

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

*Nicht zielkonforme Leistungen in der  
Invalidenversicherung:  
Bedeutung und Grössenordnung*

*Forschungsbericht Nr. 4/07*



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

**Autoren/-in:** Walter Ott, Stephanie Bade, Bettina Wapf  
e c o n c e p t AG  
Lavaterstr. 66,  
8002 Zürich  
E-mail: [walter.ott@econcept.ch](mailto:walter.ott@econcept.ch);  
[stephanie.bade@econcept.ch](mailto:stephanie.bade@econcept.ch);  
[bettina.wapf@econcept.ch](mailto:bettina.wapf@econcept.ch)

**Auskünfte:** Olivier Brunner-Patthey  
Bereich Forschung & Entwicklung  
Bundesamt für Sozialversicherungen  
Effingerstrasse 20  
3003 Bern  
Tel. 031 324 06 99, Fax 031 324 07 87  
E-mail: [olivier.brunner@bsv.admin.ch](mailto:olivier.brunner@bsv.admin.ch)

**ISBN:** 3-909340-39-3

**Copyright:** Bundesamt für Sozialversicherungen  
CH-3003 Bern

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversicherungen gestattet.

**Vertrieb:** BBL, Vertrieb Publikationen, CH - 3003 Bern  
<http://www.bbl.admin.ch/bundespublikationen>

**Bestellnummer:** 318.010.4/07 d

# **Nicht zielkonforme Leistungen in der Invalidenversicherung: Bedeutung und Grössenordnung**

**Schlussbericht**

Walter Ott, Stephanie Bade, Bettina Wapf

**econcept AG**

Lavaterstr. 66, 8002 Zürich

Tel. 044 286 75 75

Zürich, Januar 2008



## Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen

Die Diskussion über den «Missbrauch» in der IV wird in der breiten Öffentlichkeit immer wieder geführt. Da der Begriff nicht eindeutig definiert ist und keine aussagekräftigen Statistiken zur Verfügung stehen, gibt es allerlei Spekulationen über Formen und Grössenordnung des Missbrauchs. Das BSV hat nun ein unabhängiges Forschungsinstitut mit der vorliegenden Themenstudie beauftragt. Ziel war es, den legitimen Informationsbedarf mit einer objektiven Wissensgrundlage zu decken. Dieses Projekt ist Teil des vom BSV 2006 lancierten mehrjährigen Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung (FoP-IV).

Die Studie führt einen neuen Begriff ein: die nicht zielkonformen Leistungen in der IV. Dieser neue Oberbegriff umfasst sowohl die nicht zustehenden Leistungsausrichtungen (zugesprochen z.B. aufgrund nicht genügend zielgerichteter Abklärungen oder unerwünschter Effekte des Zusammenwirkens von Akteuren, ohne dass die versicherte Person absichtlich darauf hingewirkt hat) als auch die unrechtmässige Inanspruchnahme der IV aufgrund von vorsätzlichem Versicherungsbetrug oder von fahrlässigem Verhalten der versicherten Person. Der vorsätzliche Versicherungsbetrug stellt nur ein Bruchteil der nicht zielkonformen Leistungen in der IV dar.

Es war von Anfang an klar, dass es für die Forscher sehr schwierig sein würde, präzise Ergebnisse über die Kosten- und Mengenfrage der nicht zielkonformen Leistungen in der IV vorzulegen. Mit den auf verschiedenen Ansätzen beruhenden Schätzungen, die in diesem Bericht entwickelt wurden um die fehlenden statistischen Grundlagen zu kompensieren, ist ein erster Schritt in der Erforschung dieses Bereichs getan.

Die Schlussfolgerungen des Forschungsteams von econcept zeigen, dass sich die nicht zielkonformen Leistungen in der IV nur durch einen pragmatischen Ansatz reduzieren lassen. Die Analyse der verschiedenen Risikofaktoren im Verlauf des IV-Verfahrens bis zum Rentenentscheid deckt auf, welche Probleme prioritär angegangen werden müssen. Die Empfehlungen der Autoren zur Eindämmung des Risikos, nicht zielkonforme Leistungen auszurichten, verdeutlichen, dass die im Rahmen der letzten beiden IV-Revisionen eingeführten Massnahmen in die richtige Richtung gehen.

Die 5. IV-Revision, die am 1. Januar 2008 in Kraft getreten ist, bietet eine neue gesetzliche Grundlage. Sie ermöglicht nicht nur, Organisation und Verfahren dieser Versicherung zu verbessern, sondern auch Betrug und fahrlässiges Verhalten der Versicherten intensiver zu bekämpfen. Der vorliegende Forschungsbericht bietet in diesem Kontext eine nützliche Referenz.

Die Reduktion nicht zielkonformer Leistungen in der IV hat absoluten Vorrang. Dies nicht nur um die Kosten zu senken, sondern vor allem auch um das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in diese auf Solidarität im Invaliditätsfall gründende Sozialversicherung zu stärken.

Olivier Brunner-Patthey  
Projektleiter  
Bereich Forschung und Evaluation

Alard du Bois-Reymond  
Vizedirektor  
Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung



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

La question des « abus » dans l'AI revient souvent dans les débats publics. L'absence de définition claire et la difficulté d'élaborer une statistique dans ce domaine laissent le champ libre à toutes sortes de spéculations quant aux formes et à la diffusion de ce phénomène. Afin de répondre de manière objective à un besoin légitime d'information sur ce thème, l'OFAS a confié à un institut de recherche indépendant le soin de réaliser la présente étude. Ce projet s'inscrit dans le cadre du programme pluriannuel de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI) lancé par l'OFAS en 2006.

Cette étude a introduit une nouvelle notion, celle des prestations non conformes aux objectifs de l'AI. Cette nouvelle notion comprend à la fois l'octroi de prestations indues (accordées par exemple parce que l'instruction n'a pas été suffisamment ciblée ou que l'interaction entre divers acteurs a produit des effets indésirables, sans que la personne assurée y soit pour rien) et les mises à contribution illégitimes de l'AI en raison de fraudes intentionnelles à l'assurance ou suite à des négligences de la personne assurée. Les fraudes intentionnelles ne constituent qu'une fraction des prestations non conformes aux objectifs de l'AI.

Nous savions d'entrée qu'il serait extrêmement difficile pour les chercheurs d'apporter des résultats quantitatifs précis concernant les prestations non conformes aux objectifs de l'AI. Les estimations, reposant sur diverses approches développées dans cette étude pour pallier le manque de données statistiques, constituent un premier pas de la recherche dans ce domaine. Les résultats auxquels sont parvenus les chercheurs d'econcept montrent la nécessité d'une approche pragmatique pour réduire les prestations non conformes aux objectifs de l'assurance-invalidité. L'analyse des nombreux facteurs de risque survenant tout au long de la procédure d'octroi d'une prestation de l'AI indique où agir en priorité. Les recommandations faites par les auteurs pour réduire le risque de verser des prestations non conformes aux objectifs de l'AI confirment que les nouvelles mesures introduites par les deux dernières révisions de l'AI vont dans la bonne direction.

La 5<sup>e</sup> révision de l'AI, entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2008, offre une nouvelle base légale permettant non seulement d'améliorer l'organisation et les procédures de cette assurance mais aussi d'intensifier la lutte contre les fraudes et les négligences des assurés. Ce rapport de recherche constitue une référence utile dans ce contexte.

Restreindre les prestations non conformes aux objectifs de l'AI est une tâche prioritaire. Elle vise non seulement à réduire les coûts de l'AI mais surtout à renforcer la confiance des citoyens dans cette assurance sociale fondée sur la solidarité face au risque d'invalidité.

Olivier Brunner-Patthey  
Chef de projet  
Secteur Recherche et évaluation

Alard du Bois-Reymond  
Vice-directeur  
Chef du domaine Assurance-invalidité



## Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

La questione degli “abusi” nell'AI è un tema ricorrente nei dibattiti pubblici. L'assenza di una definizione chiara di questo concetto e la difficoltà di elaborare statistiche al riguardo spianano la strada a speculazioni di ogni tipo sia sulle forme sia sulla diffusione di questo fenomeno. Per rispondere obiettivamente ad un legittimo bisogno d'informazione, l'UFAS ha affidato ad un istituto di ricerca indipendente la realizzazione del presente studio. Questo progetto si iscrive nel quadro del programma pluriennale di ricerca sull'assicurazione invalidità (PR-AI) lanciato dall'UFAS nel 2006.

Lo studio introduce un nuovo concetto: quello delle prestazioni non conformi agli obiettivi dell'assicurazione invalidità. Nel nuovo concetto sono compresi sia il versamento di prestazioni indebite (p. es. in seguito ad accertamenti non sufficientemente mirati o ad effetti indesiderati della collaborazione tra diversi attori indipendenti dalla volontà dell'assicurato) che il ricorso illecito alle prestazioni dell'AI per frode assicurativa intenzionale o negligenza dell'assicurato. Le frodi intenzionali non rappresentano che una frazione delle prestazioni non conformi agli obiettivi dell'AI.

Fin dall'inizio era chiaro che per i ricercatori sarebbe stato estremamente difficile fornire dati quantitativi precisi riguardo alle prestazioni non conformi agli obiettivi dell'AI. Le stime effettuate sulla base di differenti metodi sviluppati nel presente studio per ovviare alla mancanza di dati statistici costituiscono un primo, importante passo della ricerca su questo argomento.

Dai risultati cui sono giunti i ricercatori di *econcept* emerge che solo un approccio pragmatico può ridurre le prestazioni non conformi agli obiettivi dell'AI. L'analisi dei numerosi fattori di rischio che intervengono nella procedura di concessione di prestazioni AI localizza le priorità d'intervento. Le raccomandazioni degli autori per ridurre il rischio di versare prestazioni non conformi agli obiettivi dell'assicurazione confermano che le nuove misure introdotte dalle due ultime revisioni dell'AI vanno nella giusta direzione.

La 5a revisione AI, entrata in vigore il 1° gennaio 2008, offre una nuova base legale che permette non soltanto di migliorare l'organizzazione e le procedure dell'assicurazione, ma anche di intensificare la lotta contro le frodi e la negligenza degli assicurati. In questo contesto, il presente rapporto di ricerca costituisce un utile riferimento .

La riduzione delle prestazioni non conformi agli obiettivi dell'AI è un compito di primaria importanza. L'obiettivo non è soltanto di ridurre i costi, ma anche e soprattutto di aumentare la fiducia dei cittadini in un'assicurazione sociale fondata sulla solidarietà verso chi rischia l'invalidità.

Olivier Brunner-Patthey  
Capoprogetto  
Settore Ricerca e valutazione

Alard du Bois-Reymond  
Vicedirettore  
Capo dell'Ambito Assicurazione invalidità



## Foreword by the Federal Social Insurance Office

The issue of “abuses” relative to the invalidity insurance system is frequently addressed in the public debate. The absence of clear definitions and the difficulty of establishing statistics in this area offer leeway for a number of speculative hypotheses concerning the importance and extent of this phenomenon. In order to respond objectively to the legitimate need of relevant information, the Federal Social Insurance Office (FSIO) has mandated an independent research institute to conduct the present study. This project is part of the research program on invalidity insurance (PR-AI) which was launched by the FSIO in 2006 and is to continue for several years.

This study introduced a new notion: the benefits inconsistent with IV objectives. This new notion includes both undue IV benefit disbursement (assigned e.g. because procedures hadn't been consistent enough or the interaction between different actors produced undesirable effects unintended by the insured person) and unlawful access to IV benefits caused by deliberate insurance fraud or by negligent infringements by the insured person. Deliberate insurance fraud constitutes merely a fraction of the benefits inconsistent with IV objectives.

We knew from the outset that it would be difficult to establish precise quantitative results as to benefits inconsistent with IV objectives. The estimations based on different approaches developed in the study to counteract the lack of statistical data constitute a first step towards research in this area. The results achieved by the researchers demonstrate the need of a pragmatic approach to reduce benefits inconsistent with IV objectives. The analysis of numerous risk factors which appear throughout the procedure leading to the granting of an invalidity pension shows us where we must act in priority. Recommendations voiced by the authors tending to reduce benefits inconsistent with IV objectives show that the new measures introduced by the last two invalidity insurance revisions are on the right path.

The fifth revision of the law on invalidity insurance, which came into force on January 1<sup>st</sup> 2008, provides new legal bases not only to improve its organisation and procedures, but also to combat deliberate fraud and negligent infringements. This study provides a useful reference in this context.

Reducing benefits inconsistent with IV objectives is a major task. It aims not only to lower invalidity insurance costs but also to strengthen social confidence in this social insurance instrument based on solidarity towards the risk of disability we all face.

Olivier Brunner-Patthey  
Head of project  
Research and Evaluation Section

Alard du Bois-Reymond  
Deputy Director  
Head of the Invalidity Insurance Domain



# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VI
Glossar	VII
Zusammenfassung	IX
Résumé	XVII
Riassunto	XXV
Summary	XXXIII
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Zielsetzungen und Fragestellungen	1
1.3 Vorgehen und Berichtsaufbau	2
1.3.1 Informationen zu IV-Risikofaktoren sind noch keine Indikatoren für nicht zielkonforme IV-Leistungen	2
1.3.2 Untersuchungsansatz und Rahmenbedingungen	3
1.3.3 Berichtsaufbau	4
2 Die IV in Zahlen: Ausgaben und Fallzahlen	5
2.1 Entwicklung der Ausgaben	5
2.2 Entwicklung der Fallzahlen	6
2.2.1 Entwicklung individuelle Massnahmen und Renten nach Geschlecht	6
2.2.2 Rentenzunahme nach Invalidisierungsgrund	8
2.3 RentenbezügerInnen - aktueller Stand	9
2.3.1 Neuberentungen 2005: vorherrschende Ursachen	9
2.3.2 Rentenbezüge 2005: vorherrschende Ursachen	10
2.3.3 Renten nach Herkunft	11
3 Systembeschreibung	15
3.1 Gesetzlicher Rahmen	15
3.1.1 Zweck der IV	15
3.1.2 Leistungspflicht gemäss Gesetz	15
3.1.3 Juristische Leitentscheide zum Bezug von IV-Leistungen	16
3.1.4 Versicherungsmissbrauch – gesetzlicher Rahmen gemäss IVG und ATSG	18

3.2 Leistungen der IV	19
3.2.1 Individuelle Leistungen: Übersicht	19
3.2.2 Eingliederungsmassnahmen	19
3.2.3 Hilfsmittel	20
3.2.4 Taggelder	21
3.2.5 Renten	21
3.2.6 Hilflosenentschädigung	22
3.3 Die Akteure im IV-Verfahren	22
3.3.1 Eine Übersicht	22
3.3.2 Die verfahrensinternen Akteure	23
3.3.3 Vorgelagerte Versicherungssysteme	25
3.3.4 Koordination unter den vorgelagerten Versicherungssystemen	27
3.3.5 Parallelgelagerte Versicherungssysteme	28
3.3.6 Koordination unter parallelgelagerten Versicherungssystemen	30
3.3.7 Die Rolle der ArbeitgeberInnen im IV-Verfahren	31
4 Prozessanalyse	33
4.1 Prozesse im Vorfeld des IV-Antrags	33
4.2 Der Prozess des IV-Verfahrens	35
4.3 Dem IV-Verfahren nachgelagerte Prozesse	37
4.4 Revisionen	37
5 Begriffliche Klärung - Typologie 'Nicht zielkonforme Leistungen'	39
5.1 Erste, nicht weiter verfolgte Typologie	39
5.2 Neue Typologie: Nicht zielkonforme Leistungen	39
5.2.1 Unrechtmässige Inanspruchnahme der IV	40
5.2.2 Nicht zustehende Leistungsausrichtung	40
6 Expertengespräche	43
6.1 Methodisches Vorgehen	43
6.2 Erkenntnisse aus den Expertengesprächen: Kurzzusammenfassung	44
7 Risikobereiche für nicht zielkonforme Leistungen und qualitative Relevanzbeurteilung	47
7.1 Risikobereiche	50
7.1.1 Risikobereiche im Vorfeld des IV-Verfahrens und im Vorfeld des Rentenentscheides	50

7.1.2	Entstehungsgründe von Risiken im Vorfeld des IV-Verfahrens und im Vorfeld des Rentenentscheides	51
7.1.3	Die Risikobereiche beim Rentenentscheid	53
7.1.4	Entstehungsgründe von Risiken beim Rentenentscheid	54
7.1.5	Einsprachen und Rekurse	55
7.1.6	"Moral Hazard" – Risiken bei den Versicherten	56
7.2	Qualitative Relevanzeinschätzung	57
8	Quantitative Einschätzung nicht zielkonformer Leistungen	61
8.1	Potentialschätzungen	61
8.1.1	Vorhandene Datenbasis	61
8.1.2	Vorgehen	62
8.1.3	Eingrenzung der Grundgesamtheit	63
8.1.4	Identifikation der spezifischen Risikogruppen	65
8.1.5	Ergebnisse der Schätzungen	71
8.1.6	Relevanzbeurteilung für die einzelnen Risikogruppen	76
8.2	Auswertung der Neurentenquoten	77
8.3	Bisherige quantitative Einschätzungen von nicht zielkonformen Leistungen in der IV	80
8.4	Übersicht über die quantitativen Ergebnisse	82
9	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	85
9.1	Nicht zielkonforme Leistungen bei der IV: Die Klärung der Begriffe verhindert Polemik	85
9.2	Risikobereiche und Risikofaktoren für nicht zielkonforme Leistungen bei der IV	85
9.2.1	Risiko behaftete gesundheitliche Beeinträchtigungen:	86
9.2.2	Versicherten-Risikogruppen	87
9.2.3	Moral Hazard Verhalten auf Seiten der Versicherten	87
9.2.4	Dyade behandelnder Arzt/PatientIn	88
9.2.5	Mängel im aktuellen IV-System und in den IV-Verfahren (System ohne 5. IVG-Revision)	89
9.2.6	Kontext der IV und der IV-Verfahren (Situation ohne 5. IVG-Revision)	91
9.3	Abschätzung des Ausmasses ungerechtfertigter Leistungen der IV	92
9.4	Massnahmen und Empfehlungen	94
9.4.1	Früherfassung invaliditätsgefährdeter Versicherter	94
9.4.2	Verkürzung von Bearbeitungs- und Wartezeiten	94

---

9.4.3	Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Versicherungsarzt/-ärztin (nicht durch behandelnden Arzt)	95
9.4.4	Ausbau der versicherungsmedizinischen Abklärungskapazitäten, Unterstützung der Qualitätsentwicklung versicherungsmedizinischer Abklärungen	95
9.4.5	Selbstlernendes System: Informationsrückfluss von IV-Entscheiden und Beschwerdeentscheiden zu den jeweiligen GutachterInnen	95
9.4.6	Überprüfung von Fällen mit nichtobjektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen unklarer Kausalität	95
9.4.7	Verbesserung der Rentenrevisionen, Lokalisierung von Meldepflichtverletzungen	96
9.4.8	Anreize für Arbeitgebende	96
9.4.9	Verbesserung der statistischen Grundlagen	97
	Literaturverzeichnis	99
	Anhang	103
	Liste der interviewten Personen	103
	Interview Leitfaden	105
	Erkenntnisse aus den Expertengesprächen: ausführliche Zusammenfassung	107

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1:	Ausgaben der IV unterteilt nach Renten, Taggeldern, individuellen Massnahmen insgesamt und beruflichen Massnahmen.	5
Tabelle 2.2:	Anzahl BezügerInnen von Individuellen Massnahmen zwischen 1997 und 2005.	7
Tabelle 2.3:	Anzahl BezügerInnen von Renten zwischen 1992 und 2005.	8
Tabelle 2.4:	Krankheitsbedingte Renten nach den 7 häufigsten Gebrechenskategorien.	11
Tabelle 2.5:	Anzahl IV-Rentner in der Schweiz, Schweizer und Ausländer.	12
Tabelle 2.6:	Anteile BezügerInnen mit bestimmten Gebrechen, krankheitsbedingter Bezug.	13
Tabelle 3.1:	Invaliditätsgrad und Auszahlungsspanne (2006).	22
Tabelle 5.1:	Definition der unterschiedlichen Arten von nicht zielkonformen Leistungen in der IV und Typologisierung nach AkteurInnen/Ursachen und rechtlichem Status.	42
Tabelle 7.1:	Übersicht über die Risikobereiche für nicht zielkonforme Leistungen.	48
Tabelle 7.2:	Effektive Grenzsteuersätze auf Erwerbseinkommen bei bestehender Invalidität.	57
Tabelle 7.3:	Relevanz (Fallzahlen/Finanzen) und Risiko der verschiedenen Typen von nicht zielkonformen Leistungen bei der IV.	59
Tabelle 8.1:	Risikomerkmale für nicht zielkonforme Leistungen: Eingrenzung der Grundgesamtheit.	64
Tabelle 8.2:	Spezifische Risikofaktoren der Risikogruppe 'Männer 50+ mit niedrigem Bildungsstand'.	67
Tabelle 8.3:	Spezifische Risikofaktoren der Risikogruppe 'Frauen 50+ mit niedrigem Bildungsstand'.	69
Tabelle 8.4:	Spezifische Risikofaktoren der Risikogruppe 'Missglückter Berufseinstieg'.	70
Tabelle 8.5:	Spezifische Risikofaktoren der Risikogruppe 'Überlastung'.	71
Tabelle 8.6:	Eingegrenzte Grundgesamtheit, Fallzahlen.	74
Tabelle 8.7:	Potentialschätzungen für nicht zielkonforme Renten.	75
Tabelle 8.8:	Grobschätzung des Barwertes der zukünftigen Rentenzahlungen für die einzelnen Risikogruppen.	77
Tabelle 8.9:	Neurentenquoten und die Anzahl möglicher nicht zielkonformer Neuberentungen pro Jahr.	80
Tabelle 8.10:	Übersicht über die Schätzergebnisse.	83
Tabelle 9.1:	Übersicht des Potenzials, der geschätzten Fallzahlen und Rentenzahlungen von nicht zielkonformen IV-Leistungen im Jahr 2005.	93

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1: Die mittleren jährlichen Wachstumsraten der Anzahl RentnerInnen nach Invaliditätsgrund 1997 – 2006.	9
Abbildung 2.2: NeurentenbezügerInnen 2005 in der Schweiz nach Ursache und Alter.	10
Abbildung 3.1: Individuelle Leistungsarten der IV.	20
Abbildung 3.2: Die Akteure im IV-Verfahren.	23
Abbildung 4.1: Prozesse im Vorfeld zum IV-Verfahren bei erwerbstätigen Personen.	34
Abbildung 4.2: Der Prozess des IV-Verfahrens.	36
Abbildung 4.3: Dem IV-Verfahren nachgelagerte Prozesse.	38
Abbildung 8.1: Quantifizierung der nicht zielkonformen Leistungen: relevante Grundgesamtheit.	64
Abbildung 8.2: Quantifizierung der nicht zielkonformen Leistungen: spezifische Risikogruppen.	66
Abbildung 8.3: Neurentenquoten und demographischer Wandel.	78
Abbildung 8.4: Neurentenquote und Erwerbslosenquote.	79

## Glossar

AHV	Alter- und Hinterlassenenversicherung
AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
ALV	Arbeitslosenversicherung
ArG/ArGV	Arbeitsgesetz/Verordnung zum Arbeitsgesetz
BEFAS	Berufliche Abklärungsstellen
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
BV	Berufliche Vorsorge,
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
BVM	Bekämpfung Versicherungsmissbrauch
EKAS	Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit
EL	Ergänzungsleistung
FoP-IV	Forschungsprogramm des Bundesamtes für Sozialversicherung zur IV
IIZ	Interinstitutionelle Zusammenarbeit
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
IVST	IV-Stelle
IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung
KI	Konfidenzintervall
KTG	Krankentaggeld
KV/KVG	Krankenversicherung, Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MEDAS	Medizinische Abklärungsstellen
MV	Militärversicherung
RAD	Regionalärztliche Dienste
SHP	Schweizer Haushaltspanel
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag
UV/UVG	Unfallversicherung, Bundesgesetz über die Unfallversicherung
VUV	Verordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung



# Zusammenfassung

## **Ausgangslage und Zielsetzungen**

Die Zahl der InvalidenrentnerInnen hat zwischen 1992 und 2006 um über 80% zugenommen. Bisherige Analysen ergeben, dass nur gut ein Fünftel dieser Zunahme auf den demographischen Wandel zurückzuführen ist. Die Gründe für die übrige Zunahme werden einerseits in gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Umwälzungen sowie in Veränderungen der Arbeitswelt vermutet. Auf der anderen Seite werden die Ursachen bei nicht zweckmässigen Abläufen bei der IV und bei ungerechtfertigten oder gar missbräuchlichen Leistungsbezügen seitens einzelner Versicherter gesucht. So standen bei einem relevanten Anteil der Abstimmungspropaganda für die 5. IV-Revision die Begriffe "Missbrauch" bzw. "Missbrauchsverhinderung bei der IV" im Vordergrund. Die hier vorgenommenen Untersuchungen zeigen aber auf, dass es bei der IV zwar, wie bei jeder Versicherung oder Sozialversicherung, nicht zielkonforme Leistungen und auch Betrug gibt, dass jedoch die einseitige bis polemische Fokussierung auf den so genannten Missbrauch nicht adäquat ist. Den Bestrebungen, optimale Funktionalität und Ausrichtung des IV-Vollzuges auf die IV-Ziele zu erreichen, wird durch die einseitige Fokussierung auf den Versicherungsbetrug ebenfalls nicht gedient. Erst die sachgerechte, empirisch begründete Differenzierung und die nüchterne Analyse der vorkommenden nicht zielkonformen Leistungen der IV schaffen die Voraussetzungen für zweckmässige Massnahmen zur Verbesserung der aktuellen Situation.

Vor dem Hintergrund dieser Gegebenheiten wurde das vorliegende Projekt im Rahmen des Forschungsprogrammes 'FoP-IV' des BSV lanciert. Ziele des Projektes sind:

- Definition und Typologisierung der verschiedenen Arten von nicht zielkonformen IV-Leistungen. Der Begriff 'nicht zielkonform' orientiert sich an den *heutigen* Zielen der IV.
- Beschreibung der Risikofaktoren für nicht zielkonforme IV-Leistungen und Zuordnung zu den einzelnen Typen von nicht zielkonformen IV-Leistungen.
- Schätzung der Bedeutung und Entwicklung von nicht zielkonformen IV-Leistungen. Abgrenzung von Risikogruppen mittels operationalisierter Risikofaktoren, um den *potentiellen* Umfang der nicht zielkonformen Leistungen in der IV abschätzen zu können.
- Allgemein gehaltene Empfehlungen zur Senkung des Risikos nicht zielkonformer IV-Leistungen unter Einbezug von grob gehaltenen, aber umfassenden Kosten-Nutzen Überlegungen und ethischen Konsequenzen.

## **Vorgehen**

Um diese Ziele zu erreichen, sind die bestehende Literatur und die vorhandenen Informationsgrundlagen gesichtet, und eine System- und Prozessanalyse vorgenommen worden. Mit insgesamt 35 ExpertInnen bzw. SchlüsselakteurInnen aus verschiedensten Bereichen, die in ihrem Berufsalltag stark mit dem Themenkreis Invalidität und Invalidenversicherung konfrontiert sind, sind vertiefte Interviews geführt worden. Zu den Befragten gehören Arbeitsmediziner, Versicherungsmediziner, ÄrztInnen, Psychiater und PsychologInnen, Personen, die bei privaten Versicherungen Versicherungsbetrug bekämpfen, JuristInnen, Exponenten der relevanten Verbände, RAD-MedizinerInnen und LeiterInnen sowie Mitarbeitende von IV-Stellen.

Aufgrund der vorgenommenen Analysen und Interviews werden die relevanten Risikobereiche im System und in den Prozessen sowie die personenbezogenen Risikofaktoren für nicht zielkonforme Leistungen identifiziert.

Die Grössenordnung nicht zielkonformer IV-Leistungen wird mithilfe von zwei Ansätzen quantifiziert:

- Schätzung des **Potentials** nicht zielkonformer Leistungen mithilfe personenbezogener Risikofaktoren für nicht zielkonforme IV-Leistungen. Dabei werden sowohl Daten der Gebrechens- und Leistungsstatistik des BSV als auch Daten des schweizerischen Haushaltspanels verwendet.
- Schätzungen mithilfe der **Veränderung der Neurentenquoten** nach der 4. IV-Revision ab 2004. Dabei wird angenommen, dass die höheren Neurentenquoten vor 2004 nur im Ausmass der Neurentenquoten von 2005 und 2006 gerechtfertigt waren und der darüber hinausgehende Teil nicht zielkonformen IV-Leistungen entspricht.

### **Wichtigste Ergebnisse**

#### **Definition und Typologisierung nicht zielkonforme Leistungen**

Es wird eine begriffliche Präzisierung von IV-Leistungen vorgenommen, die entweder nicht gesetzeskonform sind oder die zwar bei den heutigen Rahmenbedingungen gesetzeskonform sind, die aber den Zielsetzungen der IV nicht (mehr) entsprechen:

Nicht zielkonforme Leistungen in der Invalidenversicherung				
Arten unrechtmässiger Inanspruchnahme der IV bzw. nicht zustehender Leistungsausrichtung der IV	Unrechtmässige Inanspruchnahme der IV		Nicht zustehende Leistungsausrichtung der IV (systembedingt)	
	Vorsätzlicher Versicherungsbruch durch Versicherte und durch andere Akteure oder unter Mitwirkung anderer Akteure	Fahrlässige Verstösse/Verhalten gegen das IVG durch Versicherte und durch andere Akteure oder unter Mitwirkung anderer Akteure	Systembedingte Faktoren, akteurunabhängig betrifft Zusammenwirken der Akteure bzw. Ausgestaltungsaspekte	Systembedingte Faktoren, akteurabhängig einem einzelnen Akteur zuzuordnen

#### **Identifizierte Risikobereiche**

Zu den wichtigsten Ursachen für das Entstehen von Risiken für nicht zielkonforme Leistungen gehören:

- Die häufig sehr lange Zeitdauer vom Eintreten der Gesundheitsbeeinträchtigung bis zur Abklärung durch die IV bzw. bis zu eventuellen Wiedereingliederungsmassnahmen mit negativen Folgen wie Deconditioning (Verlust Arbeitsfähigkeit, Vermittlungsfähigkeit) und einsetzender Desintegration.
- Wiederholte, länger währende Krankschreibungen durch den Hausarzt oder die Hausärztin oder andere behandelnde MedizinerInnen, die nicht mit versicherungsmedizinischen Vorgaben korrespondieren. Dadurch steigt das Risiko falscher Erwartungshaltungen bei den betroffenen

Versicherten. Zudem können ohne Wiedereingliederungsbemühungen in diesen Phasen bereits Desintegrationsprozesse einsetzen.

- Moral Hazard Verhalten bei den Versicherten. Durch die hohen Ersatzquoten, welche vor allem durch Leistungen der beruflichen Vorsorge und der Unfallversicherung entstehen, haben Versicherte vielfach wenig finanzielle Anreize, alles in ihrer Macht stehende zu tun, um einen Leistungsbezug von der IV zu verhindern oder so gering wie möglich zu halten.
- Mangelnde versicherungsmedizinische Fachkenntnisse auf verschiedenen Ebenen.
- Konflikte zwischen dem von der IV verwendeten, versicherungsmedizinisch relevanten, kausal-linearen Krankheitsmodell und dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der kurativen Medizin.
- Nicht ausgeschöpfte Früherfassungs-, Abklärungs- und Wiedereingliederungspotentiale (vor der 5. IV-Revision).
- Noch nicht voll ausgeschöpftes Abklärungspotential bei den regionalärztlichen Diensten (Einführung der RAD erst ab 2004).
- Die starke Zersplitterung des Systems sozialer Sicherheit in der Schweiz.
- Fehlende oder zu oberflächliche Rentenrevisionen.
- Bisher fehlende Anreize für die IVST zur effizienten Bewirtschaftung ihrer Ressourcen. Noch fehlen Leistungsindikatoren, die Vergleiche zwischen den Kantonen ermöglichen.

Aufgrund der vorgenommenen Analysen und ExpertInnengespräche wird bei einer zweckmässigeren Ausgestaltung des IVG-Vollzuges der grösste Handlungsspielraum zur Reduktion nicht zielkonformer Leistungen erwartet. Fast alle Massnahmen, die zur Vermeidung nicht zielkonformer Leistungen der IV vorgeschlagen werden, setzen bei den Vollzugsprozessen und den jeweiligen Akteuren an. Das Schwergewicht der 5. IV-Revision liegt deshalb folgerichtig bei Massnahmen zur Verbesserung der Vollzugseffektivität im Hinblick auf die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben.

### **Identifizierte risikobehaftete gesundheitliche Beeinträchtigungen**

Im Vordergrund stehen gesundheitliche Beeinträchtigungen unklarer Kausalität, die nicht oder nur begrenzt objektivierbar sind, und bei denen es schwer fällt, IV-fremde psychosoziale Ursachen von psychischen, geistigen und physischen Ursachen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen abzugrenzen. Beispiele sind:

- Schleudertraumata
- Schmerzkrankheiten wie Fibromyalgie oder Borreliose
- Verschiedene psychosoziale oder psychische Erschöpfungszustände, wie Burnout/Boreout, Nervenzusammenbruch, Depression, Chronic Fatigue Syndrom oder sonstige Überlastungssymptome, oftmals ausgelöst durch verstärkten Druck am Arbeitsplatz
- Traumata, ausgelöst durch zurückliegende Gewalterfahrungen
- Neuropsychologische (geistige) Defizite nach leichten Kopftraumata
- Posttraumatische Belastungsstörungen infolge Unfalltrauma (Luxor-Effekt) oder ein infolge eines Unfalls reaktiviertes früheres Trauma.

Die schwierige Diagnose und Einschätzung der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bzw. Zumutbarkeit schaffen Spielraum für Moral Hazard-Verhalten sowie für eine zu stark patientenorientierte Abklärungsoptik bei den behandelnden oder begutachtenden ÄrztInnen.

### Versicherten-Risikogruppen

Vor allem die folgenden Versichertengruppen gelten als Risikogruppen für nicht zustehende Leistungsausrichtung sowie in geringerem Masse auch für die unrechtmässige Inanspruchnahme der IV:

- Versicherte mit schlechten Chancen auf dem Arbeitsmarkt: Beruflich schlecht qualifizierte Personen mit niedrigem Ausbildungsstand, oft Personen mit Migrationshintergrund, häufig mit geringen Kenntnissen der Landessprache. Diese Risikogruppe umfasst in der Tendenz Personen mittleren Alters (50+) und männlichen Geschlechts, häufig in hohem Masse körperlich anstrengende Arbeiten verrichtend.
- Allein Erziehende mit Doppelbelastung in Haushalt und Beruf, die sich über längere Zeit überlastet fühlen.
- Personen, die eine persönliche Krise durchleben (wie Scheidung, Arbeitsplatzverlust, oftmals verstärkt durch erhöhten Druck am Arbeitsplatz, Mobbing) und die deswegen über längere Zeit insgesamt überlastet werden.
- Sehr leistungsbereite oftmals "überangepasste" Personen, bei denen auch eine relativ kleine gesundheitliche Einschränkung komplexe psychische Probleme auslösen kann, oft als Folge verstärkten Drucks am Arbeitsplatz (häufig Burnout-Fälle).
- Personen mit geringen persönlichen Ressourcen, wenig Selbstvertrauen und/oder mit schlechter Krisenbewältigungskapazität.
- "Junge IV-Rentner": Jugendliche mit Migrationshintergrund, schlechten Sprachkenntnissen und geringen beruflichen Qualifikationen, die den Berufseinstieg nicht geschafft haben.

### Ergebnisse der quantitativen Auswertungen

Die Schätzungen nicht zielkonformer IV-Leistungen umfassen sowohl 'unrechtmässige Inanspruchnahmen der IV' wie auch 'nicht zustehende Leistungsausrichtungen'. Die jeweiligen Anteile dieser beiden Kategorien konnten nicht bestimmt werden.

*Alle verfolgten Ansätze zur Einschätzung nicht zielkonformer Leistungen in der IV sind mit grossen Unsicherheiten behaftet. Dies widerspiegelt sich in den grossen Spannweiten der Schätzergebnisse.*

*Die vorgenommenen Potenzialschätzungen und die Entwicklung der Neurentenquoten nach 2004 ergeben eine ähnliche Grössenordnung für die geschätzten nicht zielkonformen Rentenleistungen im Jahr 2005 von etwa **300 – 400 Mio. CHF/Jahr** bzw. **5% – 6% der Rentenzahlungen** oder **2.6% – 3.5% der gesamten IV-Ausgaben**. Über das Ausmass des Betrugs können keine Angaben gemacht werden.*

Diese Angaben zu nicht zielkonformen Leistungen beziehen sich nur auf die Gewährung von Renten. Zu nicht zielkonformen Zahlungen bei Hilflosenentschädigungen, Krankentaggeldern oder Zahlungen für Integrationsmassnahmen und Hilfsmittel können keine Angaben gemacht werden. Vor allem Meldepflichtverletzungen beim Rentenbestand werden als relevant eingeschätzt und dürften den Anteil nicht zielkonformer IV-Leistungen merklich nach oben verschieben. Nicht zielkonforme

Leistungen bei Hilflosenentschädigungen, Krankentaggeldern und Wiedereingliederungsmassnahmen dürften vorkommen, sind jedoch deutlich weniger relevant.

*Die vorgenommenen quantitativen Untersuchungen bestätigen die bisherigen Schätzungen für nicht zielkonforme IV-Leistungen: Würden auch nicht zielkonforme Zahlungen wegen zu hoch bemessener IV-Grade, Meldepflichtverletzungen, bei Hilflosenentschädigungen, Krankentaggeldern oder für Integrationsmassnahmen und Hilfsmittel miteinbezogen, dann dürften die nicht zielkonformen Leistungen in der IV in der bisher angenommenen Grössenordnung von **ca. 3% bis 6% der gesamten IV-Ausgaben** im Jahr 2005 liegen.*

Hält der Trend der Neuberentungen der Jahre 2005 und 2006 an und werden in Zukunft weitere Massnahmen zur Bekämpfung von unrechtmässigen Inanspruchnahmen der IV ergriffen, ist mit einer Abnahme des Anteils nicht zielkonformer Leistungen zu rechnen. Vor allem die systembedingten, nicht zustehenden Leistungsausrichtungen sollten dabei nach Umsetzung der 5. IV-Revision deutlich zurückgehen.

### **Massnahmen und Empfehlungen**

Die folgenden Massnahmen und Empfehlungen unterstützen grundsätzlich die Änderungen gemäss 5. IVG-Revision (bzgl. der Massnahmen; Leistungsänderungen werden hier nicht vorgeschlagen).

#### **Früherfassung invaliditätsgefährdeter Versicherter**

Die Früherfassung invaliditätsgefährdeter Versicherter, ist absolut zentral, um Dekonditionierung, falsche Erwartungshaltungen und Chronifizierungen zu vermeiden und um den Arbeitsplatzverlust beim bisherigen Arbeitgeber möglichst zu verhindern. Der bisherige Arbeitgeber wird in der Regel ein grösseres Engagement aufbringen als ein neuer Arbeitgeber. Allerdings muss vermieden werden, dass durch die Früherfassung beim Versicherten die Erwartung geweckt wird, er/sie sei ein IV-Fall, und dass dadurch einem Abgleiten oder Fallenlassen in die Krankheit Vorschub geleistet wird. Zentral sind die Koordination der verschiedenen Versicherungsträger (UV, KTG, ALV und Sozialhilfe) und der Arbeitgebenden mit der IV. Dabei spielen die Arbeitgebenden bei der Früherfassung und bei den Massnahmen zur Verhinderung der IV-Anmeldung eine wesentliche Rolle.

#### **Verkürzung von Bearbeitungs- und Wartezeiten**

Neben der Verkürzung der Zeit bis zur IV-Anmeldung und bis zu Abklärungs- und Reintegrationsmassnahmen durch Früherfassung spielen die Bearbeitungs- und Wartezeiten bei den diversen Abklärungen der IVST eine wichtige Rolle, vor allem bei den risikobehafteten Fällen, die weitere Abklärungen erfordern. Die Abklärungskapazitäten müssen daher nachfragegerecht ausgebaut werden.

#### **Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Versicherungsarzt/-ärztin**

Die behandelnden ÄrztInnen kennen zwar ihre PatientInnen am besten, sind aber aufgrund des wirtschaftlichen und persönlichen Arzt-Patienten-Verhältnisses und des kurativen (nicht versicherungsmedizinischen) Ansatzes Partei der Versicherten und daher oft nicht neutral. Mindestens bei den risikobehafteten Gesundheitsbeeinträchtigungen sollten daher keine Arbeitsfähigkeitsgutachten von behandelnden ÄrztInnen verwendet werden.

### **Ausbau der versicherungsmedizinischen Abklärungskapazitäten, Unterstützung der Qualitätsentwicklung versicherungsmedizinischer Abklärungen**

Bestrebungen zur Verbesserung der aktuellen Situation der Versicherungsmedizin sollten unterstützt werden. Zusätzlich ist die Etablierung und Unterstützung von versicherungsmedizinischen Qualitätszirkeln zur Weiterentwicklung der Abklärungsqualität und zur Entwicklung einheitlicher Standards bei nicht objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen unklarer Kausalität in Zusammenarbeit mit den einschlägigen Organisationen zu prüfen.

### **Selbstlernendes System: Informationsrückfluss von IV-Entscheiden und Beschwerdeentscheiden zu den jeweiligen GutachterInnen**

Der Rückfluss von IV-Entscheiden der RAD bzw. IVST zu den GutachterInnen sowie von Versicherungsgerichts- und Bundesgerichtsentscheiden fehlt weitgehend. Im Sinne eines selbstlernenden Systems soll der adäquate Rückfluss von Informationen über die Ursachen und Begründungen von Differenzen zu den erstellten Gutachten an die GutachterInnen organisiert werden. Ein Web-basiertes Forums zu versicherungsmedizinischen Fragen und IV-Entscheidungen sollte durch das BSV in Zusammenarbeit mit den einschlägigen Verbänden vorangetrieben werden. Denkbar sind zudem Erfahrungsgruppen, welche Diagnosekriterien entwickeln, vereinheitlichen und kommunizieren und welche Benchmarks zu den IV-Prozessen und deren Wirkungen erarbeiten.

### **Überprüfung von Fällen mit nichtobjektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen unklarer Kausalität**

Für Versicherte mit risikobehafteten Krankheitsbildern sind geeignete Abklärungsmöglichkeiten bereitzustellen. Dabei sollen Spezialisten verfügbar sein und die modernsten Abklärungsmethoden genutzt werden. Bei Fällen mit nicht objektivierbaren Beeinträchtigungen sollen durch die IVST nach der Rentenzusprache Überprüfungen vorgenommen werden. Vertiefte Überprüfungen sollten aus Aufwand- und Akzeptanzgründen nur bei Fällen vorgenommen werden, bei denen ein gewisses Risiko für nicht zielkonforme Leistungsbezüge besteht. Wir empfehlen, dass das BSV in Zusammenarbeit mit den IVST die Entwicklung von Triage-Kriterien für Abklärungen vor Ort bei begründetem Verdacht vorantreibt.

### **Verbesserung der Rentenrevisionen, Lokalisierung von Meldepflichtverletzungen**

Rentenrevisionen werden zurzeit zuwenig konsequent und oft zu oberflächlich vorgenommen. Daher wird empfohlen, Kriterien zu entwickeln, nach welchen die laufenden Rentenfälle überprüft werden sollen (Auswahl, Häufigkeit, Prüfmethode). Für die Auswahl der bestehenden Rentenfälle für eine vertiefte Überprüfungen sind aus Kosten-/Nutzen- und Akzeptanzgründen soweit als möglich Triage-Kriterien zu entwickeln. Im Vordergrund stehen dabei Rentenbeziehende mit unklaren und nicht objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen, mit Krankheitsbildern, bei denen im Laufe der Zeit Besserungschancen bestehen, sowie Rentenbeziehende, bei denen die Zumutbarkeitsbeurteilung sehr schwierig ist. Unrechtmässig bezogene Leistungen sollten zur Erhöhung der Präventivwirkung zurückgefordert werden. Die IVST strebt eine Koordination mit der Bekämpfung der Schwarzarbeit gemäss Gesetz über Massnahmen zur Bekämpfung von Schwarzarbeit an.

### **Anreize für Arbeitgebende**

Die Arbeitgebenden können einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung von Invaliditätsrisiken, zur Abklärung von Arbeitsplatzmassnahmen, zur Bereitstellung von geeigneten (Nischen-) Arbeitsplätzen und zur Reintegration von IV-Fällen leisten. Sie haben die Pflicht, die Gesundheit sowie die Wahrung der persönlichen Integrität der Arbeitnehmenden am Arbeitsplatz zu schützen.

Grundsätzlich hat der einzelne Arbeitgebende in der heutigen Situation jedoch wenig Anreiz, konsequent Unterstützung anzubieten (Trittbrettfahrerproblematik). In dieser Situation werden Rahmenbedingungen benötigt, die die Schaffung von Nischenarbeitsplätzen, die Früherfassung, die Risikoverminderung und das Ergreifen von Eingliederungsmassnahmen unterstützen: Beispielsweise ein Bonus-/Malussystem, bei dem alle Arbeitgebenden, welche Nischenarbeitsplätze und Integrationsbeiträge anbieten Boni erhalten und alle übrigen mit einem Malus die Massnahmen finanzieren.

### **Verbesserung der statistischen Grundlagen**

Bei den hier vorgenommenen Untersuchungen zeigte sich, dass die statistischen Grundlagen im IV-Bereich nicht ausreichen, um differenzierte Auswertungen und Analysen vorzunehmen. Insbesondere bezüglich der identifizierten Risikobereiche (Risikogruppen von Versicherten, Risiko-Krankheitsbilder) müssen die Administrativdaten erweitert bzw. differenziert werden, damit für diese Risiken statistische Analysen und Auswertungen machbar werden.



# Résumé

## **Situation de départ et objectifs de l'étude**

Le nombre de bénéficiaires d'une rente d'invalidité a augmenté de plus de 80 % entre 1992 et 2006. Les analyses effectuées jusqu'ici ont montré que l'évolution démographique n'explique qu'un peu plus d'un cinquième de cette augmentation. Pour le reste, on suppose que celle-ci résulte des transformations économiques et sociales, ainsi que des mutations du monde du travail. On met également en cause les processus inappropriés du système de l'AI et l'attitude de certains assurés, dont les demandes de prestations ne se justifient pas ou sont même abusives. La propagande diffusée lors de la votation sur la 5<sup>e</sup> révision a ainsi fait la part belle aux « abus » et à la « lutte contre les abus dans l'AI ». La présente étude montre cependant que, si l'AI connaît effectivement, comme toute autre assurance (sociale ou non), des prestations non conformes aux objectifs et des fraudes, il n'est pas juste de focaliser son attention uniquement sur ce qu'on appelle des abus, jusqu'à la polémique. Cela ne rend pas non plus justice aux efforts consentis pour mettre en œuvre l'AI conformément à ses objectifs et optimiser son fonctionnement. Ce n'est que sur la base d'une appréciation objective et empiriquement établie, et par une analyse sereine des prestations non conformes aux objectifs de l'AI, que l'on parviendra à prendre les mesures permettant d'améliorer effectivement la situation actuelle.

C'est sur cette base que l'OFAS a lancé le présent projet dans le cadre du programme de recherche AI (PR-AI), en lui assignant les objectifs suivants :

- définir et établir la typologie des diverses formes de prestations de l'AI non conformes aux objectifs, le terme « non conformes » se référant aux objectifs actuels de l'AI ;
- décrire les facteurs de risque concourant à la perception de prestations de l'AI non conformes aux objectifs, et les rapporter aux différents types de prestations de l'AI non conformes aux objectifs ;
- estimer l'ampleur et l'évolution des prestations de l'AI non conformes aux objectifs ; distinguer les groupes à risque en fonction des combinaisons de facteurs de risque, afin de pouvoir évaluer l'ampleur *potentielle* des prestations non conformes aux objectifs dans l'AI ;
- recommander des mesures adéquates permettant de réduire les risques d'octroi de prestations de l'AI non conformes aux objectifs en tenant compte de réflexions globales et approfondies de type coûts/avantages, ainsi que des conséquences éthiques d'une telle approche.

## **Méthode**

Pour atteindre ces objectifs, nous avons consulté la littérature spécialisée et les bases de données à disposition, avant d'effectuer une analyse du système et des processus. Ensuite, nous avons conduit des entretiens approfondis avec 35 experts et acteurs-clés issus de divers domaines et directement aux prises, dans leur pratique professionnelle, avec la thématique de l'invalidité et de

l'assurance-invalidité : médecins du travail, médecins-conseil de l'assurance, médecins généralistes, psychiatres, psychologues, personnes chargés de la lutte contre les abus dans les assurances privées, juristes, représentants des organisations concernées, médecins de SMR, responsables et collaborateurs d'offices AI.

Ces analyses et entretiens ont permis d'identifier les points critiques du système et de ses processus, ainsi que les facteurs augmentant le risque de prestations non conformes aux objectifs que l'on peut imputer aux personnes.

L'ampleur du phénomène a été quantifiée selon deux approches différentes :

- la première a consisté à estimer le **potentiel** des prestations de l'AI non conformes aux objectifs en fonction des facteurs de risque liés aux personnes. On a utilisé pour cela les données de la statistique de l'OFAS sur les infirmités et sur les prestations, ainsi que celles du panel suisse des ménages ;
- la seconde a reposé sur **l'évolution du taux de nouvelles rentes** après la 4<sup>e</sup> révision de l'AI, soit à partir de 2004 – l'hypothèse de base étant que l'augmentation des nouvelles rentes avant 2004 ne se justifiait qu'à proportion du taux de nouvelles rentes de 2005 et 2006, et que le surplus correspondait à des prestations de l'AI non conformes aux objectifs.

### ***L'essentiel des résultats***

#### **Définition et typologie des prestations non conformes aux objectifs**

La présente étude précise la définition des prestations de l'AI : soit les prestations non conformes aux objectifs sont non conformes à la loi, soit elles ne correspondent pas (ou plus) aux objectifs actuels de l'AI, tout en respectant les limites posées par la loi actuelle.

Prestations non conformes aux objectifs dans l'assurance-invalidité				
Types de mise à contribution illégitime de l'AI et d'octroi de prestations indues de l'AI	Mise à contribution illégitime de l'AI		Octroi de prestations indues de l'AI (dépendant du système)	
		Fraude à l'assurance intentionnelle commis par les assurés ou par d'autres acteurs, ou avec le concours d'autres acteurs	Négligence à l'égard de la LAI ou infractions involontaires commises par les assurés ou par d'autres acteurs, ou avec le concours d'autres acteurs	Facteurs dépendant du système et indépendant des acteurs liés à la collaboration des acteurs, ou à des aspects organisationnels

#### **Points critiques mis au jour**

Parmi les principaux facteurs à l'origine du risque de prestations non conformes aux objectifs, on relève :

- La période souvent très longue qui s'étend de l'apparition d'un problème de santé à la décision de l'AI ou à d'éventuelles mesures de réinsertion. Cela a pour conséquences négatives le déconditionnement (perte de la capacité de travail et de l'aptitude au placement) et une désaffiliation avancée de l'assuré.
- Les certificats de maladie répétés sur des périodes relativement longues, signés du médecin traitant et ne correspondant pas aux prescriptions de la médecine d'assurance. Cela risque de créer de fausses attentes chez les assurés et d'induire des processus de désaffiliation, faute d'efforts de réadaptation.
- L'aléa moral (*moral hazard*). Du fait des hauts taux d'indemnisation pratiqués surtout dans la prévoyance professionnelle et l'assurance-accidents, les assurés ne font pas tout ce qui est en leur pouvoir pour éviter de percevoir des prestations de l'AI ou d'en réduire l'ampleur autant que possible.
- Un manque d'expertise en médecine d'assurance à divers niveaux.
- Des conflits entre le modèle de compréhension de la maladie pratiqué par l'AI, de type causal linéaire, relevant de la médecine d'assurance, d'une part, et le modèle de compréhension bio-psycho-social de la santé utilisé dans la médecine curative, d'autre part.
- Les potentiels inexploités de détection précoce, d'examen et de réadaptation (avant la 5<sup>e</sup> révision de l'AI).
- Le potentiel d'analyse pas complètement exploité que représentent les services médicaux régionaux (les SMR ont été introduits seulement depuis 2004).
- La grande fragmentation du système de sécurité sociale suisse.
- L'absence ou la superficialité des révisions de rente.
- L'absence d'incitations pour les offices AI à utiliser leurs ressources de manière efficiente. Il manque encore des indicateurs permettant de comparer les prestations entre cantons.

Vu les analyses effectuées et les entretiens menés avec les experts, c'est vraisemblablement en organisant de manière plus adéquate l'application de la LAI que l'on pourra le plus efficacement limiter les prestations non conformes aux objectifs. La quasi-totalité des mesures proposées pour éviter des prestations non conformes aux objectifs de l'AI portent sur les processus de mise en œuvre et les acteurs impliqués. Il est donc judicieux que la 5<sup>e</sup> révision de l'AI prévoie avant tout des mesures améliorant l'effectivité de la mise en œuvre en vue de l'insertion dans la vie professionnelle.

### **Problèmes de santé sources de risque**

Viennent en premier lieu les problèmes de santé non objectivables, ou seulement de manière marginale, et sans étiologie claire ; lorsqu'ils se posent, il est difficile de séparer les causes psychosociales (ne concernant pas l'AI), des causes psychiques, mentales et physiques. Exemples :

- coup du lapin ;
- maladies douloureuses comme la fibromyalgie ou la borréliose ;
- divers états d'épuisement psychique ou psychosocial, tels que burnout/boreout, effondrement nerveux, dépression, syndrome de fatigue chronique et autres symptômes de surmenage, survenant souvent à la suite d'une pression accrue sur le lieu de travail ;
- traumatismes liés à des expériences de violence ;
- déficiences neuropsychologiques (mentaux), consécutives à de légers traumatismes crâniens ;
- troubles post-traumatiques consécutifs à un accident (effet dit de Luxor) ou à un accident réactivant un traumatisme plus ancien.

Comme le diagnostic et l'évaluation de la capacité de travail restante ou de ce qu'on peut raisonnablement exiger de la personne sont délicats, il se crée une zone propice à l'aléa moral, rendant possibles des expertises par trop favorables aux patients, faites par des médecins traitants ou des médecins-experts.

### **Groupes d'assurés sources de risque**

On considérera surtout comme groupes à risque les types d'assurés suivants, auxquels des prestations peuvent être octroyées en ne respectant pas les objectifs de la loi ou qui, dans une moindre mesure, peuvent mettre à contribution l'AI de manière illégitime :

- assurés ayant peu de perspectives sur le marché du travail : personnes professionnellement peu qualifiées, de formation élémentaire, souvent immigrées, ne maîtrisant guère une des langues officielles du pays. Ce groupe à risque comprend essentiellement des personnes d'un certain âge (50 ans et plus), de sexe masculin, exécutant souvent des travaux extrêmement pénibles ;
- parents éduquant seuls leurs enfants, assumant une double charge de travail (profession et ménage) et se sentant surmenés depuis très longtemps ;
- personnes traversant une crise personnelle (telle que divorce ou perte d'emploi, souvent après avoir été soumises à de fortes pressions ou harcelées) et qui, pour cette raison, sont surmenées depuis une période relativement longue ;
- personnes très disposées à rendre service, souvent « suradaptées », chez qui un ennui de santé relativement bénin peut déclencher des problèmes psychiques complexes, souvent par suite d'une forte pression sur le lieu de travail (cas fréquents de burnout) ;
- personnes dotées de faibles ressources, manquant de confiance en soi ou/et de capacités à surmonter des situations de crise ;

- « jeunes rentiers AI » : jeunes ayant connu l'immigration, aux compétences linguistiques limitées et aux faibles qualifications professionnelles, ayant échoué au seuil du monde professionnel.

### Résultats des estimations quantitatives

Les estimations quantitatives portent autant sur « la mise à contribution illégitime de l'AI » que sur « l'octroi de prestations indues de l'AI ». La part de ces deux catégories n'a pas pu être déterminée.

*Toutes les méthodes utilisées ici pour estimer l'ampleur des prestations non conformes aux objectifs dans l'AI sont grevées d'importantes marges d'erreur, comme le montrent les écarts considérables séparant les résultats auxquels elles parviennent.*

*Les estimations de potentiel et l'évolution du taux de nouvelles rentes constatée depuis 2004 donnent un même ordre de grandeur pour les prestations sous forme de rentes non conformes aux objectifs en 2005 : quelque **300 à 400 millions de francs annuels**, ou **5 % à 6 % du montant des rentes versées**, ou encore **2,6 % à 3,5 % de l'ensemble des dépenses de l'AI**. Aucune indication n'est disponible sur l'étendue des fraudes.*

Ces chiffres ne concernent que l'**octroi** de rentes. Il n'a pas été possible de calculer les prestations non conformes aux objectifs au titre d'allocation pour impotent, d'indemnités journalières pour maladie, de mesures de réinsertion ou de moyens auxiliaires. En ce qui concerne l'effectif des rentes, les experts ont estimé que le problème réside surtout dans les infractions à l'obligation d'annoncer, susceptibles de pousser nettement à la hausse le nombre des prestations non conformes aux objectifs. Il est certes possible que des prestations sous forme d'allocation pour impotent, d'indemnités journalières pour maladie ou de mesure de réinsertion soient non conformes aux objectifs, mais le phénomène devrait être beaucoup moins important.

