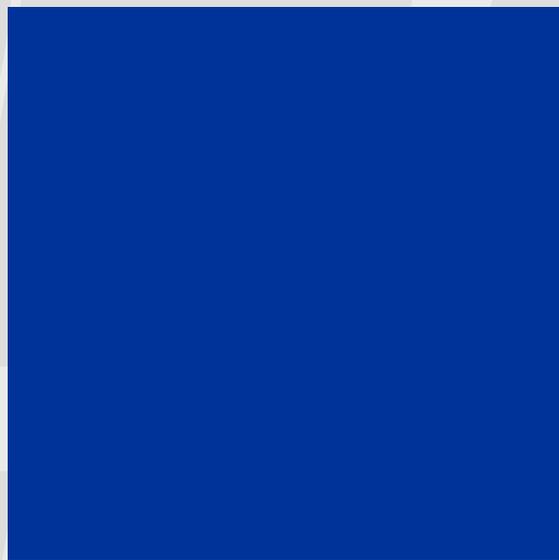


BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

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

Synthesebericht des Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung FoP-IV 2006-2009

Forschungsbericht Nr. 10/10



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

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

- Autoren/Autorinnen:** Diverse Autor/innen
Redaktion: Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
CH-3003 Bern
- Auskünfte:** Martin Wicki
Abteilung Mathematik Analysen Statistik
Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. +41 (0) 31 322 90 02
E-mail: martin.wicki@bsv.admin.ch
- ISSN:** 1663-4659
- Copyright:** Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares
an das Bundesamt für Sozialversicherungen gestattet.
- Vertrieb:** BBL, Vertrieb Publikationen, CH - 3003 Bern
<http://www.bundespublikationen.admin.ch>
- Bestellnummer:** 318.010.10/10 d

Mehrjähriges Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung (FoP-IV)

Synthesebericht des Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung FoP-IV 2006-2009

Bundesamt für Sozialversicherungen

Auf der Grundlage der Schlussberichte zu den einzelnen Projekten des Programms gibt der Synthesebericht FoP-IV das Resultat einer vertieften Diskussion im BSV wieder.

An der Berichterstellung massgeblich beteiligt waren:

Kapitel 1-5: Martin Albrecht, Anke Schliwen, Alina Wolfschütz (IGES Berlin), Maria Ritter, Ariane Itin, Martin Wicki (alle BSV); Redaktion: Martin Albrecht und Martin Wicki

Kapitel 6: Eric Patry, Bruno Schnellmann, Inès Rajower (alle BSV); Redaktion: Eric Patry und Martin Wicki

Vorwort des Bundesamts für Sozialversicherungen

Lange Zeit war die Invalidenversicherung (IV) als Gegenstand der Forschung vernachlässigt worden. Wissenschaftliche Grundlagen für eine gezielte Weiterentwicklung der IV fehlten weitgehend. Dies wurde auch von der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates in einem Bericht aus dem Jahr 2005 bemängelt. Die IV ist jedoch auf wissenschaftliche Grundlagen angewiesen, um ihre vielschichtigen Aufgaben in einem komplexen Umfeld erfolgreich bewältigen zu können. Im Rahmen des Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung (FoP-IV, 2006-2009) wurden nun zahlreiche vertiefte Problem- und Wirkungsanalysen über die IV erarbeitet, welche der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt wurden und in die laufende Praxis sowie die Weiterentwicklung der IV einfließen.

Im vorliegenden Synthesebericht werden die Forschungsprojekte mit ihren Schlussfolgerungen und den daraus abgeleiteten Empfehlungen zusammenfassend dargestellt. Im Zentrum steht dabei die Untersuchung endogener (vom „System IV“ selbst beeinflusster) sowie exogener Ursachen für den Invalidisierungsschub zwischen 1990 und 2005. Zudem werden die Erkenntnisse zu möglichen Schnittstellenproblemen zwischen der IV und anderen Sozialleistungsträgern sowie zu Umsetzung und Wirkungen von Regelungen und Massnahmen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) zusammengefasst.

Das FoP-IV steht im Kontext eines Entwicklungsprozesses, in dem sich die IV verstärkt von einer Renten- hin zu einer Eingliederungsversicherung bewegt: Mit der 4. IVG-Revision (in Kraft seit 2004) wurde die Basis gelegt, um den Abklärungsprozess besser zu strukturieren. Die Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) wurden eingeführt und die aktive Arbeitsvermittlung forciert. Ebenfalls auf die Eingliederung in den Arbeitsmarkt ausgerichtet war in der Folge die 5. IVG-Revision: Der Leitsatz „Eingliederung vor Rente“ wurde ab dem Jahr 2008 ins Zentrum gerückt und es wurde konsequent in Eingliederungsmassnahmen investiert. Massnahmen wie die Früherfassung oder die Frühintervention erlauben es seitdem, einer Invalidität frühzeitig vorzubeugen, bzw. teilleistungsfähige Personen besser im Erwerbsleben zu halten, statt ihnen eine ganze oder eine Teilrente zu entrichten. Mit Integrationsmassnahmen werden nun auch Menschen mit psychischen Erkrankungen unterstützt und befähigt, im ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein. Mit der laufenden 6. IVG-Revision soll die verstärkte Eingliederungsorientierung auf Personen ausgeweitet werden, die bereits eine IV-Rente beziehen. Diese „Eingliederung aus Rente“ soll konsequent unterstützt werden durch niederschwellige Eingliederungsangebote, flexibilisierte berufliche Massnahmen, Arbeitgeberanreize sowie ein stufenloses Rentensystem, das die Erwerbsanreize der IV-Rentner/innen erheblich verbessert.

Das FoP-IV hat diese strategische Weiterentwicklung der IV wissenschaftlich begleitet. Die Studien haben zahlreiche Forschungslücken gefüllt, aber auch weitergehende Fragen aufgeworfen. Vermutete Zusammenhänge konnten bestätigt, neue Argumentationsbausteine begründet, brisante Diskussionszusammenhänge versachlicht werden. Nicht zuletzt wurden verschiedene Massnahmen evaluiert und Impulse für Verbesserungsmöglichkeiten gegeben. So wurde beispielsweise empfohlen, die Interprofessionalität bei den IV-Abklärungen zu stärken, die Verfahrensdauer zu kürzen und die Kontaktnetze der IV-Stellen zu Arbeitgebern auszubauen. Im abschliessenden Teil des vorliegenden Syntheseberichts wird entsprechend erläutert, wo mit der 4. und 5. IVG-Revision Reformschritte bereits in die empfohlene Richtung unternommen worden sind, inwiefern weitere Schritte in der 6. Revision vorgesehen sind und welche weitergehenden Fragen offen bleiben.

Der Forschungsbedarf zur IV ist mit FoP-IV noch lange nicht gestillt. Im Zentrum des nächsten Forschungsprogramms FoP2-IV steht die Evaluation der 4. und 5. IVG-Revision. Aus diesem Evaluationsprozess werden weitere wichtige Impulse für die Durchführung und die Weiterentwicklung der IV erwartet. In diesem Sinne kommt auch FoP2-IV eine zentrale Bedeutung zu, wenn es gilt, die Eingliederungsorientierung der IV weiter nachhaltig und wirkungsvoll zu verankern und zu entwickeln.

Stefan Ritler, Vizedirektor
Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung
Bundesamt für Sozialversicherungen

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Pendant longtemps, la recherche ne s'est guère penchée sur l'assurance-invalidité (AI). Les bases scientifiques d'un développement ciblé de l'AI étaient quasiment inexistantes, ce que la Commission de gestion du Conseil des Etats déplorait dans un rapport de 2005. Pourtant, l'AI a besoin de telles bases pour remplir ses multiples tâches dans un environnement complexe. De nombreuses analyses approfondies de problèmes et d'impact ont été menées dans le cadre du programme de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI, 2006-2009), avant d'être présentées aux milieux intéressés et intégrées à la pratique et au développement de l'assurance.

Le présent rapport de synthèse expose succinctement ces projets de recherche et leurs conclusions, et en tire des recommandations. Les causes endogènes (influencées par le système AI lui-même) et exogènes de la forte augmentation des cas d'invalidité de 1990 à 2005 ont figuré au cœur des recherches. Le rapport résume également les connaissances engrangées sur les problèmes d'interface potentiels entre l'AI et d'autres branches de la sécurité sociale ainsi que sur la mise en œuvre et les effets des dispositions et des mesures de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI).

Le PR-AI s'inscrit dans un processus qui fait évoluer l'AI d'une assurance de rentes en une assurance de réadaptation : la 4^e révision (en vigueur depuis 2004) a jeté les bases pour mieux structurer la procédure d'instruction, mettre sur pied les services médicaux régionaux (SMR) et renforcer l'aide active au placement des assurés. La 5^e révision, entrée en vigueur en 2008, visait elle aussi la réinsertion sur le marché du travail, en donnant plus de poids au principe selon lequel « la réadaptation prime la rente » et en investissant résolument dans les mesures de réadaptation. La détection et l'intervention précoces permettent depuis lors de prévenir à temps la survenance d'une invalidité et de mieux maintenir dans le monde professionnel les personnes n'ayant plus toute leur capacité de travail au lieu de leur verser une rente entière ou partielle. Les mesures de réinsertion s'adressent tout particulièrement aux personnes atteintes dans leur santé psychique, à qui elles permettent d'exercer un emploi sur le marché primaire du travail. La 6^e révision, en cours d'élaboration, a pour objectif d'étendre cette approche aux bénéficiaires de rente. Leur réadaptation doit être fermement soutenue par une batterie de mesures faciles d'accès, pas des mesures d'ordre professionnel souples, par des incitations visant les employeurs et par un système de rentes plus propre à inciter financièrement les bénéficiaires de rente à renouer avec le monde du travail.

Le PR-AI a accompagné scientifiquement ce développement stratégique de l'AI. Les études ont ainsi comblé de nombreuses lacunes, mais aussi soulevé des questions qui nécessiteront d'autres travaux. Elles ont permis de confirmer des hypothèses sur certains liens de cause à effet, d'étayer de nouveaux éléments argumentatifs, d'objectiver des questions délicates, et surtout d'évaluer différentes mesures, en fournissant des impulsions pour les améliorer. Se fondant sur elles, le rapport recommande de renforcer l'interprofessionnalité dans les instructions de l'AI, de réduire la durée de la procédure et de développer les réseaux de contacts entre les offices AI et les employeurs. Sa dernière partie précise en quoi les 4^e et 5^e révisions représentent déjà une avancée dans la direction recommandée, dans quelle mesure la 6^e révision poursuivra dans cette voie et à quelles questions la recherche doit encore répondre.

Après le PR-AI, en effet, de nombreuses recherches sur l'AI restent encore à mener.

L'aspect central du prochain programme de recherche, le PR-AI2, sera l'évaluation des 4^e et 5^e révisions de l'AI. Ce processus fournira d'autres impulsions pour la mise en œuvre et le

développement de l'assurance. En ce sens, le PR-AI2 revêt aussi une importance cruciale si l'on veut poursuivre et pérenniser efficacement l'orientation de l'AI vers la réadaptation.

Stefan Ritler, vice-directeur
Chef du domaine Assurance-invalidité
Office fédéral des assurances sociales

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

L'assicurazione per l'invalidità (AI) è stata a lungo trascurata dalla ricerca. Per molto tempo, infatti, le basi scientifiche per lo sviluppo mirato dell'AI sono state molto carenti. Questa situazione è stata deplorata, in un rapporto del 2005, anche dalla Commissione della gestione del Consiglio degli Stati. L'AI non può fare a meno di basi scientifiche per poter assolvere con profitto i suoi molteplici compiti in un contesto molto complesso. Nel programma di ricerca sull'assicurazione invalidità (PR-AI 2006-2009) si sono svolte numerose analisi approfondite dei problemi e dell'efficacia dell'AI; i risultati sono stati messi a disposizione del pubblico interessato e integrati nella prassi e nell'ulteriore sviluppo dell'AI.

Il presente rapporto riassume i progetti di ricerca con le conclusioni e raccomandazioni che ne sono derivate. L'oggetto principale dello studio è rappresentato dalle cause endogene ed esogene dell'aumento vertiginoso dei casi d'invalidità registrato tra il 1990 e il 2005. Viene inoltre presentato un quadro delle conoscenze acquisite sugli eventuali problemi di coordinamento tra l'AI e altri enti competenti per le assicurazioni sociali e sull'attuazione e sugli effetti delle regolamentazioni e misure previste dalla legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (LAI).

Il PR-AI si inserisce in una fase di sviluppo in cui l'AI da assicurazione di rendite si sta trasformando decisamente in assicurazione per l'integrazione: la 4^a revisione della LAI (entrata in vigore nel 2004) ha posto le basi per perfezionare il processo di accertamento, introdotto i Servizi medici regionali (SMR) e potenziato il collocamento attivo sul mercato del lavoro. Anche la successiva 5^a revisione ha avuto per filo conduttore l'integrazione nel mercato del lavoro: dal 2008 si è rafforzato il principio "priorità dell'integrazione sulla rendita" e si è investito in maniera coerente in provvedimenti di integrazione. Da allora provvedimenti, come ad esempio il rilevamento e l'intervento tempestivo, consentono di prevenire per tempo l'invalidità o di impiegare almeno in parte nel mondo del lavoro persone con una capacità lavorativa ridotta, invece di versare loro una rendita intera o parziale. Grazie ai provvedimenti di reinserimento ora si sostengono in particolare anche persone affette da malattie psichiche ripristinando la loro capacità di svolgere un'attività sul mercato del lavoro primario. Con la 6^a revisione LAI, che è attualmente in fase di preparazione, si intende estendere il più deciso orientamento all'integrazione alle persone che già percepiscono una rendita AI. Il programma di "integrazione a partire da una rendita" sarà sostenuto da un'offerta di misure di integrazione facilmente accessibili, provvedimenti professionali flessibilizzati, incentivi per i datori di lavoro e un sistema di rendite che stimola assai di più i beneficiari di rendite AI a svolgere un'attività lucrativa.

Il PR-AI ha fatto da guida scientifica allo sviluppo strategico dell'AI in questo senso. Gli studi svolti hanno colmato molte lacune teoriche, sollevando tuttavia anche nuovi interrogativi. È stato possibile confermare alcuni nessi precedentemente ipotizzati, gettare le basi per nuove argomentazioni e disinnescare alcuni termini esplosivi. Non da ultimo va menzionato che sono stati valutati diversi provvedimenti e forniti spunti per migliorare il sistema. Si è ad esempio raccomandato di rafforzare il principio dell'interprofessionalità negli accertamenti AI, abbreviare i tempi procedurali e ampliare la rete di contatti tra gli uffici AI e i datori di lavoro. Nella parte conclusiva del rapporto viene quindi esposto quali sono stati gli interventi della 4^a e 5^a revisione della LAI che vanno già nella direzione raccomandata per la riforma, in quale misura ne sono previsti nella 6^a revisione e quali sono le questioni più complesse ancora irrisolte.

Con il primo PR-AI il bisogno di approfondire la ricerca sull'AI è tutt'altro che soddisfatto. Al centro del prossimo programma di ricerca PR2-AI vi sarà la valutazione della 4^a e 5^a revisione, da cui si attendono ulteriori stimoli per l'attuazione e il rinnovamento dell'AI. Anche il PR2-AI sarà di fondamentale importanza per il radicamento duraturo ed efficace nell'AI del principio dell'integrazione.

Stefan Ritler, vicedirettore
Responsabile dell'Ambito Assicurazione invalidità
Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Foreword by the Swiss Federal Social Insurance Office

For a long time invalidity insurance (IV) was neglected as an area of research, and scientific bases for targeted development of the IV system were extensively lacking. Sources of criticism of this situation included a 2005 report by the Control Committee of the Council of States. The IV system is reliant on scientific bases if it is to be successful managing its multi-faceted tasks within a complex environment. As part of the research programme on invalidity insurance (FoP-IV, 2006-2009), a large number of thorough problem and impact analyses were developed with respect to the IV system. These were made publicly available to interested parties and are being incorporated into ongoing practice and the further development of the IV system.

This report summarizes the research projects, their conclusions and the derived recommendations. The focus is on the analysis of endogenous causes (i.e. those influenced by the IV system itself) and exogenous causes of the surge in invalidity cases between 1990 and 2005. It also presents the findings on potential interaction issues between the IV system and other social benefits providers and on the implementation and impact of regulations and measures contained within the Federal Law on Invalidity Insurance (IVG).

The FoP-IV is part of a development process aimed at strengthening the shift within invalidity insurance away from benefits and towards integration and rehabilitation. The Fourth IVG Revision (which came into effect in 2004) has established a basis to improve the structure of the inquiries process, introduced the "Regional Physician Services" (RAD) and strengthened proactive job placement. The Fifth IVG Revision likewise targeted integration into the labour market; starting in 2008, the principle of "rehabilitation before pension" was strengthened and systematic investment was made in rehabilitation measures. Furthermore, the Revision brought in measures such as early detection and early intervention, meaning that invalidity can be prevented at an early stage and individuals with some ability to work can more easily remain within working life instead of drawing full or partial invalidity benefits. Integration measures now also include a special focus on individuals with psychological illnesses, supporting them and enabling them to be active in the first labour market. The ongoing Sixth IVG Revision will aim at extending the focus on rehabilitation to include individuals who already draw IV benefits. This "rehabilitation out of pensions" will be systematically supported by low-threshold rehabilitation options, flexible occupational measures, employer incentives and a benefits system that significantly improves the financial incentives for recipients of IV benefits to work.

The FoP-IV has scientifically monitored this strategic development within the IV system. The studies have filled numerous gaps in research, but have also raised further questions. Suspected links have been confirmed, new points of argumentation substantiated and lively discussion areas made more objective. The studies also evaluated various measures and provided impetus to improvement options. For example, the recommendations include strengthening interprofessionalism during IV inquiries, reducing the length of the process and expanding the contact networks between IV branches and employers. The final part of this summary report therefore highlights the areas in which the Fourth and Fifth IVG Revisions have already made steps towards reform in line with recommendations, the extent to which further steps are envisaged as part of the Sixth Revision and the probing questions that remain unanswered.

The need for research pertaining to the IV system has by no means been met by the FoP-IV. The focus of FoP2-IV, the upcoming research programme, will be an evaluation of the Fourth

and Fifth IVG Revisions. This evaluation process is expected to provide further important impetus to the operation and further development of the IV system. In this way FoP2-IV will be of central importance in sustainably and effectively establishing the IV focus on rehabilitation.

Stefan Ritler, Deputy Director
Head of Invalidity Insurance
Federal Social Insurance Office

Inhaltsverzeichnis

Glossar	I
Zusammenfassung	III
Résumé	VII
Riassunto	XI
Summary	XV
1 Einleitung	1
1.1. Grundlagen des Forschungsprogramms FoP-IV	1
1.1.1 Ausgangslage	1
1.1.2 Entwicklung und Organisation des FoP-IV	1
1.1.3 Kosten des Programms	2
1.2. Schwerpunkte des Forschungsprogramms FoP-IV	2
1.2.1 Abgedeckte Themenfelder	2
1.2.2 Aufbau des Syntheseberichts	4
2 Analyse der Ausgangs- und Problemlage	5
3 Fragestellungen	9
4 Analyse der potenziellen Einflussfaktoren	11
4.1 Endogene Einflussfaktoren (systeminduzierte Leistungsausweitung)	11
4.1.1 Individuelle Akteure.....	11
4.1.2 Institutionelle Einflüsse (IV-System)	15
4.2 Einflüsse aus angrenzenden Systemen	17
4.2.1 Schnittstellenprobleme.....	17
4.2.2 Rechtsprechung.....	20
4.3 Exogene Einflüsse	21
4.3.1 Allgemein	21
4.3.2 Gesundheitszustand der Bevölkerung (Epidemiologie)	23
4.3.3 Situation und Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt.....	25
5 Evaluation von Massnahmen	27
5.1 Evaluation von Massnahmen der Anspruchsprüfung.....	27
5.2 Evaluation von Massnahmen zum Verbleib oder zur Integration in den Arbeitsmarkt.....	30
5.3 Evaluation von Massnahmen zur Verringerung der Schnittstellenprobleme ..	31
6 Empfehlungen der Forschung und Stellungnahme des BSV	33
6.1 Endogene Faktoren	33
6.1.1 IV-Verfahren und berufliche Wiedereingliederung	33
6.1.2 Potenziale der Unternehmen und Arbeitgeberkontakte der IV	36
6.2 Exogene Faktoren	38
6.3 Schnittstellen im System der sozialen Sicherheit	39
6.4 Evaluation der Wirkung gesetzlicher Regelungen und Massnahmen	41
Literatur	43

Glossar

Prävalenz	Anzahl der zum Untersuchungszeitpunkt invaliden Individuen
Inzidenz	Anzahl der neu invalidisierten Individuen (Neurentner/innen)
gewichtete Renten	Auf ganze Renten hochgerechnete Rentenzahl (z.B. zwei halbe Renten ergeben eine gewichtete Rente)
ungewichtete Renten	Alle Renten, unabhängig vom Rentenanteil (ganze, Dreiviertels-, halbe und Viertelsrente)
endogene Faktoren	Im System der Invalidenversicherung selbst begründete Einflüsse (systeminduziert)
exogene Faktoren	Gesellschaftliche Phänomene, die als Rahmenbedingungen des IV-Systems Einfluss ausüben
Stressor(en)	Stressfaktoren: Innere und äussere Reiz-Ereignisse, die Anpassungsfähigkeit erfordern
Unterschichtung	Der einwanderungsbedingte Zuzug ersetzt die bisherige gesellschaftliche Unterschicht und ermöglicht dieser faktisch einen relativen sozialen Aufstieg
Vulnerabilität	Gesellschaftlicher Zustand, der durch Anfälligkeit, Unsicherheit und Schutzlosigkeit geprägt ist
Primärprävention	Vorbeugende Massnahmen zur Verhinderung von erwarteten Schädigungen, z.B. durch Informationskampagnen oder Impfungen. Sekundäre Prävention ist demgegenüber auf Eindämmen und Rückdrängen bestehender Schädigungen ausgerichtet und tertiäre Prävention darauf, die Folgen eingetretener Schädigungen zu reduzieren oder aufzuheben
Aggravation	Bewusstes übertriebenes Betonen von - im Unterschied zur Simulation - echt vorhandenen Krankheitssymptomen, deren Schwere nicht im Verhältnis zum objektiven Krankheitsbefund steht
Simulation	Bewusstes vortäuschen nicht vorhandener Symptome eines Krankheitsbildes
Beschwerdevalidierung	Überprüfen der Plausibilität der vom Versicherten geschilderten Beschwerden. Inkonsistenzen zwischen beobachteten und erwarteten Leistungen sind nicht notwendigerweise auf Aggravation oder Simulation zurückzuführen, sondern können auch Ausdruck gesundheitlicher (insbesondere psychischer) Störungen sein. Motivation und Bewusstseinsnähe der Beschwerden sind demnach zu klären.
evidenzbasiert	Auf der Grundlage empirisch nachgewiesener Wirksamkeit begründet
Interprofessionalität	Enge Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen (oft auch als „Interdisziplinarität“ oder „Transdisziplinarität“ bezeichnet. Interdisziplinarität wird im medizinischen Feld jedoch für die Zusammenarbeit mehrerer Disziplinen <i>innerhalb der Medizin</i> verstanden)

Disability Management	Ansatz eines Unternehmens zum Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Mitarbeitenden (von Prävention über Früherkennung bis Reintegration umfassend)
Beschäftigungsquote	Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter, die tatsächlich einer Beschäftigung nachgehen

Zusammenfassung

Ausgangslage, Fragestellungen und Vorgehen

Die starke Zunahme der Bezügerinnen und Bezüger von IV-Renten in den 1990er Jahren bis gegen 2005, die daraus resultierenden finanziellen Belastungen für die Invalidenversicherung und der Umstand, dass die psychisch begründeten IV-Berentungen stark überproportional wuchsen, waren der Hintergrund, vor dem im Jahre 2006 ein mehrjähriges Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung (FoP-IV) lanciert wurde. Gegenstand des Programms waren die Ursachen dieser Entwicklung, wofür es bisher zwar Hypothesen, aber kein wissenschaftlich gesichertes Wissen gab, sowie die Wirksamkeit von Massnahmen des IVG und der 4. Revision. Die rechtliche Grundlage des Forschungsprogramms wurde in der 4. Revision mit Art. 68 IVG gelegt, in dem das Bundesamt für Sozialversicherungen beauftragt wird, „wissenschaftliche Auswertungen über die Umsetzung des Gesetzes“ zu erarbeiten.

Nach breiter Konsultation der wichtigsten Akteure wurde ein Forschungskonzept ausgearbeitet, das am 22. Mai 2006 vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) für eine Laufzeit von 2006-2009 mit einem Kredit von CHF 3 Mio. bewilligt wurde. Erste Ausschreibungen erfolgten im Herbst 2006.

Die Schwerpunkte des FoP-IV wurden in vier Themenfeldern gesetzt: Ein erster Schwerpunkt wurde auf das Funktionieren des Systems Invalidenversicherung und der Schnittstellen zu andern Teilsystemen der sozialen Sicherung gelegt. Dem Handeln der relevanten Akteure und den auf sie wirkenden Anreizen in der Invalidenversicherung war ein zweiter Schwerpunkt gewidmet. Drittens wurden Fragen nach den Hintergründen des starken Anwachsens psychisch begründeter Berentungen gestellt. Schliesslich wurden in einem vierten Schwerpunkt ausgewählte Massnahmen und Regelungen des IVG und der 4. Revision evaluiert. Für die gut 20 durchgeführten Forschungsprojekte wurden CHF 2.2 Mio. vertraglich verpflichtet.

Der Synthesebericht fasst die wichtigsten Resultate der 20 Forschungsberichte zusammen und diskutiert sie nach den beiden Hauptfragen:

- Ursachen der rasanten Entwicklung der Rentnerzahlen zwischen 1990 und 2005,
- Wirkungen ausgewählter gesetzlicher Regelungen und Massnahmen des IVG.

Auf die erste Frage nach den Gründen für die Entwicklung lassen sich Faktoren benennen, die wiederum in endogene, vom IV-System selbst beeinflusste oder beeinflussbare, und in exogene Faktoren unterteilen, also Rahmenbedingungen, auf die das IV-System selbst nicht direkt Einfluss nehmen kann, sondern auf die es adäquat reagieren sollte. Schliesslich werden auch Schnittstellenprobleme zwischen den Zweigen des sozialen Sicherungssystems thematisiert, welche die Effektivität oder Effizienz der IV beeinflussen. Ziel des Forschungsprogramms war es somit, die Ursachen des raschen und starken Wachstums der Rentenzahlen zu benennen, Grundlagen zur Beurteilung der Wirksamkeit von Massnahmen zu erarbeiten und aus den Erkenntnissen Hinweise zur Verbesserung der Massnahmen und Impulse für die Entwicklung neuer Instrumente und allenfalls Gesetzesanpassungen zu gewinnen.

Hauptergebnisse

Seit den 1990er Jahren wuchs der Bestand der IV-Rentner/innen in der Schweiz immer markant schneller an als jener der erwerbsfähigen Bevölkerung, um 2005 mit 252'000 den Höhepunkt zu erreichen. Wenn auch der Anteil der IV-Rentenbeziehenden im Vergleich zu andern europäischen Ländern am Ende dieser Periode immer noch im Mittelfeld stand, so war das Wachstum in diesen Jahren überdurchschnittlich. Und als besonders beunruhi-

gend erweist sich dabei die massive Zunahme der Rentenbeziehenden mit psychischen Erkrankungen als IV-Zugangsdiaagnosen. Dieser Anteil stieg von 1990, als er bei rund 25 % lag, bis auf über 40 % im Jahre 2005, was auch im internationalen Vergleich sehr hoch ist.

Die Analyse der *endogenen Einflussfaktoren* für das beschriebene Wachstum, also solchen, die sich vom IV-System grundsätzlich beeinflussen lassen, fokussierte in erster Linie auf individuelle Akteure, insbesondere die Versicherten. Sie suchte nach Erklärungen bei überrepräsentierten Gruppen versicherter Personen, die eine IV-Rente bezogen. Dabei liefert aber Überrepräsentation keine zwingende kausale Erklärung, sondern vielmehr Hinweise, wo vertieft nach den eigentlichen Ursachen zu suchen ist. Als zwei dominierende Gründe für die starke Leistungsexpansion der vergangenen Jahre wurden die zunehmende Bedeutung von Versichertengruppen identifiziert, bei denen sich Risikofaktoren kumulieren sowie die bislang unzureichende Integrationsorientierung der Invalidenversicherung.

Zu den kumulierten Risikofaktoren neigen insbesondere die Versichertengruppen der psychisch Kranken und ein Teil der Migrant/innen. Biographische Mehrfachbelastungen sowie ein Gemenge sozioökonomischer und gesundheitlicher Risiken führen bei diesen Gruppen zu teilweise sehr komplexen Invaliditätsfällen. Das zentrale Problem jeder Invaliditätsversicherung, die mangelnde Objektivierbarkeit bei der Bewertung von Krankheiten und der daraus folgenden Erwerbseinschränkungen, tritt hier in verschärfter Form auf. Der bei Abklärung der Erwerbsfähigkeit insbesondere bei psychisch oder schmerzbedingten Erkrankungen bestehende Ermessensspielraum könnte durch die systematische Erarbeitung von Beurteilungskriterien reduziert und damit die Gleichbehandlung verbessert werden, was jedoch in der Beobachtungsperiode höchstens in Ansätzen erfolgte. Ebenso wenig wurde der Entwicklung und dem Einsatz von Instrumenten der Beschwerdevalidierung zur Erkennung von Aggravation und Simulation bislang die notwendige Aufmerksamkeit geschenkt.

Die beiden Ursachenkomplexe psychische Beeinträchtigung und Migrationshintergrund verstärken sich zudem wechselseitig. Personen mit Schmerzstörungen und psychisch Beeinträchtigte, darunter insbesondere auch Migrant/innen, fehlten in der beruflichen Rehabilitation weitgehend. Dass daraus höhere Berentungsquoten und längerer Leistungsbezüge resultierten, muss als eine Folge davon angesehen werden.

