

# BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

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

## ***Junge Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen: Rentenvermeidende und aktivierende Massnahmen***

***Ausgewählte Resultate und Erfahrungen aus fünf Ländern***

*Forschungsbericht Nr. 3/17*



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

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

**Autoren/Autorinnen:** Prins, Rienk  
Rienk Prins Consultancy  
Fazantenkamp 447  
NL-3607 XG Maarssen  
Tel. +31 (0) 612 479 223  
E-mail: [rienkprinsnl@gmail.com](mailto:rienkprinsnl@gmail.com)

**Auskünfte:** Bundesamt für Sozialversicherungen  
Effingerstrasse 20  
CH-3003 Bern

Martin Wicki (Forschung und Evaluation)  
Tel. +41 (0) 58 462 90 02  
E-mail: [martin.wicki@bsv.admin.ch](mailto:martin.wicki@bsv.admin.ch)

Christina Eggenberger (Geschäftsfeld Invalidenversicherung)  
Tel. +41 (0) 58 462 92 15  
E-mail: [christina.eggenberger@bsv.admin.ch](mailto:christina.eggenberger@bsv.admin.ch)

**ISSN:** 1663-4659 (eBericht)  
1663-4640 (Druckversion)

*Übersetzung aus dem englischen Original*

**Copyright:** Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern  
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –  
unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares  
an das Bundesamt für Sozialversicherungen gestattet.

**Vertrieb:** BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern  
[www.bundespublikationen.admin.ch](http://www.bundespublikationen.admin.ch)

**Bestellnummer:** 318.010.3/17d

# **Junge Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen: Rentenvermeidende und aktivierende Massnahmen**

## **Ausgewählte Reformen und Erfahrungen aus fünf Ländern**

1. November 2016

Dr. Rienk Prins

In Zusammenarbeit mit:

Tobias Carstensen, Dänemark

Sara Hultqvist, Schweden

Michael Fuchs, Österreich

Sarah Woodin, Vereinigtes Königreich

Edwin de Vos, Niederlande

**Rienk Prins Consultancy**

Maarssen – Niederlande



## **Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen**

Zahlreiche Medien haben in jüngster Zeit das Thema der Zulassungsbeschränkung von jungen Erwachsenen zu Invalidenrenten aufgegriffen. Auch im politischen Diskurs ist das Thema präsent, wie zahlreiche Stellungnahmen zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung zeigen. Dabei wurde jeweils auf Beispiele anderer Länder – allen voran Dänemark – verwiesen.

Um fundiertes Wissen darüber zu schaffen, wie solche Systeme mit Mindestrentenalter ausgestaltet sind und funktionieren, wurden im vorliegenden Bericht fünf mit der Schweiz vergleichbare (Renten-)Systeme beleuchtet und dargestellt: Dänemark, Grossbritannien, Österreich, Schweden und die Niederlande. Allen Systemen gemeinsam ist das Ziel, junge, gesundheitlich beeinträchtigte Menschen im ersten Arbeitsmarkt zu integrieren, statt Ihnen Renten auszurichten.

Bei Länder- und Systemvergleichen ist grundsätzlich grosse Vorsicht geboten, da sich die Sozialsysteme in ihrem Aufbau, der Finanzierungsart oder den Zugangsberechtigungen stark unterscheiden. Entsprechend können die Erkenntnisse selten direkt übertragen werden. Nichtsdestotrotz kann es interessant und lehrreich sein, andere Länder mit verschiedenen, neuen Lösungsansätzen genauer zu studieren. Dies auch gerade im Hinblick auf die stetige Weiterentwicklung und Optimierung der Systeme und Vorgehensweisen in der Schweiz.

Die fünf europäischen Länderstudien zeigen, dass Zugangseinschränkungen zu Invalidenrenten für Junge andere sozialstaatliche Einrichtungen stark tangieren und damit das Zusammenspiel zwischen zahlreichen Akteuren wie Sozialversicherungen, Sozialhilfe, Bildungs- oder Gesundheitssystem beeinflussen. Dies stellt hohe interinstitutionelle Kooperationsanforderungen, da der Lebensunterhalt dieser jungen Menschen auf irgendeine Art gesichert bleiben muss. Die betrachteten Länder bauten gleichzeitig mit der Beschränkung des Rentenzugangs für junge Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen Alternativen zur Rente aus, namentlich Angebote zur verstärkten sozialen und beruflichen Eingliederung und Bildung dieser Personen. Ob diese Fokusänderung erfolgreich sein wird und die berufliche Integration dieser gesundheitlich beeinträchtigten jungen Personen gelingen wird, lässt sich erst in einigen Jahren beantworten, denn die im Rahmen dieser Studie dargestellten Reformen sind fast durchwegs noch jüngeren Datums. Erste Resultate ergeben ein durchgezogenes Bild: einige Massnahmen scheinen rasch zu greifen, andere ziehen Folgeprobleme nach sich.

Auffällig ist, dass die Reformen in den betrachteten Ländern überall auf eine verbesserte berufliche Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt abzielen und die verstärkte interinstitutionelle Kooperation anstreben, genau wie dies die IVG-Revisionen der letzten Jahre auch in der Schweiz anstreben. Dass dies bei einem Teil der jungen Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch zu wenig konsequent geschieht, haben unsere Forschungsstudien gezeigt. Ob der Druck zur Verstärkung dieser Anstrengungen durch das Festsetzen eines Mindestrentenalters tatsächlich erhöht werden kann, lässt sich mit diesem Bericht noch nicht abschliessend beurteilen. Die Weiterentwicklung der IV geht den Weg, die Mittel zu verstärken, um junge Menschen in die Ausbildung und die Arbeitswelt zu bringen. Auch hier wird erst nach einer gewissen Zeit beurteilt werden können, wie sich diese Massnahmen auswirken werden.

Stefan Ritler, Vizedirektor

Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung



## **Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales**

Depuis quelque temps, la limitation de l'accès des jeunes adultes aux rentes d'invalidité se trouve souvent sous les feux de l'actualité médiatique. La question est également débattue au niveau politique comme le montrent les nombreuses prises de position sur le développement continu de l'assurance-invalidité. La pratique à l'étranger, en particulier au Danemark, est régulièrement citée à titre d'exemple.

Pour disposer d'informations avérées sur la structure et le fonctionnement de différents modèles prévoyant un âge minimal pour l'octroi d'une rente, une étude a été menée dans cinq pays dotés d'un système de sécurité sociale comparable au nôtre : le Danemark, la Grande-Bretagne, l'Autriche, la Suède et les Pays-Bas. À l'instar de la Suisse, ces cinq pays ont pour objectif d'insérer sur le marché primaire de l'emploi les jeunes personnes atteintes dans leur santé plutôt que de leur octroyer une rente.

Il faut être très prudent lorsque l'on compare les systèmes sociaux au niveau international, car les structures, les modalités de financement et le droit aux prestations de la sécurité sociale varient beaucoup d'un pays à l'autre. Il est donc rarement possible de transposer tels quels les résultats d'études de ce genre. Cela dit, un examen approfondi des approches et solutions innovantes adoptées par d'autres pays est intéressant et particulièrement utile en vue du développement continu et de l'optimisation des assurances sociales en Suisse.

Les résultats de notre étude montrent que la limitation de l'accès des jeunes aux rentes d'invalidité influence grandement les autres institutions de l'État social et, partant, l'interaction des assurances sociales, de l'aide sociale ainsi que des systèmes de santé et d'éducation. De grands défis se posent en particulier à la coopération interinstitutionnelle, élevés, étant donné qu'il faut continuer de garantir l'existence des jeunes personnes en l'absence d'une rente. Ainsi, les cinq pays qui ont limité l'accès à la rente des jeunes atteints dans leur santé ont parallèlement renforcé leurs offres de formation et leurs mesures d'intégration sociale et professionnelle en faveur de ce groupe d'assurés. Comme ces changements sont récents, il faudra attendre plusieurs années avant de savoir s'ils produisent les effets recherchés et si les jeunes personnes concernées ont réussi à s'intégrer sur le marché du travail. Les premiers résultats donnent une image mitigée : si certaines mesures semblent être efficaces à court terme, d'autres engendrent de nouvelles difficultés.

Une conclusion intéressante est que les cinq pays ont opté pour une amélioration de l'intégration sur le marché primaire de l'emploi et un renforcement de la coopération interinstitutionnelle, deux démarches qui étaient également au cœur des révisions de l'AI réalisées ces dernières années. En Suisse, des études menées par l'OFAS ont permis de constater que les efforts d'intégration ne sont pas encore suffisamment rigoureux pour une partie des jeunes souffrant de troubles de la santé. Il n'est toutefois pas certain que l'introduction d'un âge minimal pour l'octroi d'une rente permette de remédier à cette situation. Cela ressort de la présente étude. Le développement continu de l'AI s'oriente vers un renforcement des moyens déployés pour améliorer la formation des jeunes assurés et leur intégration professionnelle. Il faudra, ici comme à l'étranger, attendre un certain temps pour juger de l'impact de ces mesures.

Stefan Ritler, vice-directeur

Responsable du domaine Assurance-invalidité





## **Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali**

Recentemente numerosi media hanno ripreso il tema della limitazione della concessione di rendite d'invalidità ai giovani adulti. Questo tema è presente anche nel dibattito politico, come dimostrano molteplici pareri espressi nel quadro della consultazione sull'ulteriore sviluppo dell'assicurazione invalidità, che rimandano a esempi di altri Paesi, primo fra tutti la Danimarca.

Al fine di avere conoscenze fondate sull'organizzazione e sul funzionamento dei modelli che prevedono un'età minima per la concessione di una rendita, nel presente rapporto sono stati illustrati cinque sistemi (di rendita) comparabili a quello della Svizzera, ossia quelli di Danimarca, Regno Unito, Austria, Svezia e Paesi Bassi. L'obiettivo comune a tutti i sistemi è integrare nel mercato del lavoro primario le persone giovani con problemi di salute, invece di versare loro una rendita.

In linea di massima, il confronto fra Paesi e sistemi richiede grande prudenza, dato che i sistemi sociali sono molto diversi fra loro per struttura, modalità di finanziamento o condizioni di diritto. Pertanto le conoscenze possono essere trasferite direttamente soltanto di rado. Ciononostante può essere interessante e istruttivo studiare in modo più approfondito altri Paesi con approcci diversi e innovativi, anche e soprattutto nella prospettiva dello sviluppo e del perfezionamento costanti dei sistemi e delle procedure in Svizzera.

Gli studi sui cinque Paesi europei indicano che le limitazioni della concessione di rendite d'invalidità ai giovani toccano da vicino anche altri organi dello Stato sociale e influiscono così sull'interazione fra numerosi attori come le assicurazioni sociali, l'aiuto sociale, il sistema di formazione o il sistema sanitario. Ciò implica la necessità di un'elevata cooperazione interistituzionale, dal momento che bisogna continuare a garantire in qualche modo il sostentamento di questi giovani. Parallelamente alla limitazione della concessione di rendite ai giovani con problemi di salute, i Paesi presi in esame hanno sviluppato alternative alla rendita, in particolare strumenti volti a rafforzare la formazione e l'integrazione sociale e professionale di queste persone. Ci vorrà ancora qualche anno per sapere se questo cambiamento di prospettiva avrà successo e se l'integrazione professionale di questi giovani con problemi di salute avrà esito positivo, visto che le riforme considerate nell'ambito del presente studio sono quasi tutte di recente introduzione. I primi risultati mostrano un quadro in chiaroscuro: alcune misure sembrano efficaci in tempi rapidi, mentre altre hanno ripercussioni negative.

È significativo che tutte le riforme attuate nei Paesi presi in considerazione mirano a una migliore integrazione nel mercato del lavoro primario e a una maggiore cooperazione interistituzionale, ovvero gli stessi obiettivi perseguiti anche in Svizzera con le revisioni AI degli ultimi anni. Dagli studi svolti al riguardo è emerso che per una parte dei giovani con problemi di salute le misure sono adottate in modo ancora troppo poco sistematico. Al momento, il presente rapporto non permette di valutare in via definitiva se fissando un'età minima per la concessione di rendite aumenterebbe effettivamente la pressione per il rafforzamento degli sforzi in tal senso. L'ulteriore sviluppo dell'AI va nella direzione di potenziare i mezzi per inserire i giovani nella formazione e nel mondo del lavoro. Anche in questo caso, sarà possibile valutare gli effetti delle misure previste soltanto dopo un determinato lasso di tempo.

Stefan Ritler, vicedirettore

Capo dell'Ambito Assicurazione invalidità



## Foreword by the Federal Social Insurance Office

Various media have reported recently on the topic of restrictions on access to invalidity pensions for young adults. As numerous statements on the further development of invalidity insurance show, the topic has also been subject to political debate. Here, other countries – in particular Denmark – were taken as examples.

In order to create a solid base of knowledge as to how such systems with a minimum pensionable age are structured and function, this report examines and presents five (pension) systems that are comparable to the Swiss system: Denmark, UK, Austria, Sweden and the Netherlands. All systems aim at integrating young people whose health is impaired into the labour market instead of paying them a pension.

Considerable caution must be exercised when comparing countries and systems, as the social security systems vary greatly in terms of their structure, financing and access entitlements. Consequently, the findings can rarely be transferred directly. Nevertheless, it can be interesting and informative to take a closer look at other countries with different, new approaches. This is particularly the case with a view to the ongoing development and optimisation of systems and processes in Switzerland.

The five European country studies show that access restrictions to invalidity pensions for young people impact heavily on other social security systems, thus influencing the interplay between numerous players such as social insurance, social welfare, educational and healthcare systems. This places high demands on inter-institutional cooperation, as the livelihoods of these young people have to be safeguarded in some way. At the same time as restricting access to pensions, the countries under consideration developed alternatives to pensions for young people with health impairments, such as ways to increase their social and professional integration and improve their education. Whether this shift in focus and the professional integration of these young people with health impairments will succeed can only be seen in several years' time, as the reforms presented in this study are almost all recent. The first results are presenting a mixed picture: several measures seem to be having a rapid effect, while others entail follow-on problems.

What stands out is that the reforms in the countries under consideration all aim at improving integration into the primary labour market and at stepping up inter-institutional cooperation, similar to the IV revisions in recent years in Switzerland. Our research studies have shown that this is not being pursued systematically enough among some of the young people with health impairments. It is not possible, on the basis of this report, to say whether pressure to step up these efforts can be increased by setting a minimum pensionable age. The further development of the IV system aims to expand the resources needed to help young people enter training and the workforce. Here too, it will take some time before we see how effective these measures are.

Stefan Ritler, Vice-Director

Head of Invalidity Insurance Domain



## Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungen</b> .....	<b>III</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>V</b>
<b>Summary</b> .....	<b>XVII</b>
<b>Resumé</b> .....	<b>IX</b>
<b>Riassunto</b> .....	<b>XIII</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>XVII</b>
1.1 Ziel und Hintergrund des Projekts .....	1
1.2 Methodik .....	1
1.3 Erarbeitung der Themen.....	3
1.4 Länder und ausgewählte Reformen .....	3
<b>2 Überblick über die Reformen: Hintergrund, Inhalte und Bestandteile</b> .....	<b>5</b>
2.1 Einleitung .....	5
2.2 Überblick über die Reformen.....	5
2.3 Hintergrund der Reformen.....	7
2.4 Bestandteile der Reformen: eingeleitete Massnahmen.....	8
<b>3 Umsetzung und Organisation</b> .....	<b>11</b>
3.1 Einleitung .....	11
3.2 Umsetzung.....	11
3.3 Kooperation und Koordination .....	12
3.3.1 Einige gemeinsame (Ursachen der) Umsetzungsprobleme.....	12
3.3.2 ...aber auch zahlreiche Unterschiede zwischen den Ländern.....	13
<b>4 Reformen: Auswirkungen, Erkenntnisse und Weiterentwicklungen</b> .....	<b>17</b>
4.1 Einleitung .....	17
4.2 Auswirkungen .....	17
4.3 Einige erste Erkenntnisse.....	20
4.3.1 Reformen: Leistungsabhängigkeit und Beschäftigung.....	20
4.3.2 Einige grundlegende Merkmale der Reformen.....	20
4.4 Ausblick .....	22
<b>Fact Sheets</b> .....	<b>23</b>
4.5 Fact Sheet Dänemark.....	24
4.6 Fact Sheet Schweden.....	28
4.7 Fact Sheet Österreich.....	32
4.8 Fact Sheet Vereinigtes Königreich .....	39
4.9 Fact Sheet Niederlande.....	46
<b>Anhang: Liste der nationalen Expertinnen und Experten und Koordinator des Berichts.</b>	<b>53</b>

Die Länderberichte werden auf der folgenden Webseite publiziert:

<https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/publikationen/studien-gutachten.html>



## Abkürzungen

AA	Aktivitätsersatz ( <i>Aktivitetsersättning</i> , SE)
AMS	Arbeitsmarktservice (AT)
AP	Allgemeinpraktiker/Allgemeinpraktikerin (Hausarzt/Hausärztin)
AtW	<i>Access to Work</i> -Programm (GB)
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen (CH)
ESA	<i>Employment and Support Allowance</i> (Beschäftigungs- und Unterstützungsbeihilfe, GB)
Fit2Work	Fit2Work-Programm (AT)
IAPT	<i>Improving Access to Psychological Therapies</i> -Programm (GB)
IBA	Integrative Berufsausbildung (AT)
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (CH)
LSS	Gesetz über Hilfs- und Dienstleistungen für Menschen mit bestimmten Funktionsbehinderungen ( <i>Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade</i> , SE)
NEET	Jugendliche und junge Erwachsene, die keine Schule besuchen, keiner Arbeit nachgehen und sich nicht in beruflicher Ausbildung befinden (Not in Employment, Education or Training)
NIF	<i>National Insurance Fund</i> (Sozialversicherungsfonds, GB)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PIP	<i>Personal Independence Payment</i> (Persönliche Unabhängigkeitsbeihilfe, UK)
SEK	Schwedische Krone (Währung)
SMS	Sozialministeriumservice (AT)
STAR	Arbeitsstiftung ( <i>Stichting van de Arbeid</i> , NL): ein nationales beratendes Organ (Mitglieder: Vertreterinnen und Vertreter der Sozialpartner)
SWOT	Stärken, Schwächen, Chancen und Bedrohungen (Analyse)
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (ausführende Sozialversicherungsanstalt, NL)
WAJONG	Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Gesetz über die Erwerbsunfähigkeitsversicherung für jugendliche Erwerbsunfähige, NL)
WC	<i>Work Choice</i> -Programm (GB)
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Gesetz über gesellschaftliche Unterstützungsmassnahmen [Sozialhilfe], NL)





## Zusammenfassung

### *Hintergrund und Zielsetzungen der Studie*

Der zunehmende Anteil junger Menschen (insbesondere solcher mit psychischen Problemen) bei den Neuzugängen in die Invalidenversicherung gibt Anlass zur Besorgnis. Deshalb ist das Bundesamt für Sozialversicherungen äusserst interessiert an den Erfahrungen, die andere Länder mit Reformen gemacht haben. Diese Studie befasst sich mit verschiedenen Reformen, die umgesetzt wurden und die sich ausschliesslich oder massgeblich auf Massnahmen zur Prävention der Abhängigkeit von einer IV-Rente bei jungen Menschen konzentrierten.

### *Methodik und Ergebnisse*

Das Projekt wurde zwischen Mai und Oktober 2016 durchgeführt. Dazu wurden fünf westeuropäische Länder ausgewählt, in denen entsprechende Reformen und politische Änderungen vollzogen wurden: Dänemark, Schweden, Österreich, das Vereinigte Königreich und die Niederlande. In jedem dieser Länder sammelte ein unabhängiger Experte respektive eine unabhängige Expertin Informationen in einem einheitlichen beschreibenden Format. Das Ergebnis sind fünf Länderberichte sowie die vorliegende Vergleichsstudie, in der die Reformen, deren Hintergründe, Aspekte der Umsetzung sowie Ergebnisse und Erkenntnisse miteinander verglichen werden. Ausserdem enthält die Vergleichsstudie Fact Sheets zu den einzelnen Ländern mit einer Zusammenfassung der Reformen, Kontexte, Auswirkungen und Erkenntnisse.

### *Länder und Reformen*

In der vorliegenden Studie werden die folgenden Länder und ausgewählten Reformen behandelt:

- a. *Dänemark* führte im Januar 2013 altersabhängige Beschränkungen für den Anspruch auf Invalidenrenten sowie ein spezielles Förderprogramm ein.
- b. *Schweden* setzte bereits 2003 altersabhängige Beschränkungen für den Bezug von Invalidenrenten um: Personen unter 30 Jahren haben nur vorübergehend Anspruch auf solche Leistungen.
- c. *Österreich* stärkte vor wenigen Jahren (2014) den Grundsatz «Reha vor Pension», verschärfte die Kriterien für den Anspruch auf eine Invalidenrente („Invaliditätspension“) und führte ein «Rehabilitationsgeld» und Präventivdienste (2011) ein.
- d. *Das Vereinigte Königreich* leitete verschiedene Massnahmen ein, um den Zustrom zur Invalidenversicherung (von jungen Menschen und anderen Kategorien) zu stoppen. Dazu gehören eine Anpassung der Schwellenwerte für den Anspruch auf IV-Renten sowie neue besondere Aktivierungs- und Förderprogramme.
- e. Die *Niederlande* verfügen über ein spezielles Invaliditätsrenten-System für junge gesundheitlich beeinträchtigte oder behinderte Menschen, das 2010 einer Reform unterzogen wurde. Das Ziel bestand darin, die Abhängigkeit von Invalidenrenten zu vermindern, die Aktivierung zu stärken und den Übergang von der (Sonder-)Schule in den Arbeitsmarkt zu verbessern.

### *Zielsetzungen der Reformen*

Einige der untersuchten Reformen zielten ausdrücklich darauf ab, den Zustrom von *jungen* Menschen mit Gesundheitsproblemen zu langfristigen finanziellen Invaliditätsleistungen (Renten) zu stoppen oder zu vermindern, so beispielsweise in Schweden (2003) und Dänemark (2013). In vielen Ländern sind die Reformen (auch) durch den *mangelnden Erfolg früherer Massnahmen* begründet oder stehen explizit im Zusammenhang mit der Zunahme von *psychischen Gesundheitsproblemen* bei jungen Menschen, die Anspruch auf Invaliditätsleistungen erheben. In drei Ländern zählten *Sparmassnahmen* und der dringende Bedarf, die wachsenden Kosten der Sozialversicherungen zu senken, ebenfalls zu den Gründen für eine Reform.

