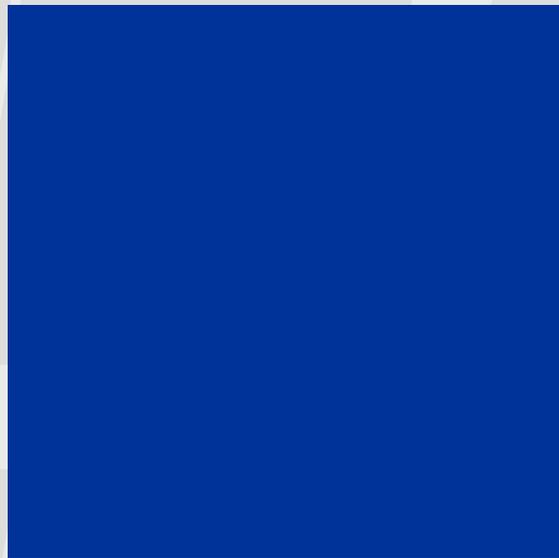


BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

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

Evaluation der Eingliederung und der eingliederungsorientierten Rentenrevision der Invalidenversicherung

Forschungsbericht Nr. 18/15



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Office fédérale 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:** Jürg Guggisberg, Severin Bischof, Jolanda Jäggi, Désirée Stocker (BASS AG)
Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS)
Konsumstrasse 20
CH-3007 Bern
Tel. +41 31 380 60 80
E-mail: info@buerobass.ch
Internet: <http://buerobass.ch>
- Auskünfte:** Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
CH-3003 Bern
- Frédéric Widmer (Forschung, Evaluation und Statistik)
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 (E-Bericht)
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, Vertrieb Bundespublikationen, CH - 3003 Bern
<http://www.bundespublikationen.admin.ch>
- Bestellnummer:** 318.010.18/15d

FoP2-IV: Evaluation der Eingliederung und der eingliederungsorientierten Rentenrevision der Invalidenversicherung

Schlussbericht

Im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherungen

Jürg Guggisberg, Severin Bischof, Jolanda Jäggi, Désirée Stocker

Bern, 22. September 2015

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen

Mit der 5. IVG-Revision, die am 1. Januar 2008 in Kraft trat, wurde die Palette von Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung gezielt ausgebaut. Dabei stand der Grundsatz ‚Eingliederung vor Rente‘ und damit das Ausschöpfen aller Massnahmen zur Eingliederung ins Erwerbsleben vor der Prüfung einer Rente im Vordergrund. Bei den im Rahmen der 5. IVG-Revision neu eingeführten Instrumente geht es prioritär darum, Menschen mit gesundheitlichen Problemen rechtzeitig zu erfassen und unkompliziert zu begleiten, damit sie erwerbstätig bleiben können und keine Rente benötigen.

Im Zuge der IVG-Revision 6a – in Kraft seit 1. Januar 2012 – wurden die Eingliederungsbemühungen auf die IV-Rentner/innen erweitert. Mit dem angestrebten Paradigmenwechsel weg von ‚einmal Rente, immer Rente‘ hin zu ‚Rente als Brücke zur Eingliederung‘ soll die Wiedereingliederung von Rentner/innen mit Eingliederungspotenzial gefördert und damit eine Reduktion des Rentenbestandes bewirkt werden. Bei den Massnahmen der Wiedereingliederung handelt es sich weitgehend um dieselben Massnahmen, die auch bei Neuanmeldungen zum Zuge kommen. Sie wurden aber teilweise präzisiert oder flexibilisiert – zudem wurden auch neue Massnahmen geschaffen wie die Beratung und Begleitung von Rentenbeziehenden und deren Arbeitgebenden während und nach der Wiedereingliederung.

Der erste Teil der nun vorliegenden Evaluation legt den Fokus auf die Auswirkungen der 5. IVG-Revision und das Erreichen der angestrebten Ziele, im zweiten Teil steht die Beschreibung und Analyse der Umsetzung der IVG-Revision 6a in den kantonalen IV-Stellen im Vordergrund.

Die Evaluationsergebnisse zur 5. IVG-Revision zeigen, dass die IV seit 2008 häufiger mit Personen in Kontakt tritt, die noch nahe am Erwerbsprozess stehen als vor der 5. IVG-Revision. Davon zeugen (bei insgesamt etwa gleichbleibender Anmeldequote) das rückläufige Durchschnittsalter bei der Neuanmeldung sowie die Zunahme von Personen, die zum Zeitpunkt der Anmeldung noch erwerbstätig sind. Zudem werden Frühinterventionsmassnahmen, Integrationsmassnahmen und Massnahmen beruflicher Art insgesamt häufiger und vermehrt an Personen mit psychischen Erkrankungen zugesprochen. Weiter kann klar festgestellt werden, dass eine rasche und unbürokratische, auf mündlichen Angaben beruhende Triagierung durch die IV-Stellen sich für eine erfolgreiche Eingliederung als auch in Bezug auf eine Rentenverhinderung lohnt. Sowohl Frühinterventionsmassnahmen als auch Massnahmen beruflicher Art erfolgen so rascher, was einen Arbeitsplatzverlust beziehungsweise eine erfolgreiche (Wieder)Eingliederung begünstigt.

In den letzten Jahren sind die Neuberentungen sehr deutlich zurückgegangen. Diese Entwicklung hat schon vor Inkraftsetzung der 5. IVG-Revision eingesetzt, was verdeutlicht, dass neben der verstärkten Ausrichtung der IV auf Eingliederung noch andere Faktoren für den Rückgang verantwortlich sind. Welchen Anteil die mit der 5. IVG-Revision eingeführten Massnahmen am allgemeinen Rückgang der Berentungsquoten haben, wird aber nie exakt ermittelt werden können. Der Bericht bestätigt das Monitoring des BSV, dass eine Verlagerung in die Sozialhilfe kaum stattfindet.

Die IVG-Revision 6a hat – obwohl die politisch-ökonomische Vorgabe von 12'500 abzubauenenden Renten per Saldo nicht erreicht wurde – viele positive Wirkungen ausgelöst: So hat sich die eingliederungsorientierte Perspektive nachhaltig in der Praxis verankert. Sie wird gelebt und wichtige Prozesse wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit wurden vertieft, was zu einem Mentalitäts- und Kulturwandel und wiederum zu einer verstärkten eingliederungsorientierten Sichtweise auf Neuanmeldungen beiträgt.

Der von der IV eingeschlagene Weg des raschen und unbürokratischen Handelns mit einer eingliederungsorientierten, interdisziplinären Perspektive scheint sich als richtig zu erweisen und wird in der laufenden Revision der IV weiterentwickelt. Dieser Weg ist Teil eines allgemeinen Kulturwandels in Richtung einer verstärkten und zunehmend selbstverständlichen (Erwerbs)Integration von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und damit zu einer Bejahung und Förderung einer von Diversität geprägten schweizerischen (Erwerbs)Bevölkerung, die schliesslich ein Gewinn für alle ist. Teilhabe am Erwerbsleben heisst nicht zuletzt soziale, kulturelle und ökonomische Teilhabe an einer Gesellschaft. In diesem Sinne sollte dieser eingeschlagene Weg nicht nur weiter beschritten und (berufliche) Integration unter Einsatz vielfältiger Massnahmen verstärkt, sondern in Zukunft einfach selbstverständlich werden.

Stefan Ritler, Vizedirektor

Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

La 5^e révision de l'AI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, a élargi de manière ciblée l'éventail des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité. Le principe suivi est que « la réadaptation prime la rente » ; ainsi, le recours à toutes les mesures visant la réadaptation professionnelle a la priorité sur l'examen du droit à la rente. Les nouveaux instruments créés dans le cadre de la 5^e révision visent avant tout à détecter précocement les personnes atteintes dans leur santé et à leur offrir un suivi sans tracasseries administratives, afin qu'elles puissent continuer à exercer une activité lucrative et qu'elles n'aient pas besoin d'une rente.

La révision 6a, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, a étendu les efforts de réadaptation aux bénéficiaires de rente. L'adage « rente un jour, rente toujours » a été remplacé par le principe « la rente, passerelle vers la réinsertion » : le but est d'encourager la réadaptation des bénéficiaires de rente qui présentent le potentiel nécessaire, afin de réduire l'effectif des rentes. Les mesures dites de nouvelle réadaptation sont pour l'essentiel les mêmes que celles qui sont mises en œuvre lors d'une première demande, mais elles ont été en partie précisées ou assouplies. De nouvelles mesures ont également été instaurées, comme les prestations de conseil et de suivi des bénéficiaires de rente et de leur employeur pendant et après la nouvelle réadaptation.

La première partie de la présente évaluation se concentre sur les effets de la 5^e révision et sur l'atteinte des objectifs, tandis que la seconde est consacrée à la description et à l'analyse de la mise en œuvre de la révision 6a par les offices AI cantonaux.

Les résultats de l'évaluation de la 5^e révision montrent que depuis 2008, l'AI entre davantage en contact avec des personnes proches du monde du travail : alors que le taux de demandes est resté relativement stable, l'âge moyen des assurés présentant une première demande a diminué et un plus grand nombre d'entre eux exerçaient encore une activité lucrative au moment du dépôt de la demande. L'assurance a par ailleurs octroyé plus de mesures d'intervention précoce, de mesures de réinsertion et de mesures d'ordre professionnel, notamment à des assurés atteints dans leur santé psychique. En outre, l'évaluation a permis de constater qu'un tri rapide et sans tracasseries administratives, s'appuyant sur des indications orales, a un effet positif sur le succès de la réadaptation et permet de réduire l'octroi de rentes. Tant les mesures d'intervention précoce que les mesures d'ordre professionnel sont ainsi exécutées plus rapidement, ce qui est favorable au maintien en emploi et à l'insertion ou la réinsertion sur le marché du travail.

Le taux de nouvelles rentes a très nettement diminué ces dernières années. Cette évolution s'est amorcée avant l'entrée en vigueur de la 5^e révision et elle ne s'explique donc pas uniquement par l'orientation accrue vers la réadaptation. On ne pourra jamais déterminer avec précision l'impact des mesures mises en place par la 5^e révision sur la baisse générale du taux de nouvelles rentes. Le rapport confirme le monitoring de l'OFAS selon lequel le transfert de l'AI vers l'aide sociale suite à la 5^e révision n'a eu lieu que de manière très limitée.

La révision 6a, elle aussi, a eu de nombreux effets positifs, même si l'objectif politico-économique de réduction de l'effectif des rentes (-12 500) n'a pas été atteint. Elle a enraciné durablement l'orientation vers la réadaptation dans la pratique. L'orientation vers la réadaptation fait désormais partie du quotidien, et des processus importants comme la collaboration interdisciplinaire ont été approfondis, contribuant ainsi à un changement de culture et de mentalité, qui s'est traduit par une approche davantage axée sur la réadaptation pour les nouvelles demandes également.

Le chemin entrepris par l'AI vers une intervention rapide et sans tracasseries administratives, avec une démarche interdisciplinaire orientée vers la réadaptation, semble faire ses preuves et sera poursuivi dans le cadre de la réforme de développement continu de l'assurance. Cette approche s'inscrit dans un changement de culture plus général visant à renforcer et à rendre évident le principe de l'intégration, notamment professionnelle, des personnes atteintes dans leur santé, et donc l'acceptation et la promotion de la population suisse (active) dans toute sa diversité, au bénéfice de chacun. En effet, participer à la vie active signifie aussi faire partie intégrante de la vie sociale, culturelle et économique. En ce sens, il faut non seulement poursuivre sur cette voie et renforcer encore l'intégration, notamment professionnelle, au moyen de mesures diverses, mais il faut aussi que l'intégration devienne une évidence.

Stefan Ritler, vice-directeur

Chef du domaine Assurance-invalidité

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Con la 5ª revisione AI, entrata in vigore il 1° gennaio 2008, è stato ampliato il catalogo di provvedimenti d'integrazione dell'assicurazione invalidità (AI), allo scopo di rafforzare il principio «priorità dell'integrazione sulla rendita» che consiste nel dare precedenza all'impiego di tutti i provvedimenti possibili volti all'integrazione nella vita professionale prima di valutare il diritto a una rendita. Gli strumenti introdotti con la 5ª revisione AI mirano principalmente a individuare per tempo le persone con problemi di salute e ad accompagnarle senza complicazioni burocratiche così da permettere loro di restare attive professionalmente senza necessitare di una rendita.

Con la revisione AI 6a, entrata in vigore il 1° gennaio 2012, gli sforzi a favore dell'integrazione sono stati estesi ai beneficiari di una rendita d'invalidità, con l'intento di abbandonare l'idea che «chi diventa invalido, sarà sempre invalido» in favore del principio della «rendita come ponte verso l'integrazione», al fine di promuovere la reintegrazione dei beneficiari di rendita che presentano un potenziale d'integrazione e produrre così un calo dell'effettivo delle rendite. I provvedimenti di reintegrazione consistono in gran parte negli stessi provvedimenti previsti in caso di nuove richieste di prestazioni, ma sono stati resi in alcuni casi più precisi o flessibili nonché completati con l'introduzione di nuovi provvedimenti, come la consulenza e l'accompagnamento per i beneficiari di rendita e i loro datori di lavoro durante e dopo la reintegrazione.

La prima parte del presente mandato di valutazione si concentra sugli effetti prodotti dalla 5ª revisione AI e sul raggiungimento degli obiettivi prefissati, mentre la seconda mette in primo piano la descrizione e l'analisi dell'attuazione della revisione AI 6a negli uffici AI cantonali.

Dalla valutazione della 5ª revisione AI è emerso che dal 2008 l'assicurazione invalidità è in grado di entrare in contatto con le persone ancora coinvolte nel processo lavorativo più spesso di quanto avveniva prima della revisione. Ne sono una testimonianza da un lato il calo dell'età media al momento della prima richiesta di prestazioni e, dall'altro, l'aumento di richieste da parte di persone che al momento dell'inoltro della richiesta esercitano ancora un'attività lucrativa (a fronte di una quota di nuove richieste più o meno costante). Inoltre, i provvedimenti d'intervento tempestivo, di reinserimento e professionali vengono accordati in misura maggiore e sempre più spesso a persone con malattie psichiche. La valutazione ha inoltre dimostrato con chiarezza che l'attuazione basata su informazioni orali, rapida e senza formalità burocratiche del triage da parte degli uffici AI si rivela efficace sia per garantire il successo dell'integrazione sia per evitare la concessione di una rendita. In tal modo, infatti, i provvedimenti d'intervento tempestivo e quelli professionali possono essere eseguiti più rapidamente, favorendo il mantenimento del posto di lavoro rispettivamente la (re)integrazione.

Negli ultimi anni il numero delle nuove rendite è notevolmente diminuito. Quest'evoluzione era iniziata già prima dell'entrata in vigore della 5ª revisione AI, il che sta ad indicare che alla base del calo vi sono anche altri fattori oltre al maggiore orientamento dell'AI all'integrazione. Non è però possibile determinare con esattezza in che misura i provvedimenti introdotti con la 5ª revisione AI abbiano contribuito alla riduzione generale della quota dei beneficiari di rendita. Il rapporto conferma il risultato del monitoraggio dell'AI, secondo cui non si verifica alcun trasferimento verso l'aiuto sociale.

Per quanto concerne la revisione AI 6ª si possono rilevare diversi effetti positivi, nonostante il mancato raggiungimento dell'obiettivo politico-economico di ridurre l'effettivo delle rendite di 12 000 unità. Per esempio, la prospettiva finalizzata all'integrazione si è radicata profondamente nella prassi, dove viene vissuta concretamente: sono stati approfonditi processi importanti come la collaborazione interdisciplinare, il che a sua volta ha prodotto un cambiamento di filosofia e di mentalità e di conseguenza un rafforzamento del principio dell'integrazione nel trattamento delle nuove richieste di prestazioni.

La via intrapresa dall'AI verso un intervento rapido e senza formalità burocratiche con un approccio interdisciplinare finalizzato all'integrazione sembra essere quella giusta e sarà ulteriormente sviluppata nel quadro della revisione dell'assicurazione attualmente in corso. Essa rappresenta un passo importante in un percorso che mira ad un cambio di mentalità più generale, volto a rafforzare e rendere sempre più naturale il principio dell'integrazione (professionale) delle persone con un danno alla salute e dunque a far affermare e promuovere la popolazione (attiva) svizzera in tutta la sua diversità, il che in fin dei conti va a vantaggio di tutti. In ultima analisi, la partecipazione alla vita professionale rappresenta infatti la possibilità di prendere parte socialmente, culturalmente ed economicamente alla vita di una società. In questo senso la via intrapresa dall'AI non dovrà soltanto essere proseguita nell'intento di rafforzare ulteriormente l'integrazione (professionale) mediante l'attuazione di svariati provvedimenti, bensì diventare in futuro un percorso naturale.

Stefan Ritler, vicedirettore

Capo dell'Ambito Assicurazione invalidità

Foreword by the Federal Social Insurance Office

The 5th Revision of Switzerland's Invalidity Insurance Act (IVG), which came into force on 1 January 2008, broadened the range of rehabilitation measures open to the invalidity insurance (IV) authorities. The revision was based on the principle of "priority for integration over pensions", meaning that the authorities are called upon to try all measures to reintegrate a disabled worker into the workforce before proceeding to a pension assessment. The main focus of the instruments introduced as part of the 5th Revision of the IVG is to ensure that people with health problems are registered at an early stage and provided with straightforward support so that they can remain in employment rather than become pension recipients.

Revision 6a of the IVG – in force since 1 January 2012 – expanded rehabilitation efforts to invalidity pension recipients. The objective of this revision was to bring about a paradigm shift in the system, moving away from the idea of "once a pensioner, always a pensioner" toward "pensions as a bridge to reintegration": pensioners with reintegration potential were to be encouraged to return to work, thus reducing the financial burden of the pension portfolio. The reintegration measures used are largely the same as those deployed with people registering for an invalidity pension for the first time. However, some of them have been made more specific or more flexible, and new measures have been created as well – such as counselling and support during and after reintegration for those drawing pensions and for their new employers.

The first part of the present evaluation focuses on the effects of the 5th Revision of the IVG and whether it has achieved its declared objectives. The second part of the evaluation describes and analyses implementation of Revision 6a of the IVG in the cantonal IV offices.

The evaluation of the 5th Revision of the IVG comes to the conclusion that, since the revision was introduced in 2008, the IV enters into contact with people who are still close to the employment process more frequently. Proof of this can be found in the decline in the average age of those registering for the first time (although the overall registration rate has remained roughly stable) and in the increase in the number of people who were still gainfully employed when they registered with the IV. What is more, early-intervention, integration and occupational measures are being granted more frequently in general and, increasingly, to people with mental illnesses. Another unambiguous finding is that fast, straightforward triage by the IV offices on the basis of verbal information can pave the way for successful reintegration and help avert payment of a pension. This can expedite the deployment of both early-intervention and occupational measures, helping people to retain their jobs or be successfully (re)integrated into the workforce, as the case may be.

In recent years, there has been a very marked drop in the number of new pensions approved. This trend was already discernible before the 5th Revision of the IVG came into force, which

makes clear that other factors apart from the push towards integration in invalidity insurance have played a role in this decline. It will never be possible to determine with accuracy what contribution the measures introduced by the 5th Revision of the IVG made to lowering the pension-approval rate. The evaluation confirms the outcome of the monitoring by the FSIO, which states that there is hardly any shift towards social assistance.

Although, on balance, the political target of reducing the overall number of pensions by 12,500 has not been achieved, Revision 6a of the IVG has had many positive effects. The reintegration-oriented approach, for instance, is now firmly rooted in practice and is being lived out. In addition, key processes such as interdisciplinary collaboration have been strengthened, contributing towards a change in mind-set and culture and, in turn, to a stronger focus on integration when assessing new registrations.

The path taken by the IV authorities – namely to take fast, straightforward action and adopt an integration-oriented, interdisciplinary approach – appears to be the right one, and is being built on in the ongoing revision of the IV. This path is part of a general shift in culture towards a stronger and increasingly more natural approach to the (occupational) integration of people with health impairments and thus towards accepting and promoting diversity within the Swiss (working) population. That, ultimately, can be of benefit to everyone. After all, participation in the workforce also means participation in society in cultural, social and economic terms. In this sense, the authorities should not only continue along this path and bolster (occupational) integration through a wide variety of measures, they should also work to ensure that this process becomes a matter of course in future.

Stefan Ritler, Deputy Director

Head of Invalidity Insurance

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VII
Zusammenfassung	XI
Résumé	XXV
Riassunto	XXXVII
Summary	LI
Abkürzungsverzeichnis und Glossar	LXIII
Teil 1: Einleitung	1
1 Teilprojekt I: Evaluation 5. IVG-Revision	3
1.1 Wichtigste Neuerungen 5. IVG-Revision	3
1.2 Zielsetzungen und Fragestellungen	4
1.3 Kohortenbetrachtung	5
2 Teilprojekt II: Evaluation IVG-Revision 6a	7
2.1 Zielsetzungen, Fragestellungen und Vorgehen	7
2.1.1 Qualitative Herangehensweise	7
2.1.2 Quantitative Herangehensweise	8
Teil 2: Ergebnisse Evaluation der 5. IVG-Revision	9
3 Entwicklung IV-Neuanmeldungen 2004 bis 2011	11
3.1 Neuanmeldungen	11
3.2 Zusammensetzung der Neuanmeldungskohorten	12
4 Eingliederungsmassnahmen [EM]	15
4.1 Frühinterventionsmassnahmen [FI]	25
4.2 Integrationsmassnahmen [IM]	30
4.3 Massnahmen beruflicher Art [MB]	36
5 Fallabschluss	41

6	Berentungsquote: Neurenten drei Jahre nach der Neuanmeldung	43
7	Erwerbssituation der neuangemeldeten Personen	49
8	Arbeitslosenentschädigung	57
9	Sozialhilfe	59
10	Zusammenhangsanalyse	61
10.1	Strukturanalyse	61
10.2	Multi-Level-Modelle	63
10.2.1	Berentungsquote.....	65
10.2.2	Erfolgreiche Erwerbsintegration.....	66
11	Zusammenfassung und Fazit Evaluation 5. IVG-Revision	69
11.1	Frühzeitiger Kontakt und rasche unbürokratische Unterstützung.....	69
11.2	Integrationsmassnahmen.....	72
11.3	Massnahmen beruflicher Art	74
11.4	Reduktion der IV-Neuberentungen	76
Teil 3: Umsetzung der IVG-Revision 6a: Ergebnisse Evaluation		79
12	Einleitung	79
13	Datenanalyse Rentenrevisionen	81
13.1	Übersicht zu den Rentenkohorten.....	81
13.2	Rentenänderungen.....	82
13.3	Eingliederungsmassnahmen.....	86
14	Eingliederungsorientierte Rentenrevisionen (EOR)	91
14.1	Umsetzung entlang der Phasen.....	93
14.1.1	Triage.....	93
14.1.2	Planung und Umsetzung Wiedereingliederungsmassnahmen.....	107
14.1.3	Überprüfung Rentenanspruch	117
14.2	Reaktionen der Versicherten – EOR.....	118
14.3	Umsetzung der Leitgedanken für die Triage / Revision	120
14.4	Zusammenfassung und Fazit Eingliederungsorientierte Rentenrevision [EOR].....	125
15	Rentenüberprüfungen aufgrund der Schlussbestimmungen (RRS)	131
15.1	Vortriage.....	132
15.2	Sachverhaltsabklärung.....	132
15.3	Unterstützung zur Wiedereingliederung.....	135

15.4	Reaktionen der Versicherten – RRS	137
15.5	Zusammenfassung und Fazit Rentenrevision nach Schlussbestimmung [RRS].....	139
16	Gesamtbetrachtung 6a: Erwartungen, Wirkungen und Herausforderungen	141
	Quellen und Literatur	143
	Teil 4 –Anhang	145
	Teilprojekt I: 5. IVG-Revision.....	145
	Teilprojekt II. Revision 6a	157

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Indikatorenset	5
Tabelle 2: IV-Neuanmeldungen von 18- bis 64-jährigen Personen in der Schweiz zwischen 2004 und 2011 sowie Todesfälle und Übertritt ins ordentliche Rentenalter während des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre)	6
Tabelle 3: Anmeldequote nach IVST: Anteil IV-Neuanmeldungen an der versicherten Bevölkerung (18 – Rentenalter).....	11
Tabelle 4: Anmeldequote nach Geschlecht: Anteil IV-Neuanmeldungen an der versicherten Bevölkerung (18 – Rentenalter)	12
Tabelle 5: Anmeldequote nach Alterskategorie: Anteil der IV-Neuanmeldungen an der versicherten Bevölkerung (18 – Rentenalter)	13
Tabelle 6: Anteil der IV-Neuanmeldungen zwischen 2004 und 2011 an der ständigen Wohnbevölkerung, nach Staatsangehörigkeit, in Prozent	13
Tabelle 7: Externe Eingliederungsmassnahmen nach Kategorien	17
Tabelle 8: Anteil IV-Neuanmeldungen mit externen Eingliederungsmassnahmen innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) nach Kategorien	17
Tabelle 9: Anteil IV-Neuanmeldungen, deren Fall drei Jahre nach der IV-Neuanmeldung abgeschlossen ist (Approximation)	41
Tabelle 10: Rententeil am Total der Neurentner/innen drei Jahre nach der IV-Neuanmeldung	43
Tabelle 11: Multi-Level-Modell mit Rente (1. Spalte) bzw. Erwerbstätigkeit (2. Spalte) als erklärende Variable. Basis: IV Neuanmeldungen 2008 bis 2011	65
Tabelle 12: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit externen Frühinterventionsmassnahmen	71
Tabelle 13: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Frühinterventionsmassnahmen: Nur Personen mit psychischem Gebrechen	71
Tabelle 14: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Integrationsmassnahmen	73
Tabelle 15: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Integrationsmassnahmen und psychischem Gebrechen	73
Tabelle 16: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Massnahmen beruflicher Art.....	75
Tabelle 17: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Massnahmen beruflicher Art und psychischem Gebrechen	75
Tabelle 18: Rentenbezüger/innen in den Rentenkohorten 2007 und 2011 sowie Todesfälle und Übertritt ins Rentenalter während des Beobachtungszeitraums (Basisjahr plus drei Jahre).....	82
Tabelle 19: Anzahl und Anteil Rentenänderungen der IV-Rentner/innen innert drei Jahren	83
Tabelle 20: Anzahl und Anteil der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen <i>der Kohorte 2007</i>	85
Tabelle 21: Anzahl und Anteil der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen <i>der Kohorte 2011</i>	85
Tabelle 22: Anzahl und Anteil der Rentenbezüger/innen mit externen Eingliederungsmassnahmen nach Kategorien	87
Tabelle 23: Anteile IV-Neuanmeldungen nach IV-Stelle	145
Tabelle 24: Anteil der IV-Neuanmeldungen nach Geschlecht	145
Tabelle 25: Anteil der IV- nach Alterskategorien	146
Tabelle 26: Anzahl und Anteil der IV-Neuanmeldungen nach Staatsangehörigkeit	146
Tabelle 27: Anteil IV-Neuanmeldungen mit externen Eingliederungsmassnahmen innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) nach IVST	147
Tabelle 28: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Frühinterventionsmassnahmen	148

Tabelle 29: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Frühinterventionsmassnahmen: Nur Personen mit psychischem Gebrechen	148
Tabelle 30: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Frühinterventionsmassnahmen: Nur bei der Anmeldung erwerbstätige Personen	149
Tabelle 31: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Frühinterventionsmassnahmen: Nur bei der Anmeldung erwerbstätige Personen mit psychischem Gebrechen.....	149
Tabelle 32: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Frühinterventionsmassnahmen: Nur bei der Anmeldung nicht erwerbstätige Personen.....	150
Tabelle 33: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Frühinterventionsmassnahmen: Nur bei der Anmeldung nicht erwerbstätige Personen mit psychischem Gebrechen	150
Tabelle 34: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Integrationsmassnahmen	151
Tabelle 35: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Integrationsmassnahmen und psychischem Gebrechen	151
Tabelle 36: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Massnahmen beruflicher Art.....	152
Tabelle 37: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Massnahmen beruflicher Art und psychischem Gebrechen	152
Tabelle 38: Rentenbezugsquote nach IVST: Anteil Neurentner/innen drei Jahre nach der IV-Neuanmeldung am Total der IV-Neuanmeldungen.....	153
Tabelle 39: Anteil der neuangemeldeten Personen mit beitragspflichtigem Einkommen im Zeitraum der Neuanmeldung	154
Tabelle 40: Rentenveränderungen und Eingliederungsmassnahmen nach <i>Gebrechen</i> in der <i>Kohorte 2007</i> : Rente im dritten Jahr nach dem Basisjahr im Vergleich zur Rente im Basisjahr, mindestens eine externe Eingliederungsmassnahme (EM) während des Beobachtungszeitraums.....	157
Tabelle 41: Rentenveränderungen und Eingliederungsmassnahmen nach <i>Gebrechen</i> in der <i>Kohorte 2011</i> : Rente im dritten Jahr nach dem Basisjahr im Vergleich zur Rente im Basisjahr, mindestens eine externe Eingliederungsmassnahme (EM) während des Beobachtungszeitraums.....	158
Tabelle 42: Durchschnittliche Ausgaben für Eingliederungsmassnahmen <i>pro neuangemeldete/r Massnahmenempfänger/in</i> innerhalb des Beobachtungszeitraums (Basisjahr plus drei Jahre), in Fr.	158
Tabelle 43: Anzahl und Anteil der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen nach sich ausschliessenden Kategorien der <i>Kohorte 2007</i>	159
Tabelle 44: <i>Frauenanteil</i> der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen der <i>Kohorte 2007</i>	159
Tabelle 45: <i>Frauenanteil</i> der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen der <i>Kohorte 2011</i>	159
Tabelle 46: <i>Alter</i> (Median) der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen der <i>Kohorte 2007</i>	160
Tabelle 47: <i>Alter</i> (Median) der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen der <i>Kohorte 2011</i>	160
Tabelle 48: Anteil <i>Schweizer/innen</i> der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen der <i>Kohorte 2007</i>	161
Tabelle 49: Anteil <i>Schweizer/innen</i> der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen der <i>Kohorte 2011</i>	161

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kohorten zur Untersuchung der 5. IVG-Revision.....	6
Abbildung 2: Anteil IV-Neuanmeldungen mit internen oder externen Eingliederungsmassnahmen (EM) innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre).....	16
Abbildung 3: Anteil IV-Neuanmeldungen mit externen Eingliederungsmassnahmen innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) nach IVST	16
Abbildung 4: Ausschliessende Kategorisierung der externen Eingliederungsmassnahmen	18
Abbildung 5: Anteil IV-Neuanmeldungen mit externen Eingliederungsmassnahmen innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) nach sich ausschliessenden Kategorien.....	19
Abbildung 6: Anteil IV-Neuanmeldungen von 2004 mit externen Eingliederungsmassnahmen innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) nach IVST.....	20
Abbildung 7: Anteil IV-Neuanmeldungen von 2011 mit externen Eingliederungsmassnahmen innerhalb des Beobachtungszeitraums (2011 bis 2014) nach IVST	20
Abbildung 8: Anteil der IV-Neuanmeldungen von 2004 nach Merkmalen	21
Abbildung 9: Anteil der IV-Neuanmeldungen von 2004 mit EM innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) am Total IV-Neuanmeldungen der Kategorie	21
Abbildung 10: Anteil der IV-Neuanmeldungen von 2011 nach Merkmalen	21
Abbildung 11: Anteil der IV-Neuanmeldungen von 2011 mit EM innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) am Total IV-Neuanmeldungen der Kategorie	21
Abbildung 12: Anteile nach Gebrechensart aller IV-Neuanmeldungen mit Eingliederungsmassnahmen	22
Abbildung 13: Durchschnittliche Ausgaben extern erbrachter Eingliederungsmassnahmen pro neuangemeldeter Person innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre), in CHF	23
Abbildung 14: Durchschnittliche Ausgaben extern erbrachter Eingliederungsmassnahmen pro neuangemeldeter Person mit Eingliederungsmassnahmen innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre), in CHF	24
Abbildung 15: Durchschnittliche Ausgaben für Eingliederungsmassnahmen pro neuangemeldete/r Massnahmenempfänger/in innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre), in CHF	24
Abbildung 16: Anteil der Leistungsbeziehenden einer Frühinterventionsmassnahme am Total der IV-Neuanmeldungen	25
Abbildung 17: Anteile nach Gebrechensart aller Leistungsbeziehenden einer Frühinterventions-Massnahme, die bei der IV-Neuanmeldung <i>erwerbstätig</i> waren	26
Abbildung 18: Anteile nach Gebrechensart aller Leistungsbeziehenden einer Frühinterventions-Massnahme, die bei der IV-Neuanmeldung <i>nicht erwerbstätig</i> waren.....	27
Abbildung 19: Mittlere Dauer bis zur ersten Frühinterventions-Massnahme innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) nach der Neuanmeldung in Anzahl Monaten (Median): Bei IV-Neuanmeldung <i>erwerbstätig</i>	28
Abbildung 20: Durchschnittliche Ausgaben pro Leistungsbezüger/in einer Frühinterventions-Massnahme: Bei IV-Neuanmeldung <i>erwerbstätig</i>	29
Abbildung 21: Durchschnittliche Ausgaben pro Leistungsbezüger/in einer Frühinterventions-Massnahme: Bei IV-Neuanmeldung <i>nicht erwerbstätig</i>	29
Abbildung 22: Anteil der Leistungsbezüger/innen von Frühinterventions-Massnahme, welche weitere Eingliederungsmassnahmen in Anspruch nehmen.....	30

Abbildung 23: Anteil der Leistungsbeziehenden einer Integrationsmassnahme am Total der IV-Neuanmeldungen, innerhalb von drei Jahren nach der Neuanmeldung.....	31
Abbildung 24: Anteile nach Gebrechensart aller Leistungsbeziehenden einer Integrationsmassnahme	32
Abbildung 25: Mittlere Dauer bis zur ersten Integrationsmassnahme innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) nach der Neuanmeldung in Anzahl Monaten (Median).....	33
Abbildung 26: Durchschnittliche Ausgaben pro Leistungsbeziehenden einer Integrationsmassnahme	34
Abbildung 27: Anteil der Leistungsbezüger/innen einer Integrationsmassnahme, die Massnahmen beruflicher Art (MB) in Anspruch nehmen	35
Abbildung 28: Anteil der Leistungsbeziehenden einer Massnahme beruflicher Art am Total der IV-Neuanmeldungen	36
Abbildung 29: Anteile nach Gebrechensart aller Leistungsbeziehenden einer Massnahme beruflicher Art	37
Abbildung 30: Anteil der Leistungsbezüger/innen einer Massnahme beruflicher Art, welche auch eine Integrationsmassnahme zugesprochen bekamen	38
Abbildung 31: Mittlere Dauer bis zur ersten Massnahme beruflicher Art innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) nach der Neuanmeldung in Anzahl Monaten (Median).....	39
Abbildung 32: Durchschnittliche Ausgaben pro Leistungsbezüger/in einer Massnahme beruflicher Art	39
Abbildung 33: Anteil IV-Neuanmeldungen, deren Fall nach einem, zwei bzw. drei Jahren nach der IV-Neuanmeldung abgeschlossen ist (Approximation).....	42
Abbildung 34: Anteil Neurentner/innen drei Jahre nach der IV-Neuanmeldung am Total der IV-Neuanmeldungen	43
Abbildung 35: Anteil Neurentner/innen, welche nach einem, zwei bzw. drei Jahren nach der Neuanmeldung eine Rente erhalten am Total aller Neurentner/innen nach Neuanmeldungskohorte .	44
Abbildung 36: Anteil IV-Neuanmeldungen, welche nach einem, zwei bzw. drei Jahren nach der Neuanmeldung eine Rente erhalten am Total der IV-Neuanmeldungen	45
Abbildung 37: Rentenbezüger/innen drei Jahre nach der Anmeldung: Anteile nach Gebrechensart ..	45
Abbildung 38: Anteil Rentenbezüger/innen drei Jahre nach der Anmeldung am Total der IV-Neuanmeldungen mit und ohne EM.....	47
Abbildung 39: Anteil Rentenbezüger/innen drei Jahre nach der Anmeldung am Total der IV-Neuanmeldungen nach Art der EM	47
Abbildung 40: Anteil der zum Zeitpunkt der Anmeldung erwerbstätigen Personen am Total der IV-Neuanmeldungen	49
Abbildung 41: Durchschnittliches Bruttoerwerbseinkommen pro Monat der zum Zeitpunkt der Anmeldung erwerbstätigen IV-Neuanmeldungen	50
Abbildung 42: Anteil drei Jahre nach der IV-Neuanmeldung Erwerbstätigen am Total der zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung Erwerbstätigen.....	51
Abbildung 43: Anteil der drei Jahre nach der IV-Neuanmeldung Erwerbstätigen am Total der zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung nicht Erwerbstätigen.....	51
Abbildung 44: Anteil der drei Jahre nach der IV-Neuanmeldung Erwerbstätigen am Total der IV-Neuanmeldungen, nach Art der Eingliederungsmassnahme.....	52
Abbildung 45: Anteile nach Rentenbezug und Erwerbssituation drei Jahre nach der Anmeldung.....	53

Abbildung 46: Anteile nach Rentenbezug und Erwerbssituation drei Jahre nach der Anmeldung: <i>Leistungsbeziehende von externen Eingliederungsmassnahmen (EM)</i>	54
Abbildung 47: Anteile nach Rentenbezug und Erwerbssituation drei Jahre nach der Anmeldung: <i>Neuanmeldungen ohne Leistungsbezug von externen Eingliederungsmassnahmen</i>	54
Abbildung 48: Anteile nach Rentenbezug und Erwerbssituation drei Jahre nach der Anmeldung: <i>Leistungsbeziehende Frühinterventionsmassnahmen (FI)</i>	55
Abbildung 49: Anteile nach Rentenbezug und Erwerbssituation drei Jahre nach der Anmeldung: <i>Leistungsbeziehende von Integrationsmassnahmen (IM)</i>	55
Abbildung 50: Anteil IV-Neuanmeldungen mit Arbeitslosenentschädigung (ALE) im Anmeldejahr bzw. in den drei Folgejahren am Total der IV-Neuanmeldungen	57
Abbildung 51: Anteil IV-Neuanmeldungen mit Arbeitslosenentschädigung (ALE) im Anmeldejahr bzw. in den drei Folgejahren am Total der IV-Neuanmeldungen	58
Abbildung 52: Anzahl und Anteil IV-Neuanmeldungen mit «Fallabschluss» 2 Jahre nach Neuanmeldung (t2), die im dritten Jahr nach Neuanmeldung (t3) Sozialhilfe beziehen und Anteil Sozialhilfebeziehende Schweiz nach Neuanmeldungscohorte	60
Abbildung 53: Geschätzte Rentenbezugsquote drei Jahre nach der Neuanmeldung auf Basis der Profilveränderung im Vergleich zur tatsächlichen Rentenbezugsquote der IV-Neuanmeldungscohorten 2004 bis 2011.	62
Abbildung 54: Geschätzte Erwerbsquote drei Jahre nach der Neuanmeldung auf Basis der Profilveränderung im Vergleich zur tatsächlichen Erwerbsquote der IV-Neuanmeldungscohorten 2004 bis 2010	63
Abbildung 55: Kohorten zur Untersuchung der 6. IVG-Revision	82
Abbildung 56: Anteil Rentenänderungen an Rentenbestand innerhalb von drei Jahren nach Kohorte und IVST	84
Abbildung 57: Anteil Rentensenkungen (inkl. Aufhebungen) an Rentenbestand innerhalb von drei Jahren nach Kohorte und IVST	84
Abbildung 58: Anzahl Personen mit Herabsetzung oder Aufhebung der Rente innert drei Jahren, abhängig vom Bezug von (externen) Eingliederungsmassnahmen (EM)	86
Abbildung 59: Anteile der Rentenbezüger/innen der <i>Kohorte 2007</i> mit EM nach Kategorien	87
Abbildung 60: Anteile der Rentenbezüger/innen der <i>Kohorte 2011</i> mit EM nach Kategorien	87
Abbildung 61: Durchschnittlichen Ausgaben für Eingliederungsmassnahmen <i>pro neuangemeldete/r</i> <i>Massnahmenempfänger/in</i> innerhalb des Beobachtungszeitraums (Basisjahr plus drei Jahre), in CHF	88
Abbildung 62: Gebrechensart der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen	89
Abbildung 63: Musterprozess (eingliederungsorientierte) Rentenrevisionen [EOR]	92
Abbildung 64: Musterprozess Rentenüberprüfungen aufgrund der Schlussbestimmungen	131
Abbildung 65: Anzahl Gerichtsentscheide zu Beschwerden bezüglich der Schlussbestimmungen 6a	139
Abbildung 66: Anteile nach Rentenbezug und Erwerbssituation drei Jahre nach der Anmeldung: <i>Männer</i>	155
Abbildung 67: Anteile nach Rentenbezug und Erwerbssituation drei Jahre nach der Anmeldung: <i>Frauen</i>	155
Abbildung 68: Anteile nach Rentenbezug und Erwerbssituation drei Jahre nach der Anmeldung: <i>Zeitpunkt der IV-Neuanmeldung nicht erwerbstätige Personen</i>	156

Abbildung 69: Anteile nach Rentenbezug und Erwerbssituation drei Jahre nach der Anmeldung: <i>Zeitpunkt der IV-Neuanmeldung erwerbstätig Personen</i>	156
Abbildung 70: Anzahl und Anteil der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen nach sich ausschliessenden Kategorien der <i>Kohorte 2011</i>	159

Zusammenfassung

Einleitung und Auftrag

Im Fokus des durchgeführten Evaluationsmandats steht die **bilanzierende Beurteilung der Umsetzung und Wirkung der Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung** mit Schwerpunkt auf den Neuerungen der 5. IVG-Revision und, soweit als möglich, der 6. IVG-Revision. Mit der 5. IVG-Revision wurden insbesondere die Bestrebungen zur Umsetzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» intensiviert. Geeignete Verfahren und Massnahmen im Bereich der Früherfassung- und Frühintervention sollen zu einer Reduktion der Neurenten beitragen. Mit der 6. IVG-Revision wurden die Eingliederungsbemühungen auf IV-Rentner/innen erweitert mit dem Ziel, die Wiedereingliederung von IV-Rentner/innen mit Eingliederungspotenzial zu fördern und damit eine Reduktion des Rentenbestandes zu bewirken. Zudem soll der Gedanke der Wiedereingliederung auch bei Personen, denen erstmals eine Rente zugesprochen wird, vermehrt zum Tragen kommen. Damit soll ein Paradigmenwechsel eingeleitet werden weg von «einmal Rente, immer Rente» hin zu «Rente als Brücke zur Eingliederung» (Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [6. IVG-Revision, erstes Massnahmenpaket], S. 1840).

Das Mandat selber ist in zwei Teilprojekte unterteilt. Während das erste den Fokus auf mögliche Auswirkungen der 5. IVG-Revision und das Erreichen der angestrebten Ziele legt, steht im Zentrum des zweiten Teilmandats die Beschreibung und Analyse der konkreten Umsetzung der IVG-Revision 6a in den kantonalen IV-Stellen im Vordergrund.

Teilprojekt 1: Evaluation 5. IVG-Revision

Gemäss Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (5. IVG-Revision) wurden mit der 5. IVG-Revision im Grundsatz **zwei Hauptziele** verfolgt.

- **Verstärkte Ausrichtung der Invalidenversicherung auf Eingliederung.** Dies bedeutet konkret:
 - **Frühzeitiger Kontakt** und rasche, **unbürokratische Unterstützung** mit geeigneten Massnahmen bei drohendem Verlust von Arbeitsfähigkeit
 - Bessere Unterstützung von **psychisch kranken und beruflich unqualifizierten Personen** durch neue Integrationsmassnahmen (**IM**) und Erweiterung des Anspruchs auf bestehende Massnahmen beruflicher Art
- **Reduktion der Neuberentungen:** Durch eine **Reduktion der Zahl der Neurenten** sollen die Ausgaben der IV gesenkt werden, damit ein substanzieller Beitrag zur finanziellen Gesundung des Systems geleistet werden kann.

Im Zentrum der Evaluation der 5. IVG-Revision stehen **weitgehend statistische Analysen**, die Aussagen über die Resultate der 5. IVG-Revision ermöglichen sollen. Die Basis für die vorgesehenen statistischen Analysen sind **Registerdaten der Kohorten der IV-Neuanmeldungen** der Jahre 2004 bis 2011. Damit stehen für einen Vergleich je 4 Kohorten für die Zeit vor bzw. nach der Einführung der 5. IVG-Revision zur Verfügung. Dies ermöglicht, **Veränderungen** bezüglich Anzahl, Art und Kosten von eingliederungsorientierten Massnahmen **über die Zeit** zu erkennen und darzustellen. Zweitens werden mit Hilfe von statistischen Vergleichen zwischen den kantonalen IV-Stellen (IVST) **Erfolgsfaktoren** herausgearbeitet, die dazu beitragen, die Ziele der 5. IVG-Revision zu erreichen. Indem die IV-Registerdaten mit den **IK-Registerdaten** (individuelle Konten zum versicherten Einkommen) verknüpft werden, kann überprüft werden, inwieweit die Eingliederungsbemühungen der IV dazu beitragen, die versicherten Personen tatsächlich im ersten Arbeitsmarkt zu halten. Auch hier werden anhand von vergleichenden Analysen zwischen den IV-Stellen erfolgsversprechende Strategien identifiziert. Die

Daten zum Bezug von **Arbeitslosenentschädigung** sowie zur **Sozialhilfestatistik** werden dazu verwendet, darzustellen, inwieweit es im Bereich der «Schnittmenge» zwischen Invalidenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe zu Veränderungen gekommen ist.

Die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen werden im Folgenden in Form einer Zusammenfassung präsentiert.

Frühzeitiger Kontakt und rasche unbürokratische Unterstützung

Gemäss der Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (5. IVG-Revision) sollen aus gesundheitlichen Gründen in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkte Personen von der Invalidenversicherung mit Hilfe von neuen, niederschweligen und ohne grossen Abklärungsaufwand schnell einsetzbaren Massnahmen – wie z.B. Anpassung des Arbeitsplatzes, Arbeitsvermittlung, sozialberufliche Rehabilitation – möglichst **frühzeitig erfasst** und begleitet werden, um die **Erhaltung** des noch bestehenden **Arbeitsplatzes** sicherzustellen oder an **einem neuen Arbeitsplatz** innerhalb oder ausserhalb des bisherigen Betriebes eingegliedert werden zu können.

Die durchgeführten Analysen lassen folgende Schlussfolgerungen zu:

■ **Frühzeitige Kontaktaufnahme:** Die mit der 5. IVG-Revision eingeführte Phase der Früherfassung und Frühintervention hat dazu geführt, dass die Invalidenversicherung mit Personen, die aus gesundheitlichen Gründen in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sind, **früher in Kontakt** treten kann als vor der Revision. Dies äussert sich erstens – bei insgesamt in etwa konstant gebliebenen Neuanmeldungsquoten - in einer sprunghaften Zunahme von Neuanmeldungen von Personen unter 55 Jahren ab 2008. Zweitens ist das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der Neuanmeldung von 48 Jahren (2007) um gut 1 ½ Jahre auf 46 ½ Jahre gesunken und drittens verzeichnet die Invalidenversicherung laufend mehr Anmeldungen von Personen, die zum Zeitpunkt ihrer Anmeldung noch erwerbstätig sind. Dieser Anstieg ist bei Personen im Alterssegment zwischen 30 und 50 Jahren besonders stark zu beobachten.

Der über die letzten Jahre stetige Anstieg von Personen, die bei ihrer Anmeldung noch erwerbstätig sind, verweist darauf, dass diese «Verlagerung» noch nicht abgeschlossen ist und weitergehen dürfte.

■ **Rasche und unbürokratische Unterstützung mit Frühinterventionsmassnahmen (FI-Massnahmen):** Der **Einsatz von extern erbrachten FI-Massnahmen** hat sich seit der Einführung im 2008 von 6% auf 11% fast **verdoppelt**. Ob es sich dabei nun um eher viele oder wenige Massnahmen handelt, kann im Grundsatz nicht beantwortet werden, da eine Referenz zu dieser Grösse fehlt. Zudem muss berücksichtigt werden, dass die vorhandene Datenbasis keine aussagekräftigen Angaben zum Einsatz von intern erbrachten FI-Massnahmen zulässt. Es darf vermutet werden, dass ein relativ grosser Teil der FI-Massnahmen, bspw. im Bereich «Beratung» und «Arbeitsvermittlung», von Mitarbeitenden der IVST erbracht werden. Es ist durchaus auch möglich, dass ein Teil der zwischen den Kantonen beobachtbaren Unterschiede bezüglich der Zusprache von externen FI-Massnahmen darauf zurückzuführen ist, dass ein Teil der IVST mehr FI-Massnahmen intern erbringt als andere. Externe FI-Massnahmen wären demnach nicht additiv, sondern (zumindest zu einem Teil) substitutiv zu internen FI-Massnahmen zu betrachten. Unabhängig davon konnte jedoch im Rahmen einer anderen Studie gezeigt werden, dass zwischen den IVST auch unterschiedliche strategische Ausrichtungen bezüglich dem Einsatz und der Zusprache von FI-Massnahmen zu beobachten sind (Guggisberg et al. 2015). So gibt es IVST, die eine eher «breite» Eingliederungsstrategie verfolgen, und andere, die eher «selektiv» vorgehen.

Bezüglich der **Geschwindigkeit** bei der Umsetzung von FI-Massnahmen kann festgehalten werden, dass externe FI-Massnahmen in der **Mehrheit rasch zugesprochen** werden. Gut zwei Drittel aller

externen FI-Massnahmen erfolgen innerhalb von 6 Monaten ab Anmeldung. Dass die Zusprache über die Zeit erstens insgesamt noch etwas schneller erfolgt ist und die Unterschiede zwischen den Kantonen zweitens deutlich geringer geworden sind, zeigt auf, dass die IVST Anstrengungen unternommen haben, sich in dieser Hinsicht noch zu verbessern. Dass die Unterschiede zwischen den Kantonen – obwohl geringer geworden – doch noch beträchtlich sind, weist darauf hin, dass diesbezüglich noch Verbesserungspotenzial besteht.

■ **Unterstützung von Personen mit psychischen Erkrankungen:** Bezüglich der Personen mit psychischen Erkrankungen kann festgehalten werden, dass deren Anteil innerhalb der Gruppe der FI-Massnahmen-Beziehenden stetig angestiegen ist. Während im Jahr 2008 noch eine von vier Personen mit FI-Massnahmen eine psychische Erkrankung aufwies, ist dies in der Kohorte 2011 schon bei einer von drei Personen der Fall. Die durchschnittlichen Ausgaben für FI-Massnahmen sind für diese Personen leicht höher (+ 900 Franken), das Risiko einer späteren Berentung ist in etwa um den Faktor 1.5 höher und die Wahrscheinlichkeit, 3 Jahre nach der Anmeldung erwerbstätig zu sein ist um rund 10% tiefer.

■ **Erwerbsintegration:** Wie gut gelingt es den IVST nun, Personen im ersten Arbeitsmarkt zu halten oder wieder einzugliedern? Gut zwei von drei Personen, die zum Zeitpunkt ihrer Anmeldung noch erwerbstätig sind und externe FI-Massnahmen erhalten, erzielen 3 Jahre nach ihrer Anmeldung ein Erwerbseinkommen. Bei den zum Zeitpunkt ihrer Anmeldung nicht mehr erwerbstätigen Personen sind die Chancen auf eine Wiedereingliederung nach einem Einsatz von FI-Massnahmen mit 50% deutlich geringer. Wie gross der Beitrag der IVST zu diesem «Erfolg» tatsächlich ist, kann nicht beurteilt werden, da nicht ermittelt werden kann, was passiert wäre, wenn die IVST keine FI-Massnahmen gesprochen hätte. Über den Vergleich zwischen den IVST konnten jedoch mit Hilfe von statistischen Verfahren Erfolgsfaktoren herausgearbeitet werden. IVST, die ihre **Ersttriage vorwiegend auf mündlichen Angaben** zur beruflichen und medizinischen Situation vornehmen und im Durchschnitt pro Leistungsempfänger/in etwas **mehr Geld für externe FI-Massnahmen** ausgeben, sind beim Stellen-erhalt bzw. bei der Wiedereingliederung von neuangemeldeten Personen auch unter Berücksichtigung der Arbeitslosenquote **erfolgreicher** als IVST, die bei der Ersttriage anders vorgehen und für externe FI-Massnahmen pro Bezüger/in etwas weniger ausgeben. **Ein unbürokratisches und rasches Vorgehen bei der Ersttriage und eine nicht zu knappe Bemessung der Mittel für die Umsetzung von FI-Massnahmen scheinen sich demnach zu bewähren.**

Integrationsmassnahmen [IM]

Das Ziel der Integrationsmassnahmen liegt darin, die Eingliederungsfähigkeit der versicherten Personen aktiv zu fördern und zu erhalten um, wo notwendig, die Voraussetzungen für weitergehende Massnahmen beruflicher Art zu schaffen. Die Integrationsmassnahmen sind daher eine Ergänzung zum bestehenden Massnahmenkatalog vor der 5. IVG-Revision und fokussieren insbesondere auf psychisch kranke Personen. Damit sollen auch versicherte Personen (wieder) in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden, für welche es vor der 5. IVG-Revision keine geeigneten Eingliederungsmassnahmen gab, und dadurch die Ausrichtung neuer IV-Renten reduziert werden (Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung 5. Revision).

Integrationsmassnahmen werden, relativ betrachtet, eher wenig verfügt. Ihr Einsatz ist über die betrachtete Periode unter den neu angemeldeten Personen jedoch stetig von 2.8% auf 3.6% angestiegen. Im Vergleich zu den FI-Massnahmen, deren Anteil sich zwischen 2008 und 2011 fast verdoppelt hat, ist der Zuwachs an Personen mit Integrationsmassnahmen etwas moderater. Der Anteil an Leistungsbeziehenden einer IM mit psychischen Erkrankung ist von 68% (Kohorte 2008) auf 75% (Kohor-

te 2011) angestiegen. Auf 10'000 versicherte Personen wurden für die Kohorte 2008 zwei und für die Kohorte 2011 drei solcher Massnahmen gesprochen. Bezüglich des Einsatzes dieses Mittels bestehen zwischen den Kantonen – über die Zeit betrachtet leicht abnehmend – relativ grosse Unterschiede. Rund die Hälfte aller Integrationsmassnahmen werden innerhalb eines Jahres ab Anmeldung gesprochen. IVST, die im Jahr 2008 vergleichsweise lange gebraucht haben, Integrationsmassnahmen zu verfügen, sind in den Folgejahren etwas schneller geworden. Dennoch sind die Unterschiede bezüglich Geschwindigkeit auch im Jahr 2011 (Kohorte) noch beträchtlich, was als Hinweis auf ein Verbesserungspotenzial betrachtet werden kann. IVST, die vergleichsweise etwas häufiger Integrationsmassnahmen verfügen, sind bei der Zusprache auch etwas schneller. Die Wahrscheinlichkeit, dass bei einer häufigeren Zusprache der Massnahmen danach öfters eine Rente gesprochen wird oder werden muss, wird durch die Datenanalysen nicht bestätigt. So besteht zwischen der Zusprachehäufigkeit und der bedingten Wahrscheinlichkeit, nach einer IM-Massnahmen eine Rente zu erhalten, kein signifikanter Zusammenhang.

Pro neuangemeldete Person, die innerhalb von drei Jahren ab Anmeldung Integrationsmassnahmen bezogen haben, werden seit der Einführung der IM 2008 im Durchschnitt rund 15'000 Fr. ausgegeben. Damit sind die effektiv getätigten Ausgaben etwas tiefer als die in der Botschaft zur 5. IVG-Revision erwarteten Ausgaben.

In wieweit eine erfolgreiche Erwerbsintegration dank einer Integrationsmassnahme zustande kommt, kann aus dem vorliegenden Datenmaterial nicht exakt ermittelt werden. Dass es sich bei der Klientel von Integrationsmassnahmen um eine eher schwierig zu vermittelnde Gruppe handelt, zeigt sich daran, dass 3 Jahre nach ihrer Anmeldung «nur» etwas weniger als die Hälfte (45%) einer Erwerbstätigkeit nachgeht. Im Vergleich zu den Personen mit FI-Massnahmen sind dies (erwartungsgemäss) deutlich weniger. Ermutigend ist jedoch folgender Befund: **In IVST, die Integrationsmassnahmen etwas häufiger und rascher verfügen, gelingt die Erwerbsintegration der Massnahmebezüger/innen etwas besser** (Pearsons r ; $\alpha < 5\%$).

Massnahmen beruflicher Art [MB]

Im Bereich der Massnahmen beruflicher Art – sie umfassen u.a. die Massnahmen zur Berufsberatung, zu beruflicher Aus- und Weiterbildung, Umschulungen, Kapitalhilfe und Arbeitsvermittlung – hat die 5. IVG-Revision nur wenige Neuerungen gebracht. Jedoch zeigt sich die Ausweitung der bestehenden beruflichen Massnahmen (Erweiterung des Anspruchs auf Arbeitsvermittlung und die gesetzliche Verankerung des Einarbeitungszuschusses) deutlich mit einem sprunghaften Anstieg der Leistungsbeziehenden um 2008. Ab 2009 steigt der Anteil, wenn jedoch nur noch moderat, weiter an. So erstaunt es denn auch nicht, dass es mit dem Inkrafttreten der 5. IVG-Revision bezüglich Inanspruchnahme, Geschwindigkeit und Ausgaben für diese Massnahmen zu keinen wesentlichen Änderungen gekommen ist. Interessanter ist jedoch der Blick auf die **Entwicklung der kantonalen Unterschiede**. Bezüglich der Menge der verfügbaren Massnahmen beruflicher Art kann beobachtet werden, dass die Unterschiede zwischen den Kantonen deutlich geringer geworden sind. Dies als Folge davon, dass bei Kantonen mit einer vergleichsweise geringen Zusprache von Massnahmen beruflicher Art eine deutliche Mengenausweitung stattgefunden hat, wogegen in Kantonen, die 2008 überdurchschnittlich häufig Massnahmen beruflicher Art gesprochen haben, in den Folgejahren eher eine Mengenreduktion erfolgt ist. Im Bereich der Geschwindigkeit wie auch bei den Ausgaben pro leistungsbeziehende Person sind die kantonalen Unterschiede nur leicht geringer geworden.

Basierend auf den Analysen sind folgende Schlussfolgerungen zu ziehen:

■ Je schneller Massnahmen beruflicher Art umgesetzt werden, umso eher scheint eine erfolgreiche berufliche (Re-)Integration möglich. In IV-Stellen, in denen berufliche Massnahmen vergleichsweise rasch umgesetzt werden, ist die Erwerbsintegrationsquote derjenigen Personen, die solche Massnahmen erhalten haben, signifikant höher (Pearsons $r < 5\%$).

■ Demgegenüber **sinkt die Wahrscheinlichkeit**, nach der Umsetzung einer beruflichen Massnahme doch noch eine **Rente** zu erhalten, in IVST, die erstens ihre beruflichen Massnahmen vergleichsweise **rasch** umsetzen und zweitens pro Leistungsbezüger/in etwas **mehr Geld** aufwenden. Gleichzeitig ist in IVST, die vergleichsweise häufig Massnahmen beruflicher Art einsetzen, die Wahrscheinlichkeit höher, dass nach der Umsetzung der Massnahme doch noch eine Rente gesprochen wird (bedingte Wahrscheinlichkeit).

Die Ergebnisse verweisen somit darauf, dass eine allfällige Rentenverhinderung und eine erfolgreiche berufliche Integration dann besser gelingen, wenn für die Umsetzung für Massnahmen beruflicher Art **genügend finanzielle Mittel** zur Verfügung gestellt werden. IVST sind zudem umso erfolgreicher, wenn die Massnahmen beruflicher Art **möglichst rasch, jedoch nicht zu häufig** eingesetzt werden (d.h. eher selektiv). Auf der organisatorischen Ebene ist zu beobachten, dass in IVST, deren **Ersttriage auf mündlichen Angaben** zur beruflichen und medizinischen Situation basiert, die Erwerbsintegration insgesamt etwas besser gelingt.

Reduktion der IV-Neuberentungen

Ein wichtiges Ziel, das mit der 5. IVG-Revision bezweckt wurde, ist mit Hilfe einer **Reduktion der Zahl der Neurenten** die Ausgaben der IV zu senken, damit ein substanzieller Beitrag zur finanziellen Gesundung des Systems geleistet werden kann.

Insgesamt zeigen die Datenauswertungen den Rückgang der Neuberentungen seit einigen Jahren sehr deutlich. Sowohl die **Rentenbezugsquote** wie auch die **gewichtete Berentungsquote sinken seit 2004** kontinuierlich. Dass diese Entwicklung schon vor der Inkraftsetzung der 5. IVG-Revision eingesetzt hat und sich kein eigentlicher «Bruch» ab dem Jahr 2008 zeigt, deutet darauf hin, dass **neben der verstärkten Ausrichtung auf Eingliederung noch andere Faktoren für den Rückgang verantwortlich** sein dürften. Zu erwähnen sind hier einerseits einige Neuerungen der 4. IVG-Revision, bspw. die Einführung der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD), die eine verstärkte Einbindung der versicherungsmedizinischen Auslegung von Invalidität ermöglicht hat. Zum anderen sind auch von der Gerichtbarkeit höhere Hürden für einen Rentenanspruch im Bereich von Beschwerdebildern mit organisch nicht erklärbaren Schmerzzuständen festgesetzt worden, die im Vergleich zu früher zu einer «strengerer» Auslegung des Rentenanspruchs geführt hat. Welchen Anteil die mit der 5. IVG-Revision eingeführten Massnahmen am allgemeinen Rückgang der Berentungsquoten haben, konnte aufgrund dieser komplexen Ausgangslage nicht exakt ermittelt werden. Es konnte jedoch aufgezeigt werden, dass die IVST einen Handlungsspielraum besitzen und dieser auch genutzt wird, um bei der Umsetzung der 5. IVG-Revision unterschiedliche Schwerpunkte zu setzen.

Zusammenfassend lässt sich aus den vorliegenden Ergebnissen schliessen, dass sich **eine rasche und unbürokratische Triagierung zur Eingliederung** sowohl in Bezug auf eine **erfolgreiche Eingliederung** als auch auf eine mögliche **Rentenverhinderung** zu lohnen scheint. Sowohl Frühinterventionsmassnahmen wie auch spätere Massnahmen beruflicher Art können so rascher erfolgen, was für eine erfolgreiche Wiedereingliederung hilfreich ist. Es scheint sich auch auszuzahlen, dass, sofern Eingliederungsmassnahmen verfügt werden, dann nicht zu sehr gespart wird. Während sich bei den **Frühinterventionsmassnahmen eine breite Anwendung** empfiehlt, scheint bei den Massnahmen

beruflicher Art eine Mengenausweitung nicht in jedem Fall angezeigt zu sein. In diesem Bereich ist ein eher **selektives Auswahlprinzip** erfolgsversprechender.

Bezüglich der Frage nach möglichen **Auswirkungen** der 5. IVG-Revision auf die **Arbeitslosenversicherung** und die **Sozialhilfe** können folgende Schlussfolgerungen gezogen werden: Insgesamt ist der Anteil an neuangemeldeten Personen, die innerhalb von drei Jahren ab ihrer Anmeldung bei der Invalidenversicherung Arbeitslosenentschädigung bezogen haben, leicht angestiegen. Hinter diesem Trend steht jedoch **kaum eine «Verlagerung» von der Invalidenversicherung in die Arbeitslosenversicherung**. Vielmehr dürfte es sich dabei um die Tatsache handeln, dass es immer mehr Personen gibt, die sich erstens frühzeitiger bei der Invalidenversicherung anmelden und die zweitens bei ihrer Anmeldung noch erwerbstätig sind. Damit begleitet die Invalidenversicherung vermehrt Personen, die im Vergleich zu früher eher noch Anspruch auf Arbeitslosengelder haben, was bedingt durch das veränderte Anmeldeverhalten zu einer Erhöhung der Bezugsquote von bei der Invalidenversicherung angemeldeten Personen bei der Arbeitslosenkasse führt. In Bezug auf die Sozialhilfe ist es möglich, dass mit der Einführung der 5. IVG-Revision **ein leichter Trend zu mehr Sozialhilfebeziehenden** beobachtet werden kann. Anzahlmässig scheinen dies gemäss heutigem Kenntnisstand jedoch **verhältnismässig wenige Personen** zu sein. So ist im Vergleich zum Jahr 2007 in den Folgejahren ein Anstieg von 400 bis 550 Personen zu beobachten, die auf Sozialhilfegelder angewiesen waren, nachdem ihr Fall von der Invalidenversicherung abschliessend behandelt wurde. Um gesicherte Aussagen zu dieser Frage machen zu können, ist die Zeitperiode seit Inkrafttreten der 5. IVG-Revision jedoch noch zu kurz.

Teilprojekt 2: Evaluation IVG-Revision 6a

Das erste Massnahmenpaket der 6. IVG-Revision verfolgt insbesondere drei Ziele:

- Wiedereingliederung von Menschen aus der Rente in die Erwerbstätigkeit
- Einführung des Assistenzbeitrags zur Förderung einer selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung von Menschen mit einer Behinderung
- Einsparungen als massgeblicher Beitrag zur finanziellen Konsolidierung der IV

Mit der IVG-Revision 6a erhielt die Invalidenversicherung eine Reihe von neuen Instrumenten, um Menschen mit Behinderung auf dem Weg zurück ins Erwerbsleben noch stärker zu unterstützen. Neurentner/innen sollen aktiv begleitet werden, um allfälliges Potenzial für eine Wiedereingliederung besser zu nutzen und um sie auf eine Teil- oder Vollerwerbstätigkeit vorzubereiten. Gleichzeitig sollen aber vor allem Personen, die bereits seit Längerem eine IV-Rente beziehen, wieder ins Erwerbsleben zurückfinden.

Das Teilprojekt 2 beschränkt sich auf den Bereich der **Rentenrevisionen** und insbesondere auf deren **Umsetzung** in den IV-Stellen. Es interessiert, wie die IV-Stellen sowohl bei der **eingliederungsorientierten Rentenrevision** (EOR) wie auch bei den **Rentenüberprüfungen aufgrund der Schlussbestimmungen** (RRS) konkret vorgehen, was sich bewährt und wo die grössten Schwierigkeiten liegen.

Grundsätzlich besteht das Teilprojekt II aus einem **qualitativen** und einen **quantitativen** Teil mit unterschiedlichem Fokus.

Das Hauptziel des qualitativen Teils besteht darin, von allen IV-Stellen **vergleichbare Informationen zur Art der Umsetzung** (Definition Verfahren, Methoden zur Auswahl der zu revidierenden Fälle, Zusammenarbeit mit RAD etc.), zu Profilen und Reaktionen der versicherten Personen sowie zu den finanziellen und personellen Ressourcen, die für die Umsetzung notwendig sind, zu erhalten. Weiter werden sowohl Hauptprobleme als auch Erfolgsfaktoren erhoben und allfällige nicht intendierte Wir-

kungen thematisiert werden. Da aufgrund von Kodierungsproblemen die Registerdaten nur sehr bedingt aussagekräftig sind, wurde zudem versucht, in IV-Stellen Informationen zum Mengengerüst der durchgeführten Rentenrevisionen zu erhalten. Dazu sind in jeder IV-Stelle zwei Gruppengespräche in der jeweiligen Landessprache der IV-Stelle geführt worden. Ein Gespräch erfolgte mit der IV-Stellenleitung und/oder leitenden Personen aus der Eingliederungs-, Renten- und Rechtsabteilung sowie Vertretungen des RAD. Ein zweites Gespräch erfolgte mit ein bis vier IV-Mitarbeitenden, die in der Praxis die Revisionsfälle bearbeiten. Inhaltlich wurde im Gespräch mit den Leitungspersonen eher die strategische Ebene, zu Konzeption und Ausgestaltung der eingliederungsorientierten Revisionsverfahren, ins Zentrum gestellt. Im Gespräch mit den IV-Mitarbeitenden lag der Fokus hingegen bei den konkreten Umsetzungsschwierigkeiten und –erfolgen.

Im Rahmen des **quantitativen Teils** sollten mit Hilfe der Registerdaten allfällige erste Ergebnisse zu den durchgeführten Rentenrevisionen ermittelt werden. Geplant war, die eingliederungsorientierten Rentenrevision sowie die Schlussbestimmungen mittels statistischer Analysen von Revisionskohorten zu evaluieren und aufzuzeigen, wie sich die «herkömmlichen» Revisionsprozesse von den «neuen», nach der Einführung der 6. IVG-Revisionen im Jahr 2012, unterscheiden. Bezüglich der zur Verfügung stehenden Daten mussten in der Abklärungsphase allerdings mehrere Einschränkungen gemacht werden, die dazu führten, dass nur sehr rudimentäre Auswertungen möglich waren.

Die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus den erfolgten Analysen werden im Folgenden dargestellt.

Eingliederungsorientierte Rentenrevision [EOR]

Seit dem Inkrafttreten der IVG-Revision 6a werden alle Revisionen grundsätzlich eingliederungsorientiert bearbeitet. In der Praxis bedeutet dies, dass der Revisionsprozess zwei Ausprägungen erfährt, d.h. je nach Ausgangslage wird eine Revision wie bis anhin sachverhalts- oder abklärungsbezogen oder potenzialinduziert durchgeführt. Im Rahmen der Gespräche mit den IV-Stellen hat sich gezeigt, dass von der Begrifflichkeit her die sachverhalts- oder abklärungsbezogenen Revisionen sehr oft als **«klassische» Rentenrevisionen** bezeichnet werden. Dies deshalb, weil die sachverhalts- oder abklärungsbezogenen Revisionen schon vor der IVG-Revision 6a möglich war. Die potentialinduzierten Revisionen werden demgegenüber in der Praxis sehr häufig als **«eingliederungsorientierte» Rentenrevisionen [EOR]** bezeichnet, dies in Anlehnung an den neuen Auftrag, auch dann nach Eingliederungspotenzial zu suchen, wenn keine Sachverhalts- und Anspruchsänderung festgestellt werden können.

Trotz des aufwendigen Triageprozesses und der sorgfältigen Prüfung der Dossiers sind viele IVST ernüchert, wie wenige EOR-Fälle schliesslich den Wiedereingliederungsprozess gestartet haben. Dies zeigen auch die von einigen IVST speziell für diese Untersuchung gelieferten Zahlen zu den durchgeführten Revisionen in den Jahren 2010 bis 2013. Basierend auf Angaben von 13 IVST wurden im Mittel in den Jahren 2010 bis 2013 knapp drei Viertel aller bestehenden Rentendossiers daraufhin überprüft, ob sich eine Revision aufdrängt oder nicht (Vortriage). Basierend auf den Angaben von 6 dieser 13 IVST wurde im Mittel bei jedem 6. der in der Vortriage überprüften Dossiers eine vertiefte Prüfung auf Sachverhaltsänderung durchgeführt. Dies entspricht einem Anteil am gesamten Rentenbestand von rund 9%. Beim allergrössten Teil dieser Fälle (rund 86%) blieb es nach der Sachverhaltsabklärung jedoch bei demselben Berentungsgrad; die restlichen 14% resultierten etwa zu gleichen Teilen in Rentenerhöhungen und Rentensenkungen (je rund 7%). Diese Angaben decken sich in etwa mit den verfügbaren Zahlen aus den Registerdaten zu den Rentenveränderungen. In Bezug auf die potenzialinduzierte oder «eingliederungsorientierten» Rentenrevision [EOR] sind noch-

mals deutlich weniger weiterverfolgte Revisionen zu beobachten. Auch hier beruhen die präsentierten Zahlen jedoch nur auf Angaben aus 8 IVST. Innerhalb der Jahre 2010 bis 2013 wurden für eine vertiefte Prüfung und Durchführung einer potenzialinduzierten Rentenrevision knapp 3.5% aller bestehenden Rentenbeziehenden ausgewählt. Bei gut jedem sechsten dieser ausgewählten Fälle (ca. 16%) wurde ein Eingliederungspotenzial vermutet und die Rentenrevision weiterverfolgt. Nach Abschluss der Abklärungen bzw. der Umsetzung von Massnahmen konnte schliesslich nur noch bei rund 1 von 10 Fällen eine Rentenreduktion verfügt werden. Bezogen auf den gesamten Rentenbestand konnten demnach innerhalb von 4 Jahren etwa bei 0.08% des Rentenbestands aufgrund einer potenzialinduzierten Rentenrevision die Rente gesenkt werden, was hochgerechnet in etwa 160 Fällen entsprechen würde. Wie erwähnt, beziehen sich die Zahlen jedoch auf Angaben von ausschliesslich 8 IVST.

Begründet wird der relativ tiefe Anteil zum einen mit der nun schon seit einigen Jahren verschärften Praxis der Rentenzusprache: Die Krankheitslast im jetzigen Rentenbestand sei gross, und Versicherte, die nach heutigen Kriterien wohl keine Rente mehr erhalten würden, hätten aufgrund ihres Alters und der Rentenbezugsdauer meist kein Eingliederungspotenzial mehr. Zum anderen wird die Frage aufgeworfen, ob es «reine» potenzialinduzierte Fälle überhaupt gebe, da das Vorhandensein von zusätzlichem Eingliederungspotenzial im Grunde voraussetze, dass eine Veränderung des Sachverhalts stattgefunden habe (medizinisch, familiär etc.).

Zahlreiche IVST geben an, dass sie in der ersten Phase nach Inkrafttreten der 6a im Zweifelsfall den eingliederungsorientierten Prozess eher weiterverfolgt (interdisziplinäre Triage-Besprechungen, Gespräche mit den Versicherten) als schon frühzeitig abgebrochen haben. Der damit verbundene Aufwand war (gemessen am bescheidenen Ertrag) erheblich, konnte aber mit zunehmender Erfahrung und teilweise modifizierten Abläufen/Kriterien allmählich reduziert werden. Teilweise wurde dieser Zusatzaufwand – bei Personen mit unsicherem/unklarem Eingliederungspotenzial Assessments durchzuführen – auch ganz bewusst in Kauf genommen. Man ging davon aus, dass auf diese Weise das zukünftige Revisionsgeschehen rascher und effizienter abgewickelt werden kann, da aufgrund der gemachten Erfahrungen bei vielen Dossiers ein Eingliederungspotenzial klarer ausgeschlossen werden kann. Die Reduktion der Menge an Revisionen («Qualität statt Quantität») ist folglich in einigen IVST auch als längerfristiges Ziel angelegt.

Trotz den Schwierigkeiten wird von vielen IVST die **Stossrichtung der EOR grundsätzlich begrüsst**. Man scheint in Bezug auf die Eingliederungsorientierung auch dank dem eingliederungsorientierten Ansatz für Rentenrevisionen bei der IV tatsächlich nochmals einen Schritt weitergekommen zu sein. Auch die Instrumente und Möglichkeiten, die für die Wiedereingliederung von Versicherten zur Verfügung stehen, werden im Grossen und Ganzen positiv beurteilt.

Dass die sehr aufwendige Umsetzung in keinem Verhältnis zur Anzahl der erfolgreich im ersten Arbeitsmarkt platzierten Personen stehe, wird von einer grossen Mehrheit der IVST so gesehen. Das **Missverhältnis von Aufwand und Ertrag** kommt indes für viele IVST nicht überraschend. Dazu beigetragen habe, dass aus Sicht der IVST seitens Politik und Verwaltung das **Potenzial für Rentenreduktionen** durch Wiedereingliederung massiv **überschätzt** wurde. Vor diesem Hintergrund zeigen sich verschiedene IVST auch irritiert darüber, dass sie nun an praxisfremden Zielsetzungen – gemäss Botschaft zur 6. IVG-Revision wurde eine Reduktion von 8000 gewichteten Renten innerhalb von 6 Jahren angestrebt – gemessen werden sollen. Offensichtlich habe man bei der Abschätzung des vorhandenen Potenzials die in den letzten Jahren deutlich restriktiver gewordene Praxis bei der Rentenzusprache nicht oder zu wenig berücksichtigt. Diesen Punkt sehen die IVST auch als **Hauptgrund** für die aus ihrer Sicht nicht zu erreichende Zielvorgabe. Mehrere IVST weisen darauf hin, dass neben dieser generellen Überschätzung des Eingliederungspotenzials im bestehenden Rentenbestand auch

der **Aufwand für die Wiedereingliederung** von Rentenbeziehenden unterschätzt wurde, teilweise auch von ihnen selbst. Die Umsetzung der EOR ist zeit- und ressourcenintensiv, vom Triageprozess über die individuelle Gestaltung der Massnahmen und die enge Begleitung während der Eingliederungsphase (die oftmals notwendige Aufbauarbeit mit niederschweligen Massnahmen ist ebenfalls mit entsprechendem Zeitaufwand verbunden) bis hin zur Netzwerkarbeit und der Platzierung und Stabilisierung im ersten Arbeitsmarkt.

Als weiterer Grund für die Diskrepanz zwischen Erwartungen und Resultaten wird von verschiedenen IVST auch das Thema **Motivation** angesprochen: Trotz der Schutzbestimmungen ist der Schritt von der Rente in den Arbeitsmarkt mit vielen Unsicherheiten und Veränderungen verbunden, was in manchen Fällen die Bereitschaft der Versicherten, sich auf den Eingliederungsprozess einzulassen, erheblich mindert. Da erfolgreiche Wiedereingliederungen ganz wesentlich von der Kooperation und dem Willen der Versicherten abhängen und die IVST (im Gegensatz zu RRS und auch zu Neuanmeldungen) wenig in der Hand haben, Mitwirkung einzufordern, reduziert sich das Potenzial von Renteneinsparungen durch EOR nochmals erheblich. Dabei haben sich die Kommunikation der erwarteten Einsparungen sowie die öffentliche Diskussion über die IVG-Revision 6a (insbesondere auch im Zusammenhang mit den Schlussbestimmungen) nach Einschätzung der IVST negativ auf die Kooperationsbereitschaft der Versicherten ausgewirkt. Viele IVST berichten von zusätzlichem Aufwand, die Ängste und Unsicherheiten bei Versicherten (und Unverständnis bei weiteren Akteuren) auszuräumen.

Die angestrebten Ziele seien schliesslich auch deswegen kaum erreichbar, weil man sich zu wenig am **Aufnahmepotenzial des Arbeitsmarktes** orientiert habe. Dieses Aufnahmepotenzial nimmt gemäss der Wahrnehmung der IVST tendenziell eher ab: Immer weniger Arbeitsplätze für niedrig Qualifizierte; verschärfte Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt für nicht vollständig leistungsfähige Personen; unsichere Wirtschaftslage, etc. Um die 6a wie vorgesehen umsetzen zu können, hätte man nach Ansicht mehrerer IVST eine Vielzahl von Arbeitsplätzen – im ersten und zweiten Arbeitsmarkt – schaffen müssen. Zwar gibt es Kantone, in denen die Zusammenarbeit mit der Wirtschaft relativ gut zu funktionieren scheint, eine Mehrheit der IVST sieht jedoch grossen Handlungsbedarf bei der Bereitstellung geeigneter Arbeitsplätze.

Der Eingliederungsgedanke ist nach Einschätzung vieler IVST zwar in der IV mittlerweile fest verankert (mit der IVG-Revision 6a noch konsequenter als mit der 5. IVG-Revision), aber man stehe in der Gesellschaft erst am Anfang dieser Entwicklung: Bei den «Abnehmern» in der Wirtschaft, in den Gerichten, in den Institutionen, aber auch in der Bevölkerung brauche es nun auch noch ein Umdenken, damit das Potenzial der Versicherten besser gesehen und genutzt werden könne.

Zusammengefasst lässt sich schliessen, dass aus Sicht der IVST die angestrebte Reduktion des Rentenbestandes durch EOR an politischen Sparzielen orientiert war, ohne die Umsetzbarkeit dieses Vorhabens zu berücksichtigen. Im vorgesehenen Umfang war das Potenzial weder bei den Versicherten (strengere Rentenpraxis, höhere Krankheitslast, fehlende Motivation) noch auf dem Arbeitsmarkt vorhanden (Aufnahmebereitschaft, geeignete Stellen). Ausserdem wurde der Aufwand an Zeit und Ressourcen für die Triage und Wiedereingliederung von Personen aus Rente unterschätzt. Hinzu kommt, dass der Erfolg einer Eingliederung von zahlreichen Faktoren abhängig und auch bei grossem Engagement aller Beteiligten keineswegs garantiert ist – eine Vielzahl der Fälle musste mit unverändertem Ergebnis abgeschlossen werden. Die Stossrichtung und die zur Verfügung gestellten Instrumente werden jedoch mehrheitlich positiv bewertet.

Grösste Schwierigkeiten und Herausforderungen bei der Umsetzung der EOR

Die Umsetzung der EOR ist, wie schon erwähnt und ausgeführt, für die IVST mit erheblichem Aufwand und zahlreichen Herausforderungen verbunden. Die von den IVST genannten hauptsächlichsten Schwierigkeiten liegen dabei sowohl auf Prozessebene als auch im Bereich der Rahmenbedingungen und Kontextfaktoren.

■ Das **Identifizieren von Versicherten mit Eingliederungspotenzial** wird mehrheitlich als grosse Herausforderung genannt – mehrere IVST berichten, sie hätten keine oder kaum EOR-Fälle gefunden. Auch die Frage, ob *genügend* Eingliederungspotenzial vorhanden ist, d.h. ob es sich lohnt, mit Massnahmen zu beginnen, bzw. wann es angezeigt ist, aufgrund fehlender Fortschritte den Prozess wieder abzubrechen, ist auch für sehr erfahrene Fachpersonen oftmals herausfordernd.

■ Eine Grundschwierigkeit während der Eingliederungsphase ist die **Gefahr der Destabilisierung** und Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Trotz grossem Aufwand und Engagement müssen die Eingliederungsfachpersonen besonders bei Personen mit psychischen Problematiken stets damit rechnen, dass der Prozess mit unverändertem oder gar schlechterem Ergebnis wieder abgebrochen werden muss.

■ **Fehlende Kooperation der Versicherten oder der Ärzt/innen** ist auf Prozessebene eine weitere Hauptschwierigkeit für die Umsetzung der EOR: Wenn die IVST Potenzial sieht, der/die Versicherte jedoch nicht, funktioniert eine EOR nicht. Nicht unmöglich, jedoch ausgesprochen schwierig sind auch Fälle, wo die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzt/innen nicht klappt, ein gemeinsames Auftragsverständnis fehlt (das da wäre: das vorhandene Potenzial der Versicherten nutzen und fördern) und Ärzt/innen teilweise ihre Rolle darin sehen, die Versicherten vor der IV zu schützen.

■ Rund die Hälfte der IVST berichtet von **fehlenden Ressourcen**. Sei es, weil die IVST für die 6a zu wenig zusätzliche Ressourcen erhielten, sei es, weil Stellen nicht besetzt werden konnten, habe man die EOR nicht immer so umsetzen können wie gewünscht. Auf qualitativer Ebene betrifft dies vor allem die Durchführung von Gesprächen mit Versicherten, insbesondere aber die Beratung und Begleitung vor, während und nach Revisionen. Verschiedene IVST betonen, dass die Begleitung nach erfolgreicher Wiedereingliederung, aber auch die enge Begleitung von Neurentner/innen aus ihrer Sicht wichtig wäre, um die Nachhaltigkeit der Bemühungen zu sichern bzw. um Personen mit erst kurzer Rentenbezugsdauer möglichst bald wieder in den Erwerbsprozess zu integrieren. Einige IVST verweisen ausserdem auf die Zusatzbelastung der Mitarbeitenden infolge fehlender Ressourcen, sowie auf die demotivierende Wirkung von Budgetrestriktionen und der widersprüchlichen Vorgabe, bei möglichst geringen Kosten möglichst viele Versicherte einzugliedern. Dies erfordere eine nicht immer einfache Kostenabwägung – nach einem Fall, bei dem man grosszügig Massnahmen spreche, müsse man andere wiederum eher kostengünstig abwickeln können.

■ Verschiedene IVST sehen grundsätzliche Probleme beim **«Konstrukt» EOR**. Zum einen bestehen Zweifel an der Umsetzbarkeit des Vorhabens, bei Versicherten Eingliederungspotenzial zu identifizieren, welche medizinisch gesehen nicht arbeitsfähig sind: Es sei fraglich, ob es Eingliederungspotenzial ohne Veränderung des Sachverhalts überhaupt gebe, ausserdem stünden EOR im Widerspruch zur Grundhaltung, dass der Rentenanspruch hauptsächlich über den medizinisch-theoretischen Sachverhalt definiert wird. Zum anderen zeigen die Schwierigkeiten im Umgang mit Versicherten, die aus Sicht der IVST Eingliederungspotenzial hätten, aber nicht bereit sind, sich auf den Eingliederungsprozess einzulassen (subjektives Krankheitsempfinden, Ängste, fehlende Anreize etc.), dass bezüglich der Freiwilligkeit – oder Verbindlichkeit – potenzialinduzierter Rentenrevisionen noch Klärungsbedarf besteht. Letztlich geht es um die Frage, welches Gewicht die ressourcenorientierte Fallbeurteilung gegenüber der medizinisch-theoretischen Ebene erhalten soll. Die einen IVST wünschen sich eine

bessere «Handhabung» im Bereich EOR, z.B. durch eine verstärkte Rolle des RAD (etwa indem die Beurteilung des Eingliederungspotenzials bzw. der Arbeitsfähigkeit durch den RAD für den weiteren Prozessverlauf verbindlich wird) oder durch Anpassungen der gesetzlichen Grundlagen (Revisionsgründe). Andere IVST sehen bei der EOR gerade darin den Vorteil, versicherungsmedizinische Aspekte bei Eingliederungsprozessen weitgehend ausklammern zu können. Aus ihrer Sicht bringt es wenig, in diesen Fällen medizinisch festzulegen, wie viel eine Person noch arbeiten kann; Eingliederung funktioniert besser, wenn man nicht «medizinisiert», sondern die Chancen und Ressourcen betont.

Positive Wirkungen

Trotz den vielen Schwierigkeiten und den bis zum jetzigen Zeitpunkt eher ernüchternden Ergebnissen, was die Menge an erfolgreich abgeschlossenen potenzialinduzierten Rentenrevisionen anbelangt, ist die grundsätzlich **positive Haltung** der meisten IVST gegenüber der eingliederungsorientierten Sichtweise hervorzuheben. Die Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (6. IVG-Revision, erstes Massnahmenpaket) spricht von einem „*Gedanke(n) der Wiedereingliederung auch bei Personen, denen erstmals eine Rente zugesprochen wird, (der) vermehrt zum Tragen kommen soll*“. Dieser Gedanke scheint von den IV-Stellen durchaus positiv aufgenommen worden zu sein.

So wurde der **eingliederungsorientierte Blick**, dank der IVG-Revision 6a nochmals verstärkt und besser verankert. Die **interdisziplinäre Zusammenarbeit** innerhalb der Invalidenversicherung hat in vielen IVST nochmals einen zusätzlichen Schub erhalten und die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit mit den Betroffenen selber, ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Arbeitgebenden hat auch Lösungen zu einer **verbesserten Zusammenarbeit** hervorgebracht. Diese grundsätzlich positiven Aspekte und der damit eingeleitete Paradigmenwechsel weg von «einmal Rente, immer Rente» hin zu «Rente als Brücke zur Eingliederung» scheinen für die Erfüllung von zukünftigen Anforderungen an die Invalidenversicherung den grössten Nutzen gebracht zu haben.

Rentenrevision nach Schlussbestimmungen

Sowohl insgesamt als auch pro Fall betrachtet war die Umsetzung der RRS für die meisten IVST aufwendig und anspruchsvoll. Zwar wird vereinzelt als positiv hervorgehoben, dass bei RRS im Gegensatz zu EOR die Vorgaben und Kriterien klar definiert waren. Dennoch waren für viele IVST die Fallbeurteilungen eine Herausforderung (medizinisch komplex; Zusammenführen juristische/medizinische Sichtweisen). Die Gespräche mit den Betroffenen waren für viele IV-Mitarbeitende schwierig und auch persönlich belastend. Für alle Beteiligten seien die RRS «äusserst mühsam» gewesen, Fälle hätten sich oft lange hingezogen wegen Rekursen, Gutachten, neuen Diagnosen etc.

Vom Ansatz her – Rechtsgleichheit zwischen bestehenden Versicherten und Neuanmeldungen – werden die Rentenüberprüfungen aufgrund der Schlussbestimmungen von einzelnen IVST durchaus positiv beurteilt. In der Umsetzung gab es jedoch praktisch keine IVST, die im prognostizierten Umfang Renten aufgrund der Schlussbestimmungen reduzieren oder aufheben konnte. In einem Grossteil der IVST fielen erstens viel weniger Fälle unter die Schlussbestimmungen als erwartet, zweitens hat ein grosser Teil der betroffenen Versicherten erfolgreich den Entscheid der IVST angefochten. Den sehr grossen Aufwand für die Umsetzung der RRS erachtet die Mehrheit der IVST daher als unverhältnismässig. Einzelne IVST tendieren gar zu einer negativen Bilanz: Eine IVST schätzt, dass der Mehraufwand für die Umsetzung der RRS die Kosteneinsparungen durch die Rentenaufhebungen übersteigt; andere verweisen auf das Unverständnis und den Unmut, den die RRS bei den Versicherten, der Ärzteschaft, in den Institutionen und in der Bevölkerung geschürt habe – darunter habe das Image der IV

und die Zusammenarbeit mit den externen Stellen gelitten. Vereinzelt wird der Aufwand jedoch auch als durchaus verhältnismässig beurteilt: Das Vorgehen sei zwar sehr teuer, lohne sich aber, wenn man damit für mehrere Jahre eine Rente einsparen könne.

Dass die Reduktion des Rentenbestandes aufgrund der Schlussbestimmungen bei weitem nicht im erwarteten Umfang erfolgt ist, hat aus Sicht der IVST im Wesentlichen zwei Gründe: Erstens seien die Komorbiditäten unterschätzt worden, nicht zuletzt aufgrund Problemen bei der Codierung. Zweitens waren aufgrund der vor längerer Zeit verschärften Rentenpraxis bei somatoformen Diagnosen vor allem ältere Fälle betroffen – darunter viele, die unter die Regelung zur Besitzstandswahrung fielen (Personen älter als 55 und Rentenbezugsdauer 15 Jahre oder länger).

Die Wirkungen der Schlussbestimmungen dürften damit eher auf qualitativer Ebene liegen. Allgemein habe die neue Rechtsprechung dazu geführt, dass kaum mehr Neuanmeldungen mit den betreffenden Beschwerdebildern gemacht werden; der Bevölkerung sei jetzt eher bewusst, dass die Hürden für eine Rente aufgrund solcher Diagnosen relativ hoch seien. Innerhalb der IVST hat durch die Umsetzung der RRS ausserdem ein Aufbau an Know-how stattgefunden und ein verstärktes Bewusstsein dafür, bei welchen Beschwerdebildern genauer hingeschaut werden muss. In wieweit das neue Bundesgerichtsurteil vom 3. Juni 2015¹, bei dem die Vermutung fallengelassen wird, dass ein Versicherter sein unklares Leiden mit genug gutem Willen überwinden kann, zu einer neuerlichen Veränderung führt, wird sich erst in der Zukunft zeigen.

Gesamtbetrachtung 6a: Erwartungen, Wirkungen und Herausforderungen

Grundsätzlich wird sowohl bei der EOR wie auch der RRS von einem enormen Aufwand mit eher «geringem» Ertrag berichtet. Schlüssige Zahlen dazu sind jedoch aus verschiedenen Gründen nicht vorhanden. Zusätzliches Zahlenmaterial, das dem Forschungsteam im Rahmen dieses Auftrag von einzelnen IVST zur Verfügung gestellt werden konnten, deuten aber darauf hin, dass die in der Botschaft genannten Zahlen aus verschiedenen nachvollziehbaren Gründen auch in Zukunft nicht erreicht werden können.

Trotz dem grossen Aufwand und dem eher geringen Ertrag wird in den meisten IVST der **eingliederungsorientierte Ansatz** grundsätzlich als **sinnvoll und richtig** betrachtet. Er hat erstens dazu geführt, dass in den IVST das Rentengeschehen mit einem anderen Blick betrachtet wird. Der eingliederungsorientierte Blick, insbesondere bei den Neuberentungen, wurde geschärft und hat dazu beigetragen, dass sowohl in den Köpfen der Mitarbeitenden der IVST wie auch bei den betroffenen Personen nicht die Meinung vorherrsche, dass die Ausrichtung einer Invalidenrente ein unumkehrbarer Prozess darstelle (Stichwort «einmal Rente – immer Rente»). Zweitens hat die Fokussierung auf der Suche nach möglichem Eingliederungspotenzial zu einer **verstärkten interdisziplinären Zusammenarbeit** geführt, das u.a. auch zu einem Aufbau von internem Know-how im Bereich von Fällen mit Mehrfachproblematiken geführt hat. Dieses Wissen kann nun auch im Bereich der Neuberentungen genutzt werden. Es hat sich zudem gezeigt, dass einfache Mittel und Rezepte wie bspw. Checklisten zu Identifikation von möglichem Eingliederungspotenzial nicht ausreichen und die Mitarbeitenden der IVST ein Sensorium für die Eingliederungsthematik entwickeln müssen, für das die Auseinandersetzung mit «alten» Rentenfällen im Kontext der EOR eine Gelegenheit geboten hat. Die breite (versicherungsmedizinische) Auseinandersetzung mit der Frage, wofür eine Rente gesprochen werden soll und wo-

¹ Urteil 9C_492/2014 vom 3. 6. 15 – BGE-Publikation.

für nicht, war insgesamt sicher ein positiver Aspekt – für die IV insgesamt war eine offene, transparente Diskussion auch hilfreich. Auf der individuellen Fallebene hingegen haben insbesondere die Schlussbestimmungen viel Frustration ausgelöst.

Der Hinweis von mehreren IVST, dass die negativen Reaktionen nicht nur von den Betroffenen selber, sondern auch von ärztlichen Fachkreisen in Zusammenhang mit den Schlussbestimmungen dem Ruf der Invalidenversicherung eher geschadet als geholfen haben, muss ernst genommen werden. Die von mehreren IVST praktizierte Umsetzung «nach Augenmass», die nichts anderes ist als eine Prüfung des Einzelfalls unter Berücksichtigung des persönlichen und individuellen Kontextes, dürfte sich in dieser Hinsicht als richtig erweisen. Der Ruf nach «Qualität statt Quantität» von Rentenrevisionen scheint unter diesem Aspekt durchaus sinnvoll zu sein.

Gleichzeitig ist die Tatsache, dass bei der seit 2010 sehr intensiv durchgeführten systematischen Überprüfung des Rentenbestandes nur sehr wenige Fälle «gefunden» wurden, bei denen tatsächlich noch ein Eingliederungspotenzial identifiziert werden konnte, ein Indiz dafür sein, dass in den letzten Jahren in der Invalidenversicherung kaum (zu) viele Renten für Personen gesprochen wurden, die medizinisch nicht oder zu wenig begründbar sind.

Eine der grössten Herausforderungen für die Zukunft dürfte sein, für die erwähnten grundsätzlichen Probleme beim «**Konstrukt**» EOR Lösungen zu finden. Dies betrifft zum einen die Frage, in wieweit ein erfolgsversprechendes Eingliederungspotenzial ohne Sachverhaltsänderung möglichst verlässlich erkannt werden kann. Zum andern sind die Ängste der Betroffenen, mit dem Wegfall einer Rente an Sicherheit zu verlieren, real und oftmals auch begründet. Dass Betroffene trotz dieser Unsicherheiten eine Rentenrevision noch als Chance betrachten können, braucht aus der Sicht der Befragten viel Engagement, nicht nur von Seiten der Invalidenversicherung, sondern auch von den betreuenden Ärztinnen und Ärzten wie auch von Arbeitgebenden, die mit der Bereitstellung von geeigneten Arbeitsplätzen massgeblich daran beteiligt sind, ob eine erfolgreiche Eingliederung möglich ist oder nicht.

Résumé

Introduction et mandat

La présente évaluation dresse un **bilan de la mise en œuvre et de l'effet des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité**, en se concentrant sur les changements apportés par la 5^e révision de l'AI et, autant que possible, par la 6^e révision. La 5^e révision visait notamment à intensifier les efforts entrepris pour appliquer le principe « la réadaptation prime la rente ». Le but était de réduire le nombre de nouvelles rentes grâce à des procédures appropriées et à des mesures de détection et d'intervention précoces. Avec la 6^e révision, les efforts de réadaptation ont été étendus aux bénéficiaires de rente : il s'agissait d'encourager la réadaptation de ceux qui en présentent le potentiel nécessaire en vue d'une réduction de l'effectif des rentes. L'objectif était aussi de veiller à ce que le souci de la réadaptation soit plus présent dans le cas des personnes percevant une rente pour la première fois. Ces révisions visaient ainsi un véritable changement de paradigme, remplaçant l'adage « rente un jour, rente toujours » par le principe : « la rente, passerelle vers la réinsertion » (6^e révision de l'AI, premier volet, p. 1669).

Le mandat d'évaluation est divisé en deux sous-projets. Le premier se concentre sur les effets de la 5^e révision et sur la réalisation de ses objectifs, tandis que le second est consacré à la description et à l'analyse de la mise en œuvre concrète de la révision 6a par les offices AI cantonaux.

Sous-projet 1 : évaluation de la 5^e révision de l'AI

Selon le message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (5^e révision de l'AI), cette révision poursuivait **deux objectifs principaux** :

■ **Renforcement de l'orientation de l'assurance-invalidité vers la réadaptation**, soit concrètement :

■ **contact précoce et soutien rapide sans tracasseries administratives** au moyen de mesures appropriées lorsque la capacité de travail est menacée ;

■ meilleur soutien des **assurés atteints dans leur santé psychique et des personnes sans qualification professionnelle** grâce à de nouvelles mesures (**mesures de réinsertion**) et à l'extension du droit aux mesures d'ordre professionnel.

■ **Réduction du nombre de nouvelles rentes** : la **réduction du nombre de nouvelles rentes** vise à diminuer les dépenses de l'AI, afin de contribuer largement à assainir les finances de l'assurance.

L'évaluation de la 5^e révision **s'appuie en grande partie sur des analyses statistiques** pour tirer des conclusions sur les résultats de la révision. Ces analyses sont basées sur les **données du registre** de l'assurance : l'échantillon retenu est composé de toutes les **personnes qui ont déposé une première demande à l'AI** entre 2004 et 2011. On dispose ainsi de quatre cohortes avant l'entrée en vigueur de la 5^e révision et de quatre cohortes après son entrée en vigueur en 2008, ce qui permet d'identifier et d'exposer les **changements** qui se sont produits au niveau du nombre, du type et du coût des mesures axées sur la réadaptation. Par ailleurs, la comparaison des données des offices AI a permis de relever les **facteurs de succès** pour la réalisation des objectifs de la 5^e révision. Les données du registre AI ont été appariées à celles du **registre des CI** (comptes individuels du revenu assuré), afin d'examiner dans quelle mesure les efforts de réadaptation déployés par l'AI débouchent sur une insertion effective des assurés sur le marché primaire du travail. Ici aussi, des analyses comparatives ont été menées entre les offices AI afin d'identifier les stratégies prometteuses. Enfin, les données relatives à la perception d'**indemnités de chômage** et la **statistique de l'aide sociale** ont

été utilisées pour détecter d'éventuels changements intervenus aux interfaces entre assurance-invalidité, assurance-chômage et aide sociale.

Les principaux résultats et conclusions sont synthétisés ci-après.

Contact précoce et soutien rapide sans tracasseries administratives

Selon le message concernant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (5^e révision de l'AI), les assurés dont la capacité de travail est restreinte pour des raisons de santé doivent être repérés et accompagnés **le plus tôt possible** par l'assurance-invalidité, grâce à de nouvelles mesures d'un accès facile et applicables rapidement sans enquête importante, telles que l'adaptation du poste de travail, le placement et la réadaptation socioprofessionnelle. Ces mesures doivent en premier lieu contribuer à ce que ces personnes puissent **garder leur emploi** ou se réadapter à un **nouveau poste** de travail dans la même entreprise ou ailleurs.

Les analyses effectuées débouchent sur les conclusions suivantes :

■ **Contact précoce** : Grâce à la phase de détection et d'intervention précoces instaurée dans le cadre de la 5^e révision de l'AI, les personnes dont la capacité de travail est restreinte pour des raisons de santé peuvent **entrer en contact plus tôt** avec l'assurance. Premièrement, cela s'est traduit par une augmentation considérable du nombre de premières demandes déposées par des assurés de moins de 55 ans à partir de 2008, pour un taux global de premières demandes quasiment constant. Deuxièmement, l'âge moyen a baissé d'un an et demi, passant de 48 ans en 2007 à 46,5 ans, et troisièmement, l'AI reçoit de plus en plus de demandes de personnes qui exercent encore une activité lucrative. L'augmentation est particulièrement marquée chez les 30 à 50 ans.

Par ailleurs, le nombre de demandes émanant de personnes exerçant toujours une activité lucrative a continué d'augmenter ces dernières années : le « transfert » se poursuit donc.

■ **Soutien rapide et sans tracasseries administratives au moyen de mesures d'intervention précoce** : Depuis leur introduction en 2008, **le recours à des mesures d'intervention précoce fournies en externe a pratiquement doublé**, passant de 6 à 11 %. Faute de données de référence, il n'est toutefois pas possible de déterminer s'il s'agit ou non d'un grand nombre de mesures. Par ailleurs, les données disponibles ne permettent pas de tirer des conclusions fiables sur les mesures d'intervention précoce fournies en interne. On peut supposer qu'une partie assez importante des mesures d'intervention précoce – par exemple des prestations de conseil et de placement – sont fournies par des collaborateurs des offices AI. Il est aussi tout à fait possible qu'une partie des différences constatées entre les cantons tiennent au fait que certains offices AI fournissent davantage de mesures en interne. Par conséquent, les mesures externes pourraient ne pas s'ajouter aux mesures internes, mais s'y substituer (au moins en partie). Quoi qu'il en soit, une autre étude a relevé que les offices AI poursuivent des stratégies différentes s'agissant de la mise en œuvre et de l'octroi de mesures d'intervention précoce (Guggisberg et al. 2015) : certains optent pour une stratégie de réadaptation plutôt « large », tandis que d'autres privilégient une approche plutôt « sélective ».

