

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

*Bericht im Rahmen des zweiten mehrjährigen  
Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP2-IV)*

**Der Abklärungsprozess in der  
Invalidenversicherung bei  
Rentenentscheiden:  
Prozesse, Akteure, Wirkungen**

*Forschungsbericht Nr. 4/15*



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

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

**Autoren/Autorinnen:** Jürg Guggisberg, Désirée Stocker, Laure Dutoit (BASS AG)  
Heidrun Becker, Heike Daniel, Hans-Jakob Mosimann (ZHAW)  
Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS)  
Konsumstrasse 20  
CH-3007 Bern  
Tel. +41 31 380 60 80  
E-mail: [info@buerobass.ch](mailto:info@buerobass.ch)  
Internet: <http://buerobass.ch>

**Auskünfte:** Bundesamt für Sozialversicherungen  
Effingerstrasse 20  
CH-3003 Bern  
  
Frédéric Widmer (Forschung und Evaluation)  
Tel.: +41 58 464 79 75  
E-mail: [frederic.widmer@bsv.admin.ch](mailto:frederic.widmer@bsv.admin.ch)

Cyrielle Champion (Geschäftsfeld Invalidenversicherung)  
Tel.: +41 58 462 85 49  
E-mail: [cyrielle.champion@bsv.admin.ch](mailto:cyrielle.champion@bsv.admin.ch)

**ISSN:** 1663-4640

**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 Bundespublikationen, CH - 3003 Bern  
<http://www.bundespublikationen.admin.ch>

**Bestellnummer:** 318.010.4/15d

## **Bericht im Rahmen des Forschungsprogramms zur Invalidität und Behinderung (FoP2-IV)**

### **Der Abklärungsprozess in der Invalidenversicherung bei Rentenentscheiden: Prozesse, Akteure, Wirkungen**

Schlussbericht

Jürg Guggisberg, Désirée Stocker, Laure Dutoit (BASS AG)  
Heidrun Becker, Heike Daniel (ZHAW, Gesundheit),  
Hans-Jakob Mosimann (ZHAW, School of Management and Law)  
Bern und Winterthur, Februar 2015



## **Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen**

Die Abklärung der medizinischen und beruflichen Situation von versicherten Personen ist eine wichtige Aufgabe der Invalidenversicherung (IV), insbesondere um betroffene Versicherte bei ihrer Eingliederung oder bei der Prüfung eines möglichen Rentenanspruchs rasch und unkompliziert zu unterstützen.

Seit dem Inkrafttreten der 5. IV-Revision im Jahr 2008 zeichnen sich in den Kantonen unterschiedliche Praktiken ab. Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, die von den einzelnen IV-Stellen angewandten Praktiken zu vergleichen und deren Auswirkungen auf verschiedene operationelle und strategische Ziele zu untersuchen, zum Beispiel: die Berentungsquote, den raschen Einsatz von Massnahmen oder die Anerkennung der medizinischen Gutachten durch die Gerichte. Die Studie soll als wissenschaftliche Grundlage dienen und konkrete Empfehlungen formulieren, um den Abklärungsprozess zu optimieren.

Aus der Studie geht hervor, dass die kantonalen Abklärungsprozesse in der Tat sehr unterschiedlich sind. Die allgemeinen, von den IV-Stellen implementierten Prozesse sowie deren interne Organisation (Arbeitsteilung zwischen Fachkräften, Organigramm, interne und externe Kommunikation usw.) lassen sich nur schwer in Kategorien einteilen. Jedoch zeigt die Studie auch, dass sich die meisten dieser Unterschiede nur geringfügig auf die Berentungsquote auswirken.

Dennoch zeigt der Bericht im Zusammenhang mit den Abklärungsprozessen zwei Dimensionen auf, die für die Neurentenquote entscheidend sind. Es sind dies:

- 1) Zeitpunkt und Art der Beschaffung von Informationen bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, und Art der Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen und regionalen ärztlichen Diensten (RAD)
- 2) Eingliederungsstrategie einer IV-Stelle

In Bezug auf den ersten Punkt untermauert die vorliegende Studie die Ergebnisse einer vom BSV gleichzeitig lancierten Studie zur Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Das Prinzip «Gespräch vor Akten», das den Kern der 5. IV-Revision bildete, wird dadurch erhärtet. Es zeigt sich nämlich, dass es in der Anfangsphase des Verfahrens ein unkompliziertes und rasches Vorgehen braucht, bei dem die mündliche Kommunikation mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten der schriftlichen vorzuziehen ist. Wird dabei zur Beurteilung des Eingliederungspotenzials und der Arbeitsfähigkeit der regionale ärztliche Dienst einbezogen, hat dieses Vorgehen eine im Durchschnitt tiefere Berentungsquote zur Folge.

Auch bei der Eingliederung bestätigen die Schlussfolgerungen des Berichts die mit der Einführung der 5. IV-Revision 2008 verfolgte Strategie, die auf eine möglichst rasche Intervention und Eingliederungsmassnahmen vor Rentenzahlungen zielt. Somit geht aus der Studie hervor, dass eine rasche Zusprache von Frühinterventionsmassnahmen und durchschnittlich mehr finanzielle Ressourcen, die gezielt für Eingliederungsmassnahmen eingesetzt werden, eine tiefere Berentungsquote bewirken können.

Die Studie liefert praktische Empfehlungen für die IV und wichtige Ansätze für die Weiterentwicklung der Versicherung. So müssen die gesprächsorientierte und auf Vertrauen gründende Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten verstärkt und die Eingliederung weiter intensiviert werden. Klare Schlüsse hinsichtlich des Beschwerdeverfahrens lassen sich hingegen aus der Studie nicht ziehen. In diesem Bereich sind die Handlungsmöglichkeiten der IV beschränkt.

Stefan Ritler, Vizedirektor

Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung

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

L'examen de la situation médicale et professionnelle des personnes assurées constitue une tâche importante de l'assurance-invalidité (AI), notamment pour accompagner les personnes de manière rapide et simple dans le cadre de leur réadaptation ou pour la clarification de leur droit à une rente.

Face à la diversité des procédures d'instruction constatée au niveau des cantons, depuis l'entrée en vigueur de la 5<sup>e</sup> révision de la LAI en 2008, la présente étude vise à comparer les pratiques mises en place par les offices AI et à analyser leurs effets sur divers objectifs opérationnels et stratégiques, tels que le taux de rente, la rapidité de la procédure ou encore l'acceptation des expertises médicales par les tribunaux. Ce faisant, l'étude doit servir de base scientifique et fournir des recommandations concrètes afin d'optimiser le processus d'instruction.

Cette étude confirme l'existence d'une grande variété des processus d'instruction cantonaux. En effet, les processus généraux appliqués par les offices AI ainsi que leur organisation interne (division du travail entre les différents spécialistes, organigramme, communication interne et externe, etc.) ne se laissent que difficilement catégoriser. Toutefois, l'étude montre que la plupart de ces différences n'ont que peu d'impact sur le taux de rente.

Néanmoins, le rapport identifie deux dimensions liées aux procédures d'instruction comme déterminantes pour le taux de nouvelles rentes. Il s'agit :

- 1) du moment et du type d'informations récoltées auprès des médecins traitants, et de leur influence sur la collaboration entre l'office AI et le service médical régional (SMR),
- 2) de la stratégie de réadaptation poursuivie par les offices AI.

Concernant la première dimension, les résultats de cette étude corroborent les résultats de l'étude lancée parallèlement par l'OFAS sur la collaboration avec les médecins traitants. Ils valident le principe du «dialogue avant les papiers » qui était au centre de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI. En effet, ils démontrent que, durant la phase initiale de la procédure, l'accent doit être mis sur une prise en charge simple et rapide et privilégiant la communication orale avec les médecins traitants plutôt que la documentation écrite. Lorsqu'elle implique le SMR pour l'évaluation du potentiel de réadaptation et de la capacité de travail, cette approche a pour effet un taux de rente inférieur à la moyenne.

En matière de réadaptation, les conclusions du rapport appuient également la stratégie promue depuis l'introduction de la 5<sup>e</sup> révision AI en 2008, et qui vise à intervenir aussi vite que possible et à investir dans la réadaptation avant la rente. Ainsi, l'étude montre que l'octroi rapide de mesures d'intervention précoce ainsi que le fait de consacrer en moyenne plus de

moyens financiers mais de manière ciblée dans les mesures de réadaptation sont susceptibles de déboucher sur des taux de rente inférieurs.

Les résultats de cette étude fournissent donc des recommandations pratiques pour l'AI et des indications importantes pour le développement continu de l'assurance-invalidité. Ils soulignent la nécessité de renforcer une collaboration avec les médecins traitants qui soit basée sur le dialogue et la confiance, et de continuer à investir dans le domaine de la réadaptation. En revanche, l'étude ne permet pas de tirer de conclusions claires concernant la procédure de recours. Dans ce domaine, les possibilités d'intervention de l'AI restent limitées.

Stefan Ritler, vice-directeur

Chef du domaine Assurance-invalidité



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

L'esame delle condizioni mediche e della situazione professionale degli assicurati costituisce un compito importante dell'assicurazione invalidità (AI), in particolare al fine di fornire loro un sostegno rapido e semplice nel quadro dell'integrazione o dell'esame del loro diritto a una rendita.

A fronte della diversità nella prassi di accertamento constatata tra i Cantoni dall'introduzione della 5ª revisione AI nel 2008, il presente studio intende mettere a confronto le prassi attuate dagli uffici AI, analizzandone gli effetti sui diversi obiettivi operativi e strategici, come la quota di rendite accordate, la rapidità della procedura oppure l'approvazione delle perizie mediche da parte dei tribunali. Così facendo, lo studio dovrà servire da base scientifica e fornire agli uffici AI raccomandazioni concrete per ottimizzare la loro procedura di accertamento.

L'indagine condotta conferma l'esistenza di una grande eterogeneità tra i Cantoni per quanto concerne la procedura di accertamento. In effetti, non è facile ordinare in categorie i processi generali applicati dagli uffici AI o l'impostazione della loro organizzazione interna (ripartizione del lavoro tra i vari specialisti, organigramma, comunicazione interna ed esterna ecc.). Tuttavia, stando ai risultati dello studio, la maggior parte di queste differenze ha un impatto molto limitato sulla quota di rendite concesse, ma al contempo vengono identificati due fattori concernenti le procedure di accertamento che si dimostrano determinanti per la quota di nuove rendite:

- 1) il momento in cui l'ufficio AI richiede informazioni ai medici curanti, il tipo di informazioni richieste e l'influenza che hanno sulla collaborazione tra l'ufficio AI e il servizio medico regionale (SMR),
- 2) la strategia d'integrazione perseguita dagli uffici AI.

Per quanto concerne il primo fattore, i risultati dell'indagine corroborano quelli ottenuti dallo studio commissionato parallelamente dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) sulla collaborazione con i medici curanti. Complessivamente, essi convalidano il principio cardine della 5ª revisione AI «priorità dei colloqui sugli incarti», poiché dimostrano che, durante la fase iniziale della procedura, è necessario porre l'accento sulla semplicità e sulla rapidità della presa a carico, privilegiando la comunicazione orale con i medici curanti piuttosto che la documentazione scritta. Inoltre, coinvolgendo il SMR nella valutazione del potenziale d'integrazione e della capacità lavorativa, questo approccio ha per effetto una quota di rendite accordate al di sotto della media.

In materia di integrazione, le conclusioni del rapporto appoggiano di nuovo la strategia promossa dall'introduzione della 5ª revisione AI nel 2008, la quale mira ad intervenire il più

rapidamente possibile e a investire a favore della priorità dell'integrazione sulla rendita. Infatti, dallo studio emerge che sia la rapida concessione di provvedimenti d'intervento tempestivo che risorse finanziarie mediamente maggiori utilizzate in modo mirato per i provvedimenti d'integrazione tendono ad influenzare verso il basso la quota di rendite accordate.

I risultati dello studio forniscono quindi raccomandazioni pratiche per gli uffici AI e indicazioni importanti per il continuo sviluppo dell'AI, sottolineando la necessità di rafforzare una collaborazione con i medici curanti basata sul dialogo e sulla fiducia e di continuare ad investire nel settore dell'integrazione. Per contro, lo studio non permette di trarre conclusioni chiare per quanto riguarda la procedura di ricorso. In questo ambito, il margine di manovra dell'AI è limitato.

Stefan Ritler, vicedirettore

Capo dell'Ambito Assicurazione invalidità

## **Foreword by the Federal Social Insurance Office (FSIO)**

Considering the medical and occupational situation of insured persons is an important aspect of invalidity insurance (IV), particularly when it comes to providing rapid and uncomplicated support for reintegration and clarifying their entitlement to a pension.

In view of the wide range of clarification procedures observed at cantonal level since the 5th Revision of the Invalidity Insurance Act (InvIA) came into force in 2008, this aim of this study is to compare the approaches taken by IV offices and to analyse how they influence various operational and strategic objectives such as pension approval rates, the speed of the process and acceptance of medical appraisals by the courts. Its purpose is therefore to provide a scientific basis and make specific recommendations as a basis for optimizing the process.

This study confirms the existence of widely varying cantonal clarification processes. Consequently, it is difficult to classify the general procedures used by the IV offices and their internal structures (allocation of tasks between specialists, organizational structures, internal and external communication, etc.). At the same time, the study shows that most of these differences do not affect pension approval rates.

That said, it identifies two related aspects of the clarification process as determinants of the rate of approval of new pensions. These are:

- 1) the timing and type of information obtained from the attending physicians and how this influences the collaboration between the IV office and the Regional Medical Service (RMS)
- 2) the reintegration strategy adopted by IV offices.

The findings on the first of these aspects corroborate the results of a parallel study initiated by the FSIO into collaboration with the attending physicians. They validate the principle of giving dialogue priority over written reports, which was at the heart of the 5th Revision of the InvIA. Overall, the study shows that, during the initial phase of the process, the focus should be on rapid and uncomplicated measures, giving priority to oral communication with the attending physicians rather than written documentation. When involving the RMS to evaluate the potential for reintegration and the individual's ability to work, this approach results in a below-average rate of pension approvals.

With regard to reintegration, the conclusions of this report are also based on the strategy applied since the introduction of the 5th Revision of the InvIA. This aims to ensure the fastest possible action, and gives priority to investing in reintegration rather than pensions. The study therefore shows that the pension rate could be reduced by faster deployment of early

intervention measures and by raising the average amount of funding channelled to reintegration, provided that such measures are carefully targeted.

The findings therefore provide practical recommendations for invalidity insurance, together with important pointers for its ongoing development. They highlight the need to strengthen collaboration with the attending physicians on the basis of dialogue and trust, and to continue to invest in reintegration. However, no clear conclusions can be drawn from the study regarding the appeal proceedings. The scope of action on behalf of the invalidity insurance is in this respect limited.

