

## **Zusammenfassung der Studie**

«Analyse der interkantonalen Unterschiede innerhalb der Invalidenversicherung»  
Projekt im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 45 «Probleme des Sozialstaats»

Stefan Spycher	Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien
Jürg Baillod	Büro für arbeits- und organisationspsychologische Forschung und Beratung
Jürg Guggisberg	Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien
Marianne Schär Moser	Büro für arbeits- und organisationspsychologische Forschung und Beratung

Bern, 18. Dezember 2004

## Einführung

### Ausgangslage

Der Anteil der Personen zwischen 18 Jahren und dem AHV-Rentenalter, die eine Leistung der Invalidenversicherung erhalten, unterscheidet sich zwischen den 26 Kantonen stark. Im schweizerischen Durchschnitt lag der bspw. Anteil der Personen, die eine Rente erhielten, im Januar 2003 bei 5.0 Prozent. Am grössten war er im Kanton Basel-Stadt (8.8%), am tiefsten im Kanton Nidwalden (3.5%). Seit einiger Zeit gibt es eine Kontroverse darüber, welche Gründe für die interkantonalen Unterschiede verantwortlich zu machen sind. Die Kontroverse wird heftig geführt, weil die Konsequenzen je nach Antwort sehr unterschiedlich ausfallen können: Sind primär Ursachen massgebend, welche nicht im Einflussbereich der die Invalidenversicherung vollziehenden kantonalen IV-Stellen liegen, dann besteht kein ausgewiesener politischer Handlungsbedarf. Sind demgegenüber aber Gründe innerhalb der IV-Stellen ursächlich für die interkantonalen Differenzen, dann würde es die Rechtsgleichheit erfordern, entsprechende, die Praxis vereinheitlichende Massnahmen zu treffen.

### Das Forschungsprojekt

Das Forschungsprojekt «Analyse der interkantonalen Unterschiede innerhalb der Invalidenversicherung», welches von der Arbeitsgemeinschaft des Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien (Büro BASS) und dem Büro für organisations- und arbeitspsychologische Forschung und Beratung (büro a&o) durchgeführt wurde, untersucht die interkantonalen Unterschiede von zwei Seiten:

- Im Rahmen einer statistischen Analyse (Teil 1) wurde geklärt, wie stark die interkantonalen Unterschiede bei den IV-Rentenquoten durch (weitgehend) IV-stellenexterne Faktoren erklärt werden können.
- Mündliche Interviews mit wichtigen Akteur/-innen des komplexen Gesuchsprozesses tragen darüber hinaus in weiteren Teilen der Forschung dazu bei, die nach der statistischen Analyse verbleibenden interkantonalen Unterschiede zu erklären. Dazu wurden Interviews mit den IV-Stellen (Teil 2A), Fach- und Selbsthilfeorganisationen von Behinderten (Teil 2B) sowie IV-Antragsteller/innen (Teil 2C) durchgeführt. Die qualitativen Untersuchungen in Teil 2 weiten im Unterschied zur statistischen Analyse den Unter-

suchungsgegenstand der IV-Rentenquote auf die weiteren Bereiche der Invalidenversicherung aus.

## Teil 1: Statistik

### Forschungsfragen im statistischen Teil

Konkret sollen im statistischen Teil folgende Fragen beantwortet werden:

- In welchem Ausmass lassen sich die interkantonalen Unterschiede in der IV-Rentenquote erklären?
- Welches Gewicht kommt den einzelnen Erklärungsfaktoren zu?
- Inwiefern sind die Unterschiede durch IV-stelleninterne bzw. IV-stellenexterne Gründe bedingt?

### Von der geplanten zur durchgeführten Forschung

Geplant war eine sehr differenzierte Analyse der Leistungen der Invalidenversicherung, welche neben den Renten auch die individuellen Massnahmen (berufliche Massnahmen, schulische Massnahmen etc.) und die Gesuche umfasst. Es sollte unterschieden werden zwischen den verschiedenen Ursachen einer Behinderung (Geburtsgebrechen, Unfall und Krankheit) sowie nach Geschlecht.

Leider konnte die Forschung nicht in der geplanten Differenziertheit durchgeführt werden, weil die entsprechenden Datengrundlagen bei der Invalidenversicherung nicht wie gewünscht aufbereitet werden konnten. Daher mussten wir uns im Kern auf eine Analyse der sog. globalen IV-Rentenquoten in der Periode 1990 bis 2000 beschränken.

### Das Wirkungsmodell

Es wurde ein Wirkungsmodell der Invalidisierung entwickelt, um aus der sehr grossen Zahl von möglichen erklärenden Faktoren diejenigen auszuwählen, welche die kantonalen IV-Rentenquoten auch tatsächlich erklären können. Dazu wurde ein Modell gebildet, welches sich eng an die gesetzlichen Beurteilungskriterien anlehnt. Die Frage, ob eine bestimmte Person eine IV-Rente zugesprochen erhält, soll sich auf die Beurteilung der gesundheitlichen Situation sowie der Erwerbsfähigkeit stützen. Diese Überlegung wurde für die Kantone generalisiert, indem beide Elemente mit konkreten Inhalten angefüllt wurden.

### Methodisches Vorgehen

Untersucht wurden kantonale Daten aus der Periode 1990 bis 2000. Es wurde eine Panelanalyse durchgeführt, wobei drei verschiedene Modellspezifikationen getestet wurden (Modell mit gemeinsamen Koeffizienten, Modell mit fixen unbeobachtbaren linearen Effekten, Modell mit zufälligen unbeobachtbaren linearen Effekten). Die verschiedenen Modelle bilden die kantonalen Differenzen unterschiedlich ab. Für die Interpretation der interkantonalen Unterschiede ist es daher von entscheidender Bedeutung, welches Modell letztlich am besten mit den zur Verfügung stehenden Daten übereinstimmt.

Als Erklärungsfaktoren für die interkantonalen Unterschiede wurden folgende fünf Variablen berücksichtigt:

- Anteil der Personen, welche das 60. Altersjahr überschritten haben, am Total der erwerbsfähigen Bevölkerung
- Index der Finanzkraft
- Erwerbslosenquote 2 Jahre vor dem beobachteten Zeitpunkt
- Ein aus einer Faktoranalyse generierter Indikator, welcher folgende kantonalen Elemente abbildet: Ärzt/innendichte, Psychiater/innendichte, Grad der medizinischen Zentrumsversorgung, Urbanitätsgrad, Anteil linker Parlamentarier/innen im Kantonsparlament als Ausdruck der Haltung der Bevölkerung gegenüber sozialer Anliegen und der Anteil der Ausländer/innen. Den Indikator benennen wir wie folgt: «Urbanität und hoher medizinischer Versorgungsgrad».
- Ein zweiter aus der Faktoranalyse generierter Indikator, welcher folgende kantonalen Elemente abbildet: Staatsquote, Sozialkapital, Sprachraum. Den zweiten Indikator benennen wir wie folgt: «Unterschiedliche Erwartungen der Bevölkerung in Bezug auf die Rolle des Staates in der Sozialpolitik».

Ausführliche Tests zeigten, dass andere Variablen, welche man eigentlich auch als einflussreich erwartet hätte, in der Praxis keine Rolle spielen (bspw. Geschlecht, Wirtschaftsbranchen oder die Versicherungsgerichte).

### Ergebnisse der Analyse der interkantonalen Unterschiede

Die Untersuchungen brachten eine Fülle hochinteressanter empirischer Ergebnisse. Namentlich:

- Das entwickelte Wirkungsmodell hat sich sehr bewährt, können doch je nach Modelltyp zwischen 72 Prozent und 96 Prozent der interkantonalen Varianz erklärt werden. Die Anwendung

des Modells auf die Daten der Unfallversicherung bestätigen diesen Eindruck. Das IV-Wirkungsmodell ist bei den SUVA-Daten sehr viel weniger aussagekräftig.

- Die verwendeten fünf Variablen haben alle das erwartete Vorzeichen, wenn sie auch je nach Modell nicht alle immer statistisch signifikant sind.

- Das Modell mit den zufälligen unbeobachtbaren linearen Effekten erwies sich als am besten an die zur Verfügung stehenden Daten angepasst.

- Die beiden Variablen, welche die interkantonalen Unterschiede am stärksten erklären, sind die Erwerbslosigkeit und der Indikator 2 «Unterschiedliche Erwartungen der Bevölkerung in Bezug auf die Rolle des Staates in der Sozialpolitik».

- Die verwendeten fünf Variablen weisen das erwartete Vorzeichen auf:

(a) Ein höherer Anteil an älteren Menschen erhöht die IV-Rentenquote.

(b) Eine höhere Erwerbslosigkeit erhöht die IV-Rentenquote.

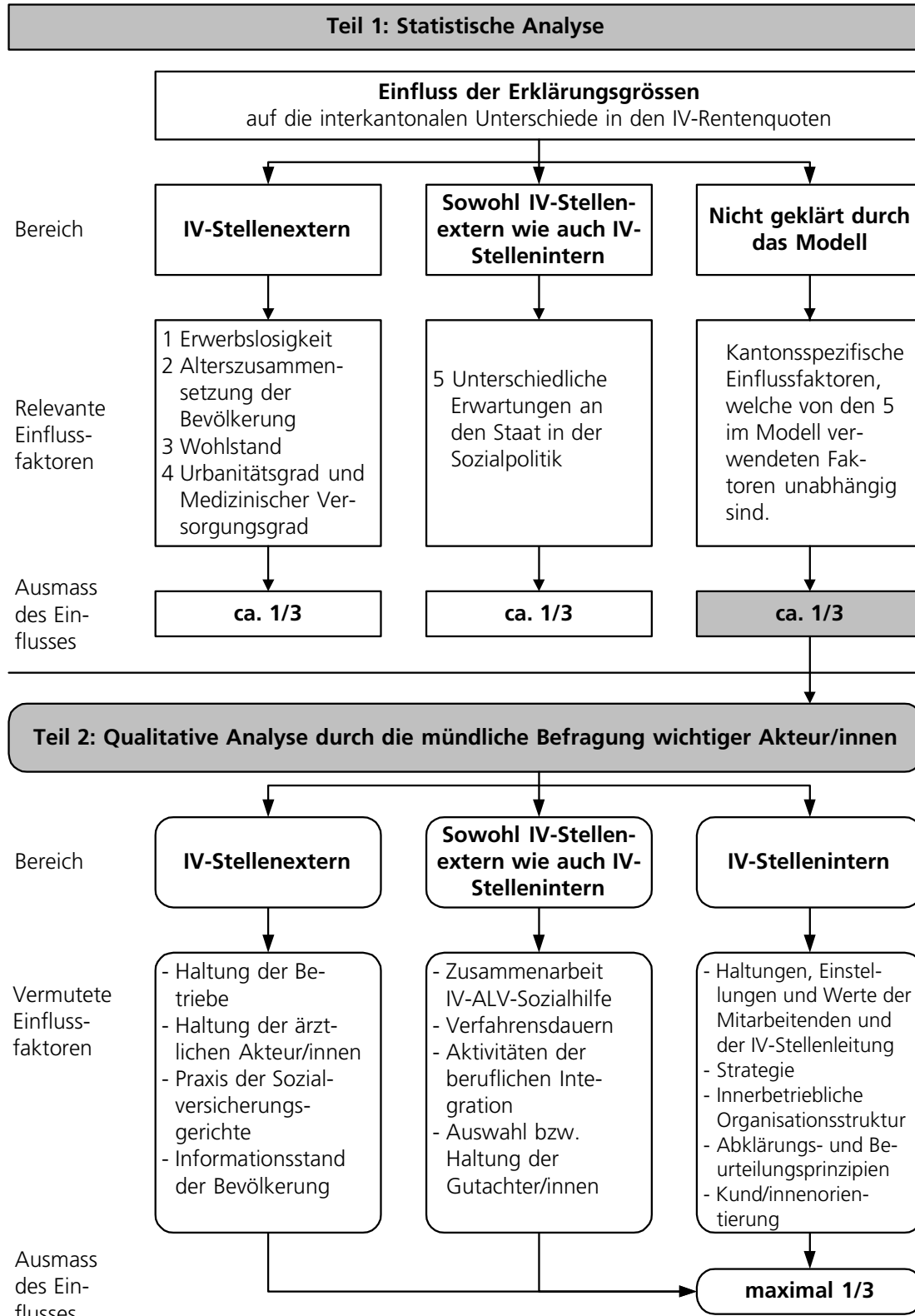
(c) Ein höherer Wohlstand (ausgedrückt durch einen höheren Index der Finanzkraft) reduziert die IV-Rentenquote.