### *Unterschiede bei den Reformmassnahmen*

In vielen Ländern gehören restriktivere Anspruchskriterien für den Bezug von Invaliditätsleistungen (Rente) sowie Anpassungen der Auszahlungsbedingungen zu den Bestandteilen der Reform. Ein weiteres wichtiges Element ist die Einführung (oder Verbesserung) von Massnahmen und Bestimmungen, mit denen *junge* Menschen mit Gesundheitsproblemen auf dem Weg hin zu einer Erwerbsbeteiligung und Beschäftigung unterstützt werden sollen. Beispiele dafür sind spezielle Förderprogramme, Frühintervention in der Anfangsphase einer Erkrankung (z. B. wenn Krankengelder bezogen werden) oder präventive Massnahmen wie etwa Beratung für Einzelpersonen und Betriebe (Österreich).

### *Umsetzung*

Die *praktische Umsetzung* von Reformen erfordert umfassende organisatorische Anpassungen. Erstens werden oft *neue organisatorische Strukturen, Einsatzteams oder fallführende Personen (Case Managers)* sowie *neue Instrumente* benötigt. Zweitens dauert es in der Einführungsphase häufig etwas länger, bis neue Massnahmen *akzeptiert und genutzt* werden, und drittens ist die Einführung von neuen Verfahren, Instrumenten oder Bestimmungen meist mit *anfänglichen organisatorischen Problemen* wie etwa Personalmangel (oder fehlendem Fachwissen) verbunden. Zudem sind die neuen Dienstleistungen und Angebote in der Öffentlichkeit im Allgemeinen noch zu wenig bekannt (Informationskampagnen).

Hinzu kommen einige *grundlegendere Schwierigkeiten* oder *Schwächen, die mit der (öffentlichen) Verwaltung zusammenhängen*. Dazu gehört die strikte Trennung zwischen medizinischer Rehabilitation, die oft während der krankheitsbedingten Absenz erfolgt, und der beruflichen Eingliederung, die meist nach der Stabilisierung des Gesundheitszustands einsetzt. Zudem müssen *regionale Unterschiede* oder *finanzielle Zuständigkeiten* in neuen Kooperationsstrukturen beachtet werden. Eine häufig erwähnte Schwäche in der Konzeption und Umsetzung von Reformen betrifft die *Rolle und die Bedürfnisse der Arbeitgeber; beides wird vernachlässigt*.

### *Auswirkungen der Reformen*

- a. Eine Veränderung der Anspruchskriterien für Invalidenrenten führt in der Regel zu weniger Anträgen und Eintritten von jungen Menschen in dieses System (z. B. Österreich, Dänemark, Schweden). Allerdings braucht es dennoch (alternative) Leistungen für Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Aktivierungsprogrammen.
- b. Die beruflichen Eingliederungsquoten sind je nach Zielgruppe unterschiedlich hoch. Der Anteil der in den Arbeitsmarkt vermittelten oder an den Arbeitsplatz zurückkehrenden Personen ist oft (sehr) tief. In einigen Ländern (z. B. Österreich, Vereinigtes Königreich) wurden jedoch deutlich bessere Vermittlungsquoten in den Arbeitsmarkt für zuvor arbeitslose junge Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen beobachtet.
- c. Ein erheblicher Anteil der jungen gesundheitlich beeinträchtigten oder behinderten Menschen ist aber auch nach der Teilnahme an einem besonderen Förderprogramm weiterhin von einer Leistung wie etwa Krankengeld (Schweden) oder Sozialhilfe (Österreich) abhängig.

### *Erkenntnisse zur Organisation und Koordination*

Reformen betreffen nicht nur ein einzelnes Leistungssystem, sondern schliessen immer die *gleichzeitige Einführung verschiedener Massnahmen* mit ein. Ausserdem finden Reformen nicht isoliert statt: Der *institutionelle Kontext* oder *Leitparadigmen* der Regierungspolitik können sich parallel dazu ebenfalls verändern. Dazu gehören Sparmassnahmen oder die Abschaffung von geschützten Werkstätten (Beispiel aus dem Vereinigten Königreich). *Neue organisatorische Strukturen* erfordern zudem Zeit, bis sie in einem veränderten Kontext funktionieren und wirksam werden können, etwa wenn neue Zuständigkeiten oder neue Formen der Kooperation und Koordination (einschliesslich finanzielle Bedingungen) zur Anwendung kommen. Auf Koordinationsprobleme weisen auch (neue) multidisziplinäre Teams hin: Akteurinnen und Akteure von Sozialversicherungsbehörden, Arbeitsämtern, Gesundheitsbehörden, Gemeinden oder Leistungserbringern hängen oft an ihren eigenen Verfahren, Verantwortungsbereichen oder «traditionellen» Prioritäten bezüglich der Klientengruppen. Ausserdem wird in einigen Ländern (traditionsgemäss) bei der individuellen Betreuung immer noch hauptsächlich auf medizinische Rehabilitationsmassnahmen gesetzt, während Massnahmen in den Bereichen berufliche Bildung oder Stellensuche weniger zum Einsatz kommen.

### *Ausblick*

In gewissen Ländern sind die getroffenen Massnahmen noch «zu frisch», um schon jetzt über allfällige Anpassungen zu entscheiden. In anderen Ländern hingegen werden Revisionen oder gewisse Änderungen bereits auf politischer Ebene diskutiert oder umgesetzt. Eine neue Regierungszusammensetzung kann die Agenda ebenfalls beeinflussen. Anpassungen sind oft ein Bestandteil umfassenderer Reformpakete (die sich allgemein auf die Beschäftigungspolitik oder die Politik zur sozialen Eingliederung konzentrieren oder andere Teile von Sozialversicherungsreformen betreffen). In einigen Ländern werden spezifische, im Rahmen der Reform eingeführte Elemente zudem auf weitere Bereiche ausgedehnt. So werden beispielsweise unterstützende und fördernde Modelle, die nachweislich gute Ergebnisse bringen, zukünftig bei der Aktivierung von

jungen Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen breiter eingesetzt (Vereinigtes Königreich). In Österreich wird die Rolle der Prävention gestärkt, indem die beratende Unterstützung für erwerbstätige Personen, die arbeitsunfähig (krankgemeldet) sind, und ihre Arbeitgeber intensiviert wird.

## Résumé

### *Contexte et but de l'étude*

L'augmentation de la proportion de jeunes qui entrent dans le système des rentes d'invalidité inquiète. Cela vaut en particulier pour les jeunes atteints dans leur psychisme. Dans ces conditions, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) est très intéressé à connaître les enseignements qui sont tirés de réformes entreprises dans d'autres pays. La présente étude examine différentes réformes mises en œuvre à l'étranger qui se focalisent entièrement ou dans une mesure importante sur des mesures visant à prévenir la dépendance (des jeunes) aux rentes d'invalidité.

### *Méthodologie et rapports produits*

Le projet a été réalisé entre mai et octobre 2016. Les pays choisis sont cinq pays d'Europe occidentale dans lesquels un changement de cap et des réformes pertinentes ont eu lieu : le Danemark, la Suède, l'Autriche, le Royaume-Uni et les Pays-Bas. Dans chacun de ces pays, un expert indépendant a réuni des informations sur la base d'un canevas commun. Cinq rapports nationaux ont ainsi été produits, ainsi que la présente synthèse. Celle-ci compare les réformes, leur contexte, des aspects de la mise en œuvre, les effets produits et les leçons tirées. Elle contient aussi des fiches d'information par pays qui résument les réformes, leur contexte, leur impact et les enseignements.

### *Pays et réformes*

Pays et réformes choisis pour la présente étude :

- a. Le *Danemark* a introduit des restrictions d'âge pour prétendre à la rente d'invalidité et un programme de soutien spécial ; ces mesures ont été mises en œuvre en janvier 2013.
- b. La *Suède* a restreint l'accès à la rente d'invalidité dès 2003 : les personnes de moins de 30 ans ne peuvent plus prétendre qu'à une allocation temporaire.
- c. Récemment (2014), l'*Autriche* a renforcé le principe « la réadaptation prime la rente » (*Rehabilitation vor Pension*), durci les conditions du droit à la rente d'invalidité et introduit des indemnités de réadaptation. En 2011, elle avait introduit un dispositif de services préventifs.
- d. Le *Royaume-Uni* a introduit des mesures visant à stopper l'entrée des jeunes et d'autres catégories de personnes dans le système de prestations d'invalidité. Elles incluent l'adaptation des seuils donnant droit aux prestations financières et des programmes d'activation et de soutien ciblés.
- e. Les *Pays-Bas* ont réformé en 2010 leur système d'allocations d'invalidité pour les jeunes en situation de handicap. L'objectif était de réduire la dépendance aux prestations financières, de développer l'activation et de fluidifier le passage des écoles (spécialisées) vers le marché du travail.

### *Objectifs des réformes*

L'objectif déclaré de certaines réformes était de stopper ou de réduire l'admission de *jeunes* atteints dans leur santé dans les prestations financières d'invalidité octroyées à

long terme (rentes), comme par exemple en Suède (2003) et au Danemark (2013). Dans de nombreux pays, les réformes étaient censées répondre à l'échec de mesures antérieures ou un rapprochement explicite a été fait entre la volonté de réforme et l'augmentation des problèmes psychiques chez les jeunes demandeurs de prestations d'invalidité. Dans trois pays, des mesures d'austérité et le besoin de réduire la croissance des dépenses des assurances sociales faisaient partie des raisons d'agir.

#### *Différences s'agissant des mesures introduites*

Dans de nombreux pays, un élément de la réforme est le durcissement des critères donnant droit aux prestations d'invalidité (rente) et l'adaptation des conditions de paiement. Un deuxième axe important est l'introduction (ou l'amélioration) des mesures de soutien pour accroître la participation sociale et l'emploi des jeunes atteints dans leur santé. Cela peut inclure des programmes de soutien spéciaux, l'intervention à un stade précoce de la maladie (si des indemnités maladie sont versées par ex.) ou des mesures préventives telles que des services de conseil individuel ou pour les entreprises (Autriche).

#### *Mise en œuvre*

Les réformes appellent des changements considérables pour l'accomplissement des tâches courantes. A titre d'exemple : de nouvelles équipes de terrain ou de nouveaux gestionnaires de cas, ou encore de nouveaux outils sont souvent nécessaires. Deuxièmement, l'acceptation et l'utilisation des nouvelles mesures est souvent lente et demande du temps. Troisièmement, la mise en place de nouvelles procédures, des nouveaux outils ou des nouvelles prestations de service est souvent accompagnée de problèmes initiaux d'organisation, comme par exemple : manque d'effectifs (ou d'expertise) ou sensibilisation insuffisante du public aux nouveaux services proposés (campagnes d'information, etc.).

Des complexités ou des points faibles au niveau de l'administration (publique) ont également été observées. Par exemple : le cloisonnement strict de la réadaptation médicale (qui a souvent lieu pendant le congé maladie) et de la réadaptation professionnelle (à laquelle il est souvent procédé après stabilisation de l'état de santé). Des différences régionales ou les responsabilités financières dans de nouvelles coopérations méritent attention également. Un point faible cité fréquemment est la prise en compte (insuffisante) du rôle et des besoins des employeurs.

#### *Impact des réformes*

- a. La modification des conditions du droit aux rentes d'invalidité réduit en général les taux d'inscription et d'entrée des jeunes dans le système (ex. : Autriche, Danemark, Suède).
- b. Les taux d'accès à l'emploi varient selon le groupe cible. Ces taux (ou les taux de retour au travail) sont souvent (très) bas. Mais dans certains pays (ex. : Autriche, Royaume-Uni), les taux de placement sont nettement meilleurs pour les jeunes atteints dans leur santé sans emploi.
- c. Il n'en demeure pas moins qu'une proportion considérable de jeunes en situation de handicap continue, après avoir participé à un programme spécifique, à dépendre de

certaines prestations, par exemple les indemnités maladie (Suède) ou l'aide sociale (Autriche).

#### *Enseignements concernant l'organisation et la coordination*

Aucune des réformes analysées ne se contente de modifier un seul dispositif : plusieurs programmes ou mesures sont introduits *simultanément*. De plus, les réformes n'ont pas lieu en vase clos. *Le contexte institutionnel et les paradigmes prédominants* dans les politiques gouvernementales peuvent changer en même temps (mesures d'austérité et suppression des ateliers protégés au Royaume-Uni par ex.). De plus, les nouvelles structures organisationnelles ont *besoin de temps* pour apprendre à travailler dans le nouveau cadre (nouvelles attributions, coopération et coordination [y c. conditions financières]). Des problèmes de coordination ont également été rapportés au sein des (nouvelles) équipes interdisciplinaires : les acteurs des organismes d'assurance sociale, des services de l'emploi, du système de santé, des communes ou des prestataires de services sont souvent attachés à leurs procédures, attributions ou priorités « traditionnelles » s'agissant des catégories de clients. Par ailleurs, dans certains pays (fidèles à une longue tradition), les mesures de réadaptation médicale continuent à jouer un rôle prédominant tandis que la réadaptation professionnelle ou la recherche d'emploi sont négligés dans les programmes de soutien individuel au client.

#### *Perspective*

Dans certains pays, les dernières réformes sont encore trop récentes pour décider de nouveaux réaménagements. Dans d'autres, des révisions sont en cours ou sont envisagées dans le monde politique. De plus, des changements dans la composition peuvent venir modifier l'agenda politique. Les réaménagements participent souvent d'un projet plus vaste (axé sur la politique de l'emploi ou de l'inclusion sociale en général ou nouveau train de réformes des politiques d'assurance sociale par ex.). Dans certains pays, il est prévu de développer certains éléments de réformes introduites. A titre d'exemple, on peut signaler des modèles de soutien dont l'efficacité a été prouvée seront incorporés à plus large échelle aux programmes d'activation des jeunes atteints dans leur psychisme (Royaume-Uni). En Autriche, la prévention sera revalorisée : il est prévu de développer les prestations de conseil pour les employés en incapacité de travail (congé maladie) et leurs employeurs.





## Riassunto

### *Contesto e obiettivo dello studio*

L'aumento della quota dei giovani (in particolare di quelli con problemi di salute psichica) che entrano nel sistema delle rendite dell'assicurazione invalidità è fonte di preoccupazioni. Pertanto, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali svizzero è particolarmente interessato a conoscere le conseguenze delle riforme attuate in altri Paesi. Il presente studio indaga diverse riforme realmente attuate e focalizzate, nella loro integralità o in modo preponderante, su misure volte a prevenire la dipendenza da una rendita d'invalidità (tra i giovani).

### *Metodo e prodotti*

Il progetto è stato svolto da maggio a ottobre del 2016. Sono stati selezionati cinque Paesi dell'Europa occidentale nei quali hanno avuto luogo riforme e svolte politiche sul tema: Danimarca, Svezia, Austria, Regno Unito e Paesi Bassi. In ogni Paese, un esperto indipendente si è occupato di raccogliere informazioni seguendo un formato descrittivo comune. Ne sono derivati cinque rapporti nazionali e il presente rapporto comparativo. Quest'ultimo contiene un confronto fra le riforme, i contesti in cui esse si sono inserite, i diversi aspetti della loro attuazione, i risultati e gli insegnamenti che si possono trarre. Inoltre, contiene «schede informative» che riassumono riforme, contesti, impatto e insegnamenti.

### *Paesi e riforme*

I Paesi e la selezione di riforme presi in considerazione nel presente studio sono esposti di seguito.

- a. *Danimarca*: questo Paese ha introdotto restrizioni di età per la richiesta di prestazioni d'invalidità nonché uno speciale programma di assistenza, provvedimenti entrambi attuati a gennaio del 2013.
- b. *Svezia*: già nel 2003 questo Paese ha introdotto restrizioni di età per la rendita d'invalidità, in quanto le persone di età inferiore ai trent'anni potevano richiedere soltanto una prestazione temporanea;
- c. *Austria*: recentemente (nel 2014) il Paese ha irrigidito il principio della priorità dell'integrazione sulla rendita («Reha vor Pension»), ha reso più severe le condizioni del diritto alla rendita d'invalidità e ha introdotto un «assegno d'integrazione», dopo aver istituito (nel 2011) dei servizi di prevenzione.
- d. *Regno Unito*: questo Paese ha introdotto varie misure per arrestare la presa a carico di persone (giovani e appartenenti ad altre categorie) da parte dell'assicurazione invalidità. Queste misure comprendono l'adeguamento delle soglie per aver diritto alle prestazioni nonché programmi specifici di assistenza e incentivazione del comportamento attivo.
- e. *Paesi Bassi*: in questo Paese il programma speciale di prestazioni d'invalidità dedicato ai giovani interessati è stato riformato nel 2010 al fine di ridurre la dipendenza dalle prestazioni, incentivare il comportamento attivo e migliorare il passaggio dalla scuola (speciale) al mercato del lavoro.

### *Obiettivi delle riforme*

Alcune riforme, come ad esempio quelle attuate in Svezia (2003) e in Danimarca (2013), miravano esplicitamente ad arrestare o a ridurre la presa a carico dei *giovani* con problemi di salute da parte dell'assicurazione invalidità sul lungo periodo. In diversi Paesi le riforme sono state giustificate (anche) dallo *scarso successo di misure precedenti*. In altri casi, le riforme erano esplicitamente connesse all'aumento di *malattie psichiche* tra i giovani che richiedono prestazioni d'invalidità. In tre dei Paesi presi in esame, sono state adottate come motivazioni per le riforme anche le *misure di austerità* e la necessità di ridurre le crescenti spese legate alle assicurazioni sociali.

### *Differenze tra le misure delle riforme*

In molti Paesi, l'inasprimento dei criteri per aver diritto a una prestazione d'invalidità (rendita) e l'adeguamento delle condizioni di pagamento sono elementi importanti delle riforme. Inoltre, una caratteristica chiave delle riforme è l'introduzione (o il miglioramento) di misure e disposizioni per sostenere i *giovani* con problemi di salute in un processo di partecipazione e integrazione nel mondo del lavoro. Tra queste rientrano ad esempio programmi speciali di assistenza, l'intervento tempestivo nello stadio iniziale della malattia (p. es. in caso di ricorso a prestazioni di malattia) o misure preventive come consulenza «individuale» e «di gruppo» (Austria).

### *Attuazione*

Innanzitutto, l'*applicazione* delle riforme *nella realtà quotidiana* richiede cambiamenti preparatori considerevoli, come ad esempio la *necessità di nuove strutture organizzative, gruppi operativi o case manager e nuovi strumenti*. In secondo luogo, nella fase di attuazione spesso serve tempo prima che le nuove misure siano *accettate e utilizzate*. In terzo luogo, avviare le nuove procedure, i nuovi strumenti o le nuove disposizioni spesso implica *problemi organizzativi iniziali*, come la carenza di personale (o di competenze tecniche) o una promozione pubblica insufficiente (p. es. campagne di informazione) sui nuovi servizi e provvedimenti.

Sono state altresì individuate alcune *complessità o debolezze di fondo a livello di amministrazione (pubblica)*, come la rigida distinzione fra riabilitazione medica, che spesso ha luogo durante le assenze per malattia, e integrazione professionale, che avviene sovente dopo la stabilizzazione dello stato di salute. Inoltre, bisogna prestare attenzione alle *differenze regionali* o alle *responsabilità finanziarie* nelle nuove strutture di cooperazione. Un punto debole spesso menzionato nell'impostazione e nell'attuazione delle riforme riguarda *il ruolo e i bisogni (spesso trascurati) dei collaboratori*.

### *Impatto delle riforme*

- a. In generale, le modifiche alle condizioni del diritto alle prestazioni d'invalidità si traducono in una riduzione delle richieste e dei tassi di presa a carico dei giovani (p. es. in Austria, Danimarca, Svezia). Tuttavia, restano comunque necessarie prestazioni (alternative) per i partecipanti ai programmi d'incentivazione al comportamento attivo.
- b. I tassi d'integrazione nel mondo del lavoro risultano variare a seconda del gruppo target. I tassi di collocamento e rientro al lavoro sono spesso (molto) bassi, anche se

in alcuni Paesi (p. es. Austria e Regno Unito) si sono riscontrati tassi di collocamento considerevolmente migliori tra i giovani con limitazioni dovute a ragioni di salute che non erano occupati.

- c. Ciononostante, al termine della partecipazione a un programma specifico, una parte consistente di giovani invalidi mostra di essere ancora dipendente da qualche tipo di prestazione, come ad esempio prestazioni di malattia (in Svezia) o assistenza sociale (in Austria).

#### *Insegnamenti su organizzazione e coordinamento*

Le riforme non riguardano soltanto un particolare tipo di prestazioni, ma prevedono «sempre» l'introduzione di diverse misure *contemporaneamente*. Inoltre, le riforme non hanno luogo in modo isolato: il *contesto istituzionale* o i *paradigmi ispiratori* delle politiche governative possono cambiare simultaneamente, come nel caso delle misure di austerità e dell'abolizione dei laboratori protetti (esempio proveniente dal Regno Unito). Va poi considerato che *serve tempo affinché le nuove strutture organizzative* imparino a operare nel nuovo contesto, ovvero con nuove responsabilità e forme di cooperazione e coordinamento inedite (comprese le condizioni finanziarie). Sono stati segnalati problemi di coordinamento anche da (nuovi) gruppi multidisciplinari: attori degli organi delle assicurazioni sociali, degli uffici del lavoro, dell'ambito sanitario o dei comuni oppure fornitori di servizi spesso vincolati alle proprie procedure, responsabilità o priorità «tradizionali» per quanto concerne le categorie di clienti. Inoltre, in alcuni Paesi (sulla base di una lunga tradizione) le misure di riabilitazione medica sono ancora predominanti nell'assistenza individuale al cliente, a fronte di un limitato ricorso alla formazione professionale o alla ricerca di impiego.