*Les études quantitatives réalisées pour le présent rapport confirment les estimations faites auparavant : si l'on comptait les versements non conformes aux objectifs en raison d'un taux d'invalidité fixé trop haut et les infractions à l'obligation d'annoncer concernant les allocations pour impotent, les indemnités journalières pour maladie, les mesures de réinsertion ou les moyens auxiliaires, les dépenses pour prestations non conformes aux objectifs devraient être pour 2005, comme supposé jusqu'ici, de l'ordre de **3 % à 6 % du total des dépenses de l'AI**.*

Si la tendance constatée en 2005 et 2006 sur le front des nouvelles rentes se maintient et si l'on prend encore d'autres mesures pour lutter contre les mises à contribution illégitimes de l'AI, il faut s'attendre à une réduction de la part des prestations non conformes aux objectifs. C'est surtout l'octroi de prestations indues, généré par le système, qui devrait diminuer avec l'application de la 5<sup>e</sup> révision de l'AI.

**Mesures et recommandations**

Les présentes mesures et recommandations confirment la justesse des modifications introduites avec la 5<sup>e</sup> révision de l'AI. (Ces propositions concernent les mesures, non les prestations.)

**Détecter précocement les assurés menacés d'invalidité**

La détection précoce des assurés menacés d'invalidité est absolument centrale, si l'on entend éviter le déconditionnement, les comportements d'attente inadéquats et la pérennisation des problèmes, et empêcher autant que possible une perte d'emploi. C'est que l'employeur chez qui travaille l'assuré s'investira généralement davantage qu'un nouvel employeur. Toutefois, il s'agit d'éviter aussi que, du fait de la détection précoce, l'assuré pense qu'il est un cas pour l'AI, et que cela le rende malade en lui faisant croire qu'on le rejette ou le laisse tomber. Il est essentiel que les différentes assurances (assurance-accidents, indemnités journalières, assurance-chômage et aide sociale), de même que les employeurs collaborent avec l'AI. Les employeurs jouent un rôle central dans la détection précoce et la mise en place de mesures permettant d'empêcher un recours à l'AI.

**Réduire le temps d'attente et de traitement des dossiers**

Il faut que l'intervention précoce réduise la durée des périodes précédant une demande de prestations, une évaluation ou une mesure de réinsertion ; il convient également de faire attention au temps de traitement indispensable aux divers examens entrepris par les offices AI : ce sont autant de périodes d'attente pour l'assuré, surtout dans les cas à risque, nécessitant des examens complémentaires. C'est pourquoi le système doit être suffisamment doté pour faire face à la demande.

**Faire évaluer la capacité de travail par le médecin d'assurance**

Les médecins traitants sont ceux qui connaissent le mieux leurs patients ; mais vu les aspects économiques et personnels inhérents à la relation médecin/patient et vu l'approche curative (différente de celle qui convient à la médecine d'assurance) qu'ils pratiquent, les médecins traitants tendent à prendre le parti des assurés et manquent souvent d'impartialité. Dans les cas où le problème de santé présente un risque concernant les prestations de l'AI, à tout le moins, les certificats d'incapacité de travail rédigés par les médecins traitants ne devraient pas être pris en compte.

**Constituer des capacités en médecine d'assurance, soutenir le développement de la qualité des examens effectués**

Il convient de soutenir toute initiative visant à améliorer la situation actuelle de la médecine d'assurance ; il faut également constituer et soutenir des cercles de qualité dans ce domaine, en collaboration avec les organisations compétentes, afin de développer la qualité en matière d'analyse de cas et d'unifier les standards utilisés dans l'examen des problèmes de santé non objectivables faute d'étiologie claire.

**Promouvoir un système auto-apprenant : retour d'information aux experts concernés sur les décisions de l'AI et les recours**

Rapporter aux experts consultés les décisions des SMR, des OAI, des tribunaux des assurances ou du Tribunal fédéral, voilà qui se fait trop rarement. Il s'agit d'organiser un retour d'information adéquat sur les causes et les justifications expliquant les différences de jugement entre les experts et les instances de décision, dans le sens d'un système auto-apprenant. L'OFAS devrait favoriser la mise en place d'un forum Internet sur les questions relevant de la médecine d'assurance et sur les décisions de l'AI, en collaboration avec les organisations compétentes. On pourrait aussi songer à des groupes de praticiens chargés d'élaborer, d'unifier et de communiquer des critères de diagnostic, ou de plancher sur des indicateurs permettant de comparer les processus AI et leurs effets.

**Vérifier les cas où les problèmes de santé sont non objectivables et sans étiologie claire**

Il s'agit de prévoir différents examens pour les assurés présentant des symptômes risquant de déboucher sur l'octroi d'une prestation indue. A cet effet, il faut avoir des spécialistes à disposition et utiliser les méthodes d'examen les plus modernes. Pour les cas de maladie non objectivable, une fois l'octroi d'une rente décidé, les offices AI doivent effectuer des contrôles ; pour des raisons de coûts et d'acceptation publique, on ne devrait mener des contrôles approfondis que lorsqu'il existe un certain risque d'octroi de prestations non conformes aux objectifs. Nous recommandons à l'OFAS d'établir des critères de tri, en collaboration avec les offices AI, pour décider des examens à mener sur place, en cas de soupçons fondés.

**Améliorer la révision des rentes, déceler les infractions à l'obligation d'annoncer**

La révision des rentes est actuellement trop peu rigoureuse et souvent trop superficielle. Il est donc recommandé d'établir des critères en fonction desquels les cas de rente en cours devraient être réévalués (sélection, fréquence et méthode d'examen). Pour sélectionner les cas de rente en cours à contrôler de manière approfondie, il s'agit aussi d'établir autant que possible des critères de tri qui puissent se justifier en termes de coûts/avantages et d'acceptation publique. Viennent en priorité les bénéficiaires de rente ayant des problèmes de santé non objectivables et peu clairs, ou présentant des symptômes qui ont des chances de s'améliorer au fil du temps, ainsi que ceux pour lesquels il est très difficile de juger ce qu'on peut raisonnablement exiger d'eux. Pour que l'effet préventif soit plus important, on devrait demander la restitution de toutes les mises à contribution illégitimes de l'AI. De plus, les offices AI attendent une coordination dans la lutte contre le travail au noir, conformément à la loi concernant des mesures en matière de lutte contre le travail au noir.

**Créer des incitations pour les employeurs**

En parant au risque d'invalidité, en identifiant les mesures à prendre sur le lieu de travail, en mettant à disposition des places de travail appropriées et en réinsérant des personnes à l'AI, les employeurs peuvent apporter une contribution essentielle. Ils ont le devoir de protéger la santé et de veiller à l'intégrité personnelle de leurs employés sur le lieu de travail.

Pris individuellement, les employeurs ne sont toutefois pas encore suffisamment incités à apporter un solide soutien (c'est le fameux problème du resquilleur). C'est pourquoi il faut créer des conditions-cadre favorisant la création de places de travail appropriées, la détection précoce, la diminution du risque et la mise en place de mesures de réinsertion. On pourrait imaginer un système de bonus/malus par exemple, en fonction duquel les employeurs mettant à disposition des places de travail et des mesures de réinsertion recevraient des bonus, alors que tous les autres devraient financer ces mesures par le biais d'une contribution (malus).

### **Améliorer les bases statistiques**

Il ressort de l'examen entrepris que, dans le domaine AI, les bases statistiques ne sont pas suffisantes pour mener dans le détail des analyses et des évaluations. Il s'agit en particulier d'élargir et de préciser les données administratives concernant les domaines à risque (groupes d'assurés et symptômes présentant un risque de prestations indues), afin qu'il soit possible d'analyser et d'évaluer ce risque du point de vue statistique.

# Riassunto

## **Contesto e obiettivi**

Tra il 1992 e il 2006, il numero di beneficiari di rendite d'invalidità è aumentato di oltre l'80 per cento. Le precedenti analisi hanno rivelato che solo un quinto di questa crescita è riconducibile all'invecchiamento demografico. Le cause dell'ulteriore crescita si presume siano innanzitutto legate agli stravolgimenti avvenuti in ambito sociale ed economico e alla trasformazione del mondo del lavoro. Esse vanno però ricercate anche nell'inadeguatezza di alcuni processi dell'AI e nell'ingiustificata o addirittura abusiva riscossione di prestazioni da parte di singoli assicurati. Buona parte della propaganda per la votazione sulla 5a revisione AI è stata infatti incentrata sugli "abusi" e sulla "lotta agli abusi nell'AI". Gli studi condotti nell'ambito del progetto rilevano tuttavia che nell'AI, come in qualsiasi assicurazione o assicurazione sociale, può accadere che siano rimosse prestazioni non conformi agli obiettivi o anche fraudolente, ma mostrano anche la sterilità della fissazione, a tratti polemica, sul problema dei cosiddetti abusi. Non è certo così che l'assicurazione invalidità potrà mai essere perfettamente funzionale ai suoi obiettivi. Soltanto una differenziazione adeguata, fondata su dati empirici, e un'analisi obiettiva dei tipi di prestazioni AI non conformi agli obiettivi possono creare le premesse per l'adozione di provvedimenti atti a migliorare la situazione.

Considerato quanto precede, nel quadro del programma di ricerca "PR-AI" dell'UFAS è stato lanciato il presente progetto con i seguenti obiettivi:

- Definizione dei vari tipi di prestazioni AI non conformi agli obiettivi. In questo contesto il termine "non conformi" si riferisce agli obiettivi attuali dell'AI.
- Descrizione dei fattori di rischio che possono portare al versamento di prestazioni AI non conformi agli obiettivi e attribuzione di questi fattori ai singoli tipi di prestazioni AI non conformi agli obiettivi.
- Stima approssimativa del volume e dell'evoluzione delle prestazioni AI non conformi agli obiettivi. Delimitazione di gruppi a rischio sulla base di fattori di rischio misurabili, per poter stimare il volume *potenziale* delle prestazioni AI non conformi agli obiettivi.
- Formulazione di raccomandazioni generali sulle possibilità di ridurre il rischio di prestazioni AI non conformi agli obiettivi, tenendo conto dei costi e dei benefici approssimativamente possibili in generale e delle conseguenze sul piano etico.

## **Metodo**

Per raggiungere questi obiettivi è stata presa visione della letteratura e delle informazioni esistenti e si è proceduto ad un'analisi del sistema e dei processi. Sono state condotte interviste approfondite con 35 esperti o attori chiave di svariati settori che nel loro lavoro quotidiano hanno spesso a che fare con questioni inerenti all'invalidità e all'assicurazione invalidità. Sono stati intervistati medici del lavoro, medici di fiducia delle assicurazioni, medici in generale, psichiatri e psicologi, impiegati di assicurazioni addetti alla lotta agli abusi assicurativi, giuristi, rappresentanti delle maggiori associazioni, medici dei SMR e direttori/collaboratori degli uffici AI.

Le analisi e le interviste svolte hanno permesso di individuare i settori di rischio nel sistema e nei processi nonché i fattori di rischio individuali che possono portare al versamento di prestazioni non conformi agli obiettivi dell'AI.

Il volume delle prestazioni AI non conformi agli obiettivi è stato quantificato in base a due metodi:

- Stima del **potenziale** volume delle prestazioni non conformi agli obiettivi sulla base dei fattori di rischio individuali. A tal fine sono utilizzati sia i dati della statistica delle infermità e delle prestazioni dell'UFAS che i dati del *panel* svizzero delle economie domestiche.
- Stima basata sulla **variazione delle quote delle nuove rendite** dopo l'entrata in vigore della 4a revisione dell'AI. In questo caso ci si è fondati sull'ipotesi che l'aumento delle quote delle nuove rendite prima del 2004 era giustificato solo nella misura delle quote delle nuove rendite nel 2005 e nel 2006 e che la parte eccedente era costituita da prestazioni AI non conformi agli obiettivi.

**Principali risultati**

**Definizione dei tipi di prestazioni non conformi agli obiettivi**

Si è proceduto ad una distinzione tra prestazioni AI non conformi alle legge e prestazioni AI conformi alla legge ma non (piu) agli obiettivi dell'assicurazione:

Prestazioni non conformi agli obiettivi nell'assicurazione invalidità				
Tipi di ricorso illecito alle prestazioni dell'AI e di versamento di prestazioni indebite dell'AI	Ricorso illecito alle prestazioni dell'AI		Versamento di prestazioni indebite (per ragioni di sistema)	
	Frode assicurativa intenzionale da parte di assicurati e di altri attori o con la complicità di altri attori	Violazioni della LAI / comportamenti contrari alla LAI per negligenza da parte di assicurati e di altri attori o con la complicità di altri attori	Fattori insiti nel sistema e indipendenti dagli attori inerenti alla collaborazione tra gli attori o all'impostazione del sistema	Fattori insiti nel sistema e legati ad un attore attribuibili ad un singolo attore

**Settori di rischio individuati**

I principali fattori che possono condurre alla riscossione di prestazioni non conformi agli obiettivi sono:

- Il periodo a volte molto lungo che intercorre tra il danno alla salute e l'accertamento dell'AI o gli eventuali provvedimenti d'integrazione, con le relative conseguenze negative quali la perdita della capacità lavorativa e dell'idoneità al collocamento e l'avvio del processo di "disintegrazione".
- Ripetuti e lunghi congedi malattia prescritti dal medico di famiglia o da altri medici curanti e non conformi con le norme della medicina assicurativa, che aumentano il rischio di false attese degli assicurati interessati. Inoltre, senza sforzi di reintegrazione, in questa fase può già innescarsi il processo di disintegrazione.

- Azzardo morale degli assicurati. A causa dell'elevata quota di sostituzione, dovuta soprattutto alle prestazioni della previdenza professionale e dell'assicurazione contro gli infortuni, gli assicurati hanno spesso pochi incentivi finanziari a fare tutto il possibile per evitare o contenere al massimo la riscossione di prestazioni dell'AI.
- Scarse conoscenze specifiche nel campo della medicina assicurativa (a vari livelli).
- Conflitto tra il modello di patologia causale-lineare utilizzato dall'AI, rilevante nell'ottica della medicina assicurativa, e il modello bio-psico-sociale della medicina curativa.
- Potenziale di rilevamento tempestivo, accertamento e reintegrazione non sfruttato appieno (prima della 5a revisione AI).
- Potenziale di accertamento non ancora pienamente sfruttato presso i servizi medici regionali (introduzione dei SMR nel 2004).
- Forte frammentazione del sistema della sicurezza sociale in Svizzera.
- Mancata o superficiale revisione delle rendite.
- Mancanza, a tutt'oggi, di incentivi all'utilizzazione efficiente delle risorse da parte degli UAI. Non si dispone ancora di indicatori delle prestazioni che permettano un confronto tra Cantoni.

Stando alle analisi e ai colloqui svolti con gli esperti, la via migliore per ridurre le prestazioni non conformi agli obiettivi è un'impostazione più appropriata dell'esercizio dell'AI. Quasi tutti i provvedimenti proposti per evitare la concessione di prestazioni AI non conformi agli obiettivi dell'assicurazione si concentrano sui processi esecutivi e i relativi attori. La 5a revisione è di conseguenza incentrata su provvedimenti volti a migliorare l'efficacia dell'esercizio dell'assicurazione invalidità nella prospettiva di una reintegrazione dell'assicurato nella vita professionale.

### **Problemi di salute identificati quali fattori di rischio per prestazioni ingiustificate**

Si tratta soprattutto di problemi di salute di origine incerta, non o solo in parte oggettivabili, nel cui caso è difficile distinguere tra cause psicosociali estranee all'AI e cause psichiche, mentali e fisiche. Alcuni esempi:

- traumatismi cervicali di contraccolpo ("colpi di frusta");
- sindromi dolorose quali la fibromialgia o la borreliosi;
- diversi stati di sfinimento di origine psicosociale o psichica quali il burnout/boreout, l'esaurimento nervoso, la depressione, la sindrome da fatica cronica e altri sintomi di sovraffaticamento, spesso provocati da un aumento dello stress sul posto di lavoro;
- traumi causati da esperienze passate di violenza ;
- deficit neuropsicologici (mentali) in seguito a leggeri traumi cranici;
- disordine da stress posttraumatico in seguito ad infortunio o ad un trauma precedente riattivato da un infortunio.

Le difficoltà nel diagnosticare e valutare la capacità lavorativa residua o l'esigibilità di uno sforzo da parte dell'assicurato creano le condizioni per comportamenti di azzardo morale da parte del medesimo e per l'adozione da parte dei medici curanti o dei periti di una prospettiva eccessivamente incentrata sul paziente.

### Gruppi di assicurati a rischio

Tra i gruppi di assicurati che presentano un rischio particolare di riscuotere prestazioni in modo non conforme agli obiettivi dell'AI o, in misura minore, di ricorrere illecitamente alle prestazioni dell'AI troviamo:

- Assicurati con poche opportunità sul mercato del lavoro: persone con scarse qualifiche professionali e un basso livello di istruzione. Si tratta spesso di persone provenienti da famiglie di migranti e con una cattiva conoscenza delle lingue nazionali. Di regola fanno parte di questo gruppo assicurati di mezza età (50 anni e oltre) e di sesso maschile, che in molti casi svolgono lavori pesanti.
- Genitori soli con un doppio impegno (casa e lavoro), che si sentono sovraccarichi per un periodo prolungato.
- Persone che attraversano una crisi personale (divorzio, perdita del posto di lavoro; spesso amplificata da un maggiore stress sul posto di lavoro o mobbing) e che sono pertanto sovraccaricate per un periodo prolungato.
- Persone molto attive, spesso "iperadattate", alle quali un problema di salute anche relativamente leggero può causare problemi psichici complessi, spesso in seguito all'aumento dello stress sul posto di lavoro (spesso si tratta di casi di burnout).
- Persone con uno scarso bagaglio di risorse personali, poca fiducia in sé stesse e/o con una scarsa capacità di affrontare le crisi.
- "Giovani beneficiari di rendite AI": giovani provenienti da famiglie di migranti, con scarse conoscenze linguistiche e qualifiche professionali, che non sono riusciti ad accedere al mondo del lavoro.

### Risultati delle valutazioni quantitative

Le stime relative alle prestazioni AI non conformi agli obiettivi comprendono sia il "ricorso illecito alle prestazioni dell'AI" che il "versamento di prestazioni indebite dell'AI". Non è stato possibile determinare le quote corrispondenti a ciascuna di queste categorie.

*Tutti i metodi utilizzati per valutare il volume delle prestazioni AI non conformi agli obiettivi presentano un elevato grado d'incertezza, il che si rispecchia negli intervalli molto ampi dei valori stimati.*

*In base ai due metodi utilizzati, per il 2005 il volume delle rendite non conformi agli obiettivi è stato stimato a circa **300-400 milioni di franchi all'anno**, o **al 5-6% delle rendite versate** oppure ancora **al 2,6-3,5% delle uscite complessive dell'AI**. L'incidenza della frode assicurativa non è quantificabile.*

Questi dati si riferiscono unicamente alla concessione di rendite. Non è invece possibile fornire indicazioni sulle prestazioni non conformi agli obiettivi per quanto concerne gli assegni per grandi invalidi, le indennità giornaliere in caso di malattia o i provvedimenti di reinserimento e i mezzi ausiliari. C'è da ritenere che soprattutto le violazioni dell'obbligo d'informare da parte dei beneficiari di rendite abbiano un'incidenza rilevante e determinino un notevole aumento della quota di prestazioni AI non conformi agli obiettivi. Il problema delle prestazioni non conformi agli obiettivi concerne probabilmente anche gli assegni per grandi invalidi, le indennità giornaliere in caso di malattia e i provvedimenti d'integrazione, ma la loro incidenza è molto minore.

*Le analisi quantitative effettuate confermano le precedenti stime sulle prestazioni AI non conformi agli obiettivi: se si tenesse conto anche dei versamenti non conformi agli obiettivi perché il grado AI calcolato è troppo elevato, per violazioni dell'obbligo di informare da parte dei beneficiari di rendite o per quanto riguarda gli assegni per grandi invalidi, le indennità giornaliere in caso di malattia, i provvedimenti di reinserimento e i mezzi ausiliari, nel 2005 la percentuale delle prestazioni AI non conformi agli obiettivi dovrebbe situarsi tra il 3 e il 6 per cento circa delle uscite complessive dell'AI.*

Se la tendenza registrata nel 2005 e nel 2006 sul fronte delle nuove rendite dovesse persistere e in futuro fossero adottate ulteriori misure per combattere i ricorsi illeciti alle prestazioni dell'AI, è probabile che la quota delle prestazioni non conformi agli obiettivi diminuisca. Soprattutto il versamento di prestazioni indebite (per ragioni di sistema) dovrebbe ridursi drasticamente con l'attuazione della 5a revisione dell'AI.

### **Provvedimenti e raccomandazioni**

I provvedimenti e le raccomandazioni seguenti sono per principio in linea con i cambiamenti introdotti dalla 5a revisione AI nel settore dei provvedimenti. In questa sede non sono invece proposte modifiche delle prestazioni.

### **Rilevamento tempestivo di assicurati a rischio di invalidità**

Il rilevamento tempestivo degli assicurati a rischio di invalidità è assolutamente fondamentale per prevenire la perdita della capacità lavorativa e dell'idoneità al collocamento, l'insorgenza di false attese e la cronicizzazione dell'incapacità lavorativa e per evitare nel limite del possibile la perdita del posto di lavoro. Di regola, c'è da attendersi che il datore di lavoro attuale si impegni di più rispetto ad un nuovo datore di lavoro. Occorre tuttavia evitare che il rilevamento tempestivo desti nell'assicurato l'attesa di essere riconosciuto invalido e che ciò ne favorisca lo slittamento o l'adagiamento nella malattia. Importantissimo è il coordinamento tra i vari enti assicurativi (AINF, AIGM, AD e aiuto sociale) e tra l'AI e i datori di lavoro. Questi ultimi giocano un ruolo fondamentale per il rilevamento tempestivo e per l'attuazione di provvedimenti con cui evitare la presentazione della richiesta di prestazioni AI.

### **Riduzione dei tempi di evasione e d'attesa**

Il rilevamento tempestivo è importante per abbreviare il periodo che intercorre fino alla presentazione della richiesta di prestazioni AI e all'attuazione di provvedimenti di accertamento e reinserimento. Altrettanto importante è la riduzione dei tempi di evasione e d'attesa richiesti dai vari accertamenti degli uffici AI, soprattutto nei casi a rischio, che necessitano di accertamenti più ampi. Le risorse impegnate nelle attività di accertamento vanno dunque ampliate adeguatamente.

### **Valutazione della capacità lavorativa da parte del medico di fiducia dell'assicurazione**

Sebbene conoscano al meglio i loro pazienti, i medici curanti, a causa del loro rapporto economico e personale con questi ultimi e del loro approccio curativo (non medico-assicurativo), sono inevitabilmente dalla parte degli assicurati e spesso non sono quindi in grado di esprimere un giudizio neutrale. Almeno nel caso dei quadri patologici a rischio, per valutare la capacità lavorativa degli assicurati non ci si dovrebbe dunque basare su perizie dei medici curanti.

**Aumento delle risorse per gli accertamenti medici in ambito assicurativo, promozione del miglioramento della qualità dei relativi accertamenti**

Gli sforzi profusi per migliorare la situazione della medicina assicurativa dovrebbero essere sostenuti. Andrebbe inoltre considerata l'eventualità di istituire e sostenere circoli di qualità per la medicina in ambito assicurativo al fine di migliorare la qualità degli accertamenti e sviluppare, in collaborazione con le organizzazioni del settore, norme uniformi per la valutazione di disturbi alla salute non oggettivabili e di natura incerta.

**Miglioramento costante del sistema dal suo interno: comunicazione delle decisioni AI e delle decisioni su ricorso agli autori delle perizie**

Attualmente le decisioni dei SMR o degli UAI e le decisioni dei tribunali assicurativi e del Tribunale federale non sono quasi mai comunicate agli autori delle perizie. Per migliorare costantemente il sistema dal suo interno, occorre far sì che i periti siano informati adeguatamente sulle cause e i motivi delle valutazioni divergenti rispetto alle loro perizie. L'UFAS, in collaborazione con le organizzazioni del settore, dovrebbe promuovere un forum su Internet dedicato a questioni di medicina assicurativa e alle decisioni AI. Si potrebbe anche pensare a gruppi di scambio che sviluppino, armonizzino e comunichino criteri di diagnosi ed elaborino test per la valutazione dei processi AI e della loro efficacia.

**Verifica dei casi di disturbi alla salute non oggettivabili e di natura incerta**

Nel caso di assicurati che presentano patologie a rischio occorre poter procedere ad accertamenti adeguati. L'AI deve dunque disporre di specialisti ed utilizzare i metodi di accertamento più moderni. Quando un assicurato presenta un problema di salute non oggettivabile, dopo la concessione della rendita gli uffici AI devono effettuare verifiche. Per ragioni di costi e per evitare reazioni negative degli assicurati, bisognerebbe svolgere verifiche più approfondite soltanto nei casi in cui il rischio di versamento di prestazioni non conformi agli obiettivi è piuttosto alto. Raccomandiamo all'UFAS di sviluppare in collaborazione con gli UAI criteri di selezione per individuare i casi in cui sospetti fondati rendono opportuno un sopralluogo.

**Miglioramento delle revisioni delle rendite, individuazione di violazioni dell'obbligo di informare**

Attualmente, le revisioni delle rendite non sono abbastanza rigorose e sono spesso troppo superficiali. Si raccomanda pertanto di definire criteri per la verifica dei casi di rendita in corso (selezione, frequenza, metodo di verifica). Per ragioni di costi e per evitare reazioni negative degli assicurati vanno nel limite del possibile definiti criteri di selezione per stabilire quali casi sottoporre a verifiche approfondite. Queste verifiche dovranno concentrarsi su beneficiari di rendite che presentano disturbi alla salute poco chiari e non oggettivabili o con un quadro patologico che col tempo potrebbe subire miglioramenti oppure su beneficiari di rendite nel cui caso è molto difficile valutare l'esigibilità di uno sforzo. Per aumentare l'effetto dissuasivo, andrebbe chiesta la restituzione delle prestazioni percepite ingiustificatamente. Gli UAI devono cercare di coordinare la propria attività con la lotta al lavoro nero secondo la legge federale concernente i provvedimenti in materia.

**Incentivi per i datori di lavoro**

I datori di lavoro possono contribuire in modo sostanziale alla riduzione dei fattori di rischio d'invalidità, all'accertamento delle possibilità di adeguamento della postazione di lavoro, all'offerta di posti di lavoro adeguati e alla reintegrazione degli assicurati invalidi. Hanno inoltre l'obbligo di tutelare la salute e l'integrità personale dei lavoratori sul posto di lavoro.

Attualmente, i singoli datori di lavoro sono generalmente poco incentivati ad offrire sistematicamente un sostegno a persone invalide e nessuno vuole fare il primo passo da solo. In queste circostanze sono dunque necessarie condizioni quadro che favoriscano la creazione di nicchie all'interno delle aziende a sostegno del rilevamento tempestivo, della riduzione dei rischi e dell'attuazione di provvedimenti d'integrazione. Si potrebbe per esempio pensare ad un sistema bonus-malus in cui i datori di lavoro che offrono posti di lavoro di nicchia e contribuiscono all'integrazione ricevono un bonus mentre gli altri finanziano i provvedimenti.

**Miglioramento delle basi statistiche**

Le ricerche svolte hanno rivelato che le basi statistiche nel settore dell'AI sono insufficienti per effettuare valutazioni e analisi differenziate. Soprattutto per quanto riguarda i fattori di rischio individuati (gruppi di assicurati, quadri patologici) occorre ampliare e differenziare i dati amministrativi per poter effettuare analisi e valutazioni statistiche.



# Summary

## ***Background and project aims***

Between 1992 and 2006, the number of invalidity pension recipients rose by over 80%. Previous analyses have attributed only one fifth of this increase to demographic change. Other reasons behind this development are thought to be social and economic upheavals, and changes in the workplace. In addition, there is a body of opinion according to which some of the increase is caused by the inappropriate functioning of the invalidity insurance system (IV) and by unjustified or even improper IV benefit claims. During campaigning prior to the referendum on the 5<sup>th</sup> IV revision, supporters regularly cited “abuse” and “preventing abuses of the IV system” to further their cause. Our investigations show that like any insurance or social security system, the IV has cases of benefits inconsistent with objectives and fraud. However, focusing exclusively on system frauds is an overly simplistic and limited approach, which will not help efforts to ensure the optimal functioning of the IV system or to bring the application of IV legislation in line with IV objectives. Only an empirically based differentiation and impartial analysis of existing cases of benefits inconsistent with objectives will help in designing measures to improve on the current situation.

In light of these considerations, the present project was commissioned as part of the FSIO 'FoP-IV' research programme. The aims of the project are:

- The definition and categorisation of benefits inconsistent with objectives.
- Description of risk factors for benefits inconsistent with objectives and estimation of their relevance for each category of benefits inconsistent with objectives.
- Estimation of the scale and development over time of benefits inconsistent with objectives. Identification of risk groups based on operationalised risk factors with the aim of estimating the *potential* scale of benefits inconsistent with objectives.
- General recommendations on how to reduce the risk of benefits inconsistent with objectives, taking account of approximate yet comprehensive cost-benefit calculations as well as ethical considerations.

## ***Methodology***

To achieve these objectives, the existing literature and available information were first examined. This was followed by system and process analyses. Around 35 experts/key actors in a range of fields, who are confronted with the issue of invalidity and invalidity insurance in their working life, were interviewed at length. Interviewees included occupational physicians, insurance physicians, general physicians, psychiatrists, psychologists, insurance employees in charge of detecting abuses, lawyers, representatives from associations working in this field, RAD (regional medical service) physicians, as well as managers and employees of IV offices.

Based on these analyses and interviews, we identified risk areas in the IV system and its assessment procedures, as well as individual characteristics that correlate with a high incidence of benefits inconsistent with objectives.

Two approaches were used to quantify the scale of benefits inconsistent with objectives:

- Estimation of **potential** benefits inconsistent with objectives using individual-specific risk factors, and based on data from FSIO Disability and Benefits Statistics and from the Swiss Household Panel.
- Estimations based on **changes in the share of new pensions granted** following the 4<sup>th</sup> IV Revision since 2004. This is based on the assumption that annual numbers of new pensions granted prior to 2004 represented valid claims only up to the level of those observed in 2005 and 2006. Numbers exceeding the levels observed in 2005 and 2006 were considered as reflecting benefits inconsistent with objectives.

### Central findings

#### Definition and categorisation of benefits inconsistent with objectives

We endeavoured to refine the definition of IV benefits inconsistent with objectives according to whether the receipt was unlawful, or whether it was lawful under current conditions but does not comply with current IV objectives:

Benefits inconsistent with objectives in the invalidity insurance				
Types of unlawful access to IV benefits and of undue IV benefit disbursement	Unlawful access to IV benefits		Undue IV benefit disbursement (systemic)	
	Deliberate insurance fraud by the insured and other actors or assisted by other actors	Negligent infringements/non-compliance with the IVG by the insured and other actors or assisted by other actors	Systemic factors, not actor-dependent related to the interaction of actors and/or system design features	Systemic factors, actor-dependent Attributable to individual actors

#### Risk areas

The most important causes of benefits inconsistent with objectives include:

- The often long period between the onset of ill health and the start of the IV assessment process or possible reintegration measures. This has negative repercussions such as de-conditioning (loss of earning capacity, decreased employability) and the onset of social exclusion.
- Repeated, long-term medical certificates issued by the family physician or other physicians which are inconsistent with the insurance's medical criteria. This in turn increases the risk of raising the (false) hopes of the individuals concerned. Furthermore, efforts to reintegrate the individual in the workplace should be undertaken during this period already in order to avoid social exclusion.
- Moral hazard. High replacement rates provided primarily through occupational pension and accident insurance benefits mean that the insured have little financial incentive to do everything in their power to avoid becoming an IV benefit recipient or at least to minimise the amount of benefits they receive.
- Dearth of insurance medicine expertise at various levels.

- Inconsistencies between the causal-linear disease model used by the IV and the bio-psychosocial disease model applied in curative medicine.
- Untapped early identification, assessment and reintegration potential (prior to the 5th IV revision).
- Untapped assessment potential by the regional medical services (RAD only introduced in 2004).
- Strong fragmentation of the Swiss social security system.
- Absences or superficiality pension reviews.
- Lack of incentives for the IVST to manage their resources efficiently. Lack of performance indicators allowing cross-cantonal comparisons.

Based on the analyses and expert interviews undertaken, the most promising area with regard to reducing benefits inconsistent with objectives would appear to be improvements in the application of existing IV legislation. Almost all of the proposed measures to prevent IV benefits inconsistent with objectives concern the application of IV legislation and the actors involved in this process. It therefore makes sense that the priority of the 5<sup>th</sup> IV revision should be the introduction of measures to improve the effectiveness of the application of IV legislation with a view to reintegrating IV benefit recipients in the labour market.

### **High-risk illnesses**

This chiefly concerns illnesses of which the cause is unclear or which are impossible or very difficult to diagnose medically, as in these instances it is difficult to differentiate between non IV-related psychosocial and psychological causes and those which are mental or physical in origin. For example:

- Whiplash
- Chronic pain due to conditions such as fibromyalgia or Lyme disease
- Psychosocial or psychological exhaustion, such as burn-out/bore-out, nervous breakdown, depression, chronic fatigue syndrome or other such stress-related symptoms, often due to increased pressure in the work place
- Trauma due to past exposure to violence
- Neuropsychological (mental) problems resulting from minor head trauma
- Post-traumatic stress after physical trauma ("Luxor effect") or a reactivated physical trauma

The difficult diagnosis and assessment of (residual) earning capacity and appropriateness may lead to moral hazard as well as to an overly patient-focused assessment policy among family physicians or physicians responsible for carrying out these assessments.

### **Risk groups**

The following groups are considered to present a risk in relation to IV benefit disbursement inconsistent with objectives of the IV system and to a lesser extent to unlawful access to IV benefits:

- Individuals with limited employment opportunities: poorly qualified individuals with rudimentary training. They tend to be migrants with little knowledge of French, German or Italian. They are predominantly middle-aged (50+), male, and work in physically demanding jobs.
- Working single parents who over time feel overburdened.

- People going through a personal crisis (such as divorce, job loss, often exacerbated by greater pressure at work, harassment) and who in the longer term struggle to cope.
- High performers and individuals who are "overly anxious to please", for whom a relatively minor health ailment can lead to complex psychological problems, often due to greater pressure at work (frequently leading to burn-out).
- People with few personal resources, low self confidence and/or poor crisis management skills.
- "Young IV pension recipients": young immigrants, with poor language skills and limited professional qualifications who failed to succeed in the labour market.

### Findings of the quantitative evaluations

Our estimates of the scale of benefits inconsistent with objectives cover both "unlawful access to IV benefits" and "undue IV benefit disbursement". It was not possible to determine the share of each of these categories.

*All bases for the evaluation of benefits inconsistent with objectives in IV are highly uncertain. This is reflected by the extensive range of evaluation results.*

*The estimated potentials and developments of new pension quota after 2004 arrive at a an overall result of pension payments inconsistent with objectives in 2005 of approximately **300 – 400 million CHF/year, i.e. 5% – 6% of pension payments or 2.6% – 3.5% of overall IV expenses.** It's not possible to state any indications on the extend of fraud.*

These data on benefits inconsistent with objectives refer only to pensions granted. No estimates can be computed regarding helplessness allowances, daily sickness allowances and paid integration measures. Breaches of the duty to inform concerning the stock of pensions must be suspected to be of some importance and to raise the share of unjustified IV benefit receipt. While there are instances of payments inconsistent with objectives of helplessness allowances, daily sickness allowances and re-integration measures, they are of lesser relevance.

*Our quantitative evaluations confirm previous estimates of benefits inconsistent with objectives: if we include breaches of the duty to inform by the stock of pensions and other possibly benefits inconsistent with objectives for reintegration measures and helplessness allowances, then benefits inconsistent with objectives should represent between **3% and a maximum of 6% of total IV expenditure in 2005.***

If the downward trend in relation to new pensions granted in 2005 and 2006 continues and further measures are taken in the future to combat unlawful access to IV benefits, the share of benefits inconsistent with objectives is estimated to fall. The granting, due to inappropriate procedures, of undue IV benefits disbursement are particularly likely to decline following the implementation of the 5<sup>th</sup> IV revision.

### Measures and recommendations

The following measures and recommendations are in line with the changes proposed in the 5th IV revision (i.e. changes procedures; changes to benefit levels are not considered here).

### Early identification of individuals presenting an invalidity risk

The early identification of individuals at risk of invalidity is central to preventing de-conditioning, false expectations, and the illness becoming chronic. It should also help individuals, where possible, to keep their current job, given that a current employer is generally more willing to help than a new employer. However, care should be taken that individuals concerned do not interpret early identification as a declaration of their invalidity, thereby providing an incentive to slip further into ill health. Coordination between the various insurance systems (accident insurance, daily sickness allowance insurance, unemployment insurance and social welfare), employers and the IV system is of particular importance. Employers can greatly contribute to the early identification of possible at-risk individuals and support measures to prevent them becoming IV benefit recipients.

### **Reducing processing and waiting times**

The early identification of at-risk individuals will help reduce the time it takes for an IV benefit claimant to be assessed and to receive reintegration measures. In addition, this measure will be particularly important for the processing and waiting times of IVST assessments, especially those for at-risk cases that require further assessment. Assessment capacities must therefore be expanded in line with demand.

### **Assessment of earning capacity by insurance physicians**

Physicians probably know their patients best. However, given their financial incentives, the personal doctor-patient relationship and their curative (not insurance medicine) approach, they tend to side with the part of the insured and are often not neutral. At least for high-risk health problems, treating physicians should not assess their patients' ability to work.

### **Expanding insurance medicine assessment capacity, improving the quality of insurance medicine assessments**

Greater support should be given to efforts to improve insurance medicine expertise. In addition, the authorities ought to consider introducing and supporting insurance medicine quality circles to improve the quality of assessments and to develop standardised criteria in relation to illnesses which are difficult to diagnose medically and the cause of which is unclear.

### **Self-learning system: Information flow between RAD/IVST/courts and relevant assessors**

Information on IV decisions by the RAD/IVST as well as insurance court and federal court decisions is rarely passed on to assessors. Based on the concept of a self-learning system, assessors should ensure that they are provided with adequate information on the causes and explanations for differences between the decisions of the RAD/IVST/courts and their own assessments. A web-based forum on insurance medicine issues and IV decisions should be promoted by the FSIO in cooperation with the relevant associations. One might also consider drawing on teams of experienced practitioners to develop, standardise and communicate diagnosis criteria and to propose benchmarks on IV procedures and their impact.

### **Assessing illnesses that are difficult to diagnose and without a clear cause**

Appropriate assessment opportunities should be made available to the insured suffering from identified at-risk health conditions. Specialists should be available and the most modern assessment methods should be used. For cases involving illnesses that are difficult to diagnose, the IVST should

carry out further checks once the person is deemed eligible for an IV pension. For financial and acceptability reasons, in depth checks should only be made on cases where a certain risk for benefits inconsistent with objectives exists. We recommend that the FSIO with help from the IVST to develop triage criteria for use in on-site evaluations of cases where there are sufficient grounds for suspicion.

### **Improvement of pension reviews and identification of abuses of the duty to inform**

To date pension reviews have lacked consistency and depth. Criteria should therefore be established for the periodic review of pensions granted (selection, frequency, assessment method). For cost and acceptability reasons, triage criteria, where possible, should be established for use in the selection of cases which should be subject to a thorough examination. These cases primarily concern IV pension recipients with health problems which are difficult to diagnose, those suffering from illnesses which stand a good chance of improving over time, as well those recipients for whom a reasonability evaluation is problematic as a deterrent. Illegally received benefits should be reclaimed. The IVST aims to coordinate its efforts with the fight against undeclared work in accordance with the federal law on measures to combat undeclared work.

### **Employer incentives**

Employers can greatly help prevent invalidity risks, determine occupational measures, provide suitable (niche) jobs and reintegrate IV benefit recipients in the workplace. Employers are legally obliged to protect the health and personal integrity of their employees in the workplace.

However, employers currently have little incentive to offer consistent support to their at-risk employees (free-rider problem). Basic conditions must be put in place that encourage the creation of niche jobs, early identification, risk prevention and the implementation of professional integration measures. For example, a type of bonus-malus system could be introduced whereby any employer who provides niche jobs and contributes to the professional integration of an IV benefit recipient receives a bonus, while those who do not contribute in kind pay a penalty which is used to finance the bonuses.

### **Improving statistical data**

Our research has shown that existing IV data make it impossible to carry out more detailed statistical evaluations and analyses. In particular need of improvement and refinement are administrative data on the individuals and illnesses identified as increasing the risk of unjustified IV benefit receipt.

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

Die Invalidenversicherung verzeichnete in den letzten Jahren eine ausserordentlich starke Zunahme von BezügerInnen von IV-Leistungen und von entsprechenden Kosten. Dabei haben ganz besonders psychische Behinderungen zugenommen. Aus dieser Entwicklung resultierte eine starke Kostenexpansion. Der Grundsatz "Eingliederung vor Rente" ist bis heute noch ungenügend realisiert. Die konsequente Umsetzung dieses Grundsatzes ist das Hauptanliegen der in der Abstimmung vom Juni 2007 durch das Volk beschlossenen 5. IV-Revision. Die wissenschaftlichen Grundlagen zu den Auswirkungen der exogenen und endogenen Faktoren, die bis 2004 zu dieser starken Zunahme von IV-Beziehenden geführt haben, fehlen weitgehend. Ebenso sind die Wirkungen der gesetzlichen Regelungen und der Reformen, wie z.B. die 4. IV-Revision von 2004, noch ungenügend evaluiert. Die 4. IV-Revision im Jahr 2004 und die seit einiger Zeit öffentlich ausgetragenen Diskussionen um die Zunahme von Rentenbeziehenden und um allenfalls 'ungerechtfertigte' Bezüge und Leistungen der IV mögen neben der guten Konjunkturlage dazu beigetragen haben, dass im Jahr 2006 die Anzahl NeurentnerInnen um etwa 30% gegenüber 2003 gesunken ist und das Total der Rentenbeziehenden in etwa gleich blieb wie im Vorjahr. Das deutet darauf hin, dass im gesamten Vollzug des IVG Handlungsspielräume zur Vermeidung stetig steigender Rentenquoten vorhanden sind.

Auf der Grundlage von Art. 68 IVG, der den Bund zur wissenschaftlichen Analyse der Gesetzesumsetzung verpflichtet, hat das BSV 2006 mit der Lancierung eines mehrjährigen Forschungsprogramms IV (FoP-IV) zu Invalidität und Behinderung und zur Umsetzung des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG) begonnen. Das Programm soll binnen dreier Jahre die wichtigsten Wissenslücken über Invalidität und die Wirkungen der gesetzlichen Regelungen schliessen helfen.

Im Rahmen des FoP-IV des BSV sollen die *nicht zielkonformen Leistungen bei der Invalidenversicherung* auf ihre Bedeutung und ihr Ausmass hin untersucht werden. Die Interessen, Motive und Anreize der an einer Invaliditätsfeststellung beteiligten Akteure sollen im Kontext der gesetzlichen, wirtschaftlichen und persönlichen Rahmenbedingungen beleuchtet werden. Ziel ist, soweit als möglich durch Moral-Hazard induziertes oder geprägtes Verhalten zu identifizieren und im Idealfall Aussagen über dessen Häufigkeit zu machen, um die Grössenordnung des Problems abschätzen zu können. Die Behandlung des Problems der nicht zielkonformen IV-Leistungen soll zu einer Eindämmung des Wachstums der IV-Ausgaben beitragen und das Vertrauen der BürgerInnen in die IV stärken.

## 1.2 Zielsetzungen und Fragestellungen

Das Forschungsprojekt "Nicht zielkonforme Leistungen in der Invalidenversicherung: Bedeutung und Grössenordnung" verfolgt die untenstehenden Fragestellungen und Zielsetzungen:

- Definition und Typologisierung der verschiedenen Arten von nicht zielkonformen IV-Leistungen. Der Begriff 'zielkonform' orientiert sich an den *heutigen* Zielsetzungen der IV.
- Beschreibung der Risikofaktoren für nicht zielkonforme IV-Leistungen und Zuordnung zu den einzelnen Typen von nicht zielkonformen IV-Leistungen.

- Schätzung der Bedeutung und Entwicklung der nicht zielkonformen IV-Leistungen. Abgrenzung von Risikogruppen mittels operationalisierter Risikofaktoren, um den *potentiellen* Umfang der nicht zielkonformen Leistungen in der IV abschätzen zu können.
- Allgemein gehaltene Empfehlungen zur Senkung des Risikos der nicht zielkonformen IV-Leistungen unter Einbezug von grob gehaltenen, aber umfassenden Kosten-Nutzen Überlegungen und ethischen Konsequenzen.

### 1.3 Vorgehen und Berichtsaufbau

#### 1.3.1 Informationen zu IV-Risikofaktoren sind noch keine Indikatoren für nicht zielkonforme IV-Leistungen

Der stetige und kaum aufhaltbar scheinende Anstieg der IV-Fallzahlen und zwar insbesondere des Anteils, der nicht durch die demographische Entwicklung erklärt werden kann, ist das Grundproblem der Invalidenversicherung in der Schweiz. In der Literatur werden diverse exogene und endogene Faktoren genannt, welche für den Anstieg der Fallzahlen verantwortlich sind.

Exogene Faktoren, die zu tendenziell steigenden Fallzahlen führen, sind neben dem demographischen Wandel vor allem der sich wandelnde Arbeitsmarkt, steigende Anforderungen am Arbeitsplatz, sich verändernde Lebensumstände und die abnehmende Stigmatisierung psychischer Krankheiten. Die exogenen Faktoren sind unter anderem dafür verantwortlich, dass sich immer mehr Personen dem Erwerbsalltag immer weniger gewachsen fühlen und sich dadurch auch im Falle einer Gesundheitsbeeinträchtigung verstärkt nicht mehr erwerbsfähig fühlen. Exogene Faktoren wirken sich darauf aus, wie viele Personen sich um IV-Leistungen bemühen.

Endogene systembedingte Faktoren beruhen dagegen auf Anreizen, die durch das IV-System und die Ausgestaltung seiner Prozesse gesetzt werden. Diese werden in den folgenden Kapiteln ausführlich behandelt. Sie können einerseits dazu beitragen, dass immer mehr Personen zu IV-Fällen werden, sie bestimmen aber auch die Funktionalität und Durchlässigkeit des IV-Verfahrens. Endogene Faktoren beeinflussen die Funktionalität des Systems in Bezug auf seine Fähigkeit, nicht zielkonforme Leistungen zu definieren, zu identifizieren und ihnen entgegenzuwirken.

Die treibenden endogenen und exogenen Faktoren für *nicht zielkonforme IV-Leistungen* können, müssen aber nicht mit den treibenden endogenen und exogenen Faktoren für die zunehmende *Invalidisierung im Allgemeinen* übereinstimmen.<sup>1</sup> So haben zum Beispiel BauarbeiterInnen in der Schweiz eine höhere Invalidisierungswahrscheinlichkeit als andere Berufsgruppen. Dies bedeutet aber per se nicht, dass bei BauarbeiterInnen eine höhere Wahrscheinlichkeit für nicht zielkonforme Leistungen besteht. Die höhere Invalidisierungswahrscheinlichkeit ist vermutlich grösseren Teils durch die überdurchschnittlich hohe körperliche Beanspruchung bedingt.

---

<sup>1</sup> Es wird davon ausgegangen, dass die zunehmende Invalidisierung nicht allein durch zunehmende ungerechtfertigten Leistungsbezüge oder Leistungsausrichtungen bedingt ist.

### 1.3.2 Untersuchungsansatz und Rahmenbedingungen

Der Untersuchungsansatz geht von den gesetzlichen und institutionellen Rahmenbedingungen nach der 4. IV-Revision, aber noch ohne die 5. IV-Revision aus. Eine wichtige Rolle spielen die Rahmenbedingungen, die durch die Rechtsprechung des Bundesgerichtes mit seinen Leitentscheiden gesetzt werden.

Die Abklärungen zu Beginn der Forschungsarbeit haben ergeben, dass zwar bereits fundierte empirische Erkenntnisse zu sozioökonomischen **Risikofaktoren für Invalidität** vorhanden sind, dass bisher aber kaum empirische Untersuchungen zu **nicht zielkonformen Leistungen** in Invalidenversicherungssystemen durchgeführt wurden. Ausserdem erlauben weder die Gebrechens- und Leistungsstatistik der IV noch andere verfügbare statistische Datenbanken eine direkte empirische Messung nicht zielkonformer Leistungen in der IV. Deswegen wurde ein Vorgehen in mehreren Schritten gewählt, das sehr stark auf die diversen **Akteure** und die **Prozesse** ausgerichtet ist, die bei der Ausrichtung von IV-Leistungen eine Rolle spielen. Dabei wurde ausgehend von einer Analyse der Literatur zur IV und zum schweizerischen IV-Vollzug sowie zu ausländischen Erfahrungen mit IV-Systemen, in Interviews mit ExpertInnen und AkteurInnen in der Deutschschweiz und in der Romandie versucht, das in der Praxis vorhandene Wissen im Hinblick auf die aufgeworfenen Forschungsfragen nutzbar zu machen:

- In einem ersten Schritt wurden nicht zielkonforme IV-Leistungen definiert und typologisiert. Dabei wurde 'nicht zielkonform' sehr weit gefasst, bis zu rechtlich gerechtfertigten, aber vermeidbaren IV-Leistungen.
- Anschliessend wurden Gründe für nicht zielkonforme Leistungen identifiziert und teilweise systemischen Gegebenheiten, Prozessabläufen oder gesellschaftlichen Veränderungen zugeordnet. Dabei wurden auch Fehlanreize und daraus entstehendes kontraproduktives Verhalten von einzelnen Akteuren sichtbar.

Die Erwartung, dass sich durch die Interviews mit ExpertInnen und AkteurInnen Hinweise auf vorhandene Daten zu nicht zielkonformen Leistungen ergeben, wurde leider nicht erfüllt.<sup>2</sup> Trotzdem bilden die Experteninterviews eine wichtige Basis für die empirischen Auswertungen:

- Anhand der Literaturanalyse und der durchgeführten Experten- und Akteurinterviews werden sozioökonomische und gesundheitsbezogene, personenbezogene Risikofaktoren identifiziert, mithilfe derer eine ungefähre, quantitative Einschätzung des Potentials von nicht zielkonformen Leistungen vorgenommen wird. Dazu werden bestehende Administrativdaten und das Schweizerische Haushaltspanel (SHP) verwendet.
- Ergänzend werden die Neurentenquoten der letzten Jahre ausgewertet, um weitere quantitative Hinweise auf das mögliche Ausmass von nicht zielkonformen Leistungen zu erhalten. Durch den Vergleich der Neurentenquoten vor und nach der 4. IV-Revision 2004 können Schlüsse zu aus heutiger Sicht nicht gerechtfertigten Leistungen gezogen werden, die vor 2004 zugesprochen wurden.

---

<sup>2</sup> Praktisch alle der wenigen Aussagen zu ungerechtfertigten Leistungsbezügen halfen nicht weiter, weil unklar war, auf welche Grundgesamtheit sie angewendet werden konnten, ganz abgesehen davon, dass die meisten Angaben auch wenig repräsentativ waren. Eine bestehende Datenbank mit Missbrauchsfällen von verschiedenen Privatversicherungen musste zudem vor einiger Zeit aus Datenschutzgründen gelöscht werden.

Insgesamt sind wir im Rahmen der Arbeit einer Vielzahl von Hinweisen auf Schwachstellen beim heutigen IV-Vollzug und Anregungen zu Verbesserungen auf praktisch allen Ebenen des Vollzuges bzw. bei fast allen Prozess-Elementen begegnet. Dabei zeigt sich, dass die 5. IV-Revision eine Antwort auf einen Teil dieser Schwachstellen gibt und dass aus unserer Sicht die Stossrichtung der 5. IV-Revision grundsätzlich stimmt.

### 1.3.3 Berichtsaufbau

**Kapitel 2** enthält einen Auszug wichtiger statistischer Angaben zur Entwicklung der IV. Damit werden die zurzeit offensichtlich beunruhigenden Entwicklungstendenzen dokumentiert.

In **Kapitel 3** werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen der IV, die IV-Leistungen sowie die für die hier vorgenommene Untersuchung und den IV-Entscheid relevanten Akteure im IV-Verfahren aufgezeigt. Dabei wird auf Aspekte hingewiesen, welche für die Forschungsfragen interessieren.

**Kapitel 4** analysiert die Prozesse im Zusammenhang mit den IV-Verfahren: Prozesse im Vorfeld des IV-Antrages, bei denen oftmals infolge der langen Verzögerung schon Weichen gegen Integration und für eine Rente gestellt werden, der eigentliche IV-Abklärungsprozess, die nachgelagerten Prozesse und die Revisionen laufender Renten.

In **Kapitel 5** wird der Begriff "Nicht zielkonforme IV-Leistungen" geklärt und differenziert in "Unrechtmässige Inanspruchnahme der IV", mit dem Fokus auf dem Versicherten und seinen Vertretern sowie in "Nicht zustehende Leistungsausrichtung", mit dem Fokus auf der Ausgestaltung des IV-Vollzuges (Systemaspekte) und den involvierten Akteuren beim Vollzug (Akteuraspekte).

**Kapitel 6** enthält eine Beschreibung der Methodik und der Adressaten der Interviews mit ExpertInnen und AkteurInnen sowie eine kurze Zusammenfassung der Erkenntnisse aus diesen Interviews. Eine ausführliche Zusammenfassung findet sich im Anhang.

In **Kapitel 7** werden die Risikobereiche in der IV und im IV-Vollzugssystem herausgearbeitet und im Hinblick auf nicht zustehende Leistungsausrichtungen analysiert. Anschliessend wird die Relevanz der einzelnen Risikobereiche qualitativ beurteilt

In **Kapitel 8** wird die die Grössenordnung nicht zielkonformer IV-Leistungen quantitativ eingeschätzt. Es werden zwei Hauptansätze verfolgt: einerseits wird das Potential ungerechtfertigter Leistungen mithilfe personenbezogener Risikofaktoren geschätzt. Andererseits werden Neurentenquoten ausgewertet

**Kapitel 9** umfasst die Schlussfolgerungen aus den Untersuchungen und Empfehlungen für Massnahmen zur Verminderung des Risikos für nicht zielkonforme IV-Leistungen auf der Ebene des IV-Systems und der Verfahren sowie bei den Versicherten und den übrigen involvierten Akteuren.

Der **Anhang** enthält die Liste mit den Interview-PartnerInnen, den Leitfaden für die Unterstützung der telefonischen Interviews und eine Zusammenfassung der Interviews.

## 2 Die IV in Zahlen: Ausgaben und Fallzahlen

### 2.1 Entwicklung der Ausgaben

Das Problem der stetig zunehmenden Kosten der Invalidenversicherung ist bekannt. Tabelle 2.1 zeigt die Entwicklung der Ausgaben der IV von 1990 bis 2005.

**Tabelle 2.1: Ausgaben der IV unterteilt nach Renten, Taggeldern, individuellen Massnahmen insgesamt<sup>3</sup> und beruflichen Massnahmen.**

In Mio. CHF Preis-niveau 2005.	1990	Anteil an Gesamtausgaben	2000	Anteil an Gesamtausgaben	Mittl. Wachstum pro Jahr 1990 - 2000	2005	Anteil an Gesamtausgaben	Mittl. Wachstum pro Jahr 2000 - 2005
Gesamtausgaben	5'224	100.0%	9'095	100.0%	6%	11'561	100.0%	5%
davon Renten	3'003	57.5%	5'348	58.8%	6%	6'750	58.4%	5%
davon Taggelder	207	4.0%	297	3.3%	4%	361	3.1%	4%
davon Individuelle Massnahmen gesamt	887	17.0%	1376	15.1%	4%	1'704	14.7%	4%
davon berufliche Massnahmen	171	3.3%	288	3.2%	5%	369	3.2%	5%

Quelle: IV Statistik 2006

Es ist ersichtlich, dass sich die Gesamtausgaben der IV zwischen 1990 und 2005 ungefähr verdoppelt haben. Die Ausgaben für die hier aufgeführten Budgetposten sind beinahe im Gleichschritt gewachsen. Das erstaunt nicht, da ein grosser Teil der LeistungsbezügerInnen im Laufe eines IV-Verfahrens und während der späteren Bezugsdauer nacheinander oder parallel unterschiedliche Leistungen bezieht. Die Anteile der Rentenkosten und der Kosten von beruflichen Massnahmen an den Gesamtkosten haben sich kaum verändert. Die Kostenanteile der Taggelder<sup>4</sup> und der individuellen Massnahmen insgesamt (medizinische Massnahmen, berufliche Massnahmen, Beiträge Sonderschulung, Hilfsmittel, Reisekosten, Rückerstattungsforderungen netto) sind leicht zurückgegangen.

Zudem wird deutlich, dass die Renten mit Abstand den grössten Anteil unter den im Rahmen dieser Analyse betrachteten IV-Leistungen aufweisen. Die Kosten von beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen sind *vergleichsweise* gering. Auch die Kosten für Taggelder, die während laufenden Verfahren oder während Eingliederungsmassnahmen ausbezahlt werden, fallen im Vergleich zu den Renten wenig ins Gewicht. Aus diesem Grund liegt das Augenmerk der politischen Diskussion, aber

<sup>3</sup> Der *Buchungsposten* Individuelle Massnahmen umfasst: Medizinische Massnahmen, berufliche Massnahmen, Beiträge Sonderschulung, Hilfsmittel, Reisekosten, Rückerstattungsforderungen netto.