Stefan Ritler, Deputy Director

Head of Invalidity Insurance

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	V
Zusammenfassung	VII
Résumé	XIII
Riassunto	XIX
Summary	XXV
Abkürzungsverzeichnis	XXXI
Teil 1: Ausgangslage, Fragestellung und Vorgehen	1
1 Ausgangslage	2
2 Zielsetzung und Fragestellungen	7
2.1 Zielsetzung	7
2.2 Fragestellungen	7
3 Forschungsansatz und methodisches Vorgehen	9
3.1 Arbeitsmodell	9
3.2 Datengrundlagen	9
3.3 Methodisches Vorgehen	13
Teil 2: Ergebnisse	17
4 Konzeption und Vollzug	17
4.1 Konzeption des Abklärungsverfahrens	17
4.2 Vollzug des Abklärungsverfahrens	20
4.3 Umgang mit den Zieldimensionen	27
4.4 Konzeption und Vollzug in allen 26 IV-Stellen	30
5 Input, Output und Outcome - Ergebnisse aus den statistischen Analysen	33
5.1 Eingliederungsmassnahmen	33
5.2 Abklärungsmassnahmen	38
5.3 Fallabschluss	40
5.4 Ausgaben für Abklärungen und Massnahmen	41
5.5 Typologisierung der IV-Stellen	46

5.6	Outcome: Die Berentungsquoten	48
5.7	Zusammenhänge zwischen Input, Output und der Berentungsquote	52
5.8	Fazit	54
6	Das Beschwerdeverfahren	57
6.1	Vorgehensweisen der IV-Stellen	57
6.2	Einige statistische Grössen	58
6.3	Analyse der Gerichtsurteile	61
7	Gesamtbetrachtung und Fazit	69
7.1	Zusammenfassung der Hauptergebnisse	69
7.2	Schlussfolgerungen, Fazit	72
7.3	Schlussbemerkung	76
	Literaturverzeichnis	79
	Anhang	81

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Typologisierung von medizinischen Abklärungsmassnahmen nach Kosten	11
Tabelle 2: Indikatorenset	15
Tabelle 3: Unterscheidungsmerkmale und Ausprägungen «Art der Zusammenarbeit mit dem RAD»	17
Tabelle 4: Unterscheidungsmerkmale 5 ausgewählte IV-Stellen bezüglich Hauptdimensionen	19
Tabelle 5: Übersicht über die IV-Stellen bezüglich Merkmale und Ausprägungen im Vollzug	26
Tabelle 6: Involvierte Fachpersonen vor dem Verfassen einer Beschwerdeantwort	57
Tabelle 7: Art der Prüfung und Stellungnahme im Beschwerdeverfahren	58
Tabelle 8: Externe medizinische Beurteilungen im Beschwerdeverfahren	58
Tabelle 9: Entscheide der IV	62
Tabelle 10: Gesundheitsschaden	62
Tabelle 11: Urteilsergebnisse	63
Tabelle 12: Grundlagen Entscheide	63
Tabelle 13: RAD- Beurteilungen und Entscheide	64
Tabelle 14: Auftraggeber Gutachten	64
Tabelle 15: Wertung Gutachten (alle Arten)	65
Tabelle 16: Wertung Gutachten polydisziplinär	65
Tabelle 17: Wertung Gutachten bidisziplinär	65
Tabelle 18: Wertung Gutachten monodisziplinär	66
Tabelle 19: Art des Gutachtens und Rückweisungen	66
Tabelle 20: Gericht folgt...	67
Tabelle 21: RAD- Beurteilung/ Gerichtsentscheid	67





## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung Abklärungsverfahren	3
Abbildung 2: Logisches Modell	9
Abbildung 3: Anteil Personen der Kohorte 2009 mit «externen» Eingliederungsmassnahmen, Stand Ende 2013	34
Abbildung 4: Anteil Personen der Kohorte 2009 mit «externen» Eingliederungsmassnahmen (FI/IM/BM) zu 4 verschiedenen Zeitpunkten (Ende 2010, 2011, 2012, 2013). Schweiz und Auswahl IV-Stellen	35
Abbildung 5: Mittlere Dauer bis zur ersten (externen) FI-Massnahme nach IV-Stelle in Tagen (Median). Erstanmeldungen Kohorte 2009. Stand Ende 2013	36
Abbildung 6: Mittlere Dauer bis zur ersten (externen) IM/BM-Massnahme nach IV-Stelle in Tagen (Median). Erstanmeldungen Kohorte 2009. Stand Ende 2013	37
Abbildung 7: Anteil Personen der Kohorte 2009 mit ausschliesslich «internen» Eingliederungsmassnahmen, Stand Ende 2013	38
Abbildung 8: Anteil Personen der Kohorte 2009 mit Abklärungen der Kat. 2 (mono-),3 (bi-) und 4 (polydisziplinär) nach IV-Stelle Ende 2013	39
Abbildung 9: Dauer bis zur ersten medizinisch/beruflichen Abklärungen der der Kat. 2 (mono-),3 (bi-) oder 4 (polydisziplinär) nach IV-Stelle. Stand Ende 2013	40
Abbildung 10: Anteil noch nicht abgeschlossener Fälle Kohorte 2009 zu verschiedenen Zeitpunkten nach ausgewählten IV-Stellen.	41
Abbildung 11: Durchschnittliche Ausgaben extern erbrachter Eingliederungsmassnahmen (FI/IM/BM) in CHF (i) pro neuangemeldete Person und (ii) pro Person mit Eingliederungsmassnahmen. Kohorte 2009 nach IV-Stelle. Stand Ende 2013	43
Abbildung 12: Durchschnittliche Ausgaben für Abklärungen in CHF pro neuangemeldete Person. Kohorte 2009 nach IV-Stelle. Stand Ende 2013	44
Abbildung 13: Durchschnittliche Ausgaben für Abklärungen pro Person mit externen Gutachten (Kat. 2,3,4). Kohorte 2009 nach IV-Stelle. Stand Ende 2013	45
Abbildung 14: Durchschnittliche Ausgaben für Abklärungen und extern erbrachte Eingliederungsmassnahmen in CHF pro neuangemeldete Person. Kohorte 2009 nach IV-Stelle. Stand Ende 2013	46
Abbildung 15: Gewichtete Berentungsquoten in aufsteigender Reihenfolge und Rentenbezugsquoten. Kohorte Neuanmeldungen 2009 nach IV-Stelle. Stand Ende 2013	49
Abbildung 16: Rentenbezugsquoten Kohorte Neuanmeldungen 2009 nach Personen mit bzw. ohne externe Eingliederungsmassnahmen nach IV-Stelle. Stand Ende 2013	50
Abbildung 17: Anteil Rentenbezüger/innen zu verschiedenen Zeitpunkten. Kohorte Neuanmeldungen 2009 schweizweit und nach ausgewählten IV-Stellen.	52
Abbildung 18: Durchschnitt Beschwerden vor kant. Verwaltungsgericht (Basisjahre 2011-2013) im Verhältnis zu den Neuanmeldungen der versicherten Personen im Jahr 2009, nach IV-Stellen	59
Abbildung 19: Durchschnitt Beschwerden vor Bundesgericht (Basisjahre 2011-2013) im Verhältnis zur den Neuanmeldungen der versicherten Personen im Jahr 2009, nach IV-Stelle	60



## Zusammenfassung

### Ausgangslage

Es gehört zu den Aufgaben der IV, Personen mit gesundheitlichen Problemen rasch und unkompliziert bei ihrer Eingliederung zu unterstützen sowie einen möglichen Rentenanspruch zu prüfen. Die medizinische und berufliche Abklärung spielen dabei eine zentrale Rolle. Zugunsten einer Eingliederung gilt es, rasch vorzugehen und die auf dem Arbeitsmarkt einsetzbaren Ressourcen im engen Austausch mit der versicherten Person, den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) abzuklären. Die IV-Stellen befinden sich in den Abklärungsverfahren im Spannungsfeld zwischen verschiedenen Anforderungen: Präzision, Ressourcenorientierung und Transparenz begünstigen eine sorgfältige, den gesetzlichen Erfordernissen entsprechende Entscheidung, erfordern aber andererseits Zeit und steigern Kosten. Im ungünstigen Fall kann ein zu langer Abklärungsprozess die Wiedereingliederung erschweren. Es liegt deshalb im Interesse der Versicherten, der IV und der Arbeitgeber, dass die Prozesse situationsgerecht verlaufen und Verzögerungen durch Beschwerden und Prozesse vermieden werden.

### Ziele und Hauptfragestellungen

Ziel der Studie ist es, die zentralen Elemente des IV-Abklärungsverfahrens zu identifizieren und die Mechanismen des Zusammenspiels dieser Elemente abzubilden. Im Zentrum der Untersuchungen steht der Abklärungsprozess von erwachsenen versicherten Personen mit einem erstmaligen Rentenentscheid. Indem Erfolgsfaktoren, Hindernisse, good practice Beispiele sowie Möglichkeiten zur Verbesserung der Abklärungspraxis identifiziert werden, soll ein Beitrag zur strategischen und praktischen Optimierung des IV-Abklärungsverfahrens geleistet werden.

Drei Hauptfragestellungen leiten die Untersuchung:

- Inwieweit unterscheiden sich Vorgehen und Ausgestaltung des Abklärungsprozesses bei Rentenentscheiden zwischen den IV-Stellen? Anhand der Informationen dazu soll eine **Typologisierung** der IV-Stellen erstellt werden.
- In welchem Zusammenhang stehen Elemente der Prozessgestaltung, die eingesetzten Mittel, die erbrachten Leistungen und das Ergebnis des Abklärungsprozesses? Im Rahmen dieser Fragestellung sollen **Wirkungszusammenhänge** identifiziert werden.
- Inwiefern kann der Abklärungsprozess **optimiert** werden? Was bewährt sich unter welchen Bedingungen?

Mit den Antworten auf die drei Hauptfragen soll den IV-Stellen eine Grundlage an die Hand gegeben werden, um die eigene Vorgehensweise im Abklärungsverfahren zu analysieren und zu reflektieren, und um die Grenzen des eigenen Handelns besser zu verstehen.

### Vorgehen

Es wurde ein kombiniertes methodisches Vorgehen mit **qualitativen und quantitativen Elementen** angewendet. Dieser Ansatz erlaubte es, die im Fokus stehenden Forschungsfragen aus unterschiedlichen Perspektiven zu beantworten. **Interviews** in fünf IV-Stellen mit Vertretern aus Leitung, Leistungsabteilung, Eingliederung und RAD sowie weiteren Experten dienten als Grundlage zur Entwicklung eines **Fragebogens**, der von **allen 26 IV-Stellen** ausgefüllt wurde. Aus diesen Daten konnten Informationen über die Konzeption und den Vollzug des Abklärungsverfahrens gewonnen

werden. Die Erfassung aller IV-Stellen diene dazu festzustellen, ob eine **Typologisierung** verschiedener Konzeptionen in der Abklärung möglich ist.

Ferner wurde mit Hilfe der **Registerdaten** des BSV ein Indikatorenset entwickelt, um die von den IV-Stellen eingesetzten Ressourcen (Input) und die extern erbrachten Leistungen (Output) zu quantifizieren. Dabei wurde eine Kohorte von allen Personen untersucht, die sich 2009 neu angemeldet hatten. Durch multivariate Analyseverfahren konnten anschliessend Wirkungszusammenhänge zwischen Input und Output einerseits und dem Outcome (Berentungswahrscheinlichkeit) andererseits ermittelt werden.

Um **Erkenntnisse über das Beschwerdeverfahren** zu gewinnen, wurden vorhandene Daten über Urteile zu Beschwerden gegen Rentenverfügungen verwendet sowie eine vertiefte **Dossieranalyse** einer Stichprobe von **191 Urteilen aus drei Kantonen** bei erstmaligen Rentenzusprachen durchgeführt. Dabei interessierte vor allem die Frage, aus welchen Gründen es zu Rückweisungen an die IV-Stellen kommt, da Rückweisungen das Abklärungsverfahren erheblich verzögern.

## **Wichtigste Ergebnisse**

Insbesondere aus den Gesprächen mit den Expertinnen und Experten aus IV-Stellen, Verwaltung und anderen Institutionen geht hervor, dass eine «isolierte» Betrachtung des Rentenabklärungsprozesses nicht möglich ist, ohne ihn in Bezug zum Eingliederungsprozess zu setzen. Im Zuge der 5. IVG-Revision, mit der ein Kulturwandel zur Eingliederungsversicherung angestrebt wurde, haben die IV-Stellen ihre Strukturen und Abläufe neu auf den Eingliederungsprozess ausgerichtet. Erst wenn sich eine Eingliederung als nicht bzw. nur teilweise möglich erweist, kommt es in der Regel zu einer vertieften Rentenprüfung. Der Abklärungsprozess ist demnach auch bei späteren «Rentenfällen» zuerst auf Eingliederung ausgerichtet und erst in einer zweiten Phase auf die Überprüfung des Rentenanspruchs. Aus diesem Grund konnte sich die durchgeführte Untersuchung nicht nur auf die Analyse des eigentlichen Rentenabklärungsprozesses beschränken. Dabei hat sich gezeigt, dass Unterschiede zwischen den IV-Stellen in der Ausgestaltung des Abklärungsprozesses und der innerbetrieblichen Abläufe vor allem in denjenigen Phase zu finden sind, in denen es um die Frage der Zuweisung zur Eingliederung geht. In der späteren Phase, in der dann ein allfälliger Rentenanspruch u.U. vertiefter überprüft wird, unterscheidet sich das eigentliche Vorgehen der IV-Stellen weniger stark. So erfolgt der Abklärungsprozess in allen untersuchten IV-Stellen grundsätzlich in enger Zusammenarbeit mit dem RAD. Unterschiede in dieser Phase sind jedoch bspw. in der Häufigkeit und dem Zeitpunkt der eingeforderten externer medizinischen Gutachten zu beobachten. Gemäss den vorliegenden Ergebnissen stellt das Einholen der medizinischen Gutachten jedoch kein zentrales Element dar, das für die eigentliche Ausgestaltung des Abklärungsprozesses stark prägend wäre. Externe Gutachten werden dann eingeholt, wenn die medizinische Sachlage zu wenig klar ist oder wenn sie aufgrund der Einschätzung aus juristischer Perspektive benötigt werden, um vor den kantonalen Gerichten zu bestehen. Aus statistischer Sicht ist kein Zusammenhang zwischen dem Anteil an durchgeführten medizinischen Abklärungen und der Berentungsquote ersichtlich.

