

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

*Bericht im Rahmen des dritten mehrjährigen
Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP3-IV)*

Synthesebericht zum dritten IV-Forschungsprogramm (2016 – 2022)

Forschungsbericht Nr. 12/22



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

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

- Autoren/Autorinnen:** Bundesamt für Sozialversicherungen
Redaktion: Frédéric Widmer, Christina Eggenberger, Malte Flachmeyer (BSV), Martin Wicki
- Auskünfte:** Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
CH-3003 Bern
- Frédéric Widmer (Forschung und Evaluation)
Tel.: +41 58 464 79 75
E-mail: frederic.widmer@bsv.admin.ch
- Christina Eggenberger (Geschäftsfeld Invalidenversicherung)
Tel.: +41 58 462 92 15
E-mail: christina.eggenberger@bsv.admin.ch
- ISSN:** 1663-4659 (eBericht)
1663-4640 (Druckversion)
- Copyright:** Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares
an das Bundesamt für Sozialversicherungen gestattet.
- Vertrieb:** BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch
- Bestellnummer:** 318.010.12/22D

Mehrjähriges Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung (FoP3-IV)

Synthesebericht zum dritten IV- Forschungsprogramm (2016–2022)

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

Redaktion: Frédéric Widmer, Christina Eggenberger, Malte Flachmeyer (BSV), Martin Wicki

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	III
Résumé	XI
Riassunto	XIX
Summary	XXVII
1 Einleitung	1
2 Das System der IV und seine Schnittstellen	5
2.1 Schnittstellen zwischen IV und anderen Bereichen der sozialen Sicherheit	5
2.1.1 Entwicklung der Übertritte von der IV in die Sozialhilfe	5
2.1.2 Nationale Strukturen für die Interinstitutionelle Zusammenarbeit	6
2.1.3 Angebote am Übergang I	7
2.1.4 OECD-Studie zur beruflichen Eingliederung und Inklusion	9
2.2 Instrumente und Strukturen des IV-Systems	10
2.2.1 Bedarfs- und Angebotsanalyse der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG	10
2.2.2 Auflagen zur Leistungsgewährung im Rahmen der Schadenminderungspflicht	12
2.2.3 Das Zusammenarbeitsmodell «Accord paritaire genevois»	13
2.2.4 Rentenvermeidung und Aktivierung bei jungen Menschen	14
2.2.5 Bestandsaufnahme des Wohnangebots für Menschen mit Behinderungen	15
2.3 Zentrale Empfehlungen für das BSV und die IV-Stellen	17
2.4 Stellungnahmen des BSV	19
2.4.1 Bisher getroffene Massnahmen	19
2.4.2 Zukünftige Massnahmen	21
3 Akteure und Akteurinnen	23
3.1 Die Versicherten	23
3.1.1 Die wirtschaftliche Situation von IV-Rentnerinnen und IV-Rentnern	23
3.1.2 Wirtschaftliche Verhältnisse der IV-Rentenbeziehenden mit einer Kinderzusatzrente	25
3.1.3 Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Erkrankungen	26
3.1.4 Die Eingliederung aus Versichertenperspektive	28
3.2 Akteurinnen und Akteure an der Schnittstelle zur IV: Arbeitgebende, Gutachterinnen und Gutachter, Psychiaterinnen und Psychiater	30
3.2.1 Die Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden	30
3.2.2 Befragung der Arbeitgebenden zu ihrer Wahrnehmung der Invalidenversicherung und deren Instrumente	30
3.2.3 Befragung der Psychiater und Psychiaterinnen	31
3.2.4 Gutachterinnen und Gutachter	32
3.3 Zentrale Empfehlungen für das BSV und die IV-Stellen	33
3.4 Stellungnahme des Bundesamtes für Sozialversicherungen	36
3.4.1 Bisher getroffene Massnahmen	36
3.4.2 Zukünftige Massnahmen	37

4 Evaluation der IV-Leistungen	39
4.1 Evaluation der Eingliederungsmassnahmen	39
4.1.1 Stärkung der Eingliederung in der IV	39
4.1.2 Fokus auf die «Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung»	40
4.1.3 Kantonales Projekt «Formazioni brevi»	41
4.1.4 Intensive Frühinterventionsmethoden bei frühkindlichem Autismus	43
4.2 Unterstützungsmassnahmen für das Wohnen zu Hause	44
4.2.1 Internationale Modelle für die Unterstützung beim Wohnen zu Hause	44
4.2.2 Instrumente zur Bedarfsabklärung	45
4.2.3 Evaluation des Assistenzbeitrags	47
4.3 Hilfsmittel	48
4.3.1 Evaluation der Preise und Qualität in der Hörgeräteversorgung	48
4.3.2 Analyse der Abgabe von Kommunikationsgeräten	50
4.4 Zentrale Empfehlungen für das BSV und die IV-Stellen	51
4.5 Stellungnahme des Bundesamtes für Sozialversicherungen	53
4.5.1 Bisherige Umsetzungsschritte	53
4.5.2 Geplante Massnahmen	54
5 Ausblick	55
6 Bibliografie	57

Zusammenfassung

Nach den ersten beiden Programmen, die zwischen 2006 und 2015 aufeinander folgten, wurde für den Zeitraum von 2016 bis 2022 ein drittes Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung (FoP3-IV) lanciert. Im Rahmen des FoP3-IV wurden 24 Studien durchgeführt und dazu zahlreiche Berichte für die Publikationsreihe des BSV *Beiträge zur Sozialen Sicherheit* verfasst. Die wichtigsten Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Empfehlungen werden im vorliegenden Bericht zusammengefasst. Der Bericht ist in drei thematische Kapitel gegliedert, die sämtliche im Rahmen des FoP3-IV veröffentlichten Studien umfassen. Das erste Thema betrifft das IV-System und seine Schnittstellen mit anderen Systemen bzw. Strukturen (z. B. Sozialhilfe, Arbeitslosenversicherung, Wohnen). Im zweiten Kapitel wird die Rolle oder die Sichtweise verschiedener Schlüsselakteure der IV untersucht (Versicherte, Ärztinnen und Ärzte, Arbeitgebende usw.). Beim dritten Themenfeld schliesslich geht es um die Evaluation von spezifischen Leistungen der IV (z. B. Integrationsmassnahmen, Assistenzbeitrag oder Hörgeräteversorgung).

Jedes Kapitel schliesst mit einer Stellungnahme des BSV zu den Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Projekte. So informiert das BSV über die nach der Publikation der Studien getroffenen Massnahmen sowie die laufenden Arbeiten und gibt an, ob diese Ergebnisse in der Weiterentwicklung der IV (der am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Revision) berücksichtigt wurden.

1. Das System der IV und seine Schnittstellen

Das Kapitel über das IV-System und seine Schnittstellen stellt die Studien vor, die sich mit der Ausgestaltung der Übergänge zwischen der IV und anderen Bereichen der sozialen Sicherheit befassen. Im ersten dort besprochenen Bericht geht es um Übertritte von der IV in die Sozialhilfe, die in Zusammenhang mit der eingliederungsorientierten Neuausrichtung der IV stehen könnten. Die Ergebnisse zeigen auf Basis der Daten von 2005 bis 2017 zwei Entwicklungen: Zum einen wuchs seit der 5. IVG-Revision der Anteil jener Personen, die vier Jahre nach ihrer IV-Anmeldung wieder erwerbstätig sind, von 50 % (Anmeldekohorte 2006) auf 58 % (Anmeldekohorte 2013). Zum anderen stieg in der gleichen Zeitspanne auch die Anzahl Personen, die vier Jahre nach ihrer IV-Anmeldung Sozialhilfe beziehen von 11,6 % (Anmeldekohorte 2006) auf 14,5 % (Anmeldekohorte 2013). Die Bedeutung dieser Entwicklungen für die Sozialhilfe lässt sich in einer Querschnittsbetrachtung des Jahres 2017 festmachen: 3,1 % aller Sozialhilfedossiers weisen hier Personen mit einer früheren IV-Anmeldung aus und weitere 1,1 % Personen mit einer IV-Rentenaufhebung.

Im Zusammenhang mit den Schnittstellen der IV wurde ausserdem die interinstitutionelle Zusammenarbeit auf nationaler Ebene evaluiert. Dies ergab, dass die Organisationsstruktur der nationalen IIZ-Organisation weitgehend den Vorgaben des Einsetzungsbeschlusses entspricht und dass sie insgesamt den Auftrag erfüllt, die Zusammenarbeit zwischen Arbeitslosenversicherung, Invalidenversicherung und Sozialhilfe zu optimieren. Allerdings konnten die eingesetzten Gremien, auch aufgrund beschränkter Personalressourcen, nicht alle Aufgaben vollumfänglich umsetzen. Zudem unterscheidet sich teilweise ihr Verständnis von Problemstellungen, Zielgruppen und Zielen.

Mit Blick auf die Schnittstelle der IV mit dem Bildungssystem wurde eine Studie durchgeführt, welche die Angebote für Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen am Übergang zwischen Schule und Berufsbildung (Übergang I) betrachtet. Sie schätzt, dass etwa 28 % der 16- bis 24-jährigen Versicherten mit psychischen, kongenitalen und frühkindlichen Erkrankungen früher bei der IV angemeldet werden müssten, damit sie besser begleitet werden könnten. Ferner bestehen für einen Teil der Jugendlichen noch Angebotslücken. Optimierungsbedürftig ist auch der Informationsfluss zwischen den IV-Stellen und den Akteurinnen und Akteuren, welche die Jugendlichen in den verschiedenen Ausbildungsphasen begleiten. Wo das Case Management Berufsbildung (CM BB) aktiv genutzt wird, ist die Zusammenarbeit tendenziell besser.

Ebenfalls verbunden mit der Frage der Schnittstellen, hat eine OECD-Studie zur beruflichen und sozialen Integration von Menschen mit Behinderung, die im Rahmen des FoP3-IV kofinanziert wurde, eine systemische Gesamtbetrachtung der sozialen Sicherheit für Menschen mit Behinderung im internationalen Vergleich vorgenommen. Sie konstatiert zwar Fortschritte im Sinne einer eingliederungsorientierten Politik in den OECD-Ländern. Doch nach wie vor bestehen Benachteiligungen in Bezug auf Bildungsabschlüsse, die Beschäftigungssituation und die Angewiesenheit auf Transferzahlungen. Zudem ist das Armutsrisiko für Menschen mit Behinderungen im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung gestiegen. In der Schweiz liegt das Armutsrisiko allerdings unter dem Durchschnitt der OECD-Länder.

Nach der Schnittstellen-Thematik geht es in einem nächsten Teil des Kapitels schwerpunktmässig um Instrumente und Strukturen innerhalb der IV. Ein Projekt untersuchte die Bedarfsgerechtigkeit der Leistungen nach Art. 74 IVG. Es zeigt auf, wie heterogen die (Dach-)Organisationen sind, mit denen das BSV Verträge über Finanzhilfen für die Unterstützung von Menschen mit Behinderung abschliesst. Auch ist je nach Zielgruppe der subjektive Bedarf unterschiedlich, sodass die beobachtbare Zunahme an Leistungsberechtigten nicht gleichermassen zu einem erhöhten Bedarf führt. Immerhin gaben rund 4 von 10 Befragten an, zusätzliche Unterstützung in mindestens einem Lebensbereich zu benötigen. Positiv bilanziert wird, dass die Dienstleistungen nach Art. 74 IVG grundsätzlich bedarfsgerecht ausgerichtet sind und in den meisten Lebensbereichen eine Verbesserung der Situation ermöglichen.

Ein weiterer Forschungsbericht widmet sich den Auflagen zur Schadensminderung für versicherte Personen. Diese Auflagen werden selten erteilt und die IV-Stellen beurteilen sie als eher anspruchsvoll, insbesondere in Bezug auf die Wirkungsabschätzung. Die versicherten Personen befolgten die Auflagen in mehr als der Hälfte der untersuchten Fälle. Werden die Auflagen befolgt, so zeigt dies vor allem im Eingliederungsbereich Wirkung: Hier ist es sehr wahrscheinlich, dass die versicherte Person nach der Auflage die Eingliederungsmassnahme fortsetzt oder abschliesst. Im Rentenbereich ist die Erfolgsquote kleiner: Hier konnte nach einer Auflage in 12 % der Fälle eine Verminderung des Invaliditätsgrads festgestellt werden.

Zu den evaluierten Strukturen des IV-Systems gehört ebenfalls der «Accord paritaire genevois», ein lokaler Kooperationsmechanismus der Baubranche im Kanton Genf. Diese potenziell übertragbare «Good Practice» zielt auf die rasche berufliche Eingliederung ab. Die Partnerinstitutionen und die Versicherten heben die koordinierte Fallbetreuung sowie eine schnelle, grosszügigere Gewährung von Frühinterventions- und Eingliederungsmassnahmen als nützlich hervor. Die IV-Berentungsquote ist für die betreute Versichertengruppe tiefer als bei der Kontrollgruppe, die Stellenvermittlung erfolgreicher (jeweils ca. um die Hälfte).

Eine international vergleichende Studie untersuchte das Thema «Eingliederung» anhand der Reformen, die in anderen Ländern mit dem Ziel der Rentenvermeidung bei und Aktivierung von jungen Menschen durchgeführt wurden. Zu den Massnahmen zählen, neben organisatorischen Anpassungen, restriktivere Anspruchskriterien oder ein genereller Renten-Ausschluss von jüngeren Personen. Die Reformen führten oft zu weniger Rentenanträgen und zu weniger neuen Renten. In einigen Ländern ist auch eine verbesserte Integration in den Arbeitsmarkt zu beobachten. Ein erheblicher Anteil der Personen bleibt indes auch nach der Teilnahme an Förderungs- und Eingliederungsmassnahmen von den Sozialsystemen abhängig.

Schliesslich wurde ein Forschungsprojekt zur Entwicklung des Wohnangebots für Menschen mit Behinderung durchgeführt. Es hat die Breite des vorhandenen Angebots anhand einer Typologie der «institutionellen» oder «privaten» Wohnsettings dargestellt. Es zeigt, dass das Wohnangebot vielfältiger geworden ist und sich dezentrale, wohnungsartige Strukturen entwickelt haben. Es deutet sich zudem ein Trend zur subjektorientierten

Finanzierung an. In einigen Kantonen bestehen noch Lücken für Menschen mit besonders starken Beeinträchtigungen und bei rasch verfügbaren temporären Krisenplätzen.

2. Akteurinnen und Akteure

Dieses Kapitel des Syntheseberichtes widmet sich dem Thema «Akteurinnen und Akteure»: Hier erfolgt eine Synthese derjenigen Forschungsarbeiten, welche sich den Akteurinnen und Akteuren und deren Zusammenarbeit und Zusammenspiel mit der Invalidenversicherung gewidmet haben. In diesen Arbeiten wurden sowohl die leistungsbeziehenden Personen wie auch die Arbeitgebenden, die behandelnden Psychiaterinnen und Psychiater und die medizinischen Gutachter und Gutachterinnen fokussiert.

In den Analysen zu den versicherten Personen ging es zum einen um die wirtschaftliche Situation der IV-Rentenbeziehenden insgesamt und der IV-Rentenbeziehenden mit Kinderzusatzrenten im Besonderen. Zum anderen wurden die Perspektive von versicherten Personen auf die Eingliederungsprozesse der IV beleuchtet und die Profile von jungen IV-Rentenbeziehenden mit psychischen Erkrankungen beforscht. Hinsichtlich der wirtschaftlichen Situation der IV-Rentenbeziehenden kann festgehalten werden, dass es der IV verhältnismässig gut gelingt, Rentenbeziehende vor einem Dasein mit sehr knappen finanziellen Ressourcen zu schützen. Dabei soll aber nicht vergessen werden, dass die durchschnittlichen Einkünfte von IV-Rentenbeziehenden klar unter denjenigen von Nicht-Rentenbeziehenden liegen. Dies gilt auch für Haushalte von IV- (wie auch AHV-) Rentenbeziehenden mit Anspruch auf Kinderzusatzrenten der 1. Säule: Hier zeigen die Ergebnisse klar, dass Kinder von Eltern, die IV- (oder AHV-) Renten beziehen, im Vergleich zu Kindern aus Familien ohne solche Renten ein erhöhtes Risiko aufweisen, in wirtschaftlich schwächeren Haushalten aufzuwachsen.

Im Hinblick auf die Profile von jungen IV-Rentenbeziehenden mit psychischen Erkrankungen machen die Ergebnisse der diesbezüglichen Forschungsarbeit deutlich, dass die jungen IV- Rentenbeziehenden häufig von sehr frühen und schweren psychischen Störungen betroffen sind und meist schon früh auffallen. Ein erheblicher Teil dieser jungen Rentenbeziehenden hat zudem nie eine Regelschule besucht und war nie im ersten Arbeitsmarkt tätig. Nichtsdestotrotz kommen die Forschenden zum Schluss, dass trotz dieser ungünstigen Ausgangslage zumindest bei einer Minderheit der jungen Rentenbeziehenden Alternativen zu einer Berentung bestanden hätten und diese jungen Versicherten womöglich zu früh berentet wurden. Dies beruhe unter anderem auf zu wenigen und im Falle des Misserfolgs nicht wiederholten IV-Eingliederungsmassnahmen. Dass gezielte, spezifisch auf die Beeinträchtigung der Versicherten ausgerichtete Massnahmen ein zentraler Erfolgsfaktor für die berufliche Eingliederung sind, zeigen wiederum die Ergebnisse der Studie zur Perspektive der versicherten Personen auf die IV-Eingliederungsleistungen. Diese weisen darauf hin, dass zielführend eingesetzte Massnahmen nicht nur den Arbeitsrhythmus und das Arbeitspensum zu steigern vermögen, sondern auch das Arbeitsverhalten sowie das Selbstbewusstsein verbessern und einen positiven Einfluss auf die Fähigkeit der Versicherten zeigen, trotz ihrer Krankheit zu arbeiten.

Der zweite Teil dieses Kapitels widmet sich Forschungsarbeiten, die die Schnittstellen zwischen der IV und den Arbeitgebenden, den Gutachterinnen und Gutachtern und den behandelnden Psychiaterinnen und Psychiatern beleuchtet haben. Dabei zeigen die Ergebnisse zur Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden, dass die IV-Stellen die Zusammenarbeitsstrategien sehr heterogen gestalten und dass sowohl IV-Stellen als auch Arbeitgebende die Zusammenarbeit positiv bewerten. Als zentraler Erfolgsfaktor wird bezeichnet, dass die Zusammenarbeit dem jeweiligen kantonsspezifischen kulturellen, geographischen und wirtschaftlichen Kontext angepasst wird. Zu diesem Schluss kommt auch die aktuellste Arbeitgeberbefragung aus dem Jahr 2021, die zudem darauf hinweist, dass die Kommunikation und Zusammenarbeit der IV-Stellen gezielt auf die Möglichkeiten

und Bedürfnisse der jeweiligen Unternehmensgrösse und Branche auszurichten sind, damit die berufliche (Wieder-)Eingliederung von Menschen mit gesundheitlichen und insbesondere mit psychischen Beeinträchtigungen optimiert werden kann.

Auch die Forschungsarbeit zu den behandelnden Psychiaterinnen und Psychiatern befasst sich schwerpunktmässig mit der beruflichen Integration von Personen mit psychischen Erkrankungen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Mehrheit der Personen in psychiatrischer Behandlung arbeitsbezogene Probleme haben und dass trotz der Häufigkeit und Bedeutung solcher Probleme fachliche Grundlagen darüber fehlen, welche psychiatrischen Interventionen unter welchen Bedingungen zu einer Verringerung der Arbeitsprobleme führen. Gemäss der Studie wäre eine Erweiterung der psychiatrischen Perspektive auf den Arbeitsplatz nötig, um die berufliche (Wieder-)Eingliederung oder den Arbeitsplatzverlust der behandelten Patientinnen und Patienten optimal unterstützen zu können.

Gleich wie die behandelnden Psychiaterinnen und Psychiater operieren auch die Gutachterinnen und Gutachter an der Schnittstelle zur Invalidenversicherung, letztere stehen medial und politisch oft im Zentrum des Interesses und in der Kritik. Die Ergebnisse der Studie zu den Profilen der in der Schweiz tätigen Gutachterinnen und Gutachter konnten jedoch die Zweifel an ihrer beruflichen Qualifizierung ausräumen. Die Resultate zeigen nämlich, dass die in der Schweiz tätigen Begutachtenden ein breites Spektrum an Facharztiteln aufweisen. Knapp drei Viertel sind zudem in Besitz eines Fortbildungsabschlusses in Versicherungsmedizin und 90% weisen mehr als 15 Jahre Berufserfahrung aus. Der Bericht macht aber auch auf Herausforderungen im Gutachterwesen aufmerksam: So ist es für die IV-Stellen schwierig, geeignete Gutachterinnen und Gutachter zu finden, vor allem in bestimmten Fachdisziplinen. Diese ihrerseits wünschen sich einen stärkeren Praxisbezug der Bildungsangebote im Bereich Gutachten und vermehrt medizinisch-juristische Fortbildungen.

3. Die Leistungen der IV

Die Leistungen der IV waren Gegenstand verschiedener Forschungs- und Evaluationsprojekte. Dabei wurden die Umsetzungsmodalitäten und die Zielerreichung beurteilt oder allfälliges Verbesserungspotenzial identifiziert. In diesem Kapitel des Syntheseberichts werden die Ergebnisse der verschiedenen Studien in drei Kategorien eingeteilt zusammengefasst: Eingliederungsmassnahmen, Massnahmen zur Unterstützung beim Wohnen zu Hause und Hilfsmittel.

Im Bereich Eingliederungsmassnahmen zeigen die Ergebnisse klar, dass die IV seit 2008 vermehrt eingliederungsorientiert arbeitet. Die Kontaktaufnahme erfolgt früher und der Einsatz von extern erbrachten Eingliederungsmassnahmen hat sich im Zeitraum 2005–2018 insbesondere aufgrund der Frühinterventionsmassnahmen verdreifacht. Hinsichtlich der Wirkung auf die Neurentenquote und die Arbeitsmarktintegration zeigen die statistischen Analysen, dass die IV-Stellen, welche die Versicherten unbürokratischer zur Eingliederung führen (mündliche Angaben statt Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte) und dies rascher tun, bessere Ergebnisse erzielen. Zudem befasste sich eine Studie mit den Integrationsmassnahmen (IM) zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung. Diese haben von 2012 bis 2018 um 68,8 % zugenommen. 68,5 % der Bezügerinnen und Bezüger leiden an einer psychischen Krankheit, und die Fälle werden immer komplexer. Je weniger lang die letzte Erwerbstätigkeit zurückliegt und je eher die IM im regulären Arbeitsmarkt umgesetzt werden, desto effizienter sind die Massnahmen. Von 2013 bis 2017 ist die Erfolgsquote der IM um 9 Prozentpunkte auf 65 % gestiegen. Als Erfolg verzeichnet wird das Erreichen einer Erwerbsfähigkeit von mindestens 50 %.

Gegenstand einer Evaluation war auch die von der Tessiner IV-Stelle konzipierte innovative Massnahme der «Formazioni brevi strutturate» (strukturierte Kurzausbildungen, KA). Mit kurzen Umschulungen soll die Erwerbsfähigkeit von versicherten Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung wiederhergestellt, erhalten oder verbessert werden. Mit

den KA wird das Angebot für Menschen mittleren oder fortgeschrittenen Alters ausgebaut, die zwar über eine grosse Berufserfahrung verfügen, aber aufgrund ihres eher geringen Schul- und Ausbildungsniveaus Schwierigkeiten hätten, im Rahmen einer Umschulungsmassnahme der IV klassische Ausbildungslehrgänge zu absolvieren. Die Evaluation zeigt, dass die KA die Chancen der begünstigten Personen für die berufliche Integration erhöhen und die Zusprache längerer und kostspieligerer Massnahmen, für die spezielle Vorkenntnisse erforderlich sind, unnötig machen. Als wesentlicher Erfolgsfaktor der KA gilt die Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden; diese Kooperation ist selbst wiederum ein Garant für eine den Arbeitsmarktbedürfnissen entsprechende Ausbildung.

Schliesslich befasste sich eine Studie mit einem Pilotprojekt gemäss Artikel 68^{quater} IVG betreffend intensive Frühinterventionsmethoden zur Behandlung von frühkindlichem Autismus. Die Evaluation hält fest, dass mit umfassenden intensiven, verhaltenstherapeutischen und/oder entwicklungsorientierten Interventionen eine deutliche Verbesserung der Situation der Kinder und der Lebensqualität der Eltern sowie eine Verringerung der pädagogischen Belastung und der volkswirtschaftlichen Folgekosten erreicht werden kann. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse empfehlen die Autorinnen und Autoren, die intensiven Frühinterventionen als wirksame und zweckmässige Behandlungsform anzuerkennen.

Im Bereich Unterstützung beim Wohnen zu Hause wurden drei Projekte durchgeführt. In einer Studie sollte der Fall der Schweiz mit drei Unterstützungsmodellen für das Wohnen zu Hause aus anderen Ländern (Belgien, Niederlande und Schweden) verglichen werden, um daraus Entwicklungsmöglichkeiten abzuleiten. Ausser in Schweden bleibt die institutionelle Unterbringung eine häufig genutzte Option. Die Studie vergleicht vor allem die Prinzipien der Aufgabenteilung zwischen der zentralen Regierung und den Gliedstaaten und analysiert zum einen das Modell der Subjektfinanzierung in Form eines persönlichen Budgets und deren Potenzial für die Schweiz, zum andern die Unterstützungsmodalitäten für betreuende Angehörige. Es ging darum, die Modelle zu identifizieren, die eine freie Wahl der Wohnform tatsächlich fördern.

Ein zweites Projekt untersuchte die Instrumente zur Bedarfsabklärung der IV-Leistungen Hilflosenentschädigung (HE), Intensivpflegezuschlag (IPZ) und Assistenzbeitrag (AB). Gleichzeitig wurde eine Bestandsaufnahme bzw. ein systematischer Vergleich der in der Schweiz im Bereich Wohnen zu Hause eingesetzten Instrumente zur Bedarfsabklärung durchgeführt. Laut der Autorenschaft verfolgen die Instrumente der IV grundsätzlich einen defizitorientierten Ansatz und richten sich nach einer medizinischen Definition von Behinderung, anstatt sich auf ein biopsychosoziales Konzept (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO [International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF]) zu stützen. Die weitgehend standardisierten Modelle eignen sich nicht für alle Arten von Behinderungen und können den individuellen behinderungsbedingten Unterstützungsbedarf nicht angemessen berücksichtigen. Gestützt auf diese Erkenntnisse haben die Autorinnen und Autoren Ansätze zur Weiterentwicklung formuliert.

In der dritten Studie im Bereich der IV-Leistungen wurde der Assistenzbeitrag evaluiert. Von 2012 bis 2019 bezogen 3466 Erwachsene mindestens einmal eine solche Leistung. Im Jahr 2019 bezogen 2940 Erwachsene einen Assistenzbeitrag, von denen 11 % das ordentliche Rentenalter bereits erreicht hatten. Bezügerinnen und Bezüger einer Hilflosenentschädigung schweren Grades sind übervertreten, während Personen mit psychischen Erkrankungen untervertreten sind. Die Evaluation gelangt zum Schluss, dass die vorrangigen Ziele des Assistenzbeitrags – die Förderung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung, die Erhöhung der Chancen, trotz einer Behinderung eigenständig zu Hause zu wohnen, und bessere Möglichkeiten, sich in die Gesellschaft und ins Berufsleben zu integrieren – erfüllt sind.

Der dritte Teil des Kapitels über Leistungen ist den Hilfsmitteln gewidmet. In einer Studie zu den Hörgeräten wurden Preise und Qualität der Versorgung im Rahmen der AHV und der

IV nach dem Systemwechsel untersucht. Bis Juni 2011 waren Hörgeräte nach einem Tarifsysteem vergütet worden, danach wurde ein System mit Pauschalbeträgen angewendet. Laut den Ergebnissen ist die Qualität der Hörgeräteversorgung auf einem sehr hohen Niveau geblieben. Die Systemumstellung führte zu einem Preisrückgang um 9,2 %. Insbesondere in der IV liegen die Kosten aber wieder auf dem gleichen Stand wie im Tarifsysteem, weil tendenziell qualitativ hochwertigere Produkte gekauft wurden. Eine weitere Studie prüfte die Versorgung mit Kommunikationsgeräten. Die IV vergütet Kosten von elektrischen und elektronischen Kommunikationsgeräten für schwer sprech- und schreibbehinderte Versicherte, die zur Pflege des täglichen Kontakts mit der Umwelt auf ein solches Gerät angewiesen sind. Die Ergebnisse bestätigen, dass die Versicherten die Kommunikationsgeräte als nützlich empfinden und insgesamt zufrieden damit sind. Die Befragung deutet indes darauf hin, dass für einige Versicherte ein kostengünstigeres alternatives Gerät (oft ein Tablet) nützlicher wäre. Die Abklärungs- und Beratungsleistungen der Anbietenden sind zufriedenstellend; wegen gewisser Schwachstellen werden die Kommunikationsmöglichkeiten aber nicht optimal ausgeschöpft.

4. Stellungnahmen des BSV

Das BSV nimmt zum Schluss jedes Kapitels Stellung zu den Schlussfolgerungen und Empfehlungen der FoP3-IV-Berichte. Dabei wird jeweils aufgezeigt, welche Massnahmen seit Abschluss der Forschungsprojekte bereits im Rahmen der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung (WEIV) umgesetzt oder ausserhalb der WEIV aufgenommen wurden und welche weiteren Änderungen vorgesehen sind.

Im Hinblick auf bereits *getroffene* Massnahmen halten die Stellungnahmen des BSV fest, dass im Rahmen der am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen WEIV zahlreiche Ergebnisse und Empfehlungen der FoP3-IV-Berichte aufgenommen und umgesetzt wurden. Unter anderem wurden die Massnahmen der Früherfassung und der Frühintervention wie auch die Integrationsmassnahmen auf Jugendliche ausgeweitet und die Möglichkeiten der IV-Mitfinanzierung von kantonalen Angeboten des CMBB und Brückenangeboten zur Vorbereitung auf erstmalige berufliche Ausbildungen gesetzlich verankert. Damit kann die IV wie empfohlen die Kooperation mit den kantonalen Akteurinnen und Akteuren der Sekundarstufe II intensivieren und ausbauen. Weiter betont das BSV in seinen Stellungnahmen, dass den Empfehlungen verschiedener Forschungsarbeiten entsprechend die medizinischen Eingliederungsmassnahmen erweitert, die Beratung und Begleitung für Jugendliche sowie für junge und erwachsene psychisch Erkrankte ausgebaut und die Integrationsmassnahmen für psychisch erkrankte Erwachsene flexibilisiert wurden. Im Zusammenhang mit den Empfehlungen zu einer intensivierten Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und den Arbeitgebenden sowie einer verstärkten Ausrichtung der beruflichen Eingliederungsmassnahmen auf den ersten Arbeitsmarkt wird festgehalten, dass diese Stossrichtungen ebenfalls im Rahmen der WEIV gesetzlich verankert wurden.

In Bezug auf die Forschungsergebnisse zu den Dienstleistungen nach Art. 74 IVG prüft das BSV Möglichkeiten, unter den Bedingungen gleichbleibender Ressourcen die Mittel für Dienstleistungen nach Art. 74 IVG bedarfsgerechter zu verteilen. Durch die Limitierung von Leistungen zur Unterstützung und Förderung der Eingliederung Behinderter (LUFEB) konnten Mittel hin zu personenspezifischen Leistungen verlagert werden.

Weiter hat das BSV – aufgrund der Ergebnisse der Forschungsarbeit zu den Auflagen zur Schadenminderung – die Weisungen im Bereich der Schadenminderungspflicht und der Auflagen umfassend überarbeitet. Unter anderem auch auf Basis der Erkenntnisse aus der Studie über die berufliche Qualifizierung der Gutachterinnen und Gutachter in der Schweiz wurden im Bereich der medizinischen Begutachtungen sowohl im Verfahrensbereich wie auch im Bereich der Qualität und Qualitätssicherung Neuerungen eingeführt.

Über die WEIV hinaus wurden einige weitere Elemente der IV im Sinne der Empfehlungen in den Forschungsberichten angepasst: Um die nationalen Strukturen für die interinstitutionelle Zusammenarbeit zu stärken, wurden bereits 2017 die personellen Ressourcen der zuständigen Fachstelle erhöht und diese fest an das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) angegliedert. Weil die intensiven Frühinterventionsmethoden bei frühkindlichem Autismus als effiziente und angemessene Behandlungsmethode anerkannt wurden, hat das BSV zusammen mit den Kantonen ein weiterführendes Projekt gestartet. Dessen Ziel ist es, Modelle bezüglich Programmgestaltung, Impact, Kosten und gemeinsamer Finanzierung zu entwickeln. Schliesslich arbeitet das BSV gemeinsam mit anderen Bundesämtern daran, die Datenlage zu den Übertritten zwischen den Systemen der sozialen Sicherheit kontinuierlich zu verbessern.

Im Hinblick auf *zukünftige* Massnahmen und Vorhaben der IV wird in den Stellungnahmen des BSV ebenfalls auf den Einbezug der Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Berichte des FoP3-IV hingewiesen: So soll die Leistungskoordination zwischen den Systemen der sozialen Sicherheit und in diesem Rahmen auch die Früherfassung bei der IV optimiert werden. Im Bereich der interinstitutionellen Zusammenarbeit und in Bezug auf die Angebote am Übergang von der Schule in die Berufsausbildung sind weitere Schritte vorgesehen, um in enger Kooperation mit den involvierten Akteurinnen und Akteuren die beruflichen Eingliederungschancen von Jugendlichen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erhöhen. Im Hinblick auf den in der WEIV avisierten Ausbau der Zusammenarbeit mit Arbeitgebenden und bezüglich der Ausrichtung verschiedener Eingliederungsmassnahmen auf den ersten Arbeitsmarkt werden entsprechende Massnahmen ebenfalls ausgebaut. Die IV-Stellen verfügen dank der revidierten gesetzlichen Grundlage nun über zusätzliche Mittel und Instrumente zur konkreten Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden, deren Auswirkungen im Jahr 2025 mit einer neuen Arbeitgeberbefragung gemessen werden. Auf nationaler Ebene sieht die WEIV zudem die Möglichkeit vor, die Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit zwischen der IV und den Dachorganisationen der Arbeitswelt durch Zusammenarbeitsvereinbarungen zu stärken.

Zu gegebenem Zeitpunkt kann die Umsetzung der neuen Regelungen im Rahmen der Schadensminderungspflicht, insbesondere der Einsatz von Auflagen zur Leistungsgewährung bei der beruflichen Eingliederung, in einer Folgestudie nachvollzogen werden. Auch die Ergebnisse der Studien im Bereich der Leistungen zur Unterstützung beim Wohnen werden herangezogen, um allenfalls eine Anpassung und Optimierung dieser Leistungen zu prüfen. Im Rahmen der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG wird eine weitere Verschiebung von Finanzierungsmitteln zugunsten personenspezifischer Dienstleistungen sowie eine bessere Koordination zwischen Bund, Kantonen und Behindertenorganisationen angestrebt. Die Studie zur wirtschaftlichen Situation von IV-Rentenbeziehenden aus dem Jahr 2020 wird als Ausgangs- und Referenzpunkt dienen, um mögliche Effekte des stufenlosen Rentensystems zu analysieren, das im Zuge der WEIV eingeführt wurde. Für die weitere Optimierung des Assistenzbeitrags wurde auf der Grundlage der Evaluation eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Sie prüft insbesondere, wie diese Leistung administrativ vereinfacht werden könnte. Auch im Bereich der Versorgung mit Hörgeräten sieht das BSV aufgrund der Evaluationsergebnisse mittelfristigen Handlungsbedarf. Der Markt für Kommunikationsgeräte hat sich seit der Realisierung der hier präsentierten Studie stark verändert. Derzeit finden Abklärungen und künftig möglicherweise auch Neuverhandlungen mit den Anbietenden statt. Auch hier werden die Erkenntnisse der im FoP3-IV realisierten Evaluation einfließen.

Résumé

À la suite des deux premiers programmes de recherche de l'assurance-invalidité (PR-AI et PR-AI 2) entre 2006 et 2015, un troisième programme (PR-AI 3) a été lancé pour la période allant de 2016 à 2022. Il a donné lieu à 24 études, qui ont débouché sur de nombreux rapports publiés dans la série de l'OFAS *Aspects de la sécurité sociale*. Le présent rapport en synthétise les principaux résultats, conclusions et recommandations. Il est structuré en trois chapitres qui regroupent l'ensemble des études publiées dans le cadre du PR-AI 3. Le premier concerne le système de l'AI et ses interfaces avec d'autres systèmes ou structures (par exemple aide sociale, chômage, problématique du logement). Le deuxième analyse le rôle ou le point de vue de différents acteurs majeurs de l'AI (assurés, médecins, employeurs, etc.). Enfin, le troisième met l'accent sur l'évaluation de prestations spécifiques de l'AI (par exemple mesures de réinsertion, contribution d'assistance ou fourniture d'appareils auditifs).

Chaque chapitre se termine par une prise de position de l'OFAS concernant les conclusions et recommandations des projets. L'office indique les mesures adoptées à la suite de la publication des études, les travaux en cours ainsi que les résultats qui ont été pris en compte lors de l'élaboration du Développement continu de l'AI, révision entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

1. Le système de l'AI et ses interfaces

Les études relatives à l'organisation des transferts entre l'assurance-invalidité (AI) et les autres branches de la sécurité sociale sont présentées dans le chapitre consacré au système de l'AI et à ses interfaces. Le premier rapport s'est intéressé aux personnes passant de l'assurance-invalidité à l'aide sociale, ce passage étant susceptible d'être lié à la transformation de l'AI en une assurance de réadaptation. Basée sur les données 2005 à 2017, l'analyse révèle deux tendances simultanées. D'une part, la proportion de personnes qui exercent à nouveau une activité lucrative quatre ans après leur première demande AI s'est accrue depuis la 5^e révision de la LAI, passant de 50 % (cohorte 2006) à 58 % (cohorte 2013). D'autre part, le nombre de personnes touchant l'aide sociale quatre ans après leur première demande AI a également augmenté, passant de 11,6 % (cohorte 2006) à 14,5 % (cohorte 2013). Du point de vue de l'aide sociale, une analyse transversale de l'année 2017 montre que 3,1 % des dossiers concernent des personnes qui avaient précédemment déposé une demande de prestations auprès de l'AI et 1,1 %, des personnes dont les rentes AI avaient été supprimées.

Pour ce qui est des interfaces de l'AI, la collaboration interinstitutionnelle (CII) au niveau national a également fait l'objet d'une évaluation. Sa structure correspond globalement aux directives données lors de son instauration et elle remplit le mandat qui lui a été confié d'optimiser la collaboration entre l'assurance-chômage, l'assurance-invalidité et l'aide sociale. Les instances mises en place n'ont cependant pas pu accomplir certaines tâches du fait du manque de ressources. Par ailleurs, leur vision diverge parfois quant aux problèmes, aux groupes cibles et aux objectifs.

S'agissant de l'interface entre l'AI et le système de formation, une étude a été consacrée aux offres destinées aux jeunes atteints dans leur santé durant le passage de l'école à la formation professionnelle (transition 1). Selon ses auteurs, près de 28 % des assurés de 16 à 24 ans avec des troubles psychiques, congénitaux ou infantiles auraient dû être annoncés à l'AI plus tôt en vue de bénéficier d'un meilleur accompagnement. En outre, les offres présentent encore des lacunes pour une partie des jeunes. Il est aussi nécessaire d'améliorer l'information entre les offices AI et les acteurs qui accompagnent les jeunes durant les différentes phases de leur formation. La collaboration tend à mieux fonctionner dans les cantons où le case management « Formation professionnelle » (CM FP) est activement utilisé.

Toujours en lien avec la question des interfaces, une étude de l'OCDE, cofinancée dans le cadre du PR-AI 3 et portant sur l'intégration professionnelle et sociale des personnes en situation de handicap, a procédé à une comparaison internationale des systèmes de sécurité sociale destinés à ce groupe. Il s'avère que, même si les pays de l'OCDE ont fait un pas en direction d'une politique axée sur la réadaptation, des désavantages persistent pour ce qui est des diplômés, de la situation professionnelle et de la dépendance envers les versements compensatoires. En outre, le risque de pauvreté des personnes en situation de handicap a augmenté par rapport à celui des assurés valides. En Suisse, ce risque est inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE.

Les instruments et structures internes à l'AI sont également présentés dans le premier chapitre. Un projet s'est concentré sur l'adéquation aux besoins des prestations visées à l'art. 74 LAI. Il met en évidence la grande hétérogénéité des organisations (faïtières) avec lesquelles l'OFAS conclut des contrats portant sur l'octroi d'aides financières pour le soutien aux personnes handicapées. Dans ce domaine, le besoin subjectif varie en fonction des groupes cibles, de sorte que l'augmentation observable des bénéficiaires ne se traduit pas toujours par des besoins accrus. Cependant, près de 4 personnes interrogées sur 10 disent avoir besoin de soutien supplémentaire pour au moins un domaine de la vie. Le projet tire un bilan positif en concluant que les prestations visées à l'art. 74 LAI sont globalement adaptées aux besoins et permettent d'améliorer la situation de leurs bénéficiaires dans la plupart des domaines de la vie.

Un autre rapport de recherche s'est intéressé aux conditions imposées aux assurés dans le cadre de l'obligation de réduire le dommage. Les offices AI jugent l'application de conditions plutôt exigeante, en particulier lorsqu'il s'agit d'en apprécier les effets, et utilisent rarement cet instrument. Dans plus de la moitié des cas examinés, les assurés ont respecté les conditions imposées en vue de l'obtention d'une mesure. Cet instrument déploie surtout ses effets dans le domaine de la réadaptation : lorsque la condition imposée est respectée, il est très probable que l'assuré poursuive la mesure de réadaptation ou la mène jusqu'à son terme. Le taux de succès est en revanche moindre dans le domaine des rentes, où on a constaté une réduction du degré d'invalidité chez seulement 12 % des assurés qui ont respecté la condition imposée.

L'accord paritaire genevois, un mécanisme local de coopération mis en place par le secteur de la construction dans le canton de Genève, fait aussi partie des structures évaluées du système de l'AI. Cette bonne pratique, potentiellement transférable, vise à favoriser une réadaptation professionnelle rapide. Les institutions partenaires et les assurés soulignent les avantages liés à la prise en charge coordonnée des dossiers, ainsi qu'à l'octroi rapide et plus généreux de mesures d'intervention précoce et de réadaptation. Le groupe des assurés suivis présente un taux de rentes AI plus faible que le groupe de contrôle et la part de personnes placées s'avère supérieure (de près de 50 % dans les deux cas).