S'agissant de la **rapidité** de mise en œuvre des mesures d'intervention précoce, on constate que les mesures externes sont **pour la plupart octroyées rapidement**. Plus de deux tiers d'entre elles sont en effet fournies dans les six mois qui suivent le dépôt d'une demande. Les offices AI se sont en outre améliorés : les mesures sont globalement octroyées un peu plus vite qu'auparavant et les différences entre les cantons se sont nettement atténuées. Cela dit, les différences demeurent considérables, et il reste donc une marge d'amélioration à cet égard.

■ **Soutien des personnes atteintes dans leur santé psychique** : La proportion de personnes atteintes dans leur santé psychique n'a cessé d'augmenter parmi les bénéficiaires de mesures d'intervention précoce : alors qu'elles représentaient un bénéficiaire sur quatre en 2008, leur proportion est montée à un sur trois pour la cohorte 2011. Les dépenses moyennes pour des mesures d'intervention précoce sont légèrement plus élevées pour ces assurés (+900 francs). Ils ont 1,5 fois plus de risque de toucher une rente et il est environ 10 % moins probable qu'ils exercent encore une activité lucrative trois ans après le dépôt de la demande.

■ **Insertion professionnelle** : Dans quelle mesure les offices AI parviennent-ils à maintenir les assurés sur le marché primaire du travail ou à les réinsérer sur ce marché ? Un peu plus de deux assurés sur trois qui exercent encore une activité lucrative au moment du dépôt de la demande et bénéficient de mesures d'intervention précoce externes réalisent toujours un revenu professionnel trois ans plus tard. Pour les autres, les chances de réinsertion après des mesures d'intervention précoce sont nettement plus faibles (-50 %). Il est impossible d'évaluer la contribution effective des offices AI à ce « succès », car on ignore quelle aurait été la situation en l'absence de mesures d'intervention précoce. Cependant, la comparaison des offices AI a permis d'identifier plusieurs facteurs de succès : ainsi, les offices AI qui, pour la **première décision de tri**, s'appuient majoritairement sur les **informations fournies oralement** sur la situation professionnelle et médicale et qui, en moyenne, **consacrent un peu plus de moyens par assuré pour des mesures d'intervention précoce externes, réussissent davantage** à maintenir les assurés en emploi ou à les réinsérer sur le marché du travail, même compte tenu du taux de chômage. **Par conséquent, un premier tri rapide et sans tracasseries administratives et une affectation suffisante de moyens à la réalisation de mesures d'intervention précoce semblent constituer des conditions favorables à l'insertion professionnelle.**

Mesures de réinsertion

Les mesures de réinsertion visent à développer et maintenir de manière active l'aptitude à la réadaptation des assurés et à créer, lorsque cela s'avère nécessaire, les conditions de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel plus poussées. Ces mesures, qui se focalisent plus particulièrement sur les assurés atteints dans leur santé psychique, viennent ainsi compléter le catalogue des mesures en vigueur avant la 5^e révision. Elles visent l'insertion ou la réinsertion sur le marché du travail d'assurés pour lesquels il n'existait auparavant pas de mesure de réadaptation appropriée, et ce faisant, une réduction du nombre de nouvelles rentes (message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité – 5^e révision de l'AI).

L'assurance octroie relativement peu de mesures de réinsertion, même si la proportion d'assurés qui en bénéficient est passée de 2,8 à 3,6 % sur l'ensemble de la période considérée. L'augmentation est donc plutôt modérée par rapport à celle des assurés ayant bénéficié de mesures d'intervention précoce, dont la proportion a presque doublé entre 2008 et 2011. La part des bénéficiaires de mesures de réinsertion souffrant de troubles psychiques est passée de 68 % (cohorte 2008) à 75 % (cohorte 2011). Sur un ensemble de 10 000 personnes assurées, ce sont ainsi deux personnes de la cohorte 2008 et trois de la cohorte 2011 qui ont bénéficié de telles mesures. Les différences entre les cantons sont relativement importantes à cet égard, même si elles se sont légèrement estompées avec le temps. Environ la moitié des mesures de réinsertion sont octroyées au cours des douze mois qui suivent le dépôt d'une demande de prestations. Les offices AI qui, en 2008, étaient un peu moins rapides que les autres dans l'octroi de ce type de mesures ont légèrement accéléré la cadence les années suivantes. Les différences en termes de rapidité d'octroi restaient cependant considérables pour la

cohorte 2011 : une marge d'amélioration est donc toujours bien présente. Les offices AI qui octroient comparativement un peu plus de mesures de réinsertion sont aussi un peu plus rapides. Les analyses effectuées n'ont pas permis de confirmer l'hypothèse selon laquelle une fréquence d'octroi de mesures plus élevée se traduit par l'octroi de davantage de rentes. En effet, il n'y a pas de lien significatif entre la fréquence d'octroi et la probabilité conditionnelle d'obtenir une rente après la réalisation d'une mesure de réinsertion.

En moyenne, depuis leur introduction en 2008, 15 000 francs ont été consacrés aux mesures de réinsertion pour chaque personne ayant bénéficié d'une telle mesure dans les trois ans après le dépôt d'une première demande à l'AI. Les dépenses effectives sont donc légèrement inférieures aux estimations faites dans le message sur la 5^e révision.

Les données disponibles ne permettent pas de déterminer précisément l'impact des mesures de réinsertion sur l'insertion professionnelle. On le sait, les bénéficiaires de mesures de réinsertion sont des personnes plutôt difficiles à placer : un peu moins de la moitié « seulement » (45 %) exerçaient une activité lucrative trois ans après le dépôt de leur demande, soit nettement moins que les bénéficiaires d'une mesure d'intervention précoce. Cela dit, un constat est encourageant : **dans les offices AI qui octroient des mesures de réinsertion un peu plus fréquemment et un peu plus rapidement, l'insertion professionnelle des bénéficiaires est légèrement meilleure** (Pearson's r ; $\alpha < 5\%$).

Mesures d'ordre professionnel

La 5^e révision n'a guère apporté de changements dans le domaine des mesures d'ordre professionnel – qui comprennent notamment l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, l'aide en capital et le placement. Cependant, l'extension des mesures existantes (extension du droit au placement et inscription dans la loi de l'allocation d'initiation au travail) a provoqué une augmentation massive du taux de bénéficiaires en 2008, puis beaucoup plus modérée à partir de 2009. La 5^e révision n'a donc pas provoqué de grands bouleversements au niveau de l'octroi, de la rapidité de mise en œuvre et des dépenses consacrées à ces mesures. L'**évolution des différences cantonales** se révèle en revanche instructive. En ce qui concerne la quantité de mesures d'ordre professionnel octroyées, les différences se sont nettement amenuisées : les cantons qui, en 2008, octroyaient proportionnellement peu de mesures en ont octroyé nettement plus, tandis que l'évolution inverse a été observée dans ceux qui en octroyaient plus que la moyenne à l'origine. Les différences cantonales en matière de rapidité et de dépenses par assuré n'ont, quant à elles, guère diminué.

Les analyses réalisées permettent de tirer les conclusions suivantes :

- Plus les mesures d'ordre professionnel sont mises en œuvre rapidement, plus l'insertion ou la réinsertion professionnelle a des chances d'aboutir. Dans les offices AI relativement rapides, le taux d'insertion professionnelle des bénéficiaires est significativement plus élevé (Pearson's r ; $\alpha < 5\%$).
- La **probabilité** qu'un bénéficiaire d'une mesure d'ordre professionnel touche ultérieurement une rente est **moins élevée** dans les offices AI qui sont **plus rapides** dans l'octroi de telles mesures et qui consacrent **davantage de moyens** par cas. Parallèlement, dans les offices AI qui octroient davantage de mesures d'ordre professionnel, la probabilité qu'une rente soit tout de même octroyée après l'exécution de la mesure est plus élevée (probabilité conditionnelle).

On constate donc que les chances d'éviter une rente et de réinsérer la personne sur le marché du travail sont meilleures lorsque des **moyens financiers suffisants** sont mis à disposition pour la réalisation de mesures d'ordre professionnel. Par ailleurs, le succès est davantage au rendez-vous lorsque les mesures d'ordre professionnel sont exécutées **au plus vite**, mais qu'elles ne sont **pas oc-**

troyées de manière trop fréquente (mais plutôt de manière sélective). En termes d'organisation, les offices AI qui opèrent un **premier tri sur la base d'indications fournies oralement** sur la situation professionnelle et médicale enregistrent dans l'ensemble des résultats légèrement meilleurs.

Réduction du nombre de nouvelles rentes AI

La 5^e révision de l'AI vise à diminuer les dépenses de l'AI en **réduisant le nombre de nouvelles rentes**, afin de contribuer largement à l'assainissement financier de l'assurance.

Globalement, l'analyse des données témoigne d'une très nette diminution du nombre de nouvelles rentes depuis quelques années. Tant le **taux de bénéficiaires de rente** que le **taux de nouvelles rentes pondéré** sont **en baisse constante depuis 2004**. Cette évolution s'est amorcée avant l'entrée en vigueur de la 5^e révision et aucune rupture nette ne s'est opérée après 2008 : l'évolution constatée **ne s'explique donc pas uniquement par l'orientation accrue vers la réadaptation**. Quelques changements apportés par la 4^e révision ont joué un rôle, comme la mise en place des SMR, qui a permis de mieux intégrer les considérations médico-assurantielles dans l'évaluation d'une invalidité. Par ailleurs, les tribunaux ont dressé des obstacles à l'obtention d'une rente sur la base de tableaux cliniques sans constat de déficit organique, donnant lieu à une interprétation plus stricte des conditions d'octroi. La complexité de la situation ne permet ainsi pas de déterminer avec précision le rôle joué par les mesures mises en place par la 5^e révision dans la baisse générale du taux de nouvelles rentes. Les analyses ont toutefois révélé que les offices AI utilisent leur marge de manœuvre pour définir des priorités différentes dans la mise en œuvre de la 5^e révision.

En résumé, un **tri rapide et sans tracasseries administratives** semble avoir un effet positif sur le **succès de la réadaptation** et permettre d'**éviter l'octroi de rentes**. Tant les mesures d'intervention précoce que les mesures d'ordre professionnel ultérieures sont ainsi exécutées plus rapidement, ce qui est favorable à la réadaptation. Par ailleurs, à partir du moment où des mesures de réadaptation sont octroyées, il semble judicieux de ne pas trop regarder à la dépense. Si une **large application** s'avère **souhaitable pour les mesures d'intervention précoce**, cela n'a pas l'air d'être le cas pour les mesures d'ordre professionnel : une **approche sélective** est ici plus prometteuse.

L'étude s'est également penchée sur les **effets** de la 5^e révision sur l'**assurance-chômage** et sur l'**aide sociale**. La proportion de personnes qui touchent des indemnités de chômage dans les trois ans à compter du dépôt d'une première demande à l'AI a, dans l'ensemble, légèrement augmenté. Cette tendance n'est cependant **pas le signe d'un « transfert » de l'assurance-invalidité vers l'assurance-chômage**. Elle s'explique par l'augmentation du nombre d'assurés qui présentent une demande de prestations à l'assurance-invalidité plus tôt qu'auparavant, alors qu'ils exercent encore une activité lucrative. L'assurance-invalidité accompagne ainsi davantage de personnes qui ont encore droit à des indemnités de chômage : c'est donc parce que les assurés sont davantage enclins à s'adresser à l'AI que l'on retrouve dans les caisses de chômage proportionnellement plus de personnes ayant déposé une demande de prestations AI. S'agissant de l'**aide sociale**, il est possible que l'on observe une **légère tendance à l'augmentation des bénéficiaires** après l'entrée en vigueur de la 5^e révision. D'après les données disponibles, il s'agirait cependant d'un **nombre limité de personnes**. Par rapport à 2007, l'augmentation est pour les années suivantes de 400 à 550 personnes tributaires de l'aide sociale après que l'assurance-invalidité se soit prononcée définitivement sur leur cas. Cela dit, l'entrée en vigueur de la 5^e révision est encore trop récente pour parvenir à des conclusions fiables.

Sous-projet 2 : évaluation de la révision 6a de l'AI

Le premier volet de la 6^e révision de l'AI poursuit principalement les trois objectifs suivants :

- réinsertion professionnelle des bénéficiaires de rente ;
- introduction de la contribution d'assistance pour favoriser l'autonomie et la responsabilité des personnes handicapées ;
- économies pour fournir une contribution déterminante à la consolidation financière de l'AI.

La révision 6a a mis à la disposition de l'assurance-invalidité une série de nouveaux instruments qui lui permettent de favoriser encore plus la réinsertion professionnelle des personnes handicapées. L'assurance accompagne activement les nouveaux bénéficiaires de rente afin de mieux exploiter leur éventuel potentiel de réadaptation et de les préparer à un retour complet ou partiel à la vie active. Mais elle cherche aussi et surtout à aider les personnes touchant une rente AI depuis un certain temps à se réinsérer dans le monde du travail.

Le sous-projet 2 porte uniquement sur la **révision des rentes**, et en particulier sur sa **mise en œuvre** dans les offices AI. Il étudie comment les offices AI procèdent concrètement à la **révision des rentes axée sur la réadaptation** et au **réexamen des rentes en vertu des dispositions finales**, et expose les approches fructueuses ainsi que les principales difficultés rencontrées.

Il comprend une partie **qualitative** et une partie **quantitative**, qui s'intéressent à des aspects différents.

L'objectif principal de la partie qualitative était d'obtenir de tous les offices AI des **informations comparables sur leur manière de procéder** (définition de la procédure, méthodes de sélection des cas à réexaminer, collaboration avec les SMR, etc.), ainsi que sur les profils et les réactions des assurés concernés et sur les ressources humaines et financières requises. Cette partie de l'évaluation visait également à identifier les problèmes majeurs et les facteurs de succès, ainsi que d'éventuels effets non intentionnels, le cas échéant. Par ailleurs, comme les données du registre ne sont pas très parlantes en raison de problèmes de codification, les chercheurs ont essayé d'obtenir des informations sur le volume de révisions de rentes effectuées. A cette fin, ils ont mené deux entretiens de groupe dans chaque office AI, dans la langue de l'office : le premier avec la direction de l'office ou avec des cadres des divisions 'réadaptation, rentes et droit', ainsi qu'avec des représentants des SMR, et le second avec des collaborateurs (de un à quatre) qui s'occupent concrètement des cas de révision. Les entretiens avec les dirigeants ont plutôt porté sur les questions d'ordre stratégique comme la conception et l'organisation de la procédure de révision des rentes axée sur la réadaptation. Les difficultés concrètes de mise en œuvre et les succès rencontrés ont quant à eux été abordés avec les collaborateurs.

La **partie quantitative** visait à fournir, sur la base des données du registre, de premiers résultats sur les révisions de rente effectuées. Il était prévu d'évaluer les deux types de révision créés par la révision 6a à l'aide d'analyses statistiques portant sur des cohortes de cas de révision et d'exposer les différences entre les révisions « traditionnelles » et celles introduites en 2012. Il a cependant fallu revoir ces objectifs à la baisse, au vu des données à disposition, et se contenter d'évaluations très rudimentaires.

Les principaux résultats et conclusions sont synthétisés ci-après.

Révision des rentes axée sur la réadaptation

Depuis l'entrée en vigueur de la révision 6a, toutes les révisions de rente mettent en principe l'accent sur la réadaptation. En pratique, le processus de révision dépend du contexte : une révision peut être liée à l'état de fait ou à la procédure d'instruction, ou elle peut être déclenchée en raison de la présence d'un potentiel. Les offices AI qualifient les premières de **révisions de rente « classiques »**, car ce type de révision existait déjà avant la révision 6a. Les révisions menées suite à l'identification d'un potentiel sont quant à elles qualifiées de **révisions de rente « axées sur la réadaptation »**, car elles répondent au nouveau mandat de rechercher un potentiel de réadaptation quand ni l'état de fait ni le droit à la rente n'a changé.

Vu le temps important consacré au tri et à l'examen minutieux des dossiers, de nombreux offices AI sont déçus du faible nombre de cas pour lesquels un processus de nouvelle réadaptation a été lancé. Les chiffres 2010 à 2013 fournis spécialement par les offices AI pour la présente évaluation confirment cette impression. D'après les données de treize offices AI, environ trois quarts des dossiers de rente ont été examinés en moyenne entre 2010 et 2013 afin de déterminer s'ils se prêtaient à une révision (tri préalable). Selon les indications de six de ces offices AI, un dossier sur six – soit 9 % des dossiers de rente au total – a ensuite été examiné de plus près afin de déterminer si l'état de fait avait changé. Dans la grande majorité de ces cas (86 %), la quotité de la rente est demeurée inchangée au terme de l'examen ; dans les autres cas, la rente a été augmentée (7 %) ou réduite (7 %). Ces données correspondent plus ou moins aux chiffres des changements de rente tirés du registre. Les révisions de rente découlant de la présence d'un potentiel, c'est-à-dire axées sur la réadaptation, sont encore nettement moins nombreuses. Les calculs s'appuient ici sur les indications fournies par huit offices AI seulement. Entre 2010 et 2013, environ 3,5 % des dossiers de rente ont été sélectionnés en vue d'un réexamen approfondi et de la réalisation d'une révision de rente axée sur la réadaptation. Dans un peu plus d'un cas sur six (16 %), l'office AI a présumé que l'assuré disposait d'un potentiel de réadaptation et a poursuivi le processus de révision. Au terme de l'instruction et de l'exécution de mesures, la rente a pu être réduite dans un cas sur dix seulement. Ainsi, en l'espace de quatre ans, la révision des rentes axée sur la réadaptation a permis de réduire la rente dans environ 0,08 % des dossiers de rente, ce qui correspondrait à environ 160 cas pour l'ensemble de la Suisse. Il s'agit d'une extrapolation, puisque les calculs ont été effectués à l'aide des données fournies par huit offices AI seulement.

Les offices AI expliquent ce taux relativement faible par le durcissement de la pratique d'octroi des rentes depuis plusieurs années déjà : la charge de morbidité est importante dans l'effectif des rentes actuel, et les assurés qui ne se verraient plus octroyer de rente avec les critères actuels ne présentent pour la plupart aucun potentiel de réadaptation en raison de leur âge et de la durée de perception de leur rente. Par ailleurs, les offices AI se demandent s'il est judicieux de réviser un cas uniquement en raison de la présence d'un potentiel, car pour qu'il y ait un potentiel de réadaptation supplémentaire, il faut en principe que l'état de fait (situation médicale, familiale, etc.) ait changé.

Dans un premier temps, de nombreux offices AI avaient en cas de doute plutôt tendance à poursuivre le processus (entretiens de tri interdisciplinaires, entretiens avec les assurés). Cela représentait énormément de travail (au vu des modestes résultats obtenus), mais l'expérience acquise et parfois aussi la modification des processus et des critères ont permis de réduire peu à peu le temps nécessaire. Dans certains cas, le surcroît de travail (procéder à une évaluation pour les personnes dont le potentiel de réadaptation est incertain ou peu clair) était un choix conscient. L'idée était que les expériences réalisées permettraient par la suite d'exclure plus clairement la présence d'un potentiel de réadaptation dans de nombreux dossiers, ce qui aurait un impact positif sur la rapidité et l'efficacité

des futures tâches de révision. Certains offices AI se sont ainsi fixés comme objectif à long terme de réduire le nombre de révisions (c'est-à-dire de privilégier la qualité sur la quantité).

Malgré les difficultés rencontrées, de nombreux offices AI **approuvent sur le principe la visée générale de la révision des rentes axée sur la réadaptation**. L'accent placé sur la réadaptation dans le domaine des révisions de rente semble de fait avoir renforcé encore l'orientation de l'AI vers la réadaptation. De même, les instruments et possibilités prévus pour la nouvelle réadaptation des assurés sont dans l'ensemble jugés positivement.

La grande majorité des offices AI estiment que la mise en œuvre engendre une charge de travail disproportionnée par rapport au nombre de personnes effectivement réinsérées sur le marché primaire du travail. Ils sont nombreux à ne pas être surpris du **déséquilibre entre les charges et les résultats**. Pour eux, le monde politique et l'administration ont largement **surestimé le potentiel de réduction des rentes** de la nouvelle réadaptation. Dans ce contexte, divers offices AI expriment leur mécontentement d'être évalués sur la réalisation d'objectifs irréalistes (le message concernant la révision 6a prévoyait une réduction de 8000 rentes pondérées en l'espace de six ans). De leur point de vue, il est clair que l'on n'a pas ou pas suffisamment tenu compte du fait que la pratique d'octroi de rentes était devenue nettement plus restrictive au cours des dernières années. Les offices AI y voient la **raison principale** de la fixation d'un objectif inatteignable. Plusieurs soulignent aussi que la **charge de travail que représente la nouvelle réadaptation** des bénéficiaires de rente a été sous-estimée, y compris par certains d'entre eux. La mise en œuvre de la révision des rentes axée sur la réadaptation demande beaucoup de temps et de ressources pour le processus de tri, la planification individuelle des mesures, le suivi étroit pendant la phase de réadaptation (les mesures à bas seuil souvent nécessaires pour préparer le terrain prennent également du temps), mais aussi pour le travail de mise en réseau, le placement sur le marché du travail et la stabilisation de la situation.

Divers offices AI considèrent que la question de la **motivation** explique également l'écart entre les attentes et les résultats. Malgré les dispositions de protection, le passage de la rente au marché du travail s'accompagne de nombreux changements et incertitudes, ce qui dans bon nombre de cas peut sensiblement réduire la disposition des assurés à s'engager dans le processus de réadaptation. Comme le succès d'une réadaptation dépend fortement de la coopération et de la volonté de l'assuré, et que l'office AI dispose de peu de moyens pour exiger sa collaboration (par rapport aux situations de réexamen en vertu des dispositions finales et à l'examen des premières demandes), le potentiel de baisse de l'effectif des rentes est encore nettement plus faible. Les offices AI estiment que la communication des économies attendues et le débat public sur la révision 6a (et en particulier à propos des dispositions finales) ont affaibli la volonté de coopérer des assurés. De nombreux offices AI ont ainsi rapporté avoir consacré du temps à dissiper les craintes et les incertitudes des assurés (et les incompréhensions d'autres acteurs).

Enfin, les offices AI considèrent que la **capacité d'absorption du marché du travail** n'a pas suffisamment été prise en compte lors de la fixation des objectifs. Selon eux, la tendance est plutôt à la baisse : il y a de moins en moins de postes peu qualifiés, la concurrence est de plus en plus vive sur le marché du travail pour les personnes dont les capacités sont réduites, la situation économique est incertaine, etc. Plusieurs offices AI estiment que pour atteindre les objectifs fixés par la révision 6a, il aurait fallu créer de nombreux emplois, tant sur le marché primaire que sur le marché secondaire du travail. Dans certains cantons, la collaboration avec le secteur privé fonctionne relativement bien, mais une majorité d'offices AI considèrent qu'il y a encore beaucoup à faire pour que des emplois appropriés soient disponibles.

Pour de nombreux offices AI, l'objectif de réadaptation est désormais profondément enraciné dans l'AI (et ce, encore davantage depuis la révision 6a), mais l'idée commence seulement à faire son chemin dans la société. Un changement de mentalité s'impose chez les différents acteurs du secteur privé, des tribunaux et des institutions mais aussi dans la population pour que le potentiel des assurés soit mieux perçu et puisse mieux être exploité.

En conclusion, les offices AI voient dans l'objectif de réduction de l'effectif des rentes par le biais de la révision des rentes axée sur la réadaptation une stratégie politique dont la faisabilité n'a pas été étudiée. Le potentiel attendu n'était présent ni chez les assurés (durcissement de la pratique d'octroi des rentes, charge de morbidité élevée, manque de motivation), ni sur le marché du travail (capacité d'absorption, emplois appropriés). En outre, le temps et les ressources nécessaires pour le tri et la réadaptation des bénéficiaires de rente ont été sous-évalués. Par ailleurs, le succès de la réadaptation dépend de nombreux facteurs et il n'est pas garanti même lorsque tous les acteurs concernés s'investissent fortement : un grand nombre de cas ont dû être clôturés sur un résultat inchangé. Cela dit, la plupart des offices AI approuvent l'orientation prise et les instruments mis en place.

Principaux défis et difficultés de la mise en œuvre de la révision des rentes axée sur la réadaptation

On l'a vu, la mise en œuvre de la révision des rentes axée sur la réadaptation représente pour les offices AI une charge de travail considérable et pose de nombreux défis. Les principales difficultés mentionnées par les offices AI se situent au niveau des processus, mais aussi dans le domaine des conditions générales et des facteurs contextuels.

■ **L'identification des assurés présentant un potentiel de réadaptation** constitue un défi majeur pour la plupart des offices AI : ils sont plusieurs à n'avoir pas ou presque pas trouvé de cas se prêtant à une révision. Même après des années d'expérience, il est souvent difficile pour les spécialistes de déterminer si le potentiel présent est *suffisant* : la décision d'entamer des mesures ou d'interrompre le processus en l'absence de progrès est délicate.

■ Pendant la phase de réadaptation, une difficulté fondamentale réside dans le **risque de déstabilisation** de l'assuré et de détérioration de son état de santé. Malgré le travail accompli et l'engagement dont ils font preuve, les spécialistes de la réadaptation doivent toujours s'attendre, en particulier avec les personnes souffrant de troubles psychiques, à devoir interrompre le processus avec un résultat inchangé, voire une détérioration de la situation.

■ **Le manque de coopération des assurés ou des médecins** constitue une autre difficulté majeure du processus. Lorsque l'office AI identifie un potentiel, mais pas l'assuré, la révision des rentes axée sur la réadaptation ne fonctionne pas. Une telle révision n'est pas impossible, mais extrêmement difficile, lorsque la coopération avec les médecins traitants ne fonctionne pas, que les deux parties ne s'entendent pas sur un objectif commun (qui serait d'exploiter et de renforcer le potentiel de l'assuré) et que les médecins estiment qu'il est de leur devoir de protéger les assurés contre l'AI.

■ La moitié environ des offices AI déplorent un **manque de ressources**. Ils n'ont pas toujours pu appliquer la révision des rentes axée sur la réadaptation comme prévu, soit parce que les ressources supplémentaires qui leur ont été octroyées pour la mise en œuvre de la révision 6a étaient insuffisantes, soit parce qu'ils ne sont pas parvenus à pourvoir certains postes. Sur le plan qualitatif, cela concerne avant tout la réalisation d'entretiens avec les assurés, mais aussi et surtout la fourniture de conseils et d'un accompagnement avant, pendant et après une révision. Différents offices AI ont souligné qu'un accompagnement après la réadaptation ainsi qu'un suivi étroit des nouveaux bénéficiaires de rente seraient importants pour garantir le résultat des efforts à long terme ou réinsérer dès que

possible les nouveaux bénéficiaires de rente sur le marché du travail. Quelques offices AI mentionnent en outre la charge supplémentaire pesant sur les collaborateurs en raison du manque de ressources, ainsi que l'effet démotivant des restrictions budgétaires et la contradiction entre l'objectif de réadaptation d'un maximum d'assurés et celui de limiter les dépenses le plus possible. Ils doivent donc procéder à une appréciation des coûts qui n'est pas toujours évidente : s'ils recourent de manière généreuse à des mesures dans un cas, ils doivent ensuite faire en sorte de régler d'autres cas à peu de frais.

■ Différents offices AI relèvent des problèmes fondamentaux au niveau de la **conception de la révision des rentes axée sur la réadaptation**. D'une part, ils expriment des doutes quant à la possibilité d'identifier un potentiel de réadaptation chez des assurés qui sont médicalement parlant en incapacité de travail. Ils doutent de l'existence d'un potentiel de réadaptation en dehors de toute modification de l'état de fait et estiment que la révision des rentes axée sur la réadaptation est contraire à l'idée de base selon laquelle le droit à la rente se définit principalement en fonction de l'état de fait médical. D'autre part, les difficultés rencontrées avec les assurés qui présentent, selon l'office AI, un potentiel de réadaptation, mais qui ne sont pas prêts à s'engager dans le processus de réadaptation (perception subjective de la maladie, craintes, manque d'incitations, etc.), montrent qu'il faudrait clarifier la question du caractère volontaire ou contraignant des révisions de rentes axées sur la réadaptation. Enfin, il est nécessaire de déterminer l'importance accordée à l'appréciation axée sur les ressources par rapport à l'appréciation médicale théorique. Certains offices AI appellent de leurs vœux de meilleurs outils pour gérer le domaine de la révision des rentes axée sur la réadaptation, qui passerait par exemple par le renforcement du rôle des SMR (en rendant contraignante pour la suite du processus l'appréciation par le SMR du potentiel de réadaptation ou de la capacité de travail) ou par l'adaptation des bases légales (motifs de révision). D'autres offices AI voient dans ce nouveau type de révision l'avantage de pouvoir faire largement abstraction des aspects médico-assurantiels. Selon eux, cela n'a pas grand intérêt de déterminer sur le plan médical dans quelle mesure une personne peut encore travailler ; la réadaptation fonctionne mieux lorsque l'on évite toute médicalisation et que l'on se concentre sur les opportunités et les ressources.

Effets positifs

Malgré les nombreuses difficultés et les résultats plutôt décevants obtenus jusqu'ici, la plupart des offices AI ont une **attitude fondamentalement positive** à l'égard de l'orientation vers la réadaptation. Les offices AI semblent avoir accueilli positivement l'idée défendue dans le message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (6^e révision, premier volet) selon laquelle « *Le souci de la réadaptation sera également plus présent dans le cas des personnes percevant une rente pour la première fois* ».

La révision 6a a ainsi encore renforcé et enraciné dans l'AI l'**orientation vers la réadaptation**. Au sein de nombreux offices AI, la **collaboration interdisciplinaire** s'est intensifiée, et la nécessité de collaborer avec les assurés concernés, leurs médecins traitants et les employeurs a également fait émerger des **solutions améliorant la collaboration**. Ce sont ces aspects positifs et le remplacement de l'adage « rente un jour, rente toujours » par le principe « la rente, passerelle vers la réinsertion » qui semblent constituer le principal apport pour répondre aux futurs défis de l'assurance-invalidité.

Révision des rentes en vertu des dispositions finales

Pour la plupart des offices AI, la révision des rentes en vertu des dispositions finales a demandé beaucoup de travail et d'efforts, aussi bien dans l'ensemble que par cas. Certains ont toutefois apprécié le fait que les objectifs et critères étaient clairement définis pour ce type de révision, contrairement

à la révision des rentes axée sur la réadaptation. Cependant, l'appréciation des cas a constitué un véritable défi (complexité des aspects médicaux, difficulté à combiner vision juridique et vision médicale) pour de nombreux offices AI. Les entretiens avec les personnes concernées ont été difficiles pour de nombreux collaborateurs de l'AI, y compris sur le plan personnel. Pour tous les participants, la révision des rentes en vertu des dispositions finales a été « extrêmement éprouvante », et de nombreux cas ont tiré en longueur en raison de recours, d'expertises, de nouveaux diagnostics, etc.

Certains offices AI jugent très positivement l'idée d'assurer l'égalité de traitement entre les bénéficiaires de rente actuels et les assurés qui déposent une première demande. Mais concrètement, aucun office AI ou presque n'a été en mesure de réduire ou supprimer le nombre de rentes prévu. Dans la majeure partie d'entre eux, le nombre de cas entrant dans le champ d'application des dispositions finales a été bien moins élevé qu'attendu et les assurés ont été nombreux à contester la décision de l'office AI et à avoir gain de cause. La grande majorité des offices AI considèrent par conséquent que les ressources importantes investies dans la mise en œuvre de la révision des rentes en vertu des dispositions finales sont disproportionnées. Certains tirent même un bilan négatif : un office AI estime que les coûts supplémentaires engendrés par la mise en œuvre de ces dispositions dépassent les économies réalisées grâce à la suppression de rentes ; d'autres soulignent l'incompréhension et le mécontentement des assurés, des médecins, des institutions et de la population en général, relevant que l'image de l'AI et la collaboration avec les services externes en ont pâti. D'autres offices AI considèrent en revanche que les coûts ne sont pas disproportionnés : s'ils reconnaissent que le processus est très coûteux, ils estiment que le travail accompli vaut la peine s'il permet d'économiser des rentes pendant plusieurs années.

Les offices AI relèvent deux raisons majeures expliquant pourquoi la révision des rentes en vertu des dispositions finales n'a pas fourni les résultats escomptés. La première est que les comorbidités ont été sous-estimées, notamment à cause des problèmes de codification. La seconde tient au durcissement, depuis plusieurs années déjà, de la pratique d'octroi de rentes en cas de troubles somatoformes : il en résulte que les cas concernés par les dispositions finales sont majoritairement des cas assez anciens, dont beaucoup bénéficient de la garantie des droits acquis (assurés de 55 ans et plus ou qui touchent une rente depuis plus de quinze ans).

Les effets des dispositions finales sont donc plutôt d'ordre qualitatif. D'une manière générale, les demandes portant sur les tableaux cliniques concernés par la nouvelle jurisprudence se sont faites rares. La population est aujourd'hui assez consciente du fait qu'il est relativement difficile d'obtenir une rente pour ces diagnostics. La mise en œuvre de la révision des rentes en vertu des dispositions finales a permis de développer le savoir-faire dans les offices AI et de prendre conscience des tableaux cliniques qui méritent un examen plus approfondi. Dans un arrêt du 3 juin 2015², le Tribunal fédéral a abandonné la présomption du caractère surmontable de la douleur, mais les conséquences de ce changement de la jurisprudence ne se feront sentir qu'à l'avenir.

Révision 6a dans son ensemble : attentes, effets et défis

Globalement, les deux types de révision des rentes mis en place par la révision 6a se caractérisent par une énorme charge de travail pour un résultat plutôt modeste. Il n'existe toutefois pas de chiffres fiables à ce propos, pour différentes raisons. Les données supplémentaires fournies aux chercheurs

² Arrêt 9C_492/2014 du 3.6.2015, avec publication à l'ATF

par certains offices AI dans le cadre du présent mandat indiquent cependant que les objectifs chiffrés du message ne seront pas atteints à l'avenir non plus, pour des motifs compréhensibles.

Malgré la grande charge de travail et les résultats plutôt maigres, la plupart des offices AI estiment que l'**orientation vers la réadaptation** est une **approche judicieuse et bonne**. Elle a tout d'abord permis aux offices AI de voir d'un autre œil le domaine des rentes. La réadaptation a encore gagné en importance, en particulier pour les nouvelles rentes : cette évolution a contribué à répandre, tant chez les collaborateurs des offices AI que chez les personnes concernées, l'idée que l'octroi d'une rente d'invalidité n'est pas un processus irréversible (contrairement à l'adage « rente un jour, rente toujours »). Ensuite, la recherche du potentiel de réadaptation a **renforcé la collaboration interdisciplinaire**, améliorant du même coup le savoir-faire des collaborateurs internes en matière de cas présentant des problématiques multiples. Les connaissances acquises peuvent désormais être appliquées au domaine des nouvelles rentes. Par ailleurs, l'évaluation a montré que les recettes et moyens simples tels que des listes de contrôle pour l'identification d'un potentiel de réadaptation ne suffisent pas et que les collaborateurs des offices AI doivent développer une certaine sensibilité pour la thématique de la réadaptation : l'analyse d'anciens cas de rente dans le contexte de la révision des rentes axée sur la réadaptation leur en a fourni l'occasion. Un autre aspect positif réside dans le vaste examen de la question (médico-assurantielle) des situations donnant droit à une rente : cette discussion ouverte et transparente a fait avancer l'AI dans son ensemble. Par contre, au niveau des cas individuels, les dispositions finales en particulier ont engendré beaucoup de frustration.

Il faut toutefois prendre au sérieux le constat de plusieurs offices AI que les dispositions finales ont plutôt nui à la réputation de l'assurance, car elles ont engendré des réactions négatives non seulement chez les personnes concernées, mais aussi au sein du corps médical. En l'occurrence, l'approche basée sur le bon sens adoptée par plusieurs offices AI – c'est-à-dire le réexamen de chaque cas d'espèce en tenant compte du contexte personnel et individuel – est certainement bonne. Le souhait de privilégier la qualité plutôt que la quantité en matière de révision de rentes semble ici tout à fait judicieux.

Parallèlement, le fait que le réexamen systématique de l'effectif des rentes pratiqué de manière très intensive depuis 2010 n'a mis au jour que très peu de cas présentant effectivement un potentiel de réadaptation est le signe que l'assurance-invalidité n'octroie pas (trop) de rentes dans des cas qui ne se justifient pas ou trop peu sur le plan médical.

Un des grands défis à venir sera de trouver des solutions aux problèmes fondamentaux rencontrés avec la **conception** de la révision des rentes axée sur la réadaptation. Il faut d'un côté déterminer comment détecter de manière fiable un potentiel de réadaptation prometteur lorsque l'état de fait est inchangé. D'un autre côté, les craintes des assurés de perdre en sécurité après la suppression de leur rente sont réelles et souvent fondées. Pour que ces incertitudes n'empêchent pas les personnes concernées de voir le côté positif d'une révision de rente, les offices AI estiment que l'implication de l'assurance-invalidité ne suffit pas : l'engagement des médecins traitants est essentiel, tout comme celui des employeurs, qui contribuent de manière déterminante au succès de la réadaptation en proposant des postes de travail appropriés.

Riassunto

Introduzione e mandato

Il mandato di valutazione svolto si prefiggeva di fare un **bilancio dell'attuazione e dell'efficacia dei provvedimenti d'integrazione dell'assicurazione invalidità**, ponendo l'accento sulle novità introdotte con la 5^a revisione AI e, per quanto possibile, con la 6^a. Con la 5^a revisione AI sono stati soprattutto intensificati gli sforzi volti ad applicare il principio «priorità dell'integrazione sulla rendita», che si traduce in un insieme di procedure e provvedimenti adeguati nel settore del rilevamento e dell'intervento tempestivi volto a ridurre il numero delle nuove rendite. Con la 6^a revisione AI gli sforzi a favore dell'integrazione sono stati estesi ai beneficiari di una rendita d'invalidità, al fine di promuovere la reintegrazione di quelli che presentano un potenziale d'integrazione e produrre così un calo dell'effettivo delle rendite. Inoltre, il principio della reintegrazione doveva iniziare ad assumere maggiore importanza anche per i nuovi beneficiari di rendita. In questo modo si intendeva abbandonare l'idea che «chi diventa invalido, sarà sempre invalido» in favore del principio della «rendita come ponte verso l'integrazione» (messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità [6^a revisione AI, primo pacchetto di misure], pag. 1626).

Il mandato di valutazione si articolava in due sottoprogetti. Il primo si è concentrato sugli effetti prodotti dalla 5^a revisione AI e sul raggiungimento degli obiettivi prefissati, mentre il secondo ha messo in primo piano la descrizione e l'analisi della attuazione concreta della revisione AI 6a negli uffici AI cantonali.

Sottoprogetto 1: valutazione della 5a revisione AI

Secondo il messaggio concernente la modifica della legge sull'assicurazione per l'invalidità (5^a revisione dell'AI), la 5^a revisione AI perseguiva **due obiettivi principali**.

- **Maggiore orientamento dell'assicurazione invalidità all'integrazione.** Misure concrete:
 - **Rilevamento tempestivo e intervento rapido senza formalità burocratiche** con provvedimenti adeguati per contrastare il rischio di perdere la capacità al lavoro.
 - **Maggiore sostegno alle persone con malattie psichiche (provvedimenti di reinserimento, PR) o prive di qualifiche professionali** attraverso l'estensione del diritto ai provvedimenti professionali esistenti.
- **Riduzione del numero delle nuove rendite:** la **riduzione del numero delle nuove rendite** mira a ridurre le uscite dell'AI, contribuendo sostanzialmente al risanamento della situazione finanziaria dell'assicurazione.

La valutazione della 5^a revisione AI si è fondata **in ampia misura su analisi statistiche** che dovrebbero permettere di ottenere informazioni sui risultati della revisione. La base di queste analisi è costituita dall'**insieme dei dati del registro AI concernenti le persone che hanno inoltrato una richiesta di prestazioni AI per la prima volta** tra il 2004 e il 2011. Per ciascuno dei periodi a confronto, quello precedente e quello successivo all'introduzione della 5^a revisione AI, sono dunque disponibili quattro coorti, il che permette di rilevare e di illustrare i **cambiamenti avvenuti nel tempo** in termini di numero, tipo e costi dei provvedimenti finalizzati all'integrazione. Inoltre, grazie al confronto dei dati statistici degli uffici AI cantonali è possibile individuare i **fattori di successo** che hanno contribuito al raggiungimento degli obiettivi della 5^a revisione AI. Mettendo in relazione i **dati** del registro AI con quelli **dei conti individuali** (nei quali sono annotati i redditi degli assicurati), inoltre, si può verificare quanto il rafforzamento dell'integrazione abbia effettivamente contribuito a mantenere gli assicurati nel mercato del lavoro primario. Anche in questo caso le analisi comparative tra gli uffici AI permettono di

individuare le strategie promettenti. Infine, i dati relativi alle **indennità di disoccupazione** e alla **statistica dell'aiuto sociale** sono utilizzati per illustrare in che misura vi sono stati cambiamenti nell'ambito delle sovrapposizioni tra assicurazione invalidità, assicurazione contro la disoccupazione e aiuto sociale.

Di seguito viene presentato un riassunto dei risultati e delle conclusioni principali.

Rilevamento tempestivo e intervento rapido senza formalità burocratiche

Secondo il messaggio concernente la modifica della legge sull'assicurazione per l'invalidità (5^a revisione dell'AI), l'assicurazione invalidità ha il compito di **rilevare e assistere il più tempestivamente possibile** le persone la cui capacità al lavoro è limitata per motivi di salute, attraverso nuovi provvedimenti facilmente accessibili e di veloce applicazione perché privi di accertamenti dispendiosi – come per esempio l'adeguamento del posto di lavoro, il servizio di collocamento, la riabilitazione socioprofessionale – volti a far sì che esse possano **mantenere il loro attuale impiego** o essere integrate in **un nuovo posto** all'interno o all'esterno dell'azienda da cui dipendono.

Le analisi condotte permettono di formulare le conclusioni seguenti.

■ **Rilevamento tempestivo:** gli strumenti del rilevamento e dell'intervento tempestivi, introdotti con la 5^a revisione AI, hanno permesso all'assicurazione invalidità di entrare in contatto con le persone la cui capacità al lavoro è limitata per motivi di salute **più tempestivamente** di quanto avveniva prima della revisione. Ciò si è manifestato innanzitutto attraverso un aumento repentino delle nuove richieste di prestazioni tra le persone con meno di 55 anni (a fronte di una quota di nuove richieste più o meno costante) nel 2008. Inoltre, l'età media al momento della prima richiesta di prestazioni è calata di un buon 1,5 anni rispetto al 2007, passando da 48 a 46,5 anni. Infine l'assicurazione invalidità ha registrato un progressivo aumento di richieste da parte di persone che al momento dell'inoltro della richiesta esercitano ancora un'attività lucrativa, in particolare all'interno della fascia d'età compresa tra i 30 e i 50 anni.

Il continuo aumento, nel corso degli ultimi anni, di richiedenti che esercitano ancora un'attività lucrativa sta ad indicare che il "travaso" non si è ancora concluso e potrebbe protrarsi ulteriormente.

■ **Intervento rapido senza formalità burocratiche grazie ai provvedimenti d'intervento tempestivo:** dalla loro introduzione, nel 2008, **il ricorso ai provvedimenti d'intervento tempestivo (IT) forniti da terzi** è quasi **raddoppiato**, passando dal 6 % all'11 % . In mancanza di dati di riferimento, non è tuttavia possibile determinare se la quantità di provvedimenti accordati sia elevata o meno. Inoltre va considerato il fatto che la base di dati disponibili non permette di pronunciarsi in modo attendibile sul ricorso a provvedimenti IT forniti internamente. Si può tuttavia presumere che una parte relativamente significativa di questi provvedimenti (p. es. nei settori «orientamento professionale» e «collocamento») venga fornita dai collaboratori degli uffici AI. È inoltre molto probabile che le differenze rilevate tra i Cantoni relativamente alla concessione di provvedimenti IT forniti da terzi siano da ricondurre in parte al fatto che alcuni uffici AI forniscono internamente più provvedimenti di altri. I provvedimenti IT forniti da terzi non andrebbero dunque considerati come aggiuntivi, bensì (almeno in parte) come sostitutivi rispetto a quelli interni. A prescindere da queste considerazioni, nel quadro di un altro studio è però stato possibile dimostrare che tra gli uffici AI sussiste una forte eterogeneità per quanto riguarda la strategia di attuazione e concessione di provvedimenti IT (Guggisberg et al. 2015). Vi sono infatti uffici AI che perseguono una strategia d'integrazione tendenzialmente «ad ampio raggio» ed altri che ne attuano una piuttosto «selettiva».

Per quanto concerne la **rapidità** dell'attuazione, è possibile constatare che **nella maggior parte dei casi** i provvedimenti IT forniti da terzi **vengono accordati rapidamente**. Poco più di due terzi di essi

vengono infatti attuati entro 6 mesi dall'inoltro della richiesta di prestazioni AI. L'ulteriore accelerazione nella concessione dei provvedimenti IT e la sensibile riduzione delle differenze tra i Cantoni nel corso del tempo testimoniano degli sforzi profusi dagli uffici AI per migliorare ulteriormente in questo senso. Nonostante ciò, le differenze tra i Cantoni restano notevoli e rimane dunque ancora un certo margine di miglioramento.

■ **Sostegno a persone con malattie psichiche:** dalle analisi condotte è emerso che tra i beneficiari di provvedimenti IT si è registrato un costante aumento della quota di persone affette da infermità psichiche. Se infatti nel 2008 queste ultime rappresentavano un quarto dei casi, nella coorte del 2011 la proporzione è passata a un terzo. Le uscite medie per la concessione di provvedimenti IT sono leggermente superiori (+ 900fr.) per questi assicurati, che presentano al contempo un rischio di 1,5 volte superiore di beneficiare un giorno di una rendita AI, mentre la probabilità che svolgano un'attività lucrativa 3 anni dopo l'inoltro della richiesta di prestazioni AI è più bassa di circa il 10 %.

■ **Integrazione nella vita lavorativa:** la domanda che si pone a questo punto è in che misura gli uffici AI contribuiscano a mantenere o a reintegrare le persone nel mercato del lavoro primario. Poco più di due terzi dei beneficiari di provvedimenti IT esterni che al momento dell'inoltro della richiesta esercitano ancora un'attività lucrativa continuano a conseguire un reddito da lavoro 3 anni dopo. Tra i beneficiari che al momento dell'inoltro della richiesta non esercitano più nessuna attività lucrativa, invece, la probabilità di una reintegrazione una volta conclusi i provvedimenti IT è nettamente più bassa (50 %). Non potendo verificare come si sarebbe evoluta la situazione senza la concessione dei provvedimenti IT, è impossibile valutare il contributo effettivo degli uffici AI a questa «riuscita». Tuttavia, il confronto tra gli uffici AI ha permesso di identificare attraverso metodi statistici alcuni fattori di successo. Gli uffici AI che **nella maggior parte dei casi prendono la prima decisione di triage sulla base di informazioni orali** in merito alla situazione medica e professionale e che in media **investono più denaro per assicurato nei provvedimenti IT forniti da terzi** presentano **risultati migliori** degli altri sul fronte del mantenimento del posto o della reintegrazione degli assicurati che inoltrano una richiesta di prestazioni AI per la prima volta, e ciò anche tenuto conto del tasso di disoccupazione. **Una procedura rapida e senza formalità burocratiche per la prima decisione di triage e uno stanziamento maggiore di mezzi per l'attuazione dei provvedimenti IT appaiono quindi efficaci.**

Provvedimenti di reinserimento

I provvedimenti di reinserimento (PR) sono volti a incentivare e mantenere attivamente l'idoneità all'integrazione degli assicurati al fine di creare, dove necessario, i presupposti per la concessione di provvedimenti professionali più ampi. I PR costituiscono dunque un complemento del catalogo di provvedimenti disponibile prima della 5^a revisione AI, concentrandosi in particolare sulle persone affette da malattie psichiche. Questo ampliamento intende permettere di (re)integrare nel mercato del lavoro anche gli assicurati per i quali prima non esistevano provvedimenti d'integrazione adeguati, e ridurre quindi il versamento di nuove rendite AI (messaggio concernente la modifica della legge sull'assicurazione per l'invalidità [5^a revisione dell'AI]).

In termini relativi, i provvedimenti di reinserimento vengono concessi poco, ma nel corso del periodo in esame la loro attuazione tra le persone che hanno inoltrato una richiesta per la prima volta è costantemente aumentata, passando dal 2,8 al 3,6 % dei casi. L'incremento risulta piuttosto modesto se paragonato a quello dei provvedimenti IT, i cui beneficiari sono quasi raddoppiati tra il 2008 e il 2011. Nello stesso periodo, la quota di beneficiari di PR affetti da infermità psichiche è salita dal 68 (coorte 2008) al 75 % (coorte 2011): nella coorte 2008 sono stati accordati PR a 2 assicurati su 10 000, mentre nel 2011 il rapporto era di 3 su 10 000. Per quanto concerne l'impiego di questo strumento nei

diversi Cantoni, tra gli uffici AI si rilevano differenze relativamente significative, seppur in leggera diminuzione nel tempo. Quasi la metà di tutti i PR viene concessa entro un anno dall'inoltro della richiesta di prestazioni e anche gli uffici AI che nel 2008 presentavano tempi più lunghi hanno accelerato leggermente la loro procedura negli anni successivi. Tuttavia, per la coorte 2011 le differenze sul fronte della rapidità delle procedure rimangono significative, il che dimostra che vi è un potenziale di miglioramento. In generale, gli uffici AI che accordano più spesso PR lo fanno anche in tempi più brevi. Le analisi dei dati non confermano l'ipotesi secondo cui a fronte di una concessione più frequente di provvedimenti aumenterebbe la probabilità che venga o debba essere accordata una rendita. Non sussiste infatti alcun nesso significativo tra la frequenza delle concessioni e la probabilità condizionata di ottenere una rendita dopo l'attuazione di un PR.

Dall'introduzione dei PR nel 2008, le uscite per ogni nuovo richiedente di prestazioni AI che ha beneficiato di tali provvedimenti nell'arco di 3 anni dall'inoltro della richiesta ammontano mediamente a circa 15 000 franchi, un importo leggermente inferiore a quello stimato nel messaggio sulla 5^a revisione AI.

I dati a disposizione non permettono di stabilire con esattezza in che misura l'attuazione di un PR contribuisca al successo dell'integrazione nel mercato del lavoro primario. Ad ogni modo, il fatto che, a 3 anni dall'inoltro della richiesta di prestazioni, «solo» poco meno della metà dei beneficiari di PR (45 %) svolga un'attività lucrativa dimostra che si tratta di un gruppo difficilmente collocabile. Rispetto alle attese, questo risultato è nettamente inferiore a quello dei beneficiari di provvedimenti IT. Vi è però un dato incoraggiante: **negli uffici AI che accordano PR un po' più frequentemente e rapidamente, il successo dell'integrazione professionale dei beneficiari è leggermente maggiore** (Pearsons r; $\alpha < 5\%$).

Provvedimenti professionali

Nel settore dei provvedimenti professionali (PP) – che comprendono tra l'altro l'orientamento professionale, la prima formazione professionale, la riformazione professionale, il servizio di collocamento e l'aiuto in capitale – la 5a revisione AI ha apportato solo poche novità. L'ampliamento dei PP esistenti (estensione del diritto al collocamento e inserimento nella legge dell'assegno per il periodo d'introduzione) si è però palesato in un aumento massiccio dei beneficiari di prestazioni nel 2008, proseguito anche dal 2009, seppure in forma più moderata. Non sorprende pertanto che l'entrata in vigore della 5^a revisione AI non abbia portato cambiamenti di rilievo per questi provvedimenti in termini di concessione, rapidità di attuazione e uscite. Di maggiore interesse risulta invece l'**evoluzione delle differenze a livello cantonale**. Riguardo alla quantità di PP accordati, la differenza tra i Cantoni si è notevolmente ridotta. Questo risultato è riconducibile al fatto che i Cantoni con un tasso di PP accordati nel 2008 relativamente basso hanno registrato un netto incremento del volume di prestazioni fornite negli anni successivi, mentre in quelli con un tasso di PP accordati nel 2008 superiore alla media si è verificato piuttosto il contrario. Le disparità cantonali nell'ambito della rapidità delle procedure e delle uscite per beneficiario di prestazioni sono invece diminuite solo leggermente.

Sulla base dei risultati delle analisi è possibile trarre le conclusioni esposte di seguito.

■ Più l'attuazione dei PP è rapida, maggiori sono le probabilità di successo della (re)integrazione professionale. Tra gli uffici AI che attuano i PP con maggiore rapidità, infatti, il tasso di beneficiari di PP integrati con successo è molto più elevato (Pearsons r $\alpha < 5\%$).

■ La **probabilità** di dover concedere una rendita dopo l'attuazione di un PP è **minore** negli uffici AI che accordano PP più **rapidamente** e investono **più denaro** per ogni beneficiario di prestazioni. Al contempo, negli uffici AI che concedono PP con maggiore frequenza la probabilità che in seguito

all'attuazione dei provvedimenti debba comunque essere accordata una rendita è più elevata (probabilità condizionata).

I risultati ottenuti mostrano dunque che si hanno maggiori probabilità di evitare la concessione di una rendita e garantire la riuscita dell'integrazione professionale se per l'attuazione dei PP sono messi a disposizione **mezzi finanziari sufficienti**. Inoltre, gli uffici AI hanno un tasso di successo maggiore se i PP sono attuati **il più rapidamente possibile, ma non con troppa frequenza** (approccio piuttosto «selettivo»). A livello organizzativo si osserva che gli uffici AI che **prendono la prima decisione di triage sulla base di informazioni orali** in merito alla situazione medica e professionale ottengono nel complesso risultati migliori sul fronte dell'integrazione professionale.

Riduzione del numero delle nuove rendite

Un obiettivo importante perseguito dalla 5^a revisione AI era quello di far diminuire le uscite dell'AI mediante la **riduzione del numero delle nuove rendite**, allo scopo di contribuire sostanzialmente al risanamento finanziario del sistema.

Complessivamente, dai dati analizzati emerge con chiarezza che negli ultimi anni il numero delle nuove rendite è nettamente diminuito. Inoltre, **dal 2004 sono in costante calo** sia la **quota dei beneficiari di rendita** che la **quota delle rendite ponderate**. Il fatto che quest'evoluzione sia iniziata già prima dell'entrata in vigore della 5^a revisione AI senza una chiara «cesura» nel 2008 fa pensare che vi siano di **altri fattori, oltre al maggiore orientamento all'integrazione, responsabili per la riduzione**. Tra questi figurano innanzitutto alcune novità introdotte con la 4^a revisione AI, per esempio l'istituzione dei SMR, che ha permesso di considerare maggiormente nelle procedure l'interpretazione dell'invalidità in termini medico-assicurativi. Inoltre, anche sul fronte della giurisprudenza sono stati fissati requisiti più elevati per la concessione di una rendita nell'ambito di stati di dolore non riconducibili a cause organiche, che hanno reso «più restrittiva» l'interpretazione del diritto ad una rendita. A causa della complessità della situazione illustrata non è stato possibile determinare con esattezza in che misura i provvedimenti introdotti con la 5^a revisione AI abbiano contribuito alla riduzione generale della quota dei beneficiari di rendita. Si è però potuto constatare che gli uffici AI dispongono di un certo margine di manovra, che sfruttano per definire priorità diverse nell'attuazione della 5^a revisione AI.

Riassumendo, dai risultati ottenuti emerge che **effettuare il triage verso l'integrazione rapidamente e senza formalità burocratiche** si rivela efficace sia per **garantire il successo dell'integrazione** sia per **evitare la concessione di una rendita**, poiché permette di attuare in tempi più brevi prima i provvedimenti IT e poi anche i PP. Un ulteriore aspetto che appare determinante è l'importanza di non risparmiare troppo una volta concessi provvedimenti d'integrazione. A questo proposito, se nel caso dei **provvedimenti IT è raccomandabile un approccio ad ampio raggio**, in quello dei PP risulta invece più promettente un **approccio di tipo selettivo**, dato che un incremento del loro volume non è sempre opportuno.

Per quanto concerne gli **effetti** prodotti dalla 5^a revisione AI sull'**assicurazione contro la disoccupazione (AD)** e sull'**aiuto sociale (AS)**, possono essere formulate le seguenti considerazioni. Complessivamente, la quota di assicurati alla prima richiesta di prestazioni AI che nell'arco di tre anni dall'inoltro della richiesta hanno percepito indennità di disoccupazione è leggermente aumentata. A monte di questa tendenza, tuttavia, **non vi è uno travaso dall'AI all'AD**. La ragione risiede piuttosto nel fatto che le richieste di prestazioni AI vengono inoltrate sempre più tempestivamente e che un numero sempre maggiore di persone svolge ancora un'attività lucrativa al momento della richiesta. Di conseguenza, la probabilità che gli assicurati assistiti dall'AI abbiano ancora diritto alle indennità di

disoccupazione è più elevata rispetto a prima, il che, considerata la nuova tendenza nell'inoltro delle richieste, produce un aumento della quota degli assicurati che hanno richiesto prestazioni AI e sono iscritti alla cassa di disoccupazione. Per quanto riguarda l'AS, è possibile osservare **una leggera tendenza all'aumento dei beneficiari** in seguito all'introduzione della 5^a revisione AI. In termini numerici, secondo le cifre attualmente disponibili si tratterebbe però di **un gruppo relativamente ristretto**. Rispetto al 2007, negli anni successivi si rileva ad esempio un aumento compreso tra le 400 e le 550 unità all'anno, costituite da assicurati che hanno dovuto ricorrere all'AS in seguito alla chiusura definitiva del loro caso da parte dell'AI. Il periodo trascorso dall'entrata in vigore della 5^a revisione AI è però ancora troppo breve per poter formulare conclusioni attendibili in merito.

Sottoprogetto 2: Valutazione della revisione AI 6a

Il primo pacchetto di misure della 6^a revisione AI perseguiva in particolare i tre obiettivi seguenti:

- reintegrazione professionale dei beneficiari di rendita;
- introduzione di un contributo per l'assistenza per promuovere il modo di vita autonomo e responsabile dei disabili;
- misure di risparmio per contribuire in modo determinante al consolidamento finanziario dell'AI.

La revisione AI 6a ha introdotto una serie di nuovi strumenti che permettono all'AI di aiutare ulteriormente i disabili a rientrare nel mondo del lavoro. I nuovi beneficiari di rendita devono essere seguiti attivamente per sfruttare meglio il loro eventuale potenziale di reintegrazione e prepararli a svolgere nuovamente un'attività lucrativa a tempo pieno o parziale. Contemporaneamente si vogliono aiutare soprattutto le persone che ricevono già da tempo una rendita AI a reinserirsi nel processo lavorativo.

Il sottoprogetto 2 si è concentrato unicamente sulla **revisione delle rendite**, e in particolare sulla sua **attuazione** negli uffici AI. L'obiettivo era di esaminare la procedura seguita concretamente per la **revisione delle rendite finalizzata all'integrazione** (RFI) nonché per il **riesame delle rendite in base alle disposizioni finali della revisione AI 6a** (RR), rilevando quali approcci danno buoni risultati e dove s'incontrano le difficoltà maggiori.

Questo sottoprogetto si articola in due parti, una **qualitativa** e una **quantitativa**, incentrate su aspetti differenti.

La parte qualitativa si prefiggeva principalmente di raccogliere per ogni ufficio AI **informazioni comparabili in merito alle modalità di attuazione** (definizione della procedura, metodi per la scelta dei casi da rivedere, tipo di collaborazione con il SMR ecc.), ai profili e alle reazioni degli assicurati nonché alle risorse finanziarie e di personale necessarie per l'attuazione. Sempre in questo contesto sono stati inoltre affrontati da una parte i principali problemi e gli eventuali effetti indesiderati e dall'altra i fattori di successo. A causa dei problemi esistenti al livello della codificazione, l'attendibilità delle informazioni contenute nel registro dei dati è assai ridotta. Per questa ragione si è cercato di raccogliere indicazioni quantitative riguardanti le revisioni delle rendite effettuate anche all'interno degli uffici AI. A tale scopo, in ciascuno di essi sono stati condotti due colloqui di gruppo nella lingua ufficiale del relativo Cantone: l'uno con la direzione dell'ufficio AI e/o con i quadri degli ambiti integrazione, rendite e diritto, nonché con alcuni rappresentanti del SMR, e l'altro con un gruppo di 2-4 collaboratori che si occupano concretamente dei casi di revisione. Sul fronte dei contenuti, nel colloquio con i quadri è stato dato maggiore risalto alle questioni di livello strategico, quali la pianificazione e l'impostazione della procedura di RFI, mentre in quello con i collaboratori sono stati messi in primo piano i successi e le difficoltà che si presentano concretamente durante l'attuazione.

La **parte quantitativa** si prefiggeva di determinare, in base ai dati del registro, i primi risultati eventualmente disponibili sulle revisioni di rendita attuate. In questo contesto si prevedeva di valutare sia la RFI che il RR conducendo analisi statistiche su coorti di revisioni e di illustrare le differenze tra le procedure di revisione «tradizionali» e quelle nuove introdotte con l'entrata in vigore della revisione AI 6a nel 2012. Durante la fase di accertamento è stato tuttavia necessario fissare una serie di restrizioni ai dati disponibili, cosicché è stato possibile condurre unicamente analisi molto rudimentali.

Di seguito vengono presentati i risultati e le conclusioni principali che ne sono derivati.

Revisione delle rendite finalizzata all'integrazione

Dall'entrata in vigore della revisione AI 6a, in linea di principio la revisione delle rendite è sempre finalizzata all'integrazione. In pratica questo si traduce in una bipartizione della procedura di revisione che, a seconda della situazione di partenza, si basa o sull'esame della situazione e sugli accertamenti (come in precedenza) oppure sulla valutazione del potenziale d'integrazione. Dai colloqui condotti presso gli uffici AI è emerso che, sul piano terminologico, la revisione basata sull'esame della situazione e sugli accertamenti viene molto spesso definita la **«classica» revisione delle rendite**, in quanto esisteva già prima della revisione AI 6a. La revisione basata sulla valutazione del potenziale d'integrazione viene invece molto spesso designata come **revisione delle rendite «finalizzata all'integrazione»**, in riferimento al nuovo incarico di sondare il potenziale d'integrazione anche laddove non è stata rilevata alcuna modifica della situazione o del diritto alle prestazioni.

Considerati l'onere della procedura di *triage* e l'accurato esame degli incarti, molti uffici AI sono delusi dall'esiguo numero di casi di RFI per i quali è stato avviato un processo di reintegrazione. Questo fatto è confermato anche dai dati inerenti alle revisioni attuate tra il 2010 e il 2013 che alcuni di loro hanno fornito appositamente per il presente studio. Secondo i dati di 13 uffici AI, infatti, nel periodo in questione quasi tre quarti degli incarti dei beneficiari di rendita sono stati valutati in merito alla necessità di una revisione (*triage* preliminare). In 6 di questi uffici, è stato poi eseguito un esame approfondito del cambiamento della situazione mediamente in 1 caso su 6, il che corrisponde a circa il 9 % dell'effettivo delle rendite. Nella maggior parte dei casi esaminati (86 % circa), dopo l'accertamento della situazione non si è però proceduto a una revisione della quota di rendita; nel rimanente 14 % dei casi vi è invece una quota equivalente di aumento e di riduzione delle rendite (7 % circa in ciascun caso). Questi dati corrispondono all'incirca ai dati del registro relativi alla modifica delle rendite. Per quanto concerne la RFI, basata sulla valutazione del potenziale d'integrazione, i casi di revisione portati avanti sono ancora decisamente meno. Anche in questo caso, però, le cifre presentate poggiano solo sui dati di 8 uffici AI. Negli anni dal 2010 al 2013, quasi il 3,5 % dei beneficiari di rendita è stato selezionato in vista di un esame approfondito e una revisione basata sulla valutazione del potenziale d'integrazione. In poco più di 1 caso su 6 (16 % circa), è stato possibile presupporre l'esistenza di un tale potenziale e quindi portare avanti la procedura di revisione. A conclusione degli accertamenti e dell'attuazione di provvedimenti è stata decisa una riduzione della rendita solo in 1 caso su 10. Complessivamente, dunque, in 4 anni la revisione basata sulla valutazione del potenziale d'integrazione ha permesso di ridurre l'effettivo delle rendite dello 0,08 %, che corrisponderebbe a circa 160 casi. Come esposto in precedenza, questo risultato si basa però solo sui dati forniti da 8 uffici AI.

Da un lato, la quota relativamente bassa viene spiegata con l'inasprimento delle procedure per la concessione di una rendita, avvenuto già da qualche anno: l'impatto delle patologie sull'effettivo delle rendite attuale è elevato e gli assicurati che in base ai criteri correnti non avrebbero più diritto a una rendita non presentano ormai più alcun potenziale d'integrazione a causa dell'età e della durata di

riscossione della rendita. Dall'altro lato, ci si chiede se sia possibile basare un caso di revisione unicamente su un potenziale, considerato che l'esistenza di un tale potenziale d'integrazione supplementare presuppone di per sé che vi sia stato un cambiamento della situazione (medica, familiare ecc.).

Numerosi uffici AI dichiarano che, nella prima fase seguita all'entrata in vigore della revisione AI 6a, in caso di dubbio tendevano perlopiù a portare avanti il processo d'integrazione (colloqui interdisciplinari di *triage*, colloqui con gli assicurati) piuttosto che a interromperlo precocemente. Sebbene inizialmente l'onere richiesto fosse notevole (rispetto ai risultati modesti), l'acquisizione di esperienza in materia e in parte l'adeguamento delle procedure e dei criteri hanno permesso di ridurlo gradualmente. Inoltre in alcuni casi il lavoro supplementare necessario per condurre una valutazione nel caso di persone con un potenziale d'integrazione incerto o poco chiaro è stato svolto consapevolmente, nella convinzione che questo avrebbe permesso in futuro di attuare le procedure di revisione con maggiore rapidità ed efficacia, potendo escludere più chiaramente un potenziale d'integrazione grazie alle esperienze maturate su molti incarti. Alcuni uffici AI si sono dunque posti come obiettivo a lungo termine anche la riduzione della quantità di revisioni (secondo il principio «priorità della qualità sulla quantità»).

Nonostante le difficoltà incontrate, molti uffici AI **approvano sostanzialmente il principio della RFI**. Quest'ultimo avrebbe infatti permesso di fare effettivamente un ulteriore passo avanti nella trasformazione dell'AI in un'assicurazione finalizzata all'integrazione. Un giudizio complessivamente positivo è dato anche agli strumenti e alle possibilità ora disponibili per la reintegrazione degli assicurati.

La maggior parte degli uffici AI ritiene però che l'attuazione delle nuove procedure causi un onere sproporzionato rispetto al numero di persone integrate con successo nel mercato del lavoro primario. Tuttavia, per molti questo **squilibrio tra costi e benefici** non rappresenta una sorpresa: a loro modo di vedere, infatti, il mondo politico e l'Amministrazione federale hanno fortemente **sopravvalutato il potenziale** della reintegrazione **in termini di riduzione delle rendite**. In questo contesto molti uffici AI sono inoltre irritati dal fatto di essere ora valutati in funzione del raggiungimento di obiettivi lontani dalla realtà (il messaggio sulla revisione AI 6a prevedeva infatti una riduzione di 8000 rendite ponderate entro 6 anni). Evidentemente la stima del potenziale esistente non ha tenuto conto o lo ha fatto in misura troppo limitata dell'inasprimento delle procedure per la concessione di una rendita, avvenuto già da qualche anno. Questo sarebbe anche il **principale motivo** alla base della fissazione di obiettivi che a loro modo di vedere sono irraggiungibili. Diversi uffici AI fanno notare che, oltre alla generale sovrastima del potenziale d'integrazione presente nell'effettivo delle rendite, vi è stata anche una sottostima dell'**onere necessario per la reintegrazione** dei beneficiari di rendita, e questo anche da parte di alcuni di loro. L'attuazione della RFI richiede un investimento notevole in termini sia di risorse che di tempo, dalle procedure di *triage* all'impostazione individuale dei provvedimenti, passando per l'accompagnamento da vicino durante la fase d'integrazione (anche la fase di preparazione all'integrazione attraverso provvedimenti di facile accesso, spesso indispensabile, richiede a sua volta tempo), fino al lavoro di rete per il collocamento e la stabilizzazione nel mercato del lavoro primario.

Quale ulteriore spiegazione per la discrepanza tra aspettative e risultati, molti uffici AI adducono l'aspetto della **motivazione**: nonostante l'esistenza delle disposizioni di protezione, il passo dalla percezione della rendita all'integrazione nel mercato del lavoro è comunque associato a diversi cambiamenti e incertezze, che in alcuni casi finiscono per smorzare sensibilmente la disponibilità degli assicurati ad intraprendere il processo d'integrazione. E poiché il successo della reintegrazione dipende sostanzialmente dalla cooperazione e dalla volontà degli assicurati e inoltre gli uffici AI hanno meno strumenti (rispetto ai casi di RR e di nuove richieste di prestazioni AI) per esigere la loro collaborazione, il potenziale di riduzione delle rendite attraverso la RFI si riduce ancora sensibilmente. Sempre secondo gli uffici AI, inoltre, va considerato che sia le informazioni circa i risparmi previsti sia il dibattimento

to sulla revisione AI 6a (in particolare in relazione alle disposizioni finali) hanno prodotto effetti negativi sulla disponibilità degli assicurati a cooperare. Molti uffici AI hanno infatti segnalato l'onere supplementare causato dalla necessità di dissipare i dubbi e le incertezze degli assicurati (oltre alle incomprendimenti degli altri attori).

A loro modo di vedere, gli obiettivi prefissati non sono infine realistici, poiché non tengono sufficientemente conto del **potenziale di assorbimento del mercato del lavoro**, che tendenzialmente è piuttosto in calo a causa tra l'altro della progressiva riduzione di posti per persone poco qualificate, dell'inasprimento della concorrenza per chi presenta una capacità lavorativa ridotta e della situazione economica incerta. Diversi uffici AI sono del parere che, per poter attuare la revisione AI 6a come previsto, sarebbe stato necessario creare un certo numero di impieghi nel mercato del lavoro sia primario che secondario. Sebbene vi siano Cantoni in cui la cooperazione con il mondo economico sembra funzionare relativamente bene, resta ancora tanto da fare per poter disporre di posti di lavoro adeguati.

Secondo molti uffici AI, infatti, se nell'AI il principio dell'integrazione è ormai ben radicato (dopo la revisione AI 6a in modo ancora più sistematico che dopo la 5^a), nella società il cambio di mentalità è ancora agli inizi, ma necessario affinché il mondo economico, i tribunali, le istituzioni e l'intera popolazione siano in grado di individuare e sfruttare meglio il potenziale delle persone con problemi di salute.

Riassumendo, si può concludere che dal punto di vista degli uffici AI la riduzione dell'effettivo delle rendite attraverso la RFI rientrava in una strategia politica di risparmio che non teneva conto dell'attuabilità del progetto. Il potenziale atteso non era infatti presente né sul fronte degli assicurati (inasprimento della procedura per la concessione delle rendite, elevato impatto delle patologie, mancanza di motivazione) né su quello del mercato del lavoro (carente disponibilità all'assorbimento, mancanza di posti adeguati). Inoltre, si è sottovalutato l'onere necessario per la procedura di *triage* e la reintegrazione dei beneficiari di rendita in termini di tempo e di personale. Non bisogna neppure dimenticare che il successo dell'integrazione dipende da numerosi fattori e non è garantito nemmeno a fronte di un notevole impegno di tutti gli attori coinvolti: un elevato numero di casi si è concluso senza alcun mutamento della situazione. A prescindere da queste considerazioni, nel complesso la maggior parte degli uffici AI giudica positivamente l'orientamento generale e i nuovi strumenti della revisione AI 6a.

Principali difficoltà e sfide nell'attuazione della RFI

Come si è potuto constatare da quanto precedentemente esposto, per gli uffici AI l'attuazione della RFI comporta un onere considerevole e innumerevoli sfide. Le principali difficoltà da essi menzionate risiedono sia al livello della procedura che nell'ambito delle condizioni quadro e dei fattori contestuali.

■ Una sfida importante per la maggior parte di essi consiste **nell'individuazione degli assicurati con un potenziale d'integrazione**: numerosi uffici AI dichiarano di non aver trovato affatto o quasi casi idonei per la RFI. Anche per gli specialisti più esperti risulta spesso difficile giudicare se sussista un potenziale d'integrazione *sufficiente*, vale a dire se valga la pena avviare l'esecuzione di provvedimenti oppure se sia opportuno interrompere la procedura in mancanza di progressi.

■ Una difficoltà fondamentale durante la fase d'integrazione è quella del **rischio di destabilizzazione** dell'assicurato e il peggioramento delle sue condizioni di salute. A prescindere dal grande lavoro svolto e dall'impegno profuso, gli specialisti dell'integrazione devono sempre prevedere la possibilità che il processo debba essere interrotto senza alcun mutamento o addirittura con un peggioramento della situazione, in particolare nel caso degli assicurati con disturbi psichici.

■ A livello della procedura, un'altra difficoltà importante consiste nella **mancanza di cooperazione da parte dell'assicurato o del medico curante**: se l'ufficio AI rileva un potenziale d'integrazione, ma l'assicurato no, allora la procedura di RFI non può andare a buon fine. Inoltre, se non impossibili risultano perlomeno alquanto difficili anche i casi in cui la cooperazione con il medico curante non funziona oppure manca un'intesa sul compito comune (vale a dire sulla necessità di sfruttare e promuovere il potenziale dell'assicurato) e il medico ritiene che il suo compito sia in parte quello di proteggere il paziente dall'AI.

■ Circa la metà degli uffici AI segnala la **mancanza di risorse**. L'attuazione della RFI non è sempre riuscita come sperato sia perché per la revisione AI 6a non sono state accordate agli uffici AI risorse supplementari sufficienti, sia perché non è sempre stato possibile occupare i posti disponibili. Dal punto di vista qualitativo, questo concerne soprattutto lo svolgimento di colloqui con gli assicurati, ma anche in particolare la consulenza e l'accompagnamento prima, durante e dopo la revisione delle rendite. Diversi uffici AI sottolineano che per garantire la sostenibilità degli sforzi e reintegrare il più presto possibile nel mercato del lavoro i beneficiari di breve periodo sarebbe importante non solo fornire un accompagnamento alle persone che hanno concluso con successo il processo d'integrazione, ma anche seguire da vicino quelle che hanno appena ottenuto una rendita. Alcuni uffici AI segnalano inoltre l'onere supplementare che si è venuto a creare a carico dei propri collaboratori a causa della mancanza di risorse nonché l'effetto demotivante prodotto dai tagli sul budget e dalle direttive contraddittorie che impongono di integrare il maggior numero di assicurati, contenendo al contempo il più possibile i costi. Ne risulta una ponderazione dei costi non sempre semplice: dopo aver accordato provvedimenti a profusione in un caso, è necessario risparmiare sul successivo.

■ Diversi uffici AI rilevano problemi di fondo nel **«concetto» della RFI**. Innanzitutto sussistono dubbi riguardo alla possibilità di individuare un potenziale d'integrazione in assicurati che da un punto di vista medico non presentano capacità di lavoro. L'aspetto discutibile riguarda l'esistenza di un potenziale d'integrazione in assenza di un cambiamento della situazione, per non parlare del fatto che la RFI è in contraddizione con il principio secondo cui il diritto alla rendita dipende primariamente dalla valutazione della situazione medico-teorica. Inoltre, le difficoltà incontrate con gli assicurati che non intendono intraprendere il processo d'integrazione (per percezione soggettiva della malattia, timore, mancanza di incentivi, ecc.), sebbene secondo l'ufficio AI disporrebbero di un potenziale in tal senso, dimostrano che per quanto concerne la revisione basata sulla valutazione del potenziale d'integrazione è necessario chiarire la questione della facoltatività (o l'obbligatorietà) della partecipazione. Infine, si tratta di definire che peso dare alla valutazione dei casi basata sulle risorse rispetto alla dimensione medico-teorica. Alcuni uffici AI auspicano una migliore gestione nell'ambito della RFI, per esempio dando maggiore importanza al ruolo del SMR (p. es. rendendo vincolante la valutazione del potenziale d'integrazione o della capacità di lavoro da parte del SMR per il proseguimento del processo) oppure adeguando le basi giuridiche (in relazione ai motivi di revisione). Altri ritengono invece che il vantaggio della RFI sia proprio quello di permettere di prescindere sostanzialmente dagli aspetti medico-assicurativi nel processo d'integrazione. Secondo loro, infatti, in questi casi non è utile stabilire da un punto di vista medico quanto una persona sia in grado di lavorare: l'integrazione è più efficace quando non si tenta di «medicalizzare», ma piuttosto di mettere in evidenza opportunità e risorse.

Effetti positivi

Nonostante le diverse difficoltà e i risultati piuttosto deludenti finora ottenuti per quanto concerne il numero di revisioni basate sulla valutazione del potenziale d'integrazione concluse con successo, va segnalato che la maggior parte degli uffici AI è fondamentalmente **a favore** del principio della revisione finalizzata all'integrazione. Il messaggio concernente la revisione AI 6a parla di un «principio

della reintegrazione [che] assumerà maggiore importanza anche per i nuovi beneficiari di rendita», un'idea che sembra essere stata accolta molto positivamente dagli uffici AI.

La revisione AI 6a ha così permesso di rafforzare e radicare maggiormente il **principio dell'integrazione**: in molti uffici AI la **collaborazione interdisciplinare** in seno all'assicurazione invalidità ha trovato nuovi impulsi e la necessità stessa di collaborare con le persone interessate, il loro medico curante e il datore di lavoro ha prodotto a sua volta soluzioni per **migliorare questa collaborazione**. Questi aspetti sostanzialmente positivi e il cambiamento di filosofia così avviato – da «chi diventa invalido, sarà sempre invalido» in favore del principio della «rendita come ponte verso l'integrazione» – sembrano essere gli elementi più proficui per poter affrontare le sfide future dell'AI.

Revisione delle rendite in base alle disposizioni finali

Per la maggior parte degli uffici AI, l'attuazione della procedura RR si è rivelata onerosa e impegnativa sia in termini generali che nei singoli casi. Sebbene infatti alcuni menzionino il vantaggio che, contrariamente alla RFI, per la procedura RR direttive e criteri erano ben definiti, per molti uffici AI la valutazione dei casi è stata una sfida (p. es. per la complessità degli aspetti medici o la necessità di conciliare il punto di vista giuridico e quello medico). Inoltre, per molti dei loro collaboratori i colloqui con le persone interessate sono stati difficili e gravosi anche a livello personale. Le procedure RR sono risultate «estremamente penose» per tutti gli attori coinvolti e spesso i casi sono andati per le lunghe in seguito a ricorsi, perizie, nuove diagnosi, ecc.

Alcuni uffici AI considerano molto positivamente l'approccio del riesame delle rendite secondo le disposizioni finali, ovvero la garanzia dell'uguaglianza giuridica tra i beneficiari di rendita e gli assicurati che inoltrano una richiesta di prestazioni AI per la prima volta. A livello di attuazione, però, quasi nessuno degli uffici AI è riuscito a raggiungere l'obiettivo atteso in termini di riduzione o soppressione delle rendite in base alle disposizioni finali, innanzitutto perché nella maggior parte dei casi il numero d'incarti che rientravano nel campo d'applicazione del RR è risultato molto al di sotto delle aspettative e poi perché la maggioranza degli assicurati interessati ha impugnato la decisione dell'ufficio AI con esito positivo. In considerazione di quanto esposto, tra gli uffici AI domina il parere che il notevole onere causato dall'attuazione della procedura RR sia sproporzionato. Alcuni tendono addirittura a stilare un bilancio negativo: un ufficio AI stima che l'onere supplementare abbia persino superato i risparmi realizzati grazie alla soppressione delle rendite nel quadro del RR; altri menzionano l'incomprensione e il malcontento suscitati dal RR tra gli assicurati, i medici curanti, le istituzioni e la popolazione, con un conseguente danno all'immagine dell'AI e alla collaborazione con i servizi esterni. In singoli casi, però, l'onere viene giudicato assolutamente proporzionato: sebbene la procedura sia molto costosa, l'investimento può risultare vantaggioso, perché può permettere di evitare il versamento di una rendita per diversi anni.

Secondo il parere degli uffici AI, il mancato raggiungimento degli obiettivi in termini di riduzione dell'effettivo delle rendite sulla base delle disposizioni finali è da ricondurre principalmente a due ragioni: innanzitutto sono state sottovalutate le comorbidità, in particolare a causa della difficoltà di codificazione; in secondo luogo, visto l'inasprimento della prassi in materia di rendite avvenuto già da tempo, la diagnosi di disturbi da dolore somatoformi riguardava soprattutto casi di lunga data, molti dei quali tutelati dalla garanzia dei diritti acquisiti (assicurati con più di 55 anni o che beneficiano di una rendita da oltre 15 anni).

In considerazione di quanto esposto si può dunque supporre che le disposizioni finali abbiano prodotto effetti piuttosto sul piano qualitativo. In generale, la nuova giurisprudenza ha comportato che non vengono quasi più inoltrate nuove richieste di prestazioni per una sindrome senza patogenesi o eziologia

chiare e senza causa organica comprovata; la popolazione è ora cosciente delle condizioni relativamente alte poste per l'assegnazione di una rendita per diagnosi di questo genere. All'interno degli uffici AI, inoltre, l'attuazione del RR ha determinato un miglioramento delle competenze in materia, accrescendo così la capacità di individuare il tipo di disturbi che occorre esaminare più approfonditamente. Bisognerà ancora attendere per capire quali effetti produrrà sulla procedura RR la sentenza del Tribunale federale del 3 giugno 2015³, che prevede di abbandonare la presunzione della superabilità dei disturbi derivanti da sindrome somatoforme dolorosa o dei loro effetti con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile.

Giudizio globale sulla revisione AI 6a: attese, effetti e sfide

Nel complesso, gli uffici AI rilevano che sia la RFI sia il RR hanno comportato un onere enorme, producendo risultati piuttosto «modesti». Per diversi motivi non si dispone però di cifre che permettano di trarre delle conclusioni generali a questo riguardo. I dati numerici supplementari forniti dai singoli uffici AI nel quadro di questo mandato di ricerca indicano che, per una serie di motivi comprensibili, non sarà possibile raggiungere gli obiettivi quantitativi previsti nel messaggio sulla revisione AI 6a nemmeno in futuro.

Nonostante l'onere elevato a fronte di risultati modesti, la maggior parte degli uffici AI ritiene però che il **principio della revisione finalizzata all'integrazione** sia sostanzialmente **opportuno e corretto**. Innanzitutto questo approccio ha prodotto negli uffici AI un cambiamento di atteggiamento nel trattamento dei casi di rendita. Il principio dell'integrazione si è infatti rafforzato, in particolare nel caso dei nuovi beneficiari, facendo sparire dalla mente sia dei collaboratori degli uffici AI che delle persone assicurate l'idea che la concessione di una rendita AI sia un processo irreversibile (secondo il principio «chi diventa invalido, sarà sempre invalido»). In secondo luogo, la concentrazione sulla ricerca del potenziale d'integrazione ha portato all'**intensificazione della collaborazione interdisciplinare** e, di conseguenza, tra l'altro anche al miglioramento delle competenze nell'ambito dei casi di assicurati che presentano una molteplicità di problemi, conoscenze che potranno ora essere sfruttate anche per i nuovi beneficiari di rendite. I risultati della presente valutazione mostrano inoltre che per identificare il potenziale d'integrazione non bastano semplici strumenti e formule come una lista di controllo, ma occorre che i collaboratori degli uffici AI sviluppino una certa sensibilità in materia di integrazione: in questo senso il trattamento di «vecchi» casi di rendita nel quadro della RFI è stato un campo di prova ideale. Complessivamente, la vasta analisi (medico-assicurativa) della questione delle condizioni che danno diritto o meno a una rendita ha rappresentato un aspetto positivo: la possibilità di discutere apertamente e in modo trasparente è stata utile anche per l'AI nel suo complesso. Sul piano dei singoli casi, invece, le disposizioni finali hanno suscitato molta frustrazione.

Occorre prendere sul serio la segnalazione di diversi uffici AI secondo cui le reazioni negative in merito alle disposizioni finali da parte non solo delle persone interessate ma anche dei loro medici curanti avrebbero danneggiato più che promosso l'immagine dell'AI. A questo proposito potrebbe risultare opportuna l'attuazione «a occhio» del RR praticata da molti uffici AI, che fondamentalmente consiste in un'analisi del singolo caso che tiene conto del contesto personale e individuale; lo stesso vale per il principio «priorità della qualità sulla quantità» nell'ambito della revisione delle rendite.

³ Sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicazione DTF.

Al contempo, però, il fatto che dal riesame sistematico dell'effettivo delle rendite condotto con intensità dal 2010 siano emersi solo pochissimi casi in cui è stato effettivamente possibile individuare un potenziale d'integrazione sta a dimostrare che negli ultimi anni l'assicurazione invalidità non ha accordato (troppe) rendite per casi non (del tutto) giustificabili da un punto di vista medico.

Una delle maggiori sfide per il futuro potrebbe essere quella di trovare soluzioni adeguate ai problemi di fondo nell'ambito del «**concetto**» della RFI. Da un lato, si tratta di capire come individuare in modo attendibile un potenziale d'integrazione promettente in assenza di un cambiamento della situazione. Dall'altro, i timori delle persone interessate di perdere una certa sicurezza in seguito alla soppressione della rendita sono reali, e in molti casi anche fondati. Secondo il parere degli intervistati, per riuscire a convincere le persone interessate che nonostante questi timori la revisione della rendita rappresenta un'opportunità sono necessari ulteriori sforzi, da parte non solo dell'assicurazione invalidità ma anche dei medici curanti e dei datori di lavoro, che mettendo a disposizione posti di lavoro adeguati contribuiscono in modo determinante al successo dell'integrazione.

Summary

Introduction and brief

The evaluation conducted focuses on **assessing the implementation and impact of the rehabilitation measures of invalidity insurance**, with particular consideration of the new provisions introduced by the 5th Revision of the Invalidity Insurance Act (InvIA) and, to the extent possible, also by the 6th Revision of the InvIA. The 5th Revision of the InvIA in particular intensified efforts to implement the principle of "prioritizing rehabilitation over pension". Appropriate early detection and intervention measures and procedures are intended to help reduce the number of new pension claimants. The 6th Revision of the InvIA broadened rehabilitation efforts to also include people drawing invalidity pensions, with the aim of promoting labour market reintegration of those with the potential for rehabilitation, and consequently reduce the number of people drawing an invalidity pension. In addition, it also sought to more firmly plant the idea of rehabilitation in claimants granted a pension for the first time. The objective with these reforms was to bring about a paradigm shift away from "once a pension, always a pension", towards the "pension as a bridge to rehabilitation" model (Federal Council Dispatch concerning the amendment of the Invalidity Insurance Act [6th Revision of the InvIA, first package of measures, p. 1840).

The research mandated is subdivided into two subprojects: While the first subproject focuses on the potential impact of the 5th Revision of the InvIA and the attainment of its intended goals, the second subproject centres on the description and analysis of the actual implementation of InvIA Revision 6a in the cantonal invalidity insurance offices (IV offices).

Subproject 1: Evaluation of the 5th Revision of the InvIA

According to the Dispatch concerning the amendment of the Invalidity Insurance Act (5th Revision of the InvIA), the 5th Revision had **two primary aims**.

■ **Greater focus of invalidity insurance on rehabilitation.** Specifically this entails:

■ **Early contact** and quick **unbureaucratic support** with appropriate measures if an individual's capacity for work is at risk

■ Better support for **people with mental health conditions and those without vocational/professional qualifications** by means of new **reintegration measures** and extending entitlement to existing occupational measures

■ **Reducing the number of new claimants:** By **reducing the number of new claimants**, spending on invalidity insurance benefits will be lower, thus making a substantial contribution to putting the system on a sounder financial footing.

Evaluation of the 5th Revision of the InvIA **principally relies on statistical analyses**, which allow conclusions to be drawn about the outcomes of the 5th Revision. These statistical analyses are based on the **registry data for the cohorts comprising new invalidity pension claimants** for the years 2004 to 2011. There are consequently 4 cohorts available for comparison before and after implementation of the 5th Revision of the InvIA in each case. This makes it possible to identify and depict **changes** with respect to the number, type and costs of rehabilitation-oriented measures **over time**. Secondly, with the aid of statistical comparisons between the cantonal IV offices, it is possible to identify the **success factors** that contribute to achieving the aims of the 5th Revision of the InvIA. By linking the invalidity insurance registry data with the **registry data for individual accounts** (relating to the level of insured earnings), it is possible to determine the extent to which the rehabilitation provisions of invalidity insurance contribute to the retention of insured persons in the primary labour market.

Promising strategies are also identified here on the basis of comparative analyses between the IV offices. Finally, data relating to **unemployment benefit** and **social assistance statistics** are used to identify possible changes in the relationships between invalidity insurance, unemployment insurance and social assistance.

The key findings and conclusions are summarized below.

Early contact and quick unbureaucratic support

According to the Dispatch concerning the amendment of the Invalidity Insurance Act (5th Revision of the InvIA), individuals whose capacity for work is limited for health reasons should be **identified as early as possible**, and be supported with new, low-threshold measures – such as workplace adaptations, job-seeking support or socio-professional rehabilitation for example – which can be put in place quickly without any major prior assessment and which will enable them to **stay in their current job** or take up **a new job** either in the same company or elsewhere.

The analyses performed permit the following conclusions to be drawn:

■ **Early contact:** Thanks to the early detection and early intervention phase introduced with the 5th Revision of the InvIA, people with a reduced capacity for work for health reasons can get earlier in **contact** with the cantonal IV offices. This has first resulted in the rapid rise in the number of new claimants aged under 55 from 2008 onwards, while the number of new registrations remained more or less stable. Secondly, the average age at the time of the first benefit claim has fallen from 48 years (2007) by a good 1½ years to 46½ years. Thirdly, invalidity insurance benefits are increasingly being claimed by people who are still in paid employment. This rise is particularly noticeable among the age range of 30 to 50.

The continuous increase of the number of new benefit claimants who are still in paid employment at the time of claiming is an indicator that this "shift" has not yet run its full course and is set to continue.

■ **Quick and unbureaucratic support with early intervention measures:** Since their introduction in 2008, the **use of externally delivered early intervention measures** has almost **doubled** from 6% to 11%. As there are no reference figures available here, it is not possible to ascertain whether this relates to a large number of measures or just a few. Moreover, it should be noted that the available data do not allow any meaningful conclusions to be drawn regarding the use of early intervention measures that are delivered internally by IV offices. Yet, it is very likely that a relatively large proportion of early intervention measures are "career counselling" and "job-seeking assistance" provided by the staff at IV offices. Also, it may well be the case that some of the observed differences between the cantons with respect to granting external early intervention measures are due to the fact that some of the IV offices deliver more internal early intervention measures than others. Accordingly, external early intervention measures would not come in addition to internal ones, but would instead replace them (at least in part). Irrespective of this, it has already been shown in another study that the IV offices pursue different strategies with respect to the allocation and use of early intervention measures (Guggisberg et al., 2014). For instance, there are IV offices that tend to follow a "broad" rehabilitation strategy and others that are more "selective" in their approach.

With respect to the **speed** of intervention, early intervention measures are **for the most part authorized quickly**. A good two-thirds of all external early intervention measures are carried out within six months after the benefit claim is made. The fact that over time early-intervention measures have tended to be granted more quickly and that the differences between cantons have significantly lessened shows that the IV offices have made an effort to perform better. That the differences between the can-

tons – although now to a lesser extent – are still considerable, indicates that there is still scope for improvement in this respect.

■ **Support for people with mental health problems:** Individuals with mental health conditions constitute a steadily rising proportion of those receiving early intervention measures. While in 2008 one in four people receiving early intervention measures had a mental health disorder, this had risen to one in three by 2011. The average expenditure on early intervention measures for such people is slightly higher (+ CHF 900), the risk of a pension being subsequently granted is higher by a factor of approximately 1.5, and the likelihood that they will still be in paid employment three years after having claimed invalidity benefits is around 10% lower.

■ **Labour market integration:** How well do IV offices succeed in keeping or reintegrating individuals into the primary labour market? About two out of every three people who are still in paid employment at the time of claiming and who receive external early intervention measures are earning an income three years after the benefit claim. In the case of people who are no longer in employment at the time of benefit claim, the chances of reintegration following early intervention measures are greatly reduced (50%). It is difficult to judge the true extent of the contribution of the IV offices to this "success", as it is not possible to determine what would have happened if the IV offices had not delivered any early intervention measures. However, comparing IV offices using statistical methods does allow for identifying success factors. IV offices which perform an **initial triage predominantly on the basis of oral information** about the individual's occupational and medical situation and which spend on average **more money on external early intervention measures** per claimant, are **more successful** in helping new claimants keep their job or reintegrating them into the labour market, even taking the unemployment rate into account, than those which adopt a different approach for the initial triage and spend less per claimant on external early intervention measures. **Consequently, quick and unbureaucratic action during the initial triage and not skimping on resources to implement early intervention measures appear to pay off.**

Reintegration measures

Reintegration measures are aimed at actively developing and retaining the reintegration capacity of the insured in order, when necessary, to create the conditions for further occupational measures. Reintegration measures, which focus more particularly on people with mental health problems, therefore add up to the range of measures that existed prior to the 5th Revision of the InvIA. Their objective is also to help (re)integrate insured people into the labour market for whom there were previously no suitable measures, and consequently, to reduce the take-up of new invalidity pensions (Dispatch concerning the amendment of the Invalidity Insurance Act, 5th Revision).

On the whole, relatively few reintegration measures are granted. However, participation in such measures by new claimants increased steadily from 2.8% to 3.6% over the observed period. In comparison with early intervention measures, which almost doubled between 2008 and 2011, the increase in the number of people having received reintegration measures is somewhat more modest. The proportion of beneficiaries with a mental health disorder who received a reintegration measure rose from 68% (2008 cohort) to 75% (2011 cohort). As a whole, two such measures were approved for every 10,000 insured people from the 2008 cohort, while the figure for the 2011 cohort was three measures. Relatively large differences, although decreasing slightly over time, exist between the cantons with respect to the use of such measures. Around half of all reintegration measures are granted within one year after the benefit claim is made. IV offices that took a comparatively long time to prescribe reintegration measures in 2008 became slightly quicker in the following years. Nevertheless, the differences

in respect of speed are still considerable in 2011 (cohort), which indicates some scope for improvement in this regard. IV offices that prescribe reintegration measures more frequently are also slightly quicker in prescribing them. However, the data analyses do not corroborate the hypothesis that a pension is granted more often if measures are prescribed more frequently. There is therefore no significant correlation between the authorization frequency and the conditional probability of receiving a pension following a reintegration measure.

Since the introduction of reintegration measures in 2008, on average, around CHF 15,000 have been spent on each new claimant who has participated in reintegration measures within three years after the benefit claim. The actual expenditure is therefore slightly lower than forecasted in the Dispatch concerning the 5th Revision of the InvIA.

From the data evidence available, it is not possible to determine the extent to which successful reintegration into the labour market is due to a reintegration measure. That the clientele who receive reintegration measures tend to be among those who are the hardest to place in jobs is borne out by the fact that, three years after first claiming, "only" slightly less than half (45%) are in paid employment. This is (as expected) considerably lower than for those who participated in early intervention measures. The following finding is encouraging, however: **IV offices that prescribe reintegration measures more frequently and more quickly are more successful in reintegrating claimants who participate in measures into the labour market** (Pearsons r ; $\alpha < 5\%$).

Occupational measures

With respect to measures of an occupational nature – including, among others, career counselling, basic/continuing education and training, retraining, capital assistance and job-seeking support – the 5th Revision of the InvIA brought about little change. Nevertheless, the expansion of existing occupational measures (extension of eligibility for assistance with job-seeking and enshrining the induction allowance in legislation) led to a sharp rise in take-up rates in 2008. From 2009 this rise continued, albeit at a more moderate rate. Unsurprisingly, therefore, there were no significant changes with respect to the take-up, speed of allocation and expenditure on these measures when the 5th Revision of the InvIA came into force. However, it is more interesting to look at **trends relating to the differences between the cantons**. With respect to the number of occupational measures prescribed, it can be seen that the differences between the cantons have lessened considerably. This is because the cantons, which had allocated a comparatively low number of occupational measures, saw a significant increase in numbers, while the cantons that had allocated an above-average number of occupational measures in 2008 tended to reduce the number of such measures in subsequent years. With respect to speed and expenditure per claimant, the differences between the cantons have lessened only slightly.

Based on the analyses, the following conclusions may be drawn:

- The more quickly occupational measures are implemented, the greater the chances of a successful labour market integration or reintegration. In IV offices in which occupational measures are carried out relatively quickly, the labour market reintegration rate of people who participated in such measures is significantly higher (Pearsons r $\alpha < 5\%$).
- On the other hand, the likelihood that an insured person receives a **pension** after participating in an occupational measure is lower in IV offices that provide occupational measures comparatively **quickly** and spend **more money** on each claimant. At the same time, in IV offices that provide comparatively more occupational measures, the probability is greater that a pension will still be granted following the measure (conditional probability).

Accordingly, the findings indicate that better outcomes in terms of preventing new invalidity pensions and achieving successful labour market reintegration are obtained if **sufficient financial resources** are provided for the provision of measures. Moreover, IV offices are more successful when occupational measures are used **as rapidly as possible, but not too frequently** (i.e. more selectively). At the organizational level, it may be observed that labour market reintegration is on the whole more successful in IV offices where the **initial triage is based on information provided orally** about the occupational and medical situation.

Reduction in new invalidity pensions

One important aim of the 5th Revision of the InvIA was to lower invalidity insurance expenditures by **reducing the number of new claimants**, and in so doing, to make a substantial contribution to putting the system back on a sounder financial footing.

Overall, the data analysis indicates a very clear decline in the number of new invalidity pensions for some years. Both the **pension-approval rate** and the **weighted pension rate have been continuously decreasing since 2004**. The fact that this trend had already set in ahead of the 5th Revision of the InvIA and that there is no actual interruption in this trend from 2008 onwards indicates that, **apart from the increased focus on rehabilitation, there are also other factors at play in this decrease**. These include on the one hand the new provisions introduced by the 4th Revision of the InvIA, like for instance the introduction of the Regional Medical Service (RMS), which enabled greater inclusion of medico-actuarial considerations in the clarification of an invalidity. On the other hand, the judiciary has also set higher hurdles for claiming invalidity pensions for ailments involving pain with medically unexplainable causes and this has led to a more "strict" interpretation of pension entitlement than in previous years. Owing to the complexity of this situation, it is not possible to determine the extent to which the measures introduced with the 5th Revision have contributed to the overall reduction in pension approval rates. However, the analysis could demonstrate that IV offices have some latitude to set different priorities when implementing the 5th Revision, and that they do indeed make use of this.

In summary, it can be concluded from the present findings that **a quick and unbureaucratic triage** seems to have a positive effect from the point of view of both **successful reintegration** and **preventing new invalidity pension**. Both early intervention measures and later occupational measures can be then carried out more quickly, which helps successful reintegration. Where reintegration measures are prescribed, it also seems appropriate not to skimp on their funding. While a **broad approach is advisable for early intervention measures**, increasing the number of occupational measures is not necessarily indicated. In this respect, **adopting a selective approach** is more likely to lead to success.

With regard to the question of the potential **impact** of the 5th Revision of the InvIA on **unemployment insurance** and **social assistance**, the following conclusions may be drawn: Overall, the percentage of new claimants who have drawn unemployment benefits within three years after claiming invalidity benefits has risen slightly. However, it cannot be said that this denotes a **"shift" from invalidity insurance to unemployment insurance**. Rather, it is more likely that this trend is the result of an increasing number of people claiming for invalidity benefits earlier than in the past, while there are still in paid employment. Consequently, invalidity insurance is increasingly supporting people who are still entitled to unemployment benefits: this is then because of these changes in claiming behaviour that one can observe an increased take-up of unemployment benefits by people claiming invalidity benefits. With respect to social assistance, the introduction of the 5th Revision of the InvIA may have led to a **slightly rising trend in the number of people receiving social assistance**. In terms of actual

numbers, however, based on the currently available information, this appears to be a **comparatively small number of people**. For instance, taking 2007 as the reference year, subsequent years saw a rise from 400 to 550 in the number of people dependent on social assistance benefits after their case had been fully processed by the IV office. However, the time that has elapsed since the 5th Revision came into force is still too short to make any definitive statements in this regard.

Subproject 2: Evaluation of the revision 6a of the InvIA

The first package of measures introduced with the 6th Revision of the InvIA had the following three main aims:

- Reintegration of beneficiaries of invalidity pensions into the labour market
- Introduction of a personal assistance allowance to help people with disabilities lead an independent and self-determined life
- Make savings in order to substantially contribute to the financial consolidation of invalidity insurance

The revision 6a of the InvIA introduced a range of new instruments to provide even more support to people with disabilities to help them return to work. New beneficiaries of invalidity pensions are to be actively assisted to enable them to better utilize any potential for rehabilitation and prepare them for either part-time or full-time employment. But the focus was also and above all on the long-term invalidity pension recipients, whom now can also be helped back into work.

Subproject 2 is confined to the examination of **pension reviews**, and in particular its **implementation** in the IV offices. This subproject looks at how IV offices conduct **reintegration-oriented pension reviews** (RPR), and also how they proceed with **pension reviews on the basis of the final provisions of the revision 6a** (FPR). Finally, it presents successful approaches as well as the main difficulties faced in this process.

Subproject 2 has both a **qualitative** and a **quantitative** element, each with a different focus.

The main aim of the qualitative part was to obtain from all IV offices **comparable information on the way they implement pension reviews** (process definition, methods of selecting cases to be reviewed, liaison with the Regional Medical Service (RMS), etc.), on the profiles and reactions of the concerned insured persons, as well as on the human and financial resources required for implementing pension reviews. In addition, the aim was to identify both the main problems and the main success factors, and to discuss any unintended consequences. Since the registry data are of very limited informative value due to coding issues, information regarding the metrics used when carrying out pension reviews was also sought from the IV offices. To this end, two group discussions were held in each IV office in the respective language of the office. One discussion was held with the director of the IV office, and/or with team leaders from the reintegration, pension and legal departments, as well as representatives of the RMS. A second discussion was held with one to four invalidity insurance caseworkers who conduct the reviews. The discussion with the leaders tended to focus more on the strategic level, on the concept and design of the reintegration-oriented review procedure. The discussion with IV caseworkers centred on the difficulties and successes of implementing pension reviews.

The aim of the **quantitative part** was to determine, on the basis of the registry data, some initial findings regarding the pension reviews conducted. The intention was to evaluate both the reintegration-oriented pension review and the final provisions review processes by means of statistical analyses of review cohorts, and to determine how the "traditional" review processes differed from the "new" ones introduced with the 6th Revision of the InvIA. Regarding the data available, it was necessary to apply

several restrictions at the fact-finding stage, with the result that only very rudimentary evaluations were possible.