Als Ergebnis der Untersuchung können **drei Dimensionen** genannt werden, durch die der Abklärungsprozess massgeblich geprägt wird. Es sind dies:

- **Eingliederungsstrategie** einer IV-Stelle
- **Art der Zusammenarbeit mit dem RAD**

**■ Zeitpunkt und Art der Beschaffung und Verwendung der schriftlichen Informationen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten** in der frühen Phase der Abklärung

Wie schon in früheren Studien festgestellt werden konnte (insbesondere Bolliger et al. 2012), können die IV-Stellen im Rahmen der **Eingliederung etwas unterschiedliche Schwerpunkte setzen**. Obwohl sich insgesamt alle befragten Personen aus den IV-Stellen dem Prinzip «Eingliederung vor Rente» gleichermassen verpflichtet fühlen, wird das Prinzip dennoch unterschiedlich in die Praxis umgesetzt. Für die meisten IV-Stellen bedeutet es, erst dann die Rente vertieft zu prüfen, wenn **Eingliederungsmassnahmen** nicht erfolgreich sind. Die Eingliederung wird grundsätzlich als möglich angesehen und verfolgt, solange nicht das Gegenteil bewiesen ist («breite» Eingliederungsstrategie). Eine Minderheit der IV-Stellen beschreibt im Gegensatz dazu eine eher selektive Zusprachepaxis. Eingliederungsmassnahmen werden dort nur in Betracht gezogen, wenn der versicherten Person ein Arbeitsplatzverlust droht oder ein deutliches Rentenrisiko vorliegt. Die Umsetzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» bedeutet für diese IV-Stellen, Eingliederungsmassnahmen primär zur Verhinderung von drohenden Rentenzahlungen einzusetzen («selektive» Eingliederungsstrategie). Nicht jede IV-Stelle kann einem dieser Pole klar zugeordnet werden, da in der Praxis auch Mischformen zu beobachten sind. So geben 18 IV-Stellen bei der durchgeführten Befragung an, eher nach dem Prinzip «möglichst viele Versicherte in Richtung Eingliederung» zu triagieren, nur 4 IV-Stellen triagieren möglichst nur dann in die Eingliederung, wenn ein rentenrelevanter Gesundheitsschaden absehbar ist und der Rest ist den beiden Polen nicht klar zuzuordnen.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal stellt die **Zusammenarbeit mit dem RAD** dar. Sie unterscheidet sich sowohl im Zeitpunkt des Einbezugs im Abklärungsprozess als auch in der Art des Einbezugs in die strategische Ausrichtung und die Prozessentwicklung der IV-Stellen. Die Ergebnisse aus der Befragung der IV-Stellen lassen darauf schliessen, dass die Art der Zusammenarbeit nicht nur von der Lokalisation des RAD abhängig ist, das heisst ob dieser direkt an der IV-Stelle verortet ist («Stamm-RAD»), oder ein sogenannter «Satelliten-RAD» vorliegt, bei dem die der IV-Stelle zugeordneten RAD-Ärzt/innen organisatorisch dem Stamm-RAD eines anderen Kantons angehören. Vielmehr scheint es auch unterschiedliche «Präferenzen» zu geben, wie der RAD in den Abklärungsprozess und dessen Ausgestaltung eingebunden wird. Es werden drei Merkmale identifiziert, die für die Zusammenarbeit mit den RAD charakteristisch sind. Es sind dies:

- Der **Einbezug des RAD in die Strategie- und Prozessentwicklung** der IV-Stellen (starker vs. eher geringer Einbezug)
- Der **Zeitpunkt des Einbezugs** in den Abklärungsprozess (früh und standardmässig vs. späterer und fallbezogen)
- Die **Art der Kommunikation** (direkt, eher wenig formal vs. eher formal und häufig schriftlich)

Als letztes und im Rahmen dieser Untersuchung sehr wichtiges identifiziertes Unterscheidungsmerkmal sind die Art und der Zeitpunkt der **Beschaffung von Informationen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten** und deren Verwendung in der frühen Phase der Abklärung – insbesondere für den ersten Triageentscheid (Zuweisung Richtung «Eingliederungsprozess» oder «Rentenprozess») – zu nennen. Dabei geht es sowohl um die Einholung bereits bestehender Dokumente als auch um extra für die IV erstellte schriftliche Informationen. Basierend auf den Angaben der IV-Stellen bei deren schriftlichen Befragung können grundsätzlich **drei «Typen» von IV-Stellen** unterschieden werden. Diese drei Typen stehen u.a. in Zusammenhang mit der Art der Zusammenarbeit mit dem RAD.

■ **Typ 1 «Standardmässiges Einholen schriftlicher medizinischer Informationen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte vor Ersttriage» (10 IV-Stellen):** In Typ 1 werden vor dem ersten Triageentscheid bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten **standardmässig schriftliche medizinische Informationen** eingeholt. Die Zuweisung zu Eingliederung basiert in der Regel auf diesen schriftlichen medizinischen Informationen und der daraus abgeleiteten medizinischen Beurteilung. Ein Verzicht auf Eingliederungsmassnahmen schon bei einem ersten Triageentscheid kommt im Vergleich zu den anderen zwei Typen häufiger vor. **Zusammenarbeit mit dem RAD:** In der Phase bis zur Ersttriage nimmt der RAD i.d.R. eine schriftliche Beurteilung der eingeholten Informationen vor, ein persönlicher Kontakt mit der versicherten Person besteht aber kaum. In der Schlussphase der Abklärung wird meist standardmässig eine medizinisch-theoretische Einschätzung des Gesundheitsschadens durch den RAD vorgenommen. Jedoch wird in diesen IV-Stellen i.d.R. eher auf eine juristische Argumentation als Grundlage für die Leistungsberechtigung zurückgegriffen, ggf. auch entgegen der medizinischen Einschätzung durch den RAD. In Bezug auf die Einbindung des RAD ganz generell ist in der Mehrheit dieser IV-Stellen der RAD eher weniger aktiv in die Gestaltung der Prozesse der IV-Stelle mit eingebunden.

■ **Typ 2 «Standardmässiges Einholen schriftlicher medizinischer Informationen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte erst nach Ersttriage» (9 IV-Stellen):** In einer Mehrheit dieser IV-Stellen erfolgt die (erste) Zuweisung zur Eingliederung möglichst ohne schriftliche medizinische Informationen und orientiert sich demnach nicht nur an einer medizinisch-theoretischen Einschätzung. Ein «endgültiger» Verzicht auf Eingliederungsmassnahmen schon zu diesem sehr frühen Zeitpunkt kommt kaum vor. **Zusammenarbeit mit dem RAD:** Es erfolgt eine Beurteilung der schriftlichen medizinischen Informationen durch den RAD erst im Hinblick auf den Grundsatzentscheid. In der Schlussphase der Abklärung stützt sich die IV-Stelle für die Beurteilung der Leistungsberechtigung i.d.R. eher auf die versicherungsmedizinische Argumentation des RAD. Bezüglich Einbindung ganz generell ist der RAD in einer Mehrheit dieser IV-Stellen insgesamt etwas stärker in die Mitgestaltung der Abläufe der IV-Stelle einbezogen.

■ **Typ 3 «Fallweises Einholen von bestehenden und zusätzlichen schriftlichen Unterlagen von behandelnden Ärzt/innen vor oder nach dem ersten Triageentscheid»:** Die restlichen 7 IV-Stellen können keinem der ersten beiden Typen zugeordnet werden. Informationen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten in schriftlicher Form werden je nach Fall vor oder nach dem Triageentscheid eingeholt. **Zusammenarbeit mit dem RAD:** Öfters als in den andern Typen erfolgt der Austausch zu Beginn des Prozesses sowohl via schriftlicher Stellungnahmen als auch via mündlicher «Beratung» durch den RAD; die Kommunikation ist oft direkt und wenig formalisiert. Für die Beurteilung der schlussendlichen Leistungsberechtigung stützt sich die IV-Stelle eher auf eine versicherungsmedizinische Argumentation gemäss RAD. Ganz generell besteht bei einer Mehrheit der 7 zu diesem Typ gehörenden IV-Stellen ein relativ enger Austausch mit dem RAD, auch zu Fragen von Strategie und Prozessentwicklung. 4 der 7 IV-Stellen haben einen Stammsitz des RAD in ihren Räumlichkeiten.

## Statistik

Neben der qualitativ ausgerichteten Forschung wurden auch auf quantitativen Daten beruhende statistische Analysen durchgeführt. Die Basis für diese Analysen bilden die Registerdaten der Kohorte aller vom BSV bereinigten **Erstanmeldungen** bei der IV von **Erwachsenen im Jahr 2009**. Es handelt sich dabei um insgesamt **49'500 Personen**, die sich im Jahr 2009 erstmalig bei der IV ange-

meldet haben. Von diesen Personen konnte ermittelt werden, bei wem innerhalb von vier Jahren (Stand Ende 2013) welche Abklärungsmassnahmen durchgeführt wurden, wer welche «externen» Eingliederungsleistungen bezogen<sup>1</sup> hat, was diese Abklärungen und Leistungen gekostet haben, wer am Schluss des Abklärungsprozesses eine Rente bezieht und welche Fälle noch nicht abgeschlossen sind. Anhand der Auswertung der Registerdaten zeigt sich, wie heterogen das «IV-Geschehen» tatsächlich ist.

■ **Externe Eingliederungsmassnahmen:** Je nach IV-Stelle erhalten zwischen 9 und 40 Prozent der im Jahr 2009 erstmalig bei der IV-Stelle angemeldeten Personen externe Eingliederungsmassnahmen (Median 16 Prozent). Pro neu angemeldete Person variieren die durchschnittlichen Ausgaben für externe Eingliederungsmassnahmen je nach IV-Stelle zwischen rund 800 Franken und 7'800 Franken (Median 3'900 Fr.). Die relativ grossen Unterschiede beruhen vorwiegend auf der je nach IV-Stelle unterschiedlichen Wahrscheinlichkeit, eher teurere Massnahmen wie Integrationsmassnahmen oder berufliche Massnahmen zuzusprechen.

■ **Abklärungsmassnahmen:** Für Abklärungsmassnahmen werden pro neuangemeldete Person der Kohorte 2009 durchschnittlich 1'400 Franken ausgegeben. Der Wert schwankt je nach IV-Stelle zwischen 770 und 2'380 Franken. Die relativ grossen Unterschiede sind darauf zurückzuführen, dass der Anteil an relativ teuren Abklärungen (grösser als 500 Franken), die normalerweise bei mono- bi oder polydisziplinären Gutachten anfallen, je nach IV-Stelle zwischen 7 und 33 Prozent liegt (Median = 18%).

■ **Berentungswahrscheinlichkeit:** Von den 45'900 im Jahr 2009 bei den IV-Stellen neu angemeldeten Personen beziehen Ende 2013 insgesamt 11'193 Personen eine Rente (Ganze,  $\frac{3}{4}$ -,  $\frac{1}{2}$ - oder  $\frac{1}{4}$ - Rente). Dies entspricht einem Anteil von 22.6 Prozent (Rentenbezugsquote). Zwischen den IV-Stellen schwankt dieser Wert zwischen minimal 12.3 und maximal 31.5 Prozent. Summiert man alle Rentengrade auf und dividiert diese Zahl durch die Anzahl neu angemeldeter Personen (Kohorte 2009) so erhält man einen Anteilswert, der Auskunft darüber gibt, wie viele gewichtete, d.h. ganze Renten am Ende der Beobachtungszeit ausbezahlt werden (gewichtete Rentenquote). Der Median der gewichteten Rentenquote liegt im Vergleich zur Rentenbezugsquote um rund 5 Prozentpunkte tiefer bei 17.8 Prozent. Die Werte schwanken je nach IV-Stelle zwischen minimal 8.7 und maximal 24.5 Prozent.

■ **Offene «Fälle»:** Ende 2013 sind gemäss der von uns verwendeten Definition noch 2'595 Dossiers als noch nicht abgeschlossen zu betrachten. Dies entspricht einem Anteil von 5.2 Prozent. Knapp zwei Drittel dieser Personen (1'667) hat im Verlauf der Beobachtungsperiode Eingliederungsmassnahmen bezogen oder bezieht sie immer noch. Der Wert schwankt zwischen den IV-Stellen zwischen 2.4 Prozent und 7.7 Prozent. Ein Dossier gilt dann als abgeschlossen, wenn (i) entweder eine Rente bezogen wird oder (ii) innerhalb der letzten 12 Monate keine neuen Abklärungsmassnahmen und keine neuen Eingliederungsleistungen gesprochen wurden oder (iii) die Ablehnung eines Leistungsgesuchs nach Art. 4, 6 oder 28 vorliegt («Kein Gesundheitsschaden», «versicherungsmässige Voraussetzungen fehlen», «erstmalige Berentung: Invaliditätsgrad unter 40%»).

---

<sup>1</sup> Aufgrund unterschiedlicher Kodierungspraxis in den IV-Stellen und daraus resultierender eingeschränkter Datenvalidität wurde auf die Auswertung der intern erbrachten Eingliederungsleistungen (bspw. Berufsberatung, Arbeitsvermittlung, Beratung und Begleitung etc.) verzichtet.

In welchem Zusammenhang die unterschiedlichen Falltypen einerseits sowie einige der ermittelten Grössen aus den Registerdaten auf die (gewichteten) Berentungsquoten stehen, wurde in einem letzten Schritt mit Hilfe von multivariaten Analysemethoden ermittelt. Unter statistischer Kontrolle eines unterschiedlichen kantonalen Umfelds führt demnach folgendes Vorgehen zu einer tieferen Berentungsquote:

- **Abklärungstyp:** Standardmässiges Einholen schriftlicher Informationen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten erst **nach** dem ersten Triageentscheid (Typ 2)
- **Geschwindigkeit Frühintervention:** Rasche Zusprache von FI-Massnahmen
- **RAD beurteilt Eingliederungspotential:** Abstützung des Grundsatzentscheids auf der RAD-Beurteilung des Eingliederungspotentials und der (prozentualen) Arbeitsfähigkeit
- **Ausgaben für Eingliederungsmassnahmen:** IV-Stellen, die für Personen mit Eingliederungsmassnahmen durchschnittlich etwas mehr Geld aufwenden als andere, weisen tiefere gewichtete Berentungsquoten auf.

### Analyse Gerichtsurteile

Die **Analyse der Gerichtsurteile** von Rentenfällen zeigt, dass sich die Beschwerden vor allem auf die medizinische Beurteilung des Gesundheitsschadens und weniger auf die Berechnungsmethode des Invaliditätsgrades (Einkommensvergleich) beziehen. RAD-Stellungnahmen werden in den drei untersuchten Kantonen vom Gericht unterschiedlich gut anerkannt. Alle Arten von externen Gutachten werden grösstenteils als beweistauglich eingestuft; bei polydisziplinären Gutachten ist der Anteil jedoch vergleichsweise am höchsten. Gründe, die im Urteil für eine Rückweisung genannt werden, sind entweder ungenügende Abklärungen, nicht überzeugende RAD-Beurteilungen – oder beides.

### Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Obwohl die Studienergebnisse auf einen im Detail sehr heterogenen Vollzug des IV-Abklärungsverfahrens hinweisen, lassen die Ergebnisse dennoch einige wichtige verallgemeinerbare Schlussfolgerungen zu Erfolgsfaktoren, Hindernissen und good practice zu.

Basierend auf den statistischen Analysen können zwei Empfehlungen formuliert werden, die sich als relevant für die Berentungsquoten zeigen:

- Rascher und eher grosszügiger Einsatz von Massnahmen zur Frühintervention, ggf. unter Einbezug des RAD und mündlicher Rücksprache mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, aber ohne vorherige Beschaffung zusätzlicher schriftlicher Arztberichte. Es zählt vor allem die Geschwindigkeit.
- Integrationsmassnahmen und andere berufliche Massnahmen sollten auf der medizinischen Abklärung und der Einschätzung des RAD beruhen. Es lohnt sich, dann in diese Massnahmen auch zu investieren.

Aus den qualitativen Untersuchungen können als positive Beispiele genannt werden: die Selbsteinschätzung der versicherten Person und relevante Aspekte ihrer Lebenssituation mit in die Abklärung einzubeziehen, die Qualität der medizinisch-theoretischen Beurteilung durch den RAD systematisch zu sichern und in der Eingliederung auch auf den langfristigen Erhalt von Arbeitsfähigkeit abzielen. Ob und in welchen Fällen durch eine parallele Prüfung von Rentenansprüchen und Eingliederung ein Verfahren gestrafft werden kann, könnte weiter geprüft werden. Eine interne Auswertung von Rückweisungen unter Einbezug des RAD und der Aufbau eines ausreichenden und gut qualifizierten Gutachternetzwerkes für mono- und bi-disziplinäre Gutachten könnten das Beschwerdeverfahren verkürzen.