(d) Ein höherer Indikator «Urbanität und hoher medizinischer Versorgungsgrad» erhöht die IV-Rentenquote.

(e) Ein höherer Indikator «Unterschiedliche Erwartungen der Bevölkerung in Bezug auf die Rolle des Staates in der Sozialpolitik» (tiefere Staatsquote, höheres Sozialkapital, mehr Deutschsprachige) reduziert die IV-Rentenquote.

- Die mittlere kantonale IV-Rentenquote zwischen 1990 bis 2000 schwankt zwischen dem Kanton Zug (2.48%) und dem Kanton Basel-Stadt (6.34%) um 3.86 Prozentpunkte. Wenn alle Kantone im Modell berücksichtigt werden, dann kann die Bandbreite von 3.86 Prozentpunkten auf 2.42 Prozentpunkte reduziert werden (Reduktion um 37 Prozent). Lässt man im Modell die Kantone Basel-Stadt und Genf weg – sie verhalten sich in mancher Hinsicht als Ausreisser – dann kann die Bandbreite sogar um 65 Prozent verringert werden.

Abbildung Z1: Die Erklärungsfaktoren für die interkantonalen Unterschiede bei den IV-Rentenquoten



Quelle: Eigene Darstellung

## Diskussion der Ergebnisse

Wie lassen sich aufgrund der statistischen Analyse die eingangs gestellten Fragen beantworten (vgl. Abbildung Z1)?

■ Die vorliegende Arbeit stellt ein Wirkungsmodell vor, welches die interkantonalen Unterschiede durch (weitgehend) IV-stellenexterne Faktoren sehr gut erklären kann.

■ Die Analyse konnte das Gewicht der einzelnen Faktoren isolieren. Als besonders einflussreich zeigte sich dabei die Erwerbslosigkeit und der aus der Faktoranalyse hervorgegangene Indikator «Unterschiedliche Erwartungen der Bevölkerung in Bezug auf die Rolle des Staates in der Sozialpolitik».

■ Inwiefern sind die Unterschiede durch IV-stelleninterne bzw. IV-stellenexterne Gründe bedingt? Das (beste) Modell mit den zufälligen unbeobachtbaren linearen Effekten erklärt 95 Prozent der interkantonalen Unterschiede. Ca. ein Drittel der Differenzen sind auf IV-stellenexterne Faktoren zurückzuführen (Alter, Finanzkraft, Erwerbslosigkeit, Indikator 1 «Urbanität und hoher medizinischer Versorgungsgrad»). Ein weiteres Drittel der Unterschiede kann mit dem zweiten Indikator («Unterschiedliche Erwartungen der Bevölkerung in Bezug auf die Rolle des Staates in der Sozialpolitik») begründet werden. Der zweite Indikator wird über Variablen gemessen (Sozialkapital, Sprachraum, Staatsquote), welche sowohl einen starken IV-stellenexternen Bezug wie aber auch IV-stelleninterne Berührungspunkte haben (abgebildet bspw. über die Variable «Sprachraum»). Allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass bspw. über die Variable Sprachraum auch Elemente aufgenommen werden, welche eine IV-stelleninterne Bedeutung haben.

Den letzten Drittel der systematischen interkantonalen Unterschiede können wir nicht auf die im Modell verwendeten fünf Erklärungsfaktoren zurückführen. Da die fünf Faktoren vor allem die IV-stellenexternen Ursachen abdecken, liegt aber die Vermutung nahe, dass es sich beim letzten Drittel teilweise um IV-stelleninterne Faktoren handelt – auch wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass noch wichtige IV-stellenexterne Gründe gefunden werden können.

Die geschilderten Verhältnisse bilden die Situation in 24 Kantonen sehr gut ab. Die Kantone Basel-Stadt und Genf fügen sich in dieses Muster aber nur bedingt ein und stellen somit statistische Ausreisser dar. Im Kanton Basel-Stadt wird die IV-Rentenquote stark unterschätzt, im Kan-

tone Genf stark überschätzt. In diesen beiden Kantonen werden durch die fünf berücksichtigten Variablen rund 50 Prozent der interkantonalen Unterschiede erklärt. Weitere 50 Prozent sind als systematische Differenzen zu betrachten, die sowohl mit spezifischen lokalen IV-Stellenexternen Faktoren wie mit IV-Stelleninternen Bedingungen erklärt werden können. Auffallend ist vor allem die deutlich geringere Bedeutung des zweiten Indikators «Unterschiedliche Erwartungen der Bevölkerung in Bezug auf die Rolle des Staates in der Sozialpolitik».

## Ausblick / offene Fragen

Verschiedene Fragen konnten mit der durchgeführten Analyse nicht untersucht werden, weil die entsprechenden Daten nicht vorlagen. In weiteren Forschungsarbeiten sind insbesondere folgende Aspekte zur berücksichtigen:

■ Die Analyse der globalen IV-Rentenquoten ist zu differenzieren nach den einzelnen Gebrechensarten und nach Geschlecht.

■ Die in diesem Projekt analysierten Prävalenzen (alle Personen mit IV-Renten im Verhältnis zur Bevölkerung) sind auf Inzidenzen (Neuberentungen) auszudehnen.

■ Das Wirkungsmodell kann auch mit IV-stelleninternen Variablen ergänzt werden.

■ In der vorliegenden Forschung stellten die Kantone die beobachtete Einheit dar. Die meisten Kantone stellen aber keineswegs ein homogenes Gebilde dar. Durch die Wahl bspw. von Gemeinden als Bezugsgrössen könnte die Analyse verfeinert werden.

■ Neben den IV-Rentenquoten sind inskünftig auch die IV-Massnahmen und die Gesuche zu untersuchen.

■ Ganz grundsätzlich ist auch daran zu denken, mit Individualdaten von natürlichen Personen dieselben Forschungsfragen zu beantworten.

■ Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass weitere IV-Stellenexterne Faktoren einen Erklärungsbeitrag zu den interkantonalen Unterschieden bei den IV-Rentenquoten leisten können.

■ Schliesslich muss auch darauf hingewiesen werden, dass eine analoge Analyse anderer Sozialversicherungen (bspw. der Unfallversicherung) interessante Aufschlüsse geben könnte. Immer wieder wird in der politischen Diskussion darauf hingewiesen, dass auch in anderen Sozialversicherungen, welche wesentlich zentralisierter arbeiten, starke interkantonale Unterschiede bestehen. Dazu müsste wie im vorliegenden Fall

ein entsprechendes Wirkungsmodell entwickelt werden.

## Teil 2A: IV-Stellen

### Fragestellung

Aufgrund der statistischen Resultate gehen wir davon aus, dass zumindest ein Teil der verbleibenden interkantonalen Unterschiede mit IV-stelleninternen Faktoren zusammen hängen könnten. Im Zentrum der Untersuchung von Teil 2 steht deshalb die Frage, ob kantonsspezifische Eigenheiten bezüglich der Arbeitsabläufe, der internen Organisation und/oder kantonsspezifische Handlungsmuster und Strategien erkennbar sind, welche Auswirkungen auf die Rentenbeurteilungspraxis innerhalb einer bestimmten IV-Stelle haben könnten. Finden sich solche kantonsspezifischen Elemente, muss in einem zweiten Schritt beurteilt werden, ob diese eine rentensteigernde oder aber eine rentensenkende Wirkung entfalten.

### Methodisches Vorgehen

Die Resultate des zweiten Teils des Forschungsvorhabens beruhen auf Ergebnissen, welche mit einem qualitativen Forschungsansatz gewonnen wurden. Aufgrund der statistischen Resultate wählten wir für die Analyse **fünf Kantone** (A, B, C, D und E) aus. Die Kantone A und B weisen im Vergleich zu den aufgrund des statistischen Modells erstellten Prognosen eine unterdurchschnittliche Rentenquote aus. Die Rentenquote des Kantons C entspricht ziemlich genau der Prognose, während die Kantone D und E eine über die Prognosen hinausgehende Rentenquote aufweisen.

In allen ausgewählten Kantonen führten wir **ausführliche Gespräche** mit der IV-Stellenleitung. In den Kantonen B, C und D fanden zudem Gruppengespräche mit Mitarbeitenden der Sachbearbeitung, der Berufsberatung/Arbeitsvermittlung und dem Medizinischen Dienst statt. Ergänzt wurden die Gesprächsdaten mit schriftlichen Dokumenten, welche Informationen über interne Arbeitsabläufe, Organisation, Kompetenzverteilung, etc. enthielten. Sie wurden uns von den IV-Stellenleitungen zur Verfügung gestellt. Zudem konnten wir an einem sog. Follow-up-Kurs zum Thema «Invaliditätsbemesung», welcher das Bildungszentrum IV für erfahrene Mitarbeitende der Invalidenversicherung anbietet, teilnehmen.

Für die Auswertung der Daten wählten wir die Methode der **«Grounded Theory»**, welche von

Strauss/Corbin (1996) entwickelt wurde. Sie enthält verschiedene analytische und interpretative Verfahren, mit welchen die Daten in mehreren Schritten verdichtet und in analytisch-konzeptualisierter Form auf eine neue Weise zusammengesetzt werden. Daraus entsteht als Endprodukt eine induktiv hergeleitete, «gegenstandsverankerte» Theorie, welche die statistisch verbliebenen interkantonalen Unterschiede mit Hilfe von IV-stelleninternen Faktoren zumindest teilweise zu erklären vermag.

### Handlungs- und Ermessensspielräume innerhalb der Invalidenversicherung

Alle der untersuchten IV-Stellen arbeiten gemäss Gesetz, Verordnungen und Weisungen. Dennoch kann festgestellt werden, dass sie sich in gewissen Bereichen unterschiedlich verhalten. Dies ist möglich, weil die IV-Stellen über gewisse Handlungs- und Ermessensspielräume verfügen, welche unterschiedlich genutzt werden können.

■ Handlungs- und Ermessensspielräume treten während dem gesamten Entscheidungsprozess auf, d.h. sowohl während dem Abklärungs- als auch während dem Beschlussverfahren.

■ Über Handlungs- und Ermessensspielräume verfügen nicht nur die Akteure innerhalb der IV-Stelle, sondern auch diejenigen ausserhalb (bspw. die Hausärzt/innen resp. Fachärzt/innen, welche die ärztlichen Berichte zuhanden der IV erstellen). Die der Abklärung zugrunde liegende Definition des Gesundheitsbegriffs und die Interpretation der ärztlichen Rolle sind wesentliche Faktoren, welche auf die ärztlichen Stellungnahmen einwirken. Der Umstand, dass die IV-Stellen einer eher heterogenen Ärzteschaft gegenüberstehen, bereitet ihnen zunehmend Schwierigkeiten. Dadurch werden für die IV-Stellen die Möglichkeiten geringer, ein Abklärungsverfahren von innen heraus steuern zu können.