Une autre étude comparative réalisée à l'échelle internationale a examiné le thème de la « réadaptation » en s'appuyant sur les réformes engagées par d'autres pays en vue de prévenir la dépendance aux rentes d'invalidité et de développer l'activation des jeunes. Outre des adaptations d'ordre organisationnel, les mesures comprennent le durcissement des critères donnant droit aux prestations ou l'exclusion générale de l'attribution de rentes aux personnes les plus jeunes. Les réformes se sont fréquemment traduites par une réduction des taux d'inscription et d'entrée, tandis qu'elles ont aussi contribué à améliorer la réinsertion sur le marché du travail dans certains pays. Une proportion considérable de personnes n'en demeure pas moins dépendante de l'aide sociale, même après avoir participé à des mesures d'encouragement et de réadaptation.

Enfin, un projet de recherche s'est intéressé à l'évolution des offres de logement proposées aux personnes en situation de handicap. L'étude a analysé la gamme de l'offre disponible au moyen d'une typologie faisant la distinction entre logement « institutionnel » et « privé ». Elle montre que l'offre de logements s'est diversifiée et a évolué vers des structures décentralisées, de type appartement. On voit par ailleurs se dessiner une tendance allant

vers un modèle de financement lié au sujet. Des lacunes subsistent dans quelques cantons pour les personnes qui présentent de graves atteintes à la santé, ainsi qu'en matière de places temporaires disponibles rapidement en cas de crise.

2. Acteurs

Le deuxième chapitre du présent rapport propose une synthèse des travaux de recherche consacrés aux acteurs, à leur collaboration et à leurs interactions avec l'assurance-invalidité. Ces travaux ont mis l'accent sur les bénéficiaires de prestations, ainsi que sur les employeurs, les psychiatres traitants et les experts médicaux.

Les analyses relatives aux assurés se sont intéressées à la situation économique des bénéficiaires de rentes AI en général et à celle des rentiers AI percevant en complément des rentes pour enfant en particulier. Elles ont également mis en lumière le point de vue des assurés sur les processus de réadaptation de l'AI et exploré les profils des jeunes bénéficiaires de rentes AI atteints de troubles psychiques. S'agissant de la situation économique des rentiers AI, on peut relever que l'AI parvient relativement bien à protéger ses bénéficiaires de la précarité. Il faut se rappeler toutefois que leur revenu moyen est nettement inférieur à celui des personnes qui ne touchent pas de rente. C'est également le cas pour les ménages de bénéficiaires de rentes AI (et AVS) ayant droit à des rentes complémentaires pour enfant du 1^{er} pilier. Les résultats montrent clairement que les enfants dont les parents perçoivent une rente AI (et AVS) présentent un risque de grandir dans un milieu économiquement défavorisé supérieur à ceux vivant dans des familles qui ne touchent pas de telles rentes. Les résultats des travaux de recherche concernant les profils des jeunes bénéficiaires de rentes AI atteints de troubles psychiques révèlent que, bien souvent, ces jeunes sont détectés rapidement avec des problèmes très graves et précoces. En outre, une part considérable d'entre eux n'a jamais fréquenté l'école ordinaire ni eu d'emploi sur le marché primaire du travail. Les chercheurs arrivent néanmoins à la conclusion que, malgré ce contexte défavorable, des alternatives à la rente auraient pu être trouvées pour une minorité au moins et que certains ont peut-être été mis en invalidité trop tôt. Cette situation s'explique notamment par le nombre insuffisant de mesures de réadaptation accordées par l'AI et par l'impossibilité de suivre une nouvelle formation en cas d'abandon.

Les résultats de l'étude relative au point de vue des assurés sur les prestations de réadaptation de l'AI démontrent à nouveau que des mesures ciblées sur l'atteinte à la santé constituent un facteur majeur de réussite pour la réadaptation professionnelle. Des mesures judicieusement déployées permettent non seulement d'accroître le rythme de travail et le taux d'occupation, mais aussi d'améliorer le comportement dans le travail et la confiance en soi. Elles ont de plus une influence positive sur la capacité des assurés à travailler malgré leur maladie.

La deuxième partie du chapitre « Acteurs » porte sur les travaux de recherche qui ont mis en avant les interfaces entre l'AI et les employeurs, les experts et les psychiatres traitants. Les résultats relatifs à la collaboration avec les employeurs montrent que les stratégies de coopération diffèrent beaucoup d'un office AI à l'autre. Ils mettent par ailleurs en évidence le fait que les offices AI tout comme les employeurs évaluent positivement cette collaboration. Adapter cette dernière aux contextes culturels, géographiques et économiques propres aux cantons est cité comme le principal facteur de succès. La dernière enquête auprès des employeurs, menée en 2021, parvient à la même conclusion. Elle souligne par ailleurs que la stratégie de communication et de collaboration des offices AI doit tenir compte des besoins et opportunités propres à chaque taille d'entreprise et à chaque branche afin d'optimiser la (nouvelle) réadaptation professionnelle des personnes atteintes dans leur santé, et plus spécifiquement des assurés présentant des troubles psychiques.

Les travaux de recherche relatifs aux psychiatres traitants portent principalement sur l'intégration professionnelle de personnes atteintes de maladies psychiques. Les résultats

relèvent que la majorité des patients en psychiatrie rencontrent des problèmes au travail. Malgré la fréquence et l'importance des difficultés professionnelles, on ne dispose pas de bases médicales indiquant quelles interventions psychiatriques contribueraient à les réduire et dans quelles conditions. Selon l'étude, les psychiatres devraient également prendre en compte le poste de travail de leurs patients afin de pouvoir leur apporter un soutien optimal en matière de (nouvelle) réadaptation professionnelle ou de maintien en emploi.

À l'instar des psychiatres traitants, les experts exercent une fonction d'interface avec l'assurance-invalidité. Bien souvent, ils se retrouvent au centre de l'attention médiatique et politique et font l'objet de critiques. Les résultats de l'étude sur les profils des experts actifs en Suisse ont toutefois permis de dissiper les doutes relatifs à leurs qualifications professionnelles. Ils montrent notamment que leurs titres couvrent une large gamme de spécialités. Près de trois quarts des experts disposent en outre d'un certificat de formation continue en médecine des assurances et 90 %, d'une expérience professionnelle de plus de 15 ans. Le rapport met aussi en évidence les défis auxquels est confrontée l'expertise médicale. Il est ainsi difficile pour les offices AI de trouver des experts adéquats, en particulier dans certaines disciplines médicales. De leur côté, les experts souhaitent que les offres de formation s'orientent davantage vers la pratique et qu'il y ait davantage de formations continues en matière médico-juridique.

3. Les prestations de l'AI

Plusieurs projets de recherche et évaluation ont porté sur les prestations de l'AI, afin d'évaluer notamment les modalités de mise en œuvre, l'atteinte des objectifs ou encore d'identifier un potentiel d'amélioration. Ce chapitre synthétise les résultats de ces différentes études en distinguant trois catégories : les mesures de réadaptation, les mesures de soutien au logement à domicile et les moyens auxiliaires.

Dans le domaine des mesures de réadaptation, les résultats montrent que l'AI a pris un tournant marqué vers la réadaptation depuis 2008. La prise de contact se fait de manière plus précoce, et le nombre de mesures de réadaptation externes a triplé au cours de la période 2005-2018, en particulier en raison des mesures d'intervention précoces.

Concernant les effets sur le taux de nouvelles rentes et l'insertion professionnelle, les analyses statistiques montrent que les offices AI qui orientent les assurés vers la réadaptation de manière moins bureaucratique (informations orales plutôt que rapports des médecins traitants) et plus rapide ont de meilleurs résultats. Une étude a par ailleurs mis l'accent sur les mesures de réinsertion préparant à la réinsertion professionnelle (MR). Ces mesures ont augmenté de 68,8 % entre 2012 et 2018. Les cas sont de plus en plus complexes, la majorité (68,5 %) des bénéficiaires étant atteints d'une maladie psychique. Les MR sont d'autant plus efficaces que l'intervalle de temps par rapport à la dernière activité professionnelle est court et que la mesure a lieu sur le marché ordinaire du travail. Depuis 2013, le taux de succès des MR, c'est-à-dire l'atteinte d'une capacité de gain d'au moins 50 %, a augmenté de neuf points de pourcentage pour s'établir à 65 % en 2017.

Une mesure innovante de l'office AI du Tessin a également été évaluée : les « Formazioni brevi strutturate » (formations courtes structurées : FC). Ces mesures visent à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain des assurés AI atteints dans leur santé en leur offrant des possibilités de reclassement de courte durée. Les FC ont été conçues pour étendre l'offre dont peuvent bénéficier des personnes d'âge moyen ou avancé, disposant d'une expérience professionnelle importante mais qui, ayant un niveau de scolarité et de formation plutôt faible, auraient de la peine à suivre les parcours de formation classiques dans le cadre d'une mesure de reclassement de l'AI. L'évaluation montre que les FC améliorent les chances d'insertion professionnelle des bénéficiaires tout en évitant l'octroi de mesures plus longues et plus coûteuses nécessitant des compétences préalables spécifiques. Un facteur de succès important des FC est la collaboration avec les associations professionnelles, gage d'un enseignement correspondant aux besoins du marché du travail.

Enfin, une étude a porté sur un projet-pilote en vertu de l'art. 68^{quater} LAI concernant les méthodes d'intervention précoce intensive pour le traitement de l'autisme infantile. L'évaluation constate que des interventions intensives globales de thérapie comportementale et/ou axée sur le développement permettent d'obtenir une nette amélioration de la situation des enfants et de la qualité de vie des parents, ainsi qu'une réduction de la charge pédagogique et des coûts induits au niveau de l'économie nationale. Sur la base des résultats, les auteurs recommandent de reconnaître ces méthodes en tant que forme de traitement efficace et appropriée.

Dans le domaine du soutien au logement à domicile, trois projets ont été réalisés. Une étude visait à comparer le cas suisse avec trois autres modèles internationaux de soutien au logement à domicile (Belgique, Pays-Bas et Suède) afin de dégager des pistes de développement. À l'exception de la Suède, le logement institutionnel reste une option largement mobilisée. L'étude compare notamment les logiques de répartition des tâches entre gouvernement central et entités décentralisées, analyse le modèle de financement lié au sujet prenant la forme d'un budget personnel et son potentiel pour la Suisse, ainsi que les modalités de soutien aux proches aidants afin d'identifier des pistes favorables au libre choix du logement. Un deuxième projet s'est concentré sur les instruments d'évaluation relatifs aux prestations AI : Allocation pour impotent (API), Supplément pour soins intenses (SSI) et Contribution d'assistance (CDA). Il dresse un inventaire et une comparaison systématique des instruments d'évaluation utilisés en Suisse pour le logement à domicile. Selon les auteurs, les instruments de l'AI sont fondamentalement tournés vers les déficits et reflètent un modèle médical du handicap éloigné d'une conception bio-psycho-sociale (ICF). En raison d'un haut degré de standardisation, les instruments ne seraient ainsi pas adaptés à tous les types de handicap et ne peuvent pas intégrer de manière appropriée les besoins de soutien individuels. Les auteurs identifient des pistes de développement sur cette base. La troisième étude sur ce thème portait sur l'évaluation de la contribution d'assistance. De 2012 à 2019, 3466 adultes ont bénéficié au moins une fois de cette prestation. En 2019, 2940 adultes ont perçu une contribution d'assistance, dont 11 % ayant déjà atteint l'âge ordinaire de la retraite. Les bénéficiaires présentant une impotence grave sont surreprésentés, tandis que les personnes présentant des troubles psychiques sont sous-représentées. L'évaluation conclut que les objectifs prioritaires de la contribution d'assistance, à savoir promouvoir l'autonomie et la responsabilité, améliorer les chances de vivre à domicile malgré le handicap et faciliter l'intégration sociale et professionnelle, sont atteints.

La troisième partie du chapitre sur les prestations concerne les moyens auxiliaires. Une étude a analysé le prix et la qualité de la fourniture des appareils auditifs dans le cadre de l'AVS et de l'AI suite au changement de système de remboursement de ces appareils : le système tarifaire a été remplacé par un système de contributions forfaitaires en juillet 2021. Les résultats montrent que la qualité de la fourniture d'appareils auditifs est restée à un excellent niveau. Le changement de système a entraîné une baisse des prix de 9,2 %. Concernant spécifiquement l'AI, les coûts sont cependant revenus au même niveau que dans le système tarifaire en raison d'une tendance à acquérir des produits de qualité supérieure. Une autre étude s'est penchée sur la fourniture d'appareils de communication. L'AI rembourse les frais occasionnés par les appareils de communication électriques et électroniques aux assurés gravement handicapés de la parole et de l'écriture qui dépendent d'un tel appareil pour entretenir des contacts quotidiens avec leur entourage. Les résultats confirment que les appareils de communication sont utiles aux assurés et que ces derniers sont globalement satisfaits. L'enquête laisse toutefois supposer qu'un autre appareil (souvent une tablette) moins onéreux serait plus utile pour certains assurés. Les auteurs relèvent que les prestations d'évaluation et de conseil des fournisseurs donnent satisfaction, mais que certaines faiblesses empêchent d'exploiter les possibilités de communication de manière optimale.

4. Prises de position de l'OFAS

À la fin de chaque chapitre, l'OFAS prend position sur les conclusions et les recommandations formulées dans les rapports du PR-AI 3. Ces prises de position relèvent les mesures déjà mises en œuvre dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (DC AI), depuis la clôture des projets de recherche, ainsi que les autres changements prévus.

Au regard des mesures déjà *adoptées*, l'OFAS constate que de nombreux résultats et recommandations issus des rapports du PR-AI 3 ont été retenus et mis en œuvre dans le cadre du DC AI, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2022. La détection et l'intervention précoces ainsi que les mesures de réinsertion ont entre autres été étendues aux jeunes. De même, les possibilités dont dispose l'AI de cofinancer des offres cantonales du CM FP et des offres transitoires préparant à la formation professionnelle initiale ont été inscrites dans la loi. L'AI peut en conséquence intensifier et développer la coopération avec les acteurs cantonaux du degré secondaire II, tel que recommandé. Les propositions d'étendre les mesures médicales de réadaptation et les prestations de conseil et de suivi aux jeunes ainsi qu'aux assurés atteints dans leur santé psychique ont aussi été mises en œuvre, tout comme l'assouplissement des mesures de réinsertion pour les adultes avec des troubles psychiques. Les recommandations de renforcer la collaboration avec les médecins traitants et les employeurs et d'orienter les mesures de réadaptation professionnelle vers le marché primaire du travail ont également été inscrites dans la loi dans le cadre de la révision.

En ce qui concerne les prestations visées à l'art. 74 LAI, l'OFAS examine comment mieux faire coïncider la répartition des moyens financiers et les besoins, sans pour autant modifier les ressources à disposition. Grâce à la limitation des prestations visant à soutenir et encourager l'intégration des invalides (PROSPREH), les fonds disponibles ont pu être redistribués en faveur des services à la personne.

À la lumière des résultats des travaux de recherche relatifs aux conditions visant à réduire le dommage, l'OFAS a par ailleurs totalement remanié les directives applicables à cette obligation et aux conditions correspondantes. Sur la base notamment des enseignements tirés de l'étude consacrée aux qualifications professionnelles des experts en Suisse, des nouveautés ont été introduites en matière d'expertises médicales, de procédure ainsi que de qualité et d'assurance de la qualité.

Hors cadre du DC AI, quelques autres composantes de l'AI ont été adaptées dans le sens des recommandations des rapports de recherche : dans l'optique de renforcer les structures nationales de la collaboration interinstitutionnelle, le bureau compétent a vu ses effectifs augmentés dès 2017 et a été rattaché au Secrétariat d'État à l'économie (SECO). À la suite de la reconnaissance de l'efficacité des méthodes d'intervention précoce intensive auprès d'enfants atteints d'autisme infantile, l'OFAS a initié un projet complémentaire en coopération avec les cantons, dont l'objectif consiste à développer des modèles d'élaboration de programmes, d'impact, de coûts et de financement commun. Enfin, l'OFAS s'attache, en collaboration avec d'autres offices fédéraux, à améliorer en permanence les bases de données relatives aux passages entre les systèmes de la sécurité sociale.

Concernant les *futurs* mesures et projets de l'AI, les conclusions et recommandations issues des rapports du PR-AI 3 seront aussi prises en compte, assure l'OFAS dans ses prises de position. Cela permettra d'améliorer la coordination des prestations entre les systèmes de la sécurité sociale et, partant, la détection précoce auprès de l'AI. Dans le domaine de la collaboration interinstitutionnelle et en lien avec les offres visant le passage de l'école à la formation professionnelle, d'autres étapes sont prévues afin de renforcer le potentiel de réadaptation professionnelle des jeunes atteints dans leur santé, en étroite coopération avec les acteurs impliqués. Des mesures ont également été développées pour continuer à renforcer la collaboration avec les employeurs et orienter les différentes mesures de réadaptation vers le marché primaire du travail. Le DC AI dote les offices AI de

moyens et d'instruments supplémentaires visant à améliorer concrètement la collaboration avec les employeurs, dont il s'agira de mesurer l'impact au moyen d'une nouvelle enquête auprès des employeurs, qui sera menée en 2025. Au niveau national, il sera possible de renforcer les conditions-cadres de la collaboration entre l'AI et les organisations faïtières du monde du travail par le biais de conventions de collaboration.

Les nouvelles règles relatives à l'obligation de réduire le dommage, et notamment les conditions s'appliquant à l'octroi de prestations lors de la réadaptation professionnelle, peuvent en temps utile être détaillées dans une étude de suivi. De même, les résultats des différentes études en cours dans le domaine des prestations d'aide au logement seront utilisés en vue de déterminer s'il est, le cas échéant, nécessaire d'adapter et d'optimiser les prestations existantes. Dans le cadre des prestations visées à l'art. 74 LAI, on cible une nouvelle redistribution des moyens financiers en faveur de prestations liées à la personne ainsi qu'une amélioration de la coordination entre la Confédération, les cantons et les organisations d'aide aux personnes handicapées. L'étude relative à la situation économique des bénéficiaires de rente AI menée en 2020 servira de point de départ et de référence à l'analyse des effets du système de rentes linéaires instauré en vertu du DC AI. Afin de poursuivre l'optimisation de la contribution d'assistance et sur la base des résultats de l'évaluation, un groupe de travail chargé d'étudier les possibilités de simplifier l'administration de cette prestation a été mis sur pied. Au vu des résultats de l'évaluation, l'OFAS estime également qu'il est nécessaire d'agir à moyen terme dans le domaine de la fourniture d'appareils auditifs. Le marché des dispositifs de communication a sensiblement évolué depuis la réalisation de l'étude présentée dans ce rapport. Des clarifications sont en cours, également dans la perspective de renégocier avec les fournisseurs. Les enseignements tirés de l'évaluation effectuée dans le cadre du PR-AI 3 seront aussi pris en compte dans ce domaine.

Riassunto

Dopo i primi due programmi, svoltisi tra il 2006 e il 2015, è stato lanciato un terzo programma di ricerca sull'assicurazione invalidità (PR3-AI) per il periodo compreso tra il 2016 e il 2022. Ne sono scaturiti 24 studi, sfociati in numerosi rapporti pubblicati nella collana dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) *Aspetti della sicurezza sociale*. Il presente rapporto ne riepiloga i principali risultati, le conclusioni e le raccomandazioni, articolati in tre capitoli tematici. Il primo campo tematico concerne il sistema dell'AI e i suoi punti di contatto con altri sistemi (p. es. l'aiuto sociale) o settori (p. es. la disoccupazione e l'alloggio). Il secondo riguarda il ruolo e la prospettiva di diversi attori centrali per l'AI (assicurati, medici, datori di lavoro ecc.). Infine, il terzo campo tematico è incentrato sulla valutazione di prestazioni specifiche dell'AI (p. es. provvedimenti di reinserimento, contributo per l'assistenza e protesizzazione con apparecchi acustici).

Ogni capitolo si conclude con una posizione dell'UFAS concernente le conclusioni e le raccomandazioni dei progetti. Informa così sulle misure prese in seguito alla pubblicazione degli studi e sui lavori in corso e indica l'eventuale considerazione dei risultati nell'elaborazione della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, entrata in vigore il 1° gennaio 2022.

1. Il sistema dell'AI e i suoi punti di contatto

Il capitolo concernente il sistema dell'AI e i suoi punti di contatto presenta nella prima parte gli studi relativi all'impostazione dei passaggi tra l'AI e altri settori della sicurezza sociale. Il primo rapporto trattato esamina i passaggi dall'AI all'aiuto sociale che potrebbero essere dovuti alla ridefinizione dell'AI come assicurazione orientata all'integrazione. Sulla base dei dati del periodo compreso tra il 2005 e il 2017, i risultati dello studio mostrano due tendenze: da un lato, dalla 5^a revisione AI la quota delle persone che riprendono a esercitare un'attività lucrativa quattro anni dopo la presentazione di una richiesta di prestazioni AI è cresciuta dal 50 per cento (coorte di richiesta di prestazioni 2006) al 58 per cento (coorte di richiesta di prestazioni 2013); dall'altro, nel periodo in esame è aumentata anche la quota delle persone che percepiscono prestazioni dell'aiuto sociale nel quarto anno successivo alla richiesta di prestazioni AI, passata dall'11,6 per cento (coorte 2006) al 14,5 per cento (coorte 2013). L'importanza di questi sviluppi per l'aiuto sociale emerge dall'approccio trasversale del 2017: il 3,1 per cento di tutti gli incarti dell'aiuto sociale appartiene a persone che in passato hanno richiesto prestazioni AI e un ulteriore 1,1 per cento a persone cui è stata soppressa la rendita AI.

Per quanto concerne i punti di contatto dell'AI, è stata inoltre svolta una valutazione della collaborazione interistituzionale (CII) a livello nazionale. Ne è emerso che la struttura organizzativa dell'organizzazione nazionale CII corrisponde ampiamente a quella definita nella decisione d'istituzione e che nel complesso essa adempie il compito di ottimizzare la collaborazione tra l'assicurazione contro la disoccupazione, l'AI e l'aiuto sociale. Tuttavia, gli organi istituiti non hanno potuto attuare pienamente tutti i compiti, anche a causa delle limitate risorse di personale. Inoltre, non vi è sempre una concezione univoca di problemi, gruppi target e obiettivi.

Per quanto concerne i punti di contatto tra l'AI e il sistema formativo, è stato svolto uno studio che analizza specificamente l'offerta per i giovani con limitazioni dovute a ragioni di salute nella fase di transizione dalla scuola dell'obbligo alla formazione professionale (transizione I). Vi si stima che circa il 28 per cento degli assicurati di età compresa tra 16 e 24 anni affetti da malattie psichiche, congenite e infantili dovrebbe richiedere prestazioni dell'AI prima degli altri per poter essere accompagnato meglio. Inoltre, per una parte dei giovani in questione l'offerta resta lacunosa. Emerge anche la necessità di ottimizzare il flusso di informazioni sia da parte degli uffici AI che tra gli attori che accompagnano gli adolescenti nelle diverse fasi della formazione. Laddove il case management formazione professionale (CM FP) viene sfruttato attivamente, la collaborazione risulta tendenzialmente migliore.

Un altro studio legato alla questione dei punti di contatto è quello condotto dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) circa l'integrazione professionale e sociale delle persone con disabilità, cofinanziato nel quadro del PR3-AI, nel cui contesto è stata svolta un'analisi globale sistemica della sicurezza sociale per le persone con disabilità nel confronto internazionale. Pur constatando progressi verso una politica orientata all'integrazione nei Paesi dell'OCSE, per le persone in esame si rilevano ancora svantaggi per quanto concerne il livello formativo, la situazione occupazionale e la dipendenza da trasferimenti. Inoltre, il rischio di povertà delle persone con disabilità è aumentato rispetto a quello delle persone senza disabilità. In Svizzera il rischio di povertà è inferiore alla media dei Paesi dell'OCSE.

Nella seconda parte del primo capitolo l'accento è posto sugli strumenti e sulle strutture all'interno dell'AI. Un progetto ha analizzato l'adeguatezza delle prestazioni secondo l'articolo 74 LAI in termini di copertura del bisogno. Emerge l'eterogeneità delle organizzazioni (mantello) con le quali l'UFAS stipula contratti per la concessione di aiuti finanziari per prestazioni a sostegno delle persone con disabilità. Inoltre, a seconda del gruppo target, varia anche il bisogno soggettivo, cosicché l'aumento osservabile di aventi diritto alle prestazioni non va di pari passo con un bisogno più elevato della stessa entità. In ogni caso, circa 4 interpellati su 10 hanno dichiarato di aver bisogno di ulteriore assistenza in almeno un ambito della loro vita. In conclusione si trae un bilancio positivo: le prestazioni secondo l'articolo 74 LAI sono in linea di massima adeguate ai bisogni e permettono un miglioramento della situazione nella maggior parte degli ambiti della vita.

Un altro rapporto di ricerca era dedicato alle condizioni concernenti la riduzione del danno previste per gli assicurati. Queste condizioni sono rare e gli uffici AI le giudicano piuttosto impegnative, soprattutto per quanto concerne la valutazione dell'efficacia. Gli assicurati hanno adempiuto le condizioni poste in oltre la metà dei casi esaminati. L'adempimento delle condizioni poste si rivela efficace soprattutto nel settore integrazione, dove è molto probabile che in tal modo gli assicurati proseguano o concludano il provvedimento d'integrazione in questione. Nel settore rendite, invece, la quota di successo è inferiore: soltanto nel 12 per cento dei casi si è rilevata una diminuzione del grado d'invalidità dopo l'adempimento della condizione posta.

Tra le strutture del sistema AI valutate rientra anche l'«Accord paritaire genevois», una convenzione di collaborazione locale del settore edile nel Cantone di Ginevra. Questa buona pratica potenzialmente trasferibile ad altri contesti mira a una rapida integrazione professionale. Le istituzioni partner e gli assicurati sottolineano l'utilità del trattamento coordinato dei casi nonché di una concessione rapida e più generosa di provvedimenti d'intervento tempestivo e d'integrazione. Nel caso del gruppo di assicurati esaminato la quota di concessione di rendite AI risulta inferiore a quella del gruppo di controllo e il collocamento più riuscito (con un tasso di successo superiore di circa la metà).

In un altro studio comparativo internazionale è stato affrontato il tema dell'integrazione sulla base delle riforme attuate in un campione di Paesi allo scopo di evitare la concessione di rendite e promuovere l'attivazione dei giovani. Tra le misure esaminate rientrano, oltre ad adeguamenti organizzativi, condizioni di diritto più restrittive e l'esclusione generalizzata dei giovani dalla concessione delle rendite. Spesso le riforme hanno comportato una diminuzione delle richieste e delle concessioni di rendite, e in alcuni Paesi si osserva anche una migliore integrazione nel mercato del lavoro. Va tuttavia rilevato che una quota consistente di persone continua a dipendere dai sistemi di sicurezza sociale anche dopo aver partecipato a provvedimenti di promozione e d'integrazione.

Infine, è stato svolto un progetto di ricerca relativo allo sviluppo dell'offerta di alloggi per le persone con disabilità. Dall'analisi di una vasta gamma di situazioni abitative, differenziate in base al contesto «istituzionale» o «privato», emerge che l'offerta di alloggi è diventata più variegata e hanno preso sempre più piede forme abitative decentralizzate. Inoltre si profila una chiara tendenza al finanziamento ai beneficiari. In alcuni Cantoni restano lacune

concernenti le persone con disturbi particolarmente gravi e una mancanza di posti rapidamente disponibili in situazioni di crisi.

2. Attori

Il secondo capitolo del presente rapporto è dedicato agli attori, con un riepilogo dei lavori di ricerca da loro svolti e l'esposizione della loro collaborazione e interazione con l'AI.

L'accento è posto in primo luogo sui beneficiari di prestazioni e in secondo luogo sui datori di lavoro, sugli psichiatri curanti e sui periti medici.

Le analisi relative agli assicurati avevano per oggetto da un lato la situazione economica dei beneficiari di rendite AI in generale e quelli di rendite AI con rendite complete per i figli in particolare e, dall'altro, la prospettiva degli assicurati circa i processi d'integrazione dell'AI e i profili dei giovani beneficiari di rendita affetti da malattie psichiche. Per quanto concerne la situazione economica dei beneficiari di rendite AI si può constatare che l'AI riesce relativamente bene a proteggere queste persone da un'esistenza con mezzi finanziari molto modesti. Non va tuttavia dimenticato che i redditi medi dei beneficiari di rendite AI sono nettamente inferiori a quelli dei non beneficiari. Questo vale anche per le economie domestiche di beneficiari di rendite AI (e AVS) con un diritto a rendite per i figli del 1° pilastro: dai risultati dell'analisi emerge con chiarezza che i figli di genitori beneficiari di rendite AI (e AVS) sono esposti al rischio di crescere in condizioni economiche precarie in misura maggiore rispetto ai figli delle famiglie non beneficiarie di tali rendite.

Per quanto concerne i profili dei giovani beneficiari di rendite AI affetti da malattie psichiche, i risultati dei lavori di ricerca svolti al riguardo mostrano inequivocabilmente che queste persone presentano spesso disturbi psichici gravi e molto precoci, che si manifestano perlopiù già in tenera età. Inoltre, una parte rilevante di tali giovani non ha mai frequentato le scuole regolari né ha mai esercitato un'attività professionale nel mercato del lavoro primario. Ciononostante, i ricercatori giungono alla conclusione che, malgrado il quadro iniziale sfavorevole, almeno per una piccola parte dei giovani beneficiari di rendita ci sarebbero state alternative alla rendita, che è stata concessa troppo presto. Questo deriva tra l'altro dall'insufficienza dei provvedimenti d'integrazione dell'AI assegnati o dalla mancata ripetizione degli stessi in caso d'insuccesso. Il fatto che provvedimenti mirati, che tengono conto in modo specifico delle limitazioni degli assicurati, costituiscano un fattore di successo centrale per l'integrazione professionale emerge anche dai risultati dello studio sulle prospettive degli assicurati circa i provvedimenti d'integrazione dell'AI. Questi mostrano che tali provvedimenti permettono non solo di aumentare il ritmo lavorativo e il grado occupazionale, ma anche di migliorare il comportamento lavorativo e l'autostima, nonché la capacità degli assicurati di lavorare nonostante i problemi di salute.

Come menzionato sopra, la seconda parte del capitolo dedicato agli attori esamina i lavori di ricerca che hanno illustrato i punti di contatto tra l'AI e i datori di lavoro, i periti e gli psichiatri curanti. I risultati relativi alla collaborazione con i datori di lavoro mostrano che gli uffici AI impostano le proprie strategie di cooperazione con i datori di lavoro in modo molto eterogeneo e che sia gli uni che gli altri valutano positivamente la collaborazione. Come fattore di successo centrale viene menzionato l'adeguamento della collaborazione al contesto culturale, geografico ed economico specifico del singolo Cantone. Alla stessa conclusione giunge pure l'ultima inchiesta svolta presso i datori di lavoro (2021), dalla quale emerge altresì che per ottimizzare la (re)integrazione professionale delle persone con problemi di salute, e in particolare della salute psichica, occorre che la comunicazione e la collaborazione degli uffici AI siano improntate ai bisogni e alle opportunità peculiari delle diverse imprese a seconda di dimensioni e settore di attività.

Anche i lavori di ricerca relativi agli psichiatri curanti pongono l'accento sull'integrazione professionale delle persone affette da malattie psichiche. I risultati mostrano che la maggioranza dei pazienti psichiatrici ha problemi legati al lavoro e che, nonostante la frequenza e la rilevanza di tali problemi, mancano le basi tecniche per determinare quali siano gli interventi psichiatrici e quali le condizioni che contribuiscono a ridurre i problemi

sul fronte lavorativo. Secondo lo studio in questione, occorre estendere la prospettiva psichiatrica al posto di lavoro per poter sostenere in modo ottimale la (re)integrazione professionale o il mantenimento del posto di lavoro dei pazienti in cura.

Oltre agli psichiatri curanti, altri attori presentano punti di contatto con l'AI: si tratta dei periti, spesso al centro dell'attenzione mediatica e politica nonché oggetto di critiche. I risultati dello studio sui profili dei periti attivi in Svizzera dimostrano tuttavia che i dubbi sulle qualifiche professionali dei periti sono infondati. Ne emerge infatti che tali periti dispongono di un ampio ventaglio di titoli di specializzazione; inoltre, quasi tre quarti hanno svolto un aggiornamento in medicina assicurativa e il 90 per cento vanta un'esperienza professionale di oltre 15 anni. Il rapporto sottolinea però anche le sfide del sistema peritale: per gli uffici AI è infatti difficile trovare periti adatti, soprattutto in determinate discipline mediche. Dal canto loro, i periti auspicano un maggiore orientamento alla prassi dell'offerta formativa nel settore peritale e un più elevato numero di corsi di aggiornamento in ambito medico-legale.

3. Prestazioni dell'AI

Diversi progetti di ricerca e valutazione si sono concentrati sulle prestazioni dell'AI, al fine di valutare in particolare le modalità di attuazione e il grado di raggiungimento degli obiettivi o di individuare un potenziale di miglioramento. Il terzo capitolo del presente rapporto riepiloga i risultati di questi vari studi, distinguendoli in tre categorie: 1) provvedimenti d'integrazione; 2) provvedimenti di sostegno all'alloggio a domicilio; 3) mezzi ausiliari.

Nell'ambito dei provvedimenti d'integrazione, i risultati mostrano che a partire dal 2008 l'AI si è maggiormente orientata verso l'integrazione. Il contatto è preso più rapidamente e il numero di provvedimenti d'integrazione esterni è triplicato nel periodo compreso tra il 2005 e il 2018, in particolare per i provvedimenti d'intervento tempestivo. Per quanto concerne gli effetti sulla quota di nuove rendite e sull'integrazione professionale, le analisi statistiche mostrano come gli uffici AI che effettuano il triage verso l'integrazione senza formalità burocratiche (informazioni orali piuttosto che rapporti dei medici curanti) e in modo più rapido raggiungono risultati migliori. Un altro studio si è concentrato sui provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale. Tali provvedimenti hanno registrato un incremento del 68,8 per cento tra il 2012 e il 2018. Il 68,5 per cento dei beneficiari è affetto da una malattia psichica, con casi sempre più complessi. I provvedimenti sono tanto più efficaci se si pensa che il lasso di tempo intercorso dall'esercizio dell'ultima attività professionale è breve e che i provvedimenti di reinserimento vengono attuati nel mercato del lavoro regolare. Dal 2013 la quota di successo dei provvedimenti di reinserimento, ovvero il raggiungimento di una capacità d'integrazione professionale di almeno il 50 per cento, è aumentata di nove punti percentuali, attestandosi al 65 per cento nel 2017.

Un altro studio ha valutato un dispositivo innovativo dell'ufficio AI: le formazioni brevi strutturate. Queste sono tese a ristabilire, mantenere o migliorare la capacità al guadagno degli assicurati AI che hanno subito un danno alla salute offrendo loro possibilità di riqualificazione di breve durata. Le formazioni brevi strutturate sono state concepite per aumentare l'offerta di misure di formazione a vantaggio di persone di età media o avanzata, con un'esperienza professionale pregressa importante, che però, avendo un livello d'istruzione generalmente basso, avrebbero difficoltà a seguire i percorsi di formazione classici nel quadro di una riformazione professionale dell'AI. Dalla valutazione emerge che le formazioni brevi strutturate aumentano le opportunità d'integrazione professionale dei beneficiari, evitando al contempo la concessione di provvedimenti più lunghi e più costosi che esigono prerequisiti specifici. Un fattore di successo importante delle formazioni brevi strutturate è la collaborazione con le associazioni professionali, le quali garantiscono che i contenuti formativi siano in linea con quanto richiesto sul mercato del lavoro.

Infine, è stato condotto uno studio su un progetto pilota secondo l'articolo 68^{quater} LAI concernente i metodi d'intervento precoce intensivo per il trattamento dell'autismo infantile. Dalla valutazione risulta che attraverso interventi intensivi globali di terapia

comportamentale e/o orientati allo sviluppo si può migliorare notevolmente la situazione dei bambini e la qualità di vita dei genitori nonché ridurre l'onere pedagogico e i costi a livello macroeconomico. Sulla base dei risultati, gli autori raccomandano di riconoscere l'efficacia e l'appropriatezza di questa forma di trattamento.

Nell'ambito del sostegno all'alloggio a domicilio sono stati svolti tre progetti. Nel quadro di un primo studio, il caso svizzero è stato confrontato con altri tre modelli internazionali di sostegno all'alloggio a domicilio (Belgio, Paesi Bassi e Svezia), al fine di individuare possibili prospettive di sviluppo. Fatta eccezione per la Svezia, l'offerta di alloggi istituzionali resta un'opzione ampiamente sfruttata. Lo studio confronta in particolare le logiche di ripartizione dei compiti tra il Governo centrale e le autorità locali, e analizza il modello di finanziamento del soggetto sotto forma di budget personale e il suo potenziale per la Svizzera nonché le modalità di sostegno ai familiari assistenti, al fine di individuare possibili soluzioni che promuovano la libera scelta della forma di alloggio. Un secondo progetto era incentrato sugli strumenti per l'accertamento del bisogno relativi a determinate prestazioni dell'AI, ovvero l'assegno per grandi invalidi, il supplemento per cure intensive e il contributo per l'assistenza. In questo contesto sono stati elaborati una panoramica e un confronto sistematico degli strumenti per l'accertamento del bisogno impiegati in Svizzera nell'ambito dell'alloggio a domicilio. Secondo gli autori, gli strumenti dell'AI sono fundamentalmente orientati ai deficit e si basano su un modello di disabilità lontano da quello biopsicosociale proposto dalla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (*International classification of functioning, disability and health, ICF*). Dato l'elevato grado di standardizzazione, gli strumenti non sembrano dunque essere adeguati per tutti i tipi di disabilità e non possono tenere conto in modo appropriato dei bisogni di sostegno individuali. Su questa base, gli autori formulano possibili approcci di sviluppo. Il terzo studio di questo campo tematico verteva sulla valutazione del contributo per l'assistenza. Dal 2012 al 2019, 3466 adulti hanno beneficiato almeno una volta di un contributo per l'assistenza. Nel 2019 lo hanno percepito 2940 adulti, di cui l'11 per cento aveva già raggiunto l'età ordinaria di pensionamento. I beneficiari con una grande invalidità di grado elevato sono sovrarappresentati, mentre le persone con disturbi psichici sono sottorappresentate. Gli autori della valutazione giungono alla conclusione che gli obiettivi principali del contributo per l'assistenza, ovvero promuovere l'autonomia e la responsabilità individuale delle persone che necessitano di assistenza, aumentare le loro probabilità di vivere a casa propria nonostante la disabilità e offrire loro migliori possibilità d'integrazione sociale e professionale, sono raggiunti.

La terza parte del capitolo sulle prestazioni concerne i mezzi ausiliari. Uno studio sugli apparecchi acustici ha analizzato i prezzi e la qualità della protesizzazione nell'ambito sia dell'AVS che dell'AI in seguito al cambiamento del sistema di rimborso degli apparecchi acustici: fino al 2011, questi ultimi erano infatti rimborsati secondo un sistema con tariffe scaglionate, poi sostituito da un sistema con importi forfettari. I risultati mostrano che la qualità della protesizzazione con apparecchi acustici è rimasta di ottimo livello. Per quanto concerne i prezzi, il cambiamento di sistema ha portato a una riduzione del 9,2 per cento. Analizzando nello specifico l'AI, si constata però che i costi sono tornati allo stesso livello di quelli applicati con il sistema tariffale a causa di una tendenza ad acquistare prodotti di qualità superiore. Un altro studio ha esaminato la fornitura di apparecchi di comunicazione. L'AI rimborsa i costi di apparecchi di comunicazione elettrici ed elettronici agli assicurati affetti da gravi difficoltà nel parlare o nello scrivere che dipendono da un tale apparecchio per mantenere i contatti quotidiani con il loro ambiente. I risultati confermano che gli apparecchi di comunicazione sono utili agli assicurati e che questi ultimi ne sono complessivamente soddisfatti. Si evince tuttavia che per una parte degli assicurati sarebbe più utile un altro tipo di apparecchio meno costoso (spesso un tablet). Gli autori dello studio rilevano che gli accertamenti e la consulenza offerti dai fornitori di prestazioni riscontrano grande soddisfazione, ma presentano alcuni punti deboli che compromettono lo sfruttamento ottimale delle possibilità comunicative.

4. Posizioni dell'UFAS

Alla fine di ogni capitolo del presente rapporto l'UFAS prende posizione in merito alle conclusioni e alle raccomandazioni dei rapporti pubblicati nel quadro del PR3-AI ed esposti nel capitolo in questione. Si tratta in particolare di illustrare le misure già prese dalla conclusione dei progetti di ricerca, nell'ambito della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI o al di fuori di essa, e le ulteriori modifiche previste.

Per quanto concerne le misure già *prese*, l'UFAS constata che nell'ambito della riforma, entrata in vigore il 1° gennaio 2022, sono stati considerati e attuati numerosi risultati e raccomandazioni dei rapporti pubblicati nel quadro del PR3-AI. Per esempio, sono stati estesi ai giovani i provvedimenti di rilevamento e d'intervento tempestivi nonché i provvedimenti di reinserimento e si è provveduto a sancire per legge le possibilità per l'AI di cofinanziare misure cantonali di CM FP e formazioni transitorie cantonali volte a preparare a una prima formazione professionale. In questo modo l'AI può intensificare e ampliare la cooperazione con gli attori cantonali del livello secondario II, secondo quanto raccomandato. Inoltre, in questo contesto l'UFAS sottolinea che, conformemente alle raccomandazioni di diversi lavori di ricerca, i provvedimenti sanitari d'integrazione e l'offerta di consulenza e accompagnamento per i giovani e per gli assicurati affetti da malattie psichiche sono stati ampliati e i provvedimenti di reinserimento sono stati flessibilizzati per gli assicurati adulti affetti da malattie psichiche. Per quanto concerne le raccomandazioni relative a una rafforzata collaborazione con i medici curanti e i datori di lavoro e a un maggiore orientamento dei provvedimenti d'integrazione professionale al mercato del lavoro primario, si constata che anche in questo caso tali principi sono stati sanciti per legge nell'ambito della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI.

In merito ai risultati concernenti le prestazioni secondo l'articolo 74 LAI, l'UFAS sta vagliando diverse possibilità affinché i mezzi destinati a tal fine vengano ripartiti maggiormente in funzione del bisogno, pur mantenendo invariate le risorse a disposizione. La limitazione delle prestazioni volte a sostenere e promuovere l'integrazione degli handicappati (PSPiA) ha consentito di trasferire risorse alle prestazioni destinate a persone specifiche. Inoltre, considerati i risultati dei lavori di ricerca sulle condizioni concernenti la riduzione del danno, l'UFAS ha ampiamente rielaborato le istruzioni concernenti l'obbligo di ridurre il danno e le relative condizioni. Nel settore delle perizie mediche, anche tenendo conto dei risultati dello studio sulle qualifiche professionali dei periti attivi in Svizzera, sono state introdotte alcune novità sia in merito alla procedura che per quanto concerne la qualità e la garanzia della qualità.