<sup>4</sup> Taggelder werden an Personen ausgezahlt, die an einer Massnahme oder an Abklärungsmassnahmen teilnehmen.

auch im Rahmen dieser Arbeit, vor allem auf der Zunahme der Rentenausgaben und wie diese eingedämmt werden können. Alle übrigen Leistungen spielen allerdings, ebenso wie auch Rentenleistungen, durchaus für die durch das System gesetzten Anreize für die Versicherten eine wichtige Rolle.

Der wichtigste Treiber des Ausgabenwachstums für die IV-Renten ist der Anstieg der Invalidisierungswahrscheinlichkeit.<sup>5</sup> Diesem Treiber müssen zwischen 1996 und 2002 gute 50% des Ausgabenwachstums für die IV-Renten angelastet werden. Weitere 20% Wachstum entstehen durch die demographische Entwicklung, da die Invalidisierungswahrscheinlichkeit grundsätzlich mit dem Alter zunimmt. Die übrigen 30% Wachstum gehen zu Lasten der Erhöhung des Rentenalters der Frauen, Rentenanpassungen und höherer Ausgaben pro Rente.<sup>6</sup>

Hier wird deutlich, dass die Senkung der Invalidisierungswahrscheinlichkeit und somit die Senkung der Fallzahlen von Neurenten und bestehenden Renten durch Rückkehr in die Erwerbsfähigkeit ein zentrales Ziel zur Stabilisierung der Ausgaben ist.

## 2.2 Entwicklung der Fallzahlen

Der starke Anstieg der Fallzahlen seit Anfang der 1990er Jahre ist der wichtigsten Treiber des massiven Ausgabenwachstums. Im Folgenden wird die Entwicklung der Fallzahlen kurz dargestellt.

### 2.2.1 Entwicklung individuelle Massnahmen und Renten nach Geschlecht

Tabelle 2.2 zeigt die Entwicklung der Anzahl EmpfängerInnen von individuellen Massnahmen (medizinische Massnahmen, berufliche Massnahmen, besondere Schulung, Taggelder und/oder Hilfsmittel) zwischen 1997 und 2005. Aus Tabelle 2.2 ist ersichtlich, dass die Anzahl der EmpfängerInnen von individuellen Massnahmen zwischen 1997 und 2003 deutlich gestiegen und zwischen 2003 und 2005 wieder leicht zurückgegangen ist.

---

<sup>5</sup> Quelle: 5. IV-Revision - Entwurf und erläuternder Bericht für die Vernehmlassung, S. 37, Bern, September 2004. Die Invalidisierungswahrscheinlichkeit ist eine empirisch erhobene Wahrscheinlichkeit. Sie ist gleich der so genannten IV-Quote, also gleich dem prozentualen Anteil der IV-RentnerInnen an der versicherten Bevölkerung. Vereinfacht wird zur Berechnung der Quote meist die durchschnittliche ständige Wohnbevölkerung eines Jahres im Alter zwischen 0 und dem Rentenalter als versicherte Bevölkerung angenommen. Bei Zeitreihenvergleichen muss beachtet werden, dass die Quote auf Anpassungen des Rentenalters reagiert.

<sup>6</sup> Die höheren Ausgaben pro Rente entstehen durch die Erhöhung der zugrunde liegenden Einkommen, die längere Beitragsdauer und/oder durch die vermehrte Vergabe von Zusatzrenten.

Tabelle 2.3 zeigt die Entwicklung der Anzahl BezügerInnen von IV-Renten zwischen 1992 und 2005. Es ist ersichtlich, dass die Anzahl IV-BezügerInnen nicht nur absolut zugenommen hat, sondern auch relativ zur versicherten Bevölkerung. Auch hier ist nach 2003 eine Veränderung erkennbar: Die Anzahl IV-BezügerInnen hat bis zum Jahr 2005 zwar nochmals zugenommen, aber das durchschnittliche jährliche Wachstum ist zwischen 2003 und 2005 deutlich geringer als in den Vorjahren. Das gilt für beide Geschlechter, obwohl im Jahr 2005 (wie auch 2001) das Rentenalter der Frauen um 1 Jahr erhöht wurde, und somit im Jahr 2005 bei den Rentenbezügerinnen keine Generation in die AHV übergetreten ist. Trotzdem muss die Situation als unbefriedigend bezeichnet werden, solange die Anzahl RentenbezügerInnen mit stark positiver Rate wächst, da dies für die Sozialversicherungssysteme und schliesslich auch für die ganze Volkswirtschaft eine stetig steigende Belastung bedeutet.

**Tabelle 2.2: Anzahl BezügerInnen von Individuellen Massnahmen zwischen 1997 und 2005.**

Jahr	Individuelle Massnahmen <sup>7</sup> : Anzahl EmpfängerInnen					
	Männer			Frauen		
	Anzahl Empfänger absolut	Anteil an versicherter Bevölkerung <sup>8</sup>	Durchschnittliches jährliches Wachstum seit Vorperiode	Anzahl Empfängerinnen absolut	Anteil an versicherter Bevölkerung	Durchschnittliches jährliches Wachstum seit Vorperiode
1997	85'986	2.83%		62'805	2.18%	
2000	92'678	3.03%	2.5%	67'396	2.31%	2.4%
2003	102'041	3.27%	3.3%	73'616	2.45%	3.0%
2005	98'986	3.16%	-1.5%	70'783	2.32%	-1.9%

Quelle: IV-Statistik 2006

<sup>7</sup> Individuelle Massnahmen umfassen: Medizinische Massnahmen, Berufliche Massnahmen, Besondere Schulung, Taggelder und/oder Hilfsmittel.

<sup>8</sup> Für die Statistik wird vom BSV die ständige Wohnbevölkerung in der Jahresmitte im Alter zwischen 0 und dem Rentenalter verwendet. (Das AHV-Rentenalter der Frauen wurde 2001 und 2005 je um 1 Jahr erhöht.) Für das Jahr 2005 wird die Bevölkerungszahl von 2004 verwendet, da keine neueren Angaben verfügbar sind.

**Tabelle 2.3: Anzahl BezügerInnen von Renten zwischen 1992 und 2005.**

Jahr	RentenbezügerInnen in der Schweiz					
	Männer			Frauen		
	Anzahl Empfänger absolut	Anteil an versicherter Bevölkerung <sup>9</sup>	Durchschnittliches jährliches Wachstum seit Vorperiode	Anzahl Empfängerinnen absolut	Anteil an versicherter Bevölkerung	Durchschnittliches jährliches Wachstum seit Vorperiode
1992	81'000	n. b.		58'000	n. b.	
1997	101'345	4.5%	4.6%	71'871	3.3%	4.4%
2000	114'154	5.0%	4.0%	82'802	3.8%	4.8%
2003	129'556	5.5%	4.3%	102'398	4.5%	7.3%
2005	137'901	5.8%	3.2%	111'452	4.8%	4.3%

Bemerkung: Zahlen für das Jahr 1992 gerundet.

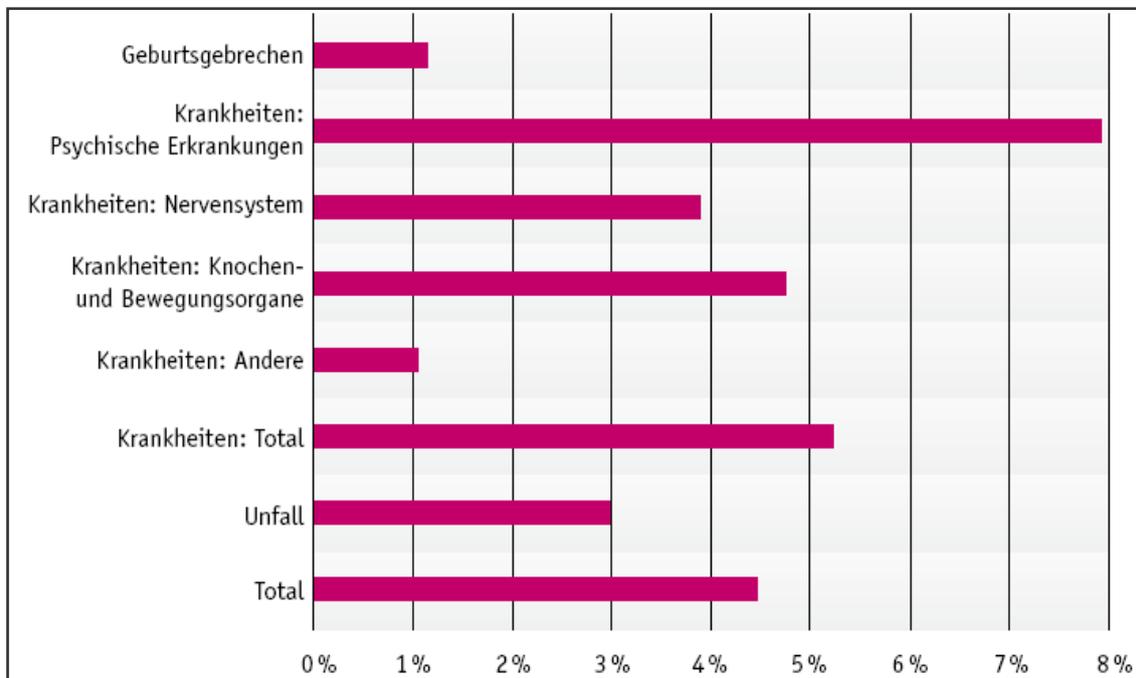
Quelle: IV-Statistik 2006 und IV-Statistik 1999

### 2.2.2 Rentenzunahme nach Invalidisierungsgrund

Abbildung 2.1 zeigt die mittleren jährlichen Wachstumsraten der Anzahl IV-RentnerInnen differenziert nach Krankheitsbildern zwischen 1997 und 2006. In diesem Zeitraum ist die Anzahl RentnerInnen insgesamt im Schnitt pro Jahr um rund 4 1/2 % gewachsen. Dabei beträgt das mittlere Wachstum der Anzahl Renten aufgrund psychischer Krankheiten fast 8%, während im gleichen Zeitraum die Anzahl Renten aufgrund von Geburtsgebrechen nur um etwas mehr als 1% gewachsen ist. Auch die Anzahl RentenbezügerInnen, welche aufgrund von Krankheiten der Knochen- und Bewegungsorgane oder von Krankheiten des Nervensystems eine Rente beziehen, ist überdurchschnittlich gestiegen. Dafür bestehen zwei mögliche Ursachen: Entweder ist die Zahl der Erkrankten tatsächlich seit Anfang der 1990er Jahre gestiegen, oder aber nur die Anzahl der zugesprochenen Renten ist gestiegen. Hierzu kann die vorliegende Arbeit keine allgemeingültigen Aussagen machen. Behandelt wird hier nur die sehr viel enger gefasste Frage, ob zum heutigen Zeitpunkt in der IV nicht zielkonforme Rentenleistungen in einem relevanten Ausmass bestehen und durch ihre Eindämmung somit ein relevanter Beitrag zur Senkung der jährlichen IV-Neuverschuldung geleistet werden könnte.

<sup>9</sup> Da die Zahl der RentenbezügerInnen diejenige vom Januar ist, wird vom BSV für die versicherte Bevölkerung die ständige Wohnbevölkerung in der Jahresmitte des Vorjahres verwendet. Berücksichtigt sind Personen ab dem 18. Alterjahr bis zum AHV-Rentenalter. Für das Jahr 2006 wird die Bevölkerungszahl von 2004 verwendet, da keine neueren Angaben verfügbar sind.

**Abbildung 2.1: Die mittleren jährlichen Wachstumsraten der Anzahl RentnerInnen nach Invaliditätsgrund 1997 – 2006.**



Quelle: IV-Statistik 2006

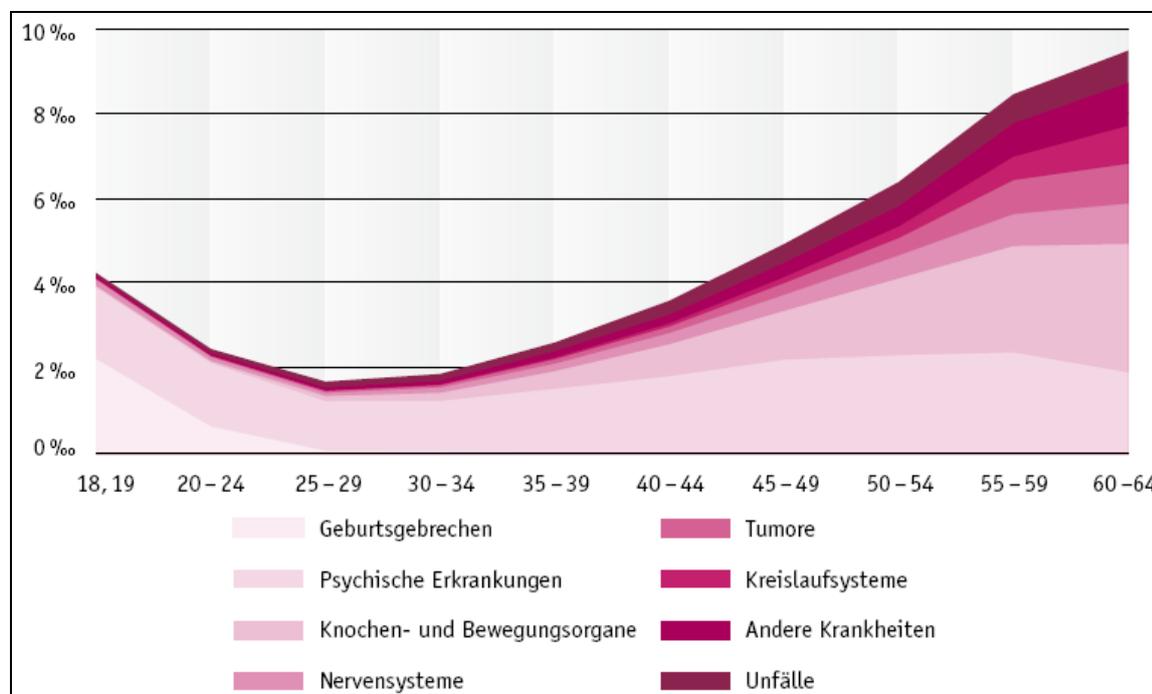
## 2.3 RentenbezügerInnen - aktueller Stand

Im Folgenden wird die aktuelle Struktur der BezügerInnen laufender Renten sowie von NeurentnerInnen bezüglich verschiedener soziodemographischer Faktoren kurz dargelegt.

### 2.3.1 Neuberentungen 2005: vorherrschende Ursachen

Insgesamt haben im Jahr 2005 20'887 Personen neu eine IV-Rente erhalten, darunter 12'216 ganze Renten.

Abbildung 2.2 zeigt den Anteil der NeurentnerInnen in Promille der Bevölkerung im Jahr 2005 nach Ursache und Alter. *Neuberentungen* aufgrund von Geburtsgebrechen geschehen verständlicherweise am häufigsten direkt bei Eintritt in das bezugsfähige Alter oder kurze Zeit später. Psychische Erkrankungen machen 2005 bei jungen Erwachsenen bis ca. 40 Jahren den Löwenanteil der Neuberentungen aus. Bei den über 40jährigen beginnen die Anteile aller übrigen Gebrechen zu steigen und bei den über 60jährigen stehen klar Gebrechen betreffend Knochen- und Bewegungsorgane im Vordergrund, wobei die psychischen Erkrankungen noch immer die zweithäufigste Berentungsursache darstellen.

**Abbildung 2.2: NeurentenbezügerInnen 2005 in der Schweiz nach Ursache und Alter.**

Quelle: IV-Statistik 2006

Deutlich wird auch, dass die Neuberentungsquote bzgl. des Alters sehr ungleichmässig verteilt ist: bei den über 34-jährigen nimmt die Berentungsquote mit steigender Altersklasse deutlich zu. Die U-Form der Verteilung entsteht durch die Geburtsgebrechen; werden sie ausgeblendet, liegt die Berentungsquote in den unteren Altersklassen bis 34 knapp unter 2‰.

Schliesslich ist zu bemerken, dass im Jahr 2005 Unfälle im Vergleich zu Krankheiten deutlich weniger häufig Ursache für einen Neurentenbezug waren (8% der Fälle).

### 2.3.2 Rentenbezüge 2005: vorherrschende Ursachen

Tabelle 2.4 zeigt die Anteile der 8 häufigsten Gebrechenskategorien an der Anzahl krankheitsbedingter Rentenfälle für das Jahr 2005. Knapp 90% der RentenbezügerInnen beziehen krankheits- und nicht unfallbedingt eine Rente.

Rund ein Viertel der Renten begründen sich auf Gebrechen der Kategorie weitere psychische Störungen<sup>10</sup>. Diese Kategorie ist sehr breit und umfasst verschiedene, nicht psychotische, psychische Krankheiten: Psychogene oder milieureaktive Störungen; Neurosen; Borderline Cases (Grenzbereich Psychose – Neurose): einfache psychische Fehlentwicklungen z.B. depressiver, hypochondrischer oder wahnhafter Prägung; funktionelle Störung des Nervensystems und darauf beruhende

<sup>10</sup> Selbst gewählte Bezeichnung.

Sprachstörungen wie Stottern; psychosomatische Störungen, soweit sie nicht als körperliche Störungen codiert werden.

Die psychischen Erkrankungen haben also nicht nur als Grund für Neuberentungen in den letzten 10 Jahren stark zugenommen, sondern sind heute auch klar die häufigste Ursache für den Bezug einer IV-Rente. An zweiter Stelle stehen Veränderungen der Knochen- und Bewegungsorgane. Auch hier widerspiegelt sich die überdurchschnittliche Zunahme der Renten aufgrund von Krankheiten von Knochen und Bewegungsorganen in den letzten 10 Jahren (vgl. Abbildung 2.1).

**Tabelle 2.4: Krankheitsbedingte Renten nach den 7 häufigsten Gebrechenskategorien.**

Krankheit: 203'661 BezügerInnen von insgesamt 228'179, Januar 2006				
Gebrechen		Anteil der Gebrechenskategorie an den Krankheiten insgesamt		
	Code	Zusammen	Männer	Frauen
Weitere Psychische Krankheiten <sup>11</sup>	646	25.2%	22.3%	28.5%
Übrige Veränderungen der Knochen- und Bewegungsorgane (Bänder, Muskeln, Sehnen)	738	17.6%	17.4%	17.8%
Schizophrenie	641	6.5%	7.5%	5.5%
Spondylosen und Osteochondrosen	736	5.8%	6.1%	5.3%
Übrige geistige und charakterliche Störungen	649	5.6%	5.6%	5.5%
Übrige Psychosen, Involutionsdepressionen	644	3.9%	3.7%	4.1%
Bösartige Tumore	611	2.9%	2.5%	3.4%
Kumulierte Anteile		67.5%	65.0%	70.1%
Bemerkung: Gebrechenskategorien entsprechend den Codizes der Gebrechens- und Leistungsstatistik der IV.				

Quelle: interne Datenauswertung BSV

### 2.3.3 Renten nach Herkunft

Immer wieder taucht das Thema des grossen Anteils ausländischer IV-BezügerInnen in den Medien auf. Tabelle 2.5 zeigt den Ausländeranteil der IV-BezügerInnen in der Schweiz.

<sup>11</sup> Diese Kategorie umfasst: Psychogene oder milieureaktive Störungen; Neurosen; Borderline cases (Grenzbereich Psychose – Neurose); einfache psychische Fehlentwicklungen z.B. depressiver, hypochondrischer oder wahnhafter Prägung; funktionelle Störung des Nervensystems und darauf beruhende Sprachstörungen wie Stottern; psychosomatische Störungen, soweit sie nicht als körperliche Störungen codiert werden.

Der Anteil der AusländerInnen an den IV-BezügerInnen liegt deutlich über ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung (2005: 20.7%) und auch an der Erwerbsbevölkerung (26%).<sup>12</sup> Dabei muss allerdings beachtet werden, dass die Struktur der ausländischen Bevölkerung in Bezug auf sozioökonomische Faktoren (Einkommen, Bildungsstand, Beruf, Alter, etc.) je nach Herkunftsland stark von derjenigen der einheimischen Bevölkerung abweicht. Sozioökonomische Faktoren beeinflussen nachweislich die Gesundheit selbst, und somit natürlich auch die Wahrscheinlichkeit eine *gerechtfertigte* IV-Leistung zu beziehen.<sup>13</sup> Aus diesem Grund kann dieser Befund allein keinesfalls als Hinweis darauf gewertet werden, dass in der ausländischen Bevölkerung das Problem von *nicht zielkonformen* IV-Leistungen relevanter ist als in der einheimischen.

**Tabelle 2.5: Anzahl IV-Rentner in der Schweiz, Schweizer und Ausländer.**

	IV-Renten Januar 2005, ausbezahlt in der Schweiz oder im Ausland			
	Schweizer	Ausländer	Total	Ausländeranteil am Total
Männer	100'696	66'246	166'942	39.7%
Frauen	87'106	35'786	122'892	29.1%
<b>Total</b>	187'802	102'032	289'834	35.2%
Bemerkung: Zum Vergleich <sup>14</sup> : Ausländeranteil an der Erwerbsbevölkerung Ende 2005: 26%, Ausländeranteil an der Gesamtbevölkerung 2005: 20.7%. (Quelle BFS)				

Quelle: IV-Statistik 2005

Ebenso können aus Rentenquoten, die sich auf den Rentenbestand beziehen, keine Schlüsse über die Invalidisierungswahrscheinlichkeit der *heutigen* ausländischen Bevölkerung gezogen werden: die ausländische Bevölkerung ist im Gegensatz zur einheimischen Bevölkerung deutlich variabler. Sie wird ständig verändert durch Ein- und Auswanderung wie auch durch Einbürgerungen. Aus diesem Grund lassen sich aus der obigen Darstellung keine Schlüsse darüber ziehen, ob die *heutige* ausländische Bevölkerung eine höhere Invalidisierungswahrscheinlichkeit hat als die einheimische Bevölkerung.<sup>15</sup> Dazu müssen Neurentenquoten verglichen werden.

Tabelle 2.6 zeigt die sieben häufigsten Gebrechenskategorien und ihre Anteile in bestimmten Bevölkerungsgruppen. Unterschieden wird nach Geschlecht und Nationalität. Die dunkelgrau unterlegten Felder zeigen, welche Gebrechenskategorien deutlich häufiger<sup>16</sup> bei AusländerInnen als bei SchweizerInnen vorkommen. Die hellgrau unterlegten Krankheitskategorien sind hingegen deutlich weniger häufiger bei AusländerInnen. Auch hier würden empirische Untersuchungen Klarheit darüber bringen, ob tatsächlich die Nationalität bzw. der kulturelle Hintergrund selbst einen Einfluss auf

<sup>12</sup> BFS: "Die Bevölkerung der Schweiz 2005", BFS, Neuchâtel, 2006.

<sup>13</sup> Wilkinson und Marmot 2003.

<sup>14</sup> Eine präzise Angabe über den Ausländeranteil der versicherten Bevölkerung konnte nicht eruiert werden.

<sup>15</sup> So hatten z.B. 1980 noch 423'008 ItalienerInnen ihren Wohnsitz in der Schweiz. Bis 2005 hat sich diese Zahl auf 297'917 reduziert.

<sup>16</sup> Um einen Faktor 1.3 und mehr.

den Bezug einer IV-Rente haben, oder ob andere sozioökonomische Faktoren, aber auch Charakteristika des Lebenslaufes<sup>17</sup> die eigentlichen Einflussfaktoren sind.

**Tabelle 2.6: Anteile BezügerInnen mit bestimmten Gebrechen, krankheitsbedingter Bezug.**

Anteile BezügerInnen mit bestimmten Gebrechen, krankheitsbedingter Bezug in der Schweiz, Januar 2006							
Gebrechen		SchweizerInnen: total 146'039 BezügerInnen			AusländerInnen: total 57'622 BezügerInnen		
	Code	Zusammen	Männer	Frauen	Zusammen	Männer	Frauen
Weitere psychische Krankheiten <sup>18</sup>	646	25%	22%	27%	27%	23%	31%
Übrige Veränderungen Knochen/Bewegungsorgane	738	15%	14%	16%	25%	25%	24%
Schizophrenie	641	8%	9%	6%	4%	4%	3%
Übrige geistige / charakterliche Störungen	649	6%	6%	6%	4%	4%	5%
Spondylosen und Osteochondrosen	736	5%	5%	5%	8%	9%	7%
Übrige Psychosen, Involutionsdepressionen	644	4%	4%	4%	3%	3%	3%
Bösartige Tumore	682	3%	3%	3%	3%	2%	3%
<b>Kumulierte Anteile</b>		65%	62%	68%	74%	72%	77%
Bemerkung: Hellgrau: Gebrechen mit deutlich geringeren Bezugswerten bei AusländerInnen. Dunkelgrau: Gebrechen mit deutlich höheren Bezugswerten bei AusländerInnen.							

Quelle: interne Datenauswertungen BSV

<sup>17</sup> Zum Beispiel zurückliegende Traumata durch das Erleben von Gewalt, sexueller Gewalt, Verfolgung etc. im Rahmen von Krieg oder politischen Umwälzungen.

<sup>18</sup> Diese Kategorie umfasst: Psychogene oder milieureaktive Störungen; Neurosen; Borderline cases (Grenzbereich Psychose – Neurose); einfache psychische Fehlentwicklungen z.B. depressiver, hypochondrischer oder wahnhafter Prägung; funktionelle Störung des Nervensystems und darauf beruhende Sprachstörungen wie Stottern; psychosomatische Störungen, soweit sie nicht als körperliche Störungen codiert werden.



### 3 Systembeschreibung

Der Fokus der hier durchgeführten Beschreibung des IV-Systems liegt schwergewichtig auf den gesetzlichen Rahmenbedingungen und auf den bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, der Erwerbsfähigkeit und der Bestimmung des Invaliditätsgrades beteiligten Akteuren. Zusätzlich werden die Leistungen der IV und der parallel gelagerten Versicherungssysteme betrachtet, um Anreizstrukturen deutlich zu machen. Diese Betrachtung ist vorerst statisch. In den folgenden Kapiteln werden dann das IV-Verfahren und die in den Abklärungsprozessen liegenden Risiken für nicht zielkonformen oder vermeidbaren Bezug von IV-Leistungen analysiert.

Die Beitragsseite der IV ist für die vorliegende Fragestellung sekundär.

#### 3.1 Gesetzlicher Rahmen<sup>19</sup>

##### 3.1.1 Zweck der IV

In Art. 1a IVG sind die Zwecke der Invalidenversicherung formuliert. Der Grundsatz "Eingliederung vor Rente" wird bereits hier deutlich. Die IV soll:

- *"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*
- und zu eigenverantwortlicher und selbstbestimmter Lebensführung der Betroffenen beitragen."

##### 3.1.2 Leistungspflicht gemäss Gesetz

Die IV-Gesetzgebung orientiert sich klar am Grundsatz "Eingliederung vor Rente": Versicherte haben Anspruch auf eine Reihe von Eingliederungsmassnahmen, *"soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern"* (Art.8 IVG). Gleichzeitig besteht für die versicherte Person eine **Mitwirkungspflicht** und ausserdem die Pflicht, aus eigenem Antrieb das Zumutbare zu einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit beizutragen (**Schadenminderungspflicht**). Wird diesen Pflichten nicht nachgekommen, so besteht die Möglichkeit von Leistungskürzung oder -verweigerung (Art. 21 ATSG).

Im Rahmen des IV-Verfahrens muss zwischen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit und Invalidität unterschieden werden:

- **Arbeitsunfähigkeit** ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, im *bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich* zumutbare Arbeit leisten zu können. (Art. 6 ATSG)

---

<sup>19</sup> Quellen: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), Bollier 2005, Kieser und Senn 2005, Informationsblätter des Bundes.

- **Erwerbsunfähigkeit** ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und *nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung* verbleibende, ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf *dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt*. (Art. 7 ATSG)
- **Invalidität** ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.

Ist eine Person invalid oder von Invalidität unmittelbar bedroht, hat sie Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (Art. 8 IVG). Ein Anspruch auf Rentenleistungen besteht erst, wenn Eingliederungsmassnahmen ihr Ziel nicht oder nur teilweise erreicht haben, oder eine Eingliederung als nicht möglich beurteilt wird. Er entsteht frühestens in dem Zeitpunkt, in dem eine versicherte Person zu mindestens 40% invalid geworden oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch im Schnitt mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen ist (Art. 29 IVG).

Zu beachten ist hier, dass die IV nur dann leistungspflichtig ist, wenn ein kausaler Zusammenhang zwischen Gesundheitsschaden und Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit besteht. Alle anderen Faktoren, die einen Einfluss auf die Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit oder auch auf die Chancen bei der Stellensuche haben (Alter, Bildungsstand, etc.), müssen bei der Schätzung der IV-relevanten Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ausgeklammert werden.

Der **Invaliditätsgrad** entspricht bei Erwerbstätigen dem Verhältnis des Erwerbseinkommens, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung sowie allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine *zumutbare Tätigkeit* bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, relativ zu jenem Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wäre sie nicht invalid geworden (Art. 16 ATSG). Bei Nicht-Erwerbstätigen wird darauf abgestellt, in welchem Mass sie behindert sind, sich in ihrem angestammten Aufgabenbereich (z.B. im Haushalt) zu betätigen (Art. 28 Abs. 2bis IVG). Bei Teilzeiterwerbstätigen wird zur Berechnung des Invaliditätsgrades die gemischte Methode angewendet (Art. 28 Abs. 2ter IVG). Die Ermittlung des mit der verbleibenden Erwerbsfähigkeit erzielbaren Einkommens erfolgt mithilfe der Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS). Zur Ableitung der konkreten Rentenauszahlungen aus dem Invaliditätsgrad siehe Absatz 3.2.5.

### 3.1.3 Juristische Leitentscheide zum Bezug von IV-Leistungen<sup>20</sup>

Im IV-Verfahren müssen die im Kapitel 3.1 beschriebenen recht allgemein formulierten Gesetze konkret angewendet werden, um im Einzelfall zu einer Einschätzung der Erwerbsunfähigkeit und des daraus resultierenden Invaliditätsgrades zu gelangen. Der von der Gesetzgebung her ursprünglich sehr breite Ermessensspielraum ist inzwischen durch mehrere Leitentscheide des Bundesgerichts (BG) und des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) verkleinert worden.

Aus diesen ergeben sich juristische Hinweise auf die Definition von nicht zielkonformem Leistungsbezug, die allerdings noch immer einen gewissen Abstraktionsgrad aufweist.

---

<sup>20</sup> Dieser Abschnitt stützt sich stark ab auf Urs Müller (2006): Der natürliche und adäquate Kausalzusammenhang nicht objektiverbarer Gesundheitsschäden: Die Leitentscheide des Bundesgerichts und des Eidgenössischen Versicherungsgerichts.

Zwei Grundsätze sind für die Feststellung von Invalidität massgeblich:

- Die versicherte Person hat bei Invalidität dann Anspruch auf Leistungen der IV, wenn die Erwerbsunfähigkeit gesundheitlich bedingt ist, in diesem Fall aber unabhängig von der konkreten Invaliditätsursache (finale Versicherung). Als Invalidität verursachende Gründe von Erwerbsunfähigkeit ausgeschlossen werden psychosoziale und soziokulturelle Umstände, die *keine gesundheitliche* Ursache haben (wie Alter, Qualifikation, Migrationshintergrund, mangelhafte Sprachkenntnis, Suchtprobleme etc.).<sup>21</sup>
- Zwischen der Erwerbsunfähigkeit und der gesundheitlichen Beeinträchtigung muss ein adäquater Kausalzusammenhang festgestellt werden können.

Daraus ergeben sich drei Stufen zur Feststellung von Invalidität, die wiederum mehrere Schritte oder Kriterien umfassen:

1. Feststellung einer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung.

- Die Gesundheitsbeeinträchtigung muss fachärztlich ausgewiesen sein; subjektive Angaben genügen nicht.
- Die Gesundheitsbeeinträchtigung muss bleibend sein oder voraussichtlich längere Zeit anhalten.

Wird z.B. angenommen, dass durch die IV-Rente (durch die zurück gewonnene finanzielle Sicherheit) eine Besserung des Gesundheitszustandes eintritt, heisst das, dass der Gesundheitsschaden nicht als bleibend eingeschätzt wird und auch nicht als voraussichtlich längere Zeit anhaltend. Somit besteht kein Anrecht auf Leistung.

- Es gibt so genannte negative Voraussetzungen: Finden die medizinischen Befunde nur in psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung, können sie nicht als invalidisierend im Sinne der IV geltend gemacht werden.

Im Speziellen genügt die Tatsache, dass jemand sich in psychiatrischer Behandlung befindet, nicht als Begründung dafür, dass eine invalidisierende psychische Beeinträchtigung vorliegt. Auch werden die *Aggravation und ähnliche Konstellationen von der Rechtsprechung des Bundesgerichts explizit als nicht versicherte Gesundheitsbeeinträchtigungen bezeichnet* (BGE 131 V 51 E. 1.2).

2. Feststellung des Zusammenhangs zwischen dem Gesundheitsschaden und der Erwerbsunfähigkeit.

- Zumutbarkeit ist das zentrale Kriterium bei der Feststellung dieses Zusammenhangs. Die Einschätzung der verbleibenden Erwerbsmöglichkeiten ist massgeblich davon abhängig, welche Tätigkeiten bei der vorhandenen Gesundheitsbeeinträchtigung noch als zumutbar erachtet werden: "Entscheidend ist, ob der versicherten Person die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sozial-praktisch nicht mehr zumutbar ist oder ob sie - als alternative Voraussetzung - für die Gesellschaft untragbar ist." (BGE 102 V 166 f.).
- Bei somatoformen Schmerzstörungen gilt: grundsätzlich besteht die Vermutung, dass die Schmerzstörungen oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind (BGE 131 V 50 E. 1.2). Welche Willensanstrengung zumutbar ist, ist im Wesentlichen

---

<sup>21</sup> Ebenda S. 128

durch Kriterien<sup>22</sup> definiert, welche für die Annahme der Unzumutbarkeit einer Willensanstrengung notwendig sind (BGE 130 V 354 f. E. 2.2.3). Unzumutbarkeit ergibt sich aus einem der folgenden Punkte:

- Vorliegen einer psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer.
- Ausgewiesener sozialer Rückzug aus allen Bereichen des Lebens.
- Vorhandensein einer verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren 'Flucht in die Krankheit' durch eine missglückte Konfliktbewältigung.
- Unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person.

Faktisch haben bei dieser Einschätzung die behandelnde Ärztin bzw. die beauftragte Gutachterin eine zentrale Rolle.

3. Bei der Bemessung des *Invalideneinkommens*, *nicht der Erwerbsfähigkeit*, dürfen und müssen soziokulturelle und psychosoziale Faktoren miteinbezogen werden.

### 3.1.4 Versicherungsmissbrauch – gesetzlicher Rahmen gemäss IVG und ATSG

Versicherungsrechtlich werden diverse missbräuchliche Verhaltensweisen identifiziert, welche zu Kürzungen, dem Dahinfallen, der Sistierung oder gar zu einer Rückforderung von IV-Renten führen können<sup>23</sup>:

- Vorsätzliches Herbeiführen eines Versicherungsfalles (Art. 21 Abs. 1 ATSG),
- Herbeiführen eines Versicherungsfalles im Zusammenhang mit einem Verbrechen oder Vergehen (Art. 21 Abs. 1 ATSG),
- Meldepflichtverletzung (Art. 31 ATSG i.V.m. Art. 77 u. Art. 88bis Abs. 2 lit. b Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]),
- Widerstand gegen Selbsteingliederung und Eingliederungsmassnahmen bzw. gegen die Obliegenheit der Schadenminderung (Art. 21 Abs. 4 ATSG),
- Verletzung der Mitwirkungspflicht (Art. 28 und 43 ATSG).

Vorsätzlicher Versicherungsmissbrauch mittels aktiver Handlung wird nach Art. 87 AHVG<sup>24</sup> geahndet:

"Wer durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise für sich oder einen anderen eine Leistung auf Grund dieses Gesetzes erwirkt, die ihm nicht zukommt, (...) wird, sofern nicht ein mit einer höheren Strafe bedrohtes Verbrechen oder Vergehen des Strafgesetzbuches vorliegt, mit Gefängnis bis zu sechs Monaten oder mit Busse bis zu 30'000 Franken bestraft. Beide Strafen können verbunden werden."

---

<sup>22</sup> So genannte Foerster Kriterien. Gehen zurück auf Prof. Dr. Klaus Foerster, Abt. Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Tuebingen, Deutschland.

<sup>23</sup> vgl. Bachmann R., D'Angelo M., 2006, S. 9 f.

<sup>24</sup> Nach Art. 70 IVG sind die Artikel 87-91 AHVG auch für die Invalidenversicherung anwendbar.

Mit der 5. IV-Revision wurde Art. 87 AHVG um den Tatbestand "...wer die ihm obliegende Meldepflicht verletzt..." erweitert.

Der versicherungsrechtliche Begriff 'Versicherungsmissbrauch' entspricht dem strafrechtlichen Begriff 'Versicherungsbetrug'. Versicherungsmissbräuchliches Verhalten ist strafrechtlich relevant. Vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben, die zu Leistungen der IV führen, entsprechen einem Versicherungsmissbrauch bzw. -betrug.<sup>25</sup> Diese Bestimmungen gelten für alle Leistungen der IV, d.h. für Renten, Taggelder, Eingliederungsmassnahmen und Hilflosenentschädigungen. Die Abklärungsmassnahmen werden bei den für Versicherungsmissbrauch oder -betrug relevanten Leistungen nicht einbezogen.

## 3.2 Leistungen der IV

### 3.2.1 Individuelle Leistungen: Übersicht

Die IV umfasst zwei grundsätzliche Arten von individuellen Leistungen mit entsprechenden Unterkategorien. Kollektive Leistungen sind für die vorliegende Fragestellung nicht relevant. Abbildung 3.1 zeigt die Hauptkategorien individueller Leistungsarten der IV.

Im Folgenden werden alle Individuellen Leistungsarten kurz beschrieben.

### 3.2.2 Eingliederungsmassnahmen<sup>26</sup>

**Medizinische Eingliederungsmassnahmen** umfassen Massnahmen, die unmittelbar die berufliche Eingliederung fördern und dazu beitragen, die Erwerbstätigkeit zu erhalten oder dauernd und wesentlich zu verbessern.

**Berufliche Eingliederungsmassnahmen** haben dasselbe Ziel; setzen aber auf einer anderen Ebene an. Sie können folgende Punkte umfassen:

- Berufsberatung durch interne Abteilungen der IV-Stellen oder durch umfassendere externe Abklärungen, z.B. in Eingliederungsstätten. Falls die versicherte Person behinderungsbedingt noch keine berufliche Erstausbildung hat, werden die durch die Invalidität entstehenden Mehrkosten der Ausbildung übernommen.
- Kosten für durch Invalidität bedingte Umschulungen werden übernommen.
- Kosten für Wiedereinschulung in den ehemals ausgeübten Beruf werden ebenfalls übernommen.
- Den Versicherten stehen Beratung zum Erhalt des bestehenden Arbeitsplatzes und eine aktive Arbeitsvermittlung zu.

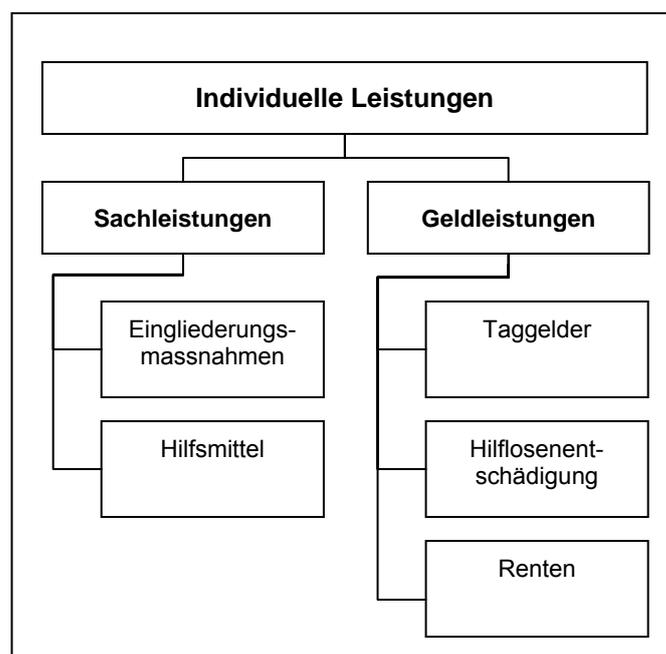
---

<sup>25</sup> Bachmann R., D' Angelo M., 2006, S. 12

<sup>26</sup> Dieser Abschnitt orientiert sich stark an der Broschüre "Leistungen der Invalidenversicherung (IV)", Stand 1. Januar 2006, BSV.

- Bei Weiterbildungen, welche die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessern, werden ebenfalls die durch die Invalidität entstehenden Mehrkosten der Ausbildung übernommen.
- Die IV gewährt unter bestimmten Bedingungen auch Kapitalhilfen:
  - um sich selbständig zu machen oder
  - für betriebliche Umstellungen die wegen der Invalidität nötig werden.

**Abbildung 3.1: Individuelle Leistungsarten der IV.**



### 3.2.3 Hilfsmittel

Die IV gibt an versicherte Personen Hilfsmittel ab, sofern die versicherte Person diese bei der Ausübung einer Erwerbstätigkeit, bei der Ausübung ihres Aufgabenbereichs (z.B. Haushalt) oder zur Ausbildung, Weiterbildung oder zur funktionellen Angewöhnung benötigt. Zudem werden Hilfsmittel auch zu dem Zweck abgegeben, damit die versicherte Person ihren privaten Alltag möglichst selbständig und unabhängig bewältigen kann.

Beispiele für Hilfsmittel sind: Prothesen, Stütz- und Führungsapparate, Hörapparate, Sprechhilfegeräte, Hilfsmittel für Blinde und hochgradig Sehschwache, Behindertenhunde, Invalidenfahrzeuge, bauliche Vorkehrungen zur Überwindung des Arbeitswegs und von Hindernissen im und um den Wohn-, Arbeits-, Ausbildungs- und Schulungsbereich.

Hilfsmittel werden aufgrund von in der Regel klaren, körperlichen Einschränkungen abgegeben. Deswegen kann davon ausgegangen werden, dass in diesem Bereich das Potential für missbräuch-

lichen oder nicht zielkonformen Leistungen sehr gering ist. *Aus diesem Grund werden Hilfsmittel aus der weiteren Betrachtung ausgeklammert.*<sup>27</sup>

### 3.2.4 Taggelder

Während medizinischer oder beruflicher Eingliederungsmassnahmen zahlt die IV Taggelder aus, die den Lebensunterhalt der Versicherten und ihrer Familien sicherstellen sollen. Sie werden nur gezahlt, sofern die versicherte Person durch die Massnahmen tatsächlich eine Erwerbseinbusse erleidet und nicht bereits eine Rente bezieht.

Hier besteht die Möglichkeit nicht zielkonformer Taggeldbezüge, wenn Rentenbezüge nicht berücksichtigt werden, oder wenn die Eingliederungsmassnahmen bei Teilzeitarbeitenden keine effektive Reduktion des Teilzeiteinkommens bewirken. Ausserdem ist es möglich, dass Versicherte, welche sich in ihrer angestammten Tätigkeit nicht mehr wohl fühlen, versuchen sich eine Umschulung oder Weiterbildung von der IV finanzieren zu lassen.

Auch wenn es nicht zielkonforme Bezüge von Taggeldern und von Aus- und Weiterbildungsmassnahmen geben mag, so verursacht doch eine fälschlicher Weise zugesprochene Umschulung mit- samt Taggeld deutlich weniger Kosten als eine fälschlicher Weise zugesprochene Rente, da Renten in der Regel deutlich länger finanziert werden müssen als Aus- und Weiterbildungsmassnahmen. Hinzu kommt, dass jede nicht zugesprochene Massnahme eine verpasste Chance zum Erhalt oder zum Wiedererlangen der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit bedeuten kann. Eine Verschärfung der Zusprachepraxis bei Eingliederungsmassnahmen birgt also ein sehr viel grösseres Risiko langfristig einen Anstieg der Neurentezahlen zu bewirken als eine Verschärfung bei den Renten. Aus diesen Gründen spielen nicht zielkonforme Leistungen im Bereich der Taggelder und Massnahmen in diesem Bericht eine untergeordnete Rolle.

### 3.2.5 Renten

Die Renten werden nach dem Grad der Invalidität abgestuft (siehe Tabelle 3.1). Die Rentenhöhe wird analog zu den Altersrenten der AHV berechnet. Miteinbezogen werden die Höhe der Einkommen, für die Beiträge bezahlt wurden, Erziehungsgutschriften sowie Betreuungsgutschriften. "Beitragslücken"<sup>28</sup> wirken sich negativ aus.

---

<sup>27</sup> Im Rahmen dieser Arbeit wird nicht auf die (angeblich) zu hohen Preise von Hilfsmitteln (Texterkennungssoftware, Blindenschriftmaschinen) eingegangen, die der IV von Seiten verschiedener Händler und Hersteller verrechnet werden und die bisher anstandslos bezahlt wurden.

<sup>28</sup> Fehlende Jahresbeiträge seit dem 20. Altersjahr.

**Tabelle 3.1: Invaliditätsgrad und Auszahlungsspanne (2006).**

Invaliditätsgrad	Rentenanspruch	Auszahlungsspanne IV-Renten	Auszahlungsspanne Kinderrenten
mindestens 40%	viertel Rente	277 - 553 CHF	111 - 221 CHF
mindestens 50%	halbe Rente	553 - 1'105 CHF	221 - 442 CHF
mindestens 60%	dreiviertel Rente	829 - 1'658 CHF	332 - 663 CHF
mindestens 70%	ganze Rente	1'105 - 2'210 CHF	442 - 884 CHF

Quelle: "Invalidenrente und Hilflosenentschädigung der IV", Merkblatt 4.04, Informationsstelle AHV/IV und BSV (hrsg.), 2006, Bern.

Die IV-Renten sind für nicht zielkonforme Leistungen am relevantesten. Das Risiko für nicht zielkonforme Rentenleistungen kann als ungefähr gleich gross bezeichnet werden wie das Risiko für nicht zielkonforme Taggelder, aber die finanziellen Auswirkungen sind bei Renten, vor allem bei jüngeren Personen, deutlich grösser. Zudem bedeutet der Bezug einer ganzen IV-Rente den Ausstieg aus dem Erwerbsleben, der, selbst wenn die versicherte Person sich nach Kräften darum bemüht, nur schwer rückgängig zu machen ist. Taggelder und damit verbundene Eingliederungsmassnahmen hingegen bieten eine Chance die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder zu verbessern. Aus diesen Gründen liegen die IV-Renten im Fokus dieses Berichts.

### 3.2.6 Hilflosenentschädigung

Hilflos sind im Sinne der IV versicherte Personen, die bei alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd auf Hilfe anderer Personen angewiesen sind, respektive dauernde Pflege oder persönliche Überwachung brauchen. Sie haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, wenn sie in der Schweiz wohnhaft sind. Die Hilflosigkeit muss bleibend sein oder ununterbrochen mindestens ein Jahr gedauert haben. Zudem darf kein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der obligatorischen Unfallversicherung oder der Militärversicherung bestehen.

Hilflosigkeit setzt also einen sehr hohen Grad der Einschränkung voraus. Deswegen kann davon ausgegangen werden, dass in diesem Bereich kein oder nur ein äusserst geringes Potential für nicht zielkonformen Leistungsbezug besteht. *Aus diesem Grund wird die Hilflosenentschädigung ebenso wie die Hilfsmittel aus der weiteren Betrachtung ausgeklammert.*

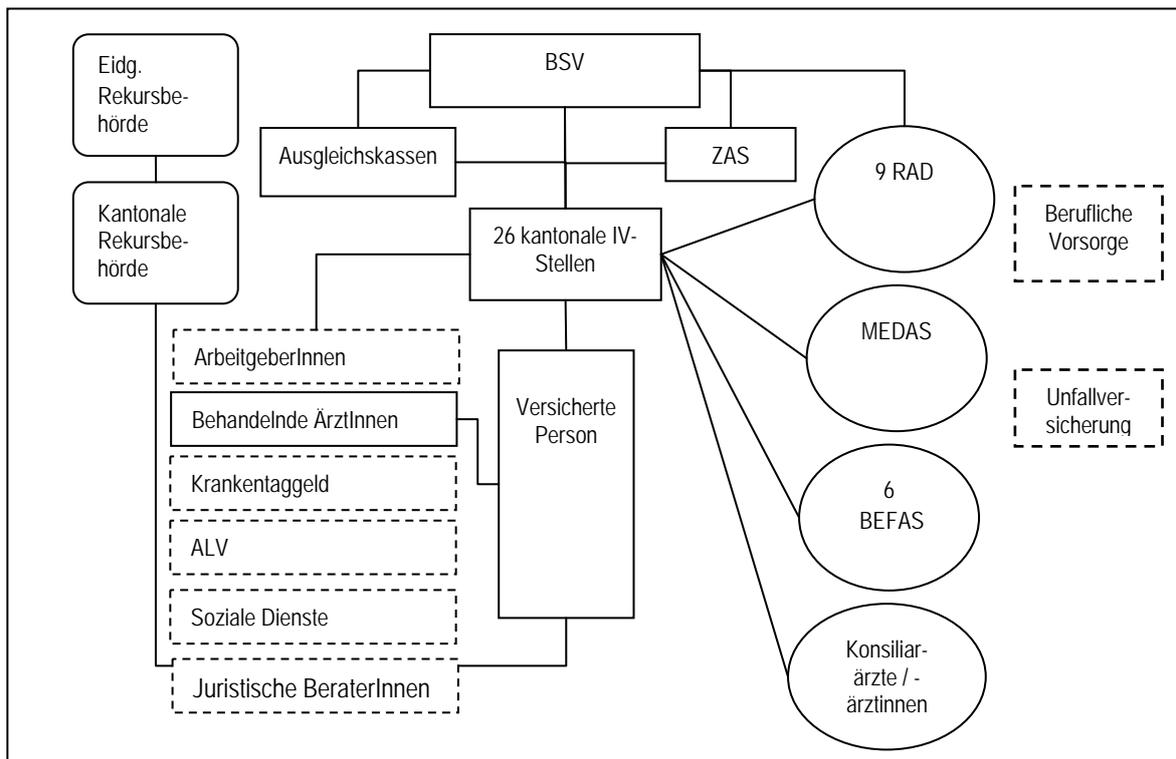
## 3.3 Die Akteure im IV-Verfahren

### 3.3.1 Eine Übersicht

Abbildung 3.2 zeigt die einzelnen Akteure des IV-Verfahrens.

Der Einbezug weiterer involvierter Bundesorgane (Bundesrat, Eidg. Finanzdepartement, Eidg. Departement des Innern und Eidg. AHV/IV-Kommission) in die System- oder Prozessanalyse ist für die gegebene Fragestellung nicht zweckmässig.

**Abbildung 3.2: Die Akteure im IV-Verfahren.**



Bemerkung: Mit gestrichelten Linien sind jene Akteure umrahmt, für welche die aktive Teilnahme am IV-Verfahren fakultativ ist.

Die mit gestrichelten Linien in die Figur integrierten Akteure spielen im IV-Verfahren nicht direkt eine Rolle. Trotzdem sind die von ihrer Seite gesetzten Anreize und Einwirkungen auf die versicherten Personen von Bedeutung. Die Berufliche Vorsorge (BV) und die Unfallversicherung (UV) sind parallel gelagerte Versicherungssysteme. Die Krankentaggeldversicherung ist ein der IV vorgelagertes Versicherungssystem. Auch die ALV und die Sozialhilfe fungieren in der Praxis in einigen Fällen als der IV vorgelagerte Versicherungssysteme. Sozialhilfe wird auch parallel zu IV-Leistungen in Form von Ergänzungsleistungen bei tiefen Einkommen ausbezahlt. Die Arbeitgebenden schliesslich spielen eine wichtige Rolle bei Wiedereingliederungsmassnahmen und Integration wie auch bei der frühzeitigen Erfassung von IV-gefährdeten Arbeitnehmenden. Diese externen Akteure werden in den Kapiteln 3.3.3 und 3.3.5 ausführlicher behandelt.

Mögliche Fehlanreize, welche für die einzelnen Akteure gegeben sind, und mögliche daraus entstehende Ineffizienzen des Systems werden schwerpunktmässig in Kapitel 7 diskutiert.

### 3.3.2 Die verfahrensinternen Akteure

Im Folgenden werden die Aufgaben und Kompetenzen der einzelnen, selbst am Verfahren beteiligten Akteure kurz umrissen:

**Versicherte Person:** Befugt zur Geltendmachung einer IV-Leistung ist die versicherte Person (oder ihr gesetzlicher Vertreter) sowie Behörden oder Dritte (z.B. Fürsorge), die die versicherte Person regelmässig unterstützen oder betreuen (Art. 66 IVV).

**BSV:** Dem BSV sind die kantonalen Ausgleichskassen, die kantonalen IV-Stellen und die Regionalärztlichen Dienste (RAD) unterstellt. Das BSV trägt die kantonalen IV-Daten zusammen, erstellt die IV-Statistik und überwacht die Umsetzung des Gesetzes.

**Ausgleichskassen:** Die Ausgleichskassen wickeln unter anderem die durch AHV/IV-Beiträge und -Leistungen entstehenden Zahlungsströme ab. Es gibt Verbandausgleichskasse (VAK), die ausschliesslich Versichertenkonten von Versicherten bestimmter Branchenverbänden oder einzelnen grossen Unternehmen verwalten, kantonale Ausgleichskassen und die eidgenössische Ausgleichskasse, welche für Bundesangestellte zuständig ist. Je nach Kanton sind die IV-Stellen die kantonalen Ausgleichskassen unterstellt oder in sie eingegliedert.

**Kantonale IV-Stelle:** Die IV-Stellen bearbeiten die IV-Anmeldungen. Sie beurteilen die Anspruchsberechtigung, ordnen Wiedereingliederungsmassnahmen an, überwachen deren Durchführung und bestimmen den Invaliditätsgrad. Sie stützen sich dabei auf die medizinischen Dossiers der behandelnden Ärzte und Ärztinnen sowie auf Gutachten der RAD, der Konsiliarärzte und -ärztinnen, der MEDAS und der BEFAS, die ebenfalls von ihnen veranlasst werden können.

**ZAS:** Unter dem Dach der ZAS ist sowohl die IV-Stelle für Versicherte im Ausland als auch die schweizerische Ausgleichskasse (SAK) untergebracht, welche Auszahlungen für ins Ausland umgezogene RentenbezügerInnen regelt. Grundsätzlich handelt die ZAS in diesen Funktionen nach den gleichen Vorgaben wie die übrigen IV-Stellen und Ausgleichskassen. Besondere Herausforderungen sind die Kooperation mit lokalen Sozialversicherungsträgern und die Kooperation mit lokalen ÄrztInnen. Diese spezielle Problematik wird im Rahmen dieses Berichts nicht weiter behandelt. Zusätzlich koordiniert die ZAS Zahlungsströme zwischen dem Bund und den kantonalen Ausgleichskassen und erfasst Administrativdaten des ganzen Systems, um diese auszuwerten.

**Behandelnde Ärzte/Ärztinnen**<sup>29</sup>: Nach Eingang einer IV-Anmeldung wird als erstes der Bericht des behandelnden Arztes eingeholt. Dieser stellt den Ausgangspunkt zur Abklärung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit dar. Im Falle einer krankheitsbedingten (nicht unfallbedingten) Anmeldung zur IV stellen sie in gewissem Sinne auch ein der IV vorgelagertes System dar. Bei krankheitsbedingter Anmeldung gehen der Anmeldung in der Regel eine Reihe von krankheitsbedingten Arbeitsunterbrüchen voraus, bei denen die Arbeitsunfähigkeit von den behandelnden Ärzten bestätigt wurde. Dadurch, dass der Arzt einen Patienten für längere Zeit oder immer wieder krankschreibt, entscheidet er quasi in erster Instanz über die Arbeitsfähigkeit des Patienten. Zurzeit werden in dieser Phase typischerweise noch keine Wiedereingliederungsmassnahmen in Erwägung gezogen oder veranlasst. Auch bleibt es dem jeweiligen behandelnden Arzt überlassen, ob er zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowie zur Klärung allfälliger Massnahmen am Arbeitsplatz mit dem Arbeitgeber Kontakt aufnimmt.

**RAD:** Die ab 2004 eingeführten regionalärztlichen Dienste (RAD) sind polydisziplinäre Kompetenzzentren für Versicherungsmedizin, welche die unabhängige ärztliche Beurteilungskompetenz der IV-

---

<sup>29</sup> In den folgenden Abschnitten wird der Einfachheit halber mehrheitlich nur die männliche Form verwendet. Frauen sind selbstverständlich mitgemeint.

Stellen verstärken. Die RAD prüfen in erster Linie die medizinische Anspruchsvoraussetzungen auf Leistungen der IV und geben Empfehlungen zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens ab. Des Weiteren machen sie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit eines Versicherten in der angestammten oder einer adaptierten Tätigkeit und beurteilen die Eingliederungsfähigkeit für die Entscheidung zur Durchführung beruflicher Massnahmen. In der Wahl der dazu geeigneten Prüfmethode sind die regionalen ärztlichen Dienste im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz unabhängig. Sie können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen.

**MEDAS:** Die Medizinischen Abklärungsstellen sind zuständig für die Beurteilung von Gesundheitsbeeinträchtigungen, welche mehrere medizinische Fachdisziplinen betreffen und eine hohe Komplexität bzw. einen erhöhten Abklärungsaufwand aufweisen. MEDAS-Abklärungen werden i.d.R. nur angeordnet, wenn andere Abklärungen nicht auf schlüssige Resultate geführt haben, d.h. i.d.R. nach bereits länger dauerndem IV-Verfahren. In ca. 1 - 3 Tagen wird eine versicherte Person von Ärzten mehrerer Fachrichtungen<sup>30</sup> untersucht und "begutachtet". Die MEDAS unterstehen nicht den kantonalen IV-Stellen, sondern sind rechtlich unabhängige Zulieferbetriebe. Die Wartezeit für eine MEDAS-Begutachtung beträgt in der Regel mehrere Monate bis zu über ein Jahr, da die Nachfrage nach MEDAS-Gutachten das Angebot deutlich übersteigt.