Generell war das IV-Verfahren in der Vergangenheit zu stark auf die Prüfung eines allfälligen Rentenanspruchs fokussiert und stark medizinlastig, statt primär potenzialorientiert auf die Vermeidung einer Rente durch Integration oder Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt ausgerichtet. Hier zeigt sich eine gewisse Ambivalenz der Entwicklung in der Rechtsprechung: diese hat in den letzten Jahren die Standards der Beweiserhebung erhöht und damit zu fundierteren Abklärungen geführt, andererseits damit aber einer weiteren Medizinalisierung eher Vorschub geleistet. Zudem trug dies häufig zu verlängerter Verfahrensdauer bei, was wiederum das Chronifizierungsrisiko erhöhte. Schliesslich wurde auf die noch zu geringe Orientierung des IV-Verfahrens auf die Arbeitgeber hingewiesen. Die wesentlichen Ursachen der zurückliegenden Leistungsexpansion sind somit systemendogen, was Handlungsbedarf in erster Linie bei der IV selbst nahe legt.

Das Forschungsprogramm identifizierte aber auch *exogene Faktoren*, also solche, die ausserhalb des direkten Einflussbereichs der IV liegen. Diese waren allerdings von geringerer Bedeutung als die erwähnten endogenen Faktoren. Zu erwähnen sind ein auch international feststellbarer Trend der Zunahme von diagnostizierten psychischen Erkrankungen in Industrieländern sowie – mit Blick auf die Migrationsbevölkerung – die Einwanderungs- und Integrationspolitik der Schweiz. Eingliederungsbemühungen der IV-Stellen können auch in einem schwierigen äusseren Umfeld erfolgreich sein, ein relativ hoher Anteil des zweiten Sektors an der regionalen Wirtschaftsstruktur erwies sich dabei als ein integrationsförderlicher exogener Faktor.

Die Stärkung des Prinzips „Integration vor Rente“ verlangt auch betriebliches Engagement für die Reintegration erkrankter oder verunfallter Beschäftigter. Unternehmen ergreifen – meist unter Oberbegriffen wie "Disability Management" oder „Gesundheitsmanagement“ – zunehmend entsprechende Massnahmen. Sie zielen mit solchen Massnahmen vor allem auf die Reduktion von Arbeitsabsenzen, erkennen aber auch, dass damit die Prämienbelastungen bei der Unfall-, der Krankentaggeld- sowie der Risikoversicherung der zweiten Säule begrenzt werden kann. Zudem streben sie damit positive, produktivitätsrelevante oder unternehmenskulturelle Wirkungen wie erhöhte Arbeitszufriedenheit und Mitarbeiterbindung an. Nach ihrer Einschätzung könnten die IV-Stellen Betriebe noch stärker dabei unterstützen, ein betriebliches Disability Management einzuführen.

Schnittstellenprobleme zwischen den unterschiedlichen Zweigen des Systems der sozialen Sicherung, in erster Linie zwischen der Invaliden-, der Arbeitslosenversicherung und der Sozialhilfe, trugen nicht massgeblich zur Leistungsexpansion bei. Das Ausmass der mehrfachen Verschiebungen zwischen den Teilsystemen ("Drehtüreffekt") war in der dreijährigen Beobachtungsperiode gering. Etwas häufiger liessen sich gleichzeitige Leistungsbezüge aus mehreren Teilsystemen feststellen, die noch vertiefter Untersuchungen bedürfen.

Als wirksam haben sich die im Bereich IV-Abklärungen ergriffenen *Massnahmen* erwiesen, mit denen die Zielkonformität der Leistungen erhöht werden soll. Der Aufbau der "regionalen ärztlichen Dienste" (RAD) seit dem Jahr 2005 verbesserte die Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen bei der Rentenabklärung, sie konnten allerdings keine eindeutig dämpfende Wirkung auf die Rentenausgaben bewirken. Die erste Evaluation eines Pilotprojekts im Rahmen der Interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) – den Medizinisch-arbeitsmarktlichen Assessments mit Case Management (IIZ-MAMAC) – fiel ernüchternd aus: Weder konnte eine Senkung der Verfahrensdauer noch eine erhöhte Integrationsrate nachgewiesen werden.

Schlussfolgerungen

Wenngleich exogene Faktoren die schwierige Entwicklung der Invalidenversicherung in den letzten Jahrzehnten mitgeprägt haben, so sind doch endogene Faktoren wesentlich stärker zu gewichten. Insbesondere die unzureichende Systematisierung der Abklärungsverfahren bei psychisch und schmerzbedingten Erkrankungen sowie mangelnde berufliche Eingliederungsperspektive trugen wesentlich zum Wachstum der Neurenten bei.

Seit rund zehn Jahren verschiebt sich die Orientierung der Invalidenversicherung aber verstärkt von einer Renten- hin zu einer Eingliederungsversicherung. Mit der 4. Revision wurde der Abklärungsprozess besser strukturiert und die aktive Arbeitsvermittlung gestärkt, in der 5. Revision die Bedingungen für die Eingliederung in den Arbeitsmarkt mittels spezifischer Massnahmen verbessert. Insbesondere wurden die Voraussetzung zur besserer Kontaktqualität und –intensität der IV-Stellen mit den Arbeitgebenden ausgebaut. Damit wurden wesentliche Schlussfolgerungen aus dem Programm aufgenommen. Die Optimierung und Standardisierung der versicherungsmedizinischen Abklärungen – mitunter durch die Entwicklung von Leitlinien – und die Interprofessionalität dieser Prozesse ist eingeleitet. Die Integrationsmassnahmen, die mit der 5. IVG-Revision in Kraft getreten sind, ermöglichen eine verbesserte Anpassung der Unterstützung an die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Und die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten kann im Rahmen der Frühinterventionsmassnahmen schneller mit Arbeitsvermittlung oder Berufsberatung versorgt werden.

Hinsichtlich der exogenen Faktoren gilt es, zusammen mit Arbeitgebenden rehabilitative Konzepte zu entwickeln, die Zusammenarbeit mit vorgelagerten Systemen zu stärken sowie vermehrt transkulturelle Kompetenzen in den IV-Stellen zu entwickeln. Auch sind Modelle der interinstitutionellen Zusammenarbeit auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der MAMAC-Evaluation weiter zu entwickeln. Die Resultate der Studie über die Schnittstellen zwischen IV, ALV und Sozialhilfe haben den Impuls dazu gegeben, in Zusammenarbeit mit

SECO, SODK und BFS ein Monitoring zu entwickeln, auf dessen Grundlage die Verschiebungen zwischen diesen drei Sozialwerke beobachtet werden können.

Die erwähnten Massnahmen der 5. IVG-Revision zur Stärkung der Integrationsorientierung, insbesondere die Früherfassung und -intervention sowie Integrationsmassnahmen, konnten im Rahmen des Forschungsprogramms noch nicht evaluiert werden. Dies wird ein Schwerpunkt des zweiten mehrjährigen Programms FoP2-IV sein.

Résumé

Contexte, questions posées et procédure suivie

Le lancement en 2006 d'un programme pluriannuel de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI) avait pour motifs la forte augmentation du nombre de bénéficiaires de prestations AI depuis les années 90 jusque vers 2005, les charges financières qui en résultaient pour l'assurance, et le fait que le nombre de rentes AI pour raisons psychiques augmentait nettement plus que la moyenne. Le programme visait à dégager les causes de cette évolution, pour lesquelles on avait certes formulé des hypothèses, mais sur lesquelles on ne disposait pas de connaissances scientifiquement fondées, et à évaluer les effets des mesures prévues par la LAI et la 4^e révision de l'AI. La base légale du programme avait été posée par la 4^e révision, et plus précisément par l'art. 68 LAI, qui charge l'Office fédéral des assurances sociales de réaliser « des études scientifiques relatives à l'application de la loi ».

Un projet de programme, élaboré après une large consultation des principaux acteurs, a été approuvé par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) le 22 mai 2006 pour la période de 2006 à 2009, avec un crédit de 3 millions de francs. Les premiers appels d'offres ont été lancés à l'automne 2006.

Les thèmes de recherche du PR-AI ont été regroupés en quatre blocs thématiques. Le premier avait trait au fonctionnement du système de l'assurance-invalidité et à ses interfaces avec d'autres sous-systèmes de la sécurité sociale. Le deuxième portait sur le comportement des principaux acteurs et sur les incitations qui agissaient sur eux dans l'AI. Le troisième interrogeait les causes de la forte augmentation du nombre de cas d'invalidité pour raisons psychiques. Enfin, le quatrième avait pour but d'évaluer les effets de différentes dispositions de la LAI et de mesures introduites par la 4^e révision de l'AI. Un montant total de 2,2 millions de francs a été affecté par contrat à la vingtaine de projets de recherche qui ont été réalisés.

Le rapport de synthèse récapitule les principaux résultats des rapports de recherche et les discute à la lumière des deux questions principales :

- causes de l'évolution fulgurante du nombre de bénéficiaires de rente de 1990 à 2005,
- effets de certaines dispositions et mesures de la LAI.

En réponse à la première question, il est possible de citer un certain nombre de facteurs d'influence, lesquels se subdivisent en facteurs endogènes, qui trouvent leur origine à l'intérieur du système de l'assurance-invalidité, et en facteurs exogènes, qui constituent le cadre dans lequel ce système s'inscrit, sur lesquels il ne peut pas exercer d'influence directe, mais auxquels il devrait réagir de façon adéquate. La recherche a porté aussi sur des problèmes d'interface entre les branches du système de sécurité sociale, problèmes qui influent sur l'efficacité ou l'efficience de l'AI. Le programme de recherche avait donc pour objectifs de dégager les causes de la rapide et forte augmentation du nombre de rentes, d'élaborer des bases servant à évaluer les effets des mesures, et de tirer des résultats obtenus des pistes en vue d'améliorer les mesures ainsi que des impulsions pour développer de nouveaux instruments et préparer le cas échéant des modifications de la loi.

Principaux résultats

Depuis les années 90, l'effectif des rentiers AI en Suisse a progressé nettement plus vite que celui de la population en âge de travailler, pour culminer en 2005 avec 252 000 unités. Même si, à la fin de cette période, le pourcentage de bénéficiaires de rente AI au sein de la population se situait toujours dans la moyenne par rapport à d'autres pays d'Europe, la progression ces années-là n'en était pas moins supérieure à la moyenne. Et ce qui

s'avérait particulièrement inquiétant, c'était l'augmentation massive du nombre d'allocataires pour lesquels le diagnostic aboutissant à l'octroi d'une rente AI était une maladie psychique. Le pourcentage de ces cas est passé de 25 % en 1990 à plus de 40 % en 2005, ce qui est très élevé même en comparaison internationale.

L'analyse des *facteurs endogènes* influant sur l'évolution décrite, donc des facteurs sur lesquels le système de l'AI peut en principe agir directement, s'est concentrée d'abord sur des acteurs individuels, en particulier les assurés. Elle a cherché à expliquer pourquoi certains groupes d'assurés percevant une rente AI étaient surreprésentés. La surreprésentation ne fournit cependant pas forcément une explication causale, mais plutôt des indices sur les endroits où rechercher les vraies causes. Deux raisons principales ont été trouvées à la forte augmentation des prestations au cours des années en question : l'importance croissante de groupes d'assurés pour lesquels des facteurs de risque se cumulent, et l'orientation de l'assurance, jusque-là trop peu axée sur la réinsertion.

Ce sont surtout le groupe des malades psychiques et une partie des assurés issus de l'immigration qui tendent à cumuler les facteurs de risque. La multiplication d'épisodes difficiles ainsi qu'une quantité de risques d'ordre socio-économique et sanitaire produisent dans ces groupes des cas d'invalidité parfois extrêmement complexes. On observe ici sous une forme aiguë le principal problème de toute assurance-invalidité : la difficulté à objectiver l'évaluation des maladies et des limitations qui en résultent pour l'exercice d'une activité lucrative. La marge d'appréciation qui existe pour déterminer la capacité de gain, notamment des assurés souffrant de maladies psychiques ou de troubles douloureux, pourrait être réduite grâce à l'élaboration systématique de critères d'appréciation, ce qui améliorerait l'égalité de traitement, mais on n'en trouve tout au plus que l'ébauche au cours de la période considérée. On n'a pas non plus accordé suffisamment d'attention jusqu'ici à l'élaboration et à l'utilisation d'instruments de validation des symptômes en vue de repérer l'exagération ou la simulation de symptômes de la part des assurés.

Les deux faisceaux de causes, troubles psychiques et origine étrangère, se renforcent en outre mutuellement. Il était rare de trouver dans la réadaptation professionnelle des personnes souffrant de troubles douloureux ou d'affections psychiques, et parmi elles les personnes issues de l'immigration étaient plus rares encore. Il en résulte logiquement des taux de rentes plus élevés et des durées de perception plus longues.

De manière générale, la procédure AI était trop focalisée par le passé sur l'examen d'un éventuel droit à la rente et mettait trop l'accent sur l'aspect médical de la question au lieu d'être d'abord axée sur le potentiel des assurés et les moyens d'éviter la rente grâce à la réinsertion sur le marché primaire du travail. A cet égard, l'évolution de la jurisprudence trahit une certaine ambivalence : celle-ci a relevé la barre ces dernières années en matière d'administration des preuves, aboutissant à des instructions plus solides, mais tendant à renforcer du même coup l'accent mis sur l'aspect médical. Cela a aussi souvent eu pour conséquence de prolonger la durée de la procédure, accroissant par là même le risque que l'atteinte à la santé devienne chronique. Il a enfin été observé que la procédure AI ne prenait pas suffisamment en compte la perspective des employeurs. Les causes principales de l'expansion des prestations étaient donc endogènes, d'où la nécessité d'agir en premier lieu dans l'AI elle-même.

Mais le programme de recherche a identifié aussi des *facteurs exogènes*, autrement dit sur lesquels l'AI ne peut pas exercer d'influence directe. Leur importance était toutefois moindre que celle des facteurs endogènes. On peut citer à ce titre la tendance – observée au niveau international – à l'augmentation du nombre de diagnostics de maladies psychiques dans les pays industrialisés, ainsi que la politique suisse en matière d'immigration et d'intégration. Les efforts de réadaptation des offices AI peuvent être couronnés de succès

même dans un contexte extérieur difficile, une présence relativement forte du secteur secondaire dans la structure économique de la région s'avérant ici un facteur exogène favorisant la réinsertion.

Le renforcement du principe « la réadaptation prime la rente » exige aussi des entreprises qu'elles s'engagent en vue de réinsérer leurs collaborateurs malades ou accidentés. C'est ce qu'elles sont de plus en plus nombreuses à faire, par exemple à l'enseigne de la « gestion du handicap » ou de la « gestion de la santé au travail ». Par les mesures prises à ce titre, elles visent surtout à réduire les absences, mais elles se sont aussi rendu compte qu'elles pouvaient limiter ainsi la charge due aux primes d'assurance-accidents et d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, ainsi qu'aux primes de risque du 2^e pilier. Elles comptent également obtenir ainsi des effets positifs en termes de productivité ou de culture d'entreprise, tels que la satisfaction au travail ou la fidélisation des collaborateurs. De leur point de vue, les offices AI pourraient soutenir encore davantage les entreprises dans la mise en place d'une gestion du handicap.

Les *problèmes d'interface* entre les branches du système de sécurité sociale, principalement entre l'assurance-invalidité, l'assurance-chômage et l'aide sociale, n'ont pas contribué de façon déterminante à l'expansion des prestations. Sur une période d'observation de trois ans, les passages d'un sous-système à l'autre (« effet tourniquet ») ont été rares. On a observé un peu plus fréquemment la perception simultanée de prestations de plusieurs sous-systèmes, mais pour ces cas une étude plus approfondie s'impose.

Les *mesures* prises dans le domaine de la procédure d'instruction AI en vue de rendre les prestations plus conformes à l'objectif de l'assurance se sont avérées efficaces. La mise en place des services médicaux régionaux (SMR) à partir de 2005 a amélioré la qualité des bases de décision médicales pour l'examen du droit à la rente, sans pour autant avoir un effet clairement réducteur sur les dépenses liées aux rentes. La première évaluation d'un projet pilote réalisé dans le cadre de la collaboration interinstitutionnelle (CII), la CII-MAMAC (bilan médical, appréciation du potentiel professionnel par rapport au marché du travail et gestion par cas), laisse une impression bien plus mitigée : on n'a pu observer ni raccourcissement de la durée de la procédure, ni augmentation du taux de réinsertion.

Conclusions

Si les facteurs exogènes ont joué un rôle dans l'évolution subie par l'assurance-invalidité ces dernières décennies, l'influence des facteurs endogènes a cependant été bien plus importante. Le manque de systématisation de la procédure d'instruction touchant les affections psychiques et les troubles douloureux, ainsi que l'absence de perspective de réadaptation professionnelle, ont contribué de façon déterminante à faire augmenter le nombre de nouvelles rentes.

Il n'en reste pas moins que, depuis une dizaine d'années, l'assurance-invalidité tend de plus en plus à se transformer d'une assurance octroyant des rentes en une assurance de réadaptation. La 4^e révision a mieux structuré la procédure d'instruction et renforcé l'aide active au placement, et la 5^e révision a amélioré par des mesures spécifiques les conditions de réinsertion sur le marché du travail. En particulier, les conditions permettant d'améliorer la qualité et la fréquence des contacts entre les offices AI et les employeurs ont été développées. D'importantes conclusions tirées du programme ont ainsi été mises en pratique. L'optimisation et la standardisation de l'instruction médico-assurancielle – notamment grâce à l'élaboration de lignes directrices – ainsi qu'une collaboration interprofessionnelle dans ces processus sont sur les rails. Les mesures de réinsertion entrées en vigueur avec la 5^e révision de l'AI permettent de mieux adapter le soutien aux besoins spécifiques des personnes souffrant de troubles psychiques. Et le groupe cible des personnes

issues de l'immigration peut bénéficier plus rapidement de mesures de placement ou d'orientation professionnelle dans le cadre des mesures d'intervention précoce.

Pour ce qui est des facteurs exogènes, il importe de mettre au point des concepts de réadaptation de concert avec les employeurs, de renforcer la collaboration avec les systèmes situés en amont et de développer davantage les compétences transculturelles au sein des offices AI. Il s'agira aussi de perfectionner les modèles de collaboration interinstitutionnelle sur la base des enseignements tirés de l'évaluation du projet MAMAC. Les résultats de l'étude sur les interfaces entre l'AI, l'AC et l'aide sociale ont incité l'OFAS à développer – en collaboration avec le SECO, la CDAS et l'OFS – un monitoring sur la base duquel il sera possible d'observer les passages entre ces trois institutions.

Les mesures introduites par la 5^e révision de l'AI pour renforcer l'accent mis sur la réadaptation, en particulier la détection et l'intervention précoces et les mesures de réinsertion, n'ont pas encore pu être évaluées dans le cadre du programme de recherche. Cette évaluation sera l'un des principaux éléments du second programme pluriannuel, le PR-AI 2.

Riassunto

Situazione di partenza, quesiti e procedura

Il forte aumento del numero di beneficiari di rendite AI registrato dagli anni Novanta fino al 2005, gli oneri finanziari che ne sono derivati e che sono andati gravando sull'assicurazione invalidità e il fatto che in quel lasso di tempo le rendite AI dovute a disturbi psichici si sono moltiplicate a dismisura, sono stati all'origine della decisione di lanciare nel 2006 un programma di ricerca sull'assicurazione per l'invalidità (PR-AI). Oggetto del programma, della durata di quattro anni, sono state le cause di questo sviluppo, per cui non sono ancora disponibili spiegazioni scientificamente fondate e si possono quindi avanzare solo ipotesi, nonché l'efficacia dei provvedimenti previsti dalla LAI e dalla 4a revisione. Le basi giuridiche per lo svolgimento del programma di ricerca sono state create dalla 4a revisione con l'introduzione dell'art. 68 LAI, che conferisce all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali l'incarico di svolgere o fare effettuare "analisi scientifiche sull'attuazione della presente legge".

Dopo un'ampia consultazione dei più importanti attori è stato elaborato un piano di ricerca, approvato dal Dipartimento federale dell'interno (DFI) il 22 maggio 2006 e dotato di un budget di 3 milioni di franchi per gli anni dal 2006 al 2009. Nell'autunno 2006 sono stati banditi i primi concorsi.

Il PR-AI ha posto l'accento su quattro campi tematici: in primo luogo, si è analizzato il funzionamento dell'assicurazione invalidità e i punti di contatto con altri sottosistemi della sicurezza sociale; in secondo luogo, si è studiata l'azione degli attori rilevanti e gli stimoli che agiscono su di loro nell'assicurazione invalidità; in terzo luogo, si è cercato di fare luce sull'origine della forte crescita del numero di rendite dovute a problemi psichici; in quarto luogo, infine, si è valutata una cernita di provvedimenti e regolamentazioni previsti dalla LAI e dalla 4a revisione. Per la ventina di progetti di ricerca in programma è stata assegnata per contratto una somma complessiva di 2,2 milioni di franchi.

Il rapporto di sintesi riassume i più importanti risultati dei 20 rapporti di ricerca presentati e li analizza alla luce dei due quesiti principali seguenti:

- le cause dello sviluppo vertiginoso del numero di beneficiari di rendite tra il 1990 e il 2005
- gli effetti di singole disposizioni legali e provvedimenti della LAI.

Per quanto riguarda il primo quesito, sono stati individuati fattori di natura endogena, cioè fattori influenzati o influenzabili dal sistema AI, e fattori esogeni riscontrabili nelle condizioni quadro, su cui il sistema AI non può incidere direttamente, ma a cui dovrebbe dare una risposta adeguata. Infine si sono approfonditi anche problemi di coordinamento tra i vari rami delle assicurazioni sociali che incidono su efficacia ed efficienza dell'AI. L'obiettivo del programma di ricerca è stato dunque individuare le cause della forte e rapida crescita del numero di beneficiari di rendite, gettare le basi per la valutazione dell'efficacia dei provvedimenti esistenti e ricavare spunti per migliorarli, nonché fornire impulsi per lo sviluppo di nuovi strumenti ed eventualmente un adeguamento del quadro legale.

Risultati principali

Fin dagli anni Novanta, il numero di beneficiari di rendite d'invalidità nel nostro Paese è cresciuto a un ritmo più sostenuto della popolazione in età lavorativa, per raggiungere nel 2005 il picco massimo di 252 000 unità. Anche se alla fine di detto periodo la quota di beneficiari di rendite AI si situava nella media rispetto ad altri Paesi europei, la crescita era stata superiore alla media. Ma il dato più inquietante è stato l'aumento massiccio dei beneficiari di rendita con una malattia psichica. Dal 1990, la quota di questi beneficiari è lievitata

dal 25% fino a oltre il 40% nel 2005, una percentuale molto elevata anche nel confronto internazionale.

L'analisi dei *fattori d'influenza endogeni* per la crescita sopra descritta, vale a dire quelli influenzabili dal sistema AI, si è concentrata in primo luogo su alcuni attori individuali, in particolare sugli assicurati, cercando di spiegare perché alcuni gruppi di assicurati risultino sovrarappresentati fra i beneficiari di rendita AI rispetto ad altri. Il mero fatto di essere sovrarappresentati non fornisce, tuttavia, nessi causali attendibili, ma solo indizi su quali aspetti approfondire per trovare le cause vere e proprie. Due dei motivi individuati per la forte espansione delle prestazioni negli scorsi anni risiedono nella crescente importanza di gruppi di assicurati caratterizzati da un cumulo di fattori di rischio, e il finora scarso orientamento all'integrazione dell'assicurazione invalidità.

Tendono ad accumulare fattori di rischio in particolare i gruppi degli assicurati affetti da malattie psichiche e parte degli immigrati. Un sovraccarico di responsabilità individuali e un accumulo di fattori di rischio socioeconomici e sanitari sfociano per questi gruppi in casi d'invalidità spesso molto complessi. Si acuisce in questo contesto il problema centrale di ogni assicurazione invalidità, cioè l'impossibilità di oggettivare la valutazione delle malattie e delle limitazioni della capacità lavorativa che ne risultano. Il margine discrezionale esistente nel processo di accertamento della capacità lavorativa nel caso delle patologie psichiche o dolorose potrebbe essere ridotto grazie alla messa a disposizione di criteri di valutazione sistematici, i quali permetterebbero una maggiore parità di trattamento, cosa che, però, nel periodo di osservazione è stata riscontrata solo a tratti. Analogamente non si è prestata abbastanza attenzione allo sviluppo e all'impiego di strumenti che consentissero di valutare la veridicità dei disturbi accusati per riconoscere eventuali situazioni di aggravamento clinico o di simulazione.

Inoltre, i due complessi causali 'danno psichico' e 'background migratorio' si potenziano a vicenda. Le persone affette da patologie dolorose e psichiche, fra cui in particolare anche gli immigrati, non erano praticamente presenti nei programmi di riabilitazione professionale. La più alta quota di rendite e la maggiore durata di fruizione delle prestazioni riscontrate fra questi assicurati vanno viste come diretta conseguenza di questa circostanza.

In passato, le procedure AI tendevano a focalizzarsi troppo sulla verifica dell'eventuale diritto a una rendita e sugli aspetti medici, piuttosto che orientarsi principalmente al potenziale di integrazione o reintegrazione nel mercato del lavoro primario al fine di evitare l'assegnazione di una rendita. Si nota qui una certa ambivalenza nella recente evoluzione della legislazione che, da un lato, ha innalzato gli standard dell'assunzione delle prove, provocando accertamenti più approfonditi, ma dall'altro ha anche favorito l'ulteriore medicalizzazione della procedura. Ciò ha comportato inoltre procedure più lunghe, che a loro volta hanno inasprito il rischio di cronicizzazione delle patologie. Infine, si è rilevato che la procedura AI non coinvolgeva abbastanza i datori di lavoro. Le principali cause dell'espansione delle prestazioni sono quindi endogene e suggeriscono la necessità di agire soprattutto sul fronte dell'assicurazione invalidità stessa.

Ma il programma di ricerca ha identificato anche *fattori esogeni*, vale a dire fattori che si trovano al di fuori della sfera d'influenza diretta dell'AI. Si trattava, tuttavia, di fattori meno importanti di quelli endogeni sopra citati. Vanno inoltre menzionate la tendenza all'aumento delle malattie psichiche diagnosticate, riscontrabile a livello internazionale in generale e nei Paesi industrializzati in particolare, nonché, riguardo alla popolazione con retroterra migratorio, la politica dell'immigrazione e dell'integrazione della Svizzera. Gli sforzi d'integrazione degli uffici AI possono avere successo anche in un contesto difficile: una quota relativamente elevata del settore secondario nella struttura economica regionale si è rivelata essere un fattore esogeno favorevole all'integrazione.

Per rafforzare il principio "integrazione prima della rendita" è richiesto anche l'impegno delle aziende nella reintegrazione dei dipendenti ammalati o che hanno subito un infortunio. Sono in crescita le aziende che prendono misure in tal senso sotto il nome generico di "Disability Management" oppure "gestione della salute". Con queste misure mirano soprattutto a ridurre le assenze dal lavoro, ma riconoscono anche che con esse si possono contenere i premi dell'assicurazione contro gli infortuni, d'indennità giornaliera e di rischio del secondo pilastro. Le aziende puntano inoltre ad effetti positivi sulla produttività o sulla cultura aziendale, come ad esempio la soddisfazione sul lavoro e la fidelizzazione dei dipendenti. Gli uffici AI si ritengono in grado di sostenere maggiormente le aziende nell'introduzione di un "Disability Management" aziendale.

I *problemi di coordinamento* tra i diversi rami del sistema di sicurezza sociale ed in particolare modo tra l'assicurazione invalidità, l'assicurazione contro la disoccupazione e l'aiuto sociale non hanno contribuito in misura determinante all'espansione delle prestazioni erogate. Nel periodo di osservazione triennale, il fenomeno dei passaggi ripetuti da un sottosistema all'altro (il cosiddetto effetto della porta girevole) è stato contenuto. Più numerosi sono stati, invece, i casi di fruizione simultanea di prestazioni da più di un sottosistema che andranno ulteriormente analizzati.

Si sono invece rivelati efficaci i *provvedimenti* presi nell'ambito degli accertamenti AI con cui si mira a rendere le prestazioni più conformi agli obiettivi stabiliti. L'istituzione dei "Servizi medici regionali" (SMR) fin dal 2005 ha sì migliorato la qualità delle basi decisionali mediche nell'ambito degli accertamenti per la concessione di una rendita, ma non ha permesso di contenere sensibilmente le spese in quest'ambito. La prima valutazione di un progetto pilota condotto nel quadro della Collaborazione interistituzionale (CII), che prevedeva accertamenti sanitari e di idoneità al mercato del lavoro secondo il modello della gestione dei casi (CII - MAMAC), ha avuto risultati deludenti: la CII-MAMAC non ha infatti permesso né di ridurre la durata della procedura, né di aumentare il tasso di integrazione.

Conclusioni finali

Nonostante anche fattori esogeni abbiano contribuito a determinare lo sviluppo problematico dell'assicurazione invalidità negli scorsi decenni, ai fattori endogeni va attribuito un peso decisamente maggiore. In particolare le procedure di accertamento non sufficientemente sistematiche nel caso delle persone affette da patologie psichiche o dolorose e la scarsità delle prospettive di integrazione professionale hanno concorso considerevolmente alla crescita delle nuove rendite.

Da circa dieci anni, tuttavia, l'assicurazione invalidità sta spostando il suo baricentro dalla concessione di rendite verso la (re)integrazione. Sulla scia della 4a revisione si sono strutturati meglio i processi di accertamento e potenziati gli sforzi di collocamento e in seguito alla 5a revisione si è migliorata l'integrazione nel mercato del lavoro grazie a provvedimenti specifici. Si sono creati in particolare i presupposti per aumentare la qualità e intensità dei contatti tra gli uffici AI e i datori di lavoro. Si è così tenuto conto delle principali conclusioni del programma. Sono stati compiuti i primi passi per ottimizzare e standardizzare gli accertamenti medico-assicurativi, tra l'altro sviluppando linee guida, e per aumentare l'interprofessionalità dei processi. I provvedimenti di integrazione entrati in vigore con la 5a revisione permettono di adeguare meglio il sostegno alle esigenze particolari delle persone affette da malattie psichiche. Grazie ai provvedimenti di intervento tempestivo, infine, è possibile assistere più rapidamente il gruppo degli immigrati fornendo loro servizi di consulenza professionale e di collocamento sul mercato di lavoro.