The key findings and conclusions from the analyses are presented below.

Reintegration-oriented pension review [RPR]

Since the revision 6a of the InvIA came into force in 2012, all pension reviews are conducted with rehabilitation in mind. In practice, this means that there are two forms of review process, i.e. depending on the initial situation, a review is carried out either based on a re-examination of the facts of the case as hitherto, or driven by the potential for reintegration. In the course of discussions with the IV offices, it emerged that reviews based on a re-examination of the facts were very often referred to as **"traditional" pension reviews**, as this form of review had already been possible prior to the revision 6a. Potential-driven reviews on the other hand are very often referred to as **"reintegration-oriented" pension reviews [RPR]** (*eingliederungsorientierte Rentenrevisionen*), as they are driven by the new onus on seeking rehabilitation potential even if no change in the underlying facts and entitlement can be determined.

Many IV offices are disappointed at how few RPR cases have ultimately triggered a reintegration process in spite of the laborious triage process and careful examination of beneficiaries' dossiers. This is also illustrated by the figures relating to reviews carried out between 2010 and 2013, which were supplied by some IV offices specifically for this study. Based on data from 13 IV offices, about three-quarters of all existing pension dossiers were on average examined between 2010 and 2013 to see whether a review was indicated or not (preliminary triage). On the basis of the data from 6 of these 13 IV offices, an in-depth probe into changes in the facts of a beneficiary's situation was conducted on average for every 6th dossier examined during the preliminary triage. This represents around 9% of all pension dossiers. In the vast majority of these cases (around 86%), however, the pension remained at the same level after the fact-check had been conducted; the remaining 14% resulted in almost equal numbers of pensions being raised or lowered (i.e. around 7% each). These figures are broadly consistent with the figures on pension changes available in the registry data. With respect to potential-driven or "reintegration-oriented" pension reviews, it was also the case that substantially fewer reviews were followed up in detail. However, the figures presented here are, again, only from eight IV offices. Concretely, this means that, between the years 2010 and 2013, approximately 3.5% of all existing pension recipients were selected for an in-depth reassessment and a potential-driven pension review. For a good sixth of these selected cases (approx. 16%), the potential for rehabilitation was identified and the pension review subsequently carried out. After the facts had been examined and/or measures had been implemented, a pension reduction was ultimately ordered for only around 1 in 10 cases. Accordingly, in relation to the total number of pension recipients, over four years, it was possible to reduce the pension for approximately 0.08% of claimants following a potential-driven pension review. Scaled up, this would amount to approximately 160 cases. As mentioned, however, the figures are based on information from only eight IV offices.

First, this relatively low proportion may be attributed to the stricter pension approval criteria already being applied for a number of years: the disease burden among current pension recipients is considered high and, given their age and the length of time they have already been drawing a pension, there is probably no longer any rehabilitation potential among those benefit recipients who would no longer qualify for a pension under the current criteria. Secondly, the question arises as to whether there are any "purely" potential-driven cases, since the existence of additional rehabilitation potential implies *per se* a change in the underlying facts (medical condition, family situation, etc.).

Many IV offices report that, in the first phase after the revision 6a came into force, in cases of doubt, they tended to further carry out the reintegration-oriented process (interdisciplinary triage consultations, discussions with the insured persons) rather than break it off at an early stage. With increasing experience, and sometimes with modifications to processes/criteria, it proved possible to gradually reduce the amount of work involved (given the modest return for it). In some cases, this additional work – performing assessments for individuals when the rehabilitation potential was uncertain/unclear – was willingly accepted. It was assumed that this would enable future reviews to be handled more quickly and efficiently, since the experience gained would make it possible to more clearly eliminate rehabilitation potential in many cases. Several IV offices have consequently also specified a reduction in the number of reviews ("quality not quantity") as a long-term goal.

Despite the difficulties, many IV offices **welcome the general thrust of RPR**. With respect to the focus on rehabilitation, they do appear to have taken a step forward thanks to the reintegration-oriented approach to invalidity pension reviews. Overall, the instruments and opportunities available for reintegrating claimants into the labour market are also judged to be positive.

A large majority of the IV offices consider that the large amount of work required by the review process is out of proportion to the number of people successfully reintegrated into the primary labour market. However, many IV offices do not find the **imbalance of effort and return** surprising. This is reinforced by the fact that the IV offices believe that the politicians and administrative authorities massively **overestimated the potential for reducing pensions** by means of rehabilitation measures. Against this backdrop, various IV offices are also irritated that their performance is now to be judged on the basis of impractical objectives – the Dispatch concerning the 6th Revision of the InvIA envisages a reduction of 8,000 weighted pensions within six years. In their view, the considerably more restrictive practices in approving pensions that occurred in recent years were apparently not (sufficiently) taken into account. This is also the **main reason** why, from their point of view, the targets are not achievable. Several IV offices point out that, in addition to the general overestimation of the rehabilitation potential among current pension recipients, the **effort involved in reintegrating** claimants was also underestimated, in some cases even by the IV offices themselves. The implementation of RPR is time-consuming and resource-intensive, from the triage process to the individual design of appropriate measures, the high level of support required during the rehabilitation process (low-threshold measures that are often necessary likewise requires considerable time), through to networking activities, job placement and retention in the primary labour market.

Various IV offices cite **motivation** as a further reason for the discrepancy between expectations and outcomes: despite the protections in place, the step from receiving a pension back into the labour market is associated with many uncertainties and changes, which, in some cases, considerably reduce the willingness of pension beneficiaries to embark on the reintegration process. Since successful reintegration depends to a very significant extent on the cooperation and willingness of the beneficiary, and the IV offices (in contrast to FPR and also to new claimants) have little to offer to persuade them to cooperate, the potential to make savings on pensions by means of RPR is further greatly reduced. The IV offices also consider that publication of the expected savings, along with the public debate about the revision 6a of the InvIA (especially in connection with the final provisions), have had a negative effect on the willingness of pension recipients to cooperate. Many IV offices mention the extra work involved in dispelling the anxieties and uncertainties of many pension recipients (as well as misunderstandings among other actors).

Finally, the targets are also held to be unattainable because too little account was taken of the **potential of the labour market to absorb these people**. The IV offices consider that this absorption poten-

tial is also on the wane: fewer and fewer jobs for the low-skilled; greater competition on the labour market for not fully productive workers; uncertain economic climate, etc. Several IV offices share the opinion that, in order to implement the revision 6a as intended, it would be necessary to create a large number of jobs, both in the primary and secondary labour market. Although there are cantons in which cooperation with business actors appears to be relatively good, the majority of IV offices think that a great deal of efforts still needs to be done to provide suitable jobs.

Many IV offices believe that, although the idea of rehabilitation is already firmly embedded in invalidity insurance (even more since the revision 6a), society is still at the very beginning of this process: a change in attitude is required by job providers in industry, in the courts, in the institutions, as well as among the public at large, if the potential of insured persons is to be more clearly perceived and utilized.

In sum, it can be concluded that from the point of view of the IV offices, the desired reduction in the number of pension recipients as a result of RPR was based on politically driven savings targets without taking the actual feasibility of implementing the policy into account. The extent of the potential envisaged was not realizable, neither in relation to the pension recipients themselves (stricter pension approval regime, higher disease burden, lack of motivation), nor in relation to the labour market (capacity to absorb, suitable jobs). In addition, the time and resources required for triage and reintegrating pension recipients was underestimated. Moreover, the success of reintegration depends on numerous factors and is by no means guaranteed, even given a large degree of commitment from all the actors involved – a large number of cases had to be closed without any change in outcome. However, the general thrust and the instruments provided were regarded as positive by most.

Principal difficulties and challenges when implementing RPR

As already mentioned above, implementation of RPR entails considerable work and presents IV offices with numerous challenges. The main difficulties cited by the IV offices are at the process level as well as with regard to the general framework and context.

- The majority of them states that **identifying pension beneficiaries with rehabilitation potential** is their biggest challenge – several IV offices report that they found few or no RPR cases. Also the question of whether *sufficient* rehabilitation potential is present, i.e. deciding whether it is worthwhile commencing measures, or when it is the right time to discontinue the process if the individual is making insufficient progress, is often very difficult, even for very experienced staff.

- One fundamental difficulty during the rehabilitation phase is the **risk of destabilization** and a deterioration of the individual's health. Despite the great amount of work and commitment they put in, rehabilitation staff must always be aware that, especially in the case of people with mental health problems, it may be necessary to abort the process without any change, or with an even worse outcome.

- **Lack of cooperation of beneficiaries or with doctors** is a further significant difficulty for implementing RPR at the process level: if the IV office sees potential, but the beneficiary does not, RPR will then not work. Although not impossible, cases where cooperation with attending physicians is poor are also extremely difficult, i.e. where there is a lack of common understanding as to the purpose of the exercise (i.e. to utilize and develop the beneficiary's existing potential), and physicians in some cases see their role as protecting claimants from the invalidity insurance.

- Around half of the IV offices report a **lack of resources**. They say they could not always implement RPR as they would wish, either because the IV offices were allocated too few additional resources for 6a, or because posts could not always be filled. Qualitatively, this has an impact above all on the discussions conducted with pension recipients, but also on the counselling and assistance provided be-

fore, during and after reviews. Various IV offices stress that in their view, following up after successful reintegration, and providing a close support to new invalidity pension recipients, would be important to ensure the long-term impact of their efforts, or to reintegrate people who had only been drawing pension for a short time into the labour market as soon as possible. Some IV offices also point to the additional workload on staff as a result of the lack of resources, as well as on the demotivating effect of budget constraints and the conflicting requirement to reintegrate as many claimants as possible but minimize costs. This requires a balancing of costs that is not always straightforward – one case where measures are generously granted will be followed by other ones which have to be processed more inexpensively.

■ Various IV offices have fundamental problems with the **"construct" of RPR**. Firstly, they express doubts about the feasibility of identifying rehabilitation potential in pension recipients who are considered medically unfit to work: they find it questionable whether there can ever be rehabilitation potential without a change in the underlying facts of the case; moreover, they say that RPR conflicts with the fundamental principle that entitlement to a pension is chiefly defined on the basis of the medico-scientific facts of the case. Secondly, difficulties with recipients who, from the point of view of the IV offices, exhibit rehabilitation potential, but who are not willing to engage in the rehabilitation process (subjective perception of illness, anxieties, lack of incentives etc.), indicate that there is still a greater need for clarity with respect to the voluntary – or binding – nature of potential-driven pension reviews. Finally, there is also the question of the weight that should be attached to resource-based approaches to evaluations as opposed to the medico-scientific ones. Some IV offices would like a better procedure for "handling" RPR, e.g. giving the RMS a greater role (for instance by making the RMS assessment of the rehabilitation potential or fitness for work binding for the subsequent process), or by amending the respective legislation (review reasons). Other IV offices consider it to be a positive advantage of RPR that it enables medico-actuarial aspects to be largely eliminated from rehabilitation processes. From their point of view, defining medical definition of how much a person can still work is of little use in such cases and rehabilitation would work better if cases were not "medicalized", but the emphasis were placed on opportunities and resources instead.

Positive impacts

Despite the many difficulties and the current, rather disappointing outcomes in view of the number of potential-driven pension reviews successfully completed, the basic **positive attitude** of most IV offices toward the reintegration-oriented approach should be stressed. The idea of "planting more firmly the idea of rehabilitation in the minds of those who are being granted a pension for the first time", which is mentioned in the Dispatch concerning the amendment of the Invalidity Insurance Act (6th Revision, first package of measures), appears to have been accepted very positively by IV offices.

Thanks to the revision 6a, this **reintegration-oriented view** was further reinforced and more firmly established. In many IV offices, **interdisciplinary cooperation** within invalidity insurance received a further boost, and the necessity of working with the insured persons themselves, their attending physicians as well as employers has also produced solutions for **better cooperation**. These fundamentally positive aspects and the resulting initiation of a paradigm shift away from "once a pension, always a pension" towards the "pension as a bridge to rehabilitation" model appear to have resulted in the greatest gains for the fulfilment of future invalidity insurance requirements.

Pension reviews according to final provisions

Both overall and on a case-by-case basis, the implementation of FPR was demanding and involved a lot of work for most IV offices. In some cases it is rated as positive that, in contrast to RPR, the speci-

fications and criteria for FPR were clearly defined. Nonetheless, for many IV offices, assessing the cases presented a challenge (medical complexity; combining legal/medical viewpoints). Discussions with those involved proved difficult, and also personally distressing, for many IV caseworkers. FPR was "extremely laborious" for all concerned, and cases had often taken a long time due to appeals, appraisals, new diagnoses, etc.

From the point of view of the principle – legal parity between pension recipients and new claimants – pension reviews on the basis of the final provisions were rated positively by individual IV offices. However, when it came to implementation, there were virtually no IV offices that were able to reduce or revoke pensions on the basis of the final provisions as it had been forecasted. In most IV offices, a lot fewer cases fell into the category of the final provisions than expected, while a large number of the concerned pension beneficiaries appealed against the decision of the IV office. The majority of IV offices therefore consider the large amount of work involved in implementing FPR to be disproportionate. Some IV offices even rate it negatively: one IV office estimates that the additional effort for implementing FPR exceeds the cost savings from reducing pension payments, while others point to the lack of understanding and the annoyance which FPR had stirred up among insured persons, the medical profession, in the institutions and among the population at large – this had damaged the image of invalidity insurance and made cooperation with external offices more difficult. A few IV offices, however, considered the outlay to be reasonable: although the process was expensive, it would be worthwhile if it resulted in savings on pensions over a number of years.

The IV offices indicated two main reasons why the number of pension beneficiaries did not decline as much as anticipated as a result of the final provisions: Firstly, comorbidities had been underestimated, not least owing to coding issues. Secondly, the stricter pension approval criteria in relation to somatic diagnoses which have been applied for some time already affected older cases in particular – many of which fell under the provisions for the preservation of vested rights (55+/15+).

The impact of the final provisions is therefore more likely to be found at the qualitative level. In general, the new legislation has led to very few new claims being made in relation to the ailments in question; the public is now more aware that the hurdles for being granted a pension on the basis of such diagnoses are set relatively high. Within the IV offices, the implementation of FPR has also led to an increase in the know-how and a greater awareness of what symptoms require closer examination. Only the future will tell whether the latest decision of the Federal Supreme Court of 3 June 2015⁴, in which the presumption was dropped that an insured person can overcome a vague ailment with sufficient good will, will lead to another amendment.

General overview of 6a: Expectations, impacts, challenges

Both RPR and FPR are reported to entail a great deal of expense for comparatively little return. For various reasons, however, conclusive figures for this are not available. Additional figures that were made available to the research team by individual IV offices during the course of this project indicate, however, that the figures quoted in the Dispatch are not attainable for a number of obvious reasons, even in the future.

⁴ Judgement 9C_492/2014 of 3.6.15 – FSC publication.

Despite the high cost for a comparatively meagre return, most IV offices consider the **reintegration-oriented approach** to be fundamentally **correct and prudent**. Firstly, it has resulted in pension matters being viewed in a different light in the IV offices. The reintegration-oriented approach, especially with respect to new claimants, has been strengthened and has helped to dispel the prevailing view in the minds of both IV caseworkers and of the persons affected themselves that the granting of an invalidity pension constituted an irreversible process ("once a pension, always a pension" attitude). Secondly, the focus on identifying rehabilitation potential has led to **greater interdisciplinary cooperation**, which, among other things, has also expanded the internal know-how for cases with multiple problems. This knowledge can now also be put to good use when examining the situation of new claimants. It has also been shown that simple tools, such as checklists to identify rehabilitation potential for example, are not sufficient, and that IV caseworkers must develop a sensibility for rehabilitation issues in the wake of the opportunity offered by the discussions surrounding "old" pension cases in the context of RPR. The broad (medico-actuarial) debate around the question of for what conditions a pension should or should not be granted, was certainly overall a positive aspect – for invalidity insurance as a whole the open and transparent discussion was also helpful. At the level of individual cases, however, the final provisions in particular have caused a lot of frustration.

Reports from several IV offices regarding the damage caused to the reputation of invalidity insurance as a result of the negative reactions to the final provisions, not only from the individuals affected themselves, but also from medical circles, must be taken seriously. From this point of view, the practice adopted by several IV offices of assessing a case "by rule of thumb", i.e. in effect checking an individual case while taking the personal and individual context into account, is no doubt the right one. From this perspective, the call for "quality not quantity" in pension reviews would appear to be entirely reasonable.

At the same time, the fact that the highly intensive systematic review of pension recipients underway since 2010 has "found" only a very few cases where rehabilitation potential was actually identified is an indication that in recent years it has not been the case that (too) many pensions have been granted to people on grounds that are medically unjustifiable or insufficiently justifiable.

One of the greatest challenges for the future is to identify solutions for the fundamental problems mentioned in relation to the RPR "**construct**". This relates on the one hand to the question of to what extent it is possible to reliably identify promising rehabilitation potential without a change in the underlying facts. On the other hand, the fear on the part of those affected that they will suffer a loss of security if a pension is withdrawn is very real, and often justified. From the point of view of those interviewed, getting the individuals affected to view a pension review as an opportunity in spite of these uncertainties, requires a great deal of commitment, not only on the part of the invalidity insurers, but also from attending physicians and employers. By providing suitable jobs, the latter play a crucial role in determining whether successful rehabilitation is possible or not.

Abkürzungsverzeichnis und Glossar⁵

AV	Arbeitsvermittlung: Die IV-Stelle verfügt i.d.R. über ein dichtes Beziehungsnetz zu regionalen Arbeitgebern und kann versicherte Personen bei der Stellensuche unterstützen.
BB	Berufsberatung: Bei Jugendlichen mit Behinderungen gegen Ende der Schulzeit und bei Erwachsenen, die sich aus gesundheitlichen Gründen beruflich neu orientieren müssen, bietet die IV Berufsberatung an.
BEFAS	Berufliche Abklärungsstellen: In BEFAS wird abgeklärt, wie sich Personen mit einer gesundheitlichen Einschränkung beruflich entwickeln können.
BeMa	Beschäftigungsmassnahmen: Beschäftigungsmassnahmen bilden einen Teil der Integrationsmassnahmen. Sie dienen dem Erhalt der Tagesstruktur und der Restarbeitsfähigkeit zur Vorbereitung von beruflichen Massnahmen oder dem Antritt einer neuen Stelle.
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
EAZ	Einarbeitungszuschuss: Weist ein Patient zu Beginn eines Arbeitsverhältnisses noch nicht die nach Abschluss der Anlern- oder Einarbeitungszeit zu erwartende Leistungsfähigkeit auf, so kann seinem Arbeitgeber während längstens 180 Tagen ein Einarbeitungszuschuss ausbezahlt werden.
EbA	Erstmalige berufliche Ausbildung: Falls die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen noch keine erstmalige berufliche Ausbildung abgeschlossen hat, so übernimmt die Invalidenversicherung die Kosten, welche der versicherten Person aufgrund ihrer Invalidität zusätzlich entstehen.
EOR	Eingliederungsorientierte Rentenrevision: Mit der eingliederungsorientierten Rentenrevision soll die Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und –bezügern aktiv gefördert werden. Es wird unterschieden zwischen der potentialinduzierten und der abklärungs- und sachverhaltsbezogenen Rentenrevision.
EM	Eingliederungsmassnahmen: Wird als Überbegriff für alle Massnahmen zur Unterstützung zur beruflichen Wiedereingliederung verwendet (vgl. FI, IM, MB). Die IV handelt nach dem Grundsatz «Eingliederung vor Rente» und prüft bei jeder IV-Anmeldung unaufgefordert, ob berufliche Eingliederungsmassnahmen möglich und sinnvoll sind.
FE	Früherfassung: Eine Meldung zur Früherfassung zielt darauf ab, dass möglichst frühzeitig Kontakt mit der IV aufgenommen wird, wenn jemand wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung arbeitsunfähig geworden ist. Ziel ist es, dass die IV möglichst rasch beratend tätig werden kann, um den Verlust des Arbeitsplatzes zu verhindern und die Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Wenn jemand 30 Tage ununterbrochen arbeitsunfähig ist, ohne dass die Rückkehr an die Arbeit zeitlich konkret absehbar ist

⁵ Die meisten Erläuterungen wurden aus dem Glossar auf der Internetseite von iv-pro-medico, einer Informationsplattform für Ärztinnen und Ärzte über die IV, übernommen (vgl. <http://www.iv-pro-medico.ch>).

oder jemand innerhalb eines Jahres immer wieder für kürzere Zeit bei der Arbeit fehlt, ist eine Früherfassung sinnvoll.

- FI** Frühintervention: Die Phase der Frühintervention endet mit dem Grundsatzentscheid. Dieser sollte i.d.R. spätestens 12 Monate nach Anmeldung erfolgen. Massnahmen der Frühintervention zielen darauf ab, dass jemand trotz gesundheitlicher Schwierigkeiten möglichst weitgehend arbeitsfähig bleibt, einen bestehenden Arbeitsplatz nicht verliert oder an einem neuen Arbeitsplatz erwerbstätig sein kann. Dabei kommen im Wesentlichen folgende Massnahmen zum Einsatz: Anpassungen des Arbeitsplatzes, Ausbildungskurse, Arbeitsvermittlung, Berufsberatung, sozialberufliche Rehabilitation und Beschäftigungsmassnahmen.
- FoP2-IV** 2. Forschungsprogramm des Bundesamtes für Sozialversicherung zur IV
- IM** Integrationsmassnahme: Die Integrationsmassnahmen dienen der Vorbereitung auf den Wiedereinstieg in die Arbeitswelt oder zur Vorbereitung auf Massnahmen beruflicher Art. Sie sind insbesondere auf versicherte Personen mit psychisch bedingter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgerichtet. In den Bereich der IM fallen zum einen Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation wie Belastbarkeits- oder Aufbautraining und die wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz und zum anderen Beschäftigungsmassnahmen.
- IV** Invalidenversicherung
- IVG** Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
- MB** Massnahmen beruflicher Art: Unter die Massnahmen beruflicher Art fallen unter anderem die Berufsberatung, die erstmalige berufliche Ausbildung (EbA), die Umschulung (US), die Arbeitsvermittlung und der Arbeitsversuch. In komplexen Fällen haben die IV-Stellen die Möglichkeit als Vorbereitung auf oder als Ergänzung zu Eingliederungsmassnahmen berufliche Abklärungsmassnahmen (z.B. in BEFAS) zu veranlassen.
- MEDAS** Medizinische Abklärungsstellen: In komplexen Fällen nutzen die IV-Stellen auch die Möglichkeit, IV-externe medizinische Begutachtungsstellen beizuziehen. Polydisziplinäre medizinische Abklärungen erfordern eine Anmeldung über die zentrale Plattform SuisseMED@P und werden von dort aus nach dem Zufallsprinzip an die Gutachterstellen vergeben. Mit Inkrafttreten von Artikel 72^{bis} IVV per 1.3.2012 hat die Terminologie von MEDAS auf polydisziplinäre medizinische Gutachterstelle gewechselt.
- RAD** Regionalärztlicher Dienst / Regionalärztliche Dienste: Die Regionalen Ärztlichen Dienste unterstützen die IV-Stellen bei den medizinischen Fragestellungen. IV-Ärztinnen und -Ärzte beurteilen die Arbeitsfähigkeit und das Eingliederungspotenzial von Kundinnen und Kunden. Bei Bedarf können die IV-Stellen für weitere Abklärungen Fachkollegen vom RAD beiziehen. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid unabhängig. Bei Bedarf können sie neben den Dossieranalysen die Versicherten auch selber untersuchen.
- RRS** Rentenüberprüfungen aufgrund der Schlussbestimmungen: Ist eine Rente aufgrund eines „pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilds ohne nachweisbare organische Grundlage“ zugesprochen worden, so überprüft die IV ge-

stützt auf die Schlussbestimmungen der IVG-Revision 6a innerhalb von drei Jahren (2012-2014) den Rentenanspruch. In diesem Rahmen wird geprüft, ob die Beschwerden mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar sind. Ist dies der Fall, sind die Voraussetzungen für Art.7 ATSG nicht mehr erfüllt und die Rente wird herabgesetzt oder aufgehoben. Dies wird auch so gehandhabt, wenn der Gesundheitszustand unverändert geblieben ist (entgegen den Voraussetzungen des Art.17 Abs.1 ATSG).

US

Umschulung: IV-Stellen prüfen den Anspruch auf eine Umschulung, wenn Ihr Patient wegen eines bleibenden Gesundheitsschadens seine bisherige Tätigkeit nicht mehr oder nur noch teilweise ausführen kann.

Teil 1: Einleitung

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag in Art. 68 IVG hat das BSV ein Konzept für ein mehrjähriges Forschungs- und Evaluationsprogramm (FoP-IV) entwickelt. Das erste Programm zielte darauf ab, Ursachen des raschen Wachstums der Invalidisierungen aufzuzeigen, Grundlagen zur Beurteilung der Wirksamkeit von Massnahmen der IVG-Revisionen zu erarbeiten und neue Instrumente zur Unterstützung der Zielsetzungen des IVG sowie notwendige Anpassungen des IVG vorzuschlagen. Das zweite Programm befasst sich schwerpunktmässig mit den Massnahmen der 4., 5. und 6. IVG-Revision.

Im Fokus des durchgeführten Evaluationsmandats steht die **bilanzierende Beurteilung der Umsetzung und Wirkung der Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung** mit Schwerpunkt auf den Neuerungen der 5. IVG-Revision und, soweit als möglich, der 6. IVG-Revision. Mit der 5. IVG-Revision wurden insbesondere die Bestrebungen zur Umsetzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» intensiviert. Geeignete Verfahren und Massnahmen im Bereich der Früherfassung- und Frühintervention sollen zu einer Reduktion der Neurenten beitragen. Mit der 6. IVG-Revision wurden die Eingliederungsbemühungen auf IV-Rentner/innen erweitert mit dem Ziel, die Wiedereingliederung von IV-Rentner/innen mit Eingliederungspotenzial zu fördern und damit eine Reduktion des Rentenbestandes zu bewirken.

Der Bericht ist in vier Teile untergliedert. An dieser Stelle soll darauf verwiesen werden, dass bewusst auf ein Schlusskapitel mit einem übergreifenden Fazit zu beiden Teilen der Evaluation verzichtet wurde. Die Schlussfolgerungen zu den durchgeführten Analysen werden jeweils am Schluss der beiden thematischen Teile zur 5. IVG-Revision bzw. zur IVG-Revision 6a gezogen. Damit ergibt sich folgender Aufbau des Berichts:

■ **Teil 1 Einleitung:** Der Hintergrund des Projekts, die Ausgangslage, Zielsetzungen und Fragestellungen für die Evaluation, die die 5. IVG-Revision betreffen, sind in **Kapitel 1** dargelegt, diejenige für die Evaluation der 6a im **Kapitel 2**.

■ **Teil 2 Ergebnisse der Evaluation 5. IVG-Revision, inkl. Schlussfolgerungen:** In den **Kapiteln 3 bis 10** werden die datengestützten Ergebnisse zum Thema der aufgrund der Neuerungen der 5. IVG-Revision bezweckten Verstärkung der Eingliederungsorientierung der Invalidenversicherung vorgestellt und diskutiert. In einem ersten Schritt werden in den Kapiteln 3 bis 5 die Entwicklung der Neuanmeldungen, die Inanspruchnahme der neuen Massnahmen, die dafür getätigten Ausgaben und die Geschwindigkeit, mit der die Massnahmen umgesetzt wurden, betrachtet. Wie sich die Neuberentungsquoten seit 2008 entwickelt haben, zeigt das Kapitel 6. Kapitel 7 erhält Angaben dazu, wie sich die Erwerbssituation der neuangemeldeten Personen drei Jahre nach deren Anmeldung darstellt und inwieweit es in diesem Bereich über die betrachtete Zeitperiode Veränderungen gegeben hat. Inwieweit sich die Neuerungen der 5. IVG-Revision allenfalls auf die Arbeitslosenversicherung oder die Sozialhilfe ausgewirkt hat, wird in den Kapiteln 8 und 9 erörtert. Die Darstellung der Ergebnisse von Analysearbeiten schliesst mit den durchgeführten multivariaten Analysen (Kapitel 10). Im letzten Kapitel (11) zum Berichtsteil, der sich mit der Evaluation der 5. IVG-Revision befasst, werden die **Ergebnisse zusammengefasst** und die **entsprechenden Schlussfolgerungen** gezogen.

■ **Teil 3 Umsetzung der Revision 6a, inkl. Schlussfolgerungen:** Nach einem einleitenden Teil (Kapitel 12) werden in Kapitel 13 zuerst die Ergebnisse der Analysen mit den IV-Registerdaten vorgestellt. Wie die IV-Stellen die eingliederungsorientierte Rentenrevisionen bzw. die Rentenüberprüfungen aufgrund der Schlussbestimmungen im konkreten durchführen, auf welche Schwierigkeiten sie stossen und wo sie positive Erfahrungen gemacht haben, zeigen die zwei folgenden Kapitel auf. Im letzten Kapitel werden die **Ergebnisse zur Revision 6a gesamthaft** betrachtet und gewürdigt.

■ **Teil 4 Anhang:** Im Anhang sind detailliertere Angaben zu den statistischen Analysen zu finden.

1 Teilprojekt I: Evaluation 5. IVG-Revision

Mit der 5. IVG-Revision, die am 1. Januar 2008 in Kraft getreten ist, sollte die Invalidenversicherung (IV) vollständig auf den Grundsatz «Eingliederung vor Rente» ausgerichtet werden. Mit Hilfe von Änderungen im Melde- und Anmeldeverfahren einerseits und der Einführung von neuen Leistungen und Massnahmen andererseits sollte erreicht werden, dass Personen im Erwerbsalter mit einem Invaliditätsrisiko von den IV-Stellen möglichst frühzeitig erfasst und möglichst unbürokratisch unterstützt werden können. Mit der damit angestrebten Reduktion von Neuberentungen sollte auch ein wichtiger Beitrag zur Sanierung der Invalidenversicherung geleistet werden.

1.1 Wichtigste Neuerungen 5. IVG-Revision

Seit dem Inkrafttreten der 5. IVG-Revision können im Rahmen der **Früherfassung (FE)** schon vor einer eigentlichen Anmeldung bei der Invalidenversicherung erste Gespräche zwischen der versicherten Person und Vertreterinnen und Vertretern der Invalidenversicherung stattfinden. Diese sollen Klarheit darüber schaffen, ob eine Anmeldung bei der IV angezeigt ist oder nicht. Neben der versicherten Person sind auch andere Stellen, wie bspw. Arbeitgeber/innen, Ärztinnen und Ärzte oder Sozialversicherer befugt, eine Meldung an die Invalidenversicherung zur Früherfassung zu richten. Um von Seiten der Invalidenversicherung Leistungen auszurichten, ist jedoch nach wie vor eine IV-Anmeldung von Seiten der versicherten Person notwendig.

Nach erfolgter Anmeldung können seit dem Inkrafttreten der 5. IVG-Revision in der Phase der **Frühintervention** neu, relativ rasch und unkompliziert, niederschwellige Massnahmen (**FI-Massnahmen**) zugesprochen werden. Dazu zählen Anpassungen am Arbeitsplatz, Ausbildungskurse, Arbeitsvermittlung, Berufsberatung, sozialberufliche Rehabilitation und Beschäftigungsmassnahmen. Passende FI-Massnahmen sollen zusammen mit der versicherten Person innerhalb von 6 Monaten ab IV-Anmeldung im Rahmen eines Eingliederungsplans erarbeitet und umgesetzt werden. Neben der Umsetzung dieser Massnahmen, die die Versicherten zumindest teilweise im Arbeitsplatz halten sollen, werden parallel auch bereits Abklärungen durchgeführt, die zur Überprüfung des Anspruchs auf «ordentliche» IV-Leistungen dienen.

Die Phase der Frühintervention endet in der Regel mit dem **Grundsatzentscheid**. Dieser sollte spätestens 12 Monate nach Anmeldung erfolgen. Dabei wird festgestellt, ob ein Anspruch auf weitere Eingliederungsmassnahmen besteht oder ob der Rentenanspruch geprüft werden muss. Erweist sich der Anspruch auf Eingliederung als erfüllt, stehen den IV-Stellen verschiedene Arten von Eingliederungsmassnahmen zur Verfügung. Neben den **Massnahmen beruflicher Art (MB)**, welche bereits vor der 5. IVG-Revision zur Verfügung standen, sind nach der 5. IVG-Revision neu die sogenannten **Integrationsmassnahmen (IM)** dazugekommen. IM sind vorwiegend für die Wiedereingliederung von psychisch kranken versicherten Personen gedacht. In den Bereich der IM fallen zum einen Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation wie Belastbarkeits- oder Aufbautraining und die wirtschaftsnahe Integration mit Unterstützung am Arbeitsplatz und zum anderen Beschäftigungsmassnahmen. Die IM stellen eine Vorstufe zu Massnahmen beruflicher Art dar. Unter die MB fallen unter anderem die Berufsberatung, die erstmalige berufliche Ausbildung (EbA), die Umschulung (US) und die Arbeitsvermittlung. In komplexen Fällen haben die IV-Stellen die Möglichkeit, als Vorbereitung auf oder als Ergänzung zu Eingliederungsmassnahmen berufliche Abklärungsmassnahmen (z.B. BEFAS) zu veranlassen. Sowohl Massnahmen beruflicher Art wie auch Integrationsmassnahmen sind zumeist von längerer Dauer und kostenintensiver als FI-Massnahmen.

Für die Einführung der neuen Instrumente mussten die IV-Stellen ihre Prozesse und Abläufe, insbesondere für die erste Phase im Gesamtprozess der Abklärung und Leistungszusprache, neu gestalten. Dabei galt es, den verstärkt auf Eingliederung fokussierten Prozess mit den Anforderungen, möglichst parallel auch schon Abklärungen zur Überprüfung des Rentenanspruchs vorzunehmen, optimal abzustimmen. Die erste Phase ist vor allem auf die Eingliederung der versicherten Personen ausgerichtet, während die zweite eher der Abklärung und Überprüfung weiterer Massnahmen und Leistungen dient. Wie verschiedene Untersuchungen schon gezeigt haben, bestehen aufgrund des vom Gesetzgeber vorgesehenen Vollzugsföderalismus zwischen den Kantonen unterschiedliche Vorgehensweisen. Wir verweisen in diesem Zusammenhang insbesondere auf die Ergebnisse von Bolliger et al. (2012) sowie Guggisberg et al. (2014), die sich intensiv mit der Ausgestaltung des Abklärungsverfahrens in den kantonalen IV-Stellen auseinandergesetzt haben.

1.2 Zielsetzungen und Fragestellungen

Während Bolliger et al. (2012) vor allem die kantonale Umsetzung und Verwendung der neuen eingliederungsorientierten Massnahmen untersucht haben, haben Guggisberg et al. (2014) neben einer Typologisierung des gesamten Abklärungsprozesses bis zum Rentenentscheid auch statistische Analysen zur Wirkung der im Zuge der 5. IVG-Revision erfolgten Umstellungen auf die Berentungswahrscheinlichkeiten durchgeführt. Im Fokus des Forschungsteils, der sich mit der Evaluation der 5. IVG-Revision befasst, stehen deshalb nicht noch einmal die Untersuchung des kantonalen Vollzugs, sondern statistische Analysen zur Entwicklung des Einsatzes der neuen Instrumente. Basierend auf diesen Ergebnissen sollen Wirkungszusammenhänge identifiziert werden, insbesondere im Hinblick auf die Neuberentungsquoten sowie die erfolgreiche Erwerbsintegration.

Im Zentrum der Evaluation der 5. IVG-Revision stehen deshalb **weitgehend statistische Analysen**, die Aussagen über die Resultate der 5. IVG-Revision ermöglichen sollen. Die Basis für die vorgesehenen statistischen Analysen sind **Registerdaten der Kohorten der IV-Neuanmeldungen** der Jahre 2004 bis 2011. Damit stehen für einen Vergleich je 4 Kohorten für die Zeit vor bzw. nach der Einführung der 5. Revision zur Verfügung. Dies ermöglicht, **Veränderungen** bezüglich Anzahl, Art und Kosten von eingliederungsorientierten Massnahmen **über die Zeit** zu erkennen und darzustellen. Zweitens werden mit Hilfe von statistischen Vergleichen zwischen den kantonalen IVST **Erfolgsfaktoren** herausgearbeitet, die dazu beitragen, die Ziele der 5. IVG-Revision zu erreichen. Aufbauend auf den Ergebnissen von Guggisberg et al. (2014) können die Analysen im Rahmen dieser Untersuchung nochmals verfeinert werden. Indem die IV-Registerdaten mit den **IK-Registerdaten** (individuelle Konten zum versicherten Einkommen) verknüpft werden, kann überprüft werden, inwieweit die Eingliederungsbemühungen der IV dazu beitragen, die versicherten Personen tatsächlich im ersten Arbeitsmarkt zu halten. Auch hier sollen anhand von vergleichenden Analysen zwischen den IV-Stellen erfolgsversprechende Strategien identifiziert werden. Die Daten zum Bezug von **Arbeitslosenentschädigung** sowie zur **Sozialhilfestatistik** werden dazu verwendet, darzustellen, inwieweit es im Bereich der «Schnittmenge» zwischen Invalidenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe zu Veränderungen gekommen ist.

Anhand dieser Daten können Entwicklungen und Veränderungen von unterschiedlichen Grössen wie bspw. der Zusammensetzung der angemeldeten Personen (Income) oder dem Einsatz und den Kosten von bestimmten Massnahmen (Output) dargestellt werden. In Tabelle 1 ist das dafür verwendete Indikatorenset ersichtlich. Diese Indikatoren liefern die Basis für die multivariaten Zusammenhangsanalysen, mit deren Hilfe die Ergebnisse der verstärkten Ausrichtung auf Eingliederung beurteilt werden sollen.

Tabelle 1: Indikatorenset

Bereich	Indikator	
Anmeldung	Anzahl	Anteil NA an Bestand vP mit Leistungen IV Anteil NA mit Erwerbseinkommen (EK) zum Zeitpunkt der Anmeldung an NA (sofern IK-Daten vorhanden)
Eingliederungsbereich (Gesamt)	Anzahl	Anteil NA mit externen Eingliederungsmassnahmen (FI/IM/MB) Anteil NA ausschliesslich mit AV/BB (interne Leistungserbringung) Anteil NA mit Eingliederungsmassnahmen Total
	Ausgaben	Ausgaben externe Eingliederungsmassnahmen pro NA Ausgaben externe Eingliederungsmassnahmen pro NA mit FI-Leistungen
<i>Frühintervention</i>	Anzahl	Anteil NA mit externen FI-Massnahmen
	Geschwindigkeit	Median bis 1. externe FI-Leistung
	Ausgaben	Ausgaben externe FI-Leistung pro NA Ausgaben externe FI-Leistung pro NA mit FI-Leistungen
<i>Massnahmen beruflicher Art (IM / MB)</i>	Anzahl	Anteil NA mit externen IM und/oder MB
	Geschwindigkeit	Median bis 1. externen IM/MB-Leistung
	Kosten	Kosten externer IM/ MB -Leistung pro NA Kosten externer IM/ MB -Leistung pro NA mit IM/ MB -Leistungen
Renten	Anzahl	Anteil NA mit Renten Anteil gewichtete Renten
	Geschwindigkeit	Median bis Rentenzusprache
Erwerbssituation		Anteil Personen mit Erwerbseinkommen>0 zum Zeitpunkt 3 Jahre nach Anmeldung

Anmerkungen: NA = Neuanmeldungen; EK = Erwerbseinkommen; IVST = IV-Stelle; FI = Frühintervention; IM = Integrationsmassnahme; BM = Berufliche Massnahme; AV = Arbeitsvermittlung; BB = Berufsberatung; EG = Eingliederung; vP = versicherte Person;

Quelle: Darstellung BASS

In der statistischen Analyse werden ausserdem Informationen über die Vollzugspraxis der IV-Stellen berücksichtigt. Die Informationen dazu liefern die Daten aus der Studie zur Abklärungs- und Rentenprüfungspraxis (Guggisberg et al. 2015) sowie ausgewählte Daten aus dem «FEFI-Projekt» (Bolliger et al. 2012).

Konkret stehen für die Untersuchung folgende Leitfragen im Zentrum:

- **Einsatz der Eingliederungsmassnahmen:** Wie haben sich die Eingliederungsmassnahmen seit der Einführung der 5. IVG-Revision in Bezug auf Anzahl, Art, Dauer und Ausgaben entwickelt?
- **Wirkung auf Berentungsquoten:** Inwieweit besteht zwischen dem verstärkten Fokus auf Eingliederung und den unterschiedlichen Prozessabläufen ein Zusammenhang zur Berentungswahrscheinlichkeit?
- **Wirkung auf Erwerbsintegration:** Inwieweit besteht zwischen dem verstärkten Fokus auf Eingliederung und den unterschiedlichen Prozessabläufen ein Zusammenhang zur Erwerbsintegration?
- **Auswirkungen aufs Sozialversicherungssystem:** Inwieweit haben sich die Änderungen der 5. IVG-Revision auf die Inanspruchnahme von Arbeitslosenentschädigung und Sozialhilfe ausgewirkt?

1.3 Kohortenbetrachtung

Basis für die Analyse der Veränderungen vor und nach der 5. IVG-Revision sind die Registerdaten und die Daten der individuellen Konten (IK) der versicherten Personen von **acht verschiedenen Kohorten neu angemeldeter erwachsener Personen ab 18 Jahren** aus den Jahren 2004 bis 2011. Für jede Kohorte lassen sich Aussagen zum Jahr der Neuanmeldung sowie der drei Folgejahren machen (Beobachtungszeitraum). In **Abbildung 1** sind Kohorten und Jahre dargestellt.

Abbildung 1: Kohorten zur Untersuchung der 5. IVG-Revision

Neuanmeldungen	Jahr	Jahr										
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Kohorten vor 5. IVGR	'04											
	'05											
	'06											
	'07											
Kohorten nach 5. IVGR	'08											
	'09											
	'10											
	'11											

Anmerkungen: Registerdaten vorhanden von: Neuanmeldungen, FE-Meldungen der Neuangemeldeten, Eingliederungsmassnahmen, Ablehnungen, Renten, Hilflosenentschädigung, Rechnungen, Todesfälle, individuelle Konten
Quelle: Darstellung BASS

Tabelle 2: IV-Neuanmeldungen von 18- bis 64-jährigen Personen in der Schweiz zwischen 2004 und 2011 sowie Todesfälle und Übertritt ins ordentliche Rentenalter während des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Anzahl Neuanmeldungen	45'578	43'117	42'041	41'040	44'869	46'418	46'054	49'208
Anteil Neuanmeldungen an der versicherten Bevölkerung (18 – Rentenalter)	0.97%	0.91%	0.88%	0.85%	0.92%	0.94%	0.91%	0.97%
Todesfälle in der Beobachtungsperiode	2'466	2'261	2'274	2'291	2'550	2'572	2'639	2'592
Rentenalter in der Beobachtungsperiode	3'575	4'000	4'542	4'928	4'574	4'570	4'108	4'517
Neuanmeldungen für Kohortenanalysen	39'537	36'856	35'225	33'821	37'745	39'276	39'307	42'099
	87%	85%	84%	82%	84%	85%	85%	86%

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

■ **Neuanmeldungen:** Eine IV-Anmeldung wird als Neuanmeldung gewertet, wenn die Person während mindestens **fünf Jahren vor der Anmeldung keine Leistungen** der IV bezogen hat⁶.

■ **Todesfälle:** Personen, die zwischen der Neuanmeldung und dem Ende des dritten Jahres nach der Neuanmeldung (Beobachtungsperiode) starben, werden für die Auswertungen der Anteile und Anmeldequoten von IV-Neuanmeldungen (Abschnitt 3) berücksichtigt. Für die weiteren Analysen über den Beobachtungszeitraum (Anmeldejahr plus drei Jahre) werden diese allerdings ausgeschlossen.

■ **Rentenalter:** Personen, welche bis Ende des dritten Jahres nach der Neuanmeldung in das ordentliche Rentenalter kommen (Männer 65 Jahre, Frauen 64 Jahre), werden ebenfalls für die Auswertungen der Anteile und Anmeldequoten von IV-Neuanmeldungen (Abschnitt 3) berücksichtigt. Für die weiteren Analysen wird diese Personengruppe ausgeschlossen.

⁶ Da acht Jahreskohorten gebildet wurden, bedeutet dies, dass eine Person in maximal zwei Kohorten Einzug finden kann. Konkret entsprechen die 298'032 berücksichtigten Neuanmeldungen 297'136 Personen. Demnach wurden 896 Personen in zwei Kohorten berücksichtigt.

2 Teilprojekt II: Evaluation IVG-Revision 6a

Das erste Massnahmenpaket der 6. IVG-Revision verfolgt insbesondere drei Ziele:

- Wiedereingliederung von Menschen aus der Rente in die Erwerbstätigkeit
- Einführung des Assistenzbeitrags zur Förderung einer selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung von Menschen mit einer Behinderung
- Einsparungen als massgeblicher Beitrag zur finanziellen Konsolidierung der IV

Mit der Revision 6a erhielt die Invalidenversicherung eine Reihe von neuen Instrumenten, um Menschen mit Behinderung auf dem Weg zurück ins Erwerbsleben noch stärker zu unterstützen. Neurentner/innen sollen aktiv begleitet werden, um allfälliges Potenzial für eine Wiedereingliederung besser zu nutzen und um sie auf eine Teil- oder Vollerwerbstätigkeit vorzubereiten. Gleichzeitig sollen aber vor allem Personen, die bereits seit Längerem eine IV-Rente beziehen, wieder ins Erwerbsleben zurückfinden (Medienmitteilung BSV, 16.11.2011).

Teilprojekt II beschränkt sich auf den Bereich der **Rentenrevisionen** und insbesondere auf deren **Umsetzung** in den IV-Stellen. Es interessiert, wie die IV-Stellen sowohl bei der **eingliederungsorientierten Rentenrevision** (EOR) wie auch bei den **Rentenüberprüfungen aufgrund der Schlussbestimmungen** (RRS) konkret vorgehen, was sich bewährt und wo die grössten Schwierigkeiten liegen.

2.1 Zielsetzungen, Fragestellungen und Vorgehen

Grundsätzlich besteht das Teilprojekt II aus einem **qualitativen** und einen **quantitativen** Teil mit unterschiedlichem Fokus. Im Folgenden sollen diese zwei Herangehensweisen und ihre Zielsetzung beschrieben sowie die damit verbundenen Schwierigkeiten benannt werden.

2.1.1 Qualitative Herangehensweise

Das Hauptziel des qualitativen Teils besteht darin, von allen IV-Stellen **vergleichbare Informationen zur Art der Umsetzung** (Definition Verfahren, Methoden zur Auswahl der zu revidierenden Fälle, Zusammenarbeit mit RAD etc.), zu Profilen und Reaktionen der versicherten Personen sowie zu den finanziellen und personellen Ressourcen, die für die Umsetzung notwendig sind, zu erhalten. Weiter sollen sowohl Hauptprobleme als auch Erfolgsfaktoren erhoben und allfällige nicht intendierte Wirkungen thematisiert werden. Da aufgrund von Kodierungsproblemen die Registerdaten nur sehr bedingt aussagekräftig sind, wurde zudem versucht, in IV-Stellen Informationen zum Mengengerüst der durchgeführten Revisionen zu erhalten.

In jeder IV-Stelle sind zwei Gruppengespräche in der jeweiligen Landessprache der IV-Stelle geführt worden. Ein Gespräch, im Umfang von rund 1 bis 1.5 Stunden, erfolgte mit der IV-Stellenleitung und/oder leitenden Personen aus der Eingliederungs-, Renten- und Rechtsabteilung sowie Vertretungen des RAD. Ein zweites Gespräch, im Umfang von rund 1 Stunde, erfolgte mit ein bis vier IV-Mitarbeitenden, die in der Praxis die Revisionsfälle bearbeiten. Inhaltlich wurde im Gespräch mit den Leitungspersonen eher die strategische Ebene, zu Konzeption und Ausgestaltung der eingliederungsorientierten Revisionsverfahren, ins Zentrum gestellt. Im Gespräch mit den IV-Mitarbeitenden lag der Fokus hingegen bei den konkreten Umsetzungsschwierigkeiten und –erfolgen. Zur Vorbereitung der Gespräche wurden die IV-Mitarbeitenden gebeten, zwei Dossiers von konkreten Revisionsfällen auszuwählen: Einerseits einen «Idealfall» und andererseits einen «besonders schwierigen Fall». Beide Fälle und die sie kennzeichnenden Merkmale wurden von den IV-Mitarbeitenden im Gespräch während rund 5-10 Minuten vorgestellt. Eine ausführlichere Darstellung des Vorgehens und der Revisionsverfahren findet sich im **Kapitel 14** (EOR) resp. **Kapitel 15** (RRS).

Im Fokus der qualitativen Herangehensweise stehen damit die folgenden 3 Hauptfragestellungen:

- Inwieweit konnten die IVST die Rentenrevisionsverfahren nach Massgabe der Zielsetzungen der 6. IVG-Revision (Fokus auf Dialog, Eingliederungspotenzial und Kontakt mit den Arbeitgeber/innen) umsetzen?
- Welche Hauptprobleme treten bei der Umsetzung der Rentenrevisionsverfahren auf und welches sind die Erfolgsfaktoren?
- Haben die Rentenrevisionsverfahren nichtintendierte Auswirkungen? Falls ja, welche?

2.1.2 Quantitative Herangehensweise

Im Rahmen des quantitativen Teils sollten mit Hilfe der Registerdaten allfällige erste Ergebnisse zu den durchgeführten Rentenrevisionsverfahren ermittelt werden. Geplant war, die eingliederungsorientierten Rentenrevisionsverfahren sowie die Schlussbestimmungen mittels statistischer Analysen von Revisionskohorten zu evaluieren und aufzuzeigen, wie sich die «herkömmlichen» Revisionsprozesse von den «neuen», nach der Einführung der 6. IVG-Revisionen im Jahr 2012, unterscheiden. Bezüglich der zur Verfügung stehenden Daten mussten in der Abklärungsphase allerdings mehrere Einschränkungen gemacht werden, die dazu führten, dass nur sehr rudimentäre Auswertungen möglich waren. Detailliertere Angaben dazu finden sich im **Kapitel 13**, wo auch die Ergebnisse zu den durchgeführten Analysen vorgestellt werden.

Zusätzlich zu den Datenproblemen ist der Zeitraum von nur drei Jahren seit der Einführung der 6a für belastbare Aussagen zu Ergebnissen relativ kurz. Es ist erstens zu vermuten, dass insbesondere im Jahr 2012 noch eine gewisse Zeit für die Einführung in den IVST benötigt wurde. Zweitens können sich sowohl eingliederungsorientierte Rentenrevisionsverfahren wie auch RRS durchaus über einen längeren Zeitraum erstrecken. Die quantitativen Ergebnisse sind daher als erste Hinweise und Trendanalysen zu interpretieren.

Teil 2: Ergebnisse Evaluation der 5. IVG-Revision

In diesem Berichtsteil 2 werden die Ergebnisse der statistischen Analysen zum Eingliederungsge-
schehen, das mit dem Inkrafttreten der 5. IVG-Revision nochmals verstärkt wurde, vorgestellt.

Die **Kapitel 3 und 4** geben Auskunft zu den IV-Neuanmeldungen und beinhalten ein **Monitoring** der
Eingliederungsmassnahmen. Das Monitoring gibt Aufschluss über die Anzahl, Art und Kombinationen
der zugesprochenen beruflichen Eingliederungsmassnahmen sowie über das Profil und die Art des
Gebrechens der Massnahmenbeziehenden. In den entsprechenden Unterabschnitten wird vertieft auf
die Frühinterventionsmassnahmen und Integrationsmassnahmen bzw. deren Leistungsemp-
fänger/innen eingegangen.

In **Kapitel 6** wird auf die (Neu-)Berentungsquote der IV-Neuanmeldungen in Abhängigkeit von deren
Art des Gebrechens und Art der getätigten beruflichen Eingliederungsmassnahmen eingegangen.
Indem die IV-Registerdaten mit den IK-Registerdaten (individuelle Konten zum versicherten Einkom-
men) verknüpft werden, können im **Kapitel 7** Aussagen zur Erwerbssituation der IV-Neuanmeldungen
und damit erste Zusammenhänge zum Erfolg der Eingliederungsbemühungen gemacht werden. In
den **Kapiteln 8 und 9** wird darauf eingegangen, ob und inwiefern eine allfällige Verschiebung zur
Arbeitslosenversicherung bzw. der Sozialhilfe erfolgt bzw. erfolgt ist.

Im letzten Abschnitt zur Evaluation der 5. IVG-Revision werden die vorangegangenen Auswertungen in
einer Zusammenhangsanalyse gesammelt analysiert. Mittels Strukturanalysen und Multi-Level-
Modellen konnten **Erfolgsfaktoren** herausgearbeitet werden, die dazu beitragen können, Ziele der 5.
IVG-Revision noch besser zu erreichen. Dabei werden erfolgsversprechende **Strategien** der kantona-
len IVST benannt und ausgeführt.

Bezüglich der Verfügbarkeit der Daten, deren Qualität und Verwendungszweck sind folgende Hinwei-
se zu beachten:

■ **Verfügbarkeit der Daten:** Dem Forschungsteam standen **IV-Registerdaten** zu den Neuanmeldun-
gen von 2004 bis 2014 zur Verfügung. Die **AHV-Einkommensdaten** standen zum Zeitpunkt der Er-
stellung des Berichts bis 2013 zur Verfügung (mit Selbstständigen bis 2011). Bis 2009 wurden für die
Daten mit Informationen zur Sozialhilfe (**SHIVALV-Daten**) der/die Antragssteller/in des Dossiers er-
fasst. Aufgrund der veränderten Datenqualität verwenden wir die Daten zur Sozialhilfe daher erst ab
dem Jahr 2010.

■ **Profil der neuangemeldeten Person:** Die Gebrechenscodes werden erst bei einer Leistungszu-
sprache erfasst. Bezüglich Zusammensetzung der neu angemeldeten Personen (Income) nach Ge-
brechenscode sind demnach keine Aussagen möglich.

■ **Eingliederungsmassnahmen:** Die durchgeführten Analysen zur Beurteilung der Qualität der Regi-
stereintragungen zu Eingliederungsmassnahmen zeigt, dass **interne Leistungen der IVST** (Arbeits-
vermittlung und Berufsberatung) aufgrund unterschiedlicher Codierungspraxis in den IVST **nicht zu-
verlässig und belastbar** sind. Dies im Gegensatz zu den **extern erbrachten Leistungen**, welche mit
einer Rechnung hinterlegt sind. Aus diesem Grund unterscheiden wir zwischen intern und extern er-
brachten Leistungen, wobei der Analysefokus auf den extern erbrachten Leistungen liegt.

3 Entwicklung IV-Neuanmeldungen 2004 bis 2011

Dieses Kapitel gibt eine erste Übersicht zu den jährlichen Neuanmeldungen bei der Invalidenversicherung zwischen den Jahren 2004 und 2011. Es wird erstens dargestellt, wie sich die Anmeldequote über die betrachtete Zeitperiode entwickelt hat und zweitens, in wieweit es zu Veränderungen in der Zusammensetzung der neuangemeldeten Personen gekommen ist.

3.1 Neuanmeldungen

Wie aus Tabelle 2 ersichtlich wird, hat die **Anzahl** der Neuanmeldungen zwischen 2004 und 2007 stetig abgenommen. Ab 2008 haben die Neuanmeldungen, mit Ausnahme von 2010, wieder zugenommen und lagen 2011 schliesslich höher als 2004. Der Anteil der Neuanmeldungen an der versicherten Bevölkerung nahm ebenfalls ab und stieg seit 2008 wieder an und lag 2011 auf dem Niveau von 2004.

Wie **Tabelle 3** zeigt, ist die Heterogenität unter den Kantonen bezüglich der Neuanmeldungsquote relativ gross. So weist bspw. der Kanton Zug im Jahr 2011 mit 0.73% der versicherten Bevölkerung die tiefste, der Kanton Jura mit 1.34% die höchste Anmeldequote auf.

Tabelle 3: Anmeldequote nach IVST: Anteil IV-Neuanmeldungen an der versicherten Bevölkerung (18 – Rentenalter)

IVST	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ZH	1.02%	0.95%	0.91%	0.83%	0.94%	0.92%	0.89%	0.92%
BE	0.91%	0.85%	0.81%	0.85%	0.96%	0.99%	0.93%	0.98%
LU	0.90%	0.83%	0.80%	0.81%	0.90%	0.87%	0.81%	0.82%
UR	0.85%	1.96%	0.84%	0.84%	0.81%	0.82%	0.71%	0.84%
SZ	0.95%	0.84%	0.87%	0.90%	0.88%	0.91%	0.84%	0.84%
OW	0.98%	0.74%	0.99%	0.95%	1.00%	0.83%	0.74%	0.94%
NW	0.80%	0.76%	0.73%	0.82%	0.87%	0.82%	0.72%	0.82%
GL	1.15%	0.96%	0.99%	0.89%	0.97%	0.96%	0.93%	1.16%
ZG	0.81%	0.75%	0.79%	0.71%	0.77%	0.74%	0.69%	0.73%
FR	0.91%	0.89%	0.90%	0.83%	0.92%	0.91%	0.93%	0.96%
SO	1.05%	0.97%	0.93%	0.95%	1.01%	1.01%	0.95%	1.03%
BS	0.98%	0.89%	0.87%	0.94%	1.19%	1.04%	0.94%	1.09%
BS	1.04%	0.98%	0.95%	0.92%	0.98%	0.97%	0.96%	1.03%
SH	1.13%	0.91%	0.91%	0.96%	1.05%	0.95%	1.04%	1.03%
AR	1.08%	1.00%	1.01%	0.87%	0.90%	1.01%	0.92%	1.05%
AI	0.61%	0.97%	0.92%	0.85%	0.99%	0.87%	0.69%	1.02%
SG	1.13%	1.01%	0.98%	0.89%	1.00%	0.95%	0.89%	0.98%
GR	0.92%	0.93%	0.91%	0.91%	0.90%	0.95%	0.93%	0.95%
AG	1.02%	0.98%	0.92%	0.90%	0.95%	0.98%	0.95%	1.02%
TG	1.11%	1.01%	0.94%	0.90%	1.06%	0.97%	0.94%	0.98%
TI	1.03%	0.92%	0.89%	0.81%	0.87%	1.02%	1.01%	1.08%
VD	0.84%	0.84%	0.84%	0.79%	0.78%	0.92%	0.87%	0.97%
VS	0.73%	0.71%	0.85%	0.85%	0.91%	0.98%	0.98%	1.02%
NE	1.12%	1.01%	0.91%	0.84%	0.85%	1.06%	1.06%	1.04%
GE	0.86%	0.79%	0.77%	0.75%	0.66%	0.66%	0.87%	0.91%
JU	1.06%	1.03%	0.94%	0.91%	0.94%	1.15%	1.34%	1.34%
Total	0.97%	0.91%	0.88%	0.85%	0.92%	0.94%	0.91%	0.97%

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

3.2 Zusammensetzung der Neuanmeldungskohorten

Da das Eingliederungspotenzial der neuangemeldeten Personen u.a. in Zusammenhang mit Alter, Geschlecht und auch Nationalität steht (vgl. dazu Gugisberg et al. 2009), soll in diesem Abschnitt aufgezeigt werden, ob und inwieweit sich die strukturelle Zusammensetzung der Kohorten im Zeitraum von 2004 bis 2011 bezüglich dieser Merkmale verändert hat:

■ **Anmeldequote nach Geschlecht:** Sowohl die Anmeldequote der Frauen als auch diejenige der Männer folgt dem Gesamttrend: Zwischen 2004 und 2008 nimmt die Anmeldequote beider Geschlechter ab und steigt ab 2009 wieder leicht an. Die Anmeldequote der Frauen liegt in allen Jahren deutlich unter derjenigen der Männer, die Differenz verringert sich allerdings im Betrachtungszeitraum von 0.21% auf 0.11% deutlich.

■ **Anmeldequote nach Alter:** Je älter eine Person ist, umso eher findet in der Regel eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung statt. Über die Zeit betrachtet sind zwei Tendenzen festzustellen: Zwischen 2004 und 2007 sinken die Anmeldequoten praktisch in allen Altersklassen. Eine Ausnahme bilden die über 60-Jährigen, bei denen auch in dieser Periode noch steigende Anmeldequoten zu beobachten sind. Mit dem Inkrafttreten der 5. IVG-Revision im Jahr 2008 steigen die Anmeldequoten über alle Altersklassen wieder an. Dies dürfte insbesondere auf die Einführung der FEFI-Phase zurückzuführen sein und dem Bestreben gefährdete Personen möglichst frühzeitig zu erfassen. Auch hier bilden die über 60-Jährigen mit stark sinkenden Quoten wieder die Ausnahme. Während im Vergleich zum Jahr 2004 im 2011 die Anmeldequoten der 18 bis 40-jährigen Personen etwas höher sind, liegen sie bei den über 40-Jährigen etwas darunter.

■ **Anmeldequote nach Nationalität:** Die Anmeldequote von Personen mit Schweizer Nationalität nimmt zwischen 2008 und 2011 von rund 0.54 Prozent auf 0.59 Prozent leicht zu. Zumindest teilweise ist dieser Effekt darauf zurückzuführen, dass Doppelbürger/innen ab 2008 als Schweizer/innen erfasst werden. Unter den Anmeldequoten mit ausländischer Nationalität nahm der Anteil der Personen aus der Ländergruppe «EU-Nordwest», ausgehend von einem tiefen Niveau, zu, der Anteil aus Personen aus der Ländergruppe EU-Ost und EU-Süd wie auch aus «Europa Rest» nahm dagegen ab, was bei der Gruppe «Europa Rest» hauptsächlich auf einen Rückgang von Personen aus der Türkei und den Ländern des ehemaligen Jugoslawien zurückzuführen ist.

In wieweit sich diese leichten Veränderungen auf die Berentungsquoten auswirken können, wird im Abschnitt 10.1 im Rahm der durchgeführten Strukturanalysen betrachtet und diskutiert.

Tabelle 4: Anmeldequote nach Geschlecht: Anteil IV-Neuanmeldungen an der versicherten Bevölkerung (18 – Rentenalter)

Geschlecht	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Frauen	0.86%	0.82%	0.80%	0.78%	0.85%	0.86%	0.87%	0.91%
Männer	1.07%	0.99%	0.96%	0.91%	0.98%	1.01%	0.96%	1.02%
Total	0.97%	0.91%	0.88%	0.85%	0.92%	0.94%	0.91%	0.97%

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 5: Anmeldequote nach Alterskategorie: Anteil der IV-Neuanmeldungen an der versicherten Bevölkerung (18 – Rentenalter)

Alter	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
18 - 19 Jahre	0.43%	0.40%	0.41%	0.42%	0.47%	0.51%	0.50%	0.51%
20 - 24 Jahre	0.42%	0.39%	0.36%	0.35%	0.41%	0.45%	0.44%	0.46%
25 - 29 Jahre	0.49%	0.45%	0.41%	0.40%	0.47%	0.54%	0.51%	0.54%
30 - 34 Jahre	0.56%	0.52%	0.47%	0.43%	0.54%	0.57%	0.59%	0.60%
35 - 39 Jahre	0.67%	0.62%	0.55%	0.52%	0.62%	0.67%	0.68%	0.73%
40 - 44 Jahre	0.86%	0.78%	0.72%	0.69%	0.80%	0.81%	0.83%	0.86%
45 - 49 Jahre	1.11%	1.03%	0.99%	0.89%	1.00%	1.04%	1.00%	1.07%
50 - 54 Jahre	1.43%	1.29%	1.24%	1.19%	1.27%	1.26%	1.26%	1.29%
55 - 59 Jahre	1.80%	1.67%	1.67%	1.60%	1.63%	1.58%	1.54%	1.65%
60 - 64 Jahre	1.69%	1.70%	1.78%	1.84%	1.72%	1.68%	1.52%	1.68%
Total	0.97%	0.91%	0.88%	0.85%	0.92%	0.94%	0.91%	0.97%

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 6: Anteil der IV-Neuanmeldungen zwischen 2004 und 2011 an der ständigen Wohnbevölkerung, nach Staatsangehörigkeit, in Prozent

Nationalität zum Zeitpunkt der Neu-anmeldung	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Schweiz	0.55%	0.52%	0.51%	0.51%	0.54%	0.56%	0.55%	0.59%
EU/EFTA Nordwest	0.49%	0.46%	0.45%	0.41%	0.46%	0.46%	0.51%	0.55%
EU-Süd	0.92%	0.83%	0.78%	0.72%	0.77%	0.80%	0.82%	0.82%
EU-Ost	0.90%	0.85%	0.74%	0.61%	0.71%	0.75%	0.70%	0.66%
Europa Rest	1.30%	1.17%	1.10%	0.95%	1.12%	0.97%	0.90%	0.90%
OECD Rest	0.33%	0.35%	0.31%	0.28%	0.31%	0.33%	0.33%	0.31%
Übrige	0.63%	0.60%	0.64%	0.65%	0.70%	0.72%	0.73%	0.76%
Total	0.62%	0.58%	0.56%	0.54%	0.58%	0.60%	0.59%	0.62%

Anmerkung: Die uns vorliegenden Daten zur versicherten Bevölkerung lassen keine Differenzierung nach der Nationalität zu. Als Ersatz wurden die Standardtabellen des SEM verwendet. Da sich diese auf die ständige Wohnbevölkerung aller Altersgruppen beziehen, sind die ausgewiesenen Anteile kleiner als in den vorangehenden Tabellen.

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Standardtabellen 6.22, SEM. Berechnungen BASS

4 Eingliederungsmassnahmen [EM]

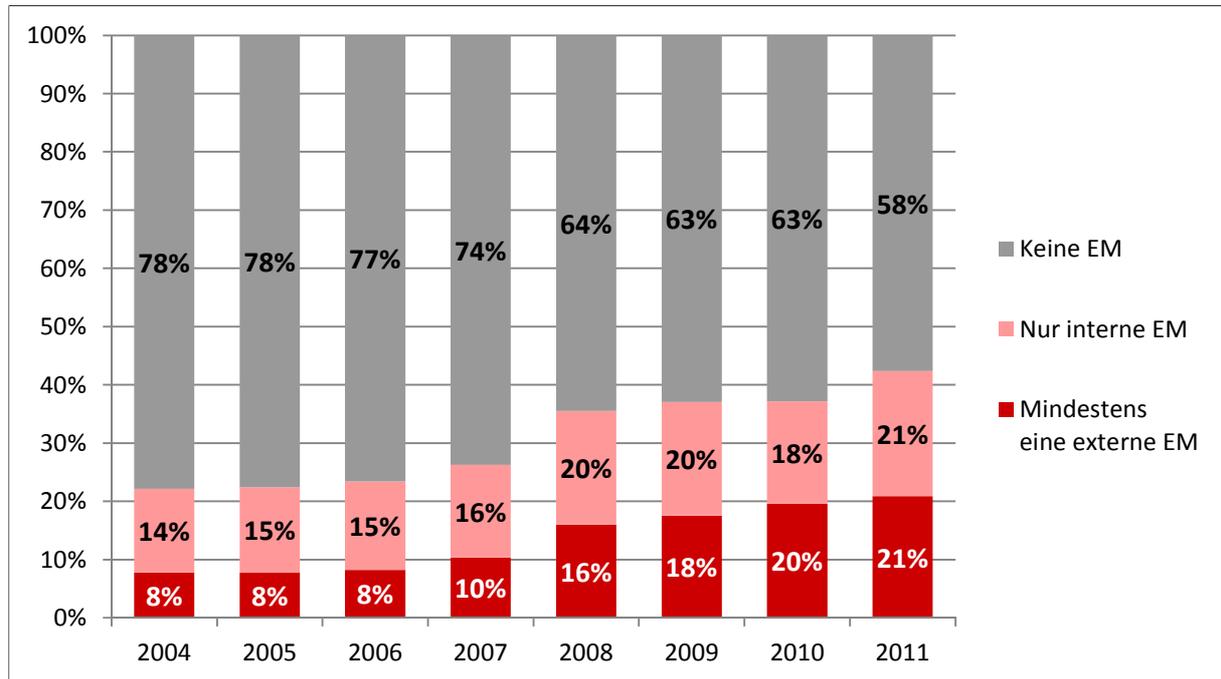
Dieser Abschnitt gibt eine erste Übersicht zur Entwicklung von Anzahl, Art und Kombinationen von verschiedenen Eingliederungsmassnahmen (EM) derjenigen Personen, die sich in der Periode 2004 bis 2011 bei der Invalidenversicherung neu angemeldet haben. Der Begriff der Eingliederungsmassnahme wird in diesem Bericht als Überbegriff für alle Massnahmen zur Unterstützung zur beruflichen (Wieder)Eingliederung verwendet. In den Unterabschnitten zu den Frühinterventionsmassnahmen (FI), den Integrationsmassnahmen (IM) und den Massnahmen beruflicher Art (MB) wird jeweils vertiefter auf die einzelnen Massnahmen eingegangen.

Alle Indikatoren beziehen sich jeweils auf den **Zeitraum der Neuanmeldung bis und mit drei Jahre danach** (Beobachtungszeitraum). Massnahmen mit einem Rechnungsdatum der ersten Leistung nach Ende des dritten Jahres wurden von der Analyse ausgeschlossen. Für eine Person, die sich 2011 neu angemeldet hat, wurden demnach Eingliederungsmassnahmen berücksichtigt, deren erste Leistung spätestens im Jahr 2014 in Rechnung gestellt wurde.

In **Abbildung 2** ist zu sehen, dass sich der Anteil neuangemeldeter Personen mit einer **externen Eingliederungsmassnahme** nach der 5. IVG-Revision etwa **verdoppelt** hat. Von den rund 42'000 neu angemeldeten Personen im Jahr 2011 wurden innerhalb von drei Jahren für 21 Prozent beziehungsweise gut 8'800 Personen mindestens eine externe Eingliederungsmassnahme zugesprochen; im Jahr 2004 war dies nur für 8% der Fall. Die Zunahme der Eingliederungsmassnahmen zwischen 2004 und 2011 fand in allen IVST statt, jedoch in unterschiedlich starkem Ausmass (**Abbildung 3**).

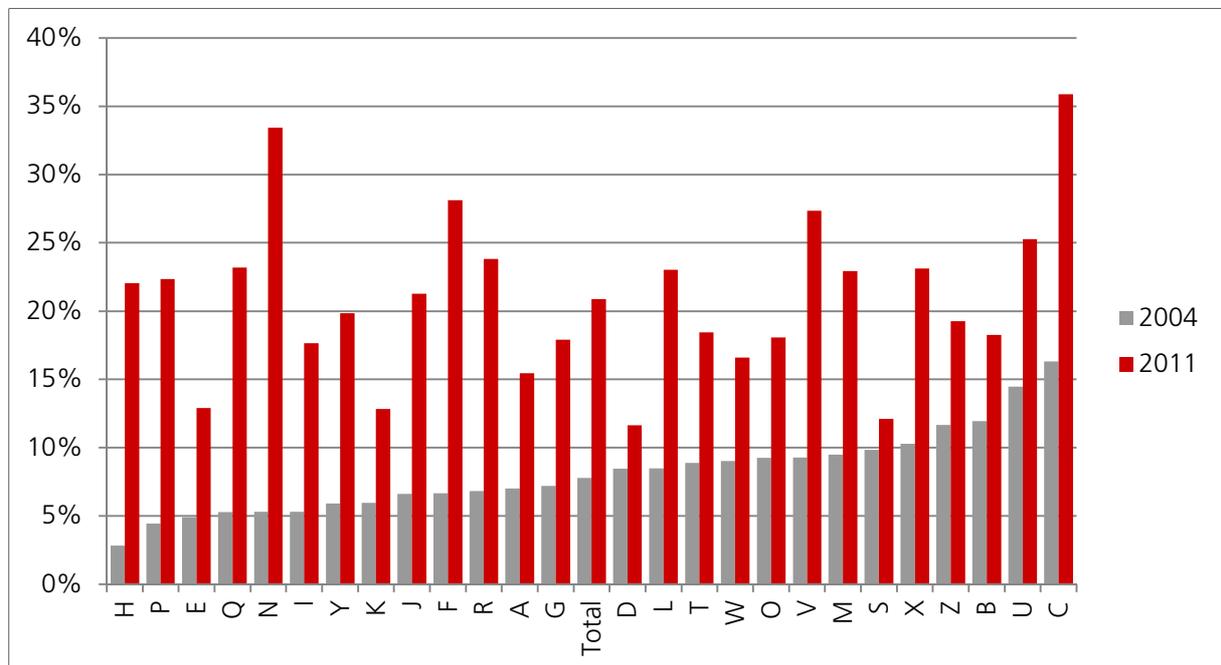
Wie bereits einleitend angemerkt, sind die Daten zu den internen Leistungen der IVST aufgrund der unterschiedlichen Codierungspraxis nicht einheitlich und somit nicht zuverlässig vergleichbar. Aus diesem Grund werden im weiteren Verlauf der Evaluation ausschliesslich Auswertungen und Aussagen zu extern erbrachten Leistungen (mit Rechnung) gemacht.

Abbildung 2: Anteil IV-Neuanmeldungen mit internen oder externen Eingliederungsmassnahmen (EM) innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre)



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 3: Anteil IV-Neuanmeldungen mit externen Eingliederungsmassnahmen innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) nach IVST



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Im Fokus der Evaluation der 5. IVG-Revision stehen die mit der Revision eingeführten Eingliederungsmassnahmen im Bereich Frühintervention (FI) und die Integrationsmassnahmen (IM). **Tabelle 7** zeigt daher eine entsprechende Kategorisierung der Eingliederungsmassnahmen. In **Tabelle 8** werden die entsprechenden Anteile für IV-Neuanmeldungskohorten 2004 bis 2011 dargestellt. Es gilt zu

beachten, dass diese Kategorien nicht ausschliesslich sind; eine Person kann Eingliederungsmassnahmen aus mehreren Kategorien in Anspruch nehmen.

Tabelle 7: Externe Eingliederungsmassnahmen nach Kategorien

Kürzel	Inhalt	Code	Kategorienbezeichnung in BSV-Übersicht
FI	Frühintervention	561, 562, 565, 566	Massnahmen der Frühintervention
FIAVBB	Arbeitsvermittlung / Berufsberatung in der Frühintervention	563	Aufgehoben 01.01.2012: ersetzt durch 567/568
		564	FI-Berufsberatung
		567	FI-aktive Unterstützung bei Suche eines neuen Arbeitsplatzes
		568	FI-begleitende Beratung
IM	Integrationsmassnahmen	581, 582, 583, 584	IM ausserhalb des bisherigen Betriebs
		587, 588, 589	IM im bisherigen Betrieb
MB	Massnahmen beruflicher Art	401, 402, 410, 420, 425, 430, 445, 446	Erstmalige berufliche Ausbildung
		451, 452, 460, 470, 475, 480, 490, 500	Berufsorientierte Weiterbildung
			Umschulung
	Arbeitsvermittlung / Berufsberatung (AVBB)	400	Berufsberatung
		530	IVST interne Berufsberatung
	Sonstige	548, 549, 550, 551	Arbeitsvermittlung
		510	Kapitalhilfe
	545	Einarbeitungszuschuss	

Quelle: Unterscheidung in Absprache mit Projektverantwortlichen des BSV, Darstellung BASS

Tabelle 8: Anteil IV-Neuanmeldungen mit externen Eingliederungsmassnahmen innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) nach Kategorien

Eingliederungsmassnahme	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
FI Frühintervention	0.0%	0.0%	0.2%	0.7%	4.7%	6.6%	8.6%	9.5%
FIAVBB Arbeitsvermittlung / Berufsberatung (in der Frühintervention)	0.0%	0.0%	0.1%	0.2%	1.4%	1.5%	1.9%	2.4%
IM Integrationsmassnahmen	0.0%	0.1%	0.3%	1.0%	2.8%	3.1%	3.3%	3.6%
MB Massnahmen beruflicher Art	5.9%	5.8%	6.1%	7.0%	7.9%	8.1%	8.0%	8.1%
Sonstige Massnahmen beruflicher Art	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	1.1%	1.7%
AVBB Arbeitsvermittlung / Berufsberatung	3.2%	3.3%	3.1%	3.6%	3.4%	3.2%	3.4%	3.5%

Anmerkung: Nicht ausschliesslich, eine Person kann mehrere Eingliederungsmassnahmen in Anspruch nehmen

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Für die Kohorten 2008 bis 2011 ist die Zusprache von FI-Massnahmen und Integrationsmassnahmen deutlich angestiegen⁷ (Tabelle 8). Der Anteil Personen mit einer Eingliederungsmassnahme im Bereich «Arbeitsvermittlung / Berufsberatung» bleibt über die Kohorten in etwa konstant, der Anteil mit Massnahmen beruflicher Art (MB) nimmt bis 2009 zu und bleibt dann konstant.

Um die Auswertungen zu den möglichen Kombinationen der Eingliederungsmassnahmen überschaubar zu halten, wurde mit den oben benannten Bereichen eine, auf die «neuen» Massnahmen fokussierte, sich ausschliessende Kategorisierung erstellt. Die folgenden Auswertungen beruhen auf den vier in **Abbildung 4** dargestellten Kategorien.

■ **Ausschliesslich Frühinterventionsmassnahmen (FI):** Beinhaltet alle Personen, für welche nur Eingliederungsmassnahmen im Bereich Frühintervention (561, 562, 565, 566) oder Arbeitsvermittlung

⁷ Da alle externen EM in den ersten drei Jahren nach der Neuanmeldung berücksichtigt werden, konnten vereinzelt auch Personen die sich vor 2008 angemeldet haben eine EM beziehen.

/ Berufsberatung in der Frühintervention (563, 564, 567, 568), nicht aber eine der anderen Eingliederungsmassnahmen geleistet wurde.

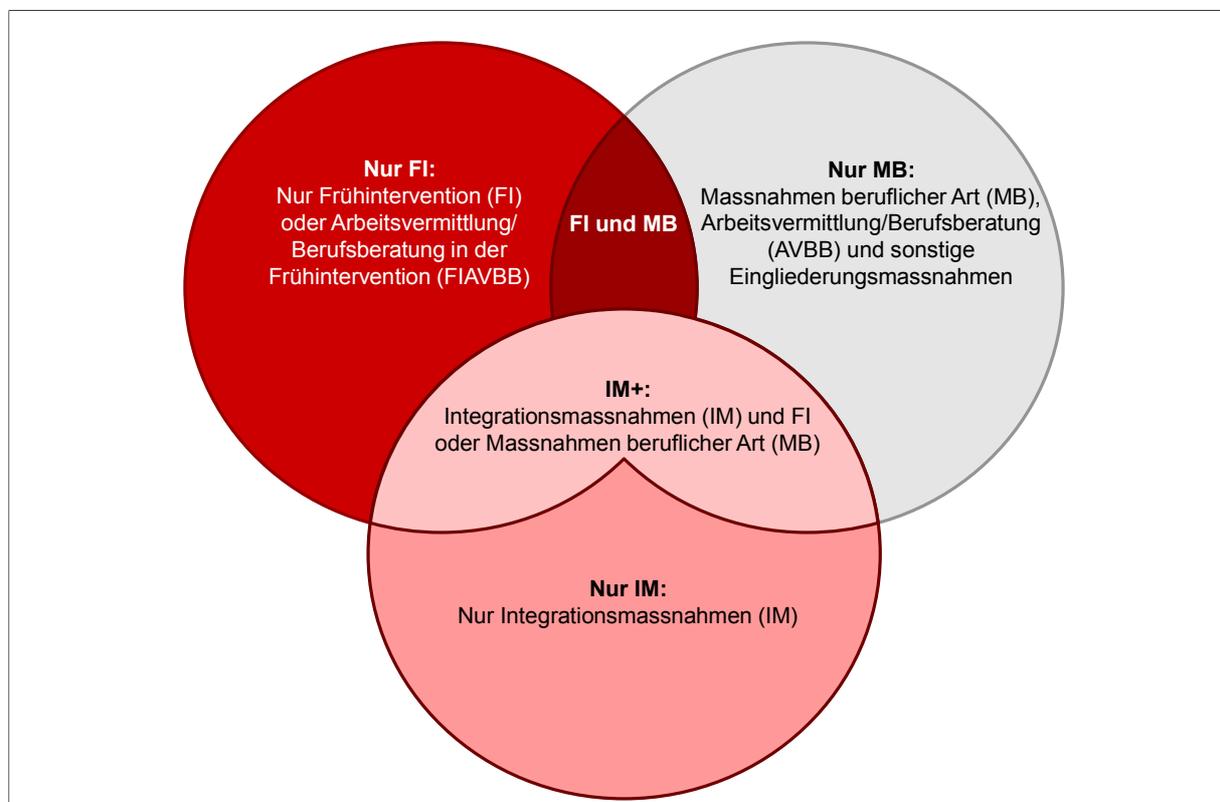
■ **Ausschliesslich Massnahmen beruflicher Art (MB):** Beinhaltet alle Personen, für welche nur Eingliederungsmassnahmen im Bereich Massnahmen beruflicher Art (401, 402, 410, 420, 425, 430, 445, 446, 451, 452, 460, 470, 475, 480, 490, 500) oder Arbeitsvermittlung / Berufsberatung (400, 530, 548, 549, 550, 551), nicht aber eine der anderen Eingliederungsmassnahmen geleistet wurde.

■ **Ausschliesslich Integrationsmassnahmen (IM):** Beinhaltet alle Personen, für welche eine Integrationsmassnahme (581, 582, 583, 584, 587, 588, 589), nicht aber eine der anderen Eingliederungsmassnahmen geleistet wurde.

■ **FI und MB:** Beinhaltet alle Personen, für welche sowohl eine Eingliederungsmassnahme im Bereich Frühintervention als auch eine Massnahme beruflicher Art geleistet wurde.

■ **IM+:** Beinhaltet alle Personen, für welche sowohl eine Integrationsmassnahme als auch eine andere berufliche Massnahme geleistet wurde.

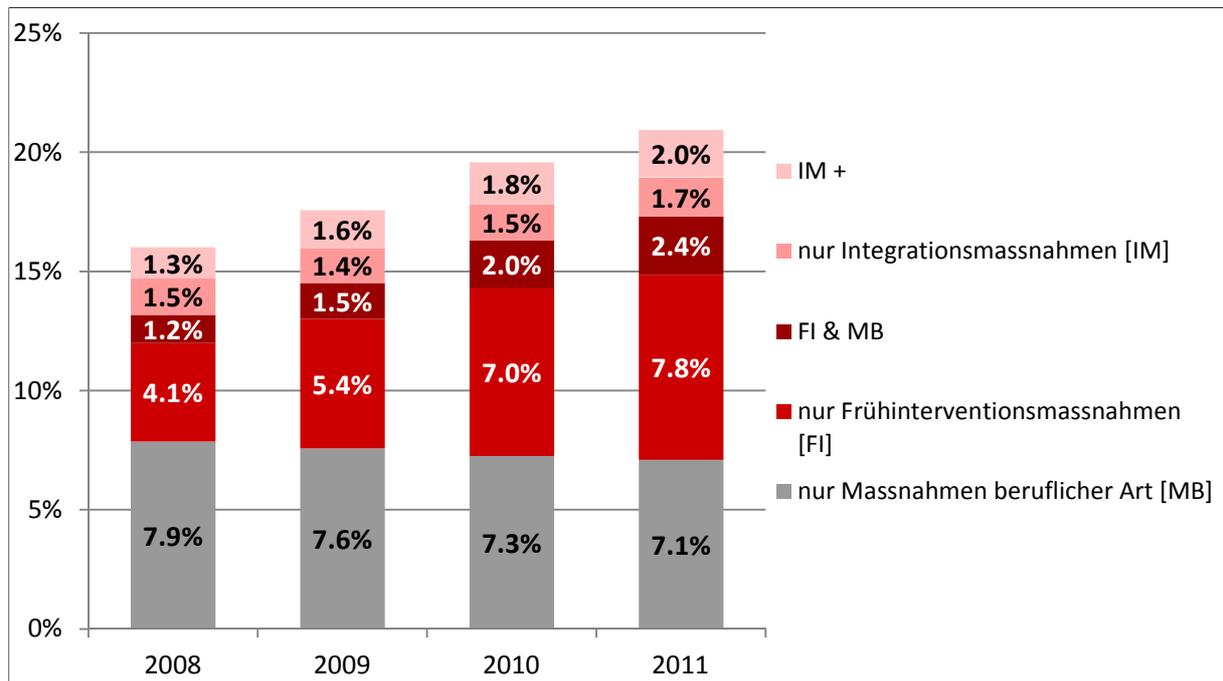
Abbildung 4: Ausschliessende Kategorisierung der externen Eingliederungsmassnahmen



Quelle: Darstellung BASS

Abbildung 5 zeigt den Anstieg der **externen Eingliederungsmassnahmen** ab 2008, aufgeschlüsselt nach den oben beschriebenen **Kombinationen**. Demnach beruht der Zuwachs nach 2008 grösstenteils auf zusätzlichen FI-Massnahmen oder der Kombination von FI- und Massnahmen beruflicher Art. Ebenfalls deutlich, aber in kleinerem Ausmass, erhöht sich der Anteil der Integrationsmassnahmen. Der Anteil an Personen, die ausschliesslich Massnahmen beruflicher Art erhalten, ist seit 2008 rückläufig. Demnach ist der steigende Anteil an Personen mit externen Eingliederungsmassnahmen zu einem grossen Teil auf die Einführung der neuen Massnahmen zurückzuführen.

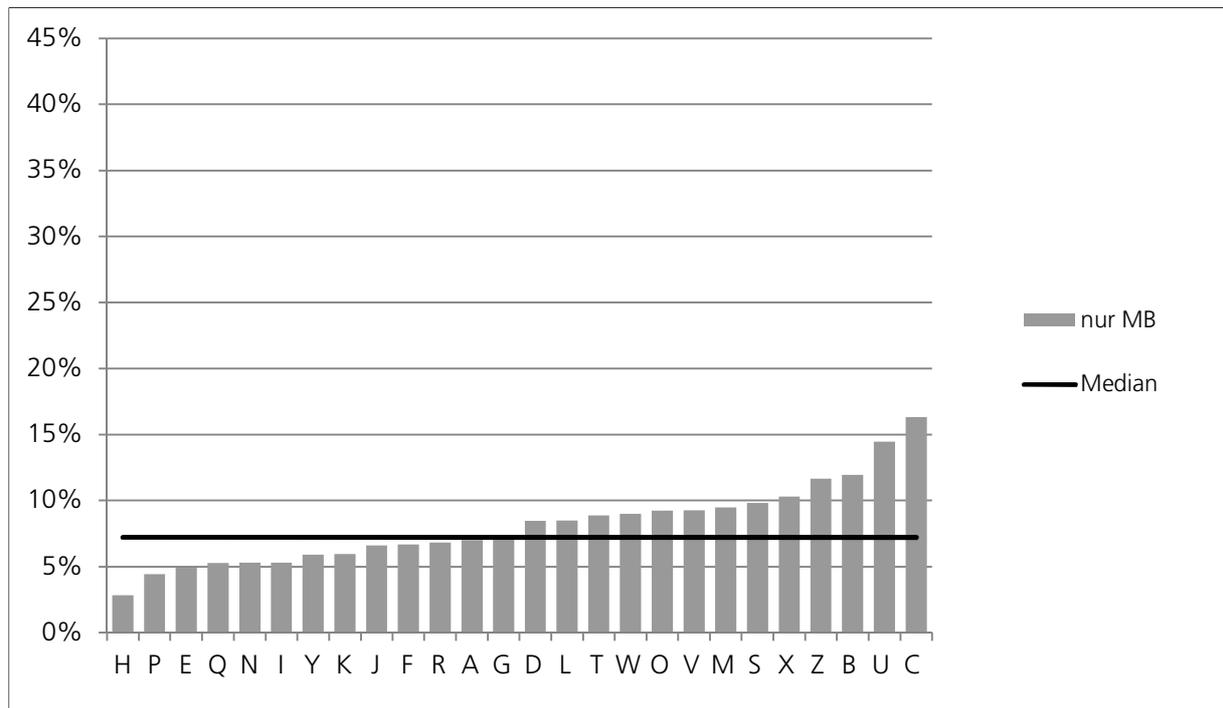
Abbildung 5: Anteil IV-Neuanmeldungen mit externen Eingliederungsmassnahmen innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) nach sich ausschliessenden Kategorien



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

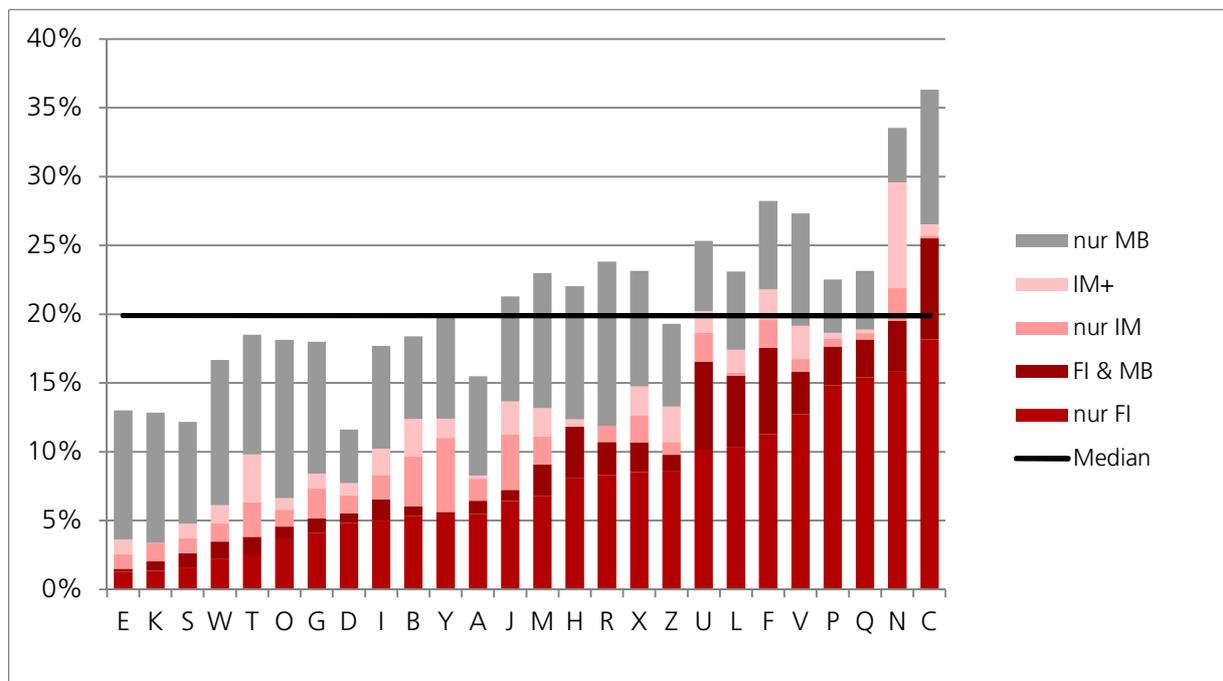
Abbildung 6 und **Abbildung 7** stellen die Anteile der Eingliederungsmassnahmen nach IVST für die Jahre 2004 und 2010 dar. Auch in diesem Fall zeigt sich eine ausgeprägte Heterogenität unter den IVST. Während die Integrationsmassnahmen im Vergleich zu den Frühinterventionsmassnahmen eine marginale Rolle spielen, ist das Verhältnis zwischen den beiden Massnahmenarten in anderen IVST praktisch ausgeglichen. Vergleicht man die beiden Abbildungen, fällt zudem auf, dass einige IVST die 2004 wenige Massnahmen beruflicher Art zugesprochen haben, 2011 im oberen Mittelfeld zu finden sind (Z.B. die IVST H und P).

Abbildung 6: Anteil IV-Neuanmeldungen von 2004 mit externen Eingliederungsmassnahmen innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) nach IVST



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 7: Anteil IV-Neuanmeldungen von 2011 mit externen Eingliederungsmassnahmen innerhalb des Beobachtungszeitraums (2011 bis 2014) nach IVST



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Profil der neuangemeldeten Personen mit Eingliederungsmassnahmen

Die unten in der linken Spalte dargestellten Abbildungen zeigen das **Profil** der 2004 respektive 2011 neuangemeldeten Personen. Die Abbildungen in der rechten Spalte zeigen den Anteil mit Eingliede-

ungsmassnahmen in der entsprechenden Kategorie. So waren bspw. von den im Jahr 2004 neuangemeldeten Personen 55% Männer (linke Grafik). Von diesen Männern haben 10% innerhalb von drei Jahren externe Eingliederungsmassnahmen erhalten (rechte Grafik).

Abbildung 8: Anteil der IV-Neuanmeldungen von 2004 nach Merkmalen

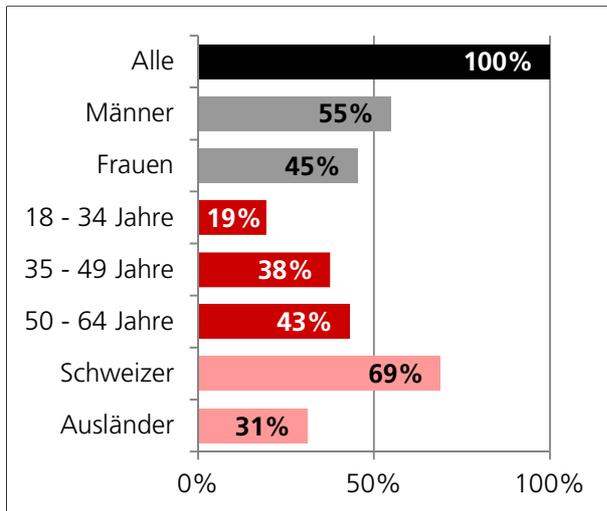


Abbildung 9: Anteil der IV-Neuanmeldungen von 2004 mit EM innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) am Total IV-Neuanmeldungen der Kategorie

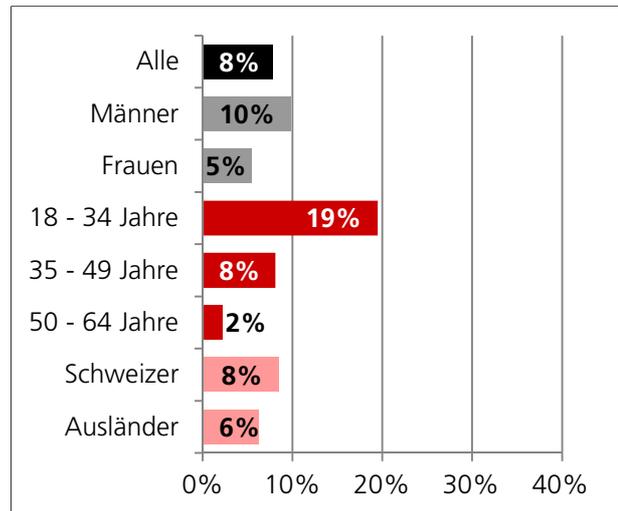


Abbildung 10: Anteil der IV-Neuanmeldungen von 2011 nach Merkmalen

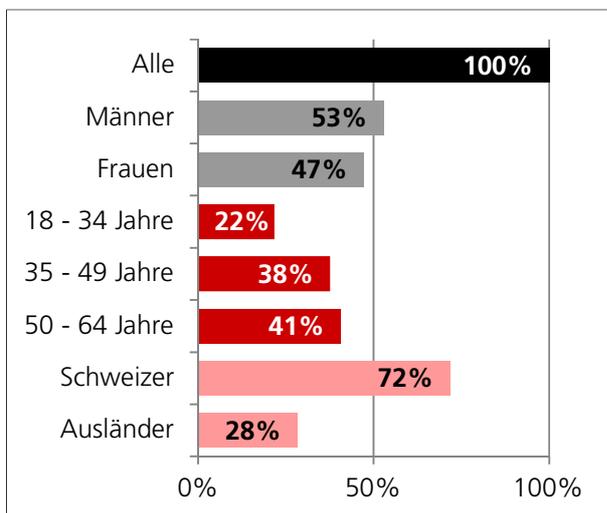
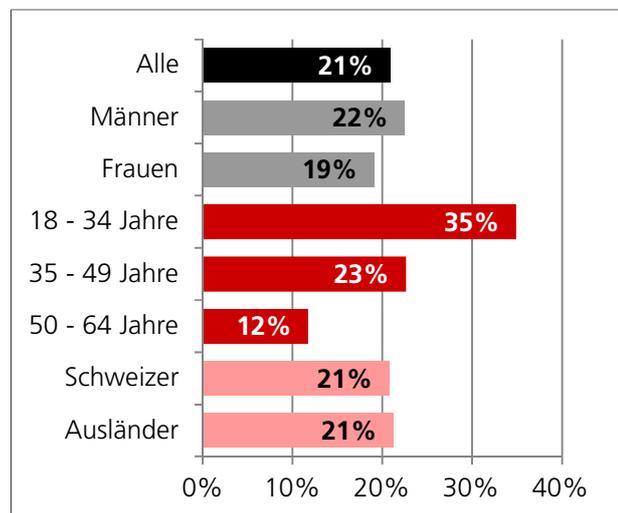


Abbildung 11: Anteil der IV-Neuanmeldungen von 2011 mit EM innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) am Total IV-Neuanmeldungen der Kategorie



Lesebeispiel: Von den im Jahr 2004 neuangemeldeten Personen waren 55% Männer. Von diesen Männern haben 10% innerhalb von drei Jahren externe Eingliederungsmassnahmen erhalten.

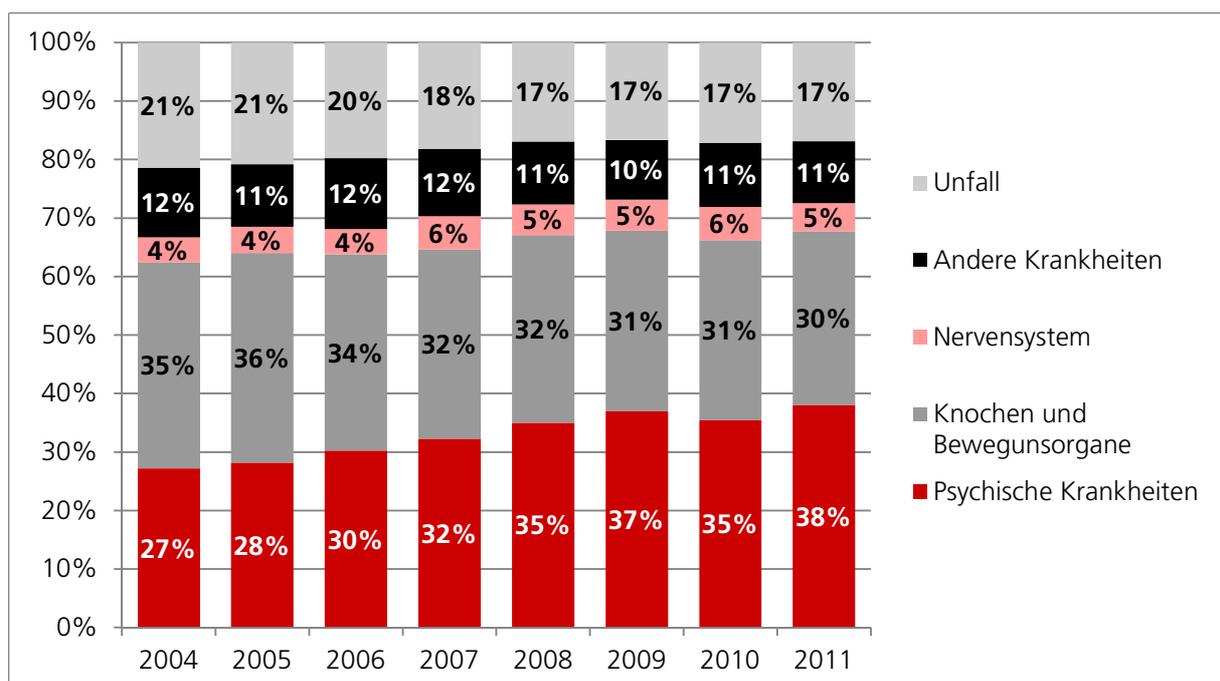
Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Vergleicht man die beiden Abbildungen in der linken Spalte, zeigen sich die bereits in Kapitel 3 ausgeführten (kleineren) Verschiebungen bei den IV-Neuanmeldungen: Der Frauenanteil nimmt leicht zu, ebenso der Anteil der 18 bis 34 Jährigen und der Anteil Personen mit Schweizer Staatsangehörigkeit. Der Anteil der IV-Neuanmeldungen mit Eingliederungsmassnahmen nimmt generell zu, allerdings

kommt es dabei zu grösseren Verschiebungen. So reduziert sich die Differenz zwischen Männern und Frauen deutlich. Der Anteil Männer mit EM verdoppelt sich zwar von 10 auf 22%, bei den Frauen ist der Zuwachs an Massnahmenempfängerinnen von 5% auf 19% deutlich stärker angestiegen. Ein ähnliches Bild zeigt sich bezüglich der Alterskategorien: Jüngere Personen beziehen sowohl vor als auch seit der Einführung der 5. IVG- deutlich öfters Eingliederungsmassnahmen, allerdings steigt der Anteil der älteren Personen noch deutlicher an.

Gemäss der Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (5. Revision) ist es u.a. ein Ziel, mittels der neuen Integrationsmassnahmen die berufliche Eingliederung für psychisch kranke Personen zu optimieren. **Abbildung 12** zeigt die Anteile nach **Gebrechensart** der IV-Neuanmeldungen mit Eingliederungsmassnahmen. Demnach wurden die neuen Eingliederungsmassnahmen vermehrt Personen mit psychischen Erkrankungen zugesprochen. Die Anteile der Gruppen «Unfall» und «Knochen- und Bewegungsorgane» sind dagegen rückläufig. Dabei ist zu beachten, dass die absolute Anzahl der Leistungsbezüger/innen mit den Gebrechensarten «Unfall» und «Knochen- und Bewegungsorgane» gestiegen ist, nicht jedoch deren Anteil am Total der Eingliederungsmassnahmen; wie dies aufgrund der gestiegenen Gewährung von Eingliederungsmassnahmen allgemein zu erwarten gewesen wäre. In den Abschnitten 4.1 und 4.2 werden die Gebrechensarten für die Frühinterventions- bzw. Integrationsmassnahmen getrennt betrachtet.

