

avenir debatte

Eingliedern statt ausschliessen

Gute berufliche Integration bei Invalidität lobnt sich

Jérôme Cosandey unter Mitarbeit von Diego Taboada und Sarah Neuenschwander



Dank

Die Autoren bedanken sich bei den Mitgliedern der Programmkommission von Avenir Suisse, Prof. Dr. Giorgio Behr und Prof. Dr. Reto Föllmi, für das inhaltliche Lektorat. Unser Dank gilt auch allen 33 Interviewpartnern: Leiter von Ämtern auf Stufe Bund und Kantone, Leiter von IV-Stellen, Vertreter von Krankentaggeldversicherern, Pensionskassen, Rückversicherungen und von Dachorganisationen, HR-Verantwortliche grosser und mittlerer Unternehmen sowie Leistungserbringern im Bereich der Invalidität haben im Vorfeld dieser Studie wertvolle Inputs und Vorschläge eingebracht. Dank ihnen war es möglich, die Analysen zu verfeinern und mit konkreten Beispielen zu bereichern. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Studie liegt alleine beim Autor Jérôme Cosandey und beim Direktor von Avenir Suisse, Peter Grünenfelder.

Autoren	Jérôme Cosandey, unter Mitarbeit von Diego Taboada und Sarah Neuenschwander
Internes Lektorat	Verena Parzer-Epp, Samuel Rutz, Urs Steiner
Herausgeber	Avenir Suisse, www.avenir-suisse.ch
Gestaltung	Carmen Sopi
Druck	Staffel Medien AG, www.staffelmedien.ch

© April 2021, Avenir Suisse, Zürich

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Da Avenir Suisse an der Verbreitung der hier präsentierten Ideen interessiert ist, ist die Verwertung der Erkenntnisse, Daten und Grafiken dieses Werks durch Dritte ausdrücklich erwünscht, sofern die Quelle exakt und gut sichtbar angegeben wird und die gesetzlichen Urheberrechtsbestimmungen eingehalten werden.

Bestellen	assistent@avenir-suisse.ch , Tel. 044 445 90 00
Download	www.avenir-suisse.ch/publication/invaliditaet-eingliedern-statt-ausschliessen/

Vorwort

Invalidität bzw. deren staatliche Versicherung ist im Schweizer Sozialwesen, im politischen und öffentlichen Diskurs ein stark umstrittenes Thema – vom Kreis der Anspruchsberechtigten zum Finanzvolumen (die IV kostet den Staat jährlich 9,5 Mrd. Fr.) bis hin zur Art der Ausgestaltung der Versicherungslösung. Sind alle Ansprüche auf eine IV tatsächlich gerechtfertigt? Ist der Prozess bis zur Zusprechung der IV nicht zu bürokratisch und zu zeitaufwendig?

Die Thematik gewinnt gerade in Pandemiezeiten eine noch grössere Bedeutung. Bedingt durch Perspektivenlosigkeit, Vereinsamung und soziale Isolation sowie den Unsicherheiten über die Arbeitsmarktentwicklung ist mit einer markanten Zunahme an psychischen Erkrankungen zu rechnen. Damit wird voraussichtlich auch die Zahl der Anmeldungen bei den IV-Stellen deutlich steigen. Bereits vor Ausbruch der Pandemie war die Re-Integration von IV-Anspruchsberechtigten eine der anspruchsvollsten Aufgaben des Schweizer Sozialstaats – dies gilt umso mehr in der aktuellen Wirtschaftslage.

Dazu kommt: Die Ausgestaltung des Schweizer Invaliditätswesens stellt sich für Aussenstehende als äusserst komplexes Objekt dar, mit vielschichtigen Kompetenzverteilungen und zahlreichen involvierten Stellen wie Arbeitgebern, Arbeitnehmenden, Ärzten, Krankentaggeldversicherungen, Pensionskassen und staatlichen Organisationen auf Bundes- wie Kantonsebene. Die komplexen Strukturen und Prozesse führen fast unweigerlich zu Fehlanreizen und Ineffizienzen sowie etlichen Kommunikationsdefiziten.

Ein Zweck dieser vorliegenden Studie, erstellt unter Federführung meines Kollegen Jérôme Cosandey, Avenir-Suisse-Forschungsleiter für Sozialpolitik, ist denn auch Transparenz über die heutige Ausgestaltung des Schweizer Invaliditätswesens zu schaffen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, konnte auf Daten des Bundesamtes für Sozialversicherung zurückgegriffen werden, die exklusiv für diese Analyse Verwendung fanden. Dadurch wurde ein umfassender Vergleich der unterschiedlichen Praxisansätze der IV-Stellen der einzelnen Kantone möglich; kantonale Best-Practices können aufgezeigt werden, genauso aber auch Ineffizienzen bei einzelnen Ansätzen. Es ist offensichtlich: Der föderalistische Systemwettbewerb spielt auch bei der IV.

Die IV-Thematik ist zu komplex, als dass plakativ alle IV-Rentner als «Scheininvaliden» abgestempelt werden könnten. Genauso wenig ist aber der Vorwurf gerechtfertigt, dass bei der IV «immer auf dem Buckel der Ärmsten gespart» werde. Entsprechend hoch ist der Handlungsdruck für eine Weiterentwicklung der IV liberaler Prägung. Die Leitprinzipien müssen Eigeninitiative, Subsidiarität, Effizienz und Transparenz heissen. Ein Vorschlag liegt dieser Publikation bei.

Diese Studie richtet sich an Arbeitgeber, Fachexperten, aber auch an Politikerinnen und Politiker von Bund und Kantonen, die mit Sozial-, Wirtschafts- und Finanzdossiers vertraut sind. Auch hier wird offensichtlich: Die Invalidität ist ein interdisziplinäres Politikfeld, auch weil Wiedereingliederung eine gemeinsame Aufgabe ist.

Peter Grünenfelder, Direktor von Avenir Suisse

Inhalt

Vorwort	_3
Executive Summary	_6
1 _ Einleitung	_10
1.1 _ Eingliederung vor Rente als Grundpfeiler der Schweizer Invaliditätsversicherung	11
1.2 _ Neurenten sind vor allem psychisch bedingt	12
1.3 _ Über 24 Milliarden Franken pro Jahr für die Invalidität im weiteren Sinne	16
1.4 _ Unterschiedliche Situationen in den Kantonen	19
1.5 _ Umfang und Struktur der Studie	20
2 _ IV im engeren Sinn: Beträchtlich kantonale Unterschiede	_22
2.1 _ Der IV-Prozess: Von der Meldung bis zum Rentenentscheid	22
2.2 _ Den Kostentreibern auf der Spur mit exklusiven BSV-Daten	25
2.3 _ Röstigraben bei den Rentenkosten	30
2.4 _ (Un-) wirksame Eingliederungsmassnahmen	34
2.5 _ Zwischenfazit: Fünf Forderungen für einen effizienteren Vollzug in den kantonalen IV-Stellen	45
3 _ IV im weiteren Sinn: Ein verschachtelter Prozess	_48
3.1 _ Die Versicherung der Invalidität ist mehr als die Invalidenversicherung (IV)	48
3.2 _ Bessere Kommunikation zwischen Arzt, Arbeitnehmer und Arbeitgeber	52
3.3 _ Beseitigung von Fehlanreizen bei IV, Krankentaggeldversicherern und Pensionskassen	56
3.4 _ Weniger Doppelspurigkeiten bei der interinstitutionellen Zusammenarbeit	61
3.5 _ Zwischenfazit: Von vier Schnittstellen zu vier Nahtstellen	65
4 _ Liberale Reform der Versicherung von Invalidität	67
4.1 _ Eigeninitiative: «Eingliederung vor Rente»	68
4.2 _ Subsidiarität: «Dezentral statt zentral»	69
4.3 _ Effizienz: «Keine unnötigen Zwangsabgaben»	70
4.4 _ Transparenz: «Weniger Kommunikationsdefizite»	71
4.5 _ Invalidität betrifft uns alle	72
Anhang 1: Realitätsfremder Diskontierungssatz in der IV	_73
Anhang 2: Annahmen für die Abschätzung der Invaliditätskosten im weiteren Sinne	_74
Literatur	_77

Executive Summary

Das Prinzip «Eingliederung vor Rente» ist ein Grundpfeiler der Invalidenversicherung (IV). Eine Rente wird erst zugesprochen, wenn es unmöglich ist, eine Person wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern. Doch gerade in Pandemiezeiten bedeutet die Erfüllung dieses Vorsatzes eine doppelte Herausforderung, weil mehr Menschen an psychischen Erkrankungen leiden und weil aufgrund der erhöhten Arbeitslosigkeit weniger Stellen offen sind.

74 Prozent Kostenunterschiede zwischen den Kantonen

Die IV ist als Bundesgesetz geregelt, für die Umsetzung sind jedoch die kantonalen IV-Stellen zuständig. Untersucht man die kapitalisierten Renten- und Eingliederungskosten pro Einwohner, d.h. die kumulierten Kosten bis zur Pensionierung der IV-Rentner, ergeben sich Unterschiede von 74 % zwischen dem Kanton mit den höchsten (JU 722 Fr.) und den tiefsten Kosten pro Einwohner (AI 187 Fr.). Ein Teil dieser Unterschiede hängt von sozio-demografischen Faktoren ab, ein Teil kann von den IV-Stellen selbst beeinflusst werden. Um diese Teile zu identifizieren, beziehen sich die meisten Analysen dieser Studie auf Faktoren, die sich erst nach der Anmeldung bei einer IV-Stelle ergeben.

Röstigraben bei den Rentenkosten

Etwa drei Viertel der kapitalisierten Kosten sind durch Renten verursacht. Die Rentenquote, das Verhältnis der zugesprochenen Renten pro Anmeldung, spielt deshalb eine Schlüsselrolle. Diese ist deutlich höher in der Romandie und im Tessin als in der übrigen Schweiz. Mit Ausnahme des Kantons JU liegt sie dort mindestens 27 %, im Kanton GE sogar 41 % über dem Schweizer Durchschnitt.

Die Rentenquote liegt in der Romandie mindestens 27 % über dem Schweizer Durchschnitt.

Die Unterschiede spiegeln die einzelnen Auslegungen des Bundesrechtes durch die IV-Stellen und zum Teil durch die kantonalen Gerichte. Hier ist das Bundesamt für Sozialversicherungen aufgefordert, die Gründe für diese Unterschiede wissenschaftlich zu erforschen. Ein erster wichtiger Schritt dafür ist die flächendeckende Einführung einer Nomenklatur für die einheitliche Bezeichnung psychischer Krankheiten (ICD-10), die zu einer Rente führen.

Kostendach pro IV-Stelle für Eingliederungsmassnahmen

Die Rentenquoten spiegeln auch unterschiedliche Eingliederungsstrategien wider. Auch hier sind die kantonalen Unterschiede frappant. Während in den Kantonen AR, JU und ZG etwa 70 000 Fr. pro Massnahmenbezüger ausgegeben wird, sind es im Tessin nur 20 000 Franken. Nicht nur die Beträge per Bezüger variieren stark, sondern auch die Anzahl

Personen, die von solchen Massnahmen profitieren, sowie der Erfolg solcher Massnahmen.

In den Kantonen SO und VS nimmt mehr als jede dritte Person, die sich bei der IV anmeldet, an berufliche Massnahmen teil. Jeder vierte davon erhält danach trotzdem eine Rente. Der Kanton SG geht gezielter vor: er bietet nur jeder fünften angemeldeten Person eine Massnahme an, und nur jede siebte davon erhält anschliessend eine Rente.

In den Kantonen SO und VS nimmt mehr als jede dritte Person an beruflichen Massnahmen teil.

Um die Mittel effizienter einzusetzen, sollte ein Kostendach für alle beruflichen Massnahmen pro IV-Stelle, gestützt auf die Anzahl Anmeldungen pro Jahr, festgelegt und das Gesetz entsprechend angepasst werden. Heute sind diese Beträge unlimitiert. Ein solches Kostendach wäre kein Neuland in den Schweizer Sozialversicherungen, es wird bereits in der Arbeitslosenversicherung sowie zum Teil in der Sozialhilfe angewendet. Auch sollten vermehrt erfolgsabhängige Verträge mit externen Leistungserbringern für Wiedereingliederungsmassnahmen abgeschlossen werden.

24 Milliarden Franken pro Jahr für die Invalidität im weiteren Sinne

Der Fokus allein auf die IV greift bei Invalidität zu kurz. Bis eine IV-Rente ausgesprochen wird, sind zahlreiche private Akteure (Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Arzt), private Institutionen (Krankentaggeldversicherer, Pensionskasse) und oft andere staatliche Institutionen wie die Arbeitslosenversicherung oder die Sozialhilfe involviert. Die Gesamtkosten für die Heilung, die Eingliederung und die Berentung von Menschen mit Behinderung werden in dieser Studie auf 24 Mrd. Fr. pro Jahr geschätzt. Bei so vielen Akteuren und so hohen Kosten gilt es, Kommunikationsdefizite, Fehlanreize und Doppelspurigkeiten zu vermeiden.

Mit REP Arztzeugnisse auf Arbeitsfähigkeit ausrichten

Bei schweren Erkrankungen – die oft zur Invalidität führen können – attestieren die allermeisten Arztzeugnisse nur eine (un)-befristete vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dadurch fehlt dem Vorgesetzten und dem Team die nötige Visibilität für die Organisation der Arbeit während der Abwesenheit der erkrankten Person, und die Planung ihrer Rückkehr wird erschwert.

Das Ressourcenorientierte Eingliederungsprofil (REP) des Vereins Compasso hilft dieses Kommunikationsdefizit zu reduzieren, indem die Arztzeugnisse auf die Arbeitsfähigkeit fokussieren. Arbeitnehmer und -geber definieren in einem ersten Schritt die Tätigkeiten, die für die Stelle relevant sind. In einem zweiten Schritt beurteilt der Arzt zusammen mit der erkrankten Person ihre Fähigkeiten für jede Anforderung (möglich, nicht möglich, wie folgt möglich ...). In einem dritten Schritt besprechen Arbeitnehmer und -geber das ausgefüllte Formular und legen das weitere Vorgehen fest. Es werden somit nur Informationen zur Ein-

satzfähigkeit an den Arbeitgeber weitergegeben, aber keinerlei gesundheitspezifische Daten wie Diagnosen oder Befunde.

Arbeitgeber sollten künftig ab 30 Tagen Arbeitsunfähigkeit systematisch ein REP vom behandelnden Arzt einfordern. Das REP ist aber ein neues, noch wenig bekanntes Instrument. Es braucht weitere Informationskampagnen der Arbeitgeberorganisationen sowie der medizinischen Gesellschaften. Letztere sollten sich auch für die Aufnahme des REP in die Curricula der Arztausbildungen engagieren.

Arbeitgeber sollten ab 30 Tagen Arbeitsunfähigkeit ein REP vom behandelnden Arzt einfordern.

Mehr Case-Management dank Beseitigung finanzieller Fehlanreize

Die meisten Unternehmen treten ihre Lohnfortzahlungspflicht einer Krankentaggeldversicherung ab. Letztere erfährt oft früh, lange vor der IV, von einer Arbeitsunfähigkeit. Bei komplexen Fällen setzen sie manchmal einen Case-Manager ein, der die erkrankte Person, aber auch deren Arbeitgeber unterstützt. Die Kosten dafür trägt nur der Krankentaggeldversicherer, obwohl die Pensionskasse und die IV davon profitieren. Diese Verzerrung ist nicht nur «ungerecht», sie führt zu suboptimalen Ergebnissen: Trotz Gesamtnutzen über alle involvierten Akteure hinweg werden zu wenige Case-Manager eingesetzt, weil es aus Sicht des Krankentaggeldversicherers zum Teil nicht rentiert. Dadurch leiden die anderen Leistungserbringer und vor allem die betroffene Person.

Um ein besseres Gesamtergebnis zu erreichen, braucht es finanzielle Mechanismen, die solche positiven Externalitäten internalisieren. Auf Deutsch: die Kosten des Case-Managements müssen durch alle mitgetragen werden, die von dessen Nutzen profitieren. Der Kostenteilungs-Standard, der von Compasso für die Zusammenarbeit zwischen Krankenversicherern und Pensionskassen erarbeitet wurde, sollte für die Zusammenarbeit mit den IV-Stellen ausgeweitet werden: Wer übernimmt den Lead beim Case-Management, wie hoch ist das Kostendach, und wer trägt welchen Anteil der Kosten? Denkbar wäre dafür eine Ausweitung der Compasso-Aktivitäten oder eine Initiative der IV-Stellen-Konferenz mit dem Schweizer Versicherungsverband.

Bessere Koordination zwischen IV, ALV und SH durch Leistungsaufträge

Auch staatliche Institutionen können enger zusammenarbeiten, damit die Klienten von zum Teil komplementären Angeboten der IV, der Arbeitslosenversicherung (ALV) und der Sozialhilfe (SH) profitieren können. Ein interessanter Ansatz dafür verfolgt der Kanton AG. Unter den Namen «Kooperation Arbeitsmarkt» bieten die IV-Stelle, die Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) und viele Sozialdienste ihre Dienste zusammen an.

Für komplexe Fälle, die verschiedene Ämter involvieren, übernimmt die IV die Fallführung. Das RAV stellt dafür alle Kontakte mit Arbeitgebern sicher und übernimmt die Vermittlung in den Arbeitsmarkt sowohl von IV- wie von ALV-Stellensuchenden. Die Finanzierung dieses Modells

wird via Leistungsaufträge organisiert. Die Mittel werden nicht zusammengeführt, und die Ämter bleiben räumlich und organisatorisch getrennt.

Dadurch profitieren Antragssteller von einem breiteren Dienstleistungsangebot, die Schnittstellen werden für die Betroffenen und für potenzielle Arbeitgeber reduziert, ohne dass gesetzliche Bestimmungen der einzelnen Sozialversicherungen verändert werden müssen.

Die Kantone müssen mit unterschiedlichen Antworten auf unterschiedliche Herausforderungen reagieren können. Ob die interinstitutionelle Zusammenarbeit wie im Kanton AG unter einem Dach erfolgen soll, sollte im Sinne der Subsidiarität ihre Entscheidung bleiben. Aber die kantonalen Parlamentarier müssen genauer hinschauen und ihre Exekutive auffordern, Rechenschaft über die Ziele und Fortschritte solcher Zusammenarbeitsformen abzulegen.

Die kantonalen Parlamentarier müssen ihre Exekutive auffordern, Rechenschaft über die Ziele und Fortschritte der IZ abzulegen.

Leitprinzipien für eine Reform der Versicherung der Invalidität

Die Komplexität der Versicherung der Invalidität im weiteren Sinne lässt sich nicht mit zentral gesteuerten Ansätzen bewältigen. Im Schlusskapitel werden zwölf konkrete Handlungsempfehlungen entlang vier Leitprinzipien für eine Reform formuliert, die mehr Eigeninitiative, mehr Subsidiarität, mehr Effizienz und mehr Transparenz bei dieser wichtigen gesellschaftlichen Aufgabe fördern.

1 Einleitung

Diskussionen über die Invalidenversicherung (IV) waren und sind immer sehr emotional. Mitte der 2000er Jahre, als die Anzahl Neurentner, auch im internationalen Vergleich, stark zunahm, entfachte sich die Debatte über sogenannte «Scheininvaliden», also IV-Rentner, die angeblich ein normales Leben führen können, aber dennoch Leistungen aus der IV beziehen. Auch 2018, beim Referendum gegen die Anpassung des Sozialversicherungsrechts, das die Überwachung von Versicherten auch mittels Privatdetektive vorsah (Bundesrat 2018), stand die Bekämpfung von Betrug im Vordergrund der öffentlichen Debatte.

Selbstverständlich muss Betrug, in der IV wie anderswo, verhindert werden, und der Staat braucht die nötigen Mittel dafür. Doch IV-Betrüger sind eine kleine Minderheit. 2019 wurden zum Beispiel 640 Betrugsfälle aufgedeckt (BSV 2020a), was 0,3 % aller IV-Rentner entspricht. Die restlichen 99,7 % der Versicherten sind ehrliche Personen, die infolge eines Unfalls oder einer Krankheit ihrer angestammten beruflichen Tätigkeit nicht mehr oder nicht mehr gleich nachgehen können. Dadurch verlieren sie einen Teil oder ihr ganzes Einkommen.

Auch im Jahr 2021 wird die IV zu reden geben. Behördlich angeordnete Einschränkungen der wirtschaftlichen Tätigkeiten, wie Geschäftsschliessungen und das Verbot kultureller und sportlicher Anlässe, lösen bei den betroffenen Personen teilweise Existenzängste aus, die zu schweren psychischen Erkrankungen führen können. Die Homeoffice-Pflicht und die Einschränkungen von Freizeitaktivitäten unterbinden soziale Kontakte, die für das Wohlergehen breiter Bevölkerungsschichten mitentscheidend sind. Und enge Wohnverhältnisse bei unklaren Perspektiven erhöhen zudem das Risiko für häusliche Gewalt. Gemäss der «Swiss Corona Stress Study» ist der Anteil von Personen mit Symptomen einer schweren Depression seit dem Pandemieausbruch im April 2020 bis November 2020 um den Faktor 6 gestiegen, von 3 % auf 18 % (Quervain et al. 2021). Während ein Teil dieser Symptome bei einer allfälligen Wiederaufnahme des «normalen» Lebens wieder verschwindet, werden viele Personen langfristig unter psychischen Erkrankungen leiden. Ihre Rückkehr in den Arbeitsmarkt wird aufgrund der aktuellen erhöhten Arbeitslosigkeit umso schwieriger.

Pandemie hin oder her: Wie kann man Personen, die aufgrund psychischer oder physischer Beschwerden bei der IV neu angemeldet werden, bei der Rückkehr in den primären Arbeitsmarkt unterstützen? Welche Rolle spielen dabei die kantonalen IV-Stellen, und wie erfolgreich sind die einzelnen Kantone in ihren Integrationsbemühungen? Wie gut funktioniert die Zusammenarbeit mit anderen privaten Akteuren wie Arbeitgebern, Ärzten und Krankentaggeldversicherern? Diese Fragen stehen im Zentrum dieser Publikation.

Der Anteil von Personen mit Symptomen einer schweren Depression ist seit dem Pandemieausbruch von 3 % auf 18 % gestiegen.

1.1 _ Eingliederung vor Rente als Grundpfeiler der Schweizer Invaliditätsversicherung

Geburtsbedingte und durch Krankheit oder Unfall resultierende Beeinträchtigungen gehörten bis weit ins 20. Jahrhundert hinein zu den existenziellen Daseinsrisiken. Vor 1960 hatten nur wenige Arbeitnehmer Anspruch auf Leistungen von der Unfall- oder Militärversicherung, von kantonalen Versicherungen oder von einer Pensionskasse. Gar nicht versichert waren Hausfrauen, Nichterwerbstätige oder Personen mit einem Geburtsgebrechen (Germann 2020). Der Bund richtete nur bescheidene Beiträge an Einrichtungen für Behinderte und Hilfsorganisationen wie die Pro Infirmis aus. Viele Menschen mit Behinderungen waren auf Sozialhilfe oder private Unterstützung angewiesen (Leimgruber et al. 2021). Erst mit dem Verabschieden des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG), erhielt die Schweiz 1959 eine staatliche und obligatorische Sozialversicherung für Invalidität.

Die IV hat wie die AHV einen universalen Charakter. Obligatorisch versichert sind nicht nur alle Personen, die in der Schweiz erwerbstätig sind, sondern auch alle jene, die in der Schweiz «nur» wohnen (AHV/IV 2021a). Die Versicherten sind beitragspflichtig ab dem Jahr, in dem sie 18-jährig werden, und zwar solange sie eine Erwerbstätigkeit ausüben. Für Angestellte gilt ein Lohnbeitrag von 1,4%. Für Nichterwerbstätige beginnt die Beitragspflicht erst mit dem 20. Altersjahres und dauert bis zum Pensionierungsalter von 64 Jahren für Frauen bzw. 65 für Männer (Art. 3 AHVG).

Der Universalcharakter der IV ist allerdings an Bedingungen geknüpft. Von Anfang an war die Zuteilung einer Rente als Ultima Ratio angedacht. Die Eingliederung, also der Versuch, eine Rente zu vermeiden, stand immer im Fokus. Die lässt sich auch klar im ersten Artikel der Invalidenversicherung erkennen, wo der dreifache Zweck der Versicherung aufgeführt wird (Art. 1a IVG):

«Die Leistungen dieses Gesetzes sollen:

- die Invalidität mit geeigneten, einfachen und zweckmässigen Eingliederungsmassnahmen verhindern, vermindern oder beheben;*
- die verbleibenden ökonomischen Folgen der Invalidität im Rahmen einer angemessenen Deckung des Existenzbedarfs ausgleichen;*
- zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Versicherten beitragen.»*

Aus der Reihenfolge der obigen Punkte geht hervor, dass die IV nicht nur Rentenleistungen finanziert, sondern primär das Ziel verfolgt, eine dauerhafte Invalidität zu vermeiden. So nennt auch die OECD (2003) das Schweizer Modell als «gemischt» in seiner Typologie der Organisationen. Zusammen mit Holland und Australien zeichnet sich unser Land aus durch einerseits gute Leistungen für die gesamte Bevölkerung – nicht nur die Erwerbsbevölkerung – und andererseits durch einen starken Fokus

auf Eingliederungen. Anglo-amerikanische Länder (Kanada, UK und USA) zum Beispiel legen den Fokus stärker auf die Erwerbsbevölkerung und haben weniger ausgebaute Wiedereingliederungsprogramme.

Die Schweiz gibt auch viel für Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit und bei Invalidität aus. Mit 2,8 % des Bruttoinlandprodukts (BIP) im Jahr 2018 lagen die öffentlichen Ausgaben in diesem Bereich deutlich über den Durchschnitt der OECD-Länder (2,0 %), wenn auch tiefer als bei den skandinavischen Ländern, die alle mehr als 3,0 % des BIP ausgaben. Den höchsten Wert wies Dänemark mit 4,9 % des BIP auf (OECD 2021).

Solche internationalen Vergleiche sind allerdings schwierig, weil die Leistungen oft schwer vergleichbar sind. Zudem verrät die Höhe der Ausgaben für Invalidität in Prozenten des BIP wenig darüber, ob das Geld sinnvoll eingesetzt wird und damit einen effektiven Beitrag zur Integration der Menschen mit Behinderung leistet.

Diesbezüglich hält sich die Schweiz im OECD-Vergleich gut. Sie weist einen unterdurchschnittlichen Anteil von Invaliditätsrentnern an der Gesamtbevölkerung auf. Mit 4% liegt sie deutlich unter Schweden (6 %) oder Norwegen (13,5 %). Auch die Anzahl Tage krankheitsbedingter Arbeitsabwesenheiten liegt deutlich unter dem OECD-Durchschnitt (Hemmings und Prinz 2020). Allerdings spiegeln diese Kennzahlen nicht nur die Invaliditätspolitik, sondern auch Makroindikatoren wie die Qualität der Bildungs- und Gesundheitssysteme und die allgemeine Situation des Arbeitsmarkts.

Die Invaliditätsquote liegt in der Schweiz mit 4% deutlich unter Schweden (6%) oder Norwegen (13,5%).

Kann sich die Schweiz auf Lorbeeren ausruhen? – Wohl kaum. Die Veränderungen am Arbeitsmarkt stellen immer höhere Anforderungen, die viele Menschen überfordern und Personen mit Behinderung die Wiedereingliederung erschweren. Zudem nehmen neue, vor allem psychische Krankheitsformen zu, worauf die Konzepte von gestern nur eine ungenügend passende Antworten liefern.

1.2_ Neurenten sind vor allem psychisch bedingt

Wie viele IV-Rentner zählt die Schweiz und welche Faktoren beeinflussen diese Zahlen? 2019 bezogen 438 000 Personen Leistungen der IV in Form von Eingliederungsmassnahmen, Invalidenrenten oder Hilflosenentschädigungen. 90 % davon waren in der Schweiz wohnhaft. Von den 409 000 Leistungsbezügerinnen in der Schweiz nahmen 218 000 (53 %) eine Rente und 211 000 (52 %) eine individuelle Eingliederungsmassnahme in Anspruch (teilweise überlappend). Der Anteil der IV-Rentner an die Bevölkerung betrug 4,0% (BSV 2020b).

Die Entwicklung dieser Zahl wird von vier Kategorien von Ein- und Austritten beeinflusst, wie folgende Zahlen aus dem Jahr 2019 illustrieren (BSV 2020b):

01_ Der Anzahl an Austritten in die AHV, weil der IV- Rentenanspruch mit dem Erhalt einer Altersrente der AHV erlischt (Art. 30 IVG). 2019 betraf dies 13 800 Personen.

- 02_ Der Anzahl an Rentenbezügern, die in einem Jahr verstorben sind (3500 Personen).
- 03_ Der Anzahl an Austritten, z.B. infolge einer Genesung oder Aufhebung des Rentenanspruchs (1700 Personen).
- 04_ Der Anzahl an Neurentnern (18100 Personen).

Die grösste beeinflussbare Grösse zur Steuerung der Zahl der IV-Renten ist die Vermeidung von Neurenten. In einem Jahr werden mehr als zehn Mal so viele Eintritte verzeichnet als Renten aufgehoben. Nicht beeinflussbar ist die Zahl der Renten über die Pensionierung und den Tod von Anspruchsberechtigten.

Leicht steigende Anzahl Neurenten, wenn auch auf tiefem Niveau

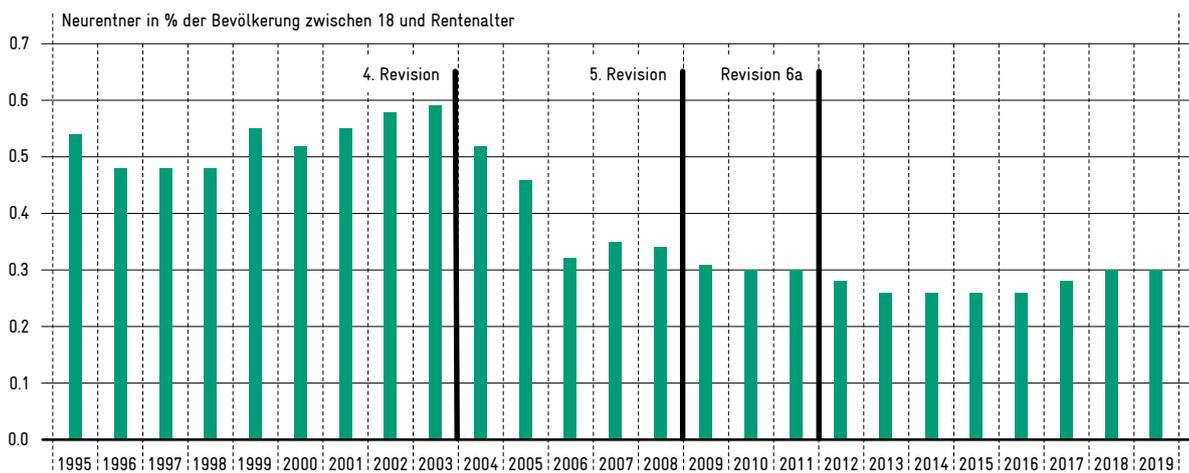
Die Anzahl Neurenten variierte über die letzten 25 Jahre signifikant. Da in diesen Zeitraum die Wohnbevölkerung um 1,5 Mio. Menschen zugenommen hat (BFS2020a), ist es sinnvoll, die Entwicklung der Neurenten nicht in absoluten Zahlen, sondern in Prozenten der Bevölkerung¹ zu betrachten (Neurentenquote). Dabei lassen sich die Effekte von Reformen beobachten (vgl. Abbildung 1).

1995, vier Jahre nach dem Inkrafttreten der 3. IVG-Revision, betrug die Neurentenquote 0,54% und stieg um 10% bis zum höchsten Wert

Abbildung 1

Die Anzahl Neurenten hat sich seit 2003 halbiert, steigt nun aber wieder leicht

Die wachsende Zahl von Neurenten hat bis 2003 die IV in finanzielle Not gebracht und die Diskussion über «Scheininvaliden» entfacht. Dank Reformen konnte die Zahl der Neuanmeldungen reduziert werden. Seit 2016 steigt sie tendenziell wieder an.