Per quanto riguarda i fattori esogeni, occorre sviluppare piani di riabilitazione insieme ai datori di lavoro, rafforzare la collaborazione con i sistemi anteposti e promuovere le competenze interculturali negli uffici AI. È necessario inoltre che la collaborazione interistituzionale venga ulteriormente affinata sulla base delle conoscenze tratte dalla valutazione MAMAC. I risultati della ricerca sul coordinamento tra l'AI, l'AD e l'aiuto sociale hanno fornito lo

stimolo per sviluppare, in collaborazione con la SECO, la CDOS e l'UST, un sistema di monitoraggio che permetta di osservare i movimenti di beneficiari di prestazioni tra i tre rami della sicurezza sociale.

Nel quadro del programma di ricerca non è ancora stato possibile valutare i citati provvedimenti della 5a revisione AI volti a rafforzare l'orientamento all'integrazione, in particolare il rilevamento e l'intervento tempestivi e le misure d'integrazione. Essi costituiranno uno dei punti su cui focalizzerà il secondo programma di ricerca pluriennale PR-AI.

Summary

Background, research questions and approach

The period from the 1990s until around 2005 saw a rapid increase in the number of people claiming benefits from invalidity insurance (IV), putting a heavier financial burden on the invalidity insurance system. This development, together with the strongly disproportionate growth in the number of claims made on psychological grounds, prompted the launch of a multi-annual research programme on invalidity insurance (FoP-IV) in 2006. The programme examined the reasons behind these developments, for which there were a number of hypotheses but no knowledge substantiated by science. It also studied the effectiveness of the measures in the Federal Law on Invalidity Insurance (IVG) and the Fourth Revision. The legal basis for the research programme was provided by Art. 68 IVG, which, as part of the Fourth Revision, gave the Federal Social Insurance Office a mandate to develop "scientific evaluations of the implementation of the law".

After extensive consultation with the key players, a research concept was prepared and was approved on 22 May 2006 by the Department for Home Affairs (DHA) for the period 2006-2009. It was assigned a credit of CHF 3 million. The first calls for tender followed in autumn 2006.

Focus points for the FoP-IV were identified in four areas. The first area was defined as the workings of the invalidity insurance system and interaction with other sections of the social security system. A second focus area was created to comprise the actions of the relevant players and the incentives in invalidity insurance that influence them. Thirdly, questions were raised as to the reasons for the strong growth in pensions granted on grounds of psychological health. Finally, a fourth area was formed around selected measures and regulations under the IVG and the Fourth Revision. A credit of CHF 2.2 million was contractually committed to the good 20 research projects conducted.

The summary report provides an overview of the key results of the 20 research reports and discusses them against the two central issues:

- The reasons for the rapid development in the number of benefit recipients between 1990 and 2005;
- The effects of selected legal regulations and measures under the IVG.

With respect to the first issue concerning the reasons for the increase, factors can be identified and then subdivided into endogenous factors, which are or could be influenced by the IV system itself, and exogenous factors, i.e. external conditions which the IV system itself cannot directly influence but should instead react to appropriately. Problems with interaction between the branches of the social security system which influence the effectiveness or efficiency of IV are also addressed. The objectives of the research programme were therefore to identify the causes of the rapid and strong growth in the number of IV pension recipients, develop bases for assessing the effectiveness of measures, and, from the findings, gain insight into how to improve the measures and provide impetus for developing new instruments.

Key results

In the 1990s, the population of people claiming IV benefits in Switzerland began to grow markedly quicker than that of people fit for employment, peaking in 2005 at 252,000. Even though at the end of this period the proportion of IV recipients remained mid-range relative to other European countries, the growth in these years was above average. Particularly alarming is the hefty increase in the number of pension recipients whose qualifying diagno-

sis was a mental illness. This proportion of recipients grew from around 25% in 1990 to more than 40% in 2005, a figure that is very high even by international comparison.

The analysis of the *endogenous factors* behind the growth, i.e. those factors which in principle can be influenced by the IV system, focussed primarily on individual players and on the insured in particular. The work sought explanations for the disproportionately high representation of particular groups of insured persons drawing IV benefits. Overrepresentation itself, however, supplies no compelling causal link; instead it gives starting points for in-depth searches for the real causes. The analysis identified two dominant reasons for the marked growth in benefits over recent years. The first is the increasing weight of groups of insured persons in which risk factors accumulate; the second is insufficient focus on integration within invalidity insurance.

Those particularly prone to the accumulation of risk factors include insured persons with mental illnesses and some insured immigrants. In these groups, multiple sources of biographical stress and a mixture of socio-economic and health risks lead to cases of invalidity which are sometimes very complex. The key problem in any invalidity insurance system, i.e. the lack of objectivity in assessing illnesses and the consequential restrictions on the capacity to work, is exacerbated in these cases. The element of discretion in determining the capacity to work, particularly in cases of mental or pain illnesses, could be reduced by systematic development of assessment criteria, which would also improve equality in treatment. During the observation period, however, this was only seen at a very basic level, if at all. Equally little attention has been paid to the development and use of instruments for validating symptoms in order to detect aggravation and simulation.

Furthermore, complex mental impairment and an immigrant background are two causes which exacerbate each other. Individuals with pain disorders and psychological impairments, particularly those with an immigrant background, were largely absent in occupational rehabilitation. That this led to higher rates of people claiming IV pensions and longer periods of benefits must be considered a consequence.

In general, the IV process in the past has been too focussed on reviewing a potential claim to benefits and has strongly concentrated on medicine, instead of being primarily concerned with potential and avoiding pensions by means of integration or reintegration into the first labour market. In this respect a certain ambivalence is apparent in the development of case law, which has raised the standards for evidence over the past few years, leading to thorough inquiries but also encouraging an even greater focus on medicine. This has also frequently contributed to making processes longer, increasing the risk of cases becoming chronic. Finally, reference was made to the fact that orientation to employers is still too weak within the IV process. The key causes of the expansion of benefits seen over the period in question are therefore endogenous to the system, implying that the need for action lies with the IV itself.

The research programme did also identify *exogenous factors*, i.e. factors which the IV cannot directly influence. These were, however, of less relevance than the endogenous factors mentioned above. They include an upward trend in the number of mental illnesses diagnosed in industrial countries, which is observable on an international level, and, with respect to the immigrant population, the immigration and integration policies in force in Switzerland. The integration efforts of IV offices can be successful even if conditions are difficult; a relatively large secondary sector in the regional economic structure proved to be an exogenous factor conducive to integration.

Strengthening the principle of "integration before pension" also requires company commitment to reintegrating employees who become ill or suffer accidents. Companies are increasingly implementing measures in this field, usually under titles such as "Disability Management" or "Health Management". Their primary aim in doing so is to reduce absences

from work, but companies also recognise that the measures will keep down premiums for accident insurance, daily sickness benefit insurance and risk insurance in the second pillar. Their other goals include positive, productivity or corporate culture effects such as increased job satisfaction and employee loyalty. According to their assessments, the IV offices could further strengthen their support for companies implementing disability management.

Interaction issues between the different branches of the social security system, and in particular between invalidity insurance, unemployment insurance and social welfare, were not significant factors in the expansion in benefits. The extent of repeated transfers between the sections of the social security system ("revolving door effect") was low during the three-year observation period. More frequent were cases of benefits being drawn from multiple sections of the social security system in parallel; these require further inquiry.

The *measures* implemented in the area of IV inquiries with the aim of making benefits conform with their aims have proven effective. The development of the "Regional Physician Services" (RAD), which began in 2005, has improved the quality of medical bases for decisions in benefits inquiries, but unfortunately has not exercised any definite lessening effect on invalidity benefits spending. The initial evaluation of a pilot project in inter-institutional cooperation (IIZ) – the medical labour market assessment with case management (IIZ-MAMAC) – showed disappointing results, with no evidence of a shortened process or increased rate of integration.

Conclusions

Even though exogenous factors have contributed to the difficult developments in invalidity insurance over recent decades, the endogenous factors have carried significantly more weight. Particularly strong factors in the growth of new pensions included the lack of system in the inquiries process for mental and pain disorders and the lack of options for occupational integration.

However, over the last ten years or so invalidity insurance has seen a stronger shift away from benefits and towards integration. The Fourth Revision improved the structure of the inquiries process and strengthened active job placement; the Fifth Revision improved conditions for integration into the labour market by way of specific measures. In particular, the prerequisites for better quality and intensity of contact between employers and the IV offices were strengthened. These changes incorporated key conclusions of the programme. Optimisation and standardisation of insurance medicine inquiries has begun, including the development of guidelines, and interprofessionalism has been introduced to these processes. The integration measures that came into effect with the Fifth IV Revision facilitate improved tailoring of support to the special needs of individuals with mental illnesses. Furthermore, the early intervention measures mean support is more quickly available to the immigrant target group in the form of job placement or career advice.

In view of the exogenous factors, a combined effort with employers is needed in order to develop rehabilitative concepts, strengthen cooperation with upstream sections of the social security system and develop more transcultural skills within the IV offices. Models of inter-institutional cooperation should also be developed further, working on the basis of the knowledge gained in the MAMAC evaluation. The results of the study into interaction between IV, ALV (unemployment insurance) and social welfare have provided the impetus to develop a monitoring system together with SECO (State Secretariat for Economic Affairs), SODK (Swiss Conference of the Welfare Ministers of the Cantons) and FSO (Federal Statistical Office) with the aim of providing a basis for observing transfers between these three social institutions.

It was too early for this research programme to include an evaluation of the measures within the Fifth IV Revision aimed at strengthening orientation to integration, particularly

early recognition and intervention and integration measures. This will be a focus area of the second multi-annual programme, FoP2-IV.

1 Einleitung

Dieses Kapitel gibt einen kurzen Überblick über den Rahmen des Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung (FoP-IV), dessen Aufbau und Ablauf, die bearbeiteten Themen und Projekte, die beteiligten Institutionen sowie die Kosten des Programms.

1.1. Grundlagen des Forschungsprogramms FoP-IV

1.1.1 Ausgangslage

Hintergrund der Lancierung eines mehrjährigen Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung (IV) im Jahre 2006 war die seit den 1990er Jahren starke Zunahme der Bezügerinnen und Bezüger von IV-Leistungen. Über die Hintergründe dieser Entwicklung fehlte das Wissen weitgehend. Zwar wurden bereits zuvor vereinzelt Untersuchungen und Berichte zur Entwicklung der Invalidität erstellt, doch fehlten Studien, die den exogenen und endogenen Faktoren dieser Entwicklung nachgingen und die Wirkungen von gesetzlichen Regelungen und Massnahmen analysierten und beurteilten. Dieser Mangel an Grundlagen war auch von der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates festgestellt worden (GPK-S 2005).

Mit der 4. IVG-Revision wurde in Art. 68 des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG) die rechtliche Grundlage geschaffen, dass „der Bund (...) wissenschaftliche Auswertungen über die Umsetzung des Gesetzes (erstellt), um: a. die Anwendung zu überwachen und zu evaluieren, b. dessen Vollzug zu verbessern, c. dessen Wirksamkeit zu fördern, d. Gesetzesanpassungen vorzuschlagen.“ In der Verordnung zum Invalidenversicherungsgesetz (IVV) setzt Art. 96 die Verantwortung für das „mehrjährige Programm für wissenschaftliche Auswertungen betreffend die Umsetzung des Gesetzes“ beim Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) an, „nach Anhörung der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung“.

1.1.2 Entwicklung und Organisation des FoP-IV

An einer Tagung am 7. Februar 2006 wurden zusammen mit den wichtigsten betroffenen Akteuren – neben Mitarbeitenden des BSV und anderen Bundesämtern (SECO, BAG, BFS) auch Vertreter/innen der IV-Stellen, der RAD, interkantonalen Gremien (SODK, SKOS), der Sozialpartner sowie Behindertenorganisationen – die zentralen Themen für das mehrjährige Programm diskutiert. Gemäss dem in der Folge erarbeiteten Konzept vom 26. Mai 2006 sollte das Programm «den Wissensstand über die (intendierten und nicht-intendierten) Wirkungen des IVG und der Revisionen anheben und damit das Ziel unterstützen, den Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ besser durchzusetzen und die Kostenentwicklung wieder in den Griff zu bekommen.» (BSV 2006)

Die Forschungsthemen wurden in vier, je von einer Begleitgruppe aus (internen und externen) Fach- und Methodenexpertinnen und -experten begleiteten, Themenblöcken gebündelt, ausgeschrieben und von externen Wissenschaftler/innen bearbeitet (vgl. detaillierter Abschnitt 1.2): *Themenblock 1* erkundet System und Umfeld der Invalidenversicherung, d.h. Schnittstellenfragen mit andern Teilsystemen der sozialen Sicherheit oder Fragen zum Funktionieren des Systems insgesamt. *Themenblock 2* nimmt demgegenüber eine Mikroperspektive ein, indem Anreize und Akteurverhalten ins Zentrum gerückt werden. *Themenblock 3* setzt sich mit dem in den letzten Jahren akzentuierten Problem der Invalidisierung aus psychischen Gründen auseinander und *Themenblock 4* hat die Evaluation einzelner Massnahmen des IVG und der IVG-Revisionen zum Ziel. Das Bilden von Themenblöcken hatte heuristischen Charakter und ist analytisch nicht immer trennscharf zu vollziehen.

Das EDI bewilligte am 22. Mai 2006 das FoP-IV für die Laufzeit 2006-2009 und stellte dafür CHF 3 Mio. zur Verfügung. Erste Ausschreibungen erfolgten bereits im Herbst 2006.

Geleitet wurde das Programm zunächst von einer breit zusammengesetzten Steuergruppe, später durch die strategisch enger ans BSV gebundene Leitungsgruppe. Die Priorisierung der Themen von Einzelprojekten wurde in der Steuergruppe bzw. der Leitungsgruppe vorgenommen. Die Themenauswahl erfolgte in „rollender Planung“, d.h. in Abstimmung mit den politischen Prioritäten des Geschäftsfelds IV und unter Berücksichtigung der vorhandenen personellen Ressourcen zur Projektbegleitung.

Die Reorganisation des FoP-IV Ende 2007/Anfang 2008 übertrug die operative Verantwortung der Einzelprojekte von den vier thematischen Begleitgruppen auf sogenannte „Tandems“, bestehend aus einer Person des Geschäftsfelds Invalidenversicherung (GF IV) und einer Person des Bereichs Forschung und Evaluation (FuE). Die Tandems können projektweise Fachexpert/innen beiziehen. Strategisches Entscheidungsorgan ist die acht- bis zehnmal jährlich tagende Leitungsgruppe, zusammengesetzt aus dem Leiter und den Bereichsleitenden des Geschäftsfeldes IV, dem Leiter der Abteilung Mathematik, Analyse, Statistik (MAS), der Leiterin von FuE und dem Programmleiter des FoP-IV sowie den betroffenen Tandems.

Der Kontakt mit Vertreter/innen anderer Ämter, betroffener bzw. beteiligter Organisationen und Institutionen wird einerseits über die regelmässige Information der AHV/IV-Kommission, dem etwa vierteljährlich erscheinenden Newsletter sowie Veranstaltungen wie das „Soundingboard“ gewährleistet.

1.1.3 Kosten des Programms

Von den für das Programm im Mai 2006 bewilligten CHF 3 Mio. wurden zwischen Frühjahr 2006 und Ende 2009 rund 2.2 Mio. für Forschungsprojekte vertraglich verpflichtet. Der Bedarf nach raschen Antworten auf drängende Fragen legte es in der Anfangsphase nahe, viele Themen in kleineren und in der Regel kostengünstigen Einzelprojekten von kurzer Dauer zu bearbeiten. Unvermeidlich war, dass einzelne Forschungsprojekte aufgrund verschiedener Schwierigkeiten wie Datenzugang, Datenqualität etc. Verzögerungen erfuhren und nicht innerhalb der offiziellen Laufzeit des Programms per Ende 2009 abgeschlossen werden konnten. Aus diesen Gründen und der hohe Begleitungsaufwand von FoP-IV-Projekten die relativ engen personellen Ressourcen voll absorbierte, wurde der Kredit nicht voll ausgeschöpft.

Bei den insgesamt rund 20 durchgeführten Projekten lagen die durchschnittlichen Kosten bei etwa CHF 85'000 und die durchschnittliche Projektdauer lag bei 13 Monaten, wobei diese Durchschnittsberechnungen kleinere Vor- und Literaturstudien nicht berücksichtigen. Die drei kostenintensivsten Projekte, die Dossieranalyse von psychisch bedingten Invalidierungen, die Quantifizierung von Personenflüssen zwischen Teilsystemen der sozialen Sicherheit sowie ein Projekt zur statistischen Bestimmung von Faktoren zur Erklärung des erhöhten Invaliditätsrisikos von Personen mit Migrationshintergrund, beanspruchten zusammen knapp zwei Fünftel der Mittel (CHF 0.7 Mio.).

1.2. Schwerpunkte des Forschungsprogramms FoP-IV

1.2.1 Abgedeckte Themenfelder

An der Bearbeitung der rund 20 Forschungs- und Evaluationsprojekte des FoP-IV (ohne Vor- oder Machbarkeitsstudien) waren über 20 Forschungsteams – teilweise in Kooperationen – beteiligt, wovon knapp 10 an universitären Hochschulen und 5 an Fachhochschulen angeschlossen waren. Knapp 10 Forschungsteams waren an private Büros angebunden.

Die Projekte über die wirtschaftliche Situation von IV-Rentenbeziehenden sowie die Arbeitgeberbefragung zu psychischen Problemen am Arbeitsplatz sind zum Zeitpunkt dieser Publikation noch nicht abgeschlossen. Zudem werden ein laufendes NF-Projekt zur beruflichen Wiedereingliederung nach Arbeitsunfähigkeit, das zusätzlich IV-spezifische Fragestel-

lungen bearbeitet, und ein international vergleichendes Projekt der OECD über die Herausforderungen der durch psychische Erkrankungen bedingten Invalidisierungen unterstützt. Diese Projekte werden voraussichtlich 2011/12 fertig gestellt. Eine Liste der Projekte und Publikationen findet sich am Schluss des vorliegenden Berichts.

Themenfeld System Invalidenversicherung und Schnittstellen

In diesem Themenfeld wurden die folgenden Projekte bearbeitet:

- Das Projekt zur *Quantifizierung der Personenflüsse zwischen Teilsystemen der sozialen Sicherheit (IV, ALV und Sozialhilfe)* ist das umfangreichste Projekt mit Makroperspektive.

Makroperspektivisch auf den *Kontext* ausgerichtet sind drei Projekte:

- Eine Studie zum *Wandel von Rechtsprechung und Gerichtspraxis* in Bezug auf die Invalidenversicherung,
- ein Projekt, das die *Zunahme der IV-Fälle in den 1990er Jahren bis 2004 im internationalen Kontext* beleuchtet, weshalb auch andere Optionen eines vorzeitigen Austritts aus der Erwerbstätigkeit berücksichtigt werden,
- eine Studie über die *wirtschaftliche Situation von IV-Rentner/innen in der Schweiz*.

Im Anschluss an eine Literaturstudie zu *Migration und Invalidenversicherung* wurden zwei Projekte realisiert:

- eines, das in allen relevanten *Statistiken* nach erklärenden Faktoren für die markant unterschiedliche Invalidisierungsquote von Personen verschiedener Herkunft sucht und
- ein zweites Projekt zu Migration und Invalidität, welches das *IV-Verfahren* im Hinblick auf die Invalidisierungswahrscheinlichkeit analysiert.

Themenfeld Akteure und Anreizsysteme

Aus der *Mikroperspektive* wurden folgende Projekte realisiert:

- eine Studie stellt betriebliche Ansätze von *Disability Management (DM)* vor dem Hintergrund ihrer Motivation bzw. wie sie DM begründen, vor.
- Ein weiteres Projekt identifiziert Anreize und Akteurverhalten, die zu *nicht zielkonformen Leistungsbezügen in der IV* führen können (Risikopotenziale). Dabei konnten Betrugsfälle mangels Datengrundlage noch nicht wissenschaftlich untersucht werden.
- Schliesslich ging eine Studie dem *Einsatz standardisierter Beschwerdevalidierungstests* bei IV-Abklärungen in der Schweiz nach.

Themenfeld psychisch bedingte Invalidisierung

Hintergründe für die vermehrte Invalidisierung aus psychischen Gründen wurde in zwei Projekten ausgeleuchtet:

- eine breit angelegte Analyse von rund 1300 IV-Dossiers von *Personen mit schwer objektivierbaren psychischen Beschwerden* und
- ein methodologisch qualitativ ausgerichtetes Projekt, das *Rahmenbedingungen einer beruflichen Reintegration von Personen mit psychischen Erkrankungen* identifizierte.

Themenfeld Evaluationen von Bestimmungen und Massnahmen des IVG

Die Analysen in diesem Themenfeld beschränkten sich weitgehend auf Bestimmungen und Massnahmen, die bereits länger gelten, denn aufgrund der Nähe zum Zeitpunkt des Inkrafttretens per 1. Januar 2008 war die Evaluation von Massnahmen der 5. IVG-Revision im Rahmen des Forschungsprogramms noch nicht möglich. Bereits länger bestehende Bestimmungen des IVG und einzelne mit der 4. Revision eingeführte Massnahmen wurden dagegen evaluiert:

- eine erste *Evaluation der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD)*
- eine *Evaluation der Arbeitsvermittlung* durch die IV-Stellen
- die Klärung der Wirksamkeit der in der 4. Revision *erhöhten Ergänzungsleistungen bei Personen mit einer Hilflosenentschädigung*
- die *Evaluation der Subventionierung von Organisationen der Behindertenhilfe* nach Art. 74 IVG
- die Evaluation eines Teils der *interinstitutionellen Zusammenarbeit* mit andern Teilsystemen der Sozialen Sicherheit (*IIZ-MAMAC*) und
- die *Evaluation* der durch INSOS neukonzipierten bisherigen „IV-Lehre“ als „*Praktische Ausbildung*“ für Lernbehinderte.

Schliesslich ist hier zu erwähnen, dass sich die bei der „Mikroperspektive“ bereits erwähnte Studie zum *Einsatz von Beschwerdevalidierungstest* letztlich mit der Überprüfung einer Massnahme befasst.

1.2.2 Aufbau des Syntheseberichts

Der Synthesebericht soll die erarbeiteten Forschungsergebnisse übersichtlich darstellen und konkrete Schlüsse für die Weiterentwicklung der IV-Gesetzgebung und für die Praxis der Invalidenversicherung ermöglichen sowie weiter bestehende Forschungslücken benennen.

Da die Berichte meist Ergebnisse hervorbrachten, die mehreren Themenfeldern zugeordnet werden können, wurde die im letzten Abschnitt beschriebene, für die Erarbeitung des Programms gewählte Struktur der Themenblöcke verlassen und für die Synthese eine simultane Betrachtung von Makro- und Mikroebene bzw. deren Zusammenwirken gewählt. Der Synthesbericht orientiert sich am „klassischen Raster“ wissenschaftlicher Berichterstattung: Nach Darstellung der Ausgangs- und Problemlage (Kap. 2) werden die Fragestellungen des Programms erläutert (Kap. 3). Danach werden – gemäss der ersten Fragestellung – die potenziellen Einflussfaktoren für die Entwicklung der IV analysiert (Kap. 4) und – gemäss der zweiten Fragestellung – die Evaluationen von Bestimmungen und Massnahmen des IVG vorgestellt (Kap. 5). Im abschliessenden Kapitel werden die Empfehlungen aus den Forschungsberichten zusammen und das BSV nimmt dazu Stellung (Kap. 6).

2 Analyse der Ausgangs- und Problemlage

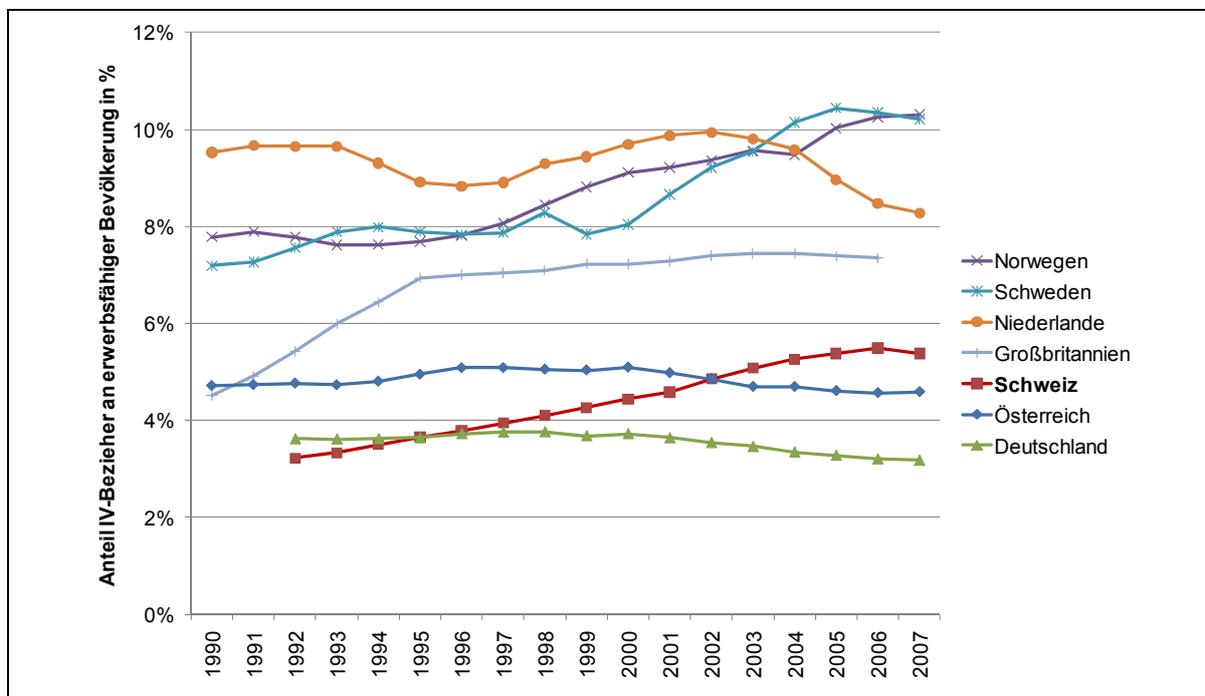
Die Ausgangslage für das Forschungsprogramm war durch folgende zentrale Probleme der Entwicklung in der IV gekennzeichnet:

- eine ausserordentlich starke Zunahme der Bezüger/innen von IV-Leistungen seit Mitte der 1990er Jahre bis 2005,
- daraus resultierende finanzielle Belastungen für die Versicherung,
- eine überproportional starke Zunahme psychischer Behinderungen,
- die relative Zunahme von ganzen Renten,
- eine ungenügende Umsetzung des Grundsatzes "Eingliederung vor Rente",
- fehlendes Wissen über die exogenen und endogenen Faktoren, die diese Entwicklung verursachen, und zu den Wirkungen der gesetzlichen Regelungen.

Die Anzahl der Personen mit IV-Renten hat sich in den vergangenen drei Jahrzehnten deutlich stärker erhöht als die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Seit dem Jahr 1980 stieg die Anzahl der Bezüger/innen von IV-Renten um durchschnittlich 3.0 % pro Jahr, die der erwerbsfähigen Personen dagegen nur um 1.0 %. Besonders stark war die Zunahme im Zeitraum 2001 bis 2006 mit einem jahresdurchschnittlichen Zuwachs um 4.3 %.

Im Jahr 2005 erreichte der Bestand von IV-Rentner/innen in der Schweiz mit 252'000 gewichteten Renten einen Höchststand. Dies entsprach einem Anteil an der erwerbsfähigen Bevölkerung von 5.3 %; zum Vergleich: im Jahr 1980 lag dieser Anteil noch bei 3.4 %. Seit dem Jahr 2007 hat sich die Zahl der Bezüger/innen von IV-Renten verringert, ihr Anteil an der erwerbsfähigen Bevölkerung lag im Jahr 2009 bei 5.0 % (BSV 2010b: 50–53)¹.

Abbildung 1: Entwicklung des Anteils der Bezüger/innen von Invalidenrenten an der erwerbsfähigen Bevölkerung, 199–2007



Quelle: OECD zit. nach Loos et al. 2009

Anmerkung: erwerbsfähige Bevölkerung = Bevölkerung in Altersgruppe 20–64 Jahre

¹ Zu beachten: das Rentenalter der Frauen stieg in der betrachteten Periode zweimal von 62 auf 63 und dann 64. Dies wurde hier berücksichtigt (T.6.3).

Damit weist die Schweiz im internationalen Vergleich immer noch eine eher moderate Invaliditätsquote auf (Abbildung 1), wobei zu berücksichtigen ist, dass die OECD den Anteil an den 20- bis 64-Jährigen misst und dabei – im Gegensatz zur IV-Statistik des BSV – die Rentenaltererhöhungen bei den Frauen berücksichtigt.

Diese im Ländervergleich nach wie vor recht günstige Position wird auch nicht dadurch konterkariert, dass an die Stelle der IV zunehmend alternative Optionen eines vorzeitigen Austritts aus dem Erwerbsleben getreten wären. So lässt sich für die Schweiz ein Hin- und Herschieben von Zuständigkeiten für Zielgruppen zwischen verschiedenen Sozialversicherungen kaum feststellen. Für andere OECD-Vergleichsländer hingegen ergeben sich Anhaltspunkte dafür, dass solche Wechselbewegungen zwischen IV einerseits und alternativen Austrittsoptionen (Arbeitsunfähigkeit bzw. Krankengeldbezug, Frühverrentung) stattfanden. Dadurch relativieren sich Abstände zwischen der IV-Quote der Schweiz zu Ländern mit deutlich geringeren IV-Quoten wie z.B. Deutschland.