Abbildung 12: Anteile nach Gebrechensart aller IV-Neuanmeldungen *mit Eingliederungsmassnahmen*



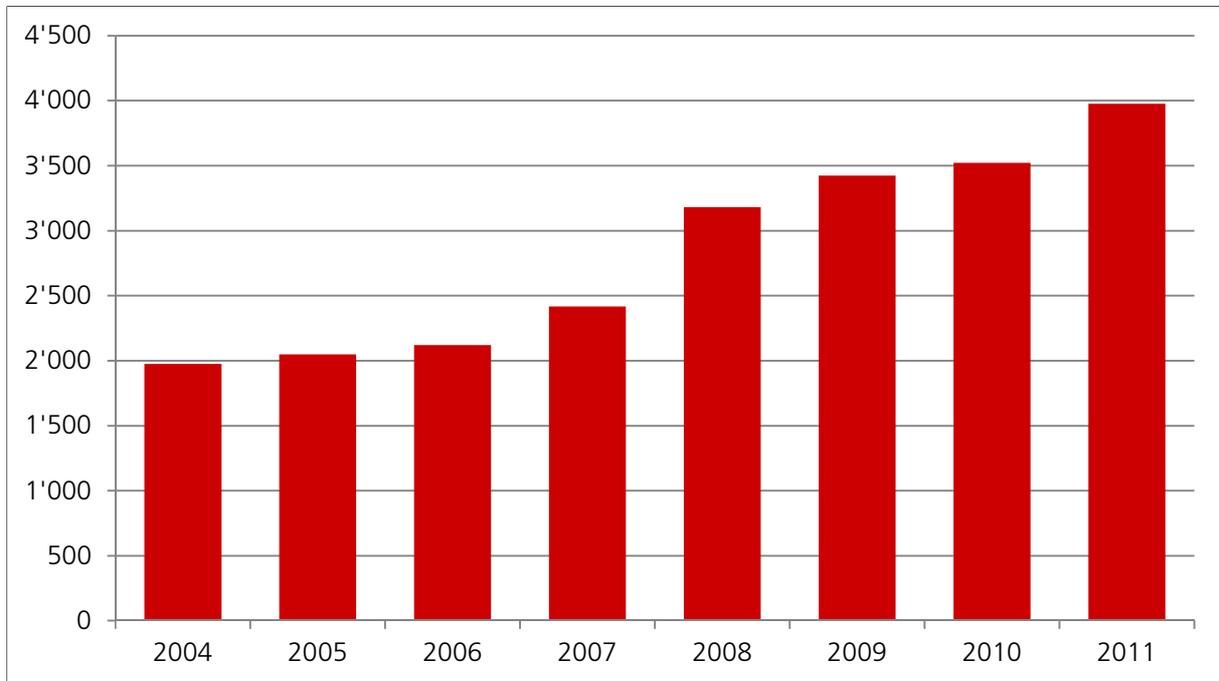
Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Ausgaben für Eingliederungsmassnahmen

Die durchschnittlichen Ausgaben für Eingliederungsmassnahmen pro neuangemeldete Person sind seit 2008 hauptsächlich als Folge der zusätzlichen Leistungsbezüger/innen sprunghaft angestiegen (vgl. **Abbildung 13**). Ein differenzierteres Bild liefert die in **Abbildung 14** dargestellten Ausgaben pro Leistungsbezüger/in. Demnach haben sich die durchschnittlichen Ausgaben pro Leistungsbezüger/in von über 25'000°Fr. in den Jahren vor der Einführung der 5. IVG-Revision, ab 2008 bei 18'000 bis 20'000 Franken eingependelt. Die im Vergleich zu den Jahren vor 2008 tieferen Ausgaben sind eine Folge der deutlich tieferen Ausgaben für FI- und IM-Massnahmen. Wie aus **Abbildung 15** ersichtlich

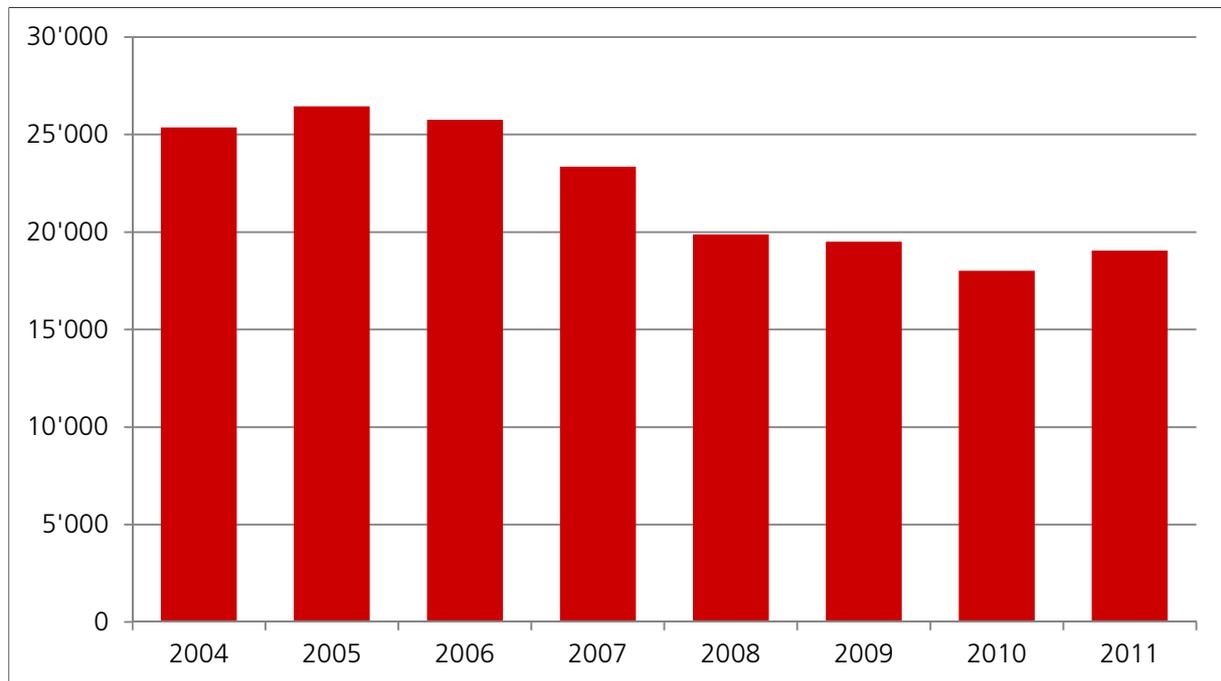
wird, sind die durchschnittlichen Ausgaben für Frühinterventionsmassnahmen mit rund 4'000 bis 5'000 Franken deutlich geringer als diejenigen für Integrationsmassnahmen (rund 15'000°Fr.) oder Massnahmen beruflicher Art (25'000°Fr.). Die Ausgaben der einzelnen Massnahmenkategorien werden in den folgenden Abschnitten detaillierter analysiert.

Abbildung 13: Durchschnittliche Ausgaben extern erbrachter Eingliederungsmassnahmen *pro neuangemeldeter Person* innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre), in CHF



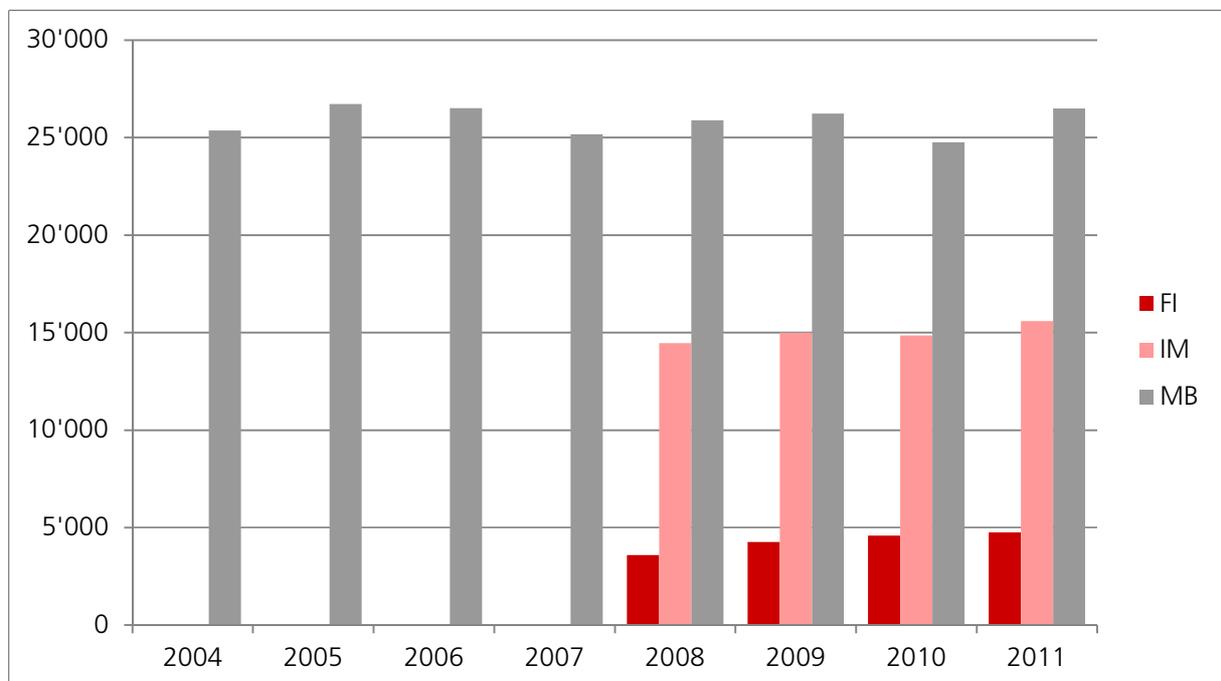
Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 14: Durchschnittliche Ausgaben extern erbrachter Eingliederungsmassnahmen *pro neuangemeldeter Person mit Eingliederungsmassnahmen* innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre), in CHF



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 15: Durchschnittliche Ausgaben für Eingliederungsmassnahmen *pro neuangemeldete/r Massnahmenempfänger/in* innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre), in CHF



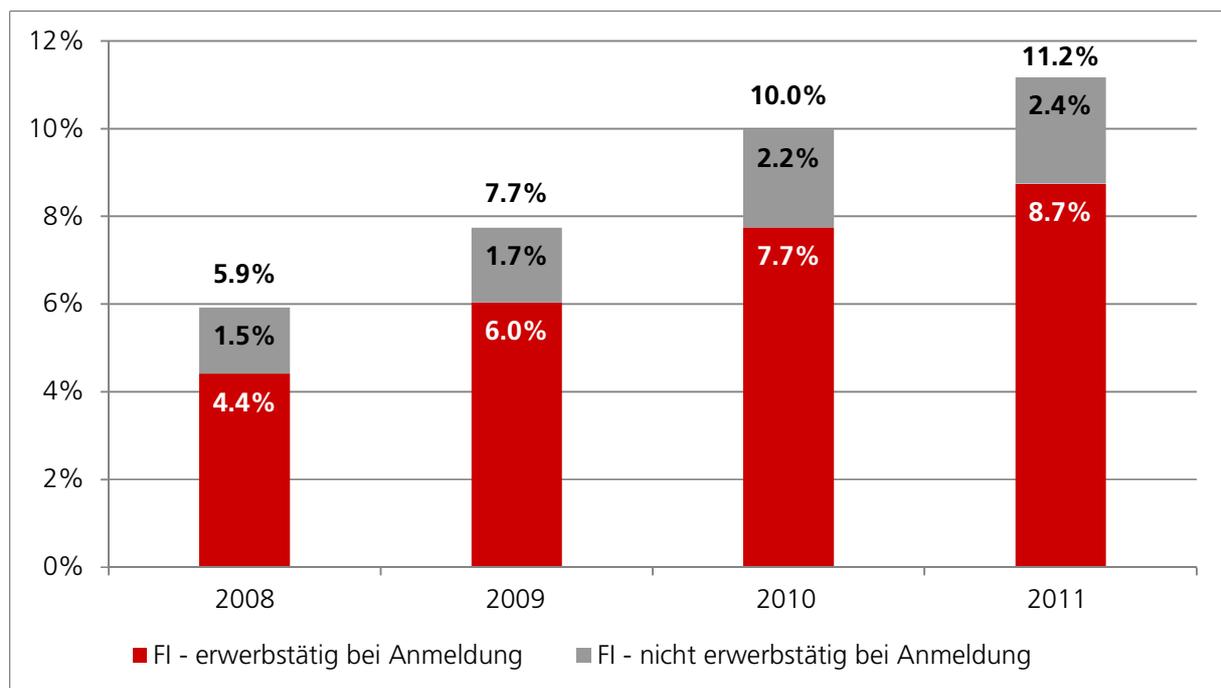
Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

4.1 Frühinterventionsmassnahmen [FI]

FI-Massnahmen sind niederschwellige und schnell einsetzbare Massnahmen wie z.B. eine Anpassung des Arbeitsplatzes, Ausbildungskurse oder Arbeitsvermittlung. Die Massnahmen richten sich grundsätzlich an alle versicherten Personen, welche sich bei der IVST für einen Leistungsbezug anmelden. Ziel ist es, dass ganz oder teilweise arbeitsunfähige Personen ihren bestehenden Arbeitsplatz behalten oder an einem neuen Arbeitsplatz (innerhalb oder ausserhalb des Betriebes) eingegliedert werden können (Art 7d Abs. 1 IVG). Da das Eingliederungspotenzial stark davon abhängt, ob eine Person bei Ihrer IV-Anmeldung noch im Erwerbsleben integriert ist, wird in diesem Abschnitt zwischen Personen, die bei der Anmeldung erwerbstätig bzw. bei der Anmeldung nicht (mehr) erwerbstätig waren, unterschieden⁸. Exakte Zahlen und zusätzliche Informationen zu den in diesem Abschnitt präsentierten Auswertungen sind im Anhang in Tabelle 28 bis Tabelle 33 zu finden.

Abbildung 16 zeigt den Anteil der IV-Neuanmeldungen mit FI-Massnahmen für die 4 Kohorten. Demnach ist der Anteil der IV-Neuanmeldungen mit Zusprache einer FI-Massnahme von 5.9% im Jahr 2008 auf 11.2% im Jahr 2011 gestiegen. Rund drei Viertel der Leistungsbezüger/innen sind gemäss den Angaben in den IK-Registerdaten bei der Anmeldung erwerbstätig.

Abbildung 16: Anteil der Leistungsbeziehenden einer Frühinterventionsmassnahme am Total der IV-Neuanmeldungen



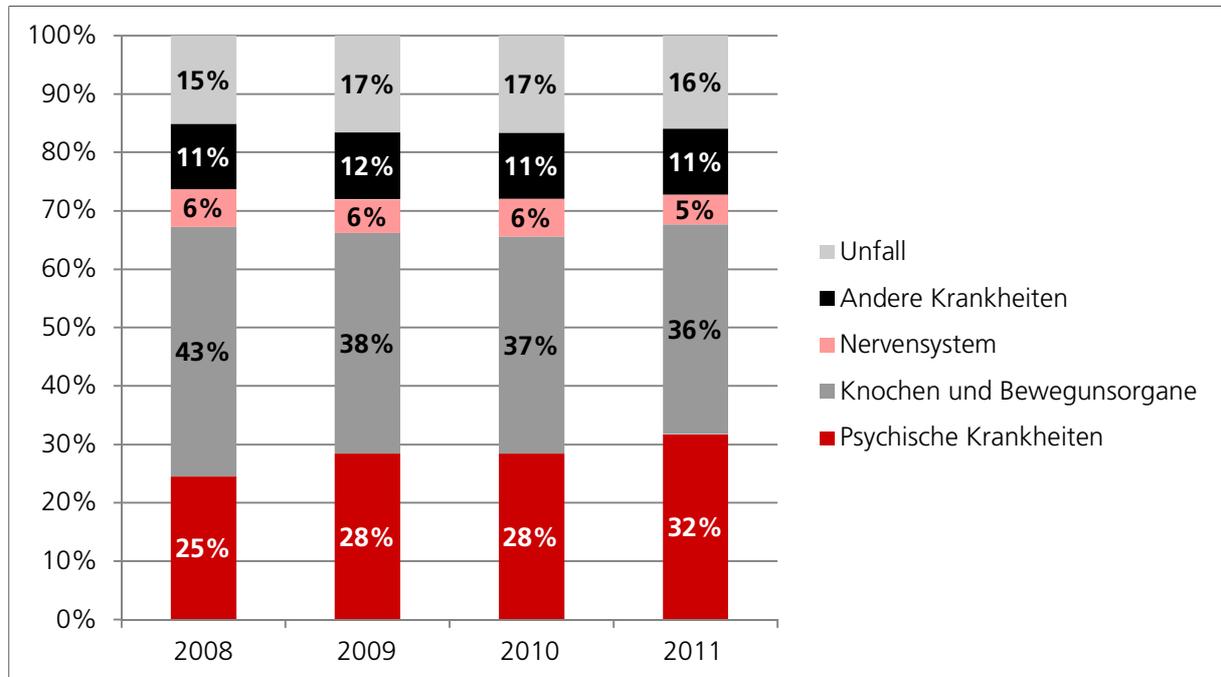
Basis [N]: (2008) 2'235; (2009) 3'039; (2010) 3'923; (2011) 4'701
 Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 17 und **Abbildung 18** zeigen die Anteile nach Gebrechensart ausschliesslich für die Empfänger/innen von FI-Massnahmen, die bei der IV-Neuanmeldung erwerbstätig bzw. nicht (mehr) erwerbstätig sind. Dabei zeigt sich, dass die FI-Massnahmen oft auch Personen mit einer psychischen

⁸ «Zum Zeitpunkt der Anmeldung» bezieht sich auf den Anmeldemonat plus/minus einen Monat. Definitionen und weitere Analysen im Zusammenhang mit der Erwerbssituation finden sich in Abschnitt 7.

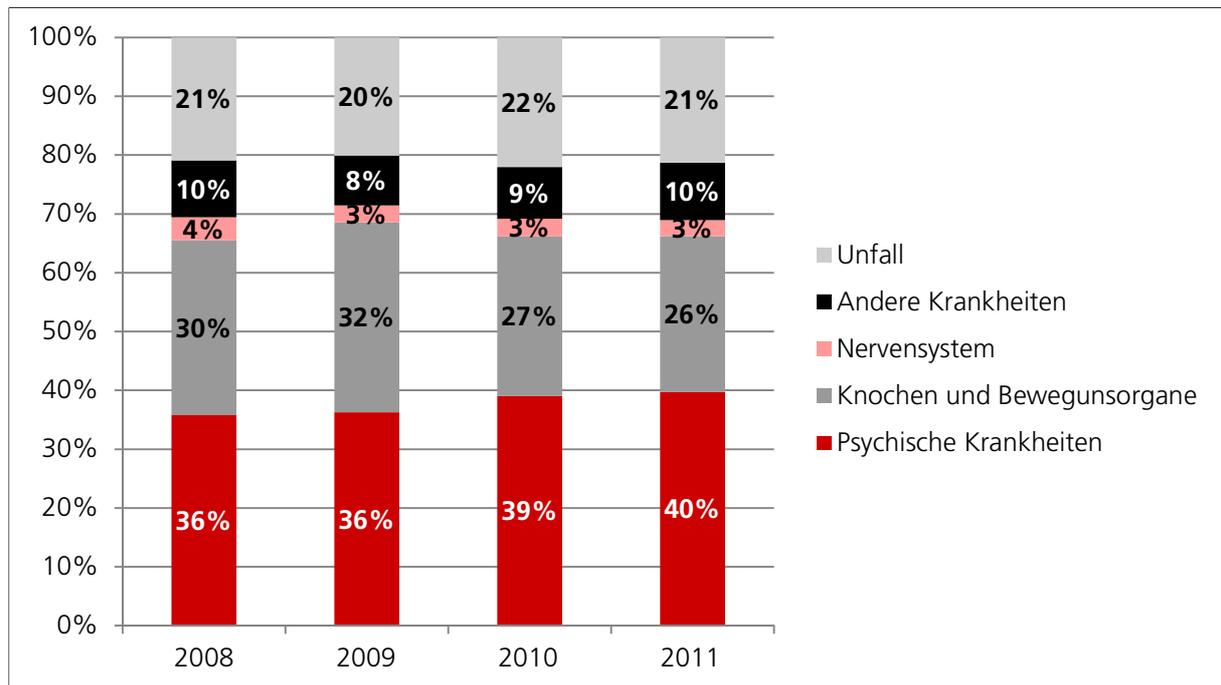
Erkrankung zugesprochen werden. Der Anteil der Leistungsbezüger/innen mit psychischer Erkrankung ist bei den nicht (mehr) erwerbstätigen Personen deutlich höher (36 bis 40%) als bei der Neuanmeldung erwerbstätiger Personen (25 bis 32%). Unabhängig von der Erwerbstätigkeit zum Anmeldezeitpunkt steigt bei FI-Massnahmenbezüger/innen der Anteil an Personen mit einer psychischen Erkrankung zwischen 2008 und 2011.

Abbildung 17: Anteile nach Gebrechensart aller Leistungsbeziehenden einer Frühinterventions-Massnahme, die bei der IV-Neuanmeldung *erwerbstätig* waren



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

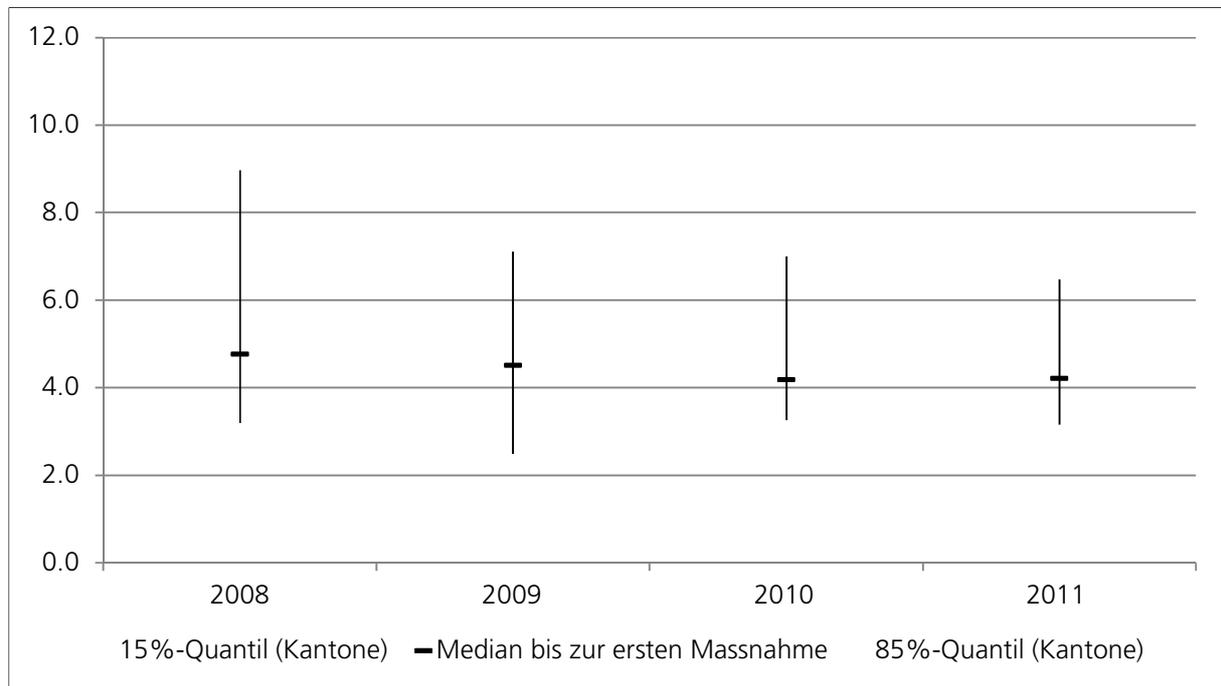
Abbildung 18: Anteile nach Gebrechensart aller Leistungsbeziehenden einer Frühinterventions-Massnahme, die bei der IV-Neuanmeldung *nicht erwerbstätig* waren



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Die Chancen auf einen Arbeitsplatzerhalt oder eine Wiedereingliederung erhöhen sich, wenn die Dauer zwischen einem Unfall oder einer Erkrankung und der Zusprache von Eingliederungsmassnahmen möglichst kurz ist. Die FI-Massnahmen sollen daher möglichst schnell zugesprochen werden. **Abbildung 19** zeigt die mittlere **Dauer bis zur ersten FI-Leistungserbringung** in Monaten (Median). Demnach werden 50% der FI-Massnahmen innerhalb von rund vier Monaten gewährt. Die mittlere Dauer bis zur Erteilung der ersten FI-Massnahme sank, für bei der IV-Neuanmeldung erwerbstätige Personen, von 4.5 Monaten im Jahre 2008 auf 4.2 Monate im Jahre 2011. Bei Leistungsbeziehenden, welche bei der IV-Neuanmeldung nicht (mehr) erwerbstätig waren, beträgt die mittlere Dauer seit 2008 ebenfalls rund vier Monate.

Abbildung 19: Mittlere Dauer bis zur ersten Frühinterventions-Massnahme innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) nach der Neuanschreibung in Anzahl Monaten (Median): Bei IV-Neuanmeldung *erwerbstätig*

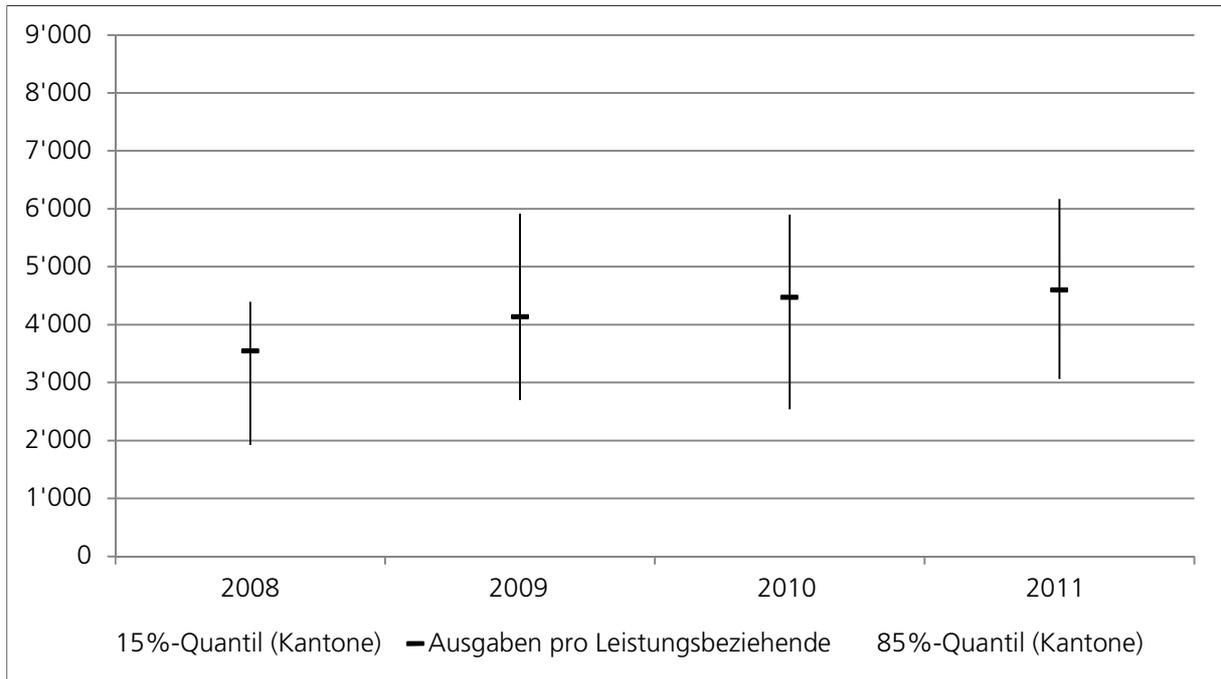


Anmerkung: Da nur die Massnahmen in den ersten drei Jahren nach dem Anmeldejahr berucksichtigt werden, betragt die maximal berucksichtigte Dauer drei Jahre.

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

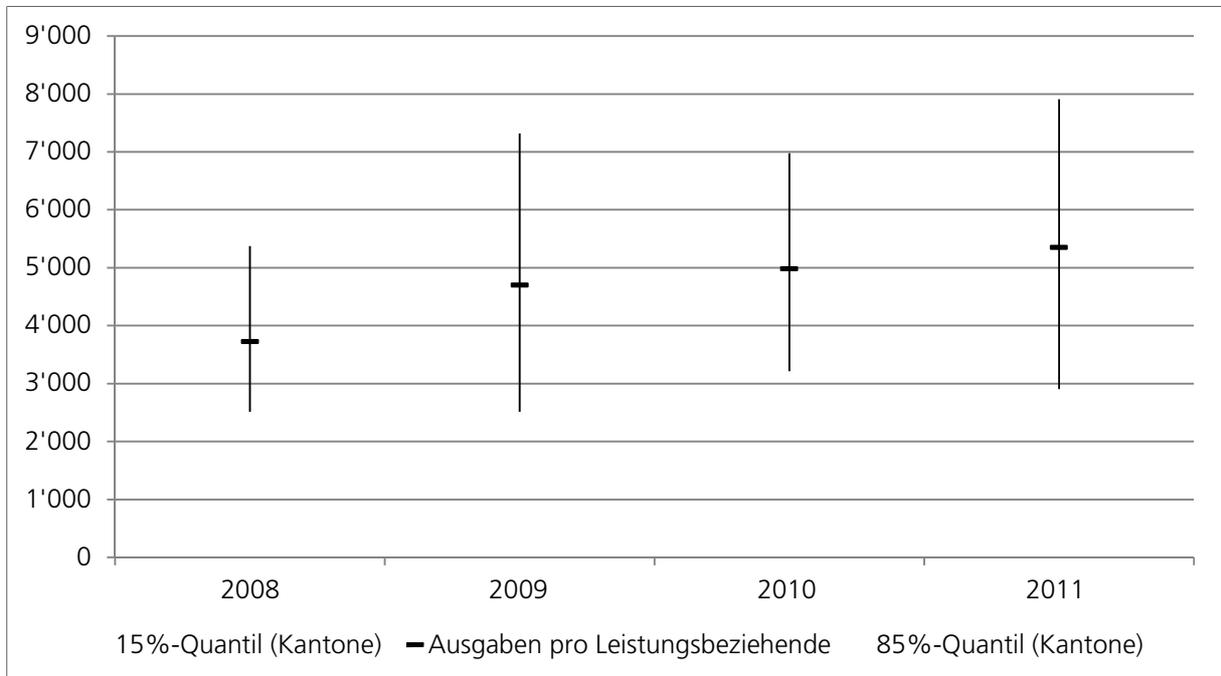
Gemass Art. 10c des IVV duerfen die Kosten fuer FI-Massnahmen pro versicherte Person 20'000°Fr. nicht uebersteigen. **Abbildung 20** und **Abbildung 21** zeigen, dass die **durchschnittlichen Ausgaben pro Leistungsbezuenger/in** von FI-Massnahmen (Mittelwert) fuer bei der IV-Neuanmeldung erwerbstaeufige bzw. nicht (mehr) erwerbstaeufige Leistungsbezuenger/innen deutlich unter diesem Betrag liegen. Demnach sind die durchschnittlichen Ausgaben zwischen 2008 und 2009 stark und danach bis 2011 leicht angestiegen und liegen 2011 um 5'000°Fr. pro Leistungsbezuenger/in. Die durchschnittlichen Ausgaben fuer FI-Massnahmen an nicht (mehr) erwerbstaeufige Leistungsempfaenger/innen entwickeln sich aehnlich, liegen aber 2011 rund 700°Fr. ueber denjenigen der bei der Anmeldung erwerbstaeufigen Leistungsempfaenger/innen.

Abbildung 20: Durchschnittliche Ausgaben pro Leistungsbezüger/in einer Frühinterventions-Massnahme: Bei IV-Neuanmeldung *erwerbstätig*



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 21: Durchschnittliche Ausgaben pro Leistungsbezüger/in einer Frühinterventions-Massnahme: Bei IV-Neuanmeldung *nicht erwerbstätig*

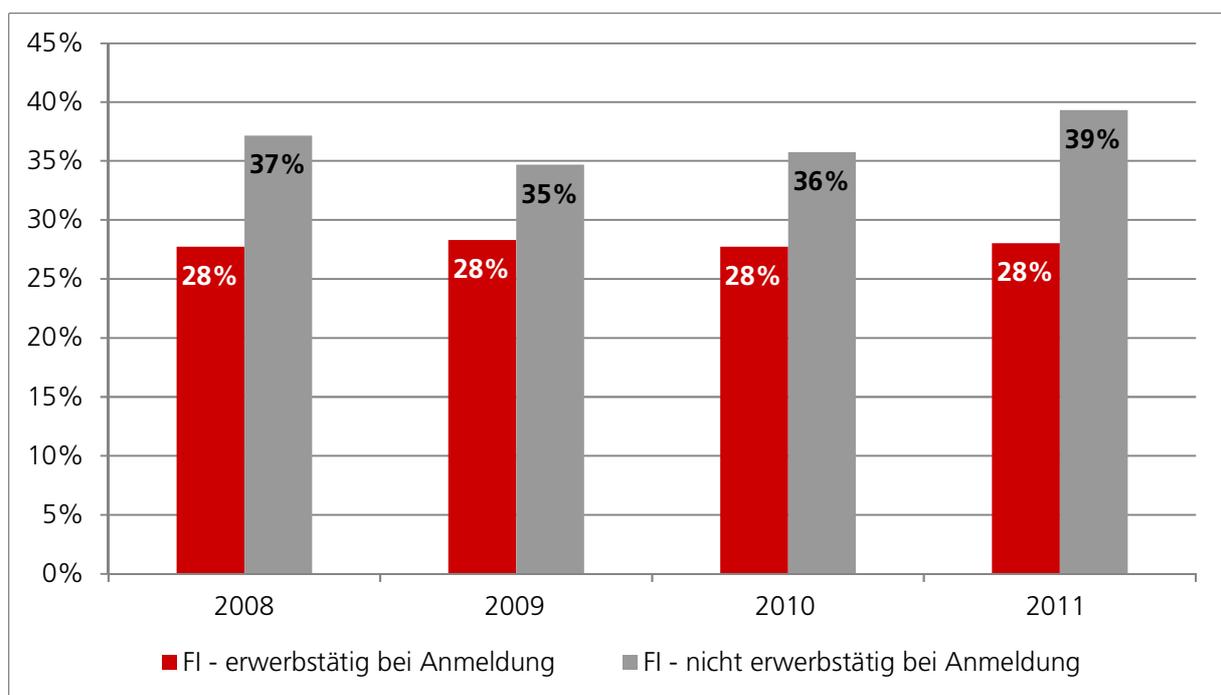


Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

FI-Massnahmen sollten grundsätzlich als erste Massnahme zugesprochen werden. So gilt die Frühinterventionsphase als beendet, sobald die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen verfügt wird, der Anspruch auf eine Rente geprüft wurde oder weder ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen

noch auf eine Rente gegeben ist (Grundsatzentscheid). Vereinfacht sind nach der FI-Phase vier «Entwicklungen» oder Fallabschlüsse möglich: (i) die versicherte Person ist nach der Umsetzung von FI-Massnahmen wieder oder weiter erwerbstätig und braucht keine weitere Unterstützung der Invalidenversicherung, (ii) die versicherte Person ist zwar nicht (mehr) erwerbstätig, hat keinen Anspruch auf weitere EM oder auf eine Rente, (iii) zur weiteren Unterstützung wird eine Massnahme beruflicher Art oder eine Integrationsmassnahme zugesprochen, (iii) der Eingliederungsweg ist abgeschlossen und die Rentenfrage wird vertieft abgeklärt. **Abbildung 22** zeigt den Anteil der FI-Massnahmen beziehenden Personen, die **weitere Eingliederungsmassnahmen in Anspruch** nehmen. Seit der Einführung der FI-Massnahmen wurde insgesamt für rund 30% der Leistungsbezüger/innen eine weitere Eingliederungsmassnahme erteilt. Für versicherte Personen, die bei der Neuanmeldung nicht (mehr) erwerbstätig waren, liegt der Anteil mit 35 bis 39% deutlich höher. Zusätzlich wurde überprüft, ob unter den Kantonen Zusammenhänge zwischen dem Anteil der IV-Neuanmeldungen mit FI-Massnahmen und dem Anteil mit IM und oder MB bestehen. Die überprüften Korrelationen waren allerdings nicht signifikant. Die kantonalen Anteile sind daher voneinander unabhängig, ein hoher Anteil mit FI-Massnahmen kann nicht mit einem hohen Anteil an IM oder MB in Zusammenhang gebracht werden.

Abbildung 22: Anteil der Leistungsbezüger/innen von Frühinterventions-Massnahme, welche weitere Eingliederungsmassnahmen in Anspruch nehmen



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

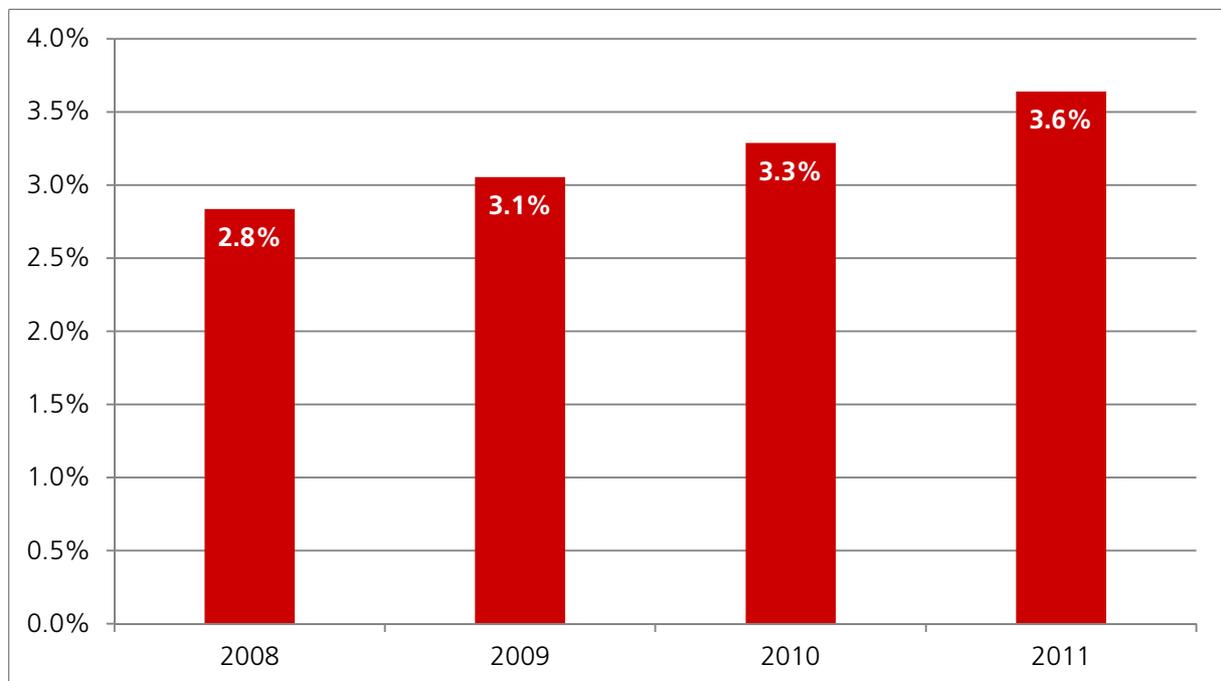
4.2 Integrationsmassnahmen [IM]

Unter dem mit der 5. IVG-Revision eingeführten Oberbegriff der Integrationsmassnahmen sind Massnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung sowie sozialberufliche Rehabilitation und gezielte Beschäftigungsmassnahmen zu verstehen. Das Ziel der Integrationsmassnahmen liegt darin, die Eingliederungsfähigkeit der versicherten Personen aktiv zu fördern und zu erhalten um, wo notwendig, die Voraussetzungen für weitergehende Massnahmen beruflicher Art zu schaffen. Die Integrationsmassnahmen sind daher eine Ergänzung des bisherigen Massnahmenkatalogs, welche insbesondere auf psychisch kranke Personen fokussiert. Damit sollen auch versicherte Personen (wieder) in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden, für welche es vor der 5. IVG-Revision keine geeig-

neten Eingliederungsmassnahmen gab. Dadurch soll die Ausrichtung neuer IV-Renten reduziert werden (Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung 5. Revision). Im Gegensatz zu den Massnahmen der Frühintervention konzentrieren sich die Integrationsmassnahmen auf Personen, deren Arbeitstätigkeit seit mindestens sechs Monaten in einem Umfang von mindestens 50% eingeschränkt ist (Art. 14a IVG). Zahlen und zusätzliche Informationen, zu den in diesem Abschnitt präsentierten Auswertungen, sind im Anhang in Tabelle 34 zu finden.

Abbildung 23 zeigt den **Anteil der IV-Neuanmeldungen** aus den Jahren 2008 bis 2011, welche innerhalb von drei Jahren nach der Neuanmeldung eine **Integrationsmassnahme** zugesprochen erhielten. Der zwischen 2.8 und 3.6% liegende Anteil der Personen, die nach der Neuanmeldung eine Integrationsmassnahme zugesprochen bekommen haben, befindet sich auf einem relativ tiefen Niveau, ist jedoch im Laufe der Jahre leicht gestiegen. Im Vergleich zu den FI-Massnahmen, deren Anteil sich zwischen 2008 und 2011 fast verdoppelt hat, ist der Zuwachs an Personen mit Integrationsmassnahmen nur gering.

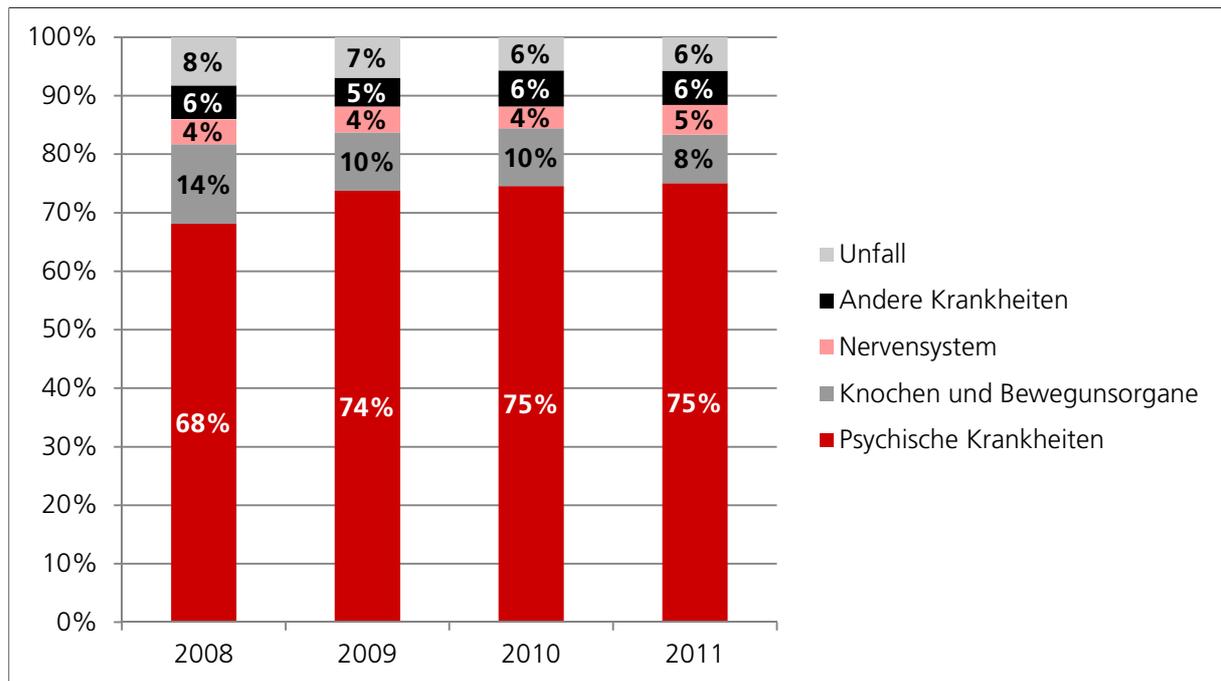
Abbildung 23: Anteil der Leistungsbeziehenden einer Integrationsmassnahme am Total der IV-Neuanmeldungen, innerhalb von drei Jahren nach der Neuanmeldung



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 24 zeigt deutlich, dass die Integrationsmassnahmen in erster Linie, aber nicht nur **psychisch kranke Personen** zugesprochen werden. Ab 2009 litten rund drei Viertel der versicherten Personen mit Integrationsmassnahmen an einer psychischen Erkrankung. Da in den uns vorliegenden Registerdaten keine Angaben zu einer allfälligen Multimorbidität enthalten sind, ist es nicht auszuschliessen, dass der Anteil der Leistungsbezüger/innen mit einer psychischen Krankheit höher liegt.

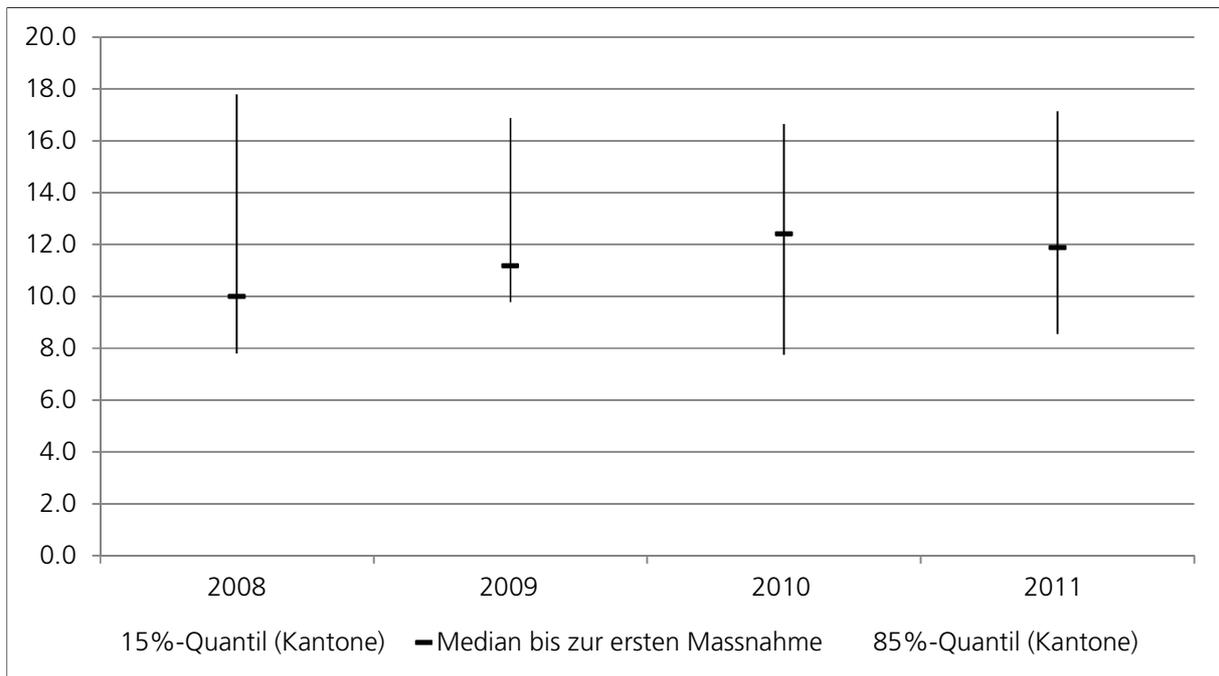
Abbildung 24: Anteile nach Gebrechensart aller Leistungsbeziehenden einer Integrationsmassnahme



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 25 zeigt die durchschnittliche **Dauer in Monaten bis zur ersten Integrationsmassnahme**. Demnach wurde den 2011 neuangemeldeten Leistungsbeziehenden in der Hälfte der Fälle ein Jahr nach der Neuanmeldung eine solche Massnahme zugesprochen. Gegenüber 2008 hat die Dauer bis zur ersten Erteilung einer Integrationsmassnahme leicht zugenommen, wobei die Unterschiede zwischen den Kantonen (siehe Quantile) über die vier betrachteten Jahre konstant gross bleiben.

Abbildung 25: Mittlere Dauer bis zur ersten Integrationsmassnahme innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) nach der Neuanmeldung in Anzahl Monaten (Median)

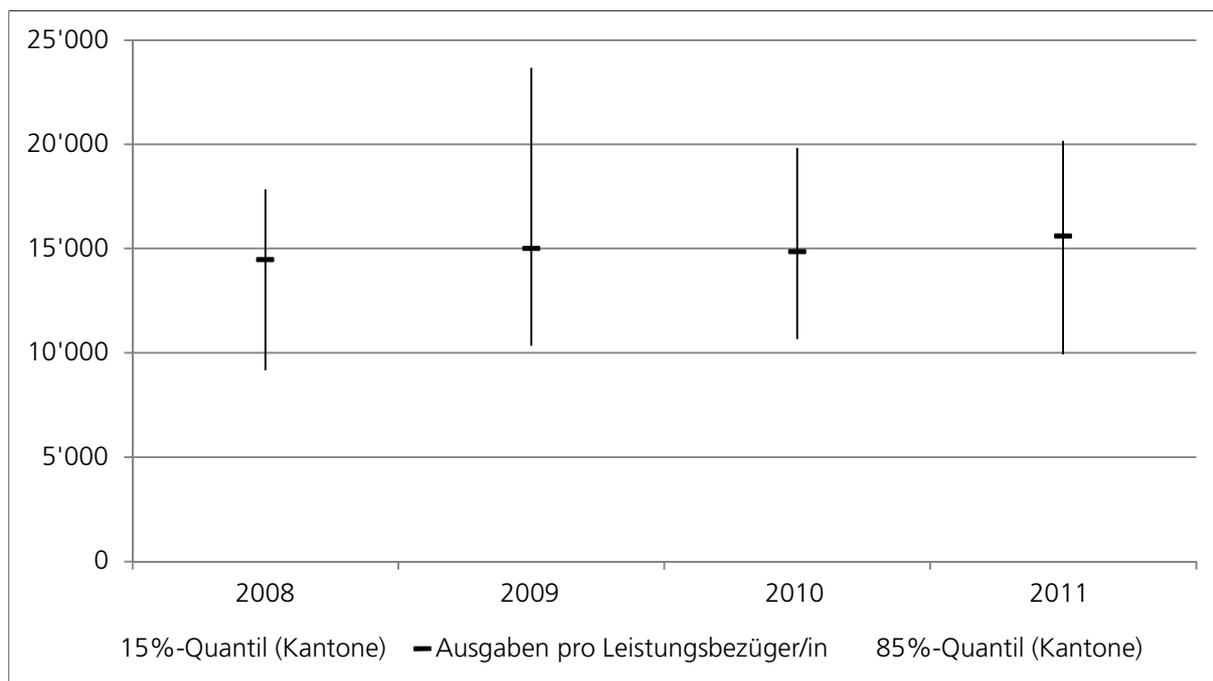


Anmerkung: Da nur die Massnahmen in den ersten drei Jahren nach dem Anmeldejahr berücksichtigt werden, beträgt die maximal berücksichtigte Dauer drei Jahre.

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Gemäss der Botschaft zu der 5. IVG-Revision wurden jährlich Kosten von rund 119 Mio. °Fr. bei rund 5'000 Leistungsbeziehenden erwartet was pro Person rund 24'000°Fr. betragen würde. Tatsächlich haben 2014 4'653 versicherte Personen Integrationsmassnahmen für 45.4 Mio. °Fr bezogen (durchschnittlich rund 9'750°Fr. pro Person) (IV-Statistik 2014). Die Zahlen sind nicht direkt mit den in **Abbildung 26** dargestellten durchschnittlichen **Ausgaben pro Leistungsbeziehenden** zu vergleichen, da in der folgenden Darstellung die Ausgaben über drei Jahre nach der IV-Neuanmeldung aufsummiert wurden. Demnach wurden zwischen 2008 und 2011 für neuangemeldete Bezüger/innen einer Integrationsmassnahmen im Durchschnitt rund 15'000°Fr. ausgegeben, wobei sich die durchschnittlichen Ausgaben seit der Einführung auf einem sehr stabilen Niveau befinden.

Abbildung 26: Durchschnittliche Ausgaben pro Leistungsbeziehenden einer Integrationsmassnahme

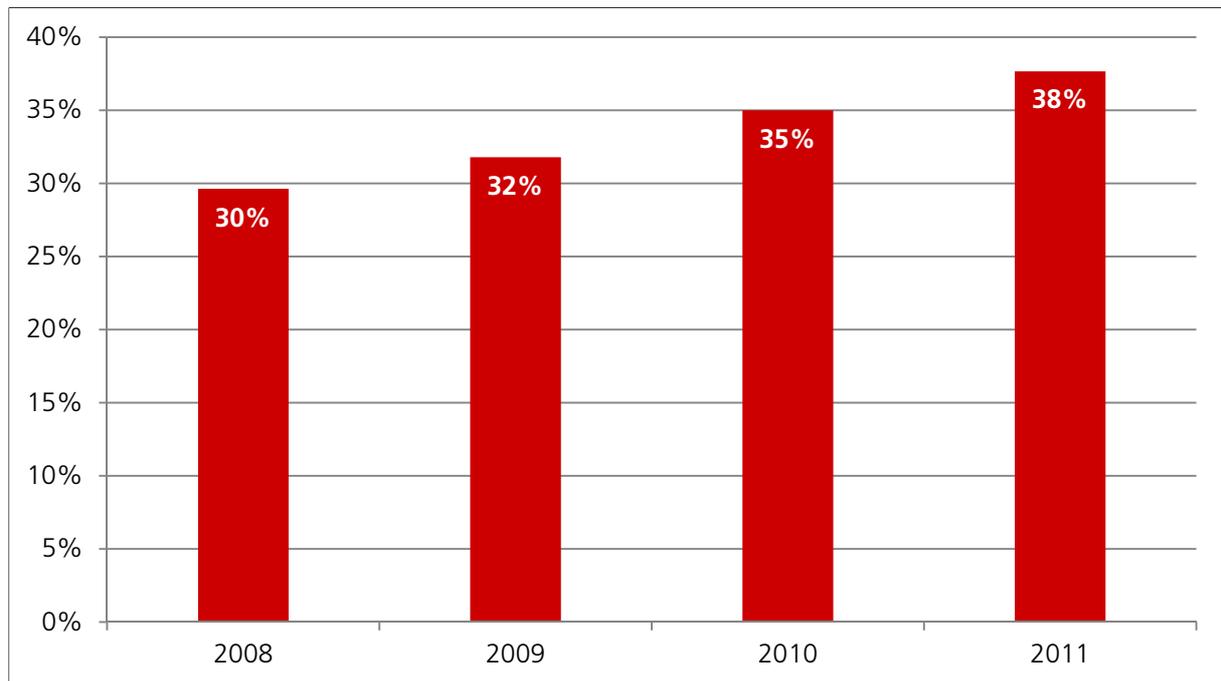


Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Ziel der Integrationsmassnahmen ist u.a. die Voraussetzungen für weiterführende Massnahmen beruflicher Art zu schaffen. Neben den Frühinterventions- und Integrationsmassnahmen wurde mit der 5. IVG-Revision der Anspruch auf Arbeitsvermittlung erweitert. So setzt die Zusprache einer Arbeitsvermittlung seit 2008 nicht mehr die Feststellung einer Invalidität sondern die ganze oder teilweise Arbeitsunfähigkeit voraus. In **Abbildung 27** ist der Anteil an versicherten Personen mit Integrationsmassnahmen dargestellt, welche zusätzlich **eine Massnahme beruflicher Art** zugesprochen erhielten. Über die Anmeldekohorten von 2008 bis 2011 hat rund ein Drittel der Leistungsbeziehenden einer Integrationsmassnahme ebenfalls eine Massnahme beruflicher Art erhalten. Dieser Anteil hat sich seit der Einführung der Integrationsmassnahmen und der Senkung der Voraussetzungen für die Arbeitsvermittlung seit 2008 von 30% auf 38% deutlich erhöht. Allerdings sind die kantonalen Anteile der IV-Neuanmeldungen mit IM unabhängig von den Anteilen der IV-Neuanmeldungen mit MB. Dass der Anteil IM keinen Einfluss auf den Anteil MB hat, dürfte insbesondere damit zusammenhängen, dass die in **Abbildung 29** gezeigten Anteile in absoluten Zahlen mit 317 bis 577 relativ wenigen Personen entsprechen.

Auf die Berentungsquoten und die Erwerbssituation sowie die möglichen Kombinationen wird in den Abschnitten 6 und 7 massnahmenübergreifend eingegangen.

Abbildung 27: Anteil der Leistungsbezüger/innen einer Integrationsmassnahme, die Massnahmen beruflicher Art (MB) in Anspruch nehmen

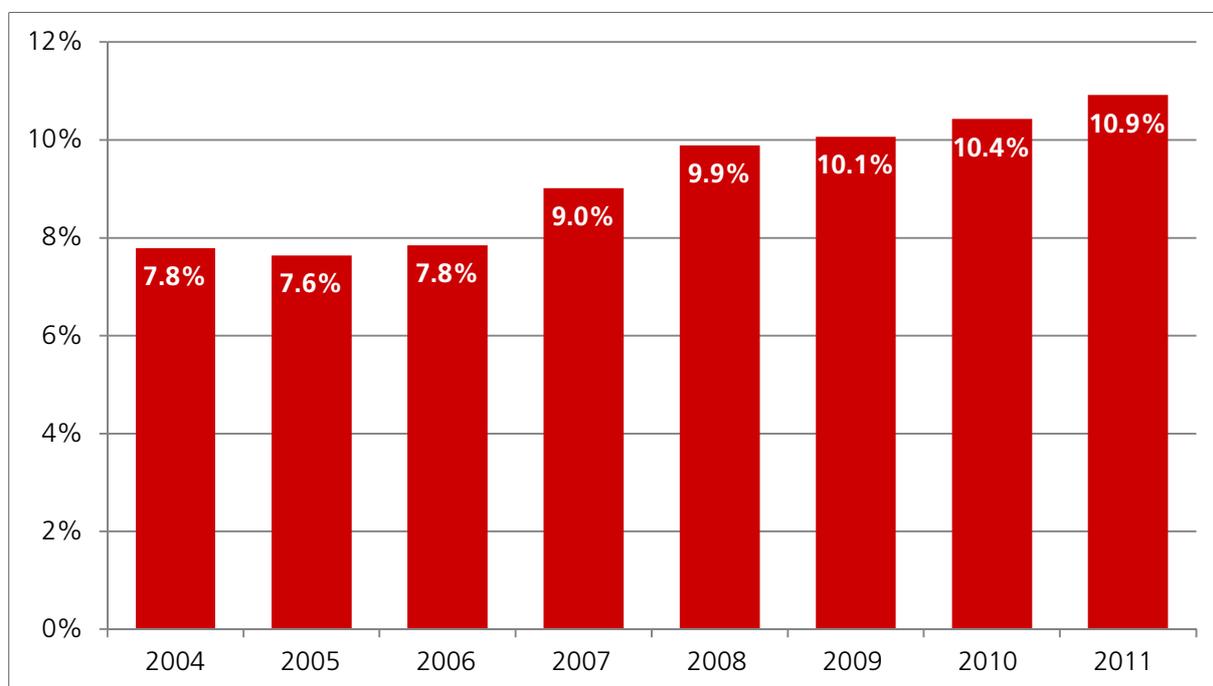


Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

4.3 Massnahmen beruflicher Art [MB]

Dieser Abschnitt fokussiert auf die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art, welche bereits vor der 5. IVG-Revision zugesprochen werden konnten. Diese umfassen u.a. die Massnahmen zur Berufsberatung, zu beruflicher Aus- und Weiterbildung, Umschulungen, Kapitalhilfe und Arbeitsvermittlung. **Abbildung 28** zeigt den **Anteil der IV-Neuanmeldungen mit einer Massnahme beruflicher Art**. Wie bereits im Abschnitt zu den Integrationsmassnahmen erwähnt, wurde der Anspruch auf Arbeitsvermittlung mit der 5. IVG-Revision erweitert. Dies zeigt sich deutlich mit einem sprunghaften Anstieg der Leistungsbeziehenden um 2008⁹. Ab 2009 steigt der Anteil, wenn auch nur leicht, weiter an. Wie die folgenden Auswertungen zeigen werden, sind u.a. Personen, welche über eine Integrationsmassnahme eine Massnahme beruflicher Art in Anspruch nehmen, Grund für den weiteren Anstieg. Exakte Zahlen und zusätzliche Informationen zu den in diesem Abschnitt präsentierten Auswertungen sind im **Anhang in Tabelle 36** zu finden.

Abbildung 28: Anteil der Leistungsbeziehenden einer Massnahme beruflicher Art am Total der IV-Neuanmeldungen

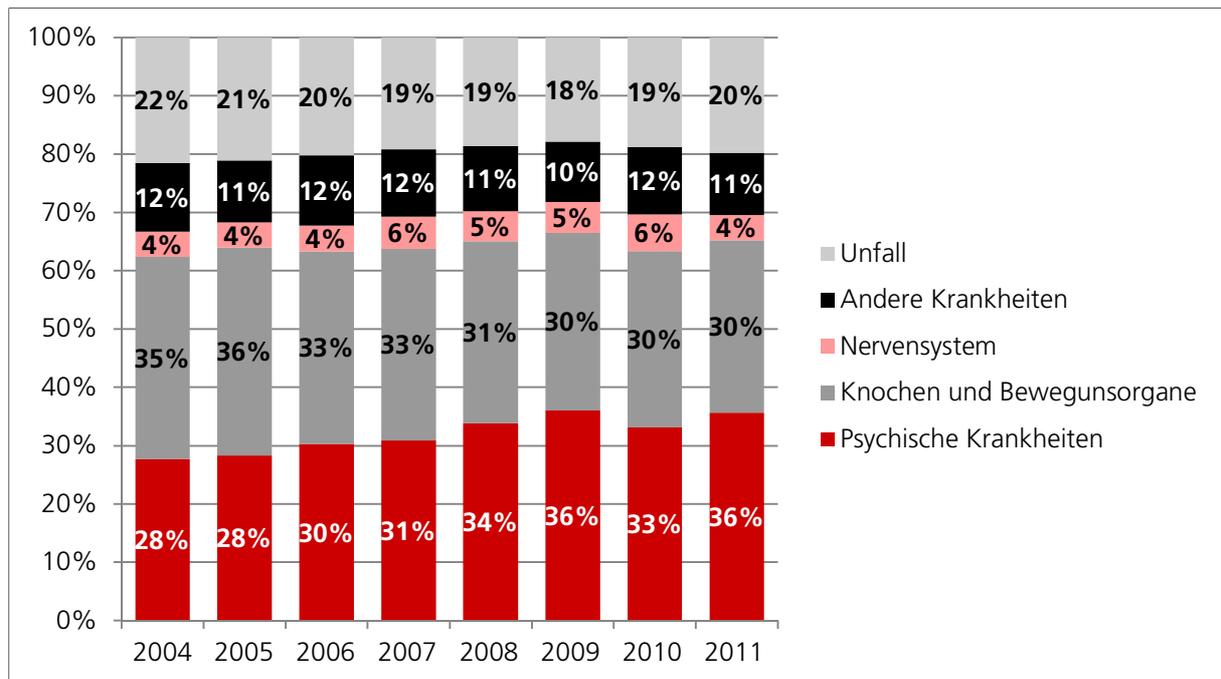


Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

⁹ Der Anstieg lässt sich bereits 2007 beobachten, da jeweils die in Anspruch genommenen Massnahmen innert drei Jahren berücksichtigt werden. Personen die sich 2007 bei der IV-Stelle angemeldet haben, konnten ein Jahr nach der Anmeldung ebenfalls von der neuen Regelung profitieren.

In **Abbildung 29** sind die Leistungsbeziehenden einer Massnahme beruflicher Art nach Gebrechensart aufgeschlüsselt. Dabei zeigt sich ebenfalls eine deutliche Verschiebung mit dem Inkrafttreten der 5. IVG-Revision 2008. Demnach sind von den 2011 neu angemeldeten Personen, die eine berufliche Massnahme zugesprochen erhielten, deutlich mehr von psychischen Krankheiten betroffen als in den Vorjahren der Revision. Rückläufig war hingegen der Anteil Personen mit einem Gebrechen der Knochen und Bewegungsorgane.

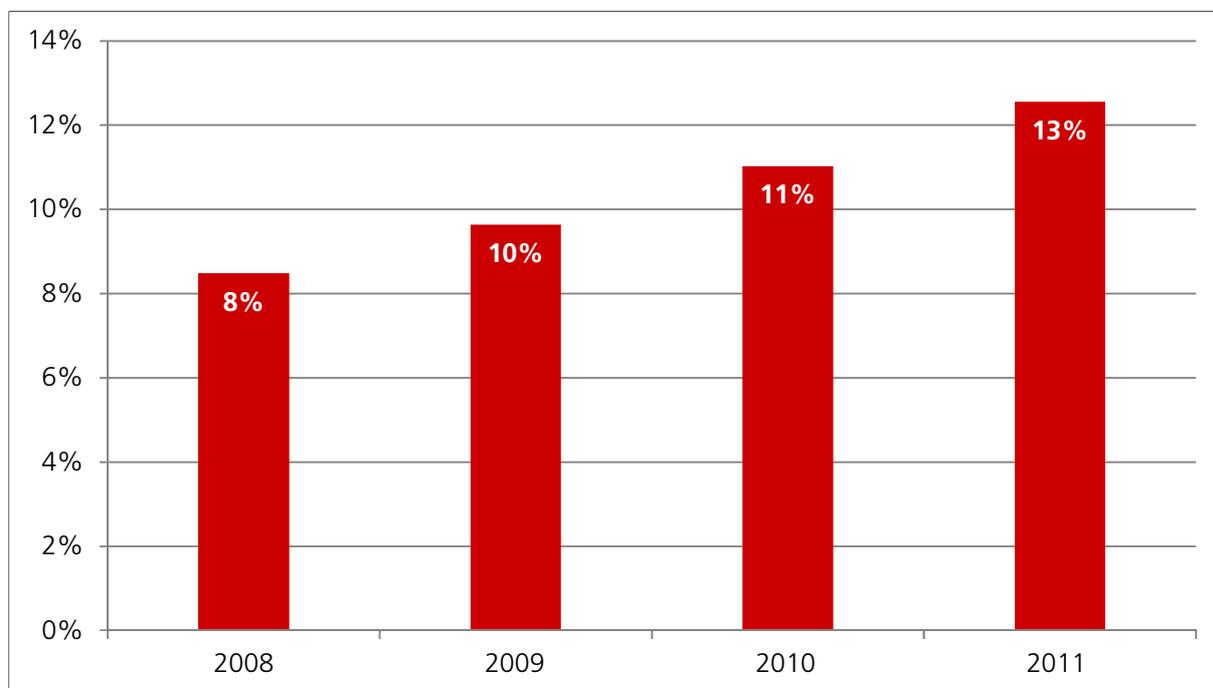
Abbildung 29: Anteile nach Gebrechensart aller Leistungsbeziehenden einer Massnahme beruflicher Art



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 30 zeigt, dass der Anteil der Leistungsbezüger/innen einer Massnahme beruflicher Art, die auch eine Integrationsmassnahme zugesprochen bekamen, seit Einführung deutlich zunimmt. Am Total der Personen mit einer Massnahme beruflicher Art machen diejenigen mit einer Integrationsmassnahme mit rund 10% allerdings einen verhältnismässig kleinen Anteil aus.

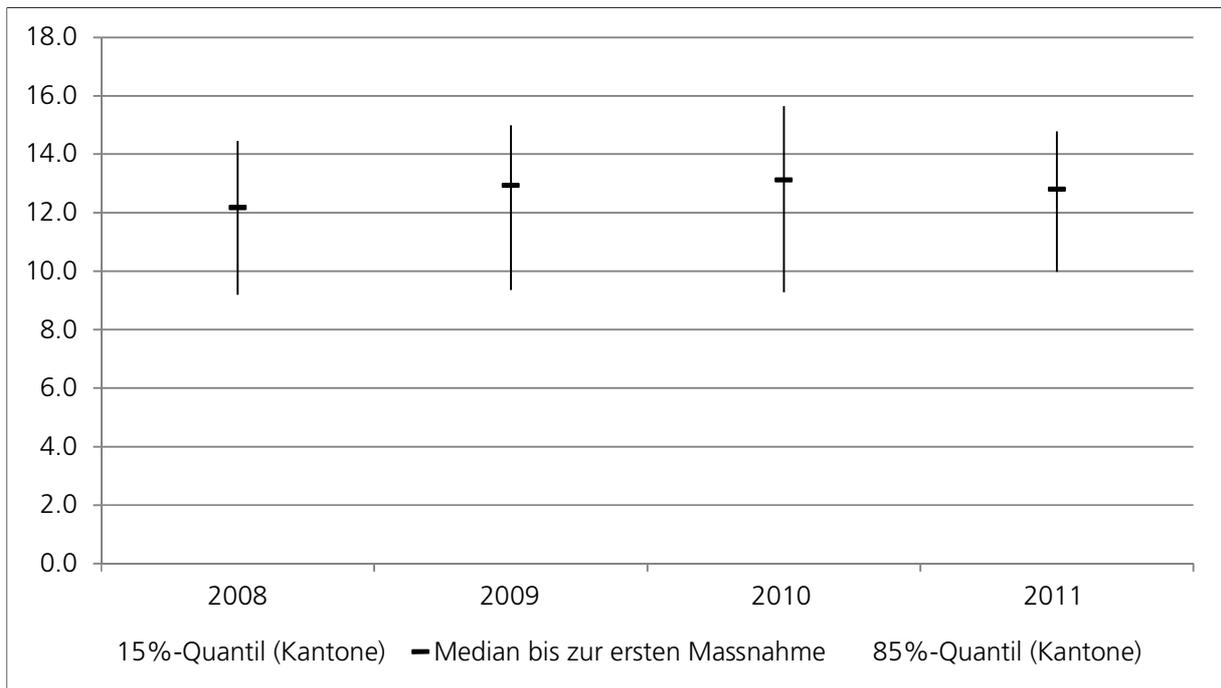
Abbildung 30: Anteil der Leistungsbezüger/innen einer Massnahme beruflicher Art, welche auch eine Integrationsmassnahme zugesprochen bekamen



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 31 und **Abbildung 32** zeigen die Entwicklung der mittleren Dauer bis zur ersten Massnahme beruflicher Art bzw. zu den Ausgaben für ebendiese. Demnach hat sich die mittlere Dauer seit 2008 leicht erhöht, was höchstwahrscheinlich eine Folge der leicht veränderten Zusammensetzung der Leistungsbezüger/innen ist. Gegenüber der mittleren Dauer bis zur ersten Integrationsmassnahme (Median 10 bis 12 Monate) ist die Streuung zwischen den Kantonen deutlich geringer. Die Ausgaben für Massnahmen beruflicher Art liegen seit 2008 relativ konstant bei rund 26'000°Fr. pro Leistungsbezüger/in.

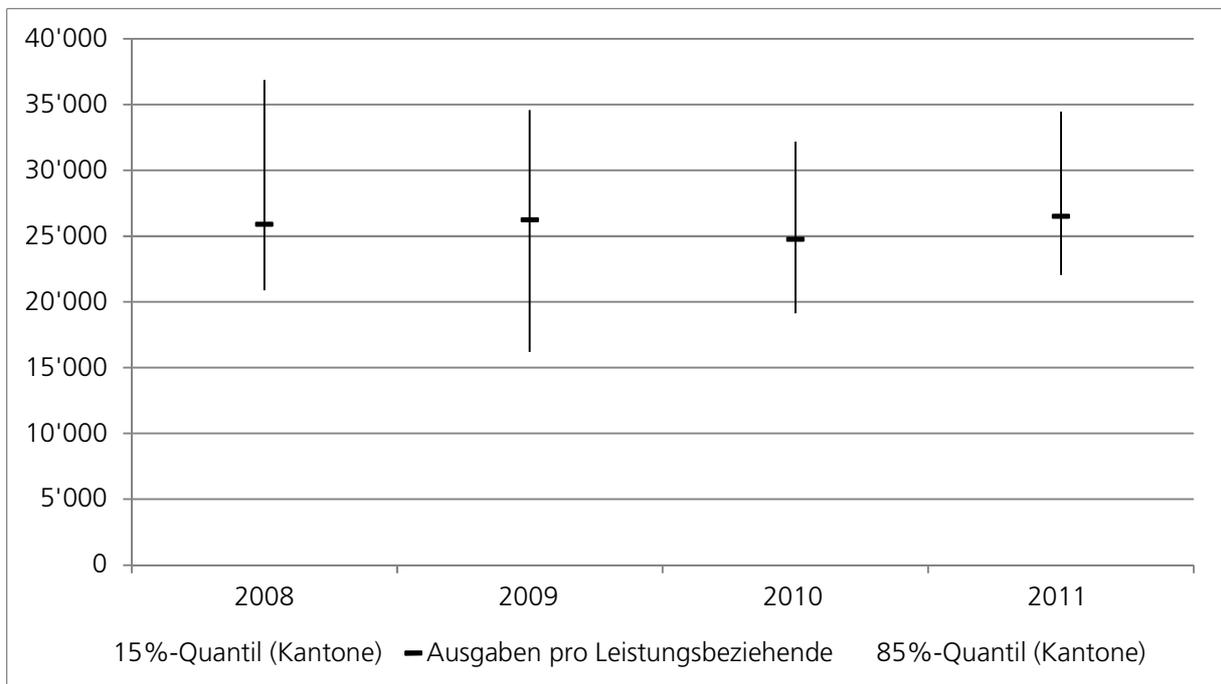
Abbildung 31: Mittlere Dauer bis zur ersten Massnahme beruflicher Art innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) nach der Neuanmeldung in Anzahl Monaten (Median)



Anmerkung: Da nur die Massnahmen in den ersten drei Jahren nach dem Anmeldejahr berücksichtigt werden, beträgt die maximal berücksichtigte Dauer drei Jahre.

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 32: Durchschnittliche Ausgaben pro Leistungsbezüger/in einer Massnahme beruflicher Art



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

5 Fallabschluss

In diesen und den folgenden Abschnitten liegt der Fokus auf der Situation drei Jahre nach der Neuanmeldung. Die Auswertungen bilden, zusammen mit den Auswertungen der vorangehenden Abschnitte, die Basis für die in Kapitel 10 vorgestellten Zusammenhangsanalysen.

In den Registerdaten sind die Fallabschlüsse nicht «direkt» festgehalten. Wir bezeichnen einen Fall als abgeschlossen, wenn:

- die Person im dritten Jahr nach der Neuanmeldung eine IV-Rente erhält.
- der Ablehnungscode 1 (kein Gesundheitsschaden), 2 (versicherungsmässige Voraussetzungen fehlen) oder 9 (erstmalige Berentung: Invaliditätsgrad unter 40%) vorliegt.
- für die Person im dritten Jahr nach der Neuanmeldung weder eine interne noch eine externe Abklärungs- oder Eingliederungsmassnahme vorliegt.

Aus **Tabelle 9** wird ersichtlich, dass gemäss obenstehender Definition **nach drei Jahren knapp 9 von 10 Fällen als abgeschlossen** betrachtet werden können. Dieser Wert hat sich über die IV-Neuanmeldungskohorten zwischen 2004 und 2011 nur unwesentlich verändert.

Tabelle 9: Anteil IV-Neuanmeldungen, deren Fall drei Jahre nach der IV-Neuanmeldung abgeschlossen ist (Approximation)

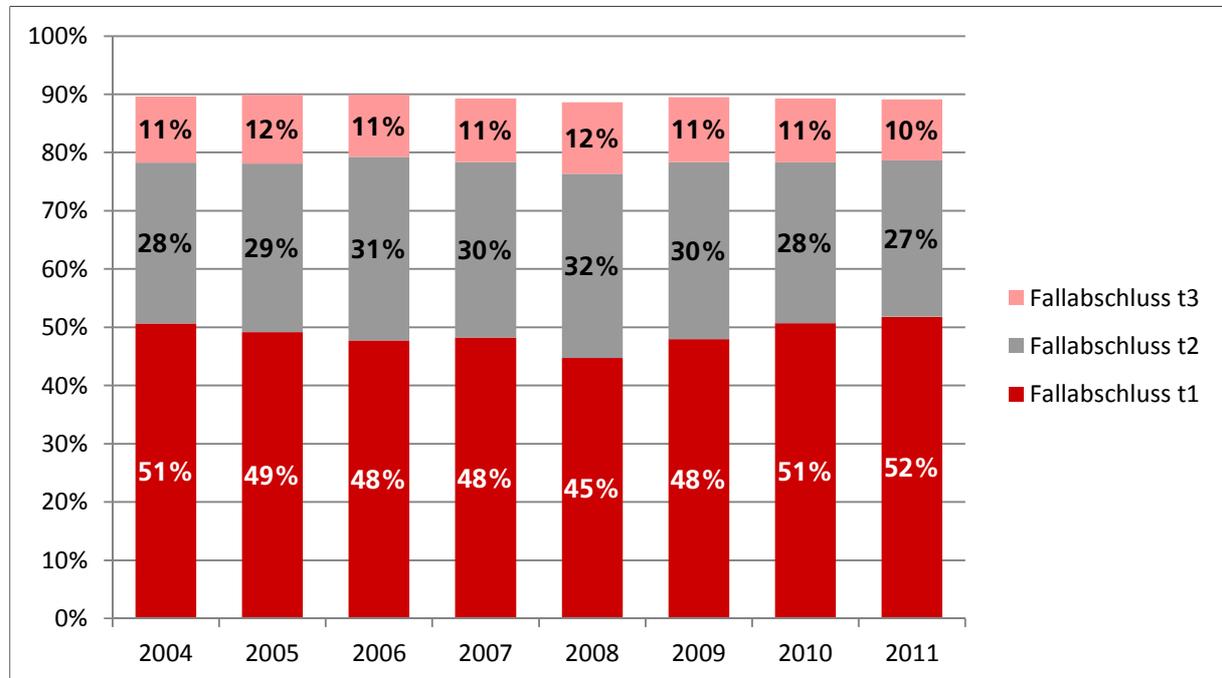
Fallabschluss	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nicht abgeschlossene Fälle (Massnahmen im 3. Jahr nach der Neuanmeldung)	11%	10%	10%	11%	12%	11%	11%	11%
Abgeschlossene Fälle	89%	90%	90%	89%	88%	89%	89%	89%
Abschluss aufgrund Rente	32%	29%	27%	25%	24%	21%	20%	18%
Abschluss aufgrund Ablehnung	20%	20%	20%	19%	25%	30%	35%	36%
Abschluss da letzte Massnahme > 12 Monate*	31%	33%	35%	37%	33%	31%	28%	29%
Abschluss da weder Rente, noch Ablehnungsgrund noch Abklärungs- oder Eingliederungsmassnahme	7%	8%	8%	9%	7%	7%	6%	6%

* Eine Überprüfung ergab, dass pro Jahr zwischen 0.4% und 0.8% respektive 150 bis 320 Personen in den Jahren t4 oder t5 wieder eine Massnahme erhalten. Es ist allerdings kein Trend über die Jahre zu beobachten.

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

In **Abbildung 33** sind die Fallabschlüsse grafisch nach dem **Jahr des Fallabschlusses** dargestellt. Dabei zeigt sich, dass, mit Ausnahme des Jahres 2008, die Umsetzung der 5. IVG-Revision nur einen kleinen und temporären Einfluss auf den Zeitpunkt des Fallabschlusses hat.

Abbildung 33: Anteil IV-Neuanmeldungen, deren Fall nach einem, zwei bzw. drei Jahren nach der IV-Neuanmeldung abgeschlossen ist (Approximation)



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

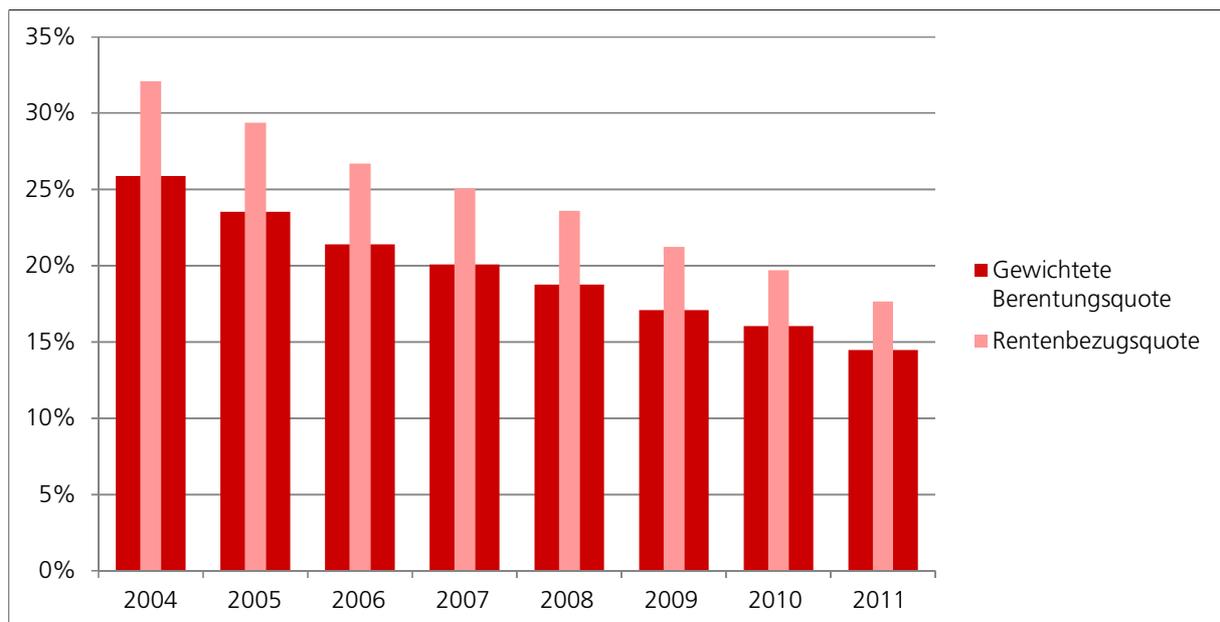
6 Berentungsquote: Neurenten drei Jahre nach der Neuanmeldung

Abbildung 34 zeigt die **Rentenbezugsquote** und die **gewichtete Berentungsquote** der zwischen 2004 und 2011 neu angemeldeten Personen.

■ **Rentenbezugsquote:** Von den rund 39'000 Neuanmeldungen im Jahr 2004 bezogen Ende 2007 gut 12'600 eine Rente. Dies entspricht einem Anteil von rund 32%. 2011 haben sich rund 42'000 Personen bei der IV neu angemeldet wovon drei Jahre später 7'435 eine Rente beziehen. Dies entspricht einem Anteil von knapp 18%.

■ **Gewichtete Berentungsquote:** Die gewichtete Berentungsquote ergibt sich durch die Division der gewichteten Rententeile durch die Summe der Neuanmeldungen. Sie gibt damit an, wie viele ganze Renten auf eine Neuanmeldung fallen. Die Berentungsquote sinkt, so wie die Rentenbezugsquote auch, zwischen 2004 und 2011 deutlich von 26 auf rund 16 Prozent. Da die Abnahme in etwa mit derjenigen der Rentenbezugsquote einhergeht, lässt sich schliessen, dass der Anteil an ganzen Renten am Total der Rentenbezüger/innen in etwa konstant geblieben ist. **Tabelle 10** bestätigt diesen Eindruck. Demnach ist der Mittelwert seit 2004 mehr oder weniger konstant, allerdings erhöht sich der Anteil an ganzen Renten ab 2008 leicht.

Abbildung 34: Anteil Neurentner/innen drei Jahre nach der IV-Neuanmeldung am Total der IV-Neuanmeldungen



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

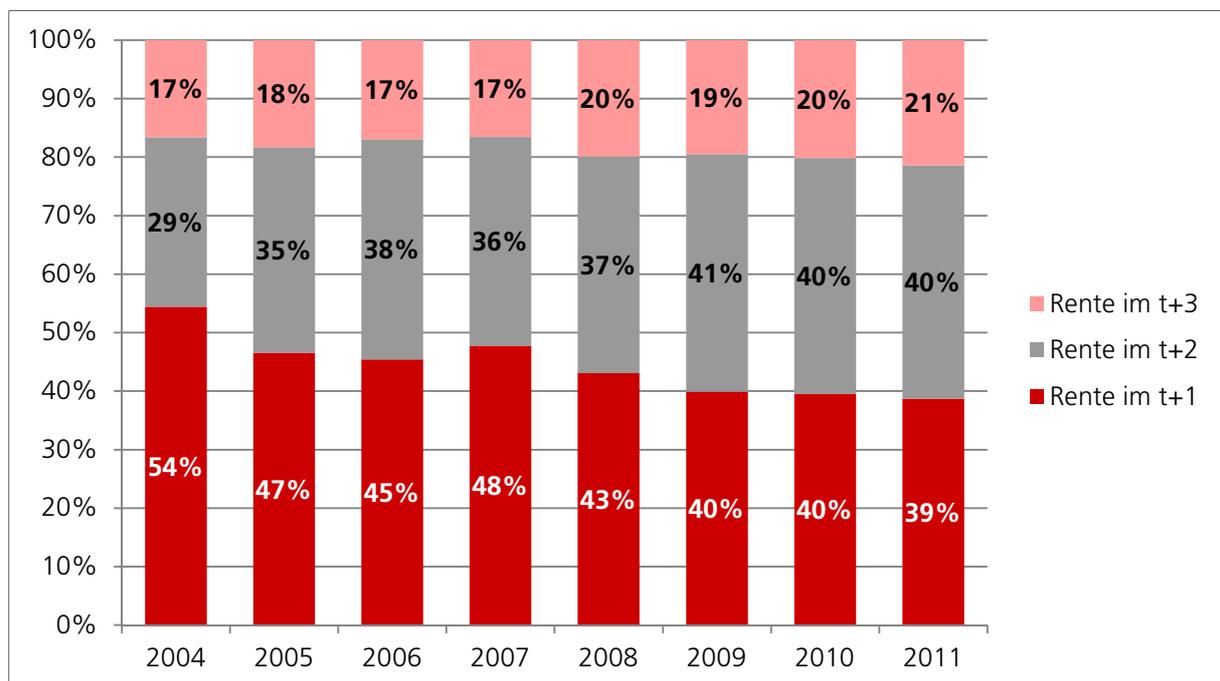
Tabelle 10: Rententeil am Total der Neurentner/innen drei Jahre nach der IV-Neuanmeldung

Rententeil	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1/1	61%	60%	60%	61%	59%	62%	63%	64%
3/4	8%	8%	9%	8%	9%	8%	8%	8%
1/2	23%	23%	22%	22%	23%	21%	20%	19%
1/4	8%	9%	9%	9%	9%	9%	8%	9%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Mittelwert	81%	80%	80%	80%	80%	81%	81%	82%

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

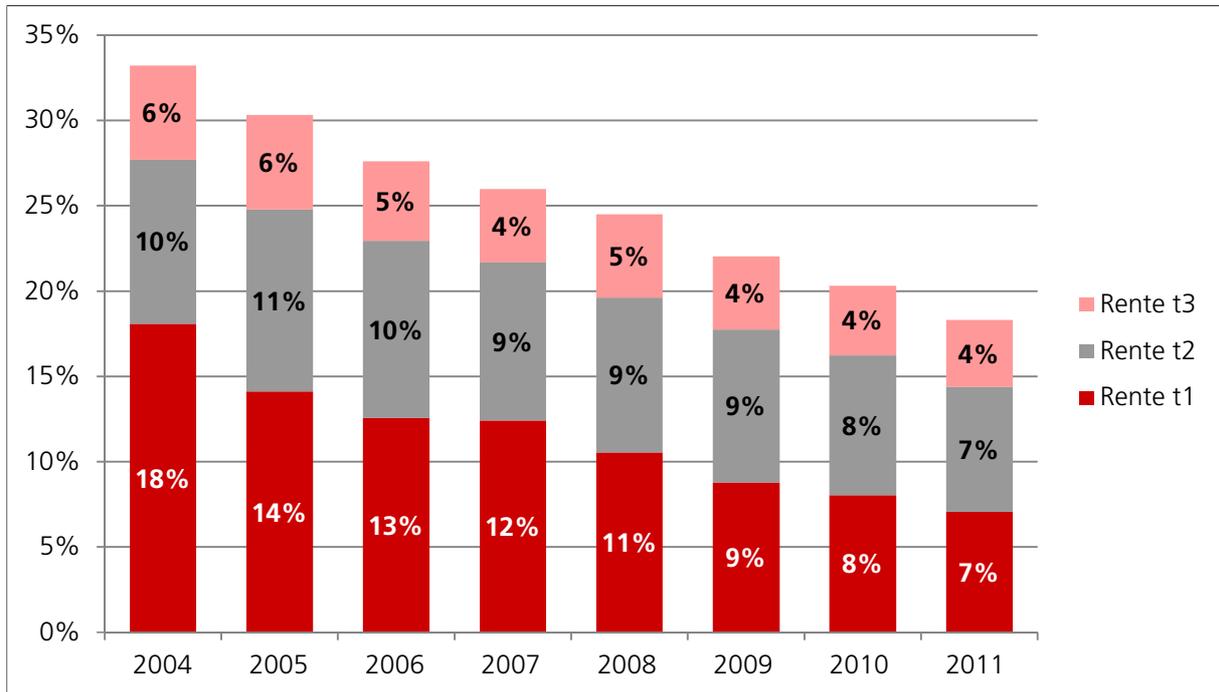
In **Abbildung 35** ist das **Jahr der Rentenzusprache** relativ zum Jahr der Neuanmeldung dargestellt. Im Gegensatz zu den Fallabschlüssen (vgl. Abbildung 33), zeigen sich bei der Dauer bis zur Rentenzusprache deutliche Unterschiede zwischen den Jahren vor und nach der 5. IVG-Revision. Während in der Periode vor 2008 in etwa die Hälfte aller Renten innerhalb von gut einem Jahr ab Anmeldung zugesprochen wurden, sind es in der Periode nach der Einführung der 5. IVG-Revision mit rund 40 Prozent deutlich weniger. Dies dürfte die Folge davon sein, dass für einen Grossteil der Personen zuerst eine mögliche Eingliederung überprüft und gefördert wird, bevor ein Rentenanspruch vertieft überprüft wird. Insgesamt hat sich der Anteil an neuangemeldeten Personen, die ein Jahr nach der Anmeldung eine Rente erhalten innerhalb der betrachteten Periode von 18 Prozent im 2004 auf 7 Prozent im 2011 mehr als halbiert.

Abbildung 35: Anteil Neurentner/innen, welche nach einem, zwei bzw. drei Jahren nach der Neuanmeldung eine Rente erhalten am Total aller Neurentner/innen nach Neuanmeldungscohorte



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

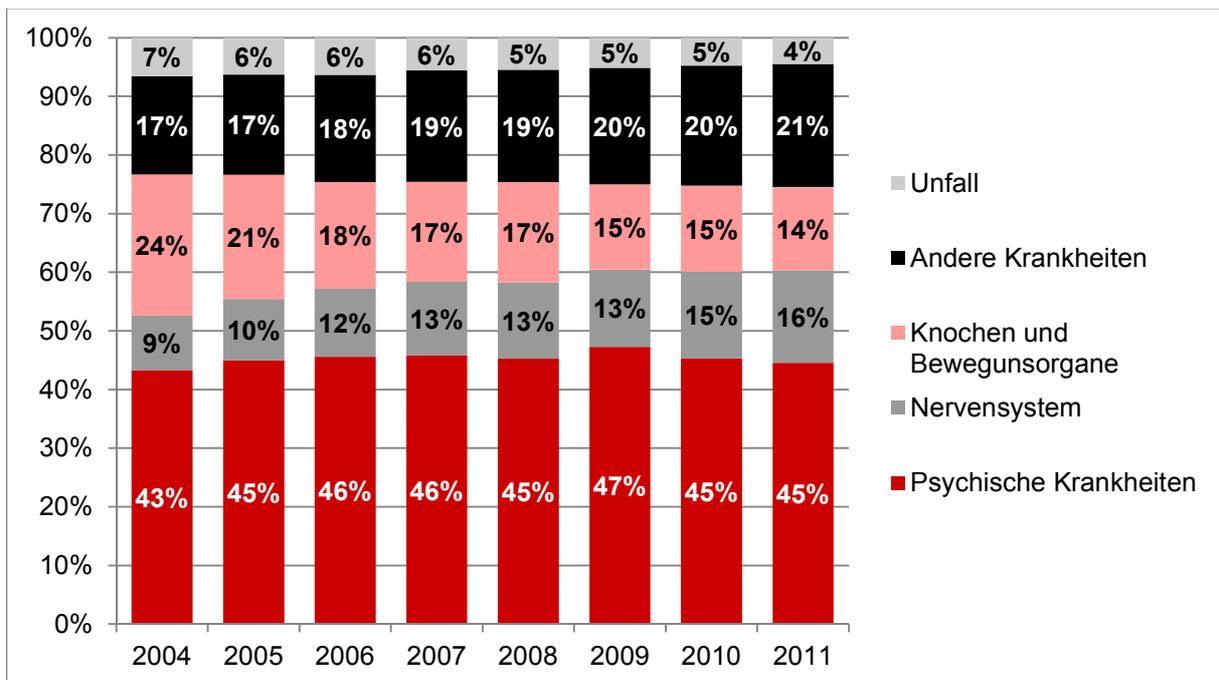
Abbildung 36: Anteil IV-Neuanmeldungen, welche nach einem, zwei bzw. drei Jahren nach der Neuanschuldung eine Rente erhalten am Total der IV-Neuanmeldungen



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

In **Abbildung 37** sind die **Neurentner/innen nach der Art des Gebrechens** dargestellt. Demzufolge nehmen die Anteile an Neurentner/innen mit einer Krankheit des Nervensystems sowie «anderen Krankheiten» relativ zu, während insbesondere der Anteil Neurentner/innen mit einem Leiden im Bereich der Knochen und Bewegungsorgane abnehmen.

Abbildung 37: Rentenbezüger/innen drei Jahre nach der Anmeldung: Anteile nach Gebrechensart



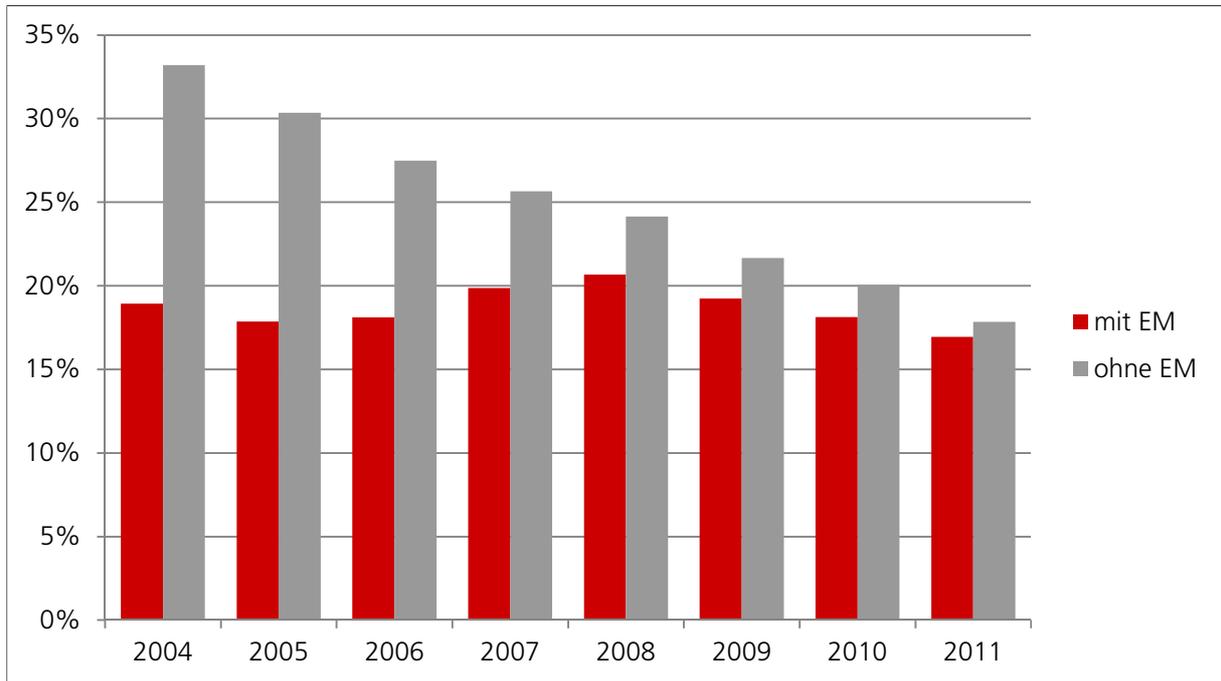
Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 38 und Abbildung 39 bilden erste Zusammenhänge zwischen der Zusprache von Eingliederungsmassnahmen und der Berentungsquote ab. Dabei ist zu beachten, dass auf Basis rein bivariater Analysen keine Aussagen über die Kausalität gemacht werden können. Auf Selektionsprobleme und sogenannte Scheinkorrelationen wird zu Beginn des Abschnitts 10 näher eingegangen.

Abbildung 38 zeigt die **Berentungsquote differenziert nach der Inanspruchnahme von (externen) Eingliederungsmassnahmen**. Dabei zeigt sich deutlich, dass die Berentungsquote von Personen ohne Eingliederungsmassnahme zwischen 2004 und 2011 stark gesunken ist. Zusätzlich nahm auch die Berentungsquote von Personen mit Eingliederungsmassnahmen ab 2008 leicht ab. Daraus zu schliessen, die allgemein tiefere Berentungsquote sei allein eine Folge der tieferen Quote von Personen ohne Eingliederungsmassnahmen ist allerdings falsch. Seit 2008 haben deutlich mehr Personen eine Eingliederungsmassnahme erhalten. Die Berentungsquote der Personen mit Eingliederungsmassnahme erhält daher über die Jahre deutlich mehr Gewicht. Zur Erinnerung: Der Anteil der neuangemeldeten Personen mit (externen) Eingliederungsmassnahmen betrug vor 2008 rund 8% und erhöhte sich danach auf 16% und 2011 auf 21%. D.h. die Berentungsquote der Personen mit Eingliederungsmassnahmen (rote Säule) betrifft vor 2008 rund 3'000, nach 2008 aber 7'000 bis 9'000 Personen.

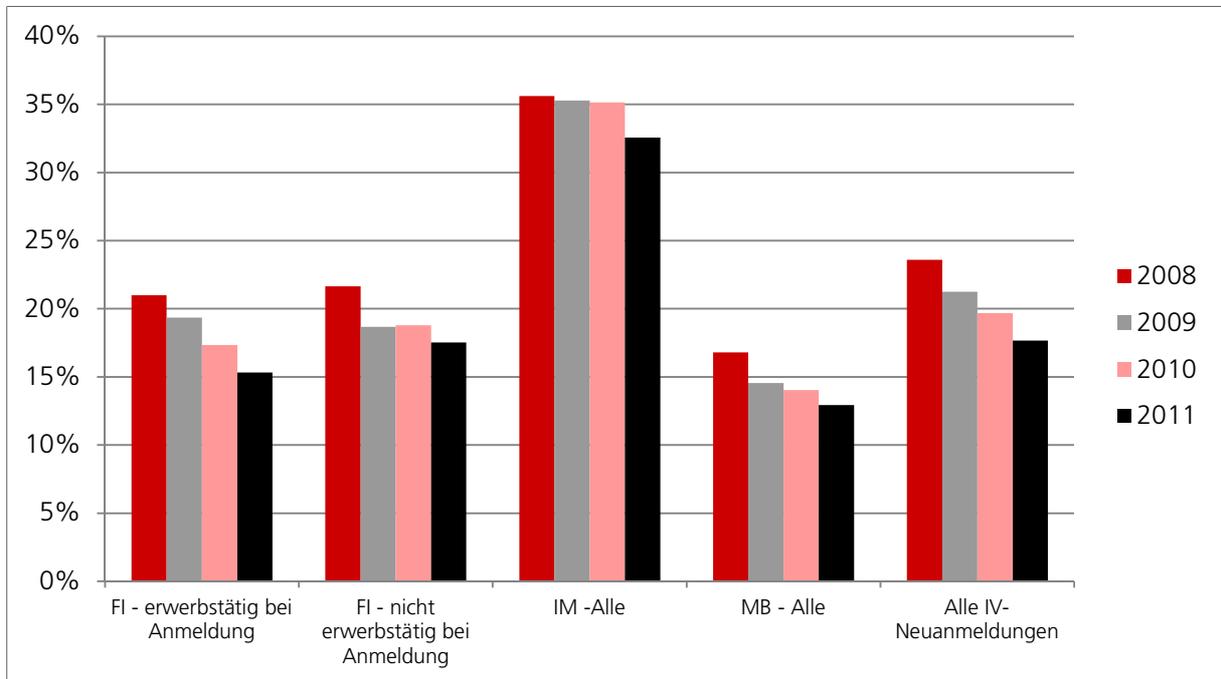
Eine Betrachtung **differenziert nach der Art der Eingliederungsmassnahme** zeigt, dass Personen mit FI-Massnahmen deutlich weniger häufig eine Rente erhalten und Personen mit Integrationsmassnahme deutlich öfters (**Abbildung 39**). Bedenkt man die Voraussetzungen und Ziele die mit den einzelnen Massnahmen verbunden sind, so sind diese grossen Differenzen zu erwarten. Abbildung 39 veranschaulicht aber auch gut die Herausforderungen der Zusammenhangsanalyse: Um die Wirkung von Eingliederungsmassnahmen bestimmen zu können, muss die Selektion berücksichtigt werden. Personen mit Integrationsmassnahmen sind von Ihrer Krankheit oder Einschränkung her deutlich stärker gefährdet, ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft zu verlieren als Personen mit FI-Massnahmen, die in der Regel dem Erwerbsprozess noch näher stehen.