## Résumé

### Contexte

Il incombe à l'AI de fournir aux personnes atteintes dans leur santé un soutien rapide et sans traverses administratives dans leur réadaptation, et d'examiner un éventuel droit à la rente. L'instruction médicale et professionnelle joue à cet égard un rôle essentiel. Pour favoriser la réadaptation, il est indispensable d'intervenir rapidement et de définir, par des échanges réguliers avec l'assuré, le médecin traitant et le service médical régional (SMR), les ressources qui peuvent être utilisées sur le marché du travail. Lors des procédures d'instruction, les offices AI (OAI) doivent respecter des contraintes contradictoires : la précision, la transparence du processus et l'approche centrée sur les ressources de la personne favorisent une décision mûrement réfléchie et conforme aux exigences légales, mais d'un autre côté, elles requièrent du temps et contribuent à l'augmentation des coûts. Dans le pire des cas, une procédure d'instruction trop longue peut entraver la réadaptation. Il est donc dans l'intérêt des assurés, de l'AI et des employeurs que les procédures se déroulent de façon adaptée à la situation et que l'on évite les retards dus à des recours et à des procès.

### Objectifs et questions de recherche

L'objectif de l'étude est d'identifier les éléments principaux de la procédure d'instruction de l'AI et de dresser le tableau des mécanismes d'interaction entre eux. La recherche est centrée sur la procédure d'instruction concernant des assurés adultes pour lesquels une première décision relative à l'octroi d'une rente a été rendue. Elle vise à contribuer à l'optimisation stratégique et pratique de la procédure d'instruction de l'AI, par l'identification des facteurs de réussite, des obstacles, des exemples de bonnes pratiques ainsi que des possibilités d'amélioration.

L'étude répond aux trois questions de recherche suivantes :

- Dans quelle mesure l'approche et l'organisation de la procédure d'instruction diffèrent-elles d'un OAI à l'autre ? Il s'agit d'établir, grâce à ces informations, une **typologie** des OAI pour ce qui est de l'examen du droit à la rente.
- Quelles sont les corrélations entre les éléments de la procédure, les moyens utilisés, les prestations fournies et le résultat de la procédure d'instruction ? Il s'agit là d'identifier les **interactions**.
- Dans quelle mesure la procédure d'instruction peut-elle être **optimisée** ? Quels sont les éléments qui ont fait leurs preuves et dans quelles conditions ?

Les réponses à ces questions de recherche doivent fournir aux OAI une base scientifique pour analyser leur procédure d'instruction, procéder à une réflexion et mieux comprendre les limites de leur propre pratique.

### Démarche

Les chercheurs ont appliqué une méthodologie combinée reposant sur des **éléments qualitatifs et quantitatifs**. Cette approche a permis d'aborder les questions de recherche sous différents angles. Des **entretiens** réalisés dans cinq OAI avec des représentants de la direction, des unités en charge des prestations et de la réadaptation, du SMR ainsi que d'autres experts ont permis d'élaborer un **questionnaire** auquel ont répondu **les 26 OAI**. Ces données ont livré des informations sur la conception et la réalisation de la procédure d'instruction, et permis d'en établir une **typologie**.

En outre, un jeu d'indicateurs a été élaboré sur la base des **données du registre** de l'OFAS, pour quantifier les ressources investies par les OAI (input) et les prestations fournies en externe (output). L'échantillon retenu est composé de toutes les personnes qui ont déposé une première demande à l'AI en 2009. Des procédés d'analyse multivariée ont ensuite permis d'établir les interactions entre l'input et, d'une part, l'output et, d'autre part, l'outcome (la probabilité d'obtenir une rente).

Pour rassembler des **informations sur la procédure de recours**, les chercheurs ont utilisé les données existantes sur les jugements et arrêts rendus en matière de recours contre les décisions de rente. Ils ont procédé également à une **analyse approfondie des dossiers** d'un échantillon de **191 décisions de justice rendues dans trois cantons** concernant une première décision d'octroi de rente. L'objectif était d'identifier les raisons pour lesquelles certains cas sont renvoyés aux OAI, les renvois étant source de retards considérables de la procédure d'instruction.

### Principaux résultats

Les entretiens menés avec les experts des OAI, de l'administration et d'autres institutions montrent qu'on ne peut se contenter de l'analyse « isolée » du processus d'examen du droit à la rente, sans le mettre en relation avec le processus de réadaptation. Dans le cadre de la 5<sup>e</sup> révision de l'AI, qui a initié un changement de culture vers une assurance de réadaptation, les OAI ont réformé leurs structures et leurs processus pour les axer sur la réadaptation. On ne procède généralement à un examen approfondi du droit à la rente que lorsqu'une réadaptation n'est pas possible ou qu'elle ne l'est que partiellement. La procédure d'instruction est donc, dans tous les cas, axée d'abord sur la réadaptation professionnelle, et ce n'est que dans un second temps que le droit à la rente est examiné. L'étude ne pouvait donc se limiter à la seule analyse du processus d'examen du droit à la rente. Elle a révélé des différences entre les OAI au niveau de l'organisation de la procédure d'instruction et des processus internes, surtout durant la phase où il s'agit de réadaptation. Par la suite, pour l'examen du droit à la rente, les différences entre OAI sont moins flagrantes. Dans tous les OAI examinés, la procédure d'instruction se déroule en principe en étroite collaboration avec le SMR. Les différences observées relèvent par exemple de la fréquence des expertises médicales externes et du moment auquel elles sont demandées. Les résultats montrent que le recueil d'expertises médicales ne constitue toutefois pas un élément clé de l'organisation de la procédure d'instruction. Des expertises sont demandées lorsque la situation médicale n'est pas claire ou lorsqu'il est nécessaire, pour des raisons juridiques, de les produire devant un tribunal cantonal. D'un point de vue statistique, il n'y a pas de relation entre proportion d'expertises médicales effectuées et taux de rentes.

D'après les résultats de l'étude, trois éléments influencent fortement la procédure d'instruction :

- **la stratégie de réadaptation** de l'OAI ;
- **le type de collaboration avec le SMR** ;
- **le moment et la façon de demander des informations écrites aux médecins traitants et de les utiliser** au début de l'instruction.

Comme cela a déjà été relevé dans de précédentes études (notamment Bolliger et al. 2012), les **priorités définies** par les OAI dans le cadre de la **réadaptation** peuvent **varier quelque peu**. Bien que, globalement, tous les collaborateurs interrogés dans les OAI se sentent tenus au principe selon lequel « la réadaptation prime la rente », ce dernier n'est pas toujours appliqué de la même façon. Dans la plupart des OAI, il signifie que l'examen approfondi du droit à la rente n'a lieu que lorsque les **mesures de réadaptation** ne sont pas couronnées de succès. La réadaptation est en principe

possible et reste un objectif tant que le contraire n'est pas prouvé (stratégie de réadaptation « large »). La pratique d'octroi d'une minorité d'OAI est, au contraire, plutôt sélective. Des mesures de réadaptation n'y sont envisagées que si l'assuré risque de perdre son emploi ou que le risque de rente est manifeste. L'application du principe « la réadaptation prime la rente » signifie, pour ces OAI, mettre en œuvre des mesures de réadaptation dans l'objectif premier d'empêcher des versements de rentes (stratégie de réadaptation « sélective »). Tous les OAI ne peuvent être rangés clairement dans l'une ou l'autre de ces catégories opposées, car on observe aussi, dans la pratique, des formes mixtes. Lors de l'enquête, 18 OAI ont répondu qu'ils dirigent le plus grand nombre possible d'assurés vers la réadaptation et 4 seulement qu'ils ne dirigent vers la réadaptation pratiquement que les assurés qui présentent une atteinte à la santé susceptible de donner droit à une rente. Les autres OAI se situent entre les deux.

La **collaboration avec le SMR** constitue un autre élément distinctif, par le moment de son implication dans la procédure d'instruction ainsi que par le genre d'implication dans l'orientation stratégique et le développement de la procédure des OAI. Les résultats de l'enquête montrent que le type de collaboration ne dépend pas que de la localisation du SMR, que celui-ci soit situé au même endroit que l'OAI ou qu'il s'agisse d'un SMR « satellite » auquel sont rattachés organisationnellement des médecins actifs dans un autre canton. Il dépend plutôt de visions différentes dans la façon d'impliquer le SMR dans la procédure d'instruction et son organisation. La collaboration avec les SMR dépend de trois caractéristiques :

- **l'implication du SMR dans le développement de la stratégie et de la procédure** des OAI (soit forte soit plutôt faible) ;
- **le moment de l'implication** dans la procédure d'instruction (précoce et régulière, ou plus tardive et liée à un cas précis) ;
- **le type de communication** (directe et plutôt peu formelle, ou plutôt formelle et la plupart du temps par écrit).

Le dernier élément distinctif qui a été identifié dans le cadre de cette étude, et non des moindres, concerne le moment et la façon de **demandeur des informations écrites aux médecins traitants** et de les utiliser dans la première phase de l'instruction, en particulier pour la première décision de tri (« processus de réadaptation » ou « processus de rente »). Il s'agit pour l'OAI d'obtenir des documents existants, mais aussi de recueillir des informations particulières par écrit. D'après les indications données par les OAI eux-mêmes lors de l'enquête écrite, on peut distinguer **trois « types » d'OAI**, qui se distinguent notamment par le type de collaboration avec le SMR.

■ **Type 1 « Recueil systématique d'informations médicales écrites auprès des médecins traitants avant la première décision de tri » (10 OAI)** : le processus de réadaptation est généralement lancé sur la base de ces informations médicales écrites et de l'évaluation médicale qui en découle. Les OAI du type 1 renoncent plus fréquemment que les autres à des mesures de réadaptation dès la première décision de tri. **Collaboration avec le SMR** : le SMR procède généralement à une évaluation écrite des informations recueillies avant la première décision de tri, mais un contact personnel avec l'assuré n'a que rarement lieu. Dans la phase finale de l'instruction, le SMR procède la plupart du temps à une appréciation médicale théorique de l'atteinte à la santé. Cependant, ces OAI s'appuient plutôt sur des arguments juridiques pour fonder le droit aux prestations, en allant parfois contre l'appréciation médicale du SMR. En ce qui concerne, de façon générale, l'implication

des SMR, ils sont, pour la majorité de ces OAI, plutôt peu impliqués dans l'organisation de la procédure.

■ **Type 2 « Recueil systématique d'informations médicales écrites auprès des médecins traitants seulement après la première décision de tri » (9 OAI)** : dans la plupart de ces OAI, le processus de réadaptation est lancé, autant que possible, sans informations médicales écrites et ne dépend donc pas seulement d'une appréciation médicale théorique. Il est très rare que l'on renonce « définitivement » à des mesures de réadaptation dès cette phase précoce de la procédure. **Collaboration avec le SMR** : le SMR ne procède à une évaluation des informations médicales écrites que dans l'optique de la décision de principe. Pour l'appréciation du droit à prestations dans la phase finale de l'instruction, l'OAI se fonde généralement plutôt sur les arguments de médecine des assurances fournis par le SMR. En ce qui concerne, de façon générale, l'implication des SMR, ils sont, pour la majorité de ces OAI, un peu plus fortement impliqués dans l'organisation de la procédure.

■ **Type 3 « Recueil au cas par cas de documents écrits existants et complémentaires auprès des médecins traitants avant ou après la première décision de tri »** : les sept derniers OAI ne peuvent être rattachés à aucun des deux premiers types. Les informations sont recueillies auprès des médecins traitants sous forme écrite, selon le cas avant ou après la première décision de tri. **Collaboration avec le SMR** : dès le début de la procédure, les échanges (prises de position écrites, « conseil » oral du SMR) sont plus fréquents que dans les autres types ; la communication est souvent directe et peu formelle. Pour l'appréciation finale du droit à prestations, l'OAI se fonde plutôt sur les arguments de médecine des assurances fournis par le SMR. Dans une majorité d'OAI de ce type, on observe, de façon générale, des échanges très réguliers avec le SMR, également en matière de développement de la stratégie et de la procédure. Quatre de ces sept OAI hébergent le SMR dans leurs locaux.

## Statistique

Parallèlement à la recherche qualitative, des analyses statistiques ont également été réalisées au moyen de données quantitatives. Les analyses sont basées sur les données du registre de l'OFAS : l'échantillon retenu est composé de toutes les **personnes adultes** qui ont **déposé une première demande** à l'AI en 2009, soit un total de **49 500 personnes**. Pour toutes ces personnes, les analyses statistiques ont permis d'établir qui a bénéficié de quelle mesure d'instruction dans un laps de temps de quatre ans (état fin 2013), qui a bénéficié de quelle mesure de réadaptation « externe »<sup>2</sup>, combien ces mesures d'instruction et de réadaptation ont coûté, qui touche une rente à la fin de la procédure d'instruction et quels cas ne sont pas encore clos. L'analyse des données du registre montre à quel point la « réalité de l'AI » est hétérogène.

■ **Mesures de réadaptation externes** : en fonction de l'OAI, entre 9 % et 40 % des personnes adultes qui ont déposé une première demande à l'AI en 2009 ont bénéficié de mesures de réadaptation externes (valeur médiane 16 %). Par personne, les coûts moyens des mesures de réadaptation externes varient, selon l'OAI, entre 800 francs et 7800 francs (coût médian 3900 francs). Les différences relativement importantes sont dues principalement à la variation, d'un office à l'autre, de la

---

<sup>2</sup> En raison de la diversité des pratiques de codification dans les OAI et de la validité limitée des données qui en résulte, les mesures de réadaptation internes (orientation professionnelle, placement, conseil et suivi généraux, etc.) n'ont pas été analysées.

probabilité d'octroyer des mesures plutôt onéreuses comme des mesures de réinsertion ou des mesures d'ordre professionnel.

■ **Mesures d'instruction** : 1400 francs par personne sont dépensés en moyenne pour des mesures d'instruction. Ce montant varie, en fonction de l'OAI, entre 770 et 2380 francs. Les différences relativement importantes sont dues principalement au fait que la proportion des instructions onéreuses (plus de 500 francs) en raison d'expertises mono-, bi- ou pluridisciplinaires, varie, en fonction de l'OAI, entre 7 % et 33 % (valeur médiane 18 %).

■ **Probabilité d'octroi d'une rente** : sur les 45 900 adultes qui ont déposé une première demande à l'AI en 2009, un total de 11 193 personnes perçoivent une rente à fin 2013 (quart de rente, demi-rente, trois quarts de rente ou rente entière), ce qui correspond à un taux de rente de 22,6 %. Cette valeur varie, en fonction de l'OAI, entre 12,3 % au minimum et 31,5 % au maximum. Si l'on additionne toutes les parts de rente et que l'on divise le résultat par le nombre de personnes qui ont déposé une première demande à l'AI (en 2009), le résultat donne le nombre de rentes pondérées (entières) versées à la fin de la période d'observation. La valeur médiane des taux de rentes pondérés se situe environ 5 points plus bas que le taux de bénéficiaires de rente, à 17,8 %. Cette valeur varie, en fonction de l'OAI, entre 8,7 % au minimum et 24,5 % au maximum.