Allerdings war die Zunahme neuer IV-Renten in den 1990er Jahren bis zum Jahr 2003 auch im Vergleich zu anderen OECD-Ländern überdurchschnittlich stark. Diese Entwicklung belastete die finanzielle Situation der Invalidenversicherung (BSV 2009: Tab. 1.1).² Während Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre noch positive Rechnungssalden erzielt werden konnten, war die IV seit dem Jahr 1993 defizitär. Im Jahr 2001 überstieg das Defizit erstmals die Schwelle von 1 Mrd. CHF, die seitdem nicht mehr unterschritten wurde. Im Jahr 2005 erreichten die Rentenkosten mit etwa 6.7 Mrd. CHF ihren bisherigen Höhepunkt. Bis zum Jahr 2009 sank dieser Betrag bis auf 6.3 Mrd. CHF.

Eine herausragende Bedeutung für die starke Zunahme der Bezüger/innen von IV-Renten und den hieraus folgenden finanziellen Belastungen für die Versicherung hatten psychische Krankheiten. Diese Gebrechensart war in den letzten Jahren immer häufiger die Ursache für Invalidität. Ihr Anteil an allen Gebrechensarten der invaliden Rentner/innen in der Schweiz erhöhte sich von knapp 32 % im Jahr 2000 auf nahezu 41 % im Jahr 2009. Betrachtet man nur Krankheiten (ohne Unfälle und Geburtsgebrechen) als Invaliditätsursachen, begründeten psychische Erkrankungen im Jahr 2009 bereits fast 52 % des IV-Rentenbezugs.

Damit war in der Schweiz der Anteil an neuen Renten aufgrund psychischer Erkrankungen auch im internationalen Vergleich untypisch hoch. Allerdings war die Zunahme des Anteils psychischer Erkrankungen an allen Ursachen für Zugänge in die IV in den Vergleichsländern der OECD teilweise deutlich höher, so dass sich diese Länder dem hohen Anteilswert der Schweiz allmählich annähern (Abbildung 2).

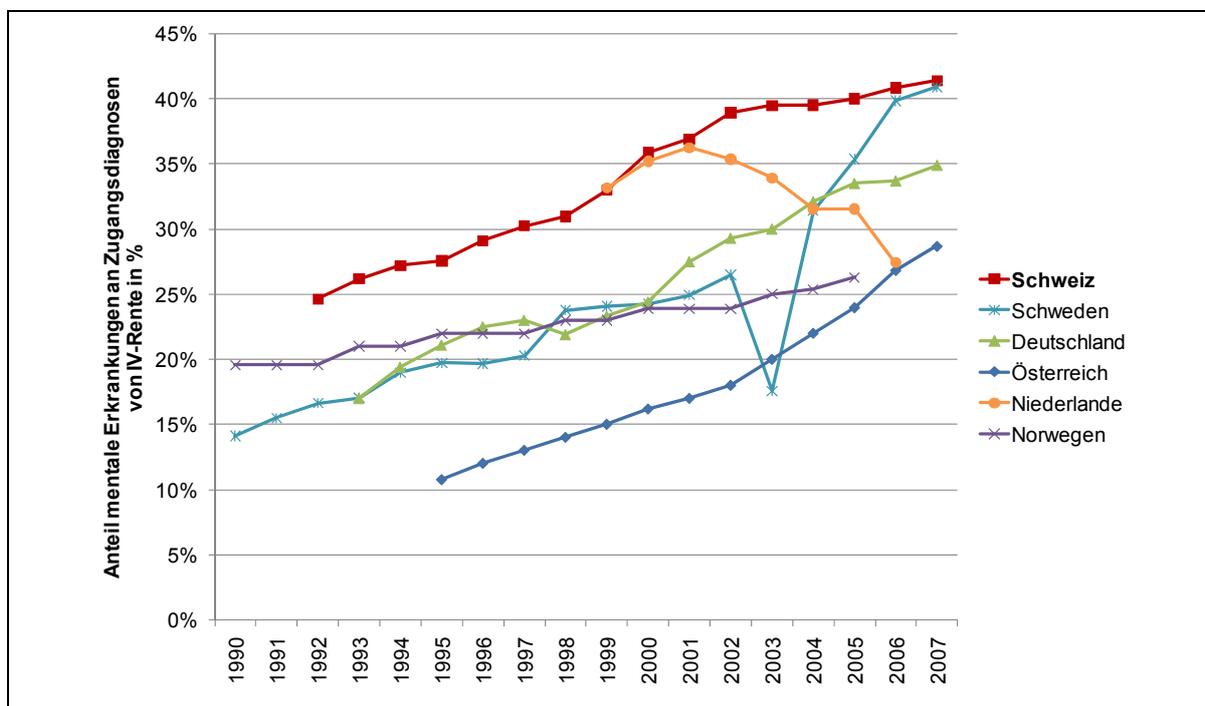
Da psychische Behinderungen häufiger mit einer ganzen Rente einhergehen und die betroffenen Versicherten durchschnittlich jünger sind, ist – falls keine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess erfolgt – eine weitere Kostenexpansion zu befürchten.

Insgesamt hat sich zwar die Anzahl der IV-Rentenbeziehenden im Verhältnis zur erwerbsfähigen Bevölkerung im Zeitraum seit 1990 am stärksten in den mittleren Altersgruppen erhöht, betrachtet man dagegen nur die IV-Zugänge, hat – einhergehend mit dem steigenden Anteil psychischer Erkrankungen – der Anteil der jüngeren Altersgruppen zugenommen. Diese Verschiebungen in der Altersstruktur und der im internationalen Vergleich sehr hohe Anteil psychischer Erkrankungen an den Zugangsdiagnosen lassen es durchaus fraglich erscheinen, ob die Schweiz ohne weitere Reformen ihre eher unauffällige Position im OECD-Vergleich der IV-Quoten in Zukunft halten können. Als besonders kritisch wurde dabei vielfach eine mangelnde Umsetzung des Grundsatzes „Eingliederung vor Rente“ hervorgehoben. Dadurch steigen nicht nur unmittelbar die finanziellen Belastungen für die

² Gemäss der neuen IV-Statistik gibt es für die besonders hohen Zuwächse in den Jahren 2001 bis 2003 die teilweise Erklärung, dass der Personaletat in den IV-Stellen in diesen Jahren erhöht wurde, um Pendenzen abzubauen (BSV 2010a: 27)

IV, sondern der Wirtschaft geht auch Know-how verloren und die Lebensqualität für die Betroffenen sinkt.

Abbildung 2: Anteil psychischer Erkrankungen an den IV-Zugangsdiaagnosen, 1990–2007



Quelle: OECD zit. nach Loos et al. 2009

Anmerkung: Daten für Österreich und Norwegen interpoliert.

Um die Jahrhundertwende wurden sich Öffentlichkeit, Politik und Verwaltung zunehmend der Problemlage bewusst, so dass in ziemlich rascher Folge Revisionen des Invalidenversicherungsgesetzes eingeleitet wurden: die 4. Revision trat 2004, die 5. Revision 2008 in Kraft und bereits ist das erste Massnahmenpaket der 6. Revision in der parlamentarischen Beratung. Die Revisionen der Invalidenversicherung – und generell gezielte gesetzgeberische Massnahmen zur Beeinflussung von Niveau und Struktur der Inanspruchnahme verschiedener Austrittsoptionen – setzten in der Schweiz allerdings später ein als in den meisten Vergleichsländern. Dies dürfte teilweise auf den ursprünglich geringeren Problemdruck zurückzuführen sein.

Leitziele der Revisionen waren eine Verbesserung, Vereinheitlichung und Beschleunigung der Verfahren zu erreichen sowie die ursprüngliche Idee der Invalidenversicherung als Instrument zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess („Eingliederungsversicherung“) wieder in den Vordergrund zu rücken. Dazu wurde – ganz verkürzt zusammengefasst – in logischer Reihenfolge zuerst der Abklärungsprozess angegangen (4. Revision), dann die Hilfe zur Beibehaltung der bestehenden Arbeitsfähigkeit bzw. des Arbeitsplatzes mit Instrumenten wie der Früherfassung, Frühintervention und Integrationsmassnahmen (5. Revision) und schliesslich die Integration aus der Rente in die Arbeit im ersten Arbeitsmarkt mit u. a. „Rückfallgarantien“ (6. Revision).

Zur Ausgangslage gilt es auch auf die wirtschaftliche Lage von Personen mit einer IV-Rente hinzuweisen. Darauf geht eine noch nicht abgeschlossene Studie im Rahmen des FoP-IV ein. Die Studie untersucht die wirtschaftliche Situation von IV-Rentnerinnen und –Rentnern auf der Grundlage von Steuerdaten. Dabei werden sowohl Vergleiche zwischen verschiedenen Rentnergruppen angestellt, als auch ein Vergleich gezogen zu uneinge-

schränkt erwerbstätigen Personen. Zudem wird untersucht, wie sich die Situation der Renteten vor dem Eintritt der invalidisierenden Erkrankung dargestellt hatte.

Das mehrjährige Forschungsprogramm zu Invalidität und Behinderung und zur Umsetzung des Invalidenversicherungsgesetzes (FoP-IV) wurde vor dem Hintergrund der dargestellten Entwicklungen mit dem Ziel initiiert, das Wissen über Ursachen und Wirkungen zu vergrößern, um zukünftige Massnahmen zielführend und effizient gestalten zu können. Damit sollte auch dem von der ständerätlichen Geschäftsprüfungskommission festgestellten Mangel an Grundlagenwissen begegnet werden.

3 Fragestellungen

Auf der rechtlichen Grundlage von Art. 68 IVG und von Art. 96 IVV, die mit der 4. IVG-Revision geschaffen wurde, entwickelte das BSV ein mehrjähriges Programm für wissenschaftliche Auswertungen betreffend die Umsetzung des Gesetzes und konsultierte dazu auch die Eidgenössische Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.

Das Programm sollte den Wissensstand über intendierte und nicht-intendierte Wirkungen des IVG und der Revisionen heben und dadurch einen Beitrag zur Sanierung der IV leisten.

Im Rahmen des Programms konnten mehrere Massnahmen evaluiert werden. Ausgangspunkt für die einzelnen Evaluationsprojekte war dabei der Stand der IV nach der 4. Revision. Was die Revisionen betrifft, bedeutet dies, dass diese im Rahmen des FoP-IV erst in Ansätzen (Arbeitsvermittlung, RAD) evaluiert werden konnten. Entsprechend wird die Evaluation der 4. und 5. IVG-Revision ein Schwerpunkt des Folgeprogramms FoP2-IV sein.

Zusammenfassend lassen sich die Schwerpunkte des Forschungsprogramms FoP-IV wie folgt beschreiben:

- Ursachen des raschen und starken Wachstums der Rentenzahlen aufzudecken,
- Grundlagen (Kriterien und Daten) zur Beurteilung der Wirksamkeit von Massnahmen der IVG-Revisionen zu erarbeiten.

Aus den daraus erhaltenen Erkenntnissen sind Hinweise und Impulse für neue Instrumente zur Unterstützung der Zielsetzungen des IVG und notwendige Gesetzesanpassungen zu gewinnen, welche die Wirksamkeit des Gesetzes erhöhen könnten.

4 Analyse der potenziellen Einflussfaktoren

Im Folgenden geht es darum, aus den Studien gewonnene Erkenntnisse über Faktoren darzustellen, die möglicherweise zur rapiden Zunahme der Zahl der Invalidenrenten in den letzten 20 Jahren beigetragen haben. Erst ab 2004 wurde das Wachstum der Neurenten gebrochen und seit 2005/2006 sinkt die Gesamtzahl aller Rentenbeziehenden sogar stetig. Bei den Einflüssen sind endogene von exogenen Faktoren zu unterscheiden.

- *Endogene Einflussfaktoren* liegen im System der Invalidenversicherung selbst begründet, im Verhalten der wesentlichen Akteure und der Institutionen des IV-Systems.
- *Exogene Faktoren* sind demgegenüber gesellschaftliche Phänomene, die als Rahmenbedingungen des IV-Systems zu berücksichtigen sind, wie die demographische Entwicklung, der Gesundheitszustand oder der Arbeitsmarkt.
- Zwischen den endogenen und den exogenen Faktoren wirken Einflüsse, die auf die Interaktion mit angrenzenden Systemen, also *Schnittstellen* zu ändern Sozialversicherungen oder die Rechtsprechung, zurückgeführt werden können.

4.1 Endogene Einflussfaktoren (systeminduzierte Leistungsausweitung)

Im Zentrum der Untersuchungen über endogene Einflussfaktoren standen im Rahmen des Forschungsprogramms individuelle Akteure – in erster Linie versicherte Personen, in geringerem Masse aber auch Arbeitgebende bzw. Betriebe – sowie die Institutionen der Invalidenversicherung.³

4.1.1 Individuelle Akteure

4.1.1.1 Versicherte

Um Faktoren für das seit den 1990er Jahren bis 2005 gewachsene Invaliditätsrisiko zu finden gilt es zuerst, die Merkmale von überrepräsentierten Gruppen versicherter Personen, die eine IV-Rente beziehen, zu identifizieren. Wird eine Übervertretung unter IV-Rentenbeziehenden konstatiert (Korrelation), wie in Kap. 2 beschrieben, so bedeutet dies jedoch noch nicht zwingend, dass die spezifischen, die Gruppe charakterisierenden Merkmale für sich genommen einen Erklärungsfaktor (Ursache) darstellen. Vielmehr sind die Gründe für eine Über- (oder Unter-)Vertretung bei den Rentenbeziehenden vertieft zu analysieren. Im Weiteren ist der Frage nach dem Entrichten nicht zielkonformer Leistungen der IV an versicherte Personen nachzugehen.

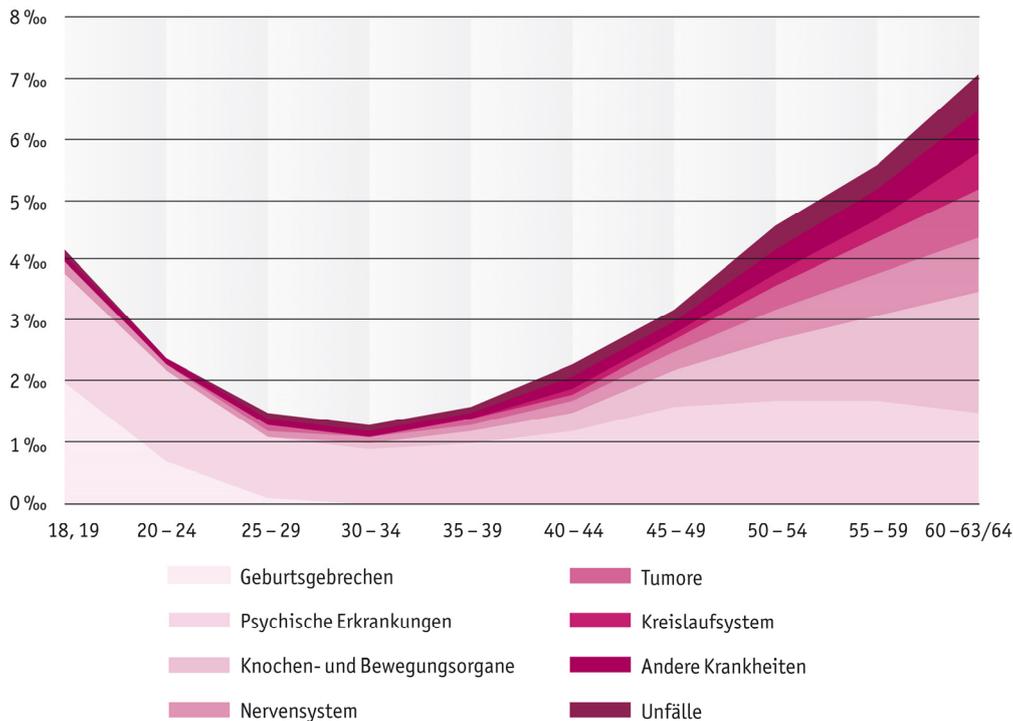
Über die Zusammensetzung der Rentner/innen nach den wichtigsten Kriterien lassen sich der IV-Statistik folgende Hinweise entnehmen: Im Januar 2009 wurden 292'000 (ungewichtete) Invalidenrenten bezogen, drei Viertel davon waren ganze Renten.⁴ Hauptursache für Invalidität sind Krankheiten (198'000 Personen bzw. 87 %). In den letzten Jahren ist die Anzahl der aus psychischen Gründen zugesprochenen Renten stark angestiegen. Sie machten Ende 2008 nahezu die Hälfte der krankheitsbedingten Berentungen aus (48 %). Zwischen 2000 und 2009 erreichte das durchschnittliche jährliche Wachstum dieser Gebrechensgruppe 6 %. Dies vor dem Hintergrund von seit 2004 generell rückläufigen Neuberechtigungen. Je älter eine versicherte Person ist, desto wahrscheinlicher wird es, dass sie auf eine IV-Rente angewiesen ist (vgl. Abbildung 3). So beziehen durchschnittlich 5.2 % der gesamten Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter eine Invalidenrente, während es in der Altersklasse zwischen 50 und dem Pensionsalter etwa 10 % sind. In fast allen Altersklassen sind die Männer stärker von Invalidität betroffen. Kurz vor der Pensionierung benötigen ungefähr 18 % von ihnen eine Invalidenrente. Bei den ausländischen Staatsangehörigen

³ Der in Fussnote 2 erwähnten Erklärung eines Teils des Rentenwachstums zwischen 2001 und 2003 durch pendenzbedingte Aufstockung des Personalbestands in den IV-Stellen (BSV 2010), wurde im Programm nicht näher nachgegangen.

⁴ Quellen: [IV-Statistik 2009](#) sowie [IV-Statistik 2009 - Tabellenteil](#)

weisen türkische Staatsangehörige mit 0.76 % die höchste IV-Neuberentungsquote auf, gefolgt von Migrantinnen und Migranten aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens mit 0.67 %. Im Vergleich dazu beträgt die Neuberentungsquote für Schweizer/innen 0.32 %. Rund 45 % der IV Rentenbeziehenden erhalten zusätzlich eine Leistung der beruflichen Vorsorge. 37 % aller IV-Rentner/innen sind auf Ergänzungsleistungen angewiesen. IV-Rentner/innen sind gemäss Auswertungen des BSV im Vergleich zur restlichen Bevölkerung schlechter ausgebildet.

Abbildung 3: Neurentenbezüger/innen in der Schweiz nach Invaliditätsursache und Alter 2009



Quelle: BSV 2010a: Grafik 7.3.2

Die erwähnte Zunahme des Invaliditätsrisikos mit zunehmendem Alter erscheint angesichts der längeren Exposition gegenüber Arbeitsbelastungen ebenso plausibel wie das etwas höhere Invaliditätsrisiko bei Männern angesichts höherer Erwerbsquoten. Demgegenüber werfen die insgesamt höhere, aber untereinander stark unterschiedliche Betroffenheit verschiedener Personengruppen mit Migrationshintergrund Fragen auf, die ins Forschungsprogramm aufgenommen wurden. Den Gründen für die massive Bedeutungszunahme psychischer Erkrankungen für die Invalidenversicherung wurde ebenfalls nachgegangen.

Migrantinnen und Migranten aus dem südwestlichen Balkan, der Türkei und den südeuropäischen Ländern Italien, Spanien und Portugal kumulieren häufig mehrere Invaliditätsrisiken: schlechte Bildung und schlechte Sprachkenntnisse sind sowohl der gesellschaftlichen Integration als auch der Integration auf dem Arbeitsmarkt abträglich, körperlich anstrengende Arbeit in Branchen mit höheren Gesundheitsrisiken erhöhen das Invaliditätsrisiko weiter. Letztlich manifestiert sich in diesen Faktoren ein soziales und berufliches Unterschichtungsphänomen. Andererseits liesse das deutlich tiefere Durchschnittsalter dieser Migrationsgruppen eine wesentlich tiefere IV-Rentenquote erwarten, womit das Unterschichtungsphänomen in der Analyse praktisch neutralisiert wird. Die Gesundheitsbefragung von Migrantinnen und Migranten zeitigte bei diesen Bevölkerungsgruppen insgesamt eine durchschnittlich sehr viel höhere Vulnerabilität als bei der schweizerischen Vergleichsbevölkerung. Dies zeigt, dass der Invalidenversicherung vorgelagerte Phänomene

die höhere Invaliditätsrate bedingen dürften. Die Ursachen für diese Phänomene selbst sind allerdings trotz Forschungsanstrengungen noch nicht befriedigend geklärt, doch zeigt die Analyse, dass der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand der erwähnten Migrantengruppen vor allem bei Nichterwerbstätigen besonders schlecht ist.⁵ Der Ausstieg aus dem Erwerbsprozess vor Erreichen des Rentenalters endet bei der schweizerischen Erwerbsbevölkerung wesentlich seltener mit einer IV-Rente als bei Personen mit Migrationshintergrund, insbesondere bei solchen, die schon länger als 8 Jahre aus dem Erwerbsprozess ausgeschieden sind⁶ (Bericht 2/10, Bericht 3/10: 51, 88). Die Wiedereingliederung nach Erwerbsunfähigkeit erweist sich bei der untersuchten Migrationspopulation als schwieriger als bei andern Bevölkerungskreisen, was auf ihre biographischen Merkmale (Bildung, Sprachkenntnisse, soziales Netz etc.), prekäre wirtschaftliche Verhältnisse und migrationsspezifische Stressoren zurückgeführt wird (Bericht 3/10). Die konstatierte grössere Eingliederungshypothek, die aus den nicht-medizinischen biographischen Faktoren resultieren, sind eine Erklärung für die festgestellte höhere Anmeldewahrscheinlichkeit und den Umstand, dass diese Migrantinnen und Migranten am Ende ihrer IV-Verfahren mit geringerer Wahrscheinlichkeit wieder erwerbstätig werden. Die Anmeldequote, also der Anteil an der Bevölkerung, die einen Leistungsbezug aus der Invalidenversicherung beantragte, betrug 2008 bei Personen aus Folgestaaten Jugoslawiens 1.21 %, bei Personen aus der Türkei 1.35 %, während die Schweizer/innen eine Anmeldequote von 0.63 % aufwiesen. Anmeldungen von Migrant/innen enden überproportional häufig ohne jeglichen Leistungsbezug aus der IV, wenn sie jedoch eine Leistung beziehen, so überproportional wegen jenen somatischen und psychischen Gebrechen, die zu einer Rente führen, während Verfahren von Schweizer/innen häufiger mit dem Bezug eines Hilfsmittels enden (Bericht 3/10: 87).

Bezüglich der Art der Erkrankung, die eine Rente begründet, zeigt die Statistik eine starke Zunahme von *Rentenzusprachen aufgrund psychischer Störungen*. Solche machten 2007 bereits 38 % des Rentenbestands aus (Kurmann 2008). Eine vertiefte Analyse von über 1000 zwischen 1990 und 2006 angelegten Dossiers invalider Personen der grössten (und zugleich heterogensten) Kategorie psychisch Erkrankter⁷ zeigt einen mit 40 % sehr hohen Anteil von Fällen mit biographischen Mehrfachbelastungen (z.B. psychische Störung oder Tod eines Elternteils, Erfahrung sexueller Gewalt, Scheidung/Trennung der Eltern, im Heim aufgewachsen, tiefer sozialer Status der Herkunftsfamilie) (Bericht 6/09: XIIf.). Zudem zeigt die Analyse, dass diese Gruppe *vor ihrer Berentung* durchschnittlich während 14 Jahren erwerbstätig war und es dabei aber im Durchschnitt nur auf ein Drittel des schweizerischen Durchschnittseinkommens brachte, eingeschlossen der rund 30 %, die aus Leistungen der sozialen Sicherheit (Sozialtransfers) bestanden (Bericht 6/09: XIII, 14).

Bei der Abklärung der Erwerbsfähigkeit besteht unweigerlich ein gewisser Ermessensspielraum. Dies wirft Fragen nach der Legitimität zugesprochener IV-Leistungen auf. Im Fokus dieser Fragestellung stehen – neben der Qualität der Abklärungsverfahren (vgl. Kap. 5.1) – *nicht zielkonform ausgerichtete Leistungen der IV*. Die Ursachen dafür können bei den Versicherten liegen (Aggravation oder Simulation bzw. Betrug) oder es können institutionelle Gründe dahinter liegen. Eine Risikoanalyse schätzte in einem ersten Schritt das Potenzial möglicherweise nicht zweckentsprechend zugesprochener Leistungen (Fehlallokationen) auf der Basis von Expertengesprächen ab. Schlecht oder nicht objektivierbare Erkrankungen einerseits und individuelle Fehlanreize, die sich aus dem sozioökonomischen bzw. soziodemographischen Profil ergeben, andererseits werden als Risikofaktoren identi-

⁵ In einem neueren Diskussionspapier des DIW (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) werden bezüglich selbstwahrgenommenem Gesundheitszustand starke Länderunterschiede festgestellt, wobei Personen aus mediterranen Ländern einen schlechten Gesundheitszustand eher akzentuieren, wogegen etwa Personen aus skandinavischen Ländern einen solchen eher unterbewerten (Jürges 2006).

⁶ Die Periode von 8 Jahren wurde von den Forschenden aus empirischen Gründen gewählt.

⁷ Der hier angesprochene, in der erwähnten Studie analysierte „Gebrechenscode 646“ umfasst psychogene oder millieureaktive Störungen, Neurosen, Fälle von Borderline etc.

fiziert, wobei schlechte berufliche Qualifikation, niedriger Ausbildungsstand, Migrationshintergrund, geringe Sprachkenntnisse, höheres Alter, männliches Geschlecht, körperlich anstrengende Arbeit, alleinverantwortliche Erziehungspflicht oder momentane persönliche Krisensituation als riskante Profile identifiziert werden (Bericht 4/07: XII). Personen mit Migrationshintergrund vereinen häufig mehrere der erwähnten kritischen Profilm Merkmale auf sich, und sie sind von nicht oder nur beschränkt objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen überproportional häufig betroffen. Die Potenzialschätzung aufgrund der Risikogruppenvermutung kommt auf eine Obergrenze von 8–10 % des Rentenbestandes, was 5–6 % der Rentenausgaben (Zahlen für 2005) ausmacht. Werden die Profile der Neurentner/innen nach Inkrafttreten der 4. IVG-Revision als Vergleichsgrösse herangezogen und auf die Rentenprävalenz rückgerechnet⁸, wird das Risikopotenzial gar auf 8–18 % der Fälle oder 5–11 % der Rentenausgaben geschätzt (Bericht 4/07: 92f.). Es wird dabei aber betont, dass es sich um ein *Potenzial* und damit um eine hypothetische Obergrenze handelt, bei dem unklar ist, wie viele Renten tatsächlich als fehlalloziert bezeichnet werden müssen. Eine in der Studie zitierte Auswertung von 7'000 Fällen von Renten mit nicht objektivierbaren Beeinträchtigungen im Jahr 2006 schätzt die effektiv nicht zielkonformen Leistungen auf knapp 3 % des Rentenbestands. Es ist dabei festzuhalten, dass mangels eines entsprechenden Monitorings der tatsächliche Umfang von Aggravation und Simulation bei der Begutachtung von Invalidität unbekannt bleibt (Bericht 4/08: XIV).

4.1.1.2 Arbeitgebende/Betriebe

Aus Sicht der Invalidenversicherung kommt den Arbeitgebenden eine zentrale Rolle sowohl hinsichtlich des Zugangs von Neurentner/innen, des Verbleibs im Betrieb als auch eines Abgangs aus der IV zu. Eine erste These unterstellt, dass Arbeitgebende zulasten der IV Kosten externalisieren können, eine zweite unterstellt ihnen ungenügende Bereitschaft, invalide oder von Invalidität bedrohte Personen zu reintegrieren. Als Gegenthese zu beiden lässt sich ergänzend als dritte These anführen, dass fehlende Anreize und fehlende institutionelle Unterstützungsmassnahmen für die Arbeitgebenden bei der Wiedereingliederung von IV-Rentner/innen, aber auch zur Weiterbeschäftigung gesundheitlich gefährdeter Personen bestehen, zu der Arbeitgebende im Übrigen nicht verpflichtet sind.

Das Argument der *Externalisierung von Kosten* durch Invalidisierung von Mitarbeitenden erwies sich in den letzten Jahren insofern als trügerisch, als für die Arbeitgebenden im Falle einer Invalidisierung von Mitarbeitenden vermehrt höhere Folgekosten anfallen, was sich mit steigenden Invalidenzahlen akzentuiert hat. Insbesondere sind sie mit steigenden Prämien für Krankentaggeldversicherungen, aber auch mit höheren Risikoprämien für die Pensionskassen konfrontiert sowie mit Rekrutierungskosten für den Ersatz der Mitarbeitenden. Neben direkt monetären Kostenfolgen erfahren die Firmen auch den Verlust an Know-how und Erfahrungswissen sowie negative Einflüsse auf die Unternehmenskultur, die Führungsqualität und damit das Betriebsklima, was wiederum auf Motivation und Corporate Identity zurückwirkt. Entsprechend gewinnt Disability Management (DM) an Attraktivität (Bericht 3/08). Mit diesem soll erkrankten oder verunfallten Mitarbeitenden geholfen werden, ihren angestammten oder einen angepassten Arbeitsplatz halten zu können. Andererseits umfasst DM alle Prozesse und Vorgänge im Betrieb, die dem Verhindern von Unfall und Krankheit dienen, was von Massnahmen der Früherfassung bis zur Wiedereingliederung in den betrieblichen Alltag reicht. Die im Rahmen des FoP-IV verfasste Studie quantifiziert diese Anstrengungen nicht, kann aber die befürwortenden Sichtweisen, die voll auf der Linie der Massnahmen der 5. IVG-Revision liegen, bei ausgewählten Betrieben verschiedener Branchen bestätigen. Die Studie zeigt zudem, dass befragte Mitarbeitende DM in ihrem Betrieb nicht als Kontrolle, sondern als Wertschätzung ihnen gegenüber empfinden. Als *entscheidenden Erfolgsfaktor für DM* wird von den Betrieben die *Beteiligung von Sozialversicherungsträgern und Hausärzten und -ärztinnen* genannt. Seitens der Arbeitge-

⁸ Die strengeren Kriterien seit der 4. IVG-Revision werden auf frühere Fälle angewendet.

benden wird in Expertengesprächen einerseits eine nur unzureichend wahrgenommene Verantwortung dieser Akteure kritisiert. Dazu kamen – zumindest vor der 5. IVG-Revision – fehlende Anreize und zum grössten Teil fehlende institutionelle Unterstützungsmassnahmen für Arbeitgebende bei der Wiedereingliederung von Personen mit einer Behinderung (Bericht 4/07: XI).