Abbildung 38: Anteil Rentenbezüger/innen drei Jahre nach der Anmeldung am Total der IV-Neuanmeldungen mit und ohne EM



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 39: Anteil Rentenbezüger/innen drei Jahre nach der Anmeldung am Total der IV-Neuanmeldungen nach Art der EM



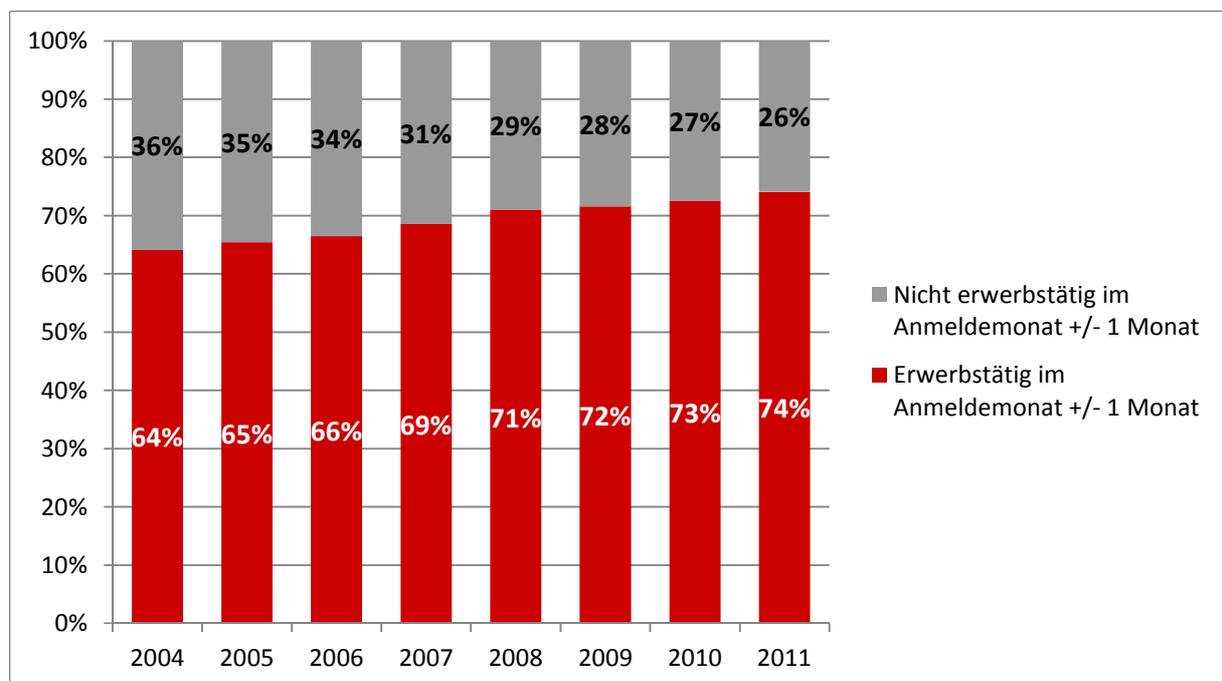
Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

7 Erwerbssituation der neuangemeldeten Personen

Hauptziel der Eingliederungsmassnahmen ist die **Integration in den ersten Arbeitsmarkt**. Dieser Abschnitt analysiert die Erwerbssituation der bei der Invalidenversicherung neuangemeldeten Personen drei Jahre nach Ihrer Anmeldung. Indem die IV-Registerdaten mit den IK-Registerdaten (individuelle Konten zum versicherten Einkommen) verknüpft wurden, kann die Veränderung der Erwerbssituation der im Fokus stehenden Personen zu verschiedenen Zeitpunkten betrachtet und abgebildet werden. Gemäss unserer verwendeten Definition gelten Personen zum Zeitpunkt ihrer Anmeldung als erwerbstätig, wenn sie innerhalb einer Periode von drei Monaten rund um ihre Anmeldung ein (AHV-pflichtiges) Erwerbseinkommen aufweisen (vgl. dazu Anhang Tabelle 39).

Bezüglich der verfügbaren Daten gilt es zu beachten, dass für Selbstständigerwerbende die AHV-Einkommensdaten nur bis und mit 2011 annähernd vollständig sind.¹⁰ Aus diesem Grund wurden Personen, die in einem der untersuchten Jahre selbständig erwerbstätig waren, von der Analyse ausgeschlossen. Für Arbeitnehmer/innen sind die Daten hingegen bis und mit 2013 in zuverlässiger Form vorhanden.

Abbildung 40: Anteil der zum Zeitpunkt der Anmeldung erwerbstätigen Personen am Total der IV-Neuanmeldungen



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 40 zeigt den **Anteil der neuangemeldeten Personen mit beitragspflichtigem Einkommen** gemäss der genannten Definition. Demnach steigt der Anteil an Personen, die bei ihrer IV-Anmeldung ein Erwerbseinkommen erzielten, über den betrachteten Zeitraum von 64 Prozent auf 74 Prozent deutlich an. Dies dürfte erstens eine direkte Folge der Möglichkeit der Früherfassung sein. Zweitens wurde mit der 5. IVG-Revision ein «Anreiz» dafür geschaffen, dass sich Versicherte inner-

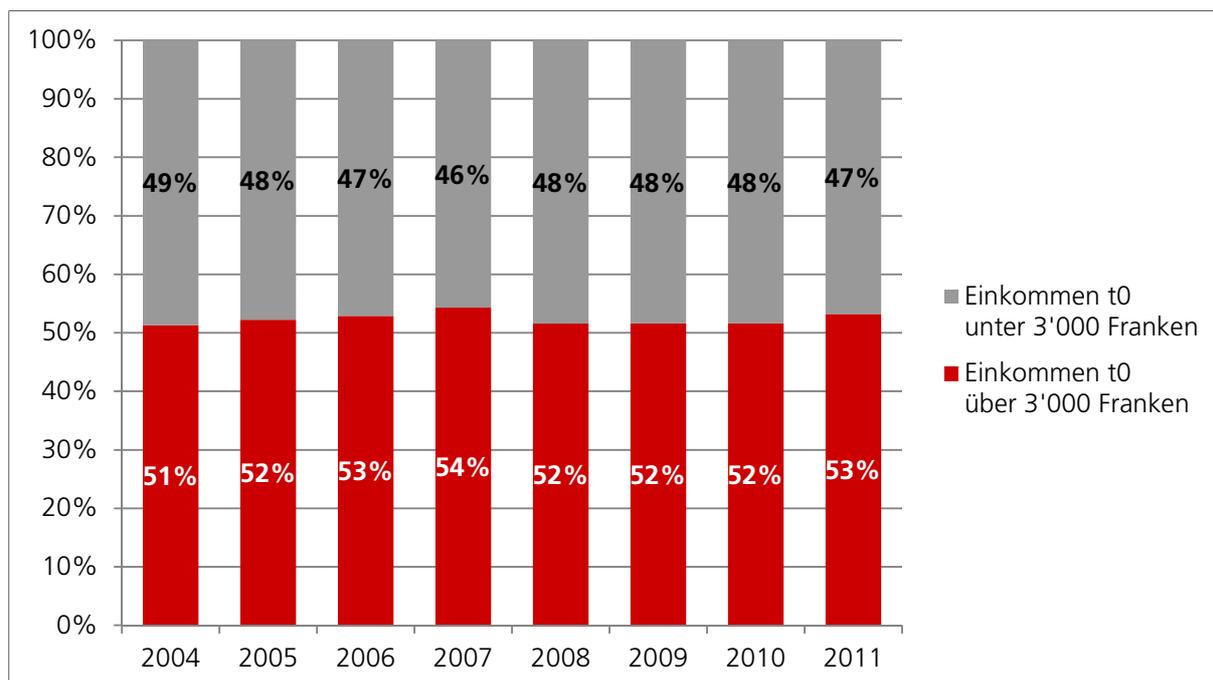
¹⁰ Dies, weil die definitive Beitragsfestsetzung bei Selbstständigerwerbenden von der definitiven Steuerveranlagung abhängig ist.

halb eines halben Jahres nach Eintreten der Arbeitsunfähigkeit bei der IV anmelden, weil die IV frühestens sechs Monate nach IV-Anmeldung eine IV-Rente ausbezahlen kann (Art. 29 Abs. 1 IVG).

Wie gross ist der Anteil der Erwerbstätigen, die zum Zeitpunkt der IV-Neuanmeldung ein mehr oder weniger existenzsicherndes Erwerbseinkommen von mindestens 3000°Fr. brutto pro Monat erzielten?

Abbildung 41 zeigt, dass knapp die Hälfte der bei der IV-Neuanmeldung erwerbstätigen Personen ein **Bruttoeinkommen** von unter 3'000°Fr. erzielen¹¹. Dieser Anteil ist über die Anmeldekohorten einigermassen stabil. Dies ist insbesondere bemerkenswert, da seit 2004 jedes Jahr mehr Personen bei der IV-Neuanmeldung erwerbstätig waren.

Abbildung 41: Durchschnittliches Bruttoerwerbseinkommen pro Monat der zum Zeitpunkt der Anmeldung erwerbstätigen IV-Neuanmeldungen



Basis [N]: 22'078 (2004); 21'064 (2005); 20'512 (2006); 20'423 (2007); 23'879; (2008) 25'012 (2009); 25'633 (2010)
 Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS
 Inflationsbereinigt (Basis 2004)

Erwerbseinkommen drei Jahre nach der Anmeldung

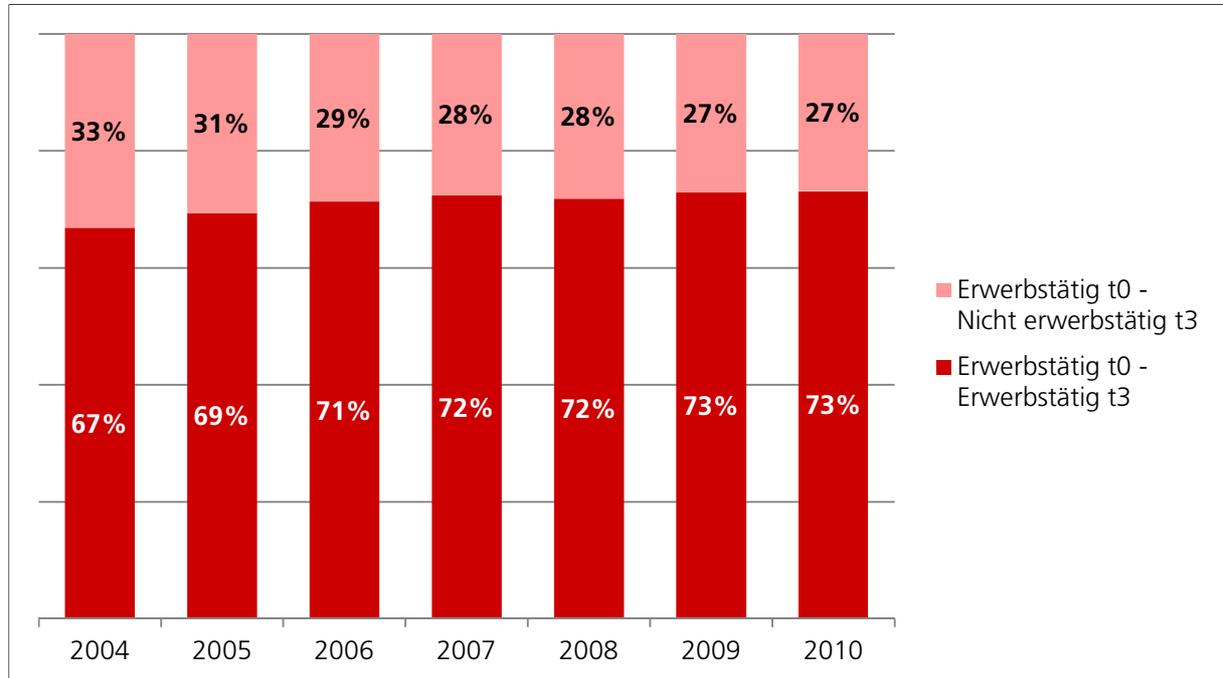
Abbildung 42 zeigt den Anteil der drei Jahre nach der IV-Anmeldung erwerbstätigen Personen am Total der **zum Zeitpunkt der Neuanmeldung Erwerbstätigen**. Aus der Abbildung wird ersichtlich, dass dieser Anteil bis 2007 zunimmt und danach relativ konstant bleibt. **Abbildung 43** zeigt die Erwerbstätigkeit drei Jahre nach der Anmeldung von Personen, **welche zum Zeitpunkt der Neuanmeldung nicht erwerbstätig** waren. Dieser Anteil nimmt bei den IV-Neuanmeldungen von 2008 und 2009 leicht zu.

Bezüglich der Zeit nach der Umsetzung der 5. IVG-Revision lassen sich zwei Aussagen machen: Erstens blieb der Anteil der drei Jahre nach der Neuanmeldung noch Erwerbstätigen stabil bei 72 bis 73%. Dieses Niveau wurde gehalten, obwohl in den jüngeren Jahren deutlich mehr Personen bei der

¹¹ Dabei handelt es sich nicht unbedingt um Vollzeitstellen. Aussagen über das Arbeitspensum sind mit den IK-Daten nicht möglich, da das Erwerbseinkommen in Franken erfasst wird.

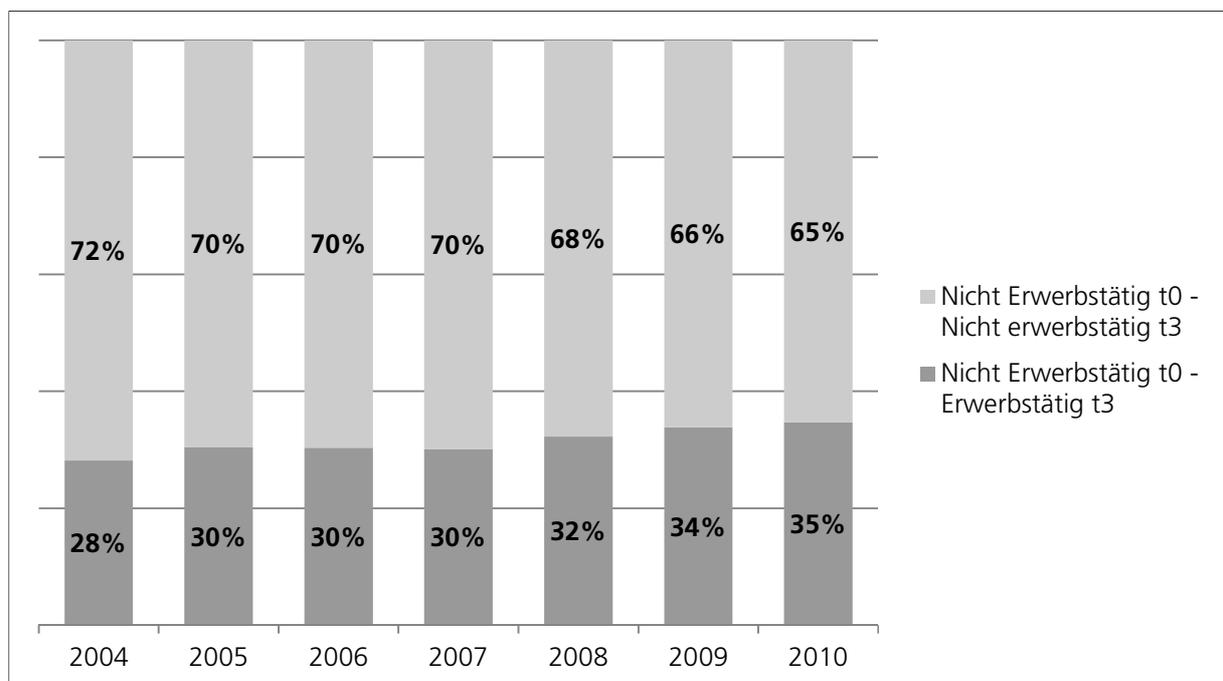
Anmeldung erwerbstätig waren. Zweitens waren ab 2008 deutlich mehr Personen erwerbstätig, welche zum Zeitpunkt der Neuanschreibung nicht (mehr) erwerbstätig waren.

Abbildung 42: Anteil drei Jahre nach der IV-Neuanmeldung Erwerbstätigen am Total der zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung Erwerbstätigen



Basis [N]: 22'078 (2004); 21'064 (2005); 20'512 (2006); 20'423 (2007); 23'879; (2008) 25'012 (2009); 25'633 (2010)
 Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

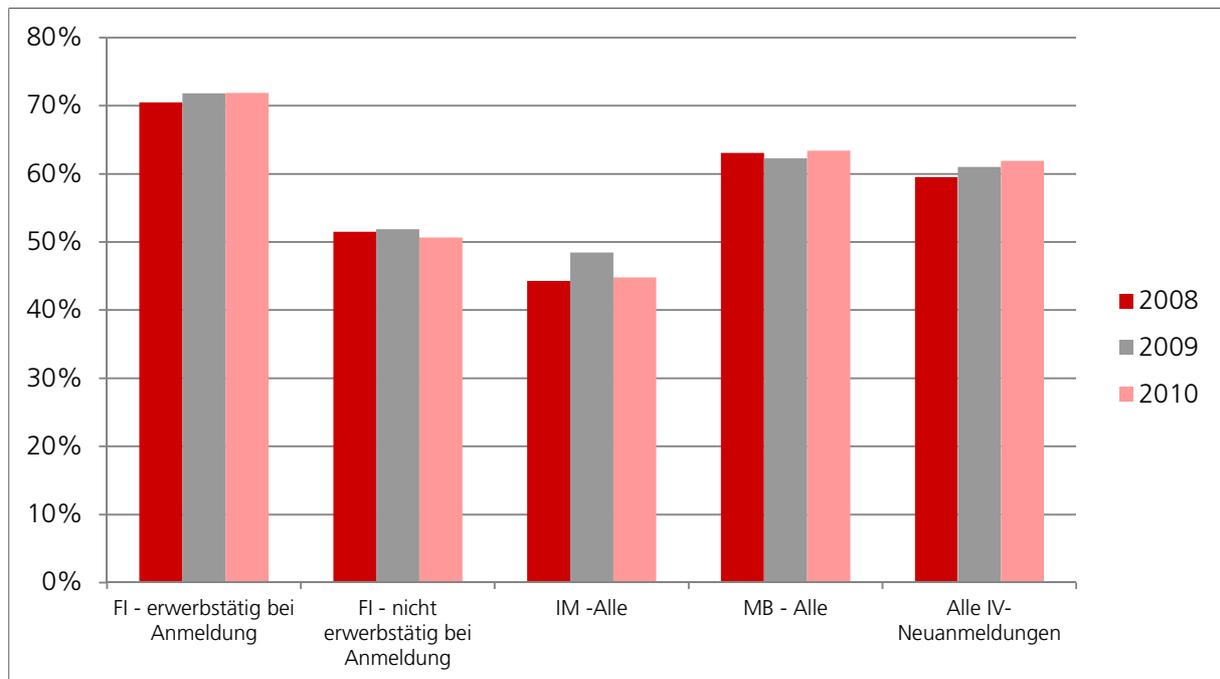
Abbildung 43: Anteil der drei Jahre nach der IV-Neuanmeldung Erwerbstätigen am Total der zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung nicht Erwerbstätigen



Basis [N]: 14'080 (2004); 12'663 (2005); 11'708 (2006); 10'568 (2007); 10'866; (2008) 11'099 (2009); 10'716 (2010)
 Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

In **Abbildung 44** sind die Erwerbsquoten nach den in den Unterabschnitten 4.1 bis 4.3 untersuchten Kategorien dargestellt. Demnach zeigt sich bzgl. der Erwerbsquote ein ähnliches aber inverses Bild wie bei der Berentungsquote (vgl. Abbildung 39): Personen mit FI-Massnahmen haben eine überdurchschnittliche Erwerbsquote, Personen mit Integrationsmassnahme eine unterdurchschnittliche Erwerbsquote.

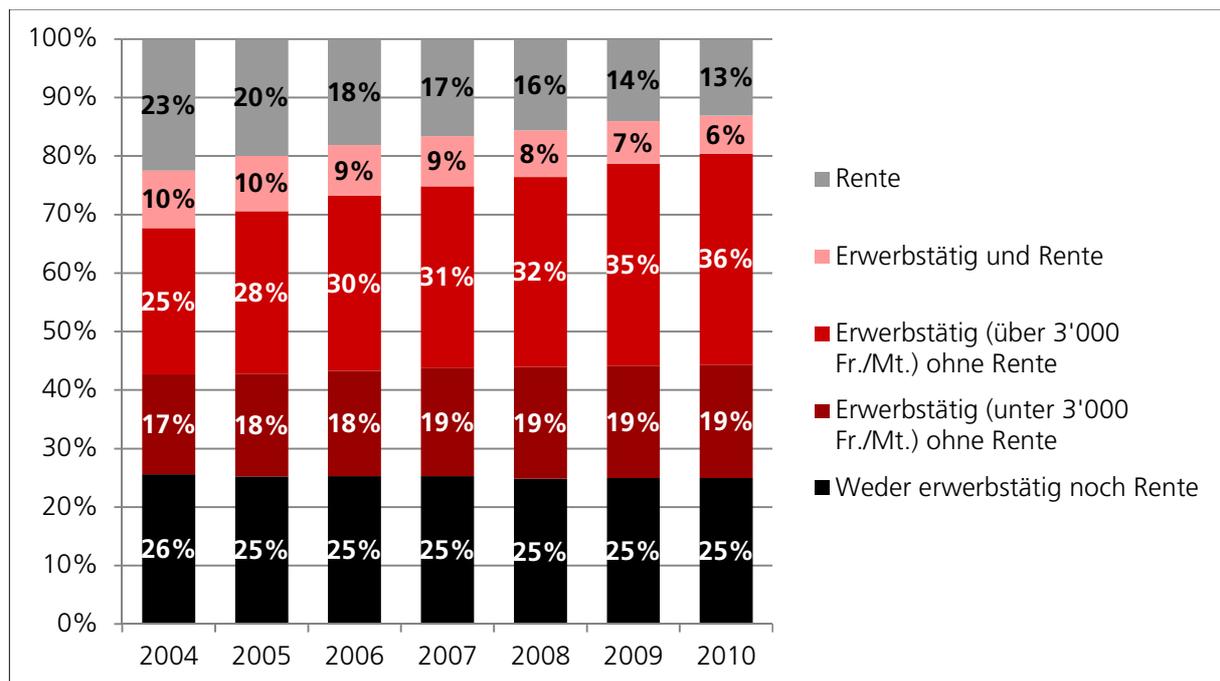
Abbildung 44: Anteil der drei Jahre nach der IV-Neuanmeldung Erwerbstätigen am Total der IV-Neuanmeldungen, nach Art der Eingliederungsmassnahme



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2007-2013, BSV. Berechnungen BASS)

Bezüglich der Erwerbs- und der Berentungsquote gibt es auch Schnittmengen und leere Mengen: Rentenbezüger/innen können auch erwerbstätig sein und Personen können auch weder erwerbstätig sein noch eine Rente beziehen. **Abbildung 45** stellt die **Kombinationen von Rentenbezug und Erwerbssituation** dar. Personen mit einer Rente nehmen, wie bereits im vorangegangenen Abschnitt gesehen, deutlich ab. Beachtlich ist, dass der zunehmende Anteil der Erwerbstätigen (ohne Rente) fast ausschliesslich auf Erwerbstätige mit einem durchschnittlichen Bruttolohn von über 3'000^oFr. pro Monat basiert. Diese Entwicklung hat jedoch schon vor der Einführung der 5. IVG-Revision eingesetzt. Ein direkter Zusammenhang zur 5. IVG-Revision scheint deshalb nicht gegeben zu sein. Wir gehen davon aus, dass diese Entwicklung grösstenteils auf das veränderte Anmeldeverhalten (bspw. möglichst frühzeitige Anmeldung) und der damit einhergehenden Veränderungen in der strukturellen Zusammensetzung der Neuangemeldeten zurückzuführen ist.

Abbildung 45: Anteile nach Rentenbezug und Erwerbssituation drei Jahre nach der Anmeldung



Basis [N]: 36'465 (2004); 34'009 (2005); 32'478 (2006); 31'224 (2007); 34'971; (2008) 36'397 (2009); 36'616 (2010)
 Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

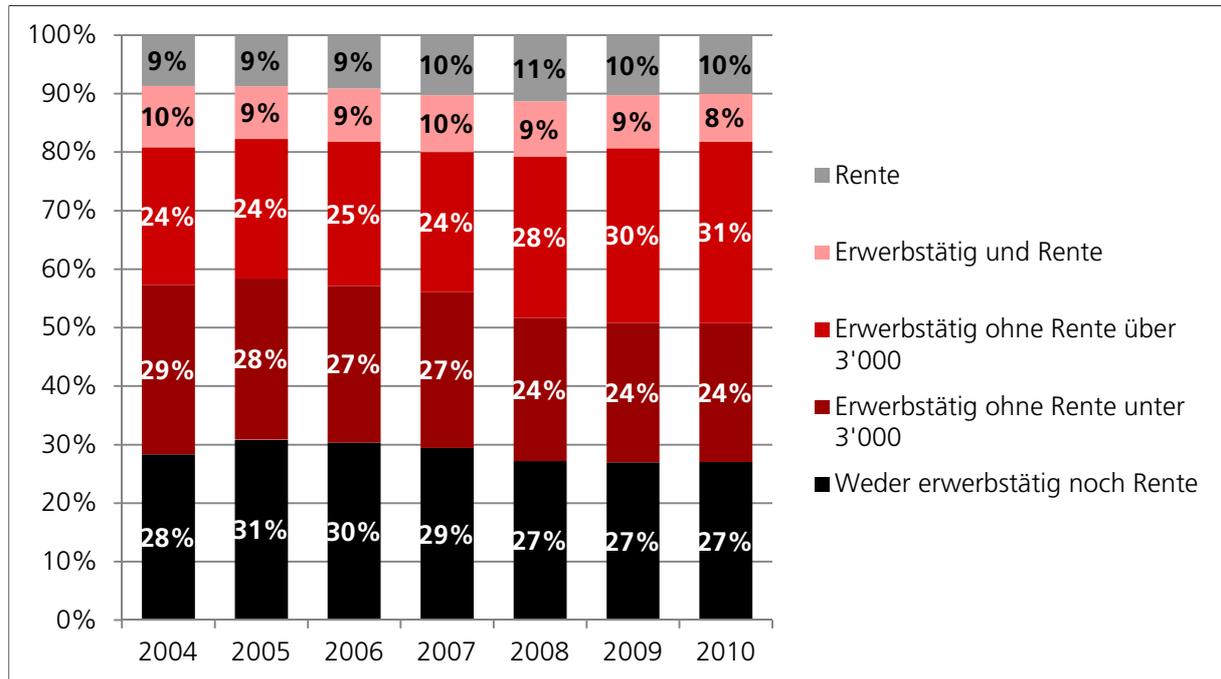
Um ein differenzierteres Bild zu erhalten, wurde die obige Auswertung für verschiedene Gruppen einzeln durchgeführt. Die entsprechenden Grafiken sind im Anhang ersichtlich (Abbildung 66 bis Abbildung 69).

■ **Geschlecht:** Im Vergleich zu früher hat sich der Anteil an Personen, die drei Jahre nach Anmeldung ein Erwerbseinkommen über 3'000°Fr. erzielen, kontinuierlich erhöht. Diese Entwicklung verläuft sowohl bei Männern als auch bei Frauen sehr ähnlich. Der Anteil liegt bei den Männern allerdings auf einem bedeutend höheren Niveau.

■ **Erwerbstätigkeit zum Zeitpunkt der Anmeldung:** Sowohl bei den zum Zeitpunkt der Anmeldung noch erwerbstätigen Personen, wie auch bei jenen, die zum Zeitpunkt der Anmeldung nicht mehr erwerbstätig sind, hat sich der Anteil an Personen, die 3 Jahre nach Anmeldung ein Erwerbseinkommen über 3'000°Fr. erzielen, kontinuierlich erhöht.

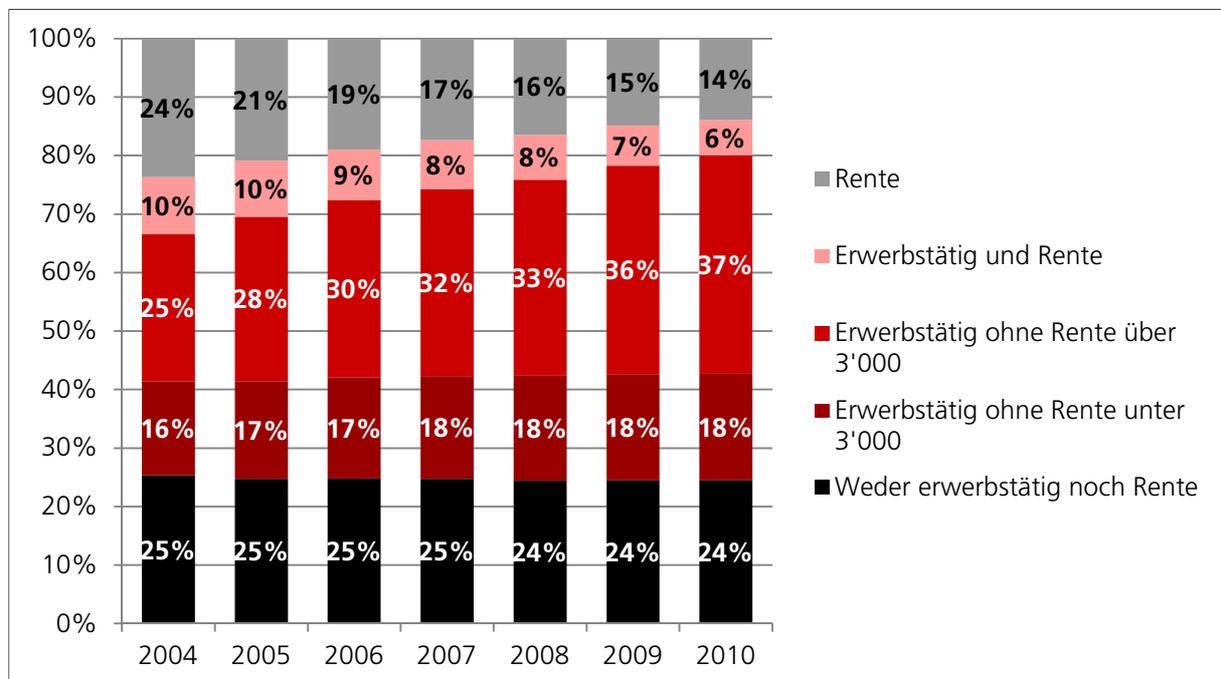
■ **Eingliederungsmassnahmen:** Differenziert man zwischen IV-Neuanmeldungen mit (externen) Eingliederungsmassnahmen und ohne Eingliederungsmassnahmen, zeigt sich, dass sich der Anteil der drei Jahre nach der Anmeldung Erwerbstätigen insbesondere bei Neuanmeldungen **ohne Eingliederungsmassnahmen** stark erhöht hat (vgl. **Abbildung 46**). Bei neuangemeldeten Personen mit Eingliederungsmassnahmen erhöht sich der Anteil an Personen, die drei Jahre nach Anmeldung ein Erwerbseinkommen über 3'000°Fr. erzielen 2008 leicht, aber sprunghaft (vgl. **Abbildung 47**). Es scheint daher, dass mit den Eingliederungsmassnahmen ein allgemeiner Trend verstärkt wird. **Abbildung 48** und **Abbildung 49** zeigen den Rentenbezug und die Erwerbssituation separat für die Bezüger/innen von Frühinterventions- bzw. Integrationsmassnahmen. Dabei zeigt sich, dass es **unter den Massnahmenbeziehenden** zu keinen grösseren Verschiebungen bzgl. der Erwerbs- und Rentenquote gekommen ist.

Abbildung 46: Anteile nach Rentenbezug und Erwerbssituation drei Jahre nach der Anmeldung: *Leistungsbeziehende von externen Eingliederungsmassnahmen (EM)*



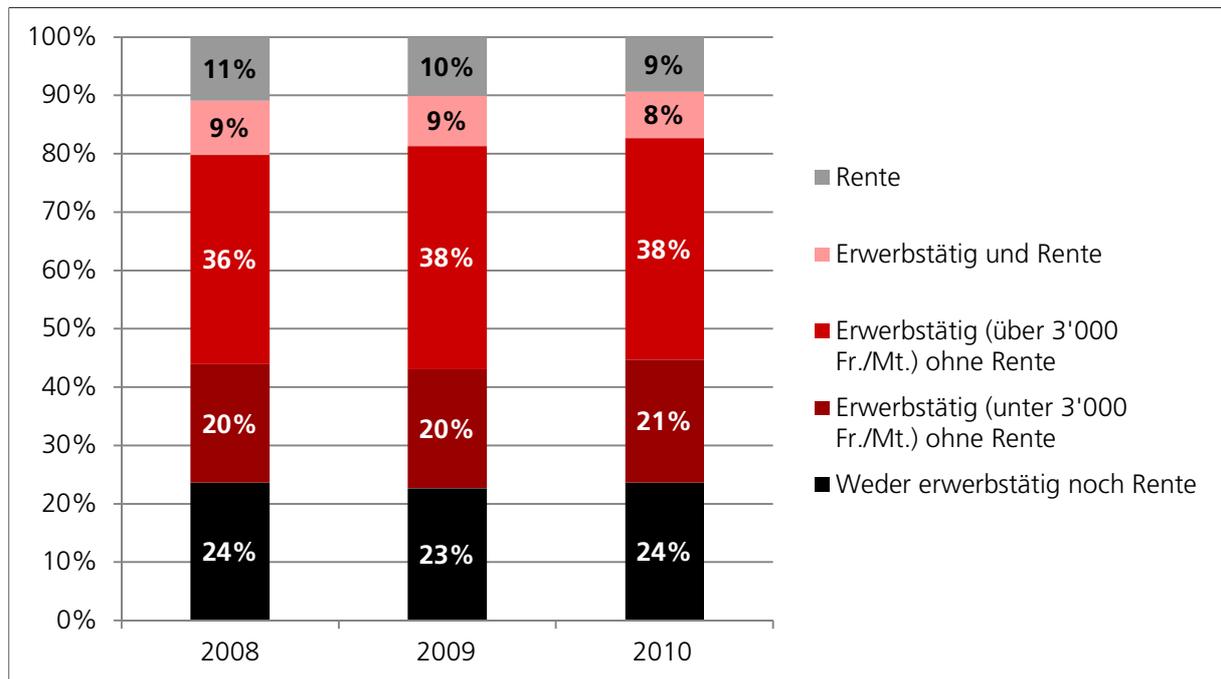
Basis [N]: 2'964 (2004); 2'732 (2005); 2'768 (2006); 3'388 (2007); 5'837; (2008) 6'667 (2009); 7'443 (2010)
 Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 47: Anteile nach Rentenbezug und Erwerbssituation drei Jahre nach der Anmeldung: *Neuanmeldungen ohne Leistungsbezug von externen Eingliederungsmassnahmen*



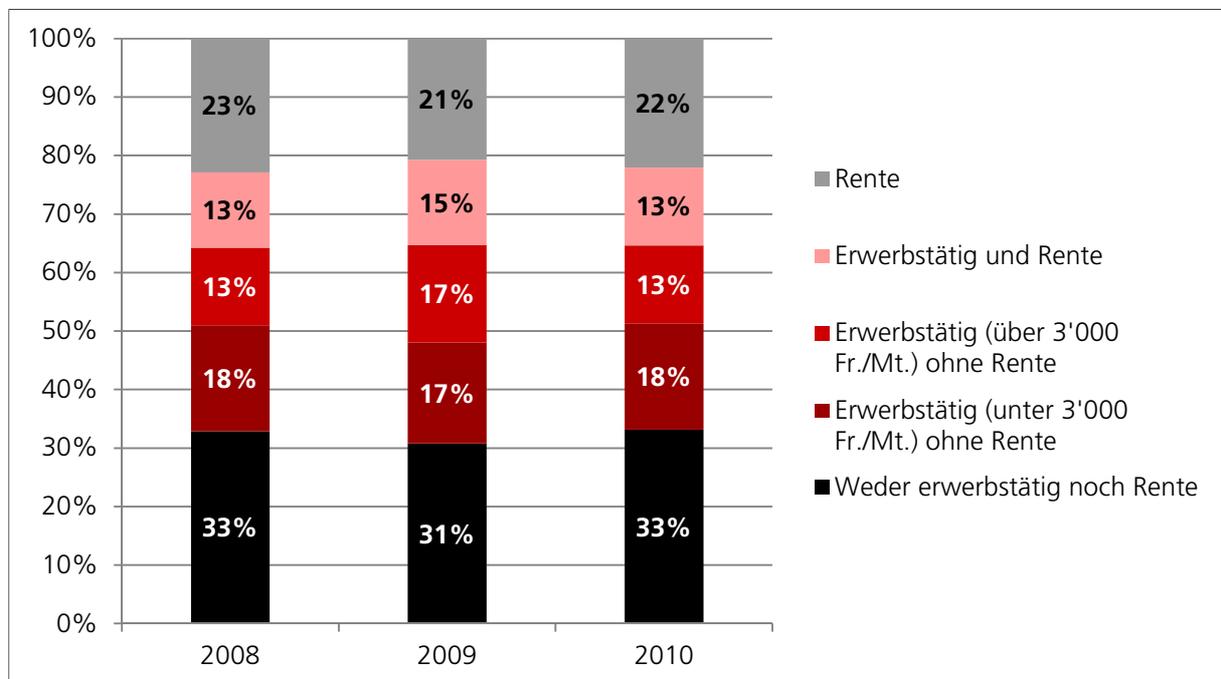
Basis [N]: 33'501 (2004); 31'277 (2005); 29'710 (2006); 27'836 (2007); 29'134; (2008) 29'730' (2009); 29'173 (2010)
 Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 48: Anteile nach Rentenbezug und Erwerbssituation drei Jahre nach der Anmeldung: *Leistungsbeziehende Frühinterventionsmassnahmen (FI)*



Basis [N]: (2008) 1'57; (2009) 2'264; (2010) 2'924
 Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 49: Anteile nach Rentenbezug und Erwerbssituation drei Jahre nach der Anmeldung: *Leistungsbeziehende von Integrationsmassnahmen (IM)*

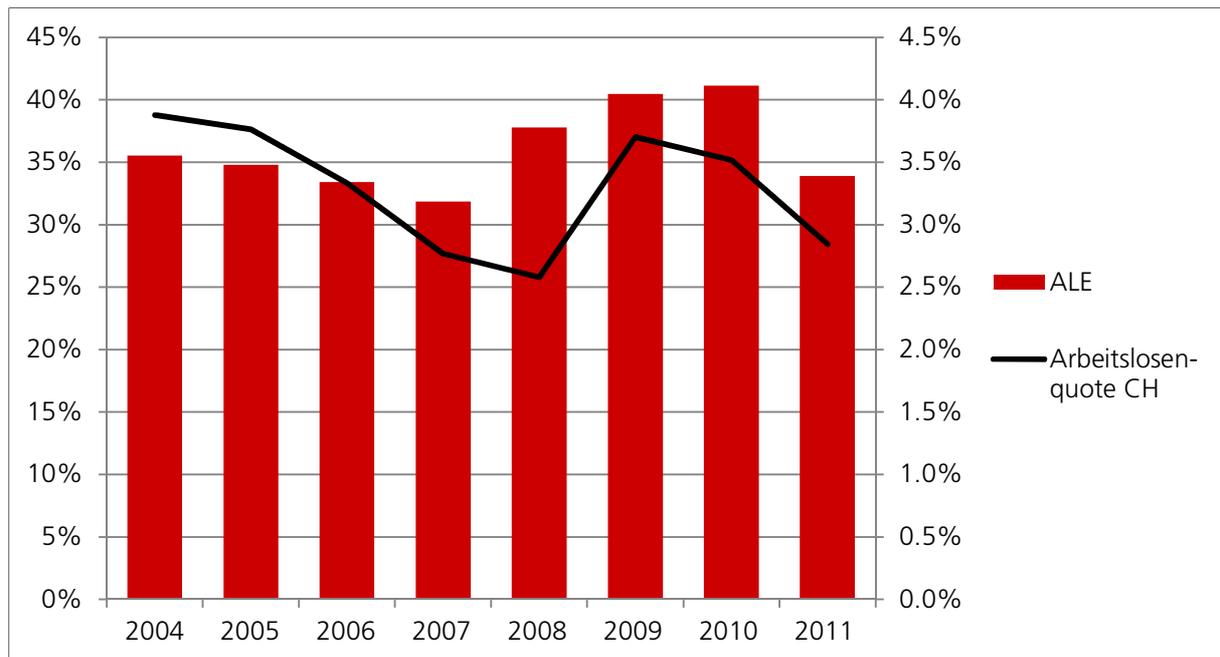


Basis [N]: (2008) 2'136; (2009) 2'931; (2010) 3'797
 Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

8 Arbeitslosenentschädigung

In diesem Abschnitt wird untersucht, ob es seit Inkrafttreten der 5. IVG-Revision zu Verschiebungen oder höheren Bezügen von Arbeitslosenentschädigung (ALE) kam. **Abbildung 50** zeigt den **Anteil der IV-Neuanmeldungen**, welche im Jahr der Neuanmeldung und/oder in den drei Folgejahren mindestens einen Monat **Arbeitslosenentschädigung bezogen** haben. **Abbildung 51** zeigt den **Anteil der IV-Neuanmeldungen**, mit ALE nach dem Zeitpunkt der Anmeldung (Jahr der Anmeldung bzw. ein, zwei und drei Jahre nach der Anmeldung).

Abbildung 50: Anteil IV-Neuanmeldungen mit Arbeitslosenentschädigung (ALE) im Anmeldejahr bzw. in den drei Folgejahren am Total der IV-Neuanmeldungen



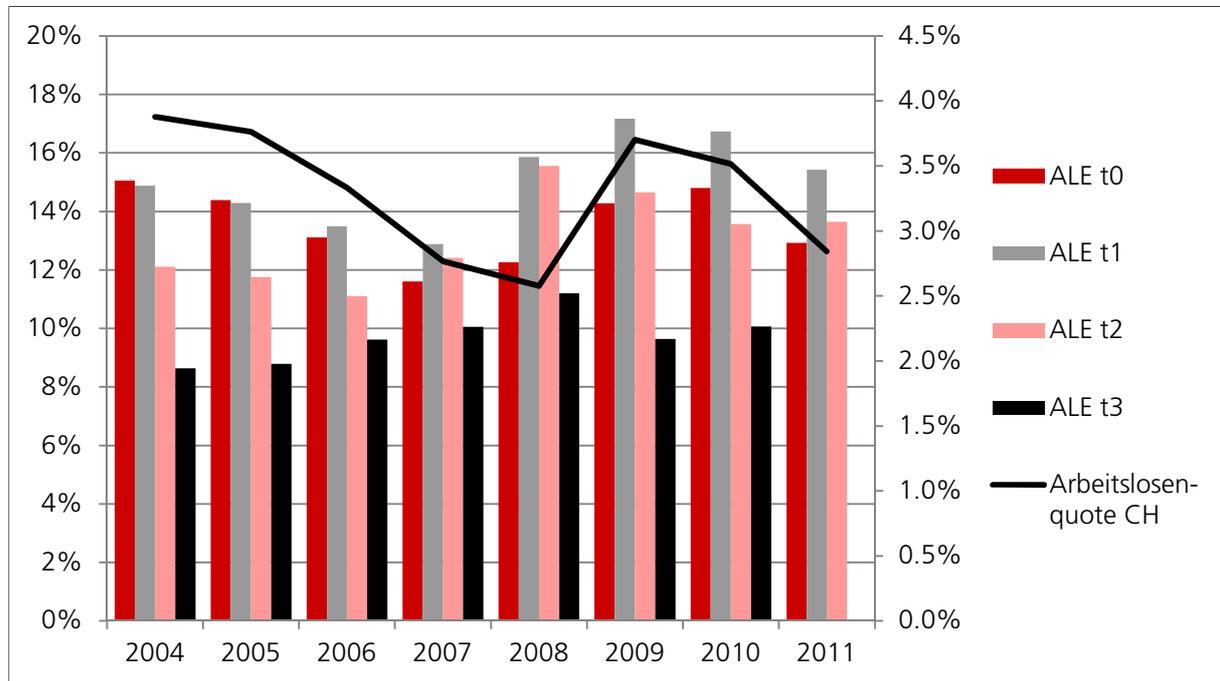
Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV, Amstat 2015, SECO. Berechnungen BASS

■ **Vergleich mit der gesamtschweizerischen Arbeitslosenquote:** Vergleicht man den Anteil der Neuanmeldungen mit ALE (Abbildung 50: Anteil IV-Neuanmeldungen mit Arbeitslosenentschädigung (ALE) im Anmeldejahr bzw. in den drei Folgejahren am Total der IV-Neuanmeldungen, rote Balken) mit der gesamtschweizerischen Arbeitslosenquote (schwarze Linie), zeigt sich ein ausgeprägtes Wechselverhältnis. Bis 2007 sinken beide Quoten und steigen danach bis 2010 an (Bankenkrise). Das Niveau der beiden Quoten unterscheidet sich deutlich. Zwar ist es wahrscheinlich, dass bei der IV neuangemeldete Personen eine überdurchschnittliche Arbeitslosenquote aufweisen, aufgrund der unterschiedlichen Art der Berechnung lässt sich das Niveau allerdings nicht direkt vergleichen. Die Quote der ALE beziehenden IV-Neuanmeldungen ist allerdings gegenüber der gesamtschweizerischen Arbeitslosenquote überproportional gestiegen.

■ **Verschiebung des Höchstwerts:** Vergleicht man die Quoten nach dem Zeitpunkt des ALE-Bezugs (Abbildung 51), zeigt sich bei den ersten Kohorten eine Reduktion mit jedem Jahr nach der Neuanmeldung. Insbesondere ab 2008 ist der Höchstwert erst ein Jahr nach der Neuanmeldung erreicht. Dies lässt vermuten, dass sich der Zeitpunkt der Anmeldung verschoben hat, denn die starke Verschiebung ab 2008 dürfte insbesondere durch die Möglichkeit der Früherfassung erklärbar sein. Zusätzlich wurde bereits in Kapitel 7 gezeigt, dass mehr Personen bei der Anmeldung erwerbstätig sind,

was auch auf eine Vorverschiebung des Anmeldezeitpunkts u.a. aufgrund Art. 29 IVG zurückgeführt werden kann.

Abbildung 51: Anteil IV-Neuanmeldungen mit Arbeitslosenentschädigung (ALE) im Anmeldejahr bzw. in den drei Folgejahren am Total der IV-Neuanmeldungen



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Amstat 2015, SECO. Berechnungen BASS

9 Sozialhilfe

In Abschnitt 6 wurde aufgezeigt, dass die Zahl der Rentenzusprachen seit 2004 deutlich gesunken ist, obwohl die Anzahl IV-Neuanmeldungen pro Jahr in etwa konstant blieb. Dagegen wurden, speziell seit der Umsetzung der 5. IVG-Revision 2008 deutlich mehr Eingliederungsmassnahmen zugesprochen (vgl. Kapitel 4). Es drängt sich daher die Frage auf, ob es, insbesondere durch erfolgreiche Eingliederungsbemühungen, zu einer Kostenverlagerung zur Sozialhilfe (SH) kommt. Michel Kolly und Eric Patry sind dieser Frage bereits nachgegangen und kamen zu dem Schluss, dass «*die IV-Rentenreduktion den Druck auf die Sozialhilfe nicht wesentlich verstärkt hat*» (CHSS 1/2014). Sie beobachten allerdings auch einen (zum damaligen Zeitpunkt) nicht erklärbaren leichten Anstieg der Sozialhilfebezüge nach den Anmeldejahren 2008 und 2009. In diese Zeit fällt allerdings auch der Ausbruch der Finanzmarktkrise, weshalb konjunkturell bedingte Schwankungen nicht ausgeschlossen werden können. Eine Replizierung der Studie von Kolly und Patry ist im Rahmen dieser Evaluation nicht möglich.

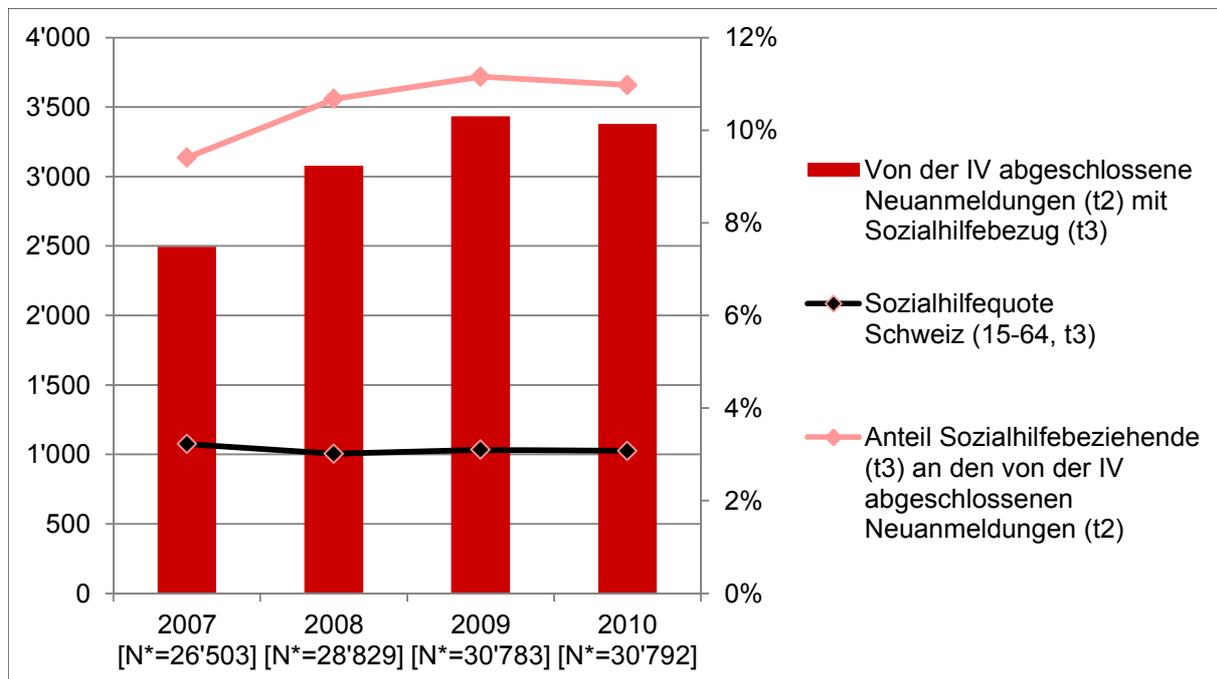
In der folgenden Auswertung wurde untersucht, wie viele der neuangemeldeten Personen, deren Dossier innerhalb von 2 Jahren (t2) abgeschlossen ist, im darauffolgenden Jahr (t3) **Sozialhilfe** beziehen. Dabei zeigt sich, dass die absolute Anzahl der Sozialhilfebezüger/innen zwischen den IV-Neuanmeldungskohorten 2007 und 2010 deutlich angestiegen ist (vgl. Balken **Abbildung 52**). Setzt man die Zahlen ins Verhältnis zum Total der IV-Neuanmeldungen, ergibt sich eine Quote von 9.4% (2007), welche bis zur Kohorte 2010 auf 11.0% ansteigt (vgl. rosa Linie Abbildung 52). Diese Quote lässt sich mit der Sozialhilfequote der Bevölkerung im Erwerbsalter der gesamten Schweiz vergleichen (vgl. schwarze Linie Abbildung 52). Um einen korrekten Vergleich mit dem Sozialhilfebezug im dritten Jahr nach der IV-Neuanmeldung zu ermöglichen, bezieht sich die schweizerische Sozialhilfequote auf die Jahre 2010 bis 2013.

Die auf diese Weise berechnete Sozialhilfequote von den bei der IV abgeschlossenen Neuanmeldungen nimmt im Vergleich zur Sozialhilfequote der Referenzbevölkerung deutlich stärker zu. Dies kann ein Indiz dafür sein, dass tatsächlich eine leichte Verlagerung in die Sozialhilfe stattgefunden haben könnte. Der Effekt fällt in absoluten Zahlen jedoch sehr gering aus: So ist unter Berücksichtigung der steigenden Bestände an abgeschlossenen Fällen gegenüber der Kohorte 2007 ein Anstieg von rund 400 bis 550 Personen zu beobachten, die im darauffolgenden Jahr nach dem Fallabschluss Sozialhilfe beziehen. Zum Vergleich: 2013 haben rund 178'000 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Sozialhilfe bezogen.

Bezüglich dieser Auswertungen sollten folgende Einschränkungen beachtet werden: Da sich das Anmeldeverhalten bzw. der Zeitpunkt der Anmeldung in den betrachteten Jahren u.a. auch durch die Einführung der 5. IVG-Revision veränderte, müssten die Einzelpersonen über eine längere Zeitperiode beobachtet werden. Zudem weisen Kolly und Patry darauf hin, dass 2007 deutlich weniger IV-Neuanmeldungen auf einen Sozialhilfebezug angewiesen waren als in den Vorjahren¹². Für abschliessende Aussagen wäre eine Replizierung der Studie von Kolly und Patry mit längerer Zeitreihe und Differenzierung der IV-Leistungen notwendig.

¹² Bis 2009 wurde nur der/die Antragssteller/in des Dossiers erfasst. Kolly und Patry haben die fehlenden Daten für die Anfangsjahre mittels eines statistischen Verfahrens geschätzt.

Abbildung 52: Anzahl und Anteil IV-Neuanmeldungen mit «Fallabschluss» 2 Jahre nach Neu- anmeldung (t2), die im dritten Jahr nach Neu- anmeldung (t3) Sozialhilfe beziehen und Anteil Sozialhilfebe- ziehende Schweiz nach Neu- anmeldungskohorte



N*: Anzahl abgeschlossene Fälle 2 Jahre nach Neu- anmeldung.

Lesehilfe: «Von allen IV-Neuanmeldungen der Kohorte 2007 sind im Jahr 2009 (t2) 26'503 «Fälle» als abgeschlossen zu be- trachten. Rund 2'500 dieser Personen bezogen im darauffolgenden Jahr (t3) Leistungen aus der Sozialhilfe. Dies entspricht einem Anteil von knapp 9.4%»

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2007-2011 und SHIVLALV 2010-2013, BSV, Sozialhilfestatistik BFS. Berechnun- gen BASS

Anmerkung: Bis 2009 wurde nur der/die Antragssteller/in des Dossiers erfasst. Aufgrund der veränderten Datenqualität verwen- den wir die Daten zur Sozialhilfe erst ab dem Jahr 2010 (Kohorte 2007 + 3).

10 Zusammenhangsanalyse

In diesem Kapitel werden die in den vorangegangenen Abschnitten deskriptiv ausgewerteten Income- und Output-Grössen mit dem Outcome (Berentungswahrscheinlichkeit, «erfolgreiche» Erwerbsintegration) mit Hilfe von multivariaten Methoden analysiert. Mittels einer Strukturanalyse und Multi-Level-Modellen können einerseits **Erfolgsfaktoren** herausgearbeitet werden, die dazu beitragen, die Ziele der 5. IVG-Revision zu erreichen. Andererseits werden erfolgsversprechende **Strategien** der kantonalen IVST benannt und ausgeführt.

Dabei sind folgende Schwierigkeiten zu beachten:

- **IV-Neuanmeldungen unterscheiden sich zwischen den Kantonen und über die Jahre strukturell** bezüglich dem Zeitpunkt der Anmeldung und den soziodemografischen Merkmalen (vgl. Abschnitte 7 und 8). Damit fehlt eine einheitliche Referenz, da die Entwicklung vom Input zum Income (wer meldet sich wann an) nicht bekannt ist.

- Der **Gesundheitszustand** der neu angemeldeten Personen ist zentral für den Erfolg von Wiedereingliederungsbemühungen. Dieser **geht aus der Datengrundlage jedoch nicht hervor**. Als «Proxy» dafür verwenden wir die Höhe der Ausgaben für Abklärungsmassnahmen. Dabei unterstellen wir, dass höhere Kosten für Abklärungsmassnahmen mit einem schlechteren Gesundheitszustand einhergehen. Dafür, dass es IV-Stellen gibt, die mehr auf Abklärungs- (z.B. Gutachten) anstelle von Eingliederungsmassnahmen setzen, sind gemäss der Studie zum Abklärungsverfahren bei Rentenentscheiden keine klaren Hinweise vorhanden (vgl. Guggisberg et al. 2015).

- **Unterschiedliche Strategien bezüglich Zuweisung zur Eingliederung in den IVST:** Ob einer neuangemeldete Person später Eingliederungsmassnahmen zugesprochen werden, hängt nicht nur von deren Charakteristiken, sondern auch von der Eingliederungsstrategie ab, die eine IVST verfolgt. Dies konnten Guggisberg et al. (2015) im Bericht zu den Abklärungsprozessen in der Invalidenversicherung bei Rentenentscheiden aufzeigen. So gibt es IV-Stellen, die eher eine «breite» Eingliederungsstrategie verfolgen und andere, die eher selektiv vorgehen. Dieser Umstand führt dazu, dass «hinter» den reinen Registerdaten Selektionsprozesse liegen, die nicht klar beobachtet werden und somit auch nicht modelliert werden können.

Die benannten Schwierigkeiten konnten nur bedingt überwunden werden. Aussagen zur direkten Wirkung der Eingliederungsmassnahmen auf die Rentenzusprache oder eine erfolgreichen Wiedereingliederung in den Erwerbsprozess sind damit nicht, oder nur bedingt, machbar. Allerdings können gewisse Elemente aufgezeigt werden, welche in einem Zusammenhang zur Rentenzusprache stehen.

10.1 Strukturanalyse

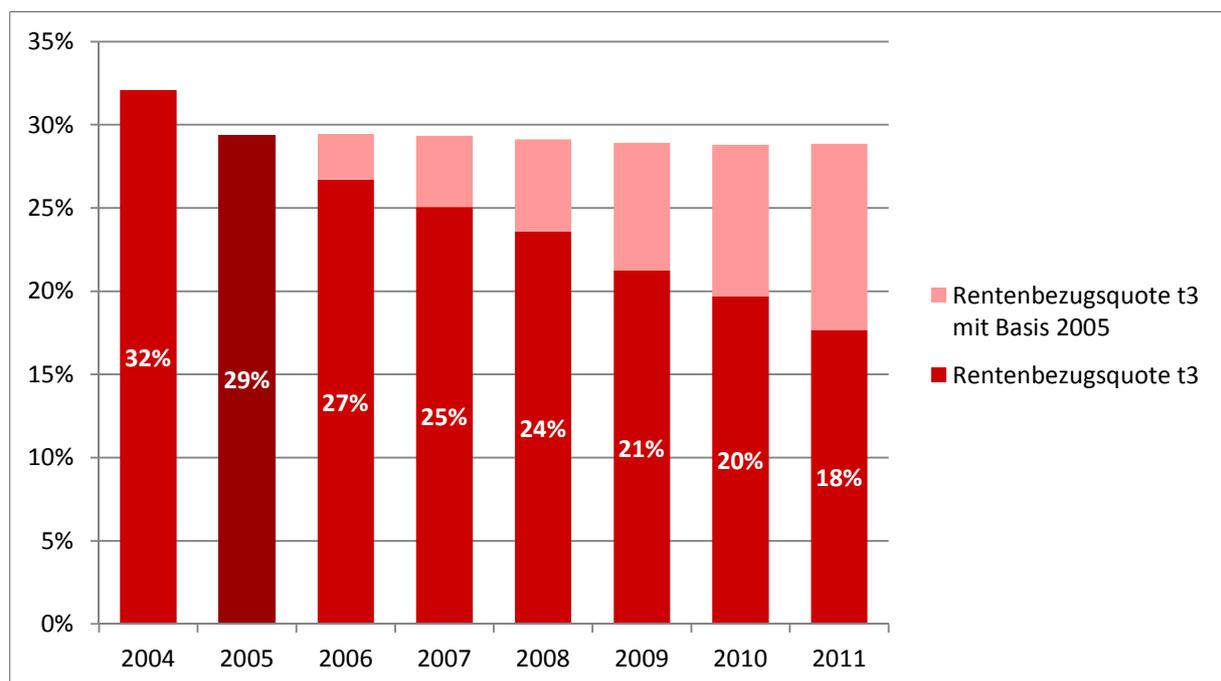
Die Strukturanalyse zeigt den Einfluss des veränderten Incomes auf die Berentung und die Erwerbssituation der IV-Neuanmeldungen. Basis bildet eine logistische Regression für die Anmeldekohorte 2005 mit den Strukturvariablen Geschlecht, Alter und Nationalität auf die Berentung, bzw. die Erwerbstätigkeit. Mit den daraus resultierenden Wahrscheinlichkeiten, lässt sich die **hypothetische Anzahl Neurentner/innen bzw. Erwerbstätige bei veränderter Struktur** (Geschlecht, Alter Nationalität) aber ansonsten gleichbleibender Bedingungen berechnen.

Abbildung 53 zeigt, wie sich die **Rentenbezugsquote** verändert hätte, wenn man nur die unterschiedliche Struktur der Neuanmeldungskohorten berücksichtigt hätte (rosa Balken). Unter ansonsten gleichbleibenden Voraussetzungen würde die Rentenbezugsquote aufgrund der verschiedenen Neuanmeldekohorten leicht sinken. Tatsächlich aber ist die Rentenbezugsquote sehr stark gesunken (ro-

ter Balken). Der starke Rückgang der Neurenten lässt sich also nicht, bzw. nur zu einem marginalen Teil durch eine veränderte Struktur bezüglich Alter, Geschlecht und Nationalität erklären.

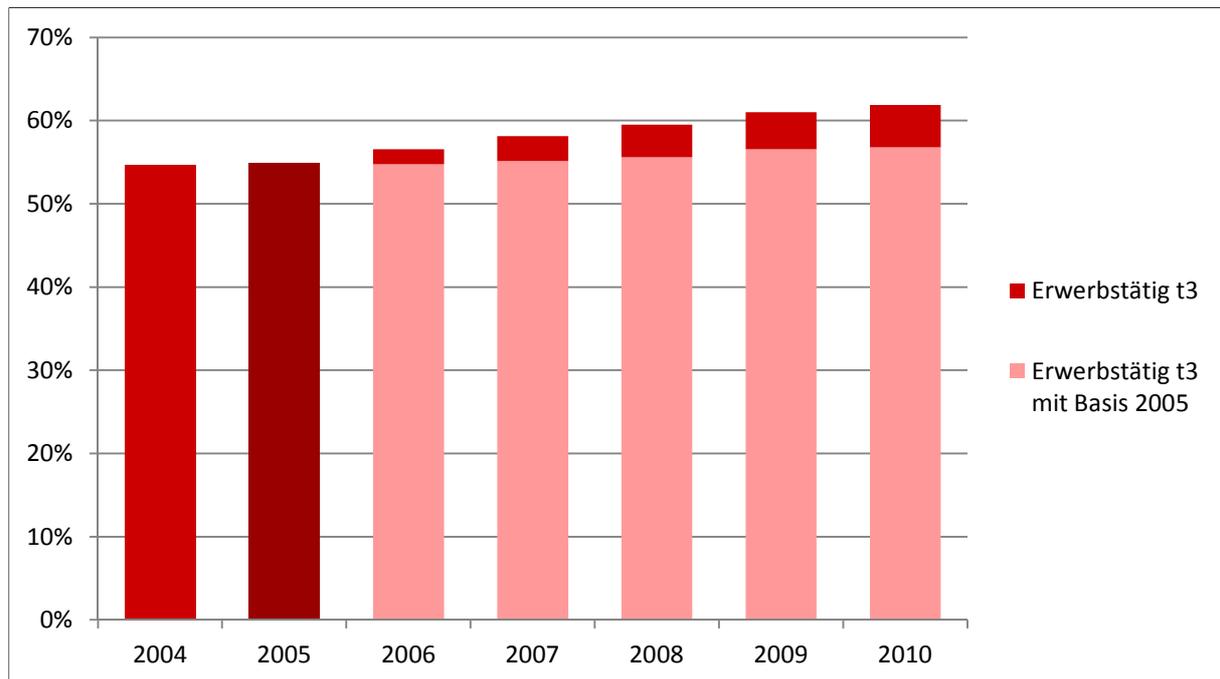
Ein ähnliches Resultat liefert **Abbildung 54** bezüglich der **Erwerbstätigkeit**: Von den IV-Neuanmeldungen von 2005 waren rund 55% drei Jahre nach der Anmeldung erwerbstätig. Aufgrund der unterschiedlichen Struktur bzgl. Geschlecht, Alter und Nationalität wäre für die Anmeldekohorte 2010 ein Anteil Erwerbstätiger von rund 57% erwartet worden. Tatsächlich waren von den Neuanmeldungen 2010 drei Jahre nach der Anmeldung gut 62% erwerbstätig.

Abbildung 53: Geschätzte Rentenbezugsquote drei Jahre nach der Neuanmeldung auf Basis der Profilveränderung im Vergleich zur tatsächlichen Rentenbezugsquote der IV-Neuanmeldungskohorten 2004 bis 2011.



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 54: Geschätzte Erwerbsquote drei Jahre nach der Neuanmeldung auf Basis der Profilveränderung im Vergleich zur tatsächlichen Erwerbsquote der IV-Neuanmeldungskohorten 2004 bis 2010



Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

10.2 Multi-Level-Modelle

Die Notwendigkeit eines Multi-Level-Modells lässt sich am besten anhand eines Beispiels illustrieren: Angenommen, in einem bevölkerungsstarken Kanton A werden sehr oft Massnahmen beruflicher Art zugesprochen. Dabei liesse sich (rein hypothetisch) in jedem vierten Fall eine Rente verhindern. Im kleinen Kanton B werden Massnahmen beruflicher Art aufgrund von unterschiedlichen strategischen Überlegungen sehr selektiv zugesprochen, dafür wird jedoch in jedem zweiten Fall eine Rente verhindert. Wird nun nur die individuelle Ebene berücksichtigt, dominiert erstens der Einfluss der Personen aus dem bevölkerungsstarken Kanton A das Resultat. Dieses ist zudem zweitens auch eine Folge der Strategie, möglichst vielen Personen eine Massnahme beruflicher Art zu ermöglichen. Ob nun die eher selektive oder die eher breite Anwendung von Massnahmen beruflicher Art «erfolgreicher» ist, lässt sich direkt aus dem Umstand, dass in einem Kanton jede zweite bzw. nur jede vierte Massnahmenbeziehende keine Rente bezieht, nicht direkt schliessen. Vielmehr kommt es auch darauf an, wie viele Personen, die keine Massnahmen erhalten, am Schluss eine Rente beziehen. Am erfolgreichsten ist grundsätzlich diejenige IV-Stelle, die möglichst allen versicherten Personen eine Massnahme beruflicher Art anbietet, die eine solche tatsächlich brauchen.

In einem Multi-Level-Modell können zusätzlich zu den Individualdaten weitere, **kantonsspezifische** erklärende Faktoren mit berücksichtigt werden, in diesem Fall bspw. die durchschnittlichen Ausgaben pro Massnahmenbeziehende im Bereich Massnahmen beruflicher Art. Damit versucht man die Wirkung von kantonal unterschiedlich ausgeprägten Indikatoren unter Berücksichtigung von allfälligen Selektionseffekten auf der Individualebene zu ermitteln. Interessant für die Interpretation der Ergebnisse sind demnach die im Modell eingebauten kantonsspezifischen Grössen, da sie Aussagen darüber ermöglichen, in wieweit sich eine kantonal unterschiedliche Ausrichtung einer IV-Stelle auf die Berentungsquote bzw. die Erwerbsintegrationsquote auswirken kann.

Multi-Level-Modelle sind schwieriger zu berechnen und zu interpretieren als herkömmliche Regressionsmodelle, erlauben dafür aber Ähnlichkeiten **zwischen Personen im gleichen Kanton** zu berücksichtigen und **kantonsspezifische Faktoren** zu integrieren. In den in diesem Abschnitt berechneten Modellen sind Kantone die obere Ebene und individuelle Beobachtungen die untere Ebene.

Für die folgenden Modelle wurde folgende Gleichung berechnet, wobei die zu erklärende Variable im ersten Modell die Berentung und im zweiten Modell die Erwerbstätigkeit ist (jeweils 0/1 Dummy):

$$Rente_{ik} = \alpha + \beta_1 Nur FI_i + \beta_2 IM/MB_i + \beta_c Kontrollvariablen_{ik} + \beta_9 Anteil FI_k + \beta_{10} Anteil IM/MB_k + \beta_{11} Triage_k + u_k + e_{ik}$$

Der tiefgestellte Index i steht für individuelle Beobachtungen und k für Kantone. Demnach wird auf individueller Ebene der Einfluss von Personen mit «nur FI-Massnahmen» und IM oder BM auf die Rente innerhalb der Kantone berechnet. Zwischen den Kantonen wird der Anteil Neuanmeldungen mit FI bzw. Integrations- oder Massnahmen beruflicher Art berücksichtigt sowie eine Variable Triage. Diese nimmt den Wert 1 an, wenn die erste Triage in der Regel nur auf einem Gespräch basiert. α ist der konstante Term und u_k, e_{ik} die Fehlerterme auf der kantonalen und individuellen Ebene.

Tabelle 11 zeigt die Odds-Ratios (OR) der beiden Modelle. Alle Werte mit «Stern» (*) sind statistisch signifikant. Sind sie grösser als eins, erhöhen sie die Chancen einer Rente oder Erwerbstätigkeit. Sind sie kleiner als eins, so verringern sie diese Chancen.¹³

¹³ Eine Möglichkeit, die Effekte der Variablen zu quantifizieren, ist die Odds Ratio. Diese gibt an, wie die Chancen zu Gunsten des untersuchten Ereignisses (Rente drei Jahre nach der Anmeldung) verändert werden, wenn ein betrachtetes Merkmal (z.B. Abklärungsmassnahmen zwischen 1 und 500°Fr.) eintritt. Zur Verdeutlichung folgendes Beispiel aus den Resultaten: Die Odds Ratio für eine Rente mit Abklärungsmassnahmen zwischen 1 und 500°Fr beträgt 6.9. Dies bedeutet, die Chancen, dass eine Person eine Rente erhält, sind im Vergleich zu Personen ohne Abklärungsmassnahmen um das 6.9fache höher. Diese Steigerung ist unabhängig von allen anderen verwendeten erklärenden Merkmalen wie Geschlecht, Alter oder kantonalen Faktoren.

Tabelle 11: Multi-Level-Modell mit Rente (1. Spalte) bzw. Erwerbstätigkeit (2. Spalte) als erklärende Variable. Basis: IV-Neuanmeldungen 2008 bis 2011

	Rente zum Zeitpunkt t_3		Erwerbstätigkeit zum Zeitpunkt t_3	
	Odds Ratio	Standardfehler	Odds Ratio	Standardfehler
Individuelle Variablen				
Nur FI-Massnahme	0.81	0.02 ***	1.42	0.05 ***
Integrationsmassnahmen	2.18	0.07 ***	0.55	0.02 ***
Massnahmen beruflicher Art	0.58	0.01 ***	0.98	0.02
Frauen	0.88	0.01 ***	0.88	0.01 ***
Alter	1.02	0.00 ***	0.96	0.00 ***
Staatsangehörigkeit (Basis: Schweiz)				
EU/EFTA Nordwest	0.75	0.02 ***	0.78	0.02 ***
EU-Süd	0.83	0.02 ***	0.81	0.02 ***
EU-Ost	0.79	0.05 ***	0.54	0.03 ***
Europa Rest	0.64	0.02 ***	0.44	0.01 ***
OECD Rest	0.79	0.10	0.52	0.07 ***
Übrige	0.73	0.03 ***	0.52	0.02 ***
Erwerbstätig zum Anmeldezeitpunkt	0.59	0.01 ***	5.45	0.09 ***
Abklärungsmassnahmen (Basis: keine)				
1 bis 500 Fr.	6.89	0.30 ***	0.67	0.02 ***
501 bis 3'000 Fr.	10.17	0.45 ***	0.51	0.01 ***
3'001 bis 6'000 Fr.	16.99	0.82 ***	0.26	0.01 ***
Über 6'000 Fr.	12.26	0.57 ***	0.24	0.01 ***
Kantonale Variablen				
Kantonales Umfeld «Risikofaktor»	1.17	0.04 ***	-	-
Arbeitslosenquote	-	-	0.84	0.01 ***
Ausgaben FI-Massnahmen in Tsd. Fr.	-	-	0.96	0.02 **
Dauer bis zur ersten FI	-	-	-	-
Ausgaben MB in Tsd. Fr.	0.95	0.01 ***	1.01	0.01 *
Dauer bis zur ersten MB	1.00	0.00		
Erste Triage basierend auf mündlichen Angaben	0.82	0.06 **	1.10	0.05 **
Kohorte (Basis: 2008)				
2009	0.89	0.02 ***	1.02	0.02
2010	0.82	0.02 ***	1.02	0.02
2011	0.73	0.01 ***		
N	158'399		107'969	

Odds Ratio: auch Quotenverhältnis, beschreibt die Wahrscheinlichkeit im Verhältnis zur Gegenwahrscheinlichkeit.

***signifikant auf 1%-Niveau, **signifikant auf 5%-Niveau; *signifikant auf 10%-Niveau

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

10.2.1 Berentungsquote

Bevor wir die im Fokus stehenden Ergebnisse zu den kantonsspezifischen Grössen vorstellen, betrachten wir kurz die Ergebnisse zu den im Modell berücksichtigten Merkmalen auf der Individualebene: Die meisten Ergebnisse durften so erwartet werden. Die Zusprache von Eingliederungsmassnahmen sowie die Ausgaben für medizinische Abklärungen sind vorwiegend auf Selektionsmechanismen zurückzuführen. So ist bspw. das Risiko einer späteren Berentung einer neuangemeldeten Person, die ausschliesslich FI-Massnahmen erhält, im Vergleich zu einer Person, bei der entweder keine FI-Massnahmen oder aber zusätzlich noch weiterführende Eingliederungsmassnahmen durchgeführt werden, deutlich geringer (OR 0.81 = -19%). Personen hingegen, bei denen eine Integrationsmass-

nahme durchgeführt wird, tragen im Vergleich zu Personen ohne Integrationsmassnahmen ein mehr als doppelt so grosses Berentungsrisiko ($OR=2.18$). Derselbe steigende Effekt auf die Berentungswahrscheinlichkeit ist für die Ausgaben für medizinische Abklärungen zu beobachten: Je höher die Ausgaben, um so eher eine Rente. Auch dass demgegenüber bei Personen, die zum Zeitpunkt ihrer Anmeldung noch einer Erwerbstätigkeit nachgehen das Berentungsrisiko deutlich geringer ist als bei Personen, die bei ihrer Anmeldung schon nicht mehr im Erwerbsprozess sind, dürfte erwartet werden. Die Berücksichtigung dieses Effekts dient aber dazu, allenfalls kantonal unterschiedliche Ausgangslagen bezüglich dieses Merkmals zu kontrollieren. Bezüglich Alter und Geschlecht zeigt sich, dass Frauen im Vergleich zu Männern ein etwas geringeres Berentungsrisiko aufweisen (-12%) und dass mit zunehmendem Alter das Berentungsrisiko zunimmt. In wie weit der Geschlechtereffekt auf die Tatsache zurückzuführen ist, dass sich erstens mehr Frauen anmelden, die in der Hausarbeit tätig sind und zweitens der Teilzeitfaktor eine Rolle bei der Bemessung des Invaliditätsgrades spielt, konnte im Rahmen dieser Untersuchung nicht nachgegangen werden. Ebensovienig war es möglich, vertiefende Analysen durchzuführen, um das tiefere Berentungsrisiko der Personen mit ausländischer Nationalität zu erklären.

Bezüglich der IV-stellenspezifische Faktoren sind folgende Schlussfolgerungen zu ziehen:

■ **Kantonales Umfeld:** Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Rente zugesprochen wird, wird u.a. auch vom kantonalen Umfeld beeinflusst. Es gibt IV-Stellen, die in einem etwas günstigeren Umfeld beheimatet sind und andere, die sich in einem etwas ungünstigeren Umfeld befinden. Der von uns verwendete Faktor («Risikofaktor») stammt aus der Untersuchung von Bolliger et al. 2010 und enthält Angaben zu Arbeitslosigkeit, Wirtschaftsstruktur, Anteil AusländerInnen, etc.

■ **Pro-Kopf-Ausgaben für die Umsetzung von Massnahmen beruflicher Art:** Die finanziellen Mittel für die Umsetzung von Massnahmen beruflicher Art sollten nicht zu knapp bemessen sein. Personen, die Massnahmen beruflicher Art erhalten und aus Kantonen stammen, die für Massnahmen beruflicher Art durchschnittlich etwas mehr Geld ausgeben, haben eine etwas tiefere Berentungswahrscheinlichkeit.

■ **Erste Triage basierend auf mündlichen Angaben:** Im Rahmen des Forschungsprojekts «Der Abklärungsprozess in der Invalidenversicherung bei Rentenentscheiden: Prozesse, Akteure, Wirkungen» (Guggisberg et al. 2015) gaben die IVST an, ob die erste Triage vorwiegend auf einem Gespräch («Gespräch vor Akte»), schriftlichen Informationen oder beidem beruht. Versicherte Personen, die aus Kantonen mit einer IV-Stelle stammen, die für die Ersttrriage vorwiegend auf schriftliche Informationen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten verzichten, weisen im Vergleich zu Personen, die aus Kantonen stammen, die bei der Ersttrriage nicht so vorgehen, eine tiefere Berentungswahrscheinlichkeit auf. Ein relativ unbürokratisches und damit auch rasches Vorgehen bei der Ersttrriage scheint sich demnach zu bewähren.

10.2.2 Erfolgreiche Erwerbsintegration

Das zweite Schätzmodell versucht Faktoren zu identifizieren, die in Zusammenhang mit einer erfolgreichen Erwerbsintegration stehen. Eine Erwerbsintegration gilt dann als erfolgreich, wenn eine versicherte Person 3 Jahre nach ihrer Neuanmeldung ein Erwerbseinkommen erzielt. Wie in Kapitel 7 gezeigt werden konnte, ist dieser Anteil über die betrachtete Zeitperiode stetig etwas angestiegen. Unter Kontrolle der «individuellen» Merkmale der versicherten Personen sollen dabei kantonspezifische, d.h. IV-stellenspezifische Faktoren identifiziert werden, die dazu führen können, dass die Erwerbsintegration noch besser gelingen kann.

Die zur Kontrolle von Selektionseffekten integrierten Grössen weisen diejenigen Effekte aus, die erwartet werden durften. So ist eine erfolgreiche Erwerbsintegration 3 Jahre nach der Anmeldung um so wahrscheinlicher bei Personen, die bei ihrer Anmeldung noch erwerbstätig waren, die im Rahmen von Unterstützungsleistungen der IV ausschliesslich FI-Massnahmen bezogen haben und bei denen weniger Ausgaben für medizinische Abklärungsmassnahmen angefallen sind. Demgegenüber ist eine erfolgreiche Erwerbsintegration um so schwieriger bei älteren Personen und bei Personen, die Integrationsmassnahmen in Anspruch nehmen mussten. Dass für Frauen im Vergleich zu Männern und für Ausländer/innen im Vergleich zu Schweizer/innen eine erfolgreiche Erwerbsintegration schwieriger ist, ist auf den ersten Blick nicht einfach zu erklären. Im Rahmen dieser Untersuchung konnten dazu jedoch keine vertiefenden Analysen durchgeführt werden. Möglich wäre bspw. ein im Vergleich zur Referenzgruppe allgemein tieferes Ausbildungsniveau, das zu einer erschwerten Erwerbsintegration führen könnte.

In Bezug auf die im Fokus dieser Untersuchung stehenden **kantonsspezifischen Faktoren** sind in Bezug auf eine möglichst hohe Erwerbsintegrationsquote folgende Schlussfolgerungen möglich:

- **Kantonales externes Umfeld:** Eine vergleichsweise hohe kantonale Arbeitslosigkeitsquote ist für einen erfolgreichen Stellenerhalt oder eine erfolgreiche Erwerbsintegration von bei der IV angemeldeten Personen ein Hindernis.
- **Pro-Kopf-Ausgaben für die Umsetzung von FI-Massnahmen:** Die finanziellen Mittel für die Umsetzung von **FI-Massnahmen** sollten nicht zu knapp bemessen sein. Personen, die FI-Massnahmen erhalten und in Kantonen beheimatet sind, die für FI-Massnahmen durchschnittlich pro Kopf etwas mehr Geld ausgeben, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, erwerbstätig zu bleiben oder zu werden.
- **Pro-Kopf-Ausgaben für die Umsetzung von Massnahmen beruflicher Art:** Die finanziellen Mittel für die Umsetzung von **Massnahmen beruflicher Art** sollten nicht zu knapp bemessen sein. Personen, die Massnahmen beruflicher Art erhalten und in Kantonen beheimatet sind, die solche Massnahmen durchschnittlich pro Kopf etwas mehr Geld ausgeben, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, 3 Jahre nach erfolgter Anmeldung bei der IV erwerbstätig zu bleiben oder zu werden.
- **Ersttriage basierend auf mündlichen Angaben:** Versicherte Personen, die aus Kantonen mit einer IV-Stelle stammen, die für die Ersttriage vorwiegend auf schriftliche Informationen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten verzichten, weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, den (Wieder)Einstieg in die Erwerbstätigkeit erfolgreich zu gestalten.

11 Zusammenfassung und Fazit Evaluation 5. IVG-Revision

Gemäss Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (5. Revision) wurden mit der 5. IVG-Revision im Grundsatz **zwei Hauptziele** verfolgt.

■ **[1] Verstärkte Ausrichtung der Invalidenversicherung auf Eingliederung.** Dies bedeutet konkret:

■ **[1a] Frühzeitiger Kontakt** und rasche, **unbürokratische Unterstützung** mit geeigneten Massnahmen bei drohendem Verlust von Arbeitsfähigkeit

■ **[1b]** Bessere Unterstützung von **psychisch kranken und beruflich unqualifizierten Personen** durch neue Massnahmen (IM) und Erweiterung des Anspruchs auf bestehende Massnahmen beruflicher Art

■ **[2] Reduktion der Neuberentungen:** Durch eine **Reduktion der Zahl der Neurenten** sollen die Ausgaben der IV gesenkt werden, damit ein substanzieller Beitrag zur finanziellen Gesundung des Systems geleistet werden kann.

Das Fazit zur Evaluation der 5. IVG-Revision soll nun entlang dieser beiden Hauptziele gezogen werden. Am Schluss der jeweiligen Unterkapitel finden sich zusammenfassend in tabellarischer Form die wichtigsten Indikatoren und Kennzahlen.

11.1 Frühzeitiger Kontakt und rasche unbürokratische Unterstützung

Gemäss der Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (5. Revision) sollen aus gesundheitlichen Gründen in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkte Personen von der Invalidenversicherung mit Hilfe von neuen, niederschweligen und ohne grossen Abklärungsaufwand schnell einsetzbaren Massnahmen – wie z.B. Anpassung des Arbeitsplatzes, Arbeitsvermittlung, sozialberufliche Rehabilitation – möglichst **frühzeitig erfasst** und begleitet werden, um die **Erhaltung** des noch bestehenden **Arbeitsplatzes** sicherzustellen oder an **einem neuen Arbeitsplatz** innerhalb oder ausserhalb des bisherigen Betriebes eingegliedert werden zu können.

Die durchgeführten Analysen lassen folgende Schlussfolgerungen zu (vgl. auch **Tabelle 12**):

■ **Frühzeitige Kontaktaufnahme:** Die mit der 5. IVG-Revision eingeführte Phase der Früherfassung und Frühintervention hat dazu geführt, dass die Invalidenversicherung mit Personen, die aus gesundheitlichen Gründen in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sind, **früher in Kontakt** treten kann als vor der Revision. Dies äussert sich erstens in einer sprunghaften Zunahme ab 2008 von Neuanmeldungen von Personen unter 55 Jahren. Zweitens ist das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der Neuanmeldung von 48 Jahren (2007) um gut 1 ½ Jahre auf 46 ½ Jahre gesunken und drittens verzeichnet die Invalidenversicherung laufend mehr Anmeldungen von Personen, die zum Zeitpunkt ihrer Anmeldung noch erwerbstätig sind. Dieser Anstieg ist bei Personen im Alterssegment zwischen 30 und 50 Jahren besonders stark zu beobachten.

Der über die letzten Jahre stetige Anstieg von Personen, die bei ihrer Anmeldung noch erwerbstätig sind, verweist darauf, dass diese «Verlagerung» noch nicht abgeschlossen ist und weitergehen dürfte.

■ **Rasche und unbürokratische Unterstützung mit FI-Massnahmen:** Der **Einsatz von externen FI-Massnahmen** hat sich seit der Einführung im 2008 von 6% auf 11% fast **verdoppelt**. Ob es sich dabei nun um eher viele oder wenige Massnahmen handelt, kann im Grundsatz nicht beantwortet werden, da eine Referenz zu dieser Grösse fehlt. Zudem muss berücksichtigt werden, dass keine verlässlichen Angaben zum Einsatz von intern erbrachten FI-Massnahmen vorhanden sind. Es darf vermutet werden, dass ein relativ grosser Teil der FI-Massnahmen, bspw. im Bereich «Beratung» und

«Arbeitsvermittlung», von Mitarbeitenden der IVST erbracht werden. Es ist durchaus auch möglich, dass ein Teil der zwischen den Kantonen beobachtbaren Unterschiede bezüglich der Zusprache von externen FI-Massnahmen darauf zurückzuführen ist, dass ein Teil der IVST mehr FI-Massnahmen intern erbringt als andere. Externe FI-Massnahmen wären demnach nicht additiv, sondern (zumindest zu einem Teil) als substitutiv zu internen FI-Massnahmen zu betrachten. Unabhängig davon konnte jedoch im Rahmen einer anderen Studie gezeigt werden, dass zwischen den IVST auch unterschiedliche strategische Ausrichtungen bezüglich dem Einsatz und der Zusprache von FI-Massnahmen zu beobachten sind (Guggisberg et al. 2015). So gibt es IVST, die eine eher «breite» Eingliederungsstrategie verfolgen, und andere, die eher «selektiv» vorgehen.

Bezüglich der **Geschwindigkeit** bei der Umsetzung von FI-Massnahmen kann festgehalten werden, dass externe FI-Massnahmen in der **Mehrheit rasch zugesprochen** werden. Gut zwei Drittel aller externen FI-Massnahmen erfolgen innerhalb von 6 Monaten ab Anmeldung. Dass die Zusprache über die Zeit erstens insgesamt noch etwas schneller erfolgt ist und die Unterschiede zwischen den Kantonen zweitens deutlich geringer geworden sind, zeigt auf, dass die IVST Anstrengungen unternommen haben, sich in dieser Hinsicht noch zu verbessern. Dass die Unterschiede zwischen den Kantonen – obwohl geringer geworden – doch noch beträchtlich sind, weist darauf hin, dass diesbezüglich noch Verbesserungspotenzial besteht.

■ **Unterstützung von Personen mit psychischen Erkrankungen:** Bezüglich der Personen mit psychischen Erkrankungen kann festgehalten werden, dass deren Anteil innerhalb der Gruppe der FI-Massnahmen-Beziehenden stetig angestiegen ist. Während im Jahr 2008 noch eine von vier Personen mit FI-Massnahmen eine psychische Erkrankung aufwies, ist dies in der Kohorte 2011 schon bei einer von drei Personen der Fall. Die durchschnittlichen Ausgaben für FI-Massnahmen sind für diese Personen leicht höher (+ 900 Franken), das Risiko einer späteren Berentung ist in etwa um den Faktor 1.5 höher und die Wahrscheinlichkeit, 3 Jahre nach der Anmeldung erwerbstätig zu sein ist um rund 10% tiefer.

■ **Erwerbsintegration:** Wie gut gelingt es den IVST nun, Personen im ersten Arbeitsmarkt zu halten oder wieder einzugliedern? Gut zwei von drei Personen, die zum Zeitpunkt ihrer Anmeldung noch erwerbstätig sind und externe FI-Massnahmen erhalten, erzielen 3 Jahre nach ihrer Anmeldung ein Erwerbseinkommen. Bei den zum Zeitpunkt ihrer Anmeldung nicht mehr erwerbstätigen Personen sind die Chancen auf eine Wiedereingliederung nach einem Einsatz von FI-Massnahmen mit 50% deutlich geringer. Wie gross der Beitrag der IVST zu diesem «Erfolg» tatsächlich ist, kann nicht beurteilt werden, da nicht ermittelt werden kann, was passiert wäre, wenn die IVST keine FI-Massnahmen gesprochen hätte. Über den Vergleich zwischen den IVST konnten jedoch mit Hilfe von statistischen Verfahren Erfolgsfaktoren herausgearbeitet werden. IVST, die ihre **Ersttriage vorwiegend auf mündlichen Angaben** zur beruflichen und medizinischen Situation vornehmen und im Durchschnitt etwas **mehr Geld für externe FI-Massnahmen** pro Leistungsbezüger/in ausgeben, sind beim Stellenerhalt bzw. bei der Wiedereingliederung von neuangemeldeten Personen auch unter Berücksichtigung der Arbeitslosigkeitsquote **erfolgreicher** als IVST, die bei der Ersttriage anders vorgehen und für externe FI-Massnahmen pro Bezüger/in etwas weniger ausgeben. **Ein unbürokratisches Vorgehen bei der Ersttriage und eine nicht zu knappe Bemessung der Mittel bei der Umsetzung von FI-Massnahmen scheinen sich demnach zu bewähren.**

Tabelle 12: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit externen Frühinterventionsmassnahmen

Frühinterventionsmassnahmen - Alle		2008	2009	2010	2011
Anzahl	Anzahl Leistungsbezüger/innen	2'235	3'039	3'923	4'701
	Leistungsbezüger/innen an Neuanmeldungen	5.9%	7.7%	10.0%	11.2%
	15%-Quantil (Kantone)	2.3%	2.2%	3.2%	3.7%
	85%-Quantil (Kantone)	8.8%	14.5%	18.4%	18.3%
	Leistungsbezüger/innen pro 10'000 vP	4.6	6.2	7.8	9.3
	15%-Quantil (Kantone)	1.8	1.7	2.5	2.6
Geschwindigkeit	85%-Quantil (Kantone)	6.8	12.2	14.2	15.8
	Median bis zur ersten Massnahme in Monaten	4.5	4.5	4.2	4.2
	15%-Quantil (Kantone)	3.2	2.7	3.3	3.2
	85%-Quantil (Kantone)	8.3	7.8	7.0	6.7
	Anteil Leistungsbezüger/innen innerhalb 6 Monate	62%	64%	65%	67%
	15%-Quantil (Kantone)	29%	43%	39%	44%
Ausgaben in CHF	85%-Quantil (Kantone)	86%	85%	86%	85%
	Ausgaben pro Neuanmeldung	212	330	458	532
	15%-Quantil (Kantone)	77	73	93	147
	85%-Quantil (Kantone)	274	549	700	902
	Ausgaben pro Leistungsbeziehende	3'586	4'260	4'584	4'760
	15%-Quantil (Kantone)	2'455	2'690	2'845	2'919
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	85%-Quantil (Kantone)	5'118	5'893	5'968	6'364
	Ausgaben pro versicherte Person	1.65	2.62	3.58	4.42
	15%-Quantil (Kantone)	0.58	0.57	0.73	1.15
	85%-Quantil (Kantone)	2.15	4.53	5.63	7.88
	Rentenbezug drei Jahre nach Neuanmeldung	20%	19%	17%	16%
	15%-Quantil (Kantone)	9%	10%	13%	11%
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	85%-Quantil (Kantone)	30%	25%	27%	22%
	Leistungsbezüger/innen weiterer EM	30%	30%	30%	30%
	15%-Quantil (Kantone)	6%	13%	15%	16%
	85%-Quantil (Kantone)	40%	38%	37%	40%
	Erwerbstätigkeit drei Jahre nach Neuanmeldung	65%	67%	67%	-
	15%-Quantil (Kantone)	55%	58%	61%	-
	85%-Quantil (Kantone)	83%	85%	84%	-

* Die bedingte Wahrscheinlichkeit gibt an, wie gross die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Ereignis A (bspw. Rentenbezug 3 Jahre nach Neuanmeldung) eintritt, nachdem ein Ereignis B (hier FI-Massnahme) schon eingetreten ist.

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 13: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Frühinterventionsmassnahmen: Nur Personen mit psychischem Gebrechen

FI - psychisches Gebrechen		2008	2009	2010	2011
Anzahl	Leistungsbezüger/innen an Neuanmeldungen	604	904	1'195	1'556
	Leistungsbezüger/innen an Neuanmeldungen mit FI	27%	30%	30%	33%
	Leistungsbezüger/innen pro 10'000 vP	1.2	1.8	2.4	3.1
Geschwindigkeit	Median bis zur ersten Massnahme in Monaten	4.1	4.5	4.2	4.1
	Anteil Leistungsbezüger/innen innerhalb 6 Monate	65%	63%	66%	67%
Ausgaben in CHF	Ausgaben pro Neuanmeldung	61	115	162	208
	Ausgaben pro Leistungsbeziehende	3'792	5'011	5'337	5'627
	Ausgaben pro versicherte Person	0.47	0.92	1.27	1.73
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	Rentenbezug drei Jahre nach Neuanmeldung	30%	29%	28%	23%
	Leistungsbezüger/innen weiterer EM	35%	37%	35%	34%
	Erwerbstätigkeit drei Jahre nach Neuanmeldung	58%	62%	60%	-

* Die bedingte Wahrscheinlichkeit gibt an, wie gross die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Ereignis A (bspw. Rentenbezug 3 Jahre nach Neuanmeldung) eintritt, nachdem ein Ereignis B (hier FI-Massnahme) schon eingetreten ist.

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

11.2 Integrationsmassnahmen

Das Ziel der Integrationsmassnahmen liegt darin, die Eingliederungsfähigkeit der versicherten Personen aktiv zu fördern und zu erhalten um, wo notwendig, die Voraussetzungen für weitergehende Massnahmen beruflicher Art zu schaffen. Die Integrationsmassnahmen sind daher eine Ergänzung zum bestehenden Massnahmenkatalog vor der 5. IVG-Revision und fokussieren insbesondere auf psychisch kranke Personen. Damit sollen auch versicherte Personen (wieder) in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden, für welche es vor der 5. IVG-Revision keine geeigneten Eingliederungsmassnahmen gab, und dadurch die Ausrichtung neuer IV-Renten reduziert werden (Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung 5. Revision).

Integrationsmassnahmen werden, relativ betrachtet, eher wenig verfügt (Tabelle 14). Ihr Einsatz ist über die betrachtete Periode jedoch stetig von 2.8% auf 3.6% angestiegen. Im Vergleich zu den FI-Massnahmen, deren Anteil sich zwischen 2008 und 2011 fast verdoppelt hat, ist der Zuwachs an Personen mit Integrationsmassnahmen etwas moderater. Der Anteil an Leistungsbeziehenden einer IM mit psychischen Erkrankung ist von 68% (Kohorte 2008) auf 75% (Kohorte 2011) angestiegen. Auf 10'000 versicherte Personen wurden für die Kohorte 2008 zwei und für die Kohorte 2011 drei solcher Massnahmen gesprochen. Bezüglich des Einsatzes dieses Mittels bestehen zwischen den Kantonen – über die Zeit betrachtet leicht abnehmend – relativ grosse Unterschiede. Rund die Hälfte aller Integrationsmassnahmen werden innerhalb eines Jahres ab Anmeldung gesprochen. IVST, die im Jahr 2008 vergleichsweise lange gebraucht haben, Integrationsmassnahmen zu verfügen, sind in den Folgejahren etwas schneller geworden. Dennoch sind die Unterschiede bezüglich Geschwindigkeit auch im Jahr 2011 (Kohorte) noch beträchtlich, was als Hinweis auf ein Verbesserungspotenzial betrachtet werden kann. IVST, die vergleichsweise etwas häufiger Integrationsmassnahmen verfügen, sind bei der Zusprache auch etwas schneller. Die Wahrscheinlichkeit, dass bei einer häufigeren Zusprache der Massnahmen danach öfters eine Rente gesprochen wird oder werden muss, wird durch die Datenanalysen nicht bestätigt. So besteht zwischen der Zusprachehäufigkeit und der Wahrscheinlichkeit, nach einer IM-Massnahmen eine Rente zu erhalten (bedingte Wahrscheinlichkeit), kein signifikanter Zusammenhang.

Pro neuangemeldete Person, die innerhalb von drei Jahren ab Anmeldung Integrationsmassnahmen bezogen haben, werden seit der Einführung der IM 2008 im Durchschnitt rund 15'000 Fr. ausgegeben. Damit sind die effektiv getätigten Ausgaben etwas tiefer als die in der Botschaft zur 5. IVG-Revision erwarteten Ausgaben.

In wieweit eine erfolgreiche Erwerbsintegration dank einer Integrationsmassnahme zustande kommt, kann aus dem vorliegenden Datenmaterial nicht exakt ermittelt werden. Dass es sich bei der Klientel von Integrationsmassnahmen um eine eher schwierig in den ersten Arbeitsmarkt zu vermittelnde Gruppe handelt, zeigt sich daran, dass drei Jahre nach ihrer Anmeldung «nur» etwas weniger als die Hälfte (45%) einer Erwerbstätigkeit nachgeht. Im Vergleich zu den Personen mit FI-Massnahmen sind dies (erwartungsgemäss) deutlich weniger. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass es möglich ist, dass auf Integrationsmassnahmen aufbauende Massnahmen unter Umständen drei Jahre nach Anmeldung noch nicht abgeschlossen sind. Ermutigend ist jedoch folgender Befund: **In IVST, die Integrationsmassnahmen etwas häufiger und rascher verfügen, gelingt die Erwerbsintegration der Massnahmebezüger/innen etwas besser** (Pearsons r ; $\alpha < 5\%$).

Tabelle 14: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Integrationsmassnahmen

Integrationsmassnahmen		2008	2009	2010	2011
Anzahl	Anzahl Leistungsbezüger/innen	1'070	1'199	1'292	1'532
	Leistungsbezüger/innen an Neuanmeldungen	2.8%	3.1%	3.3%	3.6%
	15%-Quantil (Kantone)	0.9%	1.3%	1.6%	1.4%
	85%-Quantil (Kantone)	4.5%	4.0%	4.7%	6.4%
	Leistungsbezüger/innen pro 10'000 vP	2.2	2.4	2.6	3.0
	15%-Quantil (Kantone)	0.7	0.8	1.3	1.2
Geschwindigkeit	85%-Quantil (Kantone)	3.9	2.9	3.8	5.8
	Median bis zur ersten Massnahme in Monaten	10.0	11.2	12.4	11.9
	15%-Quantil (Kantone)	7.9	9.6	9.2	9.9
	85%-Quantil (Kantone)	17.5	17.0	16.7	17.5
	Anteil Leistungsbezüger/innen innerhalb 12 Monate	57%	55%	48%	50%
	15%-Quantil (Kantone)	22%	30%	24%	34%
Ausgaben in CHF	85%-Quantil (Kantone)	73%	67%	63%	59%
	Ausgaben pro Neuanmeldung	410	458	488	568
	15%-Quantil (Kantone)	121	163	216	219
	85%-Quantil (Kantone)	829	845	903	1067
	Ausgaben pro Leistungsbeziehende	14'469	15'000	14'851	15'595
	15%-Quantil (Kantone)	9'362	11'048	10'872	10'684
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	85%-Quantil (Kantone)	19'486	23'936	20'579	20'100
	Ausgaben pro versicherte Person	3.18	3.64	3.82	4.72
	15%-Quantil (Kantone)	0.90	1.29	1.78	2.03
	85%-Quantil (Kantone)	7.57	6.74	7.13	9.33
	Rentenbezug drei Jahre nach Neuanmeldung	36%	35%	35%	33%
	15%-Quantil (Kantone)	29%	16%	25%	20%
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	85%-Quantil (Kantone)	55%	63%	60%	47%
	Leistungsbezüger/innen weiterer EM	38%	45%	48%	49%
	15%-Quantil (Kantone)	30%	24%	28%	30%
	85%-Quantil (Kantone)	52%	53%	59%	60%
	Erwerbstätigkeit drei Jahre nach Neuanmeldung	44%	48%	45%	-
	15%-Quantil (Kantone)	21%	20%	24%	-
	85%-Quantil (Kantone)	54%	62%	57%	-

* Die bedingte Wahrscheinlichkeit gibt an, wie gross die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Ereignis A (bspw. Rentenbezug 3 Jahre nach Neuanmeldung) eintritt, nachdem ein Ereignis B (hier IM) schon eingetreten ist.

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 15: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Integrationsmassnahmen und psychischem Gebrechen

IM- psychisches Gebrechen		2008	2009	2010	2011
Anzahl	Anzahl Leistungsbezüger/innen	722	878	951	1'140
	Leistungsbezüger/innen an Neuanmeldungen mit IM	68%	74%	74%	75%
Geschwindigkeit	Median bis zur ersten Massnahme	9.5	10.9	11.8	11.0
	Anteil Leistungsbezüger/innen innerhalb 12 Monate	59%	55%	51%	54%
Ausgaben in CHF	Ausgaben pro Neuanmeldung	300	362	389	457
	Ausgaben pro Leistungsbezüger/in	15'657	16'192	16'085	16'861
	Ausgaben pro versicherte Person	2.32	2.88	3.05	3.80
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	Rentenbezug drei Jahre nach Neuanmeldung	40%	38%	37%	33%
	Leistungsbezüger/innen weiterer EM	46%	53%	54%	54%
	Erwerbstätigkeit drei Jahre nach Neuanmeldung	44%	47%	44%	-

* Die bedingte Wahrscheinlichkeit gibt an, wie gross die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Ereignis A (bspw. Rentenbezug 3 Jahre nach Neuanmeldung) eintritt, nachdem ein Ereignis B (hier IM) schon eingetreten ist

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

11.3 Massnahmen beruflicher Art

Im Bereich der Massnahmen beruflicher Art – sie umfassen u.a. die Massnahmen zur Berufsberatung, zu beruflicher Aus- und Weiterbildung, Umschulungen, Kapitalhilfe und Arbeitsvermittlung – hat die 5. IVG-Revision nur wenige Neuerungen gebracht. Die Erweiterung des Anspruchs zeigt sich deutlich mit einem sprunghaften Anstieg der Leistungsbeziehenden um 2008. Ab 2009 steigt der Anteil, wenn jedoch nur noch moderat, weiter an. So erstaunt es denn auch nicht, dass es mit dem Inkrafttreten der 5. IVG-Revision bezüglich Inanspruchnahme, Geschwindigkeit und Ausgaben für diese Massnahmen zu keinen wesentlichen Änderungen gekommen ist (Tabelle 16). Interessanter ist jedoch der Blick auf die **Entwicklung der kantonalen Unterschiede**. Bezüglich der Menge der verfügbaren Massnahmen beruflicher Art kann beobachtet werden, dass die Unterschiede zwischen den Kantonen deutlich geringer geworden sind. Dies als Folge davon, dass bei Kantonen mit einer vergleichsweise geringen Zusprache von Massnahmen beruflicher Art eine deutliche Mengenausweitung stattgefunden hat, wogegen in Kantonen, die 2008 überdurchschnittlich häufig IM gesprochen haben, in den Folgejahren eher eine Mengenreduktion erfolgt ist. Im Bereich der Geschwindigkeit wie auch bei den Ausgaben pro leistungsbeziehende Person sind die kantonalen Unterschiede nur leicht geringer geworden.