■ Es werden vier Arten von Handlungs- und Ermessensspielräumen identifiziert:

(1) Es gibt Handlungs- und Ermessensspielräume, welche auf der **inhaltlichen Ebene** angesiedelt sind. Sie sind in der zu überprüfenden Materie selbst enthalten. Mit der «Materie» sind die drei Kernelemente, welche für die Bestimmung der Invalidität als versicherungstechnischer Begriff notwendig sind, gemeint. Es sind dies der gesundheitliche Schaden, die wirtschaftlichen Einbussen und die kausale Beziehung zwischen diesen beiden Elementen. Grundsätzlich muss die Invalidenversicherung beurteilen, ob eine allfällige Erwerbseinbusse eine direkte Folge



eines Gesundheitsschadens ist. In Fällen, bei denen die Erwerbsfähigkeit neben medizinischen auch von wirtschaftlichen und psychosozialen Faktoren vermindert wird, besteht gemäss Aussagen aller Befragten ein beträchtlicher Ermessensspielraum. Dabei spielt die Gewichtung dieser verschiedenen Faktoren, welche auf die medizinische und wirtschaftliche Situation einwirken, eine wichtige Rolle. Als Hauptproblem wird dabei die Trennung von invaliditätsfremden und invaliditätsbedingten Faktoren betrachtet. Als invaliditätsfremd gelten bspw. ein «ausgetrockneter» Arbeitsmarkt, fehlende Sprachkenntnisse, Ausbildungsdefizite, fehlende soziale Unterstützung, etc. Gemäss mehreren Aussagen von Befragten sollten derartige Faktoren für die Beurteilung eines Falles eigentlich keine Rolle spielen. Dennoch sind sie in der Praxis von einiger Relevanz.

(2) Eine andere Art von Handlungs- und Ermessensspielräumen ergibt sich im Ablauf und der **Steuerung des Abklärungsverfahrens**. «Ob überhaupt», «was», «wie», «zu welchem Zeitpunkt» und «bei wem» abgeklärt wird, kann von dem/der fallführenden Sachbearbeiter/in gesteuert werden. Der «Steuerung des Dossiers» wird von den Befragten eine grosse Bedeutung für das anschliessend folgende Beschlussverfahren beigemessen.

(3) Eine weitere Kategorie von Handlungs- und Ermessensspielräumen gibt sich während dem Beschlussverfahren bei der Bestimmung des Invaliditätsgrads. Sie sind eher **verfahrenstechnischer Natur**. Der Invaliditätsgrad berechnet sich als Verhältnis zwischen dem Einkommen, welches auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit dem Gesundheitsschaden noch zu erzielen ist, und dem Einkommen, welches ohne Schädigung der Gesundheit erzielt werden könnte. Nicht in allen Fällen liegen die dazu notwendigen Informationen vor. Sie müssen in der Folge mit Annahmen ersetzt werden.

(4) Das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) überlässt den Kantonen für die Organisation der Durchführung der Invalidenversicherung einigen Freiraum und beschränkt den Bund (weitgehend) auf die Aufsichtsfunktion. Dies eröffnet den Kantonen und IV-Stellen einen Handlungsspielraum, in gewissen Bandbreiten eine eigenständige **«Unternehmensstrategie»** zu entwickeln. Dabei spielt die Interpretation der Rolle der Invalidenversicherung eine entscheidende Rolle.

### Unterschiedliche Herangehensweisen zur Überprüfung eines Leistungsge-suchs

Mit zur Erklärung des letzten Drittels der interkantonalen Unterschiede tragen *IV-Stellen-interne Faktoren* bei. Ursache für die Unterschiede sind die beträchtlichen Handlungs- und Ermessensspielräume, welche den IV-Stellen zukommen. Diese sind primär begründet durch die Schwierigkeiten im Rahmen der medizinischen und beruflichen Abklärungen (unterschiedliche Krankheitsbegriffe, unklare Krankheitsbilder, teilweise unklare Kausalitäten etc.) sowie der sogenannten «hypothetischen Komponenten» der IV (bspw. die Berechnung des Validen- und Invalideneinkommens). Das Ausmass der Handlungs- und Ermessensspielräume ist somit durch die Materie selbst bestimmt – die Abklärung und Beurteilung der Invalidität im Einzelfall – und nicht durch die IV-Stellen verursacht. Innerhalb des gesetzlichen Rahmens besteht jedoch die Möglichkeit einer unterschiedlichen Auslegung der vorhandenen Spielräume. Die Daten verweisen darauf, dass die Art und Weise, wie die Abklärungen durchgeführt (Zusammenstellung des Dossiers) und die Beurteilung des Einzelfalles vorgenommen werden, unterschiedlich sind.

In der Praxis können zwei **unterschiedliche Herangehensweisen zur Überprüfung eines Leistungsbegehrens** beobachtet werden. Die zwei nun vorgestellten Prinzipien reduzieren die Unterschiede auf ihren Kern und sind als «idealtypische» Herangehensweisen zu betrachten, welche in der Praxis kaum in ihrer reinen Form vorkommen sind.

■ Bei der Abklärung und Beurteilung eines «Falles» wird eher nach gesetzeskonformen Möglichkeiten gesucht, der versicherten Person eine Leistung zusprechen zu können. Handlungs- und Ermessensspielräume, werden dabei eher zu Gunsten der Versicherten ausgelegt. Wir bezeichnen ein solches Vorgehen als **«versicherungszentriertes» Abklärungs- und Beurteilungsprinzip**.

■ Bei der Abklärung und Beurteilung eines «Falles» wird eher nach gesetzeskonformen Ansatzpunkten gesucht, ein Leistungsbegehren abzuweisen. Handlungs- und Ermessensspielräume werden dabei tendenziell zu Ungunsten der Versicherten ausgelegt. Wir bezeichnen ein solches Vorgehen als **«versicherungszentriertes» Abklärungs- und Beurteilungsprinzip**.

Ob eher nach dem einen oder dem anderen Prinzip abgeklärt und beurteilt wird, scheint

sowohl von individuellen **Haltungen, Überzeugungen, Einstellungen u.ä.**, als auch von **fachspezifischen Rollen, Aufgaben und Funktionen** der Mitarbeitenden abhängig. Die Aussagen einer Mehrheit der Befragten weisen darauf hin, dass innerhalb derselben IV-Stelle die Handlungs- und Ermessensspielräume nicht von allen Mitarbeitenden nach demselben Prinzip ausgelegt werden. Das «versichertenzenrierte» Abklärungs- und Beurteilungsprinzip wird vorwiegend von den Sachbearbeitenden und teilweise von den Ärzt/innen der Medizinischen Dienste vertreten. Aufgrund ihrer Funktion haben sie fast keinen direkten Kontakt zu den Klient/innen. Zudem steht für sie eher die Abklärung und Beurteilung der medizinisch-juristischen Situation im Zentrum der Aufmerksamkeit. Historisch begründet und bedingt durch die entsprechende Funktion wird das «versicherungszentrierte» Abklärungs- und Beurteilungsprinzip eher von den Berufsberatenden vertreten. Sie betrachten die Klient/innen aus dem Blickwinkel der sozialen Reintegrationsmöglichkeit. Da sie aufgrund ihrer Funktion relativ nahe an den Klient/innen sind, erfahren sie im Vergleich zu den anderen Fachbereichen am meisten von deren oft sehr schwierigen Lebenssituationen. Eine klare Trennung zwischen invaliditätsfremden und –bedingten Faktoren ist für die Berufsberatenden unter diesen Voraussetzungen noch schwieriger zu erreichen, als dies für die Sachbearbeitenden und die Ärzt/innen der Fall ist.

Aufgrund dieser ersten Ergebnisse wurde die **Organisation der internen Arbeitsabläufe und die Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen den Fachbereichen** innerhalb der IV-Stellen genauer untersucht. Damit kann die Frage beantwortet werden, ob innerhalb der Invalidenversicherung die strukturellen Voraussetzungen gegeben sind, dass die unterschiedlichen fachspezifischen Blickwinkel, aus denen die Klient/innen betrachtet werden, in allen untersuchten IV-Stellen in demselben Mass in das Abklärungs- und Beurteilungsprozess einfließen können. Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass zwischen den untersuchten IV-Stellen strukturelle Unterschiede vorhanden sind. So sind in einer der untersuchten IV-Stellen die Berufsberatenden mit denselben Entscheidungskompetenzen ausgestattet wie die Sachbearbeitenden und die Ärzt/innen des Medizinischen Dienstes. In den anderen IV-Stellen ist dies nicht der Fall. Aufgrund dieser Unterschiede ist zu erwarten, dass in derjenigen IV-Stelle, in welcher die Berufsberatenden stärker in den Abklärungs- und

Beurteilungsprozess eingebunden sind und relativ über mehr Kompetenzen verfügen, die «versichertenzenrierte» Herangehensweise stärker zum Tragen kommt als in den anderen IV-Stellen. Diese analytische Folgerung wird durch eine Mehrheit der Aussagen, welche direkt in Bezug zu diesem Thema gemacht wurden, gestützt.

### **Die Interpretation der Rolle der Invalidenversicherung und IV-Stellenspezifische Strategien**

Bevor eine abschliessende Beurteilung der Ergebnisse vorgenommen wird, soll die Frage beantwortet werden, warum in den untersuchten IV-Stellen unterschiedliche Organisationsstrukturen gewählt wurden und welche Ziele damit verfolgt werden. Dabei spielen die **Haltungen, Überzeugungen, Einstellungen u.ä. der IV-Stellenleitung** eine wichtige Rolle. Der gesetzlich verankerte Handlungsspielraum im Bereich der «innerbetrieblichen Organisation» scheint von den IV-Stellen u.a. dazu genutzt zu werden, um unterschiedliche Schwerpunkte bei der Umsetzung der gesetzlich definierten Aufgaben zu setzen. Sie sind das Produkt von unterschiedlichen Auffassungen der IV-Stellenleitung in Bezug auf die Interpretation der Rolle der Invalidenversicherung. Die Analyse der Daten zu diesem Themenbereich lassen zwei unterschiedliche, IV-stellenspezifische Strategien erkennen. Wir bezeichneten die eine Strategie als «Strategie zur Erschliessung gesellschaftlicher Ressourcen» und die andere als «Strategie zur Vereinheitlichung der ärztlichen Stellungnahmen».

Im Zentrum der **«Strategie zur Erschliessung gesellschaftlicher Ressourcen»** steht der Versuch der IV-Stellen, die Klient/innen bei den sozialen Reintegrationsbemühungen möglichst optimal unterstützen zu können. Über den Aufbau eines interinstitutionellen Netzwerkes sollen gesellschaftliche Ressourcen (bspw. Arbeitsplätze) erschlossen werden, die potentiellen Klient/innen der IV-Stellen bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden können. Zusätzlich soll durch die ausgebauten Kontakte nach aussen ein «Frühwarnsystem» aufgebaut werden, mit dem die IV-Stellen in der Lage sind, möglichst frühzeitig von Personen zu erfahren, die von einer Invalidität gefährdet sind. Die IV-Stelle versteht sich dabei als **Informations- und Beratungszentrum**. Die innerbetrieblichen Arbeitsabläufe und die Kompetenzverteilung zwischen



den Fachbereichen richtet sich nach deren Zielen aus. Die Berufliche Eingliederung wird dabei stärker in den Abklärungs- und Beurteilungsprozess eingebunden und verfügt über mehr Entscheidungskompetenzen als in IV-Stellen, welche nicht in demselben Masse diese Strategie verfolgen.