Quelle: BSV (2020d), eigene Darstellung

1 Anteil der Invalidenrentenbezüger an der ständigen Wohnbevölkerung im Alter zwischen 18 Jahren und dem AHV-Rentenalter.

von 0,59 % im Jahr 2003. Dann trat die 4. IVG-Revision in Kraft, die unter anderem die Einrichtung regionaler ärztlicher Dienste (RAD) vorsah, die die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs beurteilen (German 2020).

Bei der 5. IVG-Revision wurde der Akzent auf die Früherfassung und Frühintervention gesetzt, und die Massnahmen für die (Wieder-)Eingliederung besonders von psychisch Kranken und beruflich unqualifizierten Personen wurden ausgebaut. Das Leitmotiv lautete «Eingliederung statt Rente». Die Neurenten gingen weiter leicht zurück.

Mit der IVG-Revision 6a erhielt die Invalidenversicherung 2012 zusätzliche Instrumente für die Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderung ins Erwerbsleben. Dank des neuen Assistenzbeitrags können zudem mehr Menschen mit Behinderung ihre Pflege und Betreuung selber organisieren und zuhause ein eigenständiges Leben führen (Bundesrat 2011). Nachdem die Neurentenquote 2013 auf das halb so hohe Niveau wie zehn Jahre zuvor, nämlich 0,26% gesunken ist und vier Jahre lang auf diesem Niveau verharrte, nimmt sie seitdem leicht zu und erreichte 0,3 % 2019.

Die Revision 6a sah vor allem zusätzliche Mittel vor, die mit einer Erhöhung der Mehrwertsteuer von 0,3 Prozentpunkte finanziert wird. Die Revision 6b, die hätte folgen müssen und strukturelle Massnahmen vorsah, hat jedoch die parlamentarische Hürde nie geschafft. 2020 gelang ein neuer Anlauf einer Reform unter dem Namen «Weiterentwicklung der IV» mit einem Fokus auf die Integration von Jugendlichen und Menschen mit psychischen Problemen. Diese wird voraussichtlich im Januar 2022 in Kraft treten (BSV 2020c).

IVG-Revisionen mit Erfolgen, aber auch Verlagerungen in die Sozialhilfe

Eine umfangreiche Analyse im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) hat den Einfluss der seit der 4. IVG-Revision angelegten Neuausrichtung der Invalidenversicherung auf die Eingliederung untersucht (Guggisberg und Bischof 2020a). Der Fokus auf die Eingliederung hat sich seitdem tatsächlich deutlich verstärkt. In diesem Zeitrahmen verdreifachte sich der Anteil der bei der IV angemeldeten Personen, die eine externe Eingliederungsmassnahme bezogen. Der Anteil der zugesprochenen Renten ging zudem von 26 % auf 23 % der Antragssteller zurück. Zum Teil verbesserte sich die finanzielle Situation der abgewiesenen Personen, während andere stärker von der Sozialhilfe abhängig waren.

Im Vergleich zu den Kohorten vor der 5. IVG-Revision ist nämlich der Anteil der Personen, die vier Jahre nach der IV-Anmeldung erwerbstätig sind und keine IV-Rente erhalten, von 50 auf 58 % angestiegen. Demgegenüber ist der Anteil an Personen mit einer IV-Rente, die neben der IV-Rente noch ein Erwerbseinkommen erzielen, von 9 auf 5 % gesunken. Insgesamt ist somit die Erwerbsquote von 59 auf 63 % angestiegen. Dabei sind im Vergleich zu früher verhältnismässig mehr Personen nach der IV-Anmeldung wirtschaftlich unabhängig (Erwerbseinkommen von über

Seit der 4. IVG-Revision verdreifachte sich der Anteil der Personen, die eine externe Eingliederungsmassnahme bezogen.

3000 Fr. im Monat). Die Eingliederungsstrategie war offensichtlich erfolgreich für die betroffenen Personen, die ihr Leben wirtschaftlich selbstständig führen können, wie für die Finanzen der IV.

Gleichzeitig stieg der Anteil von Personen, die im vierten Jahr nach ihrer Anmeldung bei der IV Sozialhilfe beziehen, von 11,6 % (Kohorte 2006) auf 14,5 % (Kohorte 2013), was einer Zunahme der Quote um 25 % entspricht. In absoluten Zahlen bedeutet dies eine Zunahme der Anzahl Sozialhilfebezüger von rund 2100 Personen. Das Risiko eines Sozialhilfebezugs nach einer IV-Anmeldung ist vergleichsweise gering bei Personen, die zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung noch erwerbstätig waren und rund vier Mal höher, wenn schon bei der IV-Anmeldung kein Erwerbseinkommen mehr erzielt wurde. Dies unterstreicht die Bedeutung, möglichst rasch, noch vor einem allfälligen Stellenverlust, zu intervenieren.

Neun von zehn Renten sind krankheitsbedingt

Entgegen dem landläufigen Bild eines Invaliden im Rollstuhl, z.B. nach einem Verkehrsunfall, sind die wenigsten IV-Bezüger Opfer eines Unfalls. Ihr Anteil an Neurentnern sinkt seit 1995 kontinuierlich, von damals 11 % auf 7 % im Jahr 2019. Ebenfalls gering ist der Anteil Neurentner mit Geburtsgebrechen, der über den gleichen Zeitraum ziemlich konstant bei durchschnittlich 5 % liegt (BSV 2020d).

90 % der neuen Rentenfälle (2019) sind krankheitsbedingt. Die Krankheitsursachen haben sich allerdings über die Jahre verändert und spiegeln Veränderungen der Gesellschaft und des Arbeitsmarkts wider. 1995 verursachten Krankheiten der Knochen und des Bewegungsapparats jede vierte Neurente. Diese Krankheitsbilder, die typischerweise in körperlich anstrengenden Berufen vorkommen, verursachen heute nur noch 13 % der Neurenten. Ganz anders haben sich die psychischen Krankheiten entwickelt. Sie haben um 16 Prozentpunkte zugenommen, von 28 % 1995 auf 43 % 2019. Es sind dies bei weitem die wichtigsten Ursachen von Neurenten. Darunter fallen primär Krankheiten wie Schizophrenie und Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und bipolare affektive Störungen (Baumann 2020). Bei Jugendlichen unter 21 Jahren sind hingegen in jedem zweiten Fall Intelligenzminderungen oder Entwicklungsstörungen die behinderungsrelevante Diagnose (Baer et al. 2015).

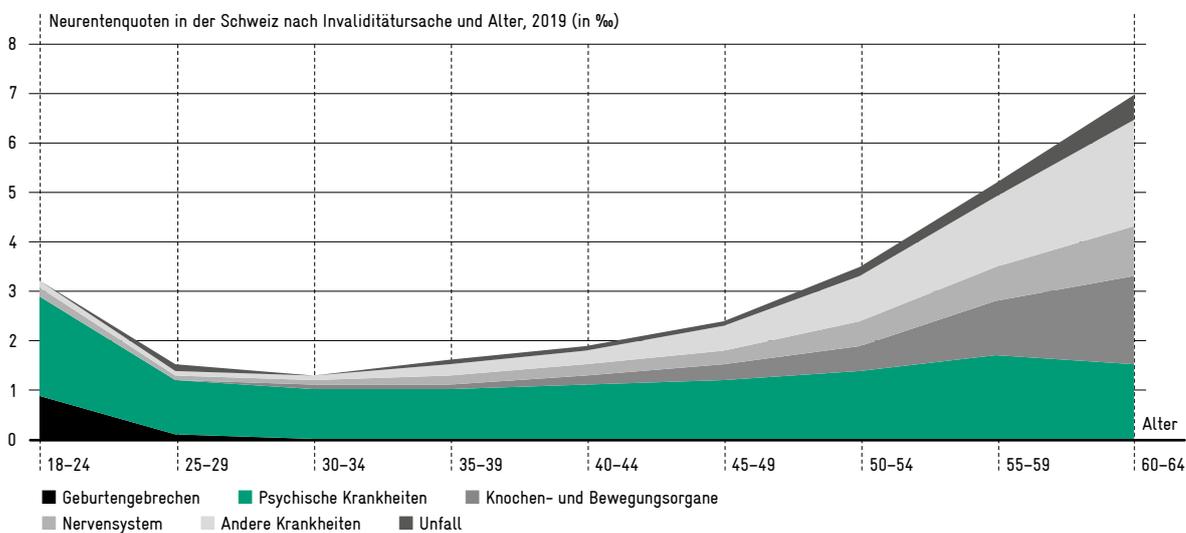
2019 wurde 43 % der Neurenten aufgrund einer psychischen Krankheit zugesprochen.

Während Krankheiten der Knochen und des Bewegungsapparates eher Abnutzungserscheinungen sind und deshalb ältere Mitarbeiter mit grösserer Wahrscheinlichkeit betreffen, sind psychische Krankheiten altersunabhängig (vgl. Abbildung 2). Diese Veränderung der Krankheitsursachen und damit des Altersprofils der IV-Bezüger hat Konsequenzen für die Prävention: Es braucht andere Massnahmen, die an anderen Zielgruppen orientiert sind. Es hat aber auch schwerwiegende finanzielle Folgen für die IV und die anderen Sozialwerke: IV-Renten an jüngere Personen laufen über Jahrzehnte (bis zu 40 Jahre), deutlich länger als bei somatischen Beschwerden, die tendenziell später auftreten.

Abbildung 2

Psychische Krankheit als häufigste Invaliditätsursache, auch im jungen Alter

Die physische Abnutzung der Knochen- und Bewegungsorgane treten ebenso wie Krebskrankheiten eher im fortgeschrittenen Alter auf. Psychische Erkrankungen sind hingegen altersunabhängig und die häufigste Ursache für Invalidität.



Quelle: BSV (2020b)

1.3_ Über 24 Milliarden Franken pro Jahr für die Invalidität im weiteren Sinne

IV Kosten für Renten und Eingliederung

Mit Ausgaben von 9,5 Mrd. Fr. (2019) ist die IV die viertgrösste Sozialversicherung nach der beruflichen Vorsorge, der AHV und der obligatorischen Krankenversicherung (BSV 2020b). Allerdings sind nur 70% dieser Ausgaben Geldleistungen (Renten, Taggelder und Hilflosenentschädigung). 22% der Ausgaben werden für individuelle Massnahmen getätigt, die eine Invalidität verhindern oder reduzieren sollen oder für Beiträge an Institutionen. Die restlichen Ausgaben werden für die Durchführung und Verwaltung der IV verwendet.

Die Ausgaben für die IV betragen 1985 3,0 Mrd. Fr. und sind danach kontinuierlich gestiegen, bis sie 2007 das Maximum von 13,9 Mrd. Fr. erreichten. Seit 2008 sind sie auf unter 10 Mrd. Fr. pro Jahr gesunken und seitdem relativ stabil (BFS 2020b).

Knappe Verdoppelung der IV-Renten durch weitere Sozialversicherungen

Der Fokus auf die Ausgaben der Invaliditätsversicherung allein greift jedoch zu kurz, um die Kosten der Invalidität zu beschreiben. Zu den Rentenleistungen von 5,4 Mrd. Fr. der IV im Jahr 2019 (BSV 2020b) erhalten Menschen mit Behinderungen oft Leistungen aus weiteren Versicherungen.

So erhalten manche IV-Rentner Hilflosenentschädigungen in der Höhe von insgesamt 0,5 Mrd. Franken. Zudem haben IV-Rentenbezüger, die ihren Lebensunterhalt nicht allein finanzieren können, Anspruch auf steuerfinanzierte Ergänzungsleistungen (EL). Mit einer EL-Quote von 48,5 % traf es 2019 beinahe jeden zweiten IV-Rentner (BSV 2020e), wobei vor allem jüngere Rentner darauf angewiesen sind. Von den 20- bis 30-jährigen IV-Rentnern benötigen zwischen 60 und 80 % Ergänzungsleistungen. Diese hohen Anteile ergeben sich, weil jüngere Invalide nicht oder nur kurz erwerbstätig waren und somit nur geringe Renten aus der IV und – wenn überhaupt – der beruflichen Vorsorge erhalten. Sie wohnen zudem häufiger in Heimen, was entsprechend höhere Kosten verursacht (BSV 2020e).

Beinahe jeder zweite IV-Rentner (48,5 %) bezieht Ergänzungsleistungen (EL).

Im Gegensatz zu den Ausgaben der IV, die seit 2010 relativ stabil geblieben sind, stiegen die EL-Ausgaben für IV-Rentner kontinuierlich innerhalb der letzten zehn Jahre um einen Fünftel, von 1,8 Mrd. Fr. 2010 auf 2,1 Mrd. Fr. 2019. Dies entspricht einer durchschnittlichen Zunahme von 2,3 % pro Jahr.

Erwerbstätige Personen erhalten zu ihrer IV-Rente auch eine Invalidenrente von der 2. Säule, sofern sie der beruflichen Vorsorge unterstellt sind. 2019 zahlten die Pensionskassen 2,1 Mrd. Fr. Rentenleistungen infolge Invalidität (BFS 2020c).

Schliesslich werden bei Invalidität auch Leistungen der freiwilligen 3. Säule bezahlt, sofern eine entsprechende Police bei einer Versicherungsgesellschaft abgeschlossen wurde. Diese werden als einmalige Kapitalabfindung oder Leibrenten ausbezahlt. 2018 betragen diese Leistungen 200 Mio. Fr.

Zusammenfassend fliessen im Durchschnitt für 1000 Fr. Rente aus der IV zusätzliche 400 Fr. aus den EL, nochmals 400 Fr. aus der beruflichen Vorsorge und ca. 100 Fr. Hilfslosentschädigung sowie ca. 40 Fr. aus der 3. Säule. Damit verdoppeln sich die Rentenleistungen der IV beinahe.²

Hohe Heilungskosten und Krankentaggelder vor der Rente

Eine Rente wird von der IV frühestens nach 12 Monaten Arbeitsunfähigkeit zugesprochen. Bis zu diesem Entscheid profitieren die erkrankten oder verunfallten Personen meistens von Lohnfortzahlungen durch den Arbeitgeber, von Taggeldern einer kollektiven Kranken- oder Unfallversicherung und von privaten Zusatzversicherungen. Nicht jeder Person, die Taggelder erhält, wird eine IV-Rente zugesprochen. Den meisten aber, die eine IV-Rente erhalten, haben bis dahin Lohnfortzahlung und oder

2 Trotzdem bleibt die finanzielle Situation für viele IV-Rentner im Vergleich zur restlichen Bevölkerung prekär. 2015 lebten 18,2 % der IV-Rentner in einem Haushalt mit geringen (60 % des Medianäquivalenzeinkommens) und 6,4 % in einem Haushalt mit sehr geringen finanziellen Mitteln (50 % des Medianäquivalenzeinkommens). Zum Vergleich: Bei Personen ohne IV-Rente betragen die entsprechenden Quoten 12,0 bzw. 7,3 % (Guggisberg et al. 2020b).

Taggelder erhalten. Für 2018 werden die Ausgaben für diese-Leistungen, die schliesslich zu einer Invalidenrente führen, auf 3,5 Mrd. Fr. geschätzt (vgl. Tabelle 1).

Nebst den Taggeldern fallen auch die Heilungskosten in der obligatorischen Versicherung nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) sowie diejenigen bei Zusatzversicherungen nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an. Fokussiert man sich auf die Kosten, die von Versicherten mit schweren chronischen Krankheiten zwischen 18 und 65 Jahren verursacht werden,³ summieren sich diese Kosten auf geschätzte 7 Mrd. Fr. (vgl. Tabelle 1). Darin sind die A-fonds-perdu-Beiträge der Kantone und Gemeinden zur Finanzierung von Institutionen für Menschen mit Behinderungen nicht enthalten.

Tabelle 1
Über 24 Milliarden Franken kostet die Invalidität im weiteren Sinne

Ausgaben (in Mio Fr.), 2019 (oder aktuellste Daten), aufgerundet auf den nächsten Hunderter				
	Heilungskosten	Taggelder/ Eingliederung	Renten	Total
Erste Säule				
Invalidenversicherung (IV)	100	2'700	5'900	8'700
Ergänzungsleistungen zur IV (EL-IV)			2'100	2'100
Zweite Säule				
Vorsorgeeinrichtungen (BV)			2'100	2'100
Dritte Säule				
Private Zusatzvorsorge (Lebensversicherung)			200	200
Unfallversicherung				
Suva (UV) + übrige Unfallversicherer*	800	900	300	2'000
Weitere Finanzierungsquellen				
Lohnfortzahlungen (OR)		700		700
Grundversicherung (KV)*	4'600	200		4'800
Zusatzversicherung (KV + VVG)*	500	1'700		2'200
Kantonsbeiträge an Spitäler*	1'000			1'000
Militärversicherung, Beiträge der Kantone an Institutionen	n.q.**	n.q.**	n.q.**	
Total	7'000	6'200	10'600	23'800

* Schätzungen **nicht quantifiziert

Anmerkung: Die detaillierten Quellen und Annahmen für die Schätzungen sind im Anhang 2 aufgeführt.

Quelle: BSV (2020b, 2020c), BFS(2020c), Finma (2019a, 2019b), KSUV (2020), Eurostat (2021), BAG (2020a, 2020b), Felder und Meyer (2020), eigene Berechnungen.

³ Etwa 80 % der Gesundheitskosten werden durch chronische Krankheiten verursacht (BAG 2016). Nicht alle chronischen Krankheiten führen zu einer Invalidität, aber die schwersten – sprich teuersten – hingegen oft. Es wird deshalb angenommen, dass ca. ein Drittel der Kosten für chronische Krankheiten von Personen zwischen 18 und 65 Jahren mit einer Invalidität verursacht werden.

Insgesamt betragen die Kosten der Invalidität über 24 Mrd. Fr. pro Jahr. Zu diesen direkten «Cash-out»-Kosten kommen noch indirekte, kaum schätzbare volkswirtschaftliche Kosten, in Form von verpassten Karrierechancen der Betroffenen, Einkommensverlusten der Angehörigen, die für die Pflege ihr Arbeitspensum reduzieren (müssen) und Kosten für Arbeitgeber, die mit den Knowhow-Verlusten ihrer Mitarbeiter einhergehen.

Diese Kosten in Milliardenhöhe zeigen auf, dass Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von Erkrankung und Unfall sowie Wiedereingliederungsmassnahmen Einsparungen bei viel mehr Akteuren als nur der IV ermöglicht haben und weiterhin ermöglichen werden.

1.4_ Unterschiedliche Situationen in den Kantonen

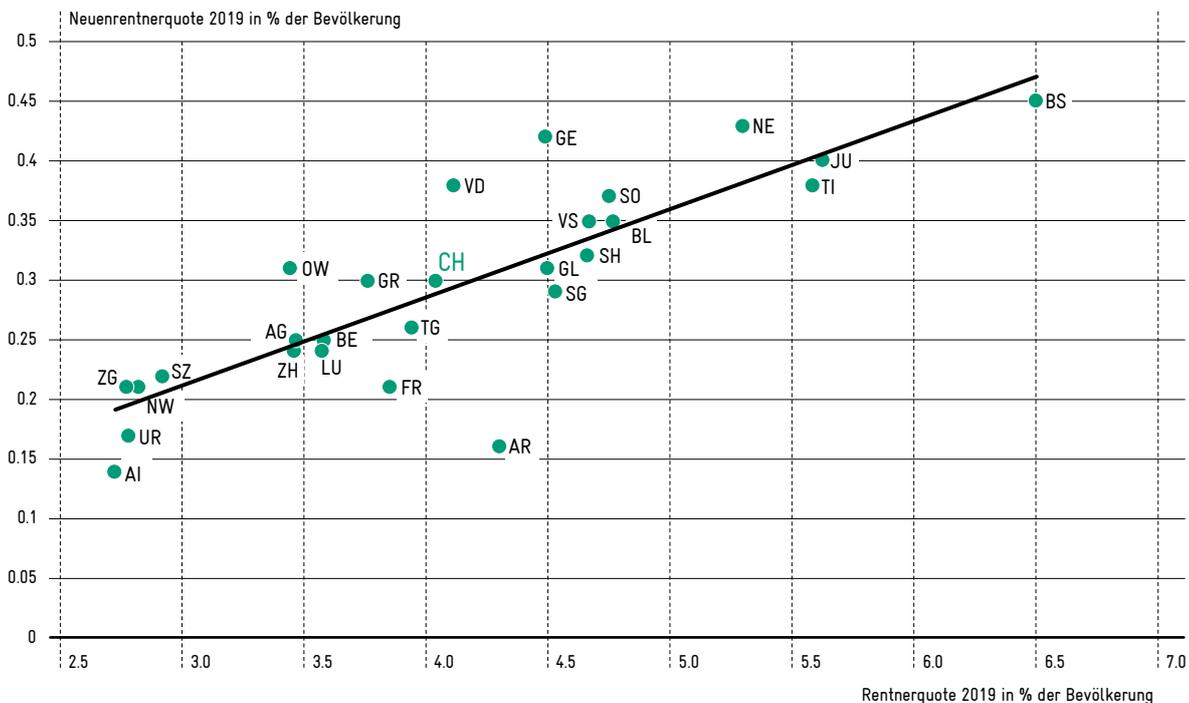
Die bisherigen Analysen haben sich auf Werte für die ganze Schweiz bezogen. Eine Betrachtung auf kantonaler Ebene drängt sich jedoch auf, weil einerseits die soziodemografischen und ökonomischen Faktoren je nach Kanton stark voneinander abweichen und andererseits, weil die Umsetzung des IVG den kantonalen IV-Stellen übertragen ist.

Abbildung 3 zeigt diese Vielfalt unter den Kantonen exemplarisch auf. Auf der X-Achse ist der IV-Rentnerbestand in Prozent der Wohnbevölkerung

Abbildung 3

Das Wachstum der Neurenten hängt vom Rentnerbestand in einem Kanton ab – aber nicht nur

Die Rentenquote spiegelt den historisch gewachsenen IV-Rentner-Bestand in einem Kanton. Die Neurentenquote beschreibt hingegen die Dynamik – also die aktuelle Entwicklung der Anmeldungen und die Fähigkeit, Menschen mit Behinderung in den Arbeitsmarkt zu integrieren.



Quelle: BSV (2020c, 2020f), eigene Berechnungen

(Rentnerquote) dargestellt. Die Unterschiede sind beträchtlich. So zählen die Kantone NE, JU, TI und vor allem BS doppelt so viele IV-Rentner pro Einwohner wie Kantone aus der Zentralschweiz. Auf der Y-Achse sind die Neurentenquoten abgebildet. Sie weisen ebenfalls Unterschiede mit einem Faktor zwei zwischen den Kantonen mit den tiefsten bzw. den höchsten Neurentenquoten auf. Während eine Korrelation zwischen Neurentenquoten und Rentenquote zu beobachten ist, weisen nicht alle Kantone mit vielen Neurentnern auch hohe Rentenbestände auf – und umgekehrt. So ist die Neurentenquote im eher städtischen Kanton GE ähnlich hoch wie im Kanton BS, der erste Kanton hat aber (noch) einen relativ tiefen Rentnerbestand. Analog ist der Vergleich zwischen den Kantonen VD und SO.

Nicht alle Kantone mit vielen Neurentnern weisen hohe Rentenbestände auf – und umgekehrt.

1.5_ Umfang und Struktur der Studie

Drei Haupterkennnisse aus den obigen Analysen prägen den Umfang und die Struktur dieser Studie:

Erstens erhalten neun von zehn IV-Rentnern eine Rente infolge einer Krankheit. Diese Personen werden ins Zentrum dieser Studie gestellt. Personen mit Geburtsgebrechen benötigen zwar ab ihrer Kindheit eine besondere und lebenslange Begleitung (z.B. Sonderschule, Heime) und viel Zeit und Aufmerksamkeit von ihren Angehörigen. Zur Reduktion der Komplexität der Studie wird ihre Situation jedoch hier nicht weiter untersucht. IV-Rentner infolge eines Unfalls sind im Vergleich zu IV-Rentnern mit Erkrankungen ebenfalls selten. Zudem sind sie teilweise anderen gesetzlichen Regeln (z.B. Unfallversicherung statt Krankenversicherung) unterstellt. Als Regelfall wird deshalb in dieser Studie die gesetzliche Lage bei Krankheit als Referenzfall verwendet.

Zweitens sind die kantonalen Unterschiede bei der Zusprache von Neurenten markant. Da diese Entscheide weitreichende finanzielle Konsequenzen für andere Versicherungen verursachen, widmen wir das ganze Kapitel 2 den unterschiedlichen Praktiken der kantonalen IV-Stellen. Dabei untersuchen wir die Rentenquoten und den Umfang von (Wieder-)Eingliederungsmassnahmen. Bei diesen Analysen wird der Fokus auf Faktoren gelegt, die von der IV-Stelle selbst beeinflusst werden können. Der Einfluss soziodemografischer Faktoren wie der Arbeitslosenquote, des Bildungsniveaus oder der Haushaltsstrukturen in einem Kanton wird bei den Analysen ausgeklammert.

Drittens verursachen die Ausgaben der Invalidenversicherung nach IVG nur etwas mehr als ein Drittel aller Versicherungsausgaben der Invalidität im weiteren Sinne. Auch wenn Zeitpunkt und Umfang des IV-Entscheids für weitere Versicherungen massgebend ist, kann die Zusammenarbeit zwischen privaten Akteuren (Arzt und Arbeitgeber), privaten Institutionen (Krankentaggeldversicherungen, Pensionskassen) und weiteren staatlichen Institutionen (Arbeitslosenversicherung, Sozialhilfe) eine sehr wichtige Rolle für die Wiedereingliederung von Menschen mit

Behinderung spielen. Das Kapitel 3 analysiert die Schnittstellen zwischen diesen Akteuren und schlägt Massnahmen zur Beseitigung von Kommunikationsdefiziten, Doppelspurigkeiten und finanziellen Fehlanreizen vor.

Im Schlusskapitel werden die Erkenntnisse zusammengefasst und Leitprinzipien für eine liberale Versicherung der Invalidität formuliert.

2_ IV im engeren Sinn: Beträchtliche kantonale Unterschiede

Gesetzlich geregelt ist die Invalidenversicherung zwar auf Bundesstufe durch das Gesetz über die Invalidenversicherung, die Durchführung der Versicherung obliegt jedoch den kantonalen IV-Stellen in Zusammenarbeit mit den Organen der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) unter Aufsicht des Bundesamts für Sozialversicherungen (Art. 53 IVG). Die kantonalen IV-Stellen haben insbesondere die Aufgabe der Abklärung versicherungsmässiger Voraussetzungen sowie der Eingliederungsfähigkeit einer versicherten Person, der Bemessung des IV-Grads sowie der Bestimmung von Frühinterventions- und Eingliederungsmassnahmen (Art. 57 IVG).

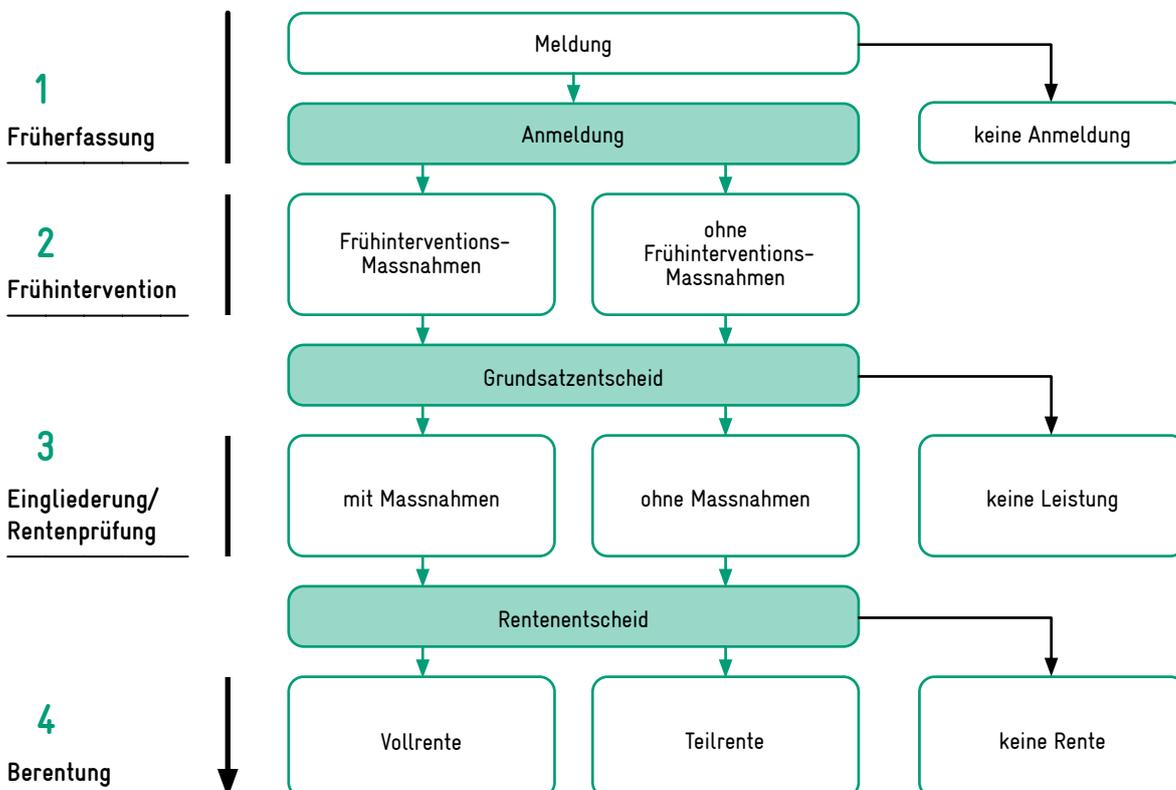
2.1_ Der IV-Prozess: Von der Meldung bis zum Rentenentscheid

Das IV-Verfahren ist ein komplexer Prozess, der formell mit der Anmeldung bei der IV eröffnet wird. Abbildung 4 veranschaulicht das Verfahren,

Abbildung 4

Der IV-Prozess ist lange und komplex

Bei weitem nicht jeder Anmeldung folgt in der IV eine Rente. Dank Frühintervention und Eingliederungsmassnahmen können diese (teilweise) vermieden werden.



Quelle: Eigene Darstellung

das in vier Phasen gegliedert werden kann. Der gesamte Prozess dauert in der Regel zwischen einem und drei Jahren, kann sich aber aufgrund von Beschwerdeverfahren verzögern.

- 01_ Einer Anmeldung kann eine Meldung vorausgehen, mit welcher die erste Etappe, die Früherfassungsphase, eröffnet wird. Während dieser Phase wird abgeklärt, ob eine Anmeldung bei der IV sinnvoll ist. Die Früherfassungsphase endet mit einer Anmeldung bei der IV oder dem Beschluss, dass die versicherungsmässigen Voraussetzungen dafür nicht gegeben sind.
- 02_ Wird eine Person bei der IV angemeldet, beginnt die Phase der Frühintervention. Dabei prüft die IV-Stelle die Arbeitsunfähigkeit der Person und beurteilt, ob Massnahmen der Frühintervention angebracht sind (Art. 3c IVG). Parallel dazu führt die IV-Stelle Abklärungen durch über ihre Zuständigkeit und den Anspruch der versicherten Person auf Eingliederungsmassnahmen oder eine Rente.
- 03_ Die Phase der Eingliederung und Rentenprüfung erfolgt auf den sogenannten Grundsatzentscheid. Mit diesem wird über das weitere Vorgehen entschieden: Die Zusprache von Integrationsmassnahmen oder Massnahmen beruflicher Art, die Prüfung einer Rente oder kein Anspruch auf Leistungen.
- 04_ Nach Abschluss sämtlicher Abklärungen fällt die IV den Entscheid über die Zusprache oder Ablehnung einer IV-Rente (Rentenentscheid). Damit beginnt die Phase der Berentung oder die Beendigung des IV-Verfahrens ohne Rentenzusprache.