■ **Cas en suspens** : selon la définition que nous utilisons, 2595 dossiers n'étaient pas encore clos à fin 2013, soit 5,2 %. Un peu moins des deux tiers de ces personnes (1667) ont bénéficié de mesures de réadaptation au cours de la période d'observation ou en bénéficient encore. Cette valeur varie, en fonction de l'OAI, entre 2,4 % et 7,7 %. Un dossier est considéré comme clos (i) lorsqu'une rente est perçue ou (ii) qu'au cours des douze derniers mois, aucune nouvelle mesure d'instruction ou de réadaptation n'a été octroyée ou (iii) qu'une demande de prestation a été rejetée en vertu de l'art. 4 (il ne s'agit pas d'une atteinte à la santé), de l'art. 6 (les conditions d'assurance ne sont pas remplies) ou de l'art. 28 LAI (premier examen du droit à la rente : taux d'invalidité inférieur à 40 %).

Enfin, des méthodes d'analyse multivariées ont permis d'établir les relations entre le taux de nouvelles rentes (pondérées) et, d'une part, les divers types de cas et, d'autre part, les valeurs mesurées sur la base des données du registre. Sous contrôle statistique d'un contexte cantonal variable, le canevas suivant est susceptible de déboucher sur un taux de nouvelles rentes moins élevé :

■ **Type d'instruction 2** : recueil systématique d'informations médicales écrites auprès des médecins traitants seulement **après** la première décision de tri

■ **Intervention précoce rapide** : octroi rapide de mesures d'intervention précoce

■ **Evaluation du potentiel de réadaptation par le SMR** : la décision de principe se fonde sur l'évaluation du potentiel de réadaptation et de la capacité de travail (en %) par le SMR.

■ **Coûts des mesures de réadaptation** : les OAI qui consacrent en moyenne plus d'argent que d'autres aux personnes bénéficiant de mesures de réadaptation font état d'un taux de nouvelles rentes plus bas.

## Analyse de décisions de justice

L'analyse de décisions de justice concernant des cas de rente montre que les recours se rapportent bien plus à l'évaluation médicale de l'atteinte à la santé qu'à la méthode de calcul du taux d'invalidité (comparaison des revenus). Dans les trois cantons examinés, les avis des SMR sont

diversement acceptés dans les procédures judiciaires. Tous les types d'expertises externes sont reconnus comme preuve dans la majorité des cas, mais ce sont les expertises pluridisciplinaires qui ont le plus souvent valeur de preuve. Les raisons d'un renvoi peuvent venir soit d'une instruction insuffisante, soit d'une évaluation du SMR non convaincante, soit des deux.

### **Conclusions et recommandations**

Bien que les résultats de l'étude révèlent une application très hétérogène de la procédure d'instruction de l'AI, il est tout de même possible d'en tirer des conclusions générales sur les facteurs de réussite, les obstacles et les bonnes pratiques.

Les analyses statistiques permettent d'émettre deux recommandations qui s'avèrent pertinentes dans l'optique d'une baisse du nombre de nouvelles rentes :

- Recours plus rapide et plus généreux à des mesures d'intervention précoce, le cas échéant en collaboration avec le SMR et en prenant langue avec les médecins traitants, mais sans recueil préalable de rapports médicaux supplémentaires. C'est surtout la rapidité qui importe.
- Les mesures de réinsertion et autres mesures d'ordre professionnel doivent se fonder sur l'instruction médicale et l'évaluation du SMR. Il vaut alors la peine d'investir également dans ces mesures.

L'analyse qualitative a permis de dégager des éléments positifs : l'intégration à la procédure de l'auto-évaluation de l'assuré et des aspects pertinents de sa situation de vie, l'assurance par le SMR de la qualité de l'appréciation médicale théorique et l'objectif du maintien de la capacité de travail à long terme dans la réadaptation. On pourrait encore explorer la question de savoir si la procédure pourrait être simplifiée par un examen parallèle du droit à la rente et de la réadaptation et si oui, dans quels cas. Une évaluation interne des renvois, en collaboration avec le SMR, et la constitution d'un réseau suffisant d'experts hautement qualifiés pour des expertises mono- et bidisciplinaires pourraient raccourcir la procédure de recours.

## Riassunto

### Contesto

Il sostegno rapido e semplice all'integrazione di persone con problemi di salute nonché l'esame del diritto a una rendita rientrano tra i compiti centrali dell'assicurazione invalidità (AI). In questo contesto un aspetto importante è costituito dagli accertamenti medici e professionali. Ai fini di un'integrazione efficace è infatti necessario agire con rapidità e accertare le risorse lavorative ancora disponibili in stretta collaborazione con gli assicurati, i medici curanti e il Servizio medico regionale (SMR). Nelle procedure di accertamento, gli uffici AI si trovano a dover conciliare diverse esigenze: un procedimento preciso, orientato alle risorse e trasparente favorisce il raggiungimento di una decisione accurata conforme ai requisiti legali, ma d'altro canto comporta un onere maggiore in termini di tempo e di costi. Inoltre, in alcuni casi una procedura di accertamento troppo lunga può compromettere la reintegrazione. È dunque nell'interesse di tutti (assicurati, AI e datori di lavoro) che le procedure si svolgano in funzione della situazione specifica, eliminando i ritardi dovuti a ricorsi e processi.

### Obiettivi e questioni principali

L'obiettivo del presente studio è quello di identificare gli elementi fondamentali della procedura di accertamento dell'AI e di delineare i meccanismi secondo cui interagiscono. Le analisi si concentrano sulla procedura di accertamento nei casi di assicurati adulti per i quali è emanata una prima decisione di rendita. Con l'identificazione di fattori di successo, ostacoli, esempi di buone pratiche da un lato e l'elaborazione di spunti per migliorare la prassi di accertamento dall'altro, s'intende contribuire all'ottimizzazione strategica e pratica della procedura di accertamento dell'AI.

La ricerca intende rispondere a tre questioni principali.

- In che misura si differenziano il procedimento e l'impostazione delle procedure di accertamento tra i diversi uffici AI nell'ambito delle decisioni di rendita? Le informazioni ottenute servono a stilare una **suddivisione per tipo** degli uffici AI.
- Che rapporto c'è tra gli elementi della definizione dei processi, i mezzi impiegati, le prestazioni fornite e il risultato della procedura di accertamento? In questo contesto vanno identificati i **rapporti di interdipendenza**.
- Come può essere **ottimizzata** la procedura di accertamento? Quali fattori si rivelano efficaci e a quali condizioni?

I risultati ottenuti intendono fornire agli uffici AI una base per analizzare il proprio approccio nella procedura di accertamento e comprendere meglio i limiti del proprio agire.

### Procedimento

Lo studio ha applicato un metodo di analisi che combina **elementi quantitativi e qualitativi**. Questo approccio ha consentito di rispondere alle questioni al centro dell'indagine da diverse prospettive. Innanzitutto, sulla base di una serie di **interviste** condotte in cinque uffici AI con rappresentanti della direzione, degli ambiti delle prestazioni e dell'integrazione, dei SMR nonché con altri esperti, è stato elaborato un **questionario** che, una volta compilato da **tutti i 26 uffici AI**, ha permesso di ottenere informazioni sull'impostazione e sull'attuazione delle procedure di accertamento. Il rilevamento di

tutti gli uffici AI aveva lo scopo di determinare se fosse possibile stilare una **suddivisione per tipo** di impostazione degli accertamenti.

Inoltre, mediante il **registro dei dati** dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), è stata sviluppata una serie di indicatori per quantificare le risorse impiegate dagli uffici AI (input) e le prestazioni fornite da terzi (output). Quale campione sono stati presi in considerazione tutti gli assicurati che avevano presentato una richiesta di prestazioni AI per la prima volta nel 2009. Analisi multivariate hanno in seguito permesso di esaminare i rapporti di interdipendenza tra input e output da un lato e il risultato della procedura dall'altro (probabilità di accordare una rendita).

Per ottenere **informazioni sulle procedure di ricorso** sono stati utilizzati i dati disponibili sulle sentenze concernenti i ricorsi contro le decisioni di rendita. È inoltre stata condotta un'**analisi approfondita degli atti** relativi a **191 sentenze riguardanti una prima assegnazione di rendita, selezionate a campione in tre Cantoni**. Ciò che interessava maggiormente era capire le ragioni alla base del rinvio di un caso agli uffici AI, dato che questo comporta un considerevole prolungamento delle procedure di accertamento.

## Risultati principali

In particolare dai colloqui con gli esperti degli uffici AI, l'Amministrazione federale e altre istituzioni, è emerso che non è possibile prendere in considerazione le procedure di accertamento in modo isolato, vale a dire senza inserirle nel contesto della procedura d'integrazione. Sulla scia del cambiamento di filosofia avviato con la 5<sup>a</sup> revisione della LAI, per trasformare l'AI in un'assicurazione finalizzata all'integrazione, gli uffici AI hanno riorganizzato le proprie strutture e procedure in funzione della procedura d'integrazione. Di regola l'esame approfondito del diritto a una rendita viene condotto soltanto se l'integrazione non è possibile o è possibile solo in parte. Pertanto, in tutti i casi, la procedura di accertamento è innanzitutto finalizzata all'integrazione e solo in una seconda fase serve all'esame del diritto a una rendita. Per questa ragione, l'indagine condotta non poteva limitarsi alla sola analisi della procedura di accertamento in quanto tale. Grazie a questa visione d'insieme si è così potuto constatare che le differenze nell'impostazione della procedura di accertamento e dei processi interni tra gli uffici AI si rilevano in particolare nella fase in cui viene stabilito se avviare la procedura d'integrazione. Nelle fasi successive invece, nelle quali a seconda delle circostanze viene esaminato in modo approfondito l'eventuale diritto a una rendita, l'iter praticato dai singoli uffici AI si differenzia in misura minore. Per esempio, in tutti gli uffici AI presi in esame la procedura di accertamento avviene sostanzialmente in stretta collaborazione con il SMR, mentre si possono riscontrare alcune differenze per quanto concerne il momento scelto per richiedere perizie mediche esterne e la frequenza con cui ciò avviene. Secondo i risultati ottenuti, però, la richiesta di una perizia medica non costituisce un elemento che incide in modo decisivo sull'impostazione della procedura di accertamento. Una perizia esterna viene infatti richiesta per fare maggiore chiarezza sulla situazione medica oppure quando è necessario esaminare il caso da un punto di vista giuridico per comparire davanti a un tribunale cantonale. Sul piano statistico non esiste alcun rapporto tra il numero di perizie mediche eseguite e la quota di assicurati a cui è stata accordata una rendita AI.

L'indagine ha permesso di identificare **tre fattori** che incidono in modo determinante sulla procedura di accertamento, ovvero:

- **la strategia d'integrazione** attuata da un ufficio AI;
- **il tipo di collaborazione con il SMR;**



■ **il momento in cui l'ufficio AI richiede informazioni scritte ai medici curanti e il modo in cui le utilizza** nella prima fase della procedura di accertamento.

Come emerso già da precedenti studi (in particolare Bolliger et al. 2012), **le priorità della strategia d'integrazione possono variare** da un ufficio AI all'altro. Sebbene tutti gli interpellati abbiano dichiarato di considerare vincolante il principio «priorità dell'integrazione sulla rendita», quest'ultimo viene messo in pratica in diversi modi. Per la maggior parte degli uffici AI esso comporta che l'esame approfondito del diritto a una rendita venga condotto soltanto se i **provvedimenti d'integrazione** non hanno avuto successo. Di principio l'integrazione viene giudicata possibile, e quindi perseguita, fintanto che non è provato il contrario (strategia d'integrazione «ad ampio raggio»). Solo una minoranza degli uffici AI presenta al contrario una prassi di concessione piuttosto selettiva. Il ricorso a provvedimenti d'integrazione viene preso in considerazione solo se l'assicurato rischia di perdere il posto di lavoro o è se il rischio di dover beneficiare di una rendita è significativo. Per questi uffici AI il principio «priorità dell'integrazione sulla rendita» si traduce nel ricorso ai provvedimenti d'integrazione in primo luogo al fine di impedire il versamento di una nuova rendita (strategia d'integrazione «selettiva»). Ma non tutti gli uffici AI possono essere classificati chiaramente in una di queste categorie, dato che nella prassi sono in uso anche forme di strategia miste. Così, se 18 degli uffici AI interpellati hanno affermato di procedere piuttosto secondo il principio di effettuare «il *triage* verso l'integrazione per un numero più elevato possibile di assicurati» e solo 4 intraprendono l'integrazione possibilmente solo quando è prevedibile un danno alla salute rilevante per la rendita, gli uffici rimanenti non procedono invece con chiarezza secondo l'una o l'altra strategia.

Un altro fattore distintivo dei singoli uffici AI è costituito dal tipo di **collaborazione con il SMR**. Questa può variare sia per il momento in cui il SMR viene coinvolto nella procedura di accertamento che per il modo in cui esso è implicato nello sviluppo della strategia e dei processi dell'ufficio AI. In base ai risultati dell'indagine condotta presso gli uffici AI è possibile concludere che il tipo di collaborazione non dipende unicamente dalla posizione del SMR rispetto all'ufficio AI, ovvero dal fatto che la sede principale del primo si trovi direttamente presso il secondo («SMR in sede») o che i medici assegnati all'ufficio AI facciano capo amministrativamente al SMR di un altro Cantone («SMR satellite»). Un ulteriore fattore importante è rappresentato dalle diverse «preferenze» su come coinvolgere il SMR nella procedura di accertamento e nella sua impostazione. È possibile identificare tre aspetti che caratterizzano la collaborazione con il SMR, ovvero:

- il grado di **coinvolgimento del SMR nello sviluppo della strategia e dei processi** dell'ufficio AI (intenso oppure piuttosto scarso);
- il **momento in cui il SMR viene coinvolto** nella procedura di accertamento (tempestivamente e ordinariamente oppure successivamente e caso per caso);
- il **tipo di comunicazione** (diretta e piuttosto informale oppure piuttosto formale e perlopiù per iscritto).

L'ultimo dei tre fattori distintivi fondamentali identificati nel presente studio è **il momento in cui l'ufficio AI richiede informazioni scritte ai medici curanti e il modo in cui le utilizza** nella prima fase della procedura di accertamento. Questo fattore è particolarmente importante per la prima decisione di *triage*, in cui viene stabilito se indirizzare l'assicurato verso la procedura d'integrazione oppure verso quella per la concessione di una rendita. La richiesta può riguardare sia documenti già esistenti che informazioni scritte elaborate appositamente per l'AI. Sulla base delle indicazioni fornite

dagli uffici AI nell'ambito dell'inchiesta scritta, è possibile distinguere **tre tipi di ufficio AI**, che sono tra l'altro correlati al tipo di collaborazione con il SMR.

■ **1° tipo – «Acquisizione ordinaria delle informazioni prima della decisione di *triage* iniziale (10 uffici AI):** nel 1° tipo di ufficio AI le **informazioni mediche scritte** vengono richieste ai medici curanti **ordinariamente prima** della decisione di *triage* iniziale. La decisione di avviare la procedura d'integrazione si basa di regola su questa documentazione medica e sulla valutazione medica che ne deriva. Rispetto a quanto accade negli altri tipi di ufficio AI, in questo caso l'esclusione di provvedimenti d'integrazione avviene più spesso già nell'ambito della prima decisione di *triage*. **Collaborazione con il SMR:** nella fase che precede il primo *triage*, il SMR redige di regola una valutazione scritta delle informazioni ricevute, senza prendere tuttavia quasi mai contatto direttamente con l'assicurato. Nella fase conclusiva dell'accertamento, il SMR esegue nella maggior parte dei casi una valutazione medico-teorica del danno alla salute. Tuttavia, di norma, quale base per valutare il diritto alla prestazione l'ufficio AI ricorre a un'argomentazione giuridica, eventualmente anche se in contrasto con la valutazione medica del SMR. Per quanto riguarda il coinvolgimento del SMR in generale, nella maggior parte degli uffici AI di questo tipo il SMR ha un ruolo tendenzialmente poco attivo nella definizione dei processi interni.