Im Gegensatz zur «Strategie zur Erschliessung gesellschaftlicher Ressourcen» steht bei der **«Strategie zur Vereinheitlichung der ärztlichen Stellungnahmen»** nicht eine möglichst optimale Unterstützung bei der beruflichen Eingliederung, sondern eine möglichst reibungslose Abklärung und Beurteilung der medizinisch-juristischen Situation im Zentrum der Aufmerksamkeit. Das Ziel dieser Strategie ist es, die oft widersprüchlichen ärztlichen Stellungnahmen zu vereinheitlichen. Die Strategie fusst in der Überzeugung, dass laut Gesetzesauftrag die Hauptaufgabe der Invalidenversicherung bei der medizinischen Abklärung und Beurteilung eines Leistungsbegehrens liegt. Eines der Hauptprobleme, mit dem die IV-Stellen dabei konfrontiert werden, besteht darin, eine möglichst «saubere» Trennung von invaliditätsfremden und invaliditätsbedingten Faktoren zu gewährleisten. Da dies aber umso schwieriger wird, je länger das Abklärungsverfahren dauert und je komplexer ein Fall ist, müssen bessere Rahmenbedingungen für die Lösung dieser Probleme geschaffen werden. Die Komplexität eines Falles und die Dauer des Abklärungsverfahrens können zur Folge haben, dass der Druck auf die IV-Stelle, eine Leistung sprechen zu «müssen», zunimmt. Gleichzeitig werden die internen Handlungsspielräume zur Steuerung eines Falles laufend eingeschränkt, da detailliertere Abklärungen ein zunehmend komplexeres Krankheitsbild zur Folge haben, was wiederum die Trennung von invaliditätsbedingten und invaliditätsfremden Faktoren schwieriger macht. Aus diesem Grund werden die Mitarbeitenden der Sachbearbeitung und des Medizinischen Dienstes mit mehr Entscheidungskompetenzen ausgestattet als die Mitarbeitenden der Beruflichen Eingliederung, womit ein «Fall» vorwiegend aus ihrem Blickwinkel gesteuert wird. Im Kern der Strategie geht es denn auch darum, der IV-Stelle mit Hilfe von fachlicher (medizinisch-versicherungs-technischer) Kompetenz zu ermöglichen, den Spielraum für externe Ärzt/innen bei der medizinischen Abklärung einzuschränken. Die IV-Stelle soll sich mit Hilfe dieser Strategie nicht zu einem Informations- und Beratungszentrum, sondern zu einem **«Kompetenzzentrum für versicherungsmedizinische Abklärungen»** entwickeln.

### Auswirkungen auf die Rentenquote

Sowohl die Unterschiede im strukturellen Bereich (innerbetriebliche Arbeitsabläufe, Aufgaben- und Kompetenzverteilung), als auch die IV-Stellenspezifischen strategischen Ausrichtungen können sich auf die Rentenquote auswirken. Zu erwarten ist, dass sich kurzfristig eine eher «versichertenzentrierte» Struktur in einer im Vergleich zur Prognose tendenziell überdurchschnittlichen und eine eher «versicherungszentrierte» in einer tendenziell unterdurchschnittlichen Rentenquote auswirkt. Im vorliegenden Rahmen konnte diese Erwartung nur teilweise bestätigt werden, weil sich zum einen die Untersuchungsperioden für den statistischen Teil und für die Gespräche mit den IV-Stellen aufgrund fehlender Datengrundlagen nicht überschneiden. Zum anderen entsprechen die untersuchten IV-Stellen den beiden Polen nicht in Reinkultur. In Bezug auf die Strategien ist es durchaus möglich, dass sich beide mittel- und langfristig rentenquotenstabilisierend oder gar –senkend auswirken können.

### Diskussion der Ergebnisse

Die vielfältigen Ergebnisse lassen sich in drei zentrale Feststellungen zusammenfassen:

- Die Abklärung des Anspruchs auf eine IV-Rente ist kein mechanistischer Vorgang, der über Gesetz, Verordnung und Weisungen abschliessend geregelt werden könnte. Vielmehr ergeben sich im Abklärungs- und Beschlussprozess für die Mitarbeitenden der kantonalen IV-Stellen, aber auch für die externen Partner und Partnerinnen der IV-Stellen vielfältige Handlungs- und Ermessensspielräume. Damit soll nicht gesagt werden, dass die heutigen Spielräume mit Anpassungen der Rechtssetzung nicht noch verkleinert werden könnten. Ein beträchtliches Ausmass dürfte jedoch übrig bleiben, weil die zu beurteilende Materie vielfältig und komplex ist. Im Kern hat dies mit zwei Schwierigkeiten zu tun. Zum einen kann nicht abschliessend definiert werden, wann ein Mensch krank bzw. gesund ist. Der Krankheitsbegriff befindet sich in einem stetigen Wandel und ist zu einem gewissen Grad unscharf. Im Bereich der psychischen Krankheiten zeigt sich dies deutlich. Zum anderen kann von einer vorliegenden Krankheit nicht direkt auf den Invaliditätsgrad geschlossen werden. Vielmehr muss beurteilt werden, in welchem Ausmass krankheitsbedingte Einkommenseinbussen in Kauf genommen werden müssen. Die dazu notwendigen Informationen liegen aber nicht immer vor oder können teilweise definitionsgemäss nicht vorliegen. Dies ist bspw. dann der

Fall, wenn die Frage beantwortet werden muss, wie sich das Einkommen ohne Krankheit weiterentwickelt hätte.

■ Für die Art und Weise, wie ein Leistungsgesuch überprüft und beurteilt wird, spielen neben individuellen Haltungen, Überzeugungen und Einstellungen die unterschiedlichen Funktionen der Mitarbeitenden und ihre strukturelle Einbindung in die internen Arbeitsabläufe eine wichtige Rolle. Wie die IV-Stellen innerbetrieblich organisiert sind, hängt u.a. davon ab, wie die jeweilige IV-Stellenleitung die Rolle der Invalidenversicherung interpretiert. Es bestehen gesetzlich bedingte Handlungs- und Ermessensspielräume, welche dazu genutzt werden können, um im Rahmen des kantonalen Vollzugs unterschiedliche Schwerpunkte bei der Umsetzung der gesetzlich definierten Aufgaben zu setzen.

■ In Bezug zur Erklärung der interkantonalen Unterschiede bei den Rentenquoten lassen die Ergebnisse keine Aussagen bezüglich des Ausmasses der identifizierten Unterschiede auf die Rentenquote zu. Es ist jedoch möglich, aufgrund der erarbeiteten Wirkungszusammenhänge Prognosen zu erstellen, wie sich die spezifischen innerbetrieblichen Organisationsformen und die unterschiedlichen Strategien auf die Rentenquote auswirken dürften.

**Fazit:** Die interkantonalen Unterschiede bei den Rentenquoten lassen sich zu zwei Drittel mit schwergewichtig IV-Stellenexternen Faktoren erklären. Der Rest der systematischen Differenzen dürfte teilweise mit einem kantonal unterschiedlichen Vollzug des IV-Gesetzes durch die IV-Stellen zu tun haben. Neben den IV-Stelleinternen Faktoren – dies zeigt der Untersuchungsteil 2B – dürften auch noch weitere Faktoren eine Rolle spielen.

## Teil 2B: Fach- und Selbsthilfeorganisationen

### Ausgangslage und Fragestellung

Mit einer mündlichen Befragung von Vertreter/innen von Fach- und Selbsthilfeorganisationen soll der Invalidisierungsprozess aus der Sicht von Akteur/innen ausserhalb der IV-Stellen beleuchtet werden. Ziel der Befragung ist es, aus dieser externen Perspektive die Arbeit der IV-Stellen und die Rolle verschiedener anderer Akteur/innen zu beschreiben und daraus mögliche Erklärungsansätze für Ursachen der interkantonalen Unterschiede in den IV-Bezugsquoten abzuleiten. Dazu wurden leitfadenbasierte, halb-

standardisierte Interviews mit Vertreter/innen von 25 Fach- und Selbsthilfeorganisationen sowie 3 spezialisierten Anwaltskanzleien geführt. Die Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet, transkribiert und einer inhaltsanalytischen Auswertung unterzogen.

Die Perspektive der Gesprächspartner/innen zeichnet sich sowohl durch Parteilichkeit als auch durch eine «Negativselektion» von Erfahrungen aufgrund «schwieriger» Fälle aus, was bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden muss. Aufgrund der Resultate sollen mögliche Einflussfaktoren von interkantonalen Unterschieden, ihr Stellenwert und Ansatzpunkte für weitere Analysen aufgezeigt werden. Nicht möglich sind Erklärungen der tatsächlichen IV-Quoten in konkreten Kantonen.

### Die IV-Stellen

Eine Mehrheit der Befragten sieht in der Kompetenz der Arbeitsverrichtung Unterschiede zwischen den verschiedenen IV-Stellen, aber auch innerhalb der Stellen zwischen den verschiedenen Mitarbeitenden. Mancherorts wird ein Mangel an fachlichem Wissen, eine ungenügende Sorgfalt, aber auch zuwenig Bezug zur Lebenswelt behinderter Menschen wahrgenommen. Diese Faktoren führen dazu, dass persönliche Werthaltungen einen grösseren Einfluss auf die Gesuchsbehandlung nehmen können. Die in einigen IV-Stellen beobachtete grosse Fluktuation wird in bezug auf die Kompetenz der Arbeitsverrichtung aber auch die Verfahrensdauer als problematisch bezeichnet. Inhaltlich werden die grössten Unterschiede in der Arbeit der IV-Stellen im Bereich der beruflichen Eingliederung und bei den Abklärungen vor Ort gesehen.

Eine Mehrheit der Befragten nimmt in den IV-Stellen eine ungenügende Personalausstattung wahr, welche dazu führt, dass gewisse Aufgaben nur ungenügend wahrgenommen, Verfahren verlängert und die Kund/innenorientierung vernachlässigt wird. Eine Minderheit geht demgegenüber davon aus, dass die wahrgenommenen Probleme in der Arbeit der IV-Stellen nichts mit Personalmangel zu tun haben.

Mehrheitlich wird argumentiert, dass es aufgrund von medizinischen aber auch gesellschaftlichen Veränderungen immer mehr komplexe Fälle gibt und die IV-Stellen zusätzlich dazu vermehrt unter Druck stehen. Damit hat der Schwierigkeitsgrad ihrer Arbeit zugenommen.

Die Dauer der Behandlung der IV-Anträge wird als zu lang eingeschätzt. Viele nehmen allerdings diesbezüglich grosse kantonale Unterschiede

wahr. Die Verfahrensdauer wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Verlängernd wirken unter anderem die Wartezeiten im Zusammenhang mit medizinischen Abklärungen, die mangelnde Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Versicherungen aber auch IV-Stellen-interne Faktoren wie Personalausstattung, Arbeitsorganisation oder Qualifikation der Mitarbeitenden. Für die Betroffenen sind mit einer langen Verfahrensdauer verschiedenste negative Auswirkungen verbunden: finanzielle Schwierigkeiten, welche bis zur Fürsorgeabhängigkeit führen können, schlechtere Chancen in der beruflichen Integration und eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sind die am häufigsten genannten Aspekte.

Den IV-Stellen wird in bezug auf ihre Kund/innenorientierung ein schlechtes Zeugnis ausgestellt. Zwar werden durchaus Unterschiede im Ausmass der Kund/innenorientierung wahrgenommen, in den meisten Fällen sehen die Befragten aber Handlungsbedarf, beispielsweise in der Haltung gegenüber bzw. im Umgang mit Antragsteller/innen, in der Informationspolitik oder allgemein in der Zugänglichkeit als Institution. Bemängelt wird, dass in diesem Bereich vom BSV her kaum Bemühungen festzustellen sind, um die IV-Stellen zu «modernen Dienstleistungsorganisationen» zu machen.