Die Bestimmung von IV-Renten

Für die Zusprache einer Rente muss eine versicherte Person folgende Voraussetzungen erfüllen: Sie muss während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sein (Art. 28 IVG). Eine Rente kann frühestens sechs Monate nach der Anmeldung bei der IV zugesprochen werden. Die Ausrichtung einer IV-Rente erfolgt nach Vollendung des 18. Altersjahres und endet mit dem Übergang ins AHV-Alter.

Die Zusprache einer Rente geschieht auf Basis der Bemessung des Invaliditätsgrads. Dieser hängt nicht direkt vom Gesundheitszustand der Person mit Behinderung ab, sondern bemisst sich in Prozenten des entgangenen Einkommens. Konkret wird zuerst das Erwerbseinkommen ermittelt, das ohne den Gesundheitsschaden erzielt würde. Davon wird das Erwerbseinkommen abgezogen, das nach dem Gesundheitsschaden und nach der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen auf zumutbare Weise erreicht würde. Die Erwerbseinbusse als Folge der Invalidität entspricht dem Invaliditätsgrad (Art. 16 ATSG, AHV/IV 2021b).

Der Invaliditätsgrad hängt nicht direkt vom Gesundheitszustand ab, sondern bemisst sich in Prozenten des entgangenen Einkommens.

Je nach Invaliditätsgrad wird eine ganze Rente, eine Dreiviertelsrente, eine halbe Rente oder eine Viertelsrente ausgerichtet.

Invaliditätsgrad	Rente
70 % bis 100 %	Ganze Rente
60 % bis <70 %	Dreiviertelsrente
50 % bis <60 %	Halbe Rente
40 % bis <50 %	Viertelsrente

Die Höhe der Rente berechnet sich nach dem durchschnittlichen Einkommen vor der Invalidität und der Beitragsdauer. Die Minimal- und Maximalrenten richten sich nach den Renten der AHV (Art. 37 IVG), das heisst sie betragen 1195 bzw. 2390 Fr. pro Monat im Jahr 2021. Zusätzlich zur IV-Rente erhält eine versicherte Person Kinderrenten für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr oder bei sich in Ausbildung befindenden Kindern bis zum vollendeten 25. Altersjahr (Art. 35 IVG). Diese Vorgaben sind für die ganze Schweiz einheitlich.

Eingliederung vor Rente – dank Eingliederungsmassnahmen

Die IV funktioniert nach dem Prinzip «Eingliederung vor Rente», das heisst, eine Rente wird nur zugesprochen, wenn es nicht möglich ist, eine Person wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern. Dazu bietet die IV berufliche Eingliederungsmassnahmen an, die zum Ziel haben, die Erwerbsfähigkeit einer Person wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern.

Die beruflichen Eingliederungsmassnahmen können in drei verschiedene Typen gegliedert werden (vgl. Tabelle 2):

- 01_ Massnahmen der Frühintervention
- 02_ Integrationsmassnahmen
- 03_ Massnahmen beruflicher Art.

Tabelle 2

Die beruflichen Eingliederungsmassnahmen mit Blick auf den Arbeitsmarkt

Massnahmentyp	Ziel der Massnahmen	Instrumente	Kosten
Massnahmen der Frühintervention	Bisherigen Arbeitsplatz einer Person erhalten oder eine neue Tätigkeit im oder ausserhalb des Betriebs finden	Anpassung des Arbeitsplatzes, Ausbildungskurse, Arbeitsvermittlung, Berufsberatung, sozialberufliche Rehabilitation, Beschäftigungsmassnahmen	Max. 20 000 Franken pro Person
Integrationsmassnahmen	Insbesondere Personen mit psychischen Erkrankungen auf eine spätere berufliche Eingliederung vorbereiten	Sozialberufliche Rehabilitation, Beschäftigungsmassnahmen	Keine Limite, es muss jedoch ein «vernünftiges Verhältnis» zum wirtschaftlichen Erfolg bestehen
Massnahmen beruflicher Art	Erwerbsfähigkeit wiederherstellen, verbessern oder erhalten	Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsversuche, Wiedereinschulung, Arbeitsvermittlung	Keine Limite, es muss jedoch ein «vernünftiges Verhältnis» zum wirtschaftlichen Erfolg bestehen

Quelle: BSV (2014), AHV/IV (2018)

Bestimmte Massnahmen wie die Berufsberatung führen die IV-Stellen intern selbst durch. Für andere schliessen die IV-Stellen oft Leistungsverträge mit externen Anbietern ab.

Während der Eingliederungsphase nach dem Grundsatzentscheid haben versicherte Personen Anspruch auf ein Taggeld. Damit soll der Lebensunterhalt einer Person während der Teilnahme an einer Eingliederungsmassnahme sichergestellt werden. Die Höhe des Taggelds ist abhängig vom Einkommen, das vor der Erwerbsunfähigkeit erzielt worden ist. Das Taggeld entspricht 80 % des Einkommens, jedoch maximal 407 Fr. pro Tag (148 200 Fr. pro Jahr). Zusätzlich erhalten versicherte Personen ein Kindergeld von 9 Fr. pro Tag und pro Kind.

2.2_ Den Kostentreibern auf der Spur mit exklusiven BSV-Daten

Ziel des Vergleichs der Vollzugspraktiken der kantonalen IV-Stellen ist es, die Kosten- und Nutzenunterschiede zwischen den IV-Stellen zu ermitteln und damit die Haupttreiber der IV-Kosten zu identifizieren. Dafür konnten exklusive Daten vom BSV verwendet werden, die eine Analyse pro Neuanmeldungskohorte (alle Personen, die sich in einem gegebenen Jahr der IV angemeldet haben), statt pro Kalenderjahr, ermöglichen (vgl. Box 1).

Box 1

Exklusive BSV-Daten als Basis für Analyse

Grundlage des Vergleichs bildet ein Datensatz, der exklusiv vom BSV für diese Analyse bereitgestellt wurde (BSV 2020g). Der Datensatz setzt sich zusammen aus insgesamt 6 Neuanmeldungskohorten (2010 bis 2015). Eine Kohorte besteht aus sämtlichen Personen, die sich in einem bestimmten Jahr bei der IV angemeldet haben. Von diesen Personen wurde untersucht, wer 4 Jahre nach Anmeldung eine Leistung zugesprochen bekommen hat sowie deren Kosten. Nach 4 Jahren werden im Mittel 93 % der Verfahren abgeschlossen, d.h. eine Rente wird zugesprochen oder das Verfahren wird eingestellt (Guggisberg und Bischof 2020b). Vier Jahre nach der Erstmeldung sind auch ca. $\frac{3}{4}$ aller Rentenzusprachen erfolgt, von Personen die älter als 18 Jahre alt bei der Anmeldung waren (Auswertung der Neurenten im Jahr 2018, BSV 2021). In dieser Studie wurden die Durchschnittswerte der 6 Kohorten Pro IV-Stelle berechnet, um Ausreisser zu glätten.

Gerade weil der IV-Rentenentscheid mehrere Jahre benötigt, ist eine Analyse von Kohorten besonders wertvoll. Nur so können die Kosten für Eingliederungsmassnahmen im Verhältnis zu den entsprechenden Anmeldungen bzw. den zugesprochenen Renten verglichen werden. Mit den Jahreswerten der IV-Statistiken, die die Ausgaben für Renten und Massnahmen in einem gegebenen Jahr wiedergeben, ist eine solche Längsschnittsanalyse nicht möglich.

Die Daten wurden auf Personen zwischen 20 und 59 Jahren eingeschränkt. Dies erlaubte es einerseits, den grössten Teil der Anmeldungen infolge Geburtsgebrechen auszuklammern, die meistens vor dem 21. Altersjahr erfolgen. Andererseits sind Renten bei Personen ab 60 Jahren im Datensatz nicht verzeichnet, da der Stand jeweils vier Jahre nach der Anmeldung erhoben wurde. Bis dann könnten aber Antragssteller pensioniert sein und deshalb auf eine Rente verzichten.

Für die Berechnung der gesamten Rentenkosten wurden die jährlichen Rentenzahlungen eines IV-Rentners nicht nur in einem gegebenen Jahr, sondern bis zur Pensionierung berücksichtigt und abdiskontiert (Kapitalwertmethode). Im Sozialversicherungswesen wird dafür

ein Zinssatz von 3,5% verwendet, der in diversen Urteilen vom Bundesgericht bestätigt wurde (BGE 4A_543 und 545/2015 / BGE 4A_122/2016). Die verwendeten Rentendaten enthalten hingegen Zusatzleistungen der Ergänzungsleistungen oder der Hilflosenentschädigungen nicht.

Bei den Eingliederungsmassnahmen wurden nur extern erbrachte Leistungen berücksichtigt sowie die damit einhergehenden Taggelder. In die Analyse nicht eingeschlossen wurden Kinderrenten, Hilfsmittel, Hilflosenentschädigungen sowie Massnahmen, die nicht in den Bereich der beruflichen Eingliederungsmassnahmen fallen.

Gesamtkostenunterschiede von bis zu 74 Prozent

Betrachtet man die Gesamtkosten der einzelnen IV-Stellen – zusammengesetzt aus den abdiskontierten Kosten für Renten, berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie Taggelder – und setzt diese ins Verhältnis zur Bevölkerung im Alter zwischen 20 und 59 Jahren, lassen sich frappante Unterschiede feststellen. Gemessen an der versicherten Bevölkerung⁴ und gemittelt für die 6 untersuchten Kohorten belaufen sich die Gesamtkosten pro Kopf bei der IV-Stelle im Kanton JU auf 722 Fr., während es im Kanton AI nur gerade 187 Fr. sind – dies entspricht einem beachtlichen Unterschied von 74% (vgl. Abbildung 5). Allgemein fallen die Gesamtkosten bei den IV-Stellen in der Romandie auf: Sämtliche französischsprachigen Kantone weisen Gesamtkosten auf, die über dem Schweizer Durchschnitt von 414 Fr. pro Kopf liegen. Am unteren Ende der Skala befinden sich hingegen vorwiegend IV-Stellen aus der Zentralschweiz.

Sämtliche französischsprachigen Kantone weisen Gesamtkosten auf, die über dem Schweizer Durchschnitt liegen.

Wie lassen sich diese Unterschiede erklären? In Frage kommen sowohl externe Faktoren, auf welche eine IV-Stelle kaum Einfluss nehmen kann, als auch interne Faktoren, die auf den Handlungsspielraum der IV-Stellen zurückzuführen sind. Erstere wurden in Studien bereits eingehend analysiert (BASS 2003, Guggisberg und Bischof 2020b). So beeinflusst das soziodemografische Umfeld eines Kantons – Altersstruktur, Anteil geschiedener Personen, durchschnittlicher Bildungsstand, Arbeitslosenquote und Ausländeranteil – die Zahl der Anmeldungen pro versicherte Person, die sogenannte Anmeldequote (vgl. rechte Achse von Abbildung 5). Kantone mit besonders vielen Bürgern, die ein erhöhtes Risiko für eine Invalidität ausweisen, müssen deshalb eine höhere Anmeldequote erwarten. Letztere kann nur sehr begrenzt von den IV-Stellen beeinflusst werden.

Abbildung 5 zeigt zudem, dass Kantone mit höheren Anmeldequoten auch tendenziell höhere Kosten pro Einwohner ausweisen. Es besteht ein linearer Zusammenhang zwischen beiden Grössen. Etwa 76% der Kostenunterschiede zwischen den IV-Stellen können mit den unterschiedlichen Anmeldequoten erklärt werden.

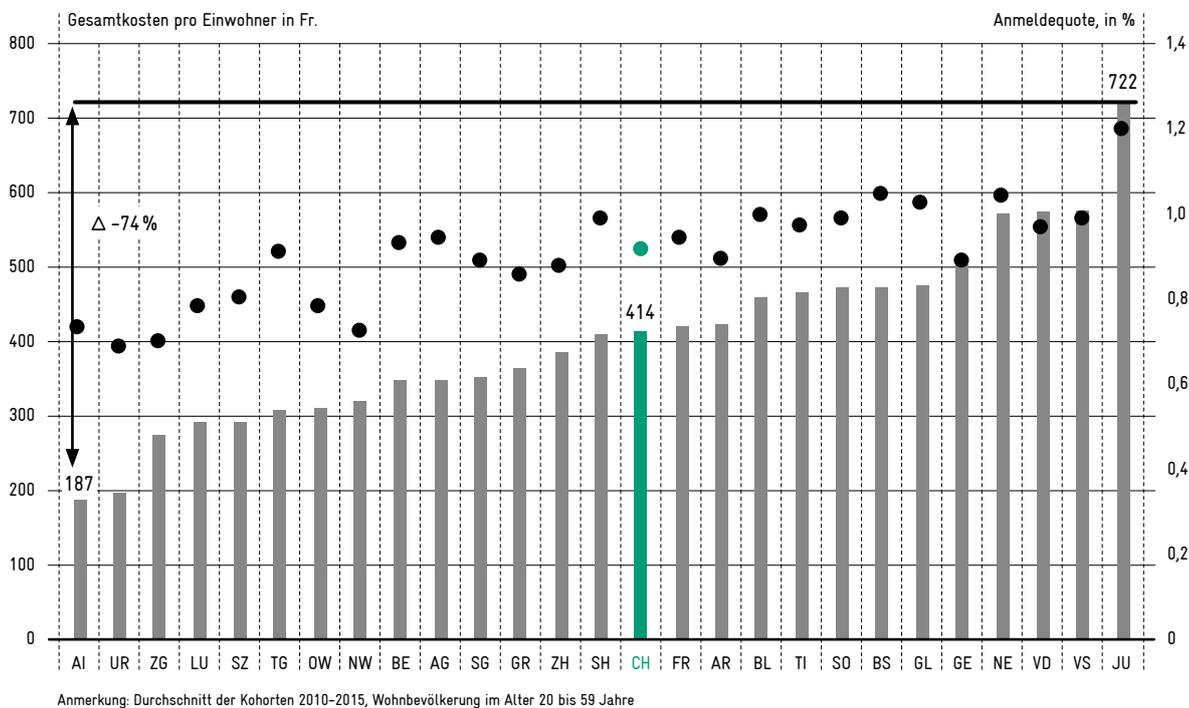
Interne Faktoren sind hingegen in der unterschiedlichen Auslegung der Rechtsgrundlage zu finden. Die Bemessung des Invaliditätsgrades ist

4 Dabei werden nur der IV unterstellte Einwohner ab 20 Jahren und unter 64/65 Jahren berücksichtigt, ohne internationale Funktionäre und Diplomaten.

Abbildung 5

Die IV-Stelle des Kantons AI gibt 74 Prozent weniger aus als diejenige vom Kanton JU

Die kumulierten Kosten für Eingliederungsmassnahmen und für Renten bis zum Pensionierungsalter variieren stark zwischen den Kantonen. Ein Teil davon hängt von soziodemografischen Faktoren ab, die sich in der Anmeldequote niederschlagen. Nach der Anmeldung eines Klienten bei der IV können die IV-Stellen aber einen Teil der Kosten selbst beeinflussen.



Quelle: BSV (2020g), eigene Berechnungen

zwar rechtlich definiert, die Festlegung bleibt allerdings bis zu einem gewissen Grad eine Frage des Ermessens der Behörden, was unter anderem die hohe Zahl von 8000 Beschwerden pro Jahr erklärt (SRF 2016). Die Behördenentscheide spiegeln allerdings auch die unterschiedlichen Praxen der kantonalen Gerichte, die entweder eher versicherungs- oder versichertenfreundlich sind, indem die IV-Stellen bei ihren Entscheiden Rekurse nachvollziehen oder gar antizipieren. Unterschiede lassen sich auch zwischen den IV-Stellen bei der Zusprache und der Kosten von beruflichen Eingliederungsmassnahmen ausmachen. Diese stelleninternen Kostenfaktoren sind im Fokus dieser Publikation, weil sie im Gegensatz zu den soziodemografischen Faktoren kurz- bis mittelfristig verändert werden können.

Fokus auf steuerbare Kostentreiber der IV-Stellen

Um die steuerbaren Unterschiede pro IV-Stelle zu ermitteln, werden die Gesamtkosten in zwei Komponenten zerlegt: Den ersten Teil machen die Kosten aus, die durch die Renten verursacht werden (Rentenkosten). Den zweiten Teil bilden die Kosten, die durch die beruflichen Eingliederungsmassnahmen und damit verbundenen Taggelder entstehen (Eingliederungskosten).

rungskosten). Sämtliche Kosten werden ins Verhältnis zur Anzahl Anmeldungen gesetzt, um die beeinflussbare Performance der einzelnen IV-Stellen vergleichen zu können.

Die IV-stelleninternen Kostentreiber lassen sich somit durch folgende Formel darstellen:

Formel 1

$$\frac{\text{Gesamtkosten}}{\text{Anmeldung}} = \frac{\text{Rentenkosten}}{\text{Anmeldung}} + \frac{\text{Eingliederungskosten}^*}{\text{Anmeldung}}$$

* berufliche Eingliederungsmassnahmen und Taggelder

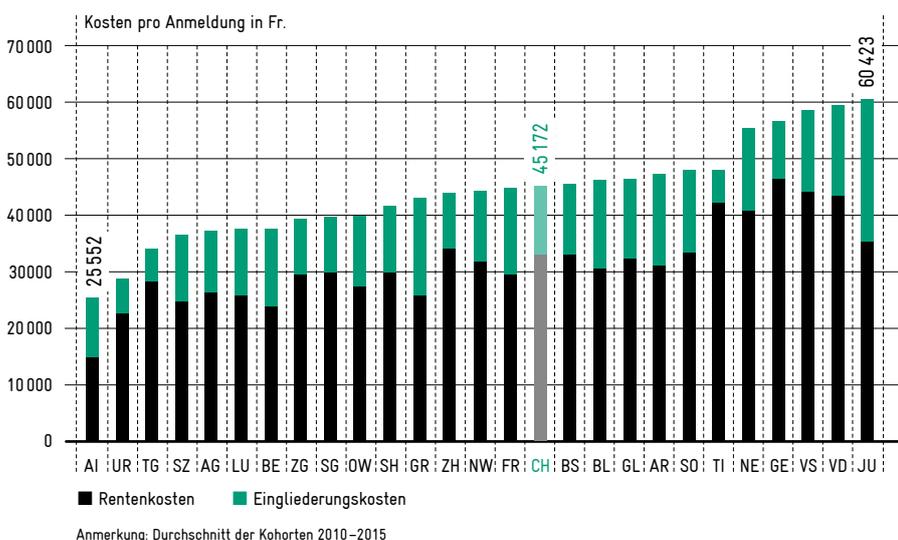
Abbildung 6 gibt ein Bild davon, wie sich die IV-Stellen in Bezug auf die beiden Gesamtkostenkomponenten pro Anmeldung voneinander unterscheiden. Die Betrachtung der Gesamtkosten pro Anmeldung statt pro Einwohner (vgl. Abbildung 5) ergibt ein ähnliches, wenn nicht ganz gleiches Bild. Wiederum sind grosse Unterschiede zwischen beiden Extremen (JU und AI) festzustellen, und die Kantone der Romandie und das Tessin weisen nach wie vor überdurchschnittliche Werte aus. Die Ursachen für diese Gesamtkosten fallen jedoch unterschiedlich aus.

In den zwei folgenden Unterkapiteln wollen wir der Ursache dieser Unterschiede systematisch auf den Grund gehen. In einem ersten Schritt

Abbildung 6

Die zwei Hauptbestandteile der IV-Kosten

Im Schweizer Durchschnitt stellen die Rentenkosten bis zur Pensionierung drei Viertel aller Kosten dar. Doch manche Kantone (AI, BE, GR und JU) investieren mehr in die Wiedereingliederung, wo diese bis zu 40% und mehr aller Ausgaben verursacht. Die resultierenden Gesamtkosten bleiben sehr unterschiedlich.



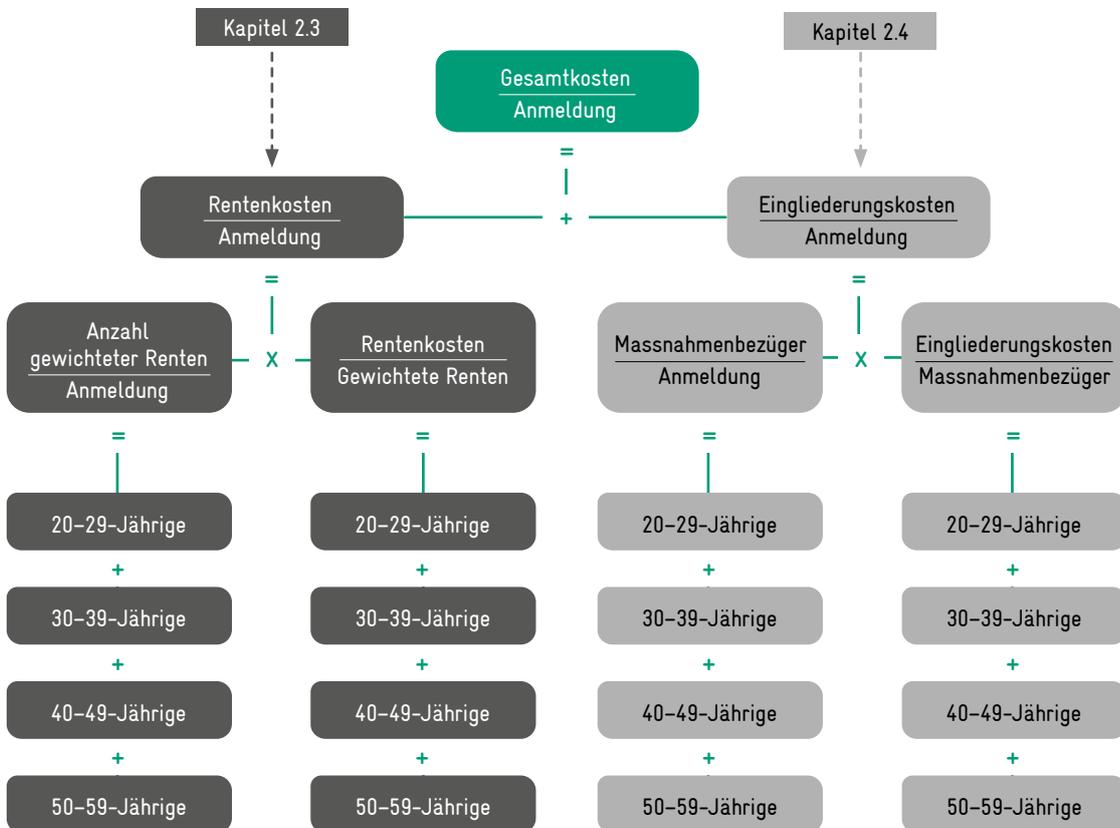
Quelle: BSV (2020g), eigene Berechnungen

werden die Kosten untersucht, die aus der Zusprache einer Rente folgen (vgl. linker Teil von Abbildung 7). Im Schweizer Durchschnitt stellen sie drei Viertel aller Kosten aus, doch die kantonalen Unterschiede sind beträchtlich. Sind diese Unterschiede aufgrund der Anzahl zugesprochenen Renten oder aufgrund der Kosten für eine einzelne Rente bedingt? Welche Altersgruppen erhalten mehr oder weniger Renten? Und worauf sind die überdurchschnittlichen Rentenkosten pro Anmeldung in der lateinischen Schweiz zurückzuführen?

In einem zweiten Schritt werden die Massnahmen untersucht, die von den IV-Stellen ergriffen werden, um (volle) Renten zu vermeiden (vgl. rechter Teil von Abbildung 7). Auch hier stellt sich die Frage, wie sehr die Eingliederungskosten pro angemeldete Person zwischen den IV-Stellen variieren und was die Treiber für diese Unterschiede sind. Gehen die IV-Stellen mit Eingliederungsmassnahmen gezielt vor? Welche Altersgruppen profitieren vor allem von diesen Massnahmen, und vor allem mit welchem Erfolg auf die Rentenquote?

Abbildung 7
Zwei wesentliche Kostentreiber der Invalidenversicherung

Um den kantonalen Kostenunterschieden pro Anmeldung nachzugehen, werden einerseits die Treiber der Rentenkosten, andererseits diejenigen der Eingliederungsmassnahmen je in einem Kapitel untersucht.



Quelle: Eigene Darstellung

bewegen sich alle Werte in einer Bandbreite von 5 Prozentpunkten ober- oder unterhalb des schweizerischen Durchschnitts. Ganz anders sieht es bei den Rentenquoten aus, wo die Standardabweichung gemessen am Mittelwert 22 % beträgt. Während im Kanton UR jeder zehnte Antragssteller eine Rente erhält, ist es im Kanton GE jeder fünfte.

Während im Kanton UR jeder zehnte Antragssteller eine Rente erhält, ist es im Kanton GE jeder fünfte.

In anderen Worten: Während die Kosten pro Rente in allen Kantonen vergleichbar hoch sind, variiert die Häufigkeit der zugesprochenen Renten, die Rentenquote, stark. Letztere bestimmt somit massgeblich die Höhe der Rentenkosten pro Anmeldung. Sämtliche IV-Stellen, die überdurchschnittliche Rentenkosten pro Anmeldung aufweisen, haben auch überdurchschnittliche Rentenquoten (vgl. Tabelle 3). Dies trifft besonders für die lateinische Schweiz zu (ausser Kanton JU). Der Kanton GE verzeichnet sogar gleich die höchsten Rentenkosten pro Anmeldung und die höchste Rentenquote.

Einsparpotenzial von mindestens 60 Millionen Franken

Gewiss können soziodemografische Gründe wie die Art von Berufen, die in einem Kanton ausgeübt werden oder die Altersstruktur, die Ursachen für IV-Anmeldungen und somit die Rentenquote beeinflussen.

Doch die Grösse der Unterschiede zwischen den Kantonen lässt aufhorchen. Die Rentenquote in den Kantonen der lateinischen Schweiz (ausser JU) liegen mindestens 27% über dem schweizerischen Durchschnitt. Der Kanton GE mit einer eher städtischen Struktur und einem Fokus auf den Dienstleistungssektor weist einen 41% höheren Wert als der Durchschnitt auf, verglichen mit nur 4% für den vergleichbaren Kanton BS, ebenfalls städtisch, jedoch stärker vom sekundären Sektor geprägt. Der Kanton ZH befindet sich ziemlich genau auf dem schweizerischen Durchschnitt.

Die Unterschiede lassen sich höchstwahrscheinlich nicht nur mit soziodemografischen Merkmalen der angemeldeten Personen erklären, sondern sind eher mit unterschiedlichen Interpretationen des Bundesgesetzes sowie unterschiedlichen Eingliederungspraxen (vgl. die folgenden Kapitel) verbunden.

Dies kann signifikante Folgekosten haben. Würde man die Differenz der Rentenquote in der lateinischen Schweiz (GE, TI, VD, VS und NE, ohne FR) zum Schweizer Durchschnitt halbieren, würden die Rentenkosten aufgrund der tieferen Rentenquote um mindestens 60 Mio. Fr. pro Neuanmeldungs kohorte sinken.⁷

Die Heterogenität der Zusprachen von Renten ist nicht nur aus finanzieller Sicht problematisch, sondern wirft rechtliche wie ethische Fragen auf. Rechtlich sind die Unterschiede aufgrund der Entscheide der IV-Stel-

7 Diese Schätzung ist konservativ. Erstens enthält unser Datenset nur die zugesprochenen Renten vier Jahre nach der Erstanmeldung (ca. drei Viertel aller Renten) und nur für Personen zwischen 20 und 59 Jahren. Zweitens werden allfällige Kinderrenten sowie Ergänzungsleistungen des IV-Neurentners nicht berücksichtigt.

Tabelle 3

Unterschiede der Rentenkosten sind primär auf die Rentenquoten zurückzuführen

Lesehilfe: Die Rentenkosten pro Anmeldung ergeben sich aus der Multiplikation der gewichteten Renten pro Anmeldung mit den Kosten pro gewichtete Rente (vgl. Formel 2). Um die Kantone pro Spalte einfacher zu vergleichen werden die Werte auf dem Schweizer Durchschnitt normiert.

Kanton	Renten- kosten pro Anmeldung in Franken	«indexiert (CH = 100)»	Gewichtete Renten pro Anmeldung in % (Rentenquote)	«indexiert (CH = 100)»	Kosten pro gewichtete Rente in Franken	«indexiert (CH = 100)»
AI	14 773	45	9%	64	157 442	70
UR	22 475	68	10%	70	219 481	98
BE	23 743	72	11%	71	225 935	101
SZ	24 910	76	12%	79	214 677	96
LU	25 682	78	12%	79	219 815	98
GR	25 722	78	13%	85	205 370	92
AG	26 200	79	11%	76	235 922	105
OW	27 235	83	13%	86	216 301	97
TG	28 344	86	12%	83	232 025	104
FR	29 438	89	13%	90	222 447	99
ZG	29 528	90	14%	92	218 619	98
SG	29 772	90	13%	90	223 951	100
SH	29 997	91	14%	92	221 569	99
BL	30 334	92	14%	93	220 778	99
AR	31 040	94	14%	92	229 083	102
NW	31 896	97	14%	95	228 307	102
GL	32 239	98	15%	103	213 030	95
CH	32 961	100	15%	100	224 125	100
Stdev*		22%		21%		6%
BS	33 177	101	15%	104	215 980	96
SO	33 421	101	15%	103	220 125	98
ZH	33 863	103	15%	101	227 512	102
JU	35 126	107	15%	104	230 530	103
NE	40 795	124	19%	127	218 614	98
TI	42 196	128	20%	134	213 930	95
VD	43 489	132	19%	132	224 205	100
VS	44 175	134	19%	129	232 103	104
GE	46 298	140	21%	141	222 952	99

* Standardabweichung einer Spalte

Anmerkung: Durchschnittswerte der Kohorten 2010-2015, dunkelgrün sind die höchsten, hellgrün die tiefsten Werte pro Spalte

Quelle: BSV (2020g), eigene Berechnungen

len oder der kantonalen Gerichte fraglich, weil eine gesundheitlich beeinträchtigte Person in der Romandie eher eine IV-Rente erhält als in anderen Kantonen. Bei gleichem Krankheitsbild könnte der Entscheid je nach kantonaler Praxis anders ausfallen. Dies wäre eine Verletzung des Gebots der Rechtsgleichheit.

Ethisch, weil somit Personen verrentet werden, die vielleicht mit einer anderen Begleitung der IV-Stelle (teilweise) selbständig durch das Leben kommen könnten – ganz nach dem Motto «Eingliederung vor Rente».

Höchste Rentenkosten bei den 40- bis 49-Jährigen, aber auch Junge sind teuer

Die letzte IV-Reform – die sogenannte «Weiterentwicklung der IV», die im Juni 2020 vom Schweizer Parlament verabschiedet wurde – hatte sich zum Ziel gesetzt, vor allem die Berentung von jungen Antragsstellern zu verringern. Damit soll vermieden werden, dass jüngere Personen zwar oft eine kleine monatliche Rente, jedoch über Jahrzehnte hinweg beziehen. Doch sind die gesamten Rentenkosten pro gewichtete Rente bei jüngeren Personen höher?

Den Grossteil der Kosten, die durchschnittlich pro Anmeldekohorte anfallen, macht nicht die jüngste Altersgruppe, sondern die Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen mit 31% des Totals aus (vgl. Abbildung 8). Auf diese Altersgruppe folgen die 50- bis 59-Jährigen mit 25% des Totals. Dies ergibt insofern Sinn, als diese beiden Alterskategorien nicht nur die höchsten Anteile der Anmeldungen aufweisen, sondern auch den höchsten Anteil aller gewichteten Renten ausmachen.