#### *Prospettive*

In alcuni Paesi le misure attuate sono ancora troppo recenti per poter parlare di adeguamenti; in altri, invece, revisioni o adeguamenti sono in fase di studio a livello politico o sono già in corso. Inoltre, i cambiamenti nella composizione del governo potrebbero modificare le priorità. Gli adeguamenti sono spesso parte di pacchetti di riforme più ampi (incentrati sull'occupazione o, in generale, sulla politica di inclusione sociale oppure parti di riforme nel settore delle assicurazioni sociali). È stato altresì rilevato che in alcuni Paesi si procederà a un ampliamento di elementi specifici attuati nel quadro delle riforme. Ad esempio, i modelli di assistenza che, sulla base di prove scientifiche, hanno mostrato buoni risultati saranno applicati su scala più ampia per incentivare il comportamento attivo dei giovani affetti da problemi psichici (Regno Unito). Infine, in Austria, verrà rafforzato il ruolo della prevenzione aumentando la consulenza destinata alle persone occupate che presentano un'incapacità al lavoro e ai loro datori di lavoro.



## Summary

### *Background and aim of the study*

There is concern on the growth of the proportion of young persons in the inflow in the disability pension scheme (in particular those with mental health related problems). Therefore, the Federal Insurance Office Switzerland is very interested to know about lessons from reforms in other countries. This study explores various reforms which actually have been implemented and - solely or substantially – focused on measures to prevent disability pension dependency (in young persons).

### *Methodology and products*

The project has been carried out between May and October 2016. Five West European countries have been selected where relevant reforms and policy changes took place: Denmark, Sweden, Austria, United Kingdom and the Netherlands. In each country an independent expert collected information according to a common descriptive format. The products are five national reports and this comparative report. Our report includes a comparison of reforms, their backgrounds, implementation aspects, outcomes and lessons. It also contains “fact sheets” summarizing reforms, their context, impact and lessons.

### *Countries and reforms*

The countries and selection of reforms covered in this study include:

- a. *Denmark*: this country introduced age related restrictions as to claiming disability benefits and a special support programme; both were implemented January 2013;
- b. *Sweden* already in 2003 introduced age restrictions for disability pension take up: persons aged under 30 were only eligible to a temporary disability benefit;
- c. *Austria* recently (2014) strengthened the principle “Reha vor Pension” (“Rehabilitation goes before disability pension”), tightened eligibility criteria for disability pension, introduced a “rehabilitation allowance” and (2011) introduced prevention services;
- d. *United Kingdom* introduced various measures to stop the inflow into disability benefits (by young persons and other categories). They include change of eligibility thresholds and specific activation and support programmes;
- e. The *Netherlands* the special disability benefit programme for young persons with disabilities has been reformed 2010, aiming at less benefit dependency, more activation and better (special) school - labour market transfer.

### *Aims of reforms*

Some reforms explicitly aimed to stop or reduce the inflow of *young* persons with health conditions into long term disability benefits, e.g. Sweden (2003) and Denmark (2013). In many countries reforms were motivated (too) by a *lack of success of earlier measures*. Or reforms were explicitly connected to the growth of *mental health problems* in young persons claiming disability benefits. In three countries *austerity measures* and the need for reduction of growing social insurance expenditures were also reasons for reforms.

### *Variations in reform measures*

In many countries the strengthening of eligibility criteria for disability benefit (pension) receipt and adaptations of payment conditions is one of the reform elements. Secondly, an important reform feature includes the introduction (or improvement) of measures and provisions to support *young* persons with health conditions towards participation and employment. This may include special support programmes, early intervention during the initial stage of sickness (e.g. when receiving sickness benefits), or preventive measures like “individual” and “company” counselling (Austria).

### *Implementation*

The *daily operation* of reforms requires considerable organizational changes, e.g. there often is a *need for new organizational structures, operational teams or case managers* and *new tools*. Secondly, in the implementation stage the *take up and utilization* of new measures often goes slowly and takes time. Thirdly, starting up the new procedures, tools or provisions often implies *initial organizational problems* like a lack of staff (or expertise), or insufficient public promotion (e.g. information campaigns) on the new services and provisions.

But also some more *basic (public) administrative complexities* or *weaknesses* have been identified, like strict separation between medical rehabilitation (often taking place during sick leave) and vocational rehabilitation (often after stabilization of health condition). Also *regional differences* or *financial responsibilities* in new cooperation structures need attention. A frequently mentioned weakness in reform design and implementation regards *the (neglected) role and needs of employers*.

### *Impact of reforms*

- a. Changing eligibility criteria for access to disability benefits in general shows to reduce applications and inflow rates of young persons (e.g. Austria, Denmark, Sweden). But (alternative) benefits still are needed for participants in an activation programme;
- b. Rates on inflow into employment show to vary, depending on target group. Rates on job placement or return to work often are (very) low. But in some countries (e.g. Austria, United Kingdom) also considerably better job placement rates were found for young persons with health restrictions that were out of employment;
- c. Notwithstanding, at the end of participation in a specific programme a considerable proportion of young persons with disabilities shows to be further depending on some kind of benefit, e.g. sickness benefits (Sweden) or social assistance (Austria).

### *Lessons on organization and coordination*

Reforms do not regard just one particular benefit scheme, but “always” comprise the introduction of different measures *at the same time*. Moreover, reforms do not take place in isolation: the *institutional context* or *leading paradigms* in governmental policies may change simultaneously, like austerity measures and abolishment of sheltered workshops (example from United Kingdom). Furthermore, *new organizational structures need time* for learning to work in the new context, e.g. when applying new responsibilities, co-operation and coordination (including financial conditions). Coordination problems also

were reported from (new) multidisciplinary teams: actors from social insurance agency, employment office, health care, municipality or service providers often are attached to their own procedures, responsibilities, or “traditional” priorities in client groups. Moreover, (based on a long tradition) in some countries medical rehabilitation measures still are predominant in individual client support, compared to a low use of vocational training or job search.

### *Outlook*

In some countries measures taken still are “too fresh” to decide on adaptations, whereas in other countries revisions or adaptations are politically considered or ongoing. Also changes in government composition may change the agenda. Adaptations often are part of wider reforms packages (focusing on employment or social inclusion policy in general, or part of reforms in social insurance). It also was noted that in some countries specific implemented reform elements will be expanded. E.g. supporting models with - evidence based - good results will on a wider scale be applied in the activation of young persons with mental health conditions (United Kingdom). And in Austria the role of prevention will be enhanced, by increasing the counselling support for employed persons who are work incapacitated (“sick listed”) and their employers.





# 1 Einleitung

## 1.1 Ziel und Hintergrund des Projekts

Im Rahmen der aktuellen Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) werden auch Diskussionen über mögliche Reformen geführt. Sorgen über den zunehmenden Anteil junger Menschen (vor allem mit psychischen Problemen), die in die Invalidenversicherung eintreten, veranlassten einige Expertinnen und Experten dazu, die Einführung eines höheren Mindestalters für den Anspruch auf Invalidenrenten vorzuschlagen. Sie verwiesen auf Dänemark, wo seit kurzem (2013) Einschränkungen für den Zugang zu Invalidenrenten für unter 40-Jährige gelten; für diese Versichertengruppe wurden zudem spezielle Aktivierungsmassnahmen in Kraft gesetzt. Schweden führte bereits vor längerer Zeit (2003) spezielle Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit («Aktivitätsersatz») sowie ein Förderprogramm für junge krankgeschriebene Menschen ein; beide sind heute noch gültig. Ziel dieser Massnahmen war auch, die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu fördern und zu beschleunigen und eine Abhängigkeit von Invalidenrenten zu verhindern.

Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) ist sehr interessiert an den Erfahrungen mit solchen Reformen, die sich auf Massnahmen zur Prävention einer Erwerbsunfähigkeit und Invalidenrentenabhängigkeit von jungen Menschen konzentrieren. Insbesondere braucht es Informationen über die Hintergründe und die Art der eingeleiteten Massnahmen. Wie wurden sie konzipiert und welche spezifischen Programme oder Vorkehrungen wurden geplant? Wie wurden sie umgesetzt? Welche Positionen vertraten die verschiedenen Stakeholder? Wie wirkten sich die Massnahmen aus und welche Erkenntnisse lassen sich nach einigen Jahren Praxis daraus ziehen?

Zielgruppe der in diesem Projekt untersuchten Reformen und (neuen) Massnahmen waren junge Menschen im erwerbsfähigen Alter (zwischen 16 und 30 Jahren). Ausserdem sollte die Untersuchung nur landesweite Reformen umfassen, die tatsächlich umgesetzt wurden. Pilotprojekte und Versuche gehören somit nicht zum Untersuchungsbereich, können jedoch als ein Beispiel für «laufende Entwicklungen» nach der Umsetzung einer Reform mit einbezogen werden.

## 1.2 Methodik

Aufgrund des kurzfristigen Bedarfs an diesen Informationen umfasste die länderübergreifende Untersuchung eine relativ kurze und prägnante Erhebung, die einen Einblick in die erwähnten Aspekte erlaubt. Das Ergebnis sollte im Wesentlichen beschreibender Art sein und keine Empfehlungen umfassen, sondern vielmehr die Pros und Kontras «neutral» und unter Berücksichtigung des nationalen Kontextes darlegen.

Deshalb war es entscheidend, sich auf westeuropäische Länder mit relevanten Reformen zu konzentrieren. Zudem sollten zu jedem ausgewählten Land und jeder Reform aktuelle, valide und vergleichbare Daten gesammelt werden. Nötig waren also eine gemeinsame Methodik und eine flexible Nutzung der Datenerhebungsmethoden.

Während für ein Land (Schweden) bereits Evaluationsstudien vorlagen, waren die Reformen in andern Ländern noch ziemlich «frisch», weshalb vorwiegend „neue“ Informationen erhoben werden mussten (insbesondere zur Umsetzung und zur Wirkung). Hinzu kommt, dass sich die Länder bezüglich Forschungskultur, verfügbarer Statistiken, Zugang zu Stakeholdern usw. unterscheiden können.

Die Studie wurde nach einem Verfahren durchgeführt, das sich in der Vergangenheit als erfolgreich und effizient erwiesen hat: Für jedes Land mit einer zur Studie passenden Reform wurde ein renommierter «nationaler Experte» oder eine «nationale Expertin» (Forscher oder Forscherin / Forschungsteam) eingeladen, sich am Projekt zu beteiligen und einen Länderbericht zu erarbeiten. Koordinator und Autor des Schlussberichts ist Rienk Prins Consultancy.

Der erste Schritt war die Auswahl der Länder mit relevanten Reformen (vgl. Kapitel 2.2). Danach wurden in den fünf ausgewählten Ländern Expertinnen und Experten kontaktiert, die mit dem Thema und der Zielgruppe vertraut sind, bereits Evaluationsstudien durchgeführt haben oder in internationalen Expertennetzwerken aktiv sind. Eine Liste der beteiligten Fachpersonen findet sich in Anhang 1.

Bei Projektbeginn wurde allen Expertinnen und Experten ein Fragebogen übermittelt, dessen Entwurf sie zuvor kommentieren konnten. Er deckt alle Aspekte ab, an denen das BSV interessiert ist. Ausserdem erhielten sie ein Briefing (Anweisungen) sowie ein Format für den angeforderten Länderbericht. Für ihre Untersuchung konnten sie eine Kombination von Forschungsinstrumenten verwenden:

- a. Sammlung und Analyse von Unterlagen (z. B. über Rentensystem, Reformen, Umsetzung), Statistiken (z. B. zu den Eintritten in das Invalidenversicherungs- oder -rentensystem) und Berichten (z. B. Evaluationsstudien, Unterlagen zur Regierungspolitik, Stellungnahmen von Stakeholdern).
- b. Bei Bedarf wurden (telefonische) Interviews mit Stakeholdern oder anderen Fachpersonen geführt (z. B. mit Verantwortlichen in IV-Stellen, politischen Entscheidungsträgern). Diese dienten hauptsächlich dazu, Informationen über aktuelle Stärken und Schwächen der Reform, politische Einschätzungen, Erkenntnisse oder hängige Reformen zu erhalten.

Das Projekt startete Mitte Mai 2016. Anfang Juli 2016 wurde ein Zwischenbericht mit den wichtigsten Schlussfolgerungen aus den Länderberichten vorgelegt. Diese ersten Resultate konzentrierten sich insbesondere auf den Hintergrund und Inhalt der Reformen oder Massnahmen sowie auf Aspekte der Umsetzung, Ergebnisse und Erkenntnisse. Rückmeldungen aus dem BSV sowie der nationalen Expertinnen und Experten ebenso wie die definitiven Versionen der Länderberichte bilden die Grundlage der vorliegenden Studie (Zusammenfassung). Zusätzlich zum Zwischenbericht behandelt sie auch neue Themen wie etwa Erkenntnisse zur Koordination oder aktuelle (politische) Entwicklungen nach der Einführung der untersuchten Reformen. Diese Studie und die Länderberichte werden auf der BSV-Site zur Verfügung gestellt ([www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch) > [Publikationen & Service](#) > [Publikationen](#) > [Studien, Gutachten...](#)).

### 1.3 Erarbeitung der Themen

Die zu behandelnden Themen wurden in Zusammenarbeit mit dem BSV und den Expertinnen und Experten erarbeitet und in ein gemeinsames Format zur Datenerhebung übertragen. Aufgabe der nationalen Fachpersonen war es, Informationen zu sieben Aspekten der ausgewählten Reform zu sammeln:

- a. Hintergrund, einschliesslich Ausmass des Problems: z. B. Tendenzen bei der Leistungsabhängigkeit von jungen gesundheitlich beeinträchtigten oder behinderten Menschen
- b. Ziele und Kontext der Reformen (institutioneller und gesetzlicher Rahmen)
- c. Inhalt: Programme oder einzelne Massnahmen im Bereich Leistungen und Aktivierung
- d. Umsetzung, einschliesslich der involvierten Akteure (z. B. Sozialversicherungsanstalt, Arbeitsamt, Gesundheitswesen/Rehabilitation, Gemeinde)
- e. Evaluationen: Auswirkungen (auf Leistungsabhängigkeit, Erwerbsbeteiligung) sowie Meinungen, Standpunkte und Positionen von Stakeholdern
- f. Erkenntnisse zu den Auswirkungen der Massnahmen und zur Umsetzung (z. B. gesetzliche oder organisatorische Voraussetzungen für Reformen, Erkenntnisse hinsichtlich der Planung)
- g. Ausblick: laufende (politische) Entwicklungen, erwogene Alternativen (einschliesslich Pilotprojekte), hängige Reformen usw.

Der Ausblick befasst sich mit den Ereignissen nach der vor kürzerer oder längerer Zeit erfolgten Einführung der Reformen: Sowohl politische Entwicklungen (Änderung der Regierungsprioritäten) als auch positive oder ernüchternde Ergebnisse oder eine Veränderung des Kontextes (z. B. Wirtschaftskrise) können die Reformen in eine neue Perspektive gerückt haben.

### 1.4 Länder und ausgewählte Reformen

Die Studie konzentriert sich auf Reformen und Massnahmen, die landesweit umgesetzt wurden und direkt oder indirekt junge Menschen mit Gesundheitsproblemen im Fokus hatten. Die Zielgruppe kann erwerbstätig (und versichert) oder nicht erwerbstätig (in Ausbildung, arbeitslos) sein.

Die in diesem Bericht untersuchten Länder und Reformmassnahmen sind:

- a. *Dänemark* führte im Januar 2013 altersabhängige Beschränkungen für den Anspruch auf Invaliditätsleistungen sowie ein spezielles Förderprogramm ein.
- b. *Schweden* kennt bereits seit 2003 altersabhängige Beschränkungen für Invalidenrenten für junge Versicherte: Unter 30-Jährige haben nur vorübergehend Anspruch auf solche Leistungen. Ausserdem wurden für diese Gruppe verschiedene neue Aktivierungsmassnahmen eingeführt.
- c. *Österreich* stärkte vor kurzem (2014) den Grundsatz «Reha vor Pension», verschärfte die Kriterien für den Anspruch auf eine „Invaliditätspension“ (Rente),

führte eine «Rehabilitationsbeihilfe» und (2011) einen Informations- und Beratungsdienst für die berufliche Sekundärprävention ein.

- d. Das *Vereinigte Königreich* ergriff mehrere Massnahmen, um den Zustrom zu Invalidenrenten (von jungen Menschen und anderen Kategorien) zu stoppen. Dazu gehören eine Anpassung der Schwellenwerte für den Anspruch auf solche Leistungen sowie besondere Aktivierungs- und Förderprogramme (z. B. für junge Menschen mit psychischen Problemen).
- e. Die *Niederlande* verfügen seit vielen Jahren über ein spezielles Invalidenrenten-System für junge gesundheitlich beeinträchtigte oder behinderte Menschen («Wajong»), das 2010 einer Reform unterzogen wurde. Damit sollen die Abhängigkeit von Invalidenrenten vermindert, die Aktivierung gestärkt und der Übergang von der (Sonder-)Schule in den Arbeitsmarkt verbessert werden.

## 2 Überblick über die Reformen: Hintergrund, Inhalte und Bestandteile

### 2.1 Einleitung

In diesem Bericht werden unsere Ergebnisse zu mehreren Aspekten der Reformen zusammengefasst und diskutiert. Das vorliegende Kapitel vermittelt zunächst einen Überblick über die verschiedenen Arten von Reformen, die für diese Untersuchung ausgewählt wurden. Zudem werden die Hintergründe, die zu ihrer Entstehung geführt haben, und die eingeführten Elemente (Kombination von Massnahmen) beschrieben. Die Umsetzung (einschliesslich Fragen der Organisation und Koordination) wird in Kapitel 3 behandelt, während Kapitel 4 den Ergebnissen (Auswirkungen) und Erkenntnissen gewidmet ist. Einzelheiten sind in den Fact Sheets und den Länderberichten zu finden.

### 2.2 Überblick über die Reformen

In der Studie wurden acht Reformen der fünf ausgewählten Länder berücksichtigt:

*Dänemark* führte zwei Reformen ein (2013):

- Bei den Invalidenrenten: Einführung eines höheren Mindestalters (40 Jahre) als Anspruchskriterium.
- «Flexjob»-Programm: Überweisung von unter 40-jährigen gesundheitlich beeinträchtigten Menschen in ein spezielles Aktivierungsprogramm (während maximal 5 Jahren) oder Vermittlung einer flexiblen Beschäftigung (Flexjob). Erste Erkenntnisse zur Umsetzung und zu den Auswirkungen liegen seit kurzem vor.

*Schweden* hat bereits 2003 das Mindestalter für einen Anspruch auf Invalidenrente auf 30 Jahre angehoben. 19- bis 29-Jährige mit einer verminderten Erwerbsfähigkeit können eine alternative Leistung («Aktivitätserersatz», AA) beantragen, die während maximal 3 Jahren ausbezahlt wird (wobei die Möglichkeit besteht, sich für eine weitere Periode anzumelden). Der AA berechtigt zur Teilnahme an massgeschneiderten Aktivitäten. Nach der Umsetzung wurden einige Evaluationsstudien durchgeführt.

*Österreich* führte eine breite Palette von Massnahmen ein, um die Inanspruchnahme einer Invaliditätspension zu verhindern und die Stellensuche und den Erhalt des Arbeitsplatzes für junge Menschen mit Behinderungen zu verbessern. Unsere Studie konzentriert sich auf:

- Reform der Invaliditätspension (2014), einschliesslich restriktivere Anspruchskriterien und verstärkte Massnahmen zur Rehabilitation und Prävention von Ansprüchen auf Invaliditätsleistungen;

- Fit2Work-Programm (2011/2012): Frühintervention während einer krankheitsbedingten Absenz, um einen Verlust des Arbeitsplatzes und ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern. Das Programm umfasst Beratung für Einzelpersonen und Betriebe.

Im *Vereinigten Königreich* wurden zahlreiche Reformen eingeführt, angepasst und überprüft – dies nicht zuletzt aufgrund veränderter Prioritäten der Regierung (z. B. Sparpolitik) und Paradigmenwechsel (z. B.: «Tiefere Leistungen werden Betroffene dazu ansprechen, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen.»). In diesem Bericht werden die folgenden Programme behandelt:

- Access to Work (1994, 2010): Praktische Unterstützung für gesundheitlich beeinträchtigte erwerbstätige Menschen beim Erhalt des Arbeitsplatzes oder bei der Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit.
- Work Choice (2010): Unterstützung als behindert anerkannter erwerbsloser Personen beim Zugang zum Arbeitsmarkt .

2010 reformierten die *Niederlande* ihr Gesetz über die Erwerbsunfähigkeitsversicherung für jugendliche Erwerbsunfähige («Wajong»). Ziel der Reform war es, durch die Einführung von drei Unterprogrammen die Aktivierung von jungen gesundheitlich beeinträchtigten oder behinderten Menschen zu stärken. Neueintritte sollten einem dieser Unterprogramme zugewiesen werden:

- Nur Rentenbezug (für schwerstbehinderte Personen mit geringer Erwerbsfähigkeit)
- Teilnahme am Beschäftigungsprogramm, einschliesslich individuell vereinbartem Eingliederungsplan, Dienstleistungen und Stellenangebot eines staatlichen Arbeitsamtes
- Teilnahme am Ausbildungsprogramm für Personen, die noch die Schule besuchen oder studieren (ab 18 Jahren)

2015 wurde das System grundlegend revidiert.

Zu berücksichtigen ist, dass die Massnahmen in einigen Ländern nicht nur für gesundheitlich beeinträchtigte *junge* Menschen gelten, sondern für *alle Altersgruppen*. Ausserdem gibt es andere Massnahmen, die auf eine breitere Kategorie junger Menschen ausgerichtet sind, einschliesslich Arbeitslose, Personen mit Mehrfachproblematik oder solche, die sich noch in der Ausbildung befinden. Wir versuchten, ihre Bedeutung speziell für junge Menschen mit Gesundheitsproblemen zu erfassen.

Sowohl hinsichtlich der Neuigkeit der Reformen als auch der Verfügbarkeit von Evaluationsdaten gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern und Reformen. Dennoch lassen sich aber einige erste Trends und Schlussfolgerungen zu den eingeführten Politiken und den beobachteten Ergebnissen skizzieren.