Basierend auf den Analysen sind folgende Schlussfolgerungen zu ziehen:

- Je schneller Massnahmen beruflicher Art umgesetzt werden, umso eher scheint eine erfolgreiche berufliche (Re-)Integration möglich. In IV-Stellen, in denen berufliche Massnahmen vergleichsweise rasch umgesetzt werden, ist die Erwerbsintegrationsquote derjenigen Personen, die solche Massnahmen erhalten haben, signifikant höher (Pearsons $r < 5\%$).
- Demgegenüber **sinkt die Wahrscheinlichkeit**, nach der Umsetzung einer beruflichen Massnahme doch noch eine **Rente** zu erhalten in IVST, die erstens ihre beruflichen Massnahmen vergleichsweise **rasch** umsetzen und zweitens pro Leistungsbezüger/in etwas **mehr Geld** aufwenden. Gleichzeitig ist die Wahrscheinlichkeit, nach einer beruflichen Massnahme noch eine Rente zu erhalten in IVST höher, die vergleichsweise häufig Massnahmen beruflicher Art einsetzen.

Die Ergebnisse verweisen somit darauf, dass eine allfällige Rentenverhinderung und eine erfolgreiche berufliche Integration dann besser gelingen, wenn für die Umsetzung für Massnahmen beruflicher Art **genügend finanzielle Mittel** zur Verfügung gestellt werden. IVST sind zudem umso erfolgreicher, wenn die Massnahmen beruflicher Art **möglichst rasch, jedoch nicht zu häufig** eingesetzt werden (d.h. eher selektiv). Auf der organisatorischen Ebene ist zu beobachten, dass in IVST, deren **Ersttrialoge auf mündlichen Angaben** zur beruflichen und medizinischen Situation basiert, die Erwerbsintegration insgesamt etwas besser gelingt.

Tabelle 16: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Massnahmen beruflicher Art

Massnahmen beruflicher Art		2008	2009	2010	2011
Anzahl	Anzahl Leistungsbezüger/innen	3'733	3'953	4'099	4'595
	Leistungsbezüger/innen an Neuanmeldungen	9.9%	10.1%	10.4%	10.9%
	15%-Quantil (Kantone)	5.7%	5.3%	7.6%	8.3%
	85%-Quantil (Kantone)	15.1%	13.9%	14.1%	13.9%
	Leistungsbezüger/innen pro 10'000 vP	7.7	8.0	8.2	9.1
	15%-Quantil (Kantone)	4.1	4.0	5.7	6.7
Geschwindigkeit	85%-Quantil (Kantone)	12.5	10.4	11.1	11.9
	Median bis zur ersten Massnahme in Monaten	12.2	12.9	13.1	12.8
	15%-Quantil (Kantone)	9.2	9.4	9.3	10.0
	85%-Quantil (Kantone)	14.5	15.0	15.6	14.8
	Anteil Leistungsbezüger/innen innerhalb 18 Monate	70%	67%	67%	69%
	15%-Quantil (Kantone)	59%	58%	59%	60%
Ausgaben in CHF	85%-Quantil (Kantone)	83%	84%	77%	80%
	Ausgaben pro Neuanmeldung	2'561	2'640	2'582	2'892
	15%-Quantil (Kantone)	1350	1209	1749	1810
	85%-Quantil (Kantone)	4247	3186	3949	4017
	Ausgaben pro Leistungsbeziehende	25'888	26'226	24'760	26'492
	15%-Quantil (Kantone)	20'885	16'183	19'114	22'036
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	85%-Quantil (Kantone)	36'863	34'588	32'165	34'480
	Ausgaben pro versicherte Person	19.84	21.00	20.22	24.04
	15%-Quantil (Kantone)	8.86	9.60	12.38	14.19
	85%-Quantil (Kantone)	38.30	24.64	26.49	35.19
	Rentenbezug drei Jahre nach Neuanmeldung	17%	15%	14%	13%
	15%-Quantil (Kantone)	5%	5%	9%	8%
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	85%-Quantil (Kantone)	22%	20%	18%	17%
	Leistungsbezüger/innen weiterer EM	11%	13%	15%	18%
	15%-Quantil (Kantone)	3%	4%	7%	8%
	85%-Quantil (Kantone)	14%	19%	23%	26%
	Erwerbstätigkeit drei Jahre nach Neuanmeldung	63%	62%	63%	-
	15%-Quantil (Kantone)	48%	52%	52%	-
	85%-Quantil (Kantone)	81%	71%	73%	-

* Die bedingte Wahrscheinlichkeit gibt an, wie gross die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Ereignis A (bspw. Rentenbezug 3 Jahre nach Neuanmeldung) eintritt, nachdem ein Ereignis B (hier MB) schon eingetreten ist
Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 17: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Massnahmen beruflicher Art und psychischem Gebrechen

MB- psychisches Gebrechen		2008	2009	2010	2011
Anzahl	Anzahl Leistungsbezüger/innen	1'229	1'382	1'321	1'587
	Leistungsbezüger/innen an Neuanmeldungen mit MB	33%	35%	32%	35%
	Leistungsbezüger/innen pro 10'000 vP	2.5	2.8	2.6	3.1
Geschwindigkeit	Median bis zur ersten Massnahme	13.6	14.2	14.0	13.3
	Anteil Leistungsbezüger/innen innerhalb 18 Monate	66%	65%	64%	67%
Ausgaben in CHF	Ausgaben pro Neuanmeldung	1'104	1'218	1'128	1'296
	Ausgaben pro Leistungsbeziehende	33'905	34'607	33'567	34'370
	Ausgaben pro versicherte Person	8.55	9.69	8.84	10.77
bedingte Wahrscheinlichkeiten*	Rentenbezug drei Jahre nach Neuanmeldung	29%	25%	23%	21%
	Leistungsbezüger/innen weiterer EM	28%	32%	40%	44%
	Erwerbstätigkeit drei Jahre nach Neuanmeldung	55%	56%	55%	-

* Die bedingte Wahrscheinlichkeit gibt an, wie gross die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Ereignis A (bspw. Rentenbezug 3 Jahre nach Neuanmeldung) eintritt, nachdem ein Ereignis B (hier MB) schon eingetreten ist
Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

11.4 Reduktion der IV-Neuberentungen

Ein wichtiges Ziel, das mit der 5. IVG-Revision bezweckt wurde, ist mit Hilfe einer **Reduktion der Zahl der Neurenten** die Ausgaben der IV zu senken, damit ein substanzieller Beitrag zur finanziellen Gesundung des Systems geleistet werden kann.

Insgesamt zeigen die Datenauswertungen den Rückgang der Neuberentungen seit einigen Jahren sehr deutlich. Sowohl die **Rentenbezugsquote** wie auch die **gewichtete Berentungsquote** der betrachteten Neuanmeldungskohorten **sinken seit 2004** kontinuierlich. Dass diese Entwicklung schon vor der Inkraftsetzung der 5. IVG-Revision eingesetzt hat und sich kein eigentlicher «Bruch» ab dem Jahr 2008 zeigt, deutet darauf hin, dass **neben der verstärkten Ausrichtung auf Eingliederung noch andere Faktoren für den Rückgang verantwortlich** sein dürften. Zu erwähnen sind hier einerseits einige Neuerungen der 4. IVG-Revision, bspw. die Einführung der RAD, die eine verstärkte Einbindung der versicherungsmedizinischen Auslegung von Invalidität ermöglicht hat. Zum anderen sind auch von der Gerichtbarkeit höhere Hürden für einen Rentenanspruch im Bereich der medizinisch nicht erklärbaren Schmerzleiden festgesetzt worden, die im Vergleich zu früher zu einer «strengerer» Auslegung des Rentenanspruchs geführt hat.

Welchen Anteil die mit der 5. IVG-Revision eingeführten Massnahmen am allgemeinen Rückgang der Berentungsquoten haben, konnte aufgrund dieser komplexen Ausgangslage nicht exakt ermittelt werden. Es konnte jedoch aufgezeigt werden, dass die IVST einen Handlungsspielraum besitzen und dieser auch genutzt wird, um bei der Umsetzung der 5. IVG-Revision unterschiedliche Schwerpunkte zu setzen.

Zusammenfassend lässt sich aus den vorliegenden Ergebnissen schliessen, dass sich **eine rasche und unbürokratische Triagierung zur Eingliederung** sowohl in Bezug auf eine **erfolgreiche Eingliederung** als auch auf eine mögliche **Rentenverhinderung** zu lohnen scheint. Sowohl Frühinterventionsmassnahmen wie auch spätere Massnahmen beruflicher Art können so rascher erfolgen, was für eine erfolgreiche Wiedereingliederung hilfreich ist. Es scheint sich auch auszuzahlen, dass, sofern Eingliederungsmassnahmen verfügt werden, dann nicht zu sehr gespart wird. Während sich bei den **Frühinterventionsmassnahmen eine breite Anwendung** empfiehlt, scheint bei den Massnahmen beruflicher Art eine Mengenausweitung nicht in jedem Fall angezeigt zu sein. In diesem Bereich ist ein eher **selektives Auswahlprinzip** erfolgsversprechender.

Bezüglich der Frage nach möglichen **Auswirkungen** der 5. IVG-Revision auf die **Arbeitslosenversicherung** und die **Sozialhilfe** können folgende Schlussfolgerungen gezogen werden: Insgesamt ist der Anteil an neuangemeldeten Personen, die innerhalb von drei Jahren ab ihrer Anmeldung bei der Invalidenversicherung Arbeitslosenentschädigung bezogen haben, leicht angestiegen. Hinter diesem Trend steht jedoch **kaum eine «Verlagerung» von der Invalidenversicherung in die Arbeitslosenversicherung**. Vielmehr dürfte es sich dabei um die Tatsache handeln, dass es immer mehr Personen gibt, die sich erstens frühzeitiger bei der Invalidenversicherung anmelden und die zweitens bei ihrer Anmeldung noch erwerbstätig sind. Damit begleitet die Invalidenversicherung vermehrt Personen, die im Vergleich zu früher eher noch Anspruch auf Arbeitslosengelder haben, was bedingt durch das veränderte Anmeldeverhalten zu einer Erhöhung der Bezugsquote von bei der Invalidenversicherung angemeldeten Personen bei der Arbeitslosenkasse führt. In Bezug auf die Sozialhilfe ist es möglich, dass mit der Einführung der 5. IVG-Revision **ein leichter Trend zu mehr Sozialhilfebeziehenden** beobachtet werden kann. Dies wäre dann der Fall, wenn Personen von der Invalidenversicherung

vermehrt als erwerbsfähig eingestuft werden, diese Erwerbsfähigkeit jedoch auf dem Arbeitsmarkt nicht verwertet werden kann. Anzahlmässig scheinen dies gemäss heutigem Kenntnisstand jedoch **verhältnismässig wenige Personen** zu sein. So sind im Vergleich zum Jahr 2007 in den Folgejahren rund 400 bis 550 mehr Personen zu beobachten, die nach dem Fallabschluss bei der Invalidenversicherung Sozialhilfegelder beziehen. Um gesicherte Aussagen zu dieser Frage machen zu können, ist die Zeitperiode seit Inkrafttreten der 5. IVG-Revision jedoch noch zu kurz.

Teil 3: Umsetzung der IVG-Revision 6a: Ergebnisse Evaluation

12 Einleitung

Die Evaluation der 6. IVG-Revision basiert einerseits auf **statistischen Analysen von Registerdaten (Kapitel 13)** und andererseits auf **Informationen aus Gesprächen, die in allen IVST durchgeführt wurden**. Neben Fragen nach der Implementierung der Revision standen dabei die von den IV-Stellen gemachten Erfahrungen, Erfolgsfaktoren und Schwierigkeiten bei eingliederungsorientierten Rentenrevisionen (Kapitel 14) und der Rentenüberprüfungen aufgrund der Schlussbestimmungen (Kapitel 15) im Zentrum. Pro IV-Stelle wurden zu diesem Zweck jeweils zwei Gespräche geführt. Mit der IV-Stellenleitung (und/oder weiteren Personen in leitenden Funktionen, z.T. Vertreter/innen des RAD) lag der Fokus auf strategischen Fragestellungen und auf den Prozessen und Abläufen, die zur Umsetzung der 6a definiert wurden. Dabei orientierte man sich jeweils an den Musterprozessen des BSV aus den Erläuterungen zur Verordnung 6a (siehe nachfolgende Abbildungen). Im zweiten Gespräch – mit ein bis drei Mitarbeitenden, die in der IVST die Rentenrevisionen durchführen – wurden anhand von Fallbeispielen konkrete Umsetzungsschwierigkeiten und –erfolge sowie Profile und Reaktionen der Versicherten diskutiert; dies anhand eines Falles, der besonders gut verlief und eines Fallbeispiels mit einem schwierigen Verlauf. Den Abschluss dieses Berichtsteils bildet eine Gesamtbetrachtung der Ergebnisse zu den durchgeführten Arbeiten und Analysen zur IVG-Revision 6a (**Kapitel 16**).

13 Datenanalyse Rentenrevisionen

Im ersten Kapitel zur IVG-Revision 6a werden IV-Rentner und Rentnerinnen 2007 und 2011 quantitativ analysiert. Geplant war, die eingliederungsorientierten Rentenrevisionen sowie die Schlussbestimmungen mittels statistischer Analysen von Revisionskohorten zu evaluieren und aufzuzeigen, wie sich die «herkömmlichen» Revisionsprozesse von den «neuen» nach der Einführung der 6. IVG-Revision im Jahr 2012 unterscheiden. Bezüglich der zur Verfügung stehenden Daten mussten in der Abklärungsphase allerdings einige Einschränkungen gemacht werden. Für die Untersuchung des Revisionsgeschehens stehen einerseits Daten zu den «effektiven Renten» und andererseits zu den «Revisionsbeschlüssen» zur Verfügung. Analysen der ZAS sowie des BSV Bereich Statistik zeigten, dass die Informationen zu den «effektiven Renten» zuverlässig und belastbar sind, die Datenqualität der seit der 6a ergänzten «Revisionsbeschlüsse» jedoch fehlerhaft und damit nicht belastbar sind.¹⁴ Für das vorliegende Forschungsprojekt bedeutete dies erstens, dass **die Informationen zu Revisionsbeschlüssen nicht genutzt** werden können. Das Revisionsgeschehen konnte zwar als solches gesamthaft untersucht werden, aufgrund der unzuverlässigen Codierung der Revisionsbeschlüsse konnte zweitens jedoch **keine Unterscheidung** zwischen «klassischen» bzw. **sachverhalts- oder abklärungsbezogenen** Revisionen, **potenzialinduzierten** Revisionen und **Rentenüberprüfungen aufgrund der Schlussbestimmungen** (RRS) gemacht werden. Alternativ wird deshalb zwischen Revisionen mit Eingliederungsmassnahmen und Revisionen ohne Eingliederungsmassnahmen unterschieden. Die bisherige Erfahrung mit den Daten zu Eingliederungsmassnahmen zeigt, dass **interne Leistungen der IVST** (Arbeitsvermittlung und Berufsberatung) aufgrund unterschiedlicher Codierungspraxis in den IVST **nicht zuverlässig und belastbar** sind. Dies im Gegensatz zu den **extern erbrachten Leistungen**, welche mit einer Rechnung hinterlegt sind. Aus diesem Grund werden drittens ausschliesslich extern erbrachte Eingliederungsleistungen betrachtet. Zuletzt sei erwähnt, dass der Zeitraum von nur drei Jahren seit der Einführung der 6a für eine mengenmässige Analyse zur Identifizierung einer möglichen Wirkung relativ kurz ist. Es ist erstens zu vermuten, dass insbesondere im Jahr 2012 noch eine gewisse Zeit für die Einführung in den IVST benötigt wurde. Zweitens können sich sowohl eingliederungsorientierte Rentenrevisionen wie auch RRS durchaus über einen längeren Zeitraum erstrecken. Die Ergebnisse sind daher als erste Hinweise und Trendanalysen zu interpretieren.

Konkret bedeutet dies, dass die quantitative Analyse des Revisionsgeschehens ausschliesslich auf Basis der Daten zu effektiven Renten bzw. Änderungen des Rententeils, nicht aber auf Daten zu Revisionsbeschlüssen erfolgt. Um zu überprüfen, inwiefern seit der 6. IVG-Revision (oder bereits vorher) der Ansatz einer eingliederungsorientierung verfolgt wird, werden zusätzlich Daten zu Eingliederungsmassnahmen für Rentner/innen analysiert. Im Rahmen der Gespräche konnten bei rund der Hälfte der IVST weitere Daten erhoben werden.

13.1 Übersicht zu den Rentenkohorten

Basis für die Analyse sind **zwei verschiedene Kohorten von IV-Rentenbezüger/innen**. Die Kohorte 2007 beinhaltet alle Personen, welche Ende 2007 eine IV-Rente bezogen haben. Die Kohorte 2011

¹⁴ Dabei spielen Unterschiede in der Codierungspraxis zwischen den IVST allgemein und zusätzlich zwischen den beiden IT-Pools «OSIV» und «Gilai» eine wichtige Rolle. Gemäss interner Einschätzung des BSV sollte die einheitliche Erfassung der Rentenrevisionsentscheide ab Mitte 2014 gewährleistet sein.

beinhaltet alle Personen, welche Ende 2011 eine IV-Rente bezogen haben. Abbildung 55 gibt einen Überblick zu den im entsprechenden Zeitraum registrierten Rentenbezüger/innen.

Abbildung 55: Kohorten zur Untersuchung der 6. IVG-Revision

Rentenkohorten		Jahr							
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Kohorte vor 6. IVGR	'07	t0	t1	t2	t3				
Kohorten nach 6. IVGR	'11					t0	t1	t2	t3

Anmerkung: Blau = Inkrafttreten der 6. IVG-Revision
 Quelle: Darstellung BASS

Tabelle 18 zeigt die Anzahl der IV-Rentenbezüger/innen, der Todesfälle und Übertritte ins Rentenalter.

Tabelle 18: Rentenbezüger/innen in den Rentenkohorten 2007 und 2011 sowie Todesfälle und Übertritt ins Rentenalter während des Beobachtungszeitraums (Basisjahr plus drei Jahre)

	Kohorte 2007		Kohorte 2011	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
Anzahl IV-Rentenbezüger/innen	248'259	100%	238'333	100%
Todesfälle in der Beobachtungsperiode	10'207	4%	9'712	4%
Rentenalter in der Beobachtungsperiode	33'511	13%	33'067	14%
Berücksichtigte IV-Rentenbezüger/innen	204'541	82%	195'554	82%

Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007–2011, BSV. Berechnungen BASS

■ **IV-Rentenbezüger/innen:** Berücksichtigt werden alle erwachsenen versicherten Personen, welche im Dezember des jeweiligen Jahres eine Rente zum Zeitpunkt t_0 bezogen. Daraus ergibt sich eine Kohorte 2007 mit versicherten Personen, die im Jahr 2007 eine Rente bezogen sowie eine Kohorte 2011 mit versicherten Personen, die im Jahr 2011 eine Rente bezogen. Zwischen 2007 und 2011 hat sich demnach die Anzahl IV-Rentenbezüger/innen von rund 204'500 auf gut 195'500 leicht verringert. Ein nicht unerheblicher Anteil der versicherten Personen, welche sich in der Kohorte 2011 befinden, ist bereits in der Kohorte 2007 anzutreffen (77% der Rentenbezüger/innen in der Kohorte 2011).

■ **Todesfälle:** Personen, die zwischen dem Basisjahr und dem Ende des dritten Jahres nach der Neuanmeldung (Beobachtungsperiode) starben, werden von den weiteren Auswertungen ausgeschlossen. Der Anteil der Todesfälle am Total der Rentenbezüger/innen blieb zwischen den beiden Kohorten konstant.

■ **Rentenalter:** Personen, welche bis Ende des dritten Jahres nach dem Basisjahr eine AHV-Rente beziehen, werden von den weiteren Auswertungen ebenfalls ausgeschlossen. Auch dieser Anteil hat sich zwischen den beiden untersuchten Kohorten nur marginal verändert.

13.2 Rentenänderungen

In einem ersten Schritt wird in diesem Abschnitt die Anzahl **Personen mit einer Änderung des Rententeils** innerhalb dreier Jahre (nachfolgend Rentenänderung) analysiert. In einem zweiten Schritt werden die Informationen zu den Rentenänderungen mit den Daten zu den in Anspruch genommenen Eingliederungsmassnahmen ergänzt.

Tabelle 19 zeigt Anzahl und Anteil der Rentenänderungen nach der Richtung der Rentenänderung. Demnach wurde bei den IV-Rentner/innen von 2007 bei 6.7% eine Rentenänderung vollzogen (bis und mit 2010). In 3.5% der Fälle wurde die Rente gesenkt oder aufgehoben. Für die Kohorte 2011, für welche die Rentenänderungen bis und mit 2014 berücksichtigt werden, lag der Anteil an IV-Rentner/innen mit Rentenänderung mit 7% leicht höher als bei der Kohorte 2007, wobei bei 3.9% der Rententeil gesenkt oder die Rente aufgehoben wurde. In den drei Jahren seit der Umsetzung der IVG-Revision 6a hat der Anteil von IV-Rentner/innen mit Rentenänderungen damit im Vergleich zu den Vorjahren nur leicht zugenommen.

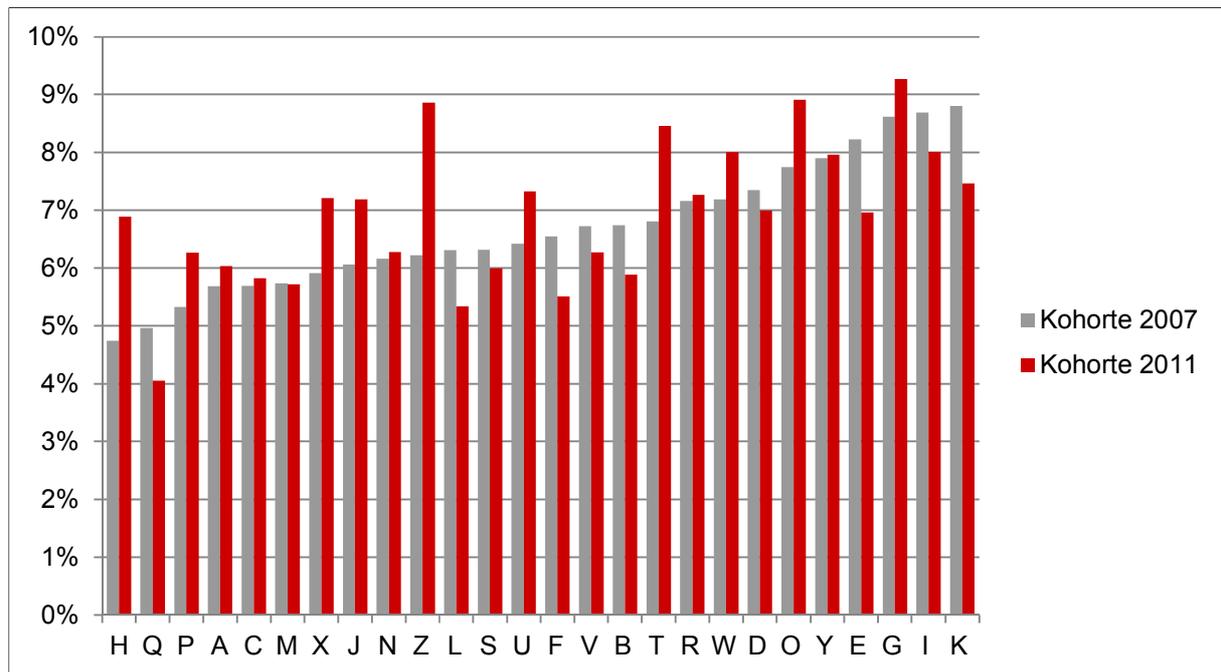
Tabelle 19: Anzahl und Anteil Rentenänderungen der IV-Rentner/innen innert drei Jahren

Rentenänderung	Total	Kohorte 2007		Kohorte 2011	
		Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
		13'768	6.7%	13'742	7.0%
	Höhere Rente	6'575	3.2%	6'097	3.1%
	Tiefere Rente	2'179	1.1%	1'896	1.0%
	Aufhebung der Rente	5'014	2.5%	5'749	2.9%
	Gleiche Rente	190'773	93.3%	181'812	93.0%
	Total	204'541	100.0%	195'554	100.0%

Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007–2011, BSV. Berechnungen BASS

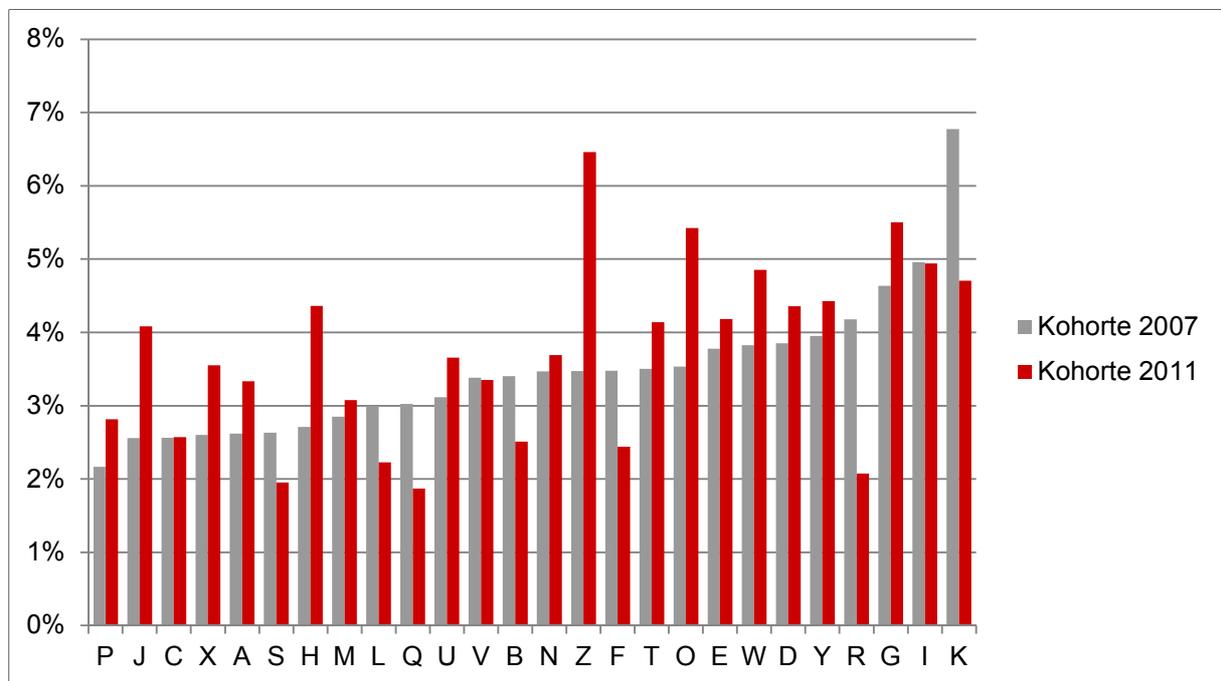
Abbildung 56 zeigt die **Anteile der IV-Rentner/innen mit Rentenänderung** bzw. der **Rentensenkungen (Abbildung 57)** innert drei Jahren **nach IVST**. Für die Kohorte 2007 lag der Anteil mit Rentenänderung je nach IV-Stelle zwischen knapp 5% und knapp 9%. Bei der Kohorte 2011 ist die Spannweite mit 4% bis gut 9% etwas höher. In zehn IV-Stellen hat der Anteil IV-Rentner/innen mit Rentenänderung bei der Kohorte 2011 gegenüber der Kohorte 2007 zugenommen, davon in einigen Stellen stark. In neun IV-Stellen blieb der Anteil einigermaßen konstant und in sieben wurde bei der 2011er Kohorte anteilmässig weniger Rentenänderungen zugesprochen als bei der 2007er Kohorte. Auch bezüglich des Anteils an Rentensenkungen bestehen zwischen den IV-Stellen deutliche Unterschiede. Für die Kohorte 2007 lag der Anteil mit Rentensenkungen je nach IV-Stelle zwischen 2.2% und 6.8%. Bei der Kohorte 2011 ist die Spannweite zwischen minimal 1.9% und maximal 6.5% in etwa gleichgeblieben.

Abbildung 56: Anteil Rentenänderungen an Rentenbestand innerhalb von drei Jahren nach Kohorte und IVST



Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007–2011, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 57: Anteil Rentensenkungen (inkl. Aufhebungen) an Rentenbestand innerhalb von drei Jahren nach Kohorte und IVST



Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007–2011, BSV. Berechnungen BASS

Wie bereits einleitend bemerkt, können die Informationen zu Revisionsbeschlüssen nicht genutzt werden. Neben den Angaben zu der Entwicklung der Renten stehen in den Registerdaten aber auch Da-

ten zu den Eingliederungsmassnahmen zu Verfügung. Damit lässt sich eine Teilmenge der Rentenrevisionen bestimmen: Bleibt die Rente bis zum Ende des Beobachtungszeitraums unverändert, ist es aufgrund der Daten unklar, ob eine Rentenrevision durchgeführt wurde. Allerdings kann von einer vorangegangenen Revision ausgegangen werden, wenn eine Eingliederungsmassnahme erteilt wurde.

Tabelle 20 und **Tabelle 21** zeigen die **Rentenänderungen der beiden Kohorten abhängig** davon, ob für die Person (externe) **Eingliederungsmassnahmen** geleistet wurden oder nicht. Demnach wurde für die Kohorte 2007 bei rund 1.3% der IV-Rentner/innen eine EM gesprochen (in der ersten Tabelle das Total in der ersten Zeile). Bei der Kohorte 2011 liegt der Anteil bei 2.2% und hat sich damit seit dem Inkrafttreten der IVG-Revision 6a auf einem tiefen Niveau deutlich erhöht (in der zweiten Tabelle das Total in der ersten Zeile).

Tabelle 20: Anzahl und Anteil der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen *der Kohorte 2007*

Kohorte 2007	Rente höher	Rente tiefer	Entfall der Rente	Rente gleich	Total
Rentenbezüger/innen mit Eingliederungsmassnahme	138 (0.1%)	148 (0.1%)	527 (0.3%)	1'860 (0.9%)	2'673 (1.3%)
Rentenbezüger/innen ohne Eingliederungsmassnahme	6'437 (3.1%)	2'031 (1.0%)	4'487 (2.2%)	188'913 (92.4%)	201'868 (98.7%)
Total	6'575 (3.2%)	2'179 (1.1%)	5'014 (2.5%)	190'773 (93.3%)	204'541 (100%)

Anmerkung: Bei den rot unterlegten Fällen kann von einer vorangegangenen Rentenrevision ausgegangen werden, die gesamte Anzahl der Rentenrevisionen ist allerdings deutlich höher.

Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007–2011, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 21: Anzahl und Anteil der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen *der Kohorte 2011*

Kohorte 2011	Rente höher	Rente tiefer	Entfall der Rente	Rente gleich	Total
Rentenbezüger/innen mit Eingliederungsmassnahme	196 (0.1%)	211 (0.1%)	659 (0.3%)	3'139 (1.6%)	4'205 (2.2%)
Rentenbezüger/innen ohne Eingliederungsmassnahme	5'901 (3.0%)	1'685 (0.9%)	5'090 (2.6%)	178'673 (91.4%)	191'349 (97.8%)
Total	6'097 (3.1%)	1'896 (1.0%)	5'749 (2.9%)	181'812 (93.0%)	195'554 (100.0%)

Anmerkung: Bei den rot unterlegten Fällen kann von einer vorangegangenen Rentenrevision ausgegangen werden, die gesamte Anzahl der Rentenrevisionen ist allerdings deutlich höher.

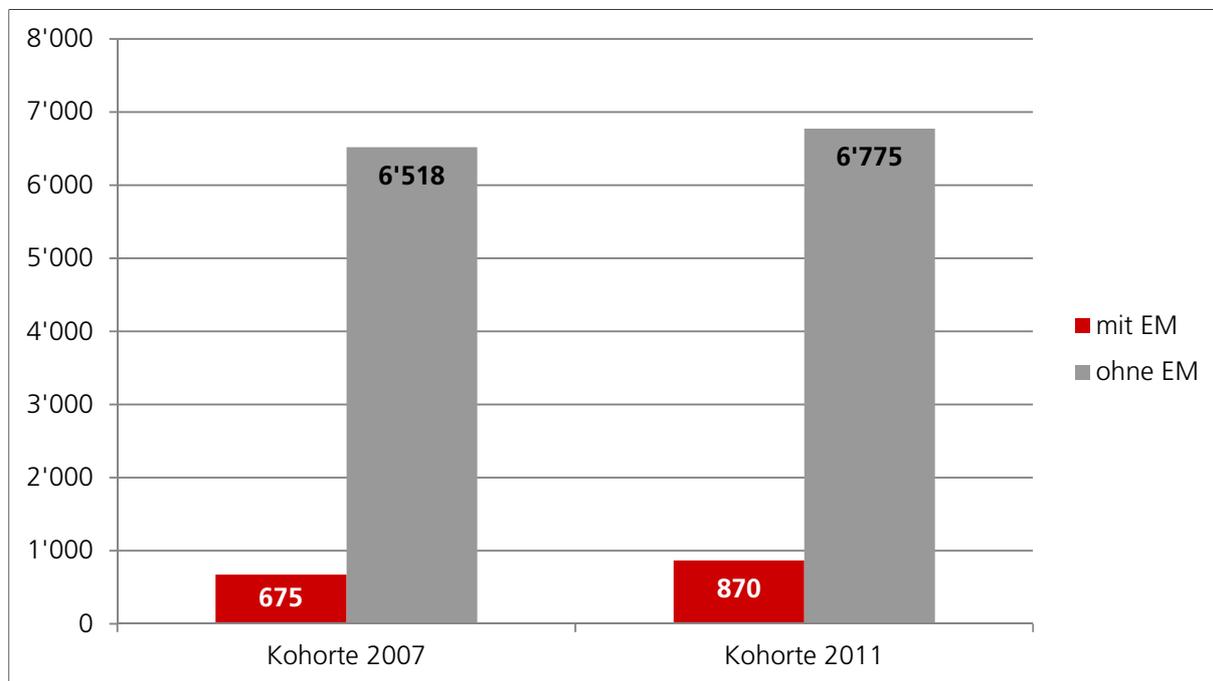
Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007–2011, BSV. Berechnungen BASS

■ **Rentenrevisionen ohne Rentenänderung** (grau hinterlegt): Rentenrevisionen ohne Anspruchsänderung und ohne Eingliederungsmassnahmen können nicht von IV-Rentner/innen ohne Revision unterschieden werden: In beiden Fällen bleibt die Rente gleich und es werden keine Eingliederungsmassnahmen gesprochen. Diese Gruppe macht mit 92.4 bzw. 91.4% den grössten Teil der Rentenbezüger/innen der beiden Kohorten aus.

■ **Herabsetzung oder Aufhebung der Rente:** Bei 3.5% der IV-Rentner/innen von 2007 hatte eine Rentenrevision eine Herabsetzung oder Aufhebung der Rente zur Folge. Bei der Kohorte 2011 lag der Anteil mit 3.9% leicht höher. Dabei wird deutlich, dass bei einer Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente der Bezug einer Eingliederungsmassnahme ein Ausnahmefall ist. Dies hat sich auch seit der Umsetzung der IVG-Revision 6a nur unwesentlich verändert: 2007 und in den drei Folgejahren wurde 675 IV-Rentner/innen eine EM zugesprochen und die Rente herabgesetzt oder aufgehoben. Von den IV-Rentner/innen der Kohorte 2011 wurde 870 eine EM zugesprochen und darauf die Rente herabge-

setzt oder aufgehoben. Seit der Einführung der EOR konnten damit gegenüber 2007 rund 200 Renten mehr im Zusammenhang mit EM herabgesetzt oder aufgehoben werden.

Abbildung 58: Anzahl Personen mit Herabsetzung oder Aufhebung der Rente innert drei Jahren, abhängig vom Bezug von (externen) Eingliederungsmassnahmen (EM)



Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007–2011, BSV. Berechnungen BASS

13.3 Eingliederungsmassnahmen

Im vorangegangenen Abschnitt wurde bereits gezeigt, dass rund 1.3% der IV-Rentner/innen der Kohorte 2007 und 2.2% der IV-Rentner/innen der Kohorte 2011 eine (externe) EM zugesprochen bekommen. Dies entspricht in beiden Kohorten rund 14'000 Personen. Dieser Abschnitt geht der Frage nach, welche EM gesprochen werden und was die Ausgaben dafür betragen.

Tabelle 22 beschreibt, wie viele Personen eine EM aus der jeweiligen **Massnahmenkategorie** erhielten und welchen Anteil am IV-Rentnerbestand diese darstellen. Rentenbeziehende, die Massnahmen aus verschiedenen Kategorien durchliefen, sind in mehreren Kategorien aufgeführt. Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, wurden den IV-Rentner/innen der Kohorte 2007 in einigen Fällen auch die mit der 5. IVG-Revision eingeführten Integrationsmassnahmen und in weniger Fällen Frühinterventionsmassnahmen zugesprochen. In überwiegender Mehrheit handelt es sich allerdings um Massnahmen bezüglich Arbeitsvermittlung und Berufsberatung sowie andere Massnahmen beruflicher Art. Im Vergleich zu der Kohorte 2007 wurde für IV-Rentner/innen der Kohorte 2011 deutlich mehr Integrationsmassnahmen gesprochen. Dies kann als Folge der mit der IVG-Revision 6a gelockerten Anspruchsvoraussetzungen interpretiert werden. Eine stärkere Zunahme ist auch bei den Massnahmen beruflicher Art zu verzeichnen. Die neuen Eingliederungsmassnahmen Arbeitsversuch und Beratung und Begleitung wurden dagegen vergleichsweise wenig zugesprochen. Es ist allerdings zu beachten, dass insbesondere die Massnahme Beratung und Begleitung meist intern durchgeführt wird und daher in untenstehender Tabelle nicht vollständig abgebildet werden konnte.

Tabelle 22: Anzahl und Anteil der Rentenbezüger/innen mit externen Eingliederungsmassnahmen nach Kategorien

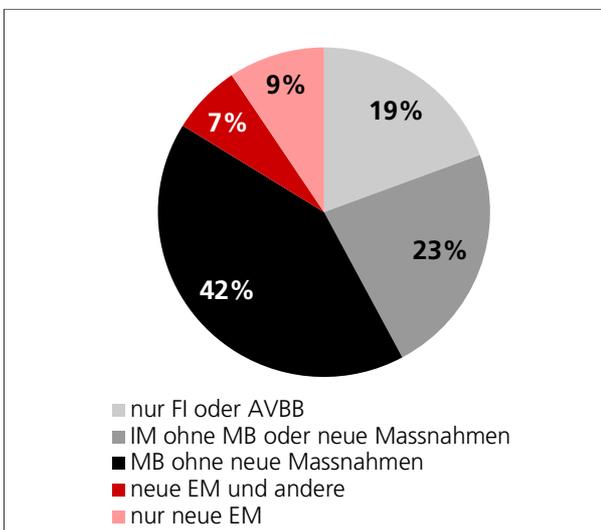
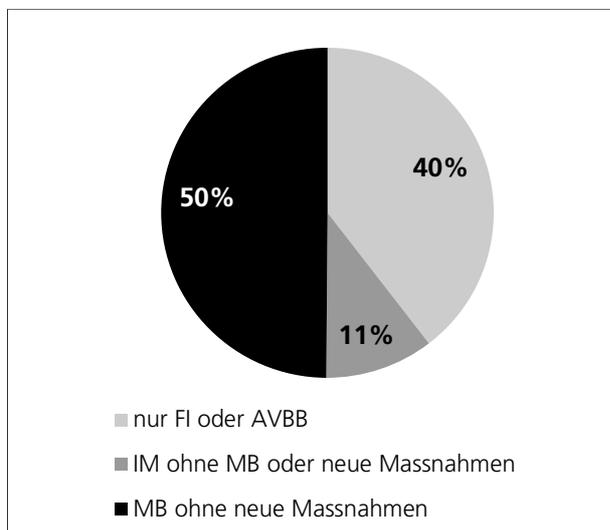
	Kohorte 2007		Kohorte 2011	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
IM Integrationsmassnahmen	329	0.16%	1'260	0.64%
MB Massnahmen beruflicher Art ohne AVBB	1'333	0.65%	1'893	0.97%
FI Frühintervention	144	0.07%	277	0.14%
FIAVBB Arbeitsvermittlung / Berufsberatung (in der Frühintervention)	34	0.02%	62	0.03%
AVBB Arbeitsvermittlung / Berufsberatung	1'122	0.55%	1'044	0.53%
Arbeitsversuch mit Rente	0	0.00%	270	0.14%
Arbeitsversuch ohne Rente	0	0.00%	33	0.02%
Einarbeitungszuschuss	1	0.00%	243	0.12%
Beratung und Begleitung	0	0.00%	200	0.10%

Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007–2011, BSV. Berechnungen BASS

In **Abbildung 59** und **Abbildung 60** sind verschiedene EM nach sich **ausschliessenden Kategorien** gruppiert. Dargestellt sind die Anteile Rentenbezüger/innen nach Massnahmenkategorien am Total der in der entsprechenden Kohorte massnahmenbeziehenden IV-Rentner/innen. Aus den Abbildungen wird ersichtlich, dass auch unter den massnahmenbeziehenden IV-Rentner/innen der Kohorte 2011 die «alten» EM dominieren. Rund 16% der IV-Rentner/innen, welche in den drei Jahren nach 2011 eine Eingliederungsmassnahme in Anspruch nahmen, erhielten eine mit der IVG-Revision 6a eingeführte Massnahme zugesprochen. Zeitgleich wurden auch deutlich mehr Integrationsmassnahmen gesprochen.

Abbildung 59: Anteile der Rentenbezüger/innen der Kohorte 2007 mit EM nach Kategorien

Abbildung 60: Anteile der Rentenbezüger/innen der Kohorte 2011 mit EM nach Kategorien

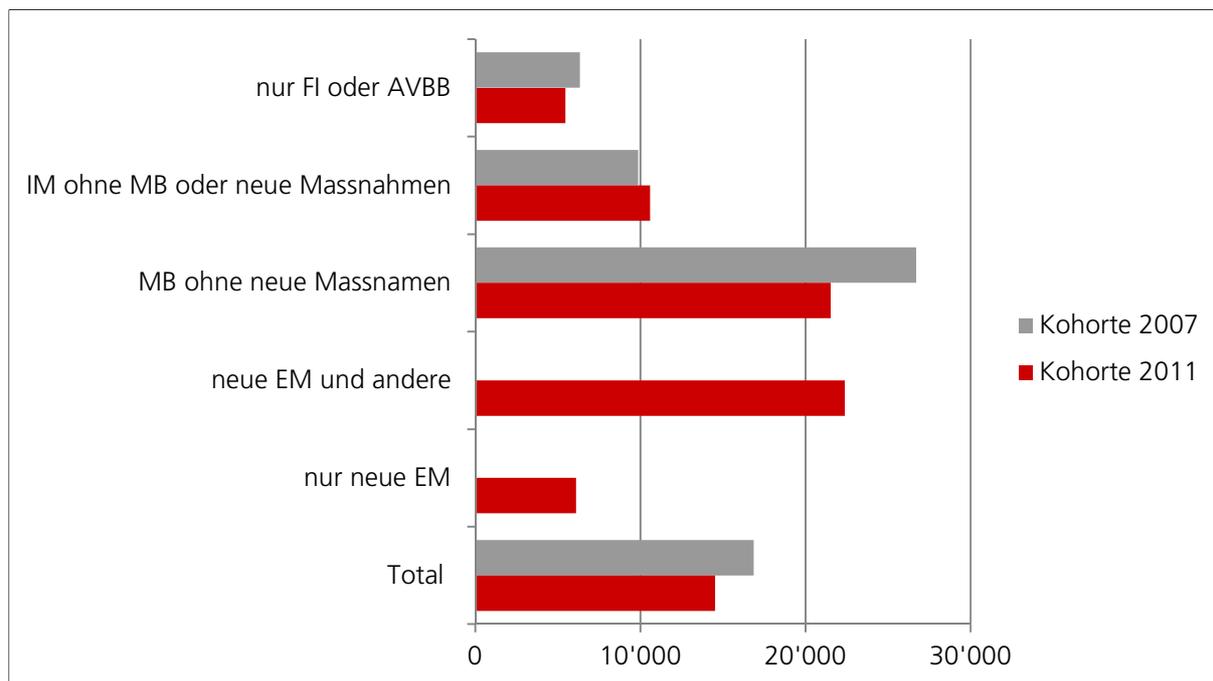


Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007–2011, BSV. Berechnungen BASS

Ausgaben für Eingliederungsmassnahmen pro Kopf

Abbildung 61 zeigt die durchschnittlichen Ausgaben für Eingliederungsmassnahmen pro neuangemeldete/r Massnahmenempfänger/in innerhalb des Beobachtungszeitraums (nicht pro Massnahme). Demnach sind die durchschnittlichen Ausgaben mit Ausnahme der Ausgaben für Bezüger/innen einer Integrationsmassnahme gesunken. Für Massnahmenempfänger/innen der Kohorte 2007 wurde durchschnittlich rund 16'900 Fr. ausgegeben, für die Kohorte 2011 beträgt der Wert gut 14'500 Fr.

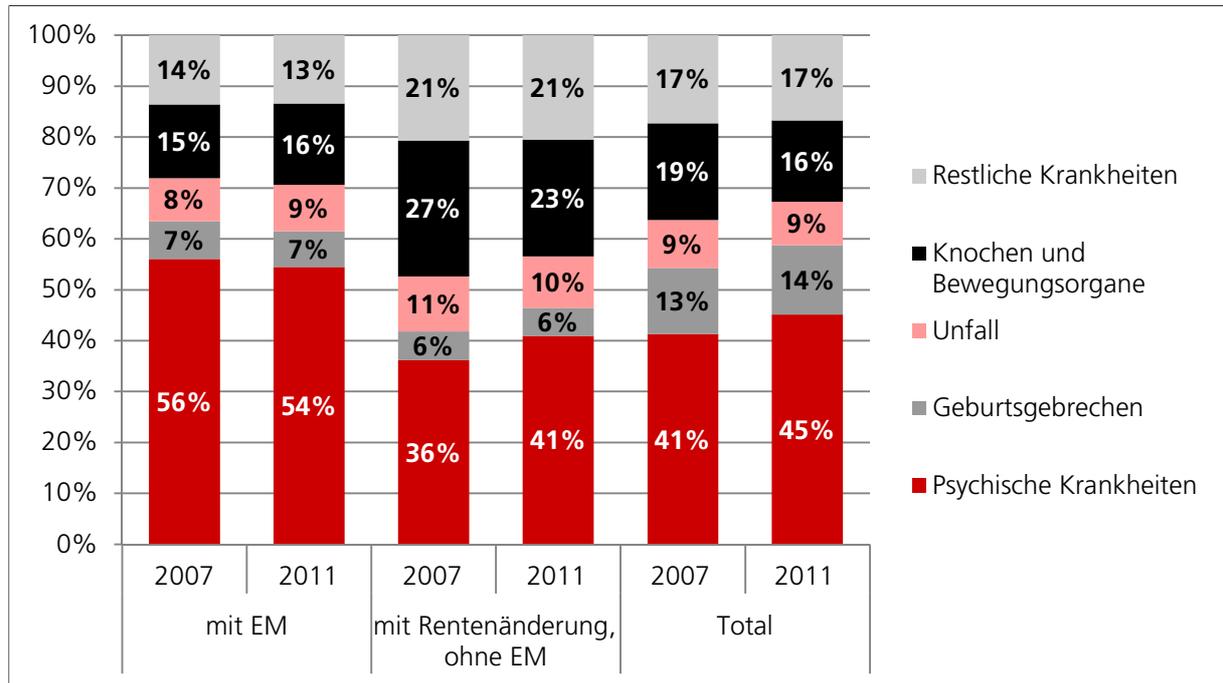
Abbildung 61: Durchschnittlichen Ausgaben für Eingliederungsmassnahmen *pro neuangemeldete/r Massnahmenempfänger/in* innerhalb des Beobachtungszeitraums (Basisjahr plus drei Jahre), in CHF



Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007–2011, BSV. Berechnungen BASS

In **Abbildung 62** sind die IV-Rentner/innen der beiden Kohorten nach **Art des Gebrechens** dargestellt. Die beiden Säulen rechts zeigen die Entwicklung der Anteile nach Gebrechen über alle IV-Rentner/innen. Demnach hat insbesondere der Anteil an Rentenbezüger/innen mit psychischer Erkrankung zwischen 2007 und 2011 zugenommen, während der Anteil mit einem Gebrechen an Knochen und Bewegungsorganen abgenommen hat. Die beiden linken Säulen zeigen die entsprechenden Anteile für IV-Rentner/innen, welchen eine EM zugesprochen wurde. Folglich wird bei IV-Rentner/innen mit psychischer Erkrankung ein überdurchschnittliches Eingliederungspotenzial, bei Personen mit Geburtsgebrechen jedoch ein unterdurchschnittliches Eingliederungspotenzial gesehen. Die Anteile haben sich seit der Einführung der neuen EM allerdings nur marginal verändert. Eine stärkere Entwicklung zeigt sich bei Personen mit Rentenänderung aber ohne EM. Dies dürfte v.a. Rentenänderungen als Folge einer «klassischen» Rentenrevision bzw. einer Rentenrevision nach Schlussbestimmungen beschreiben. Demnach sind bei der Kohorte 2011 deutlich mehr IV-Rentner/innen mit psychischer Erkrankung betroffen als dies bei der Kohorte 2007 der Fall war. Im Vergleich zum Total sind 2011 weniger, aber weiterhin überdurchschnittlich oft IV-Rentner/innen mit einer Erkrankung an Knochen oder Bewegungsorganen von einer Rentenänderung aufgrund einer Rentenrevision nach Schlussbestimmungen oder «klassischer Art» betroffen.

Abbildung 62: Gebrechensart der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen



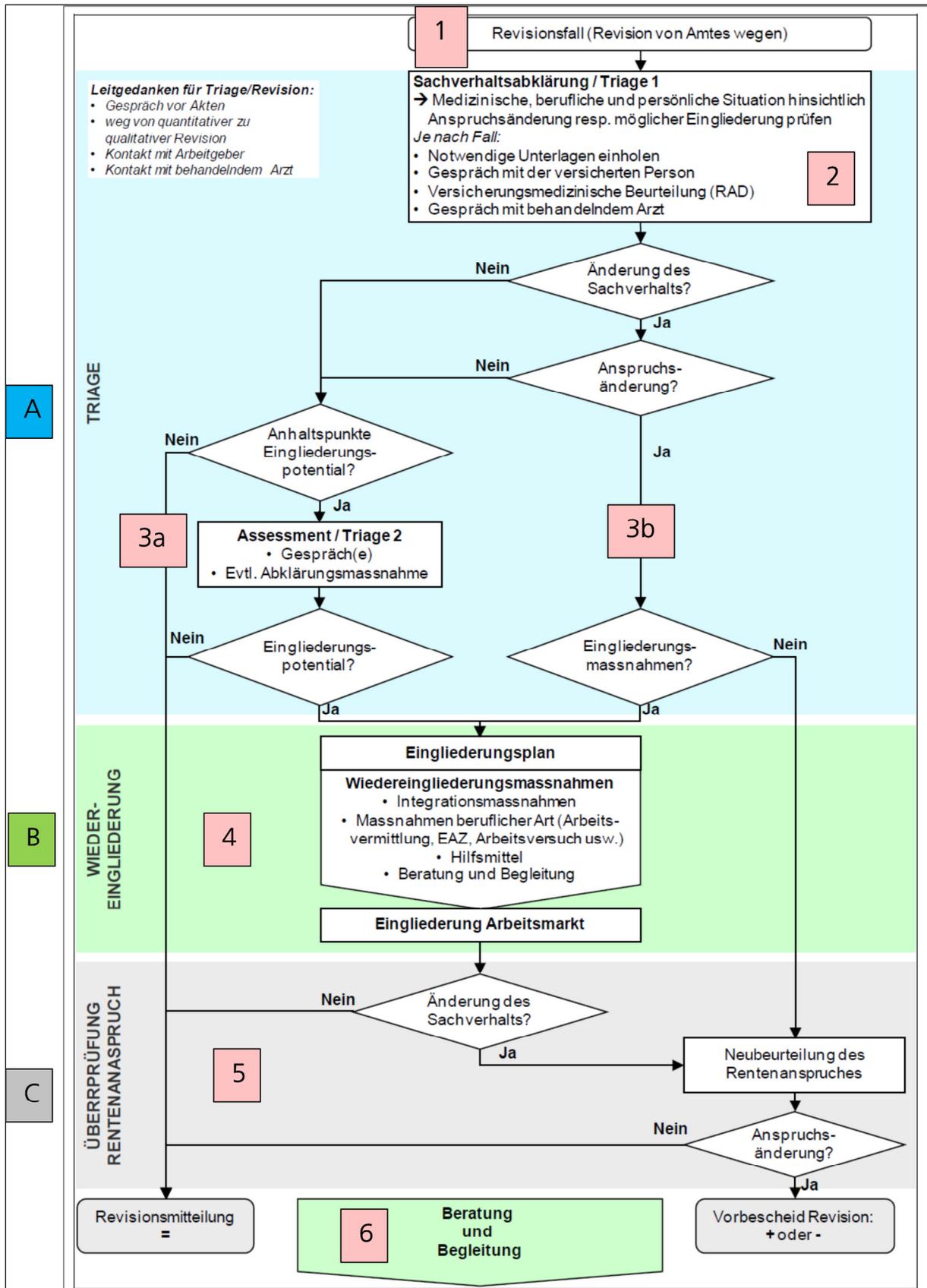
Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007–2011, BSV. Berechnungen BASS

14 Eingliederungsorientierte Rentenrevisionen (EOR)

Seit dem Inkrafttreten der IVG-Revision 6a gibt es gemäss der Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (6. IVG-Revision, erstes Massnahmenpaket) nur einen Revisionsprozess, da alle Revisionen grundsätzlich eingliederungsorientiert bearbeitet werden. In der Praxis bedeutet dies, dass der Revisionsprozess zwei Ausprägungen erfährt, d.h. je nach Ausgangslage wird eine Revision **potenzialinduziert** durchgeführt oder wie bis anhin **sachverhalts- oder abklärungsbezogen**. Im Rahmen der Gespräche mit den IV-Stellen hat sich gezeigt, dass von der Begrifflichkeit her die sachverhalts- oder abklärungsbezogenen Revisionen sehr oft als **«klassische» Rentenrevisionen** bezeichnet werden. Dies deshalb, weil die sachverhalts- oder abklärungsbezogenen Revisionen schon vor der Revision 6a möglich war. Im Musterprozess (siehe nachfolgend **Abbildung 63**) entsprechen diese Revisionen dem Pfad 3b. Die potenzialinduzierten Revisionen wurden demgegenüber in der Praxis sehr häufig als **«eingliederungsorientierte» Rentenrevisionen [EOR]** bezeichnet, dies in Anlehnung an den neuen Auftrag, auch dann nach Eingliederungspotenzial zu suchen, wenn keine Sachverhalts- und Anspruchsänderung festgestellt werden können. Im Musterprozess entsprechen die **potenzialinduzierten oder auch «eingliederungsorientierten»** Revisionen dem Pfad 3a.

Gemäss den Aussagen der Befragten haben bei der Umsetzung der eingliederungsorientierten Rentenrevisionen alle IVST den Musterprozess des BSV (Abbildung 63) zumindest in groben Zügen übernommen. Dennoch gibt es gewisse Unterschiede, was die konkreten Vorgehensweisen und die spezifischen Schwerpunkte betrifft. In den folgenden Kapiteln werden entlang der Phasen und Stationen des Musterprozesses grundlegende Muster und Gemeinsamkeiten sowie besondere Vorgehensweisen bei der Umsetzung der EOR herausgearbeitet. Dabei gilt es zu beachten, dass die IVST teilweise unterschiedliche Begrifflichkeiten einsetzen für die einzelnen Prozessstufen, und dass die Abgrenzung zwischen den Phasen eher einem theoretisch-analytischen Blickwinkel dienen, in der Praxis jedoch nicht immer klar unterscheidbar sind. Dies ist besonders im Bereich der Vortriage und der Sachverhaltsabklärung /Triage 1 der Fall. Dort sind die Grenzen oft fließend.

Abbildung 63: Musterprozess (eingliederungsorientierte) Rentenrevisionen [EOR]



Quelle: Erläuterungen zur Verordnung 6a, BSV

14.1 Umsetzung entlang der Phasen

14.1.1 Triage

Die zentrale Frage der ersten Prozessphase lautet: Wie werden Versicherte mit Eingliederungspotenzial identifiziert? Ziel der Befragung der IVST war es herauszufinden, wie die IVST den Selektionsprozess gestalten, auf welchen Informationsgrundlagen und mit welchen personellen Ressourcen.

Vortriage

Aus welcher Menge heraus werden potenzielle EOR-Fälle identifiziert? Welche Prozesse finden in den IVST statt, bevor die eigentliche Revision eingeleitet und mit der Sachverhaltsabklärung begonnen wird? Bei der Vorgehensweise der IVST lassen sich zwei grundlegend unterschiedliche Ansätze unterscheiden:

Revision nach Datum

Eine Mehrheit der IVST prüft die Dossiers immer dann auf Eingliederungspotenzial, wenn sie im Rahmen der regulären Revisionstermine ohnehin bearbeitet werden müssen. Dieser Ansatz hängt teilweise mit begrenzten Personalressourcen zusammen. Dies betrifft nicht nur kleinere IVST, bei denen die Mitarbeitenden Generalist/innen sind und im Tagesgeschäft viele andere Aufgaben zu bewältigen haben, sondern auch grössere IVST, die ihre Ressourcen in den vergangenen drei Jahren schwergewichtig für die Umsetzung der Schlussbestimmungen eingesetzt haben. Auch grundsätzliche Überlegungen spielen für die Wahl dieser Vorgehensweise eine Rolle – etwa, dass man seit Inkrafttreten der 6a noch konsequenter als vorher *alle* Revisionen eingliederungsorientiert bearbeitet, d.h. im Sinne der Botschaft nur noch einen Revisionsprozess hat, der zwei Ausprägungen aufweist: sachverhalts- und abklärungsbezogen («klassisch») oder potenzialinduziert («EOR»).

Systematische Analyse des Rentenbestandes

Zu diesem Grundmuster gehören IVST, die systematisch den gesamten Rentenbestand durchleuchten und jedes Dossier auf Eingliederungspotenzial prüfen [IVST P, V]¹⁵, sowie IVST, die einen grossen Teil des Rentenbestandes genauer anschauen, jedoch bereits Ausschlusskriterien anwenden für Personen, bei denen das Eingliederungspotenzial gering erscheint. Dabei haben sich viele IVST an den Regelungen der Schlussbestimmungen orientiert (Alter, Rentenbezugsdauer). So hat etwa eine IVST alle Dossiers von Versicherten im Alter von 20 bis 55 Jahren innerhalb von 3 Jahren revidiert [L], eine weitere hat zusätzlich gewisse Diagnosen als Ausschlusskriterien gesetzt (z.B. Trisomie 21) [V]. Einige IVST haben zunächst die potenziellen Schlussbestimmungsfälle mittels Gebrechenscodes herausgefiltert und die gesamten restlichen Dossiers als potenzielle EOR-Fälle geprüft [G, S].¹⁶

Ob nun der Rentenbestand systematisch geprüft oder die Dossiers anlässlich regulärer Revisionstermine angeschaut werden: In einigen IVST findet noch vor der Sachverhaltsabklärung eine **Vortriage** statt, welche einerseits den weiteren Prozessablauf prägt (Priorisierung und/oder Vorgehensweise bei

¹⁵ Im Folgenden werden in eckigen Klammern [] jeweils die anonymisierten IV-Stellen angegeben. Es werden dieselben Buchstaben verwendet, die auch im Teil 2 der Untersuchung (Evaluation 5. IVG-Revision) verwendet wurden.

¹⁶ Die genannten Kriterien wurden auch eingesetzt, um Prioritäten zu definieren, z.B. indem als Erstes Dossiers von Versicherten anschaut, die jünger als 55 sind, keine Frühinvalidität haben und weniger als 20 Jahre Rente beziehen; die übrigen erst in zweiter Priorität analysierte [S].

der Sachverhaltsabklärung, s.u.), andererseits dazu dient, im Sinne des BSV-Leitsatzes «weg von quantitativer zu qualitativer Revision», gewisse Dossiers entweder vorübergehend oder langfristig **vom Revisionsverfahren auszuschliessen**. Bei der Vortriage handelt es sich demnach schwerge-
wichtig um eine Negativ-Triage, d.h. um die Reduktion der Dossiers, die im weiteren Prozessverlauf (Sachverhaltsabklärung, Assessment) vertieft geprüft werden. Zwar weist eine Mehrheit der IVST darauf hin, dass bereits vor Inkrafttreten der 6a eine Flexibilisierung des Revisionsrhythmus stattgefunden habe, indem man bei Versicherten mit guter medizinischer Prognose oder bei (jungen) Neurentner/innen kurze Fristen ansetze, bei Personen mit irreversiblen Behinderungen ohne Erwerbsfähigkeit, Geburtsgebrechen u.ä. hingegen nur noch selten bis gar nicht mehr revidiere. Allerdings scheinen in manchen IVST diese Grundsätze nun auch auf Prozessebene konsequenter verankert und klar festgehalten zu sein; eingliederungsrelevante Kriterien sind neu dazugekommen. Wie erwähnt orientieren sich viele IVST dabei an der Besitzstandregelung bei den Schlussbestimmungen, in erster Linie aufgrund der Erfahrung, dass Personen über 55 und mit langjähriger Rentenbezugsdauer trotz grossem Aufwand oft kaum eingegliedert werden können.¹⁷ Weitere Beispiele für Kriterien bzw. Kriterienkombinationen, bei denen IVST auf die Einleitung einer Revision verzichten, sind:

- Bezug einer ganzen Rente und Hilflosenentschädigung schweren Grades
- Bezug einer ganzen Rente und Heimbewohner/in
- Früh- und Geburtsinvalide, älter als 35 Jahre und immer im geschützten Rahmen beschäftigt [G]
- Irreversible Behinderung [O]
- IQ unter 70 und ohne Erwerbstätigkeit im 1. Arbeitsmarkt [D]

Ausschlusskriterien wie diese sind jedoch nicht in Stein gemeisselt (dies gilt auch für Triagekriterien im späteren Prozessverlauf). Wenn die zuständigen Fachpersonen trotz den genannten Merkmalen bei versicherten Personen Anhaltspunkte für Eingliederungspotenzial sehen, wird der Fall vertieft geprüft. Grundsätzlich vertieft geprüft wird auch das Potenzial von Personen, die sich selber mit Eingliederungswunsch bei den IVST melden (siehe unten, Abschnitt «Spezialfall: Revision auf Gesuch»), oder Fälle, bei denen es z.B. von ärztlicher Seite Hinweise auf Veränderungen gibt. In den Gesprächen mit den IVST wurde deutlich, dass man sich sehr bemüht, möglichst keine Dossiers mit Eingliederungspotenzial zu übersehen. Im Zweifelsfall werden Dossiers also eher zur Triage 1/Sachverhaltsabklärung weitergeleitet, als auf eine Revision zu verzichten.

Die Vortriage geht in einigen IVST über den Entscheid hinaus, ob eine Revision eingeleitet werden soll oder nicht. Sie nehmen in der Vortriage bereits eine **Kategorisierung** vor, die Auswirkungen auf den weiteren Prozessverlauf hat – sei es im Sinne einer zeitlichen Priorisierung derjenigen Dossiers, wo das grösste Potenzial vermutet wird [SH], sei es bezüglich des Vorgehens bei der Sachverhaltsabklärung. Beispielsweise hat eine IVST nebst einer Kategorie von Personen, bei denen keine Revisionen mehr gemacht werden, eine zusätzliche Kategorie von Versicherten mit geringem Eingliederungspotenzial, bei denen man die Revision auf eine Überprüfung wirtschaftlicher Revisionsgründe beschränkt [O]. Andere IVST machen in der Vortriage bereits eine erste Trennung zwischen dem «Eingliederungspfad» (3a gemäss Musterprozess) und «klassischen» Revisionen (3b gemäss Musterprozess) [C, P, U]: Bei der einen Gruppe (3a) wird in weiteren Triage-Schritten, Abklärungen und

¹⁷ Einige IVST haben diese Altersgrenze höher oder tiefer angesetzt. Die Bandbreite reicht von 50 bis 60 Jahren. Bei Personen älter als 60 spielt ausserdem die Überlegung eine Rolle, dass selbst bei einer erfolgreichen Eingliederung (die erfahrungsgemäss Zeit braucht) die Person vor der Pensionierung ohnehin nur kurze Zeit im Arbeitsprozess verbleiben würde.

Assessments das Eingliederungspotenzial weiter geprüft, bei der anderen Gruppe (3b) steht die Überprüfung von Sachverhalts- und Anspruchsänderungen im Vordergrund.

Während eine grosse Mehrheit der IVST die Vortriage **aufgrund der bestehenden Akten** vornimmt, gibt es einzelne IVST, welche sich dafür auf **aktualisierte Unterlagen** stützen (Revisionsfragebogen, ggf. Arztberichte) [P, L erst seit 2015]. Vortriage und Sachverhaltsabklärung (Station 2 im Musterprozess) sind dort also nicht klar trennbar.

Verantwortliche Fachpersonen

In einer Mehrheit der IVST, die eine vorgelagerte Triagestufe haben, nehmen Rentensachbearbeiter/innen eine erste Sortierung der Dossiers vor und entscheiden grundsätzlich selbständig (in Einzelfällen nach Rücksprache mit dem RAD) über das Einleiten der Revision bzw. die Art und Weise, wie bei der Revision weiter vorgegangen werden soll. Es gibt jedoch auch einzelne (kleinere) IVST, wo die Vortriage auf Leitungsebene stattfindet, interdisziplinär (Stellenleitung und Teamleitung entscheiden Eingliederung gemeinsam) oder nach dem Vier-Augen-Prinzip (Vortriage durch RAD, Zweitmeinung durch Stellenleitung) [J und Y], teilweise auch durch den RAD alleine [M]. Eine IVST ist dahingehend ein Spezialfall, als dass Eingliederungsfachpersonen für die (Vor-)Triage verantwortlich sind (und nicht, wie in vielen anderen IVST, allenfalls bei Triage 1 und beim Assessment beigezogen werden). Das Spezialteam, das sich um die Umsetzung der EOR kümmert (und in diesem Rahmen den gesamten Rentenbestand anschaut), setzt sich aus Eingliederung und RAD zusammen. Ganz zu Beginn hätten noch Sachbearbeiter/innen die (Vor-)Triage gemacht, aber mit der Zeit habe man gemerkt, dass es effizienter sei, die Perspektive einer Eingliederungsfachperson bereits bei der ersten Dossieranalyse zu nutzen.

Mengengerüst

Gemäss den spezifisch für diese Untersuchung uns von einigen IV-Stellen zur Verfügung gestellten Angaben zeichnet sich ab, dass in den Jahren 2012 bis 2014 sehr viele Rentenüberprüfungen im Sinne einer Vortriage vorgenommen wurden. Basierend auf den Angaben von 13 IV-Stellen geht hervor, dass im Schnitt gut zwei Drittel des gesamten Rentenbestandes auf einen allfälligen Revisionsgrund, sei es sachverhalts-, abklärungsbezogen oder potenzialinduziert, durchforstet wurde.

Triage 1 - Sachverhaltsabklärung

Der Musterprozess sieht vor, dass nach Einleitung einer Rentenrevision im Rahmen der Sachverhaltsabklärung geprüft wird, ob sich die medizinische, berufliche und persönliche Situation der Versicherten verändert hat, bzw. ob Anhaltspunkte für Eingliederungspotenzial vorhanden sind. Nach dieser ersten Triagestufe erfolgt gemäss Musterprozess die Trennung in sachverhalts- oder abklärungsbezogene, «klassische» Revisionen – Personen, bei denen sich Sachverhalt und/oder Anspruch geändert haben – und potenzialinduzierte bzw. «eingliederungsorientierte» Rentenrevisionen im engeren Sinne, d.h. Personen ohne sachverhaltsbezogenen Revisionsgrund, jedoch mit Eingliederungspotenzial.

Was die **Reihenfolge der Überprüfung** von Sachverhalts-/Anspruchsänderung und Eingliederungspotenzial betrifft, lassen sich grundsätzlich drei Vorgehensweisen unterscheiden:

- IVST, die zuerst wie bis anhin Unterlagen einholen und auf medizinisch-theoretische Revisionsgründe prüfen, bevor allenfalls das Eingliederungspotenzial angeschaut wird,
- IVST, die bei Anhaltspunkten auf Eingliederungspotenzial ein Dossier rasch zum Assessment weiterleiten und parallel dazu (nach Bedarf) Unterlagen einholen,

■ IVST, die bei vermutetem Eingliederungspotenzial weitgehend auf medizinisch-theoretische Abklärungen verzichten und entsprechende Unterlagen nur dann einholen, wenn die Versicherten sich nicht kooperativ verhalten.

Während in einer Mehrheit der IVST die Überprüfung der Anspruchsänderung aufgrund medizinisch-theoretischer Veränderungen und die Einschätzung bzgl. Eingliederungspotenzials parallel durchgeführt werden, priorisieren gewisse IVST den einen oder anderen Aspekt explizit. IVST, die in der Triage 1 zuerst Anspruchsänderungen oder Wiedererwägungsgründe untersuchen und nur bei Personen mit unverändertem Anspruch prüfen, ob Anhaltspunkte auf Eingliederungspotenzial bestehen, geben dafür unterschiedliche Gründe an. Zum einen begründen sie dies damit, dass der medizinisch-theoretische Weg nach wie vor das weitaus grössere Potenzial für Rentenreduktionen/-Aufhebungen berge.¹⁸ [M] Zum anderen kann die klare und frühe Trennung zwischen «klassischer» Revision und EOR im engeren Sinne auch aus Ressourcenüberlegungen geschehen– die persönlichen Gespräche mit allen Versicherten, bei denen Anhaltspunkte für Eingliederungspotenzial gesehen wurde, generierte in einer IVST grossen Aufwand, aber geringe Ergebnisse, sodass der Prozess gegenwärtig entsprechend angepasst wird [B].

Dasselbe Argument gilt allerdings auch für IVST, welche den umgekehrten Weg wählen, d.h. zuerst auf Eingliederungspotenzial prüfen und Fälle ohne Potenzial als «klassische» Revisionen weiterbearbeiten [P]. Auf diese Weise verliere man keine Zeit und Ressourcen (etwa für medizinische Gutachten und Abklärungen) bei Versicherten mit Eingliederungspotenzial [U]. Wie erwähnt hängen dabei Umfang und Art der eingeholten Unterlagen in hohem Masse von der Bereitschaft der Versicherten ab, im Eingliederungsprozess mitzuwirken. Viele IVST bezeichnen es als grosse Herausforderung bei der Umsetzung der EOR, gegenüber Personen, die eindeutig Potenzial für Wiedereingliederung haben, sich dazu jedoch subjektiv nicht in der Lage sehen oder nicht motiviert sind, kaum etwas «in der Hand haben». Der Diskurs verlagert sich in solchen Fällen von einer Potenzial- und Ressourcen-orientierten Sichtweise auf eine medizinisch-theoretische Ebene, die nicht selten für alle Beteiligten langwierig und frustrierend sein kann. Exemplarisch dazu eine Aussage eines befragten IV-Stellenleiters: *«Il n'y a pas de problème avec les assurés qui veulent. Pour les personnes qui ne veulent pas, il faut leur prouver qu'ils peuvent. Pour ces cas on fait une expertise».*

Bei den Gesprächen mit den IVST standen im Kontext der Sachverhaltsabklärung indes nicht so sehr die Unterscheidung zwischen «klassischen» Revisionen und EOR im Vordergrund, sondern die Frage nach dem Identifizieren von Eingliederungspotenzial: Mittels welcher **Informationsgrundlagen**, aufgrund welcher **Kriterien** und durch welche **Fachpersonen** wird entschieden, ob genügend Anhaltspunkte für Eingliederungspotenzial vorhanden sind, um ein Dossier zum Assessment (Triage 2) weiterzuleiten?

Informationsgrundlagen

Was Informationsgrundlagen und Vorgehensweise beim Identifizieren von Eingliederungspotenzial betrifft, lässt der Musterprozess den IVST einen relativ grossen Handlungsspielraum: «Je nach Fall» sollen notwendige Unterlagen eingeholt, versicherungsmedizinische Beurteilungen durch den RAD

¹⁸ Auf diese Tatsache haben zahlreiche IVST hingewiesen, unabhängig von ihrer Vorgehensweise bei der Triage (bzw. bei der Umsetzung der EOR generell).

vorgenommen oder Gespräche mit den Versicherten bzw. den behandelnden Ärzt/innen geführt werden.

■ **Unterlagen:** Während bei der Vortriage in der Regel die bestehenden Akten herangezogen werden, stützt sich ein grosser Teil der IVST bei der Triage 1 auf **aktualisierte Unterlagen**, d.h. all diejenigen Berichte und Informationen, die bereits vor Inkrafttreten der 6a jeweils zu Beginn eines Revisionsprozesses eingeholt worden sind [Bsp. E, P]. Es gibt jedoch auch IVST, die fallbezogen entscheiden, welche Unterlagen eingeholt werden [W: «Minimalabklärung»; U: teilweise nur mündliche Kontaktaufnahme mit dem Arzt, um keine Zeit zu verlieren], und solche, die sich zunächst ausschliesslich auf die Angaben der Versicherten im (angepassten) **Revisionsfragebogen** und die bestehenden Akten stützen [I, T?]. Eine IVST, die das Identifizieren von EOR-Fällen als Gesamtprojekt abgewickelt hat (siehe oben Abschnitt «Vortriage»), nahm die Triage aufgrund des bestehenden Dossiers vor, ohne jegliche Zusatzunterlagen einzuholen [V].

Den **Fragebogen**, der auch vor der 6a im Rahmen von Revisionen an die Versicherten¹⁹ verschickt wurde, haben rund 10 IVST angepasst, um gezielt Informationen für die Triage einzuholen. Ergänzungen betreffen meist Angaben zur persönlichen Situation (Tagesablauf, Freizeit, Wohlbefinden im Allgemeinen) sowie eine Selbsteinschätzung dazu, ob ein Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt vorstellbar und wünschenswert wäre. Diejenigen IVST, die den Fragebogen modifiziert haben, machen damit generell positive Erfahrungen und ziehen daraus nützliche Hinweise für die Triage. Andere (auch solche IVST, die nach wie vor den Standard-Fragebogen verwenden), sind skeptisch, besonders was die Beurteilung der Motivation betrifft: Einerseits erachten sie diesbezüglich den persönlichen Kontakt als geeigneter, um die Motivation abzuklären. Dazu komme, dass oft die Versicherten, die sich besonders für eine Eingliederung interessierten, kaum Potenzial haben, und umgekehrt diejenigen mit Potenzial die Frage nach Eingliederungswunsch oft mit «Nein» beantworten.

■ **Rolle RAD:** Bei rund der Hälfte der IVST ist der RAD stark eingebunden in die Triage-Entscheidung, d.h. die Einschätzung, ob bei einer Person genügend Anhaltspunkte für Eingliederung bestehen, für die Weiterbearbeitung als EOR-Fall, bzw. ob aus medizinischer Sicht Eingliederungspotenzial ausgeschlossen werden kann [M] und die Revision nach «klassischem» Vorgehen durchgeführt werden soll. Bei nahezu allen anderen IVST wird der RAD zwar nicht routinemässig, jedoch jeweils bei Bedarf kontaktiert, wenn Unklarheiten bestehen bzw. der Entscheid Potenzial ja/nein nicht eindeutig scheint.

■ **Gespräche mit Versicherten und Ärzt/innen:** Generell sind Gespräche mit Versicherten im Rahmen der Triage 1 die Ausnahme, während für das Assessment/Triage 2 die persönliche Anwesenheit der Versicherten unabdingbar ist. So gibt eine IVST an, die, basierend auf vorhandenen Akten und dem Revisionsfragebogen, gefundenen Anhaltspunkte für Eingliederungspotenzial zuerst noch im Rahmen eines Standortgesprächs mit den Versicherten zu überprüfen, bevor es entweder mit Assessment – oder aber der «klassischen» Revision weitergeht [I]. Auch eine weitere IVST lädt Versicherte, bei denen aufgrund der bestehenden Akten Eingliederungspotenzial vermutet wird, noch vor der Sachverhaltsabklärung zum Gespräch ein, in dessen Rahmen die Fragen des Revisionsformulars beantwortet werden. Erst danach werden Unterlagen eingeholt und interdisziplinär entschieden, ob Revisionsgründe vorliegen oder, im Sinne EOR, ein Assessment durchgeführt werden soll.

¹⁹ Einige IVST haben zusätzlich den Fragebogen für die behandelnden Ärzt/innen angepasst, etwa indem die Ziele der eingliederungsorientierten Revision kurz geschildert und um eine entsprechende Einschätzung gebeten wird.

Gespräche mit Ärzt/innen sind ebenfalls eher die Ausnahme, kommen jedoch ab und an vor, um zeitnah eine Einschätzung einholen zu können. Wie wichtig die Einschätzung bzw. Einstellung der behandelnden Ärzt/innen gegenüber einem möglichen Eingliederungsversuch sind, wird seitens der Fachpersonen in den IVST immer wieder betont. Teilweise kann dieser Aspekt bei unklaren Fällen dazu beitragen, bereits in der ersten Triage zu entscheiden, dass das Eingliederungspotenzial nicht weiter geprüft werden soll. Grundsätzlich sind Gespräche mit Ärzt/innen jedoch erst beim Assessment und während den Eingliederungsmassnahmen von zentraler Bedeutung (vgl. Kap. 14.2).

Vorgehensweise und Verantwortlichkeiten

Die erste Triage folgt in praktisch allen IVST demselben Verlaufsmuster: Nach der Dossieranalyse und einer ersten Einschätzung zum Eingliederungspotenzial erfolgt eine zweite Beurteilung und der definitive Entscheid über das weitere Vorgehen. Fast alle IVST haben demnach Abläufe definiert, welche die Triage-Entscheidung nach dem Vieraugenprinzip oder interdisziplinär auf mehrere Personen abstützen.

In der Regel sind es **Einzelpersonen**, meist erfahrene Rentensachbearbeiter/innen, welche in der ersten Phase für die Fallführung verantwortlich sind, d.h. die nötigen Unterlagen einholen und (ggf. nach Rücksprache mit dem RAD) mit Blick auf Eingliederungspotenzial auswerten. Anders als für die Umsetzung der Rentenrevisionen nach Schlussbestimmungen haben nur wenige IVST für EOR **Spezialteams** gebildet oder setzen dafür ausschliesslich ausgewählte Mitarbeitende ein. Dies mag zum einen daran liegen, dass die RRS ein zeitlich begrenztes Projekt war, während die Eingliederungsorientierung künftig bei allen Revisionen gelten soll. Zum anderen haben besonders kleinere IVST keine Ressourcen, um Spezialteams zu bilden – die Mitarbeitenden sind Generalist/innen, und die Revisionen (wovon nur ein kleiner Teil EOR) machen einen vergleichsweise geringen Bestandteil ihrer Arbeit aus. Wo jedoch interdisziplinär zusammengesetzte Spezialteams für die EOR zuständig sind, kommt es sowohl vor, dass die Dossierführung von A bis Z bei derselben Person liegt (Rentensachbearbeiter/in oder Eingliederungsfachperson) [N]; teilweise wird die Triage auch in interdisziplinären Fallbesprechungen direkt gemeinsam vorgenommen [bspw. V, P, Z].

Fälle, bei denen Eingliederungspotenzial vermutet wird, werden anschliessend zur Validierung weitergeleitet – teilweise an weitere Fachpersonen, z.B. RAD oder Teamleiter/innen, meistens jedoch an ein **interdisziplinäres Triage-Gremium**, zusammengesetzt aus Rentensachbearbeitenden und Eingliederungsfachpersonen, häufig auch RAD²⁰. Erst in dieser Phase wird die Frage des Musterprozesses – «Anhaltspunkte Eingliederung?» – abschliessend behandelt. Generell geht aus den Interviews mit den IVST hervor, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit, obwohl zuvor auch schon praktiziert, durch die Umsetzung der EOR in den Prozessen klarer verankert und damit gestärkt wurde. Die Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit sind dabei divers: Fest zusammengesetzte Teams (immer dieselben SB und EB zusammen [z.B. B, V, Z]); ad-hoc Gremien, deren fachliche Zusammensetzung immer gleich ist, aber je nach Dossier-Zuständigkeit personell variiert; informelle Fallbesprechungen nach Bedarf; wöchentliche interdisziplinäre Sitzungen etc. Nebst dem Validieren der Ersteinschätzung ist auch die Besprechung von Zweifelsfällen – Personen, bei denen eine Wiedereingliederung nicht ausgeschlossen scheint, jedoch auch Risikofaktoren vorhanden sind – eine wichtige Funktion dieser interdisziplinären Gremien.

²⁰ Selten ist auch jemand vom Rechtsdienst dabei, dieser spielt eher bei RRS eine Rolle. [X, W, V]

Triage-Kriterien

Anhaltspunkte für den Entscheid, ob jemand Eingliederungspotenzial hat, sind meist entlang der Charakteristika Alter, Rentenbezugsdauer, Diagnose/bisherige Entwicklungen sowie persönlichen Merkmalen (soziales Umfeld, Bildung etc.) angesiedelt. Entsprechende Kriterien werden von den IVST teilweise negativ formuliert, im Sinne von Gründen, die für eine geringe Erfolgsaussicht sprechen. Beispielsweise:

- ältere Versicherte (Anpassung an Krankheit tendenziell schwieriger; geringe Resterwerbszeit)
- lange Rentenbezugsdauer²¹ (und/oder seit längerem eine volle Rente), lange vom Erwerbsprozess weg
- Diagnosen mit geringen Verbesserungschancen
- Hypothetische Erwerbsfähigkeit weniger als 50%
- wesentliche kognitive/intellektuelle Schwäche
- Erfolgsaussichten aufgrund bisheriger Eingliederungsbemühungen gering
- Subjektive Eingliederungsfähigkeit offensichtlich nicht vorhanden

Anhaltspunkte für vorhandenes Eingliederungspotenzial sind häufig vorsichtiger formuliert – eher als Anlass, ein Dossier vertieft zu prüfen (je nach Prozess: durch den RAD, in einer interdisziplinären Fallbesprechung, im Rahmen eines Gesprächs in Triage 2). Beispielsweise:

- jüngere Versicherte
- Verbesserung/Stabilisierung der gesundheitlichen Situation theoretisch möglich (gemäss ärztlicher Prognose; durch gute/neue Behandlungsmöglichkeiten; durch gutes Krankheitsmanagement bei chronischen Erkrankungen)
- Hinweise aus den Arztberichten (bei gleichbleibendem Gesundheitszustand etwa Veränderung der Wortwahl oder Hinweise, dass sich die Auswirkungen einer Erkrankung/Beeinträchtigung verändert haben)
- qualifizierter Bildungshintergrund
- Tagesstruktur, Aktivitäten vorhanden (z.B. unbezahltes Engagement)
- Veränderungen der persönlichen Situation (z.B. Kinder ausgezogen)

Gewisse Kriterien können **sowohl für als auch gegen Eingliederungspotenzial** sprechen. Dies gilt zum einen für **Teilzeiterwerbstätigkeit**: Die Tatsache, dass bereits ein Arbeitgeber vorhanden ist, dass jemand grundsätzlich erwerbsfähig ist und mit dem «Wind des 1. Arbeitsmarkts» nicht erst vertraut gemacht werden muss, spricht dafür, eine rentenwirksame Erhöhung des Arbeitspensums zu prüfen. Handkehrum zeigt die Erfahrung in der Praxis, dass Eingliederungsmassnahmen bei diesen Personen stets auch eine Gratwanderung ist und das Risiko einer Rentenerhöhung besteht. Was für die genannten Triagekriterien generell gilt, ist hier besonders wichtig: Es gilt, die individuelle Fallkonstellation zu berücksichtigen, wenn Entscheide in der Triage (und später in der Eingliederung) gefällt werden.

Ambivalent ist auch die Beurteilung gewisser **Diagnosen und Krankheitsbilder zu bewerten**. Aus den Interviews und Prozessunterlagen geht hervor, dass dieselben gesundheitlichen Einschränkungen von den IVST bezüglich des Eingliederungspotenzials unterschiedlich eingeschätzt werden: Was

²¹ Teilweise differenziertes Kriterium, z.B. Rentenbezug von mehr als 10 Jahren *und* seit mindestens 5 Jahren eine volle Rente [O].

für die einen eher als Ausschlusskriterium bzw. Risikofaktor für die Eingliederung gilt, ist für andere mit Blick auf Veränderungsmöglichkeiten oder neueren, verbesserten Behandlungsmethoden zumindest prüfenswert.²² Insbesondere sind es **psychische Erkrankungen**, die eine individuelle Beurteilung erfordern und per se weder als Anhaltspunkt noch als Risiko für Eingliederungspotenzial eingestuft werden können. Krankheitsverlauf und Schweregrad der Beeinträchtigung spielen eine wichtige Rolle. Das Alter kann sich sowohl positiv als auch negativ auswirken. Je nach Diagnose sind jüngere Versicherte tendenziell weniger stabil als ältere, die mit der Zeit lernen, mit der Erkrankung umzugehen; umgekehrt haben Jüngere manchmal eher Potenzial, da die Krankheit in ihrem Selbstbild noch nicht so stark verankert ist. Zahlreiche IVST berichten ausserdem, dass viele Versicherte mit psychischen Erkrankungen wie z.B. Schizophrenie ausgesprochen motiviert wären für eine Eingliederung, auch selber immer wieder dazu die Initiative ergreifen, sich dabei jedoch über- bzw. die Anforderungen des Arbeitsmarktes unterschätzen. Verschiedene IVST haben nicht zuletzt aus diesen Gründen Prozesse definiert, um Personen, die von sich aus Eingliederungsmassnahmen wünschen – eigentlich eine ideale Ausgangslage für die erfolgreiche Reintegration in den Arbeitsmarkt – ebenfalls einem Triageverfahren zu unterziehen und nicht direkt mit Assessment bzw. einem Eingliederungsgespräch einzusteigen.

Unterschiede zwischen den IVST gibt es einerseits bezüglich der Herangehensweise bzw. der Perspektive auf das Kriterienraster: Einige IVST achten besonders auf Gründe, die gegen eine Eingliederung sprechen [O, J], andere eher auf Anhaltspunkte, die auf Potenzial hindeuten [z.B. R]. Dabei handelt es sich jedoch um Tendenzen; grundsätzlich werden alle vorhandenen positiven und negativen Hinweise bei der Triage berücksichtigt. Andererseits unterscheiden sich die IVST darin, wie detailliert Triage-Kriterien definiert wurden: Die einen berichten im Gespräch eher allgemein von den oben genannten Charakteristika, die bei der Dossieranalyse für den Triage-Entscheid herangezogen werden [z.B. M, I, R], die anderen haben aufgrund von Erfahrungen in der Praxis Checklisten erarbeitet, die im Prozessablauf als Orientierungsraster dienen [z.B. Z, B, O]. Dabei werden nebst spezifischen Kriterien wie Sprachkenntnisse oder Tätigkeit im geschützten Rahmen auch finanzielle Aspekte angesprochen, welche die Realisierbarkeit oder den Anreiz einer (Wieder-) Eingliederung in den 1. Arbeitsmarkt potenziell infrage stellen:

- Versicherte Person bezieht Hilflosenentschädigung
- Selbständige Erwerbstätigkeit (inkl. Landwirtschaft)
- Zusätzlicher Bezug von UVG/MVG oder Ergänzungsleistungen

Seit Inkrafttreten der 6a haben einzelne IVST ihre Vorgehensweise geändert und dabei gewissermassen die Seite gewechselt: Einige IVST, die am Anfang noch mit Kriterienlisten arbeiteten, haben diese inzwischen abgeschafft – die Mitarbeitenden haben die nötige Erfahrung gesammelt und die Liste wurde mit der Zeit als zu eingeschränkt empfunden [I, X]. Andere IVST berichten vom grossen Aufwand im weiteren Prozessverlauf (sowohl Assessment als auch Eingliederung), der am Anfang durch eher lockere Triage-Kriterien entstanden sei. Triage-Checklisten dienen dort einer feinmaschigeren, aber auch strengeren Triage, um die Ressourcen auf diejenigen Personen konzentrieren zu können, bei denen eine reale Chance auf eine erfolgreiche Eingliederung besteht. [Z]

²² So werden z.B. Suchterkrankungen oder Multiple Sklerose von einzelnen IVST unterschiedlich beurteilt [R, O, M].

Intuitives Triagieren

Bei obenstehender Auflistung von Anhaltspunkten und Kriterien handelt es sich keineswegs um ein Schema, dem die IVST bei der Triage strikt folgen. Vielmehr wird betont, dass die Erfahrung der Mitarbeitenden und die individuelle Fallbeurteilung eine ebenso wichtige Rolle spiele. Kriterien – im Sinne eines Orientierungsrahmens, der letztlich das Erfahrungswissen aus der Praxis widerspiegelt – bilden demnach einen integralen Bestandteil des «intuitiven» Triagierens, das vom Audit als ausdrücklich empfohlen wird (BSV 2014, 14).

Intuitives Vorgehen ist in allen Triagestufen wichtig, besonders aber bei der Erstbeurteilung durch die Rentensachbearbeiter/innen. Viele IVST verweisen darauf, wie wichtig dabei der Beitrag von erfahrenen Mitarbeiter/innen ist («Bauchgefühl» aus der Vorgeschichte oder vorangegangenen Revisionen, dass evtl. mehr möglich ist). Auch in den Interviews mit Personen aus der Praxis wurde deutlich, dass der Aufbau von Know-how seit Inkrafttreten der 6a kontinuierlich zugenommen hat – mit zunehmender Erfahrung wird die Fallbeurteilung leichter: Hinweise auf Potenzial werden klarer erkannt, «Warnsignale» ebenso. In kleineren IVST, die bisher kaum oder erst sehr wenige EOR-Fälle hatten, wird der vergleichsweise langsamere Erfahrungsaufbau auf verschiedenen Ebenen wettgemacht: Durch langjährige, sehr erfahrene Mitarbeitende, durch die breite Erfahrung als Generalist/innen, durch kurze Wege, die den interdisziplinären Austausch fördern, oder auch dadurch, dass man in kleinräumigen Kantonen vielfach schon mit den Versicherten persönlichen Kontakt hatte und nicht – wie andernorts – rein aktengestützt entscheiden muss. Dies kann ein Vorteil gegenüber anderen IVST sein, welche die Versicherten erst im Rahmen des Assessments persönlich sehen und dabei, wie zahlreiche Interviewpartner berichten, ab und zu «Überraschungen» erleben, negative wie positive. Das Kleinräumige («jeder kennt jeden») birgt natürlich auch Gefahren, derer sich die betreffenden IVST auch bewusst sind. Objektivität und Professionalität wird gewährleistet durch Massnahmen wie mehrfache Validierung (durch Teamleitende und/oder RAD und/oder ein interdisziplinäres Gremium) oder die Überantwortung der Triage 1 an Leitungspersonen [S, R, B, J].

Trotz des Erfahrungszuwachses äussern einige IVST Mühe mit der Umsetzung der intuitiven Triage, bzw. mit der Empfehlung, jene Revisionen bevorzugt einzuleiten, bei denen Eingliederungspotenzial besteht. Es sei unklar, woher die Informationen zum Eingliederungspotenzial stammen sollen, bevor eine Revision eingeleitet werde, meint eine IVST [E]. Auch weitgehend unklar bleibt, nach welchen Kriterien ein solches Potenzial festgestellt werden kann. Die Berücksichtigung von persönlichen Veränderungen – sofern diese überhaupt aus den Akten ersichtlich seien – scheint auch als Basis für eine intuitive Triage zu wenig konkret fassbar zu sein. Auch eine andere IVST wünscht sich vom BSV Guidelines oder Instrumente, welche die Vorgabe der «intuitive Triage» präzisieren und die IVST unterstützen würden, die geeigneten Dossiers «herauszupicken». Zwar habe man diesbezüglich mittlerweile Erfahrung gesammelt, die Unsicherheit aber bleibe, ob man sich wirklich auf die richtigen Fälle konzentriere [W]. Herauszufinden, wer sich eignet, bleibt für viele IVST eine der wichtigsten Herausforderungen bei der Umsetzung der EOR.

EOR: Triage 2 - Assessment

Personen, denen in der Triage 1 Eingliederungspotenzial attestiert wird, werden zu einem Gespräch eingeladen. Der persönliche Eindruck sei ganz wichtig, um die aktenbasierten Einschätzungen zu überprüfen, sagen die IVST übereinstimmend. Ab und zu komme es vor, dass man aufgrund von Dossier und Fragebogen Eingliederungspotenzial vermutet, die persönliche Begegnung jedoch eindeutig das Gegenteil zeigt, oder umgekehrt bei geringen Erwartungen vom «Drive» einer Versicherten positiv überrascht werde. Generell geht es in den Gesprächen mit den Versicherten darum, weitere

eingliederungsrelevante Informationen von ihnen direkt zu erfahren: Tagesstruktur, Freizeitaktivitäten, subjektive Einschätzung der Krankheitslast, persönliches Umfeld etc. Wichtigstes Ziel der Triage 2 ist jedoch herauszufinden, ob die Versicherten sich Eingliederungsmassnahmen vorstellen können und wie ihre Motivation und ihre Ideen diesbezüglich aussehen.

Mengengerüst

Gemäss den Angaben von 9 IV-Stellen wurden pro Jahr in der Periode 2010 bis 2013 im Mittel bei rund 5% der überprüften Fälle, die in der Vortriage für eine Revision überprüft wurden, ein allfälliges Eingliederungspotenzial, ohne einen Hinweis auf eine Änderung des Sachverhalts, identifiziert. Dies entspricht einem Anteil am gesamten Rentenbestand von rund 3.5%.

Vorgehensweise und Verantwortlichkeiten

In einer Mehrheit der IVST wird die Federführung nach der ersten Triage von der Rentenabteilung an die **Eingliederung**²³ übertragen. Deren Expertise ist für die Einschätzung der Realisierbarkeit und Erfolgsaussichten eines Eingliederungsauftrags unerlässlich, und es sind auch Eingliederungsfachpersonen, die den Versicherten kompetent und konkret aufzeigen können, was die IVST bezüglich Eingliederungsmassnahmen anbieten kann. Diese zentrale Rolle der Eingliederung bedeutet jedoch in den allermeisten Fällen nicht, dass Triage 2 und Assessment ausschliesslich durch Eingliederungsfachpersonen (Berufsberater/innen, Fachpersonen BI und BM etc.) abgewickelt werden. Bis auf wenige Ausnahmen sind Triage 2 und Assessment **interdisziplinär** organisiert; teilweise ist der RAD an diesen Gesprächen anwesend (entweder standardmässig oder bei Bedarf), teilweise auch Rentensachbearbeiter/innen.²⁴ Je nach Fall können weitere relevante Akteure aus dem Umfeld der Versicherten bereits hier beigezogen werden, z.B. Vertreter/innen des Sozialdienstes, die behandelnden Ärzt/innen (diese werden von vielen IVST grundsätzlich informiert und eingeladen, ihre Teilnahme scheint jedoch eher die Ausnahme) oder Angehörige. Dass eine so grosse Runde zusammenkommt, ist allerdings selten der Fall. Angesichts des Organisationsaufwandes sei es effizienter, gewisse Fragen bilateral zu diskutieren, geben einige Interviewpartner/innen zu bedenken; andere weisen darauf hin, dass man zumindest am ersten Gespräch versuche, die Versicherten möglichst alleine zu sehen, da das Umfeld die Person oft kränker einschätzten, als sie tatsächlich sei.

Verschiedene IVST machen darauf aufmerksam, dass Triage 2 bzw. Assessment oftmals nicht aus einem einzigen Gespräch bestehen, sondern dass der Entscheid, einen Eingliederungsauftrag zu erteilen, vielmehr das Ergebnis mehrerer Gespräche mit den Versicherten und ggf. weiteren Akteuren sei [z.B. W, N, D, AI] (vgl. Kapitel 14.2). Einzelne IVST haben ausserdem auf Prozessebene die interne Vor- und Nachbereitung formalisiert: So diskutieren in einer IVST zwei Eingliederungsfachpersonen (Berufliche Massnahmen/Berufliche Integration) ein von der Sachbearbeitung zugestelltes Dossier zunächst intern, bevor sie die Versicherten zum Gespräch einladen; andere besprechen die Ergeb-

²³ Die Titel der involvierten Fachpersonen sowie die Organisationsstruktur der betreffenden Abteilungen sind nicht in allen IVST identisch. Mit «Eingliederung» sind generell diejenigen Abteilungen und Personen gemeint, die mit den Versicherten in persönlichem Kontakt stehen und sie in Fragen der beruflichen Reintegration begleiten (Berufsberater/innen, Fachpersonen Berufliche Integration, Berufliche Massnahmen etc.).

²⁴ In einer IVST, die von diesem Grundmuster abweicht [I], werden die Gespräche in der Regel von einzelnen Fachpersonen durchgeführt, entweder Rentensachbearbeiter/innen, die dafür eigens geschult wurden, oder auch durch interne Jobcoaches, die vielfach einen beruflichen Hintergrund in der Psychologie/Psychiatrie haben und gezielt auf Ängste eingehen bzw. Ressourcen aktivieren können, was sich insbesondere bei psychisch kranken Personen als vorteilhaft erwiesen habe.

nisse des Triage-2-Gesprächs (oder den darauf basierenden provisorischen Eingliederungsplan) jeweils im interdisziplinären Team, wo gemeinsam über das weitere Vorgehen entschieden wird.

Kriterien für die Erteilung eines Eingliederungsauftrages

Stärker noch als in der Triage 1 werden im Rahmen der zweiten Triage Faktoren einbezogen, die Hinweise auf den Eingliederungserfolg geben können: Dazu gehören die Selbsteinschätzung und die persönlichen Ziele der Versicherten, deren Alltags- und Freizeitgestaltung²⁵, der psychosoziale Kontext und sein persönliches Umfeld. Die Erfahrung zeigt, dass Widerstand aus dem Familien- und Freundeskreis gegen einen Wiedereingliederungsversuch, auch anfänglich motivierte Versicherte, zum Abbruch der Bemühungen bewegen können. Auch Faktoren und Ressourcen wie der kulturelle Hintergrund, Sprachkenntnisse, Ausbildungsniveau, bisherige berufliche Tätigkeiten und die Unterstützung des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin werden (wie bereits in Triage 1) in die Überlegungen einbezogen.

Es lassen sich gewisse Haltungsunterschiede erkennen zwischen den IVST, wie strikt an dieser zweiten Triagestufe verfahren wird mit Personen, deren Aussicht auf Eingliederungserfolg nicht eindeutig ist. Die einen IVST berichten, dass sie im Zweifelsfall eher Massnahmen versuchen, während andere inzwischen die Hürde etwas höher ansetzen. So haben einzelne IVST die Erfahrung gemacht, dass ein Aufbau der Arbeitsfähigkeit quasi von Null auf auch mit den Verlängerungsmöglichkeiten von IM kaum realisierbar und die Aussicht auf Eingliederungserfolg, trotz grossen Aufwandes, sehr gering ist [Z, N, D]. Sie sind dazu übergegangen, eine gewisse minimale Belastbarkeit (4h/Tag im geschützten Rahmen) oder eine bereits vorhandene Tätigkeit im zweiten Arbeitsmarkt als Bedingung für weitergehende Eingliederungsmassnahmen vorzusetzen [W]. Diese strenge Triage wird nebst Ressourcenargumenten auch damit begründet, dass man die Kooperationsbereitschaft der Arbeitgeber nicht gefährden möchte, indem man ihnen Personen mit mittelmässigen Chancen auf Eingliederungserfolg «zumute», die viel Aufwand verursachen [Z]. Eine andere IVST meint, dass sich ihr Triageverfahren und die im Austausch mit den Eingliederungsspezialist/innen aus der Praxis erarbeiteten Kriterien insgesamt gut bewährt haben: Nahezu alle der auf diese Weise von ihnen ausgewählten Personen haben tatsächlich Eingliederungsmassnahmen gemacht [X].

So oder so ist jedoch der Anteil der Versicherten, die nach dem Triageprozess mit Eingliederungsmassnahmen beginnen, eher gering. Wie es eine IVST ausdrückt, handelt es sich dabei um die kleinste von drei Gruppen, in die man die Versicherten grob einteilen kann:

- Versicherte, die gerne Eingliederungsmassnahmen machen möchten, aber meist das Potenzial dazu nicht haben (Selbstüberschätzung, hohe Krankheitslast)
- Versicherte mit einem vermuteten Eingliederungspotenzial, jedoch ohne Arbeitsmotivation
- Kleine Restkategorie von Versicherten, die sowohl über das Potenzial als auch den Willen zur Eingliederung verfügen.

Wie oben bereits erwähnt, ist die **Motivation** der Versicherten, bzw. deren **subjektive Arbeitsfähigkeit**, für viele IVST ein zentrales – für manche auch das ausschlaggebende – Kriterium für den Entscheid, ob mit Eingliederungsmassnahmen begonnen oder das Dossier an die Sachbearbeitenden

²⁵ Dass bereits Assessmentgespräche zu diesem Zweck öfter auch bei den Versicherten zu Hause stattfinden, scheint die Ausnahme zu sein [A], während im Rahmen der Eingliederungsphase die Praxis verbreitet ist, die Versicherten vor Ort am Arbeitsplatz, bei den behandelnden Ärzten/innen oder auch am Wohnort zu treffen.

zum Revisionsabschluss zurückgeschickt wird. Nebst dem Argument, dass es schwierig, wenn nicht unmöglich sei, eine Person ohne Motivation erfolgreich in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren, verweisen die IVST auch auf die begrenzten Ressourcen. Nicht zuletzt im Sinne des Leitsatzes «Qualität vor Quantität» konzentrierte man sich auf die Unterstützung von Personen, die tatsächlich arbeiten wollen. Obwohl dies ein wichtiger Prädiktor für Erfolg ist, brauchen auch solche Fälle viel Zeit und Betreuung. Um bei anderen Versicherten die Motivation überhaupt erst herbeizuführen, habe man schlicht keine Ressourcen. Die Erfahrung zeige, dass die Versicherten dann ohnehin meist darauf abzielen, der IVST zu zeigen, dass sie nicht arbeiten *können* – ein für alle Beteiligten mühsames Seilziehen ohne nennenswertes Ergebnis.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach der **Mitwirkungspflicht** bei eingliederungsorientierten Rentenrevisionen – der Hauptunterschied zu Revisionen mit Sachverhalts- oder Anspruchsänderung sowie zu RRS besteht schliesslich darin, dass die Teilnahme an Eingliederungsmassnahmen vergleichsweise «freiwillig» ist. Dieser Aspekt wird von den IVST ambivalent beurteilt: Aus den Gesprächen geht hervor, dass es manchmal frustrierend sei, bei jemandem Eingliederungspotenzial zu sehen, das unterfangen jedoch scheitert, weil die Person keinen Willen und Einsatz zeigt. Gleichzeitig gelte, dass man durch Ausübung von Druck kaum die Motivation der Betroffenen fördern bzw. herbeiführen kann. Dennoch stellt sich eine Minderheit der IVST – teilweise gestützt durch die kantonale Rechtsprechung [W] – auf den Standpunkt, die Mitwirkung der Versicherten sei auch bei EOR nur bedingt freiwillig; fehlende Motivation *dürfe* kein Kriterium sein, um den Prozess nicht eingliederungsorientiert weiterzuführen und Massnahmen zu starten. Der Ansatz, den diese IVST wählen,²⁶ fokussiert auf das (versicherungs-)medizinisch begründete Eingliederungspotenzial, in Kombination mit konsequentem Einfordern der Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht [z.B. K, S, W, B]. Sie weisen darauf hin, dass die Bereitschaft seitens der Versicherten den Prozess zwar stark vereinfache, bei fehlender Motivation aber andere Wege eingeschlagen werden müssten, neben einem gewissen Druck, wozu auch der Verweis auf medizinische Abklärungen und damit eine allfällige Revision (aufgrund Sachverhaltsänderung) zählt, etwa auch durch einen sehr niederschweligen Einstiegsversuch (Beschäftigungstraining u.ä. [S]).