Oltre a quanto realizzato nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, altri elementi dell'AI sono stati adeguati per dar seguito alle raccomandazioni formulate nei rapporti di ricerca: per rafforzare le strutture nazionali della CII, già nel 2017 sono state aumentate le risorse di personale del competente servizio specializzato, il quale è stato aggregato alla Segreteria di Stato dell'economia (SECO). In seguito al riconoscimento dei metodi d'intervento precoce intensivo come efficienti e appropriati per la cura dell'autismo infantile, l'UFAS ha avviato con i Cantoni un progetto di approfondimento, teso a sviluppare modelli per l'impostazione dei relativi programmi, per l'impatto nonché per i costi e il finanziamento congiunto. Infine, l'UFAS sta lavorando con altri uffici federali per migliorare costantemente la disponibilità di dati relativi ai passaggi tra i sistemi della sicurezza sociale.

Per quanto concerne i provvedimenti e progetti *futuri* dell'AI, dalle posizioni dell'UFAS si evince l'intenzione di tenere conto delle conclusioni e raccomandazioni dei rapporti pubblicati nel quadro del PR3-AI, per esempio allo scopo di ottimizzare il coordinamento delle prestazioni tra i sistemi della sicurezza sociale e anche il rilevamento tempestivo dell'AI. Nell'ambito della CII e per l'offerta nella fase di transizione dalla scuola dell'obbligo alla formazione professionale sono previsti ulteriori lavori al fine di accrescere, in stretta cooperazione con gli attori coinvolti, le possibilità d'integrazione professionale dei giovani con un danno alla salute. Per quanto concerne il potenziamento della collaborazione con i

datori di lavoro e l'orientamento di diversi provvedimenti d'integrazione al mercato del lavoro primario, annunciati con la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, verranno prese misure in tal senso. Grazie alla base legale riveduta, gli uffici AI dispongono ormai di mezzi e strumenti supplementari per migliorare concretamente la collaborazione con i datori di lavoro, la cui efficacia sarà valutata nel 2025 con una nuova inchiesta presso questi ultimi. A livello nazionale, inoltre, la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI prevede la possibilità di rafforzare le condizioni quadro per la collaborazione tra l'AI e le associazioni mantello del mondo del lavoro tramite convenzioni di collaborazione.

A tempo debito verrà svolto uno studio di follow-up per analizzare l'attuazione delle nuove regolamentazioni relative all'obbligo di ridurre il danno, in particolare l'imposizione di condizioni per la concessione di prestazioni per l'integrazione professionale. Per valutare l'eventuale necessità di adeguamento e ottimizzazione delle prestazioni attuali si terrà conto anche dei risultati dei diversi studi in corso nell'ambito delle prestazioni di sostegno all'alloggio a domicilio. Per quanto concerne le prestazioni secondo l'articolo 74 LAI, si mira a un trasferimento aggiuntivo di mezzi di finanziamento a favore delle prestazioni destinate a persone specifiche e a un miglior coordinamento tra Confederazione, Cantoni e organizzazioni di aiuto ai disabili. Lo studio sulla situazione economica dei beneficiari di rendite AI del 2020 fungerà da punto di partenza e di riferimento per analizzare i possibili effetti del sistema di rendite lineare, introdotto con la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI. Per ottimizzare ulteriormente il contributo per l'assistenza, sulla base dei risultati della valutazione svolta è stato istituito un gruppo di lavoro incaricato principalmente di considerare le possibilità esistenti per ottenere una maggiore semplificazione amministrativa di questa prestazione. Anche nell'ambito della protesizzazione con apparecchi acustici, considerati i risultati della relativa valutazione, l'UFAS rileva una certa necessità d'intervenire a medio termine. Il mercato degli apparecchi di comunicazione è notevolmente mutato dalla realizzazione dello studio presentato in questa sede. Attualmente sono in corso accertamenti e si prevedono nuovi negoziati con i fornitori. Anche in questo caso verranno presi in considerazione i risultati della valutazione svolta nel quadro del PR3-AI.

Summary

The Third Invalidity Research Programme 2016–2022 (FoP-IV 3) follows on from the previous two multiannual research programmes (FoP-IV 1 and FoP-IV 2) which began in 2006 and ended in 2015. FoP-IV 3 produced 24 studies. These provided the basis for numerous reports which appeared in the FSIO *Soziale Sicherheit CHSS* series. The present report summarises the main findings, conclusions and recommendations of these studies. It is divided into three chapters, each of which deal with a specific theme. The first concerns the IV and its interfaces with other systems and structures (e.g. social assistance, unemployment insurance, housing). The second chapter focuses on analyses of the role and perspectives of key actors (e.g. the insured, physicians and employers). The third and final chapter is given over to the evaluation of specific IV benefits and measures (e.g. integration measures, the personal assistance allowance, and hearing aid provision).

Each chapter ends with a statement by the FSIO that sets out its position on the research conclusions and recommendations, and details the action that has been taken since the reports were submitted, as well as ongoing work. The statement also indicates which findings have helped to inform the 'Further development of the IV' reform, which came into force on 1 January 2022

1. The IV system and its interfaces

The first part of this chapter presents studies which investigate transfers between the IV and other parts of the Swiss social security system. The first report looks at transfers from the IV to social assistance, some of which might be due to the integration-centred realignment of the IV. The results, based on data from 2005 to 2017, reveal two trends. First, the proportion of individuals who had returned to gainful employment four years after registering with the IV had risen, from 50% (2006 registration cohort) to 58% (2013 registration cohort) since the 5th InvIA revision. Second, the number of persons receiving social assistance four years after registering with the IV had also risen over the same period, from 11.6% (2006 registration cohort) to 14.5% (2013 registration cohort). A cross-sectional analysis of 2017 data found that both these trends had a noticeable impact on social assistance: 3.1% of all social assistance files involve individuals who had previously registered with the IV, and a further 1.1% had previously claimed an IV pension.

As regards IV interfaces, a study evaluated interinstitutional cooperation (IIZ) at the national level. It found that the national interinstitutional cooperation organisation largely fulfils the structural specifications of the constituting decision, as well as its mission of optimising cooperation between the unemployment insurance, invalidity insurance and social assistance schemes. However, the relevant committees were unable to carry out all tasks assigned to them due, among other things, to understaffing. Another issue was that they did not share the same understanding of the problems, target groups and objectives.

With regard to the IV-education system interface, one study specifically looked at measures to support young people with health impairments to make the transition from school to vocational training (transition I). It estimated that about 28% of young people aged 16 to 24 who have mental, congenital and early childhood disorders could receive better support if they registered with the IV earlier. The study also found that gaps still remain with regard to services for certain sections of this group, and that the flow of information between the IV offices and the actors who assist and support young people at different phases of the training process was patchy and could be improved. The research found that cooperation tends to be better in settings where the VET Case Management (VETCM) instrument is actively used.

An OECD study on the occupational and social integration of persons with disabilities, which was co-funded under FoP3-IV, generated a systemic overview and international comparison of social security for persons with disabilities. It found that OECD countries have made progress on inclusion-oriented policies, but that persons with disabilities

continue to be disadvantaged when it comes to educational qualifications, employment and reliance on transfer payments. It also observed that the risk of poverty is higher for persons with disabilities than their non-disabled peers. In Switzerland, however, the risk of poverty is below the OECD average.

The second part of the chapter focuses on instruments and structures within the IV. One project examined the needs-based nature of benefits under Art. 74 InvIA. It found that in relation to the provision of financial assistance to support persons with disabilities, the FSIO concludes contracts with a very wide variety of (umbrella) organisations. It also found that subjective demand differs from one target group to the other. Consequently, the observable increase in the number of insured who are entitled to benefits does not necessarily lead to a similar increase in demand for support. Nevertheless, around 4 out of 10 respondents stated that they needed additional support in at least one area of life. A positive conclusion is that the services provided under Art. 74 InvIA are largely needs-based and enable an improvement in most areas of the insured's life.

Another research report looked at the *Schadensminderung* requirements which stipulate that the insured must take all reasonable action, such as IV rehabilitation measures, to reduce their degree of invalidity or prevent its onset. These requirements are rarely applied, and the IV offices consider them to be rather time-consuming, especially when it comes to assessing their impact. The insured complied with the requirements in more than half of the cases examined. Compliance with requirements was particularly effective in relation to integration; the study found that the insured were very likely to continue or complete the integration measure pursuant to the requirement. In relation to pensions, the success rate was lower: in 12% of cases, a reduction in the degree of invalidity was observed after the requirement was imposed.

The evaluation of the structures of the IV system also considered the 'Accord paritaire genevois', a local cooperation mechanism between the IV and the construction sector in the canton of Geneva. The aim of this potentially transferable example of good practice is to fast-track the occupational integration process. The partner institutions and the insured reported that they found the coordinated case management instrument as well as the prompt and more generous award of early intervention and integration measures particularly useful. The IV discharge rate is lower for the group of insureds who benefited from support than for the control group, and job placements were also more successful (by around a half in each instance).

Another international comparison examined the issue of 'integration' by studying the reforms that other countries had introduced to prevent pension receipt among young people and to activate them. As well as organisational adjustments, measures included more restrictive eligibility criteria or a general exclusion of younger people from pension receipt. The reforms often led to reduced pension applications and lower numbers of new pension recipients. Some countries also saw improved labour market integration rates. At the same time, though, the international comparison found that a significant proportion of these individuals remain dependent on the social security system even after participating in support and integration measures.

Finally, a research project investigated the development of housing for persons with disabilities. It illustrated the breadth of existing housing provision using a typology that divided accommodation into two settings: 'institutional' and 'private'. The study found that there is now a wider range of accommodation on offer and that decentralised, apartment-style structures have begun to emerge. It also found that the trend towards a direct payment funding model had gained momentum. The findings also showed that accommodation for people with very severe impairments and readily available temporary emergency accommodation were still lacking in some cantons.

2. Actors

The second chapter of this synthesis report is given over to 'actors'. It summarises the findings and recommendations of studies that examined the actors who interact and cooperate with the invalidity insurance scheme. They include benefit recipients, employers, psychiatrists who treat the recipients, and medical experts.

Some analyses which looked at the insured focused on the economic situation of IV pension recipients in general and IV pension recipients who claim a supplementary child pension in particular. Others explored the IV integration processes from the perspective of the insured, or mapped the profiles of young IV pension recipients who have a mental health condition. The studies on the economic situation of IV pension recipients found that the IV is relatively successful in protecting them from the risk of poverty. However, it should be noted that the average income of IV pension recipients is much lower than that of non-recipients. This observation applies equally to households which have at least one IV (as well as OASI) pension recipient who is entitled to a supplementary child pension under the OASI scheme (first pillar). The findings on this point clearly show that children of parents who are on an IV (and OASI) pension are at risk of growing up in a household that is less well-off than children of non-claimants.

With regard to the profiles of young IV pension recipients with a mental health condition, the research found that they tend to be affected by a severe mental disorder which began in very early childhood. In these cases, the illness was generally detected early too. A significant share of these young people had neither attended mainstream school nor worked in the primary labour market. Nevertheless, the researchers concluded that despite this difficult start in life, there would have been alternatives to claiming an IV pension for at least a minority of recipients and that they may have been awarded an IV pension prematurely. One of the reasons for this situation was that either the young people concerned participated in too few integration measures or these measures failed to achieve the intended outcome and the young recipients were not given an opportunity to retake them. The analysis of IV integration measures from the perspective of the insured corroborated earlier findings that showed that targeted measures which are specifically geared to the insured's impairment are key to successful professional integration. The findings also indicate that targeted measures enable the recipient to not only increase the number of hours they work as well as their workload, but also improve their work behaviour, boost their self-confidence, and preserve their ability to work despite their illness.

As mentioned above, the second part of the chapter on 'Actors' summarises the findings of the research on the interaction between the IV and employers, experts and psychiatrists. The studies which analysed IV-employer cooperation found that cooperation strategies adopted by the IV offices vary widely but that both parties rate the collaboration positively. The key to successful cooperation is an approach that reflects the prevailing cultural, geographical and economic context in the canton concerned. This was also the conclusion of the most recent employer survey (2021), which indicated that to optimise the occupational

(re-)integration of people with mental and other health impairments, IV offices must adopt communication and cooperation strategies that are geared specifically to the means and needs of the employer and industry concerned.

The research on treating psychiatrists also focused on the occupational integration of individuals with mental health conditions. The findings indicate that the majority of patients have workplace-related problems and that, despite the frequency and severity of these issues, there is a lack of expert evidence on the type of psychiatric interventions that can mitigate them and under which conditions these can be implemented. According to the study, the psychiatric perspective should be extended to the working environment in order to ensure that patients receive the best possible support to aid their (re-)integration in the labour market or to keep their existing job.

Like the treating psychiatrists, medical experts also come into contact with the IV. They are often the focus of media and political interest, and criticism. However, the study on the profiles of medical experts working in Switzerland dispelled doubts about their professional qualifications. The findings show that they have a wide range of specialist medical qualifications. In addition, almost three quarters also hold an insurance medicine degree and 90% have more than 15 years' professional experience. However, the report also highlighted challenges. For example, the IV offices find it difficult to hire suitable experts, particularly those who specialise in certain disciplines. Experts, for their part, stated that they would like existing reporting-related training courses to have more practical content and would welcome greater medicolegal training opportunities.

3. IV benefits

A number of studies looked at the benefits provided by the IV. Objectives included an evaluation of how these benefits are implemented and to what extent they achieve their aims, and to identify where improvements could be made. This chapter summarises the findings of these studies and divides them into three categories: 1) rehabilitation measures; 2) in-home support measures; 3) assistive devices.

The results show that since 2008 the IV has prioritised rehabilitation/reintegration measures. Initial contact happens earlier while external rehabilitation measures have tripled over the 2005–2018 period, a development driven primarily by a stronger focus on early intervention efforts. With regard to the impact on the pension amounts awarded to new claimants and professional integration, the statistical analyses show that the performance of the invalidity insurance offices (IV) has improved, and their procedure for triaging and referring applicants on for rehabilitation measures is less bureaucratic (verbal information rather than reports submitted by medical practitioners) and shorter. One study also investigated measures to prepare individuals for re-entry to the labour market. It found that these measures had risen by 68.8% over the 2012–2018 period, and that 68.5% of claimants in this group had a mental health condition. The study also observed an increase in the number of complex cases. These measures are more effective the shorter the time is between receipt and the claimant's last job, and when they are applied to the regular labour market. Between 2013 and 2017, the success rate of these labour market reintegration measures, i.e. the claimant's capacity for professional integration stands at 50% or more, has increased by nine percentage points, to 65%.

One study evaluated an innovative measure adopted by the IV office in Ticino, the 'Formazioni brevi strutturate' (short-term structured training). The aim here is to offer IV recipients with a health condition more options to regain, maintain or improve their ability to work through attendance at short-term retraining courses. The measure was designed primarily for individuals who are middle-aged or older and have lengthy work experience but few formal educational or training qualifications, which would therefore make it harder for them to complete a course offered as part of an IV retraining measure. The evaluation shows that the short-term structured training measure improves the claimants' chances of re-entering the labour market and avoids the need for lengthier and more costly measures that require the claimant to have certain skills already. A major factor behind the success of this innovative initiative is the involvement of trade associations, which ensures that the training is in line with labour market needs.

Finally, another study in this category investigated a pilot project under Art. 68quater InvIA on intensive early intervention methods to treat young children with autism. The evaluation concluded that intensive and integrated behavioural and/or developmental therapy interventions lead to a significant improvement in the child's situation and in parental quality of life. They also lighten the burden borne by educators and reduce the costs to the national economy. The authors therefore recommended that these methods are officially recognised as an effective and appropriate form of treatment.

Three projects looked at IV in-home support measures. One study focused on an international comparison of assisted living models (Belgium, Netherlands, Sweden and Switzerland) with a view to identifying new avenues for the further development of the Swiss model. With the exception of Sweden, institutional accommodation accounts for the lion's share of assisted living options. The study compared the division of responsibilities between the central government and decentralised authorities, analysed the direct payments model which provides the person concerned with a personal budget, as well as the support measures available to carers. Here too, the aim was to identify measures which guarantee that the disabled have the freedom to choose where they want to live. A second project evaluated the instruments used in Switzerland to assess eligibility for three IV benefits: the helplessness allowance, the intensive care supplement, and the personal assistance allowance. It also compiled an inventory of these in-home support instruments and compared them. The authors found that the IV instruments are deficit-oriented and based on a medical model of disability that bears little relation to the ICF biopsychosocial conceptualisation of disability. The highly standardised nature of these instruments mean that they are not necessarily adapted to all forms of disability and unable to take an accurate account of the applicant's specific support needs. The third study evaluated the personal assistance allowance. From 2012 to 2019, 3,466 adults had received assistance benefits at least once. Of these recipients, 11% were of statutory retirement age or older. In addition, recipients with a severe degree of helplessness are over-represented, while those with mental health problems are under-represented. The authors concluded that the personal assistance allowance achieves its main objectives, namely promoting autonomy and responsibility, improving the chances of persons with disabilities to continue living at home, and facilitating their social and professional integration.

The third section is given over to studies on assistive devices provided under the IV. A study on hearing aids analysed the impact of a change in the reimbursement system on the price and quality of hearing aid provision under the OASI and IV. Until June 2011, a tariff-based reimbursement system was used. It was replaced by lump-sum payments. The authors found that the quality of provision remained very good and that the new reimbursement model led to a 9.2% drop in prices. With regard to the IV specifically, the costs remained unchanged because recipients tended to use the lump-sum contribution to purchase a better-quality aid. Another study focused on the provision of communication devices. The IV reimburses the costs of electronic and electronic communication devices if the person is severely disabled and relies on this equipment to stay in contact with the people around them. The results confirm that the insured find communication devices helpful, and are largely satisfied in this regard. However, the survey also indicated that another less expensive device (often a tablet) might have greater utility for certain groups of insured. The evaluation found that the respondents were satisfied with the providers' assessment and advice services, yet there are still a few shortcomings which hamper the exploitation of communication potential in full.

4. FSIO position

The end of each chapter features a statement by the FSIO setting out its position on the conclusions and recommendations of the FoP3-IV reports. The statement also details the measures that have since been taken, either as part of the further development of the invalidity insurance scheme or otherwise, as well as plans for more changes in the future.

With regard to measures that have already been *taken*, it is clear from the FSIO statements that many of the FoP3-IV research findings and recommendations have been adopted and implemented as part of the ongoing development of the invalidity insurance scheme, which came into effect on 1 January 2022. For example, early detection, early intervention and integration measures now extend to young people, while the legal bases were created for co-funding by the IV of 'VET Case Management' (CMBB) initiatives as well as transitional options that prepare the claimant for initial entry to the vocational education and training

system. As the research recommended, these steps allow the IV to step up and expands its cooperation with cantonal actors at the upper secondary level of the education system. According to the FSIO statement, there are plans to adopt other recommendations from several studies. These include the expansion of medical measures to facilitate integration, increased counselling and support for adolescents, young people and adults with a mental health condition, as well as flexible integration measures for the latter. The FSIO notes that, as part of the further development of the invalidity insurance scheme, the law now includes a further two recommendations from the FoP-IV 3 programmes: greater cooperation with attending doctors and employers and closer alignment of occupational integration measures with the primary labour market.

On the subject of services under Art. 74 InvIA, the FSIO has taken note of the recommendation to apply a more needs-based approach to funding allocation. It is exploring options for implementing this proposal with the resources currently at its disposal. Limiting the award of benefits to support and encourage the integration of persons with disabilities has freed up funding for benefits that are paid out directly to the insured. The FSIO has also acted on the findings of a report on the duty of the insured to take all reasonable action, such as IV rehabilitation measures, to reduce their degree of invalidity or prevent its onset ('Schadenminderungspflicht'). It has therefore completely overhauled the relevant directives and conditions. The results of a study on the professional qualifications of medical experts in Switzerland has led to changes and improvements in relation to medical reports, the assessment procedure and quality assurance.

Beyond the further development of the IV, some other elements were adapted in line with the research recommendations. To strengthen the national interinstitutional cooperation structures, the specialist unit that oversees these activities increased its staff in 2017 and was permanently integrated in the State Secretariat for Economic Affairs (SECO). Because the intensive early intervention methods for early childhood autism have been recognised as an efficient and appropriate treatment, the FSIO has launched a further project together with the cantons. Its goal is to develop models with regard to programme design, impact, cost and shared funding. Finally, the FSIO is working with other federal offices to continuously improve the data on transfers between the different parts of the Swiss social security system.

The FSIO also stated that conclusions and recommendations from the FoP3-IV reports will inform *future* IV measures and projects. For example, there are plans to improve the IV early intervention measure and optimise the coordination of benefits provided by different parts of the social security system. Further measures will be taken in concert with the relevant actors in relation to interinstitutional cooperation and programmes to facilitate the school-to-training transition. The aim here is to boost the chances of young people with a health impairment successfully integrating in the labour market. Measures are also planned that will expand cooperation with employers, as announced in the further development of the IV, and align certain integration measures more closely with the needs of the primary labour market. As a result of the revised legal basis, the IV offices now have additional means and instruments at their disposal to improve cooperation with employers. An employer survey, which is scheduled for 2025, will gauge their impact. At the national level, the further development of the invalidity insurance scheme offers an opportunity for the IV and employer organisations to enter into cooperation agreements, which will in turn strengthen the existing cooperation framework.

In due time, the implementation of the new regulations concerning the 'Schadenminderungspflicht', particularly the conditions for the award of occupational integration benefits, may be the subject of a follow-up study. The results of the various ongoing studies on benefits for independent supported living will also be used to investigate if current benefits could be adapted or improved. With regard to services under Art. 74 InvIA, steps will be taken to redirect more funding to services that directly help the recipient

and to improve coordination between the Confederation, the cantons and organisations for the disabled. The 2020 study on the economic situation of IV pension recipients will serve as a starting and reference point for an analysis of the potential effects of the continuous, linear pension schedule which was introduced as a result of the further development of the invalidity insurance scheme. With regard to the evaluation of the personal assistance allowance and its optimisation potential, the study findings led to the creation of a working group to explore options for further simplifying the administrative procedure. The FSIO also stated that following the findings of an evaluation of hearing aid provision, action must be taken in the medium term. The market for communication devices has changed considerably since the study was carried out. The IV is currently working with providers to clarify the situation with a view to future renegotiations. This process will also take into account the findings of the evaluation carried out as part of the FoP-IV 3 programme.

1 Einleitung

Im Rahmen der 4. Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) wurde mit Artikel 68 die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass «der Bund [...] wissenschaftliche Auswertungen über die Umsetzung des Gesetzes (erstellt), um: a. die Anwendung zu überwachen und zu evaluieren, b. dessen Vollzug zu verbessern, c. dessen Wirksamkeit zu fördern und d. Gesetzesanpassungen vorzuschlagen». Die Verantwortung für das «mehrjährige Programm für wissenschaftliche Auswertungen betreffend die Umsetzung des Gesetzes» ist gemäss Artikel 96 IVV dem Eidgenössischen Departement des Innern übertragen. Entsprechend diesem Gesetzauftrag wurde ein Konzept für das mehrjährige Forschungsprogramm (FoP-IV)¹ entwickelt. Nach den ersten beiden Programmen, die zwischen 2006 und 2015 aufeinander folgten, wurde für den Zeitraum von 2016 bis 2022 ein drittes Forschungsprogramm lanciert.

Die jährlich durchgeführten Forschungs- und Evaluationsprojekte des FoP-IV ermöglichen die Beurteilung von konkreten Massnahmen der IV und vermitteln Entscheidungsgrundlagen für die Weiterentwicklung dieser wichtigen Versicherung, die zur ersten Säule der sozialen Sicherheit gehört. Im Jahr 2021 verzeichnete die Invalidenversicherung Einnahmen von knapp 9,4 Milliarden Franken. Dieser erhebliche Betrag muss mithilfe von Kenntnissen und Evidenz zur Wirksamkeit gesteuert werden können. Dadurch stehen Forschung und Evaluation in einem dynamischen Verhältnis zum Evaluationsgegenstand: Es geht darum, retrospektiv zu evaluieren und Entscheidungsgrundlagen für die weitere Entwicklung der Versicherung zu liefern.

Welchen Nutzen die IV und ihre Leistungen bringen, ist ein zentraler Gegenstand von FoP-IV-Projekten. Dabei geht es im Wesentlichen darum, Rechenschaft gegenüber der Politik und der Bevölkerung abzulegen: Inwiefern erreichen die Systeme und Massnahmen ihre Ziele? Wird der finanzielle Rahmen der Gesetzesrevisionen eingehalten? Sind kontraproduktive Auswirkungen auf andere Systeme, z. B. die Sozialhilfe und die Arbeitslosenversicherung, festzustellen? So können die Projekte eine politische Funktion erfüllen und der öffentlichen Hand als Entscheidungsgrundlage dienen. Bei einer späteren Gesetzesrevision sind Anpassungen möglich, die die Studienergebnisse berücksichtigen. Die Ergebnisse können auch für die —Aufsicht und Steuerung der IV-Stellen durch das BSV nützlich sein. Auf ihrer Grundlage können zum Beispiel Kreisschreiben überarbeitet oder den IV-Stellen Ziele vorgegeben werden. Schliesslich können die IV-Stellen dank der Schlussfolgerungen aus den Evaluationsergebnissen in ihrer Praxis unmittelbar von einem Lerneffekt profitieren. Die Zielgruppen der Projekte sind demnach die Politik und die Öffentlichkeit, das BSV oder die IV-Stellen sowie andere an der Umsetzung der Invalidenversicherung beteiligte Akteure und Akteurinnen. Die Auswirkungen der verschiedenen Studien werden in Form eines Umsetzungsmonitorings verfolgt. Dadurch wird sichergestellt, dass die Ergebnisse und Empfehlungen berücksichtigt werden. Das FoP3-IV entspricht einem strategischen Ziel des BSV: die wichtigsten Wissenslücken zu schliessen und die Verwendung der Forschungsergebnisse zur Förderung der Entwicklung der IV zu gewährleisten.

Der Nutzen der Projekte für die IV wird durch die Organisation des FoP-IV gewährleistet, und zwar insbesondere durch den regelmässigen Austausch mit den Verantwortlichen des Geschäftsfelds IV und den Fachpersonen innerhalb und ausserhalb des BSV sowie durch die Besprechung der Berichte in der AHV/IV-Kommission. Die FoP-IV-Steuerung setzt sich aus den Bereichsleitungen und der Leitung des Geschäftsfelds IV zusammen. Pro Jahr finden rund zehn Sitzungen der FoP-IV-Steuerung statt, um über die Lancierung neuer Projekte und die Ergebnisse der abgeschlossenen Projekte zu diskutieren. Zu Jahresanfang wird zwecks Definition der Prioritäten ein Umsetzungsplan erstellt. Allerdings

¹ <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/forschung/forschungsbereiche/forschungsprogramme-zur-invalidenversicherung--fop-iv-.html>

werden die Prioritäten im Jahresverlauf regelmässig an die jeweiligen Anforderungen angepasst. Das Programm wird von einer Vertreterin des Geschäftsfelds IV und einem Vertreter des Bereichs Forschung und Evaluation (Geschäftsfeld Mathematik, Analysen und Statistik MAS) gemeinsam geleitet. Auch in den einzelnen Projekten, die jeweils von Mitarbeitenden der beiden Geschäftsfelder geleitet werden, kommt diese Tandemstruktur zum Tragen. Dadurch ist die Komplementarität zwischen materieller Projektverantwortung (Geschäftsfeld IV) und Verantwortung für Methode und Organisation (Geschäftsfeld MAS) gewährleistet. Zu jedem Forschungsprojekt gibt es eine Begleitgruppe, sodass die Projekte vom Fachwissen dreier Seiten bezüglich Forschungsfragen, Methode oder Bedeutung der Ergebnisse für Praxis und Politik profitieren. Die extern vergebenen Aufträge gewährleisten die Unabhängigkeit der Forschung und die Spezialisierung der Kompetenzen entsprechend dem Projektbedarf.

Im Rahmen des FoP3-IV wurden 24 Studien² durchgeführt und dazu zahlreiche Berichte für die Publikationsreihe des BSV *Beiträge zur Sozialen Sicherheit* verfasst. Zudem wurden in der Regel Zusammenfassungen der Studien in der Zeitschrift *Soziale Sicherheit CHSS* veröffentlicht.

Die Kosten liegen – mit einigen Ausnahmen (davon zwei «Extremfälle» von 40 000 Franken und 510 000 Franken) – in der Bandbreite von 80 000 bis 130 000 Franken pro Projekt. Der Gesamtbetrag für die 24 Projekte über sieben Jahre beläuft sich auf 2 808 572 Franken. Das jährliche Budget von rund 500 000 Franken wird nicht immer ausgeschöpft und stellt gemessen an den jährlichen Ausgaben der IV nur eine sehr geringe Investition (ca. 0,005 %) dar. Die Finanzierung stammt aus Mitteln der Invalidenversicherung und punktuell auch aus dem Beratungskredit des BSV; seltener erfolgt sie über Pilotprojekte gemäss Artikel 68^{quater} IVG.

Die untenstehende Tabelle vermittelt einen Überblick über die durchgeführten Projekte, die Beauftragten und die Kosten. In der elektronischen Version des vorliegenden Syntheseberichts können die Forschungsberichte durch Anklicken der entsprechenden Links direkt konsultiert werden.

	Publ ikati on	Titel	Nummer / Link	Beauftragte	Kosten (CHF)
1.	2022	Disability, Work and Inclusion: Rigorous Mainstreaming in all policies and practices (OECD)	OECD	Vom BSV kofinanziertes Projekt der OECD	110 000
2.	2022	Unterstützung beim Wohnen zu Hause: Instrumente zur Bedarfsabklärung	11/22	HSLU/HES-SO	85 891
3.	2022	Unterstützung beim Wohnen zu Hause: Internationale Modelle	10/22F 10/22D	HETSL	100 094
4.	2022	Arbeitgeberbefragung zur Wahrnehmung der IV und ihrer Instrumente	3/22	DemoSCOPE	82 024
5.	2020	Evaluation der Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung	17/20	Across Concept	120 000
6.	2020	Evaluation Assistenzbeitrag 2012 bis 2019	16/20	BASS	108 212
7.	2020	Analyse der Preise und der Qualität in der Hörgeräteversorgung	15/20	IWSB	510 000

² Zwei Berichte, die gleichzeitig in den Zeitraum des FoP2-IV und des FoP3-IV fielen, wurden in der vorliegenden Synthese nicht vertieft behandelt; sie kommen noch zu den 24 Berichten hinzu.

8.	2020	Die wirtschaftliche Situation von IV-Rentnerinnen und IV-Rentnern	14/20	BASS	90 000
9.	2020	Entwicklung der Übertritte von der Invalidenversicherung in die Sozialhilfe. Analysen auf Basis der SHIVALV-Daten	8/20	BASS	67 459
10.	2020	Auflagen zur Leistungsgewährung im Rahmen der Schadenminderungspflicht der Invalidenversicherung	1/20	Vatter / BFH	120 000
11.	2019	Bestandesaufnahme des Wohnangebots für Menschen mit Behinderungen	7/19	BFH	129 057
12.	2018	Evaluation der Wirksamkeit der intensiven Frühinterventionsmethoden bei frühkindlichem Autismus	9/18	ZHAW	94 500
13.	2018	Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten. Erfolgsfaktoren, Verlauf und Zufriedenheit	8/18	Psychiatrie Baselland; CHUV, HSD, ValueQuest	126 000
14.	2018	Ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung der medizinischen Gutachterinnen und Gutachter	5/18	Interface	102 393
15.	2017	Patienten mit Arbeitsproblemen. Befragung von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz	11/17	Psychiatrie Baselland	–
16.	2017	Evaluation der «Formazioni brevi» Évaluation du dispositif «Formazioni brevi»	10/17D 10/17F	SUPSI	86 400
17.	2017	Angebote am Übergang I für Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen	9/17	Across Concept	130 000
18.	2017	Evaluation Assistenzbeitrag 2012–2016	8/17	BASS	166 502
19.	2017	Evaluation de l'accord paritaire genevois Evaluation «Accord paritaire genevois»	6/17F 6/17D	Evaluanda / Serdaly & Ankers	93 765
20.	2017	Junge Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen: rentenvermeidende und aktivierende Massnahmen Jeunes atteints dans leur santé: mesures d'activation et de prévention de la dépendance aux rentes d'invalidité	3/17D 3/17F	Prins	44 275
21.	2016	Bedarfs- und Angebotsanalyse der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG	15/16	Vatter	187 000
22.	2016	Analyse der Abgabe von Kommunikationsgeräten an Versicherte der Invalidenversicherung	13/16	Infras	90 000
23.	2016	Evaluation der nationalen Strukturen für die Interinstitutionelle Zusammenarbeit	8/16	Egger & Partner	40 000
24.	2016	Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den Arbeitgebenden	1/16	Vatter	125 000

Für die unterschiedlichen Projekte wurden vielfältige Daten verwendet: Daten der Zentralen Ausgleichsstelle³, Individuelle Konten der AHV, SHIVALV⁴, Steuerdaten WiSiER⁵, Betriebs- und Unternehmensregister des Bundesamtes für Statistik (BFS)⁶, Medizinalberuferegister des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)⁷, Versichertendossiers, interne Dokumente der IV-Stellen (Prozesse, Konzepte), Auditberichte, Gesetzesgrundlagen (Gesetze, Verordnungen, Weisungen) sowie Befragungen und Interviews mit zahlreichen Akteurinnen und Akteuren (IV-Stellen, Ärztinnen und Ärzte, Arbeitgebende, Kantone, kantonale und nationale Verbände usw.). Diese hier nicht vollständig aufgelisteten Datengrundlagen wurden mit Hilfe sehr unterschiedlicher statistischer oder qualitativer Methoden analysiert.

Der vorliegende Bericht fasst die wichtigsten Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Studien zusammen. Er ist in drei thematische Kapitel gegliedert, die sämtliche im Rahmen des FoP3-IV veröffentlichten Studien umfassen. Das erste Thema betrifft das IV-System und seine Schnittstellen mit anderen Systemen bzw. Strukturen (z. B. Sozialhilfe, Arbeitslosenversicherung, Wohnen). Im zweiten Kapitel wird die Rolle oder Sichtweise verschiedener Schlüsselakteure der IV untersucht (Versicherte, Ärztinnen und Ärzte, Arbeitgebende usw.). Im dritten Kapitel geht es schliesslich um die Evaluation von spezifischen Leistungen der IV (z. B. Integrationsmassnahmen, Assistenzbeitrag oder Hörgeräteversorgung).

Jedes Kapitel schliesst mit einer Stellungnahme des BSV zu den Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Projekte. So informiert das BSV über die nach der Publikation der Studien getroffenen Massnahmen sowie die laufenden Arbeiten und gibt an, ob diese Ergebnisse in der Weiterentwicklung der IV (der am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Revision) berücksichtigt wurden.

³ <https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/6410>

⁴ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/soziale-sicherheit/erhebungen/shivalv.html>

⁵ <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/forschung/forschungsbereiche/WiSiER.html>

⁶ Unternehmensregister | Bundesamt für Statistik (admin.ch)

⁷ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinalberuferegister-medreg.html>

2 Das System der IV und seine Schnittstellen

Das folgende Kapitel zum IV-System und seinen Schnittstellen ist in zwei Teile gegliedert. Im ersten Teil (2.1) geht es um die (Neu-)Gestaltung der institutionellen Schnittstellen zwischen IV und angrenzenden Bereichen. Der zweite Teil (2.2) geht auf einzelne Strukturen innerhalb des IV-Systems, ihre praktischen Auswirkungen sowie auf Aspekte der interinstitutionellen Zusammenarbeit ein. Zum Schluss des Kapitels werden zunächst die in den Forschungsberichten erarbeiteten Empfehlungen an das BSV und die IV gebündelt aufgeführt (2.3). Abschliessend werden die Stellungnahmen des BSV zu den Studienergebnissen (2.4) dargelegt.

2.1 Schnittstellen zwischen IV und anderen Bereichen der sozialen Sicherheit

Die Schnittstellen der IV zu anderen Bereichen der sozialen Sicherheit waren im dritten Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung (FoP3-IV) Gegenstand einer Reihe von Studien. Dabei ging es einerseits um die institutionelle Ausgestaltung der Übergänge zwischen IV und angrenzendem System, andererseits um die Bemühungen um eine Verbesserung der institutionenübergreifenden Zusammenarbeit zwischen den jeweiligen Akteuren und Akteurinnen, die wesentlich zum Funktionieren der IV beitragen. Das Wirken der IV in ihrem institutionellen Umfeld – also in Beziehung zum Gesundheitswesen, zu den Institutionen der beruflichen Eingliederung oder zum Bildungswesen – ist entscheidend, um die Ziele zu erreichen: Invalidität mit einfachen und zweckmässigen Mitteln zu verhindern, vermindern oder zu beheben und verbleibende ökonomische Folgen der Invalidität angemessen auszugleichen.

Im dritten Forschungsprogramm FoP3-IV wurden die Schnittstellen des IV-Systems vor allem in vier Forschungs- bzw. Evaluationsprojekten behandelt: In einem ersten Bericht ging es um vermutete Übertritte von der IV in die Sozialhilfe aufgrund der Gesetzesrevisionen der IV. In einem weiteren Bericht wurden die neu geschaffenen Strukturen der übergreifenden, interinstitutionellen Zusammenarbeit auf nationaler Ebene evaluiert. Eine dritte Studie befasste sich mit den Angeboten für Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen am Übergang zwischen Schule und Berufsbildung. Ausserdem betrachtete eine ländervergleichende OECD-Studie die Ausbildungs-, Erwerbsarbeits- und Einkommenssituation von Menschen mit Behinderung.

2.1.1 Entwicklung der Übertritte von der IV in die Sozialhilfe

Die Studie zu Personen, die nach einer IV-Anmeldung später Sozialhilfe erhalten, betrachtete die Entwicklung in den letzten fünfzehn Jahren. In diesem Zeitraum haben drei eingliederungsorientierte IVG-Revisionen stattgefunden. Unter Verwendung des SHIVALV-Datensatzes (zusammengeführte Daten aus den drei Sozialwerken IV, Arbeitslosenversicherung ALV und Sozialhilfe) und ergänzender Datenbestände fragte die Studie nach der Häufigkeit von Übertritten aus der IV in die Sozialhilfe und kontextualisiert diese mit Hilfe anderer IV- und Arbeitsmarktdaten (Guggisberg, Bischof 2020).

In der Periode 2005 bis 2017 stieg die Anzahl der jährlichen Neuanmeldungen bei der IV von 43'610 auf 57'720 um rund ein Drittel, während die Bevölkerung in derselben Periode um 11% gewachsen ist. Neben dem Bevölkerungswachstum ist auch die Alterung der Bevölkerung ein Grund für die Zunahme der Anmeldungen, da diese mit steigendem Alter ebenfalls zunehmen. Darüber hinaus hat den Autoren zufolge allerdings auch die umfassende Neuausrichtung der IV durch die 4. und 5. IVG-Revision zum Anstieg der Anmeldungen beigetragen. Diese sehen vor, dass Personen mit dem Risiko einer längerdauernden gesundheitlichen Einschränkung sich möglichst frühzeitig bei der IV anmelden sollen. Insgesamt ist die Anmeldequote (der Anteil der versicherten Bevölkerung, der sich bei der IV anmeldet) über die letzten zehn Jahre um 28% (von 0.83% auf 1.06%) angestiegen, wobei diese Zunahme weitgehend auf die Entwicklung in den Altersgruppen unter 50 Jahren zurückzuführen ist (Guggisberg, Bischof 2020: 13).

Rund einem Drittel sowohl von den 2005 als auch von den 2014 bei der IV angemeldeten Personen wurde innerhalb von vier Jahren nach ihrer Anmeldung eine Leistung der IV zugesprochen. Mit Blick auf die Art der Leistung hat sich jedoch das Verhältnis zwischen Eingliederungsmassnahmen und Rentenzusprachen in dieser Zeitspanne stark verändert: Während der Anteil an Massnahmen im Eingliederungsbereich angestiegen ist, sank der Anteil an zugesprochenen Renten. So bezogen innerhalb der Kohorte, die sich 2005 bei der IV anmeldete, vier Jahre später, also 2009, 26 % eine IV-Rente. Unter denjenigen, die sich 2014 neu anmeldeten, betrug dieser Anteil im Jahre 2018 nur 15%. Trotz einer Steigerung der Anmeldungen wurden also in der 2014er-Kohorte letztlich rund 3400 Neurenten weniger zugesprochen als in der 2005er-Kohorte. Wie in der Studie gezeigt wird, kann dieser Rückgang der Neurenten statistisch weder mit der sich über die Zeit verändernden strukturellen Zusammensetzung der IV-Anmeldepopulation noch mit den Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt erklärt werden (Guggisberg, Bischof 2020: 26-30, 48).

Ausgehend davon wurde der Verbleib jener versicherten Personen untersucht, die nach der Anmeldung bei der IV keine Renten erhalten haben. Vier Jahre nach einer IV-Neuanmeldung war von den im Jahr 2013 angemeldeten Personen ein grösserer Anteil erwerbstätig als bei den früheren Anmeldekohorten. Ihr Anteil stieg von 50 % (Kohorte 2006: 12 390 Personen) auf 58 % (Kohorte 2013: 16 820 Personen). Der Anteil von Personen mit einem (als wirtschaftlich existenzsichernd definierten) Erwerbseinkommen von über 3000 Fr. im Monat erhöhte sich parallel von 31 % (Kohorte 2006: 9 590 Personen) auf 38 % (Kohorte 2013: 14 800 Personen).

Zugleich stieg der Anteil Personen, die im vierten Jahr nach ihrer Anmeldung bei der IV wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen, von 11,6 % (Kohorte 2006) auf 14,5 % (Kohorte 2013) – eine Zunahme der Quote um 25% (Guggisberg, Bischof 2020: 49). Der Anstieg war vor allem in den Kohorten 2008 und 2012 markanter als in den früheren Jahren. Weil gleichzeitig die IV-Anmeldungen zunahmen, ist der Zuwachs in absoluten Fallzahlen ausgeprägt. Laut einer Modellrechnung, welche die veränderte Zusammensetzung der IV-Anmeldepopulation sowie der Entwicklung der kantonalen Arbeitslosenquoten seit 2006 berücksichtigt, würden von der Kohorte 2013 vier Jahre nach der IV-Anmeldung geschätzte 10,3 % Sozialhilfe beziehen. Hingegen liegt der tatsächlich beobachtete Wert bei den bereits erwähnten 14,5 %. Die Differenz von 4,2 %-Punkten kann damit für die Kohorte 2013 als maximale Höhe der Verlagerung von der IV in die Sozialhilfe interpretiert werden (Guggisberg, Bischof 2020: 64). Dieser Schätzung zufolge hätten somit rund 29 % ($4,2 \% \text{ von } 14,5 \% = 28,97 \%$) der für die Kohorte 2013 beobachteten Übertritte von der IV in die Sozialhilfe unter den gesetzlichen Rahmenbedingungen von 2006 nicht stattgefunden.