■ **2° tipo – «Acquisizione delle informazioni ordinaria dopo la decisione di *triage* iniziale» (9 uffici AI):** nella maggior parte degli uffici AI di questo tipo, il (primo) avviamento alla procedura d'integrazione viene stabilito per quanto possibile senza prendere in considerazione informazioni mediche scritte e non si basa pertanto esclusivamente su una valutazione medico-teorica del danno alla salute. L'esclusione definitiva di provvedimenti d'integrazione non avviene quasi mai già in questa primissima fase. **Collaborazione con il SMR:** il SMR esegue una valutazione delle informazioni mediche scritte solo in vista della decisione di principio. Nella fase conclusiva dell'accertamento, quale base per valutare il diritto alla prestazione l'ufficio AI riprende di regola l'argomentazione medico-assicurativa del SMR. Per quanto riguarda il coinvolgimento del SMR in generale, nella maggior parte degli uffici AI di questo tipo il SMR ha un ruolo tendenzialmente un po' più attivo nella definizione dei processi interni.

■ **3° tipo – «Acquisizione delle informazioni e di ulteriori documenti scritti presso i medici curanti caso per caso, prima o dopo la decisione di *triage* iniziale»:** i 7 uffici AI rimanenti non possono essere classificati in uno dei primi due tipi, poiché le informazioni scritte vengono richieste ai medici curanti prima o dopo la decisione di *triage* iniziale a seconda del caso. **Collaborazione con il SMR:** in questo caso, più spesso che negli altri tipi di ufficio AI, lo scambio avviene all'inizio della procedura sotto forma sia di parere scritto che di consulenza orale da parte del SMR; la comunicazione è spesso diretta e poco formale. Quale base per la decisione finale sul diritto alla prestazione l'ufficio AI riprende con maggiore frequenza l'argomentazione medico-assicurativa del SMR. In generale, la maggior parte dei 7 uffici AI di questo tipo intrattiene uno scambio relativamente intenso con il SMR, anche in merito a questioni concernenti la strategia d'integrazione e lo sviluppo dei processi. In 4 casi su 7, la sede principale del SMR si trova nello stesso edificio.

## Analisi statistica

Oltre alle indagini di tipo qualitativo, sono state condotte anche analisi statistiche sulla base di dati quantitativi. Questi ultimi sono costituiti dall'insieme dei dati rettificati nel registro dell'UFAS, riguardanti gli **adulti che hanno presentato per la prima volta richiesta** di prestazioni AI **nel 2009**, per un totale di **49 500 persone**. Da questi dati è stato possibile risalire a informazioni dettagliate ri-

guardanti il tipo e il numero di provvedimenti di accertamento attuati nel corso di quattro anni (stato: fine 2013), il tipo e il numero di provvedimenti d'integrazione fornite da esterni<sup>3</sup>, il costo degli accertamenti e delle prestazioni, il numero di persone cui a conclusione della procedura di accertamento è stata accordata una rendita e il numero di casi ancora aperti. Dall'analisi dei dati del registro emerge l'eterogeneità che effettivamente regna nell'«universo dell'AI».

■ **Provvedimenti d'integrazione forniti da esterni:** a seconda dell'ufficio AI, la quota degli assicurati oggetto d'indagine che hanno beneficiato di provvedimenti d'integrazione forniti da esterni varia dal 9 al 40 per cento (valore mediano = 16 %). Sempre a seconda dell'ufficio interessato, il costo medio dei provvedimenti per persona si aggira tra gli 800 e i 7800 franchi circa (valore mediano = fr. 3900). La differenza relativamente grande è da ricondurre in gran parte alla differente probabilità con cui i vari uffici AI accordano provvedimenti più costosi, come i provvedimenti d'integrazione o quelli professionali.

■ **Provvedimenti di accertamento:** per i provvedimenti di accertamento destinati agli assicurati oggetto d'indagine vengono impiegati mediamente 1400 franchi per assicurato. A seconda dell'ufficio AI, questo importo varia dai 770 ai 2380 franchi. La differenza relativamente grande è imputabile al fatto che a seconda dell'ufficio AI la quota di accertamenti relativamente costosi (importi superiori ai 500 franchi), di regola condotti nell'ambito di perizie mono-, bi- o pluridisciplinari, può variare tra il 7 e il 33 per cento (valore mediano = 18 %).

■ **Probabilità di ricevere una rendita:** alla fine del 2013, complessivamente 11 193 dei 45 900 assicurati oggetto d'indagine beneficiavano di una rendita AI (rendita intera, tre quarti di rendita, mezza rendita o un quarto di rendita), ossia una quota del 22,6 per cento. A seconda dell'ufficio AI, questo valore varia da un minimo del 12,3 per cento a un massimo del 31,5 per cento. Se si sommano tutte le quote di rendita e si divide poi il risultato per il numero di assicurati oggetto d'indagine, si ottiene un valore percentuale che fornisce informazioni sul numero di rendite ponderate, ovvero di rendite intere versate alla fine del periodo preso in esame. Rispetto alla quota di beneficiari di rendita, con circa 5 punti percentuali in meno, il valore mediano in questo caso si attesta al 17,8 per cento. A seconda dell'ufficio AI, il valore varia dall'8,7 al 24,5 per cento.

■ **«Casi» aperti:** alla fine del 2013 gli incarti ancora aperti (secondo la definizione del presente studio) ammontavano a 2595, ovvero il 5,2 per cento del totale. Quasi due terzi delle persone interessate (1667) hanno beneficiato di provvedimenti d'integrazione nel corso del periodo preso in esame o continuano a beneficiarne. A seconda dell'ufficio AI, questo valore varia dal 2,4 al 7,7 per cento. Un caso è considerato chiuso (i) se viene concessa una rendita, (ii) se nel corso degli ultimi 12 mesi non sono stati accordati né ulteriori provvedimenti di accertamento né ulteriori prestazioni d'integrazione oppure (iii) se la richiesta di prestazioni è stata respinta sulla base degli articoli 4, 6 o 28 LAI (ovvero per assenza di un danno alla salute, inadempienza delle condizioni assicurative oppure grado d'invalidità inferiore al 40 % al momento della prima richiesta di prestazioni AI).

In un'ultima fase d'indagine, con l'aiuto di metodi di analisi multivariati è stato infine studiato il rapporto esistente tra i diversi tipi di casi e alcuni dei valori rilevati dal registro dei dati da un lato e la quota di rendite (ponderate) concesse dall'altro. Considerate statisticamente le differenze esistenti

---

<sup>3</sup> Considerate le differenze esistenti nella prassi di codificazione degli uffici AI, l'attendibilità dei dati disponibili risulta ridotta, ragion per cui nel presente studio si è deciso di non prendere in esame le prestazioni d'integrazione fornite internamente (p. es. orientamento professionale, collocamento, consulenza e accompagnamento ecc.).

tra le realtà cantonali, da queste analisi è risultato che la quota di rendite accordate è più bassa in presenza dei seguenti modi di procedere esposti di seguito.

- **Tipo di accertamento:** l'acquisizione ordinaria di informazioni scritte presso i medici curanti solo **dopo** la decisione di *triage* iniziale (2° tipo di ufficio AI).
- **Rapidità dell'intervento tempestivo (IT):** la rapida concessione di provvedimenti di IT.
- **Valutazione del potenziale d'integrazione da parte del SMR:** il fondamento della decisione di principio sulla valutazione del potenziale d'integrazione da parte del SMR e sulla capacità al lavoro (in percentuale).
- **Uscite destinate ai provvedimenti d'integrazione:** investimenti più ingenti (tra gli uffici AI che mediamente investono più denaro di altri per i beneficiari di provvedimenti d'integrazione, la quota di rendite ponderate è più bassa).

### **Analisi delle sentenze dei tribunali**

Dall'**analisi delle sentenze dei tribunali** in casi concernenti le rendite emerge che i ricorsi riguardano principalmente la valutazione medica del danno alla salute e in misura minore il metodo di calcolo del grado d'invalidità (confronto tra i redditi). Nei tre Cantoni presi in esame, il parere del SMR viene riconosciuto con una stima diversa. Tutti i tipi di perizie esterne sono considerati per la maggior parte quali prove attendibili, ma ciò vale in particolare per le perizie pluridisciplinari. Tra le motivazioni addotte nelle sentenze a giustificazione di un rinvio figurano l'insufficienza di accertamenti, la mancanza di pertinenza della valutazione del SMR o entrambe queste ragioni.

### **Conclusioni e raccomandazioni**

Dai risultati dell'indagine emerge una grande eterogeneità a livello di dettagli tra le procedure di accertamento dei diversi uffici AI. Ciononostante i dati ottenuti permettono di trarre alcune conclusioni generali sui fattori di successo, sugli ostacoli e sulle buone pratiche in questo contesto.

Sulla base delle analisi statistiche è possibile formulare due raccomandazioni, rilevanti per quanto riguarda la quota di rendite accordate.

- Il ricorso ai provvedimenti di IT deve essere più rapido e maggiore e prevedere per quanto possibile il coinvolgimento dei SMR e il dialogo con i medici curanti, ma senza richiesta di ulteriori rapporti medici scritti. Ciò che conta maggiormente è la rapidità.
- I provvedimenti d'integrazione e altri provvedimenti professionali dovrebbero basarsi sugli accertamenti medici e sulla valutazione del SMR. Investire in questo tipo di provvedimenti si rivela quindi efficace.

Dai risultati dell'analisi qualitativa sono invece emersi come positivi i seguenti fattori: tenere conto nell'accertamento dell'autovalutazione degli assicurati e degli aspetti rilevanti della loro situazione di vita, garantire sistematicamente la qualità delle valutazioni medico-teoriche dei SMR e fissare tra gli obiettivi dell'integrazione anche il mantenimento a lungo termine della capacità al lavoro. Per determinare se ed eventualmente in quali casi un esame parallelo del diritto a una rendita e del potenziale d'integrazione permetterebbe di snellire la procedura, sarebbero necessarie ulteriori indagini. Lo svolgimento di analisi interne sui rinvii, in collaborazione con i SMR, e lo sviluppo di una rete di periti qualificati per l'esecuzione di perizie mono- e bi- e multidisciplinari potrebbe permettere di ridurre i tempi delle procedure di ricorso.

## Summary

### Background

The tasks of invalidity insurance (IV) include providing fast, uncomplicated support so that people with health problems can be reintegrated into the workforce and assessing the potential pension claims of this group of persons. Clarifying the medical and occupational situation of the insured person plays a central role in this process. In the interests of reintegration, it is necessary to act quickly and to clarify the resources deployable in the employment market – in close cooperation with the insured person, the attending physicians and the Regional Medical Service (RMS). In the course of this clarification process, the IV offices are faced with conflicting demands: a carefully considered decision – one that fulfils the statutory requirements and is accurate, aligned with available resources and transparent – takes time and is cost-intensive. In unfavourable cases, a lengthy clarification process can even make reintegration harder. It is therefore in the interests of the insureds, the IV authorities and employers alike that these processes are suitable to the situation at hand and that delays brought about by appeals and additional procedural loops are avoided.

### Objectives and key issues

The aim of this study is to identify the central elements of the IV clarification process and to map out how these elements interact. The study focuses on the clarification process as regards adult insureds who are being assessed for a pension for the first time. By identifying success factors, obstacles, examples of good practice as well as potential areas for improving the practice of clarification, the authors intend to make a contribution towards optimizing the IV clarification process in both strategic and practical terms.

The study is guided by three main questions:

- To what extent do the approach taken and the specifics of the clarification process for pension assessments differ from IV office to IV office? The information gathered is to be used to generate a **typology** of the IV offices.
- What is the relationship between the process design elements, the means deployed, the services provided and the outcome of the clarification process? Answering this question will involve identifying **interdependencies**.
- To what extent can the clarification process be **optimized**? What has proven its worth in which circumstances?

By answering these three main questions, the authors intend to provide the IV offices with a basis for analysing and reflecting on their own particular approaches to the clarification process so as to enhance their understanding of the limitations of their actions.

### Procedure

A methodological approach was taken that combined **qualitative and quantitative elements**. This approach made it possible to formulate answers to the central research questions from a number of different perspectives. **Interviews** carried out in five IV offices with representatives of management, claims handling, reintegration and the RMS as well as with additional experts provided a basis for developing a **questionnaire** that was filled in by **all 26 IV offices**. The data gathered in this way provided an indication of the conceptual design of the clarification process and application of the

process in practice. The purpose of including all IV offices in the study was to determine whether it is possible to create a **typology** of the different approaches to the clarification process.

In addition, **data from the registry** of the Federal Social Insurance Office was used to develop a set of indicators for quantifying the resources deployed by the IV office (input) and the external services provided (output). A cohort was examined that comprised all those insureds who had applied for a pension for the first time in 2009. A multivariate analysis was subsequently used to determine interdependencies between input and output, on the one hand, and the outcome (probability that a pension would be granted), on the other.

In order to gain an **insight into the appeals process**, the authors examined existing data concerning rulings on appeals against pension-payment decisions and carried out an in-depth **analysis of the files** for a sample of **191 rulings made in three different cantons** in relation to the first-time granting of pensions. The main focus was on determining why cases had been referred back to the IV offices, as referrals of this kind lead to substantial delays in the clarification process.

### Key findings

It became clear – particularly from the discussions with experts at the IV offices, on the administration side and in other institutions – that it is not possible to view the pension clarification process in isolation, i.e. without seeing it in relation to the reintegration process. Since the 5th Revision of the Invalidity Insurance Act (IVG), which ushered in a shift in culture away from the granting of pensions and towards reintegration, the IV offices have realigned their own structures and processes with the goal of reintegration. Only when it is impossible (or only partially possible) to reintegrate an applicant into the workforce, do the authorities generally carry out a more in-depth assessment of the insured's entitlement to a pension. Even in cases in which a pension is ultimately paid, the clarification process is thus initially geared to reintegration; only later, in a second phase, is the entitlement to a pension assessed. This is why the study could not be restricted solely to an analysis of the actual pension clarification process. Differences were found to exist between the IV offices in both the design of the clarification process and the internal procedures in place, especially in those phases focusing on the question of referring an applicant to reintegration. In the later phase, in which a possible pension entitlement is examined in more detail, the differences in the approaches taken by the individual IV offices were found to be less pronounced. For example, the clarification process at all the IV offices examined is generally carried out in close cooperation with the RMS. However, the differences observed in this phase concerned, for instance, how often and at what point in time external medical appraisals were requested. On the basis of the findings, however, requests for medical appraisals do not constitute a very influential factor in the clarification process. External appraisals are sought when the medical situation is insufficiently clear or when required from a legal standpoint, i.e. when needed for cases brought before a cantonal court. In statistical terms there is no relation between the percentage of medical appraisals carried out and the pension-approval rate.