An diesen beiden Grundhaltungen – Eingliederung gestützt auf Motivation und psychosozialen Ressourcen, die jedoch versicherungsrechtlich keine «Schlagkraft» besitzen, versus arbeitsmedizinisch begründete Eingliederung mit (idealerweise) versicherungsrechtlicher Verankerung – zeigt sich eine der Grundproblematiken der EOR.

Mengengerüst

Die Erteilung eines Eingliederungsauftrags erfolgte nach vertiefenden Abklärungen im Rahmen von Triage 2 gemäss den *Angaben von 7 IV-Stellen* in rund einem von 6 Fällen (18%). Bezogen auf den gesamten Rentenbestand sind dies rund 0.8%. Nach der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen konnten bei diesen Fällen in 1 von 10 die Rente tatsächlich gesenkt werden, was einem Anteil von 0.08% des gesamten Rentenbestandes entsprechen würde.

²⁶ Jedoch erst seit kurzem, daher konnte an den Interviews noch keine Angaben zur Wirksamkeit der neuen Prozesse und Grundsätze gemacht werden.

«Klassische» Rentenrevision: Abklärung Eingliederung

Während einige IVST die Durchlässigkeit der Prozesse betonen – etwa, dass man jederzeit auf die «Eingliederungsschiene» wechseln könne, wenn man im Verlaufe der Sachverhaltsabklärung in Abweichung zur ersten Einschätzung doch noch Anhaltspunkte für Potenzial finde [P, I] –, werden in anderen IVST die «klassischen» Revisionen und EOR auf Prozessebene stärker getrennt. In welchem Masse spielt jedoch die Eingliederungsorientierung eine Rolle für Personen, bei denen im Rahmen der Triage 1 bzw. Sachverhaltsabklärung ein Revisionsgrund festgestellt wurde? In Abweichung zum Musterprozess findet bei den meisten IVST zunächst eine Neubeurteilung des Rentenanspruches statt, bevor allfällige Eingliederungsmassnahmen geprüft bzw. angeboten werden.

Es scheint eher die Ausnahme, dass bei «klassischen» Revisionen das Eingliederungspotenzial im Sinne der oben beschriebenen Triage 2 systematisch überprüft wird. Weiter verbreitet ist die Praxis, die Versicherten mit medizinisch-theoretischen Revisionsgründen im Rahmen eines Gesprächs über die bestehenden Angebote an Eingliederungsmassnahmen zu informieren. Ungeachtet der Vorgehensweise besteht der wesentliche Unterschied zu EOR jedoch darin, dass die Versicherten bereits wissen, dass es aller Voraussicht nach eine Rentenänderung geben wird. Mit einer solchen **Ausgangslage** hätten Versicherte eine ganz andere Motivation, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen, beobachten die IVST – während Wiedereingliederung für EOR-Fälle im Wesentlichen als Chance «verkauft» werden muss, bewegt die absehbare Rentenreduktion die Versicherten eher zur Kooperation und Inanspruchnahme entsprechender Angebote.²⁷

Bei «klassischen» Revisionen spielt grundsätzlich weniger das Eingliederungspotenzial, sondern vielmehr der rechtliche **Anspruch auf Eingliederung** eine Rolle: Wer über 55 Jahre alt ist oder seit mehr als 15 Jahren Rente bezieht, hat Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen vor der Rentenanpassung; Verweis auf Selbsteingliederung bei wesentlichen medizinischen Verbesserungen (analog zu Neuanmeldungen); Anrecht auf Umschulung für Versicherte, die nicht mehr auf bisherigem Beruf arbeiten können; etc. Viele IVST gehen so vor, dass sie den Versicherten (ausser 55+/15+) auf das Angebot der Eingliederungsmassnahmen aufmerksam machen, aber erst auf ausdrücklichen Wunsch der Versicherten konkrete Massnahmen einleiten. Im Vordergrund stünden dabei meist Angebote wie Arbeitsvermittlung; andere Massnahmen (wie bspw. IM) werden eher nicht erteilt.

Was den **Zeitpunkt** der Rentenanpassung betrifft, gibt es einzelne IVST, die grundsätzlich die Rentenänderung erst nach Abschluss eines allfälligen Eingliederungsprozesses vornehmen. Eine Mehrheit verfügt jedoch zuerst die Rentenanpassung und bietet den Versicherten im Anschluss Eingliederungsmassnahmen zur Unterstützung an. Daneben gibt es auch IVST, die einen Zwischenweg wählen, indem z.B. je nach Sachverhalt der Zeitpunkt flexibel gewählt wird [Y, E] oder bei Personen, die Eingliederungsmassnahmen in Anspruch nehmen, die bisherigen Leistungen während 3 Monaten unverändert ausbezahlt werden [Q, C], oder aber eine Herabsetzung individuell zwischen Eingliederungs- und Rentenabteilung koordiniert wird, um den Erfolg der Massnahmen nicht zu gefährden [O]. Diese zeitliche Verzögerung wird bisweilen auch bei erfolgreichen EOR-Fällen angewandt: Manchmal

²⁷ Eine IVST [O] nutzt diesen Effekt auf die Motivation/Kooperationsbereitschaft, indem bei denjenigen Fällen, wo man einen medizinisch-theoretischen Revisionsgrund vermutet, der jedoch aufwendige Abklärungen erfordern würde, zunächst im Sinne EOR den betroffenen Versicherten Eingliederungsmassnahmen nahelegt. Diese Vorgehensweise habe den Vorteil, dass man ein gewisses Druckmittel in der Hand habe: Falls die Person nicht möchte und/oder die Eingliederung nicht klappt, werden Gutachten eingeholt.

sei es wichtig, mit der Herabsetzung der Rente noch zuwarten, bis sich die Person in der neuen Situation stabilisieren konnte [G].

Mengengerüst

Gemäss den Angaben aus 5 IV-Stellen wurde im Mittel bei gut jedem 7. im Rahmen der Vortriage ausgewählten Fälle eine Überprüfung des Sachverhalts durchgeführt. Dies entspricht in etwa 9% am gesamten Rentenbestand der Rentenbeziehenden. In 86% dieser Fälle fand nach der Überprüfung des Sachverhalts keine Rentenänderung statt. Bei rund der Hälfte der verbleibenden 14% war das Resultat der Revision eine Rentenerhöhung und bei der anderen Hälfte eine Rentenreduktion.

Spezialfall: Revision auf Gesuch

Personen, die sich selber mit Eingliederungswunsch bei den IVST melden, bringen bereits ein sehr wichtiges Kriterium für eine erfolgreiche Erwerbsintegration mit: Motivation. Viele IVST laden solche Personen direkt zum Gespräch ein. Ausgewählte Bestandteile des Triageverfahrens – etwa die Nachbesprechung im interdisziplinären Team, das Einholen von Stellungnahmen des RAD und/oder des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin – finden ggf. nachträglich statt. So oder ähnlich dürfte in praktisch allen IVST die Vorgehensweise in einer ersten Phase nach Inkrafttreten der 6a ausgesehen haben. Aufgrund der Erfahrung, dass sich viele dieser «Selbstmelder» überschätzen und Eingliederungsmassnahmen aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen nicht erfolgreich sein werden, haben einige IVST ihre Prozesse für diese Versicherten angepasst. So durchlaufen diese Personen in manchen IVST zunächst ebenfalls ein Triageverfahren (Prüfung von eingliederungsrelevanten Kriterien, Sachverhaltsabklärungen nach Bedarf), bevor sie zum Gespräch eingeladen werden. Eine andere IVST legt zunächst intern die Rahmenbedingungen für eine allfällige Eingliederung dieser Person fest und prüft, ob aus medizinischer Sicht etwas gegen Eingliederungsmassnahmen spricht, bevor das Gespräch mit den Versicherten stattfindet. Da sich offenbar häufig dieselben Personen melden, sind einige IVST ausserdem dazu übergegangen, individuelle Voraussetzungen zu formulieren, die erfüllt sein müssen (z.B. Formulieren von konkreten Ideen, Stabilität im geschützten Rahmen während einer gewissen Zeit), bevor erneut Massnahmen geprüft werden.

Nur einzelne IVST berichten, dass sie auch bei Hinweisen durch Arbeitgeber, Ärzt/innen oder Anbieter von geschützten Arbeitsplätzen ebenfalls eine Triage durchführen, bevor Eingliederungsmassnahmen geprüft werden. Dass solche Meldungen von Drittpersonen kommen, ist zwar eher selten. Anders als bei sich selber meldenden Versicherten scheinen jedoch die Erfolgsaussichten in solchen Fällen um einiges höher.

Was die **Zusammenarbeit mit Institutionen** betrifft, welche Nischenarbeitsplätze anbieten, machen die IVST sehr unterschiedliche Erfahrungen. In gewissen Kantonen scheinen auch die Institutionen den Wandel zur Eingliederungsorientierung (mit Fokus auf den 1. Arbeitsmarkt) inzwischen vollzogen zu haben. Der Austausch mit der IVST scheint in diesem Bereich gut zu funktionieren. Das heisst, dass die IVST bei solchen Institutionen darauf zählen können, dass sie sich melden, wenn sie bei Klient/innen Potenzial für den Übertritt in den ersten Arbeitsmarkt sehen. In anderen Kantonen stellen die IVST fest, dass Institutionen das Potenzial der Versicherten oft geringer einschätzen als sie selber; die Institutionen würden Eingliederungen auch eher im Weg stehen aufgrund des Interessenkonflikts, gute Werkstattmitarbeitende behalten zu wollen. Verschiedentlich wird der Wunsch geäussert, die Institutionen stärker in die Pflicht zu nehmen. Ein Interviewpartner gibt zu bedenken, dass die IVST selber mit kreativen Massnahmen und Anreizstrukturen aktiv werden können, um die Eingliederungsorientierung solcher Partner zu fördern, beispielsweise indem den Institutionen Kosten für externe

Praktika nur dann rückwirkend erstattet werden, wenn die Versicherten diese *erfolgreich* absolvieren (d.h. mit positivem Bericht abschliessen).

14.1.2 Planung und Umsetzung Wiedereingliederungsmassnahmen

Ist der Eingliederungsauftrag erteilt, wird die Fallführung an die Eingliederung übergeben. Die Phase der Wiedereingliederung ist in allen IVST durch eine **intensive Einzelbetreuung** der Versicherten geprägt. Dafür setzen nur einige wenige IVST spezialisierte Mitarbeitende ein [Z, N, P, I], in der Regel werden die (zahlenmässig ohnehin nicht sehr vielen) EOR-Fälle gemäss den vorhandenen Ressourcen durch die Eingliederungsfachpersonen betreut. Interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der IVST spielt eine weitaus weniger bedeutsame Rolle als im Triageprozess und findet v.a. beim Erstellen des Eingliederungsplans statt: Basierend auf einem Ressourcenprofil / ergonomischen Profil des RAD wird ein provisorischer Plan erstellt [z.B. I, W, A], in einzelnen IVST wird dieser in einer interdisziplinären Sitzung mit RAD und Rentensachbearbeitenden diskutiert und verabschiedet [S]. Auch wenn Eingliederungsmassnahmen abgebrochen werden (müssen), werden die zugrundeliegenden Ursachen sowie das weitere Vorgehen in der Regel interdisziplinär besprochen.

Im Zentrum des Eingliederungsprozesses steht hingegen vor allem die Koordination und **Zusammenarbeit mit externen Akteuren** – behandelnden Ärzt/innen, Institutionen des 2. Arbeitsmarktes, Jobcoaches, Arbeitgebenden etc. Je nach individueller Fallkonstellation stehen die Eingliederungsfachpersonen dazu mit den betreffenden Akteuren in telefonischem Austausch, laden sie gemeinsam mit den Versicherten zu Gesprächen ein, reisen zu Arbeitsort und Arztpraxis, machen Hausbesuche, organisieren Runde Tische etc.

Instrumente und Massnahmen

Der Grundtenor ist sehr positiv, was die Vielfalt der Möglichkeiten und Ausgestaltung der Eingliederungsmassnahmen betrifft: Die Rahmenbedingungen inkl. Ausgestaltung der Schutzfrist geben sowohl Versicherten als auch potenziellen Arbeitgebern die nötigen Sicherheiten, aber auch die nötigen Freiheiten (z.B. durch Arbeitsversuche ohne gegenseitige Verpflichtungen), um sie für den Versuch einer Reintegration zu gewinnen. Übereinstimmend berichten die IVST, wie entscheidend die passgenaue, auf den individuellen Fall zugeschnittene Auswahl von Massnahmen sei. Generell wird die ganze Palette von Massnahmen eingesetzt, jedoch lassen sich kaum spezifische Muster erkennen, was das soziodemografische oder diagnostische Profil der Versicherten, den Zeitpunkt der Massnahme etc. betrifft. Vielmehr sei Kreativität gefragt, auch den Mut, etwas auszuprobieren oder zwischendurch unkonventionelle Wege zu gehen.

Kritische Stimmen zu den vorhandenen Eingliederungsinstrumenten beziehen sich meist auf die spezifische Ausgestaltung einzelner Massnahmen. Grundsätzliche Kritikpunkte wurden nur vereinzelt vorgebracht. Diese betreffen jedoch weniger die Instrumente selbst, sondern allgemeine Schwierigkeiten und Herausforderungen bei deren Anwendung in der Praxis. Eine IVST findet die neuen Instrumente generell kompliziert und schwierig umzusetzen. Ausserdem gebe es kaum geeignete Massnahmen und Angebote für gut qualifizierte Personen [F]. Andere IVST weisen darauf hin, dass die Massnahmen zwar grundsätzlich wunderbar seien, aber man komme kaum dazu, sie auch einzusetzen – allzu oft erweist sich die Krankheitslast als zu gross, die vorhandenen Ressourcen als zu gering, um die Erwerbsfähigkeit aufbauen und mit Massnahmen beruflicher Art (MB) den Einstieg in den Arbeitsmarkt anstreben zu können[u.a. U, R].

Ein weiterer Diskussionspunkt betrifft die **finanziellen Anreize** für Versicherte, sich auf den Eingliederungsprozess einzulassen und die Sicherheiten des Renteneinkommens gegen eine Erwerbstätigkeit

auszutauschen, die im heutigen Arbeitsmarkt doch mit einigen Risiken und Belastungen einhergehen kann. Während eine grosse Mehrheit der IVST der Ansicht ist, dass sehr viele IV-Beziehende grundsätzlich sehr gerne arbeiten würden (Tagesstruktur, sinnvolle Aufgabe, Einkommen etc.), hat besonders eine IVST im Gespräch betont, wie schwierig es sei, die Versicherten zu motivieren, da sich angesichts des Lohnniveaus die Risiken und Anstrengungen einer Eingliederung kaum auszahlen würden. Besonders versicherte Personen mit längerer Rentendauer seien die Vorteile der Erwerbstätigkeit (die sich oft erst längerfristig zeigen) schwer zu vermitteln. Man würde sich daher wünschen, den Versicherten konkrete vorteilhafte Auswirkungen (etwa finanzieller Art) bereits ab Zeitpunkt der Teilnahme an den Massnahmen anbieten zu können [P]. Auch andere IVST erwähnen das Problem, dass immer wieder Versicherte die Auslösung aus der Rente schaffen, jedoch am Ende mit dem Erwerbseinkommen weniger Geld zur Verfügung haben als zuvor. Solche Fehlanreize betreffen dann aber oft spezifische Fallkonstellationen: Versicherte mit Ergänzungsleistungen/Taggeldern oder Junginvaliden.

Eingliederungsplan

Viele IVST betonen den Prozesscharakter der Eingliederungspläne, einerseits wegen der interdisziplinären Abstützung (Ressourcenprofil RAD, interne und ggf. externe Fallbesprechungen), andererseits aufgrund der oft zahlreichen Gespräche mit den Versicherten, die es am Anfang brauche, um Unsicherheiten auszuräumen und gemeinsam Perspektiven zu entwickeln. Sich am Anfang Zeit zu lassen und die **aktive Partizipation** bzw. Mitgestaltung der Versicherten einzufordern, wird verschiedentlich auch als Erfolgsfaktor hervorgehoben. Den Eingliederungsfachpersonen ist dabei wichtig, den Betroffenen nicht nur Bedenkzeit zu lassen, sondern sie dabei auch anzuleiten – etwa indem ihnen Schnuppertage bei Institutionen ermöglicht werden, oder mit dem Auftrag, sich Gedanken über eigene Wünsche und Ideen zu machen (was wäre ein Wunsch-Arbeitgeber für einen Arbeitsversuch? Welche Ziele möchte man verfolgen, in welchem Zeitraum? etc.) und diese mit dem persönlichen Umfeld zu diskutieren. Auf diese Weise könne man erreichen, dass die Versicherten die Eingliederung als ihr eigenes Projekt verstehen und nicht als eine von der IV aufgedrängte Pflicht («die IV will, dass ich ... mache», «die IV hat gesagt ich müsse») [A, D, H, X].

Dem Eingliederungsplan, bzw. den damit verbundenen Zielvereinbarungen, kommen in manchen IVST auch während der Eingliederungsphase eine Funktion als Steuerungs- und Kontrollinstrument zu. Eine strukturierte Planung und die Vereinbarung von Meilensteinen (inkl. Konsequenzen, falls Ziele nicht erreicht werden²⁸) lohne sich, berichten verschiedene Gesprächspartner/innen. Auf dieser Basis erfolge eine enge Begleitung der Versicherten, wobei es nebst der konsequenten Einforderung von Pflichten manchmal auch entscheidend sei, im richtigen Moment flexibel zu sein. [H, S, W]

Integrationsmassnahmen

Die Vorgehensweise der IVST in der Eingliederungsphase ist mit dem erwähnten Fokus auf den bedarfsgerechten, individuellen Einsatz der Massnahmen weitgehend deckungsgleich. Die bereits erwähnten unterschiedlichen Haltungen der IVST, im Zweifelsfall entweder eher grosszügig Massnahmen zu sprechen und auszuprobieren, ob ein Aufbau der Erwerbsfähigkeit gelingt, oder aber die Ressourcen mittels strengerer Triagekriterien auf erfolgsversprechende Fälle zu konzentrieren, wieder spiegeln sich jedoch auch in der Verfügung von Integrationsmassnahmen (IM). Einzelne IVST [W, D,

²⁸ Eine IVST weist darauf hin, wie wichtig es sei, dass auch alle relevanten Akteure im Umfeld der Versicherten (Ärzt/innen etc.) über die Zielvereinbarungen informiert sind. [S]

Z] sagen explizit, dass sie den «Umweg über IM» grundsätzlich zu vermeiden suchen – besonders wenn diese im geschützten Rahmen stattfinden. Der zweite Arbeitsmarkt ist oft zu weit weg von den Erfordernissen der freien Wirtschaft, weshalb der Aufbau auf mindestens 50% Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt im Rahmen von IM bei den meisten Versicherten nicht gelingt [D]. Auch IVST, die generell grosszügig IM verfügen, machen die Erfahrung, dass viele Versicherte krankheits- halber abbrechen müssen oder keine Fortschritte erzielen – auch nicht, wenn die Massnahmen verlängert werden [R, B]. Vor diesem Hintergrund stellten sich Fragen der Verhältnismässigkeit (IM sind mit erheblichen Kosten verbunden²⁹), worauf einzelne IVST dazu übergegangen sind, IM nur noch zurückhaltend einzusetzen bei Fällen, wo längerfristig eine Erwerbsintegration möglich scheint. Andere IVST erachten ausserdem das «Training on the job» grundsätzlich als wirkungsvoller, weshalb eine Platzierung auf dem ersten Arbeitsmarkt wenn immer möglich angestrebt werde [E, Meinung RAD].

Die Mehrheit der IVST bezeichnet Integrationsmassnahmen jedoch als zentralen Bestandteil vieler EOR-Eingliederungsprozesse, da der direkte Einstieg mit Massnahmen beruflicher Art – obwohl wünschenswert – oft unrealistisch ist, weil die betroffenen Personen seit Längerem aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden sind (oder nie eine Stelle hatten). Da Arbeitgeber auch für MB oft Referenzen bspw. Aussagen zur Zuverlässigkeit und Arbeitsweise verlangen, bieten IM eine wichtige Möglichkeit, zu einem aktuellen Arbeitsattest zu gelangen. Der niederschwellige Einstieg mit Aufbau- und Belastbarkeitstrainings erfülle aber auch für die Versicherten selber eine wichtige Funktion, indem sie sehen, dass (bzw. was) sie trotz Einschränkungen noch etwas leisten können [Y, E].³⁰ Zahlreiche IVST merken ausserdem an, dass besonders bei Menschen mit psychischen Erkrankungen ein langsames Heranführen an den Arbeitsprozess wichtig ist [J, H u.a.]. Die Verlängerungsmöglichkeit der IM wird angesichts des Verlaufs psychischer Erkrankungen (oft von Unsicherheit und Instabilität geprägt) für diese Gruppe ausdrücklich begrüsst. Der Entscheid, wann sich eine Verlängerung lohnt und wann angesichts (noch) fehlenden Potenzials ein Abbruch der Massnahmen angezeigt ist, stellt eine grundlegende Herausforderung im gesamten Eingliederungsprozess dar. Generell gilt, dass eine Massnahme eher verlängert wird, wenn positive Entwicklungen erkennbar sind und/oder eine klare Zielorientierung der Versicherten (Willen zur Erwerbsintegration in den ersten Arbeitsmarkt) vorhanden ist. Gleichzeitig ist die Erfahrung, dass der Eingliederungsprozess bereits im frühen Stadium – im Rahmen der IM – scheitert, weit verbreitet. Oft zeichne sich in den IM relativ schnell ab, inwiefern jemand Potenzial habe, meint ein Interviewpartner [E]. In diesem Sinne könnte das eher grosszügige Verfügen von IM auch als erweiterte Triagestufe oder Assessment kategorisiert werden.

Alle IVST betonen, dass der Fokus der EOR stets die Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt sei; Ziel dürfe nicht ein geschützter Arbeitsplatz in einer Institution sein. Bei der Schilderung von Fallbeispielen kam jedoch auch zum Ausdruck, dass die Stabilisierung im zweiten Arbeitsmarkt durchaus als Teilerfolg gewertet werden kann, selbst wenn die Erwerbsintegration nicht gelingt. Im besten Fall werde dadurch die Grundlage gelegt, um bei einer künftigen Revision den Einstieg in den ersten Arbeits-

²⁹ Die IVST berichten übereinstimmend, dass die Kosten für eine Eingliederung vom Aufbau der Arbeitsfähigkeit bis zur Platzierung im ersten Arbeitsmarkt den in der Botschaft erwähnten Durchschnittswert von 40 000 CHF schnell einmal überschreiten. Insgesamt wird die Grössenordnung aber grundsätzlich als realistisch eingeschätzt.

³⁰ Eine IVST weist darauf hin, dass auch ein Arbeitsversuch diese Funktion erfüllen kann. Es könne Sinn machen, gewisse Versicherte ganz am Anfang des Eingliederungsprozesses mit dem ersten Arbeitsmarkt zu konfrontieren und zu sehen, wo es allenfalls noch Unterstützung/Training braucht. Falls der Versuch nicht gelinge, könne die Person dann im Nachgang im geschützten Rahmen aufgebaut werden [I].

markt zu schaffen, bzw. könne so aufgezeigt werden, wo man bei der nächsten Revision allenfalls ansetzen kann.

Arbeitsversuch

Zur Erprobung der Leistungsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt (als ein dem Einarbeitungszuschluss [EAZ] vorgelagertes Instrument) gab es schon vor der 6a ähnliche Massnahmen; die Revision 6a sollte eine Klärung der rechtlichen Situation bringen. Während der Dauer eines Arbeitsversuchs hat der Arbeitgeber eine zusätzliche Arbeitskraft, deren Leistung zwar (noch) reduziert ist, für ihn jedoch nicht mit Kosten verbunden ist (kein Arbeitsverhältnis nach OR: keine Lohnzahlungspflicht, keine Versicherungskosten, kein Malusrisiko beim Unfallversicherer oder der Krankentaggeldversicherung). Es besteht auch keine Verpflichtung für die spätere Anstellung der versicherten Person (Botschaft BR, S. 1850; 1890f.).

Der Arbeitsversuch wird grundsätzlich als **sehr gutes Instrument** bewertet, da weder die Arbeitgebenden noch die Versicherten ein Risiko eingehen, da er als «Türöffner» den Weg in den ersten Arbeitsmarkt ebnet. So berichtet beispielsweise eine IVST, viele Testarbeitsplätze generiert zu haben, und es komme ab und zu vor, dass nach dem Arbeitsversuch eine Anstellung folge [H]. Eine andere IVST erachtet den Arbeitsversuch als klaren Vorteil gegenüber anderen Akteuren und Institutionen (u.a. Sozialhilfe, Asyl- und Flüchtlingswesen), mit denen man um ein immer kleiner werdendes Stellenangebot für Angestellte mit eher tiefem Anforderungsniveau in Konkurrenz stehe [A]. Es wird auch darauf hingewiesen, dass der Arbeitsversuch insbesondere in KMUs den Weg zur Anstellung von IV-Beziehenden ebnet. Die KMUs könnten sich das Risiko nicht leisten, in jemanden zu investieren und danach den Ausfall zu kompensieren. Jedoch gelte – hier wie auch bei anderen Massnahmen –, dass nebst der Anreizstruktur und Risikominimierung auch die persönliche Einstellung ausschlaggebend dafür ist, ob die Arbeitgeber zur Erwerbsintegration von IV-Beziehenden Hand bieten [Y].

Im Arbeitsversuch geht es nicht zuletzt auch darum, «**weiche**» **Faktoren** zu überprüfen: Verfügen die Versicherten über die nötige Sozialkompetenz [H], können sie dem Tempo standhalten, mit Veränderungen umgehen? Letzteres sei besonders entscheidend, sagt eine IVST: Man habe die Erfahrung gemacht, dass die Konfrontation mit Veränderungen für sehr viele Personen eine Herausforderung darstelle. Man versuche daher, auch diesen Aspekt in den Aufbau der Arbeitsfähigkeit mit einzubeziehen, indem die Versicherten beispielsweise Trainings in verschiedenen Settings absolvieren und sich nicht nur an die Arbeitsabläufe eines einzelnen Anbieters gewöhnen [G]. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, mehrere Einschätzungen zu den Fähigkeiten und Ressourcen der Versicherten zu bekommen [V].

Trotz des positiven Grundtenors gibt es in der Umsetzung des Arbeitsversuchs auch Schwierigkeiten und Kritikpunkte. Dies betrifft zum einen **Anreizstrukturen** für die Versicherten: Der Arbeitsversuch berge für die Versicherten zwar kein finanzielles Risiko, aber auch keinen unmittelbaren Vorteil, so eine IVST, die es generell als schwierig erlebt, Personen für den Eingliederungsversuch zu motivieren [P]. Aber auch in anderen IVST hatte man schon Fallkonstellationen mit Negativanreizen, wodurch Personen gewissermassen durch ihre Eingliederungsbemühungen «bestraft» würden. Hier achtet die betreffende IVST teilweise darauf, für die Differenz aufzukommen, damit die Versicherten keinen Einkommensverlust haben [O]. Zum anderen wurde von einer IVST berichtet, dass in gewissen Fällen eine Verlängerungsmöglichkeit des derzeit auf maximal 6 Monate beschränkten Arbeitsversuches z.B. um ein weiteres halbes Jahr sinnvoll wäre [J].

Mehrfach erwähnt wurde auch die ungelöste Frage des **UVG-Schutzes**, die nicht nur für Versicherte heikel ist, sondern sich auch eingliederungshemmend auswirke [J, N, S]. Man mache die Erfahrung,

dass die Arbeitgeber skeptisch sind, ob beim Arbeitsversuch nicht doch noch Kosten auf sie zukommen könnten. Eine ideale Lösung aus Sicht der IVST wäre es, wenn die Unfallversicherung via IV laufen könnte [N].

Immer wieder wurde in den Gesprächen darauf hingewiesen, dass Schwierigkeiten bei der Umsetzung generell weniger mit der Art und Ausgestaltung der Massnahmen zu tun haben, sondern eher darin, überhaupt einen Arbeitgeber zu finden. Denn auch bei sehr guten Regelungen müsse man sich bewusst sein, dass Eingliederung für die Arbeitgeber immer einen Zusatzaufwand bedeute [bspw. D, O]. Umgekehrt sprachen einzelne IVST auch das Thema Missbrauchsgefahr an: Es komme in Einzelfällen vor, dass Arbeitgeber von vorneherein gar kein Interesse an Integration haben und nur während ein paar Monaten von einer Gratis-Arbeitskraft profitieren wollten [P, H].

Einarbeitungszuschuss (EAZ)

Dieses mit der 5. IVG-Revision eingeführte Instrument wurde aufgrund der Erfahrungen in der Praxis (administrative Hürden) im Rahmen der 6a modifiziert. Ziel war die praktikablere Umsetzung mittels Herauslösung aus dem bisherigen Taggeldsystem und der direkten Auszahlung an den Arbeitgeber über die ZAS in Genf (vgl. Botschaft zur IVG-Revision 6a, 1892).

Die meisten IVST beurteilen den EAZ grundsätzlich als gutes Eingliederungsinstrument – besonders positiv und wichtig sei, dass es dem Arbeitgeber eine Sicherheit gebe. Spezifische Kritikpunkte am EAZ gab es wenige: Eine IVST findet es schwierig, dass ein Arbeitsvertrag schon vorliegen muss (vorgelagerte Hürde, bis Arbeitsverhältnis zustande kommt) [Z]. Aus ähnlichen Gründen setzt eine weitere IVST kaum EAZ ein: Finanzielle Anreize seien zwar gut, aber noch wichtiger sei das soziale Gewissen und die grundsätzliche Bereitschaft der Arbeitgeber, IV-Beziehende anzustellen. Und wenn auf dieser Basis ein Arbeitsverhältnis zustande komme, würden sich finanzielle Anreize weitgehend erübrigen [S]. Andere IVST wiederum betonen, wie wichtig es sei, die Risiken für Arbeitgeber zu minimieren: Wünschenswert wäre aus ihrer Sicht gar ein «absolutes Nullrisiko» für die Arbeitgeber, d.h. die Garantie, dass die IV für alle Versicherungsleistungen aufkommen und sie sich um nichts zu kümmern brauchen [W].

Beratung und Begleitung

Rentenbezüger/innen sowie Arbeitgeber haben während des gesamten Eingliederungsprozesses und neu auch nach einer erfolgten Eingliederung (nach Aufhebung der Rente während längstens drei Jahren) Anspruch auf Beratung und Begleitung. Gemäss der Botschaft zur 6. IVG-Revision (S. 1846) kann diese Leistung entweder durch die IV-Stellen selbst oder durch den Beizug externer Fachpersonen (z.B. Jobcoaches) erfolgen.

Die Beratung und Begleitung der Versicherten **während der Eingliederungsphase** gehöre zum Tagesgeschäft und sei eine Kernaufgabe der IVST, so der Grundtenor. In diesem Sinne werde Beratung und Begleitung oft nicht als Massnahme verfügt bzw. codiert. Dass einzelne IVST sagen, sie würden seit der 6a häufiger Beratungs- und Begleitungsaufgaben machen, mag vor allem damit zu tun haben, dass die Eingliederung von Personen aus der Rente vergleichsweise zeitintensiv ist und eine relativ enge Begleitung erfordert. In der Regel werden externe Fachpersonen – sofern die IVST überhaupt welche beizieht – daher bei besonders betreuungsintensiven Fällen eingesetzt [z.B. O, B, I]. Gründe, die gegen das (allzu häufige) Delegieren von Coachings an Externe angeführt werden, sind oft grundsätzlicher Art: Coaching als Kernkompetenz der IV-Eingliederungsfachpersonen; ständige Ansprechperson innerhalb der IV sowohl für Prozess als auch für das Image der IV als dienstleistungsorientierte und in Sachen Eingliederung kompetente Institution. Eine Interviewpartnerin gibt ausserdem zu

bedenken, dass der Austausch mit externen Job-Coaches zwar grundsätzlich positiv und bereichernd sei, andererseits dadurch für sie als Eingliederungsfachperson Gelegenheiten zur Kontaktpflege und Arbeitgeberakquise wegfallen [Y].

Einzelne IVST verwenden diese Massnahme gezielt auch für Personen, bei denen zum Zeitpunkt der Revision (oder der Neuanmeldung) eine **Eingliederung noch nicht möglich** ist, aber allenfalls zu einem späteren Zeitpunkt gelingen könnte. Eine IVST hat dazu eigens ein Spezialteam eingerichtet, das die Dossiers mit unveränderter Rente nochmals durchgeht und prüft, ob es sich lohnen würde, bei gewissen Personen bei denen Potenzial vermutet wird, mit Beratung und Begleitung eng dranzubleiben, um zeitnah die Wiedereingliederung angehen zu können. Solche Fälle habe man bislang aber erst wenige gehabt [I]. Eine weitere IVST, welche «Beratung und Begleitung» auf diese Weise nutzt, tut dies vorwiegend bei Neuanmeldungen: Wenn sie sehen, dass Eingliederung vorerst nicht möglich ist, wird eine Rente gesprochen, aber mit der engen Begleitung versucht man, die Distanz zum Arbeitsmarkt auf die kürzest mögliche Dauer zu beschränken [D]. Mit demselben Ziel hat eine andere IVST im Zuge der 6a die kontinuierliche Begleitung bzw. die regelmässige Kontaktpflege auch zwischen Revisionen als generelles Prinzip etabliert. Dabei handelt es sich um informelle Kontakte mit den Versicherten, bei Bedarf auch mit Ärzt/innen, um über aktuelle Entwicklungen informiert zu sein und ggf. eingliederungsorientiert aktiv zu werden [N]. Dass die Massnahme «Beratung und Begleitung» prinzipiell auch für Neurentner/innen sinnvoll wäre, meint auch eine andere IVST. Gleichzeitig sei es jedoch fraglich, ob dies noch Aufgabe der IV sei – damit nähere man sich in gewisser Weise dem Sozialdienst-Niveau an [E; ähnlich auch U].

Nach der Eingliederung in den Arbeitsmarkt erfolgt die Beratung und Begleitung grossmehrheitlich in Form eines Gesprächsangebots, das bei Bedarf von Versicherten und Arbeitgebern in Anspruch genommen werden kann.³¹ Zuständig ist in der Regel diejenige Eingliederungsfachperson, welche zuvor das Dossier betreut hat. Diese Form der Nachbetreuung wird häufig nicht als Massnahme verfügt, und eine IVST merkt an, dass dieses Gesprächsangebot grundsätzlich auch nach Ablauf der 3 Jahre zur Verfügung stehe [D]. Selbst in Fällen, wo die IVST in der Nachbetreuung eine etwas aktivere Rolle einnimmt, erfolgt dies häufig auf informelle Art und Weise («ab und zu nachfragen, wie's läuft») und wird dementsprechend nicht offiziell verfügt. Eine aktive und formell verfügte Beratung und Begleitung scheint eher die Ausnahme und erfolgt entweder fallweise [W, T] oder beschränkt sich auf eine erste Phase. In zwei IVST werden ehemalige Versicherte und Arbeitgeber drei Monate aktiv unterstützt, danach nur noch bei Bedarf [S, L].

Seitens der Arbeitgeber sei die **Nachfrage** an Auskünften und Unterstützung nach erfolgter Eingliederung unterschiedlich, berichten die IVST. Generell werde das Angebot geschätzt, sich mit Fragen jederzeit an die IV wenden zu können. Gemäss den Rückmeldungen der IVST scheint die tatsächliche Inanspruchnahme jedoch insgesamt nicht sehr gross; offenbar ist es eher die Ausnahme, dass Arbeitgeber sich wünschen, regelmässig von der IVST kontaktiert zu werden [bspw. A].

Die Schwierigkeiten und Grenzen bei der Umsetzung dieses «neuen» Instruments (Beratung und Begleitung war schon vor der 6a ein wichtiger Teil der Eingliederung) liegen hauptsächlich in den dafür zur Verfügung stehenden **Ressourcen**. Mehrere IVST weisen darauf hin, dass sie aufgrund von Personalknappheit teilweise bereits während [H], besonders aber nach Abschluss der Eingliederungs-

³¹ Eine IVST hat zu diesem Zweck eigens eine Arbeitgeberhotline eingerichtet [A].

phase die Versicherten nicht in dem Umfang oder der Intensität begleiten können, die sie als sinnvoll erachten [H, U, Y, S, Q]. Dass die Nachbetreuung an externe Fachpersonen ausgelagert werden könnte, wird lediglich von einer IVST explizit als prüfenswert erachtet (ihre Eingliederungsfachpersonen seien zu wenig für den Bereich Coaching ausgebildet) [Q]. Andere IVST sind jedoch der Meinung, dass es für die Versicherten und Arbeitgeber wichtig ist, eine konstante Ansprechperson innerhalb der IV zu haben [U, T].

Übergangsleistungen und dreijährige Schutzfrist

Mit der dreijährigen Schutzfrist, die nach erfolgreichen Eingliederungen mit Herabsetzung oder Aufhebung der Rente gilt, wird sichergestellt, dass bei einer erneuten gesundheitsbedingten Leistungseinbusse ab 30 Tagen rasch und unkompliziert eine Übergangsleistung in Form einer Rente ausgerichtet wird und ggf. ein Wiederaufleben der Rente erfolgen kann (Art. 32–34 IVG). Die Übergangsleistungen sollen sowohl eine Schutzfunktion als auch einen Anreiz für die Wiedereingliederung schaffen: Versicherte erhalten die Sicherheit, dass sie während dreier Jahre finanziell weitgehend gleichgestellt sind, wie wenn sie den Schritt der Wiedereingliederung nicht gewagt hätten; Arbeitgeber werden vor Malusrisiken bei der Krankentaggeldversicherung geschützt und auch bzgl. beruflicher Vorsorge entlastet (Zuständigkeit der bisherigen Vorsorgeeinrichtung während dreier Jahre) (Botschaft zur 6. IVG-Revision, 1896ff).

Von einer Mehrheit der IVST wird die Schutzfrist als gutes und wichtiges «**Verkaufsargument**» betrachtet, sowohl gegenüber den Versicherten als auch gegenüber Arbeitgebern. Grundsätzliche Skepsis bezüglich des angestrebten psychologischen Effekts wurde nur vereinzelt zum Ausdruck gebracht: Eine IVST macht die Erfahrung, dass die Ängste der Versicherten auch mit der Schutzfrist oft nicht beruhigt werden können [Q], andere, dass sich bezüglich der Arbeitgeberakquise auch mit den neuen Sicherheiten nicht viel verändert habe (auch weil versicherungstechnisch kompliziert und schwer zu vermitteln) [H, F]. Weitere kritische Rückmeldungen betreffen die konkrete Ausgestaltung der Übergangsleistungen und (erwartete) Schwierigkeiten bei der Umsetzung. Verschiedentlich wird Handlungsbedarf bezüglich der **Pensionskassen** erwähnt: Problematisch sei der fehlende Schutz bei Junginvaliden oder generell Personen, die zuvor keiner Vorsorgeeinrichtung angeschlossen waren [W, N]. Eine IVST hat ausserdem den Eindruck, dass bei den Pensionskassen eine verzerrte Wahrnehmung besteht, wann ein Anspruch auf Übergangsleistungen/Wiederaufleben der Rente besteht, und regt an, dort noch gezielte Informations- und Aufklärungsarbeit vorzunehmen [W]. Andere erwarten, dass die Umsetzung eher nicht so rasch und unkompliziert erfolgen kann wie in der Theorie vorgesehen; administrativ sei der Vorgang aufgrund der Koordination mit den verschiedenen Versicherungen komplex [F, S]. Die Effektivität der Schutzfrist sei daher vornehmlich auf der psychologischen Ebene zu sehen, weniger auf der praktischen [S].

Neun IVST haben bereits Erfahrungen mit Übergangsleistungen gemacht – jedoch nur in wenigen Einzelfällen. In der Botschaft zur 6. IVG-Revision (S. 1854) wird davon ausgegangen, dass Übergangsleistungen bzw. das Wiederaufleben der Rente in höchstens 5% der Fälle notwendig sein wird. Eine Beurteilung dieser Einschätzung (wie auch der Massnahme insgesamt) ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich, zumal die Schutzfrist in den allermeisten Fällen gegenwärtig noch läuft. Einzelne Interviewpartner machten darauf aufmerksam, dass die tiefen Zahlen sowohl mit nachhaltig erfolgreichen Wiedereingliederungen als auch mit fehlendem Wissen der Versicherten (und ihrer Arbeitgeber) zu tun haben könnte, was ihre Ansprüche betrifft und wie sie im konkreten Fall vorgehen müssen [U, A].

Abbruch und Abschluss

Auf Prozessebene haben die meisten IVST klar definiert, wie vorgegangen wird, wenn eine Massnahme vorzeitig abgebrochen wird. Wichtig ist die Analyse der Gründe: Liegen medizinische Ursachen vor? Wurde das Potenzial falsch eingeschätzt? Fehlen die Bemühungen der Versicherten Person? Je nachdem werden nochmals medizinische Abklärungen gemacht (RAD), eine erneute interdisziplinäre Fallbesprechung und ggf. Anpassung des Eingliederungsplans vorgenommen. Auch die Betroffenen werden auf ihre Mitwirkungspflicht verwiesen, allenfalls mittels Mahn- und Bedenkzeitverfahren. Letzteres führt in der Erfahrung der IVST allerdings kaum zu einer verbesserten Kooperation – in der Regel kommen die Versicherten daraufhin mit Arztzeugnissen, um zu belegen, dass sie nicht arbeiten können, wonach es kaum mehr gelingen kann, den Revisionsprozess auf einer potenzialorientierten Ebene weiterzuführen. IVST, die die Mitwirkungspflicht einfordern, tun dies denn auch eher aufgrund prinzipieller Überlegungen [z.B. K].

Viel weniger klar ist jedoch das Vorgehen, wenn die Entwicklung stagniert oder wenn Ziele nicht im erwarteten Umfang erreicht werden können, zumal Rückschläge und instabile Verläufe zum Eingliederungsprozess gehören und bei EOR aufgrund von Krankheitslast und längerem Rentenbezug häufig besonders ausgeprägt sind. Für Eingliederungen aus Rente werden vor diesem Hintergrund die Verlängerungsmöglichkeiten eindeutig begrüsst; dass der Zeitdruck weitgehend entfällt, verbessert aus Sicht der IVST die Rahmenbedingungen ganz entscheidend. Gleichzeitig kam bei den Fallbeispielen immer wieder zum Ausdruck, wie schwierig es sein kann zu entscheiden, ob sich Hartnäckigkeit und Geduld weiterhin lohnen, oder ob man angesichts von Stagnation oder Rückschlägen besser mit unverändertem Ergebnis abschliesst. Angesichts der individuellen Fallkonstellationen lassen sich hierfür wohl kaum Entscheidungsrichtlinien aufstellen; diese wurden nicht systematisch abgefragt und dürften auch stark von der Erfahrung der Eingliederungsfachpersonen abhängen. Während für jemanden generell die Motivation einer Person ausschlaggebend ist (falls eine klare Zielorientierung besteht, wird der Eingliederungsprozess tendenziell fortgesetzt [A]), orientiert sich eine andere Person generell an einen Richtwert von 6 Monaten. Gebe es während dieser Zeit keinerlei Anzeichen für Veränderung und Entwicklung, sei die Wahrscheinlichkeit gering, dass mit der Fortsetzung der Massnahmen (zumindest vorläufig) noch etwas erreicht werden könne [E]. Eine Strategie für solche Fälle besteht demnach darin, die Revision ohne Veränderung abzuschliessen, aber in einem kurzen Abstand wieder zu prüfen, ob sich die Möglichkeit zur Eingliederung verbessert hat.

Erfolgsfaktoren und Herausforderungen

Versicherte aus einer Rente heraus in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren ist eine sehr anspruchsvolle Aufgabe, die von den Eingliederungsfachpersonen viel Zeit, Geduld, Engagement und Kreativität abverlangt. Denn die Wiedereingliederung spielt sich nicht nur auf einer beruflichen Ebene ab, sondern ist meist auch mit wesentlichen Veränderungen in anderen Lebensbereichen verbunden: Wenn eine Person schon längere Zeit eine Rente bezieht, ist das Herauslösen aus dem System nicht immer einfach, zumal teilweise auch das Umfeld/die Familie auf die Rente (oder die zeitliche Verfügbarkeit einer Person) eingestellt ist. Es braucht demnach zusätzlich zu den genannten psychosozialen Ressourcen eine gute Begleitung durch die Eingliederungsfachperson, zu deren Aufgaben auch die Vernetzung des professionellen und privaten Unterstützungsnetzwerks gehört (je nach Bedarf: Ärzte, Therapeuten, Jobcoach, Sozialdienste etc.). Aber auch das beste Zusammenspiel all dieser Faktoren nützt nichts, wenn keine passende Arbeitsstelle gefunden werden kann. Hier müssen die Tätigkeit, das Pensum sowie das Arbeitsklima stimmen, und die Vorgesetzten müssen bereit sein, die entsprechenden Anpassungen und den Zusatzaufwand für Betreuung etc. zu leisten. Für eine erfolgreiche

Eingliederung müssen demnach sehr viele verschiedene Faktoren gut zusammenspielen. In den Gesprächen mit Personen aus der Praxis wurde anhand von Fallbeispielen herausgearbeitet, welche externen, von der IVST kaum beeinflussbaren Faktoren (Ebene Person, Ebene Kontext) den Eingliederungsprozess erschweren können, und welche Möglichkeiten sie als IVST haben, um positive Dynamiken zu fördern und Versicherte erfolgreich einzugliedern.

Psychosoziale und Kontextfaktoren

Aus den Interviews mit den IVST geht hervor, dass es kein «typisches» EOR-Profil gibt, was Diagnosen oder soziodemografische Merkmale betrifft. Auch innerhalb des durch die Triagekriterien gesteckten Rahmens ist die Bandbreite der bisher bearbeiteten EOR-Fälle gross, und zwar sowohl bei den erfolgreich Eingegliederten als auch bei schwierigen und mit unverändertem Ergebnis abgebrochenen Fallverläufen. Nur einzelne IVST stellen gewisse allgemeine Tendenzen fest – z.B. dass die EOR-Fälle bis jetzt vorwiegend Personen mit psychischen Erkrankungen [Z], Rückenproblemen [K] oder jüngere Versicherte zwischen 20 und 30 [N] waren. Generell liegen die Gemeinsamkeiten dieser insgesamt recht heterogenen Gruppe – Männer und Frauen, ältere und jüngere Versicherte, somatische wie auch psychische Diagnosen – eher auf der Ebene der **psychosozialen Ressourcen**. Diese stellen gleichzeitig Erfolgsfaktoren auf der individuellen Ebene der Person dar. Die Erfahrungen der IVST, welche Faktoren, Voraussetzungen oder Charakteristika die Chancen für eine erfolgreiche Eingliederung erhöhen, stimmen weitgehend überein:

- **Kurze Rentenbezugsdauer:** Je länger jemand vom Arbeitsprozess weg ist, desto schwieriger
- **Stabile Gesundheit,** sowohl objektiv (medizinische Einschätzung) als auch subjektiv (Person fühlt sich ausreichend gesund um zu arbeiten; Selbstwahrnehmung nicht von Krankheitsvorstellung dominiert). Dabei ist auch eine realistische Selbsteinschätzung wichtig.
- **Kognitive Ressourcen,** idealerweise Ausbildungsniveau berufliche Grundbildung oder höher³²
- **Arbeitserfahrung** vorhanden (versicherte Person kann Basisanforderungen der Arbeitswelt wie Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit erfüllen, arbeitet bereits im geschützten Rahmen oder auf dem ersten Arbeitsmarkt³³)
- **Integration:** Ausreichende Sprachkompetenzen; Verständnis der hiesigen Arbeitskultur
- **Tagesstruktur** und Aktivitäten (ideal, aber nicht unbedingt Voraussetzung)
- **Motivation:** Wunsch in den Arbeitsprozess zurückzukehren und Bereitschaft, das Risiko auf sich zu nehmen, von der Sicherheit der Rente in die Unsicherheit des Arbeitsmarktes überzutreten («Einstellung zum Rentenstatus»; «Wunsch, von IV wegzukommen»)
- **Soziales Umfeld:** Unterstützt die Eingliederungsbemühungen, forciert aber auch nicht
- **Hausarzt/-ärztin,** Therapeut/in etc. unterstützen den Eingliederungsprozess. Wenn Ärzt/innen dagegen sind, ist die erfolgreiche Erwerbsintegration sehr schwierig zu erreichen.

Die Fallbeispiele zeigen, wie sehr die oben genannten psychosozialen Aspekte sowohl positive als auch negative Verläufe prägen. Damit sind nicht nur schwierige Grundkonstellationen gemeint, die zumeist bereits während des Triageprozesses berücksichtigt werden (lange Rentenbezugsdauer,

³² Diese Idealvoraussetzung kann keineswegs immer erfüllt werden. Verschiedene Fallbeispiele zeigen, dass auch Personen auf Hilfsarbeiter-Niveau den Wiedereinstieg schaffen können – dies ist jedoch nach Ansicht der IVST angesichts der Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt (immer weniger Stellen für Tiefqualifizierte, Konkurrenz mit RAV, Sozialdiensten etc. um diese zu besetzen) mit grossen Herausforderungen verbunden.

³³ Zur Problematik der Teilzeiterwerbstätigkeit siehe oben, Triage-Kriterien

gewisse Diagnosen wie z.B. Schizophrenie und grosse subjektive Krankheitslast sprechen eher gegen einen Eingliederungsversuch; bei Personen mit vielen gesundheitlichen Einschränkungen kann es schwierig sein, eine gemäss den ergonomischen Vorgaben «angepasste Tätigkeit» zu finden [H]). Auch bei Personen, denen grundsätzlich Eingliederungspotenzial attestiert wird, bleiben während der gesamten Eingliederungsphase latente Risikofaktoren bestehen. Dazu gehören insbesondere medizinische Rückfälle. Verschiedentlich wird die Gefahr der **Dekompensation** erwähnt, d.h. dass die Versicherten negative somatische und/oder psychische Reaktionen auf die Eingliederung aufweisen. Dies kann den Prozess verzögern, im schlimmsten Fall gar einen Abschluss der Revision mit höherer Rente zur Folge haben [z.B. Z]. Eingliederungsfachpersonen berichten, dass je nach Krankheitsbild eine ständige Unsicherheit bestehe, was produktiv ist, was kontraproduktiv ist, wobei selbst der kleinste Fehlentscheid den Prozess um Welten zurückwerfen könne [P]. Gesundheitliche Probleme sind, wie bereits verschiedentlich erwähnt, auch auf der Ebene Kooperation/Mitwirkung ein dominantes Thema.

Verschiedene IVST verweisen **auf kantonsspezifische Kontextfaktoren**, welche den Eingliederungsprozess – bzw. das Erfolgspotenzial von Eingliederungen aus Rente insgesamt – massgeblich beeinflussen. Dazu gehört die Zusammensetzung des Rentenbestandes bzw. der «Pool» an Personen, die potenziell für EOR infrage kommen: Einzelne IVST sprechen insgesamt von einer schwierigen Ausgangslage, weil sehr viele ihrer Versicherten über geringe Bildungsressourcen verfügen und/oder fehlende Sprachkenntnisse haben (Stufe Hilfsarbeiter) [M, B, G, D?]. Eine andere sieht geringes Potenzial, weil ein grosser Teil der Versicherten eine volle Rente bezieht [F]. Die Zahlen seien zwischen Kantonen generell schwer vergleichbar, meint eine IVST, weil ausserdem Faktoren wie Ärztedichte und die Haltung der Gerichte auf den Rentenbestand und auf Revisionen einwirken [M]. Wohl der wichtigste Kontextfaktor – Aufnahmefähigkeit bzw. -bereitschaft des Arbeitsmarktes für Personen mit gewissen Einschränkungen – ist in allen Kantonen gleichermassen relevant. Geeignete Arbeitsplätze zu finden ist überall eine Herausforderung, ebenso dürfte die von einigen IVST erwähnte Konkurrenz mit anderen Playern (RAV, Sozialdienste, Migrationsbereich) in der ganzen Schweiz eine Rolle spielen. Einzelne Kantone betonten jedoch, dass sie von einem relativ ausgeprägten sozialen Verantwortungsbewusstsein der Arbeitgeber profitieren [H, S, W]. Dabei handelt es sich offenbar um eine regionale Besonderheit, die nicht direkt mit der Wirtschaftsstruktur (viele KMUs vs. grosse Arbeitgeber) oder der Kantonsgrösse zusammenhängt, sondern eher mit einer Haltung, die in gewissen Kantonen gepflegt wird («bei uns kennt man sich und unterstützt sich gegenseitig»).

Erfolgsfaktoren Vorgehen IVST

Welchen Beitrag können die IVST leisten, damit der Eingliederungsprozess gelingt? Gemäss den bisherigen Erfahrungen mit EOR können verschiedene Vorgehensweisen hervorgehoben werden, die sich in der Praxis bewährt haben:

Umgang mit den Versicherten

- **Transparenz schaffen:** Die Personen müssen wissen, worauf sie sich einlassen [S, I, viele weitere]
- **Motivieren und Ängste abbauen:** Ein Interviewpartner merkt an, dass Widerstände gegen Eingliederung wohl nicht zuletzt auch mit einer allgemeinen Abneigung, grundlegende Veränderungen vorzunehmen, zu tun haben – dies sei ein Stück weit nachvollziehbar und betreffe sicher viele von uns [B]. (Für Strategien zur Vertrauensbildung vgl. Kap. 14.2, Reaktionen der Versicherten)
- **Chemie zwischen Versicherten und Eingliederungsfachperson:** Zwei (grössere) IVST berichten, dass sie bei der Zuteilung der Dossiers diesen Aspekt stets mitberücksichtigen. Fachwissen über Gesprächsführung könne man sich aneignen, sei aber nur ein Teil der Zusammenarbeit. [N, I]

- **Zeit lassen:** Die Erfahrung zeige, dass es Zeit und Flexibilität braucht, um eine Person für einen Eingliederungsversuch zu gewinnen [H]. Es sei wichtig, den Versicherten zu Beginn ausreichend Bedenkzeit zu gewähren und während der Massnahmen nicht unnötig zu stressen. [H, G, weitere?]
- **Ressourcenorientiertes Vorgehen beim Erstellen des Eingliederungsplans:** Ergonomisches Profil (RAD, Potenzialabklärung), aber an die Selbstverantwortung der Versicherten appellieren und deren eigene Ideen und Vorstellungen abholen (mehr dazu in Kap. 14.2). Erfahrungsgemäss verlaufe die Eingliederung besser, wenn die versicherte Person selber bestimmen kann, was sie machen möchte.
- **Wahl der geeigneten Massnahme(n):** Bezüglich der Wahl der geeigneten Massnahmen scheint es gemäss den Aussagen der Befragten kein generelles Erfolgsrezept zu geben; es wird darauf verwiesen, dass Entscheide darüber, ob eine Massnahme sinnvoll ist oder nicht, individuell und von Fall zu Fall getroffen werden sollten.
- **Eingliederungsplan einhalten und Zielvereinbarungen einfordern, aber auch mal flexibel und grosszünftig sein.** Für sie sei wichtig, so eine Eingliederungsfachperson, jeweils rechtzeitig zu reagieren/intervenieren, wenn Schwierigkeiten auftauchen, jedoch nicht bei jedem kleinen Problem einzugreifen [S].
- **Präsent sein:** Die Versicherten eng begleiten, als Ansprechperson für Versicherte, Arbeitgeber und weitere Partner/innen zur Verfügung stehen (dabei ist auch die Präsenz vor Ort wichtig; dass die IVST «ein Gesicht bekommt»)

Offene, unbürokratische Haltung der IVST

- **Kreativität und Mut zu unkonventionellen Lösungen:** Mehrere IVST betonen, wie entscheidend es sein kann, zwischendurch für unbürokratische Lösungen Hand zu bieten. Damit könne man bei den Partnern (Institutionen des 2. Arbeitsmarktes, Arbeitgeber) für Goodwill sorgen, im Idealfall stärke man damit auch die Verhandlungsposition der IVST [O]. Diese Haltung der Offenheit und der Freiraum, auch mal etwas auszuprobieren und Risiken einzugehen, werden von den Eingliederungsfachpersonen sehr geschätzt. [O, D, Y]
- **Hartnäckig sein, Ausdauer zeigen und an den Erfolg glauben**

14.1.3 Überprüfung Rentenanspruch

In der Regel geht die Fallführung nach Abschluss der Eingliederungsphase wieder zurück an die Rentensachbearbeitenden, welche basierend auf dem Eingliederungsbericht den Rentenanspruch überprüfen bzw. je nach Eingliederungserfolg neu beurteilen. Einzelne IVST berichten, dass im Falle abgebrochener Massnahmen nochmals interdisziplinär geprüft wird, ob eine Eingliederung unter medizinischen Aspekten möglich wäre. Dazu wird der RAD beigezogen [T] oder über die Neubeurteilung des Rentenanspruches in einer interdisziplinären Fallbesprechung entschieden [J].

Was die Herabsetzung oder Aufhebung von Renten bei Personen mit verbesserter *Erwerbsfähigkeit* (Terminologie gemäss IVG), jedoch nicht erfolgreicher Erwerbsintegration betrifft, scheinen die IVST etwas unterschiedliche Haltungen zu vertreten. Dazu kommt, dass es (noch) sehr wenige Rentenänderungen nach EOR gibt. Für viele IVST machen nach wie vor die Revisionen aufgrund medizinisch-theoretischer Anspruchsänderung den grössten Teil der Reduktionen aus. Auf der einen Seite wird die Haltung vertreten, dass die Reduktion/Aufhebung der Rente bei Personen, die im Rahmen einer EOR eine gewisse Erwerbsfähigkeit erlangt haben, unzulässig sei, wenn keine Integration in den Arbeitsmarkt stattgefunden hat. In diesem Zusammenhang stelle sich jedoch die Frage, ob die Unterscheidung zwischen EOR und «klassischen» Revisionen sachgerecht und fair sei [E], zumal bei Vorliegen medizinisch-theoretischer Revisionsgründe eine Rentenänderung ohne tatsächliche Integration in den

Arbeitsmarkt erfolgen kann. Der andere Standpunkt erachtet die Rentenreduktion bei Arbeitsfähigkeit ohne tatsächliche Eingliederung in den Arbeitsmarkt grundsätzlich für möglich, wenn eine Leistungssteigerung nachgewiesen werden kann (medizinisches Gutachten oder Messung im Arbeitsversuch): Die IV müsse der versicherten Person grundsätzlich keinen Arbeitsplatz vermitteln [K, I, V]. IVST, die diese Sichtweise vertreten, verweisen jedoch gleichzeitig darauf, in der Praxis nur selten auf diese Weise zu verfahren. In der Regel bleibe man dran, bis die Person zumindest eine Teilanstellung habe, so eine IVST. Falls die Eingliederung einer durchaus arbeitsfähigen Person alleine an der Arbeitsmarktsituation scheitere – was jedoch ausgesprochen selten der Fall sei –, könne es in seltenen Fällen vorher zum Abschluss kommen [I].

14.2 Reaktionen der Versicherten – EOR

Die Versicherten reagieren sehr unterschiedlich auf die Einladung zum Assessment-Gespräch und den Vorschlag eines Eingliederungsversuches. Dabei gebe es durchaus Personen, die sich sehr über die Kontaktaufnahme durch die IVST freuten und nicht viel Überzeugungsarbeit benötigten, um sich auf den Eingliederungsprozess einzulassen. Gerade in solchen Fällen sei die Gefahr der Selbstüberschätzung gross. Bei einem Grossteil der Versicherten dominieren jedoch Unsicherheit und Ängste: Sie trauen sich das Erwerbsleben nicht zu; zweifeln daran, angesichts der Situation auf dem Arbeitsmarkt eine Chance zu haben («Wenn Sie mir eine Stelle finden, mache ich schon mit», sei eine öfter geäusserte Reaktion, meint eine IVST [G]) oder sind grundsätzlich misstrauisch und befürchten, die IV wolle ihnen die Rente wegnehmen.

Ein Teil der Versicherten hat von Anfang an ablehnend reagiert. Die Abwehrhaltung sei insgesamt gross gewesen, berichtet eine IVST [V], andere IVST haben die Ablehnung vor allem bei bestimmten Personengruppen zu spüren bekommen: Ältere Personen und/oder Versicherte mit langer Rentenbezugsdauer (55+/15+), Personen, die ihr «Lebenskonzept starr auf Rente eingerichtet» haben, oder «gewisse Kulturkreise», bei welchen die Rente als Lohn betrachtet werde und man auch aufgrund der soziokulturellen Konstellation und dem Umfeld kaum an die Leute herankomme. Die Abwehrhaltung könne dabei verschiedene Formen annehmen, z.B. Passivität, Formulierungen wie «ich würde zwar gerne, kann aber nicht» oder das Einschalten eines Anwalts bereits im Rahmen des Assessment-Gesprächs [I, N, K]. Besonders frustrierend für die IVST, nicht nur im Assessment, sondern während des gesamten Eingliederungsprozesses, sind Situationen, in denen die Versicherten vordergründig ihre Kooperation zusichern, aber dann mit Arztzeugnissen kommen, um ihre Krankheitslast/Arbeitsunfähigkeit zu demonstrieren [K, P u.a.].

Die grundsätzliche Verunsicherung mancher Versicherter hing nach Einschätzung der IVST einerseits mit der Medienberichterstattung über die 6a zusammen. Bei etlichen Personen habe die Gesprächseinladung fast Panik ausgelöst, weil sie der Meinung waren, die IV wolle ihnen nun die Rente kürzen. Mit viel Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit mussten in den Gesprächen zuerst geklärt werden, dass es um das Thema Eingliederung geht und die Rente im Rahmen der EOR (anders als bei RRS) nicht unmittelbar und per se gekürzt wird [R, F, P, N, H]. Ein anderer Auslöser für Ängste war auch, dass viele Versicherte noch nie persönlich mit der IV zu tun hatten und im Rahmen der EOR zum ersten Mal auf die IVST kamen – unsicher, was sie dort erwartet [z.B. N, P].

Vertrauensbildende Massnahmen

Die beiden grossen Themen des ersten (oder der ersten paar) Gespräche mit den Versicherten im Rahmen der EOR sind **Existenzängste** und **Motivation**. Was können die IVST tun, um die Versicherten «ins Boot zu holen» und sie dazu zu ermuntern, den Schritt in die Eingliederung zu wagen?

Die Haltung der IVST ist unterschiedlich, was ihre Möglichkeiten betrifft, die Motivation der Versicherten zu wecken. Während einige IVST betonen, dass der Wunsch zu arbeiten bei sehr vielen Versicherten vorhanden sei [z.B. S], sind andere diesbezüglich sehr skeptisch: Zu bequem sei die Rente, zu unsicher die Aussichten auf Erfolg [R, G]– eine Haltung, die eine IVST angesichts der Situation auf dem Arbeitsmarkt (prekäre Beschäftigungsverhältnisse, Druck auf die Löhne) sogar teilt [P]. Nur mit finanziellen Anreizen sähe diese IVST die Möglichkeit, Versicherte für Eingliederungsmassnahmen zu motivieren. Man müsse sich auch grundsätzlich die Frage stellen, meinen andere Interviewpartner, was die Aufgabe der Eingliederungsfachpersonen sei: Motivation abholen oder Motivation herbeiführen? Hier dürfe es nicht nur zwischen den IVST, sondern auch zwischen den einzelnen Mitarbeitenden unterschiedliche Ansichten und Vorgehensweisen geben [M, D]. Die Tendenz scheint jedoch dahingehend, dass man sich angesichts knapper Ressourcen vorwiegend auf Personen konzentriert, bei denen eine Grundmotivation bereits vorhanden ist.

Existenzängste, Zweifel und Unsicherheit sind auch bei Versicherten mit einer Grundmotivation oft vorhanden.³⁴ Die interviewten Eingliederungsfachpersonen verwenden verschiedene vertrauensbildende Massnahmen, um den Leuten die Ängste zu nehmen und sie davon zu überzeugen, Eingliederungsmassnahmen als Chance wahrzunehmen:

■ Information und Transparenz

Wie bereits angedeutet haben verschiedene IVST die Erfahrung gemacht, dass die Versicherten am Anfang nicht verstanden haben, worum es bei EOR geht. Es sei daher zentral, ihnen einerseits klar aufzuzeigen, warum eine Revision durchgeführt wird und was das Ziel des Assessments ist³⁵, und andererseits müsse man auch transparent informieren, wo der Prozess mittelfristig hinführen könnte [I, P, auch andere]. Um sicherzustellen, dass die Betroffenen alle notwendigen Informationen bekommen, führen manche IVST mehrere persönliche oder telefonische Gespräche mit den Versicherten [z.B. X, T], andere verschicken zusammen mit der Gesprächseinladung ein Informationsschreiben [N, P]. Von besonderer Bedeutung ist dabei das Aufzeigen des Angebots der IV, denn die neuen Instrumente und Regelungen (Arbeitsversuch, Schutzfrist etc.) werden von den IVST als wirksames Mittel gesehen, um Ängste abzubauen.

■ Alternativen konkretisieren

Was finanzielle Ängste betrifft, sei es hilfreich, genau hinzuschauen und den Versicherten aufzuzeigen, wie sich ihr Einkommen während der Eingliederungsphase und nach dem Einstieg in den Arbeitsmarkt neu zusammensetzen könnte, und wie bei Rückfällen während der Massnahme oder innerhalb der Schutzfrist vorgegangen wird [H]. Manchmal sei auch spezifische Unterstützung wichtig, indem man z.B. für die Versicherten noch Fragen zur Pensionskasse oder zum Anspruch auf Ergänzungsleistungen und ergänzendes Taggeld abkläre [I]. Auch was Zweifel bezüglich des eigenen Arbeits- und Leistungsvermögens betrifft, sei das Konkretisieren eines Prozessverlaufs wichtig. Besonders entscheidend scheint hier auch das Aufzeigen der kleinen Schritte, d.h. dass der Erwerbseinstieg

³⁴ Die bisher gemachten Erfahrungen sind in den IVST jedoch unterschiedlich: Während in einigen IVST bei «fast allen» EOR-Fällen die Ängste recht präsent waren, meinen andere, bei EOR seien Existenzängste weniger ein Thema als bei RRS oder «klassischen» Revisionen, da die Versicherten häufig die Erwartung bzw. das Ziel haben, mit Lohneinkommen mehr zu verdienen als mit Rente und Ergänzungsleistungen [Y].

³⁵ Etwa, dass es darum geht, Informationen zu sammeln und die Person kennenzulernen und nicht um einen Rentenentscheid.

nicht von heute auf morgen erwartet wird, sondern etappenweise erfolgt, und dass es Möglichkeiten gibt, den Einstieg in die Arbeitstätigkeit auszuprobieren und zu üben [H, S, I].

■ **Andere Akteure einbinden**

Um den Eingliederungsprozess von Beginn an auf gutem Fundament aufbauen können, könne es sinnvoll sein, vorher schon mit den behandelnden Ärzt/innen Kontakt aufzunehmen, damit diese die Versicherten vorbereiten können und während des Eingliederungsprozesses unterstützen [I, P]. Ab und zu werden Assessment-Gespräche auch in den Arztpraxen durchgeführt [P, auch andere]. Gewisse IVST erwähnen auch die Anwesenheit des RAD an den Assessment-Gesprächen als positiv, da diese/r die medizinische Sichtweise auf das vermutete Eingliederungspotenzial erläutern und gesundheitsbezogene Zweifel der Versicherten adressieren kann [K]. Verschiedene IVST machen in diesem Zusammenhang auch auf den Einbezug und die Vernetzung weiterer Akteure (z.B. RAV, Sozialdienste, Arbeitgeber, persönliches Umfeld) aufmerksam, die bei Rückfällen oder Schwierigkeiten die Versicherten unterstützen können. [I, weitere]

■ **Auf positiven Erfahrungen aufbauen**

Für unsichere oder wenig motivierte Versicherte kann es hilfreich sein, das Thema Arbeit (wieder) positiv zu besetzen. Beispielsweise lässt eine Eingliederungsfachperson die Person oft erzählen was sie früher im Job gemacht haben – viele hätten positive Assoziationen, auf die man anschliessend aufbauen könne [I]. Andere IVST ermöglichen skeptischen Versicherten Schnuppereinsätze mit dem Ziel, dass sie direkt die positiven Aspekte von Erwerbstätigkeit erfahren, gerade auch auf der sozialen Ebene (im Team eingebunden sein, Tagesstruktur haben etc.). Dies sei viel effektiver als die Aufzählung der Vorteile und Chancen des Wiedereinstiegs. [Y, J]

■ **Zeit lassen und bei der Eingliederung aktive Partizipation anstreben**

Vor dem Erteilen des Eingliederungsauftrags sei eine ausreichende Bedenkzeit sehr wichtig, meint eine IVST; die Versicherten seien im Gespräch oft überfordert von den vielen Informationen [J]. Man könne die Motivation wecken/fördern, indem man bei den Versicherten den Druck wegnehme [G]. Entscheidend dürfte jedoch die Begleitung oder Anleitung der Versicherten während dieser Bedenkzeit sein, sowie die aktive Rolle der Versicherten bei der Formulierung des Eingliederungsplans.

14.3 Umsetzung der Leitgedanken für die Triage / Revision

Im Rahmen der Erarbeitung des Musterprozesses hat das Bundesamt für Sozialversicherungen vier Leitgedanken zur Umsetzung der eingliederungsorientierten Rentenrevisionen formuliert. Es sind dies

- Gespräch vor Akten
- Weg von quantitativer zu qualitativer Revision
- Verstärkter Kontakt mit Arbeitgeber
- Verstärkter Kontakt mit behandelndem Arzt

Diese sollten den IVST als Bezugsrahmen dienen und – im Sinne implizit formulierter Erfolgsfaktoren – zu einem positiven Output der neuen Prozessmodalitäten beitragen. Aus den Gesprächen geht hervor, dass sich die IVST relativ stark an den Leitgedanken orientieren, wobei entsprechende Ansätze oft schon vor der 6a verfolgt wurden und im Rahmen der Implementierung der EOR eine Verstärkung oder noch konsequentere Verankerung erfuhren. Die wichtigsten Ergebnisse zu diesen vier Leitgedanken aus den Gesprächen sollen hier wiedergegeben werden.

Gespräch vor Akten

Dieser erste Leitgedanke betont die zentrale Rolle des persönlichen Gesprächs im Revisionsprozess. Gegenüber dem reinen Aktenstudium (das nach wie vor in einer ersten Phase eine wichtige Rolle spielt) soll der mündliche Austausch stärker gepflegt und gewichtet werden. Durch einen kooperativen Ansatz mit Versicherten und behandelnden Ärzt/innen sollen langwierige versicherungsmedizinische Abklärungen im Zusammenhang mit der Wiedereingliederung möglichst vermieden werden (vgl. Erläuterungen zur Verordnung 6a, März 2012).

Übereinstimmend betrachten die IVST diesen ersten Leitgedanken als wichtigen Bestandteil der EOR. Das Gespräch mit der versicherten Person und teilweise auch weiteren Akteuren (z.B. Hausärzt/innen) findet in der Regel in der Triage 2 statt, punktuell auch schon vorher – dann meistens in Form eines kurzen Telefonats. Der persönliche Kontakt mit den Versicherten vereinfacht das Triagieren, indem die IVST die erste aktenbasierte Einschätzung validieren kann und ein differenzierteres Bild der Person und ihrer Ressourcen, Motivation sowie den familiären Umständen erhält. Im Gespräch können ausserdem «weiche Faktoren» aufgegriffen und in eine vertiefte Fallbeurteilung aufgenommen werden. Nur eine IVST [B] gibt zu bedenken, dass Gespräche die Triageentscheidung bisweilen auch erschweren, etwa wenn danach die krankheitsbedingten Schwierigkeiten von schwierigen Lebensumständen nicht mehr klar differenziert werden können. Persönliche Kontakte mit den Versicherten und weiteren Akteuren (behandelnden Ärzt/innen, Arbeitgebern etc.) spielen selbstverständlich auch während der Eingliederungsphase eine Schlüsselrolle.

Die IVST sind sich einig, dass der persönliche Kontakt mit den Versicherten im Eingliederungsprozess unabdingbar ist, und bewerten das «Näherrücken» von IVST und Versicherten als eine positive Auswirkung der 6a. Zwar vertreten einige IVST die Ansicht, dass der vermehrte persönliche Kontakt hauptsächlich auf die 5. IVG-Revision zurückzuführen ist, andere IVST haben jedoch das Gespräch im Eingliederungsprozess noch im Zuge der 6a stärker verankert – in einer ersten Phase fast zu stark, meinen einzelne IVST rückblickend. Es gelte, eine Balance zu finden zwischen sorgfältiger aktenbasierter Triage und persönlichen Gesprächen, um die begrenzten Ressourcen zielführend einsetzen zu können [B, siehe oben]. Eine IVST weist darauf hin, dass sie den Leitgedanken mehr als «Gespräch zu den Akten» handhaben. Denn nach wie vor müssten sie aktenbasiert argumentieren um juristisch bestehen zu können – das Gespräch spiele daneben allerdings eine wichtige ergänzende Rolle. So scheint das persönliche Gespräch zwar in allen IVST verankert, aber nicht zuletzt aufgrund beschränkter Ressourcen gegenüber dem reinen Aktenstudium unterschiedlich gewichtet. Das Vermeiden von langwierigen versicherungsmedizinischen Abklärungen scheint im Rahmen der potenzialinduzierten Revisionsprozesse jedoch nur begrenzt durch «Gespräch vor Akten» erreichbar, solange aus juristischer Sicht die medizinisch-theoretische «Beweisführung» zur Arbeits(un)fähigkeit massgebend bleibt.

Weg von quantitativer zu qualitativer Revision

Hinter diesem Leitgedanken steckt die Überzeugung, dass sich der Erfolg einer IVST nicht an der Anzahl eingeleiteter Revisionen messen lässt, sondern ein möglichst gutes Verhältnis zwischen Revisionsaufwand und positiven Effekten auf den Rentenbestand angestrebt werden soll. Im Grunde geht es also um eine Prioritätensetzung: Bei Personen ohne Eingliederungspotenzial (oder mit geringen Aussichten auf gesundheitliche Stabilisierung/Verbesserung) soll der Aufwand für Revisionen reduziert und die Ressourcen stattdessen auf Fälle mit Aussicht auf eine rentenwirksame Eingliederung (oder eine Revision auf medizinisch-theoretischer Basis) konzentriert werden. Insgesamt wird damit ein besseres Verhältnis von Aufwand und Ertrag angestrebt.

Es lassen sich **zwei Vorgehensweisen** unterscheiden, derer sich die IVST bedienen, um die Revisionsmenge zu reduzieren: Erstens können die IVST bei den Revisionsfristen ansetzen, indem sie bei der Neuanmeldung, bei Auflagen zur Schadenminderung oder anlässlich einer Revision je nach Eingliederungspotenzial die Revisionsfrist kürzer terminieren oder weiter hinausschieben. Kriterien wie schwerste Behinderungen oder hohes Alter deuten auf ein geringes Eingliederungspotenzial hin. Solche Dossiers revidieren die IVST nur noch in sehr grossen Abständen; nicht wenige IVST führen heute bei Personen ohne jegliche Aussicht auf medizinische Veränderung und/oder Eingliederung überhaupt keine Revisionen mehr durch. Zweitens bietet eine Vortriage die Möglichkeit, «aussichtslose» Dossiers auszusortieren, bevor die Revision eingeleitet wird. Wie bereits im Abschnitt 14.1.1 ausgeführt, legen einige IVST anhand von Kriterien wie Besitzstand, Alter oder Krankheitsbild bereits nach einer ersten Prüfung einige Fälle wieder zur Seite.

In praktisch allen IVST hat dieser Wandel hin zu stärker qualitativ ausgerichteten Revisionen stattgefunden: Insgesamt haben sie die Revisionsmengen in den letzten Jahren gezielt reduziert.³⁶ Initiiert wurde diese Entwicklung jedoch nicht erst durch die 6a – die allermeisten IVST haben bereits zuvor damit begonnen, die Revisionen nicht mehr nach einer starren Zeitperiode einzuleiten und flexible Revisionsfristen zu setzen. Während einige IVST glauben, dass dieser Wandel weitgehend unabhängig von der 6a stattgefunden hat, haben andere das Prinzip «Qualität vor Quantität» erst seit der 6a verstärkt implementiert. Eine IVST betrachtet die Möglichkeit Revisionsfristen flexibel zu setzen gar als eine der grössten Neuerungen der 6a [F].

Als Ergebnis dieses Wandels berichten fast alle IVST von sinkenden Revisionsmengen. Obschon sich diese Reduktion der Revisionen höchstwahrscheinlich zu einem beträchtlichen Teil durch den klaren Fokus auf die selektive Einleitung von Revisionen aufgrund qualitativer Kriterien erklären lässt, muss auch mitberücksichtigt werden, dass die Neuanmeldungen bzw. Rentenzusprachen in vielen IVST in den letzten Jahren zurückgegangen sind. Dies hat ebenfalls einen Einfluss auf die Revisionsmenge, da es mit sinkendem Rentenbestand auch weniger Kandidaten für eine Revision gibt.

In den IVST herrscht weitgehender Konsens darüber, dass das Prinzip «Qualität statt Quantität» richtig ist. Es mache durchaus Sinn, den Fokus verstärkt auf Personen mit Anhaltspunkten für medizinische Verbesserung und/oder Eingliederungspotenzial zu richten, meinen die IVST übereinstimmend. So kann mehr Zeit für die einzelnen Revisionen aufgewandt werden. Nur eine IVST ist gegenüber der stärker qualitativ ausgerichteten Revisionstätigkeit eher skeptisch eingestellt. Aus ihrer Sicht lohnt es sich bei allen Versicherten in regelmässigen Abständen (mindestens alle 4 bis 5 Jahre) nachzuprüfen, ob sich an ihrer Situation etwas verändert habe. Sie sind überzeugt, Chancen auf eine (Wieder-)Eingliederung zu vergeben, wenn sie einige Dossiers zu lange zurückstellen [E].

Kontakt mit Arbeitgeber

Kontakte mit den Arbeitgebern sind einerseits während des Eingliederungsprozesses sehr wichtig (Koordination und Vermittlung zwischen Versicherten und Arbeitgebenden; Beratung und Begleitung etc.). Hauptsächlich aber bezieht sich dieser Leitgedanke auf den Kontakt zu Arbeitgeber/innen im Rahmen der Akquisition von Arbeitsplätzen.

³⁶ Nur eine IVST gibt an, diesen Ansatz noch nicht konsequent umgesetzt zu haben, hat aber entsprechende Veränderungen schon eingeleitet.

Die IVST bedienen sich einer Reihe von **Aktivitäten**, um Kontakte zu den Arbeitgebenden aufzubauen bzw. zu pflegen. Die Aktivitäten der IVST lassen sich unterteilen in allgemeine Netzwerkaktivitäten und bilaterale Gespräche. Erstere sind in der Regel auf eine längerfristige Zusammenarbeit und Sensibilisierung der Arbeitgeber ausgerichtet. Dazu gehören Arbeitgeberanlässe, Messen, Broschüren oder Firmenbesuche, um auf die Angebote und Anliegen der IVST aufmerksam zu machen. Insgesamt zeigen sich die IVST im Bereich des Netzwerkes durchaus innovativ, sind z.B. präsent in Arbeitgebernetzwerken wie der Industrie- und Handelskammer, sensibilisieren an Fachhochschulen künftige HR-Fachleute oder versuchen mit Awards das soziale Engagement von Arbeitgebern sichtbar zu machen und zu fördern.

So wichtig diese allgemeine Netzwerkpflege ist: Mehrere IVST erachten die konkrete fallbezogene Zusammenarbeit als den besten und nachhaltigsten Weg, um Arbeitgeber für die Erwerbsintegration von IV-Beziehenden zu gewinnen. Die Bereitschaft, eine versicherte Person aufzunehmen, sei relativ schnell erreicht, wenn ein Arbeitgeber erst mal eine gute Erfahrung mit einer versicherten Person gemacht habe und die IV in diesem Rahmen als kompetenten Ansprechpartner erlebt. Auch gegenüber den Arbeitgebern sei es entscheidend, dass die IV «ein Gesicht bekomme», so eine Eingliederungsfachperson. Im Bewusstsein um den Stellenwert konkreter Erfahrungen befürchten die IVST im Gegenzug auch, dass Arbeitgeber nach schlechten Erlebnissen mit Eingliederungsversuchen nicht mehr Hand bieten zur Zusammenarbeit. Deshalb versuchen sie das Risiko möglichst gering zu halten und vermitteln nur Personen mit realistischer Aussicht auf eine Eingliederung. Erkennbar ist in vielen IVST darüber hinaus eine stark dienstleistungsorientierte und entgegenkommende Haltung gegenüber den Arbeitgebern. Um eine fruchtbare Zusammenarbeit nicht zu gefährden, versuchen die IVST möglichst unbürokratisch zu reagieren und den Arbeitgebern Hand zu bieten, wenn es um Kosten oder Konfliktlösungen geht.

Verantwortlich für die Arbeitsplatzakquisition ist je nach IVST die Stellenvermittlung, Eingliederungsfachpersonen oder v.a. in grösseren IVST auch ein eigens dafür vorgesehenes Team. Die IVST beschreiben diese Netzwerkpflege als äusserst zeitaufwendig und ressourcenintensiv. Grundlegend einig sind sie sich aber darin, dass der Kontakt zu den Arbeitgebern intensiv und kontinuierlich stattfinden muss.

Insgesamt haben die IVST den Eindruck, dass sie ihr Arbeitgebernetzwerk in den letzten Jahren ausgebaut haben. Mehrheitlich hat dieser Prozess in den IVST jedoch schon mit der 5. IVG-Revision eingesetzt. Mit der 6a ist die Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern in einigen IVST nochmals verstärkt und formalisiert worden. Wie zielführend eine Aktivität ist, um die Arbeitgeber für sich zu gewinnen, hängt mitunter wahrscheinlich auch von kontextuellen Faktoren ab. Beispielsweise haben einige IVST den Eindruck, dass eine KMU-geprägte Landschaft eine gute Basis für die Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern biete; andere erachten das Fehlen grosser Arbeitgeber als Nachteil bei der Akquisition von (Test-)Arbeitsplätzen. Einige Arbeitsmarktfaktoren spielen in allen IVST gleichermassen eine Rolle: Hier wurden von den Befragten vorwiegend die steigenden Anforderungen bezüglich Qualifikation und Leistungsvermögen, die sinkende Zahl von Arbeitsplätzen für Tiefqualifizierte und die Konkurrenz um diese Arbeitsplätze mit anderen Akteuren wie dem RAV oder der Sozialhilfe genannt (wobei die Anstellung von ALV-Beziehenden für viele Arbeitgeber wohl wesentlich attraktiver sei).

Die **fehlende Zahl geeigneter Arbeitsplätze** sowohl im ersten Arbeitsmarkt als auch im geschützten Rahmen³⁷ sowie die grundsätzlich geringe Bereitschaft der Wirtschaft, **Personen mit psychischen Problemen** zu integrieren, erachten viele IVST als eines der grössten Hindernisse für die Wiedereingliederung von Versicherten. Für Arbeitsversuche die keine Kosten für den Arbeitgeber mit sich ziehen, liessen sich die Arbeitgeber eher motivieren. Festanstellungen hingegen seien schwieriger auszuhandeln. Dies treffe in besonderem Masse zu, wenn eine Person nicht mehr im Arbeitsmarkt ist und neu platziert werden muss. Grundsätzlich gilt: Je länger die letzte Anstellung zurück liegt, desto schwieriger ist es einen Arbeitgeber zu finden, der bereit ist die Person aufzunehmen. Im Vergleich dazu greift das Verantwortungsgefühl bei den Arbeitgebern im Rahmen der Frühintervention viel stärker, wenn es darum geht, eine Person weiter zu beschäftigen. Eine grundlegende Schwierigkeit bestehe ausserdem darin, dass der Arbeitsmarkt für psychisch Kranke mit schwankenden Krankheitsverläufen keinen Platz biete. Auch Personen mit einem tiefen Bildungsniveau seien grundsätzlich schwierig zu platzieren. Inwiefern die Arbeitgeber mehr in die Pflicht genommen werden sollten, bzw. welche Massnahmen auf der Arbeitsmarktseite sinnvollerweise ergriffen werden könnten, wird in den IVST kontrovers diskutiert. Tendenziell werden Quoten oder ähnliche Verpflichtungen nicht als zielführend betrachtet, auch wenn es die Arbeit der IVST um einiges erleichtern würde.

Nichtsdestotrotz glauben einige IVST, dass ihre Bemühungen die Einstellungen der Unternehmer gegenüber der IV verändert haben. Sie haben den Eindruck, dass die Arbeitgeber zunehmend für die Anliegen der IVST sensibilisierter sind und die IVST so ein «neues Gesicht» bekommen habe. Die neuen Massnahmen sind den Arbeitgebern nach Ansicht einiger IVST gut bekannt und werden auch als sinnvoll betrachtet. Andere IVST hingegen glauben, dass der Ansatz «Eingliederung vor Rente» bei den Arbeitgebern noch zu wenig «angekommen» sei. Insbesondere gegenüber psychisch kranken Personen scheint die Offenheit der Arbeitgeber noch immer gering zu sein.

Kontakt mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten

Neben den Arbeitgebern sind die behandelnden Ärzt/innen essentielle Akteure im Eingliederungsprozess, vorausgesetzt der/die Versicherte ist noch in Behandlung, was offenbar bei langjährigen Rentenbeziehenden nicht immer der Fall ist. Der Kontakt zu den Behandler/innen wird in verschiedenen Phasen gesucht: Im Rahmen der Triage 1 findet der Austausch in der Regel auf schriftlichem oder telefonischem Weg statt (teilweise mit gezielten Fragen zur Einschätzung des Eingliederungspotenzials ihrer Patient/innen). In der Assessmentphase werden die Ärzt/innen gelegentlich zur Vorbereitung des Gesprächs kontaktiert und meist auch eingeladen, persönlich am Assessmentgespräch teilzuhaben, wobei viele Ärzt/innen dieses Angebot nicht wahrnehmen. Dass die Behandler/innen und die IVST während der Eingliederungsphase am selben Strick ziehen, ist besonders wichtig. Verschiedene IVST haben schon die Erfahrung gemacht, dass der Eingliederungsprozess ins Stocken geriet, weil die Versicherten vordergründig kooperierten, sich jedoch faktisch mit immer neuen Arztzeugnissen den Massnahmen entzogen. Und auch wenn es um die Entscheidung geht, ob es noch sinnvoll ist, die Eingliederung weiterzuführen oder ein Abbruch angezeigt ist, kann die Rücksprache mit den behandelnden Ärzt/innen eine wichtige Entscheidungshilfe sein. Obwohl einige IVST die Ärzteschaft schon vorher stark eingebunden haben, hat sich die Zusammenarbeit im Zusammenhang mit EOR meist noch intensiviert und systematisiert.

³⁷ Vonnöten wäre eine Bandbreite von sehr niederschweligen Angeboten hin zu solchen mit etwas höherem Niveau, z.B. im kaufmännischen Bereich.

Einige IVST kontaktieren die Ärzt/innen während der Sachverhaltsabklärung oder im Rahmen des Assessments standardmässig, andere hingegen nur nach Bedarf. Anlass für eine Kontaktaufnahme sehen die IVST insbesondere bei psychisch Kranken, Personen, die sich selber mit Eingliederungswunsch melden, oder wenn der Arzt/die Ärztin eine wichtige Rolle im Umfeld der Person einnimmt. Je nach Prozessphase läuft der Kontakt zu den Ärzten bisweilen über die Eingliederungsfachperson, wenn möglich jedoch häufig über den RAD. Dieser fachliche Austausch «auf Augenhöhe» erachten mehrere IVST als besonders zielführend, um die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und IVST zu stärken.

Übereinstimmend schätzen die IVST eine ergiebige Zusammenarbeit mit den Ärzt/innen als wichtigen Erfolgsfaktor ein. Es wirke sich i.d.R. positiv auf den Fallverlauf aus, wenn sie gleich zu Beginn in den Eingliederungsprozess einbezogen werden. Denn über ihre Expertenfunktion hinaus hätten Ärzt/innen nicht selten einen gewichtigen Einfluss auf die subjektive Arbeitsfähigkeit und die Motivation ihrer Patient/innen.

Die Bemühungen der IVST, die Behandler/innen «ins Boot zu holen», sind unterschiedlich erfolgreich: Während einige IVST berichten, das Verständnis der Ärzteschaft für die Arbeit der IV habe sich in den letzten Jahren verbessert, bleiben die Beziehungen zu gewissen Ärzt/innen trotz aller Bemühungen konfliktbehaftet. Nicht alle Ärztinnen und Ärzte hätten verstanden, dass die IVST nicht gegen, sondern mit ihnen arbeite. Besonders schwierig gestalte sich die Zusammenarbeit mit den Psychiatern und Hausärzten älterer Generationen, die zumeist noch die Haltung vertreten, die IV wolle ihren Patient/innen etwas wegnehmen. Doch auch der steigende administrative Aufwand für die Ärzt/innen (wozu auch die IV beiträgt) und ein konträres Rollenverständnis von RAD und Behandler/in hemmen die Kooperationsbereitschaft. Erschwerend aus Sicht RAD sind die bei einem Grossteil der Ärzteschaft fehlenden Kenntnisse über sozialmedizinische Fragestellungen. Diese Grundlagen würden leider in der Ausbildung immer noch nicht vermittelt. Wichtig bleibe jedoch, dass die IV ihre Position und Rolle immer wieder erkläre.

14.4 Zusammenfassung und Fazit Eingliederungsorientierte Rentenrevision [EOR]

Seit dem Inkrafttreten der IVG-Revision 6a werden alle Revisionen grundsätzlich eingliederungsorientiert bearbeitet. In der Praxis bedeutet dies, dass der Revisionsprozess zwei Ausprägungen erfährt, d.h. je nach Ausgangslage wird eine Revision wie bis anhin sachverhalts- oder abklärungsbezogen oder potenzialinduziert durchgeführt («eingliederungsorientierte Revision», EOR). Im Falle der EOR bemühen sich die IVST mit den neu implementierten Prozessen, Eingliederungspotenzial auch bei Versicherten ohne Sachverhalts- und Anspruchsänderung zu identifizieren. **Trotz des aufwendigen Triageprozesses und der sorgfältigen Prüfung der Dossiers sind viele IVST ernüchert, wie wenige EOR-Fälle schliesslich den Wiedereingliederungsprozess gestartet haben.** Dies zeigen auch die von einigen IVST speziell für diese Untersuchung gelieferten Zahlen zu den durchgeführten Revisionen in den Jahren 2010 bis 2013. Basierend auf Angaben von 13 IVST wurden im Mittel in den Jahren 2010 bis 2013 knapp drei Viertel aller bestehenden Rentendossiers daraufhin überprüft, ob sich eine Revision aufdrängt oder nicht (Vortriage). Basierend auf den Angaben von 6 dieser 13 IVST wurde im Mittel bei jedem 6. der in der Vortriage überprüften Dossiers eine vertiefte Prüfung auf Sachverhaltsänderung durchgeführt. Dies entspricht einem Anteil am gesamten Rentenbestand von rund 9%. Beim allergrössten Teil dieser Fälle (rund 86%) blieb es nach der Sachverhaltsabklärung jedoch bei demselben Berentungsgrad; die restlichen 14% resultierten etwa zu gleichen Teilen in Rentenerhöhungen und Rentensenkungen (je rund 7%). Diese Angaben decken sich in etwa mit den ver-

fügbaren Zahlen aus den Registerdaten. In Bezug auf die potenzialinduzierte Rentenrevision sind nochmals deutlich weniger Revisionen zu beobachten. Auch hier beruhen die präsentierten Zahlen jedoch nur auf Angaben aus 8 IVST. Innerhalb der Jahre 2010 bis 2013 wurden für eine vertiefte Prüfung und Durchführung einer potenzialinduzierten Rentenrevision knapp 3.5% aller bestehenden Rentenbeziehenden ausgewählt. Bei gut jedem sechsten dieser ausgewählten Fälle (ca. 16%) wurde ein Eingliederungspotenzial vermutet und die Rentenrevision weiterverfolgt. Nach Abschluss der Abklärungen bzw. der Umsetzung von Massnahmen konnten schliesslich bei rund 9 von 10 Fällen jedoch keine Rentenreduktion erwirkt werden. Bezogen auf den gesamten Rentenbestand konnten demnach innerhalb von 4 Jahren etwa bei 0.08% des Rentenbestands aufgrund einer potenzialinduzierten Rentenrevision eine Rentensenkung verfügt werden. Wie erwähnt, beziehen sich die Zahlen auf Angaben von ausschliesslich 8 IVST.

Begründet wird der relativ tiefe Anteil zum einen mit der nun schon seit einigen Jahren verschärften Praxis der Rentenzusprache: Die Krankheitslast im jetzigen Rentenbestand sei gross, und Versicherte, die nach heutigen Kriterien wohl keine Rente mehr erhalten würden, hätten aufgrund ihres Alters und der Rentenbezugsdauer meist kein Eingliederungspotenzial mehr. Zum anderen wird die Frage aufgeworfen, ob es «reine» potenzialinduzierte Fälle überhaupt gebe, da das Vorhandensein von zusätzlichem Eingliederungspotenzial im Grunde voraussetze, dass eine Veränderung des Sachverhalts stattgefunden habe (medizinisch, familiär etc.).

Zahlreiche IVST geben an, dass sie in der ersten Phase nach Inkrafttreten der 6a im Zweifelsfall den eingliederungsorientierten Prozess eher weiterverfolgt (interdisziplinäre Triage-Besprechungen, Gespräche mit den Versicherten) als schon frühzeitig abgebrochen haben. Der damit verbundene Aufwand war (gemessen am bescheidenen Ertrag) erheblich, konnte aber mit zunehmender Erfahrung und teilweise modifizierten Abläufen/Kriterien allmählich reduziert werden. Teilweise wurde dieser Zusatzaufwand – bei Personen mit unsicherem/unklarem Eingliederungspotenzial Assessments durchzuführen – auch ganz bewusst in Kauf genommen. Man ging davon aus, dass auf diese Weise das zukünftige Revisionsgeschehen rascher und effizienter abgewickelt werden kann, da aufgrund der gemachten Erfahrungen bei vielen Dossiers ein Eingliederungspotenzial klarer ausgeschlossen werden kann. Die Reduktion der Menge an Revisionen («Qualität statt Quantität») ist folglich in einigen IVST auch als längerfristiges Ziel angelegt.

Trotz den Schwierigkeiten wird von vielen IVST die **Stossrichtung der EOR grundsätzlich begrüsst**. Man scheint in Bezug auf die Eingliederungsorientierung auch dank dem eingliederungsorientierten Ansatz für Rentenrevisionen bei der IV tatsächlich nochmals einen Schritt weitergekommen. Auch die Instrumente und Möglichkeiten, die für die Wiedereingliederung von Versicherten zur Verfügung stehen, werden im Grossen und Ganzen positiv beurteilt.

Dass die sehr aufwendige Umsetzung in keinem Verhältnis zur Anzahl der erfolgreich im ersten Arbeitsmarkt platzierten Personen stehe, wird von einer grossen Mehrheit der IVST so gesehen. Das **Missverhältnis von Aufwand und Ertrag** kommt indes für viele IVST nicht überraschend. Dazu beigetragen habe, dass aus Sicht der IVST seitens Politik und Verwaltung das **Potenzial für Rentenreduktionen** durch Wiedereingliederung massiv **überschätzt** wurde. Vor diesem Hintergrund zeigen sich verschiedene IVST auch irritiert darüber, dass sie nun an praxisfremden Zielsetzungen – gemäss Botschaft zur IVG-Revision 6a wurde eine Reduktion von 8000 gewichteten Renten innerhalb von 6 Jahren angestrebt – gemessen werden sollen. Offensichtlich habe man bei der Abschätzung des vorhandenen Potenzials die in den letzten Jahren deutlich restriktiver gewordene Praxis bei der Rentenzusprache nicht oder zu wenig berücksichtigt. Diesen Punkt sehen die IVST auch als **Hauptgrund** für die aus ihrer Sicht nicht zu erreichende Zielvorgabe. Mehrere IVST weisen darauf hin, dass neben

dieser generellen Überschätzung des Eingliederungspotenzials im bestehenden Rentenbestand auch der **Aufwand für die Wiedereingliederung** von Rentenbeziehenden unterschätzt wurde, teilweise auch von ihnen selbst. Die Umsetzung der EOR ist zeit- und ressourcenintensiv, vom Triageprozess über die individuelle Gestaltung der Massnahmen und die enge Begleitung während der Eingliederungsphase (die oftmals notwendige Aufbauarbeit mit niederschweligen Massnahmen ist ebenfalls mit entsprechendem Zeitaufwand verbunden) bis hin zur Netzwerkarbeit und der Platzierung und Stabilisierung im ersten Arbeitsmarkt.

Als weiterer Grund für die Diskrepanz zwischen Erwartungen und Resultaten wird von verschiedenen IVST auch das Thema **Motivation** angesprochen: Trotz der Schutzbestimmungen ist der Schritt von der Rente in den Arbeitsmarkt mit vielen Unsicherheiten und Veränderungen verbunden, was in manchen Fällen die Bereitschaft der Versicherten, sich auf den Eingliederungsprozess einzulassen, erheblich mindert. Da erfolgreiche Wiedereingliederungen ganz wesentlich von der Kooperation und dem Willen der Versicherten abhängen und die IVST (im Gegensatz zu RRS und auch zu Neuansmeldungen) wenig in der Hand haben, Mitwirkung einzufordern, reduziert sich das Potenzial von Renteneinsparungen durch EOR nochmals erheblich. Dabei haben sich die Kommunikation der erwarteten Einsparungen sowie die öffentliche Diskussion über die 6a (insbesondere auch im Zusammenhang mit den Schlussbestimmungen) nach Einschätzung der IVST negativ auf die Kooperationsbereitschaft der Versicherten ausgewirkt. Viele IVST berichten von zusätzlichem Aufwand, die Ängste und Unsicherheiten bei Versicherten (und Unverständnis bei weiteren Akteuren) auszuräumen.

Die angestrebten Ziele seien schliesslich auch deswegen kaum erreichbar, weil man sich zu wenig am **Aufnahmepotenzial des Arbeitsmarktes** orientiert habe. Dieses Aufnahmepotenzial nimmt gemäss der Wahrnehmung der IVST tendenziell eher ab: Immer weniger Arbeitsplätze für Tiefqualifizierte; verschärfte Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt für nicht vollständig leistungsfähige Personen; unsichere Wirtschaftslage, etc. Um die 6a wie vorgesehen umsetzen zu können, hätte man eine Vielzahl von Arbeitsplätzen – im ersten und zweiten Arbeitsmarkt – schaffen müssen, meinen mehrere IVST. Zwar gibt es Kantone, in denen die Zusammenarbeit mit der Wirtschaft relativ gut zu funktionieren scheint, eine Mehrheit der IVST sieht jedoch grossen Handlungsbedarf bei der Bereitstellung geeigneter Arbeitsplätze.

Der Eingliederungsgedanke sei zwar in der IV mittlerweile fest verankert, meinen viele IVST (mit der 6a noch konsequenter als mit der 5. IVG-Revision), aber man stehe in der Gesellschaft erst am Anfang dieser Entwicklung: Bei den «Abnehmern» in der Wirtschaft, in den Gerichten, in den Institutionen, aber auch in der Bevölkerung brauche es nun auch noch ein Umdenken, damit das Potenzial der Versicherten besser gesehen und genutzt werden könne.

Zusammengefasst lässt sich schliessen, dass aus Sicht der IVST die angestrebte Reduktion des Rentenbestandes durch EOR an politischen Sparzielen orientiert war, ohne die Umsetzbarkeit dieses Vorhabens zu berücksichtigen. Im vorgesehenen Umfang war das Potenzial weder bei den Versicherten (strengere Rentenpraxis, höhere Krankheitslast, fehlende Motivation) noch auf dem Arbeitsmarkt vorhanden (Aufnahmebereitschaft, geeignete Stellen). Ausserdem wurde der Aufwand an Zeit und Ressourcen für die Triage und Wiedereingliederung von Personen aus Rente unterschätzt. Hinzu kommt, dass der Erfolg einer Eingliederung von zahlreichen Faktoren abhängig und auch bei grossem Engagement aller Beteiligten keineswegs garantiert ist – eine Vielzahl der Fälle musste mit unverändertem Ergebnis abgeschlossen werden. Die Stossrichtung und die zur Verfügung gestellten Instrumente werden jedoch mehrheitlich positiv bewertet.

Grösste Schwierigkeiten und Herausforderungen bei der Umsetzung der EOR

Die Umsetzung der EOR ist, wie schon erwähnt und ausgeführt, für die IVST mit erheblichem Aufwand und zahlreichen Herausforderungen verbunden. Die von den IVST genannten hauptsächlichsten Schwierigkeiten liegen dabei sowohl auf Prozessebene als auch im Bereich der Rahmenbedingungen und Kontextfaktoren.