**Konsiliarärzte/Konsiliarärztinnen:** Neben den MEDAS-Gutachten, die wie oben beschrieben bei den komplexesten Fällen zur Anwendung kommen, werden je nach Komplexität des Falles von den IV-Stellen auch Einzelgutachten, polydisziplinäre Gutachten und konsiliarische Beratung in Auftrag gegeben.

**BEFAS:** Wenn die interne Berufsberatung der IV-Stelle nicht erfolgreich ist, kann die IV-Stelle eine umfassende, in der Regel vierwöchige Abklärung in einer BEFAS-Abklärungsstelle veranlassen. Mit Tests, Arbeitsproben aus verschiedenen Berufsfeldern und Aufgaben zur Selbsteinschätzung wird geprüft, welche Berufe, Tätigkeiten und dementsprechende Eingliederungsmassnahmen für die versicherte Person in Frage kommen. Im Abklärungsbericht an die zuweisende IV-Stelle werden die Einschränkungen beim Arbeiten, alternative Tätigkeiten und Umschulungsmöglichkeiten aufgezeigt. Diese Abklärungen bilden die Grundlage zum Bemessen von Leistungsansprüchen an die IV bezüglich Eingliederungsmassnahmen und Renten.

**Gerichte (zuständige Rekursbehörden):** Versicherte Personen können innert 30 Tagen beim kantonalen Versicherungsgericht gegen den Bescheid der IV-Stelle Beschwerde einlegen. Die nächste und letzte Instanz ist das Eidg. Versicherungsgericht (EVG).

Wichtiger als die Rolle der kantonalen und eidgenössischen Rekursbehörden im IV-Verfahren ist die präjudizielle Wirkung der Judikatur.

### 3.3.3 Vorgelagerte Versicherungssysteme

#### ***Lohnfortzahlungspflicht Arbeitgebende / Krankentaggeldversicherung***

Wird ein Arbeitnehmer krank, ist der Arbeitgeber für eine bestimmte Zeit zu einer **Lohnfortzahlung** verpflichtet. Diese beträgt 100% des üblichen Lohnes, wenn keine kollektive Taggeldversicherung

---

<sup>30</sup> Die MEDAS der medizinischen Polyklinik Basel beschäftigt Ärzte und Ärztinnen aus den Fachbereichen Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie, Psychosomatik und Rheumatologie.

existiert, sonst 80%. Die Dauer der gesetzlich festgeschriebenen Lohnfortzahlung beträgt 3 bis 46 Wochen, je nach dem wie lang eine beschäftigte Person schon bei einem Arbeitgeber angestellt ist und in welchem Kanton sie wohnt. (Es existieren schweizweit drei verschiedene Skalen zur Ermittlung der Dauer der Lohnfortzahlung: Basler, Berner und Zürcher Skala.)

Die **Krankentaggeldversicherung (KTGV)** ist in der Schweiz fakultativ. Sie kann vom Arbeitgeber als Kollektiv-Taggeldversicherung abgeschlossen werden, oder von der versicherten Person als Einzel-Taggeldversicherung. Der Arbeitgeber kann, muss aber nicht, die Pflicht zur Lohnfortzahlung auf die Taggeldversicherung gemäss VVG übertragen, wenn die Versicherung mindestens 720 Leistungstage vorsieht, mindestens 80% des ausgefallenen Lohnes deckt und mindestens die Hälfte der anfallenden Prämien zu Lasten des Betriebes gehen. Die Taggeldversicherung muss für eine oder mehrere Erkrankungen während mindestens 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen geleistet werden.

Im Gegensatz zu den Krankenversicherungen können sich die KTGV über die Diagnose und den bisherigen Arbeitsplatz der Versicherten informieren.<sup>31</sup> Das schafft die Möglichkeit für frühzeitigen Wiedereingliederungsbemühungen, wenn möglich am bestehenden Arbeitsplatz.

Weil die KTGV gemäss VVG durch private und gewinnorientierte Versicherungsgesellschaften erfolgt, widerspiegeln die Prämien der einzelnen Gesellschaften ihre Schadenskosten. Durch den Wettbewerb zwischen den Taggeldversicherungen besteht dadurch ein Anreiz zu kostensenkender Schadenserledigung. Die zeitliche Begrenzung der Versicherungsleistung setzt hier allerdings gegenläufige Anreize (vgl. auch Kapitel 6). Ausserdem können gemäss IVG unter gewissen Umständen Krankentaggeldleistungen rückwirkend mit IV-Renten verrechnet werden, was den Anreiz für die KTGV bremst, bei IV-gefährdeten Fällen intensive Eingliederungsmassnahmen voranzutreiben. Allerdings haben Aktivitäten der privaten Taggeldversicherungen im Bereich Prävention und auf Wiedereingliederung ausgerichtetes Schadensmanagement in der jüngsten Vergangenheit zugenommen.

### **Unfallversicherung (UV)**

Bei Unfällen werden Taggelder nicht von einer Krankentaggeldversicherung, sondern von einer Unfallversicherung ausbezahlt. Die versicherte Person erhält in der Regel 80% des versicherten Lohnes ab dem dritten Tag. Das Unfalltaggeld wird bis zum Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit, bis zur Zusprache einer Rente oder bis zum Tod der versicherten Person ausgezahlt. Es gibt keine zeitliche Begrenzung.

Gegen Unfälle sind unselbständig Erwerbende obligatorisch bei einer dem UVG (Unfallsversicherungsgesetz) unterstellte Unfallversicherung versichert.<sup>32</sup> Selbständig Erwerbende und Arbeitgebende von Personen, die obligatorisch unfallsversichert sind, können sich ebenfalls über eine dem UVG unterstellte Versicherung gegen Unfall versichern. Den übrigen steht diese Möglichkeit nur über die dem KVG unterstellte Krankkasse oder über eine Private Risiko-Unfall/Risiko-Invaliditätsversicherung offen.

---

<sup>31</sup> Dummermuth 2006, S. 41.

<sup>32</sup> Alle Arbeitnehmenden sind gegen Berufsunfälle versichert, Arbeitnehmende die mindestens 8h/W erwerbstätig sind, sind auch gegen Nichtberufsunfälle versichert.

Unfallversicherungen decken auch weitere, mit dem Unfall in Zusammenhang stehende Kosten, unter anderem auch Behandlungskosten.

### **Krankenversicherung (KV)**

Die obligatorischen Krankenpflegeversicherungen übernehmen die Behandlungskosten von Krankheiten oder Unfallfolgen (sofern diese nicht in den Leistungsbereich der UV fallen), *vor und auch nach* einer IV-Anmeldung. Sie sind zusammen mit den Taggeldversicherungen die ersten Institutionen, welche einer drohenden Invalidität durch Krankheit gewahr werden.

Die KV hat keinen Eingliederungsauftrag, berufliche Eingliederungsmassnahmen sind explizit von ihrem Leistungskatalog ausgeschlossen. Für diese ist die IV leistungspflichtig. Gemäss Dummermuth (2006) ergeben sich daraus Schwierigkeiten bei der optimalen Nutzung von Eingliederungschancen: Rund 80% der IV-Fälle liegen zuerst im Verantwortungsbereich der KV. Davon werden 94,5% erst 12 Monate nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit bei der IV angemeldet.<sup>33</sup> Dadurch schafft die KV ein Präjudiz, indem sie über eine lange Zeit einen Gesundheitsschaden anerkennt, welcher danach als Leistungsvoraussetzung für die IV angenommen wird, was von der IV erst nachher angeordnete ressourcenorientierte Eingliederungsmassnahmen erschwert. Auf die dadurch möglichen Ineffizienzen wird in Kapitel 6 eingegangen.

### **Arbeitslosenversicherung (ALV) und Sozialhilfe**

Die ALV und die Sozialhilfe sind nicht im eigentlichen Sinne der IV vorgelagerte Versicherungssysteme. Häufig sind aber Arbeitslosigkeit, soziale Probleme oder Armut und Krankheit eng miteinander verknüpft. Zudem existiert nach Aussagen von ExpertenInnen<sup>34</sup> noch immer das Problem, dass die für Sozialhilfe zuständigen Stellen versuchen, SozialhilfebezügerInnen an die IV zu verweisen, da dies *ihre* Kassen entlastet (dazu gibt es aber im Rahmen der 5. IV-Revision auch umgekehrte Aussagen).

#### **3.3.4 Koordination unter den vorgelagerten Versicherungssystemen<sup>35</sup>**

Als Reaktion auf die steigenden Fallzahlen und vor dem Hintergrund der starken Zersplitterung des schweizerischen Sozialversicherungssystems sind Projekte und Massnahmen zur institutionellen Zusammenarbeit initiiert worden:

- IIZ: Interinstitutionelle Zusammenarbeit der Arbeitslosenversicherung, der Invalidenversicherung, der Sozialhilfe und der öffentlichen Berufsberatung.
- IIZ-MAMAC: Arbeitslosenversicherung, Invalidenversicherung und Sozialhilfe. IIZ-MAMAC will *Personen mit komplexen Mehrfachproblematiken* künftig rascher wieder in den Arbeitsmarkt integrieren, indem nur eine Institution mit der Fallführung beauftragt wird, aber ein von allen drei Institutionen getragener Wiedereingliederungsprozess durchgeführt wird.

---

<sup>33</sup> Dummermuth 2006, S. 33f.

<sup>34</sup> Hier nehmen wir Bezug auf die von uns durchgeführten Interviews mit ExpertInnen und AkteurInnen, auf welche im Kapitel 6 nochmals eingegangen wird.

<sup>35</sup> Informationen unter [www.iiz.ch](http://www.iiz.ch), Stand Januar 2006.

- IIZ-plus: Interinstitutionelle Zusammenarbeit zwischen der IV und den Krankentaggeldversicherungen (KVG und VVG), Unfallversicherungen (UVG) und (wegen der Prämienbefreiung und der Bindungswirkung des IV-Entscheidendes) auch Vorsorgeeinrichtungen (BVG und VVG).

Der Grundgedanke von IIZ und IIZ-plus besteht darin, die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen angesprochenen Institutionen zu fördern, indem Schnittstellen und Vorgehensweisen bis zu einem gewissen Grad verbindlich geregelt werden. IIZ und IIZ-plus sind in den Kantonen in unterschiedlicher Form und in unterschiedlichem Mass implementiert.

Auf IIZ und IIZ-plus wird hier nur am Rande eingegangen; eine Beurteilung der Wirkung und des Erfolgs würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Das Projekt IIZ-MAMAC ist noch in der Planungsphase und wird deswegen weitestgehend aus der Betrachtung ausgeklammert. Nicht ausgeklammert werden hingegen die Problembereiche, für deren Lösung diese drei Projekte gedacht sind.

### 3.3.5 Parallelgelagerte Versicherungssysteme

Mehrere Versicherungen und Sozialversicherungen können gleichzeitig Leistungen im Invaliditätsfall erbringen: Militärversicherung (MV), Krankenversicherung (KV), Krankentaggeldversicherung (KTGV), Ergänzungsleistungen (EL), die Unfallversicherung (UV), die berufliche Vorsorge (BV) und die Invalidenversicherung (IV).

#### **Berufliche Vorsorge (BV)**

In der beruflichen Vorsorge sind alle Arbeitnehmenden obligatorisch versichert, deren jährlicher Lohn bei nicht selbständigem Erwerb mindestens 19'890 CHF/a beträgt (Stand April 2007). Arbeitnehmende, die pro Arbeitsstelle weniger verdienen, aber insgesamt bei verschiedenen Teilzeitstellen mindestens 19'890 CHF, und Selbständige können sich freiwillig in einem gewissen Ausmass versichern.

Die berufliche Vorsorge beinhaltet neben Altersvorsorge und weiteren Risikoversicherungen wie Witwen-/Witwerrente oder Waisenrente auch eine Versicherung gegen Invalidität. Obligatorisch muss der so genannte koordinierte Lohn<sup>36</sup> versichert werden. Lohnanteile von Löhnen, welche über dem koordinierten Lohn liegen, können freiwillig versichert werden. Bezüglich der obligatorischen Leistungen ist für die berufliche Vorsorgeeinrichtung der Entscheid der zuständigen IV-Stelle bindend. Für den überobligatorischen Anteil haben die Vorsorgeeinrichtungen im Prinzip die Möglichkeit, eigene Richtlinien aufzustellen. Sie schliessen sich aber auch hier in der Regel dem Entscheid der IV-Stelle an.

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens hat die Berufliche Vorsorgeeinrichtung ebenso wie die versicherte Person Gelegenheit sich zum vorgesehenen Entscheid zu äussern. Ist die Berufliche Vorsorgeeinrichtung mit dem IV-Entscheid nicht einverstanden, kann sie innert 30 Tagen nach Zustellung der IV-Verfügung Einwand einreichen.

Eine allfällige Rente basiert schliesslich auf der Summe des bisher angesparten Altersguthabens, zuzüglich der fehlenden, unverzinsten Altersgutschriften, abgestützt auf den Lohn im vorangegangenen Versicherungsjahr. Multipliziert mit dem Umwandlungssatz ergibt dies die Jahresrentenleis-

---

<sup>36</sup> Stand April 2007: Lohnanteil zwischen 23'05 CHF und 79'560 CHF jährlich.

tung. Der Umwandlungssatz betrug bis zur ersten BVG-Revision 7.2%. Zurzeit läuft noch die Übergangsphase gemäss 1. BVG-Revision, in welcher der Umwandlungssatz in der obligatorischen Versicherung für Frauen bis 2013 und für Männer bis 2015 schrittweise auf 6.8% gesenkt wird.

Gemäss dem Vorschlag des Bundesrates soll der Mindest-Umwandlungssatz für Frauen und Männer aber auf Grund der gesteigerten Lebenserwartung der Rentnerinnen und Rentner sowie aufgrund der deutlich gesunkenen Renditeerwartungen auf den Finanzmärkten bis 1. Januar 2011 schrittweise weiter auf 6,4% gesenkt und in Zukunft alle 5 Jahre überprüft werden (erstmalig 2009 für die Jahre 2012 und folgende).

### **Unfallversicherung (UV)**

Alle Arbeitnehmenden sind über den Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin in der obligatorischen Unfallversicherung gegen Berufsunfälle versichert. Alle Arbeitnehmenden, welche mindestens 8 Stunden pro Woche erwerbstätig sind, sind ebenfalls gegen Nichtberufsunfälle versichert. Der maximal versicherte Lohn beträgt 106'800 CHF (Stand April 2007). Der mit Abstand grösste Unfallversicherer ist die SUVA (schweizerische Unfallversicherungsanstalt). Bei ihr sind rund 55% aller Arbeitnehmenden versichert. Selbständig Erwerbende und Arbeitgebende von Personen, die obligatorisch unfallversichert sind, können sich ebenfalls über eine dem UVG unterstellte Versicherung gegen Unfall versichern.<sup>37</sup>

Nach einem Unfall übernimmt die Unfallversicherung nebst den Taggeldern die Kosten für die medizinische Behandlung, medizinische Rehabilitation und Taggeld sowie allfällige Invalidenrenten, Integritätsentschädigungen, Hilflosenentschädigungen und Hinterlassenenrenten. Bei der medizinischen Rehabilitation wird bereits, z.T. in Zusammenarbeit mit der IV oder anderen Versicherungen und Sozialversicherungen, das Ziel der beruflichen Wiedereingliederung verfolgt. Die Versicherten der Unfallversicherung und deren Arbeitgebende müssen jeden Unfall sofort der Unfallversicherung melden. Das führt bei unfallbedingten Invaliditätsrisiken zu einer günstigeren Schadenabwicklung infolge früherer Erfassung dieser Invaliditätsrisiken als bei krankheitsbedingten Invaliditätsrisiken. Die UV hat aber keinen gesetzlichen Wiedereingliederungsauftrag.

Im Gegensatz zur Invalidenversicherung und zur beruflichen Vorsorge zahlt die Unfallversicherung bereits ab einem Invaliditätsgrad von 10% eine Rente aus. Bei einem Invaliditätsgrad von 100% beträgt die Invalidenrente 80% des versicherten Lohnes. Bei geringerem Invaliditätsgrad wird eine entsprechende lineare Anpassung vorgenommen. Hat die versicherte Person auch Anspruch auf eine IV-Rente, wird die Rente der UV komplementär ausgerichtet. Trotzdem sind in der Regel die kumulierten Leistungen der Versicherungen (IV, UV und allenfalls BV) bei unfallbedingter Invalidität höher als bei ausschliesslich krankheitsbedingter Invalidität. Die hohe Ersatzquote bei Unfall-Invalidität kann eingliederungshemmend wirken. Bei rein unfallbedingter Invalidität ist der durch die UV festgelegte Invaliditätsgrad für die IV-Stellen bindend.

### **Krankenversicherung (KV)**

Wie oben bereits aufgeführt, übernehmen die obligatorischen Krankenpflegeversicherungen die Behandlungskosten von Krankheiten oder Unfallfolgen (sofern diese nicht in den Leistungsbereich der

---

<sup>37</sup> Allen übrigen Personen können sich nur über die dem KVG unterstellte Krankkasse oder über eine Private Risiko-Unfall/Risiko-Invaliditätsversicherung gegen Unfall versichern.

UV fallen) vor und auch nach einer IV-Anmeldung. Kosten für berufliche Eingliederungsmassnahmen trägt jedoch die IV. Bei medizinischen Massnahmen muss also jeweils zuerst geklärt werden, ob sie dem Zweck der beruflichen Eingliederung dienen, oder nicht, da je nach dem ein anderer Leistungserbringer dafür bezahlen muss. Dies kann zu Verzögerungen bei der Eingliederung führen. Auf die dadurch möglichen Ineffizienzen wird in Kapitel 6 eingegangen.

### **3.3.6 Koordination unter parallelgelagerten Versicherungssystemen**

#### ***Koordination der medizinischen Leistungen***

Die Versicherung medizinischer Leistungen bei Unfällen durch die UV ist bedeutend grosszügiger als bei Krankheitsfällen gemäss KVG: Die UV kennt keine Selbstbeteiligung und keine Franchisen. Im Gegensatz zur Situation bei den KV und der IV kennt die UV hingegen eine Meldepflicht der Versicherten bzw. des Arbeitgebenden.

#### ***Die Koordination der Rentenleistungen***

Die Leistungskoordination unter den Sozialversicherungen wird grundsätzlich in den Artikeln 63 - 71 ATSG und in den einzelnen Sozialversicherungsgesetzen geregelt. Um in der Praxis eine bessere Koordination zwischen den einzelnen Versicherungen zu gewährleisten, ist das Projekt IIZ-plus ins Leben gerufen worden. In dessen Rahmen sind mehrere Manuals erarbeitet worden, die standardisierte Schnittstellen zwischen der IV und den übrigen Versicherungen definieren (z.B. IV-BV oder IV-UV). Diese Manuals sind zwar nicht bindend, werden aber als ein wichtiger Schritt zur verbesserten Zusammenarbeit wahrgenommen.

Grundsätzlich dürfen die kumulierten Invalidenrenten der verschiedenen gesetzlich zu Auszahlungen verpflichteten Versicherungen den vorher verdienten Lohn nicht übersteigen (Überentschädigungsverbot Art. 69 ATSG). Renten der beruflichen Vorsorge und der Unfallversicherung werden bei solchen Überversicherungsfällen entsprechend gekürzt.

Die Unfallversicherung (UV) und die Militärversicherung (MV) sind nicht an den Bescheid der IV gebunden, beide Versicherungen verwenden jedoch die gleiche Invaliditätsdefinition wie die IV, nämlich Art. 8 ATSG. Trotzdem findet bezüglich beruflicher Eingliederung und Festlegung des IV-Grades eine Koordination zwischen den 26 IV-Stellen und den insgesamt 36 Unfallversicherungen statt.<sup>38</sup>

Die berufliche Vorsorge (BV) hingegen ist in der Regel nach der Festlegung eines IV-Grades durch die IV-Stellen im Rahmen der obligatorischen Versicherung ebenfalls an diesen Entscheid gebunden und zahlt automatisch Invalidenrenten für denselben IV-Grad aus. Dabei findet bei unfallbedingter Invalidität eine Koordination mit der entsprechenden Unfallversicherung statt. Tritt der Fall einer Überversicherung ein, gehen die Leistungen der UV vor, und die Leistungen der BV werden entsprechend gekürzt.

Da die Abklärung und Einschätzung von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit sowie die Festlegung des Invaliditätsgrades aufwendig und teuer sind, scheint es sinnvoll, dass diese Abklärungs-

---

<sup>38</sup> Diese stützt sich auf eine schriftliche Vereinbarung zwischen den IV-Stellen und den Unfallversicherungen, welche am 1. Mai 2003 revidiert in Kraft getreten ist. Der Vereinbarungstext kann unter [www.izz-plus.ch](http://www.izz-plus.ch) eingesehen werden (Stand 3.1.2007).

prozesse grundsätzlich nur einmal und nicht von allen beteiligten Sozialversicherungen separat durchgeführt werden. Die Übernahme des Invaliditätsbegriffes des ATSG auch im Bereich überobligatorischer Leistungen im VVG-Geschäft verleiht dem IV-Entscheid der IV-Stellen eine sehr grosse Hebelwirkung. Weil in der UV und bei VVG-Verträgen der IV-Grad differenzierter bestimmt wird als in der IV, ergeben sich Abstimmungsprobleme mit den IV-Grad-Entscheidungen der IV-Stellen im Rahmen des IVG.

Die SUVA hat als grösste Unfallversicherung der Schweiz ein grosses Netz von Kreisärzten und -ärztinnen, welche für die SUVA Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit beurteilen. Die so entstehenden medizinischen Berichte nach Unfällen werden auch von den IV-Stellen zur Festlegung des IV-Grades weiterverwendet. Im Krankheitsfall jedoch sowie bei Unfallspätfolgen, deren Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit erst verzögert sichtbar wird (HWS/Schleudertrauma, posttraumatische Belastungsstörung etc.), führt i.d.R. die IV-Stelle die Abklärung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit durch. Trotzdem besteht für UV und BV die Möglichkeit eigene Abklärungen zu treffen. Gerade die Privatversicherungen, welche Unfallversicherungen und berufliche Vorsorge anbieten, haben in den letzten Jahren von dieser Möglichkeit zunehmend Gebrauch gemacht. Werden Auffälligkeiten gefunden, werden diese an die IV-Stelle weitergeleitet. Je nach Stand des Verfahrens fliessen sie in das IV-Verfahren oder in gerichtliche Auseinandersetzungen ein.

Der oben genannten „Hebelwirkung“ des IV-Entscheids, vor allem bei nicht direkt unfallbedingter Invalidität, ist in der Vergangenheit vermehrt Einhalt geboten worden, da vor allem Privatversicherungen verstärkt eigene Abklärungen durchführen. Trotzdem ist diese Hebelwirkung vor allem bzgl. ihrer Wirkung auf die Anreizstrukturen für die Versicherten nicht ausser Acht zu lassen, gerade auch was die (negativen) Anreize zur Wiedereingliederung *nach* der Zusprache einer Rente angeht.

### 3.3.7 Die Rolle der ArbeitgeberInnen im IV-Verfahren

#### ***Die Rolle der Arbeitgebenden im Vorfeld zur IV-Anmeldung***

Die Arbeitgebenden spielen bereits im Vorfeld zu einer allfälligen IV-Anmeldung eine grosse Rolle. Sie gehören zu den ersten, für die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes einer Arbeitnehmerin oder eines Arbeitnehmers augenfällig wird. Trotzdem ist ihr Handlungsspielraum begrenzt. Aus Datenschutzgründen können sie beim behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin keine Informationen einholen, und sie können für Arbeitnehmende keine IV-Leistungen geltend machen.<sup>39</sup>

In den Bereichen der Prävention und der Integration haben die Arbeitgebenden allerdings Möglichkeiten, die zurzeit bei weitem nicht voll ausgeschöpft werden. Einerseits betrifft dies den Arbeitnehmerschutz<sup>40</sup>, welcher Arbeitssicherheit (Prävention von Berufsunfällen und -krankheiten) und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (Prävention von physischer und psychischer Überbeanspruchung) gewährleisten soll. Die Arbeitgebenden können aber auch durch ein Absenzenmanagement innerhalb der Firma Mitarbeitende mit gesundheitlichen Problemen frühzeitig identifizieren und präventive Massnahmen über das gesetzliche Mindestmass hinaus einleiten. Häufige Absenzen können auch

---

<sup>39</sup> Mit Annahme der 5. IV-Revision können die Arbeitgebenden Arbeitnehmende bei der IV zu melden. Die IV-Stelle lädt dann die Person zu einem Erstgespräch ein. Früher war dies nicht möglich.

<sup>40</sup> Mindestvorschriften sind im ArG und im UVG festgelegt.

Hinweise auf zwischenmenschliche Probleme zwischen Mitarbeitenden liefern, die psychischen Stress und entsprechende Folgeerscheinungen auslösen können.

Das Verhalten und die Kompetenz der Vorgesetzten und Führungspersonen kann durchaus ausschlaggebend dafür sein, ob bei einer invaliditätsgefährdeten Person ein Desintegrationsprozess einsetzt oder nicht. In diesem Sinne können die Arbeitgebenden sowohl präventiv wie auch als Risikoauslöser wirken: ein schlechtes Betriebsklima, schlechte, demotivierende Mitarbeitendenführung, schlechte ergonomische Verhältnisse und schlechte Arbeitssicherheit bei körperlicher Arbeit erhöhen die Invalidisierungswahrscheinlichkeit der Arbeitnehmenden, wohingegen ein gutes Betriebsklima, gute Mitarbeiterführung, gute ergonomische Verhältnisse und hohe Arbeitssicherheit die Invalidisierungswahrscheinlichkeit der Arbeitnehmenden senken.

### ***Die Rolle der Arbeitgebenden nach der IV-Anmeldung***

Die Arbeitgebenden sind in dem Sinne am IV Verfahren beteiligt, als in der Regel versucht wird, einen bestehenden Arbeitsplatz zu erhalten<sup>41</sup> oder Personen an anderer Stelle im gleichen Betrieb oder in einem anderen Betrieb wiederinzugliedern. Die Bereitschaft der ArbeitgeberInnen, mit geeigneten Massnahmen den Arbeitsplatzert zu unterstützen oder Personen mit Leistungseinschränkungen neu anzustellen, hat eine zentrale Bedeutung für die Wiedereingliederung von IV-gefährdeten Personen.

Hierbei muss beachtet werden, dass sich die Arbeitgebenden i.d.R. inländischem und ausländischem Wettbewerb ausgesetzt sehen und nur bereit sein werden, eine Integrationsleistung zu erbringen, sofern dadurch keine finanziellen Nachteile entstehen. Dabei müssen alle Kostendimensionen wie administrativer Aufwand, die eventuell schwankende Leistungsfähigkeit der zu integrierenden Person<sup>42</sup>, allenfalls zusätzlich anfallender Betreuungsaufwand, notwendige bauliche Massnahmen, aber auf der anderen Seite auch die positive Wirkung auf das Unternehmensimage, Weiternutzung von erworbenem betrieblichem Know-how und Vermeidung von Anstellungs- und Einarbeitungskosten bei Arbeitsplatzertaltung miteinbezogen werden.

---

<sup>41</sup> Voraussetzung ist in der Regel, dass der Arbeitnehmer / die Arbeitnehmerin vor der Anmeldung bei der IV mindestens 8 Stunden pro Woche erwerbstätig gewesen ist. (Kantonale Praxis.)

<sup>42</sup> Dies kann vor allem ein Problem bei Personen mit psychischen Störungen sein, welche eine stark schwankende Arbeitsfähigkeit haben können.

## 4 Prozessanalyse

Wurde im Kapitel 3 das IV-System und das IV-Verfahren statisch betrachtet, sollen in diesem Kapitel die Abläufe sowie die Prozesse verdeutlicht werden, die zum Bezug von IV-Leistungen (speziell von Renten) führen.

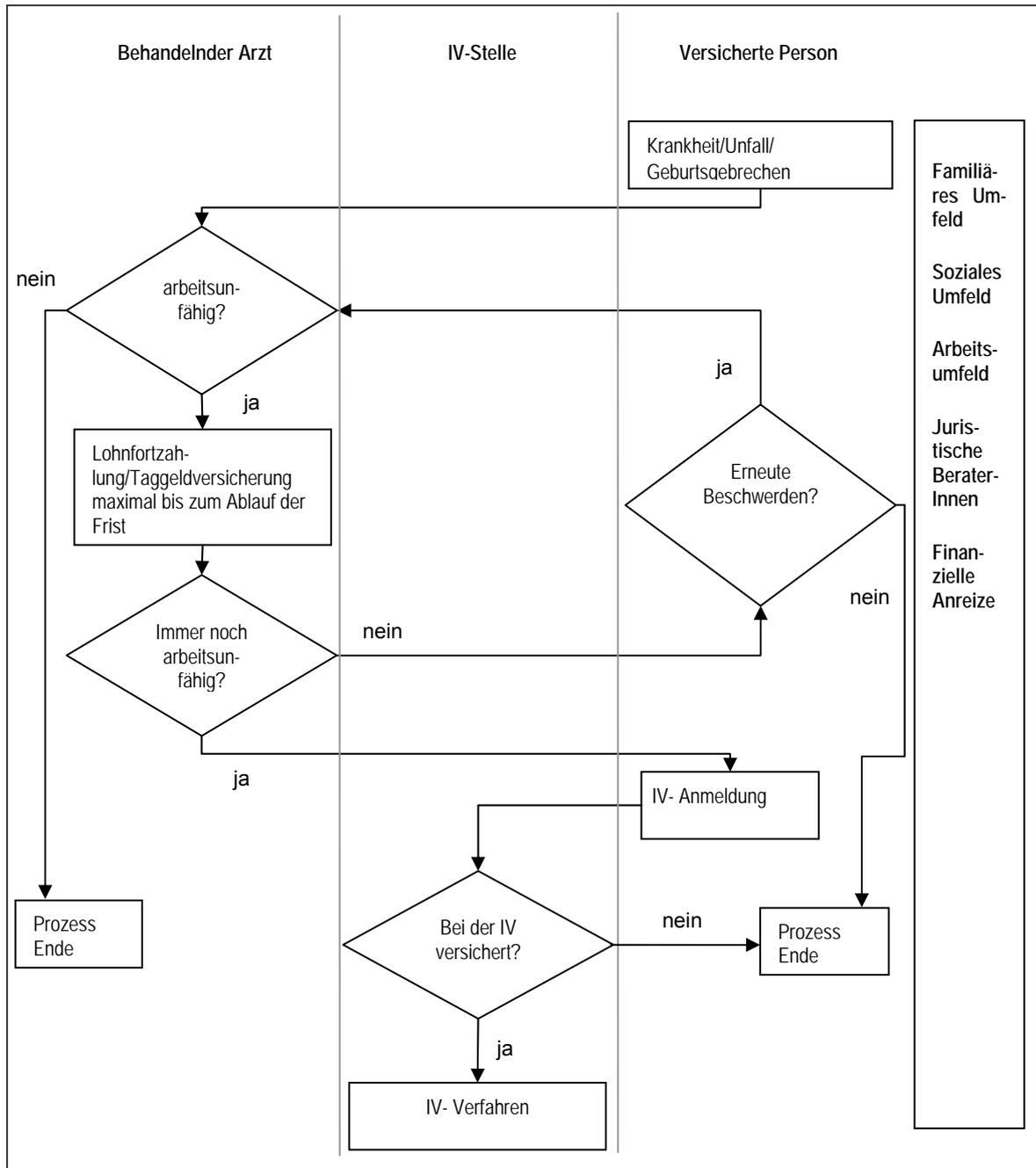
Anzumerken gilt hier, dass die Prozessanalyse auf einer übergeordneten Ebene stattfindet. Die Schweiz hat 26 kantonale IV-Stellen, die in ihrer Organisation und Ausgestaltung des IV-Verfahrens unterschiedlich sind. Es kann hier also nicht darum gehen, Prozessrisiken auf der Ebene der konkreten Sachbearbeitung einer IV-Stelle festzustellen, auch wenn diese vorhanden sein mögen. Im Rahmen dieser Arbeit geht es um die Identifikation von übergeordneten Prozessrisiken, die grundsätzlich in jedem IV-Verfahren auftreten können, was nicht heissen muss, dass sie nicht von einigen oder mehreren Kantonen bereits eliminiert wurden.

### 4.1 Prozesse im Vorfeld des IV-Antrags

Abbildung 4.1 zeigt den dem IV-Verfahren vorgelagerten Prozess zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit. Besonders zentral ist hierbei die Rolle des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin. Ist jemand krank oder hatte einen Unfall, muss der behandelnde Arzt über dessen Arbeitsfähigkeit entscheiden. Wird eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt, übernimmt vorerst die Kranken- oder Unfalltaggeldversicherung der ArbeitgeberIn oder die ArbeitgeberIn selbst die Lohnfortzahlung (i.d.R. 80% des letzten Monatslohnes, vgl. 3.2.4). Nun befindet sich die versicherte Person in gewisser Weise in einer Schlaufe: es kann sein, dass sie aufgrund temporärer Arbeitsunfähigkeit immer wieder und auch für längere Zeit der Arbeit fernbleibt, ohne dass eine IV-Anmeldung in Betracht gezogen wird, da die Leistungen der Taggeldversicherung noch nicht ausgeschöpft sind. In der Regel meldet sich die versicherte Person erst bei der IV an, wenn dies der Fall ist oder absehbar wird. Die IV-Stelle schliesslich klärt im Vorfeld des eigentlichen IV-Verfahrens ab, ob die Person tatsächlich anspruchsberechtigt, d.h. bei der IV versichert ist.

Am Rande des Prozesses sind externe Akteure und externe Gegebenheiten, die das Verhalten der versicherten Person und eventuell auch des Arztes oder der Ärztin beeinflussen. Das familiäre Umfeld, das soziale Umfeld, das Arbeitsumfeld und die Arbeitssituation können unter dem Begriff sozioökonomische Faktoren zusammengefasst werden. Daneben haben auch finanzielle Anreize und allenfalls im Vorfeld eingeholte, juristische Beratung Einfluss auf das Verhalten der versicherten Person.

Abbildung 4.1: Prozesse im Vorfeld zum IV-Verfahren bei erwerbstätigen Personen.



Bemerkung: Zentrales Element: die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin.

Das Verhalten des Arbeitgebers oder der Arbeitgeberin spielt im Vorfeld der IV-Anmeldung eine zentrale Rolle. Gerade bei stressbedingten oder tendenziell durch Stress verschlimmerten Krankheitsbildern spielt es eine grosse Rolle, welche Signale von Seiten des Betriebs an den Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin gesendet werden. Wenn die IV-Anmeldung dem Arbeitnehmender oder der Arbeitnehmerin von Seiten des Betriebs nahe gelegt wird, wirkt sich das mit Sicherheit negativ auf den Erhalt der Arbeitsfähigkeit aus. Positiv wirken sich eine Anteilnahme der Vorgesetzten an

der Krankheit und allenfalls auch ein klärendes Gespräch zu Themen wie Arbeitsbelastung, Stress und Arbeitsklima aus.

## 4.2 Der Prozess des IV-Verfahrens

Abbildung 4.2 zeigt den Prozess des IV-Verfahrens. Die IV-Stelle prüft den IV-Antrag formal und leitet ihn zur medizinischen Prüfung an den RAD weiter, sofern es sich nicht um einen objektiv eindeutigen Sachverhalt handelt.<sup>43</sup> Dieser muss die Arbeitsfähigkeit der Antragstellenden beurteilen. Wenn möglich tut er dies anhand der beiliegenden Unterlagen der behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen. Genügen diese nicht, um ein Urteil abzugeben, werden zusätzliche Abklärungen veranlasst. Wann immer möglich führt der RAD selbst zusätzliche Untersuchungen durch. Fehlt ihm dafür die Kapazität oder das Know-how, empfiehlt er die Einholung externer Gutachten.

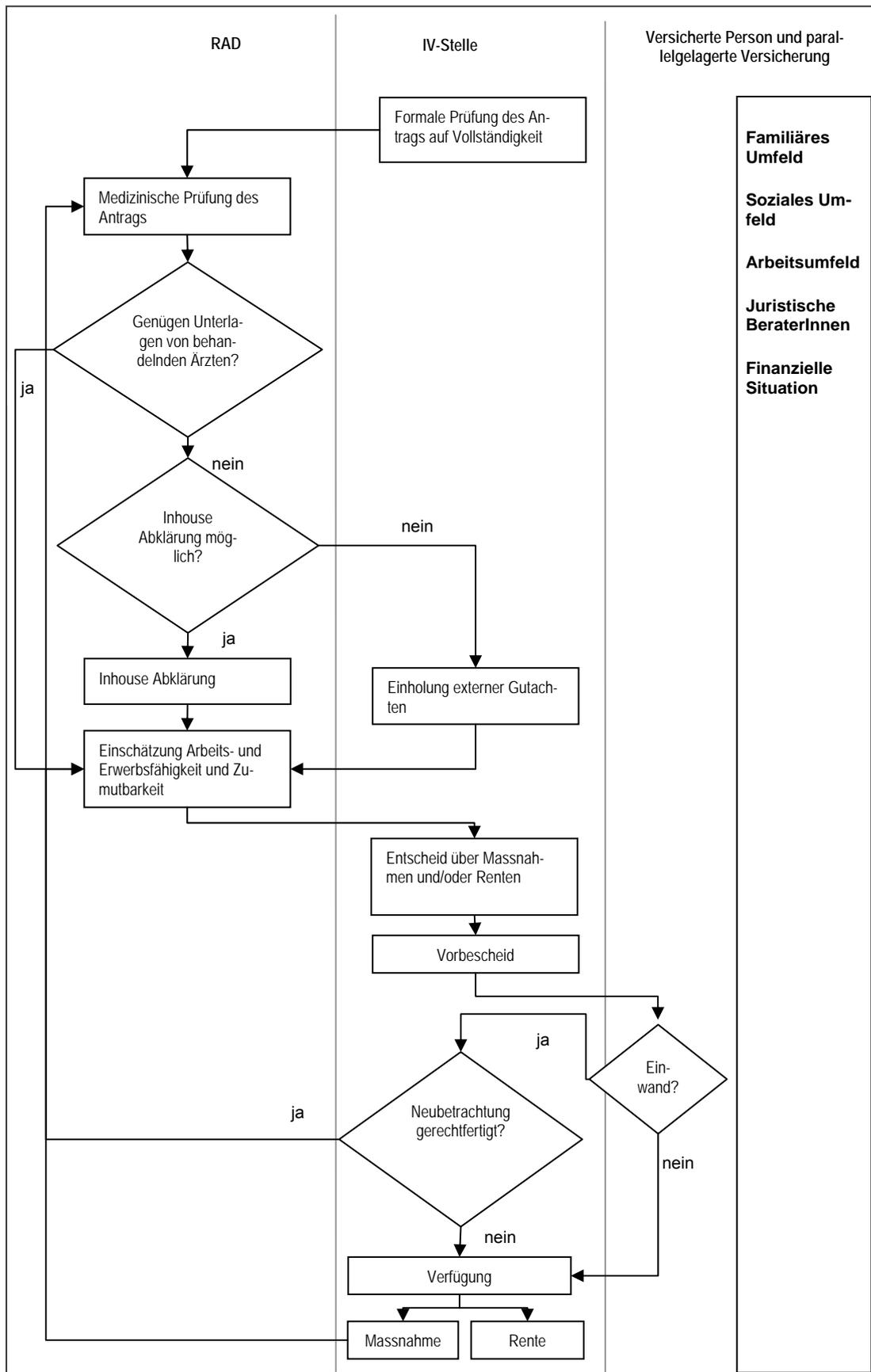
Ist die Arbeitsfähigkeit und das Belastungsprofil durch den RAD festgestellt, wird die berufliche Wiedereingliederungsfähigkeit abgeklärt. Dazu können BerufsberaterInnen und ArbeitsvermittlerInnen beigezogen werden. Sind die Wiedereingliederungsmassnahmen abgeschlossen oder wird eine Wiedereingliederung als nicht sinnvoll beurteilt, befasst sich die IV-Stelle mit der Beurteilung der Resterwerbsfähigkeit und des Invaliditätsgrades (vgl. auch 3.1.2).

Schliesslich wird der Antrag stellenden Person und den parallel gelagerten Versicherungssystemen ein Vorbescheid zugestellt, gegen den sie einen Einwand erheben können. Erachtet die IV-Stelle den Einwand als berechtigt, wird das Verfahren nochmals aufgerollt. Erachtet sie den Einwand als unbegründet, erfolgt die Verfügung.

---

<sup>43</sup> Fälle mit eindeutig objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen werden aus Effizienzgründen nicht immer an den RAD weitergeleitet. Die IV-SachbearbeiterInnen fällen dabei keine Einzelentscheide, sondern folgen klaren Richtlinien (Prinzip weisse Liste).

Abbildung 4.2: Der Prozess des IV-Verfahrens.



### 4.3 Dem IV-Verfahren nachgelagerte Prozesse

Abbildung 4.3 zeigt die den IV-Verfahren nachgelagerten Prozesse. Ist die versicherte Person mit dem Bescheid der IV-Stelle nicht einverstanden, kann sie beim im jeweiligen Kanton zuständigen Gericht Beschwerde einreichen. Seit dem 1. Juli 2006 muss der Beschwerdeführer oder die Beschwerdeführerin einen Kostenvorschuss zwischen 200 und 1'000 CHF leisten. Wird die Beschwerde gutgeheissen, wird der Kostenvorschuss den Beschwerdeführenden zurückerstattet. Von dieser Massnahme erhofft sich der Gesetzgeber einen Rückgang der Beschwerdeverfahren. Auch parallelgelagerte andere Versicherungen können gegen den Entscheid der IV-Stelle Beschwerde einreichen. Dies ist vor allem dann denkbar, wenn Versicherungen gesetzlich oder freiwillig, aber vertraglich festgelegt, den von der IV festgesetzten Invaliditätsgrad übernehmen.

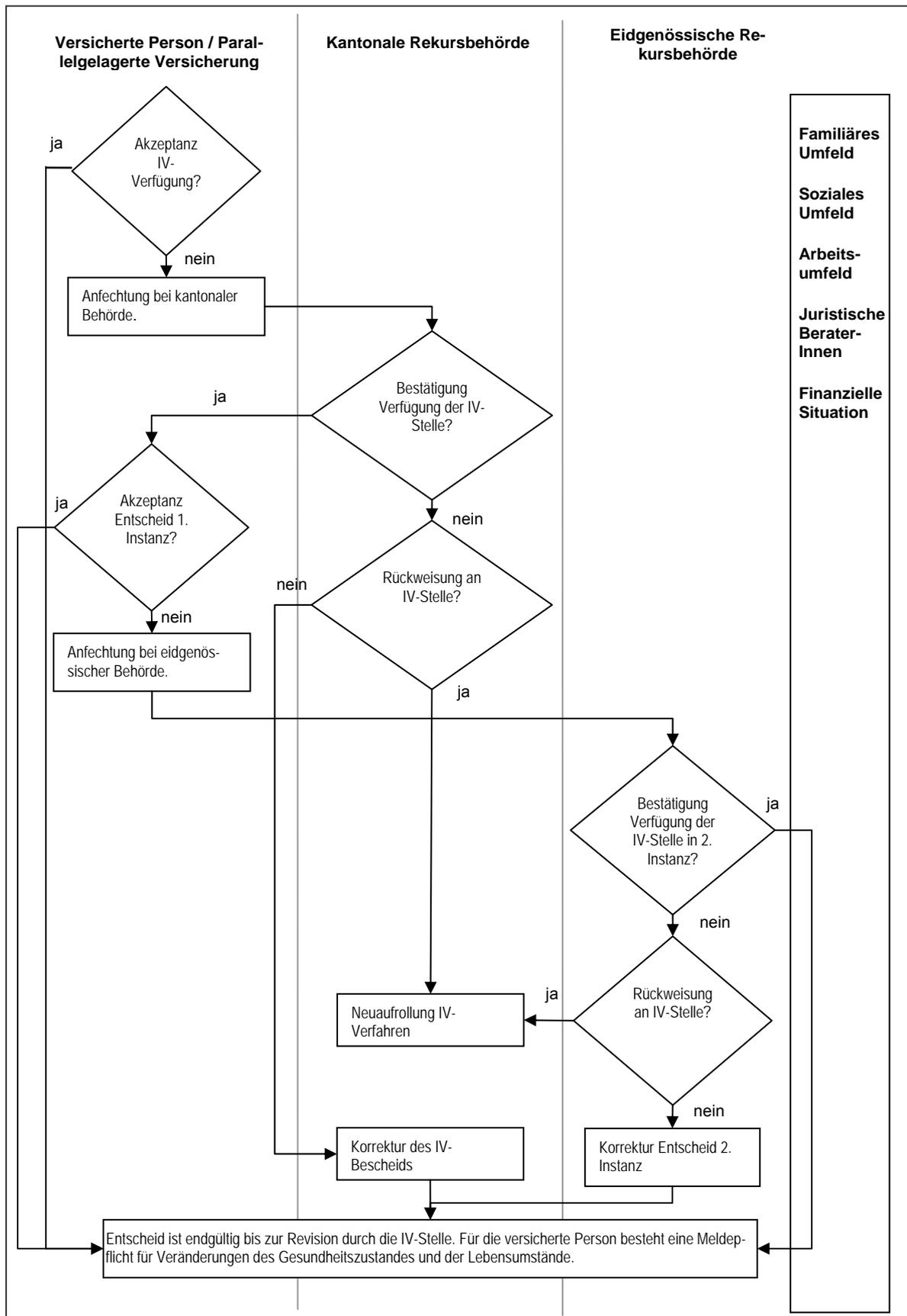
Gibt das Gericht (in erster oder zweiter Instanz) dem Beschwerdeführer oder der Beschwerdeführerin Recht, korrigiert es entweder den IV-Bescheid (z.B. bzgl. des IV-Grades) oder weist den Fall an die IV-Stelle zur weiteren Abklärung zurück.

Steht schliesslich ein definitiver Entscheid fest, ist dieser solange gültig, bis eine Revision stattfindet. Ausserdem haben die Versicherten die Pflicht, Veränderungen des Gesundheitszustandes oder der Lebensumstände, die die Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit oder den Leistungsanspruch verändern können, der IV-Stelle zu melden (Meldepflicht).

### 4.4 Revisionen

Die Prozesse bei Revisionen sind denen des IV-Verfahrens sehr ähnlich. Auch die Abläufe welche unter 'Prozesse im Vorfeld des IV-Verfahrens aufgeführt sind' können sich auch bei TeilrentnerInnen bis zu einem gewissen Grad wiederholen, sofern diese noch erwerbstätig sind. Aus diesem Grund werden die Abläufe bei Revisionen nicht in einem separatem Schema dargestellt.

Abbildung 4.3: Dem IV-Verfahren nachgelagerte Prozesse.



## 5 Begriffliche Klärung - Typologie 'Nicht zielkonforme Leistungen'

Die Begriffe 'ungerechtfertigte Leistungen' oder 'ungerechtfertigter Leistungsbezug' wird in unterschiedlichen Bedeutungen in den Medien, in der politischen Diskussion und in der Fachwelt verwendet. Dabei geht es um jene unklare Anzahl von IV-BezügerInnen, die Leistungen beziehen, die aus verschiedenen Gründen aus heutiger Sicht 'ungerechtfertigt' erscheinen. Allerdings ist meist nicht klar, was 'ungerechtfertigt' bedeutet: Die implizierten Bedeutungen reichen von 'nicht gesetzeskonform und missbräuchlich' bis zu 'unnötig aber gesetzeskonform'. Im Rahmen dieser Arbeit soll nun dazu beigetragen werden, die Begrifflichkeiten zu klären.

In Abschnitt 3.1 werden die vorhandenen Gesetzesgrundlagen kurz diskutiert, die einerseits festlegen unter welchen Bedingungen die IV zu Leistungen verpflichtet ist, und andererseits den Tatbestand des Versicherungsmissbrauches definieren. Es werden also Kriterien für einwandfrei gerechtfertigte IV-Leistungen und für einwandfrei missbräuchliche IV-Leistungen definiert. Zwischen diesen beiden Extremfällen, welche auch in der Praxis meist leicht zu identifizieren sind, liegt die Menge der unklaren Fälle, bei denen Leistungen zwar eindeutig nicht missbräuchlich (gemäss Abschnitt 3.1.4) sind, aber aufgrund der *heutigen* Gesetzesgrundlagen auch nicht zweifelsfrei gerechtfertigt erscheinen. Für diese Fälle haben bisher Begriffe gefehlt, welche eine Abgrenzung dieser Fälle vor allem von klaren Fällen von Versicherungsbetrug erlauben. Aus diesem Grund ist Teil des Forschungsauftrages, eine griffige Typologie für ungerechtfertigte Leistungen zu entwickeln.

### 5.1 Erste, nicht weiter verfolgte Typologie

Während der Anfangsphase des Projektes wurden im Rahmen der Interviews mit ExpertInnen und AkteurInnen folgende Terminologie für ungerechtfertigte Leistungen verwendet:

- Vorsätzlicher Versicherungsmissbrauch bzw. -betrug von Versicherten oder Dritten.
- Unrechtmässiger Leistungsbezug (nur fahrlässiges nicht vorsätzliches Verhalten der Versicherten oder Dritter).
- Ungerechtfertigte Leistungsausrichtung: Alle übrigen Möglichkeiten ungerechtfertigter IV-Leistungen (Fehleinschätzungen der IVST, systembedingt ungerechtfertigte Leistungsausrichtung).

Diverse InterviewpartnerInnen bemängelten allerdings die für sie unklare Unterscheidung von unrechtmässigem Leistungsbezug und ungerechtfertigter Leistungsausrichtung. Aus diesem Grund wurde *nach* der Durchführung der Interviews basierend auf den gemachten Erfahrungen eine neue Typologie erarbeitet. Diese wird im folgenden Abschnitt dargestellt.

### 5.2 Neue Typologie: Nicht zielkonforme Leistungen

In diesem Abschnitt wird eine neue Typologie eingeführt, die es ermöglichen soll, die verschiedenen Formen von nicht zielkonformen Leistungen zu erfassen und zu kategorisieren. Trotz allem Bemühen ist es allerdings äusserst schwierig, die verschiedenen Kategorien vollständig trennscharf zu gestalten. Vor allem dort, wo der Unterschied zwischen den einzelnen Kategorien nicht im Verhal-

ten, sondern in der Absicht oder Motivation einzelner Akteure liegt, lassen sich zwar theoretische Kategorien bilden, in der Praxis ist aber bei weitem nicht immer eine Unterscheidung möglich.

Tabelle 5.1 gibt eine Übersicht über die neu eingeführte Typologie. Es wird neu der Überbegriff 'nicht zielkonforme Leistungen' verwendet. Dabei werden die beiden Hauptkategorien 'unrechtmässige Inanspruchnahme' und 'nicht zustehende Leistungsausrichtung' unterschieden. Diese werden weiter in Unterkategorien aufgeteilt.

Im Folgenden werden die Kategorien kurz charakterisiert.

### **5.2.1 Unrechtmässige Inanspruchnahme der IV**

Diese Kategorie umfasst vorsätzlich missbräuchliches und fahrlässiges Verhalten der Versicherten oder von Dritten ohne allfälliges Fehlverhalten des Versicherers (Vgl. Abschnitt 3.1) und ist in zwei Unterkategorien aufgeteilt.

In die Unterkategorie 'Vorsätzlicher Versicherungsbetrug' fällt beispielsweise:

- Simulation von Krankheiten oder Unfallfolgen.
- Bewusste, massive Aggravation: Bewusstes Übertreiben oder Betonen von vorhandenen Krankheitssymptomen (im Unterschied zum Simulant besteht beim Aggravant ein echtes Symptom, dessen Schwere jedoch in keinem Verhältnis zum objektiven Krankheitsbefund steht).
- Bewusst falsche Angaben zur früheren Erwerbstätigkeit betreffend Tätigkeit, Anstellungsgrad oder Erwerbseinkommen.
- Meldepflichtverletzungen: Unterlassene Meldung von Arbeitsleistungen, von veränderten Arbeitspensen und/oder von höheren Einkommen durch Rentenbeziehende.
- Grobe Verletzungen der Schadensminderungspflicht und der Mitwirkungspflicht. Z.B. klar unkooperatives Verhalten, Förderung oder bewusstes Inkaufnehmen einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Teilnahmeverweigerung an Massnahmen.

In die Unterkategorie 'Fahrlässige Verstösse gegen das IVG' gehört beispielsweise:

- Bewusste, geringfügige Aggravation: Bewusstes, aber geringfügiges Übertreiben oder Betonen von vorhandenen Krankheitssymptomen.
- Verletzung der Schadensminderungspflicht: die versicherte Person bemüht sich nicht selbst in zumutbarem Rahmen um eine Verbesserung oder Erhaltung des bestehenden Gesundheitszustandes, z.B. durch das Durchführen vom Arzt verordneter Leibesübungen bei Rückenschmerzen.
- Verletzungen der Mitwirkungspflicht: die versicherte Person trägt nicht in zumutbarer Art und Weise zum Erfolg von Wiedereingliederungsmassnahmen bei.

### **5.2.2 Nicht zustehende Leistungsausrichtung**

Bei der Kategorie 'Nicht zustehende Leistungsausrichtung' stehen Formen von nicht zielkonformen Leistungen im Vordergrund, zu denen die versicherte Person keinen oder nur einen marginalen Beitrag leistet. Dazu gehören vor allem Fehleinschätzungen der IV-Stellen, der RAD und weiterer Gutachter sowie um system-/ prozessbedingt nicht zielkonforme Leistungsausrichtungen. Da hier der

Fehler überwiegend den IV-Stellen oder Aspekten des Vollzugssystemes zugewiesen wird, legt dieser Begriff die Betonung auf die "Ausrichtung" und nicht auf den "Bezug". Beispiele sind:

- Misslungene Abgrenzung der Krankheits- oder Unfallfolgen von sozio-ökonomischen und sozio-kulturellen Faktoren: die vorhandene Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit ist nicht oder nicht in ausreichendem Ausmass gesundheitsbedingt, trotzdem wird eine Leistung zugesprochen.
- Unrichtige Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit durch die RAD oder die beauftragten Gutachter bzw. unrichtige Einschätzung der Zumutbarkeit durch die IVST. Mögliche Gründe: fehlendes kritisches Hinterfragen widersprüchlicher oder schwer objektivierbarer Befunde, mangelhafte Abklärung der bisherige Tätigkeit, mangelhafte Abklärungen bei den Arbeitgebenden, etc.
- Der oder die Versicherte ist zwar ursprünglich integrationsbereit, aber aufgrund langwieriger Verfahren, schlechter Beratung oder Ähnlichem gelingt die Wiedereingliederung nicht. Bei der versicherten Person setzt Demotivation und/oder Desintegration ein.
- Unrichtige Bestimmung des IV-Grades. Bei feststehendem Grad der Erwerbsunfähigkeit kann dies nur durch falsche Angaben zum früheren Einkommen (dies gehört allerdings zur Kategorie 'unrechtmässige Inanspruchnahme' , vgl. oben) oder durch falsche Annahmen über das zukünftig noch erzielbare Einkommen entstehen.
- Mangelhafte Durchführung von Revisionen (vor allem aufgrund personeller Engpässe).<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> Im Rahmen der ExpertInnen- und AkteurInneninterviews wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass Revisionen auch aufgrund der begrenzten Ressourcen der IV-Stellen zu oft zu ungenau durchgeführt würden.