## 2.3 Hintergrund der Reformen

Obwohl sich die Reformen und die Art der umgesetzten Massnahmen erheblich unterscheiden, sind einige allgemeine Aussagen möglich.

1. Gewisse Reformen verfolgten ausdrücklich ein «sozialversicherungstechnisches Ziel»: Sie sollten den Zustrom von *jungen* gesundheitlich beeinträchtigten Menschen in langfristige Invalidenrenten stoppen oder vermindern, so etwa in Schweden (2003) und Dänemark (2013). In anderen Ländern waren die neuen Massnahmen zwar ebenfalls auf «Junge» mit Gesundheitsproblemen ausgerichtet. Das Hauptziel bestand dort aber darin, die Erwerbsbeteiligung verschiedener Kategorien von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen zu verbessern (Arbeitsplatz finden und behalten).
2. In den meisten Ländern waren die Reformen durch den *mangelnden Erfolg früherer Massnahmen* begründet. Spezifische Ziele, die verfehlt wurden: Zustrom zu Invalidenrenten vermindern, Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt stoppen, (noch vorhandene) Erwerbsfähigkeiten von Menschen mit Behinderung besser nutzen, den Zugang zu vorhandenen Instrumenten und Dienstleistungen für (junge) Menschen mit Behinderung erleichtern und diese Angebote besser nutzen. In Österreich wurde erkannt, dass ein wichtiger Grundsatz der Sozialversicherung – «Reha vor Pension» – nicht ausreichend umgesetzt wurde. Die Reformen sollten daher (auch) zu frühzeitigen und präventiven Interventionen und zu einem verbesserten Case Management für Langzeiterkrankte beitragen.
3. In mehreren Ländern (Österreich, Dänemark, Vereinigtes Königreich) standen die Reformen explizit im Zusammenhang mit der – absoluten oder relativen – Zunahme von *psychischen Problemen* bei jungen Menschen, die Invalidenrenten beanspruchen, mit der zu geringen Nutzung bestehender Instrumente und mit Arbeitsmarktproblemen von psychisch kranken Menschen.
4. In zwei Ländern (Niederlande, Vereinigtes Königreich) gehörten *Sparmassnahmen* und die Notwendigkeit, die wachsenden Kosten der Sozialversicherungen zu senken, zu den weiteren oder grundlegenden Zielen der Reformen. In Österreich trug die finanzielle Situation der Gesundheits- und Pensionsversicherung (steigende Kosten aufgrund von Krankengeldern) zur Erkenntnis bei, dass Reformen notwendig sind.

Zusätzlich dazu können bei der Vorbereitung von Reformen auch allgemeinere administrative Schwierigkeiten eine Rolle spielen. Beispielsweise zeigte sich in Österreich, dass Diskrepanzen zwischen öffentlichen Akteuren (staatlicher Pensionsfonds und Arbeitsmarktservice) zu widersprüchlichen Abklärungsergebnissen führten: Zahlreiche Stellensuchende wurden vom AMS als erwerbsunfähig beurteilt, während sie gemäss Pensionsfonds erwerbsfähig waren. Dies führte zu langwierigen und doppelspurigen Abklärungsverfahren, bei denen die Betroffenen zwischen den beiden Behörden hin- und hergeschoben wurden. Diese Aspekte werden in Kapitel 4 zu den Erkenntnissen eingehender erörtert.

## 2.4 Bestandteile der Reformen: eingeleitete Massnahmen

Zu den gemeinsamen Elementen der Reformen in den untersuchten Ländern gehören die Verschärfung der Anspruchskriterien für Invaliditätsleistungen (Renten) und Anpassungen der Auszahlungsbedingungen. Die entsprechenden Massnahmen umfassen unter anderem:

- a. Einführung eines höheren Mindestalters für die Anspruchsberechtigung und Ersatz des bestehenden Leistungssystems durch ein weniger grosszügiges Modell. Dazu können tiefere Leistungsstufen, altersabhängige Leistungen (Schweden), zeitlich beschränkte Anspruchsberechtigung (max. 3 oder 5 Jahre) sowie regelmässige Neuüberprüfungen zählen.
- b. Folglich ist der Zugang zu Renten nur möglich für junge Menschen mit einer (dauerhaften) Schwerstbehinderung, mit einer (dauerhaften) niedrigen Erwerbsfähigkeit oder in Fällen, in denen eine Umschulung nicht zweckmässig ist.
- c. Mehrere Länder haben besondere Leistungen wie etwa «Rehabilitationsgeld» (Österreich, während der medizinischen Rehabilitation) oder eine «Ausbildungsbeihilfe» (Dänemark, Niederlande, Schweden) eingeführt, um junge Menschen ohne Ausbildung oder mit einer nicht abgeschlossenen (schulischen oder beruflichen) Bildung zu unterstützen.

Ein zweiter Bestandteil der Reformen konzentriert sich nicht vornehmlich auf Leistungen (Anspruchsberechtigung, Höhe), sondern betrifft die Einführung oder Verbesserung von Massnahmen zur Förderung der Erwerbsbeteiligung und Beschäftigung von jungen Menschen mit Gesundheitsproblemen. Beispiele dafür sind:

- a. Reform des Förderprozesses durch die Bildung eines speziellen Support-Teams (z. B. Rehabilitationsteam).
- b. Einführung von besonderen Förderprogrammen, einschliesslich (interdisziplinäre) Abklärung der Bedürfnisse und Fähigkeiten, massgeschneiderte individuelle Angebote zur Optimierung der Bildung, Verbesserung der beruflichen Fähigkeiten, Stellensuche, Unterstützung am Arbeitsplatz usw.
- c. Vereinfachter Zugang zu vorhandenen Angeboten für (junge) Menschen mit Behinderung, z. B. Dänemark: erleichteter Zugang zu Flexjobs (temporär subventionierte Stellen); Österreich: (frühere) Einweisung in Reha-Kliniken oder ambulante Rehabilitation.
- d. Mehr Frühintervention im Anfangsstadium der Erkrankung (sobald Krankentaggelder bezogen werden). Das österreichische Fit2Work-Programm bietet Erwerbstätigen, die während mehr als 6 Wochen krankgemeldet sind, und/oder Arbeitslosen mit Gesundheitsproblemen eine (freiwillige) individuelle Beratung an.
- e. Das gleiche Programm umfasst auch Beratung für Betriebe: Informationen, Ratschläge und Unterstützung für Arbeitgeber, Team-Schulung für den Umgang mit psychischen Belastungen am Arbeitsplatz usw. Zu den Reformen in Österreich,



den Niederlanden und im Vereinigten Königreich gehören diverse Formen der Unterstützung für Arbeitgeber, die Menschen mit Behinderung eine Lehr- oder Arbeitsstelle anbieten.

- f. Einige wenige Länder (Österreich, Vereinigtes Königreich) nutzen spezielle Gesundheitsförderungsprogramme für junge (und ältere) Menschen mit psychischen Problemen (z. B. im Vereinigten Königreich: IAPT: *Improving Access to Psychological Therapies*).

Schliesslich weiten zwei Länder ihr Repertoire von Massnahmen explizit auf Menschen mit Behinderung im *Schulalter* aus, die das letzte Schuljahr absolvieren oder die Schule abgeschlossen haben. Österreich hat spezielle Teams («Clearing-Teams») und Programme zur beruflichen Ausbildung für Jugendliche mit Behinderung oder Benachteiligung im Schulalter eingeführt. In den Niederlanden wurde der Anspruch auf Invalidenrenten für gewisse Kategorien von jungen Menschen mit Behinderung durch spezielle Fördermassnahmen ersetzt, die den Übergang von der Schule in den Arbeitsmarkt verbessern sollen.



## 3 Umsetzung und Organisation

### 3.1 Einleitung

In diesem Kapitel werden verschiedene Aspekte im Zusammenhang mit der Umsetzung der Reformen untersucht. Eine Umsetzung erfordert einerseits oft administrative Anpassungen: eine Verschiebung der Zuständigkeiten der involvierten Stakeholder, die Schaffung neuer Institutionen, neue Finanzierung, Kooperationsvereinbarungen usw. Andererseits müssen auf der operativen Ebene ebenfalls viele Herausforderungen gemeistert werden. Die betrifft etwa die Schulung des Personals, verfügbare Leistungserbringer, Informationskampagnen (um die Akzeptanz der Reformen oder die Nutzung der Programme zu fördern) oder auch das Monitoring der täglichen Praxis und der Indikatoren.

### 3.2 Umsetzung

In den Länderberichten lassen sich drei Aspekte identifizieren, die mit der praktischen Umsetzung des neuen Programms bzw. der neuen Programme verbunden sind.

Erstens der *Bedarf an neuen operativen Teams oder Case Workers und neuen Tools*: In den meisten Ländern wurden Reformen durch die Schaffung neuer Strukturen, Instrumente, Verfahren und Zuständigkeiten umgesetzt. Einige Elemente sind mehreren Reformen gemeinsam:

- a. Bildung eines neuen Teams oder einer neuen Organisation, z. B. Rehabilitationsteam (Dänemark), Koordinationsstelle (Schweden), Kompetenzzentren (Österreich), oft mit interdisziplinärer Zusammensetzung. Ihre Aufgabe ist es, die (neuen) Massnahmen auszuführen und/oder zu koordinieren.
- b. Bessere Abklärung von Bedürfnissen und Nachfrage in verschiedenen Bereichen wie Bildung, Berufsbildung, Gesundheit, allenfalls auch Schuldenmanagement, Förderung eines gesunden Lebensstils und Abklärung des Anspruchs auf eine (bestimmte) Leistung.
- c. Schaffung von massgeschneiderten individuellen Programmen, die Massnahmen in diesen Bereichen abdecken, einschliesslich Planung und Überwachung der Fortschritte.

Zweitens *Akzeptanz und Nutzung* der neu eingeführten Massnahmen: Die Informationen darüber, wie die neuen Massnahmen von den Zielgruppen in Anspruch genommen werden, sind je nach Land sehr unterschiedlich. In Dänemark wurden bei einzelnen Teilen der Förderprogramme die Ziele für das erste Jahr nicht erreicht (z. B. individuelle Pläne), während andere (z. B. Flexjobs) von Anfang an breit genutzt wurden.

Drittens weisen mehrere Berichte darauf hin, dass die Einführung neuer Verfahren, Tools oder Einrichtungen langsam verlief. Grund dafür waren *anfängliche organisatorische Probleme* wie etwa Personalmangel (oder fehlendes Fachwissen) oder ungenügende

öffentliche Werbung (z. B. durch Informationskampagnen) für die neuen Dienstleistungen und Angebote.

Schliesslich ist noch anzumerken, dass bei den Koordinationsaufgaben auch *landesintern* Unterschiede bestehen. Beispielsweise sind in Dänemark die *Teams*, die die Reform organisieren («Ressourcenprozess»), je nach Gemeinde unterschiedlich: In einigen wurden spezielle Ressourcen-Teams oder Ressourcen-Zentren eingerichtet, während andere Gemeinden diese Aufgabe an *Case Worker* im Arbeitsamt übertragen haben, die die Koordination von dort aus übernehmen. Evaluationen zeigen, dass *Case Worker*, die in ein Ressourcen-Team integriert sind, zufriedener sind und besser mit Herausforderungen und (organisatorischen) Engpässen umgehen können als solche, die nicht in ein Team eingebunden sind.

### 3.3 Kooperation und Koordination

In den Ländern, die Reformen entwickelt und umgesetzt haben, wurden auch einige grundlegendere administrative Schwierigkeiten oder Schwächen festgestellt. Finanzielle Aspekte werden hier nicht näher behandelt; im Zentrum stehen Erfahrungen mit der Koordination und Kooperationsstrukturen. Reformen erfordern oft eine neue oder angepasste institutionelle Struktur, etwa weil sich die Zuständigkeiten verschieben oder neue Aufgaben bewältigt (und finanziert) werden müssen. Die Länderberichte nennen mehrere Faktoren oder Bedingungen, die die (erstmalige) Umsetzung von Reformen komplizierter machen oder einschränken.

Die Untersuchungen zeigten sowohl einige gemeinsame organisatorische Probleme (die in mehreren Ländern auftreten) als auch spezifische «landestypische» Ergebnisse.

#### 3.3.1 Einige gemeinsame (Ursachen der) Umsetzungsprobleme

Reformen sind oft mit den *Konsequenzen von historischen Abgrenzungen* konfrontiert: z. B. die strikte Trennung zwischen medizinischer Rehabilitation (während der Krankenschreibung) und beruflicher Eingliederung (oft nach der Stabilisierung des gesundheitlichen Zustands). Insbesondere Menschen mit psychischen Problemen benötigen integrierte medizinische und berufliche Massnahmen. In Österreich wurden im Rahmen der Reform Pilotprojekte für solche integrierten Angebote entwickelt. Aus mehreren Ländern wurde zudem berichtet, dass eine bessere Kommunikation und Kooperation mit Leistungserbringern im Bereich der (psychischen) Gesundheitsfürsorge entscheidend ist für junge Menschen mit psychischen Problemen.

In vielen Ländern ist das *Sozialsystem fragmentiert* und umfasst mehr oder weniger unabhängige, selbstverwaltete staatliche Organe. Dies kann neue, durch die Reform geforderte Kooperationsbeziehungen behindern. Ausserdem können die in die Reform involvierten Institutionen unterschiedlicher Meinung darüber sein, wer welche Aufgaben übernehmen soll (z. B. Abklärung, Leistungszahlung, Leistungserbringung, Durchsetzung): auslagern oder selbst ausführen? Schliesslich können auch regionale Unterschiede die Koordination erschweren. Erwähnt wurden hierzu die verfügbaren ärztlichen oder

psychiatrischen Gesundheitsdienste oder auch die öffentlichen oder privaten Leistungserbringer für Eingliederung, Berufsbildung, individuelle Beratung usw.

Erfahrungen aus Österreich zeigen, dass eine *zentrale Steuergruppe* (bestehend aus Vertretern der Ministerien für Gesundheit und soziale Angelegenheiten, Sozialversicherungsanstalten, öffentlichen Arbeitsämtern) entscheidend ist, um diese institutionellen Stakeholder miteinander zu verbinden und Fragen der Zusammenarbeit anzugehen, die sich aus der praktischen Umsetzung vor Ort ergeben.

Einige Berichte (z. B. aus Österreich) weisen darauf hin, dass auch *auf alte Fehler geachtet werden muss*: Ohne sinnvolle Kooperation droht die Gefahr, dass neue Eingliederungsmassnahmen zu einem Sprungbrett für Invalidenrenten werden (ebenso wie früher die befristete Invaliditätspension).

Abschliessend kann festgehalten werden, dass viele Reformen die Notwendigkeit einer *besseren Kommunikation und Zusammenarbeit* zwischen den Stakeholdern gezeigt haben. Dies gilt:

- *innerhalb* der staatlichen Sozialversicherung: z. B. müssen Invaliden- und Krankenversicherung bei der Früherkennung von Hochrisikogruppen oder zur Verbesserung der Frühintervention enger zusammenarbeiten, sowie
- *zwischen* der Sozialversicherung (z. B. Invalidenversicherung) und anderen Akteuren wie etwa Gesundheitsdienstleistern (Rehabilitation), Arbeitsämtern (Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt) und anderen Leistungserbringern (z. B. Schulung, Schuldenmanagement, Lebensstil-Beratung).

### 3.3.2 ...aber auch zahlreiche Unterschiede zwischen den Ländern

Neue Strukturen der Zusammenarbeit können sich im Umfang unterscheiden: Einige Reformen erfordern nur eine Neuzuteilung einer oder mehrerer Aufgaben, während andere eine Reorganisation verschiedener Aktivitäten wie etwa der Abklärung (z. B. des Betreuungsbedarfs, der Erwerbsfähigkeit oder der Arbeitskompetenzen), der Entwicklung und Umsetzung der persönlichen Pläne für Betroffene, des Monitorings usw. mit sich bringen.

Schweden ist das einzige Land, das bereits vor einem Jahrzehnt die *«finanzielle Koordination»* ausdrücklich als politische Massnahme der Eingliederung in den Arbeitsmarkt eingeführt hat. Die Zielgruppe sind Einzelpersonen (aller Altersgruppen) mit Mehrfachproblematik oder besonderen Bedürfnissen (z. B. somatische, psychische, soziale, berufliche Schwierigkeiten). Sie benötigen aufeinander abgestimmte Dienstleistungen von zwei oder mehr Organisationen, die alle (finanziell und personell) an der Koordinationsstelle beteiligt sind. Diese lokal oder regional tätige Stelle umfasst Fachpersonen aus der Sozialversicherungsanstalt, dem staatlichen Arbeitsamt, Gemeinden und Provinzverwaltungen. Die finanzielle Koordination dient den folgenden Zwecken:

- a. Erwerbsfähigkeit der betroffenen Person erreichen oder verbessern
- b. Unnötige Teufelskreise oder Graubereiche zwischen Behörden vermeiden
- c. Gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen Behörden entwickeln
- d. Ressourcen im Gesamtsystem effizienter nutzen

2015 gab es 80 solche Koordinationsstellen in 241 schwedischen Gemeinden.

In einigen Ländern sind auch der *lokale Kontext und die Zivilgesellschaft* von grosser Bedeutung. Erfahrungen aus Schweden zeigen, dass es in Gemeinden, in denen nicht-staatliche Organisationen (wie Sportclubs, Kirchen oder ehrenamtliche Vereine) existieren, für Betroffene viele Möglichkeiten zur Beteiligung an Aktivitäten gibt. In ländlichen Gegenden bieten sich oft weniger Gelegenheiten, sich aktiv zu betätigen und an Kursen, Schulungen oder sonstigen Tätigkeiten teilzunehmen. In Schweden zeigte sich zudem, dass ein guter Zugang zu Praktika bei Arbeitgebern (im privaten und öffentlichen Sektor) die Auswahlmöglichkeiten für die Betroffenen erweitert.

Im Vereinigten Königreich sind nicht die Organe der Sozialversicherung die wichtigsten Akteure der Reform, sondern die Regierung und diverse grosse und kleine *private Leistungserbringer*. Letztere werden von der Regierung mit Koordinationsaufgaben und der Erbringung von Dienstleistungen für Menschen mit Behinderung beauftragt (z. B. Abklärungen, Unterstützung bei der Stellensuche und am Arbeitsplatz). Zu den organisatorischen Grundsätzen dieser Art der Umsetzung zählen die wichtige Rolle der «Hauptleistungserbringer» (grosse private Organisationen), minimale Vorschriften bezüglich der Art und Weise, wie die Leistungen erbracht werden, sowie umfassende oder langfristige Verträge. Die Kooperation und Koordination wurde im Vereinigten Königreich allerdings durch Konflikte und umstrittene Entwicklungen beeinträchtigt, so etwa die Schliessung von geschützten Werkstätten (Remploy) und die Entlassung von 1700 Beschäftigten.

Eine wichtige Einschränkung bei der Evaluation der Umsetzung von Reformen sind (unvorhergesehene) «*zwischenzeitliche Entwicklungen*». So hatte in den Niederlanden die 2012 durchgeführte Restrukturierung der Verwaltung von Arbeitsämtern und Sozialversicherungsanstalten (UWV) eine strukturelle negative Auswirkung auf die Kooperation zwischen Sozialversicherungen und Gemeinden. Die Zahl der Sozialversicherungsämter wurde von 98 auf 30 reduziert. Ausserdem gab es einen Wandel von einer integrierten hin zu einer ergänzenden Leistungserbringung sowie eine rasche Umstellung auf ein elektronisches System («E-Desk»). Probleme mit der Digitalisierung und IT-Systemen belasteten die Zusammenarbeit zwischen Stakeholdern und die Erbringung der Dienstleistungen für die Anspruchsberechtigten (ihre Zufriedenheit verschlechterte sich zwischen 2010 und 2013 erheblich).

Letztlich betrifft eine oft erwähnte Schwäche der Reformen die *Rolle und Bedürfnisse der Arbeitgeber*. Bei der Gestaltung neuer Programme wird der (potenzielle) Arbeitgeber oft nicht ausreichend berücksichtigt oder seine Rolle nur schwach ausgestaltet. Dies war beispielsweise in Österreich der Fall. Eine OECD-Studie wies ebenfalls auf diese Schwäche hin, wobei auch andere Länder von diesem Problem betroffen sind: Neue (bildungs- und arbeitsbezogene) Dienstleistungen für junge Menschen scheinen immer noch eher «angebotsorientiert» zu sein, statt dass sie sich an der Nachfrage (des Arbeitsmarktes) ausrichten würden.

In den Niederlanden wurde Arbeitgebern (und ihren Organisationen) hingegen eine strukturelle Rolle in der Beschäftigung von (jungen) Menschen mit Behinderung übertragen. Sozialversicherungsanstalt, Sozialpartner und die Arbeitsstiftung (STAR) setzten auf Kollektivverträge zwischen Arbeitgeberorganisationen und Gewerkschaften, um Arbeitgeber vermehrt zur Einstellung von jungen Menschen mit Behinderung zu bewegen. Der Anteil aller Kollektivverträge, die besondere Programme zur Beschäftigung dieser Personengruppe umfassen, stieg von 19 Prozent im Jahr 2010 auf 46 Prozent im Jahr 2014.





## 4 Reformen: Auswirkungen, Erkenntnisse und Weiterentwicklungen

### 4.1 Einleitung

In diesem Kapitel werden die Erkenntnisse aus den Länderberichten zu den Auswirkungen der Reformen sowohl auf die Rentenabhängigkeit als auch die Beteiligung am Arbeitsmarkt und die soziale Integration zusammengefasst. Es enthält zudem einen Überblick über die Erkenntnisse zu den Ergebnissen und zur Umsetzung. Die politischen Entwicklungen gehen nach der Einführung einer Reform oder der Evaluation der Ergebnisse in den meisten Ländern weiter. Deshalb werden auch neuere Entwicklungen im Zusammenhang mit unserem Thema kurz skizziert.