One result of the study is the identification of **three factors** that have a decisive influence on the clarification process. These are:

- **the reintegration strategy** of the IV office in question
- **the nature of the collaboration with the RMS**
- **when and how written information is procured from the attending physicians and the manner in which it is used** in the early phase of the clarification process

As already ascertained in earlier studies (in particular Bolliger et al, 2012), the IV offices have the scope to **set slightly different priorities when it comes to reintegration**. Although, as a general rule, all those interviewed at the IV offices feel equally committed to the principle of “priority for reintegration over pensions”, in practice that principle is applied in different ways. For the majority of IV offices it means not assessing the pension entitlement in detail until **reintegration measures** have proved unsuccessful. Reintegration is regarded as a fundamental possibility and is pursued until the contrary is proven to be true (“broad” reintegration strategy). By contrast, a minority of the IV offices take a more selective approach to approving reintegration measures, with the latter being considered only if the insureds are in danger of losing their job or if there is a major risk of pension payment. For these offices, implementation of the principle “priority for reintegration over pensions” means deploying reintegration measures primarily to avoid having to pay a pension (“selective” reintegration strategy). It is not possible to clearly assign every IV office to one of these two contrasting poles, since hybrid forms are observable in practice. For example, in the course of the survey, 18 IV offices stated that they carried out triage more in accordance with the principle of “directing as many insureds as possible towards reintegration”, while just four IV offices said they would favour reintegration only if a health impairment were foreseeable that could be of relevance for the granting of a pension. The remainder of the offices surveyed could not be clearly assigned to either pole.

A further distinguishing criterion was the way in which the offices **collaborated with the RMS**. Here, differences are observable both in terms of *when* the RMS is involved in the clarification process and *the way in which* it is integrated in the IV offices’ strategy and process development. The results of the survey of IV offices allow us to conclude that the nature of the collaboration depends not just on the location of the RMS, i.e. whether it is situated directly in the IV office (“home RMS”) or constitutes what is known as a “satellite RMS”, namely one in which the RMS doctors assigned to the IV office actually belong, in organizational terms, to the home RMS of another IV office. Rather, there appear to be different “preferences” regarding how the RMS is included in the design and implementation of the reintegration process. Three features were identified that are characteristic of collaboration with the RMS. These are:

- **Inclusion of the RMS in strategy/process development** of the IV offices (high vs low level of inclusion)
- **The point in time at which the RMS is included** in the clarification process (early and by default vs later and on an ad hoc basis)
- **The type of communication between IV office and RMS** (direct, relatively informal vs more formal, often in writing)

The final, very important distinguishing feature identified during the survey was when and how **information is procured from attending physicians** and how that information is used in the early phases of clarification – especially for the initial decision in the triage phase (i.e. referral of case to either “reintegration process” or “pension process”). This concerns not only the procurement of existing documentation, but also of written information compiled specifically for the IV authorities. On the basis of the information obtained from a written survey of the IV offices, we can distinguish **three basic “types” of IV office**. These three types are related, among other things, to the nature of the collaboration with the RMS.

- **Type 1 – “Procurement of written medical information from the attending physicians as standard practice prior to initial triage” (ten IV offices):** Type 1 comprises those IV offices that

obtain **written medical information** from the applicant's attending physicians **as a matter of course before** taking their initial decision in the triage phase. The referral to reintegration is generally based on this written medical information and on the medical appraisal derived from that information. Compared with the other two types, the likelihood is higher for Type-1 IV offices that they will not opt for reintegration measures in their initial triage decision. **Collaboration with the RMS:** In the phase prior to initial triage, the RMS usually provides a written assessment based on the medical information obtained, and generally without seeing the insured in person. In the final phase of the clarification process, the RMS usually always provides an assessment of the health impairment based on medical theory. Nevertheless, Type-1 IV offices tend rather to resort to legal arguments when justifying the pension entitlement, in some cases even contradicting the medical opinion provided by the RMS. In very general terms, the RMS is not quite as actively involved in shaping the IV office processes at the majority of these offices.

■ **Type 2 – “Procurement of written medical information from the attending physicians as standard practice only after initial triage” (nine IV offices):** In the majority of these IV offices, the (initial) referral to reintegration is made, where possible, without reference to written medical data, and is thus based on more than just a medical assessment. It is hardly ever the case that the IV offices “definitively” decide against reintegration measures at this very early phase of the process. **Collaboration with the RMS:** The written medical information obtained is not assessed by the RMS until a fundamental decision has to be made. In the final phase of the clarification process, the IV office generally tends to base its assessment of the pension entitlement on the insurance-medical arguments provided by the RMS. In very general terms, the RMS is marginally more actively involved in shaping the IV office processes at the majority of these Type-2 offices.

■ **Type 3 – “Ad hoc procurement of existing/additional written documentation from the attending physicians prior to and after the initial triage decision”:** the remaining seven IV offices cannot be assigned to either Type 1 or Type 2. Depending on the case at hand, they procure written information from the attending physicians either before or after taking their triage decision. **Collaboration with the RMS:** More often than is the case with either of the other two types, the exchange of information between Type-3 IV offices and the RMS at the start of the process takes the form both of written appraisals and verbal consultation; the communication is often direct and relatively informal. When making its definitive decision on the benefit entitlement, the IV office tends to rely on the insurance-medical arguments of the RMS. In very general terms, the majority of the seven IV offices belonging to this type enjoy a relatively close relationship with the RMS, also in matters related to strategy and process development. Four of the seven Type-3 IV offices have a “home RMS” on their premises.

## Statistics

Over and above this qualitative research, statistical analyses based on quantitative data were also carried out. These analyses were based on the registry data for the cohort comprising all **first-time claims** (as adjusted and validated by the Federal Social Insurance Office) made by **adult insureds in 2009**. The statistics comprise a total of around **49,500 persons** who registered with the IV authorities for the first time in 2009. By analysing this group of people, the authors were able to identify: those for whom clarification measures (including information on which ones) were carried out within a period of four years (as of the end of 2013); those that were granted “external” reintegration bene-



fits<sup>4</sup> (including information on which ones); the cost of both the clarification process and the benefits; who began drawing a pension at the end of the clarification process; and which cases were still pending. The analysis of the registry data reveals just how diverse practice at the IV offices really is.

■ **External reintegration measures:** Depending on the IV office in question, 9–40 percent of those persons who filed a claim with the IV office for the first time in 2009 were granted external reintegration measures (median: 16 percent). The average expenditure on external reintegration activities per new claimant varied between around CHF 800 and CHF 7,800 (median: CHF 3,900), depending on the IV office. These relatively big differences are due mainly to the differing probability that the IV office in question will grant the claimant integration or occupational measures, which are relatively more expensive.

■ **Clarification measures:** An average of CHF 1,400 per new claimant was spent on clarification measures for the 2009 cohort. Depending on the IV office, this ranged from CHF 770 to CHF 2,380. These relatively big differences are attributable to the fact that the proportion of relatively expensive clarification processes (amounting to more than CHF 500), which normally arise with mono-, bi- or multi-disciplinary appraisals, amounts to between seven and 33 percent depending on the IV office (median: 18 percent).

■ **Probability of granting a pension:** Of the 45,900 new claimants registered with the IV offices in 2009, a total of 11,193 were drawing either a full,  $\frac{3}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$  or  $\frac{1}{4}$  pension at the end of 2013. That corresponds to a pension-approval rate of 22.6 percent. Depending on the IV office, this value fluctuates between a minimum of 12.3 percent and a maximum of 31.5 percent (median: 22.6 percent). If we add up the amounts of all the partial and full pensions and divide this figure by the number of new claimants (2009 cohort), we arrive at a percentage value indicating how many weighted, i.e. full pensions, were being paid at the end of the observation period. Compared with the pension-approval rate, the median weighted pension rate was around five percentage points lower, at 17.8 percent. Depending on the IV office, the values range from a minimum of 8.7 percent to a maximum of 24.5 percent.

■ **Pending cases:** At the end of 2013, a total of 2,595 cases were, by our own definition, still considered to be pending. That corresponds to a share of 5.2 percent. Almost two-thirds of the persons concerned (1,667) had been granted reintegration benefits during the course of the observation period or were still receiving such benefits. Depending on the IV office, the amount in question ranged from 2.4 percent to 7.7 percent. A case was considered to have been concluded if (i) the claimant had been granted a pension or (ii) no new clarification measures had been initiated and no new reintegration benefits had been granted within the previous 12 months or (iii) the claim for benefits had been rejected in accordance with Article 4, 6 or 28 (“no health impairment”, “insurance requirements not fulfilled”, “first-time pension: degree of invalidity less than 40 percent”).

In a final step, a multivariate analysis method was used to determine the relationship (if any) between the different types of case (and a number of the values calculated using the registry data), on the one hand, and the (weighted) pension-approval rate, on the other. Statistically controlled to allow

---

<sup>4</sup> Owing to differences in coding by the IV offices and the consequent limited validity of the data, the authors decided not to evaluate reintegration measures provided internally (e.g. occupational counselling, helping claimants to find jobs, general consultation and support).

for the different situations in each canton, the following procedure would therefore lead to a lower pension-approval rate:

- **Clarification type:** procurement of written documentation from attending physicians only **after** the initial triage decision has been made (Type 2)
- **Speed of early intervention:** rapid approval of early-intervention measures
- **Assessment of reintegration potential by RMS:** fundamental decision based on the RMS's appraisal of the insured's reintegration potential and ability to work (in percentage terms)
- **Expenditure on reintegration measures:** IV offices that, on average, spend more than other offices on reintegration measures for claimants have lower weighted pension-approval rates.

### Analysis of court rulings

The **analysis of court rulings** in pension cases shows that the appeals relate predominantly to the medical assessment of the health impairment and, to a lesser extent, to the method of calculating the degree of invalidity (earnings comparison). In the three cantons examined, the courts applied differing standards when admitting RMS appraisals. Nearly all types of external appraisals were considered to be admissible evidence, with the percentage being highest in relative terms for multi-disciplinary appraisals. The reasons cited in judgements for referring a case back to the IV office are either insufficient clarification or unconvincing assessments on the part of the RMS – or a combination of both.

### Conclusions and recommendations

Although the results of the study indicate that the IV clarification process is implemented in a highly heterogeneous manner, they nevertheless allow important general conclusions to be drawn as regards success factors, obstacles and good practice.

Two recommendations that are relevant to pension-approval rates can be made on the basis of the statistical analyses:

- The faster and relatively more generous deployment of early intervention measures, possibly with the participation of the RMS and face-to-face consultation with the attending physicians, but without obtaining additional written medical reports in advance. Speed is the most important aspect in this context.
- Reintegration measures and other occupational measures should be granted on the basis of medical findings and the appraisal of the RMS. When granted on that basis, these measures are well worth the investments made in them.

Positive examples gleaned from the qualitative analyses include: taking the insured's self-assessment and relevant aspects of his/her life situation into account in the clarification process; systematically safeguarding the quality of the RMS's medical appraisal; and also gearing reintegration to maintaining the insured's ability to work in the long term. Furthermore, it may be worth examining whether and in which cases the process could be streamlined by assessing pension claims in parallel with the implementation of reintegration measures. The appeals process could be truncated by carrying out an internal evaluation (involving the RMS) of the cases referred back to the IV and building up an adequate network of highly qualified experts for mono- and bi-disciplinary appraisals.

## Abkürzungsverzeichnis

<b>AV</b>	Arbeitsvermittlung
<b>BB</b>	Berufsberatung
<b>BEFAS</b>	Berufliche Abklärungsstellen
<b>BM</b>	Berufliche Massnahme
<b>BSV</b>	Bundesamt für Sozialversicherungen
<b>EbA</b>	Erstmalige berufliche Ausbildung
<b>FI</b>	Frühintervention
<b>FoP2-IV</b>	2. Forschungsprogramm des Bundesamtes für Sozialversicherung zur IV
<b>IM</b>	Integrationsmassnahme
<b>IV</b>	Invalidenversicherung
<b>IVG</b>	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
<b>MEDAS</b>	Medizinische Abklärungsstellen
<b>RAD</b>	Regionalärztlicher Dienst / Regionalärztliche Dienste
<b>US</b>	Umschulung



## Teil 1: Ausgangslage, Fragestellung und Vorgehen

### Zum Aufbau des Berichts

Der Bericht ist in drei Teile untergliedert: Teil 1 Beschreibung des Projekts, Teil 2 Ergebnisse und Teil 3 Schlussfolgerungen.

Der Hintergrund des Projekts und die Ausgangslage für das Abklärungsverfahren werden in **Kapitel 1** beschrieben, Zielsetzungen und Fragestellungen der Studie sind in **Kapitel 2** dargelegt. Im Fokus des Forschungsprojekts steht die strategische und praktische Optimierung des IV-Abklärungsverfahrens durch die vergleichende Analyse verschiedener Vorgehensweisen der IV-Stellen und von deren Einfluss auf unterschiedliche Erfolgsfaktoren.

Forschungsansatz und methodisches Vorgehen werden im **Kapitel 3** über die gesamte Studie hinweg vorgestellt. Der Forschungsansatz umfasst sowohl qualitative (Einzel- und Gruppeninterviews, Dossieranalyse) als auch quantitative Anteile (schriftliche Befragung aller IV-Stellen, Analyse von Registerdaten, multivariate Wirkungsanalysen). Das Arbeitsmodell mit den Definitionen der relevanten Parameter von Input, Output und Outcome für diese Analysen ist ebenso in diesem Kapitel zu finden wie die Übersicht über alle Datengrundlagen.

Im zweiten Teil werden die Ergebnisse zusammengefasst. In **Kapitel 4** werden Konzeptionen für das Abklärungsverfahren in Eingliederungs- und Rentenfokus unterschieden. Diese zeigen sich auch im Vollzug, d.h. der praktischen Umsetzung in Prozessen und Organisation der IV-Stellen. Der Vollzug wird zunächst für fünf in Interviews näher untersuchte IV-Stellen vorgestellt und beschrieben, wie diese IV-Stellen mit verschiedenen Zieldimensionen und Zielkonflikten umgehen. Auf der Basis dieser Ergebnisse erfolgte eine schriftliche Befragung aller 26 IV-Stellen. Die Antworten erlauben es, den Vollzug für alle 26 IV-Stellen vergleichend zusammenzufassen.

**Kapitel 5** umfasst Input, Output und Outcome Berechnungen. Finanzielle Ressourcen als Input und die daraus erbrachten Leistungen (Output) werden im Vergleich der IV-Stellen gegenübergestellt. Neben den auf den Angaben aus den Registern stammenden Indikatoren wird anhand der Informationen aus der Befragung der IV-Stellen eine Typologie der IV-Stellen entwickelt, die in Zusammenhang mit der Berentungsquote gebracht werden kann. Die Ergebnisse der multivariaten Analysen geben Auskunft darüber, inwieweit die ermittelten Faktoren und Indikatoren in Zusammenhang mit der Berentungsquote stehen.

Das **Kapitel 6** ist dem Beschwerdeverfahren gewidmet. Es stellt zunächst das Vorgehen der IV-Stellen im Beschwerdeverfahren vor und zeigt dann die Ergebnisse der Auswertung der vom BSV zur Verfügung gestellten Zahlen zu den gesammelten Gerichtsurteilen aus allen Kantonen sowie der Dossieranalysen der Gerichtsurteile aus drei ausgewählten Kantonen. .

In **Kapitel 7**, wird eine Gesamtbetrachtung der Ergebnisse vorgenommen. Wichtigste Ergebnisse werden zusammengefasst und Schlussfolgerungen gezogen. Diese umfassen Erfolgsfaktoren, Hindernisse und Beispiele für eine gute Praxis.