Hervorzuheben ist, dass die Rentenkosten jüngerer Versicherter überproportional ins Gewicht fallen: Obwohl die 20- bis 29-Jährigen nur 11% aller zugesprochenen Renten erhalten, fallen 20% aller kapitalisierten Rentenkosten bis zum Pensionierungsalter auf diese Alterskategorie. Dies lässt sich dadurch erklären, dass die Renten der jüngsten Altersgruppe über eine längere Zeitspanne ausbezahlt werden als diejenigen der älteren. Allerdings werden die Rentenkosten jüngerer IV-Rentner in dieser Darstellung aufgrund des hohen Diskontierungssatzes von 3,5% (zu) stark reduziert. Würden die Renten mit einem Satz von 2,1% bestimmt, was dem durchschnittlichen technischen Zins der Pensionskassen von 2019 entspricht, könnten die Rentenkosten eines jungen IV-Rentners bis zu ca. 30% zunehmen (vgl. Anhang 1).⁸

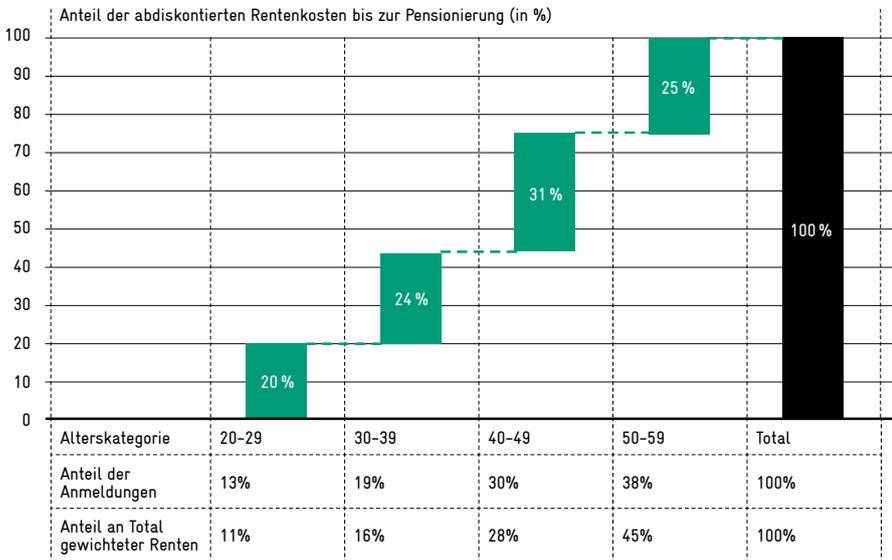
Der Fokus der neusten IV-Reform auf die Jugendlichen ist nachvollziehbar, darf aber nicht von den Bemühungen für die Reintegration älterer Personen ablenken. Mit 31% der Rentenkosten bildet die Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen eine wichtige Zielgruppe, die zudem noch

⁸ In diesen Berechnungen sind die EL nicht berücksichtigt. Die EL-Quote beträgt bei 20-29-Jährigen 60–80%, bei 40-49-Jährigen 35–65%. Die EL-Quote nimmt mit zunehmendem Alter ab. Im Durchschnitt betrug sie 2019 48,5% (BSV 2020c).

Abbildung 8

Die jüngste Altersgruppe fällt bei den Rentenkosten überproportional ins Gewicht

Obwohl die 20- bis 29-Jährigen nur 11% der neuen Renten stellen, verursachen sie 20% der kumulierten Kosten bis zur Pensionierung. Den grössten Kostenblock bildet die Gruppe der 40- bis 49-Jährigen. Auch bei dieser Altersgruppe lohnt es sich, eine Eingliederung anzustreben.



Anmerkung: Durchschnitt der Kohorten 2010–2015

Quelle: BSV (2020g), eigene Berechnungen

mindestens 15 Jahre bis zum Pensionierungsalter eine Rente bezieht. Es wäre menschlich und finanziell falsch, sie bei der Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt nicht zu unterstützen.

Damit die Politik die Bedeutung der Integration der Altersgruppen richtig einschätzt, wäre es wünschenswert, das BSV würde neben der Anzahl Neurenten auch die damit verbundenen Rentenkosten bis zur Pensionierung nach Alter aufgeschlüsselt und pro Kanton veröffentlichen.

2.4_ (Un-) wirksame Eingliederungsmassnahmen

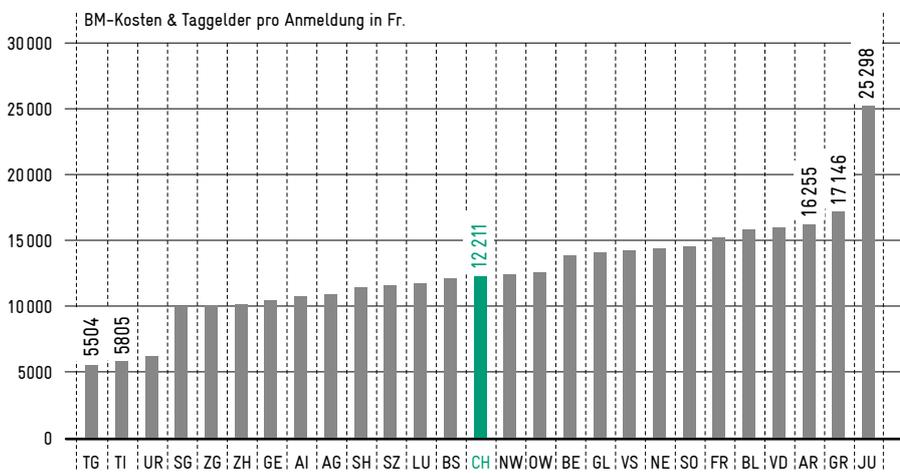
Neben den Rentenkosten spielen die Eingliederungskosten (berufliche Massnahmen und Taggelder) eine wichtige Rolle. Mit durchschnittlich ca. 12 000 Fr. verursachen diese etwa 27% der Gesamtkosten pro Anmeldung. Dieser hohe Kostenanteil und die Tatsache, dass IV-Stellen diese Kosten weitgehend selbst steuern können, verdeutlichen die Bedeutung ihrer Analyse.

Die kantonalen Unterschiede sind beträchtlich (vgl. Abbildung 9). Die IV-Stelle im Kanton JU hebt sich mit Eingliederungskosten pro Anmeldung von über 25 000 Fr. klar von den anderen IV-Stellen ab. Mit grossem Abstand folgen die IV-Stellen in den Kantonen GR und AR mit Eingliederungskosten von rund 17 000 bzw. 16 000 Franken. Am anderen Ende der Skala belaufen sich die Eingliederungskosten der IV-Stellen in den Kantonen TG und TI auf unter 6000 Franken. Selbst im «Mittelfeld»

Abbildung 9

Berufliche Massnahmen und Taggelder betragen im Kanton JU mehr als das Doppelte des Schweizer Durchschnitts

Die Kantone gehen sehr unterschiedlich mit beruflichen Massnahmen um. Diese betragen weniger als 6000 Fr. pro Anmeldung in den Kantonen TG und TI, und sie liegen in GR und JU drei bzw. vier Mal höher.



Anmerkung: BM: berufliche Massnahmen, Durchschnittswerte der Kohorten 2010–2015

Quelle: BSV 2(020g), eigene Berechnungen

variieren die Eingliederungskosten beträchtlich zwischen 10 000 und 15 000 Fr. pro Anmeldung.

Die Höhe der Eingliederungskosten hängt sowohl von der Häufigkeit ab, mit welcher berufliche Massnahmen zugesprochen werden (Bezügerquote), als auch von den Kosten pro Bezüger, die aufgrund der Massnahmenkosten und Taggelder verursacht werden (vgl. Formel 3).

Formel 3

$$\frac{\text{Eingliederungskosten}}{\text{Anmeldung}} = \frac{\text{Anzahl Massnahmebezüger}}{\text{Anmeldung}} \times \frac{\text{Eingliederungskosten*}}{\text{Anzahl Massnahmebezüger}}$$

Bezügerquote
Kosten pro Massnahmebezüger

* Massnahmenkosten + Taggelder

- Die IV-Stellen sind für die Ausgaben für Integrationsmassnahmen und Massnahmen beruflicher Art keinen Einschränkungen unterworfen. Weder die Anzahl Massnahmen noch die Beträge pro einzelne Massnahme noch die Gesamtausgaben sind pro IV-Stelle begrenzt. Diesen Spielraum nützen die IV-Stellen offensichtlich aus. Daraus stellen sich drei Kernfragen:
- 01_ Nach welchen Kriterien werden Eingliederungsmassnahmen vergeben?
 - 02_ Wie hoch sind die resultierenden Ausgaben pro Bezüger?
 - 03_ Wie zielorientiert und wie wirksam sind die kantonalen Eingliederungsstrategien?

26 Schattierungen des Eingliederungsfokus

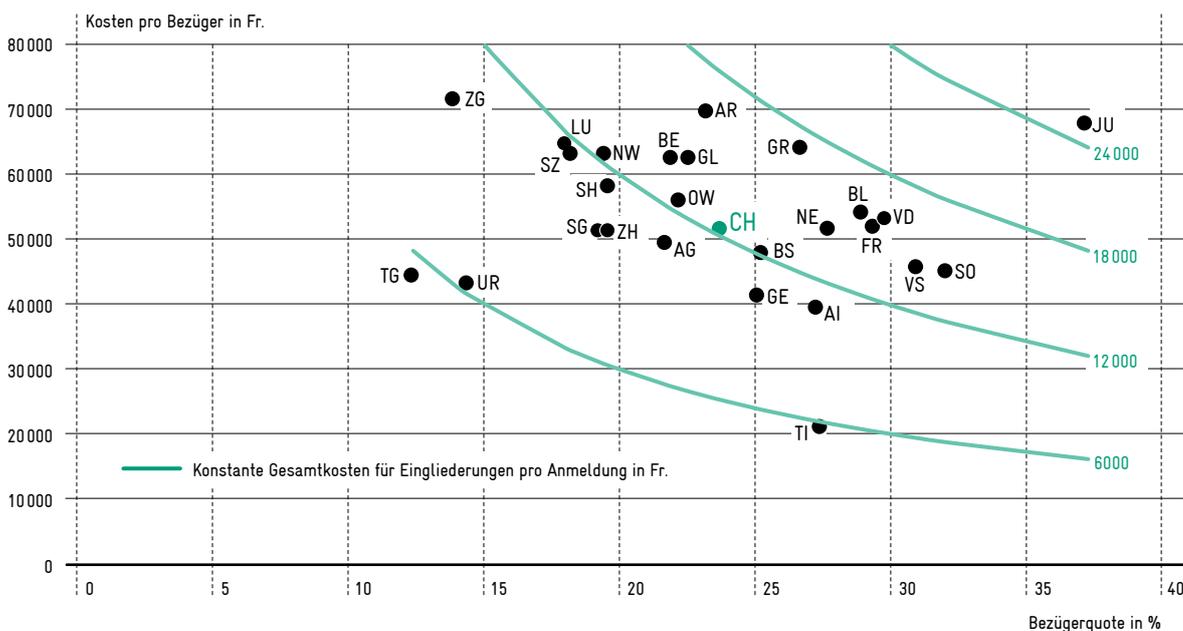
Wie aus Formel 3 ersichtlich, kann ein bestimmtes Budget dadurch erreicht werden, dass viele Bezüger von günstigen Massnahmen oder wenige von teuren Massnahmen profitieren. Die Kantone können zwischen diesen beiden Extremen einen beliebigen Mix wählen (vgl. Abbildung 10). Kantone, die viele, aber kostengünstige Massnahmen verordnen, sind in der Grafik eher unten rechts zu finden (hohe Bezügerquote bei niedrigen Kosten pro Bezüger). Kantone mit gezielten, aber kostenintensiven Massnahmen liegen eher oben links.

Die Bezügerquoten sind besonders hoch bei den IV-Stellen in den Kantonen JU, SO und VS. Dort wird rund einem Drittel aller angemeldeten Personen eine Massnahme zugesprochen. Am anderen Ende der Skala kommt in den Kantonen TG, UR und ZG nur jede siebte angemeldete Person in den Genuss einer Eingliederungsmassnahme. Die Unterschiede spiegeln unterschiedliche Leitprinzipien der IV-Stellen. Im Bereich der Integrationsmassnahmen (IM) zum Beispiel versuchen einzelne IV-Stellen, möglichst schnell einen Grundsatzentscheid zu fällen, und nutzen die IM aktiv, um die Versicherten möglichst früh im Krankheitsverlauf abzuholen und mit IM zu begleiten. Andere IV-Stellen interpretieren die IM sehr eng und setzen sie vor allem bei Versicherten ein, die seit längerer Zeit nicht mehr auf dem Arbeitsmarkt waren (Schmidlin et al. 2020).

Abbildung 10

Die IV-Stellen verfolgen unterschiedliche Eingliederungsstrategien

Ein gegebenes Budget für Eingliederungsmassnahmen kann auf viele Schultern verteilt werden (hohe Bezügerquote) oder auf weniger Personen, dafür mit höheren Beträgen pro Bezüger. Je weiter oben rechts ein Kanton liegt, je höher sind dort die Gesamtausgaben pro angemeldete Person.



Anmerkung: Durchschnittswerte der Kohorten 2010–2015, Kosten pro Bezüger inkl. Taggelder

Quelle: BSV (2020g), eigene Berechnungen

Zwischen 20 000 und 70 000 Franken pro Massnahmenbezüger

Kantone, die trotz unterschiedlicher Strategie gleich viel Geld pro Anmeldung ausgeben, liegen in *Abbildung 10* auf einer Hyperbel – eine Iso-Kostenlinie. Die Kantone TG, TI und UR zum Beispiel geben alle etwa gleich viel aus, nämlich ca. 6000 Fr. pro Anmeldung, während sich die meisten Kantone um den schweizerischen Durchschnitt bewegen und etwa doppelt so viel ausgeben. Die Kantone AR, BL, FR, GR und VD investieren mehr, über 15 000 Fr. pro Anmeldung. Ausreisser ist der Kanton JU mit 25 000 Fr. pro Anmeldung. Bei den Eingliederungskosten ist kein Röstigraben zu beobachten, anders als bei den Rentenquoten.

Die Kosten pro Massnahmenbezüger verzeichnen auch grosse Differenzen. In den Kantonen AR, JU, und ZG belaufen sich diese auf beinahe 70 000 Fr. pro Bezüger, während sie in den Kantonen AI und GE bei knapp 40 000 Fr. liegen. Ausreisser ist der Kanton TI mit lediglich 20 000 Franken pro Bezüger. Die IV-Stelle im Kanton TI gibt also dreimal weniger aus für berufliche Eingliederungsmassnahmen und Taggelder pro Bezüger als der Kanton ZG. Die Gründe für diese Unterschiede pro Bezüger sind vielfältig. Sie hängen vom Typ der angebotenen Massnahmen (Integrationsmassnahmen, Massnahmen beruflicher Art, vgl. *Box 2*), der Anzahl Massnahmen, die kumulativ pro Bezüger angeboten werden, und vom Ort ab, wo sie erbracht werden. Zum Beispiel werden Integrationsmassnahmen im sekundären Arbeitsmarkt über Tages- oder Monatspauschalen entschädigt. Diese Entschädigungen liegen aber deutlich höher als die Beiträge an die Arbeitgeber bei einer Durchführung der gleichen Massnahme im regulären Arbeitsmarkt (Schmidlin et al. 2020).

Auch die Beziehung der IV-Stellen mit externen Leistungserbringern spielt eine Rolle. IV-Stellen mit stabilen oder rückläufigen Kosten bei den Integrationsmassnahmen nennen eine transparente Zusammenarbeit und Preisverhandlung mit den Leistungsanbietern, sowie die Sensibilisierung/Schulung eines stärkeren Preisbewusstseins der Eingliederungsfachpersonen als Grund für die positive Kostenentwicklung (Schmidlin et al. 2020).

Der Kanton TI gibt dreimal weniger aus für berufliche Eingliederungsmassnahmen und Taggelder pro Bezüger als der Kanton ZG.

Box 2

Zwei Hauptkategorien von IV-Eingliederungsmassnahmen

Integrationsmassnahmen

Die IV schlägt Integrationsmassnahmen insbesondere für Menschen mit einer psychischen Behinderung vor, damit diese erneut erlernen können, sich in einem beruflichen Umfeld zurecht zu finden. Die Unterstützung besteht einerseits aus Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation wie Ausdauertraining und der Entwicklung grundlegender sozialer Fähigkeiten. Beschäftigungsmassnahmen hingegen zielen darauf ab, die Struktur und den Rhythmus eines Arbeitstages zu bewältigen.

Zum Beispiel:

Frau Müller, 38 Jahre alt, ist Serviceleiterin in einem Vier-Sterne-Hotel. Nach einem sechsmonatigen Arbeitsunterbruch aufgrund einer Depression ist ihr Arzt der Meinung, dass sie allmählich wieder eine Arbeitstätigkeit aufnehmen kann. Nach einer so langen Abwesenheit muss sich Frau Müller erst wieder an einen normalen Arbeitsrhythmus gewöhnen. Die IV organisiert für sie zunächst ein Ausdauertraining in

einer kantonalen Institution, die auf Wiedereingliederung spezialisiert ist. Anschliessend setzt Frau Müller ihr Wiedereingliederungsprogramm innerhalb der administrativen Dienste einer Wäscherei fort. Sie wird von einem IV-Spezialisten betreut, der sie gelegentlich zum Arbeitsplatz begleitet.

Berufliche Massnahmen

Die IV hilft bei der Identifizierung von Berufen, die mit dem Gesundheitszustand der Versicherten vereinbar sind. Darüber hinaus finanziert sie Umschulung von Versicherten, die nicht mehr in der Lage sind, ihre frühere Tätigkeit auszuüben. Schliesslich unterstützt die IV die Arbeitsvermittlung ihrer Versicherten mit Begleitungs- und Beratungsangeboten. Sie setzt Anreize zur Vermittlung in Unternehmen, indem sie während der Probezeit Taggelder oder eine Rente weiterzahlt.

Zum Beispiel:

Herr Gerber, 47, ist Maurer in Burgdorf. Infolge chronischer Rückenschmerzen ist er nicht mehr in der Lage, seinen Beruf auszuüben. Nach mehreren Abwesenheiten meldet ihn sein Arbeitgeber zur IV an. Das Amt stellt fest, dass Herr Gerber das Potenzial für eine Umschulung zum Bauzeichner hat und anschliessend weiterhin für dasselbe Unternehmen arbeiten könnte. Die IV finanziert ein Weiterbildungsprogramm und den Verdienstaufschlag von Herrn Gerber, der während seiner Umschulung nur einen Lehrlingslohn erhält.

Junge im Fokus der Eingliederungsmassnahmen

Welche Strategie ist bei einem gegebenen Budget angemessen? Wenn mit einfachen Massnahmen viele Personen ihre Eingliederungschancen verbessern können, ist gegen eine hohe Bezügerquote nichts einzuwenden. Und teure Eingliederungsmassnahmen sind ceteris paribus bei jüngeren Personen auch interessant, weil der Erfolg einer Eingliederung sich über Jahrzehnte hinweg auszahlt. Umgekehrt könnte aus finanzieller Sicht der Anreiz für eine IV-Stelle geringer sein, bei Antragsstellern, die bald pensioniert werden, substanzielle Investitionen zu tätigen. Wie sieht die Verteilung der Eingliederungsmassnahmen, anzahl- und volumenmässig pro Altersgruppe aus?

Table 4 gibt ein genaueres Bild von der Massnahmenhäufigkeit pro Alterskategorie. Bei sämtlichen IV-Stellen weist klar die Gruppe der 20–29-Jährigen die höchsten Bezügerquoten auf. Im Schweizer Durchschnitt erhalten 40 % der Antragssteller in dieser Altersgruppe eine Eingliederungsmassnahme, 10 Prozentpunkte mehr als diejenigen im Alter zwischen 30 und 39 Jahren. Letztere wiederum erhalten doppelt so oft Unterstützung zur Eingliederung wie die über 50-Jährigen.

Trotz dieser allgemeinen Tendenz bleiben die kantonalen Unterschiede ausgeprägt. Während in den Kantonen JU, AI und SO rund die Hälfte aller angemeldeten 20–29-Jährigen eine Massnahme erhalten, sind es in den Kantonen TG, ZG, LU, UR und GE weniger als ein Drittel. Bei den meisten IV-Stellen zieht sich der selektive bzw. breite Eingliederungsfokus über alle Alterskategorien hinweg. IV-Stellen, bei denen die Massnahmenhäufigkeit bei den 20–29-Jährigen weit unter dem schweizerischen Durchschnitt liegt, weisen auch in den anderen Alterskategorien unterdurchschnittliche Quoten auf (zum Beispiel im Kanton TG, hellgrün markiert in Tabelle 4).

Tabelle 4

Der Eingliederungsfokus liegt auf den 20- bis 29-Jährigen

Kanton	Massnahmebezügerquote in %			
	20- bis 29-Jährige	30- bis 39-Jährige	40- bis 49-Jährige	50- bis 59-Jährige
AG	39 %	26 %	22 %	13 %
AI	49 %	36 %	25 %	19 %
AR	47 %	31 %	22 %	14 %
BE	42 %	28 %	21 %	13 %
BL	46 %	36 %	30 %	19 %
BS	41 %	30 %	25 %	16 %
FR	42 %	36 %	32 %	20 %
GE	32 %	30 %	26 %	19 %
GL	42 %	31 %	21 %	14 %
GR	44 %	35 %	27 %	18 %
JU	50 %	46 %	39 %	28 %
LU	31 %	25 %	17 %	11 %
NE	38 %	35 %	29 %	20 %
NW	40 %	24 %	19 %	12 %
OW	42 %	31 %	20 %	13 %
SG	37 %	24 %	19 %	11 %
SH	33 %	24 %	19 %	14 %
SO	48 %	39 %	33 %	23 %
SZ	42 %	23 %	18 %	9 %
TG	27 %	15 %	12 %	6 %
TI	41 %	36 %	28 %	20 %
UR	32 %	28 %	15 %	5 %
VD	45 %	36 %	30 %	21 %
VS	46 %	40 %	32 %	21 %
ZG	31 %	17 %	14 %	7 %
ZH	37 %	25 %	19 %	11 %
CH	40 %	30 %	24 %	15 %

Anmerkung: Die Massnahmebezügerquote stellt den Anteil angemeldeter Personen dar, die eine Eingliederungsmassnahme erhalten. Dunkelgrün sind die höchsten, hellgrün die tiefsten Werte pro Spalte hervorgehoben. Durchschnittswerte der Kohorten 2010-2015.

Quelle: BSV (2020g), eigene Berechnungen

Umgekehrt hat die IV-Stelle JU bei sämtlichen Alterskategorien die höchste Bezügerquote (dunkelgrün markiert in Tabelle 4).

In Tabelle 5 sind die Kosten pro Bezüger für berufliche Eingliederungsmassnahmen ohne Taggelder pro Alterskategorie aufgelistet. Wie bereits bei der Massnahmenhäufigkeit liegt auch hier der Fokus auf der jüngsten Alterskategorie. Alle Kantone investieren pro Bezüger klar am meisten in die 20–29-Jährigen. Im Schweizer Durchschnitt geben die IV-Stellen beinahe drei Mal so viel für diese Alterskategorie als für die Ältesten aus.

Auch bei den Ausgaben pro Bezüger ergeben sich starke kantonale Unterschiede pro Altersgruppe. Dabei fällt insbesondere die IV-Stelle im Kanton GL auf: Hier sind die Ausgaben pro Massnahmenbezüger mit fast 50 000 Fr. etwa 2,5 Mal höher als bei der Stelle im Kanton TI, die mit ca. 19 000 Fr. die tiefsten Kosten bei den 20–29-Jährigen aufweist.

Der allgemeine Fokus auf die jüngsten Altersgruppen, sei es in Bezug auf die Bezügerquote oder die investierten Mittel pro Bezüger, ist vernünftig und begrüssenswert. Es ist jedoch auch kritisch zu fragen, weshalb auf die Altersgruppe der 40-49-Jährigen ein vergleichsweise tiefer Anteil der Massnahmen sowie der Massnahmenkosten fällt.

Tabelle 5

Bei den Kosten pro Massnahmebezüger stehen die 20- bis 29-Jährigen ganz oben

Kanton	Kosten pro Massnahmenbezüger in Fr.			
	20- bis 29-Jährige	30- bis 39-Jährige	40- bis 49-Jährige	50- bis 59-Jährige
AG	28 897	18 162	14 523	11 387
AI	28 842	12 370	10 690	8 969
AR	39 147	23 213	22 647	14 849
BE	34 150	24 759	20 738	17 561
BL	39 350	18 449	15 353	10 442
BS	40 568	15 566	13 119	9 545
FR	33 163	21 923	17 133	12 275
GE	28 902	13 898	13 898	10 640
GL	49 142	23 637	16 144	10 440
GR	35 899	22 550	17 792	11 727
JU	34 207	27 251	22 928	20 287
LU	39 242	23 641	18 327	12 926
NE	31 302	22 705	18 830	13 095
NW	45 842	19 209	15 340	6 499
OW	35 726	26 798	14 513	7 871
SG	31 056	16 713	12 655	10 619
SH	45 651	17 216	16 896	10 605
SO	29 823	18 932	14 806	12 523
SZ	21 658	20 636	13 994	11 085
TG	25 633	12 946	12 480	8 836
TI	19 291	10 939	5 681	3 625
UR	27 101	11 023	14 771	12 266
VD	31 060	18 833	18 233	12 790
VS	22 117	13 595	9 922	6 885
ZG	34 004	22 079	18 753	14 473
ZH	33 314	18 946	15 830	12 095
CH	31 957	18 838	15 618	11 780

Anmerkung: Durchschnittswerte der Kohorten 2010–2015, Kosten pro Bezüger ohne Taggelder. Dunkelgrün sind die höchsten, hellgrün die tiefsten Werte pro Spalte.

Quelle: BSV (2020g), eigene Berechnungen

Wie im Kapitel 2.3 (Abbildung 8) erwähnt, verursacht diese Alterskategorie die höchsten Rentenkosten bis zur Pensionierung. Eine erfolgreiche Eingliederung dieser Personen kann sich trotz Eingliederungsausgaben rasch lohnen. Bezieht zum Beispiel ein 40-jähriger Mann eine Rente von 1500 Fr. pro Monat, entstehen bis zu seiner Pensionierung Rentenkosten von knapp 315 000 Franken. Dieser Betrag entspricht etwa zehn Mal den Ausgaben, die im Schnitt für die jüngsten Altersgruppen ausgeben wird. Diese einfache Rechnung zeigt, dass eine Verstärkung der Eingliederungsbemühungen auch bei älteren Antragssteller lohnend wäre.

Leerläufe bei den Eingliederungsmassnahmen

Ob eine Eingliederungsmassnahme zu teuer oder zu günstig war, hängt kaum von ihrem Preis selbst ab, sondern davon, ob der Antragssteller dank diesen Massnahmen wieder in den primären Arbeitsmarkt integriert werden kann oder nicht. Zugespitzt formuliert: Die Kosten von Eingliederungsmassnahmen waren vergeblich, wenn trotz den Bemühungen der Bezüger am Schluss doch eine volle Rente erhält.

Es versteht sich von selbst, dass zum Zeitpunkt der Anordnung einer beruflichen Massnahme ihr Erfolg ungewiss ist. Gerade bei psychischen Krankheiten sind Genesungschancen besonders schwierig zu prognostizieren. Sie hängen vom Krankheitsverlauf der betroffenen Person, von den Kompetenzen der betreuenden Therapeuten und schliesslich von «der Chemie» zwischen diesen beiden Personen ab.

Im Einzelfall wäre es falsch, die Relevanz einer beruflichen Massnahme nur am Rentenentscheid zu beurteilen. In der Summe aller beruflichen Massnahmen hingegen liefert der Anteil an Bezüger, die im Anschluss einer Massnahme doch eine IV-Rente beziehen – eine Art «Leerlaufquote» – wichtige Hinweise (vgl. Abbildung 11).

Allerdings kann die «Leerlaufquote» nur gemeinsam mit der Massnahmenbezügerquote (X-Achse auf Abbildung 11) richtig interpretiert werden, wie folgende Beispiele illustrieren. Würde man in einem Kanton nur Personen Massnahmen anbieten, die höchstwahrscheinlich keine Rente benötigen werden, wäre die «Leerlaufquote» zwar gleich Null. Nur wären in diesem Fall die Massnahmen nicht nötig gewesen. Trotz tiefer Leerlaufquote wäre die finanzielle Bilanz in diesem Kanton schwach. Würde man umgekehrt nur einer Person mit einem erhöhten Rentenrisiko eine Eingliederungsmassnahme organisieren, weil gerade bei dieser einen Person die Massnahme viel bewirken könnte, betrüge die «Leerlaufquote» 100 %, sofern diese einzige Person schliesslich trotzdem eine Rente erhielte. Doch der Versuch bei nur einer Person wäre es wert gewesen.

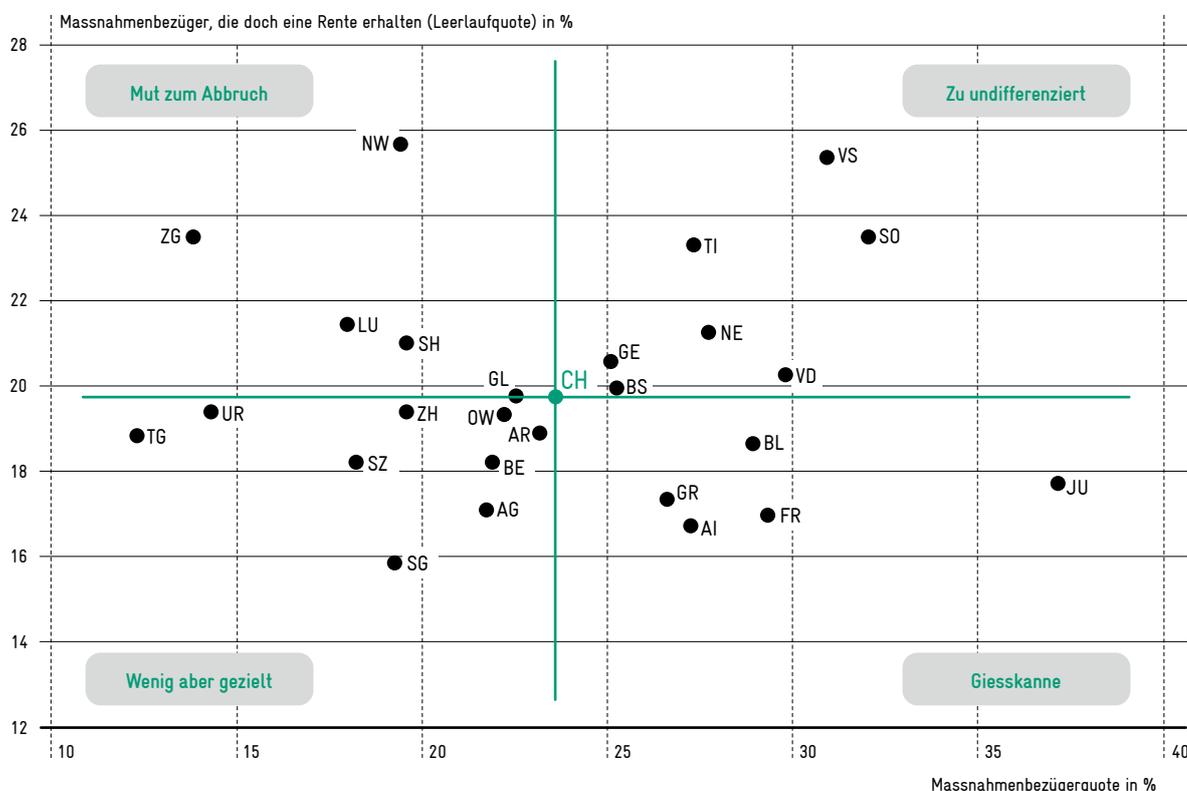
In Abbildung 11 lassen sich somit vier Bereiche für die Interpretation der Leerlaufquote identifizieren: Unten links sind die IV-Stellen zu finden, die *wenige, aber gezielte* Massnahmen anordnen. In den Kantonen SG, SZ, TG, und UR werden prozentual wenige Personen in Eingliederungsprogramme engagiert, die Erfolgsquote scheint jedoch hoch zu sein, weil

Im Einzelfall wäre es falsch, die Relevanz einer Massnahme nur am Rentenentscheid zu beurteilen; in der Summe aller Massnahmen hingegen schon.