In der Haltung mancher IV-Stellen wird ein zu starker Formalismus und ein «Beamtentum» wahrgenommen, welche ein flexibles Eingehen auf den konkreten Fall verunmöglichen und Verfahren verlängern. Eng damit verbunden wird bemängelt, dass einem Teil der IV-Stellen-Mitarbeiter/innen der Bezug zur Lebenswelt behinderter Menschen fehle. Weiter wird in den IV-Stellen eine zunehmend «härtere» Haltung wahrgenommen, welche mit dem allgemeinen Spardruck begründet wird. In bezug auf das Ausmass dieser «Härte» werden kantonale Unterschiede festgestellt. In einigen IV-Stellen kommt dazu, dass manche Mitarbeitenden von einem Menschenbild des «Simulanten» ausgehen, was im Falle gewisser Behinderungen oder Personen zu einer mangelnden Neutralität in der Behandlung der Dossiers führe. In einigen IV-Stellen wird weiter eine Haltung der immer stärkeren Absicherung wahrgenommen: mit immer mehr medizinischen Abklärungen soll sichergestellt werden, dass auf keinen Fall nicht zwingend nötige Leistungen gesprochen werden.

Eine Mehrheit der Befragten ist der Ansicht, dass die IV-Stellen trotz zentraler Vorgaben recht grosse Handlungs- und Ermessensspielräume

haben, welche sie auch nutzen. Auch den einzelnen Mitarbeiter/innen innerhalb der IV-Stellen wird Handlungs- und Ermessensspielraum zugesprochen. Die daraus resultierende unterschiedliche kantonale Praxis wird von einem Teil der Gesprächspartner/innen als problematisch erachtet. Eine verbesserte Aufsicht des BSV und die Einführung eines guten Qualitätssicherungssystems könnten Verbesserung bringen. Eine Minderheit der Befragten schätzt die Handlungs- und Ermessensspielräume als Möglichkeit, dass die IV-Stellen dem konkreten Einzelfall besser gerecht werden können.

Ungleichbehandlungen von verschiedenen Behinderungen werden mehrheitlich vermutet, dabei gehen die Befragten davon aus, dass Personen mit Behinderungen, welche sich somatisch nicht eindeutig nachweisen lassen und solche mit Krankheiten mit wechselnden Verläufen auf mehr Probleme in den IV-Stellen stossen, hervorgehoben werden hierbei die psychisch Behinderten. Personen, welche sich aufgrund der Art ihrer Behinderung weniger wehren können, aber auch «schwierige Fälle» werden nach Ansicht mehrerer Befragter ebenfalls unterschiedlich behandelt. Betont wird weiter, dass gewisse Ungleichbehandlungen bereits in den rechtlichen Grundlagen festgehalten sind (z.B. in bezug auf die Kriterien zur Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung).

Eine Ungleichbehandlung von Frauen und Männern in den IV-Stellen wird ebenfalls bestätigt. Allerdings wird diese primär auf die Rollenteilung zurückgeführt und als systembedingt erachtet, da nach der heutigen IV-Gesetzgebung zeitlich beschäftigte und/oder im Haushalt tätige Personen benachteiligt sind. Doch auch die Haltungen und Rollenbilder innerhalb der IV-Stellen werden als Einflussfaktor im Zusammenhang mit der Gesuchsbehandlung von Frauen gesehen.

### Ärztliche Akteur/innen

Die immer stärkere Medizinalisierung in der IV wird von den Gesprächspartner/innen kritisch betrachtet, vor allem, weil damit viel Ressourcen gebunden und Verfahren verlängert werden.

Die Kompetenz von Haus- und Fachärzt/innen in bezug auf die Erstellung von Berichten und Gutachten für die IV wird als sehr unterschiedlich beurteilt. Während die einen Ärzt/innen diese Aufgabe gut ausführen, fehlt andern dazu das Wissen über das Funktionieren der IV. Die Tatsache, dass Berichte von Hausärzt/innen bei den Entscheidungen der IV-Stellen immer weniger Gewicht erhalten, wird häufig bedauert, weil sie

die Patient/innen am besten kennen und deshalb einen wichtigen Beitrag leisten könnten.

Die Rolle der IV-Stellenärzt/innen wird von einigen Personen kritisch beurteilt, weil ihnen in manchen IV-Stellen eine Schlüsselfunktion zukommt, welche als nicht unproblematisch beurteilt wird. Mehrfach werden auch Zweifel an der Neutralität der von manchen IV-Stellen bestimmten Gutachter/innen geäußert – insbesondere dann, wenn diese einen grossen Teil ihres Einkommens aus dieser Tätigkeit beziehen. Die Wahl der Gutachter/innen und der Umgang mit Gutachten wird als wesentlicher Einflussfaktor für kantonale Unterschiede gesehen. Besonders kritisch werden die medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) beurteilt. Neben Zweifeln an der Qualität der Arbeit sind es insbesondere die zum Teil mehrere Jahre dauernden Wartezeiten, welche als grosses Problem erachtet werden.

### **Invalidisierung im Schnittpunkt zwischen Betrieben und IV-Stellen**

Eine klare Mehrheit der Befragten möchte am IV-Grundsatz «Eingliederung vor Rente» auch in der heutigen Arbeitswelt festhalten. Die berufliche Integration behinderter Menschen wird gesellschaftspolitisch und volkswirtschaftlich als wichtig erachtet, aber auch für die Betroffenen selber als beste Möglichkeit gesehen. Nur eine Minderheit ist der Ansicht, dass das Festhalten am Grundsatz mehr Probleme bringt als löst.

Die Bereitschaft der Betriebe, behinderte Menschen zu beschäftigen, wird allgemein als tief erachtet, zum Teil wird bemängelt, dass die Betriebe weniger Behinderte integrieren als vielmehr nicht mehr voll leistungsfähige Personen zur IV abschieben. Die Gründe für die tiefe Integrationsbereitschaft werden vor allem in der aktuellen Wirtschaft gesehen, in welcher Rendite im Vordergrund steht, Nischenarbeitsplätze verschwinden und auch Personen ohne Behinderung keine Stelle finden. Als weitere entscheidende Gründe werden die mangelnde Information der Betriebe in bezug auf die Beschäftigung behinderter Menschen und die fehlende Begleitung durch die IV-Stellen oder andere Organisationen genannt. Schliesslich liegt eine dritte Erklärung im fehlenden Verständnis von Vorgesetzten und Kolleg/innen für behinderte Menschen. Die insgesamt tiefe Bereitschaft unterscheidet sich nach Art der Behinderung: die schlechtesten Karten haben Menschen mit einer Behinderung, welche wenig absehbare Einschränkungen und Leistungsschwankungen mit

sich bringt und Personen, welche in ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind.

Die Arbeit der IV-Stellen im Bereich der beruflichen Integration bekommt von den Befragten schlechte Noten. Es ist das Tätigkeitsfeld, in welchem die grössten interkantonalen Unterschiede wahrgenommen werden: während einige IV-Stellen mit grossem Engagement versuchen, diesen Bereich durch Arbeitsvermittlung, Begleitung am Arbeitsplatz oder Projekte mit andern Organisationen aufzubauen, verzichten andere auf ernsthafte Bemühungen. Festgehalten wird, dass die berufliche Eingliederung schwieriger geworden ist und deshalb noch mehr Einsatz nötig ist, um das Ziel zu erreichen. Gefordert werden eine Intensivierung der Bemühungen, neue Modelle und Anreizsysteme und eine bessere Zusammenarbeit der verschiedenen Akteur/innen.

### **Die (potentiellen) Antragsteller/innen**

Der Informationsstand der Bevölkerung über Fragen der IV wird als generell schlecht erachtet. Vermutet wird, dass Halbwissen und falsche Vorstellungen – wie etwa die IV als reine «Rentenversicherung» oder die Meinung, dass die Leistungen mit der Behinderung an sich in Beziehung stehen – verbreitet sind. Die Informationsbemühungen der verantwortlichen Stellen werden unterschiedlich beurteilt, deren Erfolge aber einheitlich als recht bescheiden erachtet.

Die «typischen IV-Empfänger/innen» sind in der öffentlichen Meinung Personen mit einer Rente. Sie werden in zwei Gruppen eingeteilt: Jene, welche die Rente verdienen und die andern, welche sie mit Simulation erschlichen haben, weil sie faul sind und sich ein gutes Leben machen wollen. Personen mit sichtbaren Behinderungen gehören in die erste Gruppe, solche mit von aussen nicht sichtbaren in die zweite.

Die Befragten sehen eine Reihe von Faktoren, welche beeinflussen, ob Ansprüche bei der IV geltend gemacht werden oder nicht. Ergibt sich eine Behinderung aus einer Erwerbstätigkeit heraus, erfolgt die Anmeldung fast zwingend, bei nicht erwerbstätigen Personen, beispielsweise Hausfrauen bzw. Hausmännern, fehlt dieser Automatismus. Die finanzielle Notwendigkeit, aber auch die persönliche Haltung der Betroffenen gegenüber der IV und der Wissensstand bezüglich den Leistungen der IV spielen weiter mit. Zudem wird vermutet, dass Personen mit einer stigmatisierten Behinderung oder mit Behinderungen, welche auch kognitive Auswirkungen haben, ihre Ansprüche seltener stellen. Der



Einfluss des Beziehungsnetzes auf das Stellen von Ansprüchen wird unterschiedlich beurteilt: einerseits wird argumentiert, dass ein gutes Beziehungsnetz Hilfsmöglichkeiten bietet und damit in der Regel eine höhere Belastungsgrenze verbunden ist. Gleichzeitig wird auch der umgekehrte Zusammenhang gesehen: ein gutes soziales Netz ermöglicht es den Betroffenen, ihre Ansprüche gegenüber der IV besser geltend zu machen, weil mehr Informationen und mehr Unterstützung vorhanden sind. Die tieferen IV-Bezugsquoten der Frauen werden primär mit der vorherrschenden Rollenteilung, in welcher der Mann die «Ernährerrolle» übernimmt, erklärt. Eine Minderheit vertritt die Meinung, dass sich die tiefere Quote eher mit den weniger beanspruchenden Arbeiten der Frauen und dadurch, dass ihre Ansprüche seltener erfüllt werden, zu erklären sind.

Das Geltendmachen von Ansprüchen ist ein erster entscheidender Schritt auf dem Weg zu einer Leistung der IV. Ein zweiter ausschlaggebender Punkt ist die Reaktion auf eine Ablehnung des Antrags. Statistisch lässt sich eine Zunahme von Rekursen beobachten. Die Befragten sehen dafür vor allem drei Hauptgründe: erstens nehmen sie Veränderungen bei den Antragsteller/innen wahr, welche mündiger sind und sich besser zu wehren wagen und wissen. Zweitens wird argumentiert, dass die Entscheidungen gewisser IV-Stellen insofern härter geworden sind, als Ermessensspielräume systematisch zu Ungunsten der Versicherten ausgelegt werden und zudem an gewissen Orten durch den erhöhten Zeitdruck die Qualität der Entscheidungen, aber auch die Art, wie sie kommuniziert werden, gelitten hat. Drittens wird ein Grund auch bei den besser organisierten Fach- und Selbsthilfeorganisationen gesehen, welche das Einfordern des Rechts unterstützen.

### **Diskussion der unterschiedlichen kantonalen IV-Bezugsquoten**

Inwieweit die in der Statistik ersichtlichen interkantonalen Unterschiede in den IV-Bezugsquoten problematisch sind, wird unterschiedlich beurteilt. Während die einen darin den Ausdruck einer fehlenden Einheit in der Praxis der IV-Stellen wahrnehmen und kritisieren, sind die andern der Meinung, dass sie vor allem die Folge unterschiedlicher Nachfrage nach Leistungen sind. Anhand konkreter Beispiele berichten allerdings die meisten Befragten von Situationen, in welchen bei einer analogen Ausgangslage von Seiten der IV-Stellen nicht gleich entschieden wurde. Sie sehen bei den IV-Stellen

auch eine unterschiedliche Haltung und schätzen ihre Arbeit verschieden ein.

