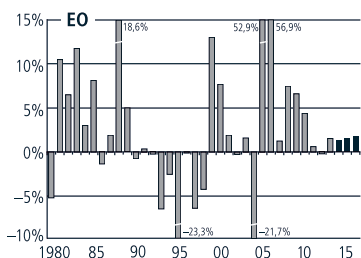
Veränderungen der Ausgaben in % seit 1980



UV alle UV-Träger	1990	2000	2010	2015	2016	VR ¹
Einnahmen inkl. Kapitalwertänderung (Mio. Fr.)	4153	6557	7742	8369	...	-2,3%
davon Beiträge AN/AG	3341	4671	6303	6176	...	1,4%
Ausgaben	3259	4546	5993	6746	...	1,2%
davon direkte Leistungen inkl. TZL	2743	3886	5170	5794	...	1,7%
Betriebsergebnis	895	2011	1749	1623	...	-14,7%
Kapital	12553	27322	42817	52099	...	3,1%



ALV (Quelle: seco)	1990	2000	2010	2015	2016	VR ¹
Einnahmen (Mio. Fr.)	736	6230	5752	7483	7605	1,6%
davon Beiträge AN/AG	609	5967	5210	6796	6937	2,1%
davon Subventionen	-	225	536	634	657	3,6%
Ausgaben	452	3295	7457	6874	7450	8,4%
Rechnungssaldo	284	2935	-1705	610	156	-74,5%
Kapital	2924	-3157	-6259	-1539	-1384	10,1%
Bezüger/innen ³ (Total)	58503	207074	322684	316896	331747	4,7%



EO	1990	2000	2010	2015	2016	VR ¹
Einnahmen inkl. Kapitalwertänderung (Mio. Fr.)	1060	872	1006	1811	1694	-6,5%
davon Beiträge	958	734	985	1818	1658	-8,8%
Ausgaben	885	680	1603	1703	1746	2,5%
Total Betriebsergebnis	175	192	-597	108	-52	-147,8%
Kapital	2657	3455	412	1076	1024	-4,8%

FZ	1990	2000	2010	2015	2016	VR ¹
Einnahmen (Mio. Fr.)	2689	3974	5074	5938	...	-0,3%
davon FZ Landwirtschaft	112	139	149	115	...	-4,5%

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen GRSV 2015

Sozialversicherungszweig	Einnahmen Mio. Fr.	Veränderung 2014/2015	Ausgaben Mio. Fr.	Veränderung 2014/2015	Rechnungssaldo Mio. Fr.	Kapital Mio. Fr.
AHV (GRSV)	41 902	1,4%	41 735	2,1%	167	44 229
EL zur AHV (GRSV)	2 778	2,4%	2 778	2,4%	-	-
IV (GRSV)	10 011	0,0%	9 304	0,5%	707	-7 229
EL zur IV (GRSV)	2 004	1,9%	2 004	1,9%	-	-
BV (GRSV; Schätzung)	68 225	-2,0%	53 470	3,2%	14 754	779 400
KV (GRSV)	27 230	4,9%	27 793	6,3%	-563	12 943
UV (GRSV)	7 746	-0,4%	6 746	1,2%	1 000	52 099
EO (GRSV)	1 833	1,6%	1 703	2,1%	131	1 076
ALV (GRSV)	7 483	3,1%	6 874	5,4%	610	-1 539
FZ (GRSV)	5 938	-0,3%	5 908	2,6%	29	1 539
Konsolidiertes Total (GRSV)	174 413	0,4%	157 579	3,2%	16 834	882 517

Volkswirtschaftliche Kennzahlen

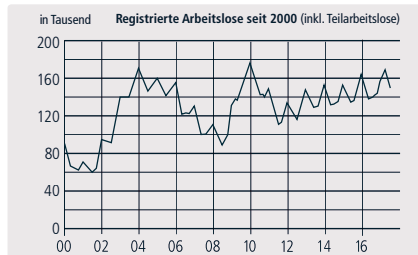
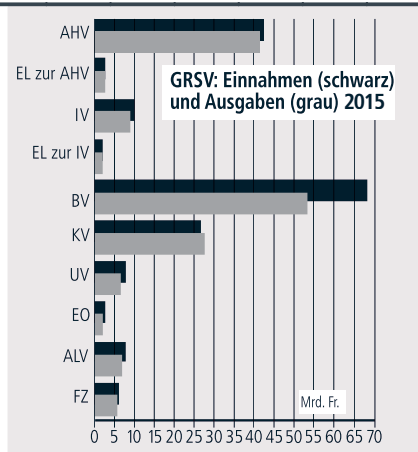
	2000	2005	2010	2013	2014	2015
Soziallastquote ⁴ (Indikator gemäss GRSV)	25,1%	25,5%	25,2%	26,6%	26,9%	26,9%
Sozialleistungsquote ⁵ (Indikator gemäss GRSV)	18,0%	20,3%	19,6%	20,1%	20,3%	20,9%