Die These der *ungenügenden Bereitschaft von Unternehmen*, Personen mit krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen weiterzubeschäftigen oder neu einzustellen, liess sich im Rahmen der bisherigen Studien erst in Ansätzen analysieren. Die Beschäftigungsquote von Arbeitnehmenden mit Behinderung gilt in der Schweiz mit 64 % im internationalen Vergleich als relativ hoch (BFS 2009, Tab. 20.5.2.3.1). Die Erwerbsquoten von Personen mit und ohne Behinderung lassen sich anhand des Quotienten anschaulich vergleichend darstellen: Dieser beträgt für die Schweiz ca. 0.6 und stellt damit den Spitzenwert im europäischen Vergleich dar. Allerdings zeigt sich, dass Arbeitsplatzanpassungen praktisch ausschliesslich auf somatische Erkrankungen ausgerichtet sind, wogegen für psychisch Erkrankte noch kaum Anpassungskonzepte existieren oder umgesetzt werden (Bericht 6/09: Vorwort, 215f., 228). Bei bereits aus dem Erwerbsarbeitsprozess ausgeschiedenen Arbeitnehmenden stellen Gesundheitsbeeinträchtigungen für Arbeitgebende ein negatives Selektionskriterium dar, insbesondere bei gering qualifizierten Arbeitssuchenden. Höhere Chancen auf eine berufliche Wiedereingliederung haben Personen mit mittlerer und höherer Schulbildung (Wyssmüller 2007: 29). Es gelingt den IV-Stellen offenbar nur schwer, den Arbeitgebenden das „Produkt“ Arbeitsvermittlung von Personen mit einer Behinderung nahezubringen. Vorbehalte und Skepsis bezüglich eines möglichen Zusatznutzens hemmen die Bereitschaft von Arbeitgebenden, auf entsprechende Arbeitsvermittlungsangebote einzugehen. Sie lassen sich aber ebenso durch antizipierte hohe Anforderungen bezüglich Arbeitsplatzgestaltung, mögliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit mit entsprechenden Arbeitsausfällen und zusätzlichen Aufwand durch Betreuungsaufgaben abschrecken (Bericht 2/08: 51ff.). Die Evaluation neuerer Instrumente der 5. IVG-Revision, die den Arbeitgebenden Anreize zur Integration von Personen mit gesundheitlichen Problemen oder Behinderungen bieten sollen, steht noch aus. Darauf geht Kapitel 6 näher ein.

4.1.2 Institutionelle Einflüsse (IV-System)

Nicht nur individuelle Akteure, sondern auch institutionelle Bedingungen des IV-Systems können die Entwicklung der Rentenzahlen beeinflussen. So ist die Existenz von Fehlanreizen zu vermuten, die zu nicht zielkonformen Leistungen führen können, oder das IV-Verfahren selbst kann unerwünschte Wirkungen auf die Invalidisierung ausüben.

Als wichtigstes Risiko für nicht zielkonforme Leistungen wird *Moral Hazard Verhalten*⁹ der Versicherten aufgrund hoher Ersatzquoten vermutet, insbesondere durch die berufliche Vorsorge und die Unfallversicherung (Bericht 4/07). Trotz der grundsätzlichen Plafonierung im Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil der Sozialversicherungen (ATSG) durch die Subsidiaritätsregeln kann sich das System in bestimmten Konstellationen so auswirken, dass sich der Bezug einer Rente mehr lohnt als eigene Erwerbstätigkeit, oder umgekehrt, dass sich die Aufnahme einer Erwerbsarbeit bzw. die Erhöhung des Beschäftigungsgrads in gewissen Fällen kontraproduktiv auf das verfügbare Gesamteinkommen auswirkt (Schwelleneffekte). Im Zusammenhang mit der Erarbeitung der Botschaft zur 6. IVG-Revision (zweites Massnahmenpaket) werden derzeit exemplarische Modellrechnungen vorgenommen, die zeigen sollen, wie sich das verfügbare Einkommen – das Einkommen nach Abzug von Sozialabgaben und Steuern, unter Berücksichtigung sämtlicher Transferleistungen wie Rente, Ergänzungsleistungen, Prämienverbilligung und Sozialhilfe – im Falle erhöhter Erwerbstätigkeit verändert. Es wird nämlich mit negativen Anreizen gerechnet,

⁹ Von „moral hazard“ wird in der Volkswirtschaft gesprochen, wenn ein Individuum aufgrund einer Versicherung sein Verhalten zu seinen Gunsten so ändert, dass dies im Widerspruch zum Allgemeininteresse (bzw. dem Interesse des Versichertenkollektivs) steht.

die mit einem stufenlosen Rentensystem beseitigt oder gemildert werden könnten. Es gilt dabei aber zu beachten, dass auch ein möglicher Anspruch auf EL bzw. eine Überentschädigungskürzung bei der beruflichen Vorsorge die Erwerbsanreize beeinflussen könnten. Letztlich besteht ein Zielkonflikt zwischen der Existenzsicherung und der Reduktion des Risikos von Moral Hazard-Verhalten der Versicherten. Im der IV vorgelagerten System des Arbeitsmarktes sichern die Erwerbseinkommen die Existenz insbesondere von Haushalten mit Kindern nicht immer, was dazu führt, dass ein Anreiz besteht, sich um eine IV-Rente (und damit einen Anspruch auf EL) zu bemühen.

Der Aufwand bei den *IV-Abklärungen* ist gestiegen, insbesondere für die fachärztlichen Untersuchungen, aber auch bei den Rechtsdiensten der IV-Stellen. Insgesamt sind die Abklärungen eingehender, umfassender und differenzierter als in den 1990er Jahren. Dass das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) tendenziell weniger dieser Abklärungen zurückweist, unterstützt diesen Befund. Allerdings sind auch grosse kantonale Unterschiede – sowohl hinsichtlich der Praxis der IV-Stellen als auch der Entscheidungskultur der Sozialversicherungsgerichte – zu konstatieren (Bericht 16/07). Ein Faktor der *Verfahrensverlängerung* ist, dass heute häufiger, auch in nicht strittigen Verfahren, juristische Vertretungen (Behindertenorganisationen oder private Anwälte) beigezogen werden, was zu einem doppelseitigen Druck führt: Einerseits wird auf eine zeitlich rasche Behandlung gedrängt, andererseits werden hohe Ansprüche an die Einhaltung verfahrensrechtlicher Standards gestellt. Den Vertretungen wird insgesamt aber kooperatives Verhalten hinsichtlich Eingliederungsbestrebungen der IV bescheinigt. Der Einfluss der Anwaltschaften auf die Neurentenenentwicklung wird trotz strategischem Verhalten als gering eingeschätzt (Bericht 16/07). Die lange Dauer zwischen Eintreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung und dem endgültigen Entscheid aufgrund der eingehenden Abklärungen führt oft zu Dekonditionierung und Desintegration von Versicherten. Ebenso werden wiederholte Krankenschreibungen durch Hausarzt oder andere Mediziner/innen ohne versicherungsmedizinische Kontrolle (Leitlinien) als mögliche Fehlanreize für systeminduzierte Leistungsausweitungen beschrieben (Bericht 4/07).

Entgegen der konstatierten generellen Qualitätsverbesserung bei den Abklärungen wird bezüglich der intensiveren *medizinischen Abklärungen bei psychisch bedingten Fällen* kritisiert, dass diese bisher fast nur auf die Frage „Rente ja oder nein?“ fokussiert seien (Bericht 6/09: XVIIIf., 214ff.). Zur Beurteilung psychischer Invalidität fehlen bisher objektive Kriterien, die Qualität versicherungspsychiatrischer Gutachten in der Schweiz wird von den Auftraggebenden der Gutachten als heterogen und in vielen Fällen unzureichend betrachtet. Deren Erarbeitung unterliegt zahlreichen Störfaktoren und Fehlerquellen, weil bislang kein evidenzbasierter Kriterienkatalog zur Verfügung steht (Dittmann 2007). Die besondere Dynamik der Arzt-Patient-Beziehung und die Art der Präsentation der Krankheit durch den Patienten bzw. die Patientin haben bei *Schmerzpatienten* häufig zur Folge, dass eine *Besserungsfähigkeit von beiden Seiten kaum mehr zugetraut* wird. Als Konsequenz fehlten in den 1990er und bis in die letzten Jahre Personen mit Schmerzstörungen in der beruflichen Rehabilitation weitgehend, was übrigens auch besonders stark für Migrantinnen und Migranten mit psychischen Beschwerden gilt (Gebrechenscode 646) (Bericht 6/09: XIX). Immerhin wird festgestellt, dass es die Erkrankungsmuster und nicht andere mögliche Einflussfaktoren wie regionale Besonderheiten, Branche, Herkunft oder Geschlecht der Antragstellenden sind, welche das IV-Verfahren steuern (Bericht 6/09: 220f.).

Zwischen dem von der IV verwendeten versicherungsmedizinischen, kausallinearen *Krankheitsmodell* und dem angewandten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der kurativ und präventiv ausgerichteten Medizin besteht ein latenter Konflikt (Bericht 6/09). Die kantonalen IV-Stellen sind in der Beurteilung von Rentengesuchen seit der Jahrtausendwende strenger geworden, und auch die Rechtsprechung des EVG unterstrich mit einem Leitent-

scheid¹⁰ zu den somatoformen Schmerzstörungen diese strengere Praxis, die analog auch auf die Fibromyalgie zutrifft. Befragte Fachleute vermuten, dass diese Praxis auch auf die Beurteilungs- und Berentungspraxis bei ähnlichen oder vermeintlich ähnlichen psychischen Gesundheitseinschränkungen ausstrahlt (Bericht 16/07).

Was den *Eingliederungserfolg der IV-Stellen* betrifft, wird festgestellt, dass dieser positiv mit dem Einsatz personeller Ressourcen im Bereich der beruflichen Eingliederung korreliert. Der Einsatz qualifizierter Arbeitsvermittler/innen in den IV-Stellen mit Zielvorgaben für die Steuerung ist ein Erfolgsfaktor. Auch kurze innerbetriebliche Entscheidungswege und Arbeitsvermittlung durch interprofessionelle Teams sind bei der beruflichen Eingliederung erfolgreicher (Bericht 2/08). Arbeitsmarktliche Abklärungen, insbesondere Abklärung der funktionellen Leistungs- oder Arbeitsfähigkeit durch die Ärzteschaft, wurden hingegen in den 1990er Jahren bis 2005 zumindest bei psychisch Beeinträchtigten nur äusserst selten vorgenommen (Bericht 6/09). Ein weiterer Mangel wird in einer Studie über berufliche Eingliederung nach einem stationären Psychiatrieaufenthalt bei den Übergangsphasen des rehabilitativen Betreuungssystems geortet: Anschlussmassnahmen nach stationären Aufgehalten oder berufsintegrativen Massnahmen erfolgen ungenügend und zeitverzögert, die Zuständigkeiten sind unklar (Bericht 5/10).

Die *institutionellen Rahmenbedingungen* blieben trotz dem beschleunigten sozialen Wandel lange konstant. Während es in der Schweiz zwischen 1990 und 2000 kaum bedeutsame Reformmassnahmen gab, wurden in vergleichbaren Ländern gesetzgeberische Gestaltungskompetenzen teilweise früher als in der Schweiz dazu genutzt, Niveau und Struktur der Inanspruchnahme verschiedener Optionen beim vorzeitigen Ausscheiden aus der Erwerbsarbeit zu beeinflussen. Erst die 4. IVG-Revision 2004 führte zu einer merklichen Senkung des Zugangs zur IV (Bericht 8/09: 59). Rechtsprechung und Gerichtspraxis sowie die Einführung des ATSG haben die Entwicklung der Professionalisierung bei den IV-Abklärungen in den IV-Stellen vorangetrieben (Bericht 16/7).

4.2 Einflüsse aus angrenzenden Systemen

4.2.1 Schnittstellenprobleme

So genannte Schnittstellenprobleme zählen zu den verbreiteten Erklärungsgründen für Ineffizienzen in Systemen der sozialen Sicherheit. Negative Auswirkungen auf die Entwicklung der IV-Leistungen können prinzipiell vor allem zwei Erscheinungsformen von Schnittstellenproblemen haben:

- *Verschiebungs-Effekte*: Die Zuständigkeit für eine/n Leistungsbeziehenden wechselt mehrfach zwischen den verschiedenen Leistungsträgern. Dies ist sowohl für die betroffene Person als auch für das System ineffizient und damit grundsätzlich unerwünscht. Mögliche Gründe hierfür sind ungeklärte Zuständigkeiten, mangelhafte Abklärungsprozesse oder das Bestreben, finanzielle Lasten auf einen anderen Zweig des sozialen Sicherungssystems zu verlagern ("Verschiebepolitik"). Beispiel: der mehrfache Wechsel des Leistungsbezugs zwischen Invaliden- und Arbeitslosenversicherung, wenn ungeklärt ist, ob ein Arbeitsplatzverlust primär durch gesundheitliche oder durch konjunkturelle Gründe verursacht wurde. Ähnliche Effekte werden auch bei Revisionen der Sozialversicherungen, insbesondere bei Verschärfungen der Zugangsbedingungen, moniert.
- *Kombinierter Leistungsbezug*: Können Leistungen von mehreren Sozialleistungsträgern gleichzeitig bezogen werden, erhöht sich die finanzielle Attraktivität selbst gering bemessener Leistungen, die für sich genommen eine Verschlechterung der individuellen

¹⁰ BGE 130 V 352 aus dem Jahr 2004 (Bericht 16/07: IX)

Einkommensposition bedeuten würden. Hierdurch steigt das Moral Hazard-Risiko auf Seiten der potenziell Anspruchsberechtigten. Notwendig sind daher trägerübergreifende Regelungen, um ggf. Leistungen aus mehreren Systemen miteinander zu verrechnen, so dass eine zusätzliche, rein leistungsinduzierte Inanspruchnahme vermieden wird, wie sie etwa im ATSG mit dem Artikel zur sog. Überentschädigung (Art. 69) besteht. Ein kombinierter Leistungsbezug bzw. die gleichzeitige Zuständigkeit mehrerer Leistungsträger für dieselbe Person erfordert darüber hinaus eine klare Aufgabenteilung zwischen den Leistungsträgern.

Im Rahmen des Forschungsprogramms wurde untersucht, inwiefern sich Schnittstellenprobleme, speziell in den oben angeführten Erscheinungsformen, für die IV und ihre angrenzenden Systeme der sozialen Sicherheit nachweisen lassen. Im Zentrum der Betrachtung stehen hierbei die Wechselbeziehungen zwischen IV, Arbeitslosenversicherung (ALV) und Sozialhilfe. Dabei wird zwischen den Leistungssystemen IV-Rente, IV-Taggeld, Arbeitslosenentschädigung (ALE) und Sozialhilfe unterschieden. Das „Potenzial“ an Schnittstellenproblemen lässt sich zahlenmässig durch die 930'000 Personen oder fast 20 % der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter kennzeichnen, die in der Periode von 2004 bis 2006 mindestens einmal eine Leistung aus einem der vier untersuchten Leistungssysteme bezogen.

Die Untersuchung der Wechselbeziehungen zwischen der IV, der Arbeitslosenentschädigung sowie der Sozialhilfe (Bericht 1/09) hat gezeigt, dass zwischen diesen Systemen Verschiebungs-Effekte quantitativ nur von geringer Bedeutung sind. In dem ausgewerteten Dreijahreszeitraum (2004–2006) wechselte nur knapp 1 % der Leistungsbeziehenden mindestens zweimal zwischen den Systemen.

Dass Verschiebungs-Effekte – auch im Hinblick auf weitere Systeme der sozialen Sicherheit – die Effizienz der IV nicht massgeblich beeinflussen und damit ohne grössere Wirkung auf das Leistungsgeschehen sind, bestätigen auch die Ergebnisse des internationalen Vergleichs (Bericht 8/09). Demnach gibt es für die Schweiz keine Anhaltspunkte für substitutive Beziehungen zwischen der IV und alternativen Systemen beim vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben wie Arbeitslosenentschädigung, Sozialhilfe, aber auch vorzeitiger Ruhestand oder Arbeitsunfälle. Für andere Länder lassen sich dagegen solche Wechselbeziehungen nachweisen.

Die erwähnte Untersuchung der Wechselbeziehungen zwischen den sozialen Sicherungssystemen (Bericht 1/09) hat jedoch einen vergleichsweise hohen Anteil an Personen ergeben, die im (relativ kurzen) ausgewerteten Zeitraum gleichzeitig aus mehreren Systemen Leistungen bezogen. Von den IV-Rentnerinnen und -Rentnern erhielten 7.4 % gleichzeitig Sozialhilfe und 3.5 % Arbeitslosenentschädigung.¹¹ Im Durchschnitt erstreckte sich der kombinierte Leistungsbezug auf einen Zeitraum von einem knappen Jahr (mit Sozialhilfe) bzw. 9.6 Monate (mit Arbeitslosenentschädigung) – und dauerte damit deutlich länger als die anderen vorkommenden Kombinationsmöglichkeiten eines Doppelbezugs.

Der vergleichsweise hohe Anteil des kombinierten Leistungsbezugs von IV-Rente und Sozialhilfe liess sich bislang nicht vollständig erklären. Da Bezüger/innen von IV-Renten ggf. zusammen mit Ergänzungsleistungen grundsätzlich ihren Existenzbedarf decken können sollten, erscheint ein zusätzlicher Sozialhilfebezug zunächst nicht plausibel. Da es sich bei der Mehrzahl der Kombinationsfälle um ganze IV-Renten handelt, können Teilrenten dieses Phänomen nicht ausreichend erklären. Immerhin lässt sich ein Teil (40 %) des gleichzeitigen Bezugs von IV-Renten und Sozialhilfe auf administrative Übergangszeiten bis zur Gewährung von Ergänzungsleistungen zurückführen. Auch die Anrechnung eines hypothetischen Erwerbseinkommens bei der Bestimmung von Ergänzungsleistungen bei Teilinvali-

¹¹ Eine interne Zusatzauswertung auf der Basis von Sozialhilfedaten ergab hingegen einen geringeren Anteil an Bezüger/innen von Sozialhilfe mit gleichzeitigem Bezug einer Invalidenrente (knapp 4 % gegenüber 9,6 % in der Untersuchung: Bericht 1/09).

den dürfte in einem Teil der Fälle mit Doppelbezug dazu führen, dass zusätzlich Sozialhilfeleistungen gezahlt werden, um Einkommenslücken zu schliessen.

Ob bzw. inwiefern durch Doppel- oder Mehrfachbezug von Leistungen aus unterschiedlichen Systemen die „finanzielle Attraktivität“ einer Inanspruchnahme gesteigert wird („moral hazard“), konnte mit den oben erwähnten Untersuchungen nicht festgestellt werden. Auch eine noch laufende Studie über die wirtschaftliche Situation von IV-Rentner/innen auf der Grundlage von Steuerdaten wird diese Frage wahrscheinlich nicht abschliessend beantworten können, u. a. weil in der Datenbasis die nicht steuerbaren, kantonalen und kommunalen Bedarfsleistungen, insbesondere die Sozialhilfe, fehlen. Immerhin wird die Studie Auskünfte geben können über die Einkommen im Vergleich zu unberenteten Erwerbspersonen, über die unterschiedliche Einkommenshöhe nach Rentengrund, Alter bei Eintritt der Invalidität oder nach Haushaltstyp aufgeschlüsselt, aber auch über die Einkommensverhältnisse vor der Erkrankung, die letztlich zur Berentung geführt hat.

Die Resultate der Dossieranalyse (Bericht 6/09) lassen vermuten, dass die Einkommen von Personen mit aus psychischen Gründen invaliden Personen besonders tief sind, was in der Studie darauf zurückgeführt wurde, dass diese Personen häufiger über längere Zeit Schwierigkeiten bekunden, im ersten Arbeitsmarkt ein Erwerbseinkommen zu generieren.

Eine weitere Studie konnte Schnittstellenprobleme zwischen dem IV-System und dem System der Ergänzungsleistungen (EL) aufdecken (Bericht 6/08). Ausgangspunkt dieser Schnittstellenprobleme war ein sehr global formulierter Parlamentsbeschluss im Rahmen der 4. IVG-Revision. Dessen Ziel ist es, mit massiv erhöhten Ergänzungsleistungen zu fördern, dass Menschen mit mittleren und schweren Behinderungen zu Hause leben können. Die Interpretation dieses Beschlusses durch den Erlass einer Verordnung oblag dem Bundesamt für Sozialversicherungen, das die Ausführungsbestimmungen teils sehr restriktiv formulierte, teils aber auch offen, so dass den kantonalen EL-Stellen die Umsetzung der Neuregelung überlassen wurde.

Diese Konstellation führte dazu, dass diese zusätzlichen Ergänzungsleistungen für Bezüger/innen einer IV-Hilflosenentschädigung weniger in Anspruch genommen wurden als erwartet. Für die nur zögerliche Umsetzung und Bekanntmachung der zusätzlichen Möglichkeiten, Ergänzungsleistungen in Anspruch zu nehmen, machten die mit der Umsetzung beauftragten kantonalen Stellen fehlende Richtlinien und Vorgaben verantwortlich. Damit sind vor allem fehlende medizinische Kompetenzen zur Ermittlung des Betreuungsbedarfs angesprochen. Schwerer noch scheint die verbreitete Einstellung der EL-Stellen ins Gewicht zu fallen, dass nicht sie für die Umsetzung dieser Leistungsansprüche zuständig seien, sondern die IV selbst. Schliesslich handle es sich um Leistungen, die unabhängig von der ökonomischen Situation der Betroffenen zuzusprechen sind. Die ermittelten Schnittstellenprobleme führen zu einer Verunsicherung der Betroffenen darüber, ob die Regelungen längerfristig bestehen bleiben. Dies beeinträchtigt die Bereitschaft, die erhöhten Leistungen in Anspruch zu nehmen, um selbständig zu leben, zumal hierfür u. U. ein „sicherer“ Heimplatz aufgegeben werden muss.

Schnittstellenprobleme können sich nicht nur zwischen den verschiedenen Teilen des staatlichen Systems der sozialen Sicherheit ergeben, sondern auch an der Nahtstelle zu privaten Organisationen. In der Schweiz besteht aufgrund der finanziellen Förderung von Organisationen der privaten Behindertenhilfe nach Art. 74 IVG eine unmittelbare Verbindung zwischen der staatlichen IV und dem privaten Sektor. Die typischen Schnittstellenprobleme Verschiebungs-Effekte sowie kombinierter Leistungsbezug spielen für diese Verbindung zwar keine Rolle, aber die Bemühungen und Schwierigkeiten, diese Förderung möglichst effizient zu gestalten, lassen sich ebenfalls als Schnittstellenprobleme auffassen. So ist ein wesentliches Ergebnis der Evaluation der Beiträge an Organisationen in der pri-

vaten Behindertenhilfe nach Art. 74 IVG (Bericht 2/09), dass die mit der Umstellung der Förderpraxis im Jahr 2001 angestrebte stärkere Orientierung an Bedarf und Wirksamkeit von Massnahmen bislang nicht erreicht wurde. Die relativ starre Begrenzung der Vergütungen auf Personen, die bei der IV angemeldet sind, führt gemäss den Autoren dazu, dass eine Zielgruppe von Personen mit dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen systematisch unerreicht bleibt, obwohl gemäss dem Grundsatz "Eingliederung vor Rente" gerade vermieden werden soll, dass sie in das IV-System eintreten müssen (Bericht 2/09; X).

4.2.2 Rechtsprechung

Die Rechtsprechung als angrenzendes System wirkt im Wesentlichen über zwei Kanäle auf das Leistungsgeschehen in der IV:

- über die materielle Rechtsprechung, mit der Entscheidungen über die Rentenzusprache getroffen werden und die sich somit unmittelbar auf die Entwicklung der IV-Neurenten auswirkt,
- über die verfahrensrechtliche Rechtsprechung, die sich mittelbar auf die Entwicklung der IV-Neurenten auswirkt.

Die Untersuchung der Wirkungen der Rechtsprechung und Gerichtspraxis auf die IV (Bericht 16/07) kommt zum Ergebnis, dass das EVG (neu Bundesversicherungsgericht) seine Ermessensspielräume dazu genutzt hat, Rentenansprüche von Versicherten mit schwer objektivierbaren Gesundheitsschäden strenger zu beurteilen. Diesbezüglich ist ein Wandel der Rechtsprechung feststellbar, der um das Jahr 2000 einsetzte und insbesondere mit dem Leiturteil zu somatoformen Schmerzstörungen im Jahr 2004 die Anforderungen an eine Rentenzusprache deutlich erhöhte. Dieser Wandel hat sowohl bei den kantonalen Gerichten als auch bei den IV-Stellen – wenn auch nicht bei allen im gleichen Ausmass – zu einer restriktiveren Praxis geführt. Auch wurden Rentenansprüche häufiger mit Verweis auf invaliditätsfremde Gründe abgelehnt. Die Reaktion der IV-Stellen auf die Verschärfung der Rechtsprechung kontrastiert mit der These (vgl. 16/07: 97f., Aarts et al. 2000), dass die IV-Stellen sich mangels institutioneller Anreize "bequem opportunistisch" gegenüber den Gesuchstellenden verhalten.

Gemäss der Studie (Bericht 16/07) kann, weil Versicherte oder Hausärzte bzw. Hausärztinnen in der Regel juristische Laien sind, weitgehend ausgeschlossen werden, dass die strengere Gerichtspraxis einen direkten Einfluss auf deren Neigung hatte, Rentengesuche einzureichen bzw. zu unterstützen. Zu beobachten ist eine Zunahme von Anwaltschaften in den Verfahren. Dennoch ist insgesamt von einer potenziell dämpfenden Wirkung der gewandelten Rechtsprechung auf die Neurentenenentwicklung auszugehen. Empirisch zeigt sich, dass die Neurentenenentwicklung gut mit der allgemein strengeren Rechtsprechung seit dem Jahr 2000 korrespondiert, allerdings lassen sich spezifische Wirkungen einzelner Gerichtsurteile nicht nachweisen. Als Indiz für einen unmittelbar sichtbaren Einfluss kann jedoch gewertet werden, dass sich die negativen Rentenentscheide der IV-Stellen zum Teil deutlich erhöht haben.

Die Wirkungen der verfahrensrechtlichen Rechtsprechung sind dagegen nicht eindeutig. Die Rechtsprechung hat in den letzten Jahren zu erhöhten Standards der Beweiserhebung und damit zu fundierteren Abklärungen geführt. Die hieraus resultierende höhere Beweislast für einen positiven Rentenbescheid wirkt tendenziell dämpfend auf die Neurentenenentwicklung. Darüber hinaus besteht die Einschätzung, dass gründlichere Abklärungen auch von den Versicherten positiv aufgenommen werden und dadurch die Chancen auf eine berufliche Wiedereingliederung steigen könnten. Gleichzeitig verlängert sich aber auch häufig die Verfahrensdauer. In der Folge kann es verstärkt zu Chronifizierungen von Ge-

sundheitsschäden kommen, die wiederum tendenziell einen Anstieg bei den Neurenten bewirken. Diesem rentenbegünstigenden Effekt wurde mittlerweile durch Personalaufstockungen bei den IV-Stellen entgegengewirkt, bei den Gutachter/innen bestehen jedoch nach wie vor längere Wartezeiten.

Von einer strengeren Rechtsprechung und gründlicheren Abklärungsverfahren gehen auch Signale auf die Unternehmen aus, dass sich die Kosten personeller Umstrukturierungen – z. B. eine Verjüngung oder "Gesundung" des Mitarbeiterstamms – immer weniger zu Lasten der staatlichen Systeme der sozialen Sicherheit, und insbesondere zu Lasten der IV, externalisieren lassen. Darauf deuten die Ergebnisse der Fallstudien zum Disability Management in Unternehmen hin (Bericht 3/08).

4.3 Exogene Einflüsse

Zu den potenziellen Einflüssen auf die Entwicklung der Invalidenrenten zählen auch Faktoren, die nicht den Systemen der sozialen Sicherheit und den in ihnen handelnden Akteuren zuzuordnen sind. Insbesondere handelt es sich dabei um Veränderungen im Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie um Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt. Solche exogenen Einflüsse sind für die institutionellen Akteure des IV-Systems nur begrenzt, allenfalls mittelbar oder häufig auch gar nicht beeinflussbar. Exogene Faktoren bestimmen daher quasi die Ausgangssituation für das Wirken des IV-Systems. Wird diese Ausgangssituation erschwert, kann dies (unter sonst gleichen Bedingungen) beispielsweise zu einem Anstieg der Berentungen oder einem Rückgang bei der beruflichen Reintegration führen, ohne dass das IV-System "schlechter funktioniert". Unterscheiden sich beispielsweise Länder aus rein epidemiologischen Gründen stark in ihrem Invaliditätspotenzial, könnten ihre IV-Quoten selbst im hypothetischen Fall völlig identischer IV-Systeme deutlich voneinander abweichen. Aus diesem Grund besteht eine Funktion der wissenschaftlichen Forschung darin, die Wirkung sozialsystemimmanenter Faktoren um exogene Einflüsse zu "bereinigen", damit die Effizienz und Treffsicherheit des IV-Systems adäquat beurteilt werden kann.