Auf die direkte Frage nach den Ursachen für kantonale Unterschiede betonten die Gesprächspartner/innen, dass sie sich hier ausschliesslich auf Vermutungen stützen können. Genannt werden in der Folge sowohl IV-Stelleninterne als auch IV-Stellenexterne Faktoren:

- Die Haltung der IV-Stelle bzw. ihrer Mitarbeiter/innen kann «rigider» oder «sozialer» sein, entsprechend werden Handlungs- und Ermessensspielräume zu Gunsten der Versicherung oder der Versicherten genutzt. Diese Haltung wird von Schlüsselpersonen – etwa den IV-Stellenleiter/innen – entscheidend geprägt. Längere Verfahren und weniger Einsatz im Bereich der beruflichen Eingliederung erhöhen die Quoten für Vollrenten.

- Der politischen und noch mehr der wirtschaftlichen Situation in einem Kanton wird grosser Einfluss zugeschrieben. Die Befragten vermuten in Kantonen mit mehr linken Verantwortungsträger/innen eine weniger rigide Haltung in den IV-Stellen. Eine schlechte Wirtschafts- und die Übervertretung gewisser Branchen in einem Kanton werden mit höheren Bezugsquoten in Verbindung gebracht. Vermutet werden allerdings auch gegenteilige Zusammenhänge, so etwa, dass in finanzstarken Kantonen eine sozialere Politik betrieben wird, was sich in höheren Quoten ausdrücken würde. Die Praxis von RAV's und Sozialdiensten in bezug auf die Prüfung von Möglichkeiten für eine IV-Anmeldung bei ihren Klient/innen wird ebenfalls als Ursache möglicher kantonaler Unterschiede gesehen. Breit bemängelt wird die schlechte interinstitutionelle Zusammenarbeit zwischen den Akteur/innen und das «Kässelidenken», welches verhindert, dass für Betroffenen optimale Lösungen gesucht werden.

- Wesentlicher Einfluss auf die unterschiedlichen Bezugsquoten hat nach Ansicht der Befragten der Urbanitätsgrad eines Kantons. Menschen auf dem Land wird zugeschrieben, dass sie weniger Ansprüche an die IV stellen, weil sie sich eher selber durchschlagen möchten und dies dank besser funktionierenden sozialen Netzen auch länger tun können, aber auch deshalb, weil sie schlechter informiert sind. Weiter entscheidend für eine tiefere Nachfrage nach Leistungen auf dem Land ist die höhere soziale Kontrolle und die schlechtere Infrastruktur, welche diese Gegenden als Wohnort zumindest für bestimmte Gruppen von Behinderten unattraktiv machen.

■ Die statistisch beobachtbare Tatsache, dass die Kantone in der lateinischen Schweiz eher überdurchschnittliche IV-Bezugsquoten haben, kann sich eine Mehrheit der Befragten mit Mentalitätsunterschieden, anderem Staatsverständnis oder gar einer anderen biologischen Konstitution erklären. Eine Minderheit lehnt derartige Vermutungen entschieden ab und sieht insbesondere wirtschaftliche Gründe für die Differenzen.

■ Als weiterer, allerdings nicht sehr ausschlaggebender, Einflussfaktor wird die Stärke und Verankerung der Behindertenorganisationen in einem Kanton erachtet. Durch Information und Unterstützung wird die Nachfrage nach IV-Leistungen und die Kompetenz zur Einforderung der Ansprüche erhöht.

### Stellenwert der interkantonalen Unterschiede

Die Mehrheit der Befragten ist der Ansicht, dass es schweizweit gesehen in der IV keine Gleichbehandlung gibt und auch gar nicht geben kann, solange Menschen Entscheidungen treffen müssen. Andere argumentieren, dass bereits in der IV-Gesetzgebung Ungleichbehandlungen verankert sind, beispielsweise in bezug auf Erwerbs- gegenüber Haus- und Familienarbeit. Die föderalistische Struktur der Schweiz wird als entscheidender Faktor für eine Intensivierung der Ungleichheit im interkantonalen Vergleich verstanden. Die Ungleichbehandlung wird von einem Teil der Befragten als störend erachtet, von andern hingegen als Möglichkeit zur Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten geschätzt. Die Personen, welche eine stärkere Gleichbehandlung als wichtig erachten, sehen dafür insbesondere drei Handlungsfelder: erstens eine bessere personelle Dotierung der IV-Stellen und mehr Raum für die Pflege von Einheitlichkeit durch verstärkten interkantonalen Austausch, zweitens die Aufhebung der systembedingten Ungleichbehandlungen durch Änderungen auf Gesetzesebene und drittens eine strengere und intensivere Aufsicht durch die zentralen Bundesbehörden im BSV.

Befragt nach den grössten Problemen im Zusammenhang mit der IV aus Sicht der vertretenen Institution nennt nur eine einzige Person die interkantonalen Unterschiede. Für die andern stehen konkrete inhaltliche Aspekte im Vordergrund. An erster Stelle steht die berufliche Eingliederung und das zu geringe Engagement der IV-Stellen in diesem Bereich. Zweitens wird die Verfahrensdauer als grosses Problem erachtet. Rund die Hälfte der Befragten sieht innerhalb

der IV auch Systemprobleme als Hauptproblem, beispielsweise die fehlende Assistenzentschädigung oder die Ungleichbehandlung der Hausarbeit. Auch die grundsätzliche Schwierigkeit, dass die IV in einer veränderten Gesellschaft für Risiken aufkommen muss, für welche sie nicht konzipiert wurde, wird thematisiert. Weiter wird die Haltung der IV-Stellen und ihre mangelnde Kund/innenorientierung häufig als Problem erachtet. Andere Aspekte, etwa die medizinischen Abklärungen, die Fluktuationsraten in den IV-Stellen oder die zu geringe Aufsicht durch das BSV, werden nur noch vereinzelt erwähnt.

### Schlussfazit

Aus den Gesprächen mit den Vertreter/innen der Fach- und Selbsthilfeorganisationen von Behinderten lassen sich eine Fülle von Vermutungen für Ursachen der kantonal unterschiedlichen IV-Bezugsquoten ableiten. Innerhalb der IV-Stellen sei es vor allem die «Haltung» und die aufgrund von Unterschieden in fachlichem Wissen, sozialen Kompetenzen etc. andere Arbeitsverrichtung in verschiedenen Bereichen – allen voran im Bereich der beruflichen Integration – welche sich auswirken können.

Bei den ärztlichen Akteur/innen sind ebenfalls wichtige Einflussfaktoren auszumachen. Medizinische Abklärungen in bezug auf eine bestimmte Arbeitsfähigkeit sind fast zwingend mit Ermessensspielräumen verbunden, in welchem sich die persönliche Haltung der Ärzt/innen, das Verhalten der Patient/innen und situative Faktoren bemerkbar machen können. Das Ausmass des Wissens über das Funktionieren der IV bei den Haus- und Fachärzt/innen, der Stellenwert, welcher in den IV-Stellen Berichten von Hausärzt/innen gegeben wird, das Ausmass der Medizinalisierung der Abklärungen und die Wahl der Gutachter/innen sind weitere wesentliche Faktoren, welche sich kantonal unterscheiden.

Die Betriebe ihrerseits spielen in bezug auf die Möglichkeiten der beruflichen Eingliederung bzw. das Ausmass der Ausgliederung eine entscheidende Rolle. Am höchsten müssten die Erfolge der beruflichen Wiedereingliederung in Kantonen sein, in welcher die IV-Stellen besonders aktiv sind und die Betriebe eine überdurchschnittliche Integrationsbereitschaft zeigen.

Auf der Nachfrageseite gibt es eine Vielzahl von Faktoren, welche das Geltendmachen von Ansprüchen beeinflussen. Als entscheidend werden Mentalitätsunterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen erachtet, welche zusammen mit einer besseren Infrastruktur und der



höheren Attraktivität als Wohnort für Behinderte in städtischen Kantonen zu einer höheren Nachfrage nach IV-Leistungen führen. Ähnliche Mentalitätsunterschiede wie zwischen städtischen und ländlichen Regionen werden zwischen den Sprachregionen vermutet.

Auch die politische und insbesondere die wirtschaftliche Situation in einem Kanton kann zu interkantonalen Unterschieden beitragen. Wirtschaftliche Krisen und hohe Arbeitslosigkeit führen zu erhöhten Ansprüchen an die IV, dasselbe gilt für bestimmte Branchen mit besonders belastenden Arbeitstätigkeiten. Entscheidend kann auch die Schnittstelle zwischen IV, Arbeitslosenversicherung und Sozialdiensten in einem Kanton sein.

Der Einfluss der Behindertenorganisationen auf das Geltendmachen von Ansprüchen wird durchaus wahrgenommen, allerdings als nicht sehr gross erachtet. Die Zusammenarbeit zwischen den Organisationen und der IV-Stelle kann demgegenüber indirekt grossen Einfluss nehmen, beispielsweise durch gute Zusammenarbeit und verkürzte Verfahren in bezug auf die Erfolge bei der beruflichen Integration.

Die Einflussfaktoren für die interkantonalen Unterschiede sind höchst **komplex und vernetzt**. Was sich schlussendlich statistisch in einer kantonalen Bezugsquote für IV-Leistungen ausdrückt, ist derart multifaktoriell bedingt, dass Rückschlüsse auf konkrete Faktoren und ihre Einflussrichtung nur schwer möglich sind. Die in diesem Projektteil aufgezeigten möglichen Ursachen sind deshalb vor allem als **Hinweise** zu verstehen, wo eine vertiefte Analyse ansetzen könnte.

## Teil 2C: IV-Antragsteller/innen

### Ausgangslage und Fragestellung

Im letzten empirischen Teil des Projekts sollen die direkt Betroffenen zu Wort kommen. Mit einer mündlichen Befragung von IV-Antragsteller/innen wurden ihre Sicht auf den Prozess der IV-Antragstellung und -behandlung sowie ihre aktuelle Lebenssituation erfasst. Durch den Vergleich der Aussagen von Betroffenen aus den Kantonen B, C und D soll es möglich werden, vor dem Hintergrund der Resultate der andern Untersuchungsteile Erklärungsansätze für die Ursachen der interkantonalen Unterschiede in den IV-Bezugsquoten abzuleiten. Dazu wurden leitfadenbasierte, halbstandardisierte Interviews mit je 12 IV-Antragsteller/innen (gleich viele Frauen wie Männer) aus den Kanto-

nen B, C und D geführt, die Hälfte unter ihnen hatte einen positiven die andere einen negativen Entscheid erhalten. Die Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet, anschliessend transkribiert und einer inhaltsanalytischen Auswertung unterzogen.