In der Querschnittsbetrachtung ergibt sich für das Jahr 2017 folgendes Bild: In der Sozialhilfestatistik sind 175 240 Unterstützungseinheiten ausgewiesen. Darunter finden sich rund 25 710 Personen (14,7 % der Unterstützungseinheiten), die früher einmal bei der IV angemeldet gewesen sind. Wird die statistisch geschätzte durchschnittliche Verlagerungsquote von 21,2 %⁸ auf diese Sozialhilfebeziehenden übertragen, lässt sich feststellen, dass im Jahr 2017 etwa 5450 Personen aufgrund der IVG-Änderungen in der Sozialhilfe gewesen sind. Gemessen am Total aller Sozialhilfedossiers 2017 entspricht dies einem Anteil von 3,1 %, dazu kommen 1,1 % Personen mit einer IV-Rentenaufhebung.

2.1.2 Nationale Strukturen für die Interinstitutionelle Zusammenarbeit

Mit dem Aufbau der Interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) soll das Zusammenwirken von verschiedenen Akteuren der sozialen Sicherheit (Arbeitslosenversicherung, Invalidenversicherung und Sozialhilfe) im Bereich der beruflichen Eingliederung verbessert

⁸ Der verwendeten Schätzmethode zufolge hätten über die Jahreskohorten hinweg durchschnittlich 21 % der Sozialhilfebezügler/-innen vier Jahre nach der IV-Anmeldung keine Sozialhilfe (sondern IV-Rente bezogen), wenn die um Arbeitsmarktdaten und Zusammensetzung der Neuanmeldungen bereinigte Quote der IV-Rentenzusprachen gegenüber 2006 unverändert geblieben wäre (Guggisberg, Bischof 2020: 72).

werden. Die Zielsetzung besteht darin, die Institutionen aus dem Bereich der Berufsbildung und Arbeitsintegration so zu koordinieren, dass die Eingliederungschancen von Menschen mit Mehrfachproblematiken steigen. Laut Einsetzungsbeschluss vom 11. November 2010 waren die Ziele eine aktive Gestaltung und Steuerung der Rechtsetzungs- und Vollzugskompetenzen durch eine systemübergreifende Trägerschaft, die verbesserte Zusammenarbeit für systemübergreifende Lösungen sowie die Förderung einer verbindlichen Zusammenarbeit zwischen den Vollzugsstellen. Hierfür wurde eine nationale IIZ-Organisation geschaffen. Inwieweit diese die im Einsetzungsbeschluss festgehaltenen Ziele und Aufgaben erfüllt, ist auf Bundesebene in einer Studie analysiert worden. Diese stützte sich auf Dokumente der nationalen IIZ-Organisation, Interviews mit deren Mitgliedern sowie auf eine Online-Umfrage unter den kantonalen IIZ-Koordinatorinnen und Koordinatoren (Egger, Egger-Mikic 2016).

Der Studie zufolge entspricht die Organisationsstruktur der nationalen IIZ-Organisation weitgehend den Vorgaben des Einsetzungsbeschlusses, der für drei einzurichtende nationale IIZ-Gremien eine bestimmte Zusammensetzung sowie eine bestimmte Aufgaben- und Prozessstruktur vorsieht (Egger, Egger-Mikic 2016: 39). Allerdings wurden nicht alle den drei Gremien zugeordneten Aufgaben vollumfänglich umgesetzt, was auch auf die geringe Personalausstattung zurückzuführen ist (0,75 bis 1,35 Vollzeitäquivalente für alle drei Gremien). Ein zentrales Ergebnis lautet zudem, dass innerhalb der nationalen IIZ-Organisation kein einheitliches Verständnis der Problemstellungen, Zielgruppen und Ziele besteht (Egger, Egger-Mikic 2016: 12). Der Nutzen der bisherigen Leistungen der nationalen IIZ-Organisation wird durch die Mitglieder der drei nationalen IIZ-Gremien unterschiedlich bewertet, worin sich wiederum das je unterschiedliche Verständnis der Organisationsziele widerspiegelt. Unter den kantonalen IIZ-Koordinationsbeauftragten sehen 4 von 5 Befragten in der nationalen IIZ-Organisation einen nützlichen Beitrag. Während einige die Ansicht vertreten, dass die bisherigen Fortschritte den Erwartungen durchaus entsprechen, urteilen andere, die erreichte Form der Zusammenarbeit bleibe hinter den Erwartungen zurück. Unterdessen zeigen die Ergebnisse auch, dass die nationale IIZ-Organisation Auftrag und Ziele trotz (zu) weniger Ressourcen insgesamt erfüllt.

2.1.3 Angebote am Übergang I

Weiter wurde die Schnittstelle zwischen der IV und dem Bildungssystem vertieft untersucht. Der Übergang zwischen Schule und Berufsausbildung (Übergang I) stellt Jugendliche, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen einen besonderen Bildungsbedarf haben, vor grosse Herausforderungen. Eine frühzeitige Berufswahlvorbereitung kann gerade bei Jugendlichen mit gesundheitlichen Einschränkungen von entscheidender Bedeutung für das Gelingen des Übergangs I sein. Hierbei hat die Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) sowie das Sonderpädagogik-Konkordat (und die damit verbundene Tendenz zur integrativen Beschulung) zu einem erhöhten Abstimmungsbedarf bei gleichzeitigem Informationsverlust auf Seiten der kantonalen IV-Stellen geführt. Eine FoP-IV-Studie zu dieser Thematik (Schmidlin et al. 2017) kombinierte verschiedene Forschungsansätze, u.a. qualitative Dokumentenanalysen, leitfadengestützte und Gruppeninterviews sowie statistische Auswertungen von Daten der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) und BFS-Daten.

Ein knappes Fünftel der jungen Versicherten erhält erst im Alter von 16 bis 24 Jahren (also nach Schulaustritt) erstmals medizinische oder berufliche Massnahmen der IV («Spätleistungsbeziehende»), der andere Teil bereits vor dem 16. Lebensjahr. Der Anteil der «Spätleistungsbeziehenden» variiert allerdings stark zwischen den einzelnen Beeinträchtigungsgruppen. Ein Früherkennungsbedarf besteht insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Persönlichkeitsstörungen, reaktiven Störungen oder einer Psychose. Auch junge Versicherte mit kongenitaler Hirnstörung, frühkindlichem Autismus oder frühkindlicher Psychose könnten allenfalls schon früher am Übergang I

erfasst werden, wenn sie die notwendige Berufswahlreife mitbringen. In der Studie wird geschätzt, dass 28% der 16- bis 24-jährigen Versicherten mit den erwähnten Störungsbildern zu einem früheren Zeitpunkt bei der IV hätten angemeldet werden können.

Insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene mit körperlichen Einschränkungen (71,7 %) benötigen in der Regel keine Unterstützung der IV beim Berufseinstieg. Auch die 14- bis 24-jährigen Versicherten mit kongenitaler Hirnstörung, frühkindlichem Autismus oder frühkindlicher Psychose waren seltener auf berufliche Massnahmen der IV angewiesen. Deutlich häufiger erhalten indes die 14- bis 24-jährigen Versicherten mit Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung (rund zwei Drittel), Persönlichkeitsstörungen und reaktiven Störungen (vier Fünftel) sowie Jugendliche und junge Erwachsene mit Psychose (neun Zehntel) berufliche Massnahmen der IV.

Am Übergang I lässt sich in den Kantonen ein vielseitiges Angebot erkennen. Es bestehen Brückenangebote, die sich an verschiedene Zielgruppen mit unterschiedlichem Ausbildungsstand und individuellem Bedarf richten. Hierbei setzen die Kantone das Sonderpädagogik-Konkordat, das auch für den nachobligatorischen Bildungsbereich gilt, auf unterschiedliche Weise um: einerseits durch Verlängerung der Sonderschule, andererseits durch Berufsvorbereitungsjahre oder Werkstufen für Jugendliche, die einen Anspruch auf berufliche Massnahmen der IV haben. Die Autorinnen und Autoren resümieren, dass dennoch mindestens für einen Teil der Jugendlichen mit gesundheitlichen Einschränkungen eine Angebotslücke am Übergang I besteht (Schmidlin et al. 2017: XI). Lernende, die während der obligatorischen Schulzeit nicht besonderes auffallen, werden von den Schulen mitgetragen und ihre gesundheitlichen Einschränkungen oder andere Probleme machen sich erst am Übergang I deutlich bemerkbar (Schmidlin et al. 2017: X-XII). Hinsichtlich der Früherkennung am Übergang I sind auf kantonaler Ebene je nach Zielgruppe unterschiedliche Ansprechstellen zuständig. So können bei der Separativen Sonderschulung (SSS) entweder das Volksschulamt oder die Gesundheits- und Fürsorgedirektion zuständig sein; bei der Integrativen Sonderschulung ist die Sonderschulung (IS oder INSO) verantwortlich; bei der Integrativen Schulung/speziellen Förderung ist die Regelschule (ISR, IF oder ISF) zuständig.

Bund, Kantone und Organisationen der Arbeitswelt beschlossen 2006 die Einführung des Case Management Berufsbildung (CMBB). Seit Abschluss der Beitragsfinanzierung des Bundes im Jahre 2015 liegt die Weiterführung des CMBB in der alleinigen Verantwortung der Kantone, die diese unterschiedlich wahrnehmen. Wo das CMBB verankert ist und aktiv genutzt wird, verbessert es tendenziell die Zusammenarbeit mit der IV-Stelle. In den anderen Kantonen fungiert das CMBB entweder im Sinne einer Meldestelle für die Früherkennung, übernimmt eine «Triagefunktion» an der Schnittstelle zwischen IV-Stelle und obligatorischer Schule oder die IV-Stelle prüft, ob das CMBB als Coaching bei Jugendlichen mit Mehrfachproblematik eingesetzt werden kann. In rund der Hälfte der Kantone fehlt zum Zeitpunkt der Befragung noch eine klare Strategie zur Rolle des CMBB. In den meisten Kantonen bestehen bereits verschiedene Netzwerke, die der effizienten Früherkennung sowie der Unterstützung der gesundheitlich beeinträchtigten Jugendlichen am Übergang I dienen und an denen auch die IV-Stellen beteiligt sind. Allerdings wurde in Fallstudien festgestellt, dass insbesondere Personen im Bildungsbereich und Erziehungsberechtigte die «Versicherungslogik» nicht immer nachvollziehen können, etwa was die IV leisten kann und was nicht. Optimierungsbedarf besteht teilweise auch hinsichtlich des Informationsflusses zwischen den IV-Stellen und den Akteuren und Akteurinnen, welche die Jugendlichen in den verschiedenen Ausbildungsphasen begleiten. Dies betrifft insbesondere den Umgang mit Lernenden, die niederschwellige Massnahmen (integrative Förderung) erhalten, oder die teilweise lernzielbefreiten Lernenden. Laut Studie sind hierbei die uneinheitlichen und intransparenten Strukturen beim Übergabeprozess in die Anschlusslösungen optimierungsbedürftig (Schmidlin et al. 2017: XV).

2.1.4 OECD-Studie zur beruflichen Eingliederung und Inklusion

Im Zusammenhang mit den Schnittstellen der sozialen Sicherheit präsentiert ein OECD-Bericht mit dem Titel «Disability, Work and Inclusion. Mainstreaming in all policies and practices» die Ergebnisse einer international vergleichenden Untersuchung der Ausbildungs-, Erwerbsarbeits- und Einkommenssituation von Menschen mit Behinderung.⁹ Schwerpunktmässig wurden die Politikansätze und strukturellen Entwicklungen in sechs Länder betrachtet, die eingliederungsorientierte Reformen durchgeführt haben, darunter auch die Schweiz. Punktuell stützte sich die Untersuchung auch auf Survey-Daten aus einer grösseren Zahl von OECD-Ländern. Ihre Hauptergebnisse bezüglich der Arbeitsmarkt- und Sozialintegration gliedern sich in vier Bereiche (schulische und berufliche Ausbildung, Arbeitsmarkt, sozialpolitische Transferzahlungen, Ungleichheit und Armut).

Im Bereich der schulischen und beruflichen Ausbildung sind laut OECD-Studie einige Verbesserungen zu beobachten. So ist im Länderdurchschnitt der Anteil von Menschen mit Behinderung, die über ein niedriges Bildungsniveau verfügen, von etwa 48 % auf 30 % zurückgegangen (Entwicklung von 2005 bis 2019), liegt jedoch noch immer 10 % höher als bei Menschen ohne Behinderung (2005: 32 %; 2019: 20 %). Darüber hinaus besteht für Menschen mit Behinderung weiterhin ein erhöhtes Risiko, frühzeitig aus dem Schulsystem auszuschneiden (1 von 5 Jugendlichen mit Behinderung im Gegensatz zu 1 von 10 Jugendlichen ohne Behinderung). Bei Menschen mit schweren Behinderungen liegt dieser Anteil mit 35 % noch höher, wobei die Schweiz sich hier mit knapp 30 % unter dem OECD-Durchschnitt bewegt. Im Ergebnis verbesserte sich zwar die (Aus-)Bildungssituation von Menschen mit Behinderung, insgesamt bleibt die relative Benachteiligung (in Form eines *disability education gap*) aber bestehen (OECD 2022: 35-37).

Auf dem Arbeitsmarkt haben sich zwar die Beschäftigungsraten von Menschen mit Behinderung an sich leicht erhöht. Sie lagen 2019 bei durchschnittlich 42 %. Die Schweiz liegt hier mit 58 % an der Spitze. Der Unterschied zur Beschäftigungsrate von Menschen ohne Behinderung (*disability employment gap*) beträgt allerdings im Mittel aller untersuchten OECD-Länder noch immer 27 %. Die Schweiz ist eines der Länder, die mit 15 % am unteren Ende des Spektrums liegen. In der Gesamtbetrachtung der OECD-Länder war im Jahre 2019 für Menschen mit Behinderung die Wahrscheinlichkeit, arbeitslos zu sein, 2,3-mal höher als für Menschen ohne Behinderung. Diese Entwicklung bedeutet eine Verschlechterung im Vergleich zum Jahr 2008, wo dieser Wert nur 2,0 betrug. In der Schweiz ist die Wahrscheinlichkeit aktuell noch immer etwa zweimal höher und fällt somit im internationalen Vergleich gering aus (OECD 2022: 38-40). Sind Menschen mit Behinderung erwerbstätig, verdienen sie im OECD-Durchschnitt 85-87 % (Schweiz: etwas über 90 %) des Lohns, den Menschen ohne Behinderung erzielen, sodass ein *disability wage gap* fortbesteht (OECD 2022: 44).

In Bezug auf sozialpolitische Transferzahlungen (gesundheits- bzw. invaliditätsbezogene Leistungen, Arbeitslosenunterstützung, Altersrente oder Sozialhilfe) zeigt sich, dass durchschnittlich 80 % der Menschen mit einer schweren Behinderung mindestens eine Lohnersatzleistung erhalten (leichtere Formen der Behinderung: 60 %; Menschen mit nicht erwerbsfähigkeitsmindernden gesundheitlichen Problemen: 42 %; Menschen ohne gesundheitliche Probleme: 30 %). Dieser Anteil beträgt unter den jüngeren Menschen mit Behinderung nur 50 %. In der Schweiz erhalten ebenfalls etwa 80 % der Menschen mit schwerer Behinderung mindestens eine Art der Transferzahlung (OECD 2022: 49-50).

Hinsichtlich der Ungleichheit und Armut von Menschen mit Behinderung werden die Einkommensunterschiede im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung (*disability income gap*) dargestellt. Haushalte, in denen Menschen mit Behinderung leben, verfügen im Länderdurchschnitt nur über 84 % der Mittel, die Haushalten ohne Menschen mit

⁹ Der OECD-Bericht ist kein Bestandteil des FoP3-IV, wurde jedoch in diesem Rahmen vom BSV kofinanziert. Die im Folgenden genannten Zahlen sind aufgrund ihrer Darstellungsweise im Bericht teilweise stark gerundet.

Behinderung zur Verfügung stehen. Transferzahlungen kompensieren also nicht das im Mittel geringere Erwerbseinkommen. Allerdings besteht zwischen den Ländern eine hohe Varianz: Während eine Behinderung in den USA einen durchschnittlichen Einkommensunterschied von 35 % bedeutet, liegt dieser in einigen europäischen Ländern, darunter auch die Schweiz, bei vergleichsweise geringen 10 %. Über alle OECD-Länder hinweg birgt eine Behinderung jedoch ein bedeutendes Armutsrisiko. Die Armutsquote (weniger als 60 % des Medianeinkommens) von Menschen mit Behinderung ist während der letzten Dekade sogar leicht eingestiegen: Inzwischen lebt OECD-weit fast jeder vierte Mensch mit Behinderung in einem Haushalt mit einem Gesamteinkommen unter der oben genannten Armutsgrenze. In der Schweiz betrug dieser Anteil in der Periode 2008-2011 ca. 15 %, zwischen 2016-2018 ca. 18 % (OECD 2022: 53-55).

Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse konstatiert der Bericht, dass die eingliederungsorientierte Politik der letzten rund 15 Jahre – trotz gewisser Fortschritte – nicht den erhofften Effekt hatte, die Lücken im Bereich der Beschäftigung und des Erwerbseinkommens von Menschen mit im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung zu reduzieren oder gar zu schliessen. Daher plädieren die Autorinnen und Autoren für einen breiten *Mainstreaming*-Ansatz: Anstelle gesonderter Unterstützungssysteme für Menschen mit Behinderung muss ihnen zufolge wesentlich stärker die auf individuelle Bedürfnisse abgestimmte Inklusion in die Standardsysteme (wie beispielweise das Bildungs- und Sozialsystem sowie die Arbeitsmarktpolitik) vorangetrieben werden.

2.2 Instrumente und Strukturen des IV-Systems

Mehrere Studien des FoP3-IV befassen sich mit den Instrumenten und internen Strukturen des IV-Systems. So wurden Untersuchungen über die Subventionierung von Organisationen der Behindertenhilfe und über Auflagen zur Erfüllung der Schadenminderungspflicht durchgeführt. Daneben ist eine paritätische Vereinbarung zwischen Sozialversicherern und Sozialpartnern in Genf evaluiert worden. Ausserdem wurden das Wohnangebot für Menschen mit Behinderungen sowie rentenvermeidende und aktivierende Massnahmen für junge Menschen mit Behinderung in fünf europäischen Ländern analysiert.

2.2.1 Bedarfs- und Angebotsanalyse der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG

Ein Forschungsprojekt untersuchte die Leistungen nach Art. 74 IVG und fragte hierbei nach der Bedarfsgerechtigkeit der durch die IV geförderten Angebote (Bolliger et al. 2016). Die Forschenden erhoben zum einen Daten in den unterstützenden Organisationen mittels Fragebögen. Zum anderen führten sie Interviews mit verantwortlichen Personen von nicht mehr existierenden Einrichtungen durch, um etwas über die Schliessungsgründe zu erfahren.

Die Invalidenversicherung finanziert verschiedene Leistungen im Rahmen der privaten Invalidenhilfe (Beratung und Betreuung von Menschen mit Behinderung, Vermittlung von Betreuungs- und Dolmetscherdiensten, Begleitung behinderter Personen in der eigenen Wohnung, Durchführung von Kursen für Behinderte oder deren Angehörige, Leistungen zur Unterstützung und Eingliederung von Personen mit Behinderung). Das BSV schliesst hierfür Verträge mit Dachorganisationen zur Ausrichtung von Finanzhilfen für die zu erbringenden Leistungen ab. Aufgabe der jeweiligen vertragsnehmenden Dachorganisationen (VN) ist es, Leistungen selbst zu erbringen oder Leistungen ihrer Untervertragsorganisationen (UVN) zu koordinieren, abzurechnen und die entsprechenden Finanzhilfen auszurichten. Die VN und UVN präsentieren sich sehr heterogen hinsichtlich ihrer Ausrichtung auf Zielgruppen, auf Dienstleistungen oder auf Sprachregionen.

Zur Nutzung einer Dienstleistung nach Art. 74 ist berechtigt, wer in den letzten zehn Jahren eine individuelle IV-Leistung zugesprochen bekommen hat. Die Anzahl Personen, die zum Bezug von Dienstleistungen nach Art. 74 IVG berechtigt sind, hat von der Vertragsperiode 2004-2006 bis zur Vertragsperiode 2011-2014 zugenommen. Bis 2010 wuchs auch der finanzielle Beitrag für die Dienstleistungen nach Art. 74 IVG an, seither ist die

Beitragssumme eingefroren. Die Zielgruppen der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG unterscheiden sich stark hinsichtlich der Anzahl an zugehörigen Personen, aber auch hinsichtlich ihrer soziodemographischen Merkmale (Alter, Geschlecht, Wohnsituation), ihrer Ausbildung, ihrer Arbeitssituation, ihrer gesundheitlichen Einschränkung (subjektiv wahrgenommene Schwere) und IV-Leistung.

Sozialberatung, Kurse und betreute Treffpunkte werden von den IV-Leistungsbeziehenden am häufigsten genutzt. Diese Angebote werden dabei von vielen Nutzenden im gleichen Jahr mehrfach wahrgenommen. Pro Jahr nehmen schätzungsweise rund 4 % bis 13 % aller IV-Leistungsbeziehenden mindestens eine personenspezifische Dienstleistung in Anspruch; eindeutig am häufigsten wird die Beratung genutzt, wobei zwischen den Kantonen deutliche Unterschiede bestehen. Als mögliche Gründe hierfür werden die Zusammensetzung der IV-Leistungsbeziehenden (Zielgruppen etc.) genannt, das kantonale Angebot an Dienstleistungen nach Art. 74 IVG und dessen Bekanntheit, das Dienstleistungsangebot anderer Anbieter ausserhalb des Systems Art. 74 IVG oder kulturelle Faktoren (z.B. gesellschaftliche Verankerung der Hilfe durch das soziale Umfeld).

Rund 4 von 10 befragten versicherten Personen gaben an, zusätzliche Unterstützung in mindestens einem Lebensbereich zu benötigen. Solchen Bedarf sehen die Befragten anteilmässig am häufigsten (zu je 18 %) bei der möglichst selbständigen Bewältigung des Alltags und bei der Klärung von finanziellen, rechtlichen und administrativen Fragen. Geht es um personenspezifische Dienstleistungen, signalisieren die Befragten den grössten Bedarf bei der Beratung. 42 % der Befragten hatten laut eigenen Angaben schon einen solchen Bedarf. Neben der Art der Behinderung (Zielgruppenzugehörigkeit) beeinflussen weitere Faktoren den subjektiven Bedarf stark: dieser ist überdurchschnittlich bei Personen, die in der Stadt leben und die im Erwerbsalter sind, unterdurchschnittlich in der Agglomeration und vor allem unter Kindern und Jugendlichen. Ausserdem beeinflusst die subjektiv wahrgenommene Schwere der Beeinträchtigung den Bedarf nach Dienstleistungen erheblich. Einen Einfluss haben damit zusammenhängend auch die Art und der Zeitpunkt der bezogenen IV-Leistung.

Die Zielgruppen unterscheiden sich deutlich hinsichtlich ihres subjektiven Bedarfs und der Bedarfsdeckung (Bolliger et al. 2016: 53). Personen mit Körperbehinderung bildeten im Zeitraum 2011-2014 mit Abstand die grösste Zielgruppe (35 % der nutzungsberechtigten Personen). Prozentual ist innerhalb dieser Gruppe der Anteil an Personen, die bereits einen Bedarf nach Dienstleistungen gehabt haben, zwar insgesamt unterdurchschnittlich (49 %). Jedoch haben schon vergleichsweise viele mindestens einmal Bedarf gehabt, der nicht gedeckt wurde (41 % Anteil an der Zielgruppe; 83% Anteil an den Personen mit Bedarf innerhalb der Zielgruppe). Zudem fallen aufgrund der Gruppengrösse diese Personen für den (ungedeckten) Gesamtbedarf stark ins Gewicht. Die Zielgruppe der Personen mit psychischer Beeinträchtigung ist im betrachteten Zeitraum am schnellsten gewachsen (von 16 % auf 20 % der Bezugsberechtigten). Sie enthält den grössten Anteil an Personen, die angeben, schon einen Bedarf nach personenspezifischen Dienstleistungen gehabt zu haben (78 %). In dieser Zielgruppe ist auch der Anteil an Personen mit einem ungedeckten Bedarf besonders hoch (62 %). Ähnliches gilt für Personen mit Suchtbehinderung. Demgegenüber äussern Personen mit Krankheitsbehinderungen, kognitiven oder Lernbehinderungen sowie Sehbehinderungen vergleichsweise wenig (ungedeckten) Bedarf.

Die wenigsten VN erachten mehr Koordination untereinander für nötig, vor allem deshalb, weil hinsichtlich Zielgruppe, Angebotsort und/oder Dienstleistung keine Überlappungen bestünden. Eine Herausforderung sehen sie hinsichtlich Bedarfserhebung und Bekanntmachen des Angebots bei Personen, die das Angebot noch nicht nutzen. Positiv bilanziert wird in der Studie, dass die Dienstleistungen nach Art. 74 IVG inhaltlich grundsätzlich bedarfsgerecht ausgerichtet sind und in den meisten Lebensbereichen den Versicherten, die sie in Anspruch nehmen, eine Verbesserung der Situation ermöglichen. Das Netz der personenspezifischen Dienstleistungsangebote ist bis auf wenige Ausnahmen dicht gewoben und regional ausgewogen. Hinsichtlich der quantitativen

Bedarfsgerechtigkeit gibt es unterdessen auch Hinweise auf eine Unterdeckung, wobei zwei Aspekte relevant sind: 1. Höhe des ungedeckten Bedarfs an sich, 2. Unterschiede in der Bedarfsdeckung zwischen den Zielgruppen (und ihren Untergruppen). Zudem sind die nach Art. 74 IVG subventionierten Angebote einigen Zielgruppen nicht gut bekannt.

2.2.2 Auflagen zur Leistungsgewährung im Rahmen der Schadenminderungspflicht

Die IV-Stellen können im Zusammenhang mit einer Leistung (wie Rente oder Eingliederungsmassnahme) der versicherten Person Auflagen machen. Sie fordern damit zu Verhaltensweisen auf, die nach ihrer Beurteilung geeignet sind, den versicherungsrechtlichen Schaden zu mindern (z.B. an einer medizinischen Behandlung teilzunehmen). Hält sich eine versicherte Person nicht an die Auflage, kann die IV-Stelle als Sanktion die Leistung kürzen oder einstellen. Ein vom BSV in Auftrag gegebenes Projekt untersuchte, wie häufig, in welchen Konstellationen und auf welche Art die IV-Stellen Auflagen zur Schadensminderung anwenden und welche Wirkung diese entfalten (Bolliger et al. 2020). Diese Studie basiert auf einer Online-Befragung der kantonalen IV-Stellen sowie einer statistischen Analyse der IV-Register und verfügbarer Individualdaten der IV-Stellen. Zur Vertiefung wurden ausserdem in ausgewählten IV-Stellen Dossiers und weitere Dokumente ausgewertet sowie Gespräche geführt.

Auflagen zur Schadenminderung in den IV-Stellen sind selten, ihr Anteil an allen Bezügen einer IV-Leistung im Bereich Rente oder Eingliederung (Berufliche Massnahmen, Integrationsmassnahmen) macht pro Jahr 1,9 % aus. Zwischen den Kantonen schwankt dieser Anteil allerdings zwischen 0,1 % und 3,5 %. Da eine Person mehrere Auflagen erhalten kann, liegt der Anteil betroffener Personen mit einer IV-Leistung etwas tiefer, nämlich bei 1,7 %. Gemäss Schätzungen der IV-Stellen erfolgen bis zu einem Drittel der Auflagen bereits vor einer Leistungszusprache, hierzu liegen jedoch keine Daten vor.

Die Inhalte der Auflagen unterscheiden sich stark. Im Eingliederungsbereich sind mehr als zwei Drittel der Auflagen auf eine aktive Teilnahme an der Eingliederungsmassnahme ausgerichtet. Am zweithäufigsten kommen Auflagen zur psychiatrisch-psychologischen Behandlung vor. Etwa ein Fünftel der Auflagen im Eingliederungsbereich betrifft das Gesundheitsverhalten. Oft geht es dabei um Abstinenz von Suchtmitteln. Bei Auflagen zu Renten stehen in drei Vierteln der Fälle psychiatrisch-psychologische Behandlungen im Vordergrund. Diese betreffen am Häufigsten ambulante Therapien ohne Medikamente, gefolgt von ambulanten Therapien mit Medikamenten. Stationäre Therapien kommen seltener vor. Andere medizinische Auflagen wie eine medikamentöse Therapie unabhängig von einer psychiatrisch-psychologischen Behandlung oder ein operativer Eingriff machen je einen Anteil von rund einem Prozent aller Auflageninhalte aus und sind damit sehr selten.

Die Anwendung von Auflagen wird von der grossen Mehrheit der IV-Stellen als eher anspruchsvoll bezeichnet, insbesondere wenn es darum geht abzuschätzen, ob eine bestimmte Auflage eine substanzielle Verbesserung bringen wird (z.B. eine rentenrelevante Stärkung der Arbeitsfähigkeit). Bei der Art und Weise der Umsetzung bestehen deutliche Unterschiede zwischen den IV-Stellen sowie zwischen dem Eingliederungs- und Rentenbereich. Dies gilt besonders für den vorgängigen Einbezug der versicherten Person, des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin bei medizinischen Auflagen oder des Durchführungspartners von Eingliederungsmassnahmen. Einige IV-Stellen erlassen Auflagen zur Schadenminderung gelegentlich schon, bevor sie einer versicherten Person eine Leistung zusprechen, andere schliessen dies explizit aus.

Im Eingliederungsbereich sind Vorgehensweisen verbreitet, mit denen die versicherte Person für eine schadenmindernde Massnahme «gewonnen» werden soll. Mahn- und Bedenkzeitverfahren werden tendenziell erst eingesetzt, wenn mildere Mittel zur Förderung der aktiven Teilnahme an einer Eingliederungsmassnahme nicht gewirkt haben. Als Vorteil erweist sich, den Durchführungspartner sowie die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt beizuziehen. Letzteres hat sich auch im Rentenbereich zumindest in einer der vier untersuchten IV-Stellen bewährt. Wie eng das Befolgen einer Auflage

kontrolliert wird, kann dem Einzelfall angepasst werden, wenn man das bisherige Verhalten der versicherten Person sorgfältig beobachtet hat und deren Beeinträchtigung genau kennt. Die richtige Balance zwischen Vertrauen und Kontrolle zu finden, stellt für den Erfolg einer Schadenminderung einen wichtigen Faktor dar. Die angewendeten Kontrollformen hängen stark von der Art der Auflage ab. Eng ist die Kontrolle tendenziell bei Auflagen zur Abstinenz von Alkohol oder illegalen Drogen, eher begrenzt ist sie bei psychiatrisch-psychologischen Behandlungen.

Der Inhalt der Auflage wird von einer grossen Mehrheit der versicherten Personen grundsätzlich verstanden. Ein Viertel der Befragten war jedoch überrascht, eine Auflage zur Schadenminderung zu erhalten, über die Hälfte fühlte sich unter Druck gesetzt. Befolgt wurden die Auflagen zur Schadenminderung in mehr als der Hälfte der untersuchten Fälle. Während im Eingliederungsbereich die Auflagen in rund 57 % der Fälle ganz oder zumindest teilweise befolgt wurden, traf dies im Rentenbereich auf drei Viertel der Fälle zu. Sanktionsmassnahmen ergriffen die IV-Stellen bei insgesamt ca. drei Vierteln der versicherten Personen, die sich nicht oder nur teilweise an eine Auflage hielten, wobei dies im Eingliederungs- eher als im Rentenbereich der Fall war (bei 81 % gegenüber 57 % der Nicht-Befolgenden).

Die (befolgten) Auflagen zeigen vor allem im Eingliederungsbereich Wirkung. Mehr als die Hälfte der Personen (57 %), die der Auflage teilweise oder ganz nachkommen, führte ihre Eingliederungsmassnahme weiter oder schloss sie ab. Im Rentenbereich hingegen konnte nach der Auflage nur in 12 % der Fälle eine Verminderung des Invaliditätsgrads festgestellt werden. Aus Sicht der schriftlich befragten versicherten Personen fällt die Einschätzung negativer aus. Über zwei Fünftel sind der Meinung, dass die Auflage nichts gebracht habe. Am zweithäufigsten wurde genannt, dass die Auflage sie psychisch belaste. Weiter fällt auf, dass die Befragten bezüglich ihres Gesundheitszustands eher von einer Verschlechterung («trifft voll zu» für 15 %) als von einer Verbesserung («trifft voll zu» für knapp 4 %) durch die Auflage berichten.

2.2.3 Das Zusammenarbeitsmodell «Accord paritaire genevois»

Beim «Accord paritaire genevois» handelt es sich um eine bisher einzigartige Lösung der Baubranche im Kanton Genf zur Eingliederung von Personen mit gesundheitlichen Problemen. Diese interinstitutionelle Zusammenarbeit von Sozialpartnern, Krankentaggeldversicherern, einem Unfallversicherer und der IV-Stelle im lokalen Kontext einer sehr kleinbetrieblichen Branche zielt auf die rasche Eingliederung von Arbeitnehmenden ab. Sie wurde in einer Studie evaluiert (Flamand-Lew et al. 2017) und hat sich grundsätzlich sowohl für die Partnerinstitutionen als auch für die betroffenen Versicherten als nützlich erwiesen. Für die Evaluation dieses Kooperationsmechanismus wurde auf quantitative (statistische Analyse der Fallverläufe) als auch qualitative Daten (Dokumentenanalyse und Befragungen involvierter Akteure und Akteurinnen) zurückgegriffen.

Auslöser der Vereinbarung war ein Anstieg der Rentenzahlen in der 2. Säule der Baubranche aufgrund von IV-Berentungen. Der Vereinbarung sind dank der Unterzeichnung durch den Dachverband und 18 ihm angeschlossenen Berufsverbände automatisch 1200 Unternehmen mit 14 000 Arbeitnehmenden unterstellt. Sie deckt somit rund die Hälfte der Branchenbetriebe ab, die diese Vereinbarung selbst nicht unterzeichnen mussten. Ziel ist es, Arbeitnehmende des Baugewerbes, die krankheits- oder unfallbedingt vorübergehend arbeitsunfähig sind, durch eine frühe und koordinierte Intervention weiter zu beschäftigen oder wieder einzugliedern, wenn möglich innerhalb der Baubranche. Wichtige Koordinationsanliegen waren insbesondere die Weiterführung der Taggeldausschüttungen während der Frühintervention, der gegenseitige Informationsaustausch über den Verlauf des Eingliederungsprozesses sowie die Ergänzungsfinanzierung der Frühinterventionsmassnahmen durch Partnerinstitutionen (Budget max. 32 000 Franken

statt der normalen 20 000 Franken nach fixem Verteilschlüssel). Das zur Kofinanzierung zur Verfügung stehende Zusatzbudget, um die Nutzung der FI-Phase zu stärken, wird allerdings nicht ausgeschöpft. Und nur sehr wenige Versicherte (3 %) erhielten Massnahmen, die über der von der IV vorgesehenen Höchstsumme von 20 000 Franken lagen.

Als eine bedeutende Wirkung der Vereinbarung wird die koordinierte Fallbetreuung und eine raschere sowie grosszügigere Gewährung von Frühinterventions- und Eingliederungsmassnahmen genannt. Die IV-Berentungsquote ist für die im Rahmen der Vereinbarung betreuten Versichertengruppe nur noch halb so hoch wie in der Kontrollgruppe und die Stellenvermittlung um fast die Hälfte erfolgreicher. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis für Partnerinstitutionen ist unterdessen sehr schwer abschätzbar. Zudem löste – trotz grundsätzlich positiver Bilanz durch die Beteiligten – die in der Vereinbarung vorgesehene Fortführung der Taggeldzahlungen durch den Versicherer während der FI-Phase teilweise Spannungen zwischen den Partnern aus (insbesondere zwischen der IV-Stelle und den Krankentaggeldversicherern). Daneben scheint die Kommunikation zwischen den Arbeitgebenden und den Versicherten über die genauen Ziele und den Ablauf des Eingliederungsprozesses noch verbesserungswürdig. Gleichwohl sehen die Partner in der Zusammenarbeit, zusätzlich zu den finanziellen Aspekten, für sich folgenden Mehrwert:

- IV-Stelle: Die erhöhte Sichtbarkeit der eigenen Eingliederungsrolle, einfachere Kontakte mit Arbeitgebenden, Aufbau eines soliden Eingliederungsprojekts dank Weiterführung der Taggeldzahlungen durch andere Versicherungen während der FI-Phase;
- Unfallversicherer: Raschere Abläufe, weniger Renten (Renten der Suva ab 10 % Invaliditätsgrad);
- Krankentaggeldversicherer: Die rascheren Abläufe, ein besseres Image der Versicherung bei Arbeitgebenden;
- Gewerkschaften: Die Möglichkeit der Interessenvertretung durch Suche nach förderlichen, sozial nachhaltigen Lösungen, insbesondere vorzeitigen Altersrücktritt;
- Arbeitgebende: Die Pflege der Sozialpartnerschaften, weniger BVG-Invalidenrenten und der Erhalt der Fachkompetenzen in der Branche.

2.2.4 Rentenvermeidung und Aktivierung bei jungen Menschen

Der Ruf in der Politik nach einer Altershürde für den Zugang zu IV-Renten veranlasste das FoP3-IV zu einer international vergleichenden Studie über Regelungen und Erfahrungen in Ländern, in denen in jüngerer Zeit Reformen mit dem Ziel der Rentenvermeidung bei jungen Menschen stattgefunden haben (Prins 2017). Der Autor hat hierfür renommierte Expertinnen und Experten aus den jeweiligen Ländern gebeten, einen standardisierten Bericht auf der Grundlage der Fachliteratur, gegebenenfalls vorhandener Evaluationsstudien und Statistiken sowie verschiedener Dokumente (Gesetzestexte, Positionspapiere) aus den nationalen Politik-Kontexten zu erstellen. Teil dieser Erhebungen waren auch Interviews mit Stakeholdern oder anderen Fachpersonen.

Einige Reformen in den fünf untersuchten Ländern zielten ausdrücklich darauf ab, den Zustrom junger Menschen mit Gesundheitsproblemen zu langfristigen Invaliditätsrenten zu stoppen oder zu vermindern, z.B. in Schweden (2003) und Dänemark (2014). In vielen Ländern sind die Reformen auch durch den mangelnden Erfolg früherer Massnahmen begründet oder sie stellen eine Reaktion auf die Zunahme psychischer Gesundheitsprobleme bei jungen Menschen dar. In drei Ländern zählten Sparmassnahmen und der dringende Bedarf, die wachsenden Kosten der Sozialversicherungen zu senken, ebenfalls zu den Reformgründen.

In mehreren Ländern definierten die Reformen restriktivere Anspruchskriterien für den Bezug von Renten sowie Anpassungen der Auszahlungsbedingungen. Dazu kann gehören,

dass Personen unterhalb bestimmter Altersgrenzen gar keinen oder nur noch vorübergehenden Anspruch auf Invalidenrenten haben (Schweden, Dänemark) oder junge Menschen einem speziellen, separaten Invaliditätsrenten-System unterliegen (Niederlande). Ein weiteres wichtiges Element ist die Einführung (oder Verbesserung) von Massnahmen und Bestimmungen, mit denen junge Menschen mit Gesundheitsproblemen auf dem Weg hin zu einer Erwerbsbeteiligung unterstützt werden sollen. Beispiele dafür sind spezielle Förderprogramme, Frühintervention in der Anfangsphase einer Erkrankung oder präventive (Beratungs-)Massnahmen.

Die Umsetzung solcher Reformen erforderte umfassende organisatorische Strukturanpassungen wie die Einführung von Einsatzteams oder fallführende Personen (Case Managers) sowie neue Instrumente. Neue Massnahmen wurden bzw. werden nur zeitverzögert akzeptiert und genutzt und die Einführung neuer Verfahren, Instrumente oder Bestimmungen war bzw. ist meist mit Anfangsproblemen (z.B. Personalmangel oder fehlendem Fachwissen) verbunden. Zudem sind die neuen Dienstleistungen und Angebote in der Öffentlichkeit oft noch zu wenig bekannt (Informationskampagnen). Erschwerend wirkt auch die strikte Trennung zwischen medizinischer Rehabilitation, die oft während der krankheitsbedingten Absenz erfolgt, und beruflicher Eingliederung, die meist erst nach der Stabilisierung des Gesundheitszustands einsetzt. Schliesslich erschweren regionale Unterschiede und finanzielle Zuständigkeiten in neuen Kooperationsstrukturen sowie der vernachlässigte Einbezug der Arbeitgeber die Umsetzung.

Eine Veränderung der Anspruchskriterien für Invaliditätsleistungen führt in der Regel zu weniger Anträgen und Eintritten von jungen Menschen in dieses System (z.B. Österreich, Dänemark, Schweden). Je nach Zielgruppe blieb allerdings der Anteil der in den Arbeitsmarkt vermittelten oder an den Arbeitsplatz zurückkehrenden jungen Personen oft (sehr) tief. In einigen Ländern (z.B. Österreich, Vereinigtes Königreich) wurden zwar deutlich bessere Vermittlungsquoten in den Arbeitsmarkt für zuvor arbeitslose junge Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen beobachtet. Ein erheblicher Anteil ist aber auch nach der Teilnahme an einem besonderen Förderprogramm weiterhin von einer Leistung wie etwa Krankengeld (Schweden) oder Sozialhilfe (Österreich) abhängig.

Da in mehreren Ländern jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen inzwischen mehr Aufmerksamkeit gewidmet wird, werden neuartige Unterstützungsmodelle mit erwiesenermassen guten Resultaten in Aktivierungsprogrammen tendenziell immer breiter genutzt. In mehreren Ländern wurden die nationalen Budgets für die psychische Gesundheit erhöht (z.B. Schweden) oder die Prävention durch Beratung junger erwerbstätiger Personen, die krankgeschrieben sind, verstärkt (z.B. Österreich). Schliesslich werden neue Formen der interdisziplinären Kooperation eingesetzt, etwa im Rahmen von «Rehabilitationsteams» (Österreich) oder «Koordinationsstellen» (z.B. Schweden).

2.2.5 Bestandsaufnahme des Wohnangebots für Menschen mit Behinderungen

Mit der UNO-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN BRK) wurde der Trend hin zum (möglichst) selbständigen Wohnen – anstatt in Heim oder «Institutionen» – bekräftigt. Durch die IVG-Revisionen 4 und 6a sowie die Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) im Jahr 2008 haben sich ausserdem die Rollen der beteiligten Akteure und die Art der Finanzierung der Wohnformen für Menschen mit Behinderungen in der Schweiz verändert: Neu sind die Kantone und nicht mehr der Bund für die Wohnangebote für Menschen mit Behinderung verantwortlich. Um über die Entwicklung des Wohnangebots für Menschen mit Behinderung näheren Aufschluss zu erhalten, wurde eine Bestandsaufnahme in Auftrag gegeben (Fritschi et al. 2019). Das methodische Vorgehen bestand in Dokumentenanalysen, der Auswertung verschiedener Datenbestände (u.a. vom BFS, ZAS-Daten, Datenbank der «Interkantonalen Vereinbarung für soziale Einrichtungen» IVSE) sowie Experteninterviews.