■ Das **Identifizieren von Versicherten mit Eingliederungspotenzial** wird mehrheitlich als grosse Herausforderung genannt – mehrere IVST berichten, sie hätten keine oder kaum EOR-Fälle gefunden. Auch die Frage, ob *genügend* Eingliederungspotenzial vorhanden ist, d.h. ob es sich lohnt, mit Massnahmen zu beginnen, bzw. wann es angezeigt ist, aufgrund fehlender Fortschritte den Prozess wieder abzubrechen, ist auch für sehr erfahrene Fachpersonen oftmals herausfordernd.

■ Eine Grundschwierigkeit während der Eingliederungsphase ist die **Gefahr der Destabilisierung** und Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Trotz grossem Aufwand und Engagement müssen die Eingliederungsfachpersonen besonders bei Personen mit psychischen Problematiken stets damit rechnen, dass der Prozess mit unverändertem oder gar schlechterem Ergebnis wieder abgebrochen werden muss.

■ **Fehlende Kooperation der Versicherten oder der Ärzt/innen** ist auf Prozessebene eine weitere Hauptschwierigkeit für die Umsetzung der EOR: Wenn die IVST Potenzial sieht, der/die Versicherte jedoch nicht, funktioniert eine EOR nicht. Nicht unmöglich, jedoch ausgesprochen schwierig sind auch Fälle, wo die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzt/innen nicht klappt, ein gemeinsames Auftragsverständnis fehlt (das da wäre: das vorhandene Potenzial der Versicherten nutzen und fördern) und Ärzt/innen teilweise ihre Rolle darin sehen, die Versicherten vor der IV zu schützen.

■ Rund die Hälfte der IVST berichtet von **fehlenden Ressourcen**. Sei es, weil die IVST für die 6a keine oder zu wenige zusätzliche Ressourcen erhielten, sei es, weil Stellen nicht besetzt werden konnten, habe man die EOR nicht immer so umsetzen können wie gewünscht. Auf qualitativer Ebene betrifft dies vor allem die Durchführung von Gesprächen mit Versicherten, insbesondere aber die Beratung und Begleitung vor, während und nach Revisionen. Verschiedene IVST betonen, dass die Begleitung nach erfolgreicher Wiedereingliederung, aber auch die enge Begleitung von Neurentner/innen aus ihrer Sicht wichtig wäre, um die Nachhaltigkeit der Bemühungen zu sichern bzw. um Personen mit erst kurzer Rentenbezugsdauer möglichst bald wieder in den Erwerbsprozess zu integrieren. Einige IVST verweisen ausserdem auf die Zusatzbelastung der Mitarbeitenden infolge fehlender Ressourcen, sowie auf die demotivierende Wirkung der Budgetrestriktionen und der widersprüchlichen Vorgabe, bei möglichst geringen Kosten möglichst viele Versicherte einzugliedern. Dies erfordere eine nicht immer einfache Kostenabwägung – nach einem Fall, bei dem man grosszügig Massnahmen spreche, müsse man andere wiederum eher kostengünstig abwickeln können.

■ Verschiedene IVST sehen grundsätzliche Probleme beim **«Konstrukt» EOR**. Zum einen bestehen Zweifel an der Umsetzbarkeit des Vorhabens, bei Versicherten Eingliederungspotenzial zu identifizieren, welche medizinisch gesehen nicht arbeitsfähig sind: Es sei fraglich, ob es Eingliederungspotenzial ohne Veränderung des Sachverhalts überhaupt gebe, ausserdem stünden EOR im Widerspruch zur Grundhaltung, dass der Rentenanspruch hauptsächlich über den medizinisch-theoretischen Sachverhalt definiert wird. Zum anderen zeigen die Schwierigkeiten im Umgang mit Versicherten, die aus Sicht der IVST Eingliederungspotenzial hätten, aber nicht bereit sind, sich auf den Eingliederungsprozess einzulassen (subjektives Krankheitsempfinden, Ängste, fehlende Anreize etc.), dass bezüglich der Freiwilligkeit – oder Verbindlichkeit – potenzialinduzierter Revisionen noch Klärungsbedarf besteht. Letztlich geht es um die Frage, welches Gewicht die ressourcenorientierte Fallbeurteilung gegenüber der medizinisch-theoretischen Ebene erhalten soll. Die einen IVST wünschen sich eine bes-

sere «Handhabung» im Bereich EOR, z.B. durch eine verstärkte Rolle des RAD (etwa indem die Beurteilung des Eingliederungspotenzials bzw. der Arbeitsfähigkeit durch den RAD für den weiteren Prozessverlauf verbindlich wird) oder durch Anpassungen der gesetzlichen Grundlagen (Revisionsgründe). Andere IVST sehen bei der EOR gerade darin den Vorteil, versicherungsmedizinische Aspekte bei Eingliederungsprozessen weitgehend ausklammern zu können. Aus ihrer Sicht bringt es wenig, in diesen Fällen medizinisch festzulegen, wie viel eine Person noch arbeiten kann; Eingliederung funktioniert besser, wenn man nicht «medizinalisierere», sondern die Chancen und Ressourcen betone.

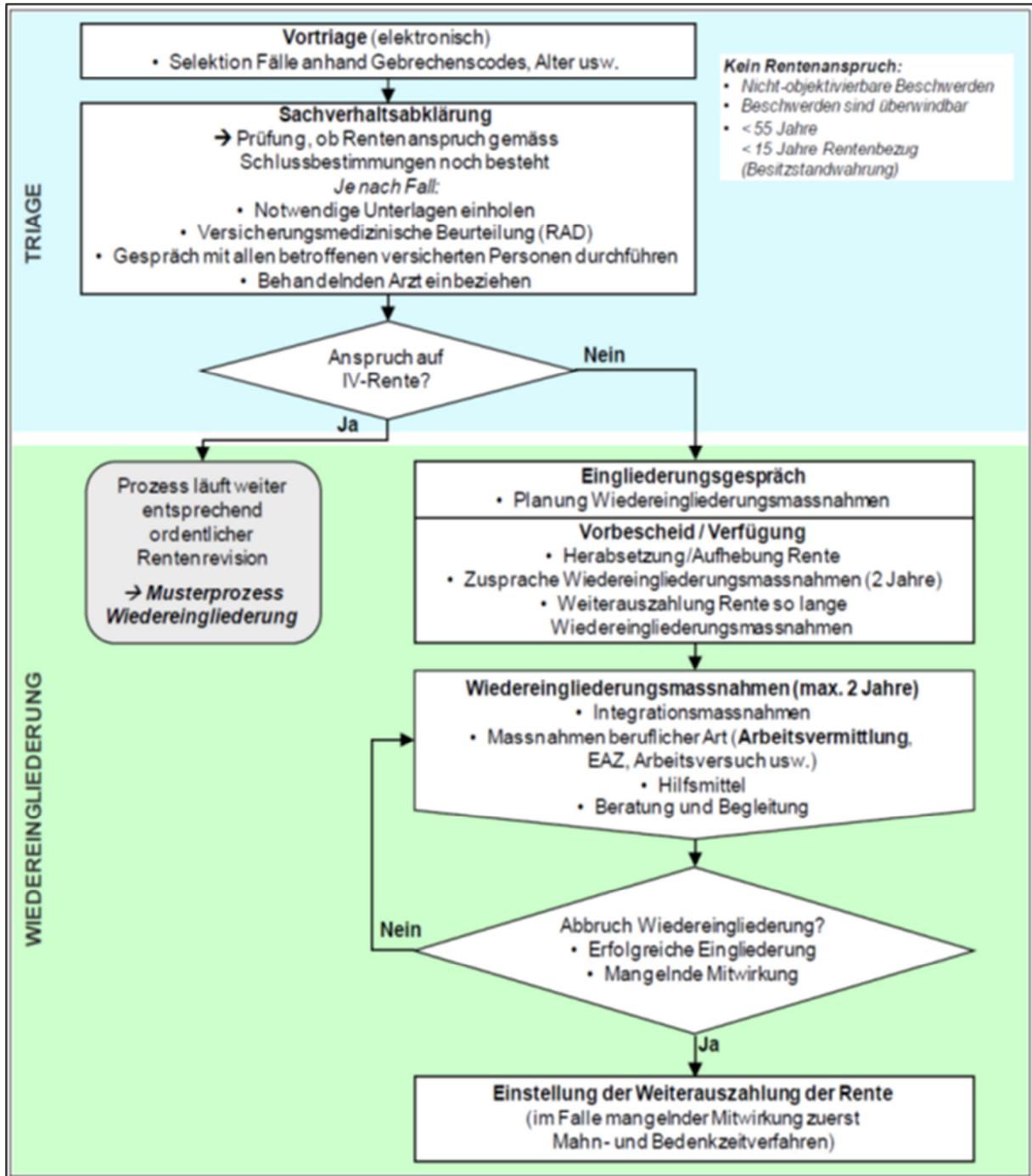
Positive Wirkungen

Trotz den vielen Schwierigkeiten und den bis zum jetzigen Zeitpunkt eher ernüchternden Ergebnissen, was die Menge an erfolgreich abgeschlossenen potenzialinduzierten Rentenrevisionen anbelangt, ist die grundsätzlich **positive Haltung** der meisten IVST gegenüber der eingliederungsorientierten Sichtweise hervorzuheben. Der **eingliederungsorientierte Blick**, der von Seiten aller Beteiligten gefordert wird, wurde nochmals verstärkt und besser verankert. Die **interdisziplinäre Zusammenarbeit** innerhalb der Invalidenversicherung hat in vielen IVST nochmals einen zusätzlichen Schub erhalten und die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit mit den Betroffenen selber, ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Arbeitgebenden hat auch Lösungen zu einer **verbesserten Zusammenarbeit** hervorgebracht. Diese grundsätzlich positiven Aspekte scheinen für die Erfüllung von zukünftigen Anforderungen an die Invalidenversicherung den grössten Nutzen gebracht zu haben.

15 Rentenüberprüfungen aufgrund der Schlussbestimmungen (RRS)

Wie bei den eingliederungsorientierten Rentenrevisionen sind die IVST für die Umsetzung der Rentenüberprüfungen aufgrund der Schlussbestimmungen weitgehend dem Musterprozess des BSV gefolgt (vgl. **Abbildung 64**). In den folgenden Kapiteln werden nach den Stationen des Musterprozesses grundlegende Muster, Unterschiede und spezielle Vorgehensweisen der IVST beschrieben.

Abbildung 64: Musterprozess Rentenüberprüfungen aufgrund der Schlussbestimmungen



Quelle: Erläuterungen zur Verordnung 6a, BSV

Aufgrund der zeitlichen Rahmenbedingungen (Einleitung der Rentenprüfungen gemäss Schlussbestimmungen ab 1.1.2012 innerhalb von 3 Jahren) haben viele IVST die RRS bereits relativ früh abge-

schlossen. Einzelnen IVST war es auch aus Prinzip wichtig, bei der Umsetzung der 6a zunächst schwergewichtig die RRS anzugehen – sei es mit dem strategischen Fokus, möglichst viel «herauszuholen» [Z], oder weil man angesichts vieler (oft unberechtigter) Ängste der Versicherten möglichst schnell Klarheit schaffen wollte [L: «afin de supprimer les fausses craintes auprès des assurés»].

15.1 Vortriage

Die Selektion potenzieller RRS-Fälle erfolgte in fast allen IVST wie im Musterprozess vorgesehen durch eine **elektronische Vortriage**. Üblicherweise wurde dabei zweistufig verfahren, d.h. nach der Filterung anhand Gebrechenscodes wurde eine Reduktion der Liste gemäss den Regelungen zur Besitzstandswahrung vorgenommen (Personen älter als 55, Rentenbezugsdauer 15 Jahre oder länger). Zusätzlich wurde manchenorts im Rahmen regulär eingeleiteter Revisionen geprüft, ob der Rentenanspruch gemäss Schlussbestimmungen noch besteht.³⁸

Während die Mehrheit der IVST diese relativ umfangreichen Listen danach «von Hand» durchgearbeitet haben, berichten einzelne IVST von zusätzlichen Kriterien zur Steuerung der weiteren Rentenüberprüfung. In einer IVST wurden potenzielle RRS prioritär behandelt, wenn sie i) knapp nicht mehr in die 15-jährige Schutzfrist fallen (d.h. Renten, die 1997 gesprochen wurden) oder ii) wenn die Person seit Januar 2007 oder später eine Rente bezieht [G]. Eine andere IVST hat nach der ersten Vortriage die potenziellen RRS-Fälle auf zwei Listen verteilt: Prioritär behandelt bzw. gründlich geprüft wurden Dossiers von Versicherten, die sich vor Januar 2006 bei der IV angemeldet hatten, da die IVST ab 2006 bei der Rentenzusprache bereits im Sinne der Schlussbestimmungen vorgegangen sei. Bei den Versicherten mit Anmeldung ab 2006 ergab eine Stichprobe, dass das Potenzial für Revisionen nach Schlussbestimmungen in diesem Pool ausgesprochen gering war, weshalb man entschied, sich für die RRS ausschliesslich auf die erste Liste zu konzentrieren [A]. Eine dritte IVST hat vor dem Aktenstudium die Liste potenzieller RRS-Fälle zusätzlich reduziert, indem einerseits nach Codes gefiltert wurde, welche eine RRS-Relevanz eindeutig ausschliessen,³⁹ und andererseits Personen mit Frühinvalidität, einer laufenden Hilflosenentschädigung 2/3 bis 3/3 sowie an andere IV-Stellen abgetretene Dossiers aussortiert wurden [O].

15.2 Sachverhaltsabklärung

Vor der Sachverhaltsabklärung im engeren Sinne (Einholen von Unterlagen, medizinische und juristische Überprüfung des Rentenanspruches) mussten die generell umfangreichen Listen in einer weiteren Triagestufe überprüft werden, um Fälle auszuschliessen, welche eindeutig nicht unter die Regelungen gemäss Schlussbestimmungen fallen. Die Analyse der Dossiers «von Hand» war notwendig, da die Codiermöglichkeiten im System begrenzt sind und die Codierungen sich manchmal als fehlerhaft herausstellten [T]. In dieser Triagestufe reduzierte sich die Menge der potenziellen RRS-Fälle in der Regel noch einmal erheblich.

Im weiteren Prozessverlauf lässt sich in vielen IVST die Überprüfung, ob bei den verbleibenden Fällen der «Rentenanspruch gemäss Schlussbestimmungen noch besteht» (Musterprozess), nicht klar tren-

³⁸ In einer IVST erfolgten die Rentenüberprüfungen nach Schlussbestimmungen ausschliesslich im Rahmen der regulären Revisionen (nach Datum). Die elektronische Vorselektion sei nicht hilfreich gewesen: Zu breit gefasst und zu wenig transparent bezüglich der Kriterien [E].

³⁹ U.a. Infektionen und parasitäre Krankheiten, Neubildungen und Tumore, Nervensystem, Herz-/Kreislauf.

nen von der Fragestellung, ob eine Person überhaupt unter die Schlussbestimmungen fällt oder nicht. In diesem Sinne lassen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Vorgehensweisen der IVST mit dem Triageprozess bei der EOR vergleichen: Es gibt IVST, welche nach der Vortriage und ersten «Grob-sortierung» die Revision ordentlich eingeleitet haben und die weiteren Fallbeurteilungen basierend auf aktualisierten Unterlagen vorgenommen haben [z.B. I, Y, D, V, X]. Andere IVST legten den Fokus zunächst auf eine differenzierte Triage, d.h. es wurde basierend auf den bestehenden Akten entschieden, welche Fälle im Sinne der RRS weiterbearbeitet werden, und ggf. auch, welche Unterlagen dazu eingeholt werden sollen [O, B, M, J]. Verschiedene IVST haben beispielsweise bei der Grobsortierung die Dossiers in drei Kategorien eingeteilt: Personen, die klar keine RRS Fälle sind sowie «eindeutige» und «mögliche» RRS-Fälle. Besonders bei den Zweifelsfällen wurden typischerweise interdisziplinäre Fallbesprechungen zum Entscheid über das weitere Vorgehen durchgeführt. Im Unterschied zu den EOR-Prozessen waren – ungeachtet der gewählten Vorgehensweise beim Einholen von Unterlagen – auch nach dem Vorliegen der medizinischen Gutachten und Abklärungen oftmals zusätzliche Fallbesprechungen (Sachbearbeitende, RAD, teilweise Rechtsdienst) nötig, um den Rentenanspruch gemäss Schlussbestimmungen definitiv zu beurteilen.

Im Vergleich zu EOR waren die Sachverhaltsabklärungen bei Rentenüberprüfungen aufgrund der Schlussbestimmungen in der Regel deutlich aufwendiger und umfangreicher, was die **Art der eingeholten Unterlagen** betrifft. Ein Grossteil der IVST hat für Fälle, die sie als RRS kategorisierten, grundsätzlich ein externes Gutachten (in der Regel polydisziplinäres medizinisches Gutachten, Art. 72^{bis} IVV, in Kraft seit 1.1.2012) erstellen lassen. Dies geschah in einzelnen IVST teilweise in Vorausschau, teilweise in Reaktion auf die (kantonale) Gerichtspraxis. So berichten zwei IVST, sie hätten zu Beginn externe Gutachten wenn möglich vermeiden wollen und sich wo immer möglich auf medizinische Verlaufsberichte gestützt [W, H]. Ziemlich bald habe die Gerichtspraxis nicht nur im eigenen, sondern auch in anderen Kantonen gezeigt, dass die Entscheide der IV ohne Abklärung des Sachverhalts durch externe Gutachten kaum gestützt werden könne [auch A, I, M, X]. Eine IVST erachtete die Vorgaben bezüglich den für RRS erforderlichen Abklärungen seitens BSV zu wenig klar definiert, und zwar besonders bezüglich der Frage, ob der aktuelle medizinische Zustand oder der Zustand zum Zeitpunkt der Rentensprechung ausschlaggebend ist. Nach den ersten Erfahrungen mit Beschwerden und Gerichtsurteilen haben sie angefangen, für RRS-Fälle systematisch den aktuellen medizinischen Zustand abklären zu lassen [I]. Die Westschweizer IVST berichten von Problemen mit grossen Prozessverzögerungen aufgrund der langen Wartezeiten für ein polydisziplinäres medizinisches Gutachten. Erst seit einer Neuorganisation ab Januar 2015 (Dossiers werden nach Datum behandelt, nicht mehr durch Auslösung) zeichnet sich eine Entspannung der Situation ab [F, Q].

Gemäss Musterprozess sollten «je nach Fall» im Rahmen der Sachverhaltsabklärung **Gespräche mit betroffenen Versicherten** durchgeführt werden. Mit der Ausnahme weniger Einzelfälle wurden die Versicherten jedoch erst dann von den IVST kontaktiert, wenn aufgrund der Abklärungen sicherstand, dass der Rentenanspruch gemäss RRS nicht mehr besteht, d.h. im Rahmen der Eröffnung des Vorbescheids (Vgl. Musterprozess, S. 131). Nur eine IVST berichtet, dass einzelne Personen, bei denen aufgrund Mehrfachdiagnosen unklar war, ob sie unter die Schlussbestimmungen fallen, zum Gespräch eingeladen wurden, um einen persönlichen Eindruck über ihre Situation zu gewinnen [G].

Zur Art und Weise, wie die **behandelnden Ärzt/innen** in die Sachverhaltsabklärung einbezogen wurden (im Musterprozess ebenfalls fallweise vorgesehen), haben sich in den Interviews zu den RRS nicht alle IVST geäussert. Nicht wenige IVST berichten jedoch übereinstimmend, dass die Schlussbestimmungen bei den Ärzt/innen grosses Unverständnis ausgelöst und die Zusammenarbeit mit den IVST belastet haben [L, X, Z, R, H, S]. Insbesondere bei Psychiater/innen, aber auch bei Allgemein-

ärzt/innen wurde eine Abwehrhaltung beobachtet – die Versicherten reichten z.B. Gutachten mit alternativen Diagnosen für dasselbe Leiden ein oder neue, zusätzliche Diagnosen für Komorbiditäten [z.B. G]. Die öffentliche Diskussion um die Schlussbestimmungen habe dem Image der IV als kompetente Partnerin für Eingliederung (das man im Zusammenhang mit EOR weiter ausbauen wollte) keinen guten Dienst erwiesen. Ärzt/innen hätten oft das Gefühl, die IVST wolle ihren Patienten etwas wegnehmen [S]. Unter diesen Umständen würde das subjektive Krankheitsempfinden der Versicherten eher noch verstärkt [H].

Verantwortliche Fachpersonen

Während die Grobsortierung nach der elektronischen Vortriage in der Regel durch einzelne Rentensachbearbeitende (in Einzelfällen auch Teamleitende oder der RAD) durchgeführt wurde, spielt im weiteren Prozessverlauf die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine grosse Rolle. Viel stärker als bei den EOR wurden für die Umsetzung der RRS **spezialisierte Fachpersonen oder Spezialteams** eingesetzt – dass die Dossiers zur RRS-Überprüfung auf alle Mitarbeitenden verteilt wurden, war eher die Ausnahme. Ein weiterer Unterschied zur EOR ist der Einbezug des **Rechtsdienstes** in die Rentenüberprüfung. Bei rund einem Viertel der IVST wurden Jurist/innen teilweise systematisch in den Prozessverlauf eingebunden, indem beispielsweise nach der versicherungsmedizinischen Beurteilung das Dossier noch vom Rechtsdienst geprüft wurde, um – allenfalls in gemeinsamen Fallbesprechungen mit dem RAD – definitiv zu entscheiden, ob die Kriterien für RRS erfüllt sind (Berücksichtigung Foerster-Kriterien, Komorbiditäten, Überwindbarkeitsprüfung) [z.B. I, L]. In gewissen IVST waren sie Teil eines Spezialteams, welches alle RRS bearbeitete [V, O, W], oder in ein interdisziplinäres ad-hoc-Gremium eingebunden, das zur Besprechung schwieriger oder unklarer Fälle zusammenkam [z.B. K].

Die Spezialisierung ausgewählter Mitarbeitender oder die Abwicklung der Rentenüberprüfungen durch ein **Spezialteam** wird von den betreffenden IVST als **Erfolgsfaktor** hervorgehoben: Die Bearbeitung der Schlussbestimmungen sei sehr anspruchsvoll gewesen, und da man aus Ressourcengründen nicht jeden einzelnen Fall mit dem RAD anschauen konnte, war das Aneignen eines entsprechenden Basis-Fachwissens sowie eine gewisse Routine für die Umsetzung der RRS unabdingbar [z.B. A]. Andere IVST verweisen auf den Vorteil der Flexibilität, im Spezialteam rasch Prozessanpassungen vornehmen zu können, da man ausserhalb der bestehenden Abläufe und Strukturen stehe [I].

Herausforderungen in der Sachverhaltsabklärung

Das Unverständnis gegenüber den RRS aus medizinischer Sicht (und auch seitens der Versicherten) habe damit zu tun, erklären einige Vertreter/innen des RAD, dass man sich auf die Diagnose stütze und nicht auf die Funktionsfähigkeit [J]. Auch innerhalb der IVST sei die Konsensfindung zwischen RAD und dem Rechtsdienst eine Herausforderung gewesen, berichten einzelne IVST [z.B. W, J], da die juristische Unterscheidung zwischen rein somatoformen Schmerzstörungen und psychischen Komorbiditäten aus medizinischer Sicht oft kaum machbar sei: Das Auseinanderhalten der Symptome und die Abgrenzung zwischen objektivierbaren und nicht-objektivierbaren Aspekten einer Diagnose sei in der Praxis sehr schwierig [R, U]. Häufig hatten Personen mit somatoformen Schmerzstörungen «diffuse» Kombinationen verschiedener Symptome, darunter psychische. Die Umdeutung und Verlagerung von Diagnosen sei die Regel⁴⁰ [u.a. E, G]. Während die Sachverhaltsabklärung bzw. der Ent-

⁴⁰ Eine IVST verweist zudem auf die Problematik hin, dass sich mit der (Ankündigung der) Rentenkürzung bei RRS der Gesundheitszustand bei psychisch Kranken verschlechtere [V].

scheid über den Rentenanspruch gemäss den Schlussbestimmungen in manchen IVST als herausfordernd empfunden wurde⁴¹, verweisen andere IVST eher auf grundsätzliche Herausforderungen im Umgang mit diesen Krankheitsbildern. Die Fallbeurteilung an sich sei nicht das Problem, meint etwa ein Vertreter des RAD, nur gebe es schlicht kaum Fälle ohne psychiatrische Komorbidität [P]. Eine weitere IVST merkt an, dass eine spezifische Herangehensweise entwickelt werden müsse, mit der man solchen Fällen von Anfang gegenüber treten könnte. Es sei undankbar, diese Personen herauszufiltern, wenn sie bereits eine Rente erhalten [I].

Entscheidungsgrundsätze

Angesichts der Tatsache, dass «reine» oder «klare» RRS-Fälle eher die Ausnahme als die Regel waren, gab es bei der Umsetzung der RRS einen relativ grossen Ermessensspielraum, ob bei nicht-eindeutigen Fällen im Zweifelsfall eher die Weiterführung des Prozesses im Sinne der Schlussbestimmungen (Vorbescheid über die Herabsetzung/Aufhebung der Rente) beschlossen wurde oder ob darauf verzichtet wurde. Nur **zwei IVST** haben klar die erstgenannte Möglichkeit gewählt, worauf die Versicherten mit entsprechend grossem Widerstand reagiert haben: So entfällt der Grossteil der Gerichtsurteile zur RRS 2012–2014 auf diese beiden Kantone. Nicht wenige IVST haben hingegen klar entschieden, die RRS «mit Augenmass» umzusetzen [z.B. O, M, R, P], nur eindeutige Fälle als RRS zu behandeln oder in bestimmten Konstellationen (z.B. Personen, die knapp nicht unter die Regelung 55+/15+ fielen, oder Teilrentner/innen, die erwerbstätig sind) nach dem Prinzip der Verhältnismässigkeit zu entscheiden.

Mengengerüst

Gemäss den Angaben von 9 IV-Stellen würde im Rahmen der Vortriage im Mittel rund 20% des Rentenbestandes für die Überprüfung einer RRS ausgewählt. Bei rund einem Drittel dieser Fälle wurde eine vertiefende Sachverhaltsabklärung durchgeführt, was rund 7% des Rentenbestandes entspricht. Rund 5% der mittels einer vertiefenden Sachverhaltsabklärung überprüften Fälle wurden als Revisionsfall nach Schlussbestimmung klassifiziert und eine Rentenaufhebung verfügt. Angaben dazu, ob die Verfahren schon abgeschlossen bzw. die Verfügungen schon Rechtsgültig sind, liegen uns nicht vor.

15.3 Unterstützung zur Wiedereingliederung

Wie bereits erwähnt, erfolgte die Kontaktaufnahme mit den betroffenen Versicherten erst nach Abschluss der Triage/Sachverhaltsabklärung im Rahmen der Eröffnung des Vorbescheids. Nur wenige IVST verschickten den Vorbescheid per Post; die grosse Mehrheit der IVST hat die Betroffenen zu einem Gespräch eingeladen, um ihnen den **Vorbescheid mündlich** zu eröffnen und sie über das weitere Vorgehen zu informieren (Angebot Wiedereingliederung während maximal 2 Jahren, Weiterauszahlung der Rente während der Massnahmen). Die vier IVST, die sich für den **schriftlichen Weg** entschieden [Z, W, A, M], taten dies u.a. aus der Überlegung heraus, dass die Versicherten sich so schon einmal mit der Information auseinandersetzen können, damit sie, wenn sie in die IVST kommen, bereits vorbereitet sind.⁴² Nur in einer dieser vier IVST fand mit allen Versicherten ein persönli-

⁴¹ Eine IVST spricht von einem «grossen Übungsfeld» für die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die sich dank dieses Prozesses auch gefestigt und zur Sensibilisierung beigetragen hat [W].

⁴² Andere IVST verschicken im Rahmen der Sachverhaltsabklärung einen Fragebogen wie bei einer «regulären» Revision – so trage man ebenfalls dazu bei, dass der Entscheid nicht ganz aus heiterem Himmel komme. [F, P]

ches Gespräch statt. Die anderen drei IVST machten im Rahmen des schriftlichen Vorbescheids (und der Information über das Angebot von Wiedereingliederungsmassnahmen) ein Gesprächsangebot an die Betroffenen. Gespräche fanden nur bei Klärungsbedarf seitens der Versicherten und/oder aus Interesse an Eingliederungsmassnahmen statt.

Nach der Eröffnung des Vorbescheids erhielten die Betroffenen meistens eine Bedenkzeit, um sich zu entscheiden, ob sie Eingliederungsmassnahmen in Anspruch nehmen wollen. War dies der Fall, wurde der Eingliederungsauftrag formell erteilt, die definitive Verfügung verschickt und die Planung der Wiedereingliederung angegangen (öfters in mehreren Gesprächen [z.B. I]).

Auch was die Gesprächsführung bei der Vorbescheidseröffnung betrifft, gibt es keine grossen Unterschiede zwischen den IVST: Nur in ein paar wenigen IVST wurden die Gespräche von einzelnen Mitarbeitenden durchgeführt (oft auf RRS spezialisierte Rentensachbearbeitende oder Eingliederungsfachpersonen). In der überwiegenden Mehrheit der IVST war die Eröffnung des Vorbescheids eine interdisziplinäre Aufgabe, allerdings mit wechselnden Konstellationen und Teilnehmerzahlen (oft Sachbearbeitende, RAD und/oder Eingliederungsfachpersonen, eher selten Rechtsdienst oder Personen mit Leitungsfunktion).

Wiedereingliederungsmassnahmen

Obwohl die Instrumente und Massnahmen bei EOR und RRS dieselben sind, ist die Ausgangslage bei diesen beiden Arten der Revision grundlegend anders: Während man bei EOR «auf Goodwill und Motivation setzen» könne, jedoch kaum Möglichkeiten habe, die Versicherten zum Eingliederungsversuch zu verpflichten, seien die RRS von **negativen Anreizen** geprägt. Die Versicherten stehen unter Druck, sind gezwungen, sich einzugliedern im Bewusstsein, dass die Rente (ungeachtet des Eingliederungserfolgs) mittelfristig wegfallen wird. Mehrere IVST sehen Vorteile der RRS gegenüber den EOR einerseits aufgrund des klaren Revisionsgrundes (Rentenreduktionen sind anders als bei EOR nicht von der Motivation der Versicherten abhängig) und stellen fest, dass sich in einigen Fällen (v.a. Personen mit einer gewissen psychischen Stabilität) dieser Druck auch positiv auf die Mitwirkung in den Massnahmen auswirken kann [z.B. A, K, Q, Y]. Der Grundtenor ist jedoch eher dahingehend, dass die Zusammenarbeit mit den von RRS betroffenen Versicherten in der Eingliederung eher schwierig war: Diese würden oft zeigen wollen, dass sie nicht arbeiten *können* («würde gerne, kann aber nicht»). Verschiedene IVST berichten auch, dass Betroffene gleichzeitig vor Gericht gingen und Massnahmen machten, was die Arbeit erheblich verkomplizierte [z.B. Z, W]. Vor diesem Hintergrund hat eine IVST beschlossen, dass nur in wenigen Ausnahmefällen Eingliederungsmassnahmen parallel zur Beschwerde gemacht werden können [I].⁴³

Nur einzelne IVST machen auf RRS-spezifische Vorgehensweisen bei der Anwendung der Eingliederungsmassnahmen aufmerksam. In einer IVST erhielten alle Betroffenen, die sich für eine Eingliederung entschieden, gleich zu Beginn «Beratung und Begleitung» als berufliche Massnahme zugesprochen. Damit wird der Termin für die Weiterauszahlung der Rente festgesetzt, sodass die maximal 2-jährige Frist nicht endlos hinausgezögert werden konnte [D]. Auch eine weitere IVST erachtet Beratung und Begleitung für RRS als besonders wichtige Massnahme, jedoch vor allem, weil damit ver-

⁴³ Eine weitere IVST versuchte zuerst durchzusetzen, dass Versicherte, die vor Gericht gingen, keine Eingliederungsmassnahmen erhalten, sei aber wieder davon abgekommen; das Anrecht auf Eingliederung besteht unabhängig davon, ob Rekurs eingelegt wird oder nicht [Z].

schiedene Aspekte wie psychosoziale Faktoren oder Sprachprobleme angegangen werden könne; bei RRS habe man ausserdem Mentalcoaches eingesetzt, um bei der Schmerzüberwindung zu unterstützen [I]. Andere IVST verweisen darauf, dass sie aufgrund der oft hohen subjektiven Krankheitslast und tendenziell bereits langjährigen Rentenbezugsdauer sehr niederschwellig mit Potenzialabklärungen, Aufbautrainings etc. beginnen mussten. Eine IVST hat dabei die Richtlinie aufgestellt, dass man grundsätzlich 6 Monate IM versucht, und wenn eine Präsenzzeit von einem halben Tag nicht möglich war, wurde i.d.R. mit Mahn- und Bedenkzeitverfahren abgeschlossen: Die Pflicht, am Prozess mitzuwirken, habe man streng eingefordert [Z]. Aus zahlreichen anderen Schilderungen geht hervor, dass der Abbruch der Massnahmen häufig schon relativ früh erfolgte; dass jemand 2 Jahre lang am Aufbau der Erwerbsfähigkeit und an der Reintegration arbeitete, dürfte eher der Ausnahmefall sein.

Profil der Betroffenen

Hätte man die von RRS betroffenen Versicherten im Sinne des EOR-Prozesses gemäss Anhaltspunkten für Eingliederungspotenzial triagiert, hätte wohl für eine überwiegende Mehrheit kein Eingliederungsauftrag resultiert – zu sehr dominieren Risikofaktoren, die sich erschwerend auf eine erfolgreiche Erwerbsintegration auswirken: Geringe Bildungsressourcen, Migrationshintergrund, schwere psychosoziale Lebensumstände, Personen sind stark auf die Krankheit eingestellt und fühlen sich nicht arbeitsfähig, ältere Versicherte (50+) und langer Abstand vom Arbeitsmarkt (Frauen, die Familienarbeit geleistet haben; Personen mit langjähriger Rentenbezugsdauer⁴⁴).

Resultate der Eingliederungsmassnahmen

Die Aussichten auf einen Einstieg in den Arbeitsmarkt – mit den immer höheren Anforderungen bzgl. Ausbildung und Leistungsfähigkeit – seien für einen Grossteil der von RRS betroffenen Personen angesichts der genannten Risikofaktoren ausgesprochen gering, meinen viele IVST. Es ist zwar durchaus vorgekommen, dass Einzelne den Erwerbseinstieg geschafft haben, oft sei es aber zu spät für eine Eingliederung [z.B. F, M, Z, J, X]. Die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente von Personen, deren Chancen auf dem Arbeitsmarkt derart gering sind, haben manche IVST als Belastung empfunden.

15.4 Reaktionen der Versicherten – RRS

Wenig überraschend, dass bei den Rentenüberprüfungen aufgrund der Schlussbestimmungen negative Reaktionen in Form von Schock, Resignation oder Aggression überwogen haben. Generell herrschte bei den Betroffenen ein grosses Unverständnis darüber, warum die Rente nun wegfallen soll, obwohl man unverändert Schmerzen habe. Letzteres sei auch für die Mitarbeitenden der IV eines der schwierigsten Aspekte der RRS gewesen, berichten mehrere Gesprächspartner/innen: Die Leute seien nicht plötzlich weniger krank; im Gegenteil sei die subjektive Krankheitslast bei diesen Personen im Allgemeinen sehr hoch [u.a. W, H]. In Einzelfällen kam es durchaus vor, dass Betroffene den Eingliederungsversuch als Chance wahrnahmen, oder dass die Rentenreduktion ohne grössere Widerstände zur Kenntnis genommen wurde (häufig Teilrentner/innen, bei denen die Rente eher als zusätzliche Einkommensquelle fungierte, meint eine IVST [M]).

Aufgrund der Berichterstattung und der Diskussion in den Medien seien viele Versicherte verunsichert und verärgert gewesen. Verschiedene IVST berichten, sie hätten teilweise schon vor der eigentlichen

⁴⁴ Eine IVST spricht beispielsweise von durchschnittlich 10–15 Jahren, eine andere von 5–12 [M, I].

Überprüfung der Dossiers viele und teils heftige Reaktionen gehabt – zahlreiche Briefe und Telefonate mit Versicherten, die ihren Unmut kundtaten oder wissen wollten, ob sie auch betroffen seien [I, H, W]. Vor diesem Hintergrund haben sich einige IVST in entsprechenden Schulungen gezielt auf den Umgang mit aggressiven Personen vorbereitet, wobei Drohungen und Sicherheitsprobleme nur in einer IVST ein ernstes Problem war, bei den anderen stellten sich die Gesprächssituationen in der Praxis als weitaus unproblematischer heraus als im Vorfeld befürchtet [Z, G].

Bereitschaft für Eingliederungsmassnahmen

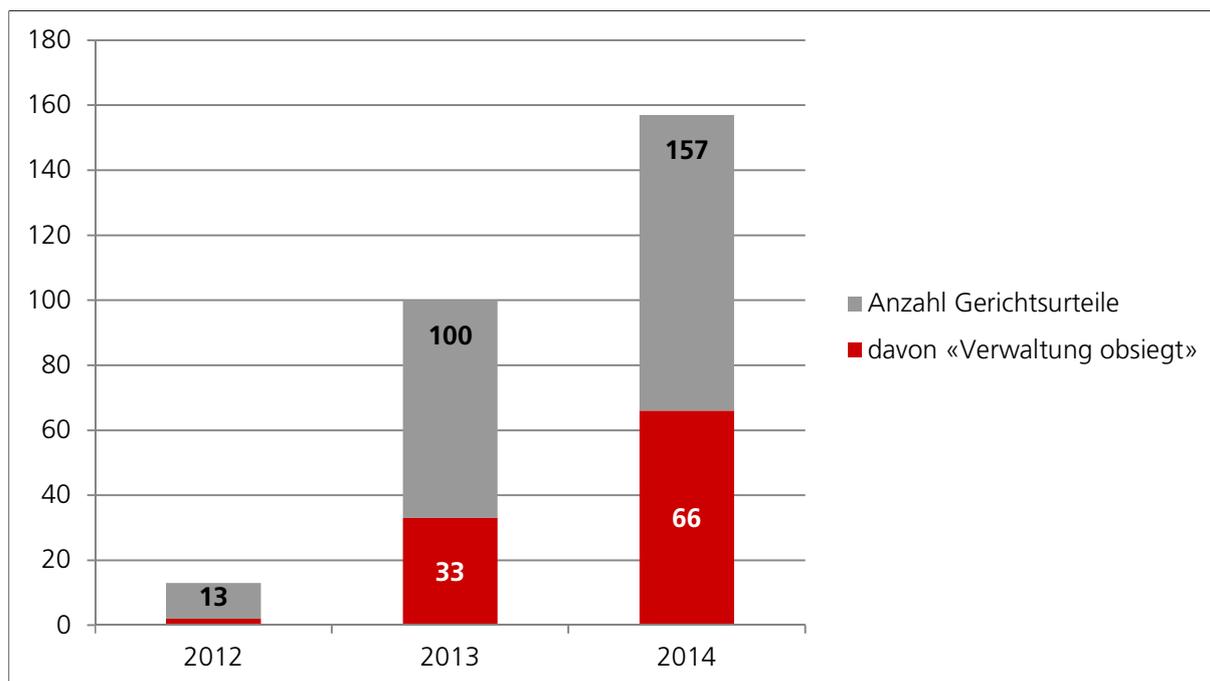
Wie erwähnt ist die subjektive Arbeitsunfähigkeit bei den von RRS betroffenen Versicherten meist sehr hoch. Die Regelung mit der Fortzahlung der Rente während zwei Jahren in denen Wiedereingliederungsmassnahmen laufen, bringe die Betroffenen in eine «schizophrene» Lage, wie ein Gesprächspartner sagt: Einerseits wollen sie der IV beweisen, dass sie nicht arbeiten können und daher Rentenanspruch haben, gleichzeitig aber müssen sie Massnahmen machen, um die Rentenfortzahlung zu erwirken. Die Erfahrungen der IVST diesbezüglich variieren.

Beschwerden und Gerichtsverfahren

Viele IVST berichten von langwierigen Verfahren mit vielen Einwänden und Beschwerden, die vor Gericht endeten; «Rentenschlachten», bei denen neue Beschwerden ins Spiel gebracht wurden [R, Z]. In einer IVST wurde häufig jeder Schritt vor Gericht angefochten, sodass verschiedene Verfahren jeweils parallel liefen [W]. Gleichzeitig befanden sich die Personen teilweise noch in Eingliederungsmassnahmen. Nicht nur das Identifizieren von RRS-Fällen war also für manche IVST eine komplexe Angelegenheit, sondern auch das Verfahren zur Rentenreduktion oder –aufhebung, wo es oft schwierig war, angesichts so vieler parallel laufender Prozesse, die Übersicht zu behalten [auch M, E, G, D, A].

Seit dem Inkrafttreten der IVG-Revision 6a 2012 haben die kantonalen Gerichte und das Bundesgericht bis Ende 2014 insgesamt 270 Urteile betreffend Schlussbestimmungen gefällt. Davon fiel in 101 bzw. 37% der Fälle das Urteil zugunsten der Verwaltung aus. **Abbildung 65** zeigt die Entwicklung der **Gerichtsurteile** zwischen 2012 und 2014. Für die einzelnen Jahre beträgt der Anteil an den Fällen, bei welchen die Verwaltung obsiegt 15% (2012) und 42% (2014).

Abbildung 65: Anzahl Gerichtsentscheide zu Beschwerden bezüglich der Schlussbestimmungen 6a



Quelle: Beschwerdedaten, BSV. Berechnungen BASS

15.5 Zusammenfassung und Fazit Rentenrevision nach Schlussbestimmung [RRS]

Sowohl insgesamt als auch pro Fall betrachtet war die Umsetzung der RRS für die meisten IVST aufwendig und anspruchsvoll. Zwar wird vereinzelt als positiv hervorgehoben, dass bei RRS im Gegensatz zu EOR die Vorgaben und Kriterien klar definiert waren. Dennoch waren für viele IVST die Fallbeurteilungen eine Herausforderung (medizinisch komplex; Zusammenführen juristische/medizinische Sichtweisen). Die Gespräche mit den Betroffenen waren für viele IV-Mitarbeitende schwierig und auch persönlich belastend. Für alle Beteiligten seien die RRS «äusserst mühsam» gewesen, Fälle hätten sich oft lange hingezogen wegen Rekursen, Gutachten, neuen Diagnosen etc.

Vom Ansatz her – Rechtsgleichheit zwischen bestehenden Versicherten und Neuanmeldungen – werden die Rentenüberprüfungen aufgrund der Schlussbestimmungen von einzelnen IVST durchaus positiv beurteilt. In der Umsetzung gab es jedoch praktisch keine IVST, die im prognostizierten Umfang Renten aufgrund der Schlussbestimmungen reduzieren oder aufheben konnte. In einem Grossteil der IVST fielen erstens viel weniger Fälle unter die Schlussbestimmungen als erwartet, zweitens hat ein grosser Teil der betroffenen Versicherten erfolgreich den Entscheid der IVST angefochten. Der sehr grosse Aufwand für die Umsetzung der RRS erachtet die Mehrheit der IVST daher als unverhältnismässig. Einzelne IVST tendieren gar zu einer negativen Bilanz: Eine IVST schätzt, dass der Mehraufwand für die Umsetzung der RRS die Kosteneinsparungen durch die Rentenaufhebungen übersteigt; andere verweisen auf das Unverständnis und den Unmut, den die RRS bei den Versicherten, der Ärzteschaft, in den Institutionen und in der Bevölkerung geschürt habe – darunter habe das Image der IV und die Zusammenarbeit mit den externen Stellen gelitten. Vereinzelt wird der Aufwand jedoch auch als durchaus verhältnismässig beurteilt: Das Vorgehen sei zwar sehr teuer, lohne sich aber, wenn man damit für mehrere Jahre eine Rente einsparen könne.

Dass die Reduktion des Rentenbestandes aufgrund der Schlussbestimmungen bei weitem nicht im erwarteten Umfang erfolgt ist, hat aus Sicht der IVST im Wesentlichen zwei Gründe: Erstens seien die Komorbiditäten unterschätzt worden, nicht zuletzt aufgrund der Codierungsproblematik. Zweitens waren aufgrund der vor längerer Zeit verschärften Rentenpraxis bei somatoformen Diagnosen vor allem ältere Fälle betroffen – darunter viele, die unter die Regelung zur Besitzstandswahrung fielen (Personen älter als 55 und Rentenbezugsdauer 15 Jahre oder länger).

Die Wirkungen der Schlussbestimmungen dürften damit eher auf qualitativer Ebene liegen. Allgemein habe die neue Rechtsprechung dazu geführt, dass kaum mehr Neuanmeldungen mit den betreffenden Beschwerdebildern gemacht werden; der Bevölkerung sei jetzt eher bewusst, dass die Hürden für eine Rente mit solchen Diagnosen relativ hoch seien. Innerhalb der IVST hat durch die Umsetzung der RRS ausserdem ein Aufbau an Know-how stattgefunden und ein verstärktes Bewusstsein dafür, bei welchen Beschwerdebildern genauer hingeschaut werden muss. In wieweit das neue Bundesgerichtsurteil vom 6. Juni 2015⁴⁵, bei dem die Vermutung fallengelassen wird, dass ein Versicherter sein unklares Leiden mit genug gutem Willen überwinden kann, zu einer neuerlichen Veränderung führt, wird sich erst in der Zukunft zeigen.

⁴⁵ Urteil 9C_492/2014 vom 3. 6. 15 – BGE-Publikation.

16 Gesamtbetrachtung 6a: Erwartungen, Wirkungen und Herausforderungen

Grundsätzlich wird sowohl bei der EOR wie auch der RRS von einem enormen Aufwand mit eher «geringem» Ertrag berichtet. Schlüssige Zahlen dazu sind jedoch aus verschiedenen Gründen nicht vorhanden. Zusätzliches Zahlenmaterial, das dem Forschungsteam im Rahmen dieses Auftrags von einzelnen IVST zur Verfügung gestellt werden konnte, deutet aber darauf hin, dass die in der Botschaft genannten Zahlen aus verschiedenen nachvollziehbaren Gründen auch in Zukunft nicht erreicht werden können.

Trotz dem grossen Aufwand und dem eher geringen Ertrag wird in den meisten IVST der **eingliederungsorientierte Ansatz** grundsätzlich als **sinnvoll und richtig** betrachtet. Er hat erstens dazu geführt, dass in den IVST das Rentengeschehen mit einem anderen Blick betrachtet wird. Der eingliederungsorientierte Blick, insbesondere bei den Neuberentungen, wurde geschärft und hat dazu beigetragen, dass sowohl in den Köpfen der Mitarbeitenden der IVST wie auch bei den betroffenen Personen nicht die Meinung vorherrsche, dass die Ausrichtung einer Invalidenrente ein unumkehrbarer Prozess darstelle (Stichwort «einmal Rente – immer Rente»). Zweitens hat die Fokussierung auf der Suche nach möglichem Eingliederungspotenzial zu einer **verstärkten interdisziplinären Zusammenarbeit** geführt, das u.a. auch zu einem Aufbau von internem Know-how im Bereich von Fällen mit Mehrfachproblematiken geführt hat. Dieses Wissen kann nun auch im Bereich der Neuberentungen genutzt werden. Es hat sich zudem gezeigt, dass einfache Mittel und Rezepte wie bspw. Checklisten zu Identifikation von möglichem Eingliederungspotenzial nicht ausreichen und die Mitarbeitenden der IVST ein Sensorium für die Eingliederungsthematik entwickeln müssen, für das die Auseinandersetzung mit «alten» Rentenfällen im Kontext der EOR eine Gelegenheit geboten hat. Die breite (versicherungsmedizinische) Auseinandersetzung mit der Frage, wofür eine Rente gesprochen werden soll und wofür nicht, war insgesamt sicher ein positiver Aspekt – für die IV insgesamt war eine offene, transparente Diskussion auch hilfreich. Auf der individuellen Fallebene hingegen haben insbesondere die Schlussbestimmungen viel Frustration ausgelöst.

Der Hinweis von mehreren IVST, dass die negativen Reaktionen nicht nur von den Betroffenen selber, sondern auch von ärztlichen Fachkreisen in Zusammenhang mit den Schlussbestimmungen dem Ruf der Invalidenversicherung eher geschadet als geholfen haben, muss ernst genommen werden. Die von mehreren IVST praktizierte Umsetzung «nach Augenmass», die nichts anderes ist als eine Prüfung des Einzelfalls unter Berücksichtigung des persönlichen und individuellen Kontextes, dürfte sich in dieser Hinsicht als richtig erweisen. Der Ruf nach «Qualität statt Quantität» scheint unter diesem Aspekt durchaus sinnvoll sein.

Gleichzeitig ist die Tatsache, dass bei der seit 2010 sehr intensiv durchgeführten systematischen Überprüfung des Rentenbestandes nur sehr wenige Fälle mit einem zusätzlichen Eingliederungspotenzial «gefunden» wurden ein Indiz dafür, dass in den Jahren davor in der Invalidenversicherung kaum viele Renten für Personen gesprochen wurden, die medizinisch nicht oder zu wenig begründbar sind.

Eine der grössten Herausforderungen für die Zukunft dürfte sein, für die erwähnten grundsätzlichen Probleme beim **«Konstrukt»** EOR Lösungen zu finden. Dies betrifft zum einen die Frage, in wieweit ein erfolgsversprechendes Eingliederungspotenzial trotz keiner Änderung des Sachverhalts möglichst verlässlich erkannt werden kann. Zum andern sind die Ängste der Betroffenen, mit dem Wegfall einer Rente an Sicherheit zu verlieren, real und oftmals auch begründet. Dass Betroffene trotz dieser Unsicherheiten eine Rentenrevision noch als Chance betrachten können, braucht gemäss den Befragten viel Engagement nicht nur von Seiten der Invalidenversicherung, sondern auch von den betreuenden

Ärztinnen und Ärzten wie auch von Arbeitgebenden, die mit der Bereitstellung von geeigneten Arbeitsplätzen massgeblich daran beteiligt sind, ob eine erfolgreiche Eingliederung möglich ist oder nicht.

Quellen und Literatur

- Beywl, W., Kehr, J., Mäder, S., & Niestroj, M. (2007). *Evaluation Schritt für Schritt: Planung von Evaluationen*. hiba-Weiterbildung Band 20/26.
- Bloch, F. S. & Prins, R. (2000). *Who Returns to Work & Why? A Six-Country Study on Work Incapacity & Reintegration*. International Social Security Series, Vol. 5. Transaction Publishers, New Brunswick, New Jersey.
- Bolliger, C. & Féraud, M. (2015). *Die Zusammenarbeit zwischen der IV und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten- Formen, Instrumente und Einschätzungen der Akteure*. Bundesamt für Sozialversicherungen [Hrsg.], FoP2-IV Forschungsbericht, Bern.
- Bolliger, C., Fritschi, T., Salzgeber, R., Zürcher, P., & Hümbelin, O. (2012). *Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung, der Frühintervention und der Integrationsmassnahmen*. Bundesamt für Sozialversicherungen [Hrsg.], FoP-IV Forschungsbericht Nr. 13/12, Bern.
- Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (5. Revision) vom 22. Juni 2005.
- Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (6. IVG-Revision, erstes Massnahmenpaket), vom 24. Februar 2010, BBl 2010, 1817.
- BSV (2006): Mehrjähriges Forschungsprogramm zu Invalidität und Behinderung und zur Umsetzung des Invalidenversicherungsgesetzes. Programmkonzept vom 26. Mai 2006 Bundesamt für Sozialversicherung.
- BSV Bundesamt für Sozialversicherung (2014): Gesamtbericht Audit 2013 – Geschäftsfeld Invalidenversicherung, Bereinigte Version vom 09.07.2014, Bern.
- Erläuterungen zur Verordnung über die Invalidenversicherung, 1. März 2012 (Änderung vom 16.11.11)
- Guggisberg, J., Stocker, D., Dutoit, L., Becker, H., Daniel, H., Moasimann, J.J. (2015). Der Abklärungsprozess in der Invalidenversicherung bei Rentenentscheiden: Prozesse, Akteure, Wirkungen. Bundesamt für Sozialversicherungen [Hrsg.], FoP2-IV Forschungsbericht Nr. 4/15, Bern.
- Herdt, J., Winckel, H., & Laskowska, B. (2010). *Fallanalyse zur beruflichen Integration von Personen mit psychischen Störungen*. Bundesamt für Sozialversicherungen [Hrsg.], FoP-IV Forschungsbericht Nr. 5/10, Bern.
- Lechner, M. & Wiehler, S. (2013), Does the Order and Timing of Active Labour Market Programmes Matter? *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 75, 180–212.
- Streibelt, M. & Egner, U. (2013). Eine systematische Übersichtsarbeit zu den Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. *Rehabilitation*, 52(02): 111-118.

Teil 4 –Anhang

Teilprojekt I: 5. IVG-Revision

Tabelle 23: Anteile IV-Neuanmeldungen nach IV-Stelle

IV-Stelle	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ZH	18%	18%	18%	17%	18%	17%	17%	17%
BE	12%	12%	12%	13%	13%	13%	12%	12%
LU	4%	4%	4%	5%	5%	4%	4%	4%
UR	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
SZ	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
OW	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
NW	0%	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%
GL	1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	1%
ZG	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
FR	3%	3%	4%	3%	4%	3%	4%	4%
SO	4%	4%	3%	4%	4%	4%	3%	3%
BS	3%	2%	2%	3%	3%	3%	2%	3%
BS	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%
SH	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
AR	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
AI	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
SG	7%	7%	7%	6%	7%	6%	6%	6%
GR	2%	3%	3%	3%	2%	3%	3%	2%
AG	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%
TG	4%	3%	3%	3%	4%	3%	3%	3%
TI	5%	4%	4%	4%	4%	5%	5%	5%
VD	7%	8%	8%	8%	7%	9%	9%	9%
VS	3%	3%	4%	4%	4%	4%	4%	4%
NE	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
GE	5%	5%	5%	5%	4%	4%	6%	5%
JU	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Vers. im Ausl.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Total Anzahl [N]	45578	43117	42041	41040	44869	46418	46054	49208

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 24: Anteil der IV-Neuanmeldungen nach Geschlecht

Geschlecht	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Anteil Frauen	44%	45%	45%	46%	46%	45%	47%	46%
Anteil Männer	56%	55%	55%	54%	54%	55%	53%	54%

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 25: Anteil der IV- nach Alterskategorien

Alter	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
18 - 19 Jahre	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
20 - 24 Jahre	4%	4%	4%	4%	4%	5%	5%	5%
25 - 29 Jahre	5%	5%	5%	5%	5%	6%	6%	6%
30 - 34 Jahre	7%	6%	6%	5%	6%	6%	7%	7%
35 - 39 Jahre	9%	9%	8%	8%	8%	8%	8%	8%
40 - 44 Jahre	12%	11%	11%	11%	12%	11%	11%	11%
45 - 49 Jahre	13%	13%	13%	13%	13%	14%	14%	14%
50 - 54 Jahre	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%
55 - 59 Jahre	19%	19%	19%	19%	17%	16%	16%	17%
60 – 64 Jahre	15%	16%	18%	20%	17%	16%	15%	16%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Total Anzahl [N]	45578	43117	42041	41040	44869	46418	46054	49208

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 26: Anzahl und Anteil der IV-Neuanmeldungen nach Staatsangehörigkeit

Nationalität zum Zeitpunkt der Neu-anmeldung	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Schweiz	32288	30957	30496	30433	32658	34270	33648	36172
EU/EFTA Nordwest	1533	1499	1574	1585	1995	2151	2466	2813
EU-Süd	4992	4508	4199	3886	4283	4501	4675	4852
EU-Ost	595	560	486	411	500	552	536	554
Europa Rest	5095	4530	4167	3557	4111	3542	3264	3246
OECD Rest	104	113	104	97	116	128	129	127
Übrige	971	950	1015	1071	1206	1274	1336	1444
Total	45578	43117	42041	41040	44869	46418	46054	49208
Schweiz	71%	72%	73%	74%	73%	74%	73%	74%
EU Nordwest/EFTA	3%	3%	4%	4%	4%	5%	5%	6%
EU-Süd	11%	10%	10%	9%	10%	10%	10%	10%
EU-Ost	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Europa Rest	11%	11%	10%	9%	9%	8%	7%	7%
OECD Rest	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Übrige	2%	2%	2%	3%	3%	3%	3%	3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 27: Anteil IV-Neuanmeldungen mit externen Eingliederungsmassnahmen innerhalb des Beobachtungszeitraums (Anmeldejahr plus drei Jahre) nach IVST

IV-Stelle	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A	7%	6%	7%	9%	13%	15%	17%	15%
B	12%	12%	12%	19%	17%	17%	20%	18%
C	16%	12%	16%	19%	18%	37%	43%	36%
D	8%	7%	7%	9%	14%	14%	14%	12%
E	5%	6%	9%	9%	8%	8%	12%	13%
F	7%	6%	7%	8%	23%	23%	27%	28%
G	7%	6%	9%	12%	15%	17%	13%	18%
H	3%	7%	7%	7%	14%	7%	25%	22%
I	5%	5%	5%	7%	11%	13%	14%	18%
J	7%	12%	8%	7%	17%	12%	13%	21%
K	6%	2%	6%	7%	7%	8%	18%	13%
L	8%	8%	13%	12%	11%	17%	18%	23%
M	9%	12%	11%	14%	18%	11%	18%	23%
N	5%	6%	10%	16%	29%	30%	36%	33%
O	9%	8%	8%	9%	15%	16%	18%	18%
P	4%	4%	4%	5%	9%	19%	23%	22%
Q	5%	6%	6%	9%	14%	16%	20%	23%
R	7%	11%	9%	15%	21%	21%	20%	24%
S	10%	5%	10%	7%	11%	12%	19%	12%
T	9%	11%	10%	12%	16%	16%	16%	18%
U	14%	14%	12%	17%	27%	25%	27%	25%
V	9%	10%	11%	13%	21%	23%	25%	27%
W	9%	10%	12%	15%	15%	16%	17%	17%
X	10%	11%	13%	15%	16%	21%	21%	23%
Y	6%	5%	5%	7%	12%	11%	19%	20%
Z	12%	10%	9%	10%	19%	20%	19%	19%
Total	8%	8%	8%	10%	16%	18%	20%	21%

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 28: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Frühinterventionsmassnahmen

Frühinterventionsmassnahmen - Alle		2008	2009	2010	2011
Anzahl	Anzahl Leistungsbezüger/innen	2'235	3'039	3'923	4'701
	Leistungsbezüger/innen an Neuanmeldungen	5.9%	7.7%	10.0%	11.2%
	15%-Quantil (Kantone)	2.3%	2.2%	3.2%	3.7%
	85%-Quantil (Kantone)	8.8%	14.5%	18.4%	18.3%
	Leistungsbezüger/innen pro 10'000 vP	4.6	6.2	7.8	9.3
	15%-Quantil (Kantone)	1.8	1.7	2.5	2.6
Geschwindigkeit	85%-Quantil (Kantone)	6.8	12.2	14.2	15.8
	Median bis zur ersten Massnahme in Monaten	4.5	4.5	4.2	4.2
	15%-Quantil (Kantone)	3.2	2.7	3.3	3.2
	85%-Quantil (Kantone)	8.3	7.8	7.0	6.7
	Anteil Leistungsbezüger/innen innerhalb 6 Monate	62%	64%	65%	67%
	15%-Quantil (Kantone)	29%	43%	39%	44%
Ausgaben in CHF	85%-Quantil (Kantone)	86%	85%	86%	85%
	Ausgaben pro Neuanmeldung	212	330	458	532
	15%-Quantil (Kantone)	77	73	93	147
	85%-Quantil (Kantone)	274	549	700	902
	Ausgaben pro Leistungsbeziehende	3'586	4'260	4'584	4'760
	15%-Quantil (Kantone)	2'455	2'690	2'845	2'919
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	85%-Quantil (Kantone)	5'118	5'893	5'968	6'364
	Ausgaben pro versicherte Person	1.65	2.62	3.58	4.42
	15%-Quantil (Kantone)	0.58	0.57	0.73	1.15
	85%-Quantil (Kantone)	2.15	4.53	5.63	7.88
	Rentenbezug drei Jahre nach Neuanmeldung	20%	19%	17%	16%
	15%-Quantil (Kantone)	9%	10%	13%	11%
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	85%-Quantil (Kantone)	30%	25%	27%	22%
	Leistungsbezüger/innen weiterer EM	30%	30%	30%	30%
	15%-Quantil (Kantone)	6%	13%	15%	16%
	85%-Quantil (Kantone)	40%	38%	37%	40%
	Erwerbstätigkeit drei Jahre nach Neuanmeldung	65%	67%	67%	-
	15%-Quantil (Kantone)	55%	58%	61%	-
	85%-Quantil (Kantone)	83%	85%	84%	-

Tabelle 29: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Frühinterventionsmassnahmen: Nur Personen mit psychischem Gebrechen

FI - psychisches Gebrechen		2008	2009	2010	2011
Anzahl	Anzahl Leistungsbezüger/innen	604	904	1'195	1'556
	Leistungsbezüger/innen an Neuanmeldungen mit FI	27%	30%	30%	33%
	Leistungsbezüger/innen pro 10'000 vP	1.2	1.8	2.4	3.1
Geschwindigkeit	Median bis zur ersten Massnahme in Monaten	4.1	4.5	4.2	4.1
	Anteil Leistungsbezüger/innen innerhalb 6 Monate	65%	63%	66%	67%
Ausgaben in CHF	Ausgaben pro Neuanmeldung	61	115	162	208
	Ausgaben pro Leistungsbeziehende	3'792	5'011	5'337	5'627
	Ausgaben pro versicherte Person	0.47	0.92	1.27	1.73
Bedingte Wahrscheinlichkeiten	Rentenbezug drei Jahre nach Neuanmeldung	30%	29%	28%	23%
	Leistungsbezüger/innen weiterer EM	35%	37%	35%	34%
	Erwerbstätigkeit drei Jahre nach Neuanmeldung	58%	62%	60%	-

* Die bedingte Wahrscheinlichkeit gibt an, wie gross die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Ereignis A (bspw. Rentenbezug 3 Jahre nach Neuanmeldung) eintritt, nachdem ein Ereignis B (hier FI) schon eingetreten ist

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 30: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Frühinterventionsmassnahmen: Nur bei der Anmeldung erwerbstätige Personen

FI - erwerbstätig bei Anmeldung		2008	2009	2010	2011
Anzahl	Anzahl Leistungsbezüger/innen	1'667	2'370	3'045	3'679
	Leistungsbezüger/innen an allen bei der Anmeldung erwerbstätigen Personen	6.2%	8.4%	10.7%	11.8%
	Leistungsbezüger/innen pro 10'000 vP	3.4	4.8	6.1	7.3
	15%-Quantil (Kantone)	1.8	1.7	2.2	3.0
	85%-Quantil (Kantone)	6.1	8.9	10.3	12.8
Geschwindigkeit	Median bis zur ersten Massnahme	4.8	4.5	4.2	4.2
	15%-Quantil (Kantone)	3.2	2.8	3.2	3.1
	85%-Quantil (Kantone)	8.6	7.0	7.1	6.5
	Anteil Leistungsbezüger/innen innerhalb 6 Monate	59%	62%	65%	66%
	15%-Quantil (Kantone)	29%	44%	42%	45%
Ausgaben in CHF	85%-Quantil (Kantone)	82%	80%	84%	86%
	Ausgaben pro Neuanmeldung	156	250	346	402
	15%-Quantil (Kantone)	72	58	81	132
	85%-Quantil (Kantone)	218	460	583	686
	Ausgaben pro Leistungsbeziehende	3'539	4'135	4'469	4'596
	15%-Quantil (Kantone)	2'209	2'623	2'479	3'008
	85%-Quantil (Kantone)	4'290	5'934	5'963	6'191
	Ausgaben pro versicherte Person	1.21	1.99	2.71	3.34
	15%-Quantil (Kantone)	0.53	0.44	0.62	1.03
	85%-Quantil (Kantone)	1.69	3.84	4.62	5.54
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	Rentenbezug drei Jahre nach Neuanmeldung	21%	19%	17%	15%
	15%-Quantil (Kantone)	16%	12%	13%	12%
	85%-Quantil (Kantone)	35%	26%	30%	21%
	Leistungsbezüger/innen weiterer EM	28%	28%	28%	28%
	15%-Quantil (Kantone)	8%	11%	14%	16%
	85%-Quantil (Kantone)	36%	35%	34%	40%
	Erwerbstätigkeit drei Jahre nach Neuanmeldung	66%	69%	69%	-
15%-Quantil (Kantone)	58%	61%	60%	-	
85%-Quantil (Kantone)	82%	78%	77%	-	

Tabelle 31: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Frühinterventionsmassnahmen: Nur bei der Anmeldung erwerbstätige Personen mit psychischem Gebrechen

FI - erwerbstätig bei Anmeldung - psychisches Gebrechen		2008	2009	2010	2011
Anzahl	Anzahl Leistungsbezüger/innen	403	662	856	1'153
	Leistungsbezüger/innen an FI - erwerbstätig bei Anmeldung	24%	28%	28%	31%
Geschwindigkeit	Median bis zur ersten Massnahme	4.4	4.4	4.0	4.1
	Anteil Leistungsbezüger/innen innerhalb 6 Monate	62%	63%	66%	66%
Ausgaben in CHF	Ausgaben pro Neuanmeldung	40	84	115	150
	Ausgaben pro Leistungsbeziehende	3'716	4'953	5'289	5'484
	Ausgaben pro versicherte Person	0.31	0.66	0.90	1.25
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	Rentenbezug drei Jahre nach Neuanmeldung	30%	28%	27%	21%
	Leistungsbezüger/innen weiterer EM	31%	36%	33%	30%
	Erwerbstätigkeit drei Jahre nach Neuanmeldung	59%	66%	64%	-

* Die bedingte Wahrscheinlichkeit gibt an, wie gross die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Ereignis A (bspw. Rentenbezug 3 Jahre nach Neuanmeldung) eintritt, nachdem ein Ereignis B (hier FI) schon eingetreten ist

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 32: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Frühinterventionsmassnahmen: Nur bei der Anmeldung nicht erwerbstätige Personen

FI - nicht erwerbstätig bei Anmeldung		2008	2009	2010	2011
Anzahl	Anzahl Leistungsbezüger/innen	568	669	878	1'022
	Leistungsbezüger/innen an allen bei der Anmeldung nicht erwerbstätigen Personen	5.2%	6.0%	8.1%	9.4%
	Leistungsbezüger/innen pro 10'000 vP	1.2	1.4	1.7	2.0
	15%-Quantil (Kantone)	0.4	0.6	0.5	0.5
	85%-Quantil (Kantone)	3.8	4.9	5.1	5.1
Geschwindigkeit	Median bis zur ersten Massnahme	3.8	4.3	4.1	4.1
	15%-Quantil (Kantone)	2.7	2.6	2.6	2.8
	85%-Quantil (Kantone)	7.0	7.2	9.2	8.6
	Anteil Leistungsbezüger/innen innerhalb 6 Monate	71%	67%	67%	69%
	15%-Quantil (Kantone)	47%	44%	22%	35%
Ausgaben in CHF	85%-Quantil (Kantone)	90%	92%	90%	94%
	Ausgaben pro Neuanmeldung	56	80	111	130
	15%-Quantil (Kantone)	17	37	23	22
	85%-Quantil (Kantone)	157	321	418	341
	Ausgaben pro Leistungsbeziehende	3'723	4'702	4'982	5'348
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	15%-Quantil (Kantone)	2'518	2'516	3'214	2'907
	85%-Quantil (Kantone)	5'375	7'324	6'980	7'912
	Ausgaben pro versicherte Person	0.43	0.64	0.87	1.08
	15%-Quantil (Kantone)	0.13	0.29	0.18	0.18
	85%-Quantil (Kantone)	1.12	2.92	3.25	2.85
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	Rentenbezug drei Jahre nach Neuanmeldung	22%	19%	19%	18%
	15%-Quantil (Kantone)	8%	8%	9%	10%
	85%-Quantil (Kantone)	41%	23%	24%	24%
	Leistungsbezüger/innen weiterer EM	37%	35%	36%	39%
	15%-Quantil (Kantone)	26%	8%	23%	20%
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	85%-Quantil (Kantone)	47%	54%	58%	49%
	Erwerbstätigkeit drei Jahre nach Neuanmeldung	52%	52%	51%	-
	15%-Quantil (Kantone)	44%	40%	39%	-
	85%-Quantil (Kantone)	66%	68%	78%	-

Tabelle 33: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Frühinterventionsmassnahmen: Nur bei der Anmeldung nicht erwerbstätige Personen mit psychischem Gebrechen

FI - nicht erwerbstätig bei Anmeldung - psychisches Gebrechen		2008	2009	2010	2011
Anzahl	Anzahl Leistungsbezüger/innen	201	242	339	403
	Leistungsbezüger/innen an FI - nicht erwerbstätig bei Anmeldung	35%	36%	39%	39%
Geschwindigkeit	Median bis zur ersten Massnahme	3.6	4.6	4.5	4.1
	Anteil Leistungsbezüger/innen innerhalb 6 Monate	70%	64%	65%	70%
Ausgaben in CHF	Ausgaben pro Neuanmeldung	21	32	47	58
	Ausgaben pro Leistungsbeziehende	3'944	5'170	5'460	6'039
	Ausgaben pro versicherte Person	0.16	0.25	0.37	0.48
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	Rentenbezug drei Jahre nach Neuanmeldung	34%	33%	32%	29%
	Leistungsbezüger/innen weiterer EM	45%	40%	40%	44%
	Erwerbstätigkeit drei Jahre nach Neuanmeldung	50%	45%	46%	-

* Die bedingte Wahrscheinlichkeit gibt an, wie gross die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Ereignis A (bspw. Rentenbezug 3 Jahre nach Neuanmeldung) eintritt, nachdem ein Ereignis B (hier FI) schon eingetreten ist

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 34: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Integrationsmassnahmen

Integrationsmassnahmen		2008	2009	2010	2011
Anzahl	Anzahl Leistungsbezüger/innen	1'070	1'199	1'292	1'532
	Leistungsbezüger/innen an Neuanmeldungen	2.8%	3.1%	3.3%	3.6%
	15%-Quantil (Kantone)	0.9%	1.3%	1.6%	1.4%
	85%-Quantil (Kantone)	4.5%	4.0%	4.7%	6.4%
	Leistungsbezüger/innen pro 10'000 vP	2.2	2.4	2.6	3.0
	15%-Quantil (Kantone)	0.7	0.8	1.3	1.2
Geschwindigkeit	85%-Quantil (Kantone)	3.9	2.9	3.8	5.8
	Median bis zur ersten Massnahme in Monaten	10.0	11.2	12.4	11.9
	15%-Quantil (Kantone)	7.9	9.6	9.2	9.9
	85%-Quantil (Kantone)	17.5	17.0	16.7	17.5
	Anteil Leistungsbezüger/innen innerhalb 12 Monate	57%	55%	48%	50%
	15%-Quantil (Kantone)	22%	30%	24%	34%
Ausgaben in CHF	85%-Quantil (Kantone)	73%	67%	63%	59%
	Ausgaben pro Neuanmeldung	410	458	488	568
	15%-Quantil (Kantone)	121	163	216	219
	85%-Quantil (Kantone)	829	845	903	1067
	Ausgaben pro Leistungsbeziehende	14'469	15'000	14'851	15'595
	15%-Quantil (Kantone)	9'362	11'048	10'872	10'684
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	85%-Quantil (Kantone)	19'486	23'936	20'579	20'100
	Ausgaben pro versicherte Person	3.18	3.64	3.82	4.72
	15%-Quantil (Kantone)	0.90	1.29	1.78	2.03
	85%-Quantil (Kantone)	7.57	6.74	7.13	9.33
	Rentenbezug drei Jahre nach Neuanmeldung	36%	35%	35%	33%
	15%-Quantil (Kantone)	29%	16%	25%	20%
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	85%-Quantil (Kantone)	55%	63%	60%	47%
	Leistungsbezüger/innen weiterer EM	38%	45%	48%	49%
	15%-Quantil (Kantone)	30%	24%	28%	30%
	85%-Quantil (Kantone)	52%	53%	59%	60%
	Erwerbstätigkeit drei Jahre nach Neuanmeldung	44%	48%	45%	-
	15%-Quantil (Kantone)	21%	20%	24%	-
	85%-Quantil (Kantone)	54%	62%	57%	-

Tabelle 35: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Integrationsmassnahmen und psychischem Gebrechen

IM- psychisches Gebrechen		2008	2009	2010	2011
Anzahl	Anzahl Leistungsbezüger/innen	722	878	951	1'140
	Leistungsbezüger/innen an Neuanmeldungen mit IM	68%	74%	74%	75%
Geschwindigkeit	Median bis zur ersten Massnahme	9.5	10.9	11.8	11.0
	Anteil Leistungsbezüger/innen innerhalb 12 Monate	59%	55%	51%	54%
Ausgaben in CHF	Ausgaben pro Neuanmeldung	300	362	389	457
	Ausgaben pro Leistungsbezüger/in	15'657	16'192	16'085	16'861
	Ausgaben pro versicherte Person	2.32	2.88	3.05	3.80
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	Rentenbezug drei Jahre nach Neuanmeldung	40%	38%	37%	33%
	Leistungsbezüger/innen weiterer EM	46%	53%	54%	54%
	Erwerbstätigkeit drei Jahre nach Neuanmeldung	44%	47%	44%	-

* Die bedingte Wahrscheinlichkeit gibt an, wie gross die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Ereignis A (bspw. Rentenbezug 3 Jahre nach Neuanmeldung) eintritt, nachdem ein Ereignis B (hier IM) schon eingetreten ist
Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 36: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Massnahmen beruflicher Art

Massnahmen beruflicher Art		2008	2009	2010	2011
Anzahl	Anzahl Leistungsbezüger/innen	3'733	3'953	4'099	4'595
	Leistungsbezüger/innen an Neuanmeldungen	9.9%	10.1%	10.4%	10.9%
	15%-Quantil (Kantone)	5.7%	5.3%	7.6%	8.3%
	85%-Quantil (Kantone)	15.1%	13.9%	14.1%	13.9%
	Leistungsbezüger/innen pro 10'000 vP	7.7	8.0	8.2	9.1
	15%-Quantil (Kantone)	4.1	4.0	5.7	6.7
Geschwindigkeit	85%-Quantil (Kantone)	12.5	10.4	11.1	11.9
	Median bis zur ersten Massnahme in Monaten	12.2	12.9	13.1	12.8
	15%-Quantil (Kantone)	9.2	9.4	9.3	10.0
	85%-Quantil (Kantone)	14.5	15.0	15.6	14.8
	Anteil Leistungsbezüger/innen innerhalb 18 Monate	70%	67%	67%	69%
	15%-Quantil (Kantone)	59%	58%	59%	60%
Ausgaben in CHF	85%-Quantil (Kantone)	83%	84%	77%	80%
	Ausgaben pro Neuanmeldung	2'561	2'640	2'582	2'892
	15%-Quantil (Kantone)	1350	1209	1749	1810
	85%-Quantil (Kantone)	4247	3186	3949	4017
	Ausgaben pro Leistungsbeziehende	25'888	26'226	24'760	26'492
	15%-Quantil (Kantone)	20'885	16'183	19'114	22'036
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	85%-Quantil (Kantone)	36'863	34'588	32'165	34'480
	Ausgaben pro versicherte Person	19.84	21.00	20.22	24.04
	15%-Quantil (Kantone)	8.86	9.60	12.38	14.19
	85%-Quantil (Kantone)	38.30	24.64	26.49	35.19
	Rentenbezug drei Jahre nach Neuanmeldung	17%	15%	14%	13%
	15%-Quantil (Kantone)	5%	5%	9%	8%
Bedingte Wahrscheinlichkeiten*	85%-Quantil (Kantone)	22%	20%	18%	17%
	Leistungsbezüger/innen weiterer EM	11%	13%	15%	18%
	15%-Quantil (Kantone)	3%	4%	7%	8%
	85%-Quantil (Kantone)	14%	19%	23%	26%
	Erwerbstätigkeit drei Jahre nach Neuanmeldung	63%	62%	63%	-
	15%-Quantil (Kantone)	48%	52%	52%	-
	85%-Quantil (Kantone)	81%	71%	73%	-

Tabelle 37: Kennzahlen zu IV-Neuanmeldungen mit Massnahmen beruflicher Art und psychischem Gebrechen

MB- psychisches Gebrechen		2008	2009	2010	2011
Anzahl	Anzahl Leistungsbezüger/innen	1'229	1'382	1'321	1'587
	Leistungsbezüger/innen an Neuanmeldungen mit MB	33%	35%	32%	35%
	Leistungsbezüger/innen pro 10'000 vP	2.5	2.8	2.6	3.1
Geschwindigkeit	Median bis zur ersten Massnahme	13.6	14.2	14.0	13.3
	Anteil Leistungsbezüger/innen innerhalb 18 Monate	66%	65%	64%	67%
Ausgaben in CHF	Ausgaben pro Neuanmeldung	1'104	1'218	1'128	1'296
	Ausgaben pro Leistungsbeziehende	33'905	34'607	33'567	34'370
	Ausgaben pro versicherte Person	8.55	9.69	8.84	10.77
bedingte Wahrscheinlichkeiten*	Rentenbezug drei Jahre nach Neuanmeldung	29%	25%	23%	21%
	Leistungsbezüger/innen weiterer EM	28%	32%	40%	44%
	Erwerbstätigkeit drei Jahre nach Neuanmeldung	55%	56%	55%	-

* Die bedingte Wahrscheinlichkeit gibt an, wie gross die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Ereignis A (bspw. Rentenbezug 3 Jahre nach Neuanmeldung) eintritt, nachdem ein Ereignis B (hier MB) schon eingetreten ist

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 38: Rentenbezugsquote nach IVST: Anteil Neurentner/innen drei Jahre nach der IV-Neuanmeldung am Total der IV-Neuanmeldungen

IV-Stelle	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A	39%	33%	27%	26%	21%	16%	16%	15%
B	43%	44%	41%	32%	26%	26%	25%	20%
C	27%	27%	26%	30%	25%	24%	19%	16%
D	38%	32%	26%	26%	21%	17%	15%	16%
E	28%	25%	22%	25%	21%	19%	22%	16%
F	28%	27%	27%	27%	26%	25%	24%	23%
G	26%	26%	23%	23%	21%	19%	18%	16%
H	31%	27%	21%	16%	19%	17%	13%	12%
I	35%	34%	29%	28%	28%	26%	23%	20%
J	36%	29%	26%	27%	24%	22%	24%	18%
K	26%	9%	17%	13%	11%	13%	16%	9%
L	29%	26%	25%	29%	25%	21%	22%	21%
M	34%	34%	30%	27%	26%	23%	20%	18%
N	30%	25%	24%	25%	24%	18%	20%	19%
O	35%	32%	28%	23%	23%	20%	18%	15%
P	43%	39%	38%	38%	34%	30%	30%	25%
Q	33%	33%	32%	27%	25%	22%	20%	19%
R	55%	30%	26%	25%	24%	28%	20%	12%
S	31%	32%	27%	22%	20%	21%	20%	14%
T	26%	24%	20%	18%	18%	14%	13%	13%
U	32%	30%	27%	27%	26%	25%	20%	21%
V	34%	32%	25%	25%	25%	22%	19%	18%
W	24%	24%	21%	22%	17%	18%	18%	15%
X	31%	27%	30%	26%	25%	22%	21%	18%
Y	41%	35%	34%	27%	29%	22%	20%	18%
Z	28%	24%	23%	20%	19%	18%	16%	12%
Total	32%	29%	27%	25%	24%	21%	20%	18%

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

Mit den IK-Registerdaten lässt sich die Erwerbssituation auf den Monat genau bestimmen. Es ist daher eine Frage der Definition des «Zeitpunkts der Neuanmeldung», wie gross der Anteil der Personen mit beitragspflichtigem Einkommen ist

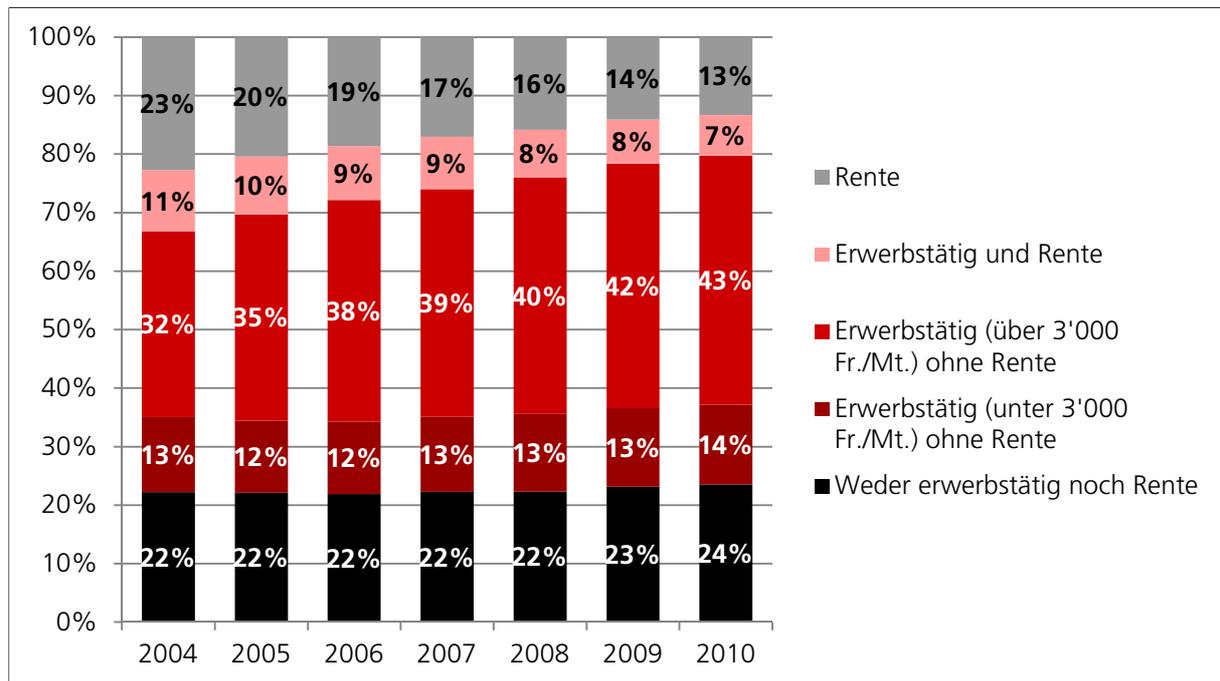
Tabelle 39 zeigt den Anteil der neuangemeldeten Personen mit beitragspflichtigem Einkommen im Zeitraum der Neuanmeldung für verschiedene Definitionen. Im weiteren Verlauf der Analyse werden Personen, **welche im Anmeldemonat, einen Monat davor oder einen Monat danach ein Erwerbseinkommen aufweisen als zum Zeitpunkt der Neuanmeldung erwerbstätig** bezeichnet.

Tabelle 39: Anteil der neuangemeldeten Personen mit beitragspflichtigem Einkommen im Zeitraum der Neuanmeldung

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Erwerbstätig im Anmeldejahr	71%	72%	73%	75%	78%	78%	79%	80%
Erwerbstätig im Anmeldemonat	61%	62%	63%	65%	68%	68%	69%	71%
Erwerbstätig im Anmeldemonat +/- 1 Monat	64%	65%	66%	69%	71%	72%	73%	74%
Erwerbstätig im Anmeldemonat +/- 2 Monate	67%	68%	69%	71%	74%	75%	75%	77%
Erwerbstätig im Anmeldemonat +/- 3 Monate	70%	71%	72%	74%	76%	77%	78%	79%

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2011, BSV. Berechnungen BASS

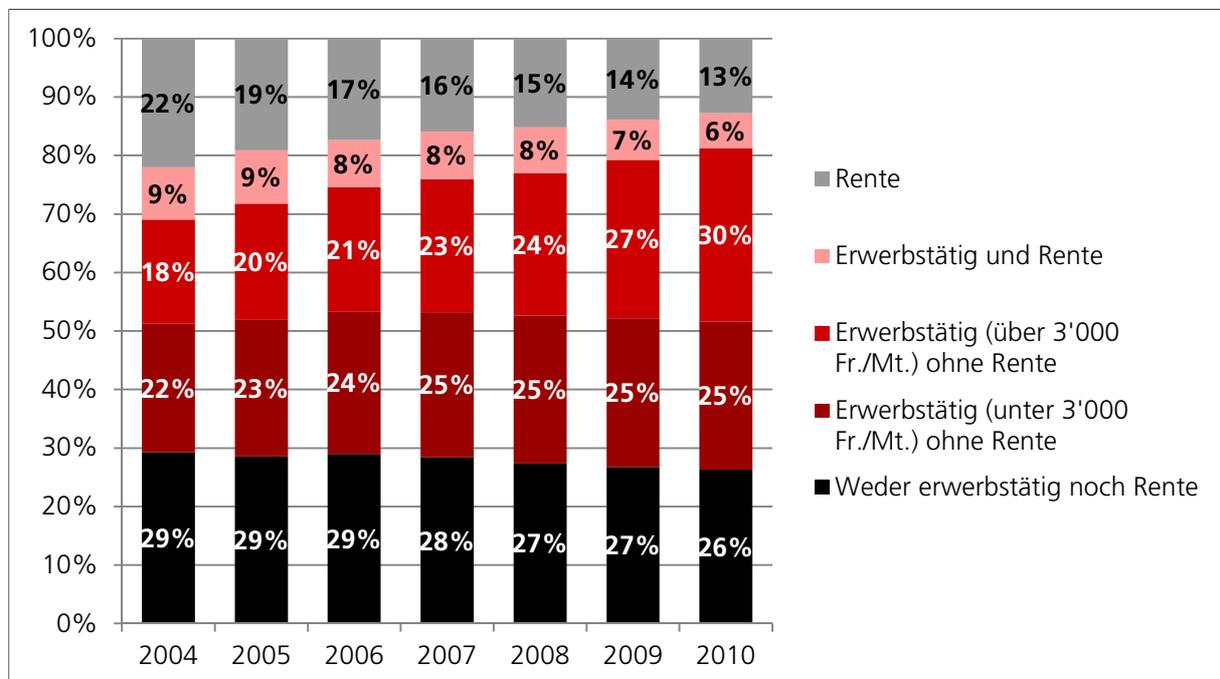
Abbildung 66: Anteile nach Rentenbezug und Erwerbssituation drei Jahre nach der Anmeldung: *Männer*



Basis [N]: 19'083 (2004); 17'689 (2005); 16'921 (2006); 16'103 (2007); 17'843; (2008) 18'766 (2009); 18'547 (2010)

Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

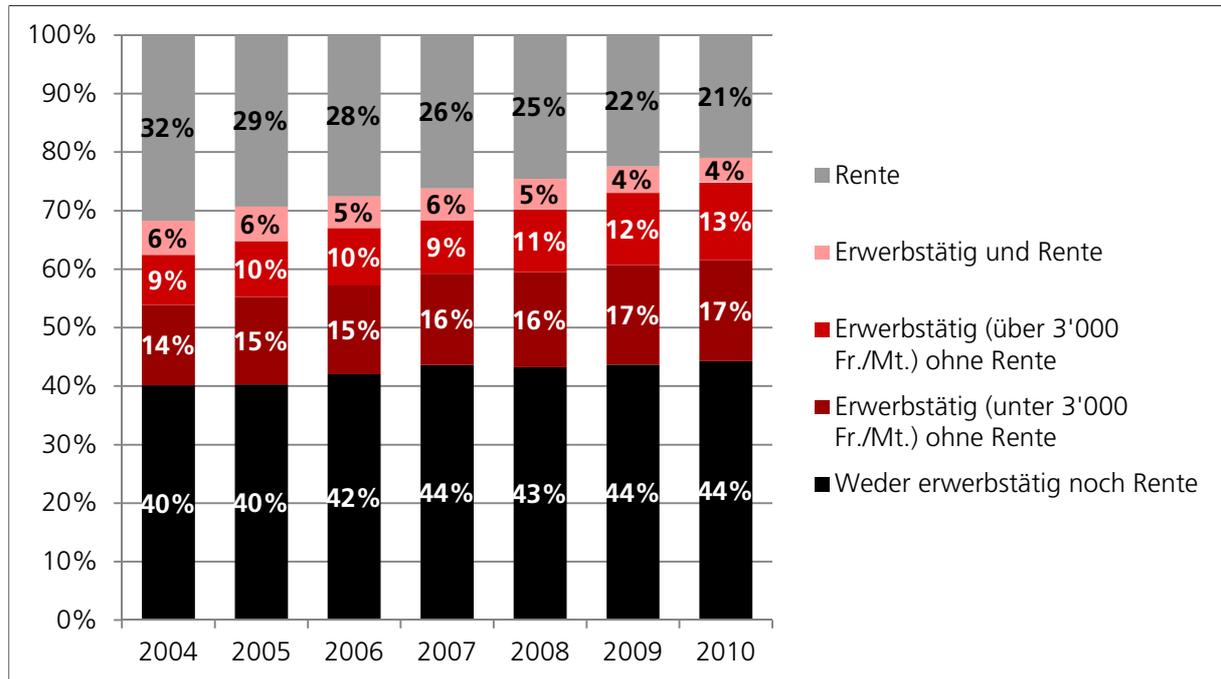
Abbildung 67: Anteile nach Rentenbezug und Erwerbssituation drei Jahre nach der Anmeldung: *Frauen*



Basis [N]: 17'075 (2004); 16'029 (2005); 15'299 (2006); 14'888 (2007); 16'902; (2008) 17'345 (2009); 17'802 (2010)

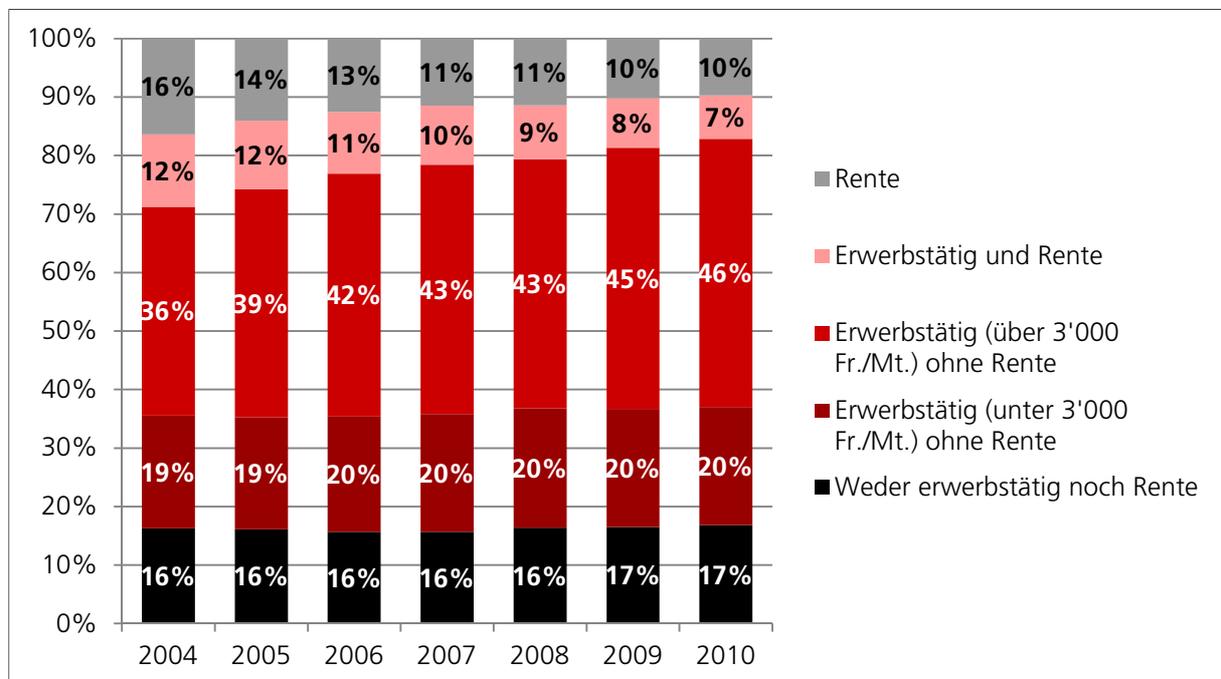
Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 68: Anteile nach Rentenbezug und Erwerbssituation drei Jahre nach der Anmeldung:
Zeitpunkt der IV-Neuanmeldung nicht erwerbstätige Personen



Basis [N]: 14'080 (2004); 12'663 (2005); 11'708 (2006); 10'568 (2007); 10'866; (2008) 11'099 (2009); 10'716 (2010)
Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 69: Anteile nach Rentenbezug und Erwerbssituation drei Jahre nach der Anmeldung:
Zeitpunkt der IV-Neuanmeldung erwerbstätig Personen



Basis [N]: 22'078 (2004); 21'064 (2005); 20'512 (2006); 20'423 (2007); 23'879; (2008) 25'012 (2009); 25'633 (2010)
Quelle: Registerdaten IV-Neuanmeldungen 2004-2011 und AHV-Einkommensdaten 2004-2013, BSV. Berechnungen BASS

Teilprojekt II. Revision 6a

Tabelle 40: Rentenveränderungen und Eingliederungsmassnahmen nach *Gebrechen* in der *Kohorte 2007*: Rente im dritten Jahr nach dem Basisjahr im Vergleich zur Rente im Basisjahr, mindestens eine externe Eingliederungsmassnahme (EM) während des Beobachtungszeitraums

Kohorte 2007	Höhere Rente	Tiefere Rente	Entfall der Rente	Gleiche Rente	Total
Psychische Krankheiten					
Rentenbezüger/innen mit EM	65 (0.0%)	61 (0.0%)	307 (0.2%)	1'064 (0.5%)	1'497 (0.7%)
Rentenbezüger/innen ohne EM	2014 (1.0%)	833 (0.4%)	1'840 (0.9%)	78'242 (38.3%)	82'929 (40.5%)
Geburtsgebrechen					
Rentenbezüger/innen mit EM	17 (0.0%)	7 (0.0%)	35 (0.0%)	140 (0.1%)	199 (0.1%)
Rentenbezüger/innen ohne EM	396 (0.2%)	130 (0.1%)	201 (0.1%)	25'580 (12.5%)	26'307 (12.9%)
Unfall					
Rentenbezüger/innen mit EM	15 (0.0%)	15 (0.0%)	45 (0.0%)	151 (0.1%)	226 (0.1%)
Rentenbezüger/innen ohne EM	590 (0.3%)	231 (0.1%)	576 (0.3%)	17'758 (8.7%)	19'155 (9.4%)
Knochen und Bewegungsorgane					
Rentenbezüger/innen mit EM	25 (0.0%)	41 (0.0%)	67 (0.0%)	255 (0.1%)	388 (0.2%)
Rentenbezüger/innen ohne EM	1860 (0.9%)	488 (0.2%)	1'115 (0.5%)	34'964 (17.1%)	38'427 (18.8%)
Restliche Krankheiten					
Rentenbezüger/innen mit EM	16 (0.0%)	24 (0.0%)	73 (0.0%)	250 (0.1%)	363 (0.2%)
Rentenbezüger/innen ohne EM	1'576 (0.8%)	349 (0.2%)	755 (0.4%)	32'358 (15.8%)	35'038 (17.1%)
Total	6'574 (3.2%)	2'179 (1.1%)	5'014 (2.5%)	190'762 (93.3%)	204'529 (100.0%)

Anmerkung: 12 Fälle ohne Codierung

Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007-2011, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 41: Rentenveränderungen und Eingliederungsmassnahmen nach *Gebrechen* in der *Kohorte 2011*: Rente im dritten Jahr nach dem Basisjahr im Vergleich zur Rente im Basisjahr, mindestens eine externe Eingliederungsmassnahme (EM) während des Beobachtungszeitraums

Kohorte 2011	Höhere Rente	Tiefere Rente	Entfall der Rente	Gleiche Rente	Total
Psychische Krankheiten					
Rentenbezüger/innen mit EM	88 (0.0%)	105 (0.1%)	307 (0.2%)	1'791 (0.9%)	2'291 (1.2%)
Rentenbezüger/innen ohne EM	2'121 (1.1%)	763 (0.4%)	2305 (1.2%)	80738 (41.3%)	85'927 (43.9)
Geburtsgebrechen					
Rentenbezüger/innen mit EM	20 (0.0%)	10 (0.0%)	25 (0.0%)	239 (0.1%)	294 (0.2%)
Rentenbezüger/innen ohne EM	365 (0.2%)	127 (0.1%)	206 (0.1%)	25'601 (13.1%)	26'299 (13.5%)
Unfall					
Rentenbezüger/innen mit EM	15 (0.0%)	21 (0.0%)	80 (0.0%)	267 (0.1%)	383 (0.2%)
Rentenbezüger/innen ohne EM	476 (0.2%)	158 (0.1%)	646 (0.3%)	15'116 (7.7%)	16'396 (8.4%)
Knochen und Bewegungsorgane					
Rentenbezüger/innen mit EM	29 (0.0%)	31 (0.0%)	178 (0.1%)	436 (0.2%)	674 (0.3%)
Rentenbezüger/innen ohne EM	1'358 (0.7%)	343 (0.2%)	1'205 (0.6%)	27'580 (14.1%)	30'486 (15.6%)
Restliche Krankheiten					
Rentenbezüger/innen mit EM	44 (0.0%)	44 (0.0%)	69 (0.0%)	406 (0.2%)	563 (0.3%)
Rentenbezüger/innen ohne EM	1'581 (0.8%)	294 (0.2%)	728 (0.4%)	29'615 (15.1%)	32'218 (16.5%)
Total	6'097 (3.1%)	1'896 (1.0%)	5'749 (2.9%)	181'789 (93.0%)	195'531 (100.0%)

Anmerkung: 23 Fälle ohne Codierung

Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007-2011, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 42: Durchschnittliche Ausgaben für Eingliederungsmassnahmen *pro neuangemeldete/r Massnahmenempfänger/in* innerhalb des Beobachtungszeitraums (Basisjahr plus drei Jahre), in Fr.

Eingliederungsmassnahmen	Kohorte 2007	Kohorte 2011
nur FI oder AVBB	6'340	5'455
IM ohne MB oder neue Massnahmen	9'870	10'582
MB ohne neue Massnahmen	26'717	21'527
neue EM und andere		22'413
nur neue EM		6'106
Total	16'876	14'533

Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007-2011, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 43: Anzahl und Anteil der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen nach sich ausschliessenden Kategorien der *Kohorte 2007*

Kohorte 2007	Rente höher	Rente tiefer	Entfall der Rente	Rente gleich	Total
Rentenbezüger/innen mit EM	138	148	527	1'860	2'673
Total	(0.1%)	(0.1%)	(0.3%)	(0.9%)	(1.3%)
nur FI oder AVBB	60	58	73	866	1'057
IM ohne MB oder neue Massnahmen	14	20	22	226	282
MB ohne neue Massnahmen	64	70	432	767	1'333
neue EM und andere	0	0	0	1	1
nur neue EM	0	0	0	0	0
Rentenbezüger/innen ohne EM	6'437	2'031	4'487	188'913	201'868
Total	(3.1%)	(1.0%)	(2.2%)	(92.4%)	(98.7%)
Total	6'575	2'179	5'014	190'773	204'541
	(3.2%)	(1.1%)	(2.5%)	(93.3%)	(100%)

Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007-2011, BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 70: Anzahl und Anteil der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen nach sich ausschliessenden Kategorien der *Kohorte 2011*

	Rente höher	Rente tiefer	Entfall der Rente	Rente gleich	Total
Rentenbezüger/innen mit EM	196	211	659	3'139	4'205
Total	(0.1%)	(0.1%)	(0.3%)	(1.6%)	(2.2%)
nur FI oder AVBB	59	44	97	614	814
IM ohne MB oder neue Massnahmen	42	32	144	742	960
MB ohne neue Massnahmen	64	85	286	1316	1'751
neue EM und andere	9	24	55	198	286
nur neue EM	22	26	77	269	394
Rentenbezüger/innen ohne EM	5'901	1'685	5'090	178'673	191'349
Total	(3.0%)	(0.9%)	(2.6%)	(91.4%)	(97.8%)
Total	6'097	1'896	5'749	181'812	195'554
	(3.1%)	(1.0%)	(2.9%)	(93.0%)	(100.0%)

Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007-2011, BSV. Berechnungen BASS

Soziodemographische Merkmale nach Rentenveränderung und EingliederungsmassnahmenTabelle 44: *Frauenanteil* der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen der *Kohorte 2007*

Kohorte 2007	Rente höher	Rente tiefer	Entfall der Rente	Rente gleich	Total
Rentenbezüger/innen mit EM	50%	45%	40%	49%	47%
Rentenbezüger/innen ohne EM	52%	52%	50%	46%	47%
Total	52%	52%	48%	46%	47%

Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007-2011, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 45: *Frauenanteil* der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen der *Kohorte 2011*

Kohorte 2011	Rente höher	Rente tiefer	Entfall der Rente	Rente gleich	Total
Rentenbezüger/innen mit EM	52%	52%	50%	51%	51%
Rentenbezüger/innen ohne EM	52%	56%	52%	47%	47%
Total	52%	55%	51%	47%	47%

Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007-2011, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 46: *Alter* (Median) der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen der *Kohorte 2007*

Kohorte 2007	Rente höher	Rente tiefer	Entfall der Rente	Rente gleich	Total
Rentenbezüger/innen mit EM	41	45	33	41	40
Rentenbezüger/innen ohne EM	51	46	47	49	49
Total	51	45	46	49	49

Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007-2011, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 47: *Alter* (Median) der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen der *Kohorte 2011*

Kohorte 2011	Rente höher	Rente tiefer	Entfall der Rente	Rente gleich	Total
Rentenbezüger/innen mit EM	43	42	45	41	42
Rentenbezüger/innen ohne EM	51	46	47	50	50
Total	51	45	47	50	50

Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007-2011, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 48: Anteil *Schweizer/innen* der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen der *Kohorte 2007*

Kohorte 2007	Rente höher	Rente tiefer	Entfall der Rente	Rente gleich	Total
Rentenbezüger/innen mit EM	85%	73%	86%	83%	83%
Rentenbezüger/innen ohne EM	79%	76%	68%	77%	77%
Total	79%	76%	70%	77%	77%

Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007-2011, BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 49: Anteil *Schweizer/innen* der Rentenbezüger/innen mit Rentenveränderungen und/oder Eingliederungsmassnahmen der *Kohorte 2011*

Kohorte 2011	Rente höher	Rente tiefer	Entfall der Rente	Rente gleich	Total
Rentenbezüger/innen mit EM	80%	73%	68%	80%	78%
Rentenbezüger/innen ohne EM	81%	79%	65%	78%	77%
Total	81%	79%	66%	78%	77%

Quelle: Registerdaten Rentenbezüger/innen 2007-2011, BSV. Berechnungen BASS

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

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

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

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

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

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

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

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