Arbeitslose

	Ø 2014	Ø 2015	Ø 2016	Feb 17	Mär 17	Apr 17
Registrierte Arbeitslose	136 764	142 810	149 317	159 809	152 280	146 327
Arbeitslosenquote ⁶	3,0%	3,2%	3,3%	3,6%	3,4%	3,3%

Demografie

Basis: Szenario A-00-2015	2014	2015	2020	2030	2040	2050
Jugendquotient ⁷	32,9%	32,6%	32,6%	34,7%	34,7%	34,2%
Altersquotient ⁷	29,9%	30,2%	32,6%	41,3%	47,6%	52,2%



¹ Veränderungsrate des letzten verfügbaren Jahres.
² Überweisung von 5 Mrd. Franken per 1.1.2011 vom AHV- zum IV-Kapitalkonto.
³ Daten zur Arbeitslosigkeit finden Sie weiter unten.
⁴ Verhältnis Sozialversicherungseinnahmen zum Bruttoinlandprodukt in %.
⁵ Verhältnis Sozialversicherungsleistungen zum Bruttoinlandprodukt in %.
⁶ Anteil der registrierten Arbeitslosen an der Zahl der erwerbstätigen Wohnbevölkerung.

⁷ Jugendquotient: Jugendliche (0–19-Jährige) im Verhältnis zu den Aktiven.
 Altersquotient: Rentner/innen (M < 65-jährig / F < 64-jährig) im Verhältnis zu den Aktiven.
 Aktive: 20-Jährige bis Erreichen Rentenalter (M 65 / F 64).

Quelle: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2016 des BSV; seco, BFS.
 Auskunft: salome.schuepbach@bsv.admin.ch

NACHGEFRAGT

Erwerbstätige pflegende Angehörige

Die neue Stiftungsratspräsidentin von Pro Senectute, alt Bundesrätin Eveline Widmer-Schlumpf, zu Situation und Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger.



Eveline Widmer-Schlumpf,
Stiftungsratspräsidentin
Pro Senectute

2060 werden in unserem Land mehr als eine Million hochaltrige, häufig betreuungsbedürftige Menschen leben. Für den Bundesrat sind pflegende Angehörige eine wichtige, die professionelle Pflege ergänzende Ressource für die Umsorgung fragiler Familienmitglieder. Wie unterstützt Pro Senectute erwerbstätige pflegende Angehörige und wo setzt sie künftig ihre Akzente?

Ganz allgemein ist sich die Gesellschaft noch zu wenig bewusst, welchen wertvollen Beitrag Angehörige leisten. Diese Arbeit verdient mehr Wertschätzung und Anerkennung, dieses Verständnis gilt es zu fördern. Über 90 Prozent der Menschen über 65 verbringen bereits heute ihr Alter in den eigenen vier Wänden. Der Trend, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben, wird zunehmen. Pro Senectute berät betreuende und pflegende Angehörige auch im Rahmen der Sozialberatung. Einzelne Pro-Senectute-Organisationen haben spezielle Projekte zur Unterstützung betreuender Angehöriger entwickelt. Wir stellen fest, dass insbesondere die Unterstützung der Betreuung von Angehörigen

Nachholbedarf hat, wogegen die meist professionelle Pflege viel besser geregelt und entschädigt ist.

Wie sind die Sozialpartner gefragt?

Es sind neue Angebote und Finanzierungsmodelle v. a. für die Betreuung zu Hause nötig. Vielleicht liessen sich Ansätze der Kinderbetreuung auch auf die Angehörigenbetreuung übertragen. Hier harmonisieren Arbeitgeber, Arbeitnehmende und die öffentliche Hand grundsätzlich gut zusammen. Künftig wird es einen Mix von verschiedenen Massnahmen und Finanzierungsmodellen geben müssen, die gemeinsam mit allen Partnern erarbeitet werden.