Abbildung 11

Jeder fünfte Massnahmenbezüger erhält trotz Massnahmen eine Rente

Die Wirkung einer beruflichen Massnahme lässt sich daran messen, ob ein Bezüger danach doch eine Rente erhält oder nicht (Leerlaufquote). Aber nicht nur: IV-Stellen, die (zu) viele (unnötige) Massnahmen anordnen, werden auch gewisse Erfolge verzeichnen und damit die Leerlaufquote drücken.



Anmerkung: Durchschnittswerte der Kohorten 2010–2015

Quelle: BSV (2020g), eigene Berechnungen

nur wenige der Massnahmenbezüger eine Rente nach den Eingliederungsmassnahmen erhalten. Ein Blick in die Kosten (vgl. Tabelle 5) zeigt zudem, dass nicht nur anteilmässig, sondern auch kostenmässig die Eingliederungsmassnahmen in diesen Kantonen tiefer als der schweizerische Durchschnitt sind. Sind diese Zahlen deshalb so tief, weil zu viele Personen ohne Eingliederungsversuche in die Rente geschickt werden? – Eher nicht. Diese vier Kantone weisen tiefere Rentenquoten als der schweizerische Durchschnitt auf (vgl. Tabelle 3). Die Strategie dieser Kantone sollte die anderen inspirieren.

In den Kantonen des Quadranten oben links werden zwar nur wenige Personen in Eingliederungsprogramme eingereiht, die Leerlaufquote ist allerdings hoch, besonders in den Kantonen ZG und NW. Auch liegen die Massnahmenkosten pro Bezüger in diesen Kantonen mit 63 000 Fr. (NW) und 72 000 Fr. (ZG) deutlich über dem Schweizer Durchschnitt von 51 500 Franken. Hier liegt die Vermutung nahe, dass manche Eingliederungsprogramme trotz geringer Erfolgsaussichten zu lange auf-

rechterhalten werden. In den Kantonen NW und ZG braucht es daher *mehr Mut zum Abbruch*.

Im Quadranten oben rechts in *Abbildung 11* sind die IV-Stellen zu finden, die wahrscheinlich *zu undifferenziert* Eingliederungsmassnahmen anordnen. Die Bezügerquote ist dort überdurchschnittlich hoch, und überdurchschnittlich viele Bezüger erhalten nach den Massnahmen trotzdem eine Rente. Vor allem bei den Kantonen SO und VS stellt sich die Frage, ob die Eingliederungsmassnahmen zu oft verordnet werden. Der Fall des Kantons TI fällt zudem besonders auf: Obwohl viele Personen von Eingliederungsmassnahmen profitieren, liegt die Rentenquote 34 % über dem Schweizer Durchschnitt. Zudem sind die Kosten der Massnahmen mit 21 000 Fr. pro Bezüger bei weitem am tiefsten in der Schweiz und betragen nur 41 % des Schweizer Durchschnittswerts. Ein sehr ähnliches Bild zeigt sich im Kanton VS: In beiden Kantonen «wäre weniger mehr»: Gezieltere, aber dafür umfangreichere Massnahmen wären erfolgversprechender.

Im letzten Quadranten unten rechts sind jene Kantone zu finden, die überdurchschnittlich viel Personen Eingliederungsmassnahmen zusprechen, sozusagen mit der *Giesskanne*. Aufgrund dieser Anwendung in die Breite fällt die «Leerlaufquote» tief, weil vermutlich auch viele Personen Massnahmen erhalten, die ohnehin keinen Anspruch auf Rente hätten. Der Kanton JU nimmt hier eine besondere Stellung ein. Mit 37 % verzeichnet er bei weitem die höchste Bezügerquote der Schweiz. Die Kosten dieser Massnahmen mit 68 000 Fr. zählen auch zu den höchsten. Der Erfolg dieser Strategie ist jedoch bescheiden, die Rentenquote im Kanton JU liegt knapp über dem schweizerischen Durchschnitt. Hier müssten die Eingliederungsmassnahmen gezielter angeboten oder, wenn die Erfolgchancen während der Behandlung schwinden, schneller abgebrochen werden.

Kostendach bei den Vollzugskosten erforderlich

Der finanzielle Umfang von Integrationsmassnahmen wie von beruflichen Massnahmen ist nicht begrenzt (vgl. *Tabelle 2*). Das BSV (2014) schreibt lediglich vor, dass «zwischen der Dauer und den Kosten der Massnahme einerseits und dem wirtschaftlichen Erfolg (im Sinne der Eingliederungswirksamkeit) andererseits ein vernünftiges Verhältnis bestehen soll.» Die IV-Stellen haben keine finanziellen Anreize, bei der Zusprache von Leistungen der Kosteneffizienz eine hohe Priorität beizumessen. Die in dieser Studie aufgezeigten kantonalen Unterschiede belegen dies. Die Eingliederungskosten inklusive Taggelder variieren zwischen 6000 Fr. pro Anmeldung in den Kantonen TG, TI sowie UR und 25 000 Franken im Kanton JU (vgl. *Isokostenlinien in Abbildung 10*).

Es wäre deshalb sinnvoll, eine Art Kostendach für die beruflichen Massnahmen zu definieren, das sich an der Anzahl Anmeldungen pro Jahr pro IV-Stelle orientiert. Dieses Kostendach sollte global für alle be-

Der finanzielle Umfang von Integrationsmassnahmen wie von beruflichen Massnahmen ist nicht begrenzt.

rufflichen Massnahmen gelten, um den IV-Stellen möglichst viel Spielraum bei der Wahl der Anzahl und der Form passender Eingliederungsinstrumente zu gewähren. Er sollte auch für die ganze IV-Stelle gelten und nicht pro Bezüger definiert werden, um einen gezielten Ressourceneinsatz zu ermöglichen, wo er meisten Erfolg verspricht. Dieses Kostendach würde explizit nicht die Anzahl und Höhe der jährlich zugesprochenen Renten umfassen.

Ein solches Vorgehen wäre kein Neuland im Schweizer Sozialversicherungssystem, sondern existiert bereits im Rahmen der Arbeitslosenversicherung (ALV). Die Abgeltungsregelung der öffentlichen regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) sieht nämlich für die Vollzugskosten der Kantone – einschliesslich der arbeitsmarktlichen Massnahmen – Höchstbeträge vor, die von der jeweiligen Anzahl betreuten Stellensuchenden abhängig sind. Überschreitet ein Kanton den Höchstbetrag, muss er die zusätzlichen Kosten selbst tragen. Nur in besonderen Fällen wird er auch für Kosten über dem Plafond entschädigt (Seco 2015). Auch in der Sozialhilfe, zum Beispiel im Kanton Bern, werden Mittel für Beschäftigungs- und Integrationsangebote der Sozialdienste mit einem Schlüssel zugeteilt, dass von der Anzahl Dossiers abhängt (GEF 2020).

Eine ähnliche Abgeltung wäre für die IV-Stellen anzustreben. Künftig sollten die Entschädigungen der IV-Stellen nach oben begrenzt sein und sich nach der Anzahl der angemeldeten Personen richten. Für besonders komplexe Fälle, bei denen begründete teurere Leistungen notwendig sind, könnten die IV-Stellen zusätzlich entschädigt werden. Die Höhe des Kostendachs sollte sich an den erfolgreichsten IV-Stellen bei der Wiedereingliederung richten, nicht bloss eine Glättung hin zum Schweizer Durchschnitt anstreben. Es soll auch über mehrere Jahre eingeführt werden, damit in einem ersten Schritt mehr Transparenz über die Praxen der IV-Stellen geschaffen und in einem zweiten Schritt eine Implementierung von erfolgreichen Vorgehensweisen ermöglicht wird.

Ein solches Kostendach würde die aktuellen Bestrebungen der IV-Stellen verstärken, vermehrt das Kosten/Nutzen-Verhältnis ihrer Eingliederungsstrategie zu überprüfen. Dabei steht nicht nur die Überlegung im Zentrum, ob es viele relativ günstige, oder wenige, aber teure Massnahmen braucht. Auch die Allokation von Ressourcen pro Altersgruppen, zum Beispiel vermehrt für 40-49-Jährige, und die Zweckmässigkeit von teuren Eingliederungsprogrammen müsste besser berücksichtigt werden.

Mehr erfolgsabhängige Leistungsverträge

In *Abbildung 11* wurde die «Leerlaufquote» als Mass für die Beurteilung der gesamten Eingliederungsstrategie einer IV-Stelle benutzt. Ein ähnliches Mass könnte auch für die Beurteilung der Wirksamkeit einzelner Massnahmentypen oder einzelner externen Anbieter verwendet werden. Dafür müssen zwei Voraussetzungen erfüllt werden:

Erstens braucht es eine bessere und objektivere Beschreibung der Diagnosen, die zu den psychisch bedingten IV-Renten geführt haben. Dies könnte zum Beispiel nach der ICD-10 Nomenklatur für psychische Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation erfolgen (WHO 2021). Die Ärzte der regionalen ärztlichen Dienste der IV, nicht der behandelnde Arzt des Versicherten, sollten wie bisher die Diagnose eruieren und deren Codierung in den IV-Systemen festhalten. Damit wäre eine einheitliche Anwendung der Codierung innerhalb der IV sichergestellt, die Transparenz innerhalb und zwischen den IV-Stellen erhöht und die Suche nach erfolgreichen Eingliederungspraxen je nach Krankheitsbild vereinfacht. Damit könnte auch die Entwicklung mancher psychischen Krankheiten über die Zeit verfolgt und Eingliederungsangebote entsprechend angepasst werden. Das BSV kann sich heute nur auf ungenaue Gebrechenscodizes aus den sechziger Jahren stützen (Suter 2020). Obwohl der ICD-Standard international anerkannt wird, ist eine solche Kodierung in den schweizerischen IV-Stellen noch nicht einheitlich geregelt bzw. wird nicht systematisch erfasst. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

Obwohl der ICD-Standard international anerkannt wird, wird er in den IV-Stellen nicht systematisch erfasst.

Zweitens braucht es finanzielle Anreize für externe Anbieter, die einen grösseren Wiedereingliederungserfolg nachweisen. Vergütungen nur nach Aufwand können dazu führen, dass Massnahmen weitergeführt werden, obwohl sich kein Erfolg abzeichnet. Umgekehrt würden Pauschalvergütungssysteme Anreize schaffen, eine Behandlung (zu) früh zu unterbrechen. Mit der Einführung einer erfolgsabhängigen Prämie (bzw. einem Bonus/Malus-System) könnte man die Interessen der IV-Stellen und diejenigen der externer Leistungserbringer besser ausrichten. Solche erfolgsabhängigen Leistungsverträge erhöhen die Transparenz über die Erfolgsquote der unterschiedlichen Anbieter und fördern den Dialog über die Zielerreichung und den Vergleich von Best Practices.

Manche würden einwenden, dass die externen Leistungserbringer dann nur noch Fälle annehmen würden, die eine relativ hohe Erfolgswahrscheinlichkeit ausweisen. Doch das ist genau der Punkt. Die Mittel sollten vor allem dort verwendet werden, wo sie auch Wirkung entfalten können – und nicht nach dem Giesskannenprinzip. Die Selektionsproblematik kann jedoch entschärft werden, indem realistische Erfolgsquoten und die variable Vergütung nicht pro Einzelfall, sondern für eine Gruppe von Klienten festgelegt werden.

2.5_ Zwischenfazit: Fünf Forderungen für einen effizienteren Vollzug in den kantonalen IV-Stellen

Der Vollzug der IV-Leistungen ist kantonal organisiert. Im Sinne der Subsidiarität ist es wichtig und richtig, dass den IV-Stellen ein genügend grosser Handlungsspielraum gegeben wird, um angemessen auf die kantonalen Gegebenheiten reagieren zu können. Dies bedingt allerdings auch, dass der Vollzug der IV wirkungsvoll ist und die Rechtsgleichheit der versicherten Personen garantiert wird.

Die Analysen in diesem Kapitel zeigen grosse Unterschiede zwischen den kantonalen IV-Stellen, die sich nicht allein durch soziodemografische Merkmale der kantonalen Bevölkerungen erklären lassen. Die Zerlegung der Kosten in Bezug auf die Anzahl Anmeldungen statt in Relation zu den Einwohnern ermöglicht eine differenzierte Betrachtung der Faktoren, die unmittelbar von den kantonalen Vollzugsstellen beeinflusst werden können. Daraus lassen sich fünf Forderungen ableiten:

- **Abklärung der Rentenquoten in der Romandie und im Tessin:** Die Quoten der zugesprochenen Renten pro Anmeldung sind dort signifikant höher als in anderen Kantonen. Bei einer Halbierung des Unterschieds zum schweizerischen Durchschnitt könnten schätzungsweise mindestens 60 Mio. Fr. pro Neuanmeldungskohorte eingespart werden. Spiegeln die Unterschiede kantonale Auslegungen des Bundesrechts wider? Sind sie auf zu wenig effektive Eingliederungsbemühungen zurückzuführen? Hier ist das Bundesamt für Sozialversicherungen als Aufsichtsbehörde der kantonalen IV-Stellen gefordert, den Gründen für diese Unterschiede wissenschaftlich nachzugehen. Die flächendeckende Einführung der ICD-10-Nomenklatur für die Bezeichnung von psychischen Krankheiten ist eine wichtige Voraussetzung dafür und muss dringend angegangen werden.
- **Überprüfung der kantonalen Eingliederungsstrategien:** Die Analysen zeigen keinen direkten Zusammenhang zwischen den Investitionen in berufliche Eingliederungsmassnahmen und den Rentenkosten. Dies soll nicht heissen, dass sich Eingliederungsmassnahmen prinzipiell nicht lohnen. Manche Kantone setzten jedoch dieses Instrument wenig gezielt ein. Im Kanton JU zum Beispiel werden proportional sehr viele Massnahmen angeordnet, die zudem teuer sind. In den Kantonen VS und TI sind ebenfalls sehr viele Bezüger zu verzeichnen, dort sind die Ausgaben pro Fall aber unterdurchschnittlich und eine Fokussierung drängt sich auf. Auch in der Deutschschweiz gibt es Verbesserungspotenzial: In den Kantonen NW, SO und ZG werden Massnahmen überdurchschnittlich oft Personen zugesprochen, die schliesslich dennoch eine Rente erhalten. Damit werden unnötig Ressourcen gebunden und Kosten verursacht.
- **Fokus auf Kosten bis zur Pensionierung pro Altersgruppe:** Obwohl die jüngeren Personen (20–29 Jahre) lediglich 11% der neuen IV-Renten ausmachen, sind die resultierenden Rentenkosten bis zur Pensionierung stark überproportional (20% der Kosten aller Alterskategorien). Der Fokus der letzten IV-Reform auf diese Altersgruppe erscheint in diesem Licht sinnvoll. Allerdings darf dieser Jugendfokus die Rentenkosten der 40–49-Jährigen nicht ausblenden. Letztere verursachen 31% der gesamten Rentenkosten und beziehen ihre Renten zwischen 15 und 25 Jahren. Auch für diese Altersgruppe sollten die Berater der kantonalen IV-Stellen vermehrt Wiedereingliederung anstreben. Um die Bedeutung dieser Altersgruppe zu dokumentieren, sollte das BSV,

neben der Anzahl Neurenten pro Altersgruppe und Kanton, eine jährliche Schätzung der resultierenden Rentenkosten bis zur Pensionierung veröffentlichen.

- **Einführung eines Kostendachs pro IV-Stelle:** Um einen gezielteren und effektiveren Umgang der Mittel für die Integrationsmassnahmen und Massnahmen beruflicher Art zu fördern, sollte ein Kostendach pro IV-Stelle definiert werden. Heute sind diese Bundesmittel gesetzlich nicht begrenzt. Die Festlegung eines Kostendachs soll abhängig von der Anzahl angemeldeter Personen bei der IV-Stelle sein. Die Methode für die Festlegung dieser Beiträge könnten sich an der bestehenden Praxis der Arbeitslosenversicherung für die Festlegung von Höchstbeiträgen pro RAV im Bereich der arbeitsmarktlichen Massnahmen orientieren.
- **Förderung erfolgsabhängiger Leistungsverträge:** Neben einem Kostendach sind finanzielle Anreize für die Erbringung von Massnahmen durch externe Leistungsträger zu prüfen. Erfolgsabhängige Vergütungsmodelle bieten sich besonders bei Partnern an, die viele Klienten einer IV-Stelle pro Jahr begleiten. Somit lässt sich eine realistische Erfolgsquote über das ganze Portfolio statt pro Einzelfall definieren. Nicht in jedem Kanton und nicht mit jedem externen Leistungserbringer rechtfertigt sich ein solcher Vertrag. Es könnte aber als Grundsatzprinzip von den IV-Stellen bzw. von ihrer Dachorganisation, der IV-Stellen-Konferenz (IVSK), erklärt werden und dadurch den interkantonalen Austausch zu diesen Modellen verstärken.

3_ IV im weiteren Sinn: Ein verschachtelter Prozess

3.1_ Die Versicherung der Invalidität ist mehr als die Invalidenversicherung (IV)

Wie im Kapitel 2 erwähnt, kann eine Person eine IV-Rente erst erhalten, wenn sie mindestens ein Jahr arbeitsunfähig gewesen ist und frühestens sechs Monate nach der Anmeldung bei der IV. Vor der Anmeldung und bis zum Rentenentscheid sind aber viele Akteure involviert, die teils parallel zueinander, teils sequenziell handeln.

Abbildung 12 stellt die Etappen dieses Prozesses mit den jeweiligen Akteuren dar, die für die Lohnfortzahlung, Eingliederung oder ärztliche Behandlung zuständig sind. Das dargestellte Szenario ist ein Krankheitsfall bei vorhandener Arbeitsstelle zu Beginn der Erkrankung.⁹

Zu Beginn des Prozesses sind der Arbeitgeber sowie der behandelnde Arzt der betroffenen Person die ersten, die über eine Erkrankung Bescheid wissen. Der Arzt beurteilt die Arbeitsunfähigkeit und stellt ein Arztzeugnis aus. Der Arbeitgeber ist für mindestens drei Wochen Lohnfortzahlung verpflichtet (Art. 324a OR). Er kann während dieser Zeit Massnahmen für eine Wiedereingliederung am angestammten Arbeitsplatz ergreifen.

Bei einem längeren krankheitsbedingten Arbeitsausfall übernimmt – falls ein Arbeitgeber eine entsprechende Versicherung abgeschlossen hat – der Krankentaggeldversicherer die Lohnfortzahlung. Dieser kann nebst dem Arbeitgeber die erkrankte Person ebenfalls mit Massnahmen bei der Eingliederung unterstützen. Oft ist er es auch, der eine Meldung bzw. Anmeldung bei der IV in die Wege leitet.

Auch wenn die erkrankte Person bei der IV angemeldet ist, bezahlt während der Frühinterventionsphase weiterhin die Krankentaggeldversicherung (KTG) Taggelder und setzt gegebenenfalls auch die Massnahmen fort. Parallel dazu kann die IV Frühinterventionsmassnahmen anbieten.

Spricht die IV Eingliederungsmassnahmen zu, erhält die erkrankte Person von der IV Taggelder. Die IV löst damit die Krankentaggeldversicherung von ihrer Lohnersatzzahlung ab. Ohne IV-Eingliederungsmassnahmen werden die Taggelder weiterhin von der Krankentaggeldversicherung ausbezahlt.

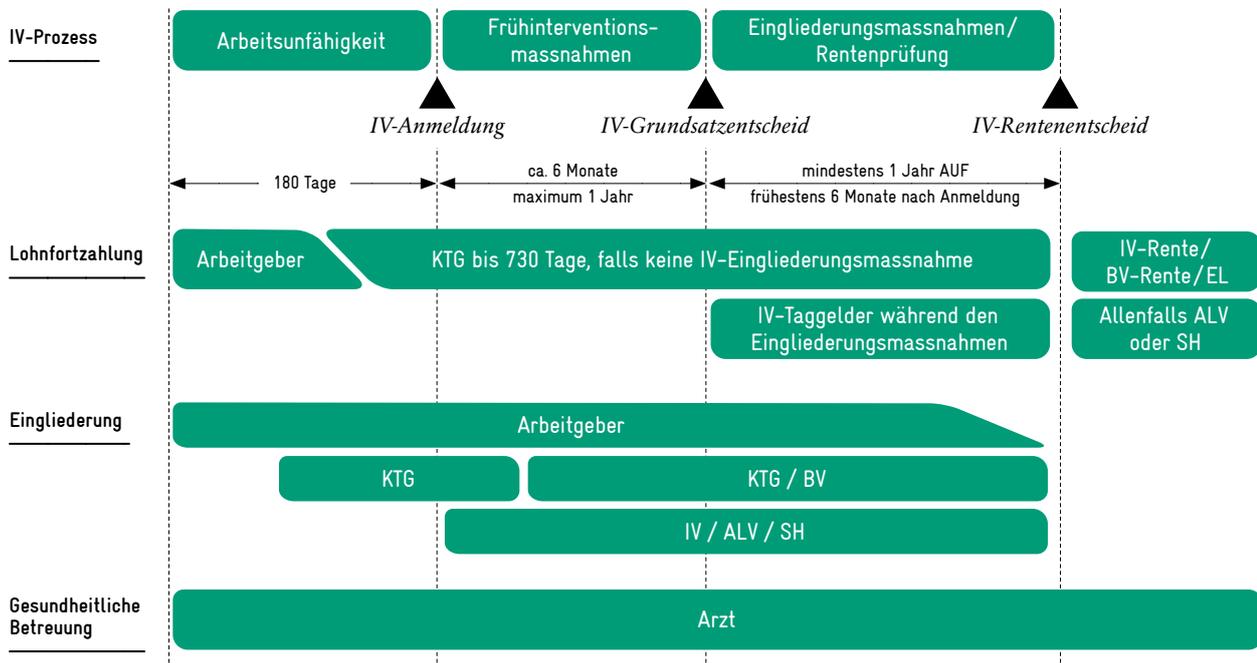
Zudem ist der IV-Entscheid der ersten Säule für die Pensionskassen (sofern der Antragssteller der BVG-Pflicht unterstellt ist) massgebend. Letztere zahlen aufgrund des von IV-Stellen festgelegten Invaliditätsgrads eine Rente aus. Auch wenn die Pensionskasse erst am Schluss des

⁹ Einen Überblick über weitere Verläufe einer IV-Anmeldung (z.B. infolge eines Unfalls) bieten die Systemlandkarten von Compasso (2019).

Abbildung 12

Verschiedene Akteure sind im IV-Prozess involviert

Sowohl in finanzieller als auch in organisatorischer Hinsicht sind viele Akteure im Invaliditätsprozess tätig, was eine komplexe Koordination erfordert und für die betroffene Person oft eine Herausforderung darstellt.



AUF = Arbeitsunfähigkeit BV = Berufliche Vorsorge KTG = Krankentaggeldversicherung ALV = Arbeitslosenversicherung EL= Ergänzungsleistungen SH = Sozialhilfe

Quelle: Eigene Darstellung (nach Compasso 2019)

Antragsprozesses finanziell in die Pflicht gerät, kann sie vorab Einfluss auf die Eingliederungsbemühungen nehmen. Sie kann ebenfalls einen Case-Manager für die erkrankte Person einsetzen, oder sich mit dem KTG-Versicherer koordinieren.

Sind die Eingliederungsmassnahmen der IV abgeschlossen und ist die betroffene Person (teilweise) arbeitsfähig, kommt die Arbeitslosenversicherung (ALV) ins Spiel, sofern die Person stellenlos ist. Die ALV zahlt Taggelder aus, während die regionalen Arbeitsvermittlungszentren die versicherte Person mit arbeitsmarktlichen Massnahmen und bei der Suche nach einer passenden Stelle unterstützen. Findet die Person keine Arbeit und wird ausgesteuert, erhält sie Leistungen der Sozialhilfe.

Kommunikationsdefizite, finanzielle Fehlanreize und Doppelspurigkeiten

Die Interessen der Akteure in der Invalidenversicherung im weiteren Sinn sind nicht immer deckungsgleich, obwohl alle das Ziel verfolgen, eine erkrankte Person wieder in den Arbeitsmarkt eingliedern zu können. Auch die Arbeitsteilung kann zu Schnittstellenproblemen führen:

- **Kommunikationsdefizite:** Aus Datenschutzgründen sind viele Informationen, besonders in Bezug auf die Gesundheit des Arbeitnehmers, nur für einzelne Akteure einsehbar. Selbst wenn eine erkrankte Person

bereit ist, diese Informationen offen zu teilen, ist es schwer, aufgrund der vielen involvierten Akteure mit unterschiedlichen Formularen und IT-Systemen, sich ein Gesamtbild der Situation zu verschaffen.

- **Finanzielle Fehlanreize:** Die obige Darstellung zeigt, dass nicht immer derjenige befiehlt, der zahlt. Dabei geht es nicht nur um Entschiede, die finanzielle Konsequenzen für Dritte auslösen (z.B. die vom Arzt angeordnete Arbeitsunfähigkeit), sondern auch um Nichtentscheide, die langfristige Folgen haben. Zum Beispiel können fehlende Eingliederungsmassnahmen der KTG-Versicherungen später für die IV und die Pensionskassen hohe Rentenleistungen verursachen.
- **Ineffiziente Doppelspurigkeiten:** Die involvierten Akteure erheben oft ähnliche Fakten, zum Beispiel in Bezug auf die gesundheitliche Situation der erkrankten Personen. Es kann auch vorkommen, dass mehrere Institutionen Integrationsmassnahmen anordnen. Findet keine koordinierte Absprache statt, führt dies im besten Fall zu teuren Doppelspurigkeiten, im schlimmsten zur Überforderung der erkrankten Person und einem Scheitern der Wiedereingliederung.

Unterschiedliche Massnahmen für unterschiedliche Akteure

Man kann grundsätzlich drei Typen von Akteuren unterscheiden, die in den Eingliederungs- bzw. Rentenprozess involviert sind (vgl. Abbildung 13). Erstens sind es Privatpersonen; die erkrankten Mitarbeiter, ihre Arbeitgeber und die behandelnden Ärzte. Obwohl Arbeitnehmer und -geber sich täglich treffen, wird eine allfällige (psychische) Krankheit selten thematisiert. Gemäss einer Umfrage bei schweizerischen KMU äussern sich 72 % der Mitarbeiter nicht über psychische Probleme, obwohl es ca. drei Viertel von ihnen hilfreich fänden (Baer 2016). Oft wird die Krankheit erst dann angesprochen, wenn die Symptome sehr einschränkend sind und eine normale Arbeit nicht mehr möglich ist. Grosse Unternehmen verfügen über dezidierte HR-Abteilungen, die Mitarbeiter und Führungskräfte in solchen Fällen unterstützen können. Bei den 590 000 KMU (BFS 2020d) sind solche Dienste seltener, und die Erfahrung im Umgang mit kranken Mitarbeitern variiert in den Unternehmen stark. Auch besteht in der Regel keine etablierte Beziehung zwischen dem Arzt und dem Arbeitgeber, die die Kommunikation für eine mögliche (Wieder-) Eingliederung vereinfachen könnte.

72 % der Mitarbeiter äussern sich nicht über psychische Probleme, obwohl es ca. drei Viertel von ihnen hilfreich fänden.

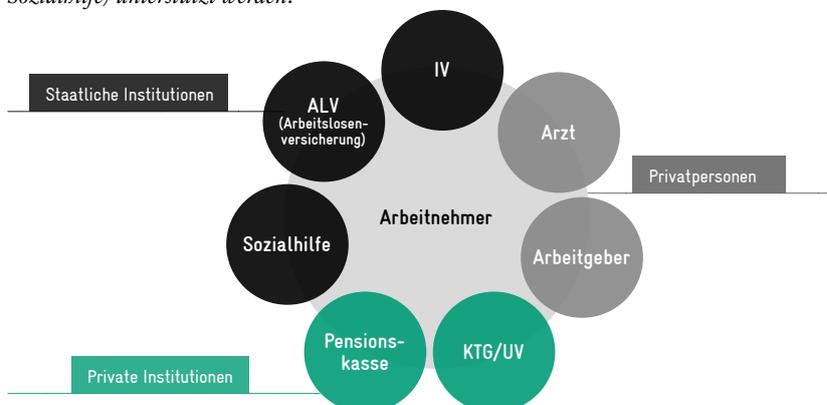
Zweitens sind private Institutionen involviert, die für die Umsetzung von Bundesgesetzen zuständig sind (zum Beispiel KVG, VVG, UVG und BVG). Taggeldleistungen im Krankheits- und Unfallbereich bieten etwa 50 Krankenkassen und 13 Versicherungen an (BAG 2020c, Finma 2019c).¹⁰ Im Unfallbereich ist zudem die Suva für den Industriesektor sowie Angestellte des Bundes und der Bundesbetriebe zuständig. Die 4,2 Mio. Mitarbei-

¹⁰ Die Kranktaggeldversicherung kann entweder nach dem KVG oder nach dem VVG angeboten werden. Circa 90 % der Verträge sind nach letzterem geregelt (*Pro Infirmis* 2021), weil solche Verträge flexibler und preisgünstiger sind.

Abbildung 13

Bei der Invalidität gibt es Schnittstellen zwischen Privatpersonen, privaten und staatlichen Institutionen

Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Ärzte sind die ersten, die von einer Arbeitsunfähigkeit erfahren. Sie können durch private Institutionen (Krankentaggeldversicherer, Pensionskasse) wie durch staatliche Institutionen (IV, aber auch oft Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe) unterstützt werden.



Quelle: Eigene Darstellung

ter (87% aller Erwerbstätigen, BFS 2020e), die der BVG-Pflicht unterstellt sind, erhalten im Invaliditätsfall nebst den IV-Renten eine Rente aus ihrer Pensionskasse. Der Markt ist hier stärker fragmentiert als bei Taggeldleistungen. Man zählte 2018 insgesamt 1562 Vorsorgeeinrichtungen (BFS 2020c). Allerdings ist der Markt stärker konzentriert, als die nackte Anzahl Vorsorgeeinrichtungen vermuten lässt. 240 davon sind sogenannte Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen, was bedeutet, dass sie Lösungen für mehrere Unternehmen anbieten. 98% aller Schweizer Arbeitgeber und 72% der Versicherten sind in einer solchen Einrichtung versichert.

Drittens sind staatliche Institutionen zu nennen. Für den Vollzug der IV sind primär die 26 kantonalen IV-Stellen zuständig (vgl. Kapitel 2). Für den Vollzug der Arbeitslosenversicherung haben vor allem die ca. 100 regionalen Arbeitsvermittlungszentren und die Logistikstellen für arbeitsmarktliche Massnahmen einen direkten Kontakt zu den Stellensuchenden. Das Arbeitslosengeld wird jedoch von den 38 Ausgleichskassen ausbezahlt.¹¹ Schliesslich sind die Kantone, und in vielen Kantonen die Gemeinden für die Durchführung der Sozialhilfe verantwortlich.

Die hohe Zahl der involvierten Akteure kann überraschen. Es zeigt aber die feingliedrige und weitreichende Organisation unseres Sozialsystems, die besonders differenzierte Lösungen und Bürgernähe ermöglicht. Zudem sind selten mehrere Akteure gleichzeitig involviert. Die meisten KTG-Fälle, z.B. nach einem Beinbruch, dauern nur einige Wochen und

11 Jeder Kanton betreibt eine öffentliche Arbeitslosenkasse. Daneben haben Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen von gesamtschweizerischer, regionaler oder kantonaler Bedeutung private Kassen eingerichtet (Arbeit.Suisse 2021).

sind einfach abzuwickeln. Auch vier von fünf Arbeitslose sind weniger als ein Jahr auf der Stellensuche (Seco 2020) und benötigen lediglich Unterstützung durch die RAV. Schliesslich werden 92 % der reglementarischen Leistungen von Pensionskassen für Altersleistungen entrichtet (BFS 2020c). Die Sicherung nach der Pensionierung, nicht die Invalidität im Erwerbsalter steht für sie im Zentrum.