Das Angebot an institutionellen Wohnformen für Menschen mit Behinderung hat sich in den letzten Jahren weitgehend konsolidiert. Somit nehmen die Kantone prinzipiell ihre mit der NFA erhaltene Aufgabe wahr, weisen allerdings eine grosse Varianz in ihren Angebotsstrukturen auf, abhängig vor allem von der Grösse des Kantons, der Anzahl der dort tätigen Organisationen und der Art und Weise der Zusammenarbeit zwischen Kanton und Leistungserbringern. Letztere erweist sich oftmals als pragmatisch bis informell. In den grösseren Kantonen besteht in der Regel eine Wettbewerbssituation mit einer grösseren Anzahl unterschiedlicher Organisationen, die sich wiederum bezüglich Grösse, Konzepte oder Angebote (z.B. eher traditionelle heimartige Angebote oder kleinere, dezentrale Wohnformen) unterscheiden. Dank der Unterstellung unter die IVSE ist die Durchlässigkeit zwischen den Kantonen prinzipiell zwar sichergestellt, doch zeigt sich in der Praxis, dass es stark davon abhängt, zwischen welchen Kantonen ein Wohnsitzwechsel stattfindet. Offenbar ist ein Wechsel in eine ausserkantonale Institution, in der höhere Tarife verrechnet werden, selten oder nur unter erschwerten Bedingungen möglich.

In den letzten Jahren hat sich das Wohnangebot für Menschen mit Behinderungen flexibilisiert und vervielfältigt. Viele Institutionen haben ihr Angebot in Richtung dezentraler, wohnungsartiger Strukturen mit unterschiedlicher Unterstützungsintensität weiterentwickelt, die zudem häufig in Wohnsiedlungen eingebettet sind. Sowohl der Bereich des institutionellen Wohnens als auch jener des privaten Wohnens ist im Zeitraum von 2011 bis 2017 gewachsen: Die Anzahl der Plätze in Institutionen für Erwachsene mit IV-Leistung (IV-Rente, HE) ist um 4,8 % gestiegen, leicht über der Bevölkerungsentwicklung im gleichen Zeitraum (4 %). Demgegenüber steigerte sich die Anzahl Personen mit einer IV-Leistung in privaten Wohnangeboten im selben Zeitraum um 20,5 %. Bei der Förderung von Dienstleistungen für das «private Wohnen» in der eigenen Wohnung steht die Mehrheit der Kantone noch am Anfang. Ergänzende Angebote im ambulanten Bereich bestehen in 13 Kantonen, sieben Kantone führen zudem kleinere Pilotprojekte durch.

Personen mit geistiger und psychischer Behinderung sowie Personen mit einer Mehrfachbehinderung leben eher in institutionellen Umgebungen, Personen mit einer körperlichen Behinderung eher in einer privaten Wohnung. Was die Kohärenz des Wohnangebots betrifft, so bestehen in einigen Kantonen Lücken für Menschen mit besonders starken Beeinträchtigungen und Mehrfachbehinderungen, die einen hohen Betreuungsbedarf zur Folge haben. Ebenso mangelt es teilweise an rasch verfügbaren temporären Krisenplätzen. Die Wohnangebote befinden sich zudem mehrheitlich in den Zentren und Agglomerationen, ländliche Gebiete sind weniger gut abgedeckt. Unübersichtlich und teilweise ungenügend abgestimmt ist die Situation bei den ambulanten Dienstleistungen für das «private Wohnen», wo unterschiedliche Finanzierungsträger beteiligt sind: die IV (mit «begleitetem Wohnen» nach Art. 74 IVG, dem Assistenzbeitrag sowie den beruflichen Massnahmen), die Kantone (mit ambulanten Angeboten) sowie die Gemeinden (über die Auftragserteilung an Spitex-Leistungserbringer). Ergänzend dazu werden durch zusätzliche Mittel der HE und der EL Leistungen privater Anbieter finanziert. Hierfür sind allerdings keine Daten verfügbar, etwa bezüglich erbrachter Spitex-Leistungen oder zur Verwendung der HE und EL.

In allen Kantonen finden sich die gleichen Finanzierungsträger, aber in unterschiedlicher Stärke und Zusammensetzung. Die Kantone finanzieren hauptsächlich Wohnangebote im «institutionellen Bereich», jeweils ergänzt durch einen Eigenanteil der Bewohner und Bewohnerinnen. Diese bezahlen die an sie verrechneten Taxen über ihre IV-Rente, allfällige weitere Einkommen und mittels HE- und gegebenenfalls EL-Leistungen sowie – in den sehr seltenen Fällen, in denen diese nicht ausreichen – durch weitere Quellen (Gemeinden, Private). Im «privaten Wohnen» sind die Bewohnerinnen und Bewohner selber die Hauptfinanzierungsträger. Hierzu stehen ihnen die IV-Rente, eine gegenüber dem institutionellen Wohnen erhöhte HE und ergänzend auch EL sowie gegebenenfalls ein Assistenzbeitrag der IV zur Verfügung. Zudem werden Leistungen von privaten

Organisationen im Rahmen des «begleiteten Wohnen» nach Art. 74 IVG durch die IV finanziert.

Von wenigen Ausnahmen abgesehen, dominiert in den Kantonen weiterhin die Objektfinanzierung. Der Grossteil der Deutschschweizer Kantone hat diese zu einer subjektorientierten Objektfinanzierung weiterentwickelt, wo die Abgeltung der Institutionen leistungsbezogen auf der Basis des Unterstützungsbedarfs der einzelnen Bewohner und Bewohnerinnen erfolgt. In der Westschweiz, im Tessin und in einigen Deutschschweizer Kantonen wird weiterhin eine reine Objektfinanzierung angewendet.

2.3 Zentrale Empfehlungen für das BSV und die IV-Stellen

In fast allen Projekten wurden die Forschenden um evidenzbasierte Empfehlungen gebeten. Je nach Gegenstand konnten diese unterschiedlich ausführlich formuliert werden und richten sich an verschiedene beteiligte oder zu beteiligende Akteure und Akteurinnen. In diesem Abschnitt (2.3) werden zunächst die wichtigsten Empfehlungen an das BSV und die IV-Stellen zusammengefasst. Die Stellungnahmen des BSV dazu finden sich im daran anschliessenden Abschnitt (2.4).

Übertritte von der IV in die Sozialhilfe genau beobachten

Die Existenzsicherung wird im schweizerischen System der sozialen Sicherheit durch verschiedene Institutionen mit klar definierten Rollen gewährleistet. Der Bericht zur Entwicklung der Übergänge zwischen diesen Teilsystemen enthält methodische Empfehlungen auf der Beobachtungsebene, welche die Weiterentwicklung des Indikatorensystems betreffen. So wird eine gezielte Erweiterung der Grundpopulation – insbesondere und zwingend um die Personen mit einer IV-Neuanmeldung – empfohlen, damit Veränderungen innerhalb der IV und zwischen den Teilsystemen adäquat beschrieben und interpretiert werden können. Eine Erweiterung der Grundpopulation auf die ständige Wohnbevölkerung (Statpop) ermöglicht zusätzliche Analysen mit der Referenzpopulation und die Bildung von Quoten. Um Entwicklungen im Zeitverlauf besser zu identifizieren, wird empfohlen, Kohorten zu bilden. Dabei kann es sich je nach Sozialwerk und Interessenlage um spezifische Kohorten handeln, wie z.B. die IV-Neuanmelde-Kohorten, Kohorten von bestimmten Leistungsbeziehenden (wie z.B. FI-Massnahmen) oder Kohorten von IV-Neu-Rentenbeziehenden. Die Autoren und Autorinnen empfehlen hierfür den Aufbau eines ständigen Monitorings.

Nationale Strukturen für die Interinstitutionelle Zusammenarbeit stärken

Die Studie zur Interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) empfiehlt, die Definition von Zielen, Aufgaben und Prioritäten der drei Gremien der nationalen IIZ-Strukturen zu präzisieren, Aufgabenverteilung und Verantwortlichkeiten zu überprüfen und auf die Rotation des Vorsitzes der nationalen IIZ-Fachstelle zu verzichten. Die Organisationsstruktur, die Aufgaben und Kompetenzen der nationalen Gremien sind somit expliziter festzulegen sowie Doppel- und Mehrfachzuständigkeiten aufzuheben, indem die Fachstelle allein dem Steuergremium unterstellt wird. Die Personalressourcen sind laut den Empfehlungen dem Aufgabenumfang der nationalen IIZ-Fachstelle anzupassen und von den IIZ-Partnern dauerhaft zur Verfügung zu stellen (Egger, Egger-Mikic 2016: 45).

Strukturierung und Ausbau des Angebots am Übergang I

Zum Ausbau der Angebote am Übergang I (zwischen Schule und Ausbildung) für Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen schlagen die Forschenden vor, dass die IV-Stellen, die derzeit noch kein Prozedere für die Früherkennung von Lernenden mit integrativer Sonderschulung festgelegt haben, gemeinsam mit der kantonalen Abteilung für Sonderpädagogik ein entsprechendes Vorgehen ausarbeiten. Bei Lernenden ohne Sonderschulstatus in Regelschulen sollte in einem ersten Schritt die Zusammenarbeit mit dem kantonalen Volksschulamt gesucht werden, um die Prozesse der Früherkennung zu

gestalten, die Rollen zu klären sowie eine Kommunikationsstrategie gegenüber den Schulen festzulegen. Bei Jugendlichen, die bereits von den IV-Stellen begleitet werden, ist ein regelmässiger Austausch mit den Berufsfachschulen oder der Ausbildungsberatung hilfreich, allenfalls auch eine engere Begleitung der Lernenden durch die IV-Stellen. Dadurch kann Lehrabbrüchen vorgebeugt werden. Die an einem Lehrabbruch beteiligten Institutionen sollten stärker für die Thematik sensibilisiert werden.

Wie die Forschenden empfehlen, kann das CM BB als erste Anlaufstelle bei Lehrabbrüchen besser genutzt werden. Seine Mitfinanzierung durch die IV ist vor allem dann sinnvoll, wenn letzteres im jeweiligen Kanton gut verankert ist. Zu klären wäre, welche Leistungen das CM BB für die IV-Stellen erbringen soll, wie lange es die Jugendlichen weiterbegleitet und welche Rolle es dabei innehat. Wenn Aussichten auf weitere Entwicklungsschritte hin zu einer gefestigten Berufswahl bestehen, sollten ein zweites Brückenjahr oder Zusatzlektionen in Brückenangeboten bei Jugendlichen mit Lernschwächen oder grossen schulischen Defiziten ebenfalls mitfinanziert werden.

Bedarfsgerechte Steuerung der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG

Die Studie über die Subventionspraxis nach Art. 74 IVG spricht sich für eine gezielte Steuerung der Bedarfsdeckung aus. Der Anteil der Mittel für personenspezifische Dienstleistungen sollte erhöht werden und zugleich zwischen den personenspezifischen Dienstleistungen eine Priorisierung nach dem grössten erwarteten Nutzen erfolgen. Darüber hinaus sollten Vereinfachungen angestrebt werden, wo bestimmte Dienstleistungen von den gleichen Personen mehrfach genutzt werden, insbesondere betreute Treffpunkte und Kurse. Hier sollten Personen, die bisher solche Angebote erst wenig oder gar nicht genutzt haben, den Vorzug erhalten. In Bezug auf die regionalen Disparitäten sowie die Lücken im Angebotsnetz ist zu überlegen, wie dicht ein Angebot einer bestimmten Dienstleistung für eine bestimmte Zielgruppe sein sollte. Die Bekanntheit des Angebots an Dienstleistungen ist momentan nicht zufriedenstellend. Förderlich wären stärkere Anreize für die Vertragsorganisationen, mittels einer verstärkten Bekanntmachung des Angebots die Nutzung noch zu fördern.

In den Empfehlungen wird auch darauf hingewiesen, dass das BSV an dieser Stelle die Bedarfsgerechtigkeit steuern könnte, indem es entweder innovative Vorgehensweisen aufgrund klarer Kriterien mit einem finanziellen Anreiz fördert oder Mindeststandards neuformuliert. Die Schaffung einer Online-Angebotsplattform für alle personenspezifischen Dienstleistungen nach Art. 74 IVG ist zu prüfen. Ausserdem sollte die Möglichkeit einer systematischen Zusammenarbeit zwischen den kantonalen IV-Stellen bedacht werden, um den Personenkreis mit Anspruch auf die Dienstleistungen nach Art. 74 IVG genau zu identifizieren und die versicherten Personen bei der Leistungszusprache korrekt auf das ihnen zur Verfügung stehende Dienstleistungsangebot hinzuweisen.

Schadenminderungspflicht: Auflagen zur Leistungsgewährung gezielter einsetzen

Die Studie über die Auflagen zur Schadenminderungspflicht zeigt, dass diese Instrumente der IV nicht nur relativ selten eingesetzt werden, sondern auch anspruchsvoll zu handhaben sind. Auflagen vor einer Rentenzusprache aus psychischen Gründen werden tendenziell besser befolgt und sind somit wirksamer. Ob eine medizinische Auflage verhältnismässig und zumutbar ist, ist von den IV-Stellen sorgfältig zu prüfen. Bewährt haben sich Entscheidungshilfen für die Mitarbeitenden in Form von Arbeitsanleitungen, themenspezifischen Schulungen oder dem Vieraugenprinzip. Zudem sollten Rechtsdienst oder die Abteilungsleitung zwingend einbezogen werden und sich die Auflagen an den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften orientieren. In grösseren IV-Stellen ist auch eine Spezialisierung möglich, um Expertise und Routine aufzubauen.

In der Eingliederung sollten die versicherten Personen «gewonnen» werden, indem mildere Mittel eingesetzt werden, bevor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren angewendet wird. Es empfiehlt sich, mit Durchführungspartnern einen regelmässigen Austausch zu pflegen und

mit institutionellen Anbietern die Informationspflicht vertraglich zu regeln. Im Rentenbereich, wo medizinische Auflagen im Vordergrund stehen, wird es als nützlich angesehen, die versicherte Person persönlich zu informieren. Generell ist der Einbezug des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin meist zielführend. Das Befolgen der Auflagen sollte möglichst einzelfallgerecht kontrolliert werden.

Optimierung und Übertragung des «Accord paritaire genevois»

Die Studie zum Genfer Modell «Accord paritaire genevois» enthält einige projektspezifische Empfehlungen, denen zufolge beispielsweise der Bekanntheitsgrad bei Arbeitgebenden und Versicherten erhöht werden sollte. Auch gilt es, Arbeitgebende und Gewerkschaften noch stärker einzubeziehen. Einzelne Arbeitgebende können bei der Kontaktaufnahme durch ihren Dachverband zu einer proaktiveren Rolle ermutigt werden. Bei den Versicherten sollte durch systematische Kontaktaufnahme Vertrauen und Motivation geschaffen werden. Weitere Empfehlungen betreffen die Identifikation möglicher Vereinbarungsfälle bereits bei der IV-Anmeldung und eine bessere Koordination zwischen Krankentaggeldversicherern und IV-Stelle bzgl. der Finanzierung der Taggelder während der Frühinterventionsphase.

Daneben spricht sich die Studie grundsätzlich für eine Übertragung von Projekten dieser Art auf andere Kantone und Branchen aus, betont aber zugleich einige Voraussetzungen. So ist der Nutzen dann besonders hoch, wenn es sich um stark von Invalidität betroffene Branchen handelt und dadurch ein Verlust von Knowhow zu befürchten ist. Die strukturellen Besonderheiten der Genfer Baubranche verweisen auf weitere Erfolgsfaktoren: Wenige gemeinsam betroffene Pensionskassen und Krankentaggeldversicherer interagieren mit einem starken Dachverband und dessen 18 Berufsverbänden. Diese geringe Gesamtzahl von Koordinationspartnern ermöglicht eine hohe Effizienz der Vereinbarung. In diesem Zusammenhang sind eine sozialpartnerschaftliche Kultur, die Ergebnisorientierung der IV-Stelle und ein adäquates Change-Management ebenfalls von Bedeutung.

Das Wohnangebot für Menschen mit Behinderungen weiter flexibilisieren

Um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Menschen mit Behinderungen im Bereich Wohnen noch besser Rechnung zu tragen, braucht es gemäss dem Bericht zur Wohnsituation Durchlässigkeit und eine Vielfalt flexibler Angebote. Angesprochen sind hiermit in erster Linie Kantone, Organisationen und Anbieter. Dem BSV empfehlen die Autoren und Autorinnen, in Zusammenarbeit mit den Kantonen und der SODK den Bereich des «privaten Wohnens» mit (ambulanten) Dienstleistungen einer genaueren Betrachtung zu unterziehen. Ziel müsse hierbei sein, die Zuständigkeiten transparenter zu gestalten und die Finanzflüsse aufzuzeigen. Ein Ansatzpunkt dafür könnte sein, die Aufgaben von Bund und Kantonen noch weiter zu entflechten, aber gleichzeitig die Gleichbehandlung und Durchlässigkeit zum institutionellen Bereich zu gewährleisten.

Weiter wird empfohlen, eine langfristig verfügbare verlässliche Datengrundlage zu den institutionellen Wohnangeboten für die Berichterstattung zuhanden der UNO zu erarbeiten. Dazu sind Kriterien zur Unterscheidung von institutionellen Wohnangeboten mit mehr oder weniger Autonomie der Bewohner und Bewohnerinnen zu definieren und statistisch zu erheben. Laut den Forschenden sollten sich zudem das BSV und das BFS bezüglich Codierung von Behinderungsarten abstimmen.

2.4 Stellungnahmen des BSV

Das BSV nimmt im Folgenden Stellung zu den Empfehlungen, die sich an die IV richten. Hierbei werden Massnahmen aufgeführt, die im Zusammenhang mit den dargelegten Empfehlungen bereits getroffen oder für die Zukunft ins Auge gefasst wurden.

2.4.1 Bisher getroffene Massnahmen

Um das Monitoring der Übertritte von der IV in die Sozialhilfe auszubauen, arbeitet das BSV gemeinsam mit dem Bundesamt für Statistik (BFS) an der kontinuierlichen Verbesserung

der Datengrundlage. In diesem Zuge ist die Betreuung der SHIVALV-Daten an das BFS übertragen worden, wo in enger Koordination mit dem BSV und dem Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) die übergreifende Berichterstattung zur sozialen Sicherheit weiterentwickelt wird. So ist aus dem SHIVALV-Monitoring nunmehr die Statistik «Verläufe im System der sozialen Sicherheit» hervorgegangen, die Einzelfalldaten aus der IV, der Sozialhilfe und der Arbeitslosenversicherung (ALV) verknüpft. In regelmässigen Publikationen werden auch die Übertritte zwischen diesen drei Leistungssystemen betrachtet.

Inhaltlich bestärken die Studienergebnisse die IV in der Strategie, versicherte Personen möglichst frühzeitig zu erfassen und die Eingliederungsmassnahmen weiter auszubauen. Sowohl ALV wie auch die Sozialhilfe gehören zu den meldeberechtigten Behörden. Durch die Meldung zur Früherfassung bei der IV können die Chancen auf Erhalt der Erwerbstätigkeit gesteigert und somit auch die Leistungscoordination verbessert werden. Die am 1. Januar 2022 in Kraft getretene Weiterentwicklung der IV verfolgt diese Stossrichtung mit einem breiten Massnahmenspektrum.

Die Empfehlungen hinsichtlich der nationalen Strukturen für die interinstitutionelle Zusammenarbeit sind in einen Einsetzungsbeschluss zur Weiterentwicklung der nationalen IIZ eingeflossen. Diesen haben die drei Departementsvorstehenden des Eidgenössischen Departments des Innern (EDI) und des Eidgenössischen Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF) sowie die Vorsteherin des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement (EJPD) am 29. März 2017 unterzeichnet. So wird nunmehr die IIZ-Fachstelle formell dem SECO fest angegliedert und mit 80% Vollzeitäquivalenten (VZÄ) ausgestattet, finanziert zu gleichen Teilen von BSV, SECO, dem Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) und dem Staatssekretariat für Migration (SEM). Im Zuge der WEIV wurde die interinstitutionelle Zusammenarbeit auf die kantonalen Instanzen, die für die Koordination der Massnahmen zur beruflichen Eingliederung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zuständig sind, sowie auf die von der IV unterstützten kantonalen Anbieter von Massnahmen zur Vorbereitung auf die erstmalige berufliche Ausbildung ausgeweitet. In den Jahren 2021 und 2022, als das BSV den Vorsitz des nationalen Steuergremiums der IIZ innehatte, wurden weitere Optimierungen vorgenommen.

Die Angebote am Übergang I für Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen sind ein wichtiger Bestandteil der Weiterentwicklung der IV. Die Betroffenen wurden als eine entscheidende Zielgruppe definiert und deren schul- und berufsbiographischen Übergänge Übergänge zum zentralen Revisionsthema erklärt. Die Eingliederung bzw. Rentenvermeidung steht dabei im Zentrum. Zu den entsprechenden Massnahmen gehören die Ausweitung der Früherfassung, einiger Massnahmen zur Frühintervention und der Integrationsmassnahmen auf Jugendliche sowie die Optimierung der beruflichen Massnahmen am Übergang I und II. Damit die IV möglichst früh involviert wird, dürfen nun auch kantonale Instanzen wie das CMBB die Personen bei der IV melden. Die IV wiederum kann beispielsweise die Personalkosten des CMBB oder von ähnlichen kantonalen Stellen zu maximal einem Drittel mittragen, um Jugendliche und junge Erwachsene mit Mehrfachproblematiken auf dem Weg ins Erwerbsleben zu unterstützen.

Im Zusammenhang mit der beruflichen Eingliederung und mit Blick auf die Evaluation des «Accord paritaire genevois» hält das BSV die Diskussion von sozialpartnerschaftlich gestützten Branchenlösungen in weiteren möglichen Umsetzungszusammenhängen für sehr wünschenswert. Im Rahmen der Weiterentwicklung der IV wurde beschlossen, die Zusammenarbeit mit den Dachorganisationen der Arbeitswelt zu verstärken und dafür der neue Artikel 68^{sexies} IVG geschaffen.

In Bezug auf die Bedarfs- und Angebotsanalyse der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG begrüsst das BSV die Anregungen der Studie, unter den Bedingungen gleichbleibender Ressourcen dem ungedeckten Bedarf und den Unterschieden in der Bedarfsdeckung entgegenzuwirken. Es prüft zusammen mit den Dachorganisationen, inwiefern der

Bekanntheitsgrad der Angebote erhöht und ein Monitoring als Grundlage für eine bessere Verteilung der Ressourcen eingerichtet werden kann. Es prüft zudem, ob eine Umverteilung zugunsten personenspezifischer Dienstleistungen sinnvoll wäre oder eine Priorisierung aufgrund von Wirkungsprofilen möglich ist. Durch die Limitierung der Öffentlichkeitsarbeit (LUFEB) konnten Beiträge zugunsten personenspezifischer Leistungen umverteilt werden. Mit den neu eingeführten Fachkonzepten beschreiben die Organisationen, welche konkrete Leistung erbracht werden soll, welche Ziele damit erreicht, wie diese Ziele gemessen und wie die Leistungen priorisiert und gesteuert werden. Die Leistungen sind auf die Inklusion zu fokussieren. Weiter wurde die Rolle und Verantwortung der Dachorganisationen präzisiert und der Fokus auf die Steuerung und Kontrolle gelegt. Mit regelmässigen Kundenumfragen und Überprüfungen sollen die Leistungen überarbeitet und bedarfsgerecht erbracht werden. Zudem müssen die Organisationen die Leistungen auf ihren Webseiten publizieren.

Im Rahmen der WEIV wurde zudem vorgeschlagen, für die Finanzhilfen Art. 74 IVG den Verbesserungsprozess besser zu unterstützen, indem Projekte und deren Umsetzung finanziert würden. Ein wesentlicher Bestandteil der Lösung war, dass neue, respektive bessere Leistungen überholte, respektive weniger wirksame Leistungen ablösen sollten, weshalb ein bescheidener Kürzungsmechanismus vorgeschlagen wurde. Dieser war ausschlaggebend, dass der Lösungsvorschlag im Rahmen der Vernehmlassung breit abgelehnt worden ist.

Aufgrund der im FoP3-IV vorgelegten Erkenntnisse wurden bei der Weiterentwicklung der IV die Weisungen bezüglich Auflagen zur Leistungsgewährung im Rahmen der Schadenminderungspflicht umfassend überarbeitet. Die Prüfung und das allfällige Einverlangen von Auflagen wurden sowohl bei Massnahmen der beruflichen Eingliederung wie auch bei der Prüfung des Rentenanspruches implementiert. Zudem wurden in den Weisungen das Vorgehen und das formelle Verfahren im Rahmen der Schadenminderung ausführlicher und klarer geregelt.

Für die Bestandsaufnahme des Wohnangebots für Menschen mit Behinderung folgt das BSV der Stossrichtung der UN-Behindertenrechtskonvention und stellt Prinzipien wie Selbstbestimmung, Wahlmöglichkeiten und Teilhabe an allen gesellschaftlichen Bereichen ins Zentrum. Hierzu gehört auch die Flexibilität und Vielfalt des Wohnangebots mit unterschiedlich intensiven Unterstützungsleistungen. Das BSV hat in der Zwischenzeit weitere Studien durchgeführt (siehe Kap. 4), um zu erheben, wie im Ausland das selbständige Wohnen unterstützt wird, und um geeignete Instrumente der Bedarfserhebung zu ermitteln. Zusammen mit der SODK und dem EBGB wurde zudem eine Folgestudie zu den Finanzflüssen im Bereich der Unterstützungsleistungen beim Wohnen in Auftrag gegeben.

2.4.2 Zukünftige Massnahmen

Das BSV verfolgt zusammen mit dem BFS den Aufbau einer neuen Datenbank (SoSiRep), welche unter anderem als Grundlage für die Konstruktion des SHIVALV-Datensatzes dienen soll. Somit wird es möglich sein, ein besseres Verständnis der Übergänge zwischen den Sozialsystemen im Allgemeinen und speziell der Übertritte von der IV in die Sozialhilfe zu gewinnen. Es sollen neue, aussagekräftige Längsschnittindikatoren zu den Personenflüssen zwischen den drei zentralen Bereichen der sozialen Sicherheit ALV, IV und Sozialhilfe etabliert werden, unter Einbezug weiterer Daten aus SoSiRep. Dazu gehören insbesondere Daten aus dem eidgenössischen Volkszählungssystem wie der «Statistik der Bevölkerung und der Haushalte» oder die aus den AHV-Individualkonten stammenden Daten zu den beitragspflichtigen Einkommen. Das BSV erhält direkten Zugriff auf SoSiRep und kann somit auch eigene Analysen beisteuern.

Die interinstitutionelle Zusammenarbeit soll durch nationale Strukturen weiterhin intensiviert werden, damit die verschiedenen Massnahmen und Angebote der ausführenden

Institutionen im Sinne der unterstützten Personen noch effizienter umgesetzt werden können und deren Eingliederungschancen steigen. Im Zusammenhang mit den Angeboten am Übergang I für Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen ist ebenfalls vorgesehen, die nötigen Schritte vorzunehmen, um die Zusammenarbeit der betroffenen Akteure zu initiieren, zu verstärken oder zu verbessern.

Bei den Dienstleistungen nach Art. 74 IVG wird eine weitere Begrenzung von LUFEB zugunsten personenspezifischen Leistungen sowie eine bessere Koordination zwischen Bund-Kantonen-Behindertensorganisationen angestrebt. Weitere Anliegen sind die bessere Bekanntmachung der Leistungen via IV-Stellen und die verstärkte Ausrichtung der Leistungen auf das «Empowerment» der versicherten Personen. Mit Blick auf die Auflagen zur Leistungsgewährung im Rahmen der Schadenminderungspflicht gilt es nun abzuwarten, wie die neuen Regelungen und insbesondere der Einsatz von Auflagen bei der beruflichen Eingliederung von den IV-Stellen genutzt werden, wie sie sich bewähren und welche Wirkungen damit erzielt werden. Diesen Fragen könnte in einem späteren Zeitpunkt in einer Nachfolgestudie nachgegangen werden. Sobald die Ergebnisse der verschiedenen Studien im Bereich der Unterstützungsleistungen beim Wohnen vorliegen, werden gegebenenfalls Anpassungen und Optimierungen bei den aktuellen Leistungen geprüft. Aufgrund der föderalen Ordnung und Kompetenzverteilung soll dies in enger Zusammenarbeit mit den Kantonen erfolgen.

3 Akteure und Akteurinnen

Die Invalidenversicherung steht in Beziehung mit zahlreichen Akteurinnen und Akteuren, beispielsweise aus dem Gesundheits-, Sozial- und Rechtsbereich, der Arbeitswelt, und nicht zuletzt mit den leistungsbeziehenden Personen. Um diese Personen, Gruppen und Unternehmen sowie deren Zusammenarbeit und Zusammenspiel mit der IV soll es im folgenden Kapitel gehen. Das FoP3-IV hat diesen Kooperationsbeziehungen der IV mit den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren acht Forschungsprojekte gewidmet, deren Ergebnisse, Erkenntnisse und Empfehlungen im Folgenden präsentiert werden. Im ersten Teil werden die Resultate von vier Forschungsarbeiten präsentiert, die ihren Fokus auf die leistungsbeziehenden Personen legen. Dabei wird die wirtschaftliche Situation von IV-Rentenbeziehenden im Allgemeinen wie auch den Kinderrenten-Beziehenden aus der Invalidenversicherung im Besonderen beleuchtet. Weiter wird die Gruppe der jungen IV-Neurenten-Beziehenden mit psychischen Erkrankungen bezüglich des schulischen, medizinischen und beruflichen Eingliederungsverlaufs bis in die IV-Rente untersucht. Abschliessend stehen die Ergebnisse einer Arbeit im Fokus, welche die Eingliederungsprozesse der IV aus der Perspektive der Versicherten beleuchtet. Der zweite Teil des Kapitels widmet sich den Forschungsarbeiten zu medizinischen Gutachtern und Gutachterinnen, den behandelnden Psychiaterinnen und Psychiatern und den Arbeitgebenden, wobei immer die Schnittstellen zur und die Zusammenarbeit mit der IV im Mittelpunkt der Analysen stehen.¹⁰

3.1 Die Versicherten

3.1.1 Die wirtschaftliche Situation von IV-Rentnerinnen und IV-Rentnern

Im Jahr 2012 wurde erstmals eine umfassende Analyse zur wirtschaftlichen Situation von IV-Rentenbeziehenden publiziert (Wanner, Pecoraro 2012). Mittlerweile steht eine stark verbesserte Datenbasis zur Verfügung. Diese erlaubt es, differenzierte Aussagen über die aktuelle finanzielle Situation der IV-Rentenbeziehenden und der Haushalte, in denen sie leben, festzuhalten sowie die Entwicklung der finanziellen Situation von IV-Rentenbeziehenden in den letzten zehn Jahren zu beschreiben. Weiter können auf Grundlage der heute vorliegenden Daten auch Einkommensverläufe von IV-Rentenbeziehenden über mehrere Jahre vor und nach ihrer Berentung nachgezeichnet werden. Die im Jahr 2020 publizierte Forschungsarbeit (Guggisberg et al. 2020c) geht denn auch den folgenden drei Fragen nach:

- In welchen wirtschaftlichen Verhältnissen leben IV-Rentenbeziehende?
- In wie weit haben sich deren wirtschaftliche Verhältnisse seit der letzten Betrachtung im Jahr 2012 verändert?
- Wie haben sich die Erwerbsbeteiligung und die Einkommen von IV-Rentenbeziehenden in der Phase vor und nach der Rentenzusprache entwickelt?

Die Resultate des Berichtes zeigen, dass das jährliche Medianäquivalenzeinkommen der IV-Rentenbeziehenden im Jahr 2015 – dies ist das aktuellste Jahr mit vollständiger Datenbasis - 52'000 Franken beträgt und damit um rund 16'000 Franken tiefer ist als jenes von Personen ohne IV-Rente (Guggisberg et al. 2020c: IV). Die Ergebnisse zeigen weiter, dass IV-Rentenbeziehende finanziell bessergestellt sind, wenn ihr Haushalt Einkommen aus Erwerbsarbeit generiert: Die wirtschaftliche Lage wird demnach erheblich durch das

¹⁰ Im 3. Kapitel geht es um diejenigen Forschungsarbeiten des FoP3-IV, welche das Zusammenspiel und die Zusammenarbeit der IV mit den wichtigsten Akteuren und Akteurinnen beleuchtet. Das zweite Kapitel hingegen betrachtet diejenigen Forschungsarbeiten des FoP3-IV, welche das IV-System und seine Schnittstellen im Gesamten untersuchen.

Vorhandensein (oder Fehlen) von Erwerbseinkommen der IV-Rentenbeziehenden und weiterer Haushaltsmitglieder bestimmt (Guggisberg et al. 2020c: V).

Die Einkommensungleichheiten zwischen Personen mit und ohne IV-Rente haben sich im Vergleich mit den Ergebnissen der Vorgängerstudie – die sich auf Daten aus dem Jahr 2006 bezog – kaum verändert. Einkommensungleichheiten zwischen IV-Rentenbeziehenden haben dagegen etwas abgenommen, Einkommensungleichheiten zwischen Personen ohne IV-Renten etwas zugenommen. Beim Vergleich der Ergebnisse fällt auf, dass die in der Studie von 2020 – die sich auf Daten aus dem Jahr 2015 bezieht – betrachteten IV-Rentenbeziehenden im Vergleich zu den IV-Rentenbeziehenden von 2006 öfters Ergänzungsleistungen beziehen, aber etwas seltener Einkommen aus Erwerbsarbeit. Dies könnte mit der unterschiedlichen Zusammensetzung der IV-Rentenbeziehenden (u.a. mehr Personen mit psychischen Erkrankungen) sowie veränderten Chancen auf dem Arbeitsmarkt zusammenhängen (Guggisberg et al. 2020c: V).

Die in der Forschungsarbeit präsentierten Ergebnisse zu IV-Rentenbeziehenden mit sehr geringen bzw. geringen finanziellen Mitteln orientieren sich an zwei Einkommensschwelen, die auch international zur Anwendung kommen: Zum einen werden alle IV-Rentenbeziehenden, die weniger als 60% des Medianäquivalenzeinkommens der gesamten Bevölkerung ausweisen, als Personen mit geringen Mitteln bezeichnet, jene mit weniger als 50% des gesamtgesellschaftlichen Medianäquivalenzeinkommens als Personen mit sehr geringen Mitteln (Guggisberg et al.: VI). Wird dieses Konzept auf alle IV-Rentenbeziehenden des Jahres 2015 angewendet, zeigt sich, dass etwa 18% in einem Haushalt mit geringen und etwa 6% in einem Haushalt mit sehr geringen finanziellen Mitteln leben. Bei Personen ohne IV-Rente betragen die entsprechenden Anteile im gleichen Betrachtungsjahr rund 12% (geringe Mittel) bzw. rund 7% (sehr geringe Mittel). Damit ist das Risiko, in Haushalten mit geringen finanziellen Mitteln zu leben bei IV-Rentenbeziehenden höher als bei Personen ohne IV-Rente. Dagegen weisen IV-Rentenbeziehende ein leicht niedrigeres Risiko auf, mit sehr geringen finanziellen Mitteln zu leben als Nicht-IV-Rentenbeziehende (Guggisberg et al. 2020c: VI).

Die Betrachtung der Einkommensentwicklung einer ausgewählten Kohorte von Personen mit einer neuen Rente zeigt, dass bereits fünf bis drei Jahre vor der Zusprache der IV-Rente die Erwerbsbeteiligung der Betroffenen deutlich abgenommen hat. Zwei Jahre vor der Berentung geben dann verhältnismässig viele Personen die Erwerbstätigkeit ganz auf oder verzeichnen starke Lohneinbussen (Guggisberg et al. 2020c: V). Nach der Berentung kann festgestellt werden, dass sich mit der Rentenzusprache der Anteil der Personen mit sehr geringen Mitteln stark – von 19% auf 8% – reduziert. Dies, weil die Leistungen der 1. Säule und die Ergänzungsleistungen vor allem am unteren Rand der Einkommensverteilung zu unterstützen vermögen (Guggisberg et al. 2020c: VI).

Die Studie kommt zum Schluss, dass es der Invalidenversicherung verhältnismässig gut gelingt, den meisten Rentenbeziehenden ein Leben mit sehr knappen finanziellen Mitteln zu ersparen. Rund 18% der Personen mit IV-Rente müssen hingegen mit geringen finanziellen Mitteln auskommen, was im Vergleich zur Situation von Personen ohne IV-Rente deutlich mehr sind (Guggisberg et al. 2020c: VII). Bei der Betrachtung von Einkommensverläufen vor und nach einer IV-Berentung zeigt sich, dass sich mit dem Erhalt der IV-Rente die finanzielle Lage für einen verhältnismässig grossen Teil der Personen rasch verbessert. Dies kann neben den Leistungen aus der 1., 2. und 3. Säule vor allem auch dem Zugang zu Ergänzungsleistungen zugeschrieben werden. In diesem Zusammenhang zeigt sich, dass mit der IV-Berentung die Gefährdung für finanziell prekäre Lagen insbesondere für Personen in Einpersonen-, Einzeltern- und Paar-Haushalten mit Kind(ern) sowie Haushalten mit psychisch erkrankten IV-Rentenbeziehenden deutlich reduziert wird. Dies trifft auch für jüngere Personen und solche mit ausländischer Staatsangehörigkeit zu (Guggisberg et al. 2020c: VII).

3.1.2 Wirtschaftliche Verhältnisse der IV-Rentenbeziehenden mit einer Kinderzusatzrente

Eine spezifische Gruppe von IV-Rentenbeziehenden sind Eltern. Sie beziehen dementsprechend Kinderzusatzrenten der IV. Die Kinderzusatzrenten sind seit längerer Zeit Inhalt einer politischen Debatte, im Rahmen derer u.a. ein Kommissionspostulat (16.3910) eingereicht wurde, das den Bundesrat beauftragte, die wirtschaftlichen Verhältnisse von Personen mit Anspruch auf eine Kinderzusatzrente der IV oder AHV zu analysieren und darüber Bericht zu erstatten. Der Forschungsbericht «Wirtschaftliche Verhältnisse der Bezügerinnen und Bezüger einer Rente aus der 1. Säule (AHV/IV) mit Anspruch auf eine Kinderzusatzrente» (Guggisberg, Liechti 2019) wurde als eine der Grundlagen zur Beantwortung des genannten Kommissionspostulats erstellt. Im Zentrum der Analyse standen dementsprechend die beiden folgenden Fragen:

- Wie viele Kinder und junge Erwachsene wohnen in der Schweiz in welchen Haushalts-Konstellationen und wie viele davon haben Eltern, die eine Kinderzusatzrente beziehen?
- In welchen wirtschaftlichen Verhältnissen leben die Kinderrenten auslösenden Kinder und welche Bedeutung kommen den Kinderrenten aus der 1. Säule und der beruflichen Vorsorge dafür zu?

Im Folgenden stehen die Ergebnisse zu den Beziehenden der Kinderzusatzrenten der IV im Vordergrund: Aus der ersten Säule werden etwa 100'000 Kinderrenten für rund 96'000 rentenauslösende Kinder ausbezahlt¹¹, von diesen erhalten rund 73'000 eine Kinderrente der IV und rund 23'000 eine der AHV (Guggisberg, Liechti 2019: III und 5). Betrachtet man das Alter der IV-Kinderrenten auslösenden Kinder und Jugendlichen, zeigt sich, dass rund 50'000 0-17-jährig und etwa 22'000 18-24-jährig sind. Bei AHV-Kinderrenten auslösenden Kindern sehen diese Anteile anders aus, hier gibt es bedeutend mehr ältere Kinder, die beiden Altersgruppen sind etwa hälftig vertreten (Guggisberg, Liechti 2019: 5). 15% der IV-Kinderrenten werden an Rentenbeziehende im Ausland bezahlt – bei der AHV ist dieser Anteil bedeutend höher und liegt bei rund einem Drittel (Guggisberg, Liechti 2019: III).

Von den rentenauslösenden Kindern der IV wie auch der AHV sind knapp ein Drittel (31%) ausländischer und gut zwei Drittel (69%) schweizerischer Nationalität (Guggisberg, Liechti 2019: 5). Eine durchschnittliche IV-Kinderrente beträgt 560 Franken und ist leicht tiefer als eine durchschnittliche AHV-Kinderrente mit 640 Franken – dies hängt weitgehend damit zusammen, dass es sich bei IV-Renten nicht immer um ganze Renten handelt (Guggisberg, Liechti 2019: 11). Schweizer rentenauslösende Kinder der IV erhalten im Schnitt 600 Franken, ausländische Kinder 490 Franken (Guggisberg, Liechti 2019: 11). Insgesamt erhalten etwa 19% der IV-Rentenbeziehenden mindestens eine Kinderrente. Personen mit Geburtsgebrechen haben weniger oft rentenauslösende Kinder als Personen mit krankheits- oder unfallbedingten Renten (Guggisberg, Liechti 2019: IV).

Minderjährige rentenauslösende Kinder leben relativ betrachtet deutlich häufiger in wirtschaftlich leistungsschwächeren Haushalten als minderjährige Kinder von Eltern, die keine Rente der 1. Säule beziehen.¹² Die unteren 25% der Haushalte mit minderjährigen IV-rentenauslösenden Kinder haben ein Äquivalenzeinkommen von maximal 32'000 Franken zur Verfügung (minderjährige AHV-Kinder: 36'100 Franken), in der Vergleichsgruppe ohne Kinderrenten sind dies 41'100 Franken (Guggisberg, Liechti 2019: IV). Etwas weniger gross sind die Unterschiede bei den jungen Erwachsenen (18-24-jährigen) kinderrentenauslösenden Personen: Die unteren 25% der Haushalte mit volljährigen IV-

¹¹ Es ist möglich, dass ein Kind zwei Kinderrenten aus der 1. Säule auslöst. Dies ist dann der Fall, wenn beide Elternteile eine Rente der 1. Säule beziehen.

¹² Aus datentechnischen Gründen beschränken sich diese Analysen auf Personen, die ihren Wohn- und Hauptsteuersitz in einem der elf Kantone haben zu denen Angaben aus den Steuerdaten verfügbar sind (Guggisberg und Liechti 2019: S. iv), es sind dies: AG, BE, BL, BS, GE, LU, NE, NW, SG, TI, VS (Guggisberg und Liechti 2019: S. 51).