Was ist die Aufgabe der politischen Institutionen?

Wir erachten es als zentral, dass diese Diskussion geführt wird. Für Pro Senectute Schweiz ist klar, dass die betreuten Angehörigen in Zukunft vermehrt entlastet und unterstützt werden müssen. Zugleich sollten aber nicht voreilige Präjudize geschaffen werden. Die politische Ausgestaltung der Entlastung und Unterstützung muss noch eingehender diskutiert und geprüft werden. Der Bundesrat hat zu diesem Thema eine Vorlage versprochen, die wir mit Interesse erwarten.

WAS IST EIGENTLICH?

ALPS

[a: εl pe: εs]

Die Plattform ALPS (Applicable Legislation Portal Switzerland) ist ein Portal, das es dem BSV, den AHV-Ausgleichskassen und den angeschlossenen Unternehmen ermöglicht, sämtliche Unterstellungsfragen online abzuwickeln – unabhängig davon, in welchem Land die Person arbeiten wird, für wie lange sie entsandt wird und ob sie von Familienmitgliedern begleitet wird. Wird ein Antrag bewilligt, kann die AHV-Ausgleichskasse oder der Arbeitgeber die entsprechende Bescheinigung direkt in ALPS ausdrucken. Mittelfristig soll ALPS ans elektronische System zum Austausch von Sozialversicherungsdaten der EU angeschlossen werden (Electronic Exchange of Social Security Information, EESSII).

DIE SOZIALE ZAHL

24 674

Kinderrenten wurden Ende 2015 zur ordentlichen AHV-Rente ausbezahlt, 94 Prozent davon an Männer. Eine Kinderrente zur AHV erhält, wer mit Eintritt in das ordentliche AHV-Rentenalter Mutter oder Vater eines Kindes unter 18 Jahren oder in Ausbildung (längstens bis zum 25. Geburtstag) ist. Die AHV-Kinderrente beträgt 40 Prozent der AHV-Rente des Vaters oder der Mutter und damit zwischen 470 und 940 Franken pro Kind. Waren 2007 13 715 Elternteile bei der Geburt eines ihrer Kinder 41 Jahre oder älter und damit potenziell anspruchsberechtigt, waren es 2015 deren 17 987. 2015 kosteten die Kinderrenten zur AHV insgesamt 183 Mio. Franken.

www.bfs.admin.ch; www.bsv.admin.ch

VOR 70 JAHREN

Das Bundesgesetz über die AHV wird angenommen

Das Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) wird im zweiten Anlauf deutlich angenommen.



Die Gewerkschaft VHTL verkündet das Ja zum AHVG

Am 6. Juli 1947, 22 Jahre nach der Annahme von Art. 34^{quater} BV (1874), der den Bund zur Einrichtung einer Alters- und Hinterlassenenvorsorge verpflichtete, hiessen 80 Prozent der Stimmenden das AHVG in einer durch Rechtsliberale, Unternehmer und Katholisch-Konservative durchgesetzten Referendumsabstimmung gut. Bis dahin hatten nur Glarus, Appenzell-Ausserrhoden und Basel-Stadt eine obligatorische, Neuenburg und Waadt eine freiwillige Altersversicherung gekannt; eine erste eidgenössische Gesetzesvor-

lage war 1931 gescheitert. Organisatorisch lehnte sich das AHVG stark an die Lohn- und Verdienstersatzordnung für Wehrmänner (LVEO, später EO) an, die 1939 unter dem Vollmachtenregime eingeführt worden war. Neben der Finanzierung über Lohn- und über Bundesbeiträge gab diese auch das Umlageverfahren und das Ausgleichssystem zur Abwicklung der Beitrags- und Rentenzahlungen vor. Die Überführung der LVEO in eine AHV wurde ab 1940 vom Schweiz. Gewerkschaftsbund gefordert und durch Arbeitnehmerverbände, die SP und die FDP unterstützt. Zusätzlich zu den von der LVEO übernommenen Finanzierungs- und Organisationsprinzipien führte das AHVG das Rentenalter 65, die Abstufung der Renten und das Obligatorium ein.