Im Rahmen des Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung wurde die Bedeutung von exogenen Einflüssen explizit oder implizit analysiert. Hieraus ergaben sich Ergebnisse sowohl zur allgemeinen Abgrenzung von endogenen und exogenen Einflussfaktoren (Kapitel 4.3.1) als auch spezifisch zu den exogenen Faktoren Gesundheitszustand der Bevölkerung / Epidemiologie (Kapitel 4.3.2) und Arbeitsmarkt (Kapitel 4.3.3).

4.3.1 Allgemein

Ein massgeblicher Einfluss exogener Faktoren auf die Häufigkeit von Invalidenrenten wurde bislang anhand der teilweise ausgeprägten Unterschiede zwischen den Kantonen gezeigt. Frühere Studien (Spycher et al. 2003, Guggisberg et al. 2004) haben ergeben, dass sich die kantonal unterschiedlichen *Berentungsquoten* zu rund zwei Dritteln mit exogenen Faktoren erklären lassen. Hierzu zählen vor allem Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung, der Höhe der Arbeitslosigkeit oder der Finanzkraft und des Urbanitätsgrads der Kantone. Diese starken Einflüsse stellen hohe datenbezogene und methodische Anforderungen an eine Evaluation des IV-Systems bzw. einzelner Bestandteile dieses Systems.

Das Forschungsprojekt, das die Evaluation der Regionalärztlichen Dienste (RAD) zum Ziel hatte (Bericht 13/07), hat gezeigt, dass diese Anforderungen gegenwärtig nicht vollständig erfüllt werden. Eine wesentliche Hürde stellt dar, dass aufgrund fehlender verbindlicher Vorgaben des BSV die Datenerhebung sowohl innerhalb als auch zwischen den RAD beträchtlich variiert. Aus diesem Grund konnten die RAD-externen Einflussfaktoren nicht kon-

trolliert werden. Die Untersuchung gelangte somit zum Ergebnis, dass die statistischen Voraussetzungen für einen quantitativen Vergleich der RAD gegenwärtig nicht gegeben sind. Eine analytische Trennung der exogenen von den endogenen Einflussfaktoren auf die Qualität der Anspruchsprüfung (z. B. Verfahrensdauer) sowie auf Berentungsquote und Ausgabenentwicklung setzt u. a. eine einheitliche Erhebungspraxis der als relevant identifizierten Indikatoren zwischen den RAD und den IV-Stellen voraus.

Die Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen (Bericht 6/09) konnte sich hingegen mit der umfassenden Auswertung von IV-Akten eine Datengrundlage erschliessen, auf der die unterschiedlichen Einflüsse auf das *Berentungsverfahren* sehr differenziert analysierbar waren. Die Untersuchung ergab, dass die IV-Berentungsverfahren für den untersuchten Krankheitsbereich (psychische Erkrankungen der Kategorie 646) fast ausschliesslich durch die Erkrankungsart bestimmt werden und nicht durch IV-fremde Faktoren wie biografische, sozialstrukturelle, regionale oder historische Merkmale. Die Berentungsverfahren der untersuchten Kategorie orientierten sich an medizinischen Kriterien, ein markanter und systematischer Einfluss von IV-fremden oder diskriminierenden Faktoren (Herkunft, Geschlecht, soziale Schicht o. ä.) auf den Berentungsprozess wurde dagegen ausgeschlossen.

Auch die Ergebnisse der *Arbeitsvermittlung* in der Invalidenversicherung wurden nicht massgeblich durch exogene Faktoren bestimmt, wie die Evaluation ergab (Bericht 2/08). Im Rahmen dieser Untersuchung gelang es, in einem statistischen Wirkungsmodell exogene und endogene Einflussfaktoren voneinander zu trennen. Im Unterschied zu den Berentungsquoten, aber ähnlich wie bei den Berentungsverfahren (in der Kategorie 646) war für die Arbeitsvermittlung kein signifikanter Einfluss exogener Faktoren nachweisbar. Die Erwartung, dass eine ungünstige Zusammensetzung von exogenen Faktoren – beispielsweise eine hohe Arbeitslosenquote, eine hohe Sozialhilfequote, ein hoher Anteil an Ausländer/innen und ein hoher Anteil an Personen mit einem tiefen Bildungsniveau – die Erfolgsquote der Arbeitsvermittlung negativ beeinflussen würde, hat sich demnach nicht bestätigt.

Lediglich ein einziger exogener Faktor hatte nachweisbar einen Einfluss auf den Eingliederungserfolg der Arbeitsvermittlung: die sektorale Wirtschaftsstruktur. Ein hoher Anteil an Beschäftigten im zweiten Sektor (Industrie, Verarbeitung) in den Kantonen begünstigt die Arbeitsvermittlung. Entsprechend ergab sich aus den Unternehmensbefragungen, dass Unternehmen aus dem zweiten Sektor deutlich öfter im direkten Kontakt mit der Arbeitsvermittlung ihrer IV-Stelle sind als Unternehmen aus dem dritten Sektor (Dienstleistungen).

- Zurückführen lässt sich dieser Einfluss der Wirtschaftsstruktur u. a. darauf, dass der Anteil an psychischen Leiden im zweiten Sektor im Vergleich zum dritten Sektor geringer ist. Personen mit körperlichen Leiden gelten jedoch als besser integrierbar im Vergleich zu Personen mit psychischen Leiden.
- Zudem wird der Betreuungsaufwand für Personen mit psychischen Leiden im Vergleich zu Personen mit körperlichen Gebrechen als erheblich höher eingestuft.
- Schliesslich scheinen im zweiten Sektor im Vergleich zum dritten Sektor mehr Beschäftigungsmöglichkeiten insbesondere für tiefqualifizierte Personen zu bestehen.

Exogene Faktoren des kantonsspezifischen Umfelds sind darüber hinaus für die Dauer und die Kosten einer Arbeitsvermittlung von Bedeutung.

- Je höher der Anteil Beschäftigter im dritten Sektor und je «ungünstiger» die soziostrukturelle Zusammensetzung der versicherten Bevölkerung (hohe Sozialhilfe- und Arbeitslosenquote, hoher Anteil an Ausländer/innen) ist, um so länger wird die durchschnittliche Bearbeitungsdauer des Gesamtbestandes und um so länger dauert es, bis berufliche Massnahmen eingeleitet werden.

- Die durchschnittlichen Kosten der beruflichen Massnahmen und Taggelder pro versicherte Person sind umso höher, je grösser der Anteil der Beschäftigten im zweiten Sektor ist.

Insgesamt zeigt sich aber mit Blick auf den Eingliederungserfolg, dass IV-Stellen in einem für die Arbeitsvermittlung potenziell schwierigen Umfeld (hohe Arbeitslosigkeit, hoher Anteil an Ausländer/innen, städtische Gebiete, etc.) bei der beruflichen Eingliederung nicht weniger erfolgreich sind als IV-Stellen in einem potenziell günstigen Umfeld. Beruflicher Eingliederungserfolg durch Arbeitsvermittlung der IV-Stellen konnte zum Erhebungszeitpunkt zu einem grossen Teil mit IV-Stellen-internen Faktoren erklärt werden. Dies unterstreicht, dass die IV-Stellen einen grossen Einfluss auf den Eingliederungserfolg nehmen können, wie dies auch aus der Evaluation der Arbeitsvermittlung deutlich hervorging (Bericht 2/08).

Die Gruppe der Migrantinnen und Migranten stellt ein besonders relevantes Beispiel dafür dar, wie mehrere exogene Faktoren, welche die Rentenentscheide beeinflussen, in Kombination auftreten. Im Vordergrund steht dabei ein erhöhtes Krankheitsrisiko dieser Gruppe im Zusammenhang mit einem relativ ungünstigen sozioökonomischen Umfeld (s. folgendes Kapitel 4.3.2). Aus Sicht des IV-Systems zählt in diesem Zusammenhang ausserdem die *Einwanderungspolitik* der Schweiz zu den relevanten exogenen Einflussfaktoren des Berentungsgeschehens. Zu diesem Ergebnis kommt die Analyse von Verfahrensverläufen bei Personen mit Migrationshintergrund in der Invalidenversicherung (Bericht 3/10). Deren erhöhtes Invaliditätsrisiko ist demnach nicht „IV-hausgemacht“, sondern primär auf dem Verfahren zeitlich vorgelagerte Gründe zurückzuführen. Die Invalidenversicherung hat daher nur sehr begrenzte Spielräume, hierauf Einfluss zu nehmen. An der Tatsache, dass Migrantinnen und Migranten geringere Chancen zur beruflichen Integration haben, weil sie öfter in Risikoberufen arbeiten, unterdurchschnittlich qualifiziert sind, vielfach die Landessprache unzureichend beherrschen und durch zusätzliche biographische Faktoren relativ häufiger belastet sind als Schweizer/innen, kann die IV selbst wenig ändern. Insgesamt verweisen die Befunde der Studie darauf, dass das Invaliditätsrisiko der Migrationsbevölkerung in der Schweiz wohl in starkem Masse von der Einwanderungs- und Integrationspolitik abhängt.

Dies bestätigt auch die Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen (Bericht 6/09). Die Migrant/innen wurden als eine von drei Personengruppen identifiziert, bei welchen die Zusprache von Renten aus psychischen Gründen besonders stark zugenommen hat. Ihr Anteil am Rentenbestand in der untersuchten Gebrechensart der Kategorie 646 hat in den vergangenen 20 Jahren von knapp 30 % auf über 40 % zugenommen. Diese Entwicklung steht in enger Verbindung mit der Zunahme der Einwanderung von Frauen in die Schweiz.

4.3.2 Gesundheitszustand der Bevölkerung (Epidemiologie)

Die durchschnittliche *Lebenserwartung* ist eine etablierte globale Grösse zum Vergleich des Gesundheitszustandes von Bevölkerungen. Veränderungen und Unterschiede in der durchschnittlichen Lebenserwartung könnten somit einen exogenen Bestimmungsfaktor darstellen, der über das Invaliditätspotenzial in einer Bevölkerung entscheidet. In der internationalen Vergleichsstudie (Bericht 8/09) wurde hierzu ausgeführt, dass der Einfluss allerdings nicht eindeutig ist. Die allgemeine durchschnittliche Lebenserwartung lag in der Schweiz deutlich über dem mit den jeweiligen Bevölkerungszahlen gewichteten Durchschnitt der OECD-Länder. Dies galt auch für die Lebenserwartung in Altersgruppen, in denen Erwerbstätige einem Invaliditätsrisiko ausgesetzt sind. Aus dem überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung, der darin erkennbar wird, lässt sich nun einerseits eine eher dämpfende Wirkung auf den IV-Zugang ableiten. Das höhere Durchschnittsalter könnte aber andererseits auch dahingehend gedeutet werden, dass es den IV-Zugang verstärkt, weil Invalidität ein mit dem Lebensalter ansteigendes Risiko ist. Der Abstand der Lebenserwartung der Schweizer Bevölkerung fällt ausserdem deutlich

geringer aus, wenn man den Vergleich auf Länder begrenzt, die gemessen an gesamtwirtschaftlichen Indikatoren der Schweiz ähnlicher sind.

Eine Interpretation der Ergebnisse der Evaluation der Arbeitsvermittlung (Bericht 2/08) ist, dass sich aus dem exogenen Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Eingliederungserfolg Rückschlüsse auf den exogenen Einfluss der *Krankheitsarten* ziehen lassen: Demnach gelten Personen mit körperlichen Leiden, die beruflich überproportional häufig dem zweiten Sektor zuzuordnen sind, als besser integrierbar im Vergleich zu Personen mit *psychischen Leiden*, die überproportional häufig im dritten Sektor vertreten sind (vgl. Kapitel 4.3.1).

Unter diesen Umständen wirkt eine relative Zunahme psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter – bei sonst gleichen Bedingungen – steigernd auf die Zahl der IV-Rentenbeziehenden bzw. dämpfend auf die Zahl erfolgreicher beruflicher Reintegrationen. Der internationale Vergleich der Austrittsoptionen aus der Erwerbsarbeit aufgrund von Invalidität (Bericht 8/09) hat ergeben, dass der Anteil der psychischen Erkrankungen an den Zugangsdiagnosen zur Invaliditätsrente in der Schweiz in den letzten Jahren durchweg auf einem sehr hohen Niveau lag. Ausserdem machen gerade die jüngeren (18- bis 30-Jährigen) Neubezüger/innen einen immer grösseren Anteil aller IV-Beziehenden mit einer psychischen Erkrankung als Zugangsdiagnose (Psychosen, Neuropsychosen) aus.

Ende 2009 gingen bereits mehr als die Hälfte (50.6 %) aller krankheitsbedingten IV-Renten (also ohne Unfälle und Geburtsgebrechen) auf psychische Krankheiten zurück. Während die Anzahl der IV-Rentenbeziehenden wegen aller Gebrechensarten im Zeitraum 1997 bis 2009 jahresdurchschnittlich um 3.7 % zugenommen hat, stieg die Anzahl der IV-Rentenbeziehenden wegen psychischer Erkrankungen jahresdurchschnittlich um 6.3 %. Im Jahr 2009 bezogen mehr als zwei von hundert versicherten Personen (18 bis Rentenalter) eine IV-Rente wegen psychischer Erkrankung (BSV 2010a).

Aus der Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen (Bericht 6/09) geht zudem hervor, dass insbesondere Krankheiten des Bewegungsapparates (Rückenleiden etc.) sehr häufig mit Berentungen aus psychischen Gründen einhergehen.

Die Dossieranalyse (Bericht 6/09) hat darüber hinaus die Bedeutung *spezifischer Personengruppen mit erhöhten Krankheitsrisiken* in der Gesamtbevölkerung für die IV-Rentenentwicklung verdeutlicht. In der Gesamtbevölkerung hat sich der Anteil der sogenannten Einelternefamilien an der Gesamtzahl der Familienhaushalte von 7,0 % (1970) auf 8,8 % (2008) erhöht (BFS aktuell 2009: 5). Alleinerziehende gelten als Gruppe mit einem überdurchschnittlich hohen Risiko für psychische Erkrankungen. Somit ist die starke Zunahme der IV-Berentungen aus psychischen Gründen (der Kategorie 646) u. a. auf eine starke Zunahme der Invalidisierungen alleinerziehender Frauen zurückzuführen. Ihr Anteil an den IV-Renten aus psychischen Gründen (der Kategorie 646) hat sich seit dem Jahr 1990 verdoppelt, die absolute Zahl ist um das 3.5-fache gestiegen. Der Anteil Alleinerziehender war somit in der Gruppe der IV-Rentenbezügerinnen und –bezüger aus psychischen Gründen (der Kategorie 646) doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung.

Auch die Migrantinnen und Migranten in der Invalidenversicherung stellen eine spezifische Personengruppe mit erhöhten Krankheitsrisiken dar. Eine statistische Analyse (Bericht 2/10) kam zum Ergebnis, dass sich die teilweise sehr viel höheren Berentungsquoten unter den Personen mit Migrationshintergrund überwiegend durch eine schlechtere gesundheitliche Lage im Vergleich zu den Schweizerinnen und Schweizern erklären lassen. Die als schlechter wahrgenommene gesundheitliche Lage wird wiederum auf die "berufliche und soziale Unterschichtung" zurückgeführt: Migrantinnen und Migranten sind häufig deutlich schlechter ausgebildet, führen deutlich öfters körperliche Arbeiten aus und sind weniger oft in Anstellungsverhältnissen mit Vorgesetztenfunktion anzutreffen. Die ungünstigeren sozialen und beruflichen Bedingungen allein können die höheren Berentungsquoten im Ver-

gleich zu den Schweizer/innen jedoch kaum erklären, denn in ihrer Wirkung auf die (statistisch bestimmbare) Berentungswahrscheinlichkeit werden sie dadurch kompensiert, dass die Gruppe der Migranten eine deutlich günstigere Altersstruktur aufweist. Die ungünstigeren sozialen und beruflichen Bedingungen der Personen mit Migrationshintergrund manifestieren sich aber darin, dass sich aus den Befragungen dieser Gruppe zur subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes sowie zum Auftreten somatischer Krankheitssymptome innerhalb der letzten vier Wochen ein deutlich schlechterer Gesundheitszustand ergab.

Nicht nur höhere Berentungsquoten, auch ein häufig höherer Abklärungsbedarf lässt sich mit gesundheitsbezogenen Unterschieden zwischen Personen mit und solchen ohne Migrationshintergrund erklären. Eine Analyse von Verfahrensverläufen bei Migrantinnen und Migranten in der Invalidenversicherung (Bericht 3/10) hat gezeigt, dass deren Krankheitsbilder im Vergleich zu jenen der Schweizerinnen und Schweizer von den berichtenden Ärzten und Gutachtern als noch komplexer wahrgenommen werden. Sie haben häufiger eine – bisweilen zunächst wenig sichtbare – psychische Komponente und weniger häufig eine klar objektivierbare physische Ursache. Dies dürfte ein wesentlicher Erklärungsfaktor für den erhöhten Abklärungsaufwand bei IV-Begehren von Personen mit Migrationshintergrund sein.

4.3.3 Situation und Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt

Im internationalen Vergleich hat die Schweiz eine der höchsten Erwerbsquoten. Insbesondere der Anteil älterer Erwerbstätiger ist in der Schweiz relativ gross. Wie die internationale Vergleichsstudie (Bericht 8/09) ausführt, lässt sich hieraus kein eindeutiger Einfluss auf die Entwicklung und Höhe der IV-Berentungsquoten ableiten. Eine relativ hohe Erwerbsbeteiligung Älterer kann zwar ein Hinweis auf einen überdurchschnittlichen Gesundheitszustand bzw. geringere gesundheitliche Belastungen durch Erwerbstätigkeit und damit auf ein geringeres Invaliditätspotenzial sein. Sie kann aber auch allein durch eine günstige Arbeitsmarktsituation begründet sein und auf ein höheres Invaliditätspotenzial schliessen lassen, denn durch den längeren Verbleib älterer Erwerbspersonen bei altersbedingt steigendem Krankheitsrisiko erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eines vorzeitigen Austritts aus dem Arbeitsmarkt.

Der internationale Vergleich hat gezeigt, dass sich zwar für die Gesamtheit der betrachteten Länder der Zusammenhang andeutet, dass mit steigender Erwerbsquote Älterer auch die IV-Bezugsquote in der Erwerbsbevölkerung steigt. Allerdings weicht die Schweiz davon am stärksten ab: Mit der höchsten Erwerbsquote unter den Vergleichsländern wäre für die Schweiz ein deutlich höherer Anteil von Bezüger/innen einer Invalidenrente an der Erwerbsbevölkerung zu erwarten gewesen.

Darüber hinaus ergaben sich aus dem internationalen Vergleich für die Schweiz – im Unterschied zu den europäischen Vergleichsländern – keine Anhaltspunkte für substitutive Beziehungen zwischen der IV und alternativen Optionen des Sozialsystems für einen vorzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben. Stattdessen entwickelten sich Invalidität und Arbeitslosigkeit in der Schweiz gleichförmiger als in den Vergleichsländern. Dies lässt den Schluss zu, dass von der Höhe bzw. Entwicklung der Arbeitslosigkeit ein relevanter exogener Einfluss auf die Berentungsquoten in der IV ausgeht. Dies haben bereits frühere Studien bestätigt, die interkantonale Unterschiede in den Berentungsquoten u. a. auch durch Unterschiede in der Höhe der allgemeinen Arbeitslosigkeit erklären konnten (vgl. Kapitel 4.3.1).

Die Ausführungen zu den exogenen Faktoren (Kapitel 4.3.1) haben hingegen auch gezeigt, dass die Höhe der Arbeitslosenquote keinen signifikanten Erklärungsgehalt für die Ergebnisse der Arbeitsvermittlung hat. Dennoch ist der Eingliederungserfolg nicht unabhängig von den Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt. Dabei steht nicht die allgemeine Arbeitslo-

sigkeit, sondern die Beschäftigungsstruktur im Vordergrund. Die Evaluation der Arbeitsvermittlung in der Invalidenversicherung (Bericht 2/08) ergab, dass im zweiten Sektor offensichtlich mehr Beschäftigungsmöglichkeiten insbesondere für tiefqualifizierte Personen bestehen als im dritten Sektor. Ausserdem sind psychische Leiden der Erwerbstätigen im zweiten Sektor im Vergleich zum dritten Sektor geringer verbreitet, die Integrationsaussichten gelten aber für Personen mit körperlichen Leiden als besser. Unter diesen Umständen bewirkt die (exogene) Entwicklung der Wirtschaftsstruktur zugunsten des dritten Sektors (Tertiarisierung) – mit entsprechenden Verschiebungen auf dem Arbeitsmarkt – zu einer tendenziell stärkeren Belastung des IV-Systems.

Die Ergebnisse der Dossieranalyse (Bericht 6/09) zeigen wiederum, dass die Zunahme von Invalidisierungen aus psychischen Gründen teilweise eng mit den Verhältnissen auf dem Arbeitsmarkt zusammenhängen. Mit der Analyse wurden als eine von drei auffälligen Personengruppen ältere, depressive Schweizer ermittelt, deren Chancen auf dem Arbeitsmarkt als gering beurteilt werden. Diese Gruppe hat sich in den vergangenen 20 Jahren zahlenmässig verdoppelt.

5 Evaluation von Massnahmen

Im Forschungsprogramm wurden nicht nur Einflussfaktoren für die Veränderung der IV-Rentenzahlen erörtert, sondern auch Bestimmungen und Massnahmen des IVG evaluiert. Aufgrund der zeitlichen Anlage dieser Projekte kurz nach der Einführung der 4. IVG-Revision war nicht zu erwarten, dass die Wirkungen der zu evaluierenden gesetzlichen Bestimmungen und Massnahmen bereits voll zum Tragen gekommen sind. Deshalb konnten erste Wirkungen nur punktuell untersucht werden. Dasselbe gilt in noch stärkerem Masse für die Bestimmungen und Massnahmen aus der 5. Revision, die per 1.1.2008 in Kraft traten.

5.1 Evaluation von Massnahmen der Anspruchsprüfung

Bei schwierig objektivierbaren Gesundheitsstörungen (z. B. chronische Schmerzen ohne somatisch erkennbare Ursachen, Schleudertraumata, Depressionen) besteht teilweise erheblicher Ermessensspielraum für die Einschätzung der Erwerbsunfähigkeit und des IV-Grades. Die Anspruchsprüfung bzw. -abklärung in der IV sieht sich mit zwei grundsätzlichen Problemen konfrontiert:

- Die fehlende Objektivierbarkeit eröffnet den Versicherten Spielräume, durch Übertreibung (Aggravation) oder eine Vortäuschung (Simulation) von Beschwerden die Anspruchsprüfung zu ihren Gunsten zu beeinflussen (vor allem mit dem Ziel der Zusprache einer IV-Rente).
- Die substantiellen Ermessensspielräume für die Einschätzung der Erwerbsunfähigkeit erschweren eine ausreichende Konsistenz und Objektivität der Abklärungsverfahren.

Über das tatsächliche Ausmass dieser Probleme lieferten einige der Forschungsprojekte Erkenntnisse, die in den vorangegangenen Abschnitten dargestellt wurden (insbesondere die Studie zu den nicht zielkonformen Leistungen der IV, vgl. Kapitel 4.1.1.1, sowie die Untersuchung zur Rechtsprechung und Gerichtspraxis in der Invalidenversicherung, vgl. Kapitel 4.1.2). Im Folgenden geht es um Massnahmen, die in jüngerer Zeit ergriffen wurden, um die oben erwähnten grundsätzlichen Probleme für die Anspruchsprüfung zu verringern.

Mit Blick auf Aggravation und Simulation durch Versicherte kommt der *Beschwerdevalidierung im Abklärungsverfahren* eine Schlüsselrolle zu. Anhand klar definierter Beurteilungskriterien und Beschwerdevalidierungstests, mit denen Inkonsistenzen zwischen beobachteten und zu erwartenden Leistungen aufgedeckt werden sollen, wird die Plausibilität der vom Versicherten geschilderten Beschwerden geprüft. Im Rahmen des Forschungsprogramms wurden der aktuelle Stand der wissenschaftlichen Entwicklung von Beschwerdevalidierungstests und deren Anwendung in der Abklärungspraxis untersucht (Bericht 4/08). Demnach sind standardisierte Beschwerdevalidierungstests lediglich für eine begrenzte Anzahl psychischer Symptome verfügbar. Im Fall körperlicher Beeinträchtigungen wird daher auf nicht-standardisierte Beschwerdevalidierungstests zurückgegriffen. Isoliert betrachtete Ergebnisse von Beschwerdevalidierungstests werden aus wissenschaftlicher Sicht im Allgemeinen als unzuverlässig beurteilt. Auch in der Praxis beurteilen (viele) Gutachtende, Expertinnen und Experten die Validierung der Beschwerden im Rahmen der Begutachtung als verbesserungsfähig. Wenn Beschwerdevalidierungstests für Gutachten verwendet werden, sollten sie nie ausschliesslich die Entscheidungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit bestimmen. Insgesamt kann gegenwärtig die Qualität von Abklärungen bzw. Gutachten im Hinblick auf die Beschwerdevalidierung nicht abschliessend beurteilt werden (vgl. auch Dittmann 2009).

Für das Ziel einer ausreichenden Konsistenz und *Objektivität der Abklärungsverfahren* stellt die Systematisierung und Qualitätsverbesserung der Begutachtungspraxis einen wesentlichen Schritt dar. Dies betrifft insbesondere die Beurteilung dauerhafter Einschränkungen.

kungen der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen. Gerade die Qualität versicherungspsychiatrischer Gutachten hat in der Schweiz Anlass zur Kritik gegeben, die sich vor allem auf die Zuverlässigkeit der versicherungsrechtlich relevanten psychiatrischen Diagnosen sowie auf die Quantifizierung der aus ihnen abgeleiteten Funktionsbeeinträchtigungen bezog. Die Beurteilung, ob eine Erwerbsunfähigkeit vorliegt, muss die gesetzlich verankerte Bedingung der Objektivität erfüllen. Daher sollten so weit wie möglich wissenschaftlich fundierte, evidenzbasierte Kriterien und Leitlinien entwickelt und eingesetzt werden.

Aktuell gibt es in der Schweiz keine anerkannten fachlichen Leitlinien zur Frage, welche inhaltlichen Kriterien bei der Beurteilung einer psychisch bedingten Behinderung heranzuziehen sind. Im Rahmen des Forschungsprogramms wurde daher eine Literaturstudie durchgeführt, mit der Grundlagen für die Entwicklung von evidenzbasierten Gütekriterien zur Beurteilung von psychischen Behinderungen geschaffen werden sollten (Dittmann 2009). Die Auswertung verfügbarer Literatur ergab allerdings einen Mangel an Studien mit hohem Evidenzniveau sowohl zu möglichen Kriterien, mit denen versicherungspsychiatrisch relevante Gesundheitsstörungen beurteilt werden können, als auch zur Frage, wie Leistungsbeeinträchtigungen aufgrund psychischer Störungen in Schweregraden ausgedrückt werden können. Die überwiegende Mehrheit der gefundenen Untersuchungsergebnisse gründen auf der Darstellung von Expertenmeinungen bzw. auf klinischen Erfahrungen ausgewiesener Autoritäten. Auch zur Frage eines Kausalzusammenhangs zwischen traumatisierenden Ereignissen und versicherungspsychiatrisch relevanten Gesundheitsstörungen konnte nur eine vergleichsweise geringe Anzahl an Publikationen gefunden werden.

Zur Validierung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO wurde eine Vielzahl von Studien durchgeführt. Die Analyse der relevanten Literatur zeigt, dass die meisten der Kriterien für unterschiedliche Bereiche benutzt werden, beispielsweise zur Schweregradbeurteilung, zur Prognosebeurteilung oder zu Kausalitätsbeurteilungen. Damit dürfte eine „Verwaschung“ der Kriterien, Indikatoren und Merkmale einhergehen, welche ursprünglich für die Beurteilung eines bestimmten Bereichs konzipiert wurden und nun zur Begutachtung in anderen Bereichen herangezogen werden.

Die beiden eingangs aufgeführten Grundprobleme – Kontrolle von Aggravation/Simulation durch Versicherte sowie Objektivität des Abklärungsverfahrens – wurden auch durch den Aufbau "Regionaler ärztlicher Dienste" (RAD) seit dem Jahr 2005 angegangen. RAD-Ärztinnen und -Ärzte unterstützen die IV-Stellen, indem sie die versicherungsmedizinischen Aspekte der Anspruchsvoraussetzungen bei IV-Leistungsgesuchen beurteilen, insbesondere die Arbeitsunfähigkeit bzw. die medizinisch zumutbare Arbeitsfähigkeit. Sie sind berechtigt, Versicherte selbst zu untersuchen, was früher den Ärztinnen und Ärzten in den IV-Stellen nicht erlaubt war. Die RAD unterstehen der unmittelbaren fachlichen Aufsicht durch das Bundesamt für Sozialversicherungen, womit die für das Entscheidungsverfahren notwendigen medizinischen Grundlagen vereinheitlicht werden sollen. Eine solche Vereinheitlichung soll wiederum dazu beitragen, die kantonalen Unterschiede in den Berentungsquoten auszugleichen. Zudem wurde mit der Einrichtung der RAD das Ziel verfolgt, das versicherungsspezifische Wissen in der Anspruchsprüfung zu vergrössern, um die Qualität der Verfahren zu verbessern. Der Gesetzgeber verband hiermit als weiteres Ziel, den Anstieg der Rentenausgaben zu senken, denn mit einer Qualitätsverbesserung der Verfahren können Missbräuche vermehrt aufgedeckt und so die Anzahl der Rentenansprüche gesenkt werden. An den Aufbau der RAD wurde schliesslich auch die Erwartung geknüpft, die Verfahrensdauer zu verkürzen. Nachvollziehbarere Entscheide bzw. medizinische Entscheidungsgrundlagen sollen letztlich die Akzeptanz der IV stärken.