### 4.2 Auswirkungen

Die in den Länderberichten enthaltenen Informationen zu den Auswirkungen der Reformen und Programme (Inanspruchnahme, Beschäftigung, Leistungsabhängigkeit und Umsetzung) variieren stark. Dies hängt nicht nur mit der (sehr) kurzen zeitlichen Distanz zur Lancierung einiger Reformen zusammen, was empirisch gestützte Aussagen erschwert. Die Länder unterscheiden sich auch bezüglich der Forschungsanstrengungen und des (statistischen) Monitorings der praktischen Umsetzung und der Ergebnisse der neu eingeführten Programme. Zunächst listen wir die wichtigsten Ergebnisse nach Ländern auf. Genauere Angaben finden sich in den Länderberichten.

#### *Dänemark:*

- Die Statistik weist deutlich weniger Eintritte in die Invalidenversicherung nach der Einführung der Reform aus.
- Die ersten Jahre nach der Umsetzung wurde eine geringe Inanspruchnahme des Förderprogramms verzeichnet (Ausnahme: Übertritt in Flexjobs).
- Erste Zahlen zeigen, dass nach Abschluss des neuen Programms (Ressourcenprozess) nur 2 Prozent der Teilnehmenden eine neue Stelle im offenen Arbeitsmarkt gefunden hatten. 14 Prozent hatten einen Flexjob und rund die Hälfte bezog Invalidenrenten.
- Das neue Programm ermöglicht mehr massgeschneiderte Unterstützung.
- Der Beginn der Umsetzung erwies sich als übereilt. Die Vorbereitungen und die Startphase erforderten mehr Zeit.
- Im Programmbetrieb gab es Wartezeiten, die auf ein schlechtes Funktionieren oder langsamen Aufbau von Rehabilitationsteams zurückzuführen waren.
- Die Case Worker stellten fest, dass das Bewusstsein der Betroffenen für ihre eigene aktive Rolle hinsichtlich der Aktivierung und Beschäftigung verbessert werden muss.

**Schweden:**

- Nach der Reform verminderte sich der Zustrom zu den Invalidenrenten.
- Die Beteiligung am neu eingeführten Programm Aktivitätserersatz (*Aktivitetserättning*) nahm kontinuierlich zu. Zudem wurde bei aktuell 90 Prozent der Teilnehmenden eine psychische Erkrankung diagnostiziert. Diese Veränderung im Krankheitsmuster war unerwartet.
- Nur ein kleiner Anteil der Teilnehmenden tritt in den Arbeitsmarkt ein. Viele bleiben im staatlichen Krankenversicherungssystem und sind weiterhin von Sozialleistungen abhängig (z. B. Sozialhilfe).
- Nach einigen Jahren beeinträchtigten Faktoren wie Zeitdruck und Budgetbeschränkungen die Durchführung der Programme. Folglich verschob sich der Fokus des Personals von Aktivierungsmassnahmen auf die Gewährung von Renten.
- Bei den massgeschneiderten Programmen waren grosse Unterschiede zu beobachten: Sie variieren bezüglich Inhalt und lokal verfügbarem Fachwissen (als Aktivität wird aktuell offenbar am häufigsten Sport angeboten...).

**Österreich:**

- Nach der Reform verringerte sich die Zahl der Rentenanträge und der Eintritte in die Invalidenversicherung markant (Rückgang um 70 %).
- Unter 30-jährige Anspruchsberechtigte erhielten meist eine vorübergehende Invaliditätspension und wurden später erneut abgeklärt (vor der Reform). Nach der Neuabklärung wurde die Pension in den meisten Fällen nicht mehr zugesprochen (nach der Reform).
- Der höhere Zustrom von jungen Menschen in die Rehabilitation konzentriert sich mehrheitlich auf die medizinische Rehabilitation und nicht auf die beruflichen Wiedereingliederungsprogramme, da der erforderliche Berufsschutz<sup>1</sup> in den meisten Fällen fehlt.
- Die immer noch nicht optimale Zusammenarbeit zwischen diversen Behörden erschwert die Dienstleistungserbringung.
- Prävention: Sehr geringe Inanspruchnahme der individuellen Beratung von krankgemeldeten Personen (angeboten von Sozialversicherungseinrichtungen und vom AMS). Diese Beratung scheint günstig für Menschen mit psychischen Erkrankungen und die (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt.
- Erstmalige Unterstützung muss weitergeführt werden: Weniger als 50 Prozent absolvieren nach der ersten individuellen Beratung ein vollständiges Case Management.
- Die Betriebsberatung zeigt Wirkung: Sie kann die Haltung der Arbeitgeber (z. B. zur Gesundheitsförderung, Einstellung von Menschen mit Behinderung) verändern.

---

<sup>1</sup> Berufsschutz: Bei der Invaliditätsabklärung wird auch geprüft, ob die gesundheitlich beeinträchtigte versicherte Person allenfalls andere, insbesondere leichtere „Verweisungstätigkeiten“ verrichten kann. Bei qualifizierten Arbeitnehmern ist die Zahl der Verweisungstätigkeiten deutlich geringer. Sie können nur auf Tätigkeiten innerhalb ihrer Berufsgruppe verwiesen werden.

- Eine Evaluation der integrativen Berufsausbildung für junge Menschen mit Behinderung ergibt, dass zwei Drittel derjenigen, die ihre Berufsausbildung abgeschlossen haben, danach (vom gleichen Arbeitgeber) angestellt wurden.

#### *Vereinigtes Königreich:*

- Zögerliche Inanspruchnahme des neuen Programms (für junge Erwerbstätige), wobei die Tendenz steigend ist.
- Betroffene schätzen (1) die massgeschneiderte Unterstützung am Arbeitsplatz und (2) die Berücksichtigung ihrer eigenen Meinungen und Bedürfnisse.
- Trotz fehlender aussagekräftiger Daten zählt sich das Programm nach Ansicht der Behindertenorganisationen aus.
- Die Haltung von Arbeitgebern gegenüber der Einstellung von Menschen mit Behinderung, ihrer Produktivität oder krankheitsbedingten Absenzen hat sich positiv verändert.
- In Bezug auf das Programm für arbeitslose Personen wurden positive Resultate bei der Stellenvermittlung verzeichnet (57 % der ersten Teilnehmenden fanden eine Arbeitsstelle).
- In der Administration und bei der Durchführung des Programms zeigten sich mehrere Schwächen (z. B. Qualität und Quantität der erledigten Arbeit, Abklärung der Invalidität).
- Öffentliche Konflikte und das Verhalten der Medien (z. B. gegenüber Menschen mit Behinderung, Missbrauch von Leistungen, Suizide von psychisch Erkrankten) beeinflussen die Diskussionen über Reformen.

#### *Niederlande:*

- Deutlicher Rückgang der rentenabhängigen Personen. Markant höhere Ablehnung von Anträgen und 40 Prozent weniger Neueintritte (in den ersten Jahren).
- Nur ein kleiner Anteil der Personen, die das Unterprogramm Beschäftigung besuchten, fand eine Stelle im offenen Arbeitsmarkt.
- Das Unterprogramm Beschäftigung brachte jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen nur wenig Unterstützung. Einer der Gründe dafür ist, dass die interdisziplinäre, am IPS-Modell (*Individual Placement and Support*) orientierte Unterstützung vergleichsweise teuer ist.
- Bei der praktischen Durchführung des Programms wurden schlechte Ergebnisse erzielt, einschliesslich fehlender Übereinstimmung zwischen den drei Unterprogrammen Leistungen, Beschäftigung und Bildung.
- Bei der Auswahl der Teilnehmenden für das Unterprogramm Beschäftigung wurde «Rosinenpickerei» betrieben.
- Stellenangebote des Administrators für Teilnehmende (als Teil des Unterprogramms Beschäftigung) stimmten oft nicht mit den Bedürfnissen der Arbeitgeber überein.
- Arbeitgeber äussern sich positiv zu Lohnbeihilfen (zum Ausgleich der geringeren Produktivität).
- Die Reform (und Reorganisation der Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten) war mit einer erheblichen administrativen Belastung der für die Verwaltung zuständigen Organe verbunden (integrierte Sozialversicherungsanstalt / Arbeitsamt).

## 4.3 Einige erste Erkenntnisse

### 4.3.1 Reformen: Rentenabhängigkeit und Beschäftigung

Unabhängig von den beschriebenen Programmen und den unterschiedlichen empirischen Belegen, die in den Länderberichten aufgezeigt wurden, lassen sich einige allgemeine Erkenntnisse formulieren.

Zu den Ergebnissen der Reformen können vier Schlussfolgerungen gezogen werden:

- a. Eine Veränderung der Anspruchskriterien für den Bezug von Invalidenrenten vermindert in der Regel die Zahl der Anträge und den Zustrom von jungen Versicherten oder jungen Klientinnen und Klienten (Österreich, Dänemark, Schweden).
- b. Während Aktivierungsprogrammen ist weiterhin eine Einkommensunterstützung notwendig. Mehrere Länder (z. B. Schweden, Dänemark, Niederlande) geben an, dass die Abhängigkeit von diesen Leistungen lange bestehen bleiben kann (die Beteiligung an den Programmen kann in gewissen Ländern bis zu 3 oder 5 Jahre dauern).
- c. Die beruflichen Eingliederungsquoten aus diesen spezifischen Programmen sind unterschiedlich und hängen von der Zielgruppe ab. Der Anteil der Personen, die eine Erwerbstätigkeit aufnimmt oder an ihren ehemaligen Arbeitsplatz zurückkehrt, ist bei mehreren Reformen (sehr) tief. Hingegen wurden in einzelnen Ländern (Österreich, Vereinigtes Königreich) deutlich bessere Stellenvermittlungsquoten verzeichnet. Diese betrafen Programme für arbeitslose junge Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen.
- d. Allerdings gilt für alle Länder, dass nach Abschluss des Programms ein hoher Anteil der jungen Menschen mit Behinderung weiterhin von irgendeiner Art Leistung abhängig bleibt, sei dies von Krankentaggeld (Schweden) oder Sozialhilfe (Österreich).

### 4.3.2 Einige grundlegende Merkmale der Reformen

Reformen betreffen nicht nur ein bestimmtes System, sondern bedingen immer eine Änderung mehrerer Programme oder die Einführung verschiedener Massnahmen *zur gleichen Zeit*. Dies erschwert nicht nur die Evaluation des Erfolgs der einzelnen Elemente, sondern führt auch zu Herausforderungen für die involvierten Stakeholder, die den neuen Ansatz umsetzen und ausführen müssen.

Ausserdem erfolgen Reformen nicht isoliert: Der *institutionelle Kontext oder führende Paradigmen* in den Regierungspolitiken können sich gleichzeitig verändern. Dies zeigt sich besonders im Vereinigten Königreich (z. B. Sparmassnahmen, Abschaffung von geschützten Werkstätten) und in den Niederlanden (Dezentralisierung und Delegation der Aktivierungsaufgaben an die Gemeinden bei gleichzeitigen Budgetkürzungen).

*Neue organisatorische Strukturen oder Organisationen* brauchen Zeit, um zu lernen, im neuen Kontext zu arbeiten. Alle in dieser Studie untersuchten Länderberichte nannten

verschiedene Probleme, die bei der Umsetzung von Aktivierungsprogrammen für (junge) Menschen mit Behinderung bewältigt werden müssen. Häufig erwähnt werden:

- a. Aufgabenverteilung, Kooperation und Koordination (einschliesslich finanzielle Bedingungen). Um die Effizienz zu steigern und unnötige Teufelskreise oder Graubereiche zwischen Behörden zu verhindern, muss eine gewisse Koordination Priorität haben. Nur in Schweden wurde dieser Punkt von Anfang an berücksichtigt («finanzielle Koordination»).
- b. Koordinationsprobleme können auch bei der Bildung von (neuen) multidisziplinären Teams auftauchen, die ihre Dienstleistungen zusammenführen und Prioritäten setzen sollten. So kann es sein, dass Akteure aus den Bereichen Sozialversicherung, Arbeitsamt, Gesundheitswesen oder Gemeinden an ihren eigenen Verantwortungsbereichen oder «traditionellen» Prioritäten bezüglich der Klientengruppen festhalten wollen.
- c. Verfügbarkeit und Fachwissen von Leistungserbringern beeinflussen die Durchführung der Programme: In einigen Ländern können regionale Unterschiede im Hinblick auf die verfügbaren Fachpersonen und Einrichtungen die Reform verlangsamen oder zu Wartelisten führen.
- d. In gewissen Ländern finden medizinische Rehabilitationsmassnahmen bei individuellen Klientenprogrammen aufgrund einer langen Tradition mehr Beachtung als die berufliche Eingliederung und Schulung oder die Stellensuche.
- e. Schliesslich müssen in den meisten Ländern bei der Umsetzung von Reformen «zwischenzeitlich eintretende Faktoren und Umstände» berücksichtigt werden. Gleichzeitige Reorganisationen in verwandten Aufgabenbereichen, Mittelkürzungen, öffentliche Konflikte oder auch das Verhalten der Medien können die beteiligten Stakeholder bei der Gestaltung der Reform ernsthaft einschränken.

Der *lokale Kontext* ist ebenfalls sehr wichtig. Dies gilt nicht nur, wie bereits erwähnt, im Hinblick auf die unterstützenden Fachpersonen und verfügbaren Dienstleistungen, sondern auch bezüglich der Frage, inwieweit der lokale Arbeitsmarkt bereit ist, Menschen mit Behinderung einzustellen. Die OECD hat auch in Ländern, die in dieser Studie nicht untersucht wurden, festgestellt, dass die Rolle und der Einbezug der Arbeitgeber in vielen Aktivierungsprogrammen unterentwickelt sind. Mit Ausnahme eines Programms in Österreich (Fit2Work) fehlt es bei vielen Programmen an einem frühen Einbezug der Arbeitgeber und an betriebsinterner Unterstützung für Arbeitgeber und Supervisoren. Andererseits bieten viele Programme finanzielle Anreize für Arbeitgeber, Menschen mit Behinderung einzustellen (z. B. Subventionen für Löhne und zur Anpassung des Arbeitsplatzes). Gewisse Länderberichte deuten aber darauf hin:

- a. dass finanzielle Anreize (z. B. Lohnsubventionen) die Entscheidung der Arbeitgeber, Menschen mit Behinderung einzustellen, offenbar nicht beeinflussen;
- b. dass mehrere Programme (z. B. solche, die sich auf Praktika konzentrieren) die Haltung der Arbeitgeber zur Einstellung von Menschen mit Behinderung positiv beeinflussen.

## 4.4 Ausblick

In einigen Ländern sind die hier beschriebenen Reformen noch «zu frisch» für eine Diskussion über einen allfälligen Bedarf an substanziellen Anpassungen (z. B. Österreich, Dänemark). Die Behörden sind sich zudem bewusst, dass die Umsetzung Zeit erfordert. In andern Ländern hingegen wurden die untersuchten Reformen bereits revidiert, angepasst oder politisch überprüft. Die Länderberichte enthalten ein Kapitel zu solchen Entwicklungen.

Bei der Zusammenfassung der laufenden Entwicklungen im Bereich der Aktivierung von jungen Menschen mit Gesundheitsproblemen lassen sich einige Entwicklungen feststellen.

*Erstens* kann wie bereits erwähnt (vgl. Kapitel 4.3.2) ein Wechsel der führenden politischen Ideologien oder der Regierungszusammensetzung die politische Agenda verändern. Die dann geförderten Alternativen sind oft geprägt durch die Ansichten über die Aufgaben der Regierung, die individuelle Verantwortung und/oder Befähigung sowie die Rolle von finanziellen Anreizen. Sowohl im Bericht aus dem Vereinigten Königreich als auch in jenem aus den Niederlanden wurde erwähnt, dass solche gesellschaftlichen Entwicklungen die Diskussionen über weitere Reformen beeinflussen.

*Zweitens* werden viele Programme aufgrund ihrer aktuell geringen Erfolge (hinsichtlich der Beschäftigungsquoten) oder mit Rücksicht auf laufende «Ersatzprozesse» (Überweisung von einem Leistungsprogramm in ein anderes) angepasst. Aus mehreren Ländern wurde berichtet, dass Politikerinnen und Politiker und andere Stakeholder solche Anpassungen verlangen (z. B. Schweden). Dazu gehören oft Reformpakete, die einen breiteren Kontext betreffen (z. B. Beschäftigungspolitik oder allgemeine Politik der sozialen Integration oder weitere Reformen der Sozialversicherungspolitik).

*Drittens* werden auch einige Programme oder Programmelemente, die in unserer Studie erwähnt werden, zukünftig ausgedehnt (wie aus Österreich und dem Vereinigten Königreich berichtet wurde). Da in mehreren Ländern junge Menschen mit psychischen Erkrankungen mehr Aufmerksamkeit erfordern, werden «neue» unterstützende Modelle mit erwiesenermaßen guten Resultaten in Aktivierungsprogrammen breiter genutzt. Ein Beispiel aus dem Vereinigten Königreich ist der IAPT-Ansatz. Zudem erwähnen einige Länderberichte eine Erhöhung der nationalen Budgets für die psychische Gesundheit (z. B. Schweden). In Österreich wird die Präventionen durch eine vermehrte (beratende) Unterstützung für junge erwerbstätige Personen verstärkt, die arbeitsunfähig (krankgemeldet) sind.

*Schliesslich* geben einige Länderberichte Auskunft über laufende regionale Versuche und Pilotprojekte zur Verbesserung der Angebote für junge Menschen mit Behinderung. Ein Beispiel dafür sind Modelle für Jugendliche im Schulalter, mit denen die Stellensuche verbessert werden soll (z. B. Österreich). Sie können sich aber auch auf neue Formen der interdisziplinären Kooperation konzentrieren, sei dies im Rahmen von «Rehabilitationsteams» (Österreich) oder «Koordinationsstellen» (z. B. Schweden).

## Fact Sheets

Die nachfolgenden Seiten enthalten Fact Sheets, die die wichtigsten Fakten und Ergebnisse zu den in den Länderberichten untersuchten Reformen zusammenfassen. Die Fact Sheets der einzelnen Länder sind unterschiedlich umfangreich. Einige umfassen Programme für junge Menschen mit Gesundheitsproblemen, die erwerbstätig oder arbeitslos sind. Andere wiederum unterscheiden zwischen diesen beiden Klientenkategorien: Sie beschreiben Massnahmen, die sich entweder nur an Arbeitslose (z. B. Niederlande) oder nur an Erwerbstätige mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (einschliesslich junge Menschen) richten. Detaillierte Informationen sind in den entsprechenden Länderberichten zu finden.

## 4.5 Fact Sheet Dänemark

### Einleitung: Ausgewählte Kontextfaktoren zu Dänemark

- Einwohnerzahl: 5,6 Mio.
- Erwerbstätigenquote (Altersgruppe 20–64, 2015): 76,5 %
- Arbeitslosenquote (August 2016): 6,2 %
- Arbeitslosenquote (< 25 Jahre, August 2016): 10,8 %
- Sozialsysteme für junge Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Behinderung:
  - (1) Invaliditätsleistungen und (2) «Ressourcenprozess»
- Abdeckung: Einkommensersatz
- Anzahl Begünstigte: 2013 erhielten 239 817 Personen Invalidenrenten; nach der Reform sank diese Zahl 2015 auf 215 590 (Quelle: Dänisches Statistikamt).
- Verantwortliche Akteure: Die Gemeinden behandeln und gewähren die Invalidenrenten, aber die monatliche Zahlung erfolgt über Udbetaling Danmark (staatliche Behörde).
- Finanzierung der Leistungen und Angebote: Invaliditäts- und andere Sozialleistungen werden in Dänemark mit Steuermitteln finanziert. Die Regierung erstattet den Gemeinden die Kosten zurück, wenn eine Person aus der Invalidenversicherung austritt und eine Stelle findet (weitere Informationen über den Erstattungsmechanismus und die Erstattungsquoten vgl. Länderbericht Dänemark).

### 1. Reformen: Schlüsseldaten

Name: Reform des Invaliditätsleistungssystem und Reform des Flexjob-Modells

Ziel: Einschränkung der Invalidenrenten für unter 40-Jährige (mit oder ohne Beschäftigung) und Ersatz durch ein Programm, in dem die Betroffenen multidisziplinäre Unterstützung erhalten. Ziel: Besserer Einbezug von Gesundheit, Beschäftigung und sozialen Diensten für Menschen mit Mehrfachproblematik, um sie wieder in den Arbeitsmarkt oder die Ausbildung einzugliedern und zu verhindern, dass Invalidenrenten in Anspruch genommen werden.

Einführung: 1. Januar 2013



## 2. Hintergrund

- Eine umfassende frühere Reform (2003) zur Verminderung der Eintritte in die Invalidenversicherung und zur Unterstützung von Teilerwerbsunfähigen mit einer Flexjob-Beihilfe war nicht erfolgreich: Der Zustrom zur Invalidenversicherung blieb hoch und das Flexjob-Modell führte dazu, dass reguläre Arbeitnehmende in subventionierte Stellen abwanderten.
- Bei der Planung neuer Reformen standen zwei Tatsachen im Zentrum: Zu viele junge Menschen und zu viele Menschen mit psychischen Erkrankungen sind erwerbslos.
- Der Zugang zum Flexjob-Modell sollte für Menschen mit schwerwiegenden Gesundheitsproblemen erleichtert und für diejenigen unter ihnen, die weniger Stunden arbeiten können, attraktiver gemacht werden.
- Das Flexjob-Modell bietet subventionierte Beschäftigung. Wenn die Gemeinde eine Person mit einem Flexjob als 50 Prozent erwerbsfähig einstuft und diese Person 20 Stunden pro Woche arbeitet, bezahlt der Arbeitgeber 10 Stunden. Für die restlichen 10 Stunden werden Leistungen ausbezahlt.

## 3. Inhalt (Massnahmen, Einrichtungen usw.)

Die Reform konzentriert sich nicht nur auf *junge* Menschen, sondern auf 18- bis 40-Jährige. Bestandteile der Reform:

- a. Sogenannter «Ressourcenprozess»: Unter 40-Jährige können keine Invaliditätsleistung erhalten (ausser wenn sie unter einer schwerwiegenden Behinderung leiden). Stattdessen werden sie in ein Förderprogramm eingebunden, das in vielen Bereichen Unterstützung bietet.
- b. Unterstützung für Personen, die in einem Flexjob arbeiten (temporäre subventionierte Stellen, maximal 5 Jahre). Nach 5 Jahren Flexjob wird geprüft, ob sich die Erwerbsfähigkeit verändert hat (Verbesserung oder Verschlechterung). Wenn eine weitere Stellenvermittlung nicht erfolgreich ist, erhält die betroffene Person Anspruch auf Arbeitslosenleistungen.
- c. Unter 30-Jährige ohne Ausbildung erhalten eine Ausbildungsbeihilfe.