Die im folgenden berichteten Ergebnisse stellen die Perspektive der Betroffenen dar. Aussagen werden – auch bei an sich «objektiven» Fakten – nicht auf ihren Realitätsgehalt hin hinterfragt. Dargestellt wird damit eine «subjektive Wahrheit», welche der Wirklichkeit der Befragten entspricht

### IV-Antragstellung

In bezug auf die persönlichen Merkmale, die Ursache und Art des Gebrechens, die Entwicklung des gesundheitlichen Verlaufs und die berufliche und finanzielle Situation unterscheiden sich die Betroffenen zum Teil beträchtlich – ihrer Lebenssituation gemeinsam ist nur, dass sie aufgrund von gesundheitlichen Gebrechen in ihrem Erwerbsleben und ihrem Alltag eingeschränkt sind. Am häufigsten sind Funktionseinschränkungen im Bereich von Knochen und Bewegungsorganen, gefolgt von psychischen Behinderungen. Diese grobe Kategorisierung sagt allerdings wenig über die konkrete persönliche Realität aus: Je nach Gebrechen sind die erlebten Behinderungen im Alltag stärker oder weniger gravierend, viele berichten von gesundheitlichen Problemen, welche in verschiedene «Oberkategorien» fallen. Bis zum Zeitpunkt der IV-Antragstellung haben die meisten Befragten bereits einen längeren Weg hinter sich, in welchem sich ihr Gesundheitszustand immer mehr verschlechtert hat (bzw. eine Verbesserung ausgeblieben ist), Phasen von Erwerbstätigkeit und Erwerbsunfähigkeit wechselten sich häufig ab. Damit erweist sich der eigentliche Zeitpunkt der IV-Antragstellung als Etappe in einem bereits viel früher begonnenen Prozess. Viele Betroffenen bekundeten Mühe mit dem Gedanken, von der IV abhängig zu werden und haben versucht, möglichst lange andere Lösungen zu finden. Die Vorstellung, wonach «der Weg in die IV» häufig gewählt wird, weil er nach dem Auslaufen der Bezugstage im RAV besser ist als die Sozialhilfe, bestätigt sich in der Befragung nicht. Diesem Muster entsprechen grob nur gerade 6 Personen. Vielmehr sind die «Wege zum IV-Antrag» vielfältig und sehr unterschiedlich bedingt. Zum Zeitpunkt der Antragstellung standen knapp drei Fünftel der Befragten als Angestellte oder Selbständige im Erwerbsleben, zum Teil waren sie allerdings krank geschrieben. Rund ein Viertel

war (zum Teil seit kurzem) erwerbslos. Einige Personen hatten sich aus gesundheitlichen Gründen bereits einige Zeit vor dem Antrag aus ihrer gewohnten Tätigkeit zurückgezogen. Die eigentliche Antragstellung wurde bei den meisten Befragten von aussen – in der Regel von ärztlichen oder betrieblichen Akteur/innen – angestossen. Eine klare Mehrheit hatte bereits bei der Antragstellung die Erwartung, eine IV-Rente zu erhalten, nimmt die IV also als «Rentenversicherung» wahr. Ärztliche und betriebliche Akteur/innen stützen diese Haltung.

### Antragsbehandlung

Persönliche Kontakte mit der IV-Stelle während der Antragsbehandlung kommen bei den meisten Befragten nur einmalig und punktuell vor, eine beachtliche Minderheit hatte nie einen persönlichen Kontakt mit Vertreter/innen der IV-Stelle. Die IV wird dementsprechend häufig als unpersönlicher Verwaltungsapparat wahrgenommen, welchem man ausgeliefert ist. So erleben denn viele Befragte den Ablauf der Gesuchsbehandlung als kompliziert und undurchsichtig, sind schlecht informiert, bemängeln Bürokratie und Unpersönlichkeit der IV-Stelle und insgesamt die fehlenden Kund/innenfreundlichkeit. Durch die grosse Distanz wird die IV-Stelle auch zur idealen Projektionsfläche, die an vielem schuld ist. So sind nicht wenige überzeugt, dass die IV-Stelle in ihrem Fall bewusst parteiisch gehandelt hat.

Bei einer klaren Mehrheit der Befragten wurden zur Gesuchsentscheidung keine weiteren Abklärungen vorgenommen. Zwei Fünftel mussten sich einer medizinischen Begutachtung stellen, ebenso viele berichten von beruflichen Abklärungen, welche allerdings in der Regel aus einem einzigen Beratungsgespräch bestanden. Bei einer Minderheit kamen Abklärungen vor Ort, in der Regel Haushaltsabklärungen, dazu. Die verschiedenen Abklärungen werden mehrheitlich kritisch beurteilt, nur eine kleine Minderheit hat sie als problemlos erlebt.

Die Zeitdauer der Entscheidung wird – insbesondere auch, weil nicht transparent ist, wieso man wartet – mehrheitlich als deutlich zu lang erachtet. Ein Teil der Betroffenen kämpfte in dieser Zeit mit schwerwiegenden finanzielle Problemen bis hin zur Abhängigkeit von der Sozialhilfe. Ein klarer Zusammenhang zeigt sich zwischen der Zufriedenheit mit der IV-Stelle und der Verfahrensdauer: die Personen, welche relativ rasch eine (positive oder negative) Antwort erhielten, gehören zu der Hälfte der Gesprächspartner/innen, welche mit der IV-Stelle (eher) zufrieden sind.

### Entscheidung

Bei den von den IV-Stellen angenommenen Anträgen handelt es sich mit zwei Ausnahmen um Rentensprechungen, abgelehnt wurden – wenn die Erwartung der Betroffenen als Massstab genommen wird – sowohl Rentenanträge als auch solche für berufliche Massnahmen.

Wie zu erwarten ist, sind Personen, bei welchen der Entscheid den eigenen Erwartungen entspricht, damit zufrieden. Unzufrieden sind demnach die Personen, deren Anträge entweder abgelehnt oder nicht im erwarteten Ausmass angenommen wurden. (z.B. halbe anstatt ganze Rente). Viele Unzufriedene sind der Ansicht, dass sie Opfer einer ungerechten Behandlung, von Parteilichkeit und Willkür sind. Die Gründe für die Ablehnung werden nur von einer kleinen Minderheit verstanden. Zum Teil bestehen starke negative Gefühle gegenüber der IV-Stelle, anderen staatlichen Institutionen, aber auch gegenüber ärztlichen Gutachter/innen.

Viele Befragten – und besonders ausgeprägt solche, welche sich selber ungerecht behandelt fühlen – sind der Meinung, dass die IV ausgenutzt werde und sich ausnützen lasse, dass also Missbrauch betrieben werde. Einige berichten von ihnen bekannten Fällen, welche ihrer Ansicht nach zu Unrecht Leistungen beziehen, andere machen die Aussagen genereller, häufig bezogen auf Ausländer/innen.

Das Engagement im Bereich der beruflichen Massnahmen erscheint aufgrund der Erzählungen der Betroffenen überall gering. Bei vielen Personen wurde diesbezüglich gar nichts unternommen, bei anderen wurden Schritte zwar eingeleitet, eine weitere Betreuung aber versäumt. Nur in Einzelfällen ist eine Wiedereingliederung – gut begleitet – gut gelungen. Der Wunsch nach Stellenvermittlung ist in allen drei Kantonen deutlich grösser als das Angebot.

Die meisten Betroffenen sind nicht bereit, die nicht ihren Erwartungen entsprechenden Entscheide der IV anzunehmen. Eine Mehrheit unter ihnen will den Entscheid anfechten bzw. hat dies bereits getan, andere beabsichtigen, mit einem Neuantrag ihr Recht erneut einzufordern. In beiden Fällen lassen sie sich häufig von Anwält/innen beraten.

### Ausgewählte weitere Akteur/innen

Bei den betrieblichen Akteur/innen ist überall eine recht tiefe Integrationsbereitschaft festzustellen, Möglichkeiten zur Weiterbeschäftigung mit dem Gebrechen werden selten aktiv gesucht, Wiedereingliederungen ebenso selten

probiert. Die Aussagen einzelner Betroffener machen deutlich, dass der im Zusammenhang mit der IV bzw. nicht gesunden Arbeitnehmenden erwartete «Papierkram» für viele Betriebe ein Problem ist.

Viele Befragte haben neben der IV im Laufe ihres Invalidisierungsprozesses auch mit andern Versicherungen zu tun, beispielsweise mit Taggeld- oder Unfallversicherungen. Ihre Erfahrungen sind sehr unterschiedlich, einzelne berichten von massiven Problemen und haben den Eindruck, dass die Versicherungen alles versuchen, um keine oder weniger Leistungen zu entrichten.

Die Personen, welche Kontakt mit der Arbeitslosenversicherung haben oder hatten, erleben diese Situation aus verschiedenen Gründen schwierig. Zum Teil haben diese auch mit ihrer gesundheitlichen Situation zu tun, welche im RAV zuwenig ernst genommen wird oder im Gegenteil dazu führt, dass die Vermittlungsfähigkeit und damit das Recht auf Leistungen angezweifelt wird. Der Gang zur Sozialhilfe ist für alle Betroffenen schwierig, in allen Kantonen gibt es auch Personen, welche trotz finanzieller Notwendigkeit darauf verzichten.

Die Rolle der Haus- und Fachärzt/innen und ihr Einfluss auf das Verhalten und die Erwartungen der Gesprächspartner/innen sind gross. Sie sind für viele im Prozess der IV-Antragstellung und -behandlung die wichtigsten Ansprech- und Referenzpersonen. Fach- und Selbsthilfeorganisationen von Behinderten sind den meisten hingegen nicht bekannt oder sie erachten sie als «Ersatz» für persönliche Beziehungen und sehen deshalb keine Notwendigkeit, sie zu kontaktieren. Die drei Personen, welche sich im Prozess der IV-Antragstellung von einer Organisation begleiten liessen, haben unterschiedliche Erfahrungen gemacht.

### **Aktuelle Lebenssituation**

Die Lebenssituation der Befragten präsentiert sich konkret sehr unterschiedlich. Gemeinsam ist allen, dass gesundheitliche Gebrechen und Behinderungen den Alltag, die privaten und beruflichen Möglichkeiten und auch die Zukunftsperspektive mitprägen. Das Ausmass der Einschränkungen ist unterschiedlich. Viele Betroffene leben ständig mit Schmerzen und sind auf Medikamente angewiesen.

Eine Mehrheit der Befragten ist aktuell nicht erwerbstätig. Ein Teil unter ihnen ist auf Stellensuche, viele haben aber angesichts der Schwierigkeiten, eine den eigenen gesundheitlichen und qualifikationsmässigen Möglichkeiten angepas-

te (Teilzeit)stelle zu finden, nur wenig Hoffnung auf Erfolg. Recht viele Personen möchten nicht mehr erwerbstätig sein und suchen deshalb auch keine Stelle. Insgesamt macht die Betrachtung der «Erwerbsgeschichte» der Betroffenen deutlich, dass das Potential, sich wieder in den Arbeitsmarkt eingliedern zu können, im Verlaufe des Prozesses bei vielen kleiner geworden ist, mitbedingt durch Gründe, welche mit dem eigentlichen gesundheitlichen Gebrechen nicht direkt zu tun haben.

Die finanziellen Verhältnisse der Betroffenen sind sehr unterschiedlich, es sind gewissermassen alle sozialen Schichten vertreten. Immerhin ein Drittel lebt (nahe) am Existenzminimum.

Das soziale Netz der Befragten konzentriert sich in der Regel auf die Kernfamilie, welche für eine Mehrheit die wichtigsten Bezugspersonen darstellen. Die Behinderung und der Prozess der Invalidisierung hatten Einfluss auf das weitere soziale Netz, in der Regel hat sich dieses verkleinert. Viele Gesprächspartner/innen können gegenüber andern und gegenüber sich selber besser mit ihrem Gebrechen als mit dem Status «IV-Bezüger/in» umgehen. Der eigene Kontakt zur IV ist für viele ein Tabuthema.

Die meisten sind mit ihrer Wohnsituation zufrieden – unabhängig davon, wie bescheiden oder grosszügig die Verhältnisse sind, in welchen sie leben. Sie konnten – oft trotz finanziellen Schwierigkeiten – ihre Wohnsituation den eigenen Bedürfnissen anpassen, einzelne wurden allerdings zum Umzug gezwungen. Räumliche oder geographische Hindernisse sind für eine Minderheit relevant, bei einzelnen Personen ergeben sich diesbezüglich allerdings weitgehende Einschränkungen.