Kinderrenten auslösenden Kindern verfügen über ein Äquivalenzeinkommen von maximal 32'600 Franken, (AHV: 40'000 Franken), die Vergleichsgruppe mit Eltern im Erwerbsalter ohne Rente der 1. Säule verfügt über maximal 43'700 Franken (Guggisberg, Liechti 2019: V). In beiden Altersgruppen gibt es demnach relativ betrachtet häufiger Kinder und junge Erwachsene mit Kinderrenten, die in Haushalten mit geringer wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit aufwachsen, als dies für Kinder von Eltern der Fall ist, die beide im Erwerbsalter sind und keine Rente der 1. Säule beziehen (Guggisberg und Liechti 2019: S. V).¹³

Die Bezugsquote von Ergänzungsleistungen bei Eltern von IV-Kinderrenten auslösenden Kindern beträgt rund 38% - bei AHV-Kinderrenten auslösenden Kindern rund 14% (Guggisberg, Liechti: V). Mit Hilfe von Simulationsmodellen wurde geprüft, inwieweit eine Reduktion der Kinderrenten von 40 auf 30% der Hauptrente oder ein gänzlicher Wegfall sich auswirken würden. Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass eine Reduktion oder der Wegfall der Kinderrenten aus der 1. und 2. Säule für diejenigen rentenauslösenden Kinder bedeutsam (im Sinne einer zusätzlichen Verschlechterung) ist, die in wirtschaftlich leistungsschwachen Haushalten aufwachsen. Bei Kindern mit Eltern im ordentlichen Rentenalter kommt dies (d.h. das Aufwachsen in einem wirtschaftlich leistungsschwachen Haushalt) relativ betrachtet schon heute häufiger vor als bei Kindern mit Eltern, die das ordentliche Rentenalter noch nicht erreicht haben. Noch deutlich stärker gilt dies für Kinder aus Haushalten, in denen eine IV-Rente bezogen wird (Guggisberg, Liechti 2019: V).

3.1.3 Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Erkrankungen

Während die vorhergehenden Unterkapitel Forschungsmandate vorstellten, bei denen es ausschliesslich um die ökonomische Situation der IV-Rentenbeziehenden und deren Familien ging, beschäftigten sich einige Projekte des FoP3-IV umfassend mit der Situation von IV-Rentenbeziehenden. Unter anderem wurden junge Neurentenbeziehende mit psychischen Erkrankungen betrachtet und deren Wege bis hin zur Berentung aufgezeigt. Ziel waren Empfehlungen, wie Massnahmen in Zukunft noch spezifischer, zielgerichteter und damit wirkungsvoller ausgestaltet werden können, damit junge psychisch erkrankte Personen erfolgreich in die Erwerbsarbeit eingegliedert werden können. Die im folgenden diskutierte Studie zu den jungen IV-Neurentenbeziehenden begann am Ende des FoP2-IV und wurde zu Beginn des FoP3-IV fertiggestellt und in den ersten Monaten des FoP3-IV publiziert. Aus diesem Grund soll die Studie auch als Teil des Syntheseberichts zum FoP3-IV Erwähnung finden.

Ausgangspunkt der Betrachtung der IV-Neurentenbeziehenden war die Tatsache, dass die Zahl aller Neurenten in der Invalidenversicherung in den letzten 15 Jahren deutlich gesunken ist – ausser im Falle der Neurenten für junge Erwachsene. Eine Invalidisierung in sehr jungem Alter erfolgt in der Mehrheit der Fälle aufgrund psychischer Störungen, was daran liegt, dass rund 75% aller psychischen Störungen vor dem 25. Altersjahr – und damit früher als viele körperliche Krankheiten – beginnen. In der Schweiz lagen vor Veröffentlichung der Forschungsarbeit «Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten» (Baer et al. 2015) kaum Informationen dazu vor, um welche Personen mit welchen psychischen Problemen es sich bei dieser Gruppe handelt, in welchem Alter und in welchen Bildungsgängen sie erstmals aufgefallen sind, wann interveniert wurde und wie ihre Berentungsverläufe aussehen. Die Publikation zu den jungen IV-Neurentenbeziehenden schliesst diese Lücke und liefert Daten und Erkenntnisse für die weitere Ausgestaltung und Verbesserung von frühen und wirksamen Massnahmen, mit denen die IV und weitere involvierte Kreise wie z.B. das Bildungssystem, die Gesundheitsversorgung und die Arbeitgebenden junge Personen mit psychischen

¹³ Hierbei gilt es zu beachten, dass die Einkommensdisparitäten bei den Haushalten der jungen Erwachsenen mit AHV-Kinderrenten sehr gross sind.

Beeinträchtigungen vermehrt im Ausbildungssystem und Arbeitsmarkt halten können (Baer et al. 2015: XIIf).

Gebrechen und Verläufe in die Berentung bei psychisch erkrankten jungen Neurentenbeziehenden

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass junge – zwischen 18 und 29 Jahre alte – Personen mit einem IV-Rentenbezug besonders häufig von sehr frühen und schweren psychischen Störungen betroffen sind, die entweder deutliche organische Ursachen haben (Minderintelligenz, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Schizophrenie) oder, wie z.B. Persönlichkeitsstörungen, mit erheblichen frühen familiären Belastungen verbunden sind (Baer et al. 2015: XX). Die jungen Rentenbeziehenden fallen meist schon sehr früh auf: Bei rund der Hälfte wurde schon im Vorschulalter eine beginnende Störung festgestellt und die betroffenen Versicherten bedurften dann oft bis ins Erwachsenenalter ständiger Unterstützung von verschiedenen Einrichtungen und Fachpersonen (Baer et al. 2015: XX). Ein erheblicher Teil dieser Gruppe hat zudem nie eine Regelschule besucht und war nie im ersten Arbeitsmarkt tätig, sondern verbrachte Schule, Ausbildung und Beschäftigung im geschützten Rahmen. Insgesamt verfügen nur etwa 14% der jungen Rentenbeziehenden über eine abgeschlossene Berufsausbildung mit Eidgenössischem Fähigkeitsausweis und nur rund 5% sind nach ihrer Berentung noch teilerwerbstätig (Baer et al. 2015: XX).

Bemerkenswerterweise kommen die Forschenden zum Schluss, dass trotz dieser eher ungünstigen Ausgangslage zumindest bei einer Minderheit der jungen Rentenbeziehenden Alternativen zu einer Berentung bestanden hätten und diese jungen Versicherten womöglich zu früh berentet wurden. Als Gründe dafür wurden mangelnde Früherkennung im Bildungssystem, ungenügende ärztliche Informationen und Kooperation sowie eine mangelnde Eingliederungsperspektive und inadäquate Abläufe von IV-Prozessen angeführt (Baer et al. 2015: XX). Insgesamt sollte dabei nicht vergessen gehen, dass sich hinter der Etikette «psychisch» in manchen Fällen schwere, multimorbide Krankheits- und Behinderungskonstellationen verbergen, nicht selten auch verbunden mit Minderintelligenz (Baer et al. 2015: XX). Insofern wird die Berentung dieser jungen Personen von den Forschenden als nachvollziehbar eingestuft.

Gleichwohl identifizieren die Forschenden im Rahmen ihrer Untersuchung einige Probleme, die behoben werden sollten, um frühe Invalidisierungen künftig vermehrt zu vermeiden: hier werden mangelnde Früherkennung und -intervention und eine (zu) rasche Berentung genannt, aber auch das zu späte Einsetzen einer psychiatrischen Behandlung (Baer et al. 2015: XX). Die Analysen zeigen weiter, dass viele Ausbildungsabbrüche bei jungen Personen mit Psychosen und Persönlichkeitsstörungen nicht zwingend sind und verhindert werden könnten, da die Abbrüche meist von den Auszubildenden selbst ausgehen (Baer et al. 2015: XXI). Zudem verdeutlicht die Studie, dass bei IV-Massnahmen manchmal zu früh resigniert wird, denn bei den meisten jungen Rentenbeziehenden folgte nach dem Abbruch ihrer (Erst-)Ausbildung kein zweiter Versuch, eine Ausbildung zu absolvieren. Ebenso fanden zu wenig nachhaltige Interventionen bei schon früh erkannten Störungen, wie z.B. frühen sozial-emotionalen Störungen (inkl. ADHS) respektive Entwicklungsstörungen statt. Bei Schizophrenen schliesslich behindern (zu) pessimistische medizinische Prognosen den Eingliederungsverlauf.

Unabhängig von der Art der Störung werden der Untersuchung zufolge zu wenig medizinische Informationen für die Eingliederung weitergegeben, das heisst, in den wenigsten betrachteten Arztberichten werden Informationen dazu gegeben, welche konkreten Anpassungen die jungen Versicherten in der Schule/Ausbildung oder am Arbeitsplatz benötigen oder wie Lehrpersonen, Ausbildende, Vorgesetzte oder Eingliederungsverantwortliche mit der versicherten Person umgehen sollten. Schliesslich kommen die Forschenden zu dem Schluss, dass ein differenziertes Assessment bzw. eine Begutachtung zu Beginn des IV-Verfahrens für die Eingliederung zielführender sein könnte als ein Assessment erst bei der Rentenprüfung (Baer et al. 2015: XXIIf).

3.1.4 Die Eingliederung aus Versichertenperspektive

Im Rahmen der vorgängig besprochenen Forschungsarbeiten des FoP3-IV wurden Daten der Zentralen Ausgleichskasse, Steuerdaten, Dossiers u.a. der Versicherten ausgewertet. In keinem der Forschungsprojekte wurden aber die Versicherten direkt befragt – sei dies zu ihrem Eingliederungsverlauf, zu ihrer Einschätzung der Eingliederungsmassnahmen oder zu (subjektiven) Erfolgsfaktoren bei der beruflichen Eingliederung. Ebenso gab es zwar im Rahmen des FoP3-IV zahlreiche Projekte zur Umsetzung und Wirkung von Massnahmen der IV und in einigen Analysen wurden die betroffenen versicherten Personen punktuell auch zu einzelnen Themen wie zur Qualität der Hörgeräteversorgung, zu den Organisationen der Behindertenhilfe oder zum Assistenzbeitrag direkt befragt, jedoch nie umfassend zu den Eingliederungsmassnahmen als solche. Die im folgenden diskutierte Studie «Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten» (Baer et al. 2018) schliesst diese Lücke, indem sie ausführlich der Frage nach den Erfolgsfaktoren in der Eingliederung und zur Lebenssituation der Versicherten im zeitlichen Verlauf des Eingliederungsprozesses aus der Perspektive der Versicherten nachgeht (Baer et al. 2018: VIII).

Gebrechen, Behandlungs- und soziale Situation der Befragten

Die Ergebnisse der Forschungsarbeit basieren auf einer schriftlichen Befragung, zu welcher rund 4000 Personen mit psychischen und muskuloskelettalen Erkrankungen eingeladen wurden, die IV-Massnahmen zur beruflichen Eingliederung (d.h. Frühinterventionsmassnahmen, Massnahmen beruflicher Art, Integrationsmassnahmen) erhalten haben. Der Rücklauf der Befragung betrug etwa 25%. Zusätzlich wurden mit 20 Befragten vertiefende Interviews durchgeführt. Ein monatliches Erwerbseinkommen von mindestens 1000 Franken und kein Leistungsbezug aus Arbeitslosenversicherung (ALV) oder IV-Rente wurde als Eingliederungserfolg definiert¹⁴ (Baer et al. 2018: VIII).

In der Befragung geben rund 55% an, unter einer psychischen Erkrankung – einer Psychose, neurotischen Störung oder Persönlichkeitsstörung – zu leiden. 45% geben an, an einem muskuloskelettalen Gebrechen erkrankt zu sein (Baer et al. 2018: X). Im Hinblick auf eine erfolgreiche berufliche Eingliederung zeigt sich, dass insgesamt etwa ein Drittel der Befragten integriert ist (Baer et al. 2018: XIV) und die Art der Erkrankung dabei eine signifikante Rolle spielt: Von den Befragten mit muskuloskelettalen Erkrankungen konnten 45% erfolgreich integriert werden, gegenüber lediglich 25% der Versicherten mit psychischen Störungen, wobei Versicherte mit psychotischen Störungen besonders oft nicht integriert wurden (Baer et al. 2018: X). Eine Betrachtung der Behandlungssituation zeigt, dass sich die Mehrheit der Versicherten in medizinischer oder psychiatrischer Behandlung befindet. Allerdings gibt auch etwa ein Fünftel der Versicherten an, aktuell nicht in einer Behandlung zu sein. Laut Forschenden kann bei einem Teil dieser Personen davon ausgegangen werden kann, dass sie im Moment keine Behandlung benötigen, bei einem anderen Teil wäre allerdings eine solche angesichts des oft chronischen oder wiederkehrenden Verlaufes von psychischen und muskuloskelettalen Erkrankungen sinnvoll (Baer et al. 2018: XI).

Im Hinblick auf die soziale Situation deuten die Studienergebnisse darauf hin, dass die erhebliche Beeinträchtigung der meisten Versicherten sich in ihrer sozialen Einbettung weniger stark niederschlägt als in beruflicher Hinsicht: Der Hälfte bis zwei Dritteln der Versicherten gelingt es, ein soziales Netz aufrecht zu erhalten. Rund die Hälfte der Befragten hat drei und mehr Personen im privaten Umfeld, auf die sie sich verlassen können (instrumentelle Hilfen). Gleich viele haben Vertrauenspersonen, mit denen sie über persönliche Dinge sprechen können (emotionale Hilfen) (Baer et al. 2018: XII). Allerdings geben 80% der Schweizer Gesamtbevölkerung an, drei und mehr «verlässliche» Personen

¹⁴ Ein allfälliger Sozialhilfebezug war kein Ausschlusskriterium für «Eingliederungserfolg» (Baer et al. 2018: S. 15)

im Umfeld zu haben und knapp 70% der Gesamtbevölkerung hat eigenen Angaben zufolge Vertrauenspersonen (Baer et al. 2018: 68).

Durchlaufene Eingliederungsmassnahmen, Einkommen und Erfolgsfaktoren

Hinsichtlich der durchlaufenen Massnahmen zeigen die Ergebnisse, dass die Befragten besonders häufig Frühinterventions- und Umschulungsmassnahmen erhalten haben, gefolgt von erstmaligen beruflichen Ausbildungs- und Integrationsmassnahmen. Die Ergebnisse spiegeln Selektionseffekte: Denn Frühinterventionsmassnahmen weisen eine hohe Erfolgsquote auf, während bei den nicht erfolgreich eingegliederten Versicherten Integrationsmassnahmen und erstmalige berufliche Ausbildungen häufiger vorkommen. Integrationsmassnahmen und erstmalige berufliche Ausbildungsmaßnahmen werden oft als Voraussetzung für eine weiterführende Integration und auch bei Versicherten mit noch geringer Arbeitsfähigkeit eingesetzt. Massnahmen der Frühintervention hingegen werden häufig bei einem bestehenden Arbeitsverhältnis gesprochen – was die Chancen für einen erfolgreichen Abschluss erhöht.

Unabhängig vom Eingliederungserfolg zeigen die verschiedenen Eingliederungsmassnahmen Wirkung in Bezug auf die Grundarbeitsfähigkeiten (lernen, trotz Problemen oder Schmerzen zu arbeiten) und das Selbstvertrauen der Versicherten. Gleichzeitig machen die Forschenden darauf aufmerksam, dass rund ein Drittel der Befragten angibt, die Massnahme/n hätten ihnen nicht genutzt respektive sogar gesundheitlich geschadet. Keinen Nutzen, respektive eine gesundheitsschädigende Wirkung der IV-Massnahmen wurde von den Befragten speziell häufig in denjenigen Fällen berichtet, in denen es nie zu einem gemeinsamen Gespräch zwischen IV-Beratungsperson, Arzt, Ärztin oder Arbeitgebenden gekommen ist. Zwischen 50 und 60% der Befragten haben die Beratungsperson der IV-Stelle als kompetent und engagiert erlebt. Die persönliche Beziehung zur IV-Beratungsperson scheint dabei zentral zu sein (Baer et al. 2018: XIII f).

Der Anteil der Befragten, die eine Erwerbstätigkeit (in welchem Ausmass auch immer) angeben, steigt im zeitlichen Verlauf von rund 40% bei Massnahmenbeginn auf 65% nach Massnahmenende. Gleichzeitig nimmt der Anteil arbeitsloser Personen deutlich ab. Trotzdem benötigen zwei Drittel der Befragten weitere Einkommensquellen. Nur bei der Gruppe der erfolgreich integrierten Versicherten – d.h. dass sie ein monatliches Einkommen von mehr als 1000 Franken verdienen und keine Leistungen der ALV oder der IV erhalten – finanzieren sich rund 80% ausschliesslich über ein Erwerbseinkommen. Die Gruppe der berufliche erfolgreich integrierten umfasst gesamthaft etwa ein Drittel der Befragten, was bedeutet, dass bei rund einem Viertel der Befragten (80% von einem Drittel) davon auszugehen ist, dass sie erwerbstätig und finanziell unabhängig sind (Baer et al. 2018: XIV).

Betreffend der Suche nach Erfolgsfaktoren für eine erfolgreiche berufliche Eingliederung zeigen die Ergebnisse der Befragung, dass gezielte, spezifisch auf die Beeinträchtigung ausgerichtete Massnahmen den Arbeitsrhythmus und das Arbeitspensum zu steigern vermochten. Diese verbessern zudem das Arbeitsverhalten sowie das Selbstvertrauen und haben einen positiven Einfluss auf die Fähigkeit der Versicherten, trotz ihrer Probleme zu arbeiten (Bewältigungsfähigkeit). Dies wiederum hängt stark mit dem Eingliederungserfolg zusammen. Als weitere Erfolgsfaktoren kristallisiert sich die aktive Unterstützung der IV bei der Stellensuche und bei Problemen und Krisen während dem Eingliederungsprozess heraus. Ein weiterer wichtiger Erfolgsfaktor ist gemäss den Forschenden auch, dass die IV-Beratungsperson wie auch die Betreuenden in den Durchführungsstellen das jeweilige Problem der versicherten Person am Arbeitsplatz/Arbeitsproblem verstanden haben. Neben den Merkmalen der Eingliederung sind eine gute (subjektive) Lebensqualität, eine geringe psychische Belastung, eine gefestigte Überzeugung, selbst über sein Leben bestimmen zu können (Kontrollüberzeugung) und eine gute allgemeine Gesundheit sowie geringe psychische Funktionseinschränkungen relevant für den Eingliederungserfolg. In zusätzlich

durchgeführten Analysen zeigt sich, dass Personen mit einem höheren Bildungsabschluss bessere Erfolgschancen bei der beruflichen Eingliederung aufweisen und dass Personen mit Einschränkungen in der Flexibilität (perfektionistisch und unflexibel) und der Ausgeglichenheit (impulsives und konflikthafte Verhalten) eine reduzierte Erfolgschance für eine berufliche Eingliederung haben (Baer et al. 2018: XVII).

3.2 Akteurinnen und Akteure an der Schnittstelle zur IV: Arbeitgebende, Gutachterinnen und Gutachter, Psychiaterinnen und Psychiater

Im vorhergehenden Kapitel wurden diejenigen Forschungsprojekte des FoP3-IV diskutiert, die sich den versicherten Personen, deren wirtschaftlicher Situation, deren Wege bis hin zur Berentung und deren Blick auf Massnahmen und Erfolgsfaktoren der beruflichen Eingliederung widmeten. Im Folgenden werden nun Resultate von Forschungsprojekten präsentiert, welche weitere zentrale Beteiligte im Zusammenspiel mit der IV fokussieren: Es sind dies die Arbeitgebenden, die Gutachter und Gutachterinnen und die behandelnden Psychiater und Psychiaterinnen.

3.2.1 Die Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden

Bei der beruflichen Eingliederung von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen spielen die Arbeitgebenden eine entscheidende Rolle. Seit der 5. IVG-Revision bauen die IV-Stellen deshalb gezielt verschiedene fallabhängige wie auch fallunabhängige Instrumente und Aktivitäten für eine tragfähige Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden auf. Die anfangs 2016 publizierte Studie «Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den Arbeitgebenden» (Geisen et al. 2016) beleuchtete erstmals die Kooperationsformen und die Qualität dieser Zusammenarbeit.

Insgesamt zeigt sich eine sehr heterogene Zusammenarbeit und eine hohe Zufriedenheit. Die Forschenden basieren ihre Ergebnisse zum einen auf der Zusammenfassung der Resultate von zahlreichen Projekten auf regionaler, kantonaler und nationaler Ebene. Zum andern wurde eine Befragung von Arbeitgebenden wie auch Verantwortlichen der IV-Stellen zu diesem Thema durchgeführt. Zentrale Erkenntnis der Studie ist, dass die IV-Stellen die Zusammenarbeitsstrategie mit den Arbeitgebenden sehr heterogen gestalten und sowohl IV-Stellen wie auch Arbeitgebende die Zusammenarbeit positiv bewerten (Geisen et al. 2016: V). Trotz der sehr unterschiedlichen Praxis der IV-Stellen zeigt sich eine ähnlich hohe Zufriedenheit beider Akteursgruppen (Geisen et al. 2016: X). Als zentraler Erfolgsfaktor identifizieren die Forschenden dabei den Umstand, dass die Form der Zusammenarbeit in den jeweiligen kantonsspezifischen kulturellen, geographischen und wirtschaftlichen Kontext passt. Als weitere Erfolgsfaktoren erwähnt die Studie das Zusammenspiel von fachlicher Kompetenz und persönlichem Bezug der Kontaktpersonen, einen optimalen Mix von Beratung und anderen Leistungen, die die IV-Stellen den Arbeitgebenden anbieten sowie der Einbezug von weiteren externen Fachpersonen, wie zum Beispiel behandelnde Ärztinnen und Ärzte, in die Kooperation zwischen IV-Stellen und Arbeitgebenden (Geisen et al 2016: 92f).

3.2.2 Befragung der Arbeitgebenden zu ihrer Wahrnehmung der Invalidenversicherung und deren Instrumente

Neben der oben genannten Forschungsarbeit zur Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den Arbeitgebenden wurde ausserhalb des FoP-IV, aber in enger Koordination damit, im Jahr 2021 (wie bereits in den Jahren 2008, 2010, 2012 und 2014) eine repräsentative Arbeitgeberbefragung zur Wahrnehmung der IV und ihrer Instrumente durchgeführt (Buess, Vogel 2021). Die Ergebnisse der online durchgeführten Umfrage basieren auf Antworten von mehr als 2300 Arbeitgebenden, welche die Diversität der Unternehmensgrössen, Regionen und Branchen der Wirtschaft abbilden.

Insgesamt zeigen sich stabile Werte, ein positives Image der IV wie auch Verbesserungspotential. In Bezug auf den vergleichbaren Teil der Ergebnisse sind die

Umfragewerte seit der Befragung im Jahr 2012 grösstenteils stabil geblieben. Die Ergebnisse zeigen, dass die Stärken der IV hauptsächlich in ihrem (relativ) guten Image und in der hohen Zufriedenheit der Unternehmen betreffend ihre Zusammenarbeit mit den IV-Stellen liegen. Trotz dieser positiven Werte zeigt die Umfrage auch Verbesserungspotential: So hat sich der Wissens- und Informationsstand der Unternehmen zu den Leistungen und dem Auftrag der IV über die Jahre hinweg eher verschlechtert und lediglich eine Minderheit der Arbeitgebenden verfügt über Erfahrung mit beruflicher (Wieder-)Eingliederung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen. Nichtsdestotrotz kann sich die Mehrheit der befragten Arbeitgebenden vorstellen, mithilfe der IV und ihrer Instrumente gesundheitlich beeinträchtigte Personen im Unternehmen weiter zu beschäftigen (Buess, Vogel 2021: V). In diesem Zusammenhang ebenfalls von Bedeutung ist die Tatsache, dass sich die Mehrheit der befragten Arbeitgebenden in der Lage fühlen, Frühwarnzeichen eines möglichen Arbeitsausfalls aus psychischen Gründen zu erkennen (Buess, Vogel 2021: 32f).

Auf Basis der Umfrageergebnisse besteht die wichtigste Erkenntnis für die Eingliederungsarbeit der IV-Stellen darin, die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden gezielt auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der jeweiligen Unternehmensgrösse und Branche auszurichten, um den Informations- und Wissenstand wie auch die konkrete berufliche (Wieder-)Eingliederung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu verstärken. Diese Erkenntnis der Umfrage in Bezug auf die Notwendigkeit einer gezielten und kontextabgestimmten Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den Arbeitgebenden erweist sich als weitgehend deckungsgleich mit einer der zentralen Erkenntnisse der weiter oben dargestellten Forschungsarbeit zur Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den Arbeitgebenden von Geisen et al. aus dem Jahr 2016: Auch hier wird die Passung der Zusammenarbeit in den jeweiligen kantonsspezifischen kulturellen, geographischen und wirtschaftlichen Kontext als zentraler Erfolgsfaktor identifiziert.

3.2.3 Befragung der Psychiater und Psychiaterinnen

Wie im weiter oben besprochenen Forschungsbericht zur Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den Arbeitgebenden wurde auch in anderen Forschungsberichten des FoP3-IV darauf hingewiesen, dass die IV öfter und verstärkt die behandelnden Ärztinnen und Ärzte einbeziehen und enger mit diesen zusammenarbeiten soll. Der im Folgenden besprochene Bericht widmet sich einer Teilgruppe dieser Fachpersonen, die für die IV in den letzten Jahren in Zusammenhang mit der Rentenzusprache wie auch mit beruflicher Eingliederung und Arbeitsplatzergänzung stark an Bedeutung gewonnen hat: den Psychiaterinnen und Psychiatern. Der Bericht «Patienten mit Arbeitsproblemen» (Baer et al. 2017) entstand ausserhalb des Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung, wurde aber aufgrund seiner Relevanz für die Weiterentwicklung der IV vom BSV mitfinanziert. Vor dieser Forschungsarbeit wurden psychiatrische Fachpersonen in der Schweiz noch nie zu ihren konkreten Erfahrungen und Beurteilungen bei psychisch Erkrankten mit Arbeitsproblemen und Arbeitsunfähigkeiten befragt. Dies hatte zur Folge, dass keine entsprechenden behandlungsepidemiologischen Daten vorlagen und das medizinische und rehabilitative Wissen der psychiatrischen Fachpersonen nur ungenügend genutzt werden konnte. Die im folgenden besprochene Untersuchung half, diese Lücke zu füllen und eine Datenbasis vorzulegen, mit der weiterführende Massnahmen erarbeitet werden können, die für die Arbeitsmarktintegration psychisch Kranker nützlich sind (Baer et al. 2017: IX).

Die gesamte Befragung wurde von 326 Psychiaterinnen und Psychiatern beantwortet (Baer et al. 2017: IX), in spezifischen Frageblöcken wurden auch Erkenntnisse zu Arbeitsunfähigkeitszeugnissen erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass die Psychiaterinnen und Psychiater rückblickend die Arbeitsunfähigkeit (AUF) in vier von fünf Fällen als unumgänglich bezeichnen. Hingegen wäre gemäss den Behandelnden in rund 30% der Fälle eine kürzere AUF oder ein geringerer Grad der AUF möglich gewesen, wenn auf Seite

der Arbeitgebenden mehr Flexibilität und Verständnis gegenüber den Erkrankten vorhanden gewesen wäre (Baer et al. 2017: XVI). Die Resultate legen insgesamt den Schluss nahe, dass psychiatrische Patienten und Patientinnen in der Schweiz eng, über längere Zeit und wirksam behandelt werden. Gemäss den Forschenden sind die Psychiater und Psychiaterinnen in der Schweiz nahe an ihren Patientinnen und Patienten, diskutieren wichtige Alltagsprobleme und bewirken mit der therapeutischen Beziehung, dass das Besprochene im Alltag von diesen auch umgesetzt wird (Baer et al. 2017: XX). Im Hinblick auf die Probleme am Arbeitsplatz nehmen die befragten Psychiaterinnen und Psychiater hauptsächlich die mangelnde Anerkennung und Wertschätzung seitens der Führungskräfte in den Betrieben und deren verbesserungsfähiges Kommunikationsverhalten wahr. Als zentrales Problem auf Seite ihrer Patienten und Patientinnen wurde von den Behandelnden deren mangelndes Durchsetzungsvermögen und deren Unfähigkeit, Nein zu sagen, genannt. Diese Problemanalyse gibt vermutlich das Erleben wieder und scheint etwas einseitig. Die theoretische Einschätzung der Behandelnden in Bezug auf die typischen diagnosespezifischen Funktionsdefizite weicht jedenfalls deutlich von den Einschätzungen zu den eigenen Patientinnen und Patienten ab (Baer et al. 2017: XIIIf). Im Rahmen der theoretischen Einschätzung werden nämlich vielfältige Funktionsdefizite genannt, die am Arbeitsplatz relevant sind, wie zum Beispiel Beziehungsdefizite bei Persönlichkeitsstörungen, Defizite der sozialen Kognition sowie bei der Konzentration und der Realitätsprüfung bei Schizophrenien und Defizite beim Durchhaltevermögen, beim Arbeitstempo und der Belastbarkeit bei Depressionen (Baer et al. 2017: XVII).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass Arbeit ein prioritäres Thema bei den psychiatrischen Patientinnen und Patienten ist: Die Mehrheit hat entweder bedeutende Probleme am Arbeitsplatz, ist arbeitsunfähig geschrieben oder arbeitslos, sozialhilfeabhängig oder berentet. Die Forschenden kommen zum Schluss, dass trotz der Häufigkeit und Bedeutung arbeitsbezogener Probleme bisher die fachlichen Grundlagen darüber fehlen, welche psychiatrischen Interventionen unter welchen Bedingungen zu einem besseren Arbeitsergebnis beitragen, und dass solche Fragen in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung nicht systematisch behandelt werden (Baer et al. 2017: XX).

Um der festgestellten Diskrepanz zwischen fachlichen theoretisch-psychiatrischen Einschätzungen und der Einschätzung der eigenen Patientinnen und Patienten zu begegnen, empfehlen die Forschenden, die psychiatrische Perspektive auf den Arbeitsplatz zu erweitern. Dies wäre Aufgabe der psychiatrischen Weiter- und Fortbildung, in welche zum Beispiel auch Arbeitgebende eingebunden werden könnten. Zudem soll der Austausch zwischen Psychiaterinnen und Psychiater und Arbeitgebenden verstärkt werden. So könnte verhindert werden, dass die Behandelnden ihre Patientinnen und Patienten weiterhin vor allem als Opfer ungünstiger Arbeitsbedingungen und aggressiven Verhaltens der Arbeitsumgebung sehen – auch wenn dieselben Personen schon an früheren Arbeitsstellen wiederholt Konflikte am Arbeitsplatz hatten – und durch diese einseitige Perspektive den Arbeitsplatzverlust der Patientinnen und Patienten gefährden, weil die Belastung für die Arbeitsumgebung nicht berücksichtigt wird (Baer et al. 2017: XXIIIf).

3.2.4 Gutachterinnen und Gutachter

In den vorherigen Abschnitten wurden verschiedene Aspekte rund um die behandelnden Psychiaterinnen und Psychiater, deren Schnittstellen zur IV und deren Perspektive auf für die IV zentrale Themen wie die Arbeitsunfähigkeit beleuchtet. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit steht auch bei den Ärztinnen und Ärzten im Fokus, die als Gutachterinnen und Gutachter für die IV tätig sind. Ihnen wurde ein eigenes Forschungsprojekt im Rahmen des FoP3-IV gewidmet. Ganz allgemein lässt sich sagen, dass sich im IV-Gutachterwesen zwei zentrale Herausforderungen zeigen: Zum einen ist die Anzahl der medizinischen Gutachterinnen und Gutachter zu gering, um die erwünschte zügige Bearbeitung von Gutachten zu ermöglichen. Zum andern werden die Qualität der Gutachten und die Qualifikation der Begutachtenden in der Öffentlichkeit häufig in Zweifel

gezogen. Vor diesem Hintergrund wurde der Bericht «Ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung der medizinischen Gutachterinnen und Gutachter» (Laubereau et al. 2017) erstellt, der eine Bestandsaufnahme des medizinischen Gutachterwesens in der Schweiz mit Fokus auf das Bildungsprofil von Gutachterinnen und Gutachtern vorlegt. Im Rahmen dieser Auslegeordnung wurden auch die Anforderungen der IV-Stellen an die Qualifikationen der medizinischen Begutachtenden sowie deren Bildungsprofil erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass die Zweifel an der beruflichen Qualifizierung nicht berechtigt sind: Die Begutachtenden weisen ein breites Spektrum an Facharzttiteln auf, am häufigsten der Psychiatrie/Psychotherapie, der allgemeinen Inneren Medizin, Neurologie und Rheumatologie. Knapp drei Viertel der befragten Begutachtenden weisen einen Fortbildungsabschluss in Versicherungsmedizin auf, am häufigsten verbreitet sind die Zertifikate der Swiss Insurance Medicine (SIM). Das Bildungsprofil variiert leicht nach Art der Gutachten: Bei Gutachterinnen und Gutachter, die monodisziplinäre Gutachten erstellen, ist die Fachdisziplin Psychiatrie/Psychotherapie anteilmässig stärker vertreten als bei Begutachtenden, die polydisziplinäre Gutachten verfassen, was auf das breitere Spektrum der Fachdisziplinen zurückzuführen sein dürfte. 90% der Gutachterinnen und Gutachter weisen eine Berufserfahrung von mehr als 15 Jahren auf, 70% arbeiten im Vollzeitpensum in einer ärztlichen Tätigkeit. Fast alle medizinischen Begutachtenden sind in der Schweiz ärztlich tätig; hauptberuflich im Ausland ärztlich tätige Gutachterinnen und Gutachter werden nur selten – und wenn, dann eher bei polydisziplinären Gutachten – beauftragt. Von den befragten Begutachtenden waren dies rund 4% (Laubereau et al. 2017: VIII f).

Im Hinblick auf die Anforderungen der IV-Stellen zeigt sich, dass alle IV-Stellen einen eidgenössischen Facharzttitel oder eine äquivalente Qualifikation aus dem Ausland verlangen. Zusätzliche Qualifikationen werden nur vereinzelt obligatorisch verlangt, mehrheitlich aber als Pluspunkt erachtet. Hierzu zählen vor allem das SIM-Zertifikat, klinische Erfahrung und Erfahrung im Gutachterwesen. Im Jahr 2016 wurden gemäss Angaben von 23 IV-Stellen rund 2'300 Begutachtende beauftragt, von den rund 16'800 Gutachten aus dem Jahr 2016 waren – gemäss Angaben der IV-Stellen – die Hälfte monodisziplinär (48%), ein Drittel polydisziplinär (34%) und ein Fünftel bidisziplinär (18%) (Laubereau et al. 2017: VIII).

Aus Sicht der IV-Stellen liegt die grösste Herausforderung hinsichtlich des Gutachterwesens darin, qualitativ gute und geeignete Gutachterinnen und Gutachter zu finden. Dabei wird vor allem in bestimmten Fachdisziplinen wie Psychiatrie und Spezialdisziplinen wie z.B. Ophthalmologie sowie bei polydisziplinären Gutachten Entwicklungsbedarf geortet. Besonderer Entwicklungsbedarf besteht gemäss IV-Stellen regional in der Romandie sowie in peripheren, kleinen und zweisprachigen Kantonen (Laubereau et al. 2017: VIII).

Aus der Perspektive der befragten Bildungsverantwortlichen besteht Handlungsbedarf in allen Bildungsphasen von medizinischen Begutachtenden. Die befragten Gutachterinnen und Gutachter ihrerseits wünschen sich unter anderem einen stärkeren Praxisbezug der Bildungsangebote und vermehrt medizinisch-juristische Fortbildungen (Laubereau et al. 2017: XI f).

3.3 Zentrale Empfehlungen für das BSV und die IV-Stellen

Die oben angeführten Berichte haben verschiedene Akteure und Akteurinnen und deren Zusammenarbeit mit der Invalidenversicherung beleuchtet. Dabei ging es um unterschiedliche Gruppen wie Versicherte, Psychiaterinnen und Psychiater, Arbeitgebende und Begutachtenden an den Schnittstellen zur Invalidenversicherung. So heterogen wie sich die beleuchteten Themen der Forschungsarbeiten präsentieren, so heterogen sind auch die Ergebnisse und Erkenntnisse der Studien und die darauf basierenden Empfehlungen der Forschenden:

Die IV stabilisiert die wirtschaftliche Situation der Rentenbeziehenden verhältnismässig gut

Die Ergebnisse der Studie zur wirtschaftlichen Situation von IV-Rentenbeziehenden zeigen, dass es der IV verhältnismässig gut gelingt, Rentenbeziehende vor einem Dasein mit sehr knappen finanziellen Ressourcen zu schützen: Die finanzielle Lage verbessert sich mit Erhalt einer IV-Rente für einen verhältnismässig grossen Teil der betroffenen Personen rasch. Dies gilt insbesondere für Haushalte von Alleinerziehenden und andere Haushalte mit Kindern sowie für psychisch erkrankte Personen, was nicht nur den Leistungen aus der 1. und 2. Säule, sondern auch dem heute raschen Zugang zu Ergänzungsleistungen geschuldet ist. Dabei soll aber nicht vergessen werden, dass die durchschnittlichen Einkünfte von IV-Rentenbeziehenden klar unter denjenigen von Nicht-Rentenbeziehenden liegen (Guggisberg et al. 2020c). Dies gilt auch für Haushalte von IV- (und AHV-) Rentenbeziehenden mit Anspruch auf Kinderzusatzrenten der 1. Säule: Hier zeigen die Ergebnisse zur wirtschaftlichen Situation klar, dass Kinder von Eltern mit IV- (und AHV-) Rentenbezug im Vergleich zu Kindern aus Familien ohne solche Renten ein erhöhtes Risiko ausweisen, in wirtschaftlich schwächeren Haushalten aufzuwachsen. Die Forschenden weisen darauf hin, dass eine Reduktion oder der gänzliche Wegfall der Kinderrenten in ökonomisch leistungsschwachen Haushalten die Lebensbedingungen und damit auch die Chancen der betroffenen Kinder in Schule und Ausbildung verschlechtern würden (Guggisberg, Liechti 2019).

Mehr Eingliederung und weniger Renten für junge psychisch erkrankte Versicherte

Das für den Bericht über junge psychisch erkrankte Versicherte verantwortlich zeichnende Forscherteam weist auf Basis ihrer Ergebnisse darauf hin, dass bei den jungen IV-Versicherten mit erwachsenenpsychiatrischen Störungen wie z.B. Schizophrenie und Depressionen und vorhandenem Leistungspotential der Fokus der IV prioritär auf die Absolvierung einer qualifizierten Berufsausbildung gelegt werden soll. Die Forschenden sind der Meinung, dass berufliche und ganz generell auf Integration ausgerichtete Massnahmen hier deutlich häufiger und wiederholt verfügt werden sollten – und dies über längere Zeit als bisher und auch dann, wenn Abbrüche erfolgt sind. Die IV soll dementsprechend auch stärker und nachhaltiger auf der Teilnahme an Massnahmen insistieren, eine systematische Kooperation mit Lehrbetrieben und Bildungseinrichtungen anstreben und Frühinterventionsmassnahmen für sich noch in Ausbildung befindende Versicherte sprechen. Weiter wird in diesem Zusammenhang empfohlen, das Mindestrentenalter für junge Versicherte mit Leistungspotential anzuheben und finanzielle (Fehl-)Anreize für eine IV-Rente in jungem Alter bzw. soziale Ersatzeinkommen wie Ergänzungsleistungen, welche die realen Verdienstmöglichkeiten von psychisch kranken Versicherten ohne Ausbildung und Arbeitserfahrung deutlich übersteigen, zu überprüfen. Schliesslich sollen gemäss den Forschenden auch die behandelnden Ärzte und Ärztinnen hinsichtlich aktiver Kooperation bei den Eingliederungsbemühungen stärker in die Pflicht genommen werden (Baer et al. 2015: XXIII).

Mehr Kooperation bei psychisch und muskuloskelettal erkrankten Versicherten

Auf Basis der Ergebnisse der Studie zur Versichertenperspektive wird von den Forschenden eine systematische Kooperation der IV mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bereits zu Beginn des Eingliederungsprozesses empfohlen und damit einhergehend die Entwicklung von Anreizen, respektive Sanktionen für nicht-kooperative medizinische Fachpersonen, zu verbinden (Baer et al. 2018: XVIII). Zudem sollen die Betreuenden in den Durchführungsstellen der Eingliederung in Bezug auf Krankheitssymptome und Funktionseinschränkungen bei psychisch und muskuloskelettal erkrankten Personen geschult werden und die Arbeitsbiografie als Informationsquelle vermehrt genutzt werden. Im Hinblick auf die fallführende Person der IV-Stellen wird festgehalten, dass die Beziehung zwischen Versicherten und IV-Beratungsperson zentral ist und damit ebenso die Beziehungskonstanz und persönliche Gespräche. Hier müsse die Belastung der

Fallverantwortlichen adäquat sein und allenfalls angepasst sowie in Schulung investiert werden.

Basierend auf den Ergebnissen zur Behandlungssituation der Versicherten hält der Bericht fest, dass sowohl bei psychisch wie auch körperlich erkrankten Versicherten eine umfassende und nachhaltige Behandlung durch- und weitergeführt werden soll – und zwar auch dann, wenn es zu beruflichen Eingliederungserfolgen kommt. Im Hinblick auf eine erfolgreiche berufliche Integration wird eine stärkere Fokussierung auf Massnahmen im ersten Arbeitsmarkt sowie eine verstärkte Hilfe bei der Stellenvermittlung empfohlen (Baer et al. 2018: XIX)

Mehr fallunabhängige und zielgruppenspezifische Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden

Auf Basis der Ergebnisse zur Zusammenarbeit der IV mit den Arbeitgebenden adressieren die Forschenden die Kooperationsformen und die Angebote der IV-Stellen für die Arbeitgebenden: Diese sollen vermehrt auch fallunabhängig und zielgruppenspezifisch (z.B. im Hinblick auf psychisch erkrankte Mitarbeitende) ausgestaltet sein. Die Forschenden empfehlen eine regelmässige Überprüfung und allfällige Anpassung der Zusammenarbeit, zudem könnten IV-Stellen die Beratungskompetenzen ihrer Mitarbeitenden ausbauen (Geisen et al. 2016: 93f und XIff). Den Arbeitgebenden wird empfohlen, die Beratungsangebote der IV-Stellen stärker wahrzunehmen und aktiver zu nutzen. Beide Seiten könnten zudem einen Strategieprozess verankern, im Rahmen dessen eine Selbstevaluation der Zusammenarbeit sowie zusätzliche gemeinsame Initiativen und Modellprojekte durchgeführt würden.

Für eine zusätzliche Optimierung der bilateralen Kooperation zwischen IV-Stellen und Arbeitgebenden sollen zukünftig vermehrt auch weitere Beteiligte wie z.B. behandelnde Ärzte und Ärztinnen einbezogen werden (Geisen et al. 2016: 94 und XIIff). Angesichts der Umfrageergebnisse der Arbeitgeberbefragung besteht die wichtigste Erkenntnis für die konkrete Eingliederungsarbeit der IV-Stellen vor Ort darin, das Verbesserungspotenzial zu nutzen, indem die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Unternehmen gezielt auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der jeweiligen Betriebsgrösse und Branche ausgerichtet werden. Die IV-Stellen verfolgen diesen Ansatz bereits teilweise.