## 4. Umsetzung

- Junge Klientinnen und Klienten (oft mit Mehrfachproblematik) müssen ihre Erwerbsfähigkeit erst durch ein multidisziplinäres «Rehabilitationsteam», das im kommunalen System arbeitet, abklären lassen.
- Das Team umfasst Case Worker (aus Sozial-, Arbeits- und Bildungsamt) und einen Koordinator respektive eine Koordinatorin für das Gesundheitssystem.
- Danach kann ein Arbeitsvermittlungszentrum eine Invalidenrente (bei schwerwiegender Behinderung), einen Flexjob oder einen Rehabilitationsplan zuerkennen.

- Der Rehabilitationsplan kann Bildungs-, Beschäftigungs- und Gesundheitsmassnahmen sowie andere Arten der Unterstützung umfassen (z. B. Physiotherapie, Sitzungen mit Psychologinnen und Psychologen). Die betroffene Person sollte in der Gestaltung und Umsetzung des Rehabilitationsplans eine aktive Rolle übernehmen.
- Zusätzlich zu diesen Massnahmen und Einrichtungen können Betroffene Krankentaggeld (falls anspruchsberechtigt) oder eine monatliche Leistung der Sozialhilfe erhalten. Für den Bezug dieser Leistungen gibt es keine Altersbeschränkung.
- Unter 30-Jährige ohne Ausbildung können eine Ausbildungsbeihilfe erhalten (die Regierung wollte starke Anreize für jungen Menschen setzen, eine Ausbildung zu beginnen).
- Diese Unterstützung dauert höchstens 5 Jahre. Das gilt sowohl für den «Ressourcenprozess» als auch das Flexjob-Modell, bei dem die Erwerbsfähigkeit nach 5 Jahren erneut abgeklärt wird.
- Ausserdem sieht die Reform eine bessere Koordination von Gesundheits-, Beschäftigungs- und Sozialleistungen vor. Die Art der Koordination unterscheidet sich je nach Gemeinde (z. B. werden verschiedene Teams eingesetzt oder ein koordinierender Case Worker ernannt).

## 5. Auswirkungen

### Ergebnisse:

- Ursprünglich war geplant, im ersten Jahr der Umsetzung (2013) 14 500 Personen in das Förderprogramm aufzunehmen. Der Start verlief jedoch harzig und letztlich wurden 2013 nur 2298 Ressourcenprozesse eingeleitet. 2014 wurden 9929 Personen in einen solchen Prozess aufgenommen.
- Seit der Einführung der Reform hat sich die Zahl der Personen mit einem Flexjob von rund 54 000 im vierten Quartal 2012 auf 58 000 im dritten Quartal 2014 erhöht.
- Gemäss statistischen Angaben ist die Anzahl der Personen, die neu Invalidenrenten erhalten, seit 2009 zurückgegangen. In der Periode 2009 bis 2012 verringerte sie sich von 17 102 auf 14 621; nach der Einführung der Reform sank sie noch weiter auf 5743.
- 2015 wurden 609 Ressourcenprozesse abgeschlossen und 14 Beteiligte hatten zurück in den Arbeitsmarkt gefunden. 314 erhielten eine Invalidenrente zugesprochen und 84 wurden in das Flexjob-Modell aufgenommen. Eine Ausbildung wurde von niemandem begonnen. Sie fallen nicht aus dem System, müssen aber im Ressourcenprozess einen neuen Anlauf nehmen.

**6. Erkenntnisse**

- Politikerinnen und Politiker wurden kritisiert, weil die 19 000 durchgeführten Ressourcenprozesse – die 630 Millionen DKK kosteten – nicht zu mehr Wiedereingliederungen in den regulären Arbeitsmarkt führten. Letztlich fanden nur gerade 130 aller Beteiligten eine nicht-subventionierte Stelle.
- Arbeitsvermittlungszentren und Gemeinden sehen alle ein grosses Potenzial in der Reform und den neuen Massnahmen. Sie finden es aber immer noch schwierig, sich im neuen Umfeld zurechtzufinden, und müssen noch weiter lernen, wie das Fachwissen der Rehabilitationsteams optimal geschaffen und genutzt werden kann.
- Alle Evaluationsberichte zeigen, dass die Umsetzung mehr Zeit erfordert hat als erwartet und dass die Gemeinden noch ungeübt sind im Umgang mit dem neuen Beschäftigungsparadigma.
- Weitere Erkenntnisse aus der Umsetzung:
  - Aufgrund der Funktionsweise der Rehabilitationsteams kommt es zu Wartezeiten.
  - Die Koordination in den Rehabilitationsteams (mit Fachpersonen aus mehreren Fachbereichen/Organisationen) ist aufgrund unterschiedlicher Prioritäten, Engagements usw. anspruchsvoll.
  - Das neue Programm bietet gute Möglichkeiten für massgeschneiderte Unterstützung.
  - Es braucht mehr Informationen und ein stärkeres Bewusstsein der Klientinnen und Klienten bezüglich ihrer eigenen Rolle.

## 4.6 Fact Sheet Schweden

### Einleitung: ausgewählte Kontextfaktoren zu Schweden

- Einwohnerzahl: 9,7 Mio.
- Erwerbstätigenquote (Altersgruppe 20–64, 2015): 80,5 %
- Arbeitslosenquote (August 2016): 7,0 %
- Arbeitslosenquote (< 25 Jahre, August 2016): 20,4 %
- Sozialsysteme für junge Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderung: Für diese heterogene Kategorie gibt es eine breite Palette verschiedener Systeme. Der Aktivitätsausgleich (AA) ist grundlegend, weil er Menschen, die aus medizinischen Gründen langfristig arbeitsunfähig sind, finanzielle Stabilität bietet. Ein weiteres wichtiges System ist durch das LSS geregelt: Dieses Gesetz legt verschiedene Hilfs- und Dienstleistungen fest und wird von den Gemeinden umgesetzt.
- Abdeckung: Der Einkommensersatz ist im schwedischen Sozialversicherungssystem die Regel. Der AA besteht aus zwei Teilen: einem einkommensbezogenen Ausgleich und einem garantierten Mindestausgleich für alle, die kein versichertes Einkommen haben.
- Anzahl Begünstigte: Die verschiedenen Komponenten des schwedischen Sozialversicherungssystems sind entweder wohnsitzgebunden oder arbeitsbezogen. Da der AA zwei Ebenen des Ausgleichs umfasst, gibt es einen arbeitsbezogenen und einen wohnsitzgebundenen Teil. Alle 19- bis 29-Jährigen, die in Schweden leben, sind durch diese Versicherung abgedeckt (rund 1,2 Mio.).
- Verantwortliche Akteure: Die schwedische Sozialversicherungsagentur (Försäkringskassan) ist für den AA zuständig.
- Finanzierung der Leistungen und Angebote: Die schwedische Sozialversicherung wird durch Sozialabgaben und Steuern finanziert. 2014 belief sich der Ertrag aus den Sozialabgaben auf 117 Milliarden SEK und derjenige aus Steuern auf 91 Milliarden SEK.

### 1. Reformen: Schlüsseldaten

Name: Aktivitätsersatz (AA)

Ziel: Junge Menschen zwischen 19 und 29 Jahren (mit oder ohne Beschäftigung), deren Erwerbsfähigkeit aufgrund einer langfristigen medizinischen Ursache um mindestens 25 Prozent vermindert ist.

Einführung: 1. Januar 2003, weiterhin in Kraft

## 2. Hintergrund

- Sorgen bereitet hier nicht eine Zunahme der Anzahl junger Menschen, die Invalidenrenten beanspruchen, sondern die (stabile!) Anzahl der 16- bis 29-jährigen Leistungsbezügerinnen und -bezüger. Ausserdem müssen sinnvolle Betätigungen für Schwerbehinderte zur Verfügung gestellt werden.
- Es braucht deshalb ein separates System für junge Menschen, die aus medizinischen Gründen erwerbsunfähig sind: Der AA ersetzt die Invalidenversicherung, um 19- bis 29-Jährige gegen finanzielle Armut abzusichern.
- Das Mindestalter für eine Anspruchsberechtigung ist 19 Jahre («verlängerte Adoleszenz»), da in Schweden praktisch niemand im Alter von 16 Jahren bereits erwerbstätig ist. Man geht davon aus, dass 16- bis 19-Jährige im Bildungssystem sind.
- Hauptziele: finanzielle Sicherheit bieten (wenn Krankheit oder Verletzung eine Beschäftigung verunmöglichen), die verbleibende Erwerbsfähigkeit stärken und durch Aktivitäten ausser Haus die soziale Teilhabe fördern.

## 3. Inhalt (Massnahmen, Einrichtungen usw.)

- Zwei Typen:
  - a. «Einkommensbasierter AA»: Altersabhängige Leistungen (von 840 Euro im Alter von 19 Jahren bis 940 Euro [vor Steuern] für Personen, die von der schwedischen Sozialversicherungsagentur abgeklärt wurden und aus medizinischen Gründen langfristig erwerbsunfähig sind). Dieser Typ schliesst das Anrecht auf Massnahmen zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit und die Teilnahme an Aktivitäten mit ein.
  - b. «AA für verlängerte Schulbildung»: Leistungen für Personen, die mehr Zeit für den Schulabschluss benötigen. Sie erhalten diese Leistungen automatisch, ohne ihre Erwerbsunfähigkeit belegen zu müssen.
- Dauerhafte Invalidenrenten sind für junge Menschen also nicht mehr möglich.
- AA wird für maximal 3 Jahre gewährt, wobei eine erneute Anmeldung möglich ist (bis zum Alter von 29 Jahren). Der Anspruch der AA-Bezügerinnen und -Bezüger wird regelmässig neu geprüft, spätestens jedoch nach 3 Jahren.

## 4. Umsetzung

- Für die Umsetzung des AA sind «Koordinationsstellen» zuständig, wobei vier Stakeholder zusammenarbeiten: Sozialversicherungsagentur, staatliches Arbeitsamt, Gemeinden und Provinzverwaltungen.
- Diese Koordinationsstellen sollen massgeschneiderte Unterstützung bieten: den Betroffenen helfen, ihre Erwerbsfähigkeit zu verbessern; unnötige Teufelskreise oder Graubereiche zwischen Behörden verhindern; eine gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen Behörden entwickeln; Ressourcen effizienter nutzen.

- Viele Koordinationsstellen haben «Aktivitätskoordinatoren und -koordinatorinnen» eingeführt. Ihre Funktion geht über die bürokratische Genehmigung oder Ablehnung von AA-Anträgen hinaus. Allerdings wurden die Leistungserbringung und das Leistungsmanagement später (wieder) zu ihrer Hauptaufgabe.
- Diese Stellen räumten jungen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Behinderung bewusst Priorität ein.

### **5. Auswirkungen**

- Die Zahl der AA-Bezügerinnen und -Bezüger steigt stetig. Von 2005 bis 2015 erhöhte sie sich von 16 246 auf 37 599. Jährlich kommen mehr Personen dazu als aus dem System austreten.
- Ein kleiner Anteil der Klientinnen und Klienten tritt in den Arbeitsmarkt ein. Das Ziel des AA, jungen Menschen nach einer längeren Krankheit den Einstieg in die Arbeitswelt zu erleichtern, wurde nicht erreicht.
- Bei fast 90 Prozent der AA-Bezügerinnen und -Bezüger wurden psychische Störungen diagnostiziert, während die ursprüngliche Zielgruppe (von Geburt an schwerbehinderte Menschen) nur eine kleine Minderheit ausmacht. Diese Verschiebung der Art von gesundheitlicher Beeinträchtigung war zu Beginn der Massnahme nicht vorgesehen.
- Die Zunahme der AA-Bezügerinnen und -bezüger ebenso wie die Veränderung des Krankheitsmusters könnten viele Ursachen haben: Zunahme der Schülerzahlen in den Sonderschulen; veränderter Gesundheitszustand junger Menschen; Überarbeitung der Diagnose-Handbücher und neue Gewohnheiten der Ärztinnen und Ärzte; Veränderungen im Arbeitsmarkt (Temporärarbeit, instabile Arbeitsverhältnisse) oder auch sich wandelnde gesellschaftliche Normen und Haltungen gegenüber psychischen Problemen.
- Da die Aktivitäten massgeschneidert sein sollen, können sie sehr vielfältig sein. Sport (in einem Fitnessstudio) ist wahrscheinlich am häufigsten.
- Die meisten Klientinnen und Klienten bleiben im öffentlichen Krankenversicherungssystem oder kehren nach einiger Zeit in die Sozialhilfe zurück. Nur ein sehr kleiner Anteil tritt in den Arbeitsmarkt ein: Etwa sechs von zehn Personen erhalten nach ihrem 30. Geburtstag dauerhaft Krankentaggeld.
- Da die Anspruchskriterien für Krankentaggeld verschärft wurden, gibt es bei zahlreichen Personen eine Lücke, wenn sie 30 Jahre alt werden. Sie haben dann keinen Anspruch mehr auf Krankengeld, sind aber weiterhin erwerbsunfähig.

## 6. Erkenntnisse

Einige Evaluationsstudien und andere Untersuchungen zur Umsetzung ergaben Folgendes:

- a. «Aktivitätskoordinatorinnen und -koordinatoren» wurden immer mehr zu «Personalverwalterinnen und -verwaltern». Folglich lag der Fokus weniger auf dem Aktivitätenprogramm.
- b. Weil bei der Umsetzung des Systems Zeitdruck herrschte, wurde die Leistungserbringung priorisiert, statt dass Aktivitäten zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geplant wurden. Ausserdem fehlte oft der Kontakt zwischen Koordinatorinnen und Koordinatoren und der Klientengruppe.
- c. Der örtliche Kontext ist entscheidend. Dies gilt nicht nur hinsichtlich des Angebots an unterstützenden Dienstleistungen oder Massnahmen (Verfügbarkeit von Sportclubs, Abendschulen usw.), sondern auch in Bezug darauf, wie gewillt der lokale Arbeitsmarkt ist, Menschen mit Behinderung aufzunehmen (etwa für Praktika).
- d. Aufgrund der Lücke zwischen AA und Krankengeld ist der 30. Geburtstag mit Ängsten verbunden, dies auch, weil die Anspruchskriterien für Krankengeld danach restriktiver werden.
- e. «Lock-in-Effekte» wurden beobachtet, da es viele junge AA-Bezügerinnen und -Bezüger für zu riskant halten, sich auf ein Studium oder eine Arbeit einzulassen. («Werden meine Leistungen gekürzt? Was, wenn ich es nicht schaffe, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen?»)
- f. Neue Änderungsvorschläge (des Ministeriums) zielen darauf ab, eine Kombination von Arbeit/Studium und AA zu erleichtern.

## 4.7 Fact Sheet Österreich

### Einleitung: ausgewählte Kontextfaktoren zu Österreich

- Einwohnerzahl: 8,6 Mio.
- Erwerbstätigenquote (Altersgruppe 20–64, 2015): 74,3 %
- Arbeitslosenquote (August 2016): 6,2 %
- Arbeitslosenquote (< 25 Jahre, August 2016): 10,6 %
- Sozialsysteme für junge Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Behinderung:
  - (1) Rentenversicherung (IV-Renten, Finanzierung der medizinischen Rehabilitation und Umschulung<sup>2</sup>), (2) Arbeitslosenversicherung (Durchführung der Umschulung), Krankenversicherung (Durchführung der medizinischen Rehabilitation), (3) Programm für berufliche Sekundärprävention Fit2Work, organisiert und finanziert durch den Sozialministeriumservice (SMS), (4) Unfallversicherung, (5) Arbeitsinspektion, (6) Programme für Nichterwerbstätige, meistens organisiert und finanziert durch SMS und AMS.
- Abdeckung:
  - Rentenversicherung: Einkommensersatz und Finanzierung von Rehabilitationsmassnahmen
  - AMS: Einkommensersatz, Umschulung und Aktivierungsmassnahmen
  - Krankenversicherung: Einkommensersatz, medizinische Rehabilitation und Kontrolle von krankheitsbedingten Absenzen
- Anzahl Begünstigte: Zahl der unter 30-Jährigen, die eine IV-Rente beziehen: 1302 (2014)
- Zuständige Akteure:
  - Rentenversicherung, AMS, Krankenversicherung: Bundesregierung und Sozialpartner, aber mit lokalen und regionalen Büros
  - Fit2Work: Bundesregierung, Sozialpartner und Sozialversicherungsbehörden
  - Programme für Nichterwerbstätige: in den meisten Fällen Bundesregierung und AMS

<sup>2</sup> Eine Umschulung hat für junge Menschen keine grosse Bedeutung, da für sie in den meisten Fällen kein Berufsschutz gilt und sie daher keinen Anspruch darauf haben.



- Finanzierung der Leistungen und Angebote
  - Beitragsorientiert: Invalidenrente, Rehabilitationsgeld (während der «medizinischen Rehabilitation»), Umschulungsgeld, Krankengeld, Arbeitslosengeld
  - Umschulungs- und Rehabilitationsgeld wird durch die Rentenversicherung bezahlt.
  - Krankengeld wird von der Krankenkasse bezahlt.
  - Arbeitslosengeld wird durch den AMS bezahlt.

## Junge (gesundheitlich beeinträchtigte) beschäftigte Personen

### 1. Reformen: Schlüsseldaten

Name: (1) Reform der Invaliditätspension

(2) Einführung von Fit2Work

Ziel: (1) Einführung des Grundsatzes «Reha vor Pension»

(2) Frühzeitige Prävention eines Arbeitsplatzverlustes und eines vorzeitigen Ausscheidens aus dem Arbeitsleben aus gesundheitlichen Gründen

Einführung: (1) Januar 2014

(2) Individuelle Beratung für Einzelpersonen 2011; Beratung für Betriebe 2012

### 2. Hintergrund

- Frühere Massnahmen (Grundsatz «Reha vor Pension» und ausschliesslich befristete Gewährung der Leistungen für [junge] Antragstellerinnen und Antragsteller) zeigten wenig Wirkung; Behörden griffen zu spät ein.
- Sorgen über den starken Anstieg der Anzahl Personen mit psychischen Störungen, die Krankengeld, Invaliditätsleistungen oder Arbeitslosengeld beanspruchen. Ausserdem: lange krankheitsbedingte Absenzen, wenn diese durch psychische Erkrankungen verursacht sind.

### 3. Inhalt (Massnahmen, Einrichtungen usw.)

Reform der Invalidenrente (für Geburtsjahrgänge ab 1964), ohne Mindestalter (tiefstes Eintrittsalter 15 Jahre, namentlich wenn die betroffene Person arbeiten durfte):

- a. Strengere Anspruchskriterien für Invaliditätspension, vor allem nur Zuerkennung, wenn die betroffene Person vollständig erwerbsunfähig und eine Umschulung nicht zweckmässig ist.

b. Erweiterte Rehabilitationsbestimmungen; Einführung des Rehabilitationsgeldes (während der medizinischen Rehabilitation)

c. Pensionskassenverwaltung prüft Erwerbsfähigkeit der Klientinnen und Klienten des staatlichen Arbeitsmarktservices und anderer Versicherungseinrichtungen.

Fit2Work: Frühinterventionsmassnahmen bei krankheitsbedingten Absenzen und Arbeitslosigkeit, und zwar:

a. (Freiwillige) individuelle Beratung für Angestellte (wenn während mehr als 6 Wochen krankgemeldet) oder Nichterwerbstätige mit Gesundheitsproblemen;

b. Beratung für Betriebe: Information, Beratung und Unterstützung für Arbeitgeber hinsichtlich frühen Warnsignalen bei Risikogruppen; Team-Training für den Umgang mit psychischen Belastungen; Anpassung der Tätigkeiten, Prozesse, Arbeitszeiten usw.

#### 4. Umsetzung

Reform der Invaliditätspension:

a. Einführung von «Kompetenzzentren» bei der Pensionsversicherungsanstalt, die unter anderem die Arbeitsfähigkeit im Auftrag des Arbeitsamtes begutachten. Entwicklung von Tools wie etwa einer «Analyse des Karrierepotenzials», unter anderem zur Abklärung der Interessen und der Arbeitsfähigkeit der Klientin oder des Klienten, als Grundlage für die Beratung beim Arbeitsamt.

b. Abschaffung der befristeten Pensionen; Antrag auf Pension wird in Antrag auf Rehabilitation umgewandelt.

c. Erweiterte Anwendung und Nutzung von Mitteln für die medizinische Rehabilitation.

Fit2Work

a. Individuelle Beratung: auf Einladung der Krankenkasse für Mitarbeitende, die während mehr als 6 Wochen krankgemeldet sind, oder für Arbeitslose; wird von (privaten) Fachpersonen aus den Bereichen Arbeitsmedizin, Psychologie und Sozialarbeit durchgeführt.

b. Beratung für Betriebe (hauptsächlich durch Fachpersonen, die vom Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrum BBRZ beauftragt sind): 3 bis 8 Tage, je nach Betriebsgrösse. Themen: Beratung und Information (Umsetzung eines Frühwarnsystems, betriebliche Integrationsbeauftragte, Massnahmen für Risikogruppen).

#### 5. Auswirkungen

Invaliditätspensionen: Ergebnisse nach ein bis zwei Jahren:

- Rückgang der Anzahl Anträge 2014: Rückgang der Neueintritte von unter 30-Jährigen um 69,5 Prozent.

- Zahl der unter 30-jährigen IV-Bezügerinnen und -Bezüger: Rückgang um 48,3 Prozent, da fast alle Pensionen nur befristet zuerkannt und erneut geprüft wurden.
- Nach der Reform wurden in dieser Altersgruppe nach der Neuüberprüfung praktisch keine Invaliditätspensionen mehr zuerkannt (Stärkung des Grundsatzes «Reha vor Pension»).
- In den ersten beiden Jahren: Einsparungen bei den Invalidenrenten sind beinahe so hoch wie die Ausgaben für Rehabilitation und Arbeitsmarktintegration.
- Der grössere Zustrom junger Menschen in die Rehabilitation betrifft offenbar vor allem den medizinischen Bereich und nicht die berufliche Eingliederung; Umschulungsgeld wird nur in wenigen Fällen zuerkannt (für Personen, denen Berufsschutz zukommt) (2015).