Quellen: www.hls.ch;
www.geschichtedersozialensicherheit.ch

KURZ NOTIERT

Modernisierung der Aufsicht in der 1. Säule

Die Aufsicht über die AHV, die Ergänzungsleistungen, die Erwerbsersatzordnung und die Familienzulagen in der Landwirtschaft soll modernisiert werden, indem ein ziel- und wirkungsorientiertes Steuerungsmodell eingeführt wird, das die Durchführungsstellen zur Unabhängigkeit, einem Risiko- und Qualitätsmanagement, zur transparenten Buchführung sowie zur Einhaltung von Mindeststandards bei der Entwicklung und beim Betrieb von Informationssystemen verpflichtet. Der Bundesrat soll zudem die Kompetenz erhalten, den Datenaustausch in den Informationssystemen der 1. Säule zu regeln. Die Vernehmlassung dauert bis zum 13. Juli 2017.

www.bsv.admin.ch

Start des NFP 74, Gesundheitsversorgung

Rund 80 Prozent der Versorgungskosten fallen auf die langfristig ausgelegte Behandlung und Pflege alter und chronisch kranker Menschen. Die bisher 29 Projekte des NFP 74 sollen die Wissens- und Daten Grundlagen verbessern, die es ermöglichen, die Gesundheitsversorgung so zu gestalten, dass chronisch kranke Menschen besser betreut werden. Gleichzeitig gilt es, die medizinische Unter- und Überversorgung auszutüpfeln, die nebeneinander existieren. Hierzu wird das Augenmerk v. a. auf die Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sowie auf die Pflege kranker Menschen zu Hause gelegt. Gleichzeitig wird die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachpersonen untersucht.

www.nfp74.ch

AGENDA

Weiterbildung Sozialhilfe

In ihrer Weiterbildung vermittelt die SKOS die Grundlagen der öffentlichen Sozialhilfe und deren Umsetzung, erläutert die Verfahrensgrundsätze und das Prinzip der Subsidiarität und geht auf die Änderungen der aktuellen Richtlinienrevision ein.

11.9.2017 Hotel Arte Olten
www.skos.ch/veranstaltungen/aktuell/weiterbildung

Gesundheits- und Pflegerecht

Die 5. St.Galler Gesundheits- und Pflegerechtstagung beleuchtet die Entwicklung des Gesundheits- und Pflegerechts und deren Auswirkung auf das Sozialversicherungsrecht: Ein Fokus liegt dabei auf den Leistungsbeschränkungen und Rationierungen.

31.8.2017 Swissôtel Zürich-Oerlikon
www.irp.unisg.ch

Symposium zum Familienrecht

Das 9. Familienrechtssymposium beschäftigt sich mit der Neuregelung des Betreuungsunterhalts sowie des Vorsorgeausgleichs bei Scheidung, die seit dem 1. Januar 2017 in Kraft sind.

14./15.9.2017 Universität Freiburg
www.unifr.ch/formcont/de



ZUR
BERUFÜCHEN
WIEDEREINGLIE-
DLIEDERUNG?

DA
LANG!

CARO

IMPRESSUM

Publikationsdatum

2. Juni 2017

Herausgeber

Bundesamt für Sozialversicherungen

Redaktion

Suzanne Schär

E-Mail: suzanne.schaer@bsv.admin.ch

Telefon 058 462 91 43

Die Meinung BSV-externer Autor/innen muss nicht mit derjenigen der Redaktion bzw. des Amtes übereinstimmen.

Übersetzungen

Sprachdienst des BSV

Redaktionskommission

Jérémie Lecoultré, Marco Leuenberger,

Katharina Mauerhofer, Stefan Müller,

Robert Nyffeler, Michela Papa, Nicole Schwager

Abonnemente und Einzelnummern

Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL)

3003 Bern

Verkauf Bundespublikationen

verkauf.zivil@bbl.admin.ch (Abonnemente)

www.bundespublikationen.admin.ch

(Einzelnummer)

Internet

www.soziale-sicherheit-chss.ch

Copyright

Nachdruck von Beiträgen erwünscht;
nur mit Zustimmung der Redaktion

Auflage

Deutsche Ausgabe 2200

Französische Ausgabe 1070

Abonnementspreise

Jahresabonnement (4 Ausgaben): Fr. 35.–
inkl. MwSt., Einzelheft Fr. 9.–

Vertrieb

BBL

Gestaltung

MAGMA – die Markengestalter, Bern

Satz und Druck

Cavelti AG, Gossau

Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG

318.998.2/17d