Dank der strikten Trennung der Sozialwerke kann bei Standardfällen eine hohe Effizienz erreicht werden. Eine Zusammenlegung aller involvierten Institutionen unter einem Dach, wie von manchen Politikern verlangt (Wermuth und Meyer 2020), wäre bei diesen «Standardfällen» weder nützlich noch effizient. Eine solche umfassende Allround-Institution würde den Fokus verlieren.

Es gibt aber Fälle, die ein koordiniertes Vorgehen bedingen. Ein Arbeitnehmer, der infolge von Suchtproblemen zuerst seinen Job, dann seine Ehefrau verliert, Schulden anhäuft, in privaten Konkurs gerät und schliesslich depressiv und arbeitsunfähig wird, ist ein besonders illustratives Beispiel. Dabei sind nicht nur unterschiedliche Institutionen mit verschiedenen gesetzlichen Rahmenbedingungen involviert, sondern auch Menschen, die in den jeweiligen Geschäftsstellen gut – oder weniger gut – mit Partnern zusammenarbeiten können.

Wie viel Geld mit einem koordinierten Vorgehen eingespart werden kann, ist schwer abzuschätzen und zu dokumentieren. Auch deshalb, weil der (langfristige) Nutzen zum Teil nicht dort realisiert wird, wo die Koordinationskosten anfallen. Allerdings sind in einer Studie von PK Rück (2014) 90 % der befragten Experten der Ansicht, dass sich eine verbesserte Koordination zwischen den Akteuren positiv auf die Anzahl Renten auswirken würde. In den folgenden Kapiteln wollen wir deshalb anhand von Fallstudien das Verbesserungspotenzial beim koordinierten Vorgehen von Privatpersonen, privaten bzw. staatlichen Institutionen und schliesslich unter allen involvierten Akteuren aufzeigen.

3.2_ Bessere Kommunikation zwischen Arzt, Arbeitnehmer und Arbeitgeber

Gut gemeintes Arztgeheimnis mit unerwünschten Nebenwirkungen

Erkrankt oder verunfallt eine Person, legt der Arzt in einem Arztzeugnis den Grad und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit fest. Aufgrund des Arztgeheimnisses ist aber der Arbeitgeber oft nicht über die Ursachen und die (beruflichen) Folgen der Krankheit im Bild. Dieses Kommunikationsdefizit zwischen dem erkrankten Mitarbeiter, dem Arzt und dem Arbeitgeber ist jedoch einer erfolgreichen Wiedereingliederung am angestammten Arbeitsplatz meist hinderlich.

Für den Arbeitgeber und für die Kollegen, die die Arbeit der erkrankten Personen stellvertretend übernehmen müssen, ist die fehlende Planbarkeit oft eine grosse Belastung. Was kann dem zurückkehrenden

Mitarbeiter zugemutet werden? Wie lang muss die Organisation die Zusatzbelastung selbst auffangen? Oder muss ein neuer Mitarbeiter rekrutiert werden? Solche Unsicherheiten sind Gift für einen Betrieb und zwingen oft den Arbeitgeber zum Handeln. Es kann eine Kündigung des erkrankten Mitarbeiters folgen.

Das Zurückhalten von Informationen ist auch bei einer Wiederaufnahme (oft in Teilzeitanstellung) der Arbeit selbst für die erkrankte Person schwierig. Weil der Arbeitgeber nicht über die Fähigkeiten und Defizite des Mitarbeiters informiert ist, folgt oft eine Überforderung, was den Genesungsprozess gerade bei psychischen Krankheiten verlängert oder gar verunmöglicht.

Auch weiss der Arzt meistens nur ungenügend über die konkreten Rahmenbedingungen und Anforderungen am Arbeitsplatz Bescheid. Jeder Betrieb, jede Stelle ist anders. Ohne dieses konkrete Wissen ist es für den Arzt schwierig, die Arbeitsfähigkeit seines Patienten richtig einzuschätzen. Bei arbeitsplatzbedingten psychischen Krankheiten (z.B. Burn-out oder Mobbing) stehen zudem Ärzte oft in einem Loyalitätskonflikt. Gemäss einer Studie (Baer, in Brotschi 2017) sehen in 80% der Fälle die Psychiater ihre Patienten am Arbeitsplatz unfair behandelt und wollen sie deshalb vor den Arbeitgebern schützen. Bei der Befragung geben die Ärzte aber selber an, dass sie ihre Patienten häufig länger krankschrieben, als sie es aus fachlicher Sicht für nötig hielten. Ein solches Engagement für den Patienten könne therapeutisch hilfreich sein, «*gefährdet aber in dieser Einseitigkeit den Arbeitsplatz der Patienten*», warnt die Studie.

Während es wichtig und richtig ist, dass der detaillierte Gesundheitszustand eines Patienten von einem Arzt vertraulich behandelt wird, wäre eine verbesserte Kommunikation mit dem Arbeitgeber wünschenswert. Gerade im Fall einer Arbeitsunfähigkeit, die auf Problemen am Arbeitsplatz beruht, kann ein offenes Gespräch konfliktlösend sein und der Wiedereingliederung des erkrankten Mitarbeiters helfen.

Ohne konkretes Wissen über die Anforderungen am Arbeitsplatz ist es für den Arzt schwierig, die Arbeitsfähigkeit seines Patienten richtig einzuschätzen.

Arztzeugnisse auf Arbeitsfähigkeit ausrichten

Einfache Arztzeugnisse sind in der Regel auf das Negative fokussiert, sie beschreiben vor allem die *Arbeitsunfähigkeit*. Sie legen Dauer, Arbeitspensum in Prozent und allenfalls den Termin der nächsten ärztlichen Beurteilung fest (Academix 2020). Somit weiss der Arbeitgeber lediglich, wie lange er mindestens im Dunkel steht – mehr nicht.

Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Arbeitgeber besteht darin, Arztzeugnisse anstelle der *Arbeitsunfähigkeit* auf die *Arbeitsfähigkeit* zu fokussieren. Dafür wurden schon zahlreiche Formulare entwickelt, die jedoch kaum benutzt werden. |¹²

12 Zum Beispiel Jobprofil der Suva, Arbeitsplatzbeschreibung und dazu gehörendes detailliertes Arztzeugnis der SIM, weitere «erweiterte Arztzeugnisse» mit integrierten oder separaten Tätigkeitsbeschreibungen (Ostschweiz, VZH) (Compasso 2021a).

Eine neue Initiative mit dem Namen REP (Ressourcenorientiertes Eingliederungsprofil) wurde vom Verein Compasso unter dem Patronat des Schweizer Arbeitgeberverbandes lanciert (vgl. Box 3).

Box 3

REP – die Arbeitsfähigkeit einfach und transparent kommunizieren

Für die Erstellung eines Ressourcenorientierten Eingliederungsprofils (REP) definieren in einem ersten Schritt der Arbeitnehmer zusammen mit seinem Arbeitgeber eine Liste der Tätigkeiten, die für die Stelle relevant sind. Es sind unter anderem Anforderungen an die Körperhaltung (z.B. stehen, sitzen), an die Beweglichkeit (z.B. Kopf drehen, Beine bewegen), an den Verstand (z.B. Konzentrationsfähigkeit, Arbeit selbst planen) und an die Rahmenbedingungen des Arbeitsplatzes (z.B. Arbeitszeit und -ort). Die erforderlichen Tätigkeiten können bedienungsfreundlich online aus einer Checkliste geklickt und ausgedruckt werden.

In einem zweiten Schritt nimmt der Arbeitnehmer die erarbeitete Liste beim nächsten Arztbesuch mit. Der Arzt beurteilt zusammen mit ihm die Fähigkeiten für jede Anforderung (möglich, nicht möglich, wie folgt möglich ...). Das Formular kann von Hand ausgefüllt werden (vgl. Screenshot unten). Es werden nur Informationen zur Einsatzfähigkeit an den Arbeitgeber weitergegeben, aber keinerlei gesundheitsspezifische Daten wie Diagnosen oder Befunde. Für seine Einschätzung erhält der Arzt vom Arbeitgeber 100 Franken. Für den Arbeitnehmer entstehen keine Kosten.

In einem dritten Schritt besprechen Arbeitnehmer und -geber das ausgefüllte Formular und legen das weitere Vorgehen fest. Allein das gemeinsame Vorgehen zeigt, dass alle drei Parteien die Eingliederung fördern wollen, was der Genesung hilft.

Anforderungen an Persönlichkeitsmerkmale	Beurteilung durch die behandelnde Ärztin resp. den behandelnden Arzt	
Sorgfalt / Genauigkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	möglich
	<input type="checkbox"/>	nicht möglich
	<input type="checkbox"/>	wie folgt möglich:
Aufmerksamkeit	<input type="checkbox"/>	möglich
	<input type="checkbox"/>	nicht möglich
	<input checked="" type="checkbox"/>	wie folgt möglich: <i>Diagnose</i>
Pünktlichkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	möglich
	<input type="checkbox"/>	nicht möglich
	<input type="checkbox"/>	wie folgt möglich:
Kritik angemessen entgegennehmen	<input checked="" type="checkbox"/>	möglich
	<input type="checkbox"/>	nicht möglich
	<input type="checkbox"/>	wie folgt möglich:
Flexibilität und Fähigkeit, sich auf neue Situationen einzustellen	<input checked="" type="checkbox"/>	möglich
	<input type="checkbox"/>	nicht möglich
	<input type="checkbox"/>	wie folgt möglich:

Das REP ersetzt die Arbeits(un)fähigkeitsbescheinigungen der Unfall- und Taggeldversicherer nicht. Die Swiss Insurance Medicine (SIM), eine interdisziplinäre Plattform für Versicherungsmedizin, hat aber ein passendes Arbeitsfähigkeitszeugnis entwickelt, das sich auf das REP stützt (SIM 2021).

Das REP genießt dank der Trägerschaft des Vereins Compasso breite Abstützung. Compasso wird nebst dem Patronat vom Schweizer Arbeitgeberverband von drei Hauptsponsoren (Schweizer Versicherungsverband, Helsana und Suva), von acht Sponsoren (Coop, die Mobiliar, die Post, Swisscom, SBB, IV-Stellen-Konferenz, Swiss Life und die Groupe Mutuel) und von weiteren ca. hundert Mitgliedern getragen (Compasso 20201b).

Mit dem REP muss der Arzt nur Fähigkeiten beurteilen, die in einem vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber ausgefüllten Formular als relevant definiert wurden. Mit dieser Vorauswahl spart der Arzt nicht nur Zeit, sondern wird von den Anforderungen in Kenntnisse gesetzt, die für die Stelle seines Patienten von Bedeutung sind. Dank den detaillierten Angaben in Bezug auf die konkreten Anforderungen am Arbeitsplatz reduzieren sich die Informationsdefizite des Arztes gegenüber dem Arbeitgeber.

Mit der differenzierten Beurteilung der Fähigkeiten (möglich, nicht möglich, oder wie folgt möglich...) erhalten Arbeitgeber und Arbeitnehmer ein stellenspezifisches Zeugnis, das in einfacher Sprache formuliert ist und die Planung der Wiederaufnahme der Arbeit vereinfacht. Dabei erfährt der Arbeitgeber wichtige Informationen für die Begleitung seines Mitarbeiters, jedoch unter der Wahrung des ärztlichen Datenschutzes.

Das REP ist ein relativ neues Instrument und wird noch wenig eingesetzt, auch weil das Instrument noch zu wenig bekannt ist. Hier sind Ärzte- und Arbeitgeberverbände gefragt. Mit Informationskampagnen sollten sie ihre Mitglieder auf die Bedeutung und den Nutzen dieses Instruments hinweisen und somit zu einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Arzt und Arbeitgeber beitragen.

Arbeitgeber dürfen allerdings bereits heute ein detailliertes Zeugnis verlangen, sofern sie dem Arzt ein schriftliches Anforderungsprofil der Stelle zustellen und die Zeugniskosten übernehmen (FMH 2020). Das REP bietet die ideale Lösung dafür. Arbeitgeber sollten es möglichst rasch, zum Beispiel ab 30 Tagen Arbeitsunfähigkeit, verlangen.

Arbeitgeber sollten ab 30 Tagen Arbeitsunfähigkeit ein REP verlangen.

Kosteneinsparungen dank schnellerer Wiedereingliederung

Die Vorteile einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Arzt und Arbeitgeber sind sowohl für Arbeitnehmer als auch Arbeitgeber vielfältig: Die an den Gesundheitszustand angepasste Wiedereingliederung am angestammten Arbeitsplatz hilft dem Arbeitnehmer im Genesungsprozess und senkt das Risiko, bei längerer Abwesenheit den Arbeitsplatz zu verlieren. Auch ist eine aktive Beteiligung des Arbeitgebers am Wiedereingliederungsprozess ein Zeichen der Wertschätzung, was sich positiv auf die Motivation des Arbeitnehmers auswirkt.

Eine schnellere Rückkehr des Mitarbeiters in den Arbeitsalltag zahlt sich auch für den Arbeitgeber aus. Dabei reduzieren sich nicht nur die direkten Kosten, die aufgrund der Lohnfortzahlungspflicht anfallen. Basierend auf Erfahrungswerten von Compasso kosten Effizienz- und Qualitätsverluste aufgrund der Arbeitsverteilung auf Kollegen, von Überstundenausgaben, der Einstellung temporärer Hilfskräfte oder allfälligen Rekrutierungsbemühungen bis 250 % der direkten Lohnkosten des fehlenden Mitarbeiters. Für ein durchschnittlichen Lohneinkommen von 60 000 Franken beträgt das Kosteneinsparpotenzial für jeden Tag früherer Arbeitsfähigkeit ca. 580 Franken (Compasso 2021c).

3.3_ Beseitigung von Fehlanreizen bei IV, Krankentaggeldversicherern und Pensionskassen

Die meisten Unternehmen treten ihre Lohnfortzahlungspflicht einer Krankentaggeld- oder Unfallversicherung (Gryps 2016) ab.¹³ Für kleine Unternehmen geht es dabei primär um die Vermeidung des finanziellen Risikos einer längeren Arbeitsunfähigkeit. Für grössere Unternehmen, privat wie öffentlich, die solche Kosten eher selber abfangen könnten, steht eine effiziente und professionelle Abwicklung im Fokus. Auch für die Arbeitnehmer ist eine einfache, unbürokratische Unterstützung wichtig. Gerade psychisch kranke Menschen können durch administrative Aufgaben überfordert werden. Die Unterstützung durch die Krankentaggeldversicherung spielt dabei eine wichtige Rolle.

Geschätztes, aber aufwendiges Case-Management

Gemäss einer Studie von BCG (2010) können 80–90 % der Erkrankungen und 98 % der Unfälle als Standardfälle betrachten werden. Ihr Verlauf, zum Beispiel nach einem einfachen chirurgischen Eingriff oder einem Beinbruch, ist einfach einzuschätzen. Der Pfad zur Genesung ist entweder unproblematisch und bekannt, oder die Konsequenzen sind so dramatisch (z.B. bei einer nicht kurierbaren Krebskrankheit), dass es rasch klar ist, dass eine Rückkehr an den Arbeitsplatz aussichtslos ist.

Es gibt aber Fälle, deren Verläufe weniger deutlich sind. Eine längere Abwesenheit infolge schmerzhaften Rückenproblemen kann zu psychischen Belastungen wie Depression führen, die schliesslich zum Hauptproblem werden. Eine frühe Erkennung und Behandlung solcher Situationen ist äusserst wichtig. Studien zeigen, dass die Eingliederungschancen nach drei Monaten Arbeitsunfähigkeit stark sinken (Movis 2019). Hier können KTG-Anbieter eine wichtige Rolle einnehmen, weil sie oft als erste Institution, lang vor der IV, von einem Krankheitsfall eines Mitarbeiters erfahren.

Die Eingliederungschancen sinken nach drei Monaten Arbeitsunfähigkeit stark.

Bei solchen komplexen Fällen stellen Krankentaggeldversicherer der erkrankten Person manchmal einen Case-Manager zur Seite, der sie, aber auch deren Arbeitgeber unterstützt und beide während des Wiedereingliederungsprozesses begleitet. Er analysiert die Gesamtsituation und zieht medizinische, versicherungstechnische und finanzielle Faktoren mit ein und kann passende Massnahmen für eine Wiedereingliederung ergreifen. Damit können Arbeitnehmer auf eine professionelle Unterstützung zählen, und die Arbeitgeber wissen, dass ihre Mitarbeiter nicht allein gelassen werden. Die Arbeitgeber profitieren auch von einer rascheren Wiedereingliederung des Mitarbeiters.

¹³ In den folgenden Abschnitten werden wir uns auf erkrankte Personen fokussieren.

Gleiches Ziel, unterschiedliche Interessen

Eine individuelle Fallbegleitung mit einem Case-Manager ist zeit- und kostenintensiv, sie kann nicht für alle Patienten angeboten werden. Der Entscheid, einen Case-Manager einzusetzen, hängt von diversen Faktoren ab. Dabei spielen die Einschätzung einer möglichen erfolgreichen Eingliederung, die versicherte Lohnsumme, die restliche Dauer der Lohnfortzahlungspflicht und schliesslich die Bedeutung des Einsatzes eines Case-Managers für die Pflege der Kundenbeziehung eine Rolle. Diese Faktoren werden je nach Versicherungsunternehmen anders gewichtet. Der Wettbewerb zwischen den Anbietern stellt sicher, dass das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer solchen Massnahme optimiert wird und somit die besten Versicherungsprämien resultieren.

Allerdings ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis des Case-Managements umstritten. Um die 2010er Jahre wurden Einsparungen im Umfang von 1–2 % der Leistungen hochgepriesen, wenn alle komplexen Fälle durch einen Case-Manger begleitet werden (BCG 2010). Auch die Suva, die PK Rück und die Stadt Zürich meldeten damals starke Rückgänge ihrer Invaliditätsfälle dank ihrem Case-Management (Schaufelberger 2014, PK Rück 2014).

Unterdessen erheben sich kritische Stimmen. Zum Beispiel wurden in einer Studie für die Suva keine signifikanten Unterschiede bei der Erwerbsfähigkeit und beim Invaliditätsgrad zwischen Fällen mit Case-Management und anderen komplexen Fällen der Suva festgestellt (Scholz et al. 2015). Allerdings trägt diese Untersuchung den firmeninternen Berechnungen von möglichen Externalitäten nicht Rechnung. Es werden nur die Kosten und die Einsparungen beziffert, die für die Firma des Case-Managers anfallen. Vom Nutzen dieser Koordinationsarbeit profitieren aber die Pensionskassen und die IV, ohne dass sie dafür etwas aufwenden müssen. Umgekehrt leiden sie unter dem Schaden bei fehlendem oder erfolglosen Case-Management. Dieses Aufsplitten der Akteure kann zu Fehlanreizen führen.

Vom Case-Management profitieren die Pensionskassen und die IV, ohne dass sie dafür etwas aufwenden müssen.

Findet zum Beispiel eine Intervention spät statt, sinken die möglichen Einsparungen für den KTG-Versicherer, weil seine Leistungen zeitlich auf maximal 730 Tagen limitiert sind. Überspitzt formuliert, kann es sich für ihn kaum lohnen, wenige Wochen vor Fristablauf noch Tausende von Franken zu investieren, auch wenn damit eine Eingliederung möglich wäre. Doch eine (späte) Eingliederung würde sich für die IV und für die Pensionskasse nach wie vor lohnen, weil damit eine Rente, die über mehrere Jahrzehnte bezahlt werden muss, vermieden oder reduziert werden könnte. ¹⁴

Zudem ist der KTG-Versicherer nur solange zahlungspflichtig, bis die IV aktiv wird und diese der versicherten Personen selber Eingliederungsmassnahmen anbietet. Dies wiederum birgt Interessenkonflikten: Es läge

¹⁴ Bei den Pensionskassen entfallen zudem Einnahmen aufgrund der Prämienbefreiung der erkrankten Person.

im Urinteresse der IV, dass möglichst rasch Eingliederungsmassnahmen zugesprochen werden, egal wer sie finanziell trägt, doch wird sie selber früh aktiv, muss sie die Kosten der Massnahmen und die entsprechenden Taggelder übernehmen.

Diese finanziellen Fehlanreize sind ein klassischer Fall eines Phänomens, das Ökonomen positive Externalitäten nennen. Der Nutzen einer Handlung, hier das Case-Management des Krankentaggeldversicherers, fällt nicht nur dort an, wo die Ausgaben getätigt werden. Auch die Pensionskasse und die IV profitieren davon, obwohl sie sich an diesen Kosten nicht beteiligen. Diese Verzerrung ist nicht nur «ungerecht», sie führt zu suboptimalen Ergebnissen für alle Beteiligten. Trotz Bedarf für einen Case-Manager und einem Gesamtnutzen über alle involvierten Akteure hinweg werden zu wenige Case-Manager eingesetzt, weil es aus der Sicht des Krankentaggeldversicherers nicht rentiert. Dadurch leiden die anderen Leistungserbringer und vor allem die betroffenen Personen, die nicht genügend unterstützt werden.

Um ein besseres Gesamtergebnis zu erreichen, braucht es finanzielle Mechanismen, die solche positiven Externalitäten internalisieren. Im Klartext: Die Kosten des Case-Managements müssen durch alle mitgetragen werden, die auch von dessen Nutzen profitieren. In den folgenden Kapiteln wollen wir Wege zu diesem Ziel aufzeigen.

Die Kosten des Case-Managements müssen durch alle mitgetragen werden, die auch von dessen Nutzen profitieren.

Pensionskassen oft zu spät an Bord

In der Praxis erfahren Pensionskassen spät von einer verlängerten Arbeitsunfähigkeit, trotz zunehmenden Bemühungen um Frühinterventionen. Somit können sich Pensionskassen erst spät im IV-Prozess beteiligen, wobei die Koordination mit dem Arbeitgeber und dem Krankentaggeldversicherer oft fehlt. Der ungenügende Informationsaustausch kann dazu führen, dass eine Pensionskasse ein eigenes Case-Management durchführt, auch wenn ein solches bereits vom Krankentaggeldversicherer angeboten wird. Selbst wenn Informationen ausgetauscht und Doppelspurigkeiten vermieden werden, muss immer neu verhandelt werden, wer die Fallführung übernimmt und wie die Kosten aufzuteilen sind.

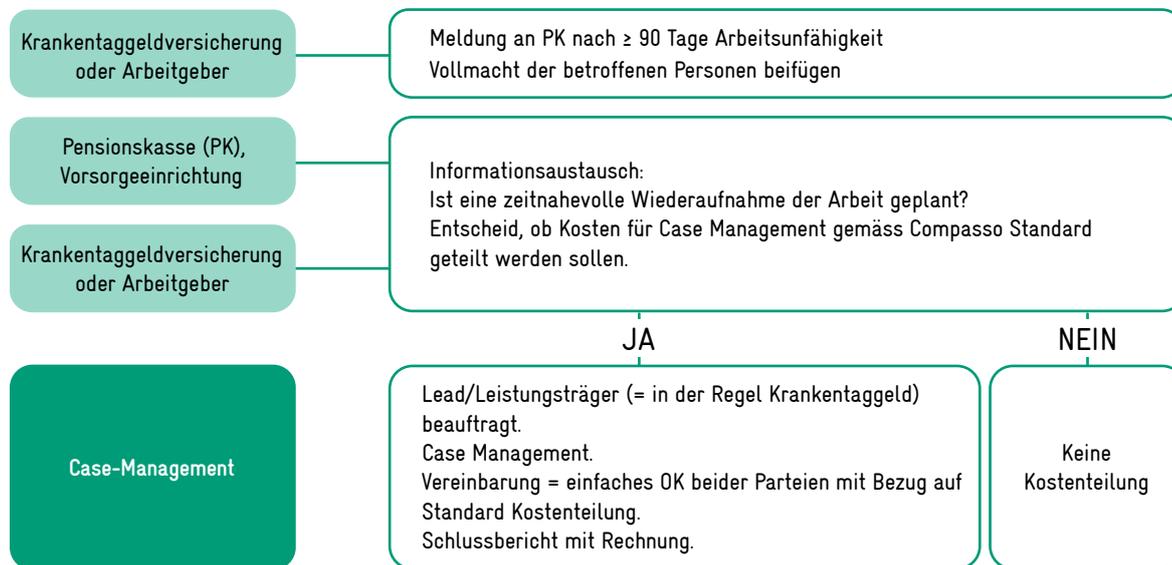
Um solchen Schwierigkeiten einfach und unbürokratisch auszuweichen, hat der Verein Compasso einen «Standard für die Case-Management-Kostenteilung in der (Wieder-) eingliederung» entwickelt (Compasso 2021d), der die Zusammenarbeit zwischen dem Krankentaggeldversicherer/ Arbeitgeber und der Pensionskasse regelt.

Abbildung 14 veranschaulicht die Etappen des Zusammenarbeitsmodells. Ist ein Mitarbeiter länger als 90 Tage arbeitsunfähig, richtet der Krankentaggeldversicherer oder der Arbeitgeber, falls dieser über keine Krankentaggeldversicherung verfügt, eine Meldung zusammen mit einer Vollmacht des erkrankten Mitarbeiters an die Pensionskasse. Die Vollmacht stellt sicher, dass während dem Datenaustausch die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen eingehalten werden.

Abbildung 14

Der Compasso-Standard vereinfacht die Zusammenarbeit zwischen Arbeitgeber, Krankentaggeldversicherer und Pensionskasse

Umfang, Kostendach und Fallführung für das Case-Management können einfach und pragmatisch anhand des Compasso-Standards definiert und dokumentiert werden.



Quelle: Eigene Darstellung

Danach findet ein Gespräch zwischen der Pensionskasse und dem Krankentaggeldversicherer bzw. dem Arbeitgeber statt, um zu entscheiden, ob ein Case-Management sinnvoll ist und wie die Kosten geteilt werden. In der Regel werden die Kosten je hälftig getragen und es wird ein Kostendach für das Case-Management festgelegt. Der Krankentaggeldversicherer übernimmt meistens den Lead des Falls. Für die Teilung der Kosten für das Case-Management reicht eine einfache Zustimmung (z.B. per E-Mail) der involvierten Akteure aus. Nach Abschluss des Case-Managements erhält die Pensionskasse einen Abschlussbericht sowie eine Rechnung.

Trotz formell breiter Abstützung des Compasso-Vereins (vgl. Box 3) ist die Anwendung dieses Standards in der Praxis noch nicht flächendeckend. Einerseits ist diese Kostenteilung ein relativ neues Instrument. Andererseits waren bisher die Mittel zur Finanzierung von Informationskampagnen limitiert. Hier wäre es zu begrüssen, wenn grosse Sammelstiftungen, einzeln oder über ihre Dachorganisationen, wie die Interessengemeinschaft autonomer Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen «Interpension» oder der Schweizer Pensionskassenverband Asip, sich stark für die Verbreitung dieses Standards einsetzen würden.

Frühinterventionsphase der IV dem Krankentaggeldversicherer überlassen

Um die Zusammenarbeit mit den IV-Stellen zu verbessern, haben manche Krankentaggeldversicherer Vereinbarungen mit einzelnen IV-Stellen abgeschlossen, die die Verantwortung für das Case-Management während der Frühinterventionsphase an den Krankentaggeldversicherer delegieren.

Dabei übernimmt die Krankentaggeldversicherung den Lead und informiert die IV-Stelle über die Fallentwicklung. Bei manchen Kooperationsverträgen ist es auch möglich, dass die vom Krankentaggeldversicherer erstellten Berichte im Anschluss von der IV als interne Dokumente übernommen werden. Dies stellt den Informationsaustausch zwischen beiden Institutionen sicher und verhindert unnötige Doppelabklärungen, was auch für die versicherten Personen eine Entlastung bedeutet.

IV-Stellen sollten daher die Möglichkeit prüfen, die Durchführung von manchen Frühinterventionsmassnahmen mittels Leistungsaufträgen und der entsprechenden Vergütung, den Krankentaggeldversicherern zu überlassen. Die Krankentaggeldversicherer ihrerseits könnten sich als Gegenleistung zu einer Lohnfortzahlung bis zum Abschluss der Massnahmen verpflichten.

Mit solchen lokalen Initiativen versuchen die Krankentaggeldversicherer, ihre Prozesse zu optimieren und sich somit einen Vorteil zu verschaffen – beim Preis wie bei der Kundenzufriedenheit. Die dezentrale, wettbewerbsorientierte Organisation der Branche fördert nicht nur Innovationen und effektivere Lösungen. Die Privatwirtschaft erarbeitet auch Konzepte, wovon staatliche Institutionen zuletzt profitieren.

Interviews mit Experten aus der privaten Assekuranz wie von IV-Stellen ergaben jedoch, dass solche Initiativen sehr stark von den persönlichen Beziehungen vor Ort abhängig sind. Auch im Bereich Invalidität «menschelet» es, wie überall.

Der Wettbewerb der Ideen und der Prozesse ist zu begrüessen und zu fördern, eine Pflicht für solche Vereinbarungen würde diese Entwicklungschancen jedoch eher schwächen. Aus Systemsicht könnte man die Rahmenbedingungen verbessern, um solche Lösungen zu begünstigen.

Dafür wären zum Beispiel Mindestanforderungen für die Kundendokumentation zu definieren, die die gegenseitige Anerkennung der Akten ermöglichen würden. Abklärungen, die von den Krankentaggeldversicherungen vorgenommen werden, könnten dann besser von der IV übernommen werden und umgekehrt – selbstverständlich unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen. Es geht nicht darum, «ein» identisches Formular zu definieren, das für alle Firmen zu verwenden wäre – hier braucht es weiterhin Spielraum für spezifische Elemente – sondern um die Definition von minimalen Pflichtfeldern, die die Bedürfnisse der IV- und der KTG-Anbieter erfüllen.

In einem weiteren Schritt wäre, analog zum Compasso-Standard zwischen den KTG-Versicherern und den Pensionskassen, die Entwicklung von Prozessen anzustreben, die einfach und pragmatisch den Einsatz eines allfälligen Case-Managers definiert: Wer übernimmt den Lead, wie hoch ist das Kostendach und wer trägt welchen Anteil der Kosten? Denkbar wäre dafür eine Ausweitung der Compasso-Aktivitäten, oder eine Initiative der IV-Stellen-Konferenz mit dem Schweizer Versicherungsverband.

3.4_ Weniger Doppelspurigkeiten bei der interinstitutionellen Zusammenarbeit

IV, ALV und Sozialhilfe: Partner und Konkurrenten

Drei staatliche Institutionen sind im Bereich der beruflichen Wiedereingliederung tätig: die IV, die ALV und die Sozialhilfe (vgl. Abbildung 12). Je nach Situation kann eine erkrankte Person Leistungen nur von manchen oder aber von allen drei Versicherungen sequenziell oder parallel in Anspruch nehmen. Die Reihenfolge kann variieren: Es gibt Personen, die auf die Sozialhilfe angewiesen sind, bis ihnen Leistungen der IV zugesprochen und überwiesen werden. Es gibt aber auch Personen, die zuerst Tagelder der IV beziehen, bevor sie ALV und/oder Sozialhilfe erhalten, nachdem ihr IV-Antrag (teilweise) abgewiesen wurde.

Für die betroffenen erkrankten Personen, die schon mit ihrer Krankheit konfrontiert sind, ergeben sich durch diese unterschiedlichen Sozialversicherungen zusätzliche Komplikationen. Aus ihrer Sicht sind sie «einfach» arbeitsunfähig und deshalb auf ein Ersatzeinkommen angewiesen. Welche Versicherung in welcher Reihenfolge zuständig ist, entzieht sich ihrem Wissen. Die unterschiedlichen persönlichen Verläufe bedeuten auch, dass sie oft ähnliche, aber nicht identische Angaben liefern müssen, was Unverständnis und Frustration auslösen kann. Sind sie zudem beispielweise gleichzeitig bei der IV und ALV angemeldet, haben sie verschiedene Ansprechpersonen, die unterschiedliche Anforderungen an sie stellen.