Im Rahmen des Forschungsprogramms wurden die RAD einer ersten Evaluation hinsichtlich der oben angeführten Ziele unterzogen (Bericht 13/07). Die Evaluation stützt sich aus zwei Gründen weitgehend auf qualitative Methoden: Erstens sind die Daten der unter-

schiedlichen RAD nur ungenügend vergleichbar, weil klare, verbindliche Vorgaben für die Datenerhebung vom BSV fehlen. Zweitens werden die relevanten Indikatoren für die Evaluation (z. B. Anzahl von Einsprachen/Rückweisungen, Verfahrensdauer, Berentungsquoten) von einer Vielzahl RAD-externer Faktoren beeinflusst, die sich nicht ausreichend kontrollieren lassen. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen kommt die Evaluation zum Ergebnis, dass die RAD hinsichtlich der Mehrheit der mit ihrer Einrichtung verbundenen Zielsetzungen Verbesserungen gebracht haben. Allein schon die Aufstockung des medizinischen Personalbestandes ermöglichte eine Verbreiterung des fachärztlichen Wissensspektrums in den Abklärungsverfahren und trug zu einer vertieften Dossierprüfung bei. Die vom BSV angebotenen Weiterbildungen haben nach Ansicht des Evaluationsteams die versicherungsmedizinische Kompetenz der in den RAD tätigen Ärzte und Ärztinnen und damit die Qualität der Dossierbeurteilung erhöht. Dadurch sei die Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen der IV-Stellen im Vergleich zur Zeit vor der 4. IVG-Revision gesteigert worden. Diese Aussagen sind jedoch höchstens als Tendaussage zu werten, da – wie erwähnt – noch keine vergleichbaren Daten zur Verfügung stehen. In den Interviews wurden Anzeichen dafür festgestellt, dass die RAD "präventiv" auf die Allgemeinärzteschaft wirken, deren Arztberichte und Gutachten nun unmittelbar und routinemässig einer gründlichen medizinischen Expertise unterworfen werden. Eine datengestützte Untermauerung dieses Befunds kann allerdings erst eine Wirkungsevaluation erbringen.

Hinsichtlich einiger Zielsetzungen liess sich der Beitrag der RAD nicht abschätzen. Dies gilt für den Rückgang der Berentungsquoten sowie die Verhinderung von ungerechtfertigtem Leistungsbezug, weil für die Erklärung der Entwicklung beider Zielgrössen eine Vielzahl RAD-externer Einflussfaktoren relevant ist. In verschiedenen Belangen konstatiert die Evaluation noch Verbesserungsbedarf. So gibt es zwischen den einzelnen RAD erhebliche Unterschiede im Vollzug von gewissen Dienstleistungen, in der Datenerhebung und hinsichtlich der Häufigkeit und der Institutionalisierung des fachlichen Dialogs. Ausserdem verfügen viele RAD noch nicht über ein umfassendes Qualitätsmanagement zur regelmässigen Überprüfung ihrer Arbeit (Bericht 13/07: Xf., 72-74).

Ein Ziel wurde definitiv nicht erreicht: Die Verfahrensdauer wurde nicht verkürzt, im Gegenteil, sie hat sich tendenziell eher verlängert. Auch eigene medizinische Untersuchungen erwiesen sich als sehr zeitaufwendig und das Einholen externer Gutachten ist oftmals mit langen Wartezeiten verbunden. Allerdings stellt sich auch die Frage, ob diese mit der Einführung der RAD verbundene Zielsetzung überhaupt sinnvoll war, dürften doch eine Verkürzung der Verfahrensdauer und eine Steigerung der Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen grundsätzlich in einem Widerspruch zueinander stehen.

Die auf Jahresbeginn 2008 in Kraft getretene 5. IVG-Revision hat die Anspruchsprüfung massgeblich erweitert und dazu neue Instrumente zur frühen Erfassung und Intervention bei Anzeichen eines beginnenden Desintegrationsprozesses eingeführt. Aufgrund der Kürze des Beobachtungszeitraums konnte im Rahmen des Forschungsprogramms keine umfassende Evaluation der neu eingeführten Massnahmen und Instrumente durchgeführt werden. In der Analyse von Verfahrensverläufen bei Personen mit Migrationshintergrund in der Invalidenversicherung (Bericht 3/10), konnten mit der Befragung von Fachpersonen zumindest erste Einschätzungen der Wirkungen von Früherfassung und niederschweligen Eingliederungsmassnahmen erhoben werden. So wird in einer besseren Früherkennung ein entscheidender Nutzen der 5. IVG-Revision gesehen, weil damit die Chancen auf Wiedereingliederung stiegen. Die damit verknüpfte strengere Berentungspraxis habe an den unterschiedlich hohen Berentungsquoten zwischen der schweizerischen und der Migrationsbevölkerung nichts geändert. Keine eindeutigen Einschätzungen gibt es bezüglich der Frage, welche Versichertengruppen am stärksten von der 5. IVG-Revision profitierten. Da einige neu geschaffene Massnahmen (wie die Aufbau- und Belastungstrainings) gezielt an psychisch Invalide gerichtet seien, hätten insbesondere Migrantinnen und Migranten einen Vorteil, weil diese Gebrechensart bei ihnen überproportional auftritt. Die im Rahmen der

Revision neu geschaffenen Weiterbildungsmöglichkeiten kämen vor allem niedrig qualifizierten Personen und damit ebenfalls vielen Migrantinnen und Migranten zugute, für die die Ausbildungsvoraussetzungen einer Umschulung eine zu hohe Hürde seien.

5.2 Evaluation von Massnahmen zum Verbleib oder zur Integration in den Arbeitsmarkt

Massnahmen mit dem Ziel, die Erwerbstätigkeit von Erwerbspersonen mit gesundheitlichen Einschränkungen aufrechtzuerhalten bzw. wiederaufzunehmen, werden in jüngerer Zeit auch zunehmend in den Betrieben selbst ergriffen (Bericht 3/08). Sie werden unter dem Oberbegriff *Disability Management* (DM) gefasst. DM bezeichnet freiwillige betriebliche Massnahmen zur Reintegration von erkrankten oder verunfallten Beschäftigten in die Erwerbsarbeit. Im Rahmen des Forschungsprogramms wurden die Ziele, die Organisation sowie die Wirkungen des DM exemplarisch, allerdings nicht repräsentativ, in acht Unternehmen unterschiedlicher Branchen und Betriebsgrössen untersucht. In den untersuchten Unternehmen bildet das sogenannte Case Management den dominierenden Handlungsansatz.

Die untersuchten Unternehmen sehen im DM einen wichtigen Beitrag, den Umfang der Absenzen zu senken bzw. stabil zu halten. Obwohl sie den Erfolg des DM nur teilweise und anhand mehrheitlich ungeeigneter Kriterien messen – und den Versuch einer exakten Erfassung teilweise auch gar nicht als sinnvoll erachten –, sind sie davon überzeugt, dass sich das DM für sie auszahlt, unmittelbar etwa durch eine Begrenzung der Prämienbelastungen bei Unfall-, PK-Risiko- oder Krankentagegeldversicherung. In der Fallstudie konnten Unterschiede der Reintegrationsraten zwischen den Unternehmen festgestellt werden, allerdings blieb ungeklärt, inwiefern diese Unterschiede im Zusammenhang mit den Massnahmen des DM oder anderen Faktoren (z. B. schwierigere Ausgangslage, Arbeitsumfeld) standen. Neben betriebswirtschaftlichen Gründen haben auch unternehmenskulturelle Motive die Unternehmen dazu veranlasst, ein DM einzuführen. Im Vordergrund hierbei stehen Zielgrössen wie die Arbeitszufriedenheit und -motivation, die Mitarbeiterbindung und die Verbesserung des Unternehmensimages im Wettbewerb um Kundenaufträge sowie um qualifizierte Arbeitskräfte. Die Studie hat gezeigt, dass Beziehungsaspekte zwischen den betrieblichen Akteuren von grosser Bedeutung sind, insbesondere die Äusserung von Wertschätzung und Respekt (Bericht 3/08: IX). Zudem sehen die Unternehmen in einer intensiven Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg des DM.

Was die Unterstützung der *Wiedereingliederung durch die IV-Stellen* betrifft, so erweist sich der Eingliederungserfolg als stark vom Versichertenprofil abhängig (Bericht 2/08). Fehlende Motivation, fehlende berufliche Qualifikation, die Form der Behinderung, je nachdem schon bereits die Tatsache der Behinderung an sich, können sich für die Integration als stark erschwerende Faktoren erweisen, indem sie die Vermittelbarkeit mindern. Auf die Unternehmen bezogen werden ein gutes Netzwerk und gute persönliche Kontakte zu Arbeitgebenden als ausschlaggebend für den Vermittlungserfolg eingeschätzt. Zwischen der Motivation der Versicherten einerseits und der Qualifikation und Behinderung andererseits, bestehen offenbar Wechselwirkungen, indem fehlende Qualifikation die Erfolgsaussichten auf dem Arbeitsmarkt mindert, was wiederum negativ auf die Motivation zurückschlägt und letztlich auch die gesundheitliche Situation negativ beeinflussen kann. In der Untersuchung der Arbeitsvermittlung durch die IV-Stellen – noch vor Inkrafttreten der 5. IVG-Revision – wurde von den befragten Repräsentanten der IV-Stellen die Motivation denn auch ausnahmslos als Dreh- und Angelpunkt des Eingliederungserfolgs thematisiert (Bericht 2/08: 45f.). Gleichzeitig wird bei einer Mehrheit der eingliederungsfähigen Versicherten fehlende Motivation aufgrund verschiedener Ursachen festgestellt. Doch scheint die Motivierung der Versicherten von den Fallbeauftragten bisher kaum als Kernaufgabe der Arbeitsvermittlung wahrgenommen zu werden, sondern diese wird in der Früherfassung/-intervention (FEFI)

und in der Rentenabklärung gesehen (Bericht 2/08: 50). Zum Zeitpunkt dieser Evaluation (2006/07) wurden viele Zweifel geäussert, ob die an die IV-Stellen gestellten hohen Erwartungen überhaupt erfüllbar seien. Diese Frage lässt sich aber erst mittels einer Evaluation der Massnahmen der 5. IVG-Revision, insbesondere jene der FEF1, klären, wie sie im zweiten Forschungsprogramm FoP2-IV prioritär angedacht ist.

Nur bei insgesamt 13% der Berenteten mit psychischen Erkrankungen wurde im Beobachtungszeitraum 1992 bis 2006 eine *berufliche Massnahme* verfügt, tendenziell immer seltener (Bericht 6/08). Das gegenüber Ärztinnen und Ärzten verbreitete Vorurteil, sie seien rein "defizitorientiert", relativiert sich damit, eher waren es die IV-Stellen, die Eingliederungsmassnahmen zunehmend seltener für angezeigt erachteten. Dabei fällt auf, dass Migrantinnen und Migranten vor der Berentung praktisch überhaupt nie eine berufliche Massnahme durchlaufen haben, nur 3% von ihnen erhielten eine solche, verglichen mit 17% bei Schweizerinnen und Schweizern. Anders ausgedrückt wurden 97% der Migrantinnen und Migranten ohne vorherigen Eingliederungsversuch berentet. Dies hängt zum einen mit dem Migrationshintergrund zusammen und zum anderen mit der Art der Erkrankung und dem Alter bei der IV-Anmeldung.

Die wichtigste Indikation für die Verfügung einer beruflichen Massnahme scheint ein junges Alter zu sein (Bericht 6/09). Berentete, die eine berufliche Massnahme erhalten haben, waren bei ihrer ersten IV-Anmeldung im Durchschnitt 11 Jahre jünger als diejenigen ohne Massnahme. Berufliche IV-Massnahmen wurden besonders häufig bei sehr jungen Versicherten mit Geburtsgebrechen und kinderpsychiatrischen Störungen als Unterstützung beim Einstieg ins Erwerbsleben verfügt und besonders selten bei den zahlenmässig viel grösseren Gruppen mit Depressionen, Schmerzstörungen und Persönlichkeitsstörungen, bei denen es als Ziel eher um die erfolgreiche Wiedereingliederung gehen würde. Kurz, bezüglich der beruflichen Massnahmen wurde bei einer kleinen spezifischen Personengruppe sehr viel unternommen und bei den grossen diagnostischen Hauptgruppen sehr wenig.

Die IV zahlt jährlich rund 150 Mio. CHF für *subventionierte Beratungs- und Betreuungsleistungen* (Bericht 2/09). Eine grosse Zahl von Behindertenorganisationen erbringt mit diesen Geldern Leistungen für knapp 180'000 Personen. Ebenso wird damit der Zugang zu 23'000 Kursen gewährt. Aus Sicht der befragten Organisationen ist es problematisch, die erwähnten Leistungen Personen mit einer Invalidität vorzubehalten und nicht auch an Personen mit dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen auszurichten, die nicht invalid sind. Dies laufe dem mit der 5. Revision wieder gesetzten Primat der Reintegration („Integration vor Rente“) zuwider, könne doch dadurch eine Desintegrationsdynamik bei diesen gefährdeten Personen nicht verhindert werden.

5.3 Evaluation von Massnahmen zur Verringerung der Schnittstellenprobleme

Um der starken Segmentierung der sozialen Sicherheit in der Schweiz mit ihren verschiedenen Zielsetzungen, Finanzierungs- und Regulierungsmodi zu begegnen werden seit 2001 durch Bund und Kantone Anstrengungen zur verbesserten interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) unternommen. Ende 2005 wurde in diesem Rahmen ein nationales Projekt mit der Bezeichnung IIZ-MAMAC (Medizinisch-arbeitsmarktliche Assessments mit Case Management) als Zusammenarbeit zwischen der Invaliden-, der Arbeitslosenversicherung und der Sozialhilfe initiiert. Seit Mitte 2007 wurde in 16 Kantonen IIZ-MAMAC-Projekte gestartet. Die Evaluation zeigt, dass die Kantone dabei unterschiedliche Modelle entwickelt haben. Insbesondere ist die Zuständigkeit für die Fallführung unterschiedlich geregelt: entweder wird sie durch eine der drei involvierten Institutionen wahrgenommen oder durch eine speziell dafür eingerichtete Stelle.

Die starke Segmentierung des Systems der sozialen Sicherheit in der Schweiz kann die Chancen einer beruflichen Reintegration substantiell beeinträchtigen. Dies betrifft vor allem Personen mit komplexen und mehrfachen Problemen, bei denen häufig mehrere Institutionen parallel oder nacheinander involviert sind. Im Zentrum von IIZ-MAMAC stehen daher Personen mit komplexen Mehrfachbelastungen. Das nationale Projekt IIZ-MAMAC soll u. a. dazu beitragen, für diese Personen mit einer erhöhten Gefährdung, dauerhaft auf Sozialleistungen angewiesen zu sein, die Verfahrenszeiten zu verkürzen und die Integrationschancen auf dem ersten Arbeitsmarkt zu vergrössern. Die Fallzahlen in den 16 Kantonen haben sich allerdings sehr zögerlich entwickelt. Die schweizweit 1'323 Fälle Ende März 2010 liegen weit unter den Erwartungen.

Die Evaluation zeigt, dass IIZ-MAMAC eine Verbesserung der Klientenfreundlichkeit und teilweise auch die Zufriedenheit der professionellen Betreuenden in den Institutionen bewirkte. Dagegen hat IIZ-MAMAC zu keiner Wirkungsverbesserung in Bezug auf die Integrationsraten geführt, so dass eines der wesentlichen Ziele, die Zuständigkeiten rascher zu regeln, damit die „Durchlaufzeiten“ zu verkürzen und schliesslich die Kosten der sozialen Sicherungssysteme insgesamt zu senken, bislang nicht erreicht wurde. Eine wesentliche Ursache hierfür ist eine sehr enge und damit letztlich nicht zielführende Zielgruppendefinition. Aber auch der Anteil erfolgreicher Arbeitsintegrationen war bei in den MAMAC-Prozess aufgenommenen Personen bislang nur unterdurchschnittlich gross und der Einfluss von MAMAC auf die Schnelligkeit, mit der Integrationsbemühungen erfolgen, wird als verbesserungsfähig eingestuft. Schliesslich wurde bei den Assessments nicht konsequent medizinisches Fachpersonal (spezielle RAD-Ärzte) hinzugezogen, was im Widerspruch zur Projektkonzeption steht.

Andere Bereiche der 2001 begonnenen IIZ wurden bislang nicht evaluiert, so dass hier über deren Erfolge noch keine Aussagen gemacht werden können.

6 Empfehlungen der Forschung und Stellungnahme des BSV

Das FoP-IV steht im Kontext eines Entwicklungsprozesses, indem sich die IV verstärkt von einer Renten- hin zu einer Eingliederungsversicherung bewegt: Mit der 4. IVG-Revision (in Kraft seit 2004) wurden insbesondere der Abklärungsprozess besser strukturiert, die Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) eingeführt und die aktive Arbeitsvermittlung verstärkt. Ebenfalls auf die Eingliederung in den Arbeitsmarkt ausgerichtet war in der Folge die 5. IVG-Revision: Der Leitsatz „Eingliederung vor Rente“ wurde ab dem Jahr 2008 verstärkt und es wurde konsequent in Eingliederungsmassnahmen investiert. Massnahmen wie die Früherfassung oder die Frühintervention erlauben es seitdem, einer Invalidität frühzeitig vorzubeugen, bzw. teilleistungsfähige Personen besser im Erwerbsleben zu halten, statt ihnen eine ganze Rente zu entrichten. Mit Integrationsmassnahmen werden nun zudem auch insbesondere Menschen mit psychischen Erkrankungen unterstützt und befähigt, im ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein. Mit der laufenden 6. IVG-Revision soll u.a. die verstärkte Eingliederungsorientierung nun auch auf Personen ausgeweitet werden, die bereits eine IV-Rente beziehen („Eingliederung aus Rente“). Die Eingliederungsbemühungen sollen konsequent durch niederschwellige Eingliederungsangebote, flexibilisierte berufliche Massnahmen, Arbeitgeberanreize sowie ein Rentensystem unterstützt werden, das die finanziellen Erwerbsanreize der IV-Rentner/innen erheblich verbessert.

Das FoP-IV hat diese strategische Weiterentwicklung der IV wissenschaftlich begleitet. Lange Zeit war die IV als Gegenstand akademischer Forschung quasi inexistent. Das zeigt sich auch in einigen Forschungsarbeiten, die primär auf die Erarbeitung von Grundlagen ausgerichtet sind. Die Studien haben nun zahlreiche Forschungslücken gefüllt, aber auch weitergehende Fragen aufgeworfen. Vermutete Zusammenhänge konnten bestätigt, neue Argumentationsbausteine begründet, brisante Diskussionszusammenhänge versachlicht werden. Nicht zuletzt wurden verschiedene Massnahmen evaluiert und Impulse für Verbesserungsmöglichkeiten gegeben. So wurde beispielsweise empfohlen, die Interprofessionalität bei den IV-Abklärungen zu stärken, die Verfahrensdauer zu kürzen und die Kontaktnetze der IV-Stellen zu Arbeitgebenden auszubauen.

Im Folgenden werden die Schlussfolgerungen aus den Forschungsprojekten und die daraus abgeleiteten Empfehlungen dargestellt. Dabei wird als Orientierungsraster die Struktur der vorangehenden Kapitel gewählt: endogene Ursachen des Invalidisierungsschubs; Schnittstellenprobleme; exogene Ursachen für diese Entwicklung sowie Erkenntnisse aus der Evaluation von Regelungen und Massnahmen des IVG. *Die Stellungnahme des BSV zu den Empfehlungen der Forschung ist jeweils kursiv dargestellt.* Es wird erläutert, wo mit der 4. und 5. IVG-Revision bereits Reformschritte in die empfohlene Richtung unternommen worden sind und inwiefern solche mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IVG-Revision (IV-Revision 6a; befindet sich in der parlamentarischen Beratung) sowie dem zweiten Massnahmenpaket (IV-Revision 6b; Botschaft soll im Jahr 2011 verabschiedet werden) vorgesehen sind.

6.1 Endogene Faktoren

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass das massive Rentenwachstum in den 1990er Jahren zu einem erheblichen Teil durch endogene, also durch das IV-System selbst direkt beeinflussbare Faktoren, bestimmt wurde.

6.1.1 IV-Verfahren und berufliche Wiedereingliederung

Die Forschungsprojekte haben weitgehend bestätigt, dass die IV-Abklärungen Schwierigkeiten mit der Objektivierbarkeit von Krankheiten erkennen lassen, zu lange dauern und zu wenig auf die Wiedereingliederung ausgerichtet sind. Insbesondere bei psychischen und

somatoformen Erkrankungen ist es nicht nur schwierig, die Krankheiten richtig zu erkennen, sondern auch richtig zu beurteilen, welche individuellen Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit sich daraus ergeben. Weil Leitlinien zur Beurteilung von Erwerbseinschränkungen fehlen, insbesondere bei psychischen Erkrankungen, wird die Konsistenz und Objektivität der Abklärungsverfahren als ungenügend taxiert. Eine intensivere Abklärung birgt allerdings umgekehrt das Risiko, dass die Verfahren länger dauern, was wiederum einer Reintegration ins Erwerbsleben abträglich ist. Thematisiert wurde ferner das erhöhte Invalidisierungsrisiko bei Personen mit Migrationshintergrund. Eine Untersuchung belegt, dass die Abklärungen bei Personengruppen mit Migrationshintergrund, die überdurchschnittlich häufig eine IV-Rente erhalten, ebenso gründlich erfolgen wie bei Schweizerinnen oder Schweizern. Gleichzeitig wurden Personen mit Migrationshintergrund aber von der beruflichen Eingliederung lange weitgehend ausgeschlossen, genauso wie auch ältere Versicherte und Personen mit Depressionen oder schwacher beruflicher Qualifikation.

Empfehlungen:

- Verfahrensdauer kürzen.
(Berichte 13/07, 16/07, 2/08, 6/09, 3/10)

Mit den Änderungen im Rahmen der 5. IVG-Revision, im Speziellen mit der Einführung von Frühinterventionsmassnahmen, können schnelle pragmatische Schritte im Eingliederungsprozess veranlasst und das Verfahren beschleunigt werden. Beispielsweise können Fristen für den Zeitraum bis zum Früherfassungsgespräch und bis zum Grundsatzentscheid festgelegt werden. Die frühe Ausrichtung der Abklärungen auf die Eingliederung hin und die stärkere Zusammenarbeit der Disziplinen, die am Abklärungs- und Integrationsprozess beteiligt sind, werden weiter gefördert. Im Rahmen der IVG-Revision 6b wird explizit das Prinzip der Interprofessionalität aufgenommen. Das Spannungsfeld zwischen rascher Eingliederung und genauer Abklärung bleibt aber weiterhin ein wichtiges Thema.

- Versicherungsmedizin optimieren und standardisieren (d.h. Leitlinien entwickeln, Beschwerdevalidierungstests gezielt weiterentwickeln und in der Praxis einsetzen) sowie Interprofessionalität bei den IV-Abklärungen stärken.
(Berichte 13/07, 4/08, 6/09, 5/10, Dittmann et al. 2009)

Das BSV koordiniert bereits Arbeitsgruppen mit Fachleuten aus den Vollzugsorganen und Partnern der IV, die Verbesserungsmassnahmen für die IV-Abklärung erarbeiten. Diese zielen darauf ab, eine gesamtschweizerisch einheitliche Beurteilung von Versicherten zu fördern, Qualität, Effizienz und Wirksamkeit in der Rentenprüfung zu verbessern, z.B. mit Leitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten in der IV, sowie eine interprofessionelle und eingliederungsorientierte IV-Abklärung zu unterstützen (vgl. z.B. neues Ausbildungskonzept für RAD des Bildungszentrums der IV). Während die Optimierung der Qualität durch die Einführung von zehn interdisziplinär zusammengesetzten RAD (4. IVG-Revision, siehe Bericht 13/07) begonnen hat, wird im Rahmen der IVG-Revision 6b die Wirksamkeit der Eingliederung über die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit von IV Fachleuten in der Beurteilung von Versicherten noch verstärkt.

- Personelle Ressourcen in der beruflichen Eingliederung erhöhen.
(Berichte 13/07, 2/08)

Im Rahmen der Umsetzung der 5. IVG-Revision wurden die personellen Ressourcen der IV-Stellen wesentlich erhöht (total 280 Stellen für Früherfassung und Frühintervention sowie die Verstärkung der RAD). Der Personaleinsatz in den IV-Stellen wird auf die Eingliederung ausgerichtet. Für die Umsetzung der IVG-Revisionen 6a und 6b sind zusätzliche Personalressourcen vorgesehen.

- Vertrauensverhältnis der behandelnden Ärzte als Ressource für berufliche Eingliederung nutzen.
(Bericht 5/10)

Obwohl in den bisherigen Forschungsprojekten die behandelnden Ärzte/innen vernachlässigt wurden, nehmen sie sowohl in der Früherfassung als auch in der Begleitung der Versicherten während der Eingliederungsphase eine besondere Rolle ein. Denn nur durch ihre aktive Mitwirkung als Vertrauenspersonen der Versicherten ist eine erfolgreiche berufliche Integration möglich. Die Rolle der behandelnden Ärzte wird im Rahmen der Umsetzungsplanung zur IVG-Revision 6a und im Hinblick auf die Rechtsetzung der IVG-Revision 6b diskutiert. Hier öffnet sich auch ein mögliches Thema für FoP2-IV.

- Berufliche Massnahmen auf weitere Zielgruppen ausdehnen, insbesondere auf ältere versicherte Personen, solche mit psychischen Erkrankungen und Personen mit einem Migrationshintergrund.
(Berichte 6/09, 2/10)

Die Massnahmen der 5. IVG-Revision, speziell die Integrationsmassnahmen, wurden so gestaltet, dass sie die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen berücksichtigen. Flexible Instrumente beziehen stärker als bisher die Situation von Menschen mit psychischen Krankheiten mit ein. Allgemein erweitern die Instrumente der 5. IVG-Revision den Handlungsspielraum für die Eingliederungsberater bei der Begleitung und Beratung der versicherten Personen. Dadurch können individuell auf die Zielgruppen angepasste Lösungen in der Eingliederung angestrebt werden. Das Thema Arbeit wird im IV-Prozess früh angesprochen und der Fokus auf die Eingliederung gelegt, nicht auf die Rente. Die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten weist einen überdurchschnittlichen Anteil an Personen auf, die aufgrund einer fehlenden Erstausbildung keinen Anspruch auf Umschulung haben. Bei ihnen kann nun schneller mit Massnahmen der Arbeitsvermittlung oder Berufsberatung (als Frühinterventionsmassnahmen mit dem Ziel der Eingliederung) begonnen werden. Die bestehenden Integrationsmassnahmen werden mit der IVG-Revision 6a ausgeweitet und flexibilisiert. Die vorgesehene Dauer von drei Jahren sowohl für die Beratung und Begleitung der versicherten Person als auch für die Besitzstandwahrung der Existenzsicherung bietet grössere Sicherheiten, sich auf den Eingliederungsprozess einzulassen. Die jeweils spezifischen Erfolgsfaktoren für die Eingliederung von älteren versicherten Personen sowie von Migrantinnen und Migranten könnten im Rahmen von FoP2-IV noch vertiefter ergründet werden.

- IV-Stellen intern: klare Zielvorgaben, erhöhte Flexibilität, kurze Entscheidungswege.
(Bericht 2/08)

Im Rahmen der Umsetzung der 5. IVG-Revision wurden Qualitätskriterien für die Aufsicht durch den Bund formuliert und parallel dazu die Einrichtung eines internen Qualitätsmanagements bei den IV-Stellen gefordert. Die Führungs-, Geschäfts- und Unterstützungsprozesse müssen beschrieben und elektronisch zentral dokumentiert sein. Die flexible Erarbeitung von Qualitätsmanagementsystemen (QMS) durch die IV-Stellen hat zur Strukturierung und Verbesserung der Prozesse geführt. Diese werden durch den 2007 neu geschaffenen Bereich Audit des BSV regelmässig überprüft und mit Empfehlungen weiterentwickelt.

- Erwerbsanreize für Versicherte verbessern.
(Bericht 4/07)

Die Erwerbsanreize von Personen mit einer IV-Rente sind im geltenden Rentensystem schlecht gesetzt. Die Unterteilung in vier Rentenstufen hat Schwelleneffekte zur Folge: Eine Erhöhung des Erwerbseinkommens kann zu einer überproportionalen Reduktion der Rente führen. Damit bestraft die IV, was sie von den IV-Rentner/innen

einfordert, nämlich deren Integration in das Erwerbsleben. Deshalb soll nun im Rahmen der IVG-Revision 6b zur Unterstützung des Leitsatzes „Eingliederung aus Rente“ ein stufenloses Rentensystem, das die finanziellen Erwerbsanreize verbessert, eingeführt werden. Damit werden zentrale Voraussetzungen für eine verbesserte Eingliederung der IV-Rentnerinnen und -Rentner in den Arbeitsmarkt geschaffen.

Kommentar des BSV:

Die Forschungsprojekte zum IV-Verfahren waren ursprünglich auf die Frage des Anstiegs der Neurenten ausgerichtet, weshalb die Analyse von Rentendossiers im Vordergrund stand. Im Rahmen der laufenden 6. IVG-Revision hat sich der Fokus des FOP-IV geändert und ist heute stärker auf die Wirkung der beruflichen Eingliederung fokussiert. So gestaltet sich mit der verstärkten Eingliederungsorientierung im Rahmen der 6. IVG-Revision auch die Rolle der im IV-Verfahren beteiligten Ärztinnen und Ärzten anders. Die Ärztinnen und Ärzte der RAD und der MEDAS sind in den verschiedenen Prozesslinien der IV unterschiedlich präsent gegenüber den behandelnden Ärzten. Während letztere vermehrt in den Eingliederungsprozess einbezogen werden müssen, kommt den versicherungsmedizinisch geschulten RAD- oder MEDAS-Ärztinnen und –Ärzten im Rentenprüfungsprozess eine besondere Bedeutung zu, da hier vertiefte Kenntnisse über den Zusammenhang zwischen Medizin und Versicherungsrecht erforderlich sind. In der laufenden IVG-Revision 6b wird die Rollenverteilung der verschiedenen Ärztegruppen beleuchtet und in die interprofessionelle Gestaltung des Eingliederungs- und des Rentenprüfungsprozesses einbezogen. Hierzu sind Instrumente und Arbeitsweisen zur Sensibilisierung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu entwickeln, um diese für eine aktive Mitwirkung im Eingliederungsprozess der Versicherten zu gewinnen.