Fit2Work: (nur) erste Ergebnisse:

- a. 42 Prozent der Fit2Work-Teilnehmenden litten an psychischen Störungen, während 37 Prozent körperliche Gesundheitsprobleme hatten.
- b. Individuelle Beratung: Am häufigsten in Anspruch genommen wird die allgemeine Information.
- c. Geringe Inanspruchnahme: Nur von 4 Prozent der Personen genutzt, die standardmässig von der Krankenkasse schriftlich zur Beratung eingeladen werden; aber auch beachtliche Inanspruchnahme durch Arbeitslose und Zugang über Allgemeinpraktiker/Allgemeinpraktikerinnen oder auf eigene Initiative.
- d. Individuelle Beratung scheint die psychische Gesundheit der Teilnehmenden und die (Wieder-)Eingliederung zu verbessern.
- e. Beratung für Betriebe bewirkt eine Veränderung der Haltung in Bezug auf den Gesundheitsschutz des bestehenden Personals und die Neueinstellung von Menschen mit Behinderung.

#### **6. Erkenntnisse** (nur erste Erkenntnisse, da die Reformen noch neu sind)

Invaliditätspension (Administration):

- Nach wie vor Trennung zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Eingliederung, wobei bei psychischen Problemen integrierte Angebote notwendig wären.
- Umschulungsprogramme sollten besser an die Bedürfnisse des Arbeitsmarkts angepasst sein und jungen Menschen mit psychischen Störungen zugänglich gemacht werden.
- Ein System mit separaten Behörden für Begutachtung, Vollzug und Bezahlung von Leistungen erschwert die Kooperation.
- Schlussfolgerung der OECD: Der österreichischen Reform fehlt es an einer Strategie zum Einbezug der Arbeitgeber und die Arbeitsämter benötigen oft ein

besseres Verständnis der Bedürfnisse von Arbeitgebern, die Personen mit chronischen Gesundheitsproblemen beschäftigen.

**Fit2Work:**

- OECD: Individuelle Beratung und Case Management müssen besser mit dem System der psychiatrischen Gesundheitsfürsorge und der Betreuung durch Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktiker koordiniert werden.
- Einladungspraxis zur individuellen Beratung sollte verbessert werden.
- Relativ schlechtes Follow-up der ersten individuellen Beratung durch Case Management (weniger als 50 %).

### **Junge gesundheitlich beeinträchtigte Menschen ohne Beschäftigung**

Aufgrund der verfügbaren Informationen und der Vielzahl an Programmen (die sich nicht alle an junge Menschen mit Behinderung richten) ist dieses Fact Sheet weniger ausführlich.

#### **Reform 1 Clearing**

##### **1. Reform: Schlüsseldaten**

- Einführung: 2001, Änderung 2004, 2012 ersetzt durch *Jugendcoaching*, das sich an alle gefährdeten Jugendlichen richtet.
- Zielgruppe: Junge gesundheitlich beeinträchtigte oder behinderte Menschen (keine Altersvorgabe), einschliesslich solcher, die die Schule abgeschlossen haben.
- Ziel: Bestmöglicher Übergang zwischen Schule, Beschäftigung und Einstieg in den Arbeitsmarkt sicherstellen.
- Finanzierung: Spezielle Mittel der Bundesregierung, des Europäischen Sozialfonds und andere.

##### **2. Inhalt (Massnahmen, Einrichtungen usw.)**

Ein Clearing-Team entwickelt zusammen mit der oder dem betroffenen Jugendlichen ein individuelles Massnahmenpaket für das (vor-)letzte Schuljahr, einschliesslich:

- Neigungs- und Fähigkeitsprofil, SWOT-Analyse
- Festlegung und Planung des Bedarfs an nachschulischer Bildung
- Identifizierung der beruflichen Perspektiven, Laufbahn-/Entwicklungsplan
- Vernetzung und Vermittlung durch den Einbezug von Stakeholdern an den Schnittstellen

Unterstützung wird geboten durch Sozialarbeiter, Schulpsychologinnen, Psychopädagogen und Studienberaterinnen für Kinder mit psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten.

**3. Auswirkungen**

- 24 Prozent der Programm-Teilnehmenden erhielten einen regulären Arbeitsvertrag oder fanden eine Lehrstelle im ersten Arbeitsmarkt. Zudem wurden 29 Prozent im Follow-up zum Clearing-Programm in ein anderes Programm aufgenommen («Berufsbildungsassistenz») oder im Rahmen einer Vorlehre auf die berufliche Ausbildung vorbereitet.
- Das Programm wurde von der Europäischen Kommission als Best-Practice-Modell für Peer-Reviews ausgewählt.

**Reform 2 Integrative Berufsausbildung (IBA)****1. Reform: Schlüsseldaten**

- Einführung: 2003, Änderung 2010
- Zielgruppe: Junge gesundheitlich beeinträchtigte Menschen (keine Altersvorgabe) mit sonderpädagogischem Förderbedarf, die keine Schule abgeschlossen haben oder besondere Stellenvermittlungsprobleme aufweisen und keine reguläre Lehre absolvieren können.
- Ziel: Eintritt in den Arbeitsmarkt ermöglichen.

**2. Inhalt (Massnahmen, Einrichtungen usw.)**

- Lernende erhalten gezielte soziale und psychologische Unterstützung (durch AMS oder SMS), damit sie ihre Ausbildung abschliessen können. Finanzierung durch SMS.
- Arbeitgeber, die inklusive Lehrstellen im ersten Arbeitsmarkt anbieten, werden durch Mittel des AMS unterstützt. Für zusätzlich anfallende Kosten (z. B. Lohn, Anpassung von Arbeitsplätzen) werden weitere Mittel zur Verfügung gestellt.

**3. Auswirkungen**

- Hohe Abschlussraten
- Evaluationsstudien zeigen, dass zwei Drittel der Personen, die ihre Ausbildung abgeschlossen haben, danach vom gleichen Arbeitgeber angestellt wurden.

**Andere Reformen, die sich auf einen Teil von jungen NEET konzentrieren (Personen, die keine Schule besuchen, keiner Arbeit nachgehen und sich nicht in beruflicher Ausbildung befinden)**

Zielgruppe: Verschiedene Kategorien von benachteiligten Jugendlichen, einschliesslich solcher mit Behinderung und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Wichtigste Programme:

1. Jugendcoaching: Seit 2013 landesweit, für alle ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen unter 19 Jahren (bei Behinderung oder besonderem Förderbedarf: unter 25 Jahren);
2. Ausbildungsgarantie: Zielgruppe sind Jugendliche, die ihre schulische Ausbildung abgeschlossen haben, aber keine reguläre Lehrstelle finden können, sowie solche, die eine Lehre abgebrochen haben. Ziel dieser Massnahme ist es, einen optimalen Übergang zwischen Schule, Beschäftigung und Einstieg in den Arbeitsmarkt sicherzustellen.
3. AusbildungsFit: Flächendeckendes niederschwelliges Ausbildungsangebot für Jugendliche unter 21 Jahren (bei Behinderung bis 24 Jahre).
4. Produktionsschule: Nichttraditionelle Schule zur Vorbereitung auf eine (Aus-)Bildung, zum Kennenlernen verschiedener (Aus-)Bildungswege und für den nachträglichen Erwerb von Fähigkeiten und Qualifikationen. Die Zielgruppe sind 15- bis 25-Jährige ohne Schulabschluss, denen es an sozialen Kompetenzen fehlt und die aktuell nicht in der Lage sind, eine schulische Ausbildung, Lehre oder Arbeit zu bewältigen. Im ganzen Land gibt es 60 Produktionsschulen mit rund 3000 Plätzen für 4000 Jugendliche.

## 4.8 Fact Sheet Vereinigtes Königreich

### Einleitung: ausgewählte Kontextfaktoren zum Vereinigten Königreich

- Einwohnerzahl: 64,9 Mio.
- Erwerbstätigenquote (Altersgruppe 20–64, 2015): 76,8 %
- Arbeitslosenquote (August 2016): 4,8 %
- Arbeitslosenquote (< 25 Jahre, August 2016): 14,6 %
- Sozialsysteme für junge Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Behinderung:
  - (1) Dienstleistungen, Angebote und Unterstützung: z. B. *Personal Budget* (Leistung für persönliche Assistenz und Anpassungen)
  - (2) *Disabled Facilities Grant*: Zuschuss für behindertengerechte Anpassungen zu Hause  
(Anmerkung: Diese Zuschüsse sind vor allem für Menschen mit körperlichen Einschränkungen von Bedeutung.)
  - (3) *Access to Work*: spezielles Programm für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen
  - (4) *Employment and Support Allowance (ESA)*: Einkommensersatz
  - (5) *Universal Credit* (wird gegenwärtig eingeführt): Soll 6 Leistungen, einschliesslich ESA ersetzen (siehe unten).
  - (6) *Personal Independence Payment (PIP)*: Persönliche Unabhängigkeitsbeihilfe
  - (7) *Housing Benefit*: Wohngeld für Menschen mit einem niedrigen Einkommen
- Abdeckung: Einkommensersatz und Dienstleistungen
- Anzahl Begünstigte:
  - PIP 2016: 3,62 Mio.
  - Housing Benefit* 2016: 4,68 Mio.
  - Universal Credit* 2016: 303 839 (diese Leistung befindet sich in der Einführungsphase, deshalb sind die Zahlen tiefer), 120 000 (40 %) davon mit Beschäftigung und 183 144 (60 %) ohne Beschäftigung
  - ESA und Invaliditätsleistungen 2016: 2,49 Mio.
  - Access to Work*: Jährlich rund 12 000 Neueintritte
- Zuständige Akteure: «Jobcenter Plus» bezahlt Einkommensersatz, wobei die Gelder aus nationalen Quellen, dem Ministerium für Arbeit und Pensionen (DWP), stammen.
- Finanzierung der Leistungen und Angebote: Das System basiert sowohl auf Steuern als auch auf Versicherungen. Es gibt beitragsabhängige, beitragsunabhängige und bedarfsabhängige Leistungen.

*Beitragsabhängige Leistungen* und die damit verbundenen Kosten werden durch den National Insurance Fund (Sozialversicherungsfonds NIF) finanziert, der seinerseits durch obligatorische Beiträge alimentiert wird. Diese hängen vom aktuellen Einkommen ab und werden von den meisten Arbeitnehmenden und Arbeitgebern bezahlt. Die Leistungen werden für Alter, Todesfall, Erwerbsunfähigkeit, Mutterschaft und Arbeitslosigkeit ausgerichtet und umfassen mehrheitlich eine Pauschale.

*Beitragsunabhängige Leistungen* werden durch die allgemeinen Steuern finanziert und richten sich nach den persönlichen Umständen (z.B. bezüglich Behinderung, Kinder).

*Bedarfsabhängige Leistungen* wie etwa Housing Benefit, einkommensabhängige Jobseekers Allowance, einkommensabhängige ESA, Einkommenshilfe (für nicht erwerbstätige Menschen) sowie Pensionen werden ebenfalls mit allgemeinen Steuern bezahlt und dienen als Sicherheitsnetz. Der staatliche Gesundheitsdienst (NHS) stellt die allgemeine Gesundheitsversorgung bereit, die durch Steuern und den NIF finanziert wird und nicht von Beitragszahlungen abhängig ist.

## Junge (gesundheitlich beeinträchtigte) beschäftigte Menschen

### 1. Reform 1: Schlüsseldaten

Name: Access to Work (AtW)

Ziel: Praktische Unterstützung am Arbeitsplatz für (erwerbstätige) Menschen mit Behinderung mit dem Ziel, die Stelle zu bewahren oder eine selbstständige Erwerbstätigkeit aufzunehmen.

Einführung: 1994, Reform 2010

AtW ist nicht spezifisch auf junge Menschen beschränkt. Der Bericht konzentriert sich jedoch soweit möglich auf diese Kategorie und auf Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen.

### 2. Hintergrund

- Sparmassnahmen zur Senkung der öffentlichen Ausgaben für Krankheit und Behinderung
- Hypothese der neuen politischen Ausrichtung: Tiefere Leistungen werden die Betroffenen dazu anspornen, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen.
- Kritik: Obwohl viele Personen formell anspruchsberechtigt waren, unterstützte das Programm anfänglich (ab 1994) nur einen begrenzten Personenkreis – nämlich Menschen mit körperlichen oder sensorischen Beeinträchtigungen (und nicht solche mit psychischen Problemen oder intellektuellen, kognitiven und Entwicklungsstörungen).



- Weg von geschützten Arbeitsplätzen und hin zur Unterstützung von Einzelpersonen im offenen Arbeitsmarkt: Reduzierung der Mittel für geschützte Werkstätten und in der Folge Schliessung vieler Fabriken mit geschützten Arbeitsplätzen.

### 3. Inhalt (Massnahmen, Einrichtungen usw.)

- Anspruchsberechtigt: alle über 16-Jährigen, sofern sie erwerbstätig sind und keine Arbeitslosenunterstützung beziehen.
- Praktische Unterstützung: am Arbeitsplatz, z. B. persönliche Assistenz, Anpassungen der Einrichtungen, Hilfe für den Arbeitsweg, Betreuung oder Jobcoach, Unterstützung bei Arbeitslosigkeit (oder wenn die Stellensuche schwierig ist), Schulung zur Sensibilisierung des Arbeitsumfelds für die Behindertenproblematik.
- *Workplace Mental Health Support Service* wird durch das AtW-Programm finanziert: Spezielles Programm für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen, verwaltet von Remploy (ehemaliger Betreiber von geschützten Werkstätten).
- PIP (Persönliche Unabhängigkeitsbeihilfe) ersetzt die Unterhaltsbeihilfe für Behinderte (*Disability Living Allowance*) als wichtigste Leistung zur Kompensation behinderungsbedingter Kosten.
- Verwandte Reformen in anderen Bereichen: Gesundheitsförderung für junge (und ältere) Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen: IAPT-Programm («Improving Access to Psychological Therapies»).

### 4. Umsetzung

- Wichtigste beteiligte Akteure: anspruchsberechtigte Stellensuchende, lokale Behörden (Jobcenter Plus) des Ministeriums für Arbeit und Pensionen, Arbeitgeber, andere Mitarbeitende am Arbeitsplatz sowie beauftragte Leistungserbringer (z. B. Jobcoaches, Assessoren).
- Das Programm wird lokal verwaltet; lokale Partnerschaften gelten als sehr wichtig.
- Assessorinnen und Assessoren (unabhängige Fachpersonen, beauftragt vom Jobcenter Plus) klären bei einem Besuch am Arbeitsplatz die Bedürfnisse ab und beauftragen die entsprechenden Leistungserbringer.
- Ergebnis des Monitorings: Wenig Wissen über das Anmeldeverfahren, ungenügende Werbung durch andere Akteure als das Ministerium für Arbeit und Pensionen.
- Neuere Budgetbeschränkungen führten zu erheblichen Einwänden von Menschen mit Behinderung, insbesondere von Gehörlosen, die auf relativ kostspielige Gebärdendolmetscherinnen und -dolmetscher angewiesen sind.

## 5. Auswirkungen

- Inanspruchnahme von AtW hat zugenommen, aber die Zahlen sind nach wie vor sehr tief.
- Personen mit psychischen Erkrankungen sind immer noch untervertreten und machen lediglich 4 Prozent aus (2013–2014). Daten zur Nutzung des AtW-Programms durch junge Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen stehen nur beschränkt zur Verfügung.
- AtW: Sehr geschätzt von Menschen mit Behinderung, da dieses Programm massgeschneiderte Unterstützung am Arbeitsplatz bietet und sie mitentscheiden können, welche Art von Unterstützung sie benötigen. Evaluationen zeigen, dass AtW ebenbürtige Voraussetzungen schafft: Menschen mit Behinderung haben die gleichen Chancen auf eine Stelle und auf Erfolg bei der Arbeit wie ihre nichtbehinderten Kolleginnen und Kollegen.
- Allgemeine Studien über den Erfolg von Massnahmen, die eine Rückkehr an den Arbeitsplatz zum Ziel haben, weisen zudem darauf hin, dass massgeschneiderte Unterstützung die besten Ergebnisse bringt.
- Eine frühere Evaluation von AtW (2009) hat gezeigt, dass Arbeitgeber besser informiert sind, wie sie ihre Mitarbeitenden bei der Arbeit unterstützen können. Beobachtet wurden zudem unter anderem eine Zunahme der Produktivität und eine Abnahme der krankheitsbedingten Absenzen.
- Laut Behindertenorganisationen und gewissen Forschungen bringt AtW aufgrund der bezahlten Steuern und der gesparten Wohlfahrtsleistungen 1,48 mal mehr ein als das Programm kostet. Der zuständige Minister hat diese Zahl jedoch in Frage gestellt; sie ist deshalb nur als Anhaltspunkt zu verstehen.
- Die OECD äusserte Bedenken über die mangelnde Unterstützung (Frühintervention) in der Anfangsphase einer krankheitsbedingten Absenz, um eine Erwerbsunfähigkeit zu verhindern.

Verbundene Reformen: Ergebnisse der wichtigsten Unterstützung für junge Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen (IAPT):

- Das angestrebte Ziel war, 15 Prozent der Zielgruppe mit Angststörungen oder Depressionen zu behandeln und eine Erfolgsrate von 50 Prozent bei denjenigen zu erreichen, die die Behandlung abschliessen. (Erfolg bedeutet hier, dass die Betroffenen die Leistungen des Gesundheitssystems nicht mehr benötigen, und nicht, dass sie eine Stelle gefunden haben.)
- Das erste Ziel wurde erreicht (15,6 %), das zweite jedoch nicht (45,4 %).

## 6. Erkenntnisse

- Fehlende Informationen über das Programm erschweren die Inanspruchnahme (zudem braucht es eine breitere Sichtweise, z. B. departements- und budgetübergreifend).
- Bei jungen erwerbstätigen Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind Strategien zur Frühintervention notwendig.
- Auf die Einzelperson und ihre besonderen Umstände zugeschnittene Unterstützung ist effizienter als allgemeine unspezifische Ansätze.
- Viele Berichte weisen auf die Einseitigkeit der Forschung und Politik hin. Nur sehr wenige Bemühungen auf der Nachfrageseite, z. B. Förderung von Arbeitspraktiken, die günstig sind für die psychische Gesundheit.

## Junge (gesundheitlich beeinträchtigte) Menschen ohne Beschäftigung

### 1. Reform 2: Schlüsseldaten

Name: *Work Choice*-Programm (WC)

Ziel: Praktische Unterstützung für arbeitslose Personen, die als behindert anerkannt sind (gemäß Equality Act 2010), um ihnen bei der Eingliederung in den Arbeitsmarkt zu helfen.

Einführung: Oktober 2010

Am WC-Programm können Personen im erwerbsfähigen Alter teilnehmen (mindestens 16 Jahre). Der Bericht konzentriert sich soweit wie möglich auf die Kategorie der jungen Klientinnen und Klienten.

### 2. Hintergrund

Das *Work Choice*-Programm ersetzt frühere Programme und wurde eingeführt, weil ein Regierungswechsel andere Ansichten mit sich brachte. Das Ziel bestand darin, die Beziehung des zuständigen Ministeriums zu den Leistungserbringern zu ändern, den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern zu verstärken und die Chancen für neue Anbieter zu erhöhen (kurz gesagt: eine vermehrte Privatisierung der Leistungen).

### 3. Inhalt (Massnahmen, Einrichtungen usw.)

- Antragstellende müssen ein langfristiges gesundheitliches Problem haben, das ihre Erwerbsfähigkeit einschränkt, mindestens 16 Stunden pro Woche arbeiten können (nach einer Unterstützung bei der Entwicklung ihrer Kompetenzen und Beratung) und bei der Arbeit auf Hilfe angewiesen sein.

- Angebote: Beratung und Unterstützung vor Stellenantritt, gefolgt von kurz- bis mittelfristiger Unterstützung der betroffenen Person am Arbeitsplatz und des Arbeitgebers während bis zu zwei Jahren.
- Der mit dem Programm verbundene Lohnanreiz für junge Menschen mit Behinderung wurde im Juli 2012 eingeführt, im August 2014 nach unklaren Evaluationsergebnissen aber wieder abgeschafft.

#### 4. Umsetzung

- Das DWP nimmt «Hauptleistungserbringer» (grosse Organisationen) unter Vertrag, die ihrerseits Aufträge an lokale und regionale Anbieter weitervergeben (z.B. an gewinnorientierte Dienstleister, Sozialunternehmen, Wohltätigkeitsverbände).
- Andere Elemente: Erfolgsabhängige Finanzierung der Leistungserbringer in den verschiedenen Etappen des Beschäftigungsprozesses, minimale Vorgaben (damit Innovationen für lokale Anbieter möglich sind) und breiter gefasste Verträge.
- Unterstützung umfasst drei Etappen: Abklärung, Unterstützung bei der Stellensuche, Unterstützung am Arbeitsplatz.
- Umsetzung erforderte eine umfassende Restrukturierung, die von einer anderen (umstrittenen) Entwicklung begleitet war: der Schliessung von geschützten Werkstätten.

#### 5. Auswirkungen (gemäss verschiedenen Evaluationsstudien und anderen Berichten)

- 57,3 Prozent derjenigen, die ein WC-Programm absolvierten, fanden eine Stelle (2014). Dies ist im Vergleich zu früheren (Arbeits-)Programmen für diese Zielgruppe ein ausgezeichnetes Ergebnis. Bei Menschen mit Behinderung mit mehr Kompetenzen wurden die besten Ergebnisse verzeichnet; ausserdem waren Praktika erfolgreicher.
- Öffentliche Konflikte, Verhalten der Medien (z. B. bezüglich ihrer Beschreibung von Menschen mit Behinderung), einschliesslich zahlreiche gut dokumentierte gescheiterte Fälle: Menschen, die für erwerbsfähig erklärt wurden, starben kurz nach der Abklärung; erhöhte Suizidrate unter Klientinnen und Klienten mit psychischen Gesundheitsproblemen.
- Schwächen bei der Verwaltung der *Work Choice*-Programme und kritisierte Elemente betreffen: Qualität und Quantität der geleisteten Arbeit, Führungsfähigkeiten und Integrität von Führungskräften des öffentlichen Sektors sowie zunehmende administrative Kosten (z. B. Abklärungen).
- Auswirkung von Schwächen im Prozess vor der *Work Choice*-Teilnahme: Abklärungen der Erwerbsunfähigkeit (durch ein privates ärztliches Assessment-Unter-

nehmen) vor Bezug einer Leistung oder Eintritt in ein Förderprogramm. Die Organisation und Evaluationsmethoden wurden von verschiedenen Gruppen und Behörden heftig kritisiert (einschliesslich vom General Accounting Office).