Solche Doppelspurigkeiten spiegeln sich auch auf der Seite der Arbeitgeber. Damit kämpfen die an der beruflichen Wiedereingliederung beteiligten Sozialversicherungen um ihre Gunst, damit sie möglichst viele ihrer Klienten in den Arbeitsmarkt eingliedern können. Arbeitgeber werden dafür durch die Sozialversicherungen direkt oder indirekt über externe Leistungserbringer kontaktiert, zum Beispiel aus dem sekundären Arbeitsmarkt. Wie für die erkrankten Personen spielt es jedoch für einen potenziellen Arbeitgeber kaum eine Rolle, welche Sozialversicherung zuständig ist und woher ein möglicher Kandidat kommt. Auch bedeuten die vielfältigen Kontaktpersonen Doppelspurigkeiten, die dazu führen, dass Arbeitgeber die Situation in ihrem Betrieb mehrmals beschreiben müssen.

Die verschiedenen Sozialversicherungen kämpfen gleichzeitig um die Gunst der Arbeitgeber.

Der Einsatz von verschiedenen Sozialversicherungen in der beruflichen Integration bringt auch die politischen Exekutiven in Konkurrenz. Projekte im Bereich der arbeitsmarktlichen Integration fallen oft in die Kompetenz der Volkswirtschaftsdirektion, Umschulungsprogramme in diejenige der Bildungsdirektion, während die Sozialhilfe wiederum bei der Direktion für Soziales angegliedert ist (in vielen Kantonen ist diese sogar auf Stufe Gemeinde verankert). Für eine bessere Koordination aller drei Bereiche braucht es deshalb die Zustimmung und die finanziellen Mittel von mindestens drei politischen Entscheidungsträgern.

Bessere Koordination dank interinstitutioneller Zusammenarbeit

Um die Koordination zwischen der IV, ALV und SH zu verbessern, wurde 2008 im Rahmen der 5. IV-Revision das Konzept der interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) gesetzlich verankert und danach in diversen kantonalen Gesetzen präzisiert (Bieri et al. 2013).

Eine wichtige Voraussetzung für die Zusammenarbeit war die Regelung des Austausches von Klienteninformationen unter Einhaltung des Datenschutzes, um Kommunikationsdefizite und Doppelspurigkeiten zu reduzieren. Bestimmungen in diesem Sinne wurden zwar 2003 in den Gesetzen der IV und der ALV definiert (Art. 68bis IVG, Art. 85f AVIG). Doch lange blieb die Frage offen, ob eine Institution die Fallführung einer anderen übertragen kann, um den Klienten «aus einer Hand» zu betreuen. Zwei wichtige Gutachten im Auftrag des Seco haben 2018 Klarheit geschaffen und grünes Licht gegeben (Die Volkswirtschaft 2018). So können komplexe Fälle an eine Institution befristet übertragen werden. Auch kann vorübergehend auf einen Nachweis von Arbeitsbemühungen verzichten werden, was sonst zwingend wäre, um in den Genuss von einer Arbeitslosenentschädigung zu kommen.¹⁵ Ausserdem wurde der Datenaustausch und Datenbearbeitung im Informationssystem geklärt.

Komplexe Fälle können an eine andere Institution befristet übertragen werden.

Auf Stufe Bund wurde zudem 2010 die nationale IIZ-Organisation für die strategische Steuerung und Förderung der IIZ gegründet (IIZ 2010). Sie hat jedoch nur eine Koordinationsfunktion. Die Umsetzung der IIZ liegt in der Verantwortung der Kantone. Der Umfang, die involvierten Partner und die Art der Tätigkeiten der IIZ variieren von Kanton zu Kanton stark. 2013 wurden in einer Erhebung schweizweit 87 Zusammenarbeitsformen identifiziert; multilaterale oder bilaterale Kooperationen, Projekte mit oder ohne gemeinsame Fallführung (Bieri et al. 2013).

Kantone als Versuchslabor

Die Qualität und die Umsetzung der IIZ ist kantonal sehr unterschiedlich, auch deshalb, weil die Bedürfnisse je nach Region stark abweichen.

¹⁵ Diese Pflicht kann bei einer sozialen Eingliederung oder einer Stabilisierung eines Betroffenen für bis zu drei Monate ausgesetzt werden. In Ausnahmefällen und mit individueller Begründung kann eine längere Frist gewährt werden (Schenk und Kieser 2018).

Und nicht immer führt eine gute Idee zu guten Resultaten. Der zusätzliche Koordinationsaufwand kann manchmal den Nutzen der Koordination untergraben, was in den Anfangsjahren der IIZ zum Teil bemängelt wurde (Bieri et al. 2013). Die kantonale Verankerung der IIZ ermöglicht es jedoch, lokale Pilote rasch aufzugleisen, die bei Erfolgen später von anderen Kantonen, allenfalls angepasst, übernommen werden. Die Kantone als Versuchslabore fördern den Ideenwettbewerb.

Unsere Untersuchungen in dieser Studie haben ergeben, dass sich Modelle als besonders interessant erweisen, die eine enge Zusammenarbeit im Bereich der Eingliederungsmassnahmen und Arbeitsvermittlung zwischen den Institutionen fördern. So haben im Kanton Waadt das RAV und die Sozialhilfedienste der Stadt Lausanne personelle und finanzielle Ressourcen in einem eigens dafür geschaffenen Team «Unité Commune ORP-CSR» gebündelt. Dieses multidisziplinäre Team spezialisiert sich auf komplexere Fälle und verfügt über mehr Ressourcen (d.h. mehr Berater pro 100 Fälle). Gemäss einer wissenschaftlichen Auswertung (Bonoli et al. 2017) konnten damit die Fallkosten um ca. 11% – verglichen mit einer Kontrollgruppe – gesenkt werden, vor allem weil mehr Fälle abgeschlossen werden konnten. Diese Einsparungen decken sich etwa mit den zusätzlichen Ausgaben, die durch die engere Betreuung entstehen.

Im Kanton Freiburg wurden mit dem Projekt «Integrationspool+» drei Coaching-Tandems, bestehend aus je einem RAV-Personalberater und einem Sozialarbeiter geschaffen, die in derselben Struktur und am selben Ort eng zusammenarbeiten. Gemäss einer Auswertung des Seco zeichnet sich die Wirksamkeit des Integrationspools durch einen positiven Investitionsertrag aus, und 40% mehr Betroffene können damit eine Stelle finden als im herkömmlichen Umfeld (Staat Freiburg 2018).

Andere Kantone lassen die Strukturen stehen, passen aber die Prozesse an und übergeben die Fallführung für komplexe Klienten an diejenige Institution, die fachlich für die Betreuung am besten ausgestattet ist – unabhängig vom Leistungsanspruch des Betroffenen. So lancierte 2018 der Kanton LU das Projekt «Optima», das die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt von Klienten der RAV, IV und Sozialhilfe verbessern soll. Künftig arbeiten die drei Institutionen fallweise zusammen, wobei nicht die Ausrichtung des jeweiligen Sozialversicherungssystems, sondern die Bedürfnisse des Klienten im Vordergrund stehen (Kanton Luzern 2018).

Einen Schritt weiter geht der Kanton AG: Nach einem erfolgreichen siebenjährigen Pilotprojekt («Pforte Arbeitsmarkt») in zehn Gemeinden des Bezirks Kulm bieten seit April 2019 im ganzen Kanton AG die IV-Stelle, die RAV-Zentren und viele Sozialdienste ihre Dienste im Bereich Arbeitsmarktintegration zusammen unter einem Dach an. Dadurch profitieren Antragssteller von einem breiteren Dienstleistungsangebot, die Schnittstellen werden für die Betroffenen und für potenzielle Arbeitgeber reduziert, ohne dass gesetzlichen Bestimmungen der einzelnen Sozialversicherungen verändert werden müssen (vgl. Box 4).

Die Einsparungen decken sich etwa mit den zusätzlichen Ausgaben, die durch die engere Betreuung entstehen.

«Kooperation Arbeitsmarkt» Kanton Aargau – alles unter einem Dach

«Kooperation Arbeitsmarkt» bringt im Kanton AG die IV-Stelle, das RAV und einen Teil der kommunalen Sozialdienste |¹⁶ unter einem Dach zusammen.

Triage und Fallführung: Jeder Antragssteller meldet sich, je nach Ursache des Lohnverlustes, beim zuständigen RAV, bei der IV oder der Sozialhilfe an. Falls RAV und IV beide einen Anspruch der versicherten Person auf Massnahmen mit Taggeldern anerkennen, übernimmt die IV die Fallführung und koordiniert die Leistungen mit der ALV. Die Gemeinden können zudem für stellensuchende Personen aus der Sozialhilfe Unterstützung bei der beruflichen Eingliederung durch auf Komplexfälle spezialisierte Mitarbeitende der RAV einkaufen, auch wenn kein Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung besteht. Die Ämter bleiben räumlich und organisatorisch getrennt.

Nur eine Schnittstelle mit Arbeitgebern: Das RAV stellt alle Kontakte mit Arbeitgebern im Zusammenhang mit Personen sicher, die durch die Kooperation Arbeitsmarkt begleitet werden. Dieses übernimmt die Vermittlung in den Arbeitsmarkt sowohl von IV- wie von ALV-Stellensuchenden sowie von Klienten der Sozialhilfe, für die ein entsprechender Auftrag der Gemeinde erteilt wurde. Dadurch profitieren die Klienten der IV und der Sozialhilfe der beteiligten Gemeinden vom Netzwerk der RAV-Mitarbeiter, die anderen Ämter werden von dieser Aufgabe entlastet und die Unternehmen haben nur eine Kontaktperson bei ihrem zuständigen RAV. Auch werden sämtliche offenen Stellen an die gemeinsame Anlaufstelle des RAV geleitet, die wiederum intern (inkl. IV und Sozialhilfe) die passenden Profile aussucht.

Breiteres Dienstleistungsangebot: Durch die Zusammenführung unter einem Dach profitieren die Klienten von einem breiteren Angebot, weil die Instrumente der einzelnen Sozialversicherungen teilweise komplementär sind. So können IV-Klienten Bildungsmaßnahmen der RAV in Anspruch nehmen, die für eine Bewerbung im ersten Arbeitsmarkt nützlich sind. Umgekehrt können die RAV und ihre Klienten vom spezifischen Knowhow der IV bei der Betreuung und Wiedereingliederung gesundheitlich beeinträchtigter Personen profitieren.

Finanzierung durch Leistungsaufträge: Die getrennte Finanzierung der einzelnen Sozialversicherungen bleibt erhalten, die Mittel werden nicht zusammengeführt. Für ihre jeweiligen Leistungen stellen die einzelnen Versicherungen den anderen Ämtern bzw. für die Sozialhilfe, die im Kanton AG kommunal geregelt ist, den Gemeinden eine Rechnung (Kanton Aargau 2021).

Schliesslich ist eine interessante Kooperation zu erwähnen, die sowohl private wie staatliche Institutionen im Kanton GE zusammenbringt, allerdings nur für IV-Fälle aus der Baubranche. Im «Accord paritaire genevois» haben der Arbeitgeberverband und die Gewerkschaften der Baubranche, einige Taggeldversicherer, die Suva sowie die kantonale IV-Stelle eine Vereinbarung unterzeichnet, mit dem Ziel, verunfallte oder erkrankte Mitarbeiter bei der Wiedereingliederung zu unterstützen. Die Vereinbarung sieht vor, dass sich die involvierten Akteure monatlich für eine Besprechung der zu unterstützenden Fälle treffen. Zeigen sich Frühinterventionsmassnahmen bei einer verunfallten oder erkrankten Person als angebracht, teilen sich auf Basis der Vereinbarung die Akteure die anfallenden Massnahmenkosten auf: Versicherungen oder Suva 10 000 Fr., der paritätische Fond 2500 Fr. und die IV bis 5000 Fr. (FGMB 2019).

¹⁶ Im Kanton AG ist die Sozialhilfe auf Stufe Gemeinde organisiert. Letztere können, müssen aber nicht an der Kooperation Arbeitsmarkt teilnehmen.

Dank den monatlichen Treffen, die Akteure mit Entscheidungskompetenz vereint, können schneller Massnahmen veranlasst und ein besseres Follow-up garantiert werden. In einer Analyse im Auftrag des BSV mit einer Vergleichsgruppe mussten dadurch weniger IV-Renten zugesprochen werden (10 Prozentpunkte weniger), während die Anzahl Wiedereingliederungen um 10 Prozentpunkte höher lag (Flamand-Lew et al. 2017). Diese enge Zusammenarbeit ist möglich, weil die Baubranche im Kanton Genf zwar sehr fragmentiert ist, jedoch sowohl auf Seite der Arbeitnehmer- als auch der Arbeiterschaft stark organisiert ist. Die Unternehmen sind an die gleiche gemeinsame Pensionskasse angeschlossen und werden nur von drei Krankentaggeldversicherern (Krankheit) und von der Suva (Unfall) versichert. Somit sind wenige Akteure involviert, die für die ganze Branche handeln. Das Übertragbarkeitspotenzial dieses Modells auf andere Branchen oder Kantone ist deshalb begrenzt.

Diese Beispiele zeigen es: Die Kantone reagieren mit unterschiedlichen Antworten auf unterschiedliche Herausforderungen. Es wäre falsch, schweizweit gültige IIZ-Modelle zu verordnen. Ob die IIZ wie im Kanton AG unter einem Dach erfolgt, sollte die Entscheidung der Kantone bleiben. Wichtig ist, Transparenz über diesen Wettbewerb der Ideen zu schaffen und die Erfolge dieser kantonalen Praktiken zu dokumentieren. Mit öffentlich zugänglichen Wirkungsberichten kann die nationale IIZ-Organisation eine Übersicht der Erfolge verschiedener IIZ-Modelle erstellen und auf Wunsch die Kantone auf Verbesserungsmöglichkeiten hinweisen. Aber auch die kantonalen und nationalen Parlamentarier sollten genauer hinschauen und ihre Exekutive auffordern, Rechenschaft über die Ziele und Fortschritte der IIZ abzulegen.

Die Parlamentarier sollten ihre Exekutive auffordern, Rechenschaft über die Ziele und Fortschritte der IIZ abzulegen.

3.5_ Zwischenfazit: Von vier Schnittstellen zu vier Nahtstellen

In komplexen Invaliditätsfällen müssen zahlreiche private Akteure sowie private und staatliche Institutionen involviert werden. Jede damit geschaffene Schnittstelle birgt die Gefahr, Informationen zu verlieren oder doppelt zu erheben. Auch bei Eingliederungsmassnahmen können Doppelspurigkeiten im besten Fall unnötigen Zusatzaufwand verursachen und im schlimmsten Fall kontraproduktiv wirken. Wie können solche Schnittstelle zu Nahtstellen werden?

– **Bessere Kommunikation zwischen Mitarbeitern, Arbeitgeber und Arzt:** Der Dialog zwischen diesen drei Parteien kann verbessert werden, indem die Arbeitsfähigkeit (statt -unfähigkeit) in den Vordergrund gestellt wird. Instrumente wie das Ressourcenorientierte Eingliederungsprofil (REP) schaffen eine gemeinsame, einfache und lösungsorientierte Sprache, die die Wiedereingliederung fördern. Arbeitgeber können bereits heute ein detailliertes Arztzeugnis verlangen, was jedoch nur selten erfolgt. Der systematische Einsatz des REP, zum Beispiel bei Absenzen ab 30 Tagen, kann dem Arbeitgeber einen Einblick verschaffen, um die Rückkehr des Mitarbeiters besser zu planen. Die

wiederholte Information und Involvierung der Arbeitgeberverbände sowie der medizinischen Fachgesellschaften (allen voran Hausärzte und Psychiater) kann zudem die Verbreitung des REP unterstützen.

– **Klare Kostenteilung zwischen KTG-Versicherern und Pensionskassen:** Diese kann mit dem Compasso-Standard für die Kostenteilung bei Case-Management verbessert werden. Der Standard regelt auf unbürokratische Weise die Rollen- und Kostenteilung sowie das Kostendach. Seine systematische Anwendung durch die Compasso-Mitglieder ist zu fördern. Zudem sollten weitere firmeneigene Pensionskassen und vor allem Sammeleinrichtungen dem Compasso-Standard beitreten und diesen konsequent anwenden.

– **Mehr Durchlässigkeit zwischen KTG-Versicherern und IV:** Krankentaggeldversicherungen erfahren deutlich früher als die IV von langfristigen Arbeitsunfähigkeiten. Die vom KTG-Versicherer erfassten Informationen sind so zu strukturieren, dass sie dann von den kantonalen IV-Stellen verwendet werden können und dürfen. Hier sind das BSV, die IVSK und der SVV gefordert, solche Standards zu entwickeln. Für die Abgeltung dieser Vorleistungen und vor allem für die Kostenbeteiligung an Case-Management-Aktivitäten müssen die gleichen Partner Vereinbarungen, analog zum Compasso-Standard, zwischen dem KTG-Versicherer und den IV-Stellen definieren. Umfang, Fallführung und Zuständigkeit für einzelne Eingliederungsmassnahmen (IV oder KTG) müssen einfach und pragmatisch geregelt werden, damit jene Institution zum Zuge kommt, die für eine Aufgabe über die besten Ressourcen und Kompetenz verfügt. So können finanzielle Fehlanreize reduziert und die Kosten von allen mitgetragen werden, die vom Nutzen des Case-Managements profitieren.

– **Mehr Delegation zwischen staatlichen Institutionen (IV, ALV, SH):** Gemeinsame Strukturen können helfen, das Wissen aus verschiedenen Institutionen zu bündeln und die Klienten von einem breiteren Angebot profitieren zu lassen. Viel Potenzial haben Modelle, die wie im Kanton AG auf bestehende Strukturen aufbauen, aber via Fallführung durch ein Amt und Leistungsaufträge zwischen den einzelnen Versicherungen funktionieren. Arbeitnehmer wie Arbeitgeber haben damit nur eine Ansprechperson, die Finanzierung bleibt transparent und die Effizienz der einzelnen Strukturen erhalten. Welches Modell in welchem Kanton besser passt, hängt von den lokalen Gegebenheiten ab. Sich über diese Unterschiede zu informieren und eine laufende Überprüfung dieser Strukturen zu verlangen, obliegt der Verantwortung der kantonalen Parlamente.

4_ Liberaler Reform der Versicherung von Invalidität

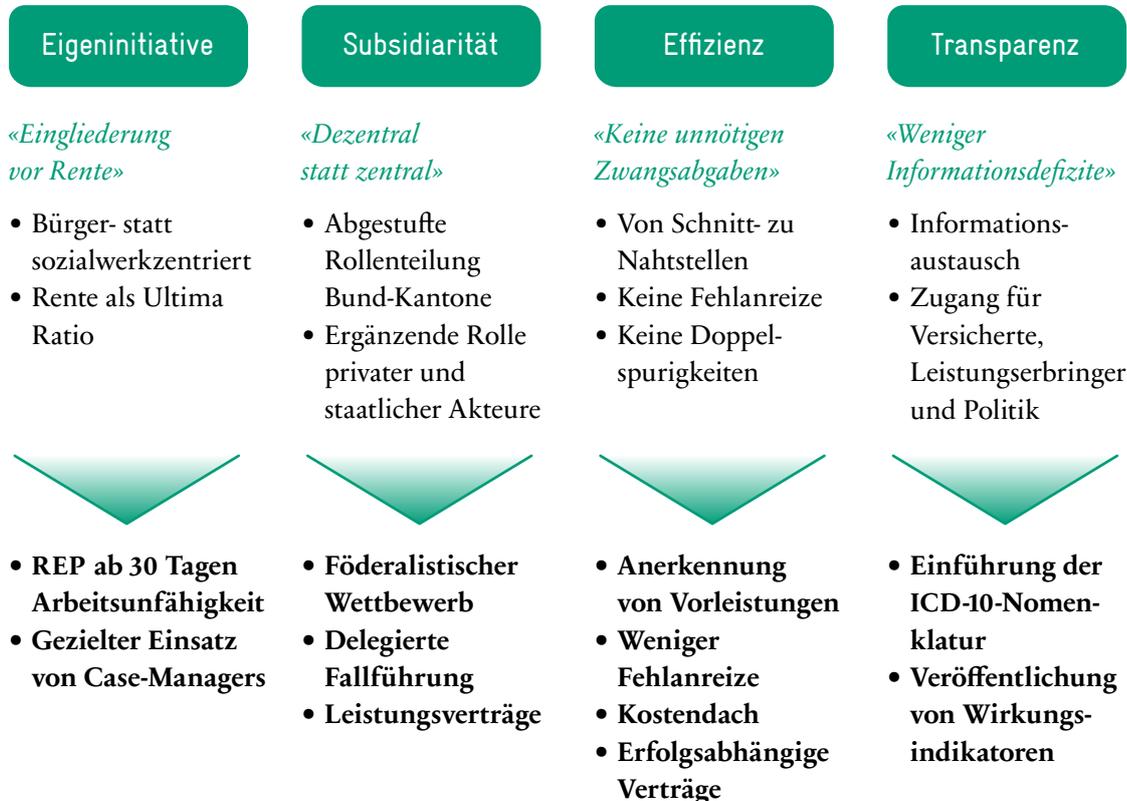
Die jährlichen Kosten infolge von Invalidität übersteigen 24 Mrd. Fr., nur etwa ein Drittel davon wird von der Invalidenversicherung IV getragen. Diese Kosten entstehen bei der Behandlung der Krankheit oder des Unfalls, bei den Bemühungen für eine (Wieder-) Eingliederung und bei der Ausrichtung einer (Teil-) Rente. Zahlreiche private Akteure sowie private und staatliche Institutionen sind in diesen komplexen Prozess involviert. Kaum ein Invaliditätsantrag, vor allem bei psychischen Erkrankungen, gleicht dem anderen, und in den meisten Fällen sind massgeschneiderte Lösungen nötig.

Für die Bewältigung dieser Komplexität taugen keine allgemeinen Rezepte und keine zentral gesteuerten Ansätze. Viel mehr braucht es Leitprinzipien (vgl. Abbildung 15), die das Zusammenwirken der Beteiligten fördern und Raum für individuelle Lösungen für und mit den Klienten geben.

Abbildung 15

Vier Leitprinzipien für die Versicherung der Invalidität

Die Komplexität der Versicherung der Invalidität im weiteren Sinne lässt sich nicht mit zentral gesteuerten Ansätzen bewältigen. Es braucht Eigeninitiative, Subsidiarität, Effizienz und Transparenz, um diese Aufgabe zu lösen.



Quelle: Eigene Darstellung

4.1 – Eigeninitiative: «Eingliederung vor Rente»

Das Leitmotiv «Eingliederung vor Rente» war und ist ein wichtiger Pfeiler der Sozialpolitik im Umgang mit Invalidität. Es geht vom Menschenbild aus, wonach Betroffene soweit wie medizinisch indiziert selbstbestimmt und selbständig ihren Lebensalltag gestalten und ihr Einkommen generieren wollen. Der Mensch verfügt über korporales (physisch und psychisch), kulturelles (Bildung), soziales (Netzwerk) und ökonomisches Kapital, allerdings in unterschiedlichen Ausprägungen (Knöpfel 2015). Wer über solche Ressourcen verfügt, soll diese verwenden können. Die Chancen für eine erfolgreiche Wiedereingliederung verdoppeln sich, wenn sich der Betroffene um eine Lösung bemüht oder wenn der Vorgesetzte dem erkrankten Mitarbeiter signalisiert, dass er trotz Beeinträchtigung seine Stelle behalten kann (Baer 2021). Der Staat, die Wirtschaft und die Zivilgesellschaft sollen die nötigen Rahmenbedingungen dafür schaffen.

Das Ressourcenorientierte Eingliederungsprofil basiert auf diesem Ansatz und stellt ein Arzzeugnis dar, das auf die Arbeitsfähigkeit einer Person statt auf deren Defizite fokussiert (vgl. Kapitel 3.2). Arbeitgeber sollten systematisch nach Absenzen von mehr als 30 Tagen ihren Einsatz vom behandelnden Arzt einfordern. Damit diese Forderung realisiert wird, braucht es Informationskampagnen der Arbeitgeberorganisationen sowie der medizinischen Gesellschaften. Letztere sollten sich auch für die Aufnahme des REP in den Curricula der Arztausbildungen engagieren. Idealerweise sollte dies im Rahmen des Erlangens des FMH-Titels geschehen, damit auch Ärzte, die ihre Grundausbildung im Ausland absolviert haben, über die Chancen dieses Instruments informiert werden.

Case-Manager, die von der Krankenversicherung, von der Pensionskasse oder von den IV-Stellen angestellt sind, können ebenfalls Menschen mit Behinderung helfen, ihre neue Lebenssituation korrekt einzuschätzen, angebrachte Massnahmen zu ergreifen und sich (neu) zu orientieren. Case-Manager sind jedoch kostspielig und sollten deshalb gezielt eingesetzt werden. Die privaten und öffentlichen Akteure definieren dafür eigene Kriterien, die von den Wiedereingliederungschancen, vom Alter und von der Lohnsumme der versicherten Person abhängen.

Eine Voll- oder Teilberentung ist zwar ein wichtiger Bestandteil der Absicherung gegen die finanziellen Folgen einer Invalidität. Sie ist aber nur als Ultima Ratio da, wenn die Eingliederungsbemühungen der betroffenen Personen gescheitert sind. Der Eingliederungsfokus spiegelt nicht nur den Glauben an eine selbstbestimmte Lebensführung und den Wunsch danach wider, sondern ist auch der Garant für die Akzeptanz der Sozialversicherungen durch die breite Öffentlichkeit. Die Solidarität von gesunden Menschen zugunsten von Menschen mit Behinderung wird verstärkt, wenn erstere wissen, dass letztere alles unternehmen, um ihre Abhängigkeit von der Gesellschaft zu reduzieren.

Handlungsbedarf

Arbeitgeber fordern künftig systematisch nach 30-tägiger Absenz ein detailliertes Arbeitsfähigkeitszeugnis nach dem REP-Standard von den behandelnden Ärzten ein.

Arbeitgeberverbände und medizinische Fachgesellschaften informieren ihre Mitglieder über das REP.

Die REP-Anwendung ist in den Curricula der FMH-Arztausbildung (vor allem für Hausärzte und Psychiater) integriert.

4.2_ Subsidiarität: «Dezentral statt zentral»

«Die Invalidität mit geeigneten, einfachen und zweckmässigen Eingliederungsmassnahmen verhindern, vermindern oder beheben» ist der zuoberst aufgeführte Zweck der Invalidenversicherung, nicht die Ausrichtung einer finanziellen Rente (Art. 1 IVG). Um diesem Anspruch auf Eingliederung gerecht zu werden, muss die persönliche (medizinische) Situation des Betroffenen, sein berufliches Umfeld im Betrieb und im Arbeitsmarkt, wie auch der soziodemografische Kontext in der Region berücksichtigt werden. Selbst in der kleinen Schweiz braucht es dafür dezentrale Organisationen mit genügend Entscheidungskompetenzen, um rasch, unbürokratisch und bürgernah handeln zu können.

Die marktorientierte Organisation der Krankentaggeldversicherungen und der Pensionskassen ermöglicht dafür sehr differenzierte, betriebs- oder branchenspezifische Lösungen. Dazu gehört ein gutes Schadenmanagement. Dieses dient nicht nur der Kosten- und damit Prämienreduktion, sondern ist ein wichtiger Faktor bei der Kundenbindung. Die unterschiedlichen Konzepte, zum Beispiel im Bereich des Case-Managements oder bei der Zusammenarbeit unter privaten und staatlichen Akteuren ist der Beweis, dass der Wettbewerb funktioniert und die Anbieter zur Verbesserung ihrer Leistungen anspricht.

Der föderalistische Ansatz des Bundesgesetzes IVG mit dem Vollzug bei kantonalen IV-Stellen ist im Kontext der Subsidiarität ebenfalls wichtig und richtig. Er ermöglicht nicht nur, Lösungen unter Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten zu suchen, sondern fördert den nationalen Ideenwettbewerb. Neue Konzepte können in einzelnen Kantonen rasch aufgegleist und getestet werden. Sind sie erfolgreich, mögen sie weitere Kantone inspirieren. Sind sie es nicht, ist der Schaden geografisch begrenzt. In diesem Kontext fallen die überdurchschnittlichen Rentenquoten pro Anmeldung in der Romandie und im Tessin auf. Das BSV als Aufsichtsorgan muss die Ursachen für diese Unterschiede wissenschaftlich untersuchen und Massnahmen für mehr Erfolge bei der Eingliederung in dieser Region veranlassen.

Zur Subsidiarität gehört auch das Delegieren von Aufgaben dorthin, wo die besten Kompetenzen vorhanden sind. Nicht jede IV-Stelle muss ein eigenes Netzwerk mit Unternehmern aufbauen oder eigene Case-

Manager anstellen. Bei komplexen Fällen, in denen neben der IV auch das RAV und die Sozialhilfe involviert sind, sollte deshalb die Fallführung an diejenige Institution delegiert werden, die fachlich für die Betreuung eines Falls am besten ausgestattet ist. Diese Delegation sollte als Leistungsauftrag erfolgen und entsprechend entschädigt werden. Somit können auf einfache Art alle Instrumente der unterschiedlichen Sozialversicherungen den Menschen mit Behinderungen angeboten werden, ohne dass die Finanzierung und Organisation der einzelnen Sozialwerke grundlegend verändert werden müssen. Kantonale Parlamente und Regierungen sind aufgefordert, die Möglichkeiten solcher Delegationen und Kooperationen zu prüfen und aufzugleisen.

Handlungsbedarf

Das BSV untersucht die Gründe für die überdurchschnittlichen Rentenquoten der IV-Stellen in der Romandie und im Kanton Tessin wissenschaftlich.

Kantonale Parlamente und Regierungen prüfen, ob die IV, ALV und SH bei komplexen Fällen besser zusammenarbeiten könnten, zum Beispiel mit gepoolten Ressourcen oder dank delegierter Fallführung und Vergabe von Leistungsaufträgen.

4.3_ Effizienz: «Keine unnötigen Zwangsabgaben»

Die dezentrale, fragmentierte Organisation der Versicherung der Invalidität im weiteren Sinne bietet Flexibilität und ermöglicht massgeschneiderte Lösungen. Sie führt aber auch zur Schaffung von Schnittstellen, die zu Informationsverlusten, Doppelspurigkeiten und Fehlanreizen führen können. Dies verschlechtert die Leistungen für die direkt Betroffenen und erhöht die Kosten – sprich die Prämien, Lohnbeiträge und Steuerabgaben – für die Allgemeinheit.

Krankentaggeldversicherer erfahren oft als erste von einer langfristigen Arbeitsunfähigkeit, lange vor der IV. Ihnen kommt eine grosse Verantwortung bei der Vermeidung von Invaliditätsrenten zu, die besser anerkannt werden soll. Die vom KTG-Anbieter erfassten Daten sind so zu strukturieren, dass sie auch von anderen Akteuren (Pensionskasse, IV-Stellen) verwendet werden können.

Die Kosten für das Case-Management trägt oft eine andere Institution als diejenige, die vom Nutzen einer solchen Intervention profitiert. Mit der Definition von Kostenteilungsstandards zwischen den IV-Stellen und den privaten Institutionen (Krankentaggeldversicherer und/oder Pensionskassen) kann die finanzielle Last besser verteilt werden. Das BSV, die IVSK, das SVV und der Asip sollten solche Standards entwickeln.