**Tabelle 5.1: Definition der unterschiedlichen Arten von nicht zielkonformen Leistungen in der IV und Typologisierung nach AkteurInnen/Ursachen und rechtlichem Status.**

Nicht zielkonforme Leistungen in der IV									
	Unrechtmässige Inanspruchnahme der IV				Nicht zustehende Leistungsausrichtung				
Art nicht zielkonforme Leistung	Vorsätzlicher Versicherungsbetrug durch Versicherte und durch andere Akteure oder unter Mitwirkung anderer Akteure		Fahrlässige Verstösse/Verhalten gegen das IVG durch Versicherte und durch andere Akteure oder unter Mitwirkung anderer Akteure		Systembedingte Faktoren, akteurunabhängig, betrifft Zusammenwirken der Akteure bzw. Ausgestaltungsaspekte	Systembedingte Faktoren, akteurabhängig (einem einzelnen Akteur zuzuordnen)			
Akteure	Versicherte	Ärzte, Gutachtende, Arbeitgebende, Juristen, etc.	Versicherte	Ärzte, Gutachtende, Juristen, etc.		Versicherte Person	IVST/RAD	MEDAS, BEFAS, Gutachter	Arbeitgebende
Ursachen der unrechtmässigen Inanspruchnahme der IV bzw. der nicht zustehenden Leistungsausrichtungen	Vorsätzliches Herbeiführen Versicherungsfall: Simulation, Vortäuschung Unfall, schwere Aggravation Meldepflichtverletzung: Unterschlagung von Einkommen  Grobe Verletzung der Schadenminderungspflicht: Keine Bemühung um Selbsteingliederung  Grobe Verletzung Mitwirkungspflicht: unkooperatives Verhalten	Vorsätzlich unwahre Darstellung Krankheitssituation, Arbeitsfähigkeit, Einsatzmöglichkeit im Betrieb	Herbeiführen Versicherungsfall durch bewusste Aggravation  Kleinere Meldepflichtverletzungen: Nach geringen Einkommenserhöhungen, nach begrenzten Veränderungen des Arbeitspensums  Kleinere Verstösse gegen Schadenminderungs- und Mitwirkungspflichten	Unterstützung Aggravation des Versicherten Bewusstes Übersehen von kleineren Verstösse gegen Schadenminderungs- und Mitwirkungspflichten	Fehlende oder zu späte Zusammenarbeit verschiedener Versicherungen (ALV, Unfallversicherung, Sozialhilfe, Krankentaggeldversicherung)  Zu späte Erfassung von IV-Risikofällen (Chronifizierungs- und Dekonditionierungsrisiko)  Zu lange Abklärungsfristen  (Noch) fehlende Arbeitsakquisition- und Vermittlungskapazitäten bei den IVST  Fehlende Kapazitäten für Bekämpfung Versicherungsmissbrauch	Einsetzen eines Desintegrationsprozesses  Demotivation, Resignation  Entstehung induzierter Komorbiditäten	Falsche Einschätzung Kausalität Arbeitsunfähigkeit, Zumutbarkeit, Erwerbsfähigkeit, IV-Grad  Unterlassung Revisionen, falsche Einschätzung Revisionsergebnisse	Falsche Einschätzung Kausalität, Arbeitsunfähigkeit, Zumutbarkeit  Zu lange Abklärungsfristen bei MEDAS und Gutachtern/Gutachterinnen	Fehlendes Absenzenmanagement Keine Früherfassung  Fehlende Wiedereingliederungsmassnahmen oder Vermeidung Wiedereingliederungsmassnahmen  Risikoaverse Personal- und Einstellungs-politik
Rechtlicher Status	Strafrechtlich relevant (Gefängnis und/oder Busse bis CHF 30'000.-), Leistungskürzung und -sistierungen, Rückforderungen		Fahrlässigkeit, Leistungskürzungen und -sistierungen, Rückforderungen						

## 6 Expertengespräche

Zur Identifikation von Risikobereichen, Risikofaktoren und Risikogruppen für nicht zielkonforme Leistungen wurden insgesamt 35 Gespräche mit ExpertInnen aus verschiedenen Berufsgruppen geführt. Im Folgenden wird kurz das methodische Vorgehen geschildert. Die wichtigsten Ergebnisse aus den Interviews werden knapp zusammengefasst. Die Gespräche wurden vor dem Hintergrund der gesichteten Literatur ausgewertet. Eine ausführliche Zusammenfassung der Interviews findet sich im Anhang (S. 107 ff.).

### 6.1 Methodisches Vorgehen

In explorativen Vorgesprächen sind persönliche und telefonische Gespräche mit verschiedenen Akteuren geführt worden, die mit der Problematik der nicht zielkonformen IV-Leistungen in direkter oder indirekter Weise vertraut sind.<sup>45</sup> Ziel dieser Gespräche war es, vertiefende Informationen zum IV-System und den verschiedenen Aspekten der nicht zielkonformen Leistungen zu erhalten. Insgesamt wurden 7 explorative Gespräche geführt. Basierend auf den explorativen Vorgesprächen, ergänzt durch das Studium der einschlägigen Literatur, wurde anschliessend eine erste Definition für nicht zielkonforme IV-Leistungen bei der IV erarbeitet sowie der Leitfaden für die Befragung konzipiert.<sup>46</sup> Die befragten ExpertInnen und AkteurInnen wurden um eine Stellungnahme zur vorgeschlagenen Definition gebeten sowie zu den 3 vorgegebenen Aspekten von nicht zielkonformen Leistungen vertieft befragt. Dabei wurde jeweils auf Verfahrensaspekte eingegangen, nach Risikogruppen und Risikokrankheitsbildern gefragt sowie um eine quantitative Einschätzung von nicht zielkonformen Leistungen gebeten. Abschliessend konnten die befragten Personen Lösungsansätze vorschlagen. Die Fragen wurden jeweils dem Hintergrund der befragten Person angepasst.

Die Auswahl der GesprächspartnerInnen für die Befragung erfolgte aufgrund der explorativen Vorgespräche und des Studiums der einschlägigen Literatur. Die InterviewpartnerInnen wurden per Email angefragt. In diesem Kontaktschreiben wurden Inhalt und Ziele der vorliegenden Studie erläutert sowie um ein 1-stündiges telefonisches oder persönliches Expertengespräch gebeten. Dem Kontaktschreiben war ein Empfehlungsschreiben des BSV beigelegt, worin das Mandat von **e c o n c e p t** beschrieben wird. Die angeschriebenen Personen wurden einige Tage später telefonisch kontaktiert, und es wurde ein Gesprächstermin vereinbart. Der Gesprächsleitfaden wurde den InterviewpartnerInnen vorgängig zugestellt.

Zu den 7 explorativen Gesprächen konnten weitere 28 Expertengespräche realisiert werden, die zwischen 30 und 90 Minuten dauerten.

---

<sup>45</sup> Bei der Befragung der ExpertInnen wurde noch eine andere als die für den Bericht verwendete Typologie für nicht zielkonforme Leistungen verwendet. Als Oberbegriff diente 'Ungerechtfertigter Leistungsbezug', Unterkategorien waren Versicherungsmissbrauch, unrechtmässiger Leistungsbezug und ungerechtfertigte Leistungsausrichtung. Vgl. auch S. 105 im Anhang.

<sup>46</sup> Der Interviewleitfaden findet sich im Anhang.

Die Aussagekraft der geführten Interviews wird als gut beurteilt. Die Teilnahmebereitschaft war im Allgemeinen sehr hoch. Mit Ausnahme von einer angefragten Person, waren alle Kontaktierten zu einem Gespräch bereit. Es konnten somit keine Selektionseffekte<sup>47</sup> festgestellt werden.

## 6.2 Erkenntnisse aus den Expertengesprächen: Kurzzusammenfassung

Im Rahmen der Expertengespräche wurden Personen aus den verschiedensten IV-relevanten Bereichen befragt: Arbeitsmediziner, Versicherungsmediziner, Psychiater und Psychologen, Personen aus dem Bereich BVM (Bekämpfung Versicherungsmissbrauch) bei privaten Versicherungen, JuristInnen, Exponenten der relevanten Verbände, RAD-MedizinerInnen und Leiter sowie Mitarbeitende von IV-Stellen. Dank dieser breiten Auswahl von Interviewpartnern konnte die Problematik der nicht zielkonformen Leistungen in der IV von verschiedenen Seiten beleuchtet und die Erkenntnisse aus der Literaturanalyse untermauert werden, auch wenn viele Schilderungen oftmals einen eher anekdotischen Charakter haben, bzw. sich nur auf denjenigen Personenkreis beziehen, mit denen die Interviewpartner in ihrem Berufsalltag zu tun haben.

Insgesamt kann gesagt werden, dass viele Einschätzungen der befragten ExpertInnen sich sowohl miteinander als auch mit Aussagen der gesichteten Literatur decken. Dies und die Tatsache, dass Personen aus sehr unterschiedlichen Bereichen befragt wurden, lässt den Schluss zu, dass die gesammelten Angaben zu Risikobereichen im System wie auch zu Risikokrankheitsbildern und spezifischen Risikogruppen als zuverlässig eingeschätzt werden können.

Die Erkenntnisse aus den Interviews mit ExpertInnen und AkteurInnen werden im Folgenden sehr knapp zusammengestellt. Auf sehr viele Punkte wird in Kapitel 7 wieder Bezug genommen. Eine ausführliche Zusammenfassung der Expertengespräche findet sich im Anhang.

### ***Einschätzungen zu nicht zielkonformen Leistungen***

Viele der befragten ExpertInnen waren nicht zu einer Schätzung des Ausmasses von nicht zielkonformen Leistungen in der IV bereit oder waren dazu nicht in der Lage, da sie aufgrund ihrer Tätigkeit nur mit einem Teilausschnitt des IV-Systems vertraut sind. Die unterschiedlichen Grundgesamtheiten, auf die sich die (wenigen) quantitativen Einschätzungen beziehen, lassen keine Vergleichbarkeit zu. Aufgrund der Einschätzungen der befragten Experten lässt sich bezüglich des Ausmasses von nicht zielkonformen Leistungen nur die folgende Aussage machen: Relevanz und Ausmass der unrechtmässigen Inanspruchnahme der IV sind allem Anschein nach von weitaus geringerer Dimension als die nicht zustehenden Leistungsausrichtungen.

Insgesamt betrachtet, ersetzen die ExpertInnengespräche nicht – wie erhofft – die fehlenden Angaben aus dem IV-Vollzug und lassen sich daher nicht als Datenbasis für die Schätzung der Bedeutung und Entwicklung der nicht zielkonformen IV-Leistungen verwenden.

### ***Risikokrankheitsbilder***

Bezüglich der Krankheitsbilder, welche auf nicht zielkonforme Leistungen im allgemeinen und auf Betrug im speziellen anfällig sind, herrscht Einigkeit unter den ExpertInnen: Gesundheitsschäden

---

<sup>47</sup> Ein Selektionseffekt wäre beispielsweise, wenn sich Personen mit einer eher unkritischen Haltung gegenüber der Problematik des ungerechtfertigten Leistungsbezugs überdurchschnittlich häufig der Interviewteilnahme verweigert hätten.

mit unklarer Kausalität (die sog. „nicht-objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen“), welche hauptsächlich somatoforme Schmerzstörungen und körperliche Leiden in Kombination mit psychischen Beeinträchtigungen umfassen, werden als problematisch erachtet. Das Schleudertrauma wird als besonders betrugsanfällig hervorgehoben. Diese Einschätzungen decken sich weitgehend mit der Literatur.<sup>48</sup> So diskutiert beispielsweise Murer (2006) eingehend, welche Probleme nicht objektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen dem öffentlichen Recht und der Invalidensicherung bereiten.

### **Risikogruppen**

Bezüglich der Risikogruppen für nicht zielkonforme IV-Leistungen herrscht ebenfalls Einigkeit unter den ExpertInnen: Es sind diejenigen Personen, welche ein erhöhtes Risiko aufweisen, an Gesundheitsbeeinträchtigungen mit unklarer Kausalität zu erkranken. Ein erhöhtes Risiko besteht bei Personen mit eingeschränkten Chancen auf dem Arbeitsmarkt oder Personen, die in überdurchschnittlichem Ausmass körperliche Arbeit verrichten. In dieser Risikogruppe sind Personen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich oft vertreten. Eine weitere Risikogruppe bilden Personen, die im Privatleben ausserordentlichen, temporären oder bleibenden Belastungen ausgesetzt sind und zusätzlich in ihrer beruflichen Tätigkeit hohem Druck ausgesetzt sind. Weitere Risikogruppen sind zum einen überdurchschnittlich leistungsbereite Personen (Burnout gefährdet) sowie Jugendliche, oftmals mit Migrationshintergrund, die den Berufseinstieg nicht geschafft haben.

### **Ursachen für nicht zielkonforme Leistungen**

Die befragten Experten identifizieren unterschiedliche Risikobereiche. Auf Ebene der Versicherten werden verschiedene Anreize identifiziert, die ein Moral Hazard induziertes Verhalten der Versicherten begünstigen. Auf der Ebene der behandelnden Ärzte und Ärztinnen wird in besonderem Masse auf die Problematik der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den Hausarzt oder die Hausärztin als VersichertenvertreterIn mit einem auch ökonomischen Anreiz zu versichertenkonformem Verhalten hingewiesen. Ausserdem wird ganz generell die oftmals nur unzureichend vorhandene versicherungsmedizinische Kompetenz der behandelnden MedizinerInnen (inkl. GutachterInnen) bemängelt. Auf Ebene der Arbeitgeber wird einerseits die nur unzureichend wahrgenommene Verantwortung der Arbeitgebenden kritisiert. Dazu tragen fehlende Anreize und (bisher) zum grössten Teil fehlende institutionelle Unterstützungsmassnahmen für die Arbeitgebenden bei der Wiedereingliederung von IV-PatientInnen bei. Diese drei Aspekte werden bereits mehr oder minder ausführlich in der einschlägigen Literatur diskutiert.<sup>49</sup>

Auf der Ebene der IV werden die lange Verfahrensdauer, die späte Erfassung von Risikoversicherten sowie die mangelnde berufliche Integration/Wiedereingliederung als besonders problematisch erachtet. Diese Einschätzungen werden ebenfalls durch die Literatur gestützt. Als weiterer Problembereich werden von einigen befragten ExpertInnen die unzureichende Vollzugskontrolle durch die IV sowie die Arbeitsweise der IV-Stellen und der RAD identifiziert. Knappe finanzielle und personelle Ressourcen, aber auch organisationsinterne Faktoren haben einen negativen Einfluss auf die Qualität der Vollzugskontrolle sowie der Beurteilung der Rentengesuche. Als Beispiel soll an dieser Stelle der RAD aufgeführt werden, welcher nur in geringem Masse eigene medizinische Un-

<sup>48</sup> Pilgrim 2006, Marelli 2006, Oliveri et al. 2006, Kissel 2000, Murer 2006.

<sup>49</sup> Vgl. Dummermuth 2006, Aarts et al. 2000 und OECD 2006.

tersuchungen durchführt und sich daher vor allem auch auf externe Gutachten abstützt, welche aus versicherungsmedizinischer Perspektive oftmals mangelhaft sind. Diese Schwachstellen innerhalb der IV und im Abklärungsprozess werden auch in der Literatur diskutiert. Auf Ebene des IV-Systems wird insbesondere die zurzeit noch meist ungenügende Kooperation zwischen den einzelnen Sozialversicherungen bemängelt, ein Thema, das jüngst zu Bestrebungen zum Aufbau von interinstitutioneller Zusammenarbeit geführt hat.

## **7 Risikobereiche für nicht zielkonforme Leistungen und qualitative Relevanzbeurteilung**

Im Folgenden werden zuerst verschiedene Risikobereiche für nicht zielkonforme Leistungen aufgezeigt. Im Anschluss daran wird die Relevanz der verschiedenen Kategorien nicht zielkonformer Leistungen qualitativ beurteilt. Als Grundlage dafür dienen die System- und Prozessanalyse sowie die durchgeführten Interviews mit ExpertInnen und AkteurInnen, welche vor dem Hintergrund der gesichteten Literatur ausgewertet wurden.

Risikobereiche bezeichnen Ausgestaltungsaspekte des Sozialversicherungssystems oder der Abläufe im IV-Verfahren, welche die Entstehung von nicht zielkonformen Leistungen begünstigen. Ihre Identifikation liefert Anhaltspunkte für geeignete Massnahmen gegen nicht zielkonforme Leistungen, liefert aber keine Hinweise darauf, welches Ausmass nicht zielkonforme Leistungen in der IV haben.

Die Identifikation von personen- und gesundheitsschadenbezogenen Risikofaktoren ermöglicht hingegen eine quantitative Einschätzung mithilfe der Auswertung von verschiedenen Datenquellen. Darauf wird in Kapitel 8 eingegangen.

Tabelle 7.1 gibt eine Übersicht über die verschiedenen Risikobereiche, welche im Folgenden diskutiert werden. Die Risikobereiche sind nach ihrem zeitlichen Auftreten gegliedert. Die Tabelle zeigt, dass im zeitlichen Ablauf das Ergebnis jedes Ereignisses (vom Auftreten der Gesundheitsbeeinträchtigung über den Rentenentscheid bis zur späteren Revision) meist gleichzeitig vom Verhalten mehrerer AkteurInnen und auch von Systemgegebenheiten beeinflusst wird. Hier wird bereits deutlich, dass Ansätze zur Lösung der Probleme der IV in jedem Fall auf mehreren AkteurInnenebenen ansetzen müssen. Diese Strategie wird auch mit der 5. IV-Revision verfolgt.

**Tabelle 7.1: Übersicht über die Risikobereiche für nicht zielkonforme Leistungen.**

	Vor dem IV-Verfahren und vor dem Renten-Entscheid			Der Rentenentscheid			Nach dem Rentenentscheid		
Risiken	Verlust von Sozial- und Humankapital	Deconditioning und Desintegration	zusätzliche Verschlechterung Gesundheitszustand	Bildung falscher Erwartungshaltung	falsche Einschätzung Arbeitsfähigkeit	falsche Einschätzung Erwerbsfähigkeit	Abgrenzung psychosozialer Faktoren misslingt	einmal Rente, immer Rente	Gefahr Entstehung lexigener Gesundheitsbeeinträchtigungen
Gründe									
im System	keine Früherfassung (Stand vor 5. IV-Revision) Zersplitterung der Sozialsysteme bisher fehlende Leistungsindikatoren für IV-Stellen, mangelnde Leistungskontrolle			behandelnde Ärzte stellen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse aus			ganzheitliches vs. biopsychisches Krankheitsmodell	fehlende Instrumente zur Wiedereingliederung von Personen mit schwankendem Leistungsvermögen	
bei Versicherten	geringes Bewusstsein über Desintegrationsrisiken; Moral Hazard						Moral Hazard: wirtschaftliche Anreize zu bewusster Aggravation oder Simulation	Moral Hazard: wirtschaftliche Anreize laufen eigenen Wiedereingliederungsbemühungen entgegen	
bei behandelnden ÄrztInnen	Massnahmen zur Verhinderung von Deconditioning, Desintegration und Eingliederungsmassnahmen gehören nicht zum Leistungsauftrag und werden nicht abgegolten			begrenzte Kenntnisse Versicherungsmedizin; begrenzter Leistungsauftrag; Anreizprobleme					
bei IV-Stelle und RAD	zum Teil personelle Engpässe keine Möglichkeiten zu frühem Eingreifen Möglichkeiten zu Arbeitsplatzmassnahmen und früher Wiedereingliederung können nicht voll ausgeschöpft werden						bis vor kurzem personelle Engpässe bei IV-Stellen; z.T. noch immer Unterbesetzung bei RAD; Bereich Versicherungsmedizin noch nicht hinreichend ausgebaut; ganzheitliches vs. bio-psychisches Krankheitsmodell	Verbesserungspotential bei Revisionen Verbesserungspotential bei Unterstützung Arbeitgebende	

	Vor dem IV-Verfahren und vor dem Renten-Entscheid			Der Rentenentscheid			Nach dem Rentenentscheid		
Risiken	Verlust von Sozial- und Humankapital	Deconditioning und Desintegration	zusätzliche Verschlechterung Gesundheitszustand	Bildung falscher Erwartungshaltung	falsche Einschätzung Arbeitsfähigkeit	falsche Einschätzung Erwerbsfähigkeit	Abgrenzung psychosozialer Faktoren misslingt	einmal Rente, immer Rente	Gefahr Entstehung lexigener Gesundheitsbeeinträchtigungen
<b>Gründe</b>									
bei GutachterInnen	Nachfrage nach Gutachten übersteigt Angebot => lange Wartezeiten				nicht immer hinreichende versicherungsmedizinische Kenntnisse				
bei Arbeitgebenden	fehlende Anreize zur Bereitstellung von Arbeitsplätzen für Personen mit Leistungseinschränkungen							eher geringe Bereitschaft zur Wiedereingliederung von Personen mit gesundheitlich bedingten Leistungseinschränkungen	
bei JuristInnen								wirtschaftliche Interessen	

## 7.1 Risikobereiche

### 7.1.1 Risikobereiche im Vorfeld des IV-Verfahrens und im Vorfeld des Rentenentscheides

#### ***Zeitverlust bis zum Beginn von Massnahmen mit negativen Folgen***

Hier besteht ein bereits erkanntes Problem: heute erfolgt die Anmeldung bei der IV meist erst nach mehreren und längeren Absenzen vom Erwerbsleben. Dies kann negative Folgen mit sich bringen, die die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben zusätzlich erschweren. Dieselbe Problematik tritt auf, wenn eine versicherte Person sehr lang auf Entscheide von Seiten der IV oder auf Wiedereingliederungsmassnahmen warten muss.

- **Deconditioning bei längerer Arbeitsunfähigkeit:** Internationale Studien<sup>50</sup> sowie die Erfahrungen der Arbeitsmarktpolitik haben gezeigt, dass längere Absenzen vom Erwerbsleben (ab ca. 3 Monaten) generell dazu führen *können*, dass die Betroffenen Tagesstrukturen verlieren und ein Desintegrationsprozess einsetzt. Einmal an diesem Punkt angelangt wird ein Wiedereinstieg ins Erwerbsleben mit zunehmender Dauer der Absenz schwieriger. Zudem können psychosoziale Faktoren wie Unzufriedenheit mit der Lebenssituation und unausgefüllte, unstrukturierte Tage zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands führen, was zur Folge haben kann, dass die Person schliesslich tatsächlich krank und invalid wird.
- **Verlust von Sozialkapital:** Absenzen vom Erwerbsleben und Krankheit können sehr schnell zum Verlust von Sozialkapital führen: persönliche Netzwerke und Beziehungen können gestört werden oder verloren gehen. Dies kann negative Wirkungen auf das psychische Wohlbefinden, auf die psychische Belastbarkeit und auf die Wiedereingliederungshaltung und -anstrengungen der Betroffenen haben.<sup>51</sup>
- **Verlust von Humankapital<sup>52</sup>:** Durch anhaltende Absenzen vom Erwerbsleben findet langfristig auch ein Verlust von Humankapital statt: Wissen und Fertigkeiten sind immer schneller veraltet und müssen bei einem Wiedereinstieg ins Erwerbsleben neu erworben werden.

Wenn die versicherte Person endlich an Wiedereingliederungsmassnahmen der IV teilnimmt, *kann* bereits ein Desintegrationsprozess eingesetzt haben, der die potenziell mögliche Wiedereingliederung erschwert oder gar verunmöglicht.

#### ***Tatsächliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes während Wartezeiten***

Erwerbslosigkeit kann per se einen negativen Einfluss auf die psychische und damit verbunden auch auf die physische Gesundheit der betroffenen Personen haben.<sup>53</sup> Bei krankheitsbedingten Absenzen vom Erwerbsleben, während derer noch keine Wiedereingliederungsmassnahmen stattfin-

---

<sup>50</sup> Siehe Aarts, De Jong, Prinz 2000, OECD 2006 und Bachmann et al. 2005.

<sup>51</sup> Vgl. z.B. Fabio Sabatini, Mai 2007, [www.socialcapitalgateway.org](http://www.socialcapitalgateway.org): "Social capital is generally referred to as the set of trust, institutions, social norms, social networks, and organizations that shape the interactions of actors within a society and are an asset for the individual and collective production of well-being."

<sup>52</sup> Humankapital bezeichnet Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten von Personen.

<sup>53</sup> Vgl. z.B. Wilkinson und Marmot 2003.

den, besteht deswegen das Risiko, dass sich der Gesundheitszustand der betroffenen Person weiter verschlechtert.

### ***Bildung einer falschen Erwartungshaltung der versicherten Person gegenüber der IV***

Wird ein Patient vom Arzt wiederholt und/oder für längere Zeit krank bzw. arbeitsunfähig geschrieben, kann die Empfindung des Patienten bestärkt werden, krank und nicht mehr leistungsfähig zu sein. Dies kann zu einer falschen Erwartungshaltung gegenüber der IV führen, da die IV nicht nach den Massstäben der kurativen Medizin urteilt, wie es der behandelnde Arzt tut, sondern nach versicherungsmedizinischen Massstäben. Entscheidend ist nicht das Vorhandensein einer Erkrankung (oder von Symptomen) allein, sondern das Vorhandensein eines adäquaten Zusammenhanges zwischen einer gesundheitlichen Einschränkung und einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit. Falsche Erwartungen im Hinblick auf eine Rente können einen negativen Einfluss auf die Selbsteingliederungsbemühungen der Versicherten haben.

### **7.1.2 Entstehungsgründe von Risiken im Vorfeld des IV-Verfahrens und im Vorfeld des Rentenentscheides**

#### ***Nicht mit der Versicherungsmedizin konforme Einschätzung von Belastbarkeit und Arbeitsunfähigkeit durch den behandelnden Arzt oder die Ärztin***

Bei der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit oder bei der Einschätzung der Belastbarkeit eines Patienten handelt der behandelnde Arzt nicht in erster Linie aus einem versicherungsmedizinischen Blickwinkel, sondern überwiegend danach, ob er eine Arbeitsabsenz als für das Wohl(befinden) des Patienten förderlich einstuft. Hinzu kommt, dass aus der Sicht der kurativen Medizin die Situation des Patienten oder der Patientin ganzheitlich, d.h. aufgrund eines bio-psycho-sozialen (zirkulären) Krankheitsbilds betrachtet wird, aber aus versicherungsmedizinischer Sicht ein bio-psychisches (kausales) Krankheitsverständnis vorherrscht bzw. zugrunde gelegt werden sollte, das sozioökonomische und psycho-soziale Faktoren ausklammert.<sup>54</sup> Zudem besteht auch ein wirtschaftlicher Anreiz für den Arzt, den Patienten „Lösungen“ für ihre Probleme anzubieten. Sanktionen für inadäquate Gutachten gibt es nicht. Ein zu restriktives Verhalten des Arztes, d.h. ein Nichtausstellen eines Arztzeugnisses, obwohl der Patient über Beschwerden klagt, kann dabei das Arzt-Patienten-Verhältnis stark belasten und zum Verlust des Patienten führen<sup>55</sup>, was in der Regel dem Interesse des behandelnden Arztes entgegenläuft.

Die Tatsache, dass Personen über längere Zeiträume von behandelnden Ärzten aus Gründen, die die Invalidenversicherung für die Feststellung von Invalidität als nicht massgeblich einstuft, krankgeschrieben werden, birgt Risiken in sich. Auf Seiten der Versicherten kann eine falsche Erwartungshaltung gegenüber der IV entstehen, welche die Anreize für eigene Bemühungen zur Verbesserung der Situation verringert. Für die IV ergibt sich dabei u.U. die schwierige Situation, dass Versicherte bei invaliditätsfremden sozialen, kulturellen, arbeitsmarktlichen oder persönlichen Beschwerdeursachen aufgrund ihrer Vorgeschichte beim behandelnden Arzt, der sie als Kranke und ihr Leiden als

---

<sup>54</sup> Müller U. 2006, S. 155.

<sup>55</sup> Diese Problematik wurde von fast allen interviewten MedizinerInnen geschildert, sowohl von VersicherungsmedizinerInnen als auch von vor allem im kurativen Bereich tätigen MedizinerInnen.

Krankheit behandelte, von einer IV-berechtigenden Krankheit ausgehen. Wie oben erläutert, stellt eine längere Vorgeschichte mit Krankheitsepisoden und fehlenden Eingliederungsbemühungen ein Chronifizierungsrisiko dar. Längere Absenzen vom Erwerbsalltag können schnell zum Verlust von Sozialkapital und auch Humankapital führen.

### ***Falsche Interpretation Wartejahr und späte Anmeldung***

Erkrankt eine versicherte Person und wird sie dadurch aber nicht *dauerhaft* zu mindestens 40% *erwerbsunfähig*, so entsteht ein Rentenanspruch frühestens, nachdem die versicherte Person während mindestens eines Jahres durchschnittlich zu mindestens 40% *arbeitsunfähig* gewesen ist und auch danach zu mindestens 40% *erwerbsunfähig* bleibt.<sup>56</sup> Dies bedeutet aber nicht, dass eine Anmeldung bei der IV erst zu diesem Zeitpunkt möglich ist. In der Vergangenheit wurde diese Regelung jedoch dahingehend fehlinterpretiert.

Dies hat zusätzlich zum generellen Problem der IV beigetragen, dass sie oft erst dann mit Fällen in Berührung kommt, wenn bereits sehr viel wertvolle Zeit verstrichen ist, während derer im Idealfall bereits Wiedereingliederungsmassnahmen hätten anlaufen sollen.<sup>57</sup>

### ***Aufsplitterung der Leistungen: Anreizprobleme bei Taggeld- und Krankenversicherung***

Leistungspflichten im Krankheitsfall sind auf Krankentaggeldversicherung, Krankenkasse, Invalidenversicherung, Berufliche Vorsorge aufgeteilt.<sup>58</sup> Auch medizinische Leistungen werden nicht alle aus einer Hand finanziert: die Krankenkassen bezahlen keine medizinischen Leistungen die einzig zur beruflichen Wiedereingliederung dienen, dafür ist die IV zuständig. (Vgl. auch Abschnitt 3.3.)

Hier bestehen Anreizprobleme: Krankenkasse und Taggeldversicherungen sind in der Position drohende Invalidität früherkennen und frühzeitig Massnahmen ergreifen zu können, haben daran aber nur ein bedingtes Interesse, da sie die drohenden Invaliditätskosten nicht tragen müssen.

### ***Anreizprobleme bei den Arbeitgebenden***

In diesem Zusammenhang ist die bekannte Free-Rider-Problematik bedeutsam. Aus volkswirtschaftlicher Sicht sind vermehrte Prävention und Integration für die Arbeitgebenden lohnend, weil damit die Sozialversicherungsausgaben gesenkt werden können. Für den einzelnen Betrieb ist es allerdings am vorteilhaftesten, selbst keine Prävention und Integration zu betreiben und von den Präventionsmassnahmen der anderen Betriebe zu profitieren.

An dieser Stelle muss allerdings gesagt werden, dass sich bezüglich der Arbeitgebenden das Bild sehr zweideutig präsentiert. Einerseits wird von sehr engagierten Arbeitgebenden berichtet, die versuchen, Prävention und Integration nach besten Möglichkeiten zu betreiben. In diesem Zusammenhang wird vor allem eine mangelnde Unterstützung dieser Arbeitgebenden durch die IV beklagt. Andererseits scheint es auch schwarze Schafe zu geben, die Arbeitsbedingungen, welche das Invaliditätsrisiko erhöhen, wenn nicht fördern, so doch bewusst in Kauf nehmen. In Bezug auf diese

---

<sup>56</sup> "Leistungen der Invalidenversicherung", Merkblatt 4.01, Informationsstelle AHV/IV und BSV (Hrsg.), 2006, Bern.

<sup>57</sup> Vgl. A. Dummermuth 2006.

<sup>58</sup> Daneben existiert noch die Militärversicherung. Die Militärversicherung deckt Heilungskosten, medizinische Hilfsmittel, die Rehabilitation und beruflichen Wiedereingliederung für Personen, die für den Bund Leistungen im Bereich der Sicherheits- oder Friedensdienste erbringen.

schwarzen Schafe wird beklagt, dass in der Praxis kaum wirksame Sanktionsmöglichkeiten existieren. In jedem Fall spielen aber die Arbeitgebenden im Zusammenhang mit der ganzen IV-Problematik eine sehr wichtige Rolle (vgl. auch 3.3.7).

### 7.1.3 Die Risikobereiche beim Rentenentscheid

Wie in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt<sup>59</sup>, sind es vor allem vier Punkte, über die die IV-Stelle sich im Laufe des Verfahrens ein Urteil bilden muss, welche einerseits den Rentenentscheid massgeblich beeinflussen und andererseits in der Praxis häufig sehr schwierig zu beurteilen sind:

- Grad der Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit,
- *Zumutbare* Eingliederungsmassnahmen und noch *zumutbare* Tätigkeiten,
- Grad der Erwerbsunfähigkeit, basierend auf den noch zumutbaren Tätigkeiten und den möglichen Arbeitsfeldern des Versicherten,
- Grad der Invalidität, basierend auf dem früheren Tätigkeitsfeld/Erwerbseinkommen und dem verbleibenden möglichen Tätigkeitsfeld/Erwerbseinkommen.

Besonders die nicht-objektivierbaren Krankheitsbilder stellen alle beteiligten Akteure aufgrund des Kausalitätsprinzips der IV vor Probleme: Leistungsansprüche begründen sich immer auf dem kausalen Zusammenhang zwischen Gesundheitsbeeinträchtigung und Beeinträchtigung der Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit. Gerade dieser Zusammenhang ist bei nicht-objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen oft sehr schwer zu verifizieren.

#### ***Falsche Einschätzung von Arbeitsfähigkeit und Belastbarkeit im IV-Verfahren***

Die Arbeitsfähigkeit wird aufgrund von medizinischen Befunden, von Aussagen des Patienten bzw. der Patientin und auch aufgrund medizinischer, psychiatrischer und funktioneller Gutachten eruiert. Hier besteht ein gewisses Risiko, dass der Patient Falschaussagen macht (Simulation) oder in der Schilderung seiner Symptome und seiner Schmerzen übertreibt (Aggravation). Natürlich besteht daneben auch das Risiko, dass eine Fehldiagnose vorliegt, was sich in Bezug auf die beantragte IV-Leistung sowohl zum Vorteil als auch zum Nachteil des Patienten bzw. der Patientin auswirken kann. Besonders problematisch sind die Diagnose und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei nicht objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen.

#### ***Falsche Einschätzung der Erwerbsfähigkeit im IV-Verfahren***

Auch wenn die Arbeitsfähigkeit und die Belastbarkeit des Patienten "richtig", d.h. gesetzeskonform und nach den üblichen Praxisregeln eingestuft werden, können die verbleibenden Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt immer noch falsch eingeschätzt werden, in dem Sinne, dass Hilfsmittel, Umschulungsmöglichkeiten oder bestimmte Formen von Erwerbstätigkeit, die für die versicherte Person in Frage kämen, nicht berücksichtigt werden. Auch hier bestehen bei nicht objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen (wie somatoformen Schmerzstörungen, Schleudertraumata, psychogenen Störungen nach Unfällen, etc.) unklarer Kausalität sowie bei invaliditätsfremden psychosozialen und soziokulturellen Einflussfaktoren grosse Beurteilungsprobleme.

---

<sup>59</sup> Vgl. insbesondere Abschnitte 3.1.2 und 4.2.

Zumutbarkeit spielt auch in diesem Schritt eine grosse Rolle: es muss entschieden werden, welche Tätigkeiten der versicherten Person noch zuzumuten sind. Auch hier können natürlich Fehlentscheidungen sowohl zu Gunsten als auch zu Ungunsten der versicherten Person vorkommen.

### ***Nicht gelingende Abgrenzung gesundheitlicher und psycho-sozialer Faktoren***

Wie erwähnt sollten invaliditätsfremde Probleme, kulturelle oder psychosoziale Faktoren, Sprachprobleme, Arbeitslosigkeit, etc. bei der Einschätzung des IV-Grades nicht relevant sein (Art. 6, 7 und 8 ATSG.). Die Abgrenzung der gesundheitlich bedingten Arbeitsunfähigkeit von der durch psychosoziale Faktoren verursachten Arbeitsunfähigkeit ist allerdings schwierig. Sie ist am Anfang der Krankengeschichte am ehesten möglich. Mit zunehmender Absenzzhäufigkeit und -dauer nehmen dagegen in der Regel (Folge-) Krankheiten und Chronifizierungen zu (negative Wirkung langer Absenzen und Abklärungen sowie fehlender Reintegration).

#### **7.1.4 Entstehungsgründe von Risiken beim Rentenentscheid**

##### ***Problem der fehlenden Objektivierbarkeit***

Bei der Einschätzung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit bestehen vor allem in Bezug auf die Frage der Zumutbarkeit Beurteilungsspielräume, die kaum verringert werden können. PatientInnen sind in unterschiedlichem Mass schmerzempfindlich und belastbar, und der oder die beurteilende MedizinerIn oder auch Berufsberatende ist immer auch auf die Angaben und Aussagen der Versicherten angewiesen, wenn beurteilt werden muss, was zumutbar ist und was nicht. Aus diesem Grund ist die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit immer mit Unsicherheiten behaftet.

##### ***Konflikte zwischen den Krankheitsmodellen***

Die IV verwendet ein kausales und bio-psychisches Krankheitsmodell. Dieses Krankheitsmodell orientiert sich stark am Ursache-Wirkungs-Prinzip: eine körperliche oder psychische Erkrankung ist die Ursache, welche Schmerzen bewirkt.

Das heute in der kurativen Medizin verwendete Krankheitsmodell weicht in zwei Punkten vom Modell der IV ab:

1. Soziale Faktoren werden bei der Anamnese, Diagnose und Therapie berücksichtigt.
2. Heute ist das Phänomen der neuronalen Plastizität bekannt: Das zentrale Nervensystem kann sich aus verschiedenen Gründen so verändern, dass auch normalerweise nicht schmerzende Reize plötzlich Schmerzen verursachen. Dadurch können Schmerzen weiter wahrgenommen werden, auch wenn die Ursache längst verschwunden ist; es wird von chronischen Schmerzen gesprochen.

Dies führt dazu, dass manche Beeinträchtigungen zwar von der kurativen Medizin anerkannt und behandelt, aber nach den Richtlinien der IV nicht als Gründe für Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit anerkannt werden. Hier liegen die Gründe für das Entstehen falscher Erwartungshaltungen gegenüber der IV und für die Probleme bei der Abgrenzung psychosozialer oder psychokultureller Faktoren.

### ***Erst seit kurzem konsequente versicherungsmedizinische Beurteilung***

Die Aussagen von IV- und RAD-Personal<sup>60</sup> als auch von Ausstehenden ergeben einhellig, dass sich die Qualität der Begutachtung der einzelnen Dossiers stark verbessert hat, und dass sie sich auch in Zukunft im Zuge der personellen Aufstockung, Einarbeitung und Etablierung der RAD noch weiter verbessern wird. Daraus lässt sich umgekehrt schliessen, dass in der Vergangenheit Rentenanträge weniger vollständig und konform mit versicherungsmedizinischen Anforderungen geprüft wurden. Es ist anzunehmen, dass in der Vergangenheit Einschätzungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vorgenommen wurden, die mit den heutigen Standards nicht mehr konform sind.

#### **7.1.5 Einsprachen und Rekurse**

##### ***Das Risiko der Schaffung lexigener Gesundheitsbeeinträchtigungen***

Wird der Entscheid der IV-Stelle von der versicherten Person nicht akzeptiert, muss in letzter Instanz ein Gericht entscheiden. Das Gericht stützt sich dabei auf Gutachten und Expertenurteile von Medizinern. Sind sich die ExpertInnen nicht einig, kommt das Gericht nicht darum herum, einer der verschiedenen Expertenmeinungen zu folgen. Es wird derjenigen folgen, welche am plausibelsten erscheint. Dies birgt immer die Gefahr, dass Präzedenzfälle geschaffen werden, welche in der Folge Menschen dazu bewegen, wegen bestimmter Gesundheitsbeeinträchtigungen, die sie selbst früher nie als invalidisierend betrachtet hätten, eine Rente zu beantragen. Gerade bei nicht objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen und vor allem dann, wenn die medizinischen ExpertInnen uneins sind, ist die Judikative gezwungen, nicht nur aufgrund von Fakten, sondern auch unter Einbezug von Ansichten und subjektiven Aussagen aller Beteiligten darüber zu entscheiden, ob ein bestimmtes Leiden als Ursache für eine invalidisierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anerkannt wird. Dies kann dazu führen, dass nicht objektivierbare gesundheitliche Einschränkungen als Invaliditätsgrund etabliert werden, die in der überwiegenden Zahl der Fälle keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit sich bringen, oder die im seltenen Extremfall gar nicht existieren.<sup>61</sup>

Berühmtestes und sehr weit reichendes Beispiel ist die australische "Repetitive Strain Injury" (RSI)<sup>62</sup>, die tatsächlich nie existiert hat. Trotzdem traten in Australien rund 60'000 Fälle auf, wobei über 90% der Fälle Frauen waren. RSI ist ein Beispiel für die so genannte Medikalisierung privater oder gesellschaftlicher *nicht-gesundheitlicher* Probleme:

*"Vielmehr waren die betroffenen Frauen überlastet mit den üblichen Belastungen, die mit ihren beruflichen Verpflichtungen kollidierten. Sie wiesen eine zehn- bis zwanzigmal höhere Wahrscheinlichkeit als die erfasste Bevölkerung auf, vor einer Hochzeit oder Scheidung zu stehen, waren vierzehnmal häufiger schwanger, 22% hatten kranke Kinder und 20% todkranke Eltern." (Lucire 2006, S. 183.)*

Eine solche Medikalisierung diverser gesellschaftlicher und privater Probleme muss in jedem Fall als ein möglicher Treiber des massiven Anstiegs der Fallzahlen in der IV betrachtet werden. Sind

---

<sup>60</sup> Es wurden auch Informationen aus den Interviews des Projektes 'Evaluation der regionalen ärztlichen Dienste (RAD)' verwendet. Quelle: Bari et al. 2007, noch nicht erschienen (Stand Juni 2007).

<sup>61</sup> Vgl. Murer, E.: Die institutionelle Sozialversicherung als Ursache des Risikoeintritts?, SZS/RSAS, 50/2006.

<sup>62</sup> Siehe Lucire, Yolanda: "Das historische Beispiel einer erfundenen Krankheit: "Repetitive Strain Injury", in Murer, Erwin (Hrsg.): "Freiburger Sozialrechtstage 2006", Bern, 2006.

schwer objektivierbare Krankheitsbilder und Beeinträchtigungen unklarer Kausalität erst einmal rechtlich anerkannt, dienen sie als Gefäss für Leiden, die zwar vorhanden sind, allenfalls auch tatsächlich die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit und somit die Arbeitsfähigkeit eines Menschen beeinträchtigen, die jedoch nicht, oder häufig nicht, auf eine gesundheitliche Beeinträchtigung zurückzuführen sind. Sie sind gesellschaftliche Probleme, denen Beachtung geschenkt werden muss. Ihre Lösung kann jedoch nicht in der immer häufigeren Auszahlung von IV-Renten liegen.

### **7.1.6 "Moral Hazard" – Risiken bei den Versicherten**

#### ***Vor und während des IV-Verfahrens***

Mit Moral Hazard wird ein Risiko bezeichnet, welches für praktisch jede Versicherung existiert und dadurch entsteht, dass durch die Existenz der Versicherung die Anreize für die versicherte Person so verändert werden, dass sie sich anders verhält als ohne Versicherung und zwar so, dass die Wahrscheinlichkeit des Eintretens des Versicherungsfalles zunimmt. Im konkreten Fall der IV bedeutet das, dass durch die relativ gute finanzielle Absicherung im Invaliditätsfall die Anreize für die Versicherten gering sind, selbst alles in ihrer Macht stehende zu unternehmen, um den Invaliditätsfall zu verhindern. Das Risiko nimmt zu, wenn neben der IV auch Leistungen der BV fällig werden, und auch wenn gleichzeitig invaliditätsfremde Faktoren bei den jeweiligen Versicherten relevant werden (soziale, familiäre und/oder arbeitsmarktliche Probleme).

Diesem Problem sieht sich grundsätzlich jede Sozialversicherung gegenüber. Bei der IV entstehen die starken finanziellen Anreize nicht in erster Linie aus den IV-Renten, die wie auch die AHV-Renten nicht viel mehr als den Grundbedarf einer Person decken. Finanzielle Anreize entstehen hingegen durch die BV-Renten, die von ihrer Konzeption her zum Ziel haben, den Lebensstandard einer versicherten Person im Schadensfall zu sichern, sowie durch die i.d.R. höheren Renten bei Unfall-Invalidität (gemäss UVG).

#### ***Nach Zusprache einer Rente***

Nach der Zusprache einer Rente stellt sich das Problem des Moral Hazard erneut. Tabelle 7.1 zeigt die effektive Besteuerung, wenn ein IV-Rentenbezüger sein Arbeitspensum erhöht. Bei einem effektiven Steuersatz von über 100 verringert sich das verfügbare Gesamteinkommen der versicherten Person, wenn sie ihr Arbeitspensum erhöht. Aus der Tabelle wird deutlich, dass sich für viele RentenbezügerInnen eine Erhöhung der Arbeitszeit von 10 auf 20 oder von 20 auf 30 Stunden finanziell nicht lohnt. Ein rational nach ökonomischen Anreizen handelndes Individuum wird sein Arbeitspensum nicht von sich aus erhöhen, wenn es dadurch insgesamt *weniger* verfügbares Einkommen hat.

Diese Problematik ist in fast allen Sozialversicherungsbereichen präsent, da durch das Zusammenspiel des Steuersystems und der verschiedenen Transfersysteme sehr häufig solche 'Transferfallen' entstehen, bei denen die Betroffenen entgegen ökonomischen Anreizen handeln müssten um sich aus der Abhängigkeit von Transferzahlungen zu befreien.

**Tabelle 7.2: Effektive Grenzsteuersätze auf Erwerbseinkommen bei bestehender Invalidität.**

effektive Grenzsteuersätze für IV-BezügerInnen in der Schweiz mit AWP, 2004				
	Anstieg der wöchentlichen Arbeitsstunden			
	von 0 auf 10	von 10 auf 20	von 20 auf 30	von 30 auf 40
Alleinstehende Person	26	138	113	31*
Paar ohne Kinder, der gesunde Partner arbeitet nicht	58	130	110	41*
Paar mit Kindern, der gesunde Partner Verdient 2/3 des AWP	19	197	154	31*

Bemerkung: APW: average production worker wage, Durchschnittslohn einer 40-jährigen Person mit 22 Jahren Berufserfahrung im Produktionssektor.  
 Effektiver Grenzsteuersatz: der Anteil des Erwerbseinkommens, der durch zusätzliche Steuern und Reduktion von Sozialtransfers wieder verloren geht.  
 \* Kein Bezug von IV-Leistungen mehr.

Quelle OECD 2006

Im Jahr 2005 wurden bei einem Bestand von 249'353 RenterInnen 57'660 Revisionen von Renten in der Schweiz durchgeführt. Nur gerade 4% führten zu einer Herabsetzung und 5% zur Aufhebung einer Rente, wobei in diesen 5% auch Aufhebungen für Kinder- oder Partnerrenten enthalten sind. Bei fast 90% der Fälle konnte keine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit festgestellt werden. Dieser Sachverhalt zeigt, wie unwahrscheinlich es ist, dass sich bei den heutigen Rahmenbedingungen nach der Zusprache einer IV-Rente die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person wieder verbessert.<sup>63</sup>

Ob für diesen Sachverhalt Moral Hazard induziertes tatsächlich eine Rolle spielt, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht geklärt werden. Allerdings kann festgestellt werden, dass in Anbetracht der in Tabelle 7.1 dargestellten effektiven Steuersätze ein anderer empirischer Befund erstaunlich wäre.

Fakt ist, dass eine versicherte Person häufig entgegen ökonomischen Anreizen (überspitzt gesagt *irrational*) handelt, wenn sie sich bemüht, selbst wieder mehr Erwerbseinkommen zu generieren. Hinzu kommt für die versicherte Person das Risiko, dass ihr, sofern sich ihr Gesundheitszustand oder ihre Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt in Zukunft wieder verschlechtern, vielleicht nicht wieder ein gleich hoher IV-Grad zuerkannt wird.

## 7.2 Qualitative Relevanzeinschätzung

Anhand der durchgeführten Interviews mit ExpertInnen und AkteurInnen und vor dem Hintergrund der bestehenden Literatur eine Relevanzbeurteilung der verschiedenen Kategorien von nicht zielkonformen Leistungen vorgenommen.

<sup>63</sup> Quelle: Geschäftstätigkeit der IV-Stellen – Auswertungsbericht 2005, BSV, Bern, 2006.

Bei der Relevanzeinschätzung gemäss Tabelle 7.3 wird einerseits nach der **Art der nicht zielkonformen Leistungen** der IV und nach den **beteiligten Akteuren** unterschieden. Dabei wird die in Kapitel 5 entwickelte Typologie verwendet, mit der Unterscheidung zwischen unrechtmässiger Inanspruchnahme der IV und nicht zustehender Leistungsausrichtung. Während bei der unrechtmässigen Inanspruchnahme die Beteiligten, d.h. primär die Versicherten und ihre VertreterInnen und missbräuchliches bzw. fahrlässiges Verhalten im Vordergrund stehen, geht es bei nicht zustehender Leistungsausrichtung schwergewichtig um Systemaspekte, d.h. um nicht zielkonforme Leistungen, die mit zweckmässigeren Verfahren und Prozessen vermieden werden könnten.

### ***Risiko pro Leistungsart und Kostenrelevanz von nicht zielkonformen Leistungen bei den wichtigsten Leistungsarten der IV***

Tabelle 7.3 zeigt die Relevanz der verschiedenen Formen nicht zielkonformer Leistungen. Finanziell sind die Renten grundsätzlich gewichtiger als die Eingliederungsmassnahmen oder die Hilflosenentschädigungen.

Bei der **unrechtmässigen Inanspruchnahme** sind bei Renten die fahrlässigen Verstösse (vor allem Meldepflichtverletzungen aber auch Aggravation) bezüglich der Fallzahlen weitaus bedeutsamer als die Fälle vorsätzlichen Betrugs, welche aufgrund unserer Abklärungen fallzahlbezogen begrenzt sind. Finanziell ist der Relevanzunterschied etwas geringer, weil die Fallkosten bei vorsätzlichem Betrug in der Regel höher sind als bei Meldepflichtverletzungen (wo es öfters nur um eine Reduktion des IV-Grades und nicht um die ganze Rente geht).

Bei den Eingliederungsmassnahmen bleibt unklar, welche fallzahlbezogene Bedeutung fahrlässige Verstösse haben. Im Vordergrund stehen auch hier Meldepflichtverletzungen, welche zu nicht wahrgenommenen Chancen für die Inanspruchnahme von Wiedereingliederungsmassnahmen führen können.

Die Systemaspekte, die zu nicht zustehenden Leistungsausrichtungen führen, sind fallzahlbezogen und finanziell sehr relevant, finanziell am stärksten bei den Renten. Die systembedingten Faktoren wie die späte Anmeldung zur IV, nicht oder zu spät ergriffene Wiedereingliederungsmassnahmen, lange Verzögerungen bei gutachterlichen Abklärungen und bei MEDAS/BEFAS-Abklärungen, fehlender Einbezug der Arbeitgebenden und oft zu geringe Unterstützung durch die Arbeitgebenden unterstützen oder verursachen Dekonditionierung und Verlust von Arbeitsfähigkeit bei den Versicherten sowie das Entstehen von falschen Erwartungshaltungen und Aggravationstendenzen bei den Versicherten.

**Tabelle 7.3: Relevanz (Fallzahlen/Finanzen) und Risiko der verschiedenen Typen von nicht zielkonformen Leistungen in der IV.**

Nicht zielkonforme Leistungen in der IV									
	Unrechtmässige Inanspruchnahme der IV				Nicht zustehende Leistungsausrichtung				
Art nicht zielkonformer Leistungen	Vorsätzlicher Versicherungsbeitrag durch Versicherte und durch andere Akteure oder unter Mitwirkung anderer Akteure		Fahrlässige Verstösse/Verhalten gegen IVG durch Versicherte und durch andere Akteure oder unter Mitwirkung anderer Akteure		Systembedingte Faktoren, akteurunabhängig/ betrifft Zusammenwirken der Akteure bzw. Ausgestaltungsaspekte	Systembedingte Faktoren, akteurabhängig (einem einzelnen Akteur zuzuordnen)			
	Akteure	Versicherte	Ärzte, Gutachter, Arbeitgebende, Juristen, etc.	Versicherte		Ärzte, Gutachter, Arbeitgebende, Juristen, etc.	Versicherte Person	IVST/RAD	MEDAS, BEFAS, Gutachter
<b>Risiko/Relevanz pro Leistungsart bzgl. Fallzahlen, eingeschätzt anhand qualitativer Informationen</b>									
Rente									
Eingliederungsmassnahmen									
Hilflosenentschädigung									
<b>Relevanz bzgl. Kosten</b>									
Rente									
Eingliederungsmassnahmen									
Hilflosenentschädigung									
<b>Risiken pro Risikobereich/ Verfahrensstufe (Fallzahlen)</b>									
Vor IV-Anmeldung									
Beurteilung Arbeitsunfähigkeit									
Eingliederungsmassnahmen									
Beurteilung Zumutbarkeit									
Erwerbsfähigkeit									
Bestimmung IV-Grad									
Renten-Revisionen									

**Relevanz bzw. Risiko:**  sehr bedeutsam/hoch       bedeutsam/mittel       gering

### **Fallzahlbezogene Risiken nach Stufen im IV-Verfahren**

Bei den fallzahlbezogenen Risiken, die durch das **IV-Verfahren auf den einzelnen Verfahrensstufen** entstehen, ist bezüglich **unrechtmässiger Leistungsanspruchnahme** vor allem die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den Arzt und den Versicherten relevant. Vor der 4. IV-Revision, als die IVST noch keine eigenen ärztlichen Abklärungskapazitäten hatte, dürften Gutachten, die im Zweifelsfall "für" den Patienten lauteten, verbreitet Grundlage für nicht zielkonforme IV-Leistungen gebildet haben (vgl. Abnahme der Neurentnerquoten nach Umsetzung der 4. IV-Revision mit RAD). Die Rolle der Versicherten bei fahrlässigen Verstössen ist auf praktisch allen Verfahrensstufen sehr relevant, diejenige der Ärzte vor allem bei Verfahrensstufen mit Beurteilungen (Arbeitsfähigkeit, Zumutbarkeit, Renten-Revisionen).

Die systembedingten Aspekte, die zu **nicht zustehenden Leistungsausrichtungen** führen, sind auf allen Verfahrensstufen relevant. Am bedeutsamsten sind sie in der Zeitperiode vor der (zu späten) IV-Anmeldung und bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit (zu späte Anmeldung, ungenügende Frühintegration, etc.), weshalb dies ein Revisionssschwerpunkt der 5. IV-Revision ist. Bei den Rentenrevisionen bestanden vor allem in der Vergangenheit deutliche Defizite, wurden diese doch oft zuwenig konsequent vorgenommen und geprüft.<sup>64</sup> Mit der Entspannung der Personalsituation in den IV-Stellen nach 2002 und der Einführung der RAD 2004 hat sich die Revisions-Praxis bereits verbessert. Trotzdem sehen wir hier weiteres Optimierungspotential. Vertiefte Abklärungen sollen sehr gezielt, aber konsequent durchgeführt werden. Im Fokus sollen vor allem Fälle mit nicht oder nur begrenzt objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen liegen.

Den Arbeitgebenden kommen vor allem in der Phase vor der IV-Anmeldung, aber auch bei den diversen Beurteilungsschritten grosse Bedeutung zu, die aber aufgrund des aktuellen IVG viel zuwenig eingefordert wird. Die 5. IVG-Revision bringt gewisse Verbesserungen, die Kooperation ist jedoch für die Arbeitgebenden weitgehend freiwillig und wenig verbindlich.

---

<sup>64</sup> Dies wurde von InterviewpartnerInnen aus allen Fachbereichen und auch von Behindertenorganisationen bestätigt.

## 8 Quantitative Einschätzung nicht zielkonformer Leistungen

Nachdem in Kapitel 7 die Risikobereiche für nicht zielkonforme Leistungen in der System- und in der Prozessausgestaltung diskutiert wurden, werden nun in Kapitel 8 quantitative Schätzungen der nicht zielkonformen Leistungen in der IV präsentiert. Dabei werden zwei Ansätze verfolgt:

- Schätzung des Potentials nicht zielkonformer Leistungen mithilfe personenbezogener Risikofaktoren
- Schätzungen mithilfe von Neurentenquoten

### 8.1 Potentialschätzungen

#### 8.1.1 Vorhandene Datenbasis

Für die *Potentialschätzung* des möglichen Ausmasses nicht zielkonformer Leistungen sind Variablen zu Gebrechen und Funktionsausfall von grosser Bedeutung, da primär nur dort nicht zielkonforme Leistungen möglich ist, wo Art und Ausmass von Gebrechen und/oder Funktionsausfall nicht oder nur begrenzt objektivierbar sind. (Ausnahme bilden Meldepflichtverletzungen, für die keine Risikogruppen identifiziert werden konnten.)

Die Gebrechens- und Leistungsstatistik enthält zum heutigen Zeitpunkt Variablen zu folgenden Bereichen:

- Angaben zu Alter, Geschlecht und Herkunft
- Angaben zur Rente (ganze, dreiviertel, etc.)
- Gebrechenscodizes für Geburtsgebrechen, Krankheit und Unfall
- Funktionsausfallcodizes
- Anmeldung (unter anderem Angaben zu früheren Anmeldungen und zum vorangegangenen Bezug von ALV-Taggeldern)
- Leistungscodizes (Abklärungsmassnahmen, Medizinische Massnahmen, Berufliche Massnahmen, Massnahmen für besondere Schulung, Hilflosenentschädigung und Intensivpflegezuschlag für Minderjährige, Hilfsmittel)
- Beschlüsse (Hilflosenentschädigung, Revision, etc.)

Folgende Variablen sollen zwar zukünftig erhoben werden, sind aber zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht oder *nur aggregiert* erhältlich:

- Beschlüsse (Revisionscodizes, Codizes Hilflosenentschädigung, Codizes Art der Invaliditätsbemessung, Codizes Beitragsart)
- Ablehnung und Abschluss des Verfahrens (Ausprägungen sind z.B. 'Kein Gesundheitsschaden', 'Medizinische Massnahmen', 'Berufliche Massnahmen').
- Branchen/Tätigkeiten (Branche, Funktion, ausgeübter Beruf, höchste abgeschlossene Ausbildung)

In der Gebrechens- und Leistungsstatistik sind also kaum soziokulturelle Merkmale vorhanden. Diese sind aber für eine weitere Eingrenzung der Grössenordnung der Risikogruppen essentiell. In dieser Situation werden ergänzende Auswertungen mit Daten des SHP (Schweizerisches Haushaltspanel) gemacht. Es werden gewichtete Individualdaten aus dem Jahr 2005 verwendet. Der Datensatz umfasst 9'978 Beobachtungen.

### 8.1.2 Vorgehen

Zuerst werden verschiedene Risikogruppen für nicht zielkonforme Leistungen identifiziert und charakterisiert. Ihre Identifikation stützt sich auf die Interviews mit ExpertInnen und AkteurInnen, welche vor dem Hintergrund der betrachteten Literatur ausgewertet wurden. Anschliessend werden die Grössenordnungen dieser Risikogruppen abgeschätzt.