- Die Reformen waren auf verschiedenen Ebenen umstritten und es wurden mehrere Mängel erkannt: z. B. wurden Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen drei Mal häufiger mit Sanktionen belegt, als dass sie bei der Stellensuche unterstützt worden wären. Die Sanktionen verstärkten die Probleme der Betroffenen im Zusammenhang mit Stellensuche, Weiterbildung, Obdachlosigkeit usw.
- Aktuell ist ein Trend hin zu einem grösseren Zwang, eine Stelle zu finden, und eine vermehrte Nutzung von psychologischen Strategien zu beobachten. Es wird versucht, Haltungen, Überzeugungen und Persönlichkeit zu ändern, um Druck auf die Betroffenen auszuüben. Dies geschieht beispielsweise, indem ein Nichterfolg im Arbeitsmarkt als persönliches Scheitern interpretiert wird und Sanktionen auferlegt werden (Leistungskürzungen), wenn die Betroffenen gewisse Handlungen ausführen.
- Forschungen zeigen, dass Leistungskürzungen die Chancen vermindern, eine Stelle zu finden.
- Die meisten Massnahmen sind immer noch anbieterorientiert.

## 6. Erkenntnisse

- Lohnanreize (für Arbeitgeber, um junge Menschen einzustellen) wurden 2014 abgeschafft, da sie keinen Einfluss auf die Beschäftigungsquote hatten. Arbeitgeber erklärten, die Zahlungen in der Höhe von 2275 £ hätten bei den Einstellungsentscheiden nicht wirklich eine Rolle gespielt. Einige kritisierten auch den damit verbundenen administrativen Aufwand und die Bürokratie.
- Junge Menschen mit psychischen Problemen brauchen mehr Hilfe als andere Klientenkategorien.
- Finanzielle Anreize für Anbieter motivieren diese nicht dazu, jene zu unterstützen, die am meisten Hilfe brauchen (Creaming & Parking: Konzentration der Bemühungen auf die leichten, Vernachlässigung der schwierigen Fälle).
- Es gibt gut fundierte Forschungsergebnisse (OECD), die die Wirksamkeit des IPS-Ansatzes belegen (*Individual Placement and Support*). *Work Choice*-Anbieter, die diesen Ansatz verwendeten, schnitten besser ab. Diese Art der Unterstützung umfasst sowohl die Vorbereitung als auch Hilfe bei der Arbeit. Solche Initiativen sind aber noch wenig verbreitet.
- Es ist schwierig, Veränderungen in der Beschäftigungs- oder Vermittlungsquote mit Elementen in Programmen in Verbindung zu bringen. Ausserdem führen Evaluationsstudien nicht automatisch zu Veränderungen bei der Umsetzung.

## 4.9 Fact Sheet Niederlande

### Einleitung: ausgewählte Kontextfaktoren zu den Niederlanden

- Einwohnerzahl: 16,9 Mio.
- Erwerbstätigenquote (Altersgruppe 20–64, 2015): 76,4 %
- Arbeitslosenquote (August 2016): 5,8 %
- Arbeitslosenquote (< 25 Jahre, August 2016): 11,3 %
- Sozialsysteme für junge Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Behinderung:
  - A. Einkommensersatz:
    - Gesetz über die Erwerbsunfähigkeitsversicherung für jugendliche Erwerbsunfähige (Wajong)
    - Gesetz über öffentliche Beihilfen (WMO) = Sozialhilfe
  - B. Anderes:
    - Spezielle Ausbildungsfinanzierung
    - Programme im Bereich der besonderen Tagesbetreuung für Kinder, psychotherapeutische Zentren für Kinder und Jugendliche (GGZ), Allgemeines Gesetz über besondere Krankenkosten (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, AWBZ)
    - Unterstützung für (besseren) Transport
    - Übernahme (Kompensation) der Kosten von behinderten Kindern, die bei ihren Eltern leben (*tegemoetkoming ouders gehandicapte kinderen*, TOG)
- Abdeckung: Einkommensersatz und Dienstleistungen
- Anzahl Begünstigte: Total Wajong-Leistungen: 250 600 (altes Wajong 183 900 und neues Wajong [2010] 66 700) und von WMO-Sozialhilfe: 411 000 (Ende 2014)
- Zuständige Akteure: Seit 2015 ist das Ministerium für soziale Angelegenheiten und Beschäftigung verantwortlich, während die ausführende Sozialversicherungsanstalt (UWV) die Wajong-Leistungen und die Instrumente zur Verfügung stellt und die Gemeinden für die öffentliche Sozialhilfe (WMO) zuständig sind.
- Finanzierung der Leistungen und Angebote: Der Fonds für arbeitsunfähige junge Behinderte (*Arbeidsongeschiktheidsfonds jonggehandicapten*) finanziert die Wajong-Leistungen und die Angebote zur (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt. Dieser Fonds wird vollumfänglich durch staatliche Beiträge alimentiert. Sozialhilfe (WMO) wird ebenfalls durch staatliche Beiträge finanziert. Die UWV (Wajong) und die Gemeinden (WMO) bezahlen für ihre jeweiligen Massnahmen.

### 1. Reform: Schlüsseldaten

Name: Reform des Gesetzes über die Erwerbsunfähigkeitsversicherung für jugendliche Erwerbsunfähige (Wajong)

Ziel: Arbeitsmarktbeteiligung von jungen Menschen mit Behinderung mit und ohne Beschäftigung erhöhen. (18- bis 27-Jährige, die in das Wajong-Arbeitsprogramm aufgenommen werden, werden bei der Stellensuche und beim Erhalt der Arbeitsstelle intensiv unterstützt. Die Resterwerbsfähigkeit wird im Alter von 27 Jahren [erneut] abgeklärt; danach wird eine dauerhafte Wajong-Leistung bis zum Alter von 67 Jahren zuerkannt.)

Einführung: Januar 2010

### 2. Hintergrund

- Kontinuierlicher Anstieg der Anzahl junger Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die von Invalidenrenten abhängig sind, aber über (teilweise) Erwerbsfähigkeiten verfügen. 2001 wurden insgesamt 6200 Wajong-Leistungen zuerkannt und 2009 betrug der Zustrom 16 700. In diesem Jahr beanspruchten und erhielten 5 Prozent aller unter 18-Jährigen diese Rente. Die insgesamt 200 000 Begünstigten kosteten jährlich 2 Milliarden Euro und man ging davon aus, dass sich dieser Betrag bis 2040 verdoppeln würde.
- 2009 waren 24 Prozent der Begünstigten erwerbstätig: 9 Prozent bei einem regulären Arbeitgeber und 15 Prozent in einem Sozialunternehmen. Schätzungen zufolge waren 66 Prozent aller Wajong-Begünstigten in der Lage, (gewisse) Arbeiten auszuführen.
- Aktivierung von jungen Menschen mit Behinderung, weil sich die meisten von ihnen in diesem Alter noch entwickeln. Hinzu kommt, dass Arbeit als gesundheitsfördernd und gut für die gesellschaftliche Teilhabe gilt.
- Folglich: Den Fokus vermehrt darauf richten, was die Menschen tun können, und nicht darauf, wozu sie **nicht** in der Lage sind.

### 3. Inhalt (Massnahmen, Einrichtungen usw.)

- Wajong stammt aus dem Jahr 1986 und wird von der halbstaatlichen ausführenden Sozialversicherungsanstalt (UWV) umgesetzt. Das neue Wajong wurde 2010 eingeführt und richtet sich ausschliesslich an neu eintretende junge Menschen mit Behinderung. Die meisten Bezügerinnen und Bezüger bleiben gemäss dem alten Wajong anspruchsberechtigt, das hauptsächlich Renten ausrichtete. Unter dem alten und neuen Gesetz ist es möglich, erwerbstätig zu sein und eine zusätzliche Leistung zu erhalten. Seit Inkrafttreten des neuen Wajong von 2010 kann die betroffene Person Anspruch haben auf:
  - a. (nur) Rente (bei schwerer Behinderung, die zu einer Erwerbsfähigkeit von < 35 % des gesetzlich festgelegten Mindestlohnes führt), *oder*

- b. ein Beschäftigungsprogramm, gestützt auf Eingliederungsplan und Stellenangebot des Arbeitsamtes (unterstützende Teilleistungen können mit Erwerbslohn kombiniert werden), *oder*
  - c. ein Bildungsprogramm (für 18- bis 27-Jährige, die noch zur Schule gehen oder ein Studium beginnen, einschliesslich eines Taggeldes in der Höhe von maximal 35 % des Mindestlohnes)
- Zuständig ist das Ministerium für soziale Angelegenheiten und Beschäftigung, während die UWV die Leistungen ausrichtet und die Instrumente und Mittel für junge Menschen mit Behinderung, die arbeiten wollen und auch erwerbstätig sind, und ihre Arbeitgeber zur Verfügung stellt.
  - Verstärkte Nutzung der individuellen Pläne zur beruflichen Wiedereingliederung, die sich auf Möglichkeiten, Rechte, Pflichten und Aussichten auf Arbeit konzentrieren. Wenn die betroffene Person anspruchsberechtigt ist: Verpflichtung, sich an den Eingliederungsplan zu halten und «angemessene Arbeit» zu akzeptieren.
  - Stärkere finanzielle Anreize für Klientinnen und Klienten, eine Arbeit aufzunehmen (insbesondere Belohnung, wenn jemand mehr Stunden arbeitet; Leistungskürzung bei fehlender Kooperation).
  - Förderung eines besseren Übergangs von der Schule zur Arbeit und einer arbeitsorientierten Ausbildung
  - Verbesserte Unterstützung für Arbeitgeber durch neu geschaffene unbezahlte «Probearbeit», Lohndispensierung, Beihilfen zur Installation von ortsgebundenen Einrichtungen, regionale Arbeitszentren
  - Programm zur Veränderung der Haltung von Eltern, Lehrpersonen, Mitarbeitenden im Gesundheitswesen, Gemeinden, Arbeitnehmenden und Arbeitgebern gegenüber jungen Menschen mit Behinderung

#### **4. Umsetzung**

- Wurde von Arbeitsgruppen unter der Führung der Sozialversicherungsanstalt UWV durchgeführt.

Anfängliche Umsetzungsprobleme gemäss ersten Studien:

- a. 54 Prozent traten in das Arbeitsprogramm ein. Die Forschungsabteilung der UWV stellte später fest, dass weniger als die Hälfte von ihnen (26 % der Neueintritte) über Möglichkeiten verfügten, jetzt oder in Zukunft im regulären Arbeitsmarkt tätig zu sein.
- b. Die meisten Bemühungen zur Wiedereingliederung konzentrierten sich auf diese 26 Prozent.



- c. Stellenangebote von Arbeitgebern entsprachen nicht den ausgewählten Kandidatinnen und Kandidaten: Die UWV konnte kaum junge Bewerberinnen und Bewerber aus dem Wajong-2010-Beschäftigungsprogramm für die freien Stellen zur Verfügung stellen.
- d. Die Vermittlung von jungen Menschen mit Behinderung an geeignete reguläre Stellen war für die UWV angesichts der Personalkürzungen (Sparsmassnahmen) mit zu viel Arbeit verbunden.

## 5. Auswirkungen

- 2010 veränderte sich der Zustrom von jungen Menschen mit Behinderung in das neue System erheblich:
  - a. 2010 wurden 7000 (40 %) der Anträge abgelehnt, gegenüber 33 Prozent im Jahr 2009.
  - b. Die Zahl der Eintritte in das neue Programm sank von 17 500 auf 10 500. 2014 stieg diese Zahl jedoch wieder auf 15 200. Die UWV erklärte dies mit der höheren Jugendarbeitslosigkeit und den Bemühungen der Gemeinden, arbeitslose junge Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen von der Sozialhilfe (WMO) in das Wajong-Programm zu verschieben.
  - c. In den ersten Jahren nach der Umsetzung: Nur 13 Prozent der Neueintritte wurden dem Programm zugewiesen, in dem (ausschliesslich) Renten zuerkannt werden. 54 Prozent traten in das Unterprogramm Beschäftigung ein und 34 Prozent in das Ausbildungsprogramm.
- Von den jungen Menschen, die 2010 in das Wajong-Programm eintraten, litten 62 Prozent an einer Entwicklungsstörung, 27 Prozent hatten eine psychische und 11 Prozent eine körperliche Erkrankung. In der Gruppe der Personen mit einer Entwicklungsstörung sind vor allem solche mit (sehr) geringen psychischen Beeinträchtigungen (29 %) vertreten. Hinzu kommen Personen mit einem autistischen Krankheitsbild (13 %) sowie solche mit einem Aufmerksamkeitsdefizit (ADHS) (10 %). Im Ausbildungsprogramm waren Personen mit leichten bis mittleren Lernbeeinträchtigungen übervertreten.
- In den Jahren nach der Einführung fanden nur ein paar Hundert Teilnehmerinnen und Teilnehmer des neuen Wajong-2010-Beschäftigungsprogramms einen regulären Arbeitsplatz. Die Ergebnisse waren für junge Menschen mit Behinderung im alten Wajong viel besser. Obwohl die Gesamtzahl der Bezügerinnen und Bezüger des alten und neuen Wajong, die eine reguläre Arbeitsstelle finden, von 2800 im Jahr 2010 auf 8000 im Jahr 2014 stieg, erhielten die meisten Leistungen nach dem alten Wajong. Die UWV erklärte, dies sei auf das jüngere Alter der Neueintretenden zurückzuführen.
- Die totale Beschäftigungsquote (der Personen, die eine Stelle haben und zusätzlich Leistungen gemäss dem alten oder neuen Gesetz beziehen) sank von 25

Prozent (2009) auf 22 Prozent (2014), wobei die Hälfte von ihnen im regulären (offenen) Arbeitsmarkt beschäftigt war.

- Nachhaltigkeit der Beschäftigung: Fast alle Verträge sind befristet. Frühere Studien zeigten, dass 50 Prozent der (ehemaligen) Wajong-Begünstigten ihre Stelle ein Jahr später verloren hatten.

#### Umsetzung

- Lohnbeihilfen und Lohndispensierung (Arbeitgeber bezahlt weniger als den Mindestlohn bei Angestellten mit Invaliditätsleistungen), Jobcoaching und Probearbeit sind die Elemente für Arbeitgeber, die eine Stellenvermittlung am meisten unterstützen.
- Arbeitgeber sind zufrieden mit der Lohnbeihilfe (zur Kompensierung der tieferen Produktivität von neu eingestellten Wajong-Klientinnen und -Klienten).
- In 35 Regionen wurden spezielle Jobcenter («werkpleinen») geschaffen, um die Kontakte zwischen Klientinnen und Klienten, Sozialversicherung und Arbeitgebern mit offenen Stellen zu erleichtern.
- Mehrere Fachpersonen kamen zum Schluss, dass das neue Wajong-Beschäftigungsprogramm jungen Menschen mit psychischen Problemen keine Unterstützung und keine Stellenangebote liefert. Auf IPS-Ansätze (Individual Placement and Support) wurde verzichtet. Einer der erwähnten Gründe: Sie sind teuer und erfordern Unterstützung durch mehrere Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen.
- Regierung und Sozialpartner waren überzeugt, dass die vielen unterschiedlichen Beschäftigungsstrategien nicht zu mehr Stellen für junge Menschen mit Behinderung führen würden. Nach Ansicht von Parlament, Arbeitgebern, Sozialunternehmen und Gemeinden ist es der Sozialversicherungsbehörde (UWV) weder mit dem alten noch dem neuen Wajong 2010 gelungen, junge Menschen mit Behinderung zu aktivieren.
- Gewerkschaften und der Administrator des neuen Modells (2010) fürchten, dass viele junge Menschen mit Behinderung aus den Leistungs- und Aktivierungsprogrammen herausfallen und keine Hilfe mehr erhalten werden. Gemeinden und lokale Gesundheitsorganisationen ebenso wie die Arbeitgeber stehen dem neu (2015) reformierten Programm jedoch positiv gegenüber.

#### 6. Erkenntnisse

- Im ersten Jahr des neuen Wajong 2010 sank der gesamte Zustrom um 10 Prozent, so dass die Erwartungen hoch waren. 2013 nahm die Zahl der von Wajong-Leistungen abhängigen Personen jedoch wieder zu. Die Zahl der neu eintretenden Personen, die erwerbstätig waren oder eine Stelle fanden, nahm ab und wer eine Arbeit erhielt, bekam einen kurzfristigeren Arbeitsvertrag. Gemäss der UWV hing dies mit der Krise und der damals hohen Jugendarbeitslosigkeit zusammen.

- Um die Stellenvermittlung unter dem Wajong ab 2010 zu verbessern, setzte sich die UWV stark für Vereinbarungen mit der Gemeinde, (lokalen) Arbeitgebern sowie Gesundheits- und Bildungseinrichtungen ein. Das Ziel war der Aufbau von Netzwerken, um die Zahl der vorzeitigen Schulabbrüche zu senken und die Schaffung von Stellen für junge Menschen mit Behinderung zu fördern.
- Um die Rolle der Arbeitgeber zu stärken und die Einstellung von jungen Menschen mit Behinderung zu fördern, erklärten sich öffentliche und private Arbeitgeber in kollektiven Arbeitsvereinbarungen freiwillig bereit, 2020 für diese Gruppe bis 125 000 Stellen zu schaffen.
- Die Finanzkrise und schrumpfende Budgets der öffentlichen Hand führten zu einer Änderung der regierungspolitischen Ansichten, wie sich die Ausgaben für Gesundheitsdienste und Erwerbsersatzleistungen reduzieren lassen. Neoliberale Ansichten führten nach 2010 zu einer Politik, die eine Dezentralisierung der Gesundheits-, Wohlfahrts- und Leistungssysteme forderte. 2015 wurde den Gemeinden die volle Verantwortung für die psychische Gesundheitsfürsorge für junge Menschen und die Beteiligung von behinderten, aber nicht vollständig erwerbsunfähigen Menschen am Arbeitsmarkt übertragen. In diesem Dezentralisierungsprozess verlor die Sozialversicherungsbehörde UWV jedoch die Kontrolle über die Netzwerke (mit Schulen, Arbeitgebern), in die sie so viel investiert hatte. Die Gemeinden waren weniger daran interessiert, da sie sich auf (andere) neue Verpflichtungen konzentrieren mussten.
- 2015, nur 5 Jahre später, wurde das Wajong erneut geändert. Bei den Neueintritten haben nur Menschen, die durch Krankheit oder Behinderung vollständig und dauerhaft erwerbsunfähig sind, Anspruch auf Renten des neuen Wajong 2015. Der Zustrom wurde 2015 um 75 Prozent vermindert.



## **Anhang: Liste der nationalen Expertinnen und Experten und Koordinator des Berichts**

**Dänemark:** Tobias Carstensen, MSc, arbeitete während drei Jahren als Forscher in einem privaten Forschungsinstitut und beschäftigte sich mit langdauernder Abwesenheit vom Arbeitsmarkt aufgrund von Krankheit sowie psychisch beeinträchtigten Bezügerinnen und Bezüger von Invaliditätsleistungen und ihrer Verankerung im Arbeitsmarkt. Gegenwärtig arbeitet er als Archivar im Staatsarchiv von Dänemark.

**Österreich:** Michael Fuchs, MSc, ist seit 2000 Forscher am European Centre for Social Welfare Policy and Research in Wien. Er war Koordinator und Mitwirkender an mehreren internationalen und nationalen Forschungsprojekten in den Bereichen Arbeitsmarktpolitik, soziale Sicherheit und soziale Integration, die von der Europäischen Kommission, der Weltbank, der WHO sowie von staatlichen Ministerien und lokalen Regierungen Österreichs in Auftrag gegeben wurden.

**Vereinigtes Königreich:** Dr. Sarah Woodin ist unabhängige Forscherin und Research Associate an der Universität von Leeds (GB). Sie hat an zahlreichen nationalen und länderübergreifenden sozialpolitischen Forschungsprojekten, insbesondere zu den Themen Sozialpolitik, Beschäftigung, Behinderung und Gender mitgearbeitet (z. B. Academic Network of European Disability Experts [ANED], Fundamental Rights Agency [FRA], Daphne-Programm).

**Schweden:** Dr. Sara Hultqvist arbeitet für das Nordic Centre for Welfare and Social Issues in Stockholm, das den Nordischen Ministerrat mit wissenschaftlichen Berichten zum Thema Sozialversicherungen in nordischen Länder versorgt. Sie ist zudem Dozentin an der Schule für Sozialarbeit der Universität Lund.

**Niederlande:** Edwin Luitzen De Vos, MSc, ist Inhaber von Champ Research and Consultancy (Amsterdam). Er hat zu den Themen soziale Sicherheit, Beschäftigung, Inklusion und aktive Arbeitsmarktpolitiken publiziert. Ausserdem forscht er im Auftrag verschiedener europäischer Organisationen (EuroFund, TAIEX) und der IAO und ist aktives Mitglied von Expertengruppen im Bereich Behinderung und Arbeit (GLADNET, LEVERHULM, EHESP, DSiN).

**Koordination:** Dr. Rienk Prins arbeitete bis 2014 als leitender Forscher/Berater bei der AStri Policy & Consultancy Group (Leiden, Niederlande). Er koordinierte verschiedene länderübergreifende Studien im Bereich soziale Sicherheit, Behindertenpolitik und Arbeitsintegration und setzte seine Beratungserfahrungen in Projekten der Weltbank, der OECD und der EU ein.

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

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

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

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