Zudem kann ein Kostendach pro kantonale IV-Stelle für Eingliederungsmassnahmen helfen, die Ressourcen dort einzusetzen, wo sie am meisten bewirken können. Im Gegensatz zur Arbeitslosenversicherung und zum Teil zur Sozialhilfe, wo die finanziellen Mittel für die Einglie-

derung in Abhängigkeit der Anzahl betreuten Versicherten definiert werden, sind die Ausgaben für berufliche Massnahmen in der IV unlimitiert. Wie unsere Analyse zeigt, werden diese Mittel in manchen Kantonen zu wenig zielorientiert eingesetzt. Das IVG soll deshalb dahingehend angepasst werden, um ein Kostendach pro IV-Stelle zu definieren. Auch der Einsatz dieser Mittel vor Ort könnte optimiert werden, indem systematischer erfolgsabhängige Leistungsverträge mit externen Erbringern vereinbart werden. Das BSV und die IVSK sollen dafür Musterverträge entwickeln und den Erfahrungsaustausch zwischen den IV-Stellen unterstützen.

Handlungsbedarf

BSV, IVSK und SVV definieren minimale Vorgaben, mit denen die Unterlagen und Berichte der KTG-Versicherer durch die IV-Stellen wiederverwendet werden können.

BSV, IVSK, SVV und Asip definieren Standards für die Kostenteilung von Case-Manager-Ausgaben, analog zum Compasso-Standard.

Ein Kostendach für Wiedereingliederungsmassnahmen, in Abhängigkeit zur Anzahl angemeldeter Personen in einer IV-Stelle, ist einzuführen – analog zu bestehender Regelung in der ALV. Das IV-Gesetz wird dahingehend angepasst.

BSV und IVSK entwickeln Musterverträge für erfolgsabhängige Verträge mit externen Leistungserbringern im Bereich der Wiedereingliederung.

4.4_ Transparenz: «Weniger Kommunikationsdefizite»

Um Informationsverluste zwischen den Akteuren möglichst zu reduzieren, ist eine gemeinsame Sprache anzustreben. Das oben erwähnte REP ermöglicht es, dass Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Ärzte sich über die Folgen einer Erkrankung oder eines Unfalls und über die Möglichkeiten für den Wiedereinstieg am Arbeitsplatz unterhalten, ohne dafür private, schutzwürdige Daten preiszugeben. Die eben erwähnte Entwicklung von Mindeststandards für die Falldokumentation durch Krankentaggeldversicherer könnte ebenfalls helfen, die Kommunikation mit den Pensionskassen und mit den IV-Stellen zu verbessern.

In Anbetracht der zunehmenden Bedeutung psychischer Krankheiten als Ursache von Neurenten ist eine bessere Dokumentation der Fälle nach anerkannten internationalen Standards (ICD-10) in allen IV-Stellen zwingend. Damit können langfristige Entwicklungen identifiziert und die Integrationsangebote angepasst werden. Nur so ist es möglich, Erfahrungen innerhalb und zwischen den IV-Stellen systematisch auszutauschen.

Auch die breite Öffentlichkeit braucht bessere Informationen rund um das Thema Invalidität. Der föderalistische Ideenwettbewerb kann besser funktionieren, wenn Angaben zu Eingliederungserfolgen transparent und nach Kanton veröffentlicht werden. Dazu gehören die bereits heute vom BSV erhobenen Wirkungsindikatoren, die jedoch nicht öffentlich

oder nur anonymisiert zugänglich sind. Auch sollen die BSV-Statistiken nicht nur die Anzahl Neurenten pro Kalenderjahr aufzeigen, sondern ihre Kosten pro Altersgruppe bis zur Pensionierung der IV-Bezüger hochgerechnet werden. Damit werden die Gesamtkosten einer fehlenden oder erfolglosen Eingliederung transparenter dargestellt und die Bemühungen pro Altersgruppe besser verstanden.

Gewiss wird die Transparenz nicht ausreichen, um alle Unterschiede zwischen den Kantonen zu erklären – das sollte auch nicht der Anspruch sein. Im Sinne aber einer «comply or explain»-Kultur («Entspreche der Norm oder erkläre die Unterschiede») soll die Veröffentlichung dieser Daten die Sensibilität für regionale Charakteristika, aber auch Hinweise auf erfolgreiche oder weniger erfolgreiche Praktiken liefern. Die Betrachtung von Zeitreihen ermöglicht zudem, die Entwicklungen in einem Kanton mit allen Besonderheiten zu verstehen, ohne sich in Erklärungen für die Unterschiede zu den anderen Kantonen zu verlieren.

Handlungsbedarf

Einführung der ICD-10-Nomenklatur der WHO für die Bezeichnung von psychischen Krankheiten in allen IV-Stellen.

Jährliche, namentliche Veröffentlichung der Wirkungsindikatoren pro IV-Stelle.

Jährliche Veröffentlichung der hochgerechneten Rentenkosten der Neurentner bis zur Pensionierung pro Altersgruppe.

4.5_ Invalidität betrifft uns alle

Die Versicherung der Invalidität umfasst viel mehr als die Invalidenversicherung und viel mehr als die reine finanzielle Absicherung einer Krankheit oder eines Unfalls. Es geht vor allem darum, die Selbständigkeit soweit wie möglich zurückzuerlangen. Und das ist eine positive Nachricht.

Das heisst aber auch, dass wir alle an der Bewältigung solcher Schicksalsschläge beteiligt sind. Es beginnt mit der betroffenen Person, die transparent und lösungsorientiert mit dem Arzt und dem Arbeitgeber spricht. Es ist der Arbeitgeber, der mithilft, den Arbeitsplatz und die Teamorganisation so umzugestalten, dass eine Rückkehr an die Arbeit möglich wird. Es sind die privaten und öffentlichen Institutionen, die, statt im Silo zu denken, über den Tellerrand schauen und Nahtstellen zu Partnern bilden. Es ist schliesslich die Politik, die von den Aufsichtsorganen Transparenz und von den Vollzugsorganen Rechenschaft verlangt. Durch die vermehrte Aufmerksamkeit von allen steigt das Verständnis dieser komplexen Materie und die Zielorientierung der involvierten Akteure.

Anhang 1: Realitätsfremder Diskontierungssatz in der IV

Bei der Berechnung der totalen Rentenkosten eines IV-Rentners ist nicht nur das Alter ausschlaggebend, sondern auch der Zinssatz, der zur Abdiskontierung verwendet wird. Derzeit liegt der vom Bundesgericht gestützte Diskontierungssatz bei 3,5 %. Dieser Wert ist im aktuellen Zinsumfeld fraglich und führt dazu, dass die langfristigen Kosten insbesondere bei Jungrentnern unterschätzt werden. Im Bereich der beruflichen Vorsorge beispielsweise ist der von den Pensionskassen angewandte technische Zinssatz zwischen 2014 und 2018 von 2,91 % auf 2,10 % gesunken (Credit Suisse 2019).

Ein Rechenbeispiel verdeutlicht die Auswirkungen eines zu hohen Zinssatzes auf die Rentenkosten. Erhält ein 20-Jähriger die IV-Minimalrente von 1185 Franken pro Monat, ergeben sich mit der Kapitalwertmethode bei unterschiedlichen Zinssatzszenarien folgende Rentenkosten bis zum Erreichen des AHV-Alters:

<i>Zinssatz</i>	<i>Totale Rentenkosten in Franken bis AHV-Alter</i>
3,5 % (gemäss BG-Praxis)	334 105
2,5 %	395 786
1,75 %	454 560

Eine Halbierung des Zinssatzes hätte im vorliegenden Fallbeispiel eine Steigerung der Rentenkosten von über einem Drittel zur Folge. Selbst eine Reduzierung des Zinssatzes von 1 Prozentpunkt würde sich in einer Erhöhung der Rentenkosten von fast 20 % niederschlagen.

Eine Sensibilitätsanalyse und periodische Überprüfung des Diskontierungssatzes ist deshalb angebracht. Zu dessen Festlegung ist eine dynamischere Rechnungsbasis erforderlich, die analog der Bestimmung des technischen Zinssatzes in der beruflichen Vorsorge erfolgen könnte. Nur so lassen sich zukünftige Rentenkosten und Renditen von Eingliederungsbemühungen realistisch berechnen und als fundierte Grundlage für politische Entscheidungen verwenden.

Rentenkosten der IV stellen nur einen Teil der Ausgaben dar, die infolge einer Invalidität anfallen. Neben Rentenkosten anderer Versicherungen sind die Heilungskosten und die Eingliederungskosten zu berücksichtigen (vgl. Tabelle 1, Seite 18). Für jede Zeile dieser Tabelle werden hier die exakten Zahlen und ihre Quellen und, wo nötig, die Annahmen der Abschätzungen dargelegt.

Erste Säule

Invalidenversicherung (IV) – (Zahlen 2019)

01_ **Heilungskosten:** Beiträge an Institutionen: 100 Mio. Fr.

02_ **Taggelder/Eingliederung:** Summe der Taggelder und der individuellen Massnahmen: 2700 Mio. Fr.

03_ **Renten: Summe der Renten und der Hilfslosentschädigungen:** 5900 Mio. Fr.

04_ **Verwaltungskosten und Schuldzinsen:** werden nicht berücksichtigt.

Ergänzungsleistungen der IV – (Zahlen 2019)

01_ **Renten:** 2100 Mio. Fr.

Quelle: BSV (2020b), IV-Statistik 2019, Betriebsrechnung, BSV (2020e), Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2019.

Zweite Säule

Vorsorgeeinrichtungen – (Zahlen 2018)

01_ **Renten:** Invalidenrenten (ohne Kapitalleistungen): 2100 Mio. Fr.

Quelle: BFS (2020c), Pensionskassenstatistik 2018, Betriebsrechnung, S.29

Dritte Säule

Private Zusatzvorsorge (Lebensversicherung) – (Zahlen 2018)

01_ **Taggelder:** Erwerbsunfähigkeit und Invalidität (Rente und Kapital): 200 Mio. Fr.

Quelle: Finma (2019a), Versicherer-Report 2018, Tabelle AL01D

Unfallversicherung

Suva (UV) + übrige Versicherer – (Zahlen 2018)

Annahme für die drei Kostenkategorien (Heilungskosten, Taggelder/Eingliederung, Rente):

– **65 %** der Unfallversicherungskosten resultieren aus komplexen Fällen

(Schätzung auf Basis von BCG 2010)

- 2/3 davon führen schliesslich zur Invalidität.

02_ Heilungskosten

- Total: 1956 Mio. Fr.
- Davon geschätzt für Invalidität: 800 Mio. Fr.

01_ Taggelder

- Total: 2021 Mio. Fr.
- Davon geschätzt für Invalidität: 900 Mio. Fr.

02_ Rente: Rentendeckungskapital

- Total: 800 Mio. Fr.
- Davon geschätzt für Invalidität: 300 Mio. Fr.

Quelle: KSUV (2020), Unfallstatistik UVG 2020, Schlüsselzahlen, S.7

Weitere Finanzierungsquellen

Lohnfortzahlungen (OR) – (Zahlen 2018)

Annahme:

- komplexe Fälle führen zu einer Invalidität.
- 15 % der Lohnfortzahlungen entsprechen komplexen Fällen
(Schätzung auf Basis BCG 2010).

03_ Taggelder

- Total: 4729 Mio. Fr.
- Geschätzt für Invalidität: 700 Mio. Fr.

Anmerkung: Die Gesamtlohnfortzahlung wird geschätzt, indem die Differenz zwischen einem theoretischen Maximum (Lohnsumme x Abwesenheitsquote) und der Summe der Taggelder (UV, KV und VGG) verwendet wird (Adamoli 2018).

Quelle: Eurostat (2021), Europäisches System integrierter Sozialschutzstatistiken (ESSOSS) | ¹⁷.

Grundversicherung (KV) – (Zahlen 2019)

01_ Heilungskosten:

Annahme: 1/3 der chronischen Fälle führt zur Invalidität

- Brutto-Leistungen (Total): 34 142 Mio. Fr.
- 50 % der Kosten im KVG werden von den Erwerbstätigen verursacht (BAG 2020a)
- 80 % der medizinischen Kosten werden durch chronische Krankheiten verursacht (BAG 2016)
- Geschätzt für Invalidität: 4600 Mio. Fr.

02_ Taggelder: 200 (Mio. Fr.)

Quelle: BAG (2020a, 2020b), Tabelle 2.06 und 6.01, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2019.

17 Die Zahlen für die Schweiz werden vom BFS gemäss der Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit (GRSS) 2018, bereitgestellt.

Zusatzversicherungen (KVG + VVG) – (Zahlen 2018)

01_ Heilungskosten

Annahme: 1/3 der chronischen Fälle führt zur Invalidität:

- Total: 6172 Mio. Fr.
- 30 % der Kosten der (halb-) privaten Zusatzversicherungen werden durch Erwerbstätige verursacht (geschätzt nach der Verteilung der Kosten pro Altersgruppe auf Basis des Portfolios einer grossen Schweizer Krankenkasse).
- 80 % der medizinischen Kosten werden durch chronische Krankheiten verursacht (BAG 2016)
- Geschätzt für Invalidität: 500 Mio. Fr.

02_ Taggelder/Eingliederung

Annahme:

- komplexe Fälle führen zur Invalidität
- 35 % der Taggelder werden für komplexe Fälle gezahlt, die zu einer Behinderung führen (geschätzter Durchschnittswert, auf Basis von BCG 2010)
- Total: 4823 Mio. Fr.
- Geschätzt für Invalidität: 1700 Mio. Fr.

Quelle: Finma (2019b) Versicherer-Report (2018), Tabelle AS03N

Kantonsbeiträge an Spitäler – (Zahlen 2018)

Die Kantone tragen 55 % der DRG-Fallpauschale bei stationären Spitalaufenthalten.

Annahme: 1/3 der chronischen Fälle führt zur Invalidität

01_ Heilungskosten

- Anteil der Kantone an DRG-Beiträge (Total): 7174 Mio. Fr.
- 50 % der Kosten der Spitäler werden durch Erwerbstätige verursacht (Schätzung: folgt der gleichen Kostenverteilung wie im KVG)
- 80 % der Heilungskosten werden durch chronische Krankheiten verursacht (BAG 2016)
- Geschätzt für Invalidität: 1000 Mio. Fr.

Quelle: Felder und Meyer (2020), auf Basis von Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2018); GDK (2018). Tabelle 11 p. 15.

Literatur

- Academix (2020): Arzteugnisse im Fokus der Praxis. https://www.academix.ch/sites/academix.ch/files/academix_steuer-treuhand_arzteugnisse.pdf. Zugriff: 11.02.21.
- Adamoli, Michele (2018): Jährlich 7 Milliarden Franken für den bezahlten Krankheitsurlaub. Soziale Sicherheit CHSS. https://soziale-sicherheit-chss.ch/wp-content/uploads/2018/12/de_BSV_CHSS_04-18_7_Mia_bez_Krankheitsurlaub.pdf. Zugriff: 18.02.21.
- AHV/IV, Informationsstelle AHV/IV (2018): Berufliche Eingliederungsmassnahmen der IV. <https://www.abv-iv.ch/p/4.09.d>. Zugriff: 17.02.21.
- AHV/IV, Informationsstelle AHV/IV (2021a): Soziale Sicherheit in der Schweiz. <https://www.abv-iv.ch/p/890.d>. Zugriff: 17.02.21.
- AHV/IV, Informationsstelle AHV/IV (2021b): Invalidenrenten der IV. <https://www.abv-iv.ch/p/4.04.d>. Zugriff: 17.02.21.
- Arbeit.swiss (2021): über uns. <https://www.arbeit.swiss/secoalv/de/home/menue/institutionen-medien/ueber-uns.html>. Zugriff: 21.02.21.
- Baer, Niklas; Altwicker-Hàmori, Szilvia; Juvalta, Sibylle; Frick Ulrich; Rüesch, Peter (2015): Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten. In: Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 19/15. Bundesamt für Sozialversicherungen. Bern: Oktober 2015.
- Baer, Niklas (2016): Referat: Psychische Probleme am Arbeitsplatz – darüber reden wir (nicht). Institut für Angewandte Psychologie (IAP). Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. https://www.zhaw.ch/storage/psychologie/upload/studium/alumni/Alumni_Referat_Dr.Niklas-Baer.pdf. Zugriff: 18.02.21.
- Baer, Niklas, in Brotschi, Markus (2017): Psychiater schreiben Patienten länger krank als nötig. Bund. 30.12.2017. <https://www.derbund.ch/schweiz/standard/psychiater-schreiben-patienten-oft-zu-lange-krank/story/26344207>. Zugriff: 18.02.21.
- Baer, Niklas (2021): Hürden für die Eingliederung von psychisch Kranken. Referat bei Avenir Suisse. S.15. Zürich: 11.02.21.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2016): Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024. Bern: April 2016.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2020a): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2019. Bruttoleistungen nach Altersklasse und Geschlecht (T2.06). <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>. Zugriff: 11.02.21.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2020b): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2019. Prämien, Leistungen, Versichertenbestand und Anzahl Versicherer ab 1996 (T6.0.1) <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>. Zugriff: 11.02.21.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2020c): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2019. KVG-Versicherer: Daten zur freiwilligen Taggeldversicherung (T6.03). <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>. Zugriff: 11.02.21.
- Baumann, Marie (2020): Das Märchen von den «unklaren» Beschwerdebildern [3/3]. <https://ivinfo.wordpress.com/2020/02/25/das-maerchen-von-den-unklaren-beschwerdebildern-3-3-3/>. Zugriff: 25.02.20.

- Bass, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (2003): Analyse der interkantonalen Unterschiede innerhalb der Invalidenversicherung. Kurzfassung. Bern: Dezember 2003. http://www.snf.ch/SiteCollectionDocuments/nfp/nfp45/NFP45_Spycher_SB.pdf. Zugriff: 18.02.21.
- BCG, The Boston Consulting Group (2010): Case-Management und seine strategische Bedeutung für Versicherer. Zürich: Januar 2010. <https://www.studerzahner.ch/workspace/documents/case-management-studie-bosten-consulting-group-jan-2010.pdf>. Zugriff: 18.02.21.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2020a): Bevölkerungsdaten im Zeitvergleich, 1950–2019. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung.assetdetail.14367961.html>. Zugriff: 05.02.2021.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2020b): Invalidenversicherung (IV): Finanzen der IV. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/soziale-sicherheit/sozialversicherungen/iv.assetdetail.12967991.html>. Zugriff: 05.02.2021.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2020c): Pensionskassenstatistik 2018. Neuchâtel: Dezember 2020.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2020d): Statistik der Unternehmensstruktur STATENT. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/industrie-dienstleistungen/unternehmen-beschaefigte/wirtschaftsstruktur-unternehmen/kmu.html>. Zugriff: 11.02.21.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2020e): Arbeitsmarktstatus nach Geschlecht, Nationalität, Altersgruppen, Familientyp. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeitszeit/erwerbspersonen/arbeitsmarktstatus-erwerbsstatus.assetdetail.14715123.html>. Zugriff: 11.02.2021.
- Bieri, Oliver, Itin, Ariane, Nadai, Eva, Canonica, Alan, Flamand, Emilie und Pluess Simon. (2013): Formen interinstitutioneller Zusammenarbeit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Typologie. In: Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 11/13. Bundesamt für Sozialversicherungen. Bern: November 2013.
- Bonoli, Giuliano, Lalive, Rafael, Oesch, Daniel, Bigotta, Maurizio, Cottier, Lionel und Fossati, Flavia. (2017): Evaluation de l'Unité commune ORP-CSR en Ville de Lausanne. Rapport final. https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_BF7675A3F04A.P001/REF. Zugriff: 11.02.21.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2014): Kreisschreiben über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art (KSBE). Bern: Januar 2014. <https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/6396/download?version=13>. Zugriff: 18.02.21.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2020a): Bekämpfung des Versicherungsmisbrauchs in der Invalidenversicherung: Bilanz 2019. Hintergrunddokument. Bern: Mai 2020.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2020b) IV-Statistik 2019: Jahresbericht. Bern: Mai 2020.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2020c): Weiterentwicklung der IV. Die Vorlage im Überblick. Hintergrunddokument. Bern: Dezember 2020.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2020d): Invalide Neurentner/innen in der Schweiz im Dezember nach Geschlecht, Altersklasse und Invaliditätsursache. https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/de/px-x-1305010000_121/px-x-1305010000_121/px-x-1305010000_121.px. Zugriff: 05.02.2020.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2020e): Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2019. Jahresbericht. Bern: Juni 2020.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2020f): Invalide Rentner/innen in der Schweiz im Dezember nach Kanton, Geschlecht und Invaliditätsursache. [https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/de/px-x-1305010000_113/px-x-1305010000_113.px](https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/de/px-x-1305010000_113/px-x-1305010000_113/px-x-1305010000_113.px). Zugriff: 11.01.21.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2020g): Gewichtete Renten, berufliche Massnahmen und Rentenentscheid pro Neuenameldungskohorte (2010–2015). Sonderauswertung für Avenir Suisse. Bern.

- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2021): Verteilung der Erstanmeldungendaten der Rentenentscheide 2018. Sonderauswertung für Avenir Suisse. Bern.
- Bundesgericht (2016): Arrêt du 14 mars 2016. 4A_543/2015; 4A_545/2015 X contre Z.
- Bundesgericht (2016): Arrêt du 4 juillet 2016. 4A_122/2016. X contre A, B et C., D et E.
- Bundesrat (2011): IV-Revision 6a ab 1. Januar 2012 in Kraft: Mehr Eingliederungsangebote und neuer Assistenzbeitrag. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-42248.html>. Zugriff: 16.02.21.
- Bundesrat (2018): Gesetzliche Grundlage für die Überwachung von Versicherten. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/abstimmungen/20181125/uberwachung-versicherte.html>. Zugriff: 17.02.21.
- Compasso (2019): Systemlandkarte der beruflichen Eingliederung. Arbeitsmarktfähigkeit im Zentrum. 2019. https://www.compasso.ch/fileadmin/user_upload/systempartner/schnittstellen_systempartner/systemlandkarte_gesamt.pdf. Zugriff: 23.02.21.
- Compasso (2021a): Mit dem ressourcenorientierten Eingliederungsprofil (REP) sicher zurück an den Arbeitsplatz. https://rep.compasso.ch/cm_data/180121-Standardpraesentation-REP-de.pdf. Zugriff: 11.02.21.
- Compasso (2021b): Sponsoren. <https://www.compasso.ch/ueber-compasso/sponsoren>. Zugriff: 11.02.21.
- Compasso (2021c): Aufwand, Kosten und Nutzen des REP. https://rep.compasso.ch/cm_data/REP_v1_Kosten_und_Nutzen_DE.pdf. Zugriff: 11.02.21.
- Compasso (2021d): Leitfaden für Prozesse zwischen Systempartnern. <https://www.compasso.ch/bibliothek/schnittstellen-systempartner-mit-arbeitgebenden/leitfaden-fuer-prozesse-zwischen-systempartnern>. Zugriff: 23.02.21.
- Crédit Suisse (2019): Zweite Säule: Wachsendes Gefälle zwischen den Generationen. <https://www.credit-suisse.com/media/assets/private-banking/docs/ch/privatkunden/finanzplanung/pensionskassenstudie-2019.pdf>. Zugriff: 15.02.21.
- Die Volkswirtschaft (2018): Arbeitsmarktintegration: Am gleichen Strick ziehen. Von: Schenk, Carmen und Kieser, Ueli. 19.07.2018. <https://dievolkswirtschaft.ch/de/2018/07/schenk-kieser-08-09-2018/>. Zugriff: 18.02.21.
- Eurostat (2021): Europäisches System integrierter Sozialschutzstatistiken (ESSOSS). <https://ec.europa.eu/eurostat/web/social-protection/data/database>. Zugriff: 15.02.21.
- Felder, S., und Meyer, S. (2020): Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken 2013–2018. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz (PKS). Universität Basel. Schlussbericht. Basel: September 2020.
- FGMB, Fédération genevoise des métiers du bâtiment (2019) : Accord paritaire genevois dans les métiers du bâtiment. https://www.fmb-ge.ch/wp-content/uploads/2020/06/FMB-presentation23mai2019_19mai20.pdf . Zugriff: 17.02.21.
- Flamand-Lew, Emilie; Ankers Neil; Ostrowski, Gaspard; Serdaly Christine (2017): Evaluation des Zusammenarbeitsmodells «Accord paritaire genevois». In Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 6/17. Bundesamt für Sozialversicherungen. Bern: Juni 2017.
- Finma (2019a): Versicherer-Report 2018, Tabelle AL01D. <https://versichererreport.finma.ch/ReportPortal/>. Zugriff: 15.02.21.
- Finma (2019b): Versicherer-Report 2018, Tabelle AS03N. <https://versichererreport.finma.ch/ReportPortal/>. Zugriff: 15.02.21.
- Finma (2019c): Versicherer-Report 2018, Tabelle AS03D. <https://versichererreport.finma.ch/ReportPortal/>. Zugriff: 15.02.21.
- FMH (2020): Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für Praxis. Bern: 2020.

- GEF, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2020): Prozentuale Anteile und lastenausgleichsberechtigte Kredite pro Gemeinde, nach strategischen Partnern / Perimetern. https://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/soa/formulare/berufliche_und_sozialeintegration.assetref/dam/documents/GEF/SOA/de/Soziales/BSI/LIS_BIAS_Mittelverteilung_2020_V2_de_Neu_210619.pdf. Zugriff:17.02.21.
- Germann, Urs (2020): Die IV: Stief- und Vorzeigekind des Sozialstaats. Soziale Sicherheit CHSS. <https://soziale-sicherheit-chss.ch/artikel/die-iv-stief-und-vorzeigekind-%e2%80%a8des-sozialstaats/>. Zugriff: 18.02.21.
- Gryps (2016): «Eine KTG-Versicherung gehört heute zum Standard». <https://www.gryps.ch/news/versicherungen/2016/8/18/eine-ktg-versicherung-gehört-heute-zum-standard/>. Zugriff: 11.02.21.
- Leimgruber, Matthieu; Lengwiler, Martin; Togni Carola (2021): Invalidität: Versicherung und Eingliederung statt Sozialhilfe. <https://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/synthese/1959>. Zugriff: 18.02.21.
- Guggisberg, Jürg und Bischof, Severin (2020a): Empfehlungen zur Weiterentwicklung Indikatorensystem «SHIVALV» mit Fokus auf Entwicklung von Übertritten zwischen IV, ALV und Sozialhilfe. In: Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 8/20. Bundesamt für Sozialversicherungen. Bern: August 2020.
- Guggisberg, Jürg und Bischof, Severin (2020b): Entwicklung der Übertritte von der Invalidenversicherung in die Sozialhilfe. In Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 8/20. Bundesamt für Sozialversicherungen. Bern: August 2020.
- Guggisberg, Jürg; Liechti, Lena; Bischof, Severin (2020): Die wirtschaftliche Situation von IV-Rentnerinnen und IV-Rentnern. In: Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 14/20. Bundesamt für Sozialversicherungen. Bern: September 2020.
- Hemmings, Philip und Prinz, Christopher (2020): Sickness and disability systems: comparing outcomes and policies in Norway with those in Sweden, the Netherlands and Switzerland. In: Economics Department Working Papers No.1601. Economics Department, OECD.
- IIZ, Interinstitutionelle Zusammenarbeit (2010): Einsetzung einer nationalen IIZ-Organisation zur Weiterentwicklung der interinstitutionellen Zusammenarbeit. <http://www.iiz.ch/dynasite.cfm?dsmid=103248&dsreceiver=>. Zugriff: 11.02.21.
- Kanton Argau (2021): Kooperation Arbeitsmarkt. <https://www.kooperation-arbeitsmarkt.ch/de/home>. Zugriff: 15.02.21.
- Kanton Luzern (2018): Kanton Luzern optimiert die Arbeitsintegration. https://disg.lu.ch/-/media/DISG/Dokumente/Themen/IIZ/Optima/Medienmitteilung_Optima.pdf?la=de-CH. Zugriff: 15.02.21.
- KSUV, Koordinationsgruppe für die Statistik der Unfallversicherung (2020): Unfallstatistik UVG 2020. <https://www.unfallstatistik.ch/d/publik/unfstat/pdf/Ts20.pdf>. Zugriff: 15.02.21.
- Movis (2019): Referat. «Arbeitsunfähigkeit – Schachmatt?» S. 68. Verein Netzwerk Arbeit Kanton Schwyz. <https://www.netzwerk-arbeit.ch/wp-content/uploads/2019/05/Folie-NWA-Pr%C3%A4sentation-Sommeranlass-2019.pdf>. Zugriff: 22.02.21.
- OECD (2003): Transforming Disability into Ability. Policies to promote work and income security for disabled people. Paris : Februar 2003.
- OECD (2021): Public Spending on incapacity (indicator). <https://data.oecd.org/social-exp/public-spending-on-incapacity.htm>. Zugriff: 18.02.21.

- PK Rück (2014): Invalidität in der Schweiz. Einflussfaktoren und zukünftige Entwicklung. https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_89232424B5B6.P001/REF. Zugriff: 18.02.21.
- Pro Infirmis (2021): Krankenversicherungstaggeld. <https://www.proinfirmis.ch/behindertewastun/ansprueche-bei-erwerbsausfall/krankenversicherungstaggeld.html>. Zugriff: 11.02.21.
- Quervain, Dominique de; Aerni, Amanda; Amini, Ehssan; Bentz, Dorothée; Coynel, David; Freitag, Virginie et al. (2021): The Swiss Corona Stress Study: second pandemic wave. OSF Preprints.
- Schmidlin, Sabina; Bühlmann, Eva; Muharremi, Fitore; Kobelt, Emilienne (2020): Evaluation der Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung. Schlussbericht. In Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 17/20. Bundesamt für Sozialversicherungen. Bern: Oktober 2020.
- Schaufelberger, Daniel (2014): Lohnt sich Case-Management? 6. Basler Risikotag – Umgang mit Risiken im öffentlichen Verkehr. https://www.risikotag.ch/bilder/2014_R4_Schaufelberger_Case_Management.pdf. Zugriff: 11.02.21.
- Scholz, Stefan M., Andermatt, Peter, Tobler, Benno L., Spinnler, Dieter. (2015): Work Incapacity and Treatment Costs After Severe Accidents: Standard Versus Intensive Case-Management in a 6-Year Randomized Controlled Trial. In: Journal of Occupational Rehabilitation, 25 (4), S. 675–782.
- Seco, Staatssekretariat für Wirtschaft (2015): Wirksamkeit und Effizienz der öffentlichen Arbeitsvermittlung. Bericht in Erfüllung des Postulates 13.3361 der Kommission für Wirtschaft und Abgaben NR vom 22. April 2013. Bern: Dezember 2015.
- Seco, Staatssekretariat für Wirtschaft (2020): Die Lage auf dem Arbeitsmarkt. November 2020. Bern: Dezember 2020.
- SIM, Swiss Insurance Medicine (2021): SIM-Arbeitsfähigkeitszeugnis. <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools/arbeitsunfahigkeit/sim-arbeitsfähigkeitszeugnis>. Zugriff: 11.02.21.
- SRF, Schweizer Radio und Fernsehen (2016): IV-Rente als «Lotterie»: Grosse Unterschiede je nach Gutachter. Von: Müller, Roger und Basler, Peter. 25.10.16. <https://www.srf.ch/news/schweiz/iv-rente-als-lotterie-grosse-unterschiede-je-nach-gutachter>. Zugriff: 18.02.21.
- Suter, Gabriela (2020): Postulat 20.3598 – Differenzierte Codierung von IV-Gebrechen. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20203598>. Zugriff: 18.02.2021.
- Staat Freiburg (2018): Bekämpfung der Langzeitarbeitslosigkeit und Integrationspool+: gemeinsam stark! <https://www.fr.ch/de/gsd/news/bekaempfung-der-langzeitarbeitslosigkeit-und-integrationspool-gemeinsam-stark>. Zugriff: 15.02.21.
- WHO, World Health Organisation (2019): International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. <https://icd.who.int/browse10/2019/en/#/>. Zugriff :22.02.21.

avenir suisse

Zürich

Rotbuchstrasse 46

8037 Zürich

Tel +41 44 445 90 00

Fax +41 44 445 90 01

Lausanne

Chemin de Beau-Rivage 7

1006 Lausanne

Tel +41 21 612 66 10

www.avenir-suisse.ch

info@avenir-suisse.ch