Psychiatrische Perspektive auf den Arbeitsplatz erweitern

Auf Basis der Analyse zur Zusammenarbeit der IV mit den Psychiaterinnen und Psychiatern empfehlen die Forschenden, dass diese für die Relevanz des Themas Arbeitsplatzprobleme und Erwerbssituation in der Behandlung sensibilisiert und ausgebildet werden sollen (Baer et al. 2017: XX). Weiter wird empfohlen, dass zwischen Schulen, Lehrbetrieben und (kinder-/jugend-)psychiatrischen Fachpersonen systematische Kontakte und Anlaufstellen geschaffen werden, die im Falle von früh auffälligen Kindern, Jugendlichen und Auszubildenden von den zuständigen Lehr- und Berufsbildungsverantwortlichen genutzt werden können. So kann gemäss den Forschenden verhindert werden, dass auf die meist bereits früh auftretenden Probleme am Arbeits- oder Ausbildungsplatz zu spät oder gar nicht mit einer psychiatrischen Intervention oder einer Unterstützung durch die IV begonnen wird (Baer et al. 2017: XXI). Auch die Kontakte und die Koordination zwischen Behandelnden und Arbeitgebenden, dem Case Management von Privatversicherern sowie den Verantwortlichen in den IV-Stellen und bei anderen Behörden sollte gemäss den Forschenden ausgebaut werden. Dafür brauche es «Agreements» über die Ausgestaltung gemeinsamer Kontakte in der Praxis sowie über Rechte und Pflichten in den entsprechenden Situationen (Baer et al. 2017: XXIff). Schliesslich wird hinsichtlich der AUF-Beurteilung empfohlen, dass hierfür fachlich fundierte Leitlinien erarbeitet werden, die differenzierte Hinweise für Dauer und Grad der Arbeitsunfähigkeit, für die Prognosestellung und für Präsenzmöglichkeiten am Arbeitsplatz enthalten (Baer et al. 2017: XXIIf).

Mehr praktische Ausbildung für Gutachterinnen und Gutachter

Basierend auf den Ergebnissen zur Aus-, Weiter- und Fortbildung der Begutachtenden in der Schweiz richten die Forschenden ihre Empfehlungen an die zentral involvierten, versicherungsmedizinischen Akteure und Akteurinnen, wie z.B. medizinische Fakultäten, das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWH), die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), die IV-Stellen und das BSV. Empfohlen werden unter anderem für einzelne medizinische Fachrichtungen mehr praktische Ausbildung für Begutachtende und eine stärkere Supervision bei der Gutachtenerstellung. Weiter empfehlen die Forschenden die Förderung von neuen Fortbildungen zu medizinisch-juristischen Themen und ein flächendeckendes Angebot dieser Fortbildungen. Zudem sollen Gutachtenbetreuung, «learning on the job» und Qualitätsmanagement – z.B. durch Analyse der Gutachten und gezieltes Feedback an die Gutachterinnen und Gutachter durch die IV-Stellen – gestärkt werden (Laubereau et al. 2017: XII).

3.4 Stellungnahme des Bundesamtes für Sozialversicherungen

Nachfolgend werden die bereits getroffenen und zukünftig ins Auge gefassten Massnahmen des BSV in Reaktion auf die vorgängig dargelegten Empfehlungen aufgezeigt.

3.4.1 Bisher getroffene Massnahmen

Die oben diskutierten Forschungsarbeiten wurden in die Vorbereitungsarbeiten der per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Weiterentwicklung des Invalidenversicherungsgesetzes (WEIV) aufgenommen. Zentrale Zielgruppen der WEIV sind Jugendliche und junge psychisch erkrankte Versicherte (13 – 25-Jährige) sowie erwachsene psychisch erkrankte Versicherte. Im Sinne der im Forschungsbericht zu jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Erkrankungen und der Befragung der Psychiaterinnen und Psychiater festgehaltenen Empfehlungen wurden im Rahmen der WEIV die Früherfassung, die Frühintervention und die Integrationsmassnahmen auf Jugendliche ausgeweitet. Die kantonalen Angebote Case Management Berufsbildung (CMBB) und Brückenangebote zur Vorbereitung auf erstmalige berufliche Ausbildungen können seit dem 1. Januar 2022 zu maximal einem Drittel von der IV mitfinanziert werden. Damit kann die IV, wie empfohlen, die Kooperation mit den kantonalen Akteurinnen und Akteuren der Sekundarstufe II intensivieren und systematisieren. Nicht zuletzt avisiert die WEIV auch die verstärkte Ausrichtung der erstmaligen beruflichen Ausbildung auf den ersten Arbeitsmarkt und die Gleichbehandlung von jungen Versicherten mit und ohne gesundheitliche Beeinträchtigung in Ausbildung beim Taggeld.

Zudem wurden auf der Basis der Empfehlungen der Forschungsarbeiten zu den jungen Rentenbeziehenden und zur Versichertenperspektive folgende Massnahmen im Rahmen der WEIV umgesetzt: Die Erweiterung der medizinischen Eingliederungsmassnahmen, der Ausbau der Beratung und Begleitung, die Möglichkeit zur Wiederholung von Eingliederungsmassnahmen nach einem Abbruch und die Verstärkung der Zusammenarbeit der IV mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und den Arbeitgebenden (BBI 2017 2537ff). Eine Verstärkung der Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden entspricht denn auch der Empfehlung der Forschungsarbeit zur Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den Arbeitgebenden sowie den Ergebnissen der Arbeitgeberbefragung über die Wahrnehmung der IV und ihrer Instrumente.

Im Bereich der medizinischen Begutachtungen wurden im Rahmen der WEIV sowohl im Verfahrensbereich wie auch im Bereich der Qualität und Qualitätssicherung Neuerungen eingeführt. So wurden bei den medizinischen Sachverständigen die Kriterien und Zulassungen auf Verordnungsstufe geregelt. Dabei konnte auf die Erkenntnisse aus der Studie über die Berufliche Qualifizierung der Gutachterinnen und Gutachter zurückgegriffen werden. Nebst den fachlichen Anforderungen, wie z.B. dem Facharztstitel, wurden insbesondere im versicherungsmedizinischen Bereich die Anforderungen erhöht und festgeschrieben.

3.4.2 Zukünftige Massnahmen

Im Zuge der WEIV erfolgte auf den 1. Januar 2022 die Einführung des stufenlosen Rentensystems. Um allfällige Veränderungen in der wirtschaftlichen Situation der IV-Rentenbeziehenden aufgrund dieser neuen gesetzlichen Grundlage zu beforschen, wird die oben erwähnte Studie zur wirtschaftlichen Situation von IV-Rentenbeziehenden aus dem Jahr 2020 als Ausgangs- und Referenzpunkt für solche zukünftigen Analysen dienen.

Wie in der WEIV festgehalten, wird die Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden und die Ausrichtung verschiedener Eingliederungsmassnahmen auf den ersten Arbeitsmarkt intensiviert und weiter ausgebaut. Auf nationaler Ebene sieht die WEIV zudem die Möglichkeit vor, die Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit zwischen der IV und den Dachorganisationen der Arbeitswelt durch Zusammenarbeitsvereinbarungen zu stärken. Die IV-Stellen verfügen dank der revidierten gesetzlichen Grundlage auch über zusätzliche Mittel und Instrumente zur konkreten Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden, deren Auswirkungen im Jahr 2025 mit einer neuen Befragung gemessen werden.

4 Evaluation der IV-Leistungen

Im Rahmen des FoP3-IV konnten verschiedene Forschungs- und Evaluationsprojekte zu den IV-Leistungen durchgeführt werden, um insbesondere die Umsetzungsmodalitäten und die Zielerreichung zu beurteilen und ein etwaiges Verbesserungspotenzial zu ermitteln. Die Ergebnisse dieser Projekte werden nachfolgend in drei Kategorien zusammengefasst¹⁵:

1) Eingliederungsmassnahmen, 2) Massnahmen zur Unterstützung beim Wohnen zu Hause und 3) Hilfsmittel.

4.1 Evaluation der Eingliederungsmassnahmen

Bei den Eingliederungsmassnahmen beleuchtete das FoP3-IV insbesondere vier Aspekte. Erstens wurden anhand verschiedener Studienergebnisse die Eingliederungsmassnahmen allgemein sowie deren Wirkung evaluiert. Zweitens befasst sich eine Studie speziell mit den im Rahmen der 5. IVG-Revision eingeführten und im Zuge der Weiterentwicklung der IV ausgebauten Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung. Das von der Tessiner IV-Stelle ins Leben gerufene, vielversprechende kantonale Projekt der «Formazioni brevi» wurde im Rahmen der *Nationalen Konferenz zur Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderung*¹⁶ ebenfalls evaluiert. Der vierte Teil befasst sich schliesslich mit den Ergebnissen einer Studie zu den intensiven Frühinterventionsmethoden bei frühkindlichem Autismus.

4.1.1 Stärkung der Eingliederung in der IV

Die Evaluation der Eingliederung in der IV (Guggisberg et al. 2015) war eine wichtige Studie an der Schnittstelle zwischen dem FoP2-IV und dem FoP3-IV. Sie beurteilt die Eingliederungsmassnahmen insgesamt sowie deren Wirkung und bietet Ansatzpunkte für eine Bestandsaufnahme hinsichtlich der 5. IVG-Revision. In Bezug auf die 2008 in Kraft getretene Revision analysierten die Forschenden die Neuanmeldungskohorten von 2004 bis 2011 und prüften, welche Massnahmen die betroffenen Personen erhielten und welche Wirkung diese in den drei Jahren nach der Anmeldung (d. h. bis 2014 bei der Kohorte 2011) zeitigten.

Aus der Studie geht hervor, dass die IV seit 2008 vermehrt eingliederungsorientiert arbeitet. Die Kontaktaufnahme erfolgt früher und die Gewährung von (extern erbrachten) Frühinterventionsmassnahmen hat sich verdoppelt. In Übereinstimmung mit den für die Frühinterventionsmassnahmen festgelegten Zielen werden die mit der 5. IVG-Revision eingeführten Massnahmen im Durchschnitt sehr schnell (innerhalb von etwas mehr als vier Monaten) gewährt. Der Anteil von Versicherten mit psychischer Erkrankung ist auch bei diesen Massnahmen kontinuierlich auf ein Drittel gestiegen (Kohorte 2011). Die Massnahmen beruflicher Art standen nicht im Zentrum der 5. IVG-Revision. Ihr Einsatz scheint weiterhin relativ stabil zu sein. Laut Studie haben sich die Unterschiede zwischen den Kantonen aber verringert. Ab 2008 war bei vielen IV-Stellen eine vermehrte Zusprache zu beobachten.

Hinsichtlich der Wirkung auf die Neurentenquote und die berufliche Integration zeigen die statistischen Analysen, dass IV-Stellen mit einer rascheren und unbürokratischeren Triage zur Eingliederung (mündliche Angaben statt Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte) bessere Ergebnisse erzielen. Der in der Studie im Zusammenhang mit den Zielen der IV definierte Erfolg in Form von sinkenden Neurenten und einer besseren beruflichen Integration ist zudem höher, wenn die IV-Stellen die Frühinterventionsmassnahmen auf breiter Front einsetzen. Bei den Massnahmen beruflicher Art zeigt die Evaluation hingegen,

¹⁵ Die nach Artikel 74 IVG finanzierten Leistungen werden in diesem Kapitel nicht behandelt. Sie sind Gegenstand eines Berichts, dessen Ergebnisse in Kapitel 2 erläutert werden.

¹⁶ <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-64998.html>

dass diese selektiv, jedoch mit Einsatz von mehr finanziellen Mitteln gewährt werden sollten.

Der Forschungsbericht über die Übertritte von der Invalidenversicherung in die Sozialhilfe (Guggisberg, Bischof 2020) bestätigt ausserdem, dass sich die Anzahl externer Eingliederungsmassnahmen zwischen 2005 und 2018 verdreifacht hat. Der starke Anstieg, der 2008 im Anschluss an die 5. IVG-Revision verzeichnet wurde, ist hauptsächlich auf die Gewährung von Frühinterventionsmassnahmen zurückzuführen. Gleichzeitig sank die Anzahl Renten von 26 % der Neuanmeldungen in der Kohorte 2005 (Rente 2009 erfasst) auf 15 % in der Kohorte 2014 (Rente 2018 erfasst). In absoluten Zahlen ausgedrückt entspricht dies 3400 Renten weniger – trotz des deutlichen Anstiegs der Neuanmeldungen. Die Eingliederung junger Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung zur Vermeidung des Invaliditätsrisikos ist eine besonders grosse Herausforderung, die Gegenstand einer internationalen Studie war (Prins, Riek 2017, siehe Kapitel 2). Zusammen mit den Personen mit psychischen Beeinträchtigungen und den Kindern steht diese Zielgruppe im Übrigen im Zentrum der am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Weiterentwicklung der IV.

4.1.2 Fokus auf die «Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung»

Im Anschluss an die Studie zu den Eingliederungsmassnahmen allgemein (Guggisberg et al. 2015) konzentrierte sich eine neue Forschungsarbeit (Schmidlin et al. 2020) auf die Integrationsmassnahmen (IM) zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung. Die wichtigsten Forschungsfragen bezogen sich auf das Profil der Begünstigten (Eigenschaften und Auswahlkriterien), die Umsetzung (Anzahl, Dauer und Art der IM, Abbrüche und Kosten) und die Wirkungen (Wahrscheinlichkeit des Beginns einer beruflichen Massnahme nach einer IM und Eingliederung in den Arbeitsmarkt). Mit den IM sollen Menschen mit psychischen (aber auch somatoformen) Erkrankungen auf die berufliche Eingliederung vorbereitet werden. Ziel ist die Wiedererlangung einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 %.

2018 profitierten 4172 Versicherte von einer neuen IM. Dies entspricht einer Zunahme um 68,8 % gegenüber 2012. In der Evaluation werden Unterschiede bei der Nutzung dieser Massnahmen festgestellt: Einzelne IV-Stellen versuchen, möglichst schnell einen Grundsatzentscheid zu fällen und nutzen die IM aktiv, um die Versicherten möglichst früh im Krankheitsverlauf abzuholen und zu begleiten. Andere IV-Stellen interpretieren die IM sehr eng und setzen sie vor allem bei Versicherten ein, die seit längerer Zeit nicht mehr auf dem Arbeitsmarkt sind. Sie nutzen die IM, um Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit der Versicherten abzuklären, und greifen dann auf andere Massnahmen – vor allem beruflicher Art – zurück, um die Personen in den Arbeitsmarkt zu reintegrieren.

Beim Profil der Begünstigten zeigt die Studie, dass 68,5 % an einer psychischen Erkrankung leiden. Die Eingliederungsfachleute der IV-Stellen sind mit immer komplexeren Fällen konfrontiert: Über 80 % der Versicherten haben zusätzlich zur Haupterkrankung mindestens eine Nebenerkrankung und häufig handelt es sich um multiple psychische Erkrankungen. Neben solchen Komorbiditäten kommen immer öfter auch finanzielle, familiäre und soziale Probleme hinzu, was zu einem steigenden Bedarf an Koordination mit anderen Stellen und Hilfsangeboten führt. Seit 2016 gewähren die IV-Stellen tendenziell immer weniger IM bei der Wiedereingliederung von Rentenbeziehenden, sondern setzen sie bei Personen ein, die ein Jahr zuvor noch eine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben.

Die Evaluation der Umsetzung zeigt, dass zwischen der (neuen) IV-Anmeldung und dem ersten Einsatz einer IM im Durchschnitt zehn Monate liegen (ohne Bezügerinnen und Bezüger einer IV-Rente). Je kürzer der Zeitraum seit der letzten Erwerbstätigkeit, desto effizienter die Massnahmen. Bei Personen, die nicht erwerbstätig sind, Krankentaggeld erhalten oder von der Sozialhilfe unterstützt werden, dauert es ab der IV-Anmeldung im Durchschnitt sechs Monate länger, bis sie mit der IM beginnen. Mit jedem zusätzlichen

halben Jahr halbiert sich – unter Kontrolle der anderen Einflussfaktoren – die Wahrscheinlichkeit, die IM erfolgreich abzuschliessen. Laut den Studienergebnissen haben die IV-Stellen offenbar erkannt, wie wichtig es ist, den Versicherten so schnell wie möglich noch während der Erkrankung IM zu gewähren. Der Anteil der Versicherten, denen bereits in der Frühinterventionsphase IM gewährt werden, ist denn auch seit 2016 stark angestiegen. Gleichzeitig hat sich der Anteil der Rentenbezügerinnen und -bezüger, bei denen IM eingesetzt werden, kontinuierlich reduziert.

Zudem tendieren die IV-Stellen seit 2016 dazu, mehr IM zu gewähren. Im Durchschnitt werden pro versicherte Person zwei IM zugesprochen. Knapp ein Fünftel der IM wird abgebrochen, hauptsächlich weil sich der Gesundheitszustand verschlechtert hat, Fortschritte fehlen oder die Kooperation und Motivation der Versicherten mangelhaft sind. Ein wichtiges Ergebnis der Studie ist, dass die Erfolgchancen für eine Rückkehr in die Erwerbstätigkeit optimal sind, wenn die IM möglichst wirtschaftsnah umgesetzt werden. Einige IV-Stellen haben ihre Kontakte mit den Arbeitgebenden intensiviert und ihr Netzwerk ausgebaut. In eher städtisch geprägten Kantonen oder solchen mit relativ hoher Arbeitslosenquote wird eher auf Institutionen oder den zweiten Arbeitsmarkt gesetzt.

Zwischen 2013 und 2017 ist die Erfolgsquote der IM, d. h. die Erreichung einer beruflichen Eingliederung von mindestens 50 %, um 9 Prozentpunkte auf 65 % gestiegen. Von jenen Versicherten, die mindestens eine berufliche Eingliederungsfähigkeit von 50 % erreichen, treten 46 % nach Abschluss der IM zunächst in eine berufliche Massnahme oder in einen Arbeitseinsatz zur Zeitüberbrückung (1 %) ein. Seit 2013 liegt der Anteil der Personen, die nach einer IM zumindest eine Teilzeitstelle finden, stabil bei rund 34 %. Indessen ist der Anteil jener Versicherten, die im Anschluss an eine IM bei der Arbeitslosenversicherung (ALV) angemeldet werden, um 7 Prozentpunkte auf 24 % geklettert. Gleichzeitig ist der Anteil der Versicherten, die eine ganze IV-Rente oder eine Teilrente (ohne Erwerbstätigkeit) erhalten, in Bezug auf alle Versicherten in einer IM um 6 Prozentpunkte auf 12 % gesunken (Stand: 2017). In Kantonen mit einer überdurchschnittlich hohen Arbeitslosenquote treten die Versicherten signifikant häufiger nach Abschluss der IM in eine berufliche Massnahme ein.

Die Erfolgsaussichten für eine Rückkehr in eine Beschäftigung in der freien Wirtschaft hängen hauptsächlich von zwei Faktoren ab: Erstens gelingt die Eingliederung jener Personen besser, die vor Zusprache der IM weniger als ein Jahr nicht mehr erwerbstätig waren. Zweitens haben Personen, die die letzte IM auf dem regulären Arbeitsmarkt absolvierten, bessere Chancen, wieder eine Arbeitsstelle zu finden. Bei der mittelfristigen Wirkung zeigen die Ergebnisse, dass drei Jahre nach der letzten Massnahme 37 % in den Arbeitsmarkt eingegliedert sind. Der grösste Teil von ihnen verfügt über ein Einkommen von 3000 Franken und mehr pro Monat. Ein Viertel der Versicherten, die drei Jahre vorher eine IM abgeschlossen oder abgebrochen haben, bezieht eine ganze IV-Rente und 16 % erhalten eine Teilrente. 2 % sind arbeitslos gemeldet und 9 % erhalten Sozialhilfe. Jede zehnte Person verfügt drei Jahre nach Abschluss einer IM über kein Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit oder aus Beiträgen des Systems der sozialen Sicherheit.

4.1.3 Kantonales Projekt «Formazioni brevi»

Die «Formazioni brevi strutturate» (strukturierte Kurzausbildungen, nachfolgend KA) wurden von der Tessiner IV-Stelle zusammen mit den im Kanton tätigen Organisationen der Arbeitswelt geschaffen. Mit dem 2013 ins Leben gerufenen Projekt soll die Erwerbsfähigkeit von IV-Versicherten mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung wiederhergestellt, aufrechterhalten oder verbessert werden. Dazu werden ihnen kurze Umschulungen zur Aufwertung ihrer Berufserfahrung und Verbesserung ihrer Möglichkeiten für eine Eingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt angeboten. Das Projekt wurde evaluiert (Greppi et al. 2017) und im Rahmen der *Nationalen Konferenz zur Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderung* als ein möglicherweise auch auf andere Kantone übertragbares

«Good-Practice»-Beispiel diskutiert. Die Evaluation befasste sich mit dem Konzept, der Umsetzung und den ersten feststellbaren Auswirkungen der KA.

Ziel der KA ist ein Ausbau des Angebots für Menschen mittleren oder fortgeschrittenen Alters, die zwar über eine grosse Berufserfahrung verfügen, aber aufgrund ihres eher geringen Schulbildungs- und Ausbildungsniveaus Schwierigkeiten hätten, im Rahmen einer Umschulungsmassnahme der IV klassische Ausbildungslehrgänge (im Sinne des Berufsbildungsgesetzes) zu absolvieren. Die KA sind folglich kein Ersatz für andere Massnahmen.

Sie bereiten die Betroffenen im Durchschnitt während neun Monaten auf einen Beruf vor und bestehen aus standardisierten, zusammen mit den Berufsverbänden erarbeiteten und auf die konkreten und aktuellen Bedürfnisse des lokalen Arbeitsmarkts ausgerichteten Lehrgängen. Dabei werden oft bestehende Angebote (oder Teile davon) mit unterschiedlicher Dauer einbezogen. Das nach den neun Monaten ausgestellte Zeugnis (oder die Kursbestätigung, wenn die versicherte Person die Abschlussprüfung nicht bestanden hat) wird vom kantonalen Verband der Branche, in der die Ausbildung geschaffen wurde, anerkannt. Es kann später im Sinne einer stärkeren Institutionalisierung des Systems auch noch vom Bildungsdepartement anerkannt werden (bisher nur im Verkauf).

Die Studie weist auf den innovativen Charakter der KA hin. Dieser liegt weniger im Eingliederungsziel als in unterschiedlichen Aspekten des Konzepts selbst: erleichterter Zugang zu Umschulungen für eine Zielgruppe mit geringen Qualifikationen und niedriger Schulbildung, Strukturierung der KA und Zusammenarbeit mit den Organisationen der Arbeitswelt einerseits und Fähigkeit der Gliederung und Integration in einen neuen, formalisierten Lehrgang aus Theoriemodulen und Praxisarbeit im Betrieb andererseits. Die KA stellen auch in finanzieller Hinsicht eine zunehmend attraktive Lösung dar, weil sie die Chancen der begünstigten Personen auf eine berufliche Eingliederung erhöhen und die Durchführung längerer und kostspieligerer Massnahmen, für die spezielle Vorkenntnisse erforderlich sind, unnötig machen.

Zum Zeitpunkt der Evaluation gab es vier KA in den Branchen Logistik, Handel und Verkauf. Diese Wirtschaftszweige wurden ausgewählt, weil sie eine Querschnittsausbildung bieten können, die unverzügliche Nutzung bestehender Ausbildungsressourcen ermöglichen und den Ausbildungseinrichtungen einen ausreichenden Zustrom an Teilnehmerinnen und Teilnehmern garantieren können.

Bei der Evaluation der Wirksamkeit dieses Systems war die Studie mit methodologischen Grenzen konfrontiert, insbesondere was das Fehlen einer Kontrollgruppe betrifft. Dennoch scheinen die analysierten Daten die Wirksamkeit des Systems nachzuweisen. Weniger als 20 % der Versicherten brachen ihre Ausbildung ab und keine der teilnehmenden Personen musste nach Abschluss der KA zusätzliche finanzielle Leistungen der IV in Anspruch nehmen. Was die Eingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt anbelangt, so hat zum Zeitpunkt der Erhebung fast die Hälfte der Versicherten, die eine KA absolvierten, eine Anstellung in einem Unternehmen gefunden. Allgemeiner gesprochen werden die qualifizierende Wirkung und der Nutzen der KA durch die Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden verstärkt. Diese Kooperation selbst ist wiederum ein Garant für eine dem Arbeitsmarktbedarf entsprechende Ausbildung.

Die Beurteilungen der Teilnehmenden deuten auf eine insgesamt hohe Zufriedenheit hin, obwohl viele noch Verbesserungen bei der Organisation und beim Inhalt der Lehrgänge wünschen. Dass die meisten Versicherten den Eindruck haben, die Lohnbedingungen hätten sich im Vergleich zum letzten Arbeitsplatz vor der KA verschlechtert, stellt eine Einschränkung dar, die überprüft werden sollte. Dies ist jedoch aufgrund des Fehlens einer Kontrollgruppe nicht möglich.

Die Studie fördert allerdings Hinweise zutage, dass gewisse Unternehmen die KA zu ihrem Vorteil nutzen könnten und ständig neue Absolventinnen und Absolventen für eine

Schulung nachfragen, ohne je jemanden einzustellen. Dieses Risiko setzt eine gewisse Überwachung durch die IV-Stelle voraus.

Auf der Grundlage dieser insgesamt positiven Ergebnisse gelangt die Studie zum Schluss, dass eine Ausweitung der KA auf andere Kantone und Branchen geprüft werden sollte.

4.1.4 Intensive Frühinterventionsmethoden bei frühkindlichem Autismus

Autismus ist ein Geburtsgebrechen, das einen Anspruch auf medizinische Massnahmen der IV begründen kann. Die Frage nach der Wirksamkeit der Behandlungsmassnahmen führte zu einem im Rahmen des FoP3-IV evaluierten Pilotprojekts (Liesen et al. 2018).

Zur Behandlung von frühkindlichem Autismus, der schwersten Form der Autismus-Spektrum-Störungen (ASS), wurden in den USA frühe intensive verhaltenstherapeutische Interventionen entwickelt, welche früh und intensiv einsetzen. Diese waren in der Schweiz noch nicht als wissenschaftlich belegte und zweckmässige medizinische Massnahmen anerkannt. Autismusfachleute sind jedoch überzeugt, dass eine sehr frühe intensive Behandlung das Verhalten und die Fähigkeiten von Kindern mit frühkindlichem Autismus deutlich verbessert und sie am besten auf ein möglichst unabhängiges Leben ausserhalb von Heimen vorbereitet. Obwohl heute in der Schweiz eine Vielfalt an Behandlungsmethoden angeboten wird, stellte das BSV fest, dass keinerlei Behandlungsrichtlinien existieren.

Um Abhilfe zu schaffen, lancierte das BSV 2014 ein fünfjähriges Pilotprojekt mit fünf und anschliessend sechs Autismuszentren in der Schweiz, die Intensivbehandlungen bei frühkindlichem Autismus anbieten. Im Zeitraum von 2014 bis 2017 erhielten rund 100 Kinder mit der Diagnose frühkindlicher Autismus über zwei Jahre hinweg eine intensive Frühintervention nach ABA (Applied Behavior Analysis), ESDM (Early Start Denver Model) oder Mifne (Behandlungsmethode aus Israel) oder anderen autismusspezifischen Behandlungsmodellen.

In Bezug auf die Wirksamkeit der intensiven Frühintervention stellt die Evaluation trotz der methodologischen Grenzen und des mangelnden Wissens über die langfristigen Wirkungen fest, dass mit umfassenden intensiven, verhaltenstherapeutischen und/oder entwicklungsorientierten Interventionen über den Zeitraum von zwei Jahren mit 25 Stunden pro Woche eine deutliche Verbesserung der Situation der Kinder und der Lebensqualität der Eltern sowie eine Verringerung der pädagogischen Belastung und der volkswirtschaftlichen Kosten erreicht werden kann. Im Pilotprojekt selbst wurden empirische Wirksamkeitsbestimmungen vorgenommen, die jedoch keine verlässlichen Anhaltspunkte liefern. Folglich stützten sich die Forscherinnen und Forscher für ihre Schlussfolgerungen auf die internationale Fachliteratur (42 zwischen 2010 und 2017 veröffentlichte Reviews und Metaanalysen sowie drei internationale Leitlinien zum Thema Autismus).

Bezüglich der Kosten und Kostenfolgen wird in der Studie betont, dass Dritte und insbesondere die Familien die finanzielle Hauptlast der intensiven Frühinterventionen tragen. Die grössten Kostenwirkungen der intensiven Frühinterventionen liegen zum einen in der Schule (weniger Kosten für sonderpädagogische Massnahmen, Sonderbeschulung eingeschlossen) und zum anderen in geringeren Produktivitätsverlusten der Eltern. Ebenfalls festzustellen sind niedrigere Betreuungskosten im weiteren Lebenslauf und, sofern die Person mit ASS am Arbeitsleben teilhaben kann, in den daraus erwachsenden Beiträgen. Anhand der Literatur und der vorhandenen Daten können diese Kostenwirkungen beschrieben, aber nicht empirisch nachvollzogen werden.

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse empfehlen die Autorinnen und Autoren, die intensiven Frühinterventionen als wirksame und zweckmässige Behandlungsform anzuerkennen. Sie empfehlen jedoch, ein Outcome-Modell festzulegen, um aufzuzeigen, welche Aspekte sich dank der Intervention verbessern sollen. Ausserdem soll das Modell darlegen, wie und wann diese Aspekte gemessen werden müssen und wie die Intervention das künftige Leben des Kindes und die Lebensqualität der Familie beeinflusst. Des Weiteren wird im

Bericht empfohlen, neben dem Outcome-Modell auch ein Programm- und ein Kostenmodell zu entwickeln. Es hat sich nämlich herausgestellt, dass die Lebenszeitkosten die geeignete Perspektive sind, um das Kosten-Nutzen-Verhältnis der intensiven Frühförderung bei ASD zu bewerten. Für die Schweiz ist dies besonders bedeutsam, weil die Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) das Hin- und Herschieben der Kostenträgerverantwortung zwischen Bund und Kantonen begünstigt und neben der öffentlichen Hand auch Dritte und Sponsoren unerlässlich sind, damit Interventionszentren bestehen und funktionsfähig bleiben. Entsprechend wurde im Anschluss an diese Studie ein gemeinsames Projekt zwischen dem BSV und den Kantonen ins Leben gerufen, um neben dem Outcome-Modell auch ein Programm- und ein Kostenmodell zu entwickeln.

4.2 Unterstützungsmassnahmen für das Wohnen zu Hause

Im Rahmen des FoP3-IV wurden drei Projekte zum Thema der Unterstützung beim Wohnen zu Hause durchgeführt. Das erste war sehr umfangreich und sollte Entwicklungsmöglichkeiten auf der Basis eines Vergleichs zwischen internationalen Unterstützungsmodellen für das Wohnen zu Hause aufzeigen. Das zweite war hingegen eng fokussiert und befasste sich mit den in der Schweiz genutzten Instrumenten zur Bedarfsabklärung mit besonderem Schwerpunkt auf den Instrumenten der IV. Schliesslich konnte die Analyse dieser im Jahr 2012 eingeführten Leistung dank der Evaluation des Assistenzbeitrags aktualisiert werden.

4.2.1 Internationale Modelle für die Unterstützung beim Wohnen zu Hause

Das Projekt «Unterstützung beim Wohnen zu Hause: Vergleich internationaler Modelle» hat die Schweiz mit Unterstützungsmodellen für das Wohnen zu Hause in drei anderen Ländern verglichen, um daraus Entwicklungsmöglichkeiten abzuleiten (Veyre et al. 2022). Für den internationalen Vergleich wurden Belgien, die Niederlande und Schweden ausgewählt. Kriterien für diese Wahl war zunächst die Tatsache, dass diese Länder das Übereinkommen der UNO über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006 (BRK) unterzeichnet haben, dass sie politisch dezentral organisiert sind, von staatlicher Seite das Wohnen zu Hause unterstützen und über Programme für persönliche Unterstützungsleistungen verfügen. Die Studie basierte auf der Analyse von rund 200 Dokumenten (administrative Unterlagen, Evaluationen etc.), 24 halbstrukturierten Gesprächen und zwei Fokusgruppen.

Der internationale Vergleich zeigt, dass sich die Möglichkeiten für das Wohnen zu Hause zwischen den Ländern stark unterscheiden. Ausser in Schweden ist die institutionelle Unterbringung weiterhin eine häufig genutzte Option. In der Schweiz, in Flandern und in den Niederlanden wird das stationäre Angebot durch sogenannte alternative oder inklusive Wohnangebote ergänzt. Flandern und die Niederlande zeichnen sich beide dadurch aus, dass solche Alternativen weitgehend von Angehörigen und Vereinen entwickelt werden. Schweden ist das einzige Land, das eine klare und verbindliche Deinstitutionalisierungspolitik verfolgt, die zur Schliessung der grossen Einrichtungen geführt hat. Personen, die nicht zu Hause wohnen können oder möchten, finden heute Angebote an kleinen Wohngruppen von vier bis fünf Personen. Auch die Niederlande haben ihren politischen Willen zur Deinstitutionalisierung bekundet, aber die entsprechende Reform von 2015 wurde durch Haushaltskürzungen mit geringerem Zugang zu individuellen Beiträgen gebremst. So ist in diesem Land eine Tendenz zur Reinstitutionalisierung zu beobachten. Der UNO-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen verlangt die Ausarbeitung eines Aktionsplans für die Deinstitutionalisierung sowie eine exakte Überwachung der Anzahl noch in einer geschlossenen Einrichtung untergebrachten Personen.

Die Autorinnen haben verglichen, wie die Kompetenzen auf die verschiedenen institutionellen Stufen verteilt sind. In Belgien und in der Schweiz legen die Gliedstaaten die

Strategie zur Unterstützung beim Wohnen zu Hause weitestgehend autonom fest. In beiden Ländern existieren Modelle sowohl für die direkte Finanzierung von allgemeinen Diensten als auch für die Entwicklung von ambulanten Leistungen, die an Möglichkeiten der Subjektfinanzierung gekoppelt sind. Ausserdem bestehen regionale Unterschiede in Bezug auf das Wohnungsangebot und die Finanzierungsarten. Die Gliedstaaten müssen die angebotenen Leistungen mit den auf Bundesebene gewährten Unterstützungsformen koordinieren. In Belgien ist diese Koordination vergleichsweise einfach, weil die Beihilfen für Einkommenseinbussen und Autonomieverluste in den Zuständigkeitsbereich der zentralen Regierung fallen, während die Gliedstaaten vollumfänglich für die Wohnungspolitik verantwortlich sind. In der Schweiz sind die Kompetenzen stärker verflochten. In Flandern ist eine Regierungsstelle für die Umsetzung der gesamten Behindertenpolitik zuständig. Der Rahmen der Massnahmen und die begrenzte Anzahl Akteure erleichtern die Koordination entsprechend.

Bezüglich Leistungen zeigt die Studie, dass sich das Modell der Subjektfinanzierung mit persönlichem Budget besonders bewährt, um die freie Wahl der Wohnform zu gewährleisten. Im Gegensatz zur Schweiz, wo diese Möglichkeit noch wenig verbreitet ist, haben Flandern und die Niederlande ein solches Modell entwickelt. Es unterscheidet sich durch den ausgesprochen breiten Deckungsbereich von der persönlichen Unterstützungsleistung Schwedens und auch vom Assistenzbeitrag der Schweiz. Mit dem personenbezogenen Budget in Flandern und dem persönlichen Budget in den Niederlanden können bei zugelassenen Einrichtungen und privaten oder öffentlichen Anbietern Dienstleistungen für das Wohnen im eigenen Zuhause eingekauft werden. Die Finanzierung stellt jedoch eine Herausforderung dar: In Flandern reichen die öffentlichen Mittel nicht aus, um auf alle Gesuche einzutreten. Dies führt zu Wartelisten oder zwingt Menschen mit Behinderungen, doch in einer Institution zu wohnen.

Beim Vergleich der Unterstützung durch betreuende Angehörige in den vier Ländern stellen die Autorinnen ebenfalls erhebliche Unterschiede fest. Die Unterstützung für pflegende Angehörige gilt als Faktor, der dazu beiträgt, dass die Möglichkeit des Wohnens zu Hause effektiv genutzt wird. Die Angehörigen erbringen beispielsweise Beratungs- und Informationsleistungen und unterstützen Angehörige bei alltäglichen Aufgaben. In der Schweiz ist eine Vergütung für die Angehörigen als Assistenzpersonen im Rahmen des Assistenzbeitrags im Gegensatz zu den anderen drei Ländern nicht möglich.

Schliesslich weist die Studie auf Probleme wie den Mangel an erschwinglichen Wohnungen hin, von denen alle vier Länder betroffen sind. Auf der Grundlage der Vergleichsanalyse haben die Autorinnen Entwicklungsmöglichkeiten für die Schweiz formuliert. Die Ansätze, die die IV betreffen, werden am Ende dieses Kapitels aufgegriffen. Einige Empfehlungen betreffen jedoch hauptsächlich die Kantone, die aufgefordert werden, in Zusammenarbeit mit den Organisationen das Angebot an Begleitung für Menschen mit Behinderungen bei administrativen Formalitäten auszubauen. Ausserdem sollten die Kantone nach Auffassung der Autorinnen die notwendigen Massnahmen ergreifen, um den Zugang zu barrierefreien und erschwinglichen Wohnungen zu gewährleisten.

4.2.2 Instrumente zur Bedarfsabklärung

Das zweite Projekt betreffend die Unterstützung beim Wohnen zu Hause wurde parallel zum Projekt über die internationalen Modelle durchgeführt (Canonica et al. 2022). Im Mittelpunkt standen die Instrumente zur Bedarfsabklärung betreffend die IV-Leistungen Hilflosenentschädigung (HE), Intensivpflegezuschlag (IPZ) und Assistenzbeitrag (AB). Ziel war es, erstens ein Inventar der in der Schweiz genutzten Instrumente zur Bedarfsabklärung beim Wohnen zu Hause zu erstellen, zweitens das Optimierungspotenzial der IV-Abklärungsinstrumente für die HE, den IPZ und den AB zu untersuchen und drittens das Potenzial zur Verbesserung der Koordination und Harmonisierung der Instrumente zur Bedarfsabklärung auszuloten. Die Analyse beruhte auf einem an alle Kantone gerichteten Fragebogen und auf halbstrukturierten Interviews (BSV,

IV-Stellen, Kantone, Behindertenorganisationen und Fachstellen, die Abklärungsinstrumente einsetzen). Daneben erfolgten vier Gruppengespräche mit Leistungsbeziehenden und 24 halbstrukturierte Interviews mit Leistungserbringenden, die Menschen mit Behinderungen in ihrem selbstständigen Leben beraten.

Die Studie zeigt spezifische Unterscheidungsmerkmale der Instrumente in Bezug auf die Form und Art der Befragung, die mit der Befragung beauftragten Akteure, die erfassten Inhalte, die Evaluationsmethode, den zeitlichen Orientierungsrahmen, die fachlichen und theoretischen Bezugspunkte der Instrumente und das Verständnis der zugrunde liegenden Behinderung auf. Konkret geben einige Instrumente entweder einem standardisierten Verfahren oder einem offenen Ansatz den Vorrang, entweder überwiegt die Selbstevaluation oder aber die Fremdevaluation; einige Instrumente sind ressourcenorientiert, andere defizitorientiert. Sie messen entweder den individuellen Bedarf oder die erbrachten spezialisierten Leistungen. Für einige Instrumente ist die aktuelle Situation bestimmend, während andere auch zukunfts- und zielorientiert sind. In operativer Hinsicht zeigt die Analyse Unterschiede zwischen den Kantonen der Deutschschweiz und der lateinischen Schweiz auf. In der Deutschschweiz werden die finanzierungsrelevanten Abklärungsinstrumente vom Kanton definiert. In der lateinischen Schweiz dagegen sind private Organisationen mit der Abklärung beauftragt (z. B. Behindertenorganisationen). Letztere wählen die Instrumente zur Bedarfsabklärung selbst aus, was zu einer geringeren Einheitlichkeit führt. In der Deutschschweiz hat sich der «Individuelle Betreuungsbedarf» (IBB) im stationären Bereich praktisch überall durchgesetzt. Mit diesem Instrument geben die Fachpersonen die Häufigkeit der erbrachten Leistungen an. Die lateinischen Kantone haben für den stationären Bereich mit OLMIS (Outil latin de mesure de l'Intensité des soutiens) ein analoges Instrument entwickelt, das sich jedoch nicht durchgesetzt hat. Nur ein Kanton setzt das Instrument regelmässig ein. Es handelt sich um stark standardisierte Instrumente, die die aktuelle Situation erfassen. Die Evaluation wird von externen Fachpersonen vorgenommen. Im ambulanten Bereich hat sich in der Deutschschweiz die «Individuelle Hilfeplanung» (IHP) zunehmend etabliert. Ein Westschweizer Kanton sieht die Einführung der IHP ebenfalls vor. In der Westschweiz ist das Instrument MHAVIE (Mesure des habitudes de vie) weit verbreitet. Mit den beiden auf einem offenen Ansatz beruhenden Instrumenten wird der individuelle Hilfsbedarf eingeschätzt. Die Selbstevaluation steht im Vordergrund; die Instrumente sind auf die Zukunft und auf das Entwicklungspotenzial der Menschen mit Behinderungen ausgerichtet.

Die Studie zeigt, dass die Instrumente der IV für die HE, den IPZ und den AB bewährt, zuverlässig und relativ einfach zu handhaben sind. Allerdings geht aus der Studie auch eine vergleichsweise kritische Feststellung hervor. Denn die Instrumente verfolgen grundsätzlich einen defizitorientierten Ansatz und richten sich nach einer medizinischen Definition von Behinderung, anstatt sich auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (International Classification of Functioning, Disability and Health [ICF]) zu stützen. Aufgrund des standardisierten Verfahrens mit hauptsächlich geschlossenen Fragen («Formularlogik»), die einen Anspruch auf gesetzlich gewährte Leistungen herleiten sollen, seien die Instrumente nicht für alle Arten von Behinderungen geeignet und ermöglichten es nicht immer, den individuellen Hilfsbedarf im Zusammenhang mit der Behinderung angemessen einzubeziehen. Zudem beziehen sie sich auf die aktuelle Situation der versicherten Person und lassen die Entwicklungspotenziale ausser Acht. Die Förderung von ressourcenbasierten Entwicklungspotenzialen mit Blick auf die Selbstbestimmung und die Selbstständigkeit im Rahmen des Wohnens zu Hause dürfte finanziell auch für die IV vorteilhaft sein, weil solche Massnahmen dazu beitragen, den Unterstützungsbedarf der versicherten Personen zu verringern.