Die Eingliederungsorientierung der IV wird durch die Forschungsergebnisse bestärkt. Die geplanten und umgesetzten Massnahmen bauen aufeinander auf und berücksichtigen sowohl den Aspekt der Wiedereingliederung (4. IVG-Revision) als auch die Arbeitsplatzhaltung (5. IVG-Revision). Mit der 6. IVG-Revision wird diese Ausrichtung weitergeführt und Menschen mit Leistungspotenzial und IV-Rente werden an den Arbeitsmarkt herangeführt.

6.1.2 Potenziale der Unternehmen und Arbeitgeberkontakte der IV

Eine zentrale Rolle bei der Reintegration von Personen mit einer gesundheitsbedingten Erwerbseinschränkung spielen die Arbeitgebenden. Aus den (noch) wenigen Forschungsprojekten, die sich mit diesen Aspekten befassen, geht deutlich hervor, dass die Möglichkeiten zur Einbindung der Arbeitgebenden noch nicht ausgeschöpft sind. Aus Betrieben, die eine Form von Disability Management aufgebaut haben, lassen sich hierzu wichtige Erkenntnisse gewinnen.

Empfehlungen:

- Kontaktnetz der IV-Stellen zu Arbeitgebenden auf- und ausbauen; aktiven, möglichst frühzeitigen und kontinuierlichen Kontakt zu den Unternehmen pflegen.
(Berichte 2/08, 3/08, 5/10)

Das BSV fördert und unterstützt die IV-Stellen, die Kontakte zu Arbeitgebenden herzustellen mit nationalen Sensibilisierungsaktivitäten (Broschüren, Plakate, Web Site). Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements hat das BSV den IV-Stellen den „Aufbau eines Arbeitgeberbeziehungsnetzes“ vorgegeben. Die Erreichung dieses Qualitätsziels wird durch das Audit des BSV kontrolliert. In Zusammenarbeit mit Arbeitgebenden und den IV-Stellen plant das BSV weitere Akquisitions- und Informationsmassnahmen. Das Amt verfolgt die Zielsetzung, die Arbeitgebenden für die Anstellung von teilleistungsfähigen Mitarbeitenden zu sensibilisieren und zu motivieren. In der 6. IVG-Revision wird den Aspekten Beratung und Begleitung noch mehr Gewicht verliehen. Das Angebot der IV im Kontakt mit den Unternehmen wird auf präventive Dienstleistungen ausgeweitet und damit die Zusammenarbeit weiter verstärkt.

- Bessere Unterstützung und administrative Vereinfachungen für die Arbeitgebenden: Aufwand überprüfen.
(Bericht 2/08)

Die Massnahmen der Früherfassung (Melderecht) und Frühintervention ermöglichen pragmatische, unbürokratische und schnelle Dienstleistungen für Arbeitgebende. In den Vorschlägen für die 6. IVG-Revision sind Massnahmen zum Abbau administrativer Hürden und Vereinfachungen von Abläufen enthalten (z.B. beim Einarbeitungszuschuss). Die in der 6. IVG-Revision vorgesehene eingliederungsorientierte Beratung und Begleitung soll niederschwellig zugänglich sein. Die IV soll auch Dienstleistungen anbieten können, ohne dass eine Früherfassungsmeldung oder eine IV-Anmeldung erfolgt ist. Der Zugang zu den Unternehmen soll unbürokratisch und einfach sein. Auch die kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualitätsmanagementsysteme QMS der IV-Stellen kann den Forderungen nach Verbesserung der administrativen Abläufe gerecht werden.

- Konzepte entwickeln für Anpassungen im Arbeitsumfeld auch für psychisch Erkrankte.
(Bericht 6/09)

Das BSV setzt sich intensiv mit den Rahmenbedingungen für die Anstellung und Weiterbeschäftigung von Menschen mit psychischen Einschränkungen auseinander. Verschiedene Massnahmen der 5. IVG-Revision und geplante Massnahmen der 6. IVG-Revision wurden spezifisch für diese Zielgruppe entwickelt worden (Integrationsmassnahmen). Mit der Integrationsmassnahme WISA (wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz) wurde ein erstes Angebot eingeführt, das sich am Konzept des Supported Employment orientiert. Die Weiterentwicklung der Eingliederungsinstrumente in der 6. IVG-Revision fokussiert auf den Einsatz von niederschweligen Massnahmen der Begleitung am Arbeitsplatz im ersten Arbeitsmarkt. Dem Leitsatz „first place – then train“, der dem Konzept Supported Employment zugrunde liegt, soll gefolgt werden. Verschiedene Studien in der Schweiz und im Ausland belegen die Wirksamkeit dieses Konzeptes. Die Erfolgsfaktoren des Supported Employment sollen bei der Gestaltung des Eingliederungsprozesses und der notwendigen Instrumente in der IV berücksichtigt werden.

- Erfahrungen mit Disability Management systematisieren und verbreiten, evtl. unterstützende Massnahmen einleiten (z.B. Label).
(Bericht 3/08)

Mit der 6. IVG-Revision wird der Erkenntnis der Wirksamkeit von präventiven Massnahmen Rechnung getragen. Die verstärkte fallunabhängige Zusammenarbeit der IV mit den Arbeitgebern in Fragen der Arbeitsplatzhaltung und Wiedereingliederung wird gefördert und eine weitere Sensibilisierung der Arbeitgeber angestrebt. Diese Aufgabe der IV ist vor dem Hintergrund der Schweizer Unternehmensstruktur von besonderer Bedeutung. Nur 0.4% der Schweizer Unternehmen haben mehr als 250 Mitarbeitende. Sie beschäftigen ca. 35% aller Beschäftigten in der Schweiz. Die Klein- und Mittelbetriebe sind in Fragen der beruflichen Integration stärker auf Unterstützung von aussen angewiesen als die Grossunternehmen. Die IV-Stelle als Fachstelle für berufliche Integration soll hier erster Ansprechpartner sein.

Kommentar des BSV:

Die Forschungsergebnisse untermauern die Bedeutung der Unternehmen als Partner der IV bei der beruflichen Eingliederung. Diese Rolle der Unternehmen ist sowohl dem BSV als auch den IV-Stellen bekannt und bewusst. Mit den Angeboten im Rahmen der 5. IVG-Revision wurden die Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den Unternehmen verbessert. Ein engerer Kontakt wird angestrebt, um Informationen über die IV allgemein und deren Instrumente und Anreize zu vermitteln und medizinisch-rehabilitatives Wissen verfügbar zu machen, Unterstützung bei unternehmensinternen Integrationsmassnahmen anzubieten und mit konstruktiver Beziehungsarbeit die Basis für erfolgreiche Vermittlungen zu schaffen. Die Basis der erfolgreichen Zusammenarbeit bildet die vertrauensvolle, wertschätzende Kontaktgestaltung zwischen den Gesprächspartnern. Die im Bericht 02/08 festgestellte positiv veränderte Wahrnehmung der IV durch die Arbeitgeber soll weiter verstärkt werden. Dazu müssen Themen wie das betriebliche Gesundheitsmanagement als präventives Element vertieft und konkrete Angebote zur Handlungsunterstützung entwickelt werden. Grundlagen für eine fachlich fundierte und kompetente Kommunikation mit Unternehmen sind etwa Erkenntnisse zum „Umgang mit psychisch beeinträchtigten Mitarbeitenden“, zu „Kriterien für die Anstellung von teilleistungsfähigen Mitarbeitenden“ oder zu „Führungskompetenzen im Diversity Management“.

6.2 Exogene Faktoren

Neben endogenen Faktoren gibt es auch eine Reihe exogener Faktoren, welche die Entwicklung der Rentenzahlen beeinflussen. Für das IV-System gilt es, solche Faktoren als Herausforderung zu erkennen, zu akzeptieren und entsprechende Gegenstrategien zu entwickeln. Ein typischer exogener Faktor ist z.B. der Strukturwandel, ein weiterer die Zunahme diagnostizierter psychischer Erkrankungen. Schliesslich stellt auch die erhöhte Vulnerabilität von Personen mit Migrationshintergrund eine ungünstige Rahmenbedingung für die IV dar.

Obwohl die Schweiz im internationalen Vergleich im Verhältnis zur Erwerbsbevölkerung wenige IV-Rentner aufweist und die Erwerbsquote von Personen mit einer Behinderung relativ hoch ist, zeigt sich doch, dass die Entwicklung von der Industrie- zur Dienstleistungswirtschaft mit einem Verschwinden von „Nischen“ für Behinderte einhergeht. Im sekundären Wirtschaftssektor führten vor allem somatische Erkrankungen, für die heute praktikable Integrationskonzepte existieren, zu verminderter Leistungsfähigkeit. Im Dienstleistungssektor hingegen sind es vor allem psychische Erkrankungen, für die solche Konzepte noch weitgehend fehlen. Die derzeit schwache gesellschaftliche Integration bestimmter Gruppen der Migrationsbevölkerung stellt einen weiteren exogenen, „rententreibenden“ Faktor dar.

Empfehlungen:

- Rehabilitative Konzepte auch für den Tertiärsektor entwickeln und dabei möglichst internationale Erfahrungen mit berücksichtigen.
(Berichte 6/09, 8/09)

Die Integration in den Arbeitsmarkt zu erleichtern, ist ein zentrales Ziel der IV und ihrer Aktivitäten gegenüber den Arbeitgebenden (vgl. auch 6.1.2.). Die IV bietet diverse zeitlich begrenzte rehabilitative Massnahmen an, die auf eine Anstellung im ersten Arbeitsmarkt abzielen. Eine wichtige Massnahme ist beispielsweise der Arbeitsversuch, der in der IVG-Revision 6a vorgeschlagen wird. Er soll es dem Arbeitgeber ermöglichen, ohne Verpflichtung und Risiko eine Person mit einer Behinderung „testweise“ anzustellen. Dies ist insbesondere bei der Anstellung von Personen mit psychischen Erkrankungen wichtig, da diese oft schwankende Leistungskurven aufweisen und sich mögliche Arbeitgebende vor einer festen Anstellung ein genaues Bild

der Leistungsfähigkeit machen möchten. Auch soll etwa das betriebliche Disability Management zukünftig verstärkt werden. Eine weitere Möglichkeit besteht in der Schaffung von Teilleistungsstellen. Während die IV die (Wieder-)Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt von versicherten Personen gezielt mit Eingliederungsmassnahmen, die auch innerhalb einer Sozialfirma angeboten werden können, unterstützt, erfolgt die finanzielle Unterstützung an Institutionen oder für eine dauerhafte Beschäftigung im 2. Arbeitsmarkt durch die Kantone.

Das BSV steht im Rahmen der OECD zum Thema der Invalidenversicherungen bereits seit vielen Jahren in einem regen Austausch mit ausländischen Partnern. So beteiligt sich die Schweiz aktiv an der OECD-Studie „Confronting the Challenges of Mental Illness“. Der Austausch mit der OECD soll künftig intensiviert werden.

- Zusammenarbeit mit vorgelagerten Systemen verstärken (Kontakte SECO, BAG, BFM).
(Berichte 1/09, 6/09, 2/10, 3/10, 5/10, 7/10)

Das BSV ist an der «Interdepartementalen Arbeitsgruppe Migration» beteiligt, die das Massnahmenpaket Integration 2009 umsetzt. Dabei geht es insbesondere um den Einbezug der Integrationsthematik in das Ausbildungsprogramm der IV und in das FoP-IV als Querschnittsthema. Ferner bringt das BSV die IV-Perspektive in Projekte anderer Bundesämter ein (z.B. «Gesundheitsmonitoring Migration GMM» von BAG und BFM, IIZ mit SECO)

- Stärkung der transkulturellen Kompetenzen in den IV-Stellen.
(Bericht 3/10, Wyssmüller 2007)

Eine Möglichkeit, dieses wichtige Thema anzugehen, ist die Aus- und Weiterbildung der Mitarbeitenden der IV-Stellen. Das Bildungszentrum der IV (BZ-IV) bietet heute schon spezielle Kurse zur Förderung der transkulturellen Kommunikation im Zusammenhang mit der Abklärung und Begleitung von Migranten/innen an. Hervorgehoben sei insbesondere der zweitägige Kurs „Begegnung mit Migranten in der IV“. Aufgrund der grossen Nachfrage wurde ein darauf aufbauender Folgekurs eingeführt. Ein weiterer Kurs hat den „Umgang mit verschiedenen Kulturen bei Untersuchungen im RAD“ zum Thema.

6.3 Schnittstellen im System der sozialen Sicherheit

Das schweizerische System der sozialen Sicherheit ist – primär aus historischen und praktischen Gründen – nach Art der Risiken gegliedert. An den Schnittstellen zwischen den Sozialwerken, die ein Erwerb ersatz- bzw. Existenzeinkommen sichern sollen, gibt es Unklarheiten über die Zuständigkeiten. Eine erste Studie zeigt, dass es den sogenannten „Drehtüreffekt“, also ein „Herumschieben“ von Personen zwischen der Arbeitslosen-, der Invalidenversicherung und der Sozialhilfe kaum gibt. Dennoch weisen Forschungsergebnisse darauf hin, dass Verbesserungspotenzial bezüglich Koordination und Kooperation zwischen den Sozialwerken besteht.

Die Evaluation eines niederschweligen Angebots für Lernschwache (Praktische Ausbildung INSOS, eine Weiterentwicklung der IV-Anlehre) wertet die Bestrebungen der Vereinheitlichung positiv, verweist aber auch darauf, dass die Angebote wirkungsorientiert ausgestaltet werden müssen und dass die Schnittstelle zwischen dem Berufsbildungs- und dem Sozialversicherungssystem unklar ist.

Weiter wurde festgestellt, dass die Rechtsprechung einen prägenden Einfluss auf die Ausgestaltung der Abklärungen und die konkrete Definition der rentenbegründenden Invalidität hat.

Empfehlungen:

- Ein Monitoring zur Langzeitbeobachtung von Verschiebungen zwischen den Sozialwerken und den Auswirkungen von Reformen auf das Gesamtsystem einrichten.
(Bericht 1/09)

Eine genaue Beobachtung der Übergänge zwischen den einzelnen sozialen Systemen über einen längeren Zeitraum ist sinnvoll und die Machbarkeit wurde mit dem Forschungsprojekt bestätigt. Die Einrichtung eines regelmässigen Monitorings der Schnittstellen zwischen IV, ALV und Sozialhilfe wird es künftig ermöglichen, das Ausmass von Verschiebungs-Effekten laufend zu beobachten und frühzeitig auf mögliche Fehlentwicklungen zu reagieren. Das Monitoring wird derzeit im BSV aufgebaut. Die darin gewonnenen Daten können eine wichtige Grundlage für Forschungsprojekte im Rahmen von FoP2-IV bilden.

- Modelle der interinstitutionellen Zusammenarbeit optimieren.
(Bericht 9/10)

Das Pilotprojekt MAMAC wurde evaluiert. Es galt, die Vielfalt der kantonalen MAMAC-Varianten mit ihren verschiedenen Prozessen abzubilden um allfällige Erfolgsfaktoren zu eruieren. Das gegenseitige Aufeinanderabstimmen der beteiligten Stellen, das rasche Erkennen einer Mehrfachproblematik und Einbeziehen der Akteure sowie das Schaffen von Verbindlichkeiten zwischen den Akteuren sind Erfolgsfaktoren für eine erfolgreiche Eingliederung. Die Prozesse sollten vereinfacht, der Aufwand für Fallmeldende reduziert und die Durchführung der Assessments beschleunigt werden. Aus den Evaluationsergebnissen lassen sich auf individueller wie auf der gesellschaftlichen Ebene durchaus Erfolge lesen: So konnte mit IIZ-MAMAC das gegenseitige Verständnis gefördert, die Zusammenarbeit der Akteure der sozialen Sicherheit verbessert und die fachlichen Kompetenzen der beteiligten Personen konnten erweitert werden, was indirekt auch in deren Institutionen einfliessen konnte. Die Ergebnisse bilden eine plausible Ausgangslage für die strukturierte Weiterentwicklung der IIZ insgesamt.

MAMAC kann durchaus künftig als Teil eines übergeordneten Gesamtkonzepts IIZ für eine ganz spezifisch definierte Population angewandt werden. Hingegen wird nicht empfohlen, das MAMAC-Konzept auf eine grössere Zielgruppe auszuweiten. Den Kantonen steht es aber offen, IIZ-MAMAC als Baustein einer umfassenderen IIZ weiter zu verfolgen.

Entsprechend wird die Interinstitutionelle Zusammenarbeit im Jahr 2011 auf einer breiteren Basis in die Vollzugsphase überführt werden. Die künftige IIZ wird durch ein nationales IIZ-Steuerungs-gremium, ein Koordinations- und Entwicklungsgremium und eine IIZ-Fachstelle weiterentwickelt. Die Interinstitutionelle Zusammenarbeit soll in den Kantonen für die beteiligten Institutionen und die betroffenen Versicherten Teil eines verbindlichen Konzepts sein.

- Schnittstellen zum (Berufs)Bildungssystem mit den massgebenden Partnern klären.
(Bericht 7/10)

Das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) ist in der IIZ-Steuergruppe vertreten. Umgekehrt ist das BSV in einer BBT-Arbeitsgruppe zur Erarbeitung des Weiterbildungsgesetzes eingebunden. Damit sind die Voraussetzungen für die empfohlene Klärung der Schnittstellen erfüllt.

- Aktivitäten des BSV im Bereich der Rechtsprechung systematisieren und ausbauen (Beschwerdepraxis der IV-Stellen untersuchen; Präsenz BSV vor Bundesgericht; Publikation und Umsetzung von Weisungen durch das BSV beschleunigen).
(Bericht 16/07)

Im Zuge der Reorganisation des Geschäftsfelds IV im BSV wurde 2007 der Aufgabenbereich des Rechtsdiensts neu definiert. Damit verbunden war eine Erhöhung und

Konzentration der Ressourcen im juristischen Bereich. Seitdem werden systematisch Bundesgerichtsurteile und kantonale Urteile gesichtet sowie Beschwerden und Vernehmlassungen des BSV und der IV-Stellen an das Bundesgericht koordiniert und verfasst.

Um die Mitarbeitenden der IV-Stellen und RAD in ihrer täglichen Arbeit optimal zu unterstützen, werden die Weisungen des BSV heute schon vor ihrem Erlass mit den IV-Stellen- und RAD-Leiter/innen besprochen. Die Weisungen werden ausschliesslich auf dem Internet bzw. Intranet der Vollzugsorgane publiziert, damit allfällige Korrekturen effizienter in die Weisungen eingefügt und an die Mitarbeitenden der IV-Stellen und RAD weitergeleitet werden können.

6.4 Evaluation der Wirkung gesetzlicher Regelungen und Massnahmen

Der ab 2005 erfolgte Aufbau regionaler ärztlicher Dienste (RAD) und der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests (BVT) zur Eruierung von Übertreibung (Aggravation) oder Vortäuschung (Simulation) von Beschwerden durch versicherte Personen, um einen Anspruch auf IV-Rente zu begründen, wurden ebenso evaluiert wie die Arbeitsvermittlung durch die IV-Stellen. Die inhaltlichen Schlussfolgerungen dazu wurden in 6.1 und 6.2 bereits erörtert. Methodisch zeigten sich Schwächen bei den Indikatoren zur Leistungs- und Wirkungsbeurteilung insbesondere der RAD, was auf das Fehlen verbindlicher Vorgaben für die Datenerhebung durch das BSV zurückgeführt wird.

Evaluiert wurde schliesslich die Subventionspraxis des BSV an Organisationen der privaten Behindertenhilfe nach Art. 74 IVG. Dabei kamen die Forschenden zum Schluss, dass die Subventionierung von Organisationen nicht bedarfsorientiert erfolgt und eine wirkungsorientierte Steuerungsstrategie fehle. Gründe dafür sind, dass der Bundesrat keine klaren Prioritäten gesetzt hat und der Leistungsbedarf nicht ausreichend geklärt ist.

Empfehlungen:

- Verbindliche Vorgaben des BSV zur Datenerhebung bei den Leistungs- und Wirkungsindikatoren erlassen.
(Berichte 13/07, 2/08, 2/09)

Es wurden Arbeitsgruppen mit den Verantwortlichen des Geschäftsfelds IV (BSV) und den Vollzugsorganen eingesetzt. Sie haben die Aufgabe, die Datenerhebung in den IV-Stellen zu verbessern. Bei nicht nachvollziehbaren Daten und Auffälligkeiten bei der Datenübertragung nehmen die Verantwortlichen des Geschäftsfelds IV mit der zuständigen IV-Stelle Kontakt auf.

Eine qualitative Überprüfung der Arbeit der Vollzugsorgane (IV-Stellen und RAD) erfolgt über die Audits (siehe auch unter 6.1). Das BSV vereinbart mit den IV-Stellen jährlich Ziele, hält sie schriftlich fest und überprüft die Zielerreichung sowie allfällige Massnahmen jährlich.

- Bei der Subventionierung von Organisationen der privaten Behindertenhilfe eine Bedarfsklärung durchführen, klare bundesrätliche Prioritäten setzen und die Zielgruppe auf nicht-invalide Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen ausdehnen.
(Bericht 2/09)

Das BSV hat das Problem erkannt und prüft Verbesserungsmöglichkeiten. Grundsätzlich ist jedoch die Primärprävention derzeit nicht Aufgabe des BSV, weshalb eine Erweiterung der Zielgruppe auf nicht-invalide Personen nicht zur Diskussion steht. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf das Präventionsgesetz, das sich in der parlamentarischen Beratung befindet.

Kommentar des BSV:

Die Wirkung der ärztlichen Arbeit der RAD wird vorwiegend über die Auswertungen der Statistiken zu den Leistungs- und Wirkungsindikatoren der IV-Stellen gemessen. Spezifische Vorgaben von Seiten des BSV an die RAD werden aktuell in einer gemeinsamen Austauschplattform zwischen den Verantwortlichen des Geschäftsfelds IV im BSV und den zuständigen IV-Stellen- und RAD-Leitenden erarbeitet. Sie werden in die zukünftigen Audits der Vollzugsorgane sowie in das neue Ausbildungskonzept der RAD des BZ-IV einfließen. Einen Bestandteil dieser spezifischen Qualitätsvorgaben bilden die in 6.1 erwähnten Leitlinien zur Förderung und Sicherung der Qualität der versicherungsmedizinischen Berichte und Gutachten. Die Qualität der medizinischen Berichte und Gutachten spielt im Rentenprüfungsprozess eine wichtige Rolle, da sie darüber entscheidet, ob die medizinischen Gutachterstellen der IV von den Versicherten, Sozialversicherungsgerichten und weiteren Partnern der IV akzeptiert werden.

Strategische Weiterentwicklung der IV und Forschung gingen insofern Hand in Hand, als Forschungsergebnisse kontinuierlich in die Politikgestaltung und -umsetzung flossen und – dank rollender Planung des Programms – zu erforschende Brennpunktthemen rasch und flexibel gesetzt werden konnten. Wie gezeigt wurde, hat das FoP-IV die Entwicklung der IV zur Eingliederungsversicherung wirkungsvoll begleitet und beeinflusst. Schwerpunkt des nächsten Forschungsprogramms FoP2-IV wird die Evaluation der 4. und 5. IVG-Revision sein. Aus diesem Evaluationsprozess werden weitere wichtige Impulse für die Durchführung und die Weiterentwicklung der IV erwartet. In diesem Sinne kommt auch FoP2-IV eine zentrale Bedeutung zu, wenn es gilt, die Eingliederungsorientierung der IV weiter nachhaltig und wirkungsvoll zu verankern und weiterzuentwickeln.

Literatur

1 Forschungsberichte im Rahmen des FoP-IV (im Synthesebericht nach Berichtsnummer zitiert)

- 2/06** *Modetta, Caterina (2006)*: Delphi-Studie zu Gründen für das verlangsamte Wachstum der IV-Neurenten
- 2/07** *Baer, Niklas, Frick, Ulrich (2007)*: Differenzierung der Invalidisierungen aus psychischen Gründen (Machbarkeitsstudie)
- 4/07** *Ott, Walter, Bade, Stephanie, Wapf, Bettina (2008)*: Nicht zielkonforme Leistungen in der Invalidenversicherung: Bedeutung und Grössenordnung
- 16/07** *Bolliger, Christian, Willisegger, Jonas, Rüefli, Christian (2007)*: Die Rechtsprechung und Gerichtspraxis in der Invalidenversicherung und ihre Wirkungen
- 13/07*** *Wapf, Bettina; Peters, Matthias (2007)*: Evaluation der Regionalärztlichen Dienste (RAD) / Bericht
- 2/08*** *Guggisberg, Jürg, Egger, Theres, Künzi, Kilian (2008)*: Evaluation der Arbeitsvermittlung in der IV
- 3/08** *Geisen, Thomas, Lichtenauer, Annette, Roulin, Christophe, Schielke, Georg (2008)*: Disability Management in Unternehmungen
- 4/08** *Kool, Jan, Meichtry, André, Schaffert, René, Rüesch, Peter (2008)*: Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in der IV-Abklärung
- 6/08*** *Latzel, Günther, Andermatt, Christoph (2008)*: Vergütung von Pflege und Betreuung durch die Ergänzungsleistungen
- 1/09** *Fluder, Robert, Graf, Thomas, Ruder, Rosmarie, Salzgeber, Renate (2009)*: Quantifizierung der Übergänge zwischen Systemen der Sozialen Sicherheit (IV, ALV und Sozialhilfe)
- 2/09*** *Baumgartner, Edgar, Uebelhart, Beat, Baur, Roland, Berger, Daniela, von Fellenberg, Monika, Lage, Dorothea, Wegener, Robert (2009)*: Evaluationen der Beiträge an Organisationen der privaten Behindertenhilfe nach Art. 74 IVG (Machbarkeitsstudie)
- 6/09** *Baer, Niklas, Frick, Ulrich, Fasel, Tanja (2009)*: Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen: Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe
- 8/09** *Loos, Stefan; Schliwen, Anke; Albrecht, Martin (2009)*: Vorzeitiger Rückzug aus der Erwerbstätigkeit aufgrund von Invalidität im Vergleich zu alternativen Austrittsoptionen. Die Schweiz im internationalen Vergleich
- 2/10** *Guggisberg, Jürg, Oesch, Thomas, Gardiol, Lucien (2010)*: Migrantinnen und Migranten in der Invalidenversicherung. Soziale Unterschichtung, gesundheitliche Lage und Invalidisierungsrisiko. Bericht
- 3/10** *Bolliger, Christian, Stadelmann-Steffen, Isabelle, Thomann, Eva, Rüefli, Christian (2010)*: Migrantinnen und Migranten in der Invalidenversicherung. Verfahrensverläufe und vorgelagerte Faktoren
- 5/10** *Herd, Jörg, Winckel, Henrike, Laskowska, Barbara (2010)*: Fallanalyse zur beruflichen Integration von Personen mit psychischen Störungen
- 7/10** *Sempert, Waltraud, Kammermann, Marlise (2010)*: Evaluation Pilotprojekt Praktische Ausbildung (PrA) INSOS
- 9/10** *Egger, Marcel; Merckx Véronique; Wüthrich, Adrian (2010)*: Evaluation des nationalen Projekts IIZ-MAMAC

* Publikation liegt neben dt. auch in frz. Vollversion vor.

2 Arbeitsberichte, Literaturstudien im Rahmen des FoP-IV

(Download: <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00098/index.html?lang=de>)

- Dittmann, Volker, Ebner, Gerhard, Herdt, Jörg, Junge, Carolin, Träbert, Silke 2009: Literaturstudie als Grundlage zur Entwicklung von evidenzbasierten Gütekriterien zur Beurteilung von psychischen Behinderungen. Arbeitspapier BSV
- Wyssmüller, Chantal 2007: Literatur- und Datenstudie zum Thema „Migration und Invalidenversicherung“. Arbeitspapier BSV
- Kurmann, Sara 2007: Arbeitsplätze für Menschen mit psychischer Leistungseinschränkung: Vorsondierung im Rahmen des FoP-IV. Arbeitspapier BSV

3 Weitere zitierte Literatur

Aarts, Leo, de Jong, Philipp, Prinz, Christopher (2000): Determinanten der Inanspruchnahme einer Invalidenrente – Eine Literaturstudie. Bern. Forschungsbericht 10/00 (Bundesamt für Sozialversicherungen)

BFS aktuell (via: <http://www.bfs.admin.ch/>); div. Ausgaben

BFS 2009: Statistisches Lexikon der Schweiz. (via: <http://www.bfs.admin.ch/>)

BSV 2006: Mehrjähriges Forschungsprogramm zu Invalidität und Behinderung und zur Umsetzung des Invalidenversicherungsgesetzes (FoP-IV). Konzept vom 26. Mai 2006

BSV 2009: Sozialversicherungsstatistik

BSV 2010a: IV-Statistik. Dezember 2009. Bern (Bundesamt für Sozialversicherungen)

BSV 2010b: IV-Statistik. Dezember 2009. Tabellenteil. Bern (Bundesamt für Sozialversicherungen)

GPk-S (2005): Rentenwachstum in der Invalidenversicherung: Überblick über die Faktoren des Rentenwachstums und die Rolle des Bundes. Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Ständerats vom 19. August 2005

Guggisberg, Jürg, Schär Moser, Marianne, Spycher, Stefan (2004): Auf der Spur kantonaler Unterschiede in der Invalidenversicherung. Zürich/Chur (Rüegger)

Spycher, Stefan Baillod, Jürg, Guggisberg, Jürg, Schär Moser, Marianne (2003): Analyse der interkantonalen Unterschiede innerhalb der Invalidenversicherung. Wissenschaftlicher Schlussbericht zuhanden des Schweizerischen Nationalfonds

Jürges, Hendrik (2006): True health vs. response styles: Exploring cross-country differences in self-reported health. Discussion Papers 588, DIW Berlin