Die hier angesprochenen nicht zielkonformen Leistungen umfassen die folgenden Kategorien oder Unterkategorien:

- Simulation
- Aggravation
- Widerstand gegen Wiedereingliederung und Verletzung von Schadenminderungspflicht und Mitwirkungspflicht
- Systembedingte, nicht zustehende Leistungsausrichtung

Für nicht zielkonforme Leistungen, welche im Zusammenhang mit Meldepflichtverletzungen oder vorsätzlichen Falschangaben entstehen<sup>65</sup>, konnten keine Risikogruppen identifiziert werden. *Deswegen werden Meldepflichtverletzungen oder vorsätzliche Falschangaben im Folgenden aus der Betrachtung ausgeklammert.*

Gemeinsam ist allen Risikogruppen für nicht zielkonforme Leistungen das Merkmal 'nicht oder begrenzt objektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigung'. Dies ist häufig der ursprüngliche Grund dafür, dass nicht zielkonforme Leistungen überhaupt entstehen können. Wenn der Gesundheitsschaden und die daraus entstehende Leistungseinschränkung eindeutig objektivierbar sind, kann auch der Grad der Erwerbsunfähigkeit und der IV-Grad mit höherer Wahrscheinlichkeit richtig<sup>66</sup> eingeschätzt werden und es besteht wenig Raum für nicht zielkonforme Leistungen.

Vor allem die folgenden Krankheitsbilder werden in der Literatur<sup>67</sup> und von den interviewten MedizinerInnen als anfällig für nicht zielkonforme Leistungen eingeschätzt:

- Rückenleiden mit nicht oder nur teilweise objektivierbaren Ursachen
- Schmerzkrankheiten mit nicht oder nur teilweise objektivierbaren Ursachen
- Schleudertraumata
- Depressionen
- Burn-out
- Chronic Fatigue Syndrome

Diese Krankheitsbilder werden in der Gebrechens- und Leistungsstatistik unter den in Tabelle 8.1 (mittlere Spalte) aufgeführten Kategorien erfasst. Nur in diesen Kategorien liegt ein relevantes *Potential* für nicht zielkonforme Leistungen, da sie, neben objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchti-

---

<sup>65</sup> Falsche Angaben zu früheren oder bestehenden Anstellungsverhältnissen und früherem Lohneinkommen, falsche Darstellung von Unfällen, vorsätzliches Herbeiführen von Unfällen.

<sup>66</sup> Richtig im Sinne von zielkonform. Die verbleibende Erwerbsfähigkeit kann grundsätzlich nicht exakt auf Prozentpunkte genau eingeschätzt werden.

<sup>67</sup> Pilgrim 2006, Marelli 2006, Oliveri et al. 2006, Kissel 2000.

gungen, auch einen relevanten Anteil von nicht oder nur begrenzt objektivierbaren enthalten. Wie gross dieser Anteil jedoch ist, kann anhand der verfügbaren Daten aus der Gebrechens- und Leistungsstatistik nicht festgelegt werden. Um das Potential für nicht zielkonforme Leistungen trotzdem etwas genauer abschätzen zu können, wird das SHP zur Hilfe genommen. Das Vorgehen gliedert sich also in mehrere Schritte:

- **Eingrenzung der für nicht zielkonforme Leistungen relevanten Grundgesamtheit.** Dies geschieht anhand von gebrechens-, funktionsausfalls- und leistungsbezogenen Merkmalen, die in der Gebrechens- und Leistungsstatistik vorhanden sind.
- **Identifikation spezifischer Risikogruppen** und dadurch weitere Eingrenzung der möglichen Grössenordnung von nicht zielkonformen Leistungen anhand von Auswertungen des SHP unter Verwendung von soziodemographischen Merkmalen:
  - Schätzung der jeweiligen Anteile der Risikogruppen an den entsprechenden Altersgruppen der Gesamtbevölkerung unter Verwendung von SHP-Daten
  - Übertragung der geschätzten Anteile auf die für nicht zielkonforme Leistungen relevante Grundgesamtheit

### 8.1.3 Eingrenzung der Grundgesamtheit

In einem ersten Schritt wird die Grundgesamtheit aller IV-BezügerInnen reduziert auf die Gruppe derjenigen, bei denen ein relevantes Potential für nicht zielkonforme Leistungen identifiziert wurde. Dadurch wird die *relevante Grundgesamtheit für nicht zielkonforme Leistungen* bestimmt.

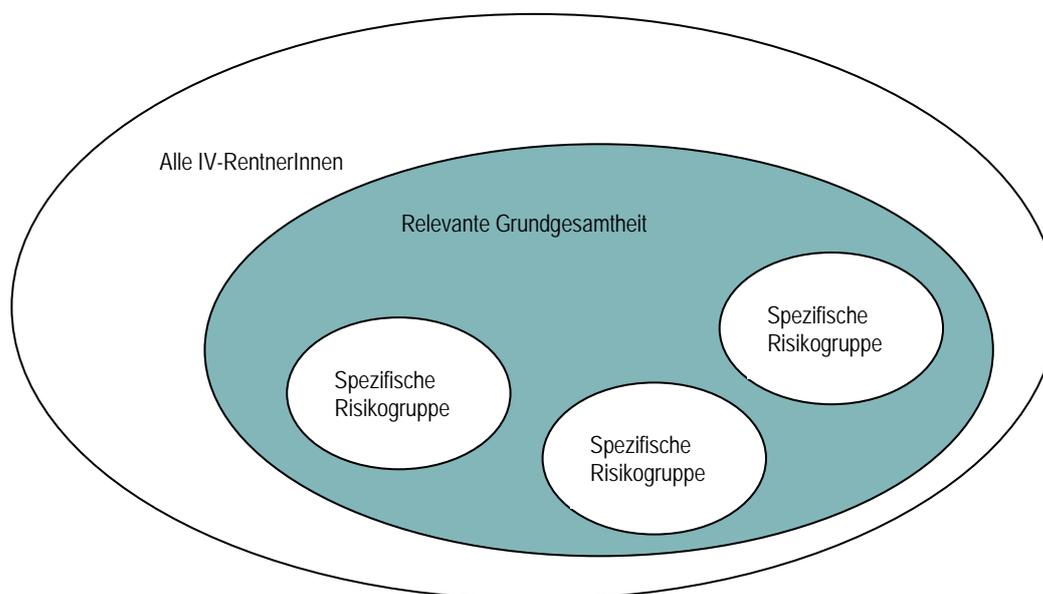
Abbildung 8.1 veranschaulicht das Vorgehen. Personen, die der für nicht zielkonforme Leistungen relevanten Grundgesamtheit zugeordnet werden, haben nicht oder nur begrenzt objektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen. Nur bei diesen Personen besteht ein relevantes Potential für nicht zielkonforme Rentenleistungen.

Zur Identifikation der relevanten Grundgesamtheit werden die in Tabelle 8.1 Merkmale und ihre kritischen Ausprägungen verwendet: Es werden Personen mit bestimmten Funktionsausfällen aus der Grundgesamtheit ausgeschieden. Funktionsausfälle wie Paraplegie, hochgradige Sehschwäche oder Sprachstörungen sind weitgehend objektivierbar und der Raum für nicht zielkonforme Leistungen ist klein. Zusätzlich werden Personen, welche eine Hilflosenentschädigung beziehen, von der Grundgesamtheit ausgeschlossen. Der Bezug von Hilflosenentschädigung setzt in aller Regel einen hohen Grad an Einschränkung voraus, so dass wenig Raum für nicht zielkonforme Leistungen besteht.<sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> Von der vom BSV eingesetzten Begleitgruppe zum vorliegenden Projekt wurde vorgeschlagen, zusätzlich Personen in die Grundgesamtheit mit einzubeziehen, die eine Hilflosenentschädigung zuhause leichten Grades beziehen. Mit dieser Variante liegt die Punktschätzung im Endergebnis um rund 300 Personen höher. Die statistische Unsicherheit ist deutlich grösser als diese Differenz; es macht also im Endergebnis keinen Unterschied ob Personen mit einer Hilflosenentschädigung zuhause leichten Grades in die relevante Grundgesamtheit einbezogen werden oder nicht.

**Abbildung 8.1: Quantifizierung der nicht zielkonformen Leistungen: relevante Grundgesamtheit.**



Die Abbildung dient nur der Veranschaulichung des Vorgehens. *Die Proportionen der einzelnen Elemente stimmen nicht mit den Schätzergebnissen überein.*

So lässt sich mit Hilfe der in Tabelle 8.1 aufgeführten Risikomerkmale die Grundgesamtheit der Personen abschätzen, bei denen nicht zielkonformen Leistungen potentiell bestehen *könnten*.

**Tabelle 8.1: Risikomerkmale für nicht zielkonforme Leistungen: Eingrenzung der Grundgesamtheit.**

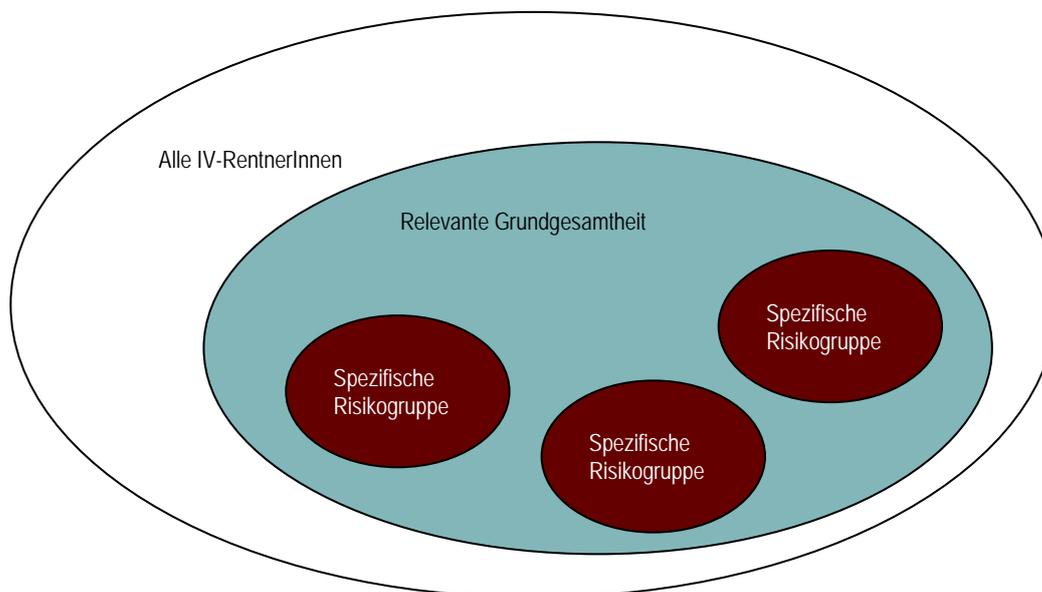
Merkmal	kritische Ausprägungen	unkritische Ausprägungen
Krankheiten oder Unfallfolgen, Codizes der Gebrechens- und Leistungsstatistik	646, 846	Psychogene oder milieureaktive Störungen; Neurosen; Borderline Cases; einfache psychische Fehlentwicklungen z.B. depressiver, hypochondrischer oder wahnhafter Prägung; funktionelle Störung des Nervensystems und darauf beruhende Sprachstörungen wie Stottern; psychosomatische Störungen, soweit sie nicht als körperliche Störungen codiert werden.
	736, 936	Spondylosen und Osteochondrosen
	738, 938	Übrige Veränderungen an Knochen und Bewegungsorganen
	649	übrige geistige und charakterliche Störungen
		Bei den übrigen Kategorien (entsprechend den Codizes der Gebrechens- und Leistungsstatistik) sind nicht zielkonforme Leistungen nicht grundsätzlich ausgeschlossen, aber unwahrscheinlicher, da die entsprechenden Krankheiten- und/oder Unfallfolgen leichter zu objektivieren sind.

Merkmals	kritische Ausprägungen	unkritische Ausprägungen	
Funktionsausfallcodizes, Codizes der Gebrechens- und Leistungsstatistik	00	keine Funktionsausfälle	Bei den übrigen Kategorien (entsprechend den Codizes der Gebrechens- und Leistungsstatistik) sind nicht zielkonforme Leistungen nicht grundsätzlich ausgeschlossen, aber unwahrscheinlicher, da die entsprechenden Funktionsausfälle leichter zu objektivieren sind.
	02	Funktionsausfälle der oberen Extremitäten	
	03	Funktionsausfälle der unteren Extremitäten	
	04	Funktionsausfälle der oberen und unteren Extremitäten	
	05	Funktionsausfälle im Bereich des Stammes	
	08	Andere Funktionsausfälle im Bereich des Bewegungsapparates	
	10	Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes	
	28	übrige Beeinträchtigung der Augenfunktion	
	32	übrige Beeinträchtigung der Ohrfunktion	
	55	Psychoorganische Störungen (POS)	
	61	Verhaltensstörungen	
65	Mehrfache Funktionsausfälle geistiger und psychischer Art		
Hilflosenentschädigung	keine Hilflosenentschädigung	Hilflosenentschädigung	
Bemerkung: Die Codizes sind der Gebrechens- und Leistungsstatistik entnommen.			

#### 8.1.4 Identifikation der spezifischen Risikogruppen

Im weiteren werden spezifische Risikogruppen anhand soziodemographischer Merkmale identifiziert, mithilfe derer sich die Grössenordnung des Potentials nicht zielkonformer Leistungen eingrenzen lässt. Abbildung 8.2 veranschaulicht das Vorgehen: nachdem die relevante Grundgesamtheit für nicht zielkonforme Leistungen anhand von gebrechens-, funktionsausfalls- und leistungsbezogenen Merkmalen ermittelt ist, werden innerhalb dieser Grundgesamtheit spezifische Risikogruppen anhand soziodemographischer Merkmale abgegrenzt.

**Abbildung 8.2: Quantifizierung der nicht zielkonformen Leistungen: spezifische Risikogruppen.**



Die Abbildung dient nur der Veranschaulichung des Vorgehens. *Die Proportionen der einzelnen Elemente stimmen nicht mit den Schätzergebnissen überein.*

### **Spezifische Risikogruppe 'Männer 50+ mit niedrigem Bildungsstand'**

Der Grund dafür, dass Männer mit niedrigem Bildungsstand, die mit über 50 berentet wurden, eine Risikogruppe bilden, liegt in ihren verminderten Chancen auf dem Arbeitsmarkt und den daraus entstehenden Anreizen.<sup>69</sup> Für jemanden, der Schwierigkeiten hat, eine Stelle zu finden, und befürchtet Sozialhilfe beantragen zu müssen, gewinnt eine IV-Rente an Attraktivität. IV-Renten sind deutlich weniger stigmatisierend als der Bezug von Sozialhilfe und bilden zudem eine stabilere und i.d.R. bessere finanzielle Absicherung. Dadurch entstehen zwei Effekte, die sich nur schwer abgrenzen lassen: einerseits steigt durch erhöhte psychische Belastung (hier: Druck am Arbeitsplatz, drohender Stellenverlust und damit verbundener Verlust der finanziellen Sicherheit) das Risiko für eine psychische oder physische Erkrankung tatsächlich<sup>70</sup>, andererseits steigen die Anreize bestehende Erkrankungen bewusst oder unbewusst zu übertreiben (Aggravation, 'Flucht in die Krankheit').

Hinzu kommt, dass es insbesondere für die hier angesprochene Personengruppe oft besonders schwierig ist, alternative Tätigkeiten zu finden, wenn eine Ausübung des angestammten Berufes nicht mehr möglich ist, beispielsweise als Folge des wirtschaftlichen Strukturwandels.

Noch schwieriger wird die Situation, wenn die betroffene Person schon längere Zeit nicht mehr erwerbstätig ist und so ein Desintegrationsprozess bereits eingesetzt hat. Solche Konstellationen stel-

<sup>69</sup> Hier ist zu beachten, dass aufgrund des gewählten Vorgehens für die Schätzung nicht die Anzahl der mit über 50 Jahren berenteten IV-Rentner verwendet wird, sondern die Anzahl der über 50jährigen IV-Rentner, die irgendwann im Laufe ihres Lebens berentet wurden. Da aber nicht alle über 50jährigen IV-Rentner in die Schätzung mit einbezogen werden, sondern nur diejenigen, die zur relevanten Grundgesamtheit zählen, halten wir den resultierenden Fehler für gering.

<sup>70</sup> Vgl. z.B. Wilkinson und Marmot 2006.

len sehr hohe Anforderungen an die Arbeitsvermittelnden und Berufsberatenden sowie an die medizinischen GutachterInnen.

Insgesamt ist also für diese Gruppe sowohl das Risiko der unrechtmässigen Inanspruchnahme von IV-Leistungen als auch das Risiko für nicht zustehende Leistungsausrichtung erhöht.

Sozioökonomische Merkmale zur Identifikation dieser Gruppe sind leider in den Daten der Gebrechens- und Leistungsstatistik noch nicht vorhanden.<sup>71</sup> Deswegen werden Auswertungen des SHP (Schweizerisches Haushaltspanel) zur Hilfe genommen. Die Merkmale, welche die Risikogruppe 'Männer 50+ mit niedrigem Bildungsstand' charakterisieren, sind daher in Tabelle 8.2 anhand von Variablenbezeichnungen des SHP aufgeführt.

**Tabelle 8.2: Spezifische Risikofaktoren der Risikogruppe 'Männer 50+ mit niedrigem Bildungsstand'.**

Variable	Beschreibung	kritische Ausprägung	unkritische Ausprägung
educat05	Höchstes erlangtes Ausbildungsniveau (Quellen: individuell, Raster)	[-5] Nicht obligatorische Vorschule [0] keine abgeschlossene obligatorische Ausbildung [1] obligatorische Ausbildung, Anlehre [2] Haushaltslehrjahr, 1 Jahr Handelsschule [3] allgemeinbildende Schule	[-8] anderer Fehler [-7] Filterfehler [-6] Sonderschule/Schule für Behinderte [-4] noch nicht schulpflichtig [-3] trifft nicht zu [-2] keine Antwort [-1] weiss nicht [4] Berufslehren, BMS, KV [5] Vollzeitberufsschule (Handelsschule, Lehrwerkstätte) [6] Matura [7] Höhere Berufsausbildung mit Meisterdiplom, Eidg. Fachausweis [8] Techniker- oder Fachschule [9] höhere Fachschule, HTL, HWV [10] Universität, Hochschule
age	Alter	50 – 64 Jahre	

Bemerkung: Die aufgeführten Bezeichnungen orientieren sich am Schweizerischen Haushaltspanel 2005. Individuen mit den hier grau geschriebenen Ausprägungen wurden aus dem Datensatz aussortiert.

<sup>71</sup> Gewisse Variablen der Gebrechens- und Leistungsstatistik werden erst seit kurzem erhoben. Bei einigen von ihnen ist deswegen die Qualität für statistische Auswertungen noch nicht ausreichend.

### **Spezifische Risikogruppe 'Frauen 50+ mit niedrigem Bildungsstand'**

Tabelle 8.3 zeigt die Merkmale der Risikogruppe 'Frauen 50+ mit niedrigem Bildungsstand'.<sup>72</sup> Diese Risikogruppe umfasst eigentlich zwei Untergruppen. Diese Untergruppen unterscheiden sich nicht grundsätzlich in ihren (hier verwendeten) Merkmalen. Die Gründe und Argumente, die dafür sprechen, die beiden Untergruppen als Risikogruppen zu identifizieren, sind allerdings nicht ganz dieselben.

#### **Frauen 50+ mit niedrigem Bildungsstand, ohne Migrationshintergrund**

Diese Gruppe stellt aus denselben Gründen eine Risikogruppe für nicht zielkonformen Leistungen dar wie Männer über 50 mit geringem Bildungsstand. Allerdings muss beachtet werden, dass davon ausgegangen werden kann, dass innerhalb dieser Gruppe ein deutlich kleinerer Anteil tatsächlich ein erhöhtes IV-Risiko hat, als dies bei der Gruppe 'Männer 50+ mit niedrigem Bildungsstand' der Fall ist. Dies liegt an der für diese Generation immer noch stark präsenten klassischen Rollenverteilung<sup>73</sup>: ein mit Sicherheit grösserer Anteil von Frauen als von Männern mit einer nach heutigen Massstäben geringen Ausbildung war und ist im Haushalt tätig und ist finanziell durch den Partner abgesichert. In diesen Fällen besteht *kein erhöhtes* IV-Risiko.

Die Abbildung des Merkmals 'finanzielle Absicherung durch den Partner' mit den im SHP vorhandenen Variablen birgt eine ganze Reihe methodischer Fallstricke. Deswegen wurde darauf verzichtet. Dies muss bei der Auswertung der Daten beachtet werden.

#### **Frauen 50+ mit niedrigem Bildungsstand, mit Migrationshintergrund**

Bei der Gruppe 'Frauen 50+ mit niedrigem Bildungsstand, mit *Migrationshintergrund*' ist einerseits aus denselben Gründen das Risiko für nicht zielkonforme Leistungen erhöht wie bei der Gruppe 'Männer 50+ mit niedrigem Bildungsstand': die sich verschlechternden Arbeitsbedingungen für niedrig qualifizierte Personen vergrössern die Anreize für den Versuch der unrechtmässigen Inanspruchnahme von IV-Leistungen und stellen gleichzeitig erhöhte Anforderungen an GutachterInnen, Sachbearbeitende und Arbeitsvermittelnde bei der Abklärung und Reintegration, wodurch das Risiko für nicht zustehende Leistungsausrichtung ebenfalls steigt.

Hinzu kommt bei Migrantinnen jedoch ein *zusätzlicher* Faktor: Migrantinnen haben ein höheres Risiko für psychische Probleme, die auf rein soziokulturelle Umstände zurückgehen, welche als invaliditätsfremde Gründe gelten und eigentlich nicht zum Bezug oder zur Ausrichtung von Leistungen berechtigen. Psychische Probleme entstehen unter anderem durch schlecht gelungene Integration, unter denen die Betroffenen oft besonders leiden, sobald sich die Aufgaben und Pflichten im Bereich der Familienarbeit verringern. (Andere, IV-relevante Gründe sind zurückliegende Traumata aus Kriegs- und Fluchterlebnissen.) In diesem Zusammenhang besteht auch ein erhöhtes Risiko für eine so genannte 'Flucht in die Krankheit', d.h. für das bewusste oder unbewusste Übertreiben körperlicher Beschwerden.

---

<sup>72</sup> Hier ist ebenso wie bei den Männern zu beachten, dass aufgrund des gewählten Vorgehens für die Schätzung nicht die Anzahl der *mit über 50 Jahren berenteten* IV-Rentnerinnen verwendet wird, sondern die Anzahl der *über 50jährigen IV-Rentnerinnen*, die irgendwann im Laufe ihres Lebens berentet wurden. Da aber nicht alle über 50jährigen IV-Rentnerinnen in die Schätzung mit einbezogen werden, sondern nur diejenigen, die zur relevanten Grundgesamtheit zählen, halten wir den resultierenden Fehler für gering.

<sup>73</sup> Erwerbstätigkeit des Ehemannes zu 100% und keine oder nur sehr geringe Erwerbstätigkeit der Ehefrau.

Auch bei dieser Gruppe besteht, wie bei allen identifizierten Risikogruppen, das Problem, dass die Risikofaktoren für nicht zielkonforme Leistungen und die Risikofaktoren für ein erhöhtes Krankheitsrisiko zusammenfallen. Dem muss bei der Interpretation der Resultate in Kapitel 8 Rechnung getragen werden.

**Tabelle 8.3: Spezifische Risikofaktoren der Risikogruppe 'Frauen 50+ mit niedrigem Bildungsstand'.**

Variable		kritische Ausprägung	unkritische Ausprägung
educat05	Höchstes erlangtes Ausbildungsniveau (Quellen: individuell, Raster)	[-5] Nicht obligatorische Vorschule [0] keine abgeschlossene obligatorische Ausbildung [1] obligatorische Ausbildung, Anlehre [2] Haushaltslehrjahr, 1 Jahr Handelsschule [3] allgemeinbildende Schule	[-8] anderer Fehler [-7] Filterfehler [-6] Sonderschule/Schule für Behinderte [-4] noch nicht schulpflichtig [-3] trifft nicht zu [-2] keine Antwort [-1] weiss nicht [4] Berufslehren, BMS, KV [5] Vollzeitberufsschule (Handelschule, Lehrwerkstätte) [6] Matura [7] Höhere Berufsausbildung mit Meisterdiplom, Eidg. Fachausweis [8] Techniker- oder Fachschule [9] höhere Fachschule, HTL, HWV [10] Universität, Hochschule
p05d164	Seit wann in der Schweiz.	[-5] seit der Geburt für die Untergruppe 'ohne Migrationshintergrund'  1917... 2005 für die Untergruppe 'mit Migrationshintergrund'	[-8] anderer Fehler [-7] Filterfehler [-3] trifft nicht zu [-2] keine Antwort [-1] weiss nicht
age	Alter	50 – 64 Jahre	

Bemerkung: Die aufgeführten Bezeichnungen orientieren sich am Schweizerischen Haushaltspanel 2005. Individuen mit den hier grau geschriebenen Ausprägungen wurden aus dem Datensatz aussortiert.

### **Risikogruppe 'Missglückter Berufseinstieg'**

Diese Risikogruppe umfasst junge Personen, welche den Berufseinstieg nicht geschafft haben und wegen Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Störungen schliesslich zu IV-RentenbezügerInnen werden. Hauptmerkmal ist hier eine fehlende berufliche Ausbildung. Die kritischen Gebrechen entsprechen wieder denjenigen aus Tabelle 8.1. Die soziodemographischen Risikomerkmale sind in Tabelle 8.4 dargestellt.

**Tabelle 8.4: Spezifische Risikofaktoren der Risikogruppe 'Missglückter Berufseinstieg'.**

Variable		kritische Ausprägung	unkritische Ausprägung
educat05	Höchstes erlangtes Ausbildungsniveau (Quellen: individuell, Raster)	[-5] Nicht obligatorische Vorschule [0] keine abgeschlossene obligatorische Ausbildung [1] obligatorische Ausbildung, Anlehre	[-8] anderer Fehler [-7] Filterfehler [-6] Sonderschule/Schule für Behinderte [-4] noch nicht schulpflichtig [-3] trifft nicht zu [-2] keine Antwort [-1] weiss nicht [2] Haushaltslehrjahr, 1 Jahr Handelsschule [3] allgemeinbildende Schule [4] Berufslehren, BMS, KV [5] Vollzeitberufsschule (Handelsschule, Lehrwerkstätte) [6] Matura [7] Höhere Berufsausbildung mit Meisterdiplom, Eidg. Fachausweis [8] Techniker- oder Fachschule [9] höhere Fachschule, HTL, HWV [10] Universität, Hochschule
age	Alter	25-29	

Bemerkung: Die aufgeführten Bezeichnungen orientieren sich am Schweizerischen Haushaltspanel 2005. Individuen mit den hier grau geschriebenen Ausprägungen wurden aus dem Datensatz aussortiert.

### **Risikogruppe 'Überlastung'**

Diese Risikogruppe umfasst Personen, die sich durch die zunehmenden Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt und/oder im Privatleben überlastet fühlen und/oder sich in einer schwierigen Lebenssituation befinden.

Die resultierenden Gesundheitsbeeinträchtigungen können sowohl objektivierbar als auch nicht-objektivierbar sein. In beiden Fällen können grundsätzlich legitime Gründe für den Bezug bzw. die Ausrichtung einer IV-Rente vorliegen. Bei nicht- oder nur begrenzt objektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen ist jedoch das Risiko für nicht zielkonforme Leistungen grösser, da die verbleibende Arbeits- und Erwerbsfähigkeit schwieriger eingeschätzt werden kann, häufig auch von der versicherten Person selbst. Als Folge kann eine 'Flucht in eine Krankheit', bzw. die Medizinalisierung verschiedenster nicht-medizinischer Probleme entstehen. Deswegen kommen auch bei dieser Risikogruppe wiederum die in Tabelle 8.1 aufgelisteten gebrechens- und funktionsausfallbezogenen Merkmale als zusätzliche Kriterien zur Anwendung.

Um die Grösse der Risikogruppen einzugrenzen, werden wiederum Auswertungen des SHP verwendet. Als Proxy für das Risikomerkmal 'schwierige Lebenssituation' wird eine Variable des SHP

benutzt, welche auf eine direkte Frage nach dem psychischen Wohlbefinden der befragten Person zurückgeht.

Tabelle 8.5 zeigt die relevanten Risikomerkmale und Risikoausprägungen für die Gruppe 'Überlastung'.

**Tabelle 8.5: Spezifische Risikofaktoren der Risikogruppe 'Überlastung'.**

Variable		kritische Ausprägung	unkritische Ausprägung
p05c17	Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst oder Depressionen? 0 bedeutet "nie" und 10 "immer".	[5] [6] [7] [8] [9] [10] immer	[-8] anderer Fehler [-7] Filterfehler [-3] trifft nicht zu [-2] keine Antwort [-1] weiss nicht [0] nie [1] [2] [3] [4]
age	Alter	18-64	
Bemerkung: Bei der quantitativen Auswertung werden Personen mit niedrigem Bildungsstand im Alter von 25-29 und 50-64 ausgeschlossen, um Überschneidungen der Risikogruppen zu vermeiden. Die aufgeführten Bezeichnungen orientieren sich am Schweizerischen Haushaltspanel 2005. Individuen mit den hier grau geschriebenen Ausprägungen wurden aus dem Datensatz aussortiert.			

### 8.1.5 Ergebnisse der Schätzungen

#### **Einschätzung der relevanten Grundgesamtheit**

Entsprechend der in Tabelle 8.1 aufgeführten kritischen Merkmalsausprägungen wird die relevante Grundgesamtheit für nicht zielkonforme Leistungen in der Invalidenversicherung identifiziert und ihre Grösse, gemessen in Fallzahlen, bestimmt. Aus Tabelle 8.6 ist ersichtlich, dass die Grundgesamtheit derjenigen Versicherten, bei denen nicht zielkonforme Leistungen in relevantem Ausmass potentiell bestehen *könnten*, rund 100'000 Personen umfasst. Bei einem Bestand von RentenbezügerInnen von rund 256'300 entspricht dies rund 39% aller RentenbezügerInnen. An dieser Stelle muss betont werden, dass *diese Zahl keinesfalls als Anzahl von Personen mit nicht zielkonformen Leistungen interpretiert werden kann*; es handelt sich lediglich um die Grundgesamtheit, welche für weitere Schätzungen verwendet wird. (Vgl. auch Abbildung 8.1)

#### **Einschätzung der Grösse der spezifischen Risikogruppen**

Wie bereits oben geschildert, enthält die Gebrechens- und Leistungsstatistik kaum sozioökonomische oder soziokulturelle Merkmale, mithilfe derer eine Quantifizierung der spezifischen Risikogruppen

pen möglich wäre. Deswegen müssen SHP-Daten<sup>74</sup> zur Hilfe genommen werden. In einem ersten Schritt werden die jeweiligen Anteile der Risikogruppen an den entsprechenden Altersgruppen der Gesamtbevölkerung geschätzt. In einem zweiten Schritt werden diese geschätzten Anteile auf die für nicht zielkonforme Leistungen relevante Grundgesamtheit angewendet. Kritisch ist hier die Annahme, dass die Verteilung der betrachteten soziodemographischen Merkmale in der Gesamtbevölkerung dieselbe ist wie in der für nicht zielkonforme Leistungen relevanten Grundgesamtheit. Es ist unwahrscheinlich, dass diese Annahme stimmt. Wir gehen davon aus, dass die Anteile der spezifischen Risikogruppen in der relevanten Grundgesamtheit eher grösser sind als in der Gesamtbevölkerung. Dies lässt sich aber mit den vorhandenen Daten nicht verifizieren.

Bereits hingewiesen wurde auch auf das Problem, dass z.B. der Anteil der über 50jährigen mit niedrigem Bildungsstand aus der Gesamtbevölkerung nicht auf die Anzahl der *mit über 50 Jahren berenteten* IV-RentnerInnen umgelegt wird, sondern auf die Anzahl der *über 50jährigen IV-Rentner*, die irgendwann im Laufe ihres Lebens berentet wurden. Da aber andererseits nicht die Anzahl aller über 50jährigen IV-Rentnerinnen verwendet wird, sondern nur die Anzahl in der relevanten Grundgesamtheit, wo ja z.B. durch Geburtsgebrechen oder Unfall bedingte Invalidität bereits ausgeschlossen ist, halten wir den aus dieser Ungenauigkeit resultierenden Fehler für gering.

Tabelle 8.7 fasst die Ergebnisse zusammen. Die Ergebnisse können folgendermassen interpretiert werden:

Es ist z.B. ersichtlich, dass rund 11% aller Männer zwischen 50 und 64 Jahren in der Gesamtbevölkerung die spezifischen Risikofaktoren der Risikogruppe 'Männer 50+ mit niedrigem Bildungsstand' tragen, welche bei dieser Gruppe einem niedrigem Ausbildungsniveau entsprechen. Weiter ist zu sehen, dass die Altersgruppe der 50-64 Jährigen in der für nicht zielkonforme Leistungen relevanten Grundgesamtheit der IV-RentenbezügerInnen (vgl. Abschnitt 8.1.5) 32'707 Personen umfasst. Nun wird vereinfachend angenommen, dass der Anteil der Männer zwischen 50 und 64 Jahren, welche die spezifischen Risikofaktoren der Risikogruppe 'Männer 50+ mit niedrigem Bildungsstand' tragen, in der Grundgesamtheit der Gesamtbevölkerung und in der für nicht zielkonforme Leistungen relevanten Grundgesamtheit derselbe ist. So wird die Grösse der Risikogruppe 'Männer 50+ mit niedrigem Bildungsstand' auf  $32'707 \text{ Personen} \times 11\% = 3'568 \text{ Personen}$  geschätzt. Die Interpretation für die übrigen Risikogruppen ist analog.

Da sich die Risikogruppen nicht überschneiden, lässt sich die Summe über alle Risikogruppen bilden, um die Grössenordnung des Potentials für nicht zielkonforme Leistungsbezüge insgesamt abschätzen zu können. In der letzten Spalte von Tabelle 8.7 ist ersichtlich, dass der Anteil der Personen mit einem erhöhten Risiko für nicht zielkonforme Leistungen auf rund 24'000 Fälle geschätzt wird, was einem Anteil von rund 9.5% an allen IV-Rentenfälle 2006 entspricht.

24'000 Rentenfälle führen zu jährlichen Rentenleistungen von rund 385 Mio. CHF. Dies kann als *Indikator für die potentielle Grössenordnung* nicht zielkonformer Leistungen interpretiert werden, wobei beachtet werden muss, dass dieser Schätzung viele Annahmen zugrunde liegen, welche im einzelnen zwar gut begründet sind, jedoch in der Summe durchaus Unsicherheiten mit sich bringen.

---

<sup>74</sup> Es existieren in der Schweiz mehrere Erhebungen, die zur Schätzung der spezifischen Risikogruppen hätten verwendet werden können (z.B. Volkszählung, Schweizerische Arbeitskräfteerhebung). Das Schweizerische Haushaltspanel (SHP) wird aus zwei Gründen gewählt: Zum einen ist es repräsentativ für die Gesamtbevölkerung (Erwerbstätige und Nicht-Erwerbstätige), und zum zweiten enthält es eine Frage zum psychischen Wohlbefinden, welche für den hier im Vordergrund stehenden Zweck sehr hilfreich ist.

Nebst den Punktschätzungen der Anteile der einzelnen Risikogruppen an der Gesamtbevölkerung werden in Tabelle 8.7 auch Vertrauensintervalle angegeben: allein schon diese statistische Unsicherheit führt auf eine Spannweite von rund 22'000 – 26'000 in Fallzahlen (ca. 8.5-10% des Bestandes 2006) und dementsprechend 350 Mio. bis 420 Mio. CHF/a. Dem muss bei der Interpretation wie auch bei der Kommunikation der Resultate Rechnung getragen werden.

**Tabelle 8.6: Eingegrenzte Grundgesamtheit, Fallzahlen.**

	18-29 Jährige				30-49 Jährige				50-64 Jährige				Total
	CH		Ausland		CH		Ausland		CH		Ausland		
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
Anzahl Personen mit gebrechens-, funktionsausfall- und leistungsbezogenen kritischen Merkmalsausprägungen gemäss Tabelle 8.1	1'705	1'782	449	440	10'904	12'541	7'158	6'139	20'815	19'158	11'892	7'263	100'246
(kein Einbezug sozio-ökonomischer oder – kultureller Merkmale)	3'487		889		23'445		13'297		39'973		19'155		100'246
	4'376				36'742				59'128				

Bemerkung: Grundgesamtheit von Personen, bei denen nicht zielkonforme Leistungen potentiell bestehen *könnten*, differenziert nach Alter, Herkunft und Geschlecht. Die Darstellung ist unabhängig von den identifizierten spezifischen Risikogruppen.

**Tabelle 8.7: Potentialschätzungen für nicht zielkonforme Renten.**

	'50+ mit niedrigem Bildungsstand'				'Missglückter Berufseinstieg'				'Überlastung' <sup>(5)</sup>				Total							
	Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen									
Betroffene Altersgruppe	50-64 Jahre				25-29 Jahre				18-64 Jahre											
Anteil Personen mit Risikmerkmalen an Altersgruppe, Gesamtbevölkerung <sup>(1)</sup>	Punkt	11.0%		26.2%		7.0%		9.1%		10.7% (11.1%)		16% (19.1%)								
	KI <sup>(2)</sup>	9.2%	13.0%	23.8%	28.5%	3.7%	10.2%	5.8%	12.4%	9.7% (10.0%)	11.7% (12.1%)	14.9% (17.9%)	17.1% (20.3%)							
Grösse Altersgruppe in relevanter Grundgesamtheit <sup>(3)</sup>	32'707				26'421				1'144				1'333				52'923		47'323	
Potentialschätzung für nicht zielkonforme Leistungen, Fallzahlen	Punkt	3'598		6'922		80		122		5'663 (5'874)		7'572 (9'039)		23'956						
	KI <sup>(2)</sup>	3'009	4'252	6'288	7'530	42	117	78	166	5'134 (5'292)	6'192 (6'404)	7'051 (8'471)	9'092 (9'607)	21'602	26'349					
Potentialschätzung für nicht zielkonforme Leistungen, CHF/a <sup>(4)</sup>	Punkt	57.9 Mio.		111.3 Mio.		1.3 Mio.		2.0 Mio.		91.1 Mio. (94.5 Mio.)		121.8 Mio. (145.3 Mio.)		385.2 Mio.						
	KI <sup>(2)</sup>	48.4 Mio.	68.4 Mio.	101.1 Mio.	121.1 Mio.	0.7 Mio.	1.9 Mio.	1.2 Mio.	2.7 Mio.	82.6 Mio. (85.1 Mio.)	99.6 Mio. (103.0 Mio.)	113.4 Mio. (136.2 Mio.)	130.1 Mio. (154.5 Mio.)	347.4 Mio.	423.7 Mio.					

(1) Schätzungen anhand des SHP, n=9'978.

(2) KI: Konfidenzintervall. Mit 95% Wahrscheinlichkeit liegt der geschätzte Anteil für eine *andere* Stichprobe aus der *gleichen* Grundgesamtheit ebenfalls innerhalb des mit der vorliegenden Stichprobe geschätzten KI. Das KI liefert einen Hinweis auf die Verlässlichkeit des geschätzten Anteils.

(3) Zahlen geben die Grösse der Altersgruppen in der für nicht zielkonforme Leistungen relevanten Grundgesamtheit an. Vgl. auch Tabelle 8.6.

(4) Berechnet mit durchschnittlicher Jahresrente. Quelle: IV-Statistik 2006, Mittelwerte gewichtet mit Anzahl BezügerInnen je ganze, dreiviertel, halbe und viertel Renten. Ohne Zusatzrenten für Ehepartner oder Kinderrenten.

(5) Für die Berechnung der Anteile werden Personen mit niedrigem Bildungsstand von 25-29 und 50-64 ausgeschieden, um eine Überschneidung mit den anderen Risikogruppen zu vermeiden. Werte in Klammern mit Überschneidungen.

### ***Möglicher Differenzierungsgrad der Ergebnisse***

Ursprünglich sollte die Quantifizierung der nicht zielkonformen Leistungen in der IV nach Geschlecht und nach Herkunft differenziert werden. Mit dem hier gewählten methodischen Ansatz ist nur eine Differenzierung nach Geschlecht möglich, weil das SHP zwar repräsentativ für die Gesamtbevölkerung der Schweiz ist, aber mit dem Detaillierungsgrad der Auswertung die Genauigkeit abnimmt. Die Anteile der spezifischen Risikogruppen an der Gesamtbevölkerung lassen sich mit hinreichender Genauigkeit schätzen. Die Schätzungen der Anteile der spezifischen Risikogruppen an der ausländischen Bevölkerung jedoch weisen ausser für die Risikogruppe 'Überlastung' zu grosse statistische Unsicherheiten auf, als dass sie verwendet werden könnten.

Für die Risikogruppe Überlastung lässt sich allerdings sagen, dass die Anteile in der ausländischen Bevölkerung höher sind als an der schweizerischen Bevölkerung. Bei den Männern beträgt die Differenz rund 5 Prozentpunkte, bei den Frauen rund 10 Prozentpunkte.

#### **8.1.6 Relevanzbeurteilung für die einzelnen Risikogruppen**

Ergänzend zu Tabelle 8.7 ist in Tabelle 8.8 stark vereinfacht aufgeführt, wie hoch die abdiskontierten, über die Zeit kumulierten Rentenzahlungen für die einzelnen Risikogruppen ungefähr sind. Dies ist ein Indikator für den Handlungsbedarf bzgl. der einzelnen Gruppen.

Auf der Ebene des einzelnen Falls sind eindeutig nicht zielkonforme Rentenleistungen aufgrund eines missglückten Berufseinstieges am teuersten für die Allgemeinheit, da die verbleibende Bezugdauer für diese Risikogruppe sehr gross ist. In der Summe aber ist anzunehmen, dass der Allgemeinheit sehr viel höhere Kosten durch nicht zielkonforme Berentungen entstehen, die Personen aus den anderen beiden Risikogruppen betreffen, da die Fallzahlen hier um Grössenordnungen höher liegen.

**Tabelle 8.8: Grobschätzung des Barwertes der zukünftigen Rentenzahlungen für die einzelnen Risikogruppen.**

	'50+ mit niedrigem Bildungsstand'	'Missglückter Berufseinstieg'	'Überlastung'
Altersgruppe	50-64	25-29	18-64
Schätzung nicht zielkonforme Leistungen, Fallzahlen <sup>(2)</sup>	ca. 10'500	ca. 200	ca. 13'200
Verbleibende mittlere Bezugdauer	7	37	23
Abdiskontierte, über die Zeit kumulierte Rentenzahlungen <sup>(1)</sup> pro Bezüger, Zinssatz 3%	ca. 100'000	ca. 370'000	ca. 270'000
Abdiskontierte, über die Zeit kumulierte Rentenzahlungen <sup>(1)</sup> summiert über Anzahl BezügerInnen, Zinssatz: 3%	ca. 1'000 Mio.	ca. 74 Mio.	ca. 3'600 Mio.
Bemerkung:			
(1) Berechnet mit durchschnittlichen Jahresrenten. Quelle: IV-Statistik 2006, Mittelwerte gewichtet mit Anzahl BezügerInnen je ganze, dreiviertel, halbe und viertel Renten. Ohne Zusatzrenten für Ehepartner oder Kinderrenten.			
(2) vgl. Abschnitt 8.1.5			

## 8.2 Auswertung der Neurentenquoten

Sowohl der Bestand an RentenbezügerInnen als auch die Anzahl NeurentenbezügerInnen pro Jahr sind seit Anfang der 1990er Jahre stetig gestiegen (vgl. auch Kapitel 2). Beide Kennzahlen werden sowohl durch exogene als auch durch endogene Faktoren beeinflusst. Exogene Faktoren wie demographischer Wandel, Strukturwandel und gesellschaftliche Veränderungen sind Treiber des Rentenwachstums.<sup>75</sup> Diese müssen kurz- und mittelfristig als gegeben angenommen werden. Demgegenüber bestehen endogene Faktoren, wie die Ausgestaltung des IV- und des Sozialversicherungssystems, welche die Wirkung der exogenen Faktoren sowohl verstärken als auch vermindern können. Nun erhärten sich die Anzeichen, dass es tatsächlich mit der 4. IV-Revision gelungen ist, trotz mehr oder minder gleich bleibender exogener Faktoren das stetige Rentenwachstums abzubremesen.

Abbildung 8.3 zeigt die Neurentenquote<sup>76</sup> und einen Indikator für den demographischen Wandel von 1996 bis 2006. Im Jahr 2002 hat die Rentenzunahme einen Höhepunkt erreicht. Von Seiten der IV wurde in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass dies zum Teil mit einer Aufarbeitung seit Anfang der 90er aufgelaufener Pendenzen in den Jahren 2001 und 2002 zu erklären ist, da in diesen Jahren die Personalressourcen aufgestockt wurden.<sup>77</sup> Somit ist nicht ganz einfach zu sagen, in

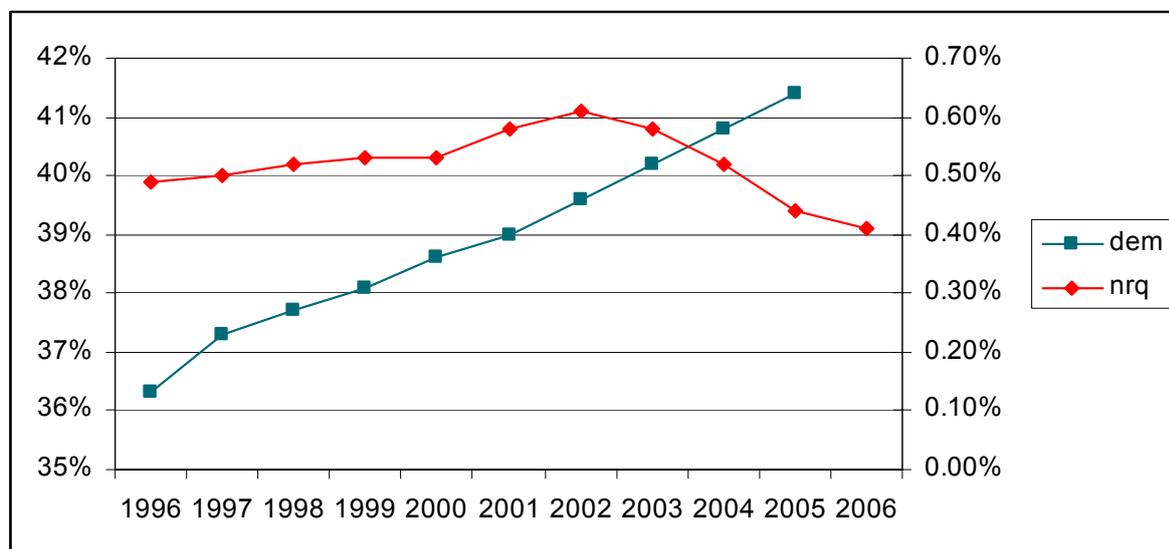
<sup>75</sup> z.B. Aarts et al. 2000.

<sup>76</sup> Neurentenquote = Anzahl Neurentner / versicherte Bevölkerung.

<sup>77</sup> IV-Statistik 2006.

welchem Jahr tatsächlich eine Trendwende eingeleitet hat. Es scheint jedoch so, dass dies vor dem Inkrafttreten der 4. IV-Revision 2004 geschehen ist.

**Abbildung 8.3: Neurentenquoten und demographischer Wandel.**



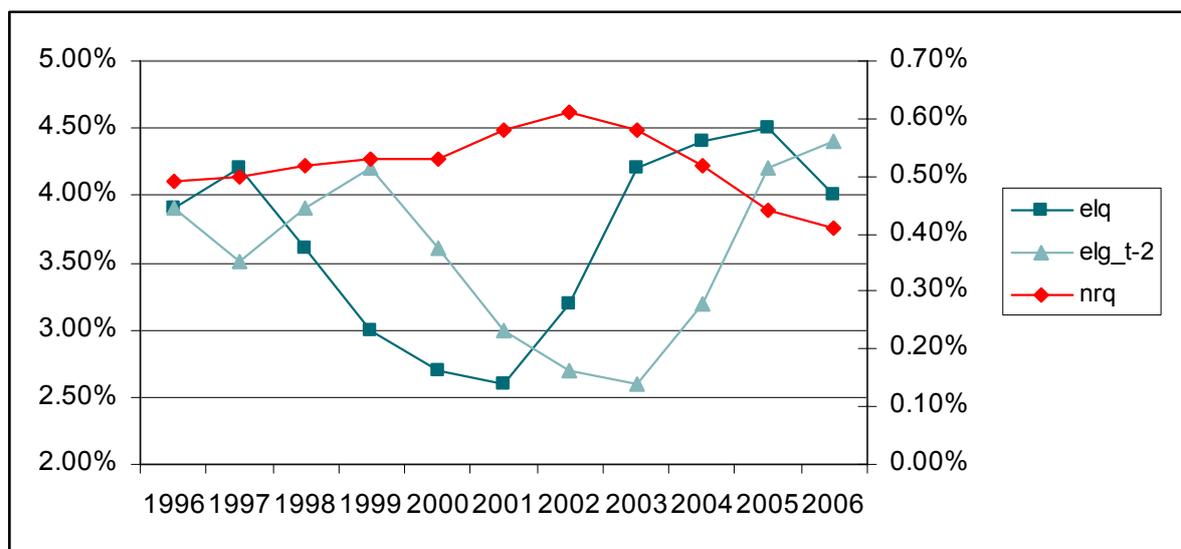
Bemerkung: Anteil der 40-64 Jährigen an 0-64 Jährigen (dem, linke Skala), Neurentenquote (nrq, rechte Skala).

Quelle: ESPOP und IV-Statistik 2006

Trotzdem weisen die vorliegenden Daten auf eine Wirkung der 4. IV-Revision 2004 hin: trotz weiter zunehmender Alterung der Erwerbsbevölkerung<sup>78</sup> sind die Neurentenquoten (wie auch die Anzahl Neurenten absolut, vgl. Tabelle 8.9) in den Jahren 2005 und 2006 deutlich tiefer als in den Jahren 1996 – 2004. Auch steht dies offenbar nicht in direktem Zusammenhang mit der Lage auf dem Arbeitsmarkt: wie Abbildung 8.4 zeigt, besteht in den Jahren 1996-2006 kein positiver Zusammenhang zwischen Erwerbslosen- und Neurentenquote.

Da angenommen werden muss, dass die 4. IV-Revision nicht sofort im Jahr 2004, sondern erst in den darauf folgenden Jahren ihre volle Wirkung entfaltet hat, kann diese deutliche Abnahme der Neurenten zumindest zum Teil als eine positive Wirkung der Revision interpretiert werden. Dies deutet darauf hin, dass die Neurentenquote auch durch endogene, d.h. systembedingte Faktoren beeinflusst worden ist. Folglich ist davon auszugehen, dass ein Teil der Neurentenzusprechungen in den Jahren 1996-2003 aus heutiger Sicht als nicht zielkonform angesehen werden müssen.

<sup>78</sup> Hier wird als Proxy die Bevölkerung zwischen 0 und 64 verwendet.

**Abbildung 8.4: Neurentenquote und Erwerbslosenquote.**

Bemerkung: Erwerbslosenquote (elq, linke Skala), Erwerbslosenquote vor 2 Jahren (elq\_t-2, linke Skala), Neurentenquote (nrq, rechte Skala).

Quelle: ELS und IV-Statistik 2006

Tabelle 8.9 zeigt Neurentenquoten 1996-2006. Die markant tiefere Neurentenquote in den Jahren 2005 und 2006 fällt auf, sie liegt im Mittel bei 0.425%. Da angenommen werden kann, dass die Absenkung der Neurentenquote durch Umstellungen im System erreicht werden konnte (vgl. nochmals oben), kann davon ausgegangen werden, dass die Neurentenquoten in den Jahren 1996-2003 zu hoch waren und nicht gerechtfertigte Neubereitungen stattgefunden haben.

Die beiden letzten Spalten der Tabelle 8.9 zeigen die Differenz zwischen der tatsächlichen Anzahl Neurenten und einer fiktiven Anzahl, die dann zustande gekommen wäre, wenn die Neurentenquote über die Jahre konstant bei 0.425% bzw. bei 0.49% gelegen wäre. Unter der Annahme, dass die "richtige Rentenquoten" (bei der das System optimal funktioniert und keine oder kaum nicht zielkonformen Berentungen stattfinden) zwischen 0.425% und 0.49% liegt, kann gefolgert werden, dass zwischen 1996 und 2003 rund 19'000 bis 43'000 nicht zielkonforme Neubereitungen stattgefunden haben.

Würde man annehmen, dass diese rund 19'000 bis 43'000 BezügerInnen im Jahr 2003 (8-18% des Bestandes) alle noch im Rentenbestand vorhanden waren, wären im Jahr 2003 ca. 300 bis 700 Mio. CHF nicht zielkonforme Leistungen ausgezahlt worden, allein durch nicht zielkonforme Berentungen aus den Jahren 1996 bis 2003. Der Rentenbestand verändert sich jedoch ständig, einerseits durch Zugänge, aber auch durch Abgänge, welche durch Revisionen oder durch das Erreichen des AHV-Alters oder durch Tod ausgelöst werden. Die Abgänge sind bei diesen 19'000 bis 43'000 nicht berücksichtigt. Hinzu kommt, dass, wie schon erwähnt, nach Angaben des BSV seit Anfang der 90er Jahre der Pendenzenbestand stetig zugenommen hat und erst durch die Einstellung zusätzlichen Personals ab 2001 wieder gesenkt werden konnte, was zu den aussergewöhnlich hohen Neurentenquoten in den Jahren 2002 und 2003 beigetragen hat.

Aus diesen Gründen wird der Bestand an nicht zielkonformen Renten, die auf Neuberentungen aus den Jahren 1996 bis 2003 zurückgehen, überschätzt.

**Tabelle 8.9: Neurentenquoten und die Anzahl möglicher nicht zielkonformer Neuberentungen pro Jahr.**

	Neurenten- quote <sup>(1)</sup>	Neurenten, tatsächlich	Neurenten bei 0.425% Neuren- tenquote	Neurenten bei 0.49% Neuren- tenquote	Differenz: tat- sächliche Anzahl Neurenten minus Neurenten bei 0.425% Neuren- tenquote	Differenz: tat- sächliche Anzahl Neurenten minus Neurenten bei 0.49% Neuren- tenquote
1996	0.49%	21'905	18'999	21'905	2'906	0
1997	0.50%	21'970	18'675	21'531	3'296	439
1998	0.52%	22'968	18'772	21'643	4'196	1'325
1999	0.53%	23'711	19'014	21'921	4'697	1'790
2000	0.53%	23'691	18'998	21'903	4'694	1'788
2001	0.58%	26'626	19'510	22'494	7'116	4'132
2002	0.61%	28'147	19'611	22'610	8'536	5'537
2003	0.58%	26'983	19'772	22'796	7'211	4'187
2004	0.52%	24'441				
2005	0.44%	20'887				
2006	0.41%	19'600				
<b>Summe</b>					42'651	19'198

Bemerkung:

(1) Die Neurentenquote wird mit der versicherten Bevölkerung gebildet. Die versicherte Bevölkerung entspricht der ständigen Wohnbevölkerung in der Jahresmitte von 18 bis zum AHV-Rentenalter. Ab 2004 wird mit der Bevölkerung 2004 gerechnet (letzte verfügbare Daten).

Quelle: IV-Statistik 2006 und Medienmitteilung des BSV 2006.

### 8.3 Bisherige quantitative Einschätzungen von nicht zielkonformen Leistungen in der IV

Für die Schweiz existieren zum heutigen Zeitpunkt kaum Arbeiten zu nicht zielkonformen Leistungen in der IV, und erst recht kaum solche, welche empirische Auswertungen verwendet haben.

Stark in den Medien präsent war im Vorfeld zur Abstimmung über die 5. IV-Revision die Studie *"Die Bekämpfung des Versicherungsmissbrauches (BVM) in der Invalidenversicherung unter besonderer Berücksichtigung der Beweissicherung vor Ort (BvO)"* von Bachmann und D'Angelo (2006). Bei dieser Studie handelt es sich in erster Linie um eine juristische Arbeit. Zusätzlich wurde jedoch auch eine Umfrage zu unrechtmässiger Inanspruchnahme von IV-Leistungen bei den IV-Stellen durchgeführt.

Bachmann und D'Angelo stellen im Rahmen ihrer Umfrage fest, dass bei 21 Antwortenden 6 Antwortende sich ausserstande erklären, eine Schätzung des Versicherungsmissbrauchs abzugeben. 4 Antwortende erachten den Missbrauch als sehr gering (<1%). Je 5 Antwortende schätzen den Ver-

sicherungsmissbrauch bei Renten zwischen 1% und 5% bzw. zwischen 5% und 10%, und eine IV-Stelle vermutet 12% bis 15% Versicherungsmissbrauch. Die antwortenden IV-Stellen aus der Romandie erklären sich entweder ausserstande, eine Missbrauchschätzung zu machen oder siedeln den Missbrauch im Promillebereich an. Bei den Rentenleistungen in der Schweiz wird mit diesen Angaben durch die Bildung des arithmetischen Mittels ein Anteil missbräuchlicher Leistungen von 5.3% geschätzt, was 2005 rund 288.3 Mio. CHF entspricht.<sup>79</sup> Es gilt sich aber bewusst zu machen, dass diese Einschätzung auf einer reinen Meinungsumfrage bei den IV-Stellen beruht. Zudem liegen die Schätzungen des Versicherungsmissbrauches in einer erheblichen Bandbreite, was bedeutet, dass der gebildete Mittelwert von 5.3% mit äusserster Vorsicht zu interpretieren ist.