4.2.3 Evaluation des Assistenzbeitrags

Beim im Rahmen der 6. IV-Reform (1. Massnahmenpaket) eingeführten Assistenzbeitrag handelt es sich um eine Leistung, die Gegenstand verschiedener Evaluationsberichte war. Der letzte Evaluationsbericht (Guggisberg, Bischof 2020) erfasst den Zeitraum 2012 bis 2019. Das primäre Ziel dieses Instruments der IV ist gemäss der Botschaft des Bundesrates (10.032) vom 24. Februar 2010 die Förderung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung von Menschen, die auf Assistenz angewiesen sind. Um Anspruch auf den AB zu haben, müssen die versicherten Personen zu Hause wohnen oder aus der Einrichtung ausziehen, in der sie bisher gelebt haben. Die Evaluation untersuchte hauptsächlich die Entwicklung der Nachfrage und die Merkmale der Begünstigten sowie die Zielerreichung und die Kostenentwicklung.

Von 2012 bis 2019 bezogen 3466 Erwachsene mindestens einmal Assistenzleistungen. Die Anzahl der Neubezügerinnen und -bezüger nahm mit durchschnittlich 420 Personen pro Jahr relativ konstant zu. Ende 2019 bezogen 675 Personen (19 % der Gesamtzahl) keine Leistungen mehr. Die meisten waren verstorben (426 Personen, d. h. 12 %). 249 Personen nahmen den Assistenzbeitrag entweder freiwillig oder aufgrund fehlender Voraussetzungen nicht mehr in Anspruch. Die am Häufigsten genannten Gründe sind das Verbot, Familienangehörige als Assistenzpersonen zu beschäftigen, der mit dem AB verbundene Verwaltungsaufwand, die schwierige Suche nach geeigneten Assistenzpersonen oder gesundheitliche Gründe (z. B. Verschlechterung des Gesundheitszustands).

Im Jahr 2019 bezogen 2940 erwachsene Männer und Frauen einen Assistenzbeitrag, wovon 328 Personen (11 %) das ordentliche Rentenalter bereits erreicht hatten. 7,1 % der Erwachsenen, die eine HE bezogen (ohne AHV-Rentnerinnen und -Rentner), nahmen einen Assistenzbeitrag in Anspruch. Der Anteil lag bei 10,9 % aller zu Hause lebenden Personen mit einer HE. Dieser Anteil variiert erheblich zwischen den Kantonen (von 5,5 % bis 17,9 %). Die Unterschiede zwischen den Kantonen sind nur zu einem sehr geringen Teil auf die Struktur der Gruppe der HE-Beziehenden zurückzuführen. Ein Zusammenhang mit dem Grad der Urbanisierung oder der Kantonsgrösse (Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner) scheint ausgeschlossen. Dagegen gibt es signifikant mehr Assistenzbeziehende in den Kantonen, die im Rahmen ihrer Abklärungsprozesse dem Dialog eine vergleichsweise hohe Priorität einräumen. In solchen IV-Stellen ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person mit einer HE auch einen Assistenzbeitrag bezieht, rund 50 % höher als in allen anderen IV-Stellen.

Die Studie zeigt, dass der Anteil der Assistenzbeziehenden unter den zu Hause lebenden Personen mit einer HE je nach Hilflosigkeitsgrad zwischen 6,0 % (leichte Hilflosigkeit), 10,9 % (mittlere Hilflosigkeit) und 34,6 % (schwere Hilflosigkeit) variiert. Personen mit Anspruch auf eine HE schweren Grades beziehen demnach häufiger einen Assistenzbeitrag als Personen mit einem mittleren oder leichten Grad. Personen, die an Störungen des Nervensystems oder an Beeinträchtigungen von Knochen und Bewegungsapparat leiden, beziehen deutlich häufiger einen Assistenzbeitrag (Bezugsquote von 22 % bzw. 15 %). Dagegen sind Personen mit psychischen Erkrankungen, die in der Regel eine Leistung wegen Hilflosigkeit leichten Grades beziehen, mit einer Bezugsquote von 5 % untervertreten. Ebenfalls untervertreten sind Assistenzbeziehende mit einem Geburtsgebrechen (Bezugsquote von 9 %).

Laut der Analyse zu den Kosten des Assistenzbeitrags liegt der Median des gewährten maximalen monatlichen Assistenzbeitrags bei 1895 Franken. Der Median des effektiv bezogenen Assistenzbeitrags ist dagegen deutlich niedriger (1359 Franken). Folglich wird der Assistenzbeitrag relativ häufig nicht ganz ausgeschöpft: Im Durchschnitt nutzen die Begünstigten den Assistenzbetrag, auf den sie Anspruch hätten, zu drei Vierteln. Als Hauptgrund, weshalb der Assistenzbeitrag nicht voll ausgeschöpft wird, wird die unbezahlte Hilfe der Partnerin oder des Partners beziehungsweise von Familienangehörigen genannt.

Insgesamt haben die Leistungen seit 2012 parallel zur Anzahl Bezügerinnen und Bezüger zugenommen. 2019 betrug die Kosten 70,1 Millionen Franken (Erwachsene, einschliesslich im Rentenalter).

Zusätzlich zur statistischen Analyse der administrativen Daten führten die Forschenden eine Erhebung bei allen Bezügerinnen und Bezüger durch. Diese zeigte, dass das Instrument Assistenzbeitrag für die meisten Begünstigten durchaus geeignet ist, um die in der Botschaft aus dem Jahr 2010 niedergelegten Ziele zu erreichen: Fast drei Viertel der befragten Personen geben an, dass sich ihre Situation dank des Assistenzbeitrags leicht oder stark verbessert hat, während nur 4 % über eine Verschlechterung berichten. Knapp drei Viertel der Assistenzbeziehenden sind mit ihren Möglichkeiten der selbständigen Lebensgestaltung sehr zufrieden oder zufrieden. Wenig oder gar keinen Einfluss hat der Assistenzbeitrag bisher hingegen auf die berufliche Situation bzw. die Erwerbsintegration der Begünstigten. Knapp ein Viertel davon geht einer Berufstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nach – wie bereits vor dem Bezug des Assistenzbeitrags. Der Assistenzbeitrag zeitigt bei einer Mehrheit der Befragten eine entlastende Wirkung auf die Familie und das Umfeld. Dennoch erklären zwei Drittel (66 %) der Befragten, dass die Angehörigen nach wie vor stark oder sehr stark belastet werden.

Durchschnittlich nehmen Bezügerinnen und Bezüger eines Assistenzbeitrags pro Woche rund 21 Arbeitsstunden von Assistenzpersonen in Anspruch. Ein Viertel der Befragten beschäftigt eine Person, ein Viertel zwei Personen, ein Viertel drei Personen und das letzte Viertel mehr als drei Personen. Im Durchschnitt ergibt dies 2,4 Assistenzpersonen pro Assistenzbezügerin oder -bezüger.

Laut dem Fazit der Studie sind die prioritären Ziele – die Förderung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung, die Erhöhung der Chancen, trotz einer Behinderung zu Hause zu wohnen und die Integration in Gesellschaft und Beruf zu erleichtern – erreicht. Dagegen ermöglicht der Assistenzbeitrag nur in wenigen Fällen den Austritt aus einer Einrichtung. Von den bis 2019 verzeichneten 3466 erwachsenen Assistenzbeziehenden wohnten 232 vor dem Bezug des AB in einem Heim; dies sind 6,7 % aller Assistenzbeziehenden. Seit der Einführung der Leistung haben sich also nur 1,8 % der 12 800 Heimbewohnerinnen und -bewohner mit Hilflosenentschädigung für einen Heimaustritt und den Bezug eines Assistenzbeitrags entschieden. Wie häufig der Assistenzbeitrag ursächlich einen Heimeintritt verhindert hat, liess sich anhand der Befragung bei den Begünstigten nicht exakt ermitteln; die Ergebnisse deuten darauf hin, dass dies auf eine signifikante Anzahl von Begünstigten zutraf.

4.3 Hilfsmittel

Neben den Eingliederungsmassnahmen und den Unterstützungsmassnahmen für das Wohnen zu Hause befasste sich das FoP3-IV mit einer dritten Gruppe von Leistungen: den Hilfsmitteln. Dazu wurde eine Studie über Hörgeräte und eine weitere über Kommunikationsgeräte durchgeführt.

4.3.1 Evaluation der Preise und Qualität in der Hörgeräteversorgung

Nach dem Systemwechsel bei der Vergütung von Hörgeräten wurden Preise und Qualität in der Hörgeräteversorgung im Rahmen der AHV und der IV in einer Studie (Braun-Dubler et al. 2020) untersucht. Bis zum 30. Juni 2011 wurden Hörgeräte nach einem Tarifsysteem vergütet. Aufgrund der hohen Kosten stand das Tarifsysteem zunehmend in der Kritik, wobei insbesondere der mangelnde Wettbewerb auf dem Hörgerätemarkt hervorgehoben wurde. Des Weiteren existierte nach Einschätzung von Fachleuten kein zuverlässiger Zusammenhang zwischen dem Grad der Hörminderung und den Kosten für eine Hörgeräteversorgung. Dies führte dazu, dass am 1. Juli 2011 ein neues System mit Pauschalbeträgen eingeführt wurde.

Im neuen System werden die Versicherten nicht mehr nach dem Grad der Hörminderung eingestuft, sondern erhalten unabhängig davon einen Pauschalbetrag, der ihnen direkt

ausbezahlt wird. Die Pauschalen wurden auf Basis des vergleichbaren deutschen Hörgerätemarktes berechnet, aber 50 % über den dortigen Vergütungen angesetzt, um die höheren Arbeitskosten in der Schweiz zu berücksichtigen. Im Pauschalbetrag sind grundsätzlich alle Kosten enthalten, die innerhalb eines Jahres anfallen (mit Ausnahme der Batterie- und Reparaturkosten). Das BSV rechnete damit, dass das neue System den Wettbewerb auf dem Hörgerätemarkt stärken, die Preise der Geräte und der Dienstleistungen senken und die Sozialversicherungen finanziell entlasten würde, ohne die Qualität der Hörgeräteversorgung zu beeinträchtigen. Die Studie sollte die Preisentwicklung und die Qualität der Versorgung nach dem Systemwechsel evaluieren.

Gestützt auf die Ergebnisse der Befragung bei Hörgeräteträgerinnen und -trägern ist die Qualität der Hörgeräteversorgung in der Schweiz seit dem Systemwechsel auf einem unverändert hohen Niveau geblieben. Die Studie zeigte bei der subjektiven Zufriedenheit keine signifikanten Unterschiede zwischen den untersuchten Zeiträumen auf (2012, 2013 und 2019). Rund 90 % der Hörgeräteträgerinnen und -träger gaben an, dass sich ihre Lebensqualität dank dem Tragen des Hörgeräts (signifikant) verbessert habe. Auch die Zufriedenheit mit der Servicequalität ist im Pauschalssystem auf einem sehr hohen Niveau geblieben. Wie die Studie zeigt, hat sich die Qualität der Hörgeräte aufgrund des technischen Fortschritts stark verbessert, wodurch in den letzten zehn Jahren auch die Wertigkeit der Geräte im Niedrigpreissegment zugenommen hat. Weiter ist der Anteil verkaufter Hörgeräte in der höchsten technischen Kategorie deutlich angestiegen.

Die Forschenden bestätigen, dass die vom BSV festgelegten Pauschalbeträge für die Finanzierung eines einfachen und zweckmässigen Hörgeräts eine zuzahlungsfreie Hörgeräteversorgung ermöglichen. Ein Grossteil der Hörgeräte Käuferinnen und -käufer wählt dennoch eine Versorgung mit Zuzahlungen. Die befragten IV-Versicherten erklärten diese Entscheidung mit der besseren Sprachverständlichkeit und Klangqualität. Die meisten AHV-Versicherten dagegen gaben an, kein zuzahlungsfreies Versorgungsangebot erhalten zu haben (47 %). Da die AHV nicht die gesamten Versorgungskosten, sondern höchstens 75 % übernehmen soll, erstaunt dieses Ergebnis nicht.

Nach Experteneinschätzung ist es für die Konsumentinnen und Konsumenten wegen des breiten Produktesortiments, der Komplexität der Hörgeräte und der Vielzahl an unterschiedlichen Dienstleistungspaketen generell sehr schwierig bis unmöglich, das Preis-Leistungs-Verhältnis zu bewerten. Der erwünschte Wettbewerb wird dadurch stark eingeschränkt. Allgemein fühlen sich die Versicherten beim Kauf von Hörgeräten im Pauschalssystem schlechter informiert als im Tarifsysteem. Wahrscheinlich ist dies auf die grössere Vielfalt an Dienstleistungen und die erweiterte Konsumentensouveränität zurückzuführen.

Rund ein Viertel der Versicherten kaufte im Pauschalssystem ein Hörgerät zu niedrigeren Gesamtkosten als im Tarifsysteem; rund 10 % der Versicherten versorgten sich hingegen mit deutlich teureren Hörgerätesystemen. Expertinnen und Experten verweisen als Erklärung auf die hohe Zahlungsbereitschaft der Schweizer Konsumentinnen und Konsumenten bei gleichzeitig hohen Qualitätsansprüchen.

Schliesslich vermittelt die Studie Erkenntnisse zur Preis- und Kostenentwicklung. In puncto Preise zeigte die Regressionsanalyse, dass der Systemwechsel zu einem Rückgang der Versorgungspreise um 9,2 % geführt hat. Während die Preise für Dienstleistungen um 19,4 % sanken, betrug die Preisreduktionen für die Hörgeräte nur 5,7 %. In der IV liegen die stichprobeweise erhobenen Kosten wieder auf dem gleichen Stand wie im Tarifsysteem, weil tendenziell Produkte von höherer Qualität gekauft werden. In der AHV dagegen sind die Kosten zwischen 2017 und 2019 im Vergleich zum Tarifsysteem um 7,6 % gesunken.

Laut der Schlussfolgerung der Studie scheint das Pauschalssystem, das mehr Wahlfreiheit für die Konsumentinnen und Konsumenten zulässt, ein sinnvollerer Modell zu sein als das Tarifsysteem: Im Pauschalssystem erzielt die Versicherung Einsparungen, die Versorgungsqualität ist nicht beeinträchtigt und es lassen sich gewisse Preiseffekte

erwirken. Die Autorinnen und Autoren (Braun-Dubler et al. 2020) empfehlen eine verbesserte Information und Transparenz, um den Wettbewerb zu fördern. Diese Tätigkeiten sollten ihrer Auffassung nach Konsumentenschutz- oder Hörbehindertenorganisationen übernehmen.

4.3.2 Analyse der Abgabe von Kommunikationsgeräten

Die IV vergütet Kosten von elektrischen und elektronischen Kommunikationsgeräten für schwer sprech- und schreibbehinderte versicherte Personen, die zur Pflege des täglichen Kontakts mit der Umwelt auf ein solches Gerät angewiesen sind. Im Rahmen des FoP3-IV wurde eine Studie durchgeführt (Trageser et al. 2016), um die Abgabe, die Verwendung und den Nutzen von Kommunikationsgeräten zu analysieren.

In Bezug auf Verwendung und Nutzen bestätigen die Ergebnisse, dass die Kommunikationsgeräte für die Versicherten nützlich sind. Mehr als die Hälfte der Versicherten verwendet die Geräte zur Verständigung im Alltag und mit dem Umfeld sowie zur Äusserung von komplexen Anliegen, Bedürfnissen oder Gedanken. Etwa die Hälfte der befragten Versicherten benötigt das Kommunikationsgerät auch, um Grundbedürfnisse (Hunger, Toilette usw.) rechtzeitig mitzuteilen. Die Versicherten sind mit den Kommunikationsgeräten insgesamt zufrieden: Rund 90 % der befragten Versicherten beurteilen sowohl die Bedienerfreundlichkeit, die Zuverlässigkeit als auch den Nutzen ihres Kommunikationsgeräts insgesamt als gut oder eher gut. Die Befragung deutet aber darauf hin, dass für einige Versicherte ein alternatives Kommunikationsgerät (iPad oder anderes Tablet) nützlicher wäre. iPads und andere Tablets sind heute bereits das meist genutzte Kommunikationsgerät. Aus den Aussagen der Versicherten geht hervor, dass ein weiterer Bedarf an iPads und anderen Tablets vorhanden wäre. Diese Geräte sind handlicher und breiter akzeptiert; dadurch, dass sie auch kostengünstiger sind, dürften sie die Finanzen der Invalidenversicherung in Zukunft entlasten.

Die meisten Versicherten nutzen die Kommunikationsgeräte intensiv: Zwei Drittel verwenden sie täglich, weitere 27 % mehrmals pro Woche. Aus Sicht der IV ist diese Nutzungsintensität jedoch nicht zufriedenstellend, da Kommunikation etwas Alltägliches ist und die Geräte grundsätzlich täglich verwendet werden sollten, damit der Eingliederungszweck erfüllt ist. Nach dem Austritt aus der Sonderschule nimmt die Verwendung von Kommunikationsgeräten gemäss der Studie tendenziell ab. Dies hängt einerseits damit zusammen, dass die Kommunikationsgeräte ausserhalb der Sonderschule weniger nützlich oder nutzbar sind und zum Teil offenbar für andere Zwecke als die Alltagskommunikation eingesetzt werden. Andererseits gibt es auch Hinweise darauf, dass die Versicherten in den Erwachseneninstitutionen aufgrund knapperer Ressourcen und weniger geschultem Personal zu wenig in der Nutzung ihres Kommunikationsgeräts unterstützt werden können.

Einige Ergebnisse der Befragungen lassen erkennen, dass die abgegebenen Kommunikationsgeräte teilweise nicht dem Bedarf der Versicherten entsprachen oder die Finanzierung bisweilen nicht in den Zuständigkeitsbereich der IV gefallen wäre. Seit Mitte 2014 kann die Arbeitsgemeinschaft Hilfsmittelberatung für Behinderte und Betagte (SAHB) die Zuständigkeit der IV bei Sonderschülerinnen und Sonderschülern mit ihren Abklärungen beurteilen. Im Auftrag der IV-Stellen kann sie mit einer Expertise kontrollieren, ob die empfohlenen Kommunikationsgeräte dem Bedarf der Versicherten entsprechen. Daher sollten Fehlabbgaben künftig abnehmen.

Wie aus der Befragung hervorgeht, sind die Abklärungs- und Beratungsleistungen der Anbieter zufriedenstellend. Allerdings werden auch Schwachstellen genannt, z. B. dass sich die Anbieter zu wenig Zeit nehmen und nur ein Gerät zur Verfügung stellen. Dies führte in einigen Fällen dazu, dass nicht das richtige Gerät gewählt und die Kommunikationsmöglichkeiten so nicht optimal ausgeschöpft wurden. Die zusätzlich möglichen Expertisen der SAHB sind bereits eine erste Massnahme, um die Qualität der Abgabe zu verbessern. Die Autorinnen und Autoren stellen fest, dass der

Abklärungsprozess zu lange dauert. Bis zur Abgabe des Geräts an die versicherte Person kann ein Jahr verstreichen. Schliesslich betonen die Autorinnen und Autoren, dass die Gebrauchstrainings zwar gut, aber Optimierungspotenziale vorhanden sind (siehe Empfehlungen am Schluss dieses Kapitels).

4.4 Zentrale Empfehlungen für das BSV und die IV-Stellen

In praktisch allen Projekten wurden die Forschungs- oder Evaluationsteams aufgefordert, nachweisbare, d. h. auf empirische Ergebnisse gestützte Empfehlungen zu formulieren. Das vorliegende Kapitel fasst die wichtigsten Empfehlungen an die IV zusammen, die sich aus den in diesem Kapitel beschriebenen Studien ergeben. Anschliessend werden die Stellungnahmen des BSV vorgestellt, wobei zwischen den bis heute getroffenen und den künftig geplanten Massnahmen unterschieden wird.

Optimierung der Integrationsmassnahmen (IM) zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung

Die Evaluation der IM (Schmidlin et al. 2020) verfolgte einen formativen Zweck und sollte die Massnahmen im Rahmen der Weiterentwicklung der IV optimieren. Der Bericht vermittelte zahlreiche beweisgestützte Empfehlungen. So wird empfohlen, die IM zum Zeitpunkt der gesundheitlichen Beeinträchtigung möglichst früh umzusetzen, um die Erfolgchancen zu erhöhen. Die IM sollten auch eingesetzt werden, wenn reelle Chancen auf eine Rückkehr auf den Arbeitsmarkt gegeben sind. Dies ist vorab zu klären, doch dazu sollten die IM selbst nicht als Abklärungsinstrumente genutzt werden, wie dies in einigen IV-Stellen der Fall ist. Die Autorinnen empfehlen den Eingliederungsfachpersonen der IV-Stellen, die Fallführung gemeinsam mit den Leistungserbringenden, den Versicherten und mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu koordinieren, um geeignete Ziele zu definieren. In den Schlussfolgerungen der Studie wird betont, dass IM erfolgreicher sind, wenn zumindest ein Teil der Massnahmen auf dem ersten Arbeitsmarkt stattfindet: So ist es sinnvoll, die IM flexibel durchzuführen und bezüglich Durchführungsort zwischen der Institution und der Arbeitsmarktbegleitung abzuwechseln. Die letzte Feststellung spricht auch für intensivere Kontakte mit den Arbeitgebenden, die von der IV-Stelle mittels eines regelmässigen Austauschs unterstützt werden müssen. Schliesslich stellen die Autorinnen fest, dass die Fälle immer komplexer werden (soziale, gesundheitliche Probleme usw.). Dies erfordert eine breite Analyse der Situation, die auch nicht IV-relevante Faktoren berücksichtigt. Folglich steigt der Koordinationsbedarf mit anderen Stellen und Hilfsangeboten (Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden, Sozialberatung, Familienunterstützung, Schulen usw.). Diese Koordination wird von einigen IV-Stellen bereits erfolgreich umgesetzt (Schmidlin et al. 2020, S. 89).

Optimierung der Unterstützungsmassnahmen für das Wohnen zu Hause

Die Studie über die internationalen Modelle zur Unterstützung beim Wohnen zu Hause (Veyre et al. 2022) sollte Entwicklungsmöglichkeiten besonders für die IV und die Kantone aufzeigen. Die Autorinnen empfehlen, dass der Bund zusammen mit den Kantonen Leitlinien für einen Aktionsplan zur Unterstützung beim Wohnen zu Hause erarbeiten soll. Zudem sollen Gesetzesgrundlagen zu den Kriterien für die Finanzierung der Unterstützung beim Wohnen zu Hause geschaffen werden. Ausgehend von der festgestellten Verflechtung der Kompetenzen zwischen der IV und den Kantonen (beide Ebenen bieten Unterstützungsmassnahmen für das Wohnen zu Hause an) empfehlen die Forscherinnen eine Klärung der Zuständigkeiten, wobei die Verantwortung für die Umsetzung der Unterstützung beim Wohnen zu Hause auf einer einzigen institutionellen Ebene anzusiedeln ist. Dazu sollte ein Modell der Subjektfinanzierung in Form eines persönlichen Budgets in Betracht gezogen werden. Als Basis dient dabei die Hilflosenentschädigung, die den Assistenzbeitrag beinhalten würde. Die von den zuständigen Stellen bewilligten Beträge müssen es den Bezügerinnen und Bezügerern darüber hinaus ermöglichen, sich

effektiv für ein Leben zu Hause entscheiden zu können. Daneben sollte der Bund zusammen mit den Kantonen die Leitlinien für einen Aktionsplan festlegen, um betreuende Angehörige finanziell zu unterstützen und um die diesbezüglichen Leistungen zu vereinheitlichen. Schliesslich sollten die zuständigen Stellen Menschen mit Behinderungen bei der Erarbeitung von Leitlinien, Gesetzen, Modellen oder sie betreffenden Massnahmen konsultieren. Zudem sollten die Zufriedenheit der Begünstigten und die Kongruenz zwischen gedecktem und ungedecktem Bedarf evaluiert werden.

Instrumente zur Bedarfsabklärung

Die Analyse der Instrumente zur Bedarfsabklärung (Canonica, 2022) zieht relativ kritische Schlussfolgerungen zu den Instrumenten der IV und schlägt entsprechende Verbesserungen vor. Nach Auffassung der Autorinnen und Autoren sollte die Evaluation nicht von einem Formular mit vordefinierten Kategorien und Items, sondern von der Person und ihren individuell empfundenen Bedürfnissen ausgehen. Diese Bedürfnisse müssen in ein individuelles Unterstützungsbedürfnis im Zusammenhang mit der Behinderung übertragen und vom Sozialstaat anerkannt werden. Als Bezugspunkt für die Evaluation sollte die individuell gewünschte Lebensweise und Teilhabe dienen. Dies setzt ein zwar standardisiertes, aber offeneres und qualitativeres Verfahren als das aktuelle voraus (ein Element wäre z. B. die Beschreibung eines Tagesablaufs mit Kontrollfragen). Nach Ansicht der Autorinnen und Autoren ist ein offener Ansatz am besten geeignet, um spezifische individuelle Bedürfnisse im Zusammenhang mit der Behinderung zu erfassen.

Wünschenswert wäre ein sowohl ressourcen- als auch defizitbasiertes Instrument. Die Autorinnen und Autoren empfehlen ein biopsychosoziales Modell der Behinderung, das nicht das Defizit per se, sondern die Funktionsfähigkeit in den Mittelpunkt stellt. Dazu sollten neben der aktuellen Situation auch die Zukunftsperspektiven und Ziele berücksichtigt werden. Einerseits muss der unmittelbare Unterstützungsbedarf im Zusammenhang mit der Behinderung ermittelt werden; andererseits sollte (falls die Versicherten dies wünschen) das Entwicklungspotenzial oder ein konkretes «Projekt» zur Förderung der Selbstständigkeit und/oder der Teilhabe ermöglicht werden. Dazu sind Kontextfaktoren und Ressourcen zu berücksichtigen. Das empfohlene Verfahren sieht auch kompensatorische Ungleichbehandlungen zwischen den Versicherten vor, da es darum geht, trotz womöglich unterschiedlicher Bedürfnisse die Chancengleichheit zu fördern.

Die Beurteilung soll eine Gesamtheit an Unterstützungsbedürfnissen ergeben, die z. B. in Stunden bzw. (spezialisierten) Leistungen ausgewiesen werden. Die vorgeschlagene Befragung ist komplexer und setzt gezielte fachliche Kompetenzen voraus. Das Forschungsteam empfiehlt, externe, unabhängige und spezialisierte Evaluationsdienste einzurichten. In operativer Hinsicht würde diese Massnahme auch die organisatorische Trennung des für die Befragung und des für die Finanzierung zuständigen Dienstes erleichtern. Diese Doppelfunktion der kantonalen IV-Stellen wurde in den Interviews mehrmals als problematisch bezeichnet.

Optimierung des Assistenzbeitrags

Die Evaluation des Assistenzbeitrags zeigt, dass 48 % der betroffenen Versicherten den administrativen Aufwand für die Verwaltung der Assistenz als zu hoch einstufen. Die Autorenschaft (Guggisberg, Bischof 2020) empfiehlt eine administrative Vereinfachung: Neben einer besseren Einstiegshilfe in Form eines Leitfadens oder einer Informationsbroschüre könnte den Versicherten im Internet ein (barrierefreies) elektronisches Abrechnungssystem zur Verfügung gestellt werden. Die Evaluation hat zudem gezeigt, dass die gewährten Beträge nach Ansicht der Versicherten (nicht nach Ansicht der Forschenden) für die Finanzierung der Assistenzleistung teilweise zu knapp bemessen waren.

Kommunikationsgeräte

In der Studie über die Kommunikationsgeräte (Trageser et al. 2016) wird insbesondere die Optimierung der Evaluations- und Beratungsleistungen empfohlen. Demnach könnte eine Testphase definiert werden, in der die Versicherten verschiedene Geräte testen und in der sie (und ihre Bezugspersonen) ein weiteres Abklärungsgespräch einfordern können. Der Autorenschaft zufolge könnte das BSV den IV-Stellen zudem empfehlen, den Anbietern die Vorgabe zu machen, immer eine Lösung mit einem iPad- oder einem anderen Tablet auszuprobieren. Bei den Gebrauchstrainings besteht noch Verbesserungspotenzial: Je nach Komplexität des Kommunikationsgeräts könnte den Versicherten und deren Bezugspersonen nach einer definierten Trainingsphase bei Bedarf ein zweites Gebrauchstraining oder telefonischer Support gewährt werden, bei dem sie gezielt spezifische Fragen klären können. Zur Qualitätskontrolle der Gebrauchstrainings könnten die IV-Stellen von den Anbietern verlangen, dass sie von den Versicherten und Bezugspersonen eine Bestätigung des Erfolgs und der geleisteten Zeit des Gebrauchstrainings einholen. Des Weiteren empfehlen die Forschenden, sicherzustellen, dass die Bezugspersonen und/oder die zuständigen Personen für unterstützte Kommunikation (UK-Zuständige) in den Institutionen in die Gebrauchstrainings involviert werden. Dies würde die Nachhaltigkeit der Gebrauchstrainings verbessern.

Stärkung der intensiven Frühinterventionsmethoden zur Behandlung von frühkindlichem Autismus

In der Evaluation wird empfohlen, intensive Frühinterventionsmethoden als wirksame und zweckmässige Behandlungsform anzuerkennen. Zur Festlegung der Finanzierungsmodalitäten und konkret der Aufteilung zwischen Bund und Kantonen sollte zudem ein Kostenmodell entwickelt werden. Empfehlungen aus der Studie, die sich nicht direkt an das BSV richten, wurden bereits in Kapitel 4.1.4 aufgeführt.

4.5 Stellungnahme des Bundesamtes für Sozialversicherungen

Folgende Massnahmen wurden auf der Grundlage der Studien bereits umgesetzt, weitere Schritte sind geplant.

4.5.1 Bisherige Umsetzungsschritte

Die Integrationsmassnahmen (IM) zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung wurden im Rahmen der Weiterentwicklung der IV (WEIV) unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse überarbeitet. Im Rahmen der WEIV wurden die Massnahmen auf junge Versicherte ausgeweitet, die bis anhin keinen Anspruch darauf hatten. Die IM können neu mehrmals verlängert werden und die Entschädigung wird nicht nur an den aktuellen, sondern auch an alle neuen Arbeitgebenden ausgerichtet. Schliesslich wurde die Umsetzung der Massnahmen auf dem ersten Arbeitsmarkt in der Verordnung über die IV gestützt auf die Evaluationsergebnisse gestärkt.

Der Assistenzbeitrag wurde im Rahmen der Weiterentwicklung der IV nicht substantiell geändert. Unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse wurden indes einige Anpassungen vorgenommen. So wurde unter anderem die Nachtpauschale erhöht, der für den Nachtdienst nicht ausgeschöpfte Betrag kann als Tagesstunden verrechnet werden und Beratungsleistungen können neu nicht nur zu Beginn des Assistenzbeitrags, sondern alle drei Jahre in Anspruch genommen werden.

In der Evaluation der intensiven Frühinterventionsmethoden zur Behandlung von frühkindlichem Autismus wurden diese als wirksame und geeignete Therapieform anerkannt. Das BSV und die Kantone lancierten zusammen ein Projekt, um neben dem Outcome-Modell auch ein Programm- und ein Kostenmodell sowie ein gemeinsames Finanzierungsmodell zu entwickeln. Das ausgewählte Modell orientiert sich an der Aufgabenverteilung im Rahmen des Finanzausgleichs (NFA).

4.5.2 Geplante Massnahmen

Beim Assistenzbeitrag wurde in Anbetracht der Evaluationsergebnisse eine Arbeitsgruppe eingesetzt. Darin waren das BSV, Behindertenorganisationen und die IV-Stellen vertreten. Die Arbeitsgruppe befasste sich im Wesentlichen mit Möglichkeiten der administrativen Vereinfachung. Ungeachtet der Feststellung, dass das aktuelle Modell nur ein sehr geringes Vereinfachungspotenzial bietet, werden derzeit Ansätze wie z. B. die elektronische Bezahlung von Rechnungen untersucht.

In Bezug auf die Hörgeräte stellt das BSV gestützt auf den Bericht Folgendes fest:

- Die Preise sind nur leicht gesunken, die Margen auf den Hörgeräten nicht.
- Die Zuzahlungen der Versicherten sind gestiegen.
- Verkauft werden kaum mittel- und wenig tiefpreisige Hörgeräte.
- Die Ziele des Pauschalsystems wurden aus Sicht des BSV deshalb trotz hoher Qualität nicht erfüllt.

Daher sieht das BSV bei den Hörgeräteversorgungen mittelfristig Handlungsbedarf. Aktuell werden im Rahmen eines Kommissionspostulates Anpassungen für den gesamten Hilfsmittelbereich untersucht. Der Bundesrat wird gestützt auf den Postulatsbericht die künftige Stossrichtung betreffend der Hilfsmittel festlegen; dazu gehören auch die Hörgeräte, die in diesem Kontext ebenfalls nochmals evaluiert werden.

Der Markt für Kommunikationsgeräte hat sich seit der Studie von 2016 weiterentwickelt. Die beiden grössten Dienstleistungsanbieter in diesem Bereich haben fusioniert. Ein Teil des Personals des grössten Anbieters hat sich vor Kurzem selbstständig gemacht und ein Unternehmen gegründet, das auch Leistungen im Bereich Kommunikationsgeräte anbietet. Der grösste Anbieter im Markt für Kommunikationsgeräte hat eine Neuaushandlung des Stundenansatzes verlangt. Entsprechende Abklärungen sind derzeit im Gang. Im Rahmen von etwaigen Neuverhandlungen müsste der Ablauf/Prozess auch unter Berücksichtigung der Studienergebnisse geprüft werden.

Die beiden Berichte zu den Unterstützungsmassnahmen für das Wohnen zu Hause bzw. zu den Instrumenten zur Bedarfsabklärung wurden Ende 2022, d. h. mit Ende des FoP3-IV, unter Dach und Fach gebracht. Der vorliegende Synthesebericht wird also gleichzeitig wie die beiden genannten Berichte abgeschlossen. Die Empfehlungen dieser beiden Studien sind so zahlreich und umfangreich (siehe oben), dass es dem BSV nicht möglich war, rechtzeitig Stellung zu nehmen. Indessen soll eine Strategie zur Optimierung des Systems im Allgemeinen und der Instrumente zur Bedarfsabklärung im Besonderen erarbeitet werden. Die Strategie wird in Zusammenarbeit mit den wichtigsten Partnern des BSV auf Bundes- und Kantonebene erstellt.

5 Ausblick

Im Rahmen des FoP3-IV wurden 24 Studien durchgeführt, die im vorliegenden Synthesebericht zusammengefasst sind. Bei einigen handelt es sich um formative oder summative Evaluationen früherer IV-Revisionen, während andere Forschungsarbeiten zur Situationsanalyse und als Entscheidungsgrundlage dienten. Wie in den verschiedenen Kapiteln des Syntheseberichts erwähnt, wurden zahlreiche Ergebnisse in der Weiterentwicklung der IV direkt genutzt. So findet ein Interaktionszyklus zwischen Forschung und Evaluation einerseits und der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung andererseits statt: Die Studien dienen als Entscheidungsgrundlage vor der Revision. Danach werden ihre Ergebnisse bei der Gesetzesrevision im politischen Prozess berücksichtigt. Am Schluss werden die Umsetzung und die Auswirkungen der Gesetzesänderungen sowie die Übereinstimmung mit den gesteckten Zielen in Evaluationen analysiert.

Die Priorität des am 1. Januar 2023 lancierten FoP4-IV besteht in der Evaluation der Weiterentwicklung der IV mithilfe von rund zehn Projekten. Das Budget des FoP4-IV wurde vom Eidgenössischen Departement des Innern am 19. September 2022 nach Konsultation der Subkommission IV genehmigt und wird den Zeitraum 2023 bis 2028 abdecken. Die Evaluationen werden sich insbesondere auf Gesetzesänderungen zu den drei Hauptzielgruppen Kinder, junge Menschen und Erwachsene mit psychischen Beeinträchtigungen konzentrieren. Weitere Projekte sind Querschnittsthemen gewidmet, z. B. der Evaluation des stufenlosen Rentensystems, der Berechnung des Invaliditätsgrads und der Änderungen betreffend die medizinischen Gutachten. Die Evaluation der WEIV ist Gegenstand eines eigenen Konzepts. Ergänzend zur Evaluation der neuen Revision beinhaltet das FoP4-IV verschiedene Projekte, die zur weiteren Optimierung der Versicherung beitragen werden.

6 Bibliografie

Baer, Niklas; Frick, Ulrich; Besse, Christine; Cuonz, Neisa; Matt, Michael (2018). *Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten*. Beiträge zur sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 8/18. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Baer, Niklas; Frick, Ulrich; Rota, Fulvia; Vallon, Pierre; Aebi, Kaspar; Romann, Christine; Kurmann, Julius (2017). *Patienten mit Arbeitsproblemen: Befragung von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 11/17. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Baer, Niklas; Altwicker-Hàmori, Szilvia; Juvalta, Sibylle, Frick, Ulrich; Rüesch, Peter (2015). Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 19/15. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

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

Bolliger, Christian; Champion, Cyrielle; Gerber, Michèle; Fritschi, Tobias; Neuenschwander, Peter; Kraus, Simonina; Luchsinger, Larissa; Steiner, Carmen (2020). *Auflagen zur Schadenminderungspflicht in der Invalidenversicherung*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 1/20. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Bolliger, Christian; Rüefli, Christian; Berner, Delia; (2016). *Bedarfs- und Angebotsanalyse der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG*. Beiträge zur sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 15/16. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Braun-Dubler, Nils; Langhart, Manuel; Frei, Vera; Kaderli, Tabea; Albrecht, Martin; an der Heiden, Iris; Ochmann, Richard; Sander, Monika; Temizdemir, Ender; Graf, Susanne; Nitsche, Elena (2020). *Analyse der Preise und der Qualität in der Hörgeräteversorgung*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 15/20. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Buess, Michael; Vogel, Raphael (2022). *Arbeitgeberbefragung zur Wahrnehmung der IV und ihrer Instrumente*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 3/22D. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Buess, Michael; Vogel, Raphael (2022). *Befragung «Le point de vue des employeurs sur l'AI et ses instruments»* Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 3/22F. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Canonica, Alan; Margot-Cattin, Pierre; Stalder, René; Abbas, Marina; Froidevaux, Gaël (2023). *Unterstützung beim Wohnen zu Hause: Instrumente zur Bedarfsabklärung* Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 11/22. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Egger, Marcel; Egger-Mikic, Daniela (2016). *Evaluation der nationalen Strukturen für die Interinstitutionelle Zusammenarbeit*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 8/16. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Flamand-Lew, Emilie; Ankers, Neil; Ostrowski, Gaspard; Serdaly, Christine (2017). *Evaluation des Zusammenarbeitsmodells «Accord paritaire genevois»*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 6/17D. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Flamand-Lew, Emilie; Ankers, Neil; Ostrowski, Gaspard; Serdaly, Christine (2017). *Evaluation de l'accord paritaire genevois*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 6/17F. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Fritschi, Tobias; Von Bergen, Matthias; Müller, Franziska; Bucher, Noëlle; Ostrowski, Gaspard; Kraus, Simonina; Luchsinger, Larissa (2019). *Bestandesaufnahme des Wohnungsangebots für Menschen mit Behinderung*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 7/19. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Geisen, Thomas; Baumgartner, Edgar; Ochsenbein, Guy; Duchêne-Lacroix, Cédric; Widmer, Lea; Amez-Droz, Pascal; Bauer, Roland (2016). *Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den Arbeitgebenden*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 1/16. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Greppi, Spartaco; Avilés, Gregorio; Bigotta, Maurizio; Dif-Pradalier, Maël (2017). *Evaluation du dispositif «Formazioni brevi»*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 10/17F. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV .

Greppi, Spartaco; Avilés, Gregorio; Bigotta, Maurizio; Dif-Pradalier, Maël (2017). *Evaluation der «Formazioni brevi»*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 10/17D. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Greppi, Spartaco; Avilés, Gregorio; Bigotta, Maurizio; Dif-Pradalier, Maël (2017). *Valutazione del dispositivo «Formazioni brevi»*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 10(17I). Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Guggisberg, Jürg; Bischof, Severin (2017). *Evaluation Assistenzbeitrag 2012-2016*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 8/17. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Guggisberg, Jürg; Bischof, Severin (2020). *Entwicklung der Übertritte von der Invalidenversicherung in die Sozialhilfe. Analyse auf Basis der SHIVALV-Daten*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 8/20. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Guggisberg, Jürg; Bischof, Severin (2020). *Evaluation Assistenzbeitrag 2012 bis 2019*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 16/20. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Guggisberg, Jürg; Bischof, Severin; Jäggi, Jolanda; Stocker, Désirée; Portmann, Lea (2015). *Evaluation der Eingliederung und der eingliederungsorientierten Rentenrevision der Invalidenversicherung* . Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 18/15. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Guggisberg, Jürg; Liechti, Lena (2019). *Wirtschaftliche Verhältnisse der Bezügerinnen und Bezüger einer Rente aus der 1. Säule (IV/AHV) mit Anspruch auf eine Kinderzusatzrente*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 5/19. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Guggisberg, Jürg; Liechti, Lena; Bischof, Severin (2020). *Die wirtschaftliche Situation von IV-Rentnerinnen und IV-Rentnern*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 14/20. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Laubereau, Birgit; Müller, Franziska; Hanimann, Anina; Balthasar, Andreas (2018). *Ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung der medizinischen Gutachterinnen und Gutachter*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 5/18. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Liesen, Christian; Krieger, Beate; Becker, Heidrun (2018). *Evaluation der Wirksamkeit der intensiven Frühinterventionsmethoden bei frühkindlichem Autismus*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 9/18. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

OECD (2022). *Disability, Work and Inclusion: Mainstreaming in All Policies and Practices*. Paris: OECD Publishing.

Prins, Rienk (2017). *Jeunes atteints dans leur santé : mesures d'activation et de prévention de la dépendance aux rentes d'invalidité*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 3/17F. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Prins, Rienk (2017). *Junge Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen: Rentenvermeidende und aktivierende Massnahmen*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 3/17D. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Schmidlin, Sabina; Borer, Jonas; Allemann, Elisabeth; Clerc, Rebecca (2017). *Angebote am Übergang I für Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 9/17. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Schmidlin, Sabina; Bühlmann, Eva; Muharremi, Fitore; Kobelt, Emilienne; Champion, Cyrielle (2020). *Evaluation der Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 17/20. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Trageser, Judith; Schultheiss, Andrea; Angst, Vanessa; Von Stokar, Thomas (2016). *Analyse der Abgabe von Kommunikationsgeräten an Versicherte der Invalidenversicherung*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 13/16. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Veyre, Aline; Lequet, Marie; Pestoni, Amélie; Kühr, Judith (2023). *Soutien au logement à domicile : comparaison de modèles internationaux* Rapport de recherche Nr. 10/22F. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Veyre, Aline; Lequet, Marie; Pestoni, Amélie; Kühr, Judith (2023). *Unterstützung für das Wohnen zu Hause: Internationale Modelle*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 10/22D. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Wanner, Philippe; Pecoraro, Marco (2012). *La situation économique des rentiers AI*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 3/12. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

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

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

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

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