Der Alltag präsentiert sich bei den Gesprächspartner/innen sehr unterschiedlich. Bei einem Drittel ist er wesentlich von der teil- oder vollzeitlichen Erwerbstätigkeit geprägt, zu welcher sich – falls noch Energie bleibt – Tätigkeiten im Haushalt, Hobbys und soziale Kontakte gesellen. Gut zwei Fünftel (darunter gleich viele Frauen wie Männer) haben einen Alltag, in welchem Haus- und Familienarbeiten neben Ruhezeiten, Hobbys, Bewerbungen und sporadischer Arbeit gegen Lohn eine wichtige Rolle einnimmt. Bei einem Teil der Befragten finden sich zumindest Phasenweise im Alltag wenig Tätigkeiten, welche über die Aktivitäten des täglichen Lebens wie sich kleiden, sich ernähren und kleine Alltagsdinge erledigen, heraus gehen. Bei manchen ist es vor allem die gesundheitliche Situation, welche diesen Alltag erzwingt, bei andern sind

es fehlgeschlagene Versuche, dem Tag eine als «sinnhaft» erlebte Struktur zu geben.

In bezug auf Zukunftspläne und -hoffnungen stehen für die Gesprächspartner/innen von der Häufigkeit her gesehen die Gesundheit, die beruflichen Möglichkeiten und die Finanzen im Vordergrund. Viele wünschen sich, dass sich ihre Gesundheit verbessert oder nicht weiter verschlechtert und dass sie eine ihren Möglichkeiten angepasste Erwerbsarbeit ausführen könnten. Finanziell wird entweder eine Entspannung der Situation durch eine (bessere) IV-Rente oder im Gegenteil die Möglichkeit, von der IV unabhängig zu werden, gewünscht. Ebenfalls häufig sind familienbezogene Hoffnungen und Wünsche. Recht viele Personen geben allerdings auch an, ihre Geschichte habe sie gelehrt, keine Zukunftspläne mehr zu machen. Einzelne haben sehr düstere Vorstellungen von ihrer Zukunft, sehen ihre gesundheitliche, persönliche und finanzielle Situation schwarz und glauben nicht mehr daran, dass sie sich verbessern könnte.

### **Bedeutung der Resultate**

Die Gespräche mit den 36 IV-Antragsteller/innen aus den Kantonen B, C und D geben einen differenzierten Einblick in das Leben von Personen mit gesundheitlichen Gebrechen und Behinderungen und den Invalidisierungsprozess. Die Resultate machen deutlich, wie komplex und mehrfachbedingt dieser Prozess ist, sie zeigen aus der Sicht der Betroffenen auch eine Reihe von Problemen in Vollzug und Konzeption der Invalidenversicherung auf, welche wertvolle Hinweise für im Prozess involvierte Akteur/innen geben können.

### **Schlussfolgerungen in bezug auf kantonale Unterschiede**

In bezug auf die möglichen Hinweise für Ursachen für die interkantonalen Unterschiede in den IV-Bezugsquoten zeigt sich, dass aufgrund der Perspektive der Betroffenen zwischen den Kantonen B, C und D keine systematischen Unterschiede festzustellen sind. Das heisst, dass sich die aufgrund der Resultate der anderen Erhebungsteile vermuteten Faktoren auf der Ebene der Betroffenen nicht spiegeln, obwohl sie dies erwartungsgemäss eigentlich tun sollten. Bei den IV-Stelleninternen Faktoren gilt dies insbesondere für die «rigide» oder «soziale» Haltung, das Ausmass der Kund/innenfreundlichkeit, die Qualität und Intensität des Engagements im Bereich der beruflichen Massnahmen und den Umgang mit ärztlichen Gutachten, wo Unterschiede vermutet wurden. Diese zeigen sich nicht. Die IV-

Stelle in Kanton D, bei welcher aufgrund der Ergebnisse der anderen Untersuchungsteile eine kund/innenorientiertere Haltung erwartet wurde, wird nicht anders wahrgenommen als B und C. Gesamthaft sind mit der als «rigid» zu erwartenden IV-Stelle B weniger Personen klar unzufrieden als mit C und D. Im Bereich der beruflichen Massnahmen, bei welchen in den IV-Stellen nach Ansicht der Fach- und Selbsthilfeorganisationen am meisten Unterschiede bestehen, zeigen sich auf der Ebene der Betroffenen keine Differenzen.

Bei den IV-Stellenexternen Faktoren – etwa der Haltung der Bevölkerung – wären aufgrund der andern Untersuchungsteile ebenfalls Unterschiede zu erwarten gewesen, konkret insbesondere zwischen dem Romandie-Kanton C und den beiden Deutschschweizer Kantonen. Diese zeigen sich nicht. Insbesondere gibt es keine Hinweise darauf, wonach in den Deutschschweizer-Kantonen B und D länger versucht worden wäre «selber zurecht zu kommen» oder es den Betroffenen in Kanton C einfacher fallen würde, Hilfe vom Staat anzunehmen, den Status «IV-Bezüger/in» zu akzeptieren. Ebenso wenig ergeben sich Hinweise auf ein anderes Staatsverständnis oder gar ein anderes Schmerzempfinden. Die Vermutung, wonach sich aufgrund der andern Untersuchungsteilen zu erwartende Unterschiede in der kleinen Stichprobe «zufälligerweise» nicht abgebildet haben, befriedigt als Erklärung nicht vollständig. Vielmehr wären vertiefte Analysen nötig.

### **Synthese**

Die vier Teile der Forschungsarbeit weisen sehr viele Übereinstimmungen, aber auch einige Widersprüche auf. Als Gemeinsamkeiten lassen sich folgende Feststellungen machen:

- Die interkantonalen Unterschiede bei den IV-Rentenquoten lassen sich zu rund 2/3 mit IV-stellenexternen Faktoren erklären. Für das letzte Drittel der Erklärung können mehrere Faktoren verantwortlich gemacht werden, darunter auch IV-Stelleninterne Ursachen. Die erwähnte «Drittelregel» stellt dabei nicht – wie in der Praxis zum Teil vermutet wurde – eine Arbeitshypothese dar, sondern ein Ergebnis der Forschungen.
- Bei den IV-Stellenexternen Einflussgrössen sind vier Faktoren zu unterscheiden: Die Alterszusammensetzung der Bevölkerung, die Finanzkraft, die Höhe der Erwerbslosigkeit und der Urbanitätsgrad.

■ Der Faktor, der am meisten zu den interkantonalen Unterschieden beiträgt - die «Haltung gegenüber dem Sozialstaat» -, ist sowohl ausserhalb wie auch innerhalb der IV-Stellen einflussreich.

■ Innerhalb der IV-Stellen sind es unterschiedliche Organisationsstrukturen und Strategien, die auf eine unterschiedliche Interpretation der Aufgabe der Invalidenversicherung zurückgehen, die zu einer kantonal unterschiedlichen Auslegung der vom Gesetz und der Materie vorgegebenen Handlungs- und Ermessensspielräumen führen.

■ In Gesprächen mit Fach- und Selbsthilfeorganisationen der Behinderten werden auch weitere Faktoren genannt, welche einen Teil des letzten Drittels ausmachen können (bspw. die Integrationsbereitschaft der Betriebe, die Haltung der ärztlichen Akteur/innen, die interinstitutionelle Zusammenarbeit zwischen der IV, der Arbeitslosenversicherung und der Sozialhilfe und ähnliches).

### **Bewertung des Vollzugsföderalismus**

Ein heterogener Vollzug ist vom Gesetzgeber nicht gewünscht. In Artikel 64 Absatz 2 IVG wird das BSV beauftragt, für eine einheitliche Gesetzesanwendung zu sorgen. Die Entwicklungen in den 1990er Jahren werfen allerdings die Frage auf, ob es sinnvoll ist, in allen Bereichen der IV einen homogenen Vollzug anzustreben. Im Bereich der beruflichen Massnahmen liesse sich bspw. analog zu den RAV in der Arbeitslosenversicherung auch eine Steuerung über Wirkungsziele vorstellen.

### **Die IV ist kein Sonderfall**

Der Vollzugsföderalismus in der IV stellt in der Schweiz keinen Sonderfall dar. Vielmehr ist es geradezu ein typisches Charakteristikum für viele Politikbereiche, dass sich der Vollzug eines Bundesgesetzes kantonal unterscheidet. Dabei wird der Vollzugsföderalismus nicht nur negativ bewertet. Er erlaubt es den Vollzugsbehörden auch, eine generelle Regel lokalen Verhältnissen anzupassen.

### **Möglichkeiten zur Vollzugshomogenisierung**

Die Ableitung von Massnahmen zur Vollzugshomogenisierung war nicht explizit Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Daher wurden aus den vorhandenen Forschungsergebnissen Handlungsfelder abgeleitet, aber keine konkreten Massnahmen vorgeschlagen. Handlungsfelder ergeben sich innerhalb und ausserhalb der IV-Stellen:

■ Innerhalb der IV-Stellen geht es darum, die Handlungs- und Ermessensspielräume zu reduzieren sowie die Auslegung der verbleibenden Spielräume zu vereinheitlichen. Angenähert werden müssen ebenfalls die heute zum Teil ergriffenen unterschiedlichen Strategien in der Umsetzung des IVG. Zu prüfen ist weiter, ob den IV-Stellen genügend Ressourcen für die Lösung ihrer Aufgaben zur Verfügung stehen.

■ Ausserhalb der IV-Stellen drängen sich verschiedene Handlungsfelder auf (Homogenisierung der Untersuchungen der externen Ärzteschaft, Reduktion des Einflusses der externen Ärzteschaft, mehr Einsatzmöglichkeiten in Betrieben etc.). Allerdings dürfte hier der Einfluss der ergriffenen Massnahmen auf die Homogenisierung kleiner sein, weil sich die IV-Stellenexternen Akteure weniger einfach beeinflussen lassen.

### **Fazit**

Die vorliegende Untersuchung kommt zum Schluss, dass es interkantonale Unterschiede innerhalb der Invalidenversicherung gibt, dass sie sich mit den berücksichtigten IV-Stelleninternen und IV-Stellenexternen Faktoren gut erklären lassen und dass es gleichzeitig aber keine einfachen Massnahmen gibt, welche rasch und kostengünstig einen homogenen Vollzug ermöglichen würden. Vielmehr konnte aufgezeigt werden, dass eine Vollzugshomogenisierung Massnahmen in unterschiedlichen Handlungsfelder erfordert, die teilweise erst mittel- und langfristig ihre Wirkungen entfalten werden.

Allerdings gilt es explizit festzuhalten, dass ein homogenerer Vollzug als heute möglich ist. Bspw. ist es erstaunlich, dass IV-Stellen sehr unterschiedliche Strategien für den Vollzug wählen können. Eine vollständige Vollzugshomogenisierung dürfte dagegen auch mit sehr starken Massnahmen (bspw. mit einer Zentralisierung des Vollzugs) kaum zu erreichen sein, weil interkantonale unterschiedliche Haltungen, Werte und Einstellungen – ein wichtiger Faktor für die interkantonalen Unterschiede – nach wie vor bestehen. Im Bereich der beruflichen Massnahmen ist ein vollständig homogener Vollzug auch inhaltlich nicht erwünscht. Vielmehr könnte dieser Bereich analog zu den RAV in der Arbeitslosenversicherung mit Wirkungszielen gesteuert und der Weg zur Erreichung der Ziele (also der Vollzug) den lokalen Behörden überlassen werden.

Ein homogenerer Vollzug ist nicht gratis zu haben. Daher wird es das Ziel der Homogenisie-



zung auch gegen andere Reformziele der Invalidenversicherung abzuwägen gelten.

Verantwortlich für einen homogenen Vollzug ist zum einen der Gesetzgeber, welcher die Organisation der Versicherung bestimmt (bspw. die kantonale Organisationsfreiheit), die Handlungs- und Ermessensspielräume mit beeinflusst sowie die Instrumente definiert, welche der Aufsichtsbehörde für das Erreichen eines homogenen Vollzugs zur Verfügung stehen. Zum anderen steht auch das Bundesamt für Sozialversicherung als Aufsichtsbehörde in der Verantwortung.