Im Artikel *"Nicht oder schwer objektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen im medizinischen Alltag: Erfahrungen einer unabhängigen Beraterin im Gesundheitswesen"* von A. Thommen (2006) werden hingegen Ergebnisse empirischer Auswertungen präsentiert, auch wenn die Anzahl der betrachteten Fälle sehr klein ist.

A. Thommen von CONSULDOC berichtet von Überwachungsergebnissen bei Versicherten mit einer Kombination von nicht objektivierbaren Diagnosen des Bewegungsapparates und psychiatrischen Diagnosen für die private Versicherungsbranche. In knapp der Hälfte der Fälle mit nicht objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen wurde von CONSULDOC Überwachung empfohlen. Rund ein Achtel der Fälle wurde überwacht: In den Jahren 2004 bis 2006 67 Fälle, 53 Männer und 14 Frauen. Bei 19 Fällen (17 Männern und 2 Frauen), d.h. bei 28% der Überwachten bzw. bei 7% der anfänglich von CONSULDOC zur Überwachung empfohlenen Fälle bzw. bei **3.5% aller (an CONSULDOC verwiesenen) Fälle mit nicht objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen** konnte Versicherungsbetrug festgestellt werden (Schwarzarbeit von >25 h/Woche).

Von den 67 Fällen mit nicht objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen, die von CONSULDOC überprüft wurden, waren 10 Versicherte (15%) nachvollziehbar krank (5 Männer und 5 Frauen), bei drei Überwachten blieb die Situation unklar und bei 35 Überprüften (52%) konnte "aktive Freizeitgestaltung" festgestellt werden (7 Frauen und 28 Männer). 18 dieser 35 Versicherten kehrten nach Einschaltung interner oder externer Case-Manager an die Arbeit zurück, was 27% der 67 Überwachten oder **3,4% aller (an CONSULDOC verwiesenen) Versicherten mit nicht objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen** entspricht (Thommen A. in Murer E., 2006, S. 41 ff.).

Zählt man die eindeutigen Fälle von Versicherungsbetrug und die Fälle mit Arbeit nach Betreuung durch Case-Manager zusammen, so waren 37 der 67 überprüften Fälle mit nicht objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen eindeutig nicht IV-berechtigt, das sind 55% der überprüften bzw. rund **7% des Totals von Versicherten mit nicht objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen**. Diese 7% sind eine untere Grenze, weil drei Fälle unklar blieben und nicht bei allen der verbleibenden 17 Versicherten mit "aktiver Freizeitgestaltung" - aber ohne Rückkehr ins Erwerbsleben - die Kausalität eindeutig sein dürfte

### **Verknüpfung der Ergebnisse von A. Thommen mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie**

Die Ergebnisse von A. Thommen und die Ergebnisse der vorliegenden lassen wie folgt verknüpfen:

---

<sup>79</sup> Bachmann und D'Angelo 2006, S. 22.

- Aus den Ergebnissen von A. Thommen geht hervor, dass bei insgesamt rund 7% der an CONSULDOC verwiesenen Fälle mit nicht- oder nur begrenzt objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht zielkonforme IV-Leistungen vorhanden waren.
- Im Rahmen dieser Studie wird die Anzahl Personen in der IV mit nicht- oder begrenzt objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen auf rund 100'000 geschätzt (vgl. Tabelle 8.6).
- Werden diese beiden Ergebnisse miteinander Verknüpft, ergibt dies eine Schätzung von rund 7'000 Personen mit nicht zielkonformen Leistungen in der IV, was rund 2.7% des Rentenbestandes 2006 entspricht.

## 8.4 Übersicht über die quantitativen Ergebnisse

Tabelle 8.10 gibt eine Übersicht über die quantitativen Schätzergebnisse. Die Ergebnisse liegen gemessen an den jährlichen Rentenausgaben der IV *ungefähr* alle in der gleichen Grössenordnung, nämlich im einstelligen Prozentbereich.

Wir halten die Potentialschätzung für die verlässlichste Schätzung. Sie ist vermutlich einerseits eine Unterschätzung, da die Anteile der spezifischen Risikogruppen in der relevanten Grundgesamtheit mit hoher Wahrscheinlichkeit grösser sind als in der Gesamtbevölkerung, anhand welcher sie ermittelt werden. Andererseits muss davon ausgegangen werden, dass nicht ein Anteil von 100% der einzelnen spezifischen Risikogruppen tatsächlich nicht zielkonform Leistungen erhält. Aufgrund der in den Interviews gesammelten Meinungen von Experten und ExpertInnen nehmen wir aber an, dass der Anteil deutlich über 50% liegt, wenn alle Arten nicht zielkonformer Leistungen und im spezielle auch nicht zustehende Leistungsausrichtung miteinbezogen werden. Insgesamt gehen wir deswegen davon aus, dass das Ergebnis der Potentialschätzung zumindest ein guter und verlässlicher Indikator für die Grössenordnung nicht zielkonformer Leistungen in der IV ist.

Die Schätzung mit Hilfe der Ergebnisse von CONSULDOC halten wir für eine Unterschätzung. CONSULDOC konnte nur eine kleine Zahl der an sie verwiesenen Fälle tatsächlich überprüfen. Auch ist die statistische Unsicherheit sehr gross, da die Stichprobe sehr klein und natürlich auch nicht zufällig gezogen ist.

Die Schätzung der nicht zielkonformen Leistungen anhand der Auswertung der Neurentenquoten hingegen ist tendenziell eine Überschätzung, da nur Zugänge von nicht zielkonformen Rentenfällen berücksichtigt werden, aber keine Abgänge, z.B. in die AHV. Trotzdem bilden unserer Ansicht nach auch diese Schätzungen einen guten Indikator für die Grössenordnung des Problems nicht zielkonformer Leistungen in der IV.

In Anbetracht aller Schätzergebnisse und vor dem Hintergrund der jeweiligen methodischen Mankos halten wir 300 – 400 Mio. CHF nicht zielkonforme Leistungen für eine *realistische Grössenordnung*. Dies entspricht rund 5-6% der jährlichen Rentenausgaben der IV.

**Tabelle 8.10: Übersicht über die Schätzergebnisse.**

Methodischer Ansatz	Ungerechtfertigte Leistungen	Schätzung [Fallzahlen]	Schätzung in [CHF/a]	Beurteilung
<b>Potentialschätzung</b> (vgl. Abschnitt 8.1) Schätzung des <b>Potentials</b> nicht zielkonformer Leistungen mithilfe personenbezogener Risikofaktoren für nicht zielkonforme IV-Leistungen ('Niedrigqualifizierte 50+', 'missglückter Berufseinstieg', 'Überlastete')	Individuelle	22'000 – 26'000 (8-10% des Bestandes 2006)	350 – 420 Mio. (rund 5-6% der Rentenausgaben 2005)	Einerseits Unterschätzung: Anteile Risikogruppen in Gesamtheit IV-RentnerInnen wohl eher grösser als in Gesambevölkerung. Andererseits Überschätzung: Vermutlich bei weniger als 100% der spezifischen Risikogruppe nicht zielkonforme Leistungen
<b>Auswertung Neurenntenquote</b> (vgl. Abschnitt 8.2) Schätzungen mithilfe der <b>Veränderung der Neurenntenquoten</b> nach der 4. IV-Revision ab 2004	Rentenleistungen ohne Partner und Kinderrenten	19'000 – 43'000 Fälle 2003, zurückgehend auf Neuberentungen 1996-2003 (8-18% des Bestandes 2003)	300 – 700 Mio. (5-11% der Rentenausgaben 2005)	Tendenziell Überschätzung: Diese Schätzung berücksichtigt nur Zugänge aber keine Abgänge aus dem Bestand.
<b>Schätzung mithilfe der Auswertungen CONSULDOC</b> (vgl. Abschnitt 8.3) Schätzung, basierend auf der Auswertung von Rentnern mit nicht objektivierbaren Beeinträchtigungen (psychiatrisch kombiniert mit Bewegungsapparat)	Keine Meldpflichtverletzungen	rund 7'000 (rund 3% des Bestandes 2006)	rund 110 Mio. (rund 2% der Rentenausgaben 2005)	Tendenziell Unterschätzung: Von den kritischen Fällen wurde nur ein kleiner Teil überprüft.

Es wurde eine mit einer gewichteten Jahresdurchschnittsrente von 16'080 CHF/a gerechnet.

Rentenausgaben 2005: 6.6 Mia. CHF.

Rentenbestand 2006 (Januar): 256'300 Personen.



## 9 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

### 9.1 Nicht zielkonforme Leistungen in der IV: Die Klärung der Begriffe verhindert Polemik

Bei einem relevanten Anteil der Abstimmungspropaganda für die 5. IV-Revision standen die Begriffe "Missbrauch" bzw. "Missbrauchsverhinderung bei der IV" im Vordergrund. Die hier vorgenommenen Untersuchungen zeigen auf, dass es bei der IV, wie bei jeder Versicherung oder Sozialversicherung, nicht zielkonforme Leistungen und auch Betrug gibt, dass jedoch die Fokussierung auf den so genannten Missbrauch nicht adäquat ist. Der Sache bzw. den Bestrebungen, optimale Funktionalität und Ausrichtung des IV-Vollzuges auf die IV-Ziele zu erreichen, wird durch die Fokussierung auf den Versicherungsbetrug ebenfalls nicht gedient. Erst die sachgerechte und empirisch begründete Differenzierung der vorkommenden nicht zielkonformen Leistungen der IV schafft die Voraussetzungen für eine differenzierte Analyse der Situation und für die Formulierung von Massnahmen zur Verbesserung der aktuellen Situation im Hinblick auf die Zielsetzungen des IVG.

Die begriffliche Differenzierung nicht zielkonformer IV-Leistungen in "**unrechtmässige Inanspruchnahme der IV**", bei welcher die Versicherten und Dritte mit Bezug zu den Versicherten im Zentrum stehen sowie in "**nicht zustehende Leistungsausrichtung der IV**", bei der es um system- oder vollzugsbedingte Aspekte geht, die zu nicht zielkonformen Leistungen führen, erleichtert eine sachliche Analyse und Diskussion.

Die hier vorgenommenen Analysen und Auswertungen zeigen, dass bei der "unrechtmässigen Inanspruchnahme der IV" fahrlässiges Verhalten und Verstösse bezüglich Fallzahlen aber auch bezüglich der finanziellen Leistungen deutlich relevanter sind, als die in der Öffentlichkeit so stark beachteten vorsätzlichen und strafrechtlich relevanten Versicherungsbetrug. Zusätzlich wird deutlich, dass das grösste Potenzial zur Reduktion nicht zielkonformen Leistungen bei vollzugs- und systembedingten Aspekten liegt, die zu nicht zustehender Leistungsausrichtung bei der IV führen.

Die 5. IV-Revision zielt stark auf die nicht zustehende Leistungsausrichtung, indem mit der Früherfassung, den Integrationsmassnahmen und der Unterstützung der Arbeitgebenden der IV-Vollzug stärker auf den Grundsatz "Arbeit vor Rente" ausgerichtet wird. Die hier vorgenommenen Abklärungen bestätigen die Zweckmässigkeit dieser Strategie in der 5. IV-Revision.

### 9.2 Risikobereiche und Risikofaktoren für nicht zielkonforme Leistungen bei der IV

Aufgrund der Literaturlauswertungen, Systemanalyse und ExpertInnen- und Akteurinterviews ergeben sich für die Untersuchung der Risikobereiche und Risikofaktoren die folgenden Untersuchungsebenen:

- Versicherte
- VersichertenvertreterInnen
- Akteure im IV-Verfahren (IVST, RAD, MEDAS, BEFAS, Gutachter, Arbeitgebende)
- IV-Verfahren und institutionelle Ausgestaltung/Organisation der IVG-Umsetzung
- Wirtschaftlicher Kontext

Bezüglich nicht zielkonformer IV-Leistungen sind die Organisation und Ausgestaltung der diversen IV-Abklärungs- und Entscheidungsprozesse (primär nicht zustehende Leistungsausrichtung) sowie die wachsende Gruppe von Versicherten mit schwer objektivierbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen unklarer Kausalität am bedeutsamsten (primär unrechtmässige Inanspruchnahme der IV).

### 9.2.1 Risiko behaftete gesundheitliche Beeinträchtigungen:

Die schwer objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen mit oft unklarer Kausalität stellen eine sehr grosse Herausforderung für die Abklärungen und Entscheidungen im Rahmen der IV dar. Gesellschaftliche Trends führen in einer zunehmend individualistischen Welt mit tendenziell abnehmender sozialer Kontrolle, steigendem Leistungsdruck, wachsenden Ansprüchen an die individuelle Flexibilität und zunehmenden Unsicherheiten vermehrt dazu, dass persönliche Schwierigkeiten medicalisiert werden. Dabei bietet die IV mit ihren hohen Ersatzquoten Versicherten mit Problemen hinsichtlich Arbeitsmarktfähigkeit einen Anreiz, über (schwer objektivierbare) gesundheitliche Beeinträchtigungen zu einer Rente zu kommen (psychogene Beeinträchtigungen, diverse somatoforme Schmerzstörungen).

Das Bundesgericht versuchte, mit seinen Leitentscheiden zu den erforderlichen Voraussetzungen für IV-Leistungen<sup>80</sup> und zur Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit, den bestehenden Ermessensspielraum einzugrenzen. Fachärztliche Befunde, die ihre Erklärung nur in psychosozialen und soziokulturellen Umständen finden, gelten im Sinne der IV nicht als invalidisierend. Bei unklaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie somatoformen Schmerzstörungen, psychogenen Beeinträchtigungen, körperlichen Leiden in Kombination mit psychogenen Beeinträchtigungen, Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates (insbesondere Rückenprobleme) und Schleudertraumata gilt vorerst die Vermutung, dass sie mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Unzumutbar sind sie erst bei Vorliegen einer Komorbidität, bei ausgewiesenem Rückzug aus dem sozialen Leben, bei Chronifizierung oder bei erfolglosen Behandlungen und Rehabilitationsmassnahmen.

Trotz dieser bundesgerichtlichen Leitlinien bleibt im Einzelfall die Diagnose und Einschätzung der (Rest-) Erwerbsfähigkeit bzw. der Zumutbarkeit bei nichtobjektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen unklarer Kausalität problematisch. Es besteht Spielraum für Moral Hazard-Verhalten seitens der Patienten sowie für eine zu stark patientenorientierte Abklärungsoptik bei den begutachtenden ÄrztInnen (insbesondere bei den HausärztInnen infolge der dabei wirksamen Anreize im Arzt-Patienten-Verhältnis, s. unten). Auch wenn somatoforme Schmerzstörungen oder psychogene Beeinträchtigungen gemäss BG-Leitentscheiden nicht mehr unbesehen als IV-Gründe anerkannt werden, besteht die Möglichkeit, dass mit Aggravation oder einer Komorbidität eine invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung erreicht wird. Diese Risikofaktoren werden durch Aspekte des IV-Systems wie die späte Erfassung, die zum Teil sehr langen Warte- und Abklärungsfristen sowie die hohe Ersatzquote verschärft. Bei diesen Versichertengruppen ist daher eine versicherungsmedizinisch sowie fachlich qualifizierte und objektive Beurteilung durch Spezialisten (nicht HausärztInnen) erstrebenswert. Bestehen bis zum Leistungsentscheid Unklarheiten (was bei einem Teil der Fälle mit nicht objektivierbaren Beeinträchtigungen unvermeidlich sein wird), sollten Überprüfungsmaßnahmen zur Bekämpfung von Versicherungsbetrug vorgesehen werden.

---

<sup>80</sup> Fachärztliche Feststellung einer bleibenden oder länger dauernden körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung

### 9.2.2 Versicherten-Risikogruppen

Vor allem die folgenden Versichertengruppen gelten als Risikogruppen für nicht zustehende Leistungsausrichtung sowie in geringerem Masse auch für die unrechtmässige Inanspruchnahme der IV:

- Versicherte mit schlechten Chancen auf dem Arbeitsmarkt: Beruflich schlecht qualifizierte Personen mit niedrigem Ausbildungsstand, oft Personen mit Migrationshintergrund, häufig mit geringen Kenntnissen der Landessprache. Diese Risikogruppe umfasst in der Tendenz Personen mittleren Alters (50+) und männlichen Geschlechts, häufig in hohem Masse körperlich anstrengende Arbeiten verrichtend.
- Allein Erziehende mit Doppelbelastung in Haushalt und Beruf.
- Personen, die eine persönliche Krise durchleben (wie Scheidung, Arbeitsplatzverlust, oftmals verstärkt durch erhöhten Druck am Arbeitsplatz, Mobbing).
- Sehr leistungsbereite oftmals „überangepasste“ Personen, bei denen auch eine relativ kleine gesundheitliche Einschränkung komplexe psychische Probleme auslösen kann, oft als Folge verstärkten Drucks am Arbeitsplatz (häufig Burnout-Fälle).
- Personen mit geringen persönlichen Ressourcen, wenig Selbstvertrauen, eher narzistisch veranlagte Personen; rigide Persönlichkeiten mit schlechter Krisenbewältigungskapazität.
- "Junge IV-Rentner": Jugendliche, die den Berufseinstieg nicht geschafft haben, oft mit Migrationshintergrund, schlechten Sprachkenntnissen und niedrigen beruflichen Qualifikationen.

Es zeigte sich, dass der gemessen am Bevölkerungsanteil überdurchschnittliche Ausländeranteil bei den Bezügerinnen und Bezüglern von IV-Renten differenzierter betrachtet werden muss. Die Ausländer sind auch weit überdurchschnittlich in Stellen mit einem überdurchschnittlichen Invaliditätsrisiko vertreten. Der relativ hohe Ausländeranteil könnte von sozio-kulturellen Aspekten, einer Kumulation von verschiedenen Risikofaktoren und von einer anderen Erwartungshaltung an den Staat abhängen.

Beunruhigend ist die starke Zunahme junger IV-Beziehender mit beruflichen und Integrationsproblemen. Bei diesen Versichertengruppen sind Integrations- und Weiterbildungsmassnahmen dringlich, um Langzeit-Invalidisierungen zu vermeiden.

Bei den oben stehenden Risikogruppen spielen schlecht objektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen mit unklarer Kausalität eine zentrale Rolle (vgl. Kapitel 8.1.3). Massnahmen zur Vermeidung von Invalidisierung liegen bei diesen Gruppen vielfach nicht im medizinischen Bereich, sondern bei Weiterbildung, Integration, sozialer Unterstützung, persönlicher Hilfe, Unterstützung bei der Stellensuche etc. Viele dieser Massnahmen liegen ausserhalb der IV und erfordern daher interinstitutionelle Zusammenarbeit mit den Angeboten der Sozialhilfe, Weiterbildung, Arbeitsvermittlung, etc.

### 9.2.3 Moral Hazard Verhalten auf Seiten der Versicherten

Versicherte haben bei arbeitsplatzbedrohenden Problemen gesundheitlicher aber auch arbeitsmarktlicher Ursache meist einen grossen finanziellen Anreiz, mittels einer Gesundheitsbeeinträchtigung eine IV-Rente zu erwirken. Die Verfügung eines bestimmten IV-Grades verschafft im gleichen Ausmass Zugang zu Renten von Privatversicherern und der beruflichen Vorsorge sowie im Falle von Kindern zu Kinderrenten. Dies kann dazu führen, dass das Renten-Einkommen höher ist als das künftig erzielbare Erwerbseinkommen. Falls die Mindestbeitragsdauer (oder die Anspruchsvoraus-

setzungen) erfüllt sind ist es jedenfalls höher als dasjenige der Sozialhilfe. Nach erfolgter Rentenzusprache haben Versicherte keinen Anreiz mehr, ihre Restarbeitsfähigkeit bei verbessertem Gesundheitszustand auszudehnen, da dies automatisch eine Rentenkürzung zur Folge hat.

In- und ausländische Erfahrungen mit IV-Systemen zeigen, dass die Gefahr ungewollter Anreize, welche zu Moral Hazard führen, schwer zu bannen ist. Die Entwicklung von Krankheitsbildern wie Schleudertrauma, somatoforme Schmerzstörungen, gewisse psychogene Beeinträchtigungen zeigen, dass das Angebot des IV-Systemes auch eine Einladung sein kann, beim Auftreten einer derartiger Beeinträchtigung nicht alle verfügbaren persönlichen Ressourcen zur Rückkehr ins Erwerbsleben zu mobilisieren. Im schlimmsten Falle werden sogar durch IV-Entscheidungen oder durch Revisionsentscheidungen der Verwaltungs- oder Bundesdesgerichtsbarkeit sogenannte lexigene Krankheitsbilder geschaffen. Neben dem klaren aber begrenzten Betrug durch bewusst agierende Betrüger und Simulanten bilden Versicherte, die aus irgendwelchen Gründen unter Druck stehen, eine relevantere Risikogruppe für nicht zustehende Leistungsausrichtung. Gegenmassnahmen sind schwierig, weil die objektiven Voraussetzungen zur Mobilisierung der persönlichen Ressourcen allein schon durch die Existenz bzw. die Angebote der IV in einem gewissen Masse unterlaufen werden. So ist es nicht möglich, alle Fälle, die ohne IV wieder eine Arbeit aufgenommen hätten, auch mit IV, aber mittels eines guten integrationsorientierten Vollzuges<sup>81</sup>, wieder in die Erwerbstätigkeit zurückzuführen.

Die Kenntnis der wirkenden Moral Hazard Anreize und die schwierige Einschätzbarkeit nicht objektivierbarer Gesundheitsbeeinträchtigungen stellen alle abklärenden und entscheidenden Akteure vor schwierige Beurteilungsprobleme. Dies umso mehr, als die jeweiligen Versicherten in der Regel leiden. Sind die Entscheidungen zu versicherungsfreundlich, werden zu viele Rentenberechtigte um ihre Ansprüche gebracht. Sind die Entscheidungen zu versichertenorientiert, besteht die Moral Hazard Gefahr und das Risiko, dass zu viele noch eingliederungsfähige Versicherte Renten erhalten. Die jüngste Entwicklung der Neurentenquote (nach 2004) deutet darauf hin, dass die intensive öffentliche Diskussion der beunruhigend steigenden Neurentenquote und sogenannter "Missbräuche" in der IV bei den diversen Vollzugsorganen der IV zu einem wachsenden Bewusstsein der Bedeutung von Integrationsbemühungen und zu einer zurückhaltenderen Beurteilungspraxis bei der IV geführt haben.

#### 9.2.4 Dyade behandelnder Arzt/PatientIn

Die behandelnden ÄrztInnen haben in der Regel ein zirkuläres Krankheitsverständnis, welches zum Teil mit dem linear-kausalen versicherungsmedizinischen Krankheitsbild in Konflikt steht. Behandelnde ÄrztInnen haben die Optik der kurativen Medizin und daher tendenziell nur begrenzt Verständnis für die Abgrenzung invaliditätsfremder, sozioökonomischer Gründe für gesundheitliche Beeinträchtigungen. Sie haben ein ökonomisches Interesse daran, die Kundenbeziehung zu den jeweiligen PatientInnen aufrecht zu erhalten und sind vielfach zu wenig über die versicherungsmedizinischen Aspekte bei der Abschätzung der Arbeitsfähigkeit informiert (beispielsweise bzgl. Kausalitätsanforderungen und Stellenwert von sozio-ökonomischen, IV-fremden Einflussfaktoren gemäss bundesgerichtlichen Leitentscheiden). Zudem sind ÄrztInnen keine Wiedereingliederungs- und Abklä-

---

<sup>81</sup> Früherkennungs-, Abklärungs-, Weiterbildungs- und Integrationsmassnahmen

rungsspezialistInnen und haben auch keinen entsprechenden Auftrag. Deswegen fehlt der Link zu den Arbeitgebenden und zu den am Arbeitsplatz herrschenden Arbeitsverhältnissen.

Als Folge dieser Situation mit ihren spezifischen Anreizen behandelnder Arzt/Patient dürfen in den Niederlanden Versicherte schon nach kurzer Krankheit nicht durch die behandelnde Ärztin begutachtet werden, weil die latent bestehenden Interessenkonflikte aufgrund der Patienten-Arzt-Beziehung nicht auszuschliessen sind. Im System behandelnde ÄrztInnen/PatientInnen besteht zudem die Gefahr, dass die bundesgerichtlichen Einschränkungen bei der Kausalität und bei nicht objektivierbaren Krankheitsbildern durch die Verlagerung von Diagnosen umgangen werden (beispielsweise Diagnostizierung von Komorbiditäten).

Die Verlagerung der IV-relevanten Beurteilungen auf Versicherungsärzte durchbricht die latente Interessensgemeinschaft Arzt/Patient. Sie hat dafür andere Nachteile: So geht das differenzierte Wissen um die Entwicklung der gesundheitlichen Probleme und ihrer Ursachen teilweise verloren. Zudem muss vermieden werden, dass die bei den Versicherungsärzten wirkenden Anreize einer einseitigen Versicherungsoptik Vorschub leisten und Versicherte um berechnete Ansprüche gebracht werden.

#### **9.2.5 Mängel im aktuellen IV-System und in den IV-Verfahren (System ohne 5. IVG-Revision)**

Aufgrund der vorgenommenen Analysen und ExpertInnengespräche kann von einer zweckmässigen Ausgestaltung des IVG-Vollzuges der grösste Handlungsspielraum zur Reduktion nicht zielkonformer Leistungen erwartet werden. Fast alle Massnahmen, die zur Vermeidung nicht zustehender Leistungen der IV vorgeschlagen werden, setzen bei den Vollzugsprozessen und den jeweiligen Akteuren an. Das Schwergewicht der 5. IV-Revision liegt deshalb folgerichtig bei Massnahmen zur Verbesserung der Vollzugeffektivität im Hinblick auf die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben.

Bisher bestanden für die IVST kaum Anreize für eine effiziente Bewirtschaftung ihrer Ressourcen, Leistungsindikatoren und Benchmarks fehlen weitgehend (werden aber zurzeit entwickelt). Das dezentrale IV-System fördert eine eher grosszügige Rentenvergabe, da von den einzelnen Kantonen keine finanzielle Verantwortung übernommen werden muss. Die IV-Stellen verfügten bisher nicht über die personellen Ressourcen für verbesserte Abklärungen, aktive Wiedereingliederungs- und Vermittlungsbemühungen oder gar Case Management bei spezifischen Versichertengruppen. Die 4. IV-Revision verbesserte mit der Einführung der RAD die IVST-internen Abklärungskapazitäten. Die 5. IV-Revision bringt einen verstärkten Wiedereingliederungsauftrag ("Arbeit vor Rente") mit neuen Aufgaben für die IVST (Früherfassung, Wiedereingliederung, Kontakte mit Arbeitgebern, Unterstützung bei der Vermittlung Versicherter), für die entsprechende Ressourcen bereitgestellt werden (die Botschaft zur 5. IV-Revision spricht von 500 Mio CHF/a). Die hier vorgenommenen Untersuchungen unterstreichen die Richtigkeit und die Dringlichkeit dieser Massnahmen. Die oben beschriebene starke Zunahme der Rentenfälle mit schwer objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen unklarer Kausalität werden für die IVST beim IV-Entscheid weiterhin eine grosse Herausforderung bleiben und schwierige Ermessensentscheidungen erfordern<sup>82</sup>. Umso wichtiger sind gerade bei diesen Risikogruppen die Früherfassung, frühe und aktive Wiedereingliederungsmassnahmen sowie eine peri-

---

<sup>82</sup> Etwa 50% der Zunahme der IV-Ausgaben werden höheren Rentenrisiken zugeschrieben, rund 20% der demographischen Entwicklung der Bevölkerung und rund 30% Leistungsverbesserungen bzw. veränderten Altersgrenzen.

odische Revision der Renten und eine Überprüfung der Situation bei unklaren Fällen mit einem gewissen Risiko unrechtmässiger Leistungsanspruchnahme oder auch nicht zustehender Leistungsausrichtung.

In der Situation vor der Umsetzung der 5. IV-Revision stehen die folgenden Systemmängel im Vordergrund:

- Der **Zeitraum bis zum Einsetzen von Integrationsmassnahmen** wird durch die langen Verfahrensdauern, das Hintereinander der Sozialversicherungen, die Wartezeiten auf Gutachten, aber auch durch die Zersplitterung des Sozialsystems zu stark verlängert. Die **Koordination zwischen IV, Taggeldversicherung und Krankenversicherung** ist bisher ungenügend. Weder die Krankenkassen noch die Taggeldversicherungen haben genügend Anreize, Massnahmen zum Erhalt oder zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durchzuführen, da beide finanziell nicht Träger der später eventuell über Jahre oder sogar Jahrzehnte anfallenden Rentenzahlungen sind. Dadurch wird die Wiedereingliederung von Versicherten erschwert, sie entwickeln falsche Erwartungshaltungen und Folgekrankheiten, ihre Arbeitsfähigkeit kann sich mit zunehmender Verfahrensdauer verringern und allfällige Chronifizierungsrisiken nehmen stark zu (die 5. IV-Revision soll mit den Massnahmen zu Früherfassung und Wiedereingliederung Verbesserungen bewirken).
- Die **berufliche Abklärung, Vermittlung und Wiedereingliederung** wurde bisher vernachlässigt, neue Methoden wie Case Management werden zuwenig genutzt (soll aber mit der 5. IVG-Revision stark verbessert werden).
- Die **Beurteilung von Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit** erfolgt oftmals ohne genaue Kenntnisse des Arbeitsplatzes und des Berufsprofils des Versicherten sowie ohne Einbezug der Arbeitgeber, welche gerade bei psychisch behinderten Personen i.d.R. wenig Entgegenkommen zeigen. Die Zusammenarbeit zwischen IVST, Arbeitgeber und behandelndem Arzt bzw. Ärztin ist bisher ungenügend (auch hier bringt die 5. IV-Revision Verbesserungen durch den Auftrag zur Beratung von Arbeitgebern, Auskunftspflichten etc.)
- Die nach der 4. IVG-Revision eingeführten **RAD** werden kontrovers beurteilt. Ihre diagnostische Kompetenz bei chronischen Krankheiten wird zum Teil angezweifelt. Vielfach müssen die RAD infolge fehlender personeller Kapazitäten immer noch zu viele externe, versicherungsmedizinisch nicht optimale, Gutachten einholen und nehmen zuwenig eigene medizinische Abklärungen vor.
- Die IVST gehen bisher nicht systematisch gegen **Betrug** oder **nicht zustehende Leistungsausrichtungen** vor. Die **Rentenrevisionen** werden vielfach nur oberflächlich durchgeführt. Im Lichte der neuen Rechtssprechung muss vermutet werden, dass bei der Einschätzung der Erwerbsfähigkeit oft noch Spielraum bestehen würde. Die periodische Überprüfung der Erwerbsfähigkeit wird zurzeit aufgrund von mangelnden personellen Ressourcen nicht oder zu oberflächlich vorgenommen. Es ist unklar, welche Bedeutung Meldepflichtverletzungen (Schwarzarbeit) haben.
- Die **MEDAS** -Stellen haben zurzeit ungenügende Kapazitäten (BEFAS haben unseres Wissens zur Zeit sogar Überkapazität). Die Wartezeiten für Abklärung sind viel zu lang (oft über 6 Monate), was sich gerade bei den problematischen Versicherten, für die diese Dienste in Anspruch genommen werden, besonders nachteilig auswirken kann (Chronifizierungserscheinungen, Dekonditionierung).
- Die **Koordination zwischen IV, ALV und Sozialhilfe** ist oft weiterhin ungenügend und IIZ ist die Ausnahme. Weiterhin bestehen Anreize für die Sozialhilfestellen, Sozialhilfefälle an die IV zu überweisen, um die eigenen Kassen zu entlasten. Gleichzeitig ist auch bei den Sozialhilfebezügern ein grosser Anreiz vorhanden, sich um eine IV-Rente zu bemühen. Der Bezug einer IV-Rente wirkt in der Regel weniger stigmatisierend als der Bezug von Sozialhilfe. Auch wird die

Auszahlung von Sozialhilfe vielerorts deutlich restriktiver gehandhabt als die Auszahlung einer bewilligten IV-Rente. Zudem ist die Ersatzquote in der Sozialhilfe in der Regel bedeutend tiefer.

Der starke Rückgang der Neurentenquote nach der 4. IV-Revision zeigt, dass in der Konzeption und Ausgestaltung des IVG-Vollzuges ein Potenzial für die Verminderung von IV-Leistungen steckt, das genutzt werden sollte. Die intensiv geführte öffentliche Diskussion über die Zunahme von IV- und Sozialhilfebezügern mag ein zusätzlicher Faktor für die sinkende Neurentenquote gewesen sein. Es kann vermutet werden, dass die öffentliche Diskussion der Problematik der volkswirtschaftlich unerwünschten Wirkung der IV als "Rentenfalle" die Ermessensentscheide der für die IV relevanten Beurteilungsgremien beeinflusst hat und dazu beigetragen hat, dass in Grenzfällen vielleicht eher gegen eine Rente entschieden wird (Untersuchungen wo und weshalb seit 2004 die Neurentenquoten sinken, liegen aber zurzeit nicht vor).

Neben der wirkungsvollen Umsetzung der mit der 5. IV-Revision beschlossenen Massnahmen sehen wir vor allem in den folgenden Vollzugsbereichen akuten Handlungsbedarf:

- **Umgang mit schwer objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen:** Die gesellschaftlich-wirtschaftlichen Entwicklungstrends deuten darauf hin, dass diese IV-Risiken in Zukunft eher noch zunehmen werden. Werden die Ermessensspielräume nicht durch einen radikalen Ausschluss einzelner Krankheitsbilder verringert, ist mit einer Zunahme von immer komplexeren Symptomen zu rechnen, welche die Entscheidungen der IVST erschweren werden. Die Entwicklung einer einheitlichen Praxis sowie die Weiterentwicklung der zum Teil schon bestehenden Abklärungskriterien sollte daher IVST übergreifend vorangetrieben und im kontinuierlichen Erfahrungsaustausch von IVST, Begutachtenden, ExpertInnen (ÄrztInnen, PsychologInnen, JuristInnen, Versicherungsfachleuten) weiterentwickelt werden. Die Herausforderung des IV-Systemes durch diese IV-Risiken ist gross. Die gute Bewältigung dieser Aufgabe ist für die Glaubwürdigkeit der IV zentral. Sie schafft die Voraussetzungen dafür, dass ihr weiterhin Ressourcen zur Verfügung gestellt werden und bestehende Leistungen nicht gekürzt werden.
- **Überprüfung laufender Renten:** Der stark gestiegene Rentenbestand und die starke Zunahme von Renten für schwer objektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen mit oft unklarer Kausalität erhöht die Relevanz und Anforderungen an Rentenrevisionen. Die bisherige Revisionspraxis muss u.U. neu konzipiert werden. Dabei geht es insbesondere darum, Rentenbezüger zu identifizieren, bei welchen die Chance für gesundheitliche Verbesserungen besteht und bei welchen Wiedereingliederungsmassnahmen eine gewisse Erfolgswahrscheinlichkeit haben.

#### 9.2.6 Kontext der IV und der IV-Verfahren (Situation ohne 5. IVG-Revision)

Wie bereits erwähnt gelten diverse gesellschaftliche Entwicklungstrends als Treiber einer Zunahme der Invaliditätsrisiken:

- Demographische Entwicklung: Zunehmendes Durchschnittsalter der Erwerbsbevölkerung.
- Gesellschaftliche Veränderungen: Individualisierung, schwächere Familienstrukturen, Flexibilisierung, zunehmender Druck auf die Arbeitsintensität und –effizienz, steigende Qualifikationsanforderungen, Suchtprobleme.
- Medizinalisierungstendenzen invaliditätsfremder Faktoren (persönliche und soziale Probleme), Gefahr lexigener Gesundheitsschäden, welche durch die Rechtsanwendung bei Versicherungsfällen mit unklarer Kausalität geschaffen werden.
- Veränderter Arbeitsmarkt: Durch Strukturwandel bedingte Verlagerung von Arbeitsplätzen mit negativen Auswirkungen auf die Beschäftigung für Niedrigqualifizierte und Verschwinden von

Nischenarbeitsplätzen durch Effizienzsteigerungen und technischen Fortschritt. Gleichzeitig steigende Anforderungen an die Arbeitnehmenden.

Wir gehen davon aus, dass die zugrunde liegenden gesellschaftlich-wirtschaftlichen Megatrends in Zukunft nicht verschwinden, sondern eher zunehmen könnten. Die beunruhigende Zunahme von jungen IV-Beziehenden, oftmals mit ungenügender Ausbildung und Integrationsproblemen, deutet darauf hin, dass in Zukunft auch noch zusätzlichen Risikogruppen auftauchen können, für die spezifische Massnahmen zur Risikoreduktion ergriffen werden müssen. Die hohe Ersatzquote der IV gemeinsam mit den automatisch an den IV-Entscheid gekoppelten weiteren Versicherungen (BV, private Versicherungen) bietet für gewisse Risikogruppen einen starken Anreiz sich um eine IV-Rente zu bemühen.

### 9.3 Abschätzung des Ausmasses nicht zielkonformer Leistungen der IV

Die empirischen Grundlagen zur quantitativen Abschätzung nicht zielkonformer Leistungen der IV fehlen weitgehend. Um überhaupt zu Aussagen zu kommen, die nicht nur anekdotischen Charakter haben, werden einerseits Potenzialaussagen gemacht, welche **Potenziale** bzw. die oberen Grenzen für nicht zielkonforme Leistungen bezeichnen. Andererseits werden die wenigen statistisch nutzbaren Informationen, welche Rückschlüsse auf nicht zielkonforme Leistungen erlauben, für die Schätzung nicht zielkonformer IV-Leistungen verwendet.

Die quantitativen Schätzungen der nicht zielkonformen Leistungen betreffen **individuelle Rentenleistungen ohne Partner- oder Kinderrenten**. Die Schätzungen beziehen sich in erster Linie auf nicht zielkonforme Rentenzahlungen, die auf einen zu tief eingestuftten Erwerbsfähigkeitsgrad zurückzuführen sind. **Meldepflichtverletzungen<sup>83</sup> wie auch nicht zielkonforme Hilflosenentschädigungen und Krankentaggelder werden nicht erfasst**.

Die Schätzungen umfassen sowohl 'unrechtmässige Inanspruchnahmen der IV' wie auch 'nicht zustehende Leistungsansprüche'. Die Anteile dieser beiden Kategorien konnten nicht bestimmt werden.

Die verfolgten Ansätze zur Einschätzung nicht zielkonformer Leistungen in der IV sind mit grossen Unsicherheiten behaftet. Dies widerspiegelt sich in den grossen Spannweiten der Schätzergebnisse. Die Schätzungen nicht zielkonformer Leistungen bewegen sich zwischen rund 3% und 18% des Rentenbestandes, was in Geldeinheiten eine Spannweite von rund 110 Mio. bis 700 Mio. CHF pro Jahr ergibt. Das sind 1,6% bis gut 10% der Rentenausgaben im Jahr 2005 bzw. 1% bis gut 6% der gesamten IV-Ausgaben im Jahr 2005.

Sowohl die vorgenommenen Potenzialschätzungen als auch die Entwicklung der Neurentenquoten nach 2004 ergeben eine ähnliche Grössenordnung für die geschätzten nicht zielkonforme Renten-

---

<sup>83</sup> Unterlassene Meldungen von Änderungen des Erwerbseinkommens bei gleicher Arbeitszeit oder Änderungen des Ausbildungsstatus der Kinder

leistungen im Jahr 2005 von etwa **300 – 400 Mio. CHF/Jahr oder 5% - 6% der Rentenzahlungen im Jahr 2005**<sup>84</sup>.

Diese Angaben zu nicht zielkonformen Leistungen beziehen sich nur auf die Gewährung von Renten. Wie bereits erwähnt, können hier keine quantitativen Aussagen zu nicht zielkonformen Zahlungen bei Hilflosenentschädigungen, Krankentaggeldern oder Zahlungen für Integrationsmassnahmen gemacht werden. Vor allem Meldepflichtverletzungen beim Rentenbestand werden als relevant eingeschätzt und dürften den Anteil nicht gerechtfertigter IV-Leistungen merklich nach oben verschieben. Nicht zielkonforme Leistungen bei Hilflosenentschädigungen, Krankentaggeldern und Wiedereingliederungsmassnahmen dürften vorkommen, werden jedoch im Vergleich zu den nicht zielkonformen Leistungen beim Rentenbestand und bei Neuberentungen um eine Grössenordnung weniger relevant eingeschätzt.

**Tabelle 9.1: Übersicht des Potenzials, der geschätzten Fallzahlen und Rentenzahlungen von nicht zielkonformen IV-Leistungen im Jahr 2005.**

Methodischer Ansatz	Schätzung in Fallzahlen	Schätzung in CHF/a
<b>Potentialschätzung</b>	22'000 – 26'000	350 – 420 Mio. CHF/a
Schätzung des Potentials nicht zielkonformer Leistungen mithilfe personenbezogener Risikofaktoren für nicht zielkonforme IV-Leistungen	8-10% des Rentenbestandes 2006	rund 5-6% der Rentenausgaben 2005
<b>Auswertung Neurentenquote</b>	19'000 – 43'000 (2003)	300 – 700 Mio. CHF/a <sup>1)</sup>
Schätzungen mithilfe der Veränderung der Neurentenquoten nach der 4. IV-Revision ab 2004	zurückgehend auf Neuberentungen 1996-2003 8-18% des Rentenbestandes 2003	5-11% der Rentenausgaben 2005
<b>Schätzung mithilfe Auswertung CONSULDOC</b>	rund 7'000	rund 110 Mio. CHF/a
Schätzung, basierend auf der Auswertung von Rentnern mit nicht objektivierbaren Beeinträchtigungen (psychiatrisch kombiniert mit Bewegungsapparat)	knapp 3% des Rentenbestandes 2006	rund 2% der Rentenausgaben 2005
1) Hier wurden nur die gegenüber 2005 und 2006 höheren Neurentenquoten der Jahre 1996 – 2003 ausgewertet. Die Abgänge von Versicherten, die 1996-2003 neu berentet wurden, werden nicht berücksichtigt (z.B. auch Abgänge in die AHV). Daher dürfte der tatsächliche Wert eher im unteren Bereich der Schätzung liegen, bei 8% bis 10% des Rentenbestandes oder 300-400 Mio. CHF/Jahr als bei 18% des Rentenbestandes oder 700 Mio. CHF/Jahr liegen.		

Die hier vorgenommenen quantitativen Untersuchungen bestätigen die bisher gemachten Schätzungen für nicht zielkonforme IV-Leistungen: Werden auch Meldepflichtverletzungen beim Rentenbestand und weitere mögliche nicht zielkonforme Leistungen bei den Wiedereingliederungsmassnahmen und bei den Hilflosenentschädigungen miteinbezogen, dann dürften die nicht zielkonformen

<sup>84</sup> Wir verwenden bei der Schätzung ungerechtfertigter Rentenleistungen mithilfe den veränderten Neurentenquoten nach 2004 den unteren Bandbreitenwert der Schätzung von 300 – 700 Mio. CHF/a ungerechtfertigter Rentenleistungen gemäss Kapitel 8.2, weil die fehlende Berücksichtigung von Rentenabgängen sonst eine Überschätzung ergäbe.

Leistungen der IV im Bereich von gut 3% bis maximal 6% der gesamten IV-Ausgaben im Jahr 2005 liegen.

Hält der Trend der Neuberentungen der Jahre 2005 und 2006 an und werden in Zukunft weitere Massnahmen zur Bekämpfung von Versicherungsbetrug ergriffen, ist mit einer Abnahme des Anteils nicht zielkonformer Leistungen zu rechnen. Vor allem die systembedingten, nicht zustehenden Leistungsausrichtungen sollten dabei nach Umsetzung der 5. IV-Revision deutlich zurückgehen.

## **9.4 Massnahmen und Empfehlungen**

Die folgenden Massnahmen und Empfehlungen ergeben sich aus den vorgenommenen Abklärungen, Interviews und aus den in der Literatur dokumentierten Erfahrungen aus dem In- und Ausland. Sie unterstützen grundsätzlich die Änderungen der 5. IVG-Revision (machen aber keine Aussagen über nötige Leistungsänderungen bzw. über die Adäquanz der in die 5. IVG-Revision aufgenommenen Massnahmen zu Leistungsreduktionen).

### **9.4.1 Früherfassung invaliditätsgefährdeter Versicherter**

Die Früherfassung invaliditätsgefährdeter Versicherter, wie sie mit der 5. IVG-Revision angestrebt wird, ist absolut zentral, um Dekonditionierung, falsche Erwartungshaltungen und Chronifizierungen zu vermeiden und um den Arbeitsplatzverlust beim bisherigen Arbeitgeber möglichst zu verhindern. Der bisherige Arbeitgeber wird in der Regel ein grösseres Engagement aufbringen als ein neuer Arbeitgeber. Er hat ein Interesse am betrieblichen Know-how des Versicherten, kann Einarbeitungskosten sparen und wird eher bereit sein, Anpassungen am Arbeitsplatz und beim Pensum des Versicherten vorzunehmen. Dies auch darum, weil die persönliche Beziehung und gewisse Verpflichtungsgefühle zwischen Betrieb und Arbeitnehmer eine gewisse Rollen spielen dürften. Allerdings muss vermieden werden, dass durch die Früherfassung beim Versicherten die Erwartung geweckt wird, er/sie sei ein IV-Fall, und dass dadurch ein Abgleiten oder ein Fallenlassen in die Krankheit ausgelöst wird, welche die Mobilisierung vorhandener persönlicher und betrieblicher Ressourcen zur Bewältigung der Probleme unterlaufen. Die erforderlichen Massnahmen zur Früherfassung sind in der 5. IVG-Revision enthalten. Zentral sind dabei die Koordination der verschiedenen Versicherungsträger (UV, KTG, ALV und Sozialhilfe) und der Arbeitgebenden mit der IV. Die Arbeitgebenden spielen bei der Früherfassung und bei den Massnahmen zur Verhinderung der IV-Anmeldung eine wesentliche Rolle: Identifikation von Problemen bei Angestellten, Massnahmen, Koordination von Abklärungen und Massnahmen mit der IV.

### **9.4.2 Verkürzung von Bearbeitungs- und Wartezeiten**

Neben der Verkürzung der Zeit bis zur IV-Anmeldung und bis zu Abklärungs- und Reintegrationsmassnahmen durch Früherfassung spielen die Bearbeitungs- und Wartezeiten bei den diversen Abklärungen der IVST eine wichtige Rolle, vor allem bei den risikobehafteten Fällen, die weitere Abklärungen erfordern. Die Wartezeiten bei den MEDAS- Stellen sowie bei vielen Gutachtern sind viel zu lang und schaffen zusätzliche Risiken. Die Abklärungskapazitäten müssen daher nachfragegerecht ausgebaut werden.

#### **9.4.3 Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Versicherungsarzt/-ärztin (nicht durch behandelnden Arzt)**

Die behandelnden ÄrztInnen kennen zwar ihre PatientInnen am besten, sind aber aufgrund des wirtschaftlichen und persönlichen Arzt-Patienten-Verhältnisses und des kurativen (nicht versicherungsmedizinischen) Ansatzes Partei des Versicherten und daher oft nicht neutral. Mindestens bei den risikobehafteten Gesundheitsbeeinträchtigungen sollten daher keine Arbeitsfähigkeitsgutachten von behandelnden ÄrztInnen verwendet werden → Ausbau der RAD-Kapazität und/oder von anderen versicherungsmedizinischen Gutachtern.

#### **9.4.4 Ausbau der versicherungsmedizinischen Abklärungskapazitäten, Unterstützung der Qualitätsentwicklung versicherungsmedizinischer Abklärungen**

Die Versicherungsmedizin ist in der Schweiz bisher relativ schlecht entwickelt. Seitens des Fachverbandes bestehen Bestrebungen zur Verbesserung der aktuellen Situation. Es sollte geprüft werden, ob diese Bestrebungen unterstützt werden müssen/sollen. Zusätzlich ist die Etablierung und Unterstützung von versicherungsmedizinischen Qualitätszirkeln zur Weiterentwicklung der Abklärungsqualität und zur Entwicklung einheitlicher Standards bei nicht objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen unklarer Kausalität in Zusammenarbeit mit den einschlägigen Organisationen zu prüfen.

#### **9.4.5 Selbstlernendes System: Informationsrückfluss von IV-Entscheiden und Beschwerdeentscheiden zu den jeweiligen GutachterInnen**

Im Rahmen der durchgeführten Interviews zeigte sich, dass der Rückfluss von IV-Entscheiden der RAD bzw. IVST zu den GutachterInnen sowie von Versicherungsgerichts- und Bundesgerichtsentscheidungen weitgehend fehlt. Den GutachterInnen auf den verschiedensten Verfahrensebenen und bei den verschiedenen Gutachterstellen fehlen somit Anreiz und Basis für die Überprüfung ihrer Arbeit, der Erfahrungsaufbau wird dadurch beeinträchtigt. Im Sinne eines selbstlernenden Systems soll der adäquate Rückfluss von Informationen über die Ursachen und Begründungen von Differenzen zu den erstellten Gutachten an die GutachterInnen organisiert werden. Zusätzlich sollte die Einrichtung und der Betrieb eines Web-basierten Forums zu versicherungsmedizinischen Fragen und IV-Entscheidungen durch das BSV in Zusammenarbeit mit den einschlägigen Verbänden geprüft werden. Denkbar sind zudem Erfahrungsgruppen, welche Diagnosekriterien entwickeln, vereinheitlichen und kommunizieren und welche Benchmarks zu den IV-Prozessen sowie Wirkungen erarbeiten.

#### **9.4.6 Überprüfung von Fällen mit nichtobjektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen unklarer Kausalität**

Für Versicherte mit risikobehafteten Krankheitsbildern sollen genügend geeignete Abklärungsmöglichkeiten geschaffen und genutzt werden. Dabei sollen Spezialisten verfügbar sein und die modernsten Abklärungsmethoden genutzt werden. Andererseits sollen durch die IVST nach der Rentenzusprache bei Fällen mit nicht objektivierbaren Beeinträchtigungen Überprüfungen vorgenommen werden, welche sich an den in einigen Kantonen in der Sozialhilfe entwickelten Überprüfungsverfahren orientieren. Vertiefte Überprüfungen sollten aus Aufwand- und Akzeptanzgründen nur bei Fällen vorgenommen werden, bei denen ein gewisses Risiko für nicht zielkonforme Leistungsbezü-

ge besteht. Das BSV prüft in Zusammenarbeit mit den IVST Triage-Kriterien für Abklärungen vor Ort bei begründetem Verdacht zu entwickeln.

#### **9.4.7 Verbesserung der Rentenrevisionen, Lokalisierung von Meldepflichtverletzungen**

Die Rentenrevisionen werden zurzeit zuwenig konsequent und oft zu oberflächlich vorgenommen. Aus diesen Gründen sind Kriterien zu entwickeln, nach welchen die laufenden Rentenfälle überprüft werden sollen (Auswahl, Häufigkeit, Prüfmethode). Dabei soll wiederum eine Triage vorgenommen werden und aus Kosten-/Nutzen- und Akzeptanzgründen primär eine Konzentration auf Rentenfälle erfolgen, bei denen ein gewisses Risiko für Meldepflichtverletzungen besteht. Im Vordergrund stehen dabei Rentenbeziehende mit unklaren und nicht objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen und mit Krankheitsbildern, bei denen im Laufe der Zeit Besserungschancen bestehen, sowie Rentenbeziehende, bei denen die Zumutbarkeitsbeurteilung sehr schwierig war und bei denen Erwerbsfähigkeit nicht ausgeschlossen oder gar vermutet wird.

Die IVST sollten eine Koordination mit der Bekämpfung der Schwarzarbeit gemäss Gesetz über Massnahmen zur Bekämpfung von Schwarzarbeit anstreben. Bisher erhält die IV keine Meldung über aufgedeckte Schwarzarbeit. Im Sinne einer Sofortmassnahme sollten daher auch die IVST über vorgefundene Schwarzarbeit unverzüglich informiert werden (Aufnahme der IVST in Art. 12, Abs. 4 des Bundesgesetzes über Massnahmen zur Bekämpfung des Versicherungsmissbrauches).

Unrechtmässig bezogene Leistungen sollten zur Erhöhung der Präventivwirkung soweit möglich zurückgefordert werden.

#### **9.4.8 Anreize für Arbeitgebende**

Die Arbeitgebenden können einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung von Invaliditätsrisiken, zur Abklärung von Arbeitsplatzmassnahmen und zur Bereitstellung von geeigneten (Nischen-) Arbeitsplätzen zur Reintegration von IV-Fällen leisten. Viele Arbeitgebende leisten bereits heute entsprechende Beiträge.

Arbeitgebende haben laut Gesetz (ArG, ArGV3, VUV) die Pflicht zum Schutz der Gesundheit sowie zur Wahrung der persönlichen Integrität der Arbeitnehmenden am Arbeitsplatz. Sie haben u.a. dafür zu sorgen, dass die Arbeitnehmenden weder psychisch noch physisch überbeansprucht werden (auch präventiv). Betriebe mit besonderen Gefahren müssen bei mangelndem eigenen Fachwissen ArbeitsärztInnen und andere SpezialistInnen der Arbeitssicherheit beiziehen (Art. 11 VUV, EKAS-Richtlinie Nr. 6508). Verstösse gegen diese gesetzlichen Vorschriften sind ein Offizialdelikt. Das ist auch im Zusammenhang mit kritischen Krankheitsbildern wie Burnout, Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates etc. bedeutsam, die vielfach durch die Arbeit verursacht oder mitbedingt sind.

Grundsätzlich hat der einzelne Arbeitgebende in der heutigen Situation jedoch wenig Anreiz, konsequent Unterstützung anzubieten (Trittbrettfahrerproblematik: Das Kollektiv aller Arbeitgebenden hat ein Interesse, die IV-Prämien zu senken. Der einzelne Arbeitgebende hingegen kann hoffen, ohne eigenen Beitrag von den Massnahmen der Übrigen zu profitieren). In dieser Situation werden Rahmenbedingungen benötigt, die die Schaffung von Nischenarbeitsplätzen, die Früherfassung, die Ri-

sikoverminderung und das Ergreifen von Eingliederungsmassnahmen unterstützen<sup>85</sup>: Beispielsweise ein Bonus-/Malussystem, bei dem alle Arbeitgebenden, welche Nischenarbeitsplätze und Integrationsbeiträge anbieten Boni erhalten und alle übrigen mit einem Malus die Massnahmen bzw. Boni finanzieren.

#### **9.4.9 Verbesserung der statistischen Grundlagen**

Bei den hier vorgenommenen Untersuchungen hat sich gezeigt, dass die statistischen Grundlagen im IV-Bereich (noch) nicht ausreichen, um differenzierte Auswertungen und Analysen vorzunehmen. Es war beispielsweise nicht möglich IV-BezügerInnen differenziert nach Gebrechens- und Funktionscode *und* sozioökonomischen Kriterien auszuwerten, um daraus Hinweise auf nicht zielkonforme Leistungen zu erhalten. Allerdings ist die Aufnahme solcher sozioökonomischer Merkmale in die Datensammlung in Planung oder für gewisse Variablen bereits realisiert. Zum Zeitpunkt der Durchführung des vorliegenden Projektes war jedoch die Plausibilisierung und Aufbereitung der Daten noch nicht abgeschlossen.

Auch scheint die Datenerfassung und Dokumentation in den Kantonen nicht einheitlich und in gleich guter Qualität vorgenommen zu werden (es wurden Datenmanipulationen zur künstlichen Aufblähung von ablehnenden Entscheidungen von IVST identifiziert). Gerade bezüglich der identifizierten Risikobereiche (Risikogruppen von Versicherten, Risiko-Krankheitsbilder) müssen die Administrativdaten erweitert bzw. differenziert werden, damit für diese Risiken statistische Analysen und Auswertungen machbar werden.

---

<sup>85</sup> Das Fehlen derartiger Rahmenbedingungen ist die Hauptschwäche der 5. IVG-Revision und ein Hauptangriffspunkt der Gegner der Revision.



## Literaturverzeichnis

- Aarts L., De Jong P. und Prinz C. (2000): "Determinanten der Inanspruchnahme einer Invalidenrente", im Auftrag des BSV, Forschungsbericht Nr. 10/00, Bern, Oktober 2000.
- Bachmann R. und D'Angelo M. (2006): "Die Bekämpfung des Versicherungsmissbrauches (BVM) in der Invalidenversicherung unter besonderer Berücksichtigung der Beweissicherung vor Ort (BvO)", Diplomarbeit Hochschulzyklus Sozialversicherungsmanagement 2005/2006, Luzern und Bern, 28. Juli 2006.
- Bachmann R., Müller F., Balthasar A. (2005): "Einmal Rente immer Rente? – Wege in und aus der Invalidenversicherung: Prozesse und Bedingungen", Verlag Rüegger, Chur, 2005.
- Baliarda A. (2006): "Arbeitsfähigkeit nicht bestimmbar - was nun?", in Schweiz Med Forum 2006;6:871-876, 2006.
- Bari J.P., Peters M. und Wapf B. (2007): "Evaluation der regionalen ärztlichen Dienste (RAD)", BSV, Bern 2007, noch nicht erschienen.
- BFS (2006): "Die Bevölkerung der Schweiz 2005", BFS, Neuchâtel, 2006.
- BFS (2007): "Armut von Personen im Erwerbsalter", BFS, Neuchâtel, 2007.
- Bollier, G. E. (2005): "Leitfaden schweizerischer Sozialversicherungen", 9. überarbeitete Auflage, Wädenswil, 2005.
- BSV (2004): "5. IV-Revision - Entwurf und erläuternder Bericht für die Vernehmlassung", Bern, September 2004.
- BSV (2006): "Ungerechtfertigter Leistungsbezug in der Invalidenversicherung (IV): Bedeutung und Grössenordnung", Projektausschreibung im Rahmen des Forschungsprogrammes IV, Bern, 4.9. 2006.
- BSV (2006b): "Versicherungsmissbrauch und ungerechtfertigter Leistungsbezug in der IV", Bericht auf Antrag von NR Meyer vom 12.1. 2006 zuhanden der nationalrätlichen Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit, Bern 1. Februar 2006.
- Catrina, W. (2006): "Betrügern auf der Spur", Clarity Frühling 2006, KPMG.
- Dummermuth Andreas: "Überforderte Invalidenversicherung?", Glaube und Wirtschaft, Interkonfessionelle Informationsstelle, Fribourg, Nov. 2006.
- Herzer H. 2000: "Zunehmende Invalidisierung trotz medizinischem Fortschritt bei Schweizern und Ausländern"; Schweizerische Ärztezeitung 2000;81: Nr. 47.
- IV-Stellen-Konferenz: "Bekämpfung Versicherungsmissbrauch", Bericht einer ASA/SVV/AHV/IV-Tagung in Zürich am 13. Juni 2006, Stans im November 2005.
- IV-Stellen-Konferenz: "Rentenwachstum in der Invalidenversicherung: Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates vom 19. August 2005", Stans 2006.
- Kieser, Ueli und Senn, Jürg: "Invalidität - alles über Renten, Rechte und Versicherungen", 2., aktualisierte Auflage, Der Schweizerische Beobachter, Zürich, 2005.

- Kissel, W.: "Whiplash/Schleudertrauma – vom Unfall 'Schleudertrauma' zur chronischen Krankheit", Schweizerische Ärztezeitung 2000;81: Nr. 49.
- Marelli R.: "Nicht oder schwer objektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen im medizinischen Alltag: Erfahrungen des Psychiaters", in Murer E. Hrsg.: "Nichtobjektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen: Ein Grundproblem des öffentlichen und privaten Versicherungsrechtes sowie des Haftpflichtrechtes", Stämpfli Verlag, Bern, 2006.
- Müller Urs: "Der natürliche und adäquate Kausalzusammenhang nicht objektivierbarer Gesundheitsschäden: Die Leitentscheide des Bundesgerichtes und des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes", in Murer E. Hrsg.: "Nichtobjektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen: Ein Grundproblem des öffentlichen und privaten Versicherungsrechtes sowie des Haftpflichtrechtes", Stämpfli Verlag, Bern, 2006.
- Murer Erwin: " 'Entmedizinisierung' der Versicherungsfälle unklarer Kausalität als Voraussetzung für nachhaltige Lösungen", in Murer E. Hrsg.: "Nichtobjektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen: Ein Grundproblem des öffentlichen und privaten Versicherungsrechtes sowie des Haftpflichtrechtes", Stämpfli Verlag, Bern, 2006.
- Murer Erwin: "Moral Hazard und die Versicherungsfälle unklarer Kausalität, unter besonderer Berücksichtigung psychogener Störungen nach Unfällen sowie des sog. ‚Schleudertraumas‘“, Schweiz. Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge, Band 50, 2006, Heft 3.
- Murer Erwin: "Systembedingte Hindernisse auf dem Weg zur Entscheidungsfindung in Fällen unklarer Kausalität zwischen Gesundheitsschaden und Invalidität in der IV“, Schweiz. Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge, Band 46, 2002, Heft 4.
- OECD: "Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers – Norway, Poland and Switzerland", OECD, 2006.
- Oliveri M., Kopp H.G., Stutz K., Klipstein A., Zollikofer J. (2006): "Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit", Teil I und II; in Schweiz Med Forum 2006;6:420-431 und 2006;6:448-454.
- Pilgrim U. (2006): "Nicht oder schwer objektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen im medizinischen Alltag: Erfahrungen eines Hausarztes und Rheumatologen", in Murer E. Hrsg.: "Nichtobjektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen: Ein Grundproblem des öffentlichen und privaten Versicherungsrechtes sowie des Haftpflichtrechtes", Stämpfli Verlag, Bern, 2006.
- Thommen A. (2006): "Nicht oder schwer objektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen im medizinischen Alltag: Erfahrungen einer unabhängigen Beraterin im Gesundheitswesen", in Murer E. Hrsg.: "Nichtobjektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen: Ein Grundproblem des öffentlichen und privaten Versicherungsrechtes sowie des Haftpflichtrechtes", Stämpfli Verlag, Bern, 2006.
- Spycher, S. et al.: "Analyse der interkantonalen Unterschiede innerhalb der Invalidenversicherung", Büro Bass, Bern, 2003.
- Walther M. (2005): "Souffrance du corps - souffrance de l'âme", PrimaryCare 2005;5: Nr. 15.
- Weiss, D. (2006): "Rechtliche Aspekte der Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs in der Personenversicherung", SZS 5/2006, 2006, Bern.
- Wilkinson R. und Marmot M. (2003): "Social Determinants of Health - The solid Facts", second edition, World Health Organisation, Copenhagen, 2003.

**Informationsblätter**

"Leistungen der Invalidenversicherung", Merkblatt 4.01, Informationsstelle AHV/IV und BSV (hrsg.), 2006, Bern.

"Invalidenrente und Hilflosenentschädigung der IV", Merkblatt 4.04, Informationsstelle AHV/IV und BSV (hrsg.), 2006, Bern.

"Das IV-Verfahren", Merkblatt 4.06, Informationsstelle AHV/IV und BSV (hrsg.), 2006, Bern.

**Datenquellen**

BSV: Interne Datenauswertung von IV-Daten, durchgeführt von Markus Buri, François Donini und Gabriel Sottas, BSV, 2006.

BSV: Geschäftstätigkeit der IV-Stellen – Auswertungsbericht 2005, BSV, Bern, 2006.

Swiss Householdpanel and SILC Data, 1999-2005, Release W99-05 / v01 – February 2007, Neuchâtel, 2007.

ESPOP, fertige Tabellen zur Bevölkerungsstruktur, Statistisches Lexikon der Schweiz, BFS, Neuchâtel, 2006.

ELS, fertige Tabellen zur Erwerbslosigkeit in der Schweiz, Statistisches Lexikon der Schweiz, BFS, Neuchâtel, 2006.

**Medienmitteilungen**

BSV: "IV: Ergebnisse 2006", Medienmitteilung vom 12.03.2007, Bern, 2007.



## Anhang

### Liste der interviewten Personen

#### Explorative Vorgespräche

Name	Funktion
Andreas Dummermuth	Leiter IV-Stelle NW
Daniel Grütter	Arzt FHM im RAD Luzern
Hans Georg Kopp	Medizinischer Leiter, Zentrum für Begutachtung, REHA Klinik Bellikon
Renato Marelli	FMH Psychiatrie & Psychotherapie; Präsident Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie
Urs Mattenberger	Stv. Leiter IV-Stelle ZH
Ernst Meier	Case Manager, HR Stadt Zürich
Annette Thommen	Ärztin FMH, Selbst. Beraterin, Consuldoc

#### Befragung Hauptphase

Name	Funktion
Niklas Baer	Leiter Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation
Thomas Bischoff	Arzt FMH, Bussigny
Rudolf Conne	FMH Psychiatrie und Psychotherapie
Karl Heinz Damej	IV-Stelle Aargau
Gianni Di Meo	Mitarbeiter Bereich Observation, Zürich Versicherung
Lisa Estermann	Teamleiterin Koordinationsstelle Missbrauch, SUVA
Jürg Gassmann	Geschäftsführer Pro Mente Sana
René Howald	Leiter Bereich Leistungen, IV-Stelle BS
Jürg Jeger	Chefarzt MEDAS Zentralschweiz
Dieter Kissling	FHM Allg. Medizin und Arbeitsmedizin, Leiter Institut für Arbeitsmedizin
Andreas Klipstein	Departement Rheumatologie und Institut für Physikalische Medizin
Susanne Leuzinger-Näf	Eidgenössisches Versicherungsgericht (EVG)
Colette Nova	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
Jean Perdrix	Arzt FMH und Gutachter für MEDAS Lausanne
Gabriela Riemer-Kafka	Professorin für Sozialversicherungsrecht, Universität Luzern
Herr Ringenbacher	IV-Stelle Nidwalden
Jean-Philippe Ruegger	Leiter IV-Stelle Waadt

Name	Funktion
Alfred Ruhoff	FMH Psychiatrie und Psychotherapie
Hans-Rudolf Schuppisser	Schweizerischer Arbeitgeberverband (AGV)
Urs Siegenthaler	Versicherungsfachmann
Georg Soltermann	Präsident SIM Swiss Insurance Medicine
Bernhard Studhalter	IV-Stelle Nidwalden
Marco Vanotti	Leitender Arzt an der medizinischen Poliklinik Lausanne
Antoni Visconi	Stv. Leiter, IV-Stelle Wallis
Thomas Weber	Psychologe FSP kognitive Verhaltenstherapie
David Weiss	Jurist, Zürich Versicherungen
Jürg Zollikofer	Arzt FMH, Präsident Gesellschaft für Vertrauensärzte

## Interview Leitfaden

### Definition "ungerechtfertigter Leistungsbezug"

Wir unterscheiden 3 Arten von "ungerechtfertigtem Leistungsbezug". Es sind dies: der klassische Versicherungsmissbrauch, der unrechtmässige Leistungsbezug sowie die ungerechtfertigte Leistungsausrichtung. Untenstehend finden Sie Erläuterungen zu den Definitionen.

**Versicherungsmissbrauch:** Vorsätzliche Handlungen des Versicherten oder von Dritten, aktive Simulation, Vorspiegelung falscher Tatsachen.

*Beispiele:* Vorsätzliches Vortäuschen eines Unfalls, einer Krankheit oder von Symptomen.

**Unrechtmässiger Leistungsbezug:** Fahrlässiges (nicht "vorsätzlich" im juristischen Sinne) Verhalten des Versicherten oder von Dritten, unter anderem bei unklarer Kausalität und nicht objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen.

*Beispiele:*

- Verletzung der Schadensminderungspflicht indem der oder die Versicherte sich selbst nicht um Wiedereingliederung bemüht.
- Die versicherte Person bemüht sich nicht selbst um eine Verbesserung des Gesundheitszustandes z.B. durch Schwimmen bei Rückenschmerzen.
- Unterlassene Meldung von Schwarzarbeit, eines veränderten Arbeitspensums und/oder eines höheren Einkommens durch Rentenbezüger mit laufenden Renten.

**Ungerechtfertigte Leistungsausrichtung:** Alle weiteren Möglichkeiten ungerechtfertigter IV-Leistungen. Hier geht es vor allem um Fehleinschätzungen der IV-Stellen, der RAD, MEDAS, weiterer Gutachter sowie um system-/prozessbedingt ungerechtfertigte Leistungsausrichtungen. Besonders heikel sind Fälle mit nicht objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen sowie fehlende Prüfung/Überwachung unklarer und daher verdächtiger Fälle.

*Beispiele:*

- Bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelingt die Abgrenzung der Krankheit oder Unfallfolgen von den sozio-ökonomischen und sozio-kulturellen Faktoren nicht (d.h. die Kausalität wird falsch eingeschätzt). Fälle mit Arbeitsunfähigkeit infolge IV-fremder Faktoren werden nicht als solche erkannt.
- Falscher IV-Grad durch unrichtige Annahmen zur verbleibenden Erwerbstätigkeit (bei 'Schwarzarbeit') oder durch falsche Annahmen zum resultierenden Einkommen bzw. zum Einkommen in der bisherigen Tätigkeit (vor IV).
- Unterlassung von Revisionen bei laufenden Renten bzw. ungenügende/oberflächliche Abklärung des effektiven IV-Grades bei Revisionen.

## **Gesprächsleitfaden:**

### **Definition "ungerechtfertigter Leistungsbezug"**

Allgemeine Beurteilung der erarbeiteten Definition bezüglich Prägnanz und Vollständigkeit

### **Versicherungsmissbrauch**

- Bedeutung und Ausmass des Versicherungsmissbrauchs
- Identifikation von allfälligen Risikogruppen oder Krankheitsbildern, die anfällig für Versicherungsmissbrauch sind
- Identifikation von Mängel im Abklärungsprozess, die Versicherungsmissbrauch begünstigen
- Ausmass des Versicherungsmissbrauchs
- Ansatzpunkte zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch

### **Unrechtmässiger Leistungsbezug/ungerechtfertigte Leistungsausrichtung**

- Identifikation von Risikofaktoren für ungerechtfertigten Leistungsbezug/ungerechtfertigte Leistungsausrichtung
- Rolle der nicht objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen (bzw. Gesundheitsbeeinträchtigungen mit schwieriger Kausalität)
- Identifikation von Problemen bei der Bestimmung von Zumutbarkeit und Erwerbsfähigkeit insbesondere bei schwer objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen
- Bedeutung der Gerichtspraxis, Leiturteile des BVG und des Bundesgerichtes
- Bedeutung des ungerechtfertigten Leistungsbezuges bei Taggeldern, individuellen Massnahmen
- Identifikation von Risikogruppen, Identifikation von negativen Anreizen für den Versicherten
- Identifikation von Aspekten des IV-Prozesses, die ungerechtfertigten Leistungsbezug/ungerechtfertigte Leistungsausrichtung
- Umfang und Ausmass des ungerechtfertigten Leistungsbezuges/der ungerechtfertigten Leistungsausrichtung
- Rolle der Arbeitgebenden
- Identifikation von Ansatzpunkten zur Verminderung von ungerechtfertigtem Leistungsbezug/ungerechtfertigter Leistungsausrichtung

### **Allgemeine Einschätzungen und Lösungsansätze**

- Allgemeine Einschätzung des "ungerechtfertigten Leistungsbezuges" im Gesamten; in Prozent der IV-Fälle mit Renten, betragsmässig in Prozent der ausbezahlten Rentensumme
- Empfehlungen zur Reduktion ungerechtfertigter Bezügen
- Identifikation von Lösungsansätze und Massnahmen zur Reduktion von Versicherungsmissbrauch, ungerechtfertigten Leistungsausrichtung/ -bezug

## Erkenntnisse aus den Expertengesprächen: ausführliche Zusammenfassung

Die Präsentation der Erkenntnisse aus den Expertengesprächen orientiert sich am Interviewleitfaden. Darin wurde allerdings eine andere Begrifflichkeit verwendet, da die Interviews im Bezug auf der von uns vorgängig erarbeiteten Definition geführt wurden, welche nicht zielkonforme IV-Leistungen in die Aspekte "Versicherungsmissbrauch", "unrechtmässiger Leistungsbezug" und "ungerechtfertigte Leistungsausrichtung" aufteilte (vgl. Kapitel 5). Diese Definition wurde jedoch im Laufe der Untersuchung modifiziert und in die Aspekte "unrechtmässige Inanspruchnahme der IV" und "nicht zustehende Leistungsausrichtung" überführt. Wobei die Kategorie "unrechtmässige Inanspruchnahme der IV" ungefähr die beiden Kategorien "Versicherungsmissbrauch" und "unrechtmässiger Leistungsbezug" umfasst. Die Kategorie "nicht zustehende Leistungsausrichtungen" ist äquivalent zur Kategorie ungerechtfertigte Leistungsausrichtung.

*Der Kohärenz wegen werden bei der Präsentation der Befragungsergebnisse die im Interviewleitfaden aufgeführten Definitionen verwendet.*

### 1. **Stellungnahme der ExpertInnen zu Versicherungsmissbrauch, unrechtmässigem Leistungsbezug und ungerechtfertigter Leistungsausrichtung**

#### ***Einschätzung des Ausmasses und Einschätzung der Relevanz***

**Versicherungsmissbrauch:** Die Beurteilung von Ausmass und Relevanz von Versicherungsmissbrauch fiel relativ homogen aus. Allerdings waren nur wenige ExpertInnen zu einer quantitativen Schätzung bereit.<sup>86</sup> Dies hatte mehrere Gründe. Vielen befragten ExpertInnen war diese Thematik mit zu grosser Unsicherheit behaftet. Einige befragte ExpertInnen, insbesondere Vertreter der Verbände oder Personen, welche nur am Rande mit dem IV-System in Berührung sind, fühlten sich aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit nicht in der Lage, eine fundierte Einschätzung abgeben zu können. Einige ExpertInnen empfanden die Frage nach geschätzten prozentualen Anteilen von Missbrauch und ungerechtfertigtem Bezug als unseriös. Viele der befragten ExpertInnen machten nur qualitative Aussagen zum Ausmass des Versicherungsmissbrauchs und betonten dabei stark den hohen Unsicherheitsfaktor ihrer Schätzung.

Die Stellungnahmen der ExpertInnen, welche sich zum Versicherungsmissbrauch äusserten, lassen sich folgendermassen zusammenfassen:

Zwei ExpertInnen sind der Ansicht, dass die Gefahr des Missbrauchs zwar bestehe, die Dimension von den Medien allerdings stark übertrieben werde. Zehn ExpertInnen schätzen das Ausmass von Versicherungsmissbrauch als gering ein. Nebst fünf qualitativen Einschätzungen („der klassische Versicherungsmissbrauch ist vermutlich gering“, „sehr selten“, „marginal“) wurden die folgenden quantitativen Schätzungen gemacht, die sich jedoch auf unterschiedliche Grundgesamtheiten beziehen:

- 2% aller jährlichen Neurenten (1 Nennung)
- Unter 1% aller ausgesprochenen Renten (1 Nennung)

---

<sup>86</sup> Zehn befragte Experten gaben keine Stellungnahme zur Thematik Versicherungsmissbrauch ab.

- Bei den psychisch bedingten Invaliditätsfällen liegt der Missbrauch bei 2-5% (1 Nennung)
- 0.1% aller IV-Bezüger beziehen missbräuchlich (im Sinne von VM) eine IV-Rente (1 Nennung)
- 1-2% aller IV-Bezüger beziehen missbräuchlich (im Sinne von VM) eine IV-Rente (1 Nennung)

Zwei ExpertInnen geben an, dass im vergangenen Jahr (aufgrund von konkreten Hinweisen) ein respektive fünf Fälle von Versicherungsmissbrauch aufgedeckt wurden. Allerdings vermuten beide ExpertInnen eine relativ hohe Dunkelziffer. Eine befragte Person gibt im Durchschnitt 4-5 Fälle von Meldepflichtverletzungen pro Jahr an. Allerdings wird auch hier eine hohe Dunkelziffer vermutet.

Zwei ExpertInnen sind der Ansicht, dass das Ausmass von Versicherungsmissbrauch in den letzten Jahren stark zugenommen habe und äussern die Vermutung, dass die Relevanz von Versicherungsmissbrauch daher tendenziell unterschätzt werde. Ein Experte macht darauf aufmerksam, dass in der Versicherungsbranche davon ausgegangen wird, dass pro Person, welche in der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauchs (BVM) tätig ist, rund 1 Mio. an Auszahlungsleistungen eingespart wird.

Wie aus den obigen Aussagen ersichtlich wird, ist die Vergleichbarkeit der Schätzungen nicht gegeben, da sich diese auf unterschiedliche Grundgesamtheiten beziehen, nämlich auf die jeweiligen persönlichen Erfahrungsbereiche der Befragten.

Generell konnte bei den befragten ExpertInnen, die bei Privatversicherungen tätig sind, eine kritischere Haltung festgestellt werden. Diese Expertengruppe ist tendenziell der Meinung, dass der Missbrauch zugenommen habe und in Ausmass und Relevanz von den Sozialversicherungen unterschätzt werde. Eine gegenteilige Position wird in besonderem Masse von befragten ExpertInnen eingenommen, die aus der Westschweiz kommen. Diese Expertengruppe vertritt mehrheitlich die Einstellung, dass die Thematik des ungerechtfertigten Leistungsbezugs in der IV aufgrund der medialen Aufmerksamkeit überschätzt werde. Es wird bemängelt, dass in den letzten Jahren aufgrund der Praxisverschärfung viele begründete Rentengesuche abgelehnt wurden.

**Unrechtmässiger Leistungsbezug und ungerechtfertigte Leistungsausrichtung:** Bezüglich des Ausmasses von unrechtmässigem Leistungsbezug und ungerechtfertigter Leistungsausrichtung sind die quantitativen Einschätzungen der ExpertInnen äusserst vage. Lediglich neun der befragten ExpertInnen äusserten sich in quantitativer Weise zum Ausmass dieser beiden Aspekte des ungerechtfertigten Leistungsbezugs. Die überwiegende Mehrheit der befragten Personen nahm keine Stellung dazu oder machte lediglich vage qualitative Aussagen. Mehrfach wird betont, dass eine quantitative Einschätzung dieser beiden Kategorien äusserst schwierig, wenn nicht gar unmöglich sei.

Bezüglich Relevanz und Ausmass ist die überwiegende Mehrheit der befragten ExpertInnen jedoch der Ansicht, dass der unrechtmässige Leistungsbezug und die ungerechtfertigte Leistungsausrichtung wohl ein weitaus grösseres Problem darstellen als der Versicherungsmissbrauch und dementsprechend wohl vergleichsweise hoch seien.<sup>87</sup>

---

<sup>87</sup> Die befragten Personen haben in der Regel die Problematik der ungerechtfertigten Leistungsausrichtung und des unrechtmässigen Leistungsbezuges als weitaus wichtiger eingestuft als der Versicherungsmissbrauch. Auch wenn sie diese Einschätzung nicht mit einer quantitativen Schätzung untermauern können.

Die quantitativen Einschätzungen zum Ausmass von unrechtmässigem Leistungsbezug und unge-rechtfertigter Leistungsausrichtung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Eine befragte Person ist der Ansicht, dass bei rund 40% der Neurenten eine teilweise berufliche Reintegration möglich wäre, natürlich unter der Annahme eines „idealen“ IV-Systems und eines mehr oder minder ausgeglichenen Arbeitsmarktes.
- Ein Experte schätzt den Prozentsatz von IV-Bezügern, die unter idealen Bedingungen (d.h. bei rechtzeitiger Arbeitsintegration) zumindest teilweise wieder eingegliedert werden könnten auf rund 20%.
- Eine befragte Person vermutet den Anteil von ungerechtfertigten Leistungsausrichtungen bei ungefähr einem Drittel aller IV-Renten. In diese Schätzung mit eingeschlossen sind auch Leistungs-ausrichtungen aufgrund eines nicht „richtig“ festgelegten IV-Grades.

Zum Aspekt des unrechtmässigen Leistungsbezuges von Seiten der Versicherten gaben drei be-fragte Personen eine Einschätzung ab:

- Ein Experte vermutet bei 50 bis 70% der Versicherten, die an Programmen zur beruflichen In-tegration/ Wiedereingliederung teilnehmen, eine ungenügende Motivation.
- Eine befragte Person vermutet bei 20 bis 25% der psychisch Erkrankten eine ungenügende Motivation für die berufliche Integration/ Wiedereingliederung; allerdings unter der Einschrän-kung, dass die ungenügende Motivation auch teilweise zum Krankheitsbild gehört.
- Eine befragte Person schätzt aufgrund seiner Erfahrung den Prozentsatz von Versicherten, die ungenügend motiviert sind für die berufliche Integration/ Wiedereingliederung, auf rund 10%.

## 2. Stellungnahme der Experten zu personenbezogenen Risikofaktoren

### *Kritische Krankheitsbilder*

Die Frage nach kritischen Krankheitsbildern beantworteten vor allem Expertinnen mit einem medizi-nischen Hintergrund. Dies liegt höchst wahrscheinlich daran, dass diese Expertengruppe häufiger direkt mit IV-Fällen konfrontiert ist als die anderen befragten Expertenkreise.

Die von den befragten ExpertInnen genannten Krankheitsbilder beziehen sich in der Regel auf alle Aspekte nicht zielkonformer IV-Leistungen. Insbesondere das Schleudertrauma (HWS) wird als äus-serst missbrauchs anfällig hervorgehoben (10 Nennungen). In geringerem Masse gilt dies auch für Schäden am Bewegungsapparat in Koppelung mit psychischen Beeinträchtigungen (5 Nennungen).

Die Einschätzungen der Expertinnen fielen sehr homogen aus: Generell werden alle somatoformen Schmerzstörungen<sup>88</sup> und Gesundheitsschäden mit unklarer Kausalität als kritische Krankheitsbilder identifiziert (16 Nennungen); da hier einerseits die Diagnose komplex ist und andererseits die Ein-schätzung der (Rest-) Arbeitsfähigkeit und der Zumutbarkeit als äusserst schwierig erachtet wird. Zudem handle es sich hier in hohem Masse um unspezifische, subjektiv deklarierte Beschwerden, was auch einen gewissen Raum für Aggravation oder (in geringerem Masse) für Simulation zulasse.

---

<sup>88</sup> Eine somatoforme Schmerzstörung liegt nach ICD-10 vor, wenn ein Patient über Monate hin anhaltend über schwere und quälende Schmerzen klagt, für deren Erklärung adäquat durchgeführte somatische Untersuchungen keinen ausreichenden Anhalt geben.

Insbesondere bei Patienten mit Aggravationstendenzen besteht eine erhebliche Gefahr der Ausweitung von Schmerzstörungen.

Des Weiteren werden Gesundheitsbeeinträchtigungen des Bewegungsapparats (vor allem Rücken) in Kombination mit psychischen Erkrankungen von fast allen befragten ExpertInnen als kritische Krankheitsbilder erachtet (12 Nennungen). Ebenfalls häufig genannt werden verschiedene psychische Erkrankungen/ Störungen wie Befindlichkeits- oder Persönlichkeitsstörungen sowie Depression. Häufig treten diese psychischen Erkrankungen in Kombination mit somatischen Leiden auf. Zudem werden von einzelnen oder mehreren befragten ExpertInnen die folgenden Krankheitsbilder als anfällig für nicht zielkonforme Leistungsausrichtungen eingestuft, infolge problematischer Einschätzbarkeit von Arbeitsfähigkeit und Kausalität:

- Schmerzkrankheiten wie Fibromyalgie oder Borreliose
- Verschiedene psychosoziale oder psychische Erschöpfungszustände wie Burnout, Nervenzusammenbruch, Depression, Chronic Fatigue Syndrom oder sonstige Überlastungssymptome oftmals ausgelöst durch verstärkten Druck am Arbeitsplatz
- Traumata ausgelöst durch negative Kindheitserfahrungen oder Kriegserfahrungen
- Neuropsychologische (geistige) Defizite nach leichten Kopftraumata
- Posttraumatische Belastungsstörungen infolge Unfalltrauma (Luxor-Effekt) oder ein infolge eines Unfalls reaktiviertes früheres Trauma

### **Risikogruppen**

Zu den Risikogruppen äusserte sich der selbe Expertenkreis wie zu den kritischen Krankheitsbildern, nämlich Personen mit einem medizinischen Hintergrund.

Als Risikogruppen für ungerechtfertigte Leistungsausrichtung und unrechtmässigen Leistungsbezug sowie in geringerem Masse auch für Missbrauch werden von den befragten ExpertInnen die folgenden fünf Personengruppen hervorgehoben:

- Personen mit schlechten Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Es sind dies beruflich schlecht qualifizierte Personen mit niedrigem Ausbildungsstand, oft Personen mit Migrationshintergrund, die häufig über geringe Kenntnisse der Landessprache verfügen. Diese Risikogruppe umfasst in der Tendenz Personen mittleren Alters (50+) und männlichen Geschlechts. Diese Risikogruppe enthält auch Personen, die in hohem Masse körperlich anstrengende Arbeiten verrichten (21 Nennungen).
- Allein erziehende Frauen mit Doppelbelastung in Haushalt und Beruf (3 Nennungen).
- Personen, die eine persönliche Krise durchmachen wie Scheidung, Arbeitsplatzverlust, oftmals verstärkt durch erhöhten Druck am Arbeitsplatz (Mobbing) (3 Nennungen).
- Sehr leistungsbereite oftmals „überangepasste“ Personen, die aufgrund einer relativ kleinen gesundheitlichen Einschränkung komplexe psychische Probleme bekommen, ausgelöst in der Regel durch verstärkten Druck am Arbeitsplatz (häufig auch Burnout-Fälle) (4 Nennungen).
- Personen mit geringen persönlichen Ressourcen, wenig Selbstvertrauen, eher narzistisch veranlagte Personen; rigide Persönlichkeiten mit schlechter Krisenbewältigungskapazität (2 Nennungen).

- Die Gruppe der „jungen IV-Rentner“ umfasst Jugendliche mit Migrationshintergrund, schlechten Sprachkenntnissen und niedrigen beruflichen Qualifikationen, die den Berufseinstieg nicht geschafft haben (3 Nennungen).

Der überproportionale Ausländeranteil<sup>89</sup> wird von mehreren Befragten unter anderem mit soziokulturellen Aspekten, mit einer Kumulation von verschiedenen Risikofaktoren und einer anderen Erwartungshaltung an den Staat erklärt. So verrichten Personen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich oft körperlich Arbeit. Ausserdem sind sie überdurchschnittlich anfällig für psychische Erkrankungen in Folge von in der Vergangenheit erlebten Traumata (bspw. Krieg).

### **3. Stellungnahmen zur starken Zunahme der IV-BezügerInnen seit Anfang der 1990er Jahre**

Grundsätzlich ist keiner der befragten Experten der Meinung, dass gesteigener Missbrauch für die starke Zunahme der IV-Rentenfälle der vergangenen Jahre mitverantwortlich ist.

Es wird eine ganze Reihe von Gründen für die starke Zunahme der IV-Rentenfälle genannt. Viele der genannten Gründe deuten darauf hin, dass ungerechtfertigte Leistungsausrichtung für die Zunahme der Rentenfälle mitverantwortlich sind.

#### ***Der veränderte Arbeitsmarkt***

Weitaus am häufigsten (15 Nennungen) wird die veränderte Situation auf dem Arbeitsmarkt als systemexterner Grund für den Anstieg der IV-Fälle angegeben. Dabei wird von der Mehrheit der ExpertInnen auf zwei Hauptproblemfelder hingewiesen:

- Durch den Strukturwandel findet eine Verlagerung von Arbeitsplätzen vom sekundären zum tertiären Sektor statt. Dies wirkt sich besonders negativ auf die Beschäftigungschancen niedrig qualifizierter ArbeitnehmerInnen aus. Gleichzeitig verschwinden Nischenarbeitsplätze, einerseits durch den technischen Fortschritt (z.B. Verschwinden der Hauspost), andererseits durch Privatisierungen und Effizienzsteigerungen bei den Bundesbetrieben, welche früher in einem gewissen Ausmass schulschwachen Personen und Personen mit leicht verminderter Leistungsfähigkeit Beschäftigungsmöglichkeiten geboten haben.
- Die Anforderungen an die Arbeitnehmenden und der Leistungsdruck haben zugenommen; die Arbeitsplatzunsicherheit ist gestiegen. Verminderte Leistungsfähigkeit, auch temporär, wird dank modernen Management Tools (z.B. regelmässige Assessments, Management by Objective) immer schneller registriert und immer weniger toleriert. Der erhöhte Leistungsdruck, dem die Arbeitnehmenden zunehmend ausgesetzt sind, begünstigt den Ausbruch von stressbedingten Erkrankungen (Burnout, Depression etc.).

Zweimal wird auf einen starken Zusammenhang zwischen der Arbeitslosen- und der IV-Rentenquote hingewiesen. Der Anstieg der IV-RentenbezügerInnen wird auf den „institutionalisierten Übertritt“ der ausgesteuerten Arbeitslosen zur IV zurückgeführt; ein Phänomen das sich in Phasen hoher Arbeitslosigkeit besonders stark bemerkbar macht.

Ein Experte nennt die verminderte Wertschätzung der Arbeitgeber gegenüber den Arbeitnehmenden als Grund dafür genannt, dass für viele Arbeitnehmende aufgrund von Demotivation und vermehr-

---

<sup>89</sup> Mehrfach wurde erwähnt, dass insbesondere Personen aus dem Balkan überproportional vertreten seien.

tem negativen Stress die Arbeit unattraktiver oder im Extremfall auch tatsächlich schwerer tragbar wird, und damit gleichzeitig die Attraktivität der IV steigt.<sup>90</sup> Ein Experte macht auf die zunehmende Doppelbelastung von Frauen aufmerksam, die aus einer finanziellen Notlage heraus, Kinderbetreuung und Erwerb koordinieren müssen. Dies kann zu einer Überforderung führen, welche sich begünstigend auf den Ausbruch von stressbedingten Erkrankungen auswirkt.

### ***Gesellschaftliche Veränderungen und Medizinalisierung***

Sechsmal werden gesellschaftliche Veränderungen als Grund für die Zunahme von IV-Rentenfällen genannt. Nach Ansicht dieser ExpertInnen tragen der Trend zur Individualgesellschaft, die schwächeren Familienstrukturen und die häufiger gewordenen Scheidungen/Trennungen zu einem Anstieg der IV-Fälle bei. Belastungen am Arbeitsplatz, bei der Stellensuche etc. werden weniger gut verkräftet, da es an Unterstützung aus dem persönlichen Umfeld mangelt, was vermehrt zu psychischen Problemen oder psychischen Störungen führen kann. Hinzu kommt, dass durch eine schlechte psychische Verfassung oder bei Unzufriedenheit mit der Erwerbssituation sowie wegen der oftmals hohen Ersatzquote von IV- und nachgelagerten Versicherungen die Bereitschaft und allenfalls auch die Fähigkeit, trotz körperlicher Beschwerden (z.B. Rückenschmerzen) erwerbstätig zu bleiben, abnimmt. Zwei ExpertInnen erachten die erhöhte Anspruchshaltung vieler Versicherter an den Staat als möglicher Erklärungsgrund für die Zunahme von IV-Rentenfällen.

Als Grund für den starken Anstieg der Anzahl Berentungen aufgrund psychischer Störungen wird insbesondere von den ExpertInnen mit einem juristischen Hintergrund ein Trend zur Medizinalisierung genannt: Viele Probleme in schwierigen Lebenssituationen würden in medizinische Kategorien kanalisiert und fänden so grössere gesellschaftliche Akzeptanz; Beispiele sind Syndrome wie Burnout oder Chronic Fatigue Syndrom. Zwei befragte ExpertInnen kritisieren die Ausdehnung des gesellschaftlichen Krankheitsbegriffes, welche unter anderem zur Schaffung zahlreicher lexigener Krankheitsbilder geführt habe (vgl. Murer 2006).

### ***Ärztedichte***

Einmal wird die gestiegene Ärztedichte als ein möglicher, wenn auch nur bedingt relevanter Grund für den Anstieg der Rentenfälle genannt. Nach Ansicht dieses Experten ist es insbesondere für Ärzte, deren Praxis finanziell nicht gut läuft, schwierig den Wunsch von Patienten nach einer bestätigten Arbeitsunfähigkeit abzulehnen, da in diesem Fall häufig von den Patienten einfach der Arzt gewechselt wird.

### ***Verlagerung von Diagnosen***

Eine befragte Person sieht in der Verlagerung von Diagnosen in Richtung nicht-objektivierbarer Krankheitsbilder eine mögliche Ursache für den Anstieg der Berentungen aufgrund psychischer Störungen. Der Erhalt einer Rente aufgrund von Gebrechen betreffend den Bewegungsapparat (vor allem Rückenschmerzen) sei schwieriger geworden. Deswegen habe hier eine Verlagerung auf schwierig zu objektivierende psychische Störungen stattgefunden.

---

<sup>90</sup> Angesprochen wurde dabei vor allem das ‚Kündigungsverhalten‘ von mittleren und grossen Betrieben, die in den Augen der befragten Person ohne Rücksicht auf Verluste umstrukturieren und ganze Abteilungen entlassen, was sich sehr negativ auf die Motivation der Arbeitnehmenden und auf die Loyalität gegenüber dem Unternehmen auswirkt.

#### 4. Kritik an gesetzlichen Grundlagen und Vorschriften

##### ***Kritik am Krankheitsmodell und am Klassifikationssystem***

Vor allem von den befragten MedizinerInnen und Psychologen (6 Nennungen) wird Kritik an dem von der IV verwendeten Krankheitsmodell geäußert. Das kausallineare Krankheitsmodell werde in der Medizin ausschliesslich noch im Bereich der Akutmedizin verwendet. Es eigne sich weder zur Betrachtung psychischer Störungen noch zur Betrachtung chronischer Krankheiten.

Von mehreren befragten MedizinerInnen und Psychologen wird auch Kritik an dem von der IV verwendeten Klassifikationssystem (ICD-10) geäußert, das in Fachkreisen nicht unumstritten ist (4 Nennungen). Bemängelt wird unter anderem, dass in diesem System der Schweregrad einer Erkrankung nicht erfassbar sei und es keinen Raum biete zur Erfassung psychosozialer Komponenten. Zudem führe der Zwang der Klassifizierung<sup>91</sup> dazu, dass komplexe, eventuell nicht eindeutige Diagnosen mittels ‚Auffangdiagnosen‘ klassifiziert werden. Beides führe zu Intransparenz. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass die Klassifikation zu stark auf die Diagnose ausgerichtet sei und zu wenig auf die tatsächlich vorhandene Leistungseinschränkung.

Zwei befragte ExpertInnen bemängeln die Anwendung der Förster-Kriterien zur Beurteilung von nicht-objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen, da diese in Fachkreisen nicht unumstritten sind.<sup>92</sup>

In einem Fall wurde auch Kritik an der Leidens- und Gebrechensstatistik geäußert: Die Vorgabe, dass jedem Fall nur *ein* Code zugewiesen werden kann, führt dazu, dass die Fälle nur entsprechend der Hauptdiagnosen klassifiziert werden können. Dies werde vielen Fällen nicht gerecht und gebe ein verzerrtes Bild wieder.

##### ***Kritik an der Ungleichbehandlung von Unfällen und Krankheiten***

Von einer befragten Person wurde die enorme Leistungsdifferenz zwischen unfallbedingter und krankheitsbedingter Invalidität kritisiert. Dies führe dazu, dass viele Gutachten nur mit dem Zeck gemacht werden müssten, zwischen unfallbedingten und krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen zu unterscheiden.

#### 5. System- und Verfahrenskritik

##### ***Generelle Mängel im IV-System***

Einige ExpertInnen vertreten die Ansicht, dass die IVST keine Anreize für eine effiziente Bewirtschaftung ihrer Ressourcen hätten; Leistungsindikatoren und Benchmarks fehlen weitgehend (4 Nennungen). Das dezentrale IV-System fördert zudem eine eher grosszügige Rentenvergabe, da von den einzelnen Kantonen keine finanzielle Verantwortung übernommen werden muss.

---

<sup>91</sup> Um IV-Leistungen beziehen zu können, muss das Gebrechen klassifiziert werden.

<sup>92</sup> Im Bereich der nicht-objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen ist in den letzten Jahren eine Praxisänderung zu beobachten gewesen. Das Vorliegen einer nicht-objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigung wie bspw. eine somatoforme Schmerzstörung oder Fibromyalgie berechtigt alleine nicht mehr für eine IV-Rente. Es müssen noch zusätzliche Faktoren wie Komorbidität oder die Förster-Kriterien erfüllt sein. Diese Praxisänderung hat dazu geführt, dass die Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit härter geworden ist.

Viele IV-Stellen sind personell eher schwach dotiert. Das grosse zu bearbeitende Dossievolumen kann zu Qualitätseinbussen führen, was aufgrund fehlender oder nur ungenügend definierter Qualitätsparameter nicht systematisch überprüft wird.

### ***Zeitraum bis zum Einsetzen von Massnahmen***

Der Zeitraum bis zum Einsetzen von Integrationsmassnahmen, einerseits bedingt durch die lange Verfahrensdauer, das Hintereinander der Sozialversicherungen und Wartezeiten auf Gutachten, aber andererseits auch bedingt durch die Zersplitterung des Sozialsystems, wird von der grossen Mehrheit der befragten ExpertInnen kritisiert. Dies aus folgenden Gründen:

- Je länger die Absenz aus dem Erwerbsleben dauert, desto schwieriger ist die Wiedereingliederung.
- Häufiges Problem bei Unfällen mit anschliessendem Auftreten von Folgekrankheiten: Je länger ein Unfall zurückliegt, desto schwieriger ist zu eruieren, ob vorhandene, häufig nicht-objektivierbare gesundheitliche Probleme mit dem Unfall in Zusammenhang stehen.
- Problem bei der Schätzung des Grades der Arbeitsunfähigkeit: Je länger die letzte Erwerbstätigkeit zurück liegt, desto schwieriger ist es, die ehemaligen Arbeitsbedingungen und Tätigkeiten zu eruieren, auf welche sich die Arbeitsunfähigkeit definitionsgemäss bezieht.
- Während der Wartezeit auf eine medizinische Abklärung hängt die versicherte Person in der Luft. Dies wirkt sich negativ auf die psychische Verfassung aus. Insbesondere bei Personen mit Schmerzstörungen bestehe die Gefahr, dass aufgrund der ungewissen und zermürbenden Situation eine Depression hinzukommt und sich der Gesundheitszustand verschlechtert.
- Lange Wartezeiten erhöhen das Chronifizierungsrisiko.

### ***Wiedereingliederung und berufliche Abklärungen***

Von der überwiegenden Mehrheit der befragten ExpertInnen wird die Vernachlässigung der beruflichen Wiedereingliederung bemängelt. Insbesondere für die befragten Exponenten der Verbände ist dies ein Hauptkritikpunkt am IV-Verfahren.

Verschiedentlich wird kritisiert, dass der beruflichen Abklärung zu wenig Beachtung geschenkt werde (12 Nennungen). Die berufliche Reintegration muss verbessert und das Case Management verstärkt werden.

Die Festlegung der Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit erfolgt oftmals ohne genaue Kenntnisse des Arbeitsplatzes und des Berufsprofils des Versicherten. Ideal wäre es, einen Versicherten über einen längeren Zeitraum im Berufsalltag beobachten zu können, um so festzustellen, was eine Person tatsächlich noch zu leisten im Stande ist. Die Abklärung der Arbeitsfähigkeit sei oftmals zu oberflächlich bzw. führe zu unrealistischen Tätigkeiten. Dies sei für die Wiedereingliederung nicht sehr hilfreich. Zweimal wurde angefügt, dass aufgrund der Tatsache, dass die IVST von einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ausgeht, konkrete Anreize fehlen, um in die berufliche Wiedereingliederung der Versicherten zu investieren.

Ein Experte kritisiert die mangelnde Wiedereingliederung von psychisch behinderten Personen. Dieser müsse mehr Beachtung geschenkt werden, zumal diese Personengruppe aufgrund von gesellschaftlichen Vorurteilen besonders schwer einzugliedern sei. Dazu müssen jedoch insbesondere

auch die Arbeitgebenden mit einem guten Case Management und finanziellen Anreizen zur Einstellung von psychisch Behinderten animiert werden.

Verschiedentlich wird zudem das fehlende Case Management oder das mangelhafte Coaching von Versicherten und Arbeitgebenden kritisiert. Für die Unternehmen bestünden zurzeit nur wenige Anreize zur beruflichen Wiedereingliederung von Versicherten beizutragen. Die Arbeitgeber müssen daher stärker in die Verantwortung eingebunden werden.

Ein weiterer Kritikpunkt ist die ineffiziente bzw. bis heute grösstenteils nicht vorhandene Zusammenarbeit zwischen IVST, Arbeitgebenden und behandelndem Arzt (4 Nennungen).

### **Arbeitsunfähigkeitszeugnisse durch behandelnde Ärzte und Ärztinnen**

Die Mehrheit der Befragten erachtet es als problematisch, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen auch für längere Zeit und wiederholt Arbeitsunfähigkeitszeugnisse ausstellen können. Die folgenden Gründe wurden genannt:

- Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin betreibt in erster Linie kurative Medizin. Er muss dabei das Vertrauen der PatientInnen gewinnen (Patient-Arzt Verhältnis). Damit ist nicht vereinbar, dass Aussagen der PatientInnen in Frage gestellt werden, was im Rahmen einer versicherungsmedizinischen Beurteilung aber durchaus notwendig sein kann.
- Auch MedizinerInnen stehen finanziellen Anreizen gegenüber. Eine restriktive Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen kann zum Verlust von Patienten und auch von deren Angehörigen und Freunden führen. Deswegen ist die Praxis der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen insgesamt eher zu lax.
- Der erstbehandelnde Arzt oder die erstbehandelnde Ärztin hat eine Schlüsselrolle weil er aufgrund von mangelndem versicherungsmedizinischen Know-how oder im Sinne eines „Advokaten des Patienten“, den Patienten zur IV-Anmeldung ermutigt, auch wenn die Leistungsvoraussetzungen nicht gegeben sind.

### **Lob und Kritik für die RAD**

Grundsätzlich wird von allen ExpertInnen, die um eine Stellungnahme zu den RAD gebeten wurden, die Meinung vertreten, dass die Einrichtung der RAD sinnvoll und zweckmässig ist. Trotzdem werden einige kritische Anmerkungen gemacht:

- Sechs Befragte haben die Ansicht geäussert, dass die RAD personell mangelhaft ausgestattet seien. Es fehle vor allem an Kompetenz im Bereich der Diagnostik von chronischen Krankheiten. Zudem seien die Teams in Bezug auf die vertretenen Fachrichtungen häufig nicht zweckmässig zusammengestellt.
- Aufgrund von knappen personellen Ressourcen werden viele externe Gutachten eingeholt, die zwar fachlich gut sind, von einem versicherungsmedizinischen Standpunkt betrachtet jedoch oftmals mangelhaft sind. Dies hat Auswirkungen auf die Qualität des Entscheids des RAD hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitsschadens und dessen Auswirkungen.
- Im gleichen Zusammenhang steht der Kritikpunkt, dass RAD-Gutachten vor Gericht einen relativ geringen Stellenwert haben, falls aufgrund der knappen personellen Ressourcen nur wenige eigene medizinische Untersuchungen durchgeführt werden, und daher Entscheide häufig auf einem reinen Aktenstudium beruhen.

### ***Kein systematisches Vorgehen gegen Missbrauch oder nicht zielkonforme Leistungsausrichtungen***

Insbesondere die befragten ExpertInnen, die bei Privatversicherungen tätig sind, kritisieren, dass die IV-Stellen nicht systematisch gegen Missbrauch vorgehen. Missbrauchsfälle würden nur durch zufällige Hinweise aus dem Umfeld der versicherten Person oder Abklärungen anderer, privater Versicherungen aufgedeckt.

Eine befragte Person vermutet, dass die Schwarzarbeit ein grosses Problem darstellt. Personen mit Teilrenten verfügen über eine gewisse Restarbeitsfähigkeit und selbst Personen, die eine ganze IV-Rente beziehen, verfügen über eine Restarbeitsfähigkeit von 30%.<sup>93</sup> Diese relativ hohe Restarbeitsfähigkeit setzt grosse Anreize für den Versicherten oder die Versicherte sein „legales“ Erwerbsspensum im Laufe der Jahre auszudehnen, ohne diese Informationen den IV-Stellen weiter zugeben. Die IV-Stellen verfügen weder um die rechtlichen Grundlagen<sup>94</sup> noch um die personellen Ressourcen, um Schwarzarbeit systematisch zu ahnden.

Es wird darauf hingewiesen, dass private Versicherungen seit einigen Jahren jene Abteilungen kontinuierlich ausbauen, welche gezielt verdächtige und auffällige Fälle abklären. Dies sei ein Zeichen dafür, dass sich dies betriebswirtschaftlich lohne.

Nur zwei befragte ExpertInnen äussern die Auffassung, dass Observationen generell ethisch nicht vertretbar seien. Die restlichen Befragten können sich dies in Verdachtsfällen vorstellen. Insbesondere die befragten Experten aus der französischen Schweiz stehen der Einführung von gezielten Überwachungen positiv gegenüber.

Fünf befragte ExpertInnen bemängeln die nur oberflächlich durchgeführten Rentenrevisionen. Im Lichte der neuen Rechtssprechung würde bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit noch Spielraum bestehen. Die periodische Überprüfung der Erwerbbsfähigkeit wird zurzeit aufgrund von mangelnden personellen Ressourcen nur unzureichend vorgenommen.

### ***Ungenügende Koordination zwischen IV und Sozialhilfe***

Von vier Experten wird die Meinung vertreten, dass die Sozialhilfestellen immer noch übermässig bemüht sind, Fälle an die IV zu überweisen, um die eigenen Kassen zu entlasten. Gleichzeitig sei auch bei den Sozialhilfebezügern ein grosser Anreiz vorhanden, sich um eine IV-Rente zu bemühen. Der Bezug einer IV-Rente wirkt in der Regel weniger stigmatisierend als der Bezug von Sozialhilfe. Auch wird die Auszahlung von Sozialhilfe vielerorts deutlich restriktiver gehandhabt als die Auszahlung einer bewilligten IV-Rente und die Ersatzquote der Sozialhilfe ist in der Regel bedeutend tiefer.

---

<sup>93</sup> Bereits ein Invaliditätsgrad von 70% berechtigt zu einer ganzen IV-Rente. Demnach verfügt ein Person, die eine ganze IV-Rente bezieht, immer noch über eine „legale“ Restarbeitsfähigkeit von 30%.

<sup>94</sup> Es ist zurzeit noch hängig, ob das EVG die Beweissicherung vor Ort durch die Suva und damit auch für die IV als zulässig erachtet. Ein eindeutiger Entscheid des EVG ist noch ausstehend. Im Normalfall wird jedoch bei Verdachtsfällen eine Rentenrevision eingeleitet, welche zu einer erneuten Prüfung des Gesundheitsschadens und der zumutbaren Erwerbstätigkeit führen kann.

Zahlreiche befragte ExpertInnen wünschen sich eine verstärkte Zusammenarbeit und Kooperation zwischen den einzelnen Sozialversicherungen, insbesondere zwischen AI, IV und Krankenkassen. Eine Person wünschte sich explizit einen verbesserten Datenaustausch im Rahmen von IIZ und IIZ plus.

### ***Ungenügende Koordination zwischen IV, Taggeldversicherung und Krankenversicherung***

Von vier befragten ExpertInnen wird die ungenügende Koordination zwischen der IV, den Taggeldversicherungen und den Krankenkassen bemängelt. Weder die Krankenkassen noch die Taggeldversicherungen haben genügend Anreiz, Massnahmen zum Erhalt oder zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durchzuführen, da beide nicht finanzielle Träger der eventuell später über Jahre oder sogar Jahrzehnte anfallenden Rentenzahlungen sind. In diesem Zusammenhang wird von den ExpertInnen ein Vergleich mit der SUVA gezogen: Diese wird unmittelbar nach einem Unfall informiert und trägt die Kosten, sowohl für die medizinische Behandlung als auch für allfällige spätere Rentenzahlungen.

## **6. Moral Hazard Verhalten auf Seiten des Versicherten**

Versicherte haben unter Umständen einen sehr grossen finanziellen Anreiz bei einer Gesundheitsbeeinträchtigung für eine IV-Rente zu plädieren, da an den IV-Entscheid auch die Renten von Privatversicherern und beruflicher Vorsorge geknüpft sind sowie im Falle von Kindern auch Kinderrenten. Dies kann dazu führen, dass das Renten-Einkommen höher ist als das Einkommen zu Erwerbszeiten (2 Nennungen).<sup>95</sup> Versicherte haben zudem einen geringen Anreiz ihre Restarbeitsfähigkeit bei verbessertem Gesundheitszustand auszudehnen, da dies automatisch eine Rentenkürzung zur Folge hätte (2 Nennung).

## **7. Verhalten und Kooperationsbereitschaft der ArbeitgeberInnen**

Fünf ExpertInnen haben sich zu diesem Thema geäussert. Drei von ihnen stufen die Bereitschaft der Arbeitgebenden, Personen mit Leistungseinschränkungen zu integrieren, als eher gering ein.

Ein befragter Experte ist der Meinung, dass Arbeitgebende genügend Engagement zeigen. Diese Aussage basiere aber vor allem auf persönlichen Erfahrungen mit Arbeitgebenden aus dem Gesundheitsbereich.

Eine befragte Person ist der Auffassung, dass die Arbeitgebenden bei der Integration von Personen mit Leistungseinschränkungen zu wenig unterstützt werden. Es brauche mehr konkretes Engagement in den einzelnen Betrieben, vor allem wenn es um die Integration von Personen mit psychischen Störungen gehe. Bei Problemen müsse schnell und kompetent geholfen werden.

Fünf befragte ExpertInnen sind der Ansicht, dass die Arbeitgebenden einerseits stärker in die Verantwortung miteingebunden werden müssen. Andererseits müssen den Arbeitgebenden jedoch

---

<sup>95</sup> Dies ist jedoch eine falsche Einschätzung von Seiten der befragten Personen. In der Regel ist das erzielte Einkommen aus der IV- Rente, den Zahlungen aus der beruflichen Vorsorge und den Ergänzungsleistungen niedriger als das vorher erzielte Erwerbseinkommen.

auch in Form von Case Management oder Coaching institutionalisierte Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

## 8. Vorgeschlagene Massnahmen und Verbesserungen

Folgende Massnahmen werden von den befragten Personen genannt, um ungerechtfertigtem Leistungsbezug und dem Anstieg der IV-Fallzahlen generell entgegen zu wirken:

Auf der Ebene Arzt-Patient wird verschiedentlich vorgeschlagen, dass der Hausarzt oder die Hausärztin sich in Zukunft nicht mehr zur Arbeitsfähigkeit des Patienten äussern darf und somit einen Patienten oder eine Patientin auch nicht mehr über längere Zeit krankschreiben kann. Bei länger andauernden Krankheitsfällen soll in Zukunft die Abklärung der Arbeitsunfähigkeit bei eigens dafür eingerichteten Stellen bei der IV erfolgen. Dadurch würde sich die frühzeitige Erfassung von RisikopatientInnen verbessert (8 Nennungen). Zudem ist eine verbesserte Ausbildung der begutachtenden Ärzte und Ärztinnen in versicherungs- und arbeitsmedizinischen Aspekten wünschenswert (2 Nennungen).

Auf der Ebene der IV-Stellen wird vorgeschlagen, einerseits die Früherfassung von RisikopatientInnen zu verbessern, um möglich rasch Massnahmen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit oder zur Wiedereingliederung einleiten zu können (12 Nennungen). In den RAD soll sichergestellt werden, dass diese über die notwendigen personellen Ressourcen verfügen, um verstärkt eigene medizinische Untersuchungen durchführen zu können. So soll langfristig die Anzahl externer Gutachten, welche oftmals von einem versicherungsmedizinischen Standpunkt aus mangelhaft sind, gesenkt werden. Mittels detaillierten Leistungsvorgaben, Benchmarks und einem umfassenden Qualitätsmanagement soll die Leistung der IV-Stellen kontinuierlich überprüft werden.

Den IV-Stellen müssen zudem die notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen zugestanden werden, damit diese den Missbrauch aktiver bekämpfen können, beispielsweise in Form von verschärften Überwachungen von Meldepflichtverletzungen (Schwarzarbeit) oder gezielteren Rentenrevisionen (6 Nennungen). Zur Bekämpfung von Schwarzarbeit müssen Sanktionen ausgesprochen werden, um auch eine gewisse abschreckende Wirkung zu erzielen (1 Nennung).

Auf Ebene des Arbeitsmarktes müssen auch im ersten Arbeitsmarkt flexiblere, allenfalls subventionierte Jobmodelle in Betracht gezogen werden. Wenn die Möglichkeit besteht, die Arbeit an die individuelle Leistungsfähigkeit anzupassen, können letztendlich mehr Personen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt gehalten bzw. integriert werden (2 Nennungen).<sup>96</sup> Insbesondere gilt es, auf die speziellen Bedürfnisse von Personen mit psychischen Störungen einzugehen. Die Schaffung von langfristigen, geschützten Arbeitsplätzen könnte den Leistungsschwankungen Personen mit psychischen Störungen Rechnung tragen und deren berufliche Wiedereingliederung fördern (4 Nennungen).

Generell gilt es die Arbeitgebenden in Zukunft stärker Einzubinden. Diese müssen einerseits stärker in die Pflicht zu Prävention und Wiedereingliederung genommen werden, andererseits soll aber auch ihre Unterstützung durch die IV-Stellen verstärkt werden. Das Coaching von Arbeitgebenden

---

<sup>96</sup> Für Personen mit einer Leistungseinschränkung ist es ein Risiko diese durch eine prozentuale Reduktion der Erwerbstätigkeit selbst zu tragen: verschlechtert sich ihre Situation, gilt der zuletzt verdiente Lohn aus der reduzierten Erwerbstätigkeit als Bemessungsgrundlage für den IV-Grad.

(und auch Arbeitnehmenden) soll durch ein kompetentes Case Management verbessert werden, damit beiden Seiten eine Ansprechperson zur Seite steht (5 Nennungen). Um die Integration von erkrankten Arbeitnehmenden zu verbessern, gilt es finanzielle Anreize für die Arbeitgebenden zu schaffen (3 Nennungen). Zudem muss der Dialog zwischen ArbeitgeberIn und behandelndem Arzt oder behandelnder Ärztin verbessert werden, auch im Hinblick auf die frühzeitige Erfassung von RisikopatientInnen (4 Nennungen). Die betriebliche Gesundheitsförderung und ein umfassendes Absenzenmanagement müssen in Zukunft konsequent gefördert werden (2 Nennungen).

Auf Ebene der Sozialversicherungen muss die Kooperation zwischen IV, Taggeldversicherung und Krankenkasse verbessert werden (3 Nennungen). Die Zusammenarbeit soll im Rahmen von IIZ und IIZ plus weiter ausgebaut werden.

Auf Ebene der Gerichte gilt es den Ausschluss von bestimmten Krankheitsbildern als Invaliditätsursache weiter zu verfolgen. Zudem muss auf dieser Ebene Fragen hinsichtlich Ermessen und Zumutbarkeit geklärt werden (2 Nennungen).