## 1 Ausgangslage

Entsprechend dem Gesetzesauftrag in Art. 68 IVG hat das BSV ein Konzept für ein mehrjähriges Forschungs- und Evaluationsprogramm FoP-IV entwickelt (BSV 2006). Die thematischen Schwerpunkte dieses Programms zielen darauf ab, Ursachen des raschen Wachstums der Invaliditätszahlen aufzudecken, Grundlagen zur Beurteilung der Wirksamkeit von Massnahmen der IV-Revisionen zu erarbeiten sowie neue Instrumente zur Unterstützung der Zielsetzungen des IVG und notwendige Gesetzesanpassungen vorzuschlagen, welche die Wirksamkeit des Gesetzes erhöhen könnten.

Im Fokus dieses Forschungsprojekts steht die **strategische und praktische Optimierung des IV-Abklärungsverfahrens** auf wissenschaftlicher Grundlage durch die vergleichende Analyse verschiedener Vorgehensweisen der IV-Stellen und von deren Einfluss auf unterschiedliche Erfolgsfaktoren, aber auch durch die Analyse erfolgshemmender Einflussgrössen.

### Akteure im Abklärungsverfahren

Am Abklärungsverfahren sind verschiedene IV-interne und externe Akteure beteiligt.

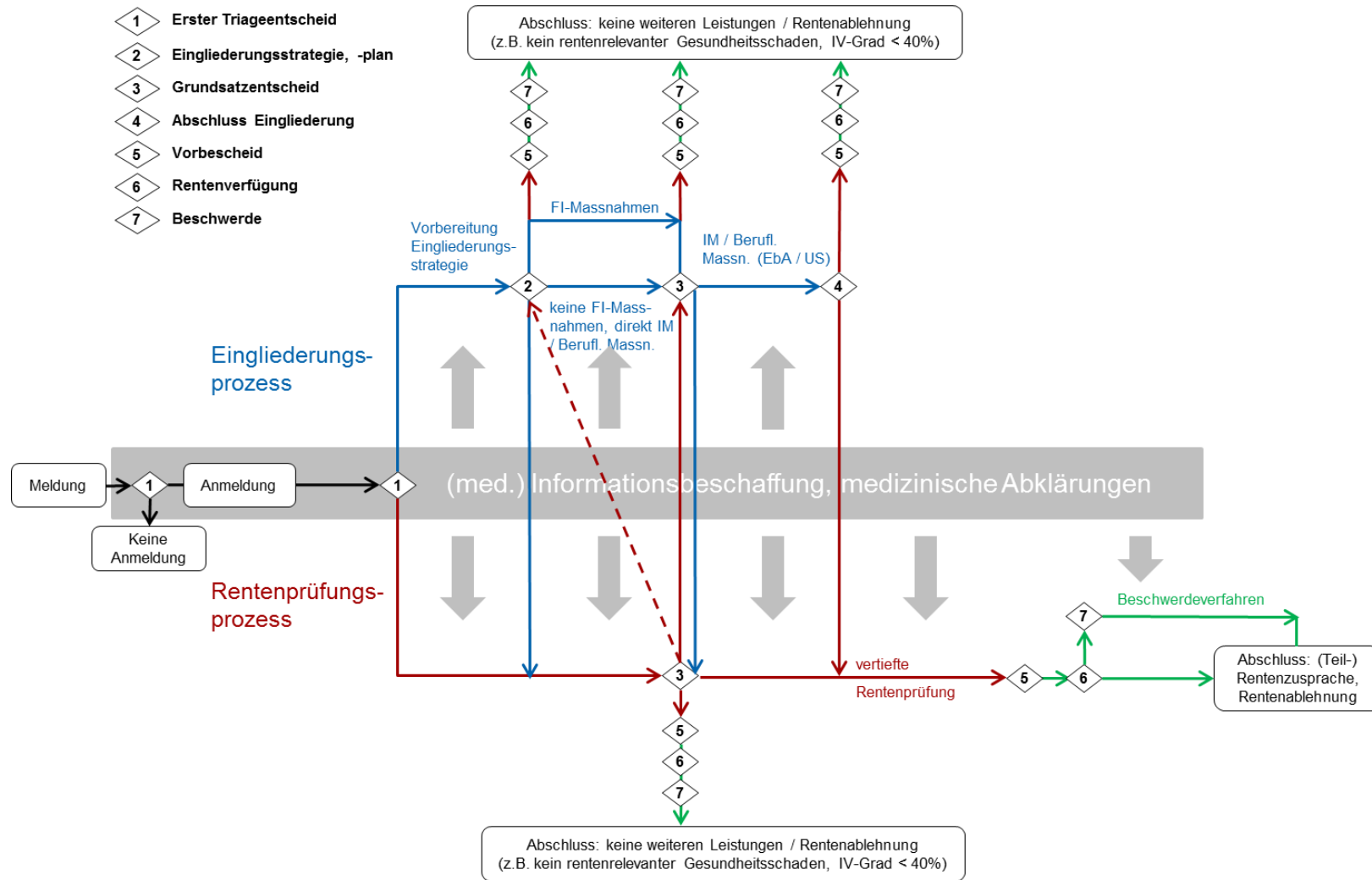
Die **IV-Stellen** in der Schweiz unterscheiden sich stark in ihrer Grösse und Organisationsform. Gemeinsam haben die IV-Stellen jedoch zumeist die interne Unterscheidung zwischen einer Leistungs- und einer Eingliederungsabteilung, zudem verfügen die IV-Stellen über einen internen Rechtsdienst. Es gehört zu den Aufgaben der IV, Personen mit gesundheitlichen Problemen möglichst rasch und unkompliziert bei ihrer Eingliederung zu unterstützen, genauso wie einen möglichen Rentenanspruch zu prüfen. Bei beiden spielt die Abklärung der medizinischen und beruflichen Situation der betroffenen Person eine zentrale Rolle.

Die Hauptaufgabe der **regionalen ärztlichen Diensten (RAD)** besteht darin, eine versicherungsmedizinische Beurteilung des Gesundheitsschadens vorzunehmen. Sie sind den IV-Stellen in unterschiedlicher Form angegliedert. So gibt es RAD, die den Stammsitz entweder direkt an der IV-Stelle haben oder solche, die als sogenannte «Satelliten-RAD» Ärztinnen und Ärzte vom Stammsitz kantonsübergreifend an eine IV-Stelle entsenden. In den RAD können Allgemeinmediziner und / oder Spezialisten aus verschiedenen anderen Fachbereichen vertreten sein.

In das Abklärungsverfahren sind neben den IV-Stellen, der versicherten Person und dem bereits erwähnten RAD verschiedene weitere Akteure einbezogen. Dazu gehören die **externe Ärzteschaft** wie z.B. die **behandelnden Ärztinnen und Ärzte**, die von den IV-Stellen in erster Linie für Auskünfte zum Gesundheitszustand der versicherten Person herangezogen werden oder **Gutachterstellen** für die Erstellung von mono- und bidisziplinären Gutachten. Für die Erstellung polydisziplinärer Gutachten werden **medizinische Abklärungsstellen (MEDAS)** einbezogen. Zur Klärung der beruflichen Situation der versicherten Person können neben **Arbeitgebern** auch **berufliche Abklärungsstellen (BEFAS)** involviert werden. In einer BEFAS wird abgeklärt, welche Tätigkeiten in welchem Umfang trotz einer Behinderung möglich sind und wie sich Personen mit einer gesundheitlichen Einschränkung beruflich entwickeln können. Weitere Akteure stellen **Vertreter des Rechtssystems** dar: Die versicherten Personen werden häufig von **Rechtsanwälten** beraten, kommt es im Verfahrensverlauf zu Beschwerden, können auch **Sozialversicherungsgerichte** in das Abklärungsverfahren einbezogen sein. Die Zusammenarbeit mit diesen Akteuren ist in den verschiedenen Phasen des Abklärungsverfahrens unterschiedlich stark ausgeprägt. Im Spannungsfeld zwischen Eingliederungs- und Rentenperspektive müssen die IV-Stellen als zentrale Akteure die spezifischen Situationen der versicherten Personen zu verschiedenen Zeitpunkten adäquat erfassen und berücksichtigen und die weiteren Akteure entsprechend einbinden. **Abbildung 1** zeigt schematisch den Ablauf des Abklärungsverfahrens.

Das Abklärungsverfahren verläuft idealtypisch in folgenden Phasen:

Abbildung 1: Schematische Darstellung Abklärungsverfahren



Quelle: Eigene Darstellung BASS/ZHAW

## Ablauf des Abklärungsverfahrens<sup>5</sup>

Nach der **Meldung** einer versicherten Person klärt die IV-Stelle zunächst ab, ob eine Zuständigkeit für den Fall besteht und ob eine Anmeldung für IV-Leistungen angezeigt ist. Nach Eingang einer **Anmeldung** wird von der IV-Stelle geprüft, ob die Ansprüche der versicherten Person auf Leistungen der IV erfüllt sind. Die Prüfung und Entscheidungsfindung erfolgt in einem Team von Fachpersonen, das je nach IV-Stelle und Fall aus verschiedenen Disziplinen zusammengesetzt sein kann. Dazu können beispielsweise Fachpersonen aus dem Eingliederungs- oder Leistungsbereich der IV-Stelle oder/und Ärztinnen und Ärzten des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) gehören. Die Prüfung der Anmeldung mündet in einen **ersten Triageentscheid**, in dem die Fälle entweder in Richtung «Eingliederungsprozess» oder «Rentenprozess» zugewiesen werden oder ein Fallabschluss erfolgt, wenn keine Zuständigkeit seitens der IV besteht. Nach Anmeldung werden Massnahmen der Frühintervention geprüft. Diese zielen darauf, einen allfälligen vorhandenen Arbeitsplatz für die versicherte Person zu erhalten oder einen neuen Arbeitsplatz innerhalb oder ausserhalb des bisherigen Betriebs zu finden. Dabei kommen im Wesentlichen folgende Massnahmen zum Einsatz: Anpassungen des Arbeitsplatzes, Ausbildungskurse, Arbeitsvermittlung, Berufsberatung, sozialberufliche Rehabilitation und Beschäftigungsmassnahmen.

Die Phase der Frühintervention endet mit dem Grundsatzentscheid. Dieser erfolgt spätestens 12 Monate nach Anmeldung. Dort wird festgestellt, ob Anspruch auf weitere Eingliederungsmassnahmen besteht oder ob der Rentenanspruch geprüft werden muss. Erweist sich der Anspruch auf Eingliederung als erfüllt, stehen den IV-Stellen verschiedenen Arten von Eingliederungsmassnahmen zur Verfügung. Es wird unterschieden zwischen **Integrationsmassnahmen (IM)** und **beruflichen Eingliederungsmassnahmen (BM)**. Diese Massnahmen sind zumeist von längerer Dauer und kostenintensiver als FI-Massnahmen. In den Bereich der IM fallen zum einen Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation wie Belastbarkeits- oder Aufbautraining und die wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz und zum anderen Beschäftigungsmassnahmen. IM stellen eine Vorstufe zur Vorbereitung auf Massnahmen beruflicher Art dar. Unter die BM fallen unter anderem die Berufsberatung, die erstmalige berufliche Ausbildung (EbA), die Umschulung (US), die Arbeitsvermittlung und der Arbeitsversuch. In komplexen Fällen haben die IV-Stellen die Möglichkeit als Vorbereitung auf oder als Ergänzung zu Eingliederungsmassnahmen berufliche Abklärungsmassnahmen (z.B. BEFAS) zu veranlassen.

Erweist sich eine Eingliederung als nicht bzw. nur teilweise möglich, kommt es in der Regel zu einer **vertieften Rentenprüfung**. In diesem Prozess kommt dem RAD meist eine zentrale Rolle zu und die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ist von grosser Wichtigkeit. In komplexen Fällen nutzen die IV-Stellen auch die Möglichkeit, IV-externe medizinische Begutachtungsstellen beizuziehen. Für mono- und bidisziplinäre medizinische Abklärungen können die IV-Stellen die Begutachtungsstellen selbst wählen, polydisziplinäre medizinische Abklärungen erfordern eine Anmeldung über die zentrale Plattform SuisseMed@p und werden von dort aus nach dem Zufallsprinzip an die Gutachterstellen vergeben.

Die eingliederungsorientierten Abklärungen und die vertiefte Rentenprüfung sind in der Praxis nicht immer klar voneinander trennbar und laufen teilweise parallel.

---

<sup>5</sup> Siehe auch AHV/IV Merkblätter 4.01 (Leistungen der Invalidenversicherung) und 4.06 (Das IV-Verfahren); <https://www.ahv-iv.ch/de/Merkbl%C3%A4tter-Formulare/Merkbl%C3%A4tter/Leistungen-der-IV>



Die vertiefte Abklärung der medizinischen und arbeitsmarktlichen Situation der betroffenen versicherten Person im Rahmen der Rentenprüfung mündet in einen Rentenentscheid. Die Wirkungen der Abklärung zeigen sich zu einem grossen Teil im zuvor erfolgenden Vorbescheid und, sofern ein Rechtsmittel ergriffen wird, im Beschwerdeverfahren. Im Vorbescheid- und Beschwerdeverfahren pflegen die IV-Stellen und der RAD in der Regel eine enge Zusammenarbeit mit dem Rechtsdienst. Die versicherte Person wird über den vorgesehenen Entscheid formell per **Vorbescheid** informiert. Sie erhält Gelegenheit, sich während 30 Tagen zum geplanten Entscheid und dessen Begründung zu äussern (Einwand). Die Betroffenen sollen durch dieses Vorbescheidverfahren frühzeitig und verstärkt in das Verfahren einbezogen werden, um allfällige Unklarheiten zu bereinigen und die Beweggründe zum vorgesehenen Entscheid zu erklären. In der Folge erlässt die IV-Stelle den **Rentenentscheid** mit einer **Verfügung**. Ist die versicherte Person mit dem Inhalt der Verfügung der IV-Stelle nicht einverstanden, kann sie den Rechtsweg beschreiten und eine **Beschwerde** an das kantonale Versicherungsgericht – bzw. das Bundesverwaltungsgericht bei versicherten Personen im Ausland – richten. Erachtet das Gericht die Entscheidungsgrundlagen als ungenügend, kann es den Fall zur weiteren Abklärung wieder an die IV-Stelle zurückweisen. Der Anteil an Rückweisungen liegt in Rentenfällen bei rund 25 Prozent aller kantonalen Gerichtsentscheide. Prozessrechtlich kommt die Rückweisung einer Niederlage der IV-Stelle gleich (die in der Folge für die Prozesskosten aufzukommen hat).

### **Der Abklärungsprozess im Spannungsfeld von Zielkonflikten**

Die IV-Stellen sehen sich im Abklärungsverfahren in einem Spannungsfeld zwischen verschiedenen Anforderungen: So begünstigen Präzision, Ressourcenorientierung und Transparenz einerseits eine sorgfältige, den gesetzlichen Erfordernissen entsprechende Entscheidung, erfordern aber andererseits Zeit und steigern Kosten. Im ungünstigen Fall kann ein zu langer Abklärungsprozess die Wiedereingliederung erschweren. Es liegt deshalb im Interesse der Versicherten, der IV und der Arbeitgeber, dass die Prozesse situationsgerecht verlaufen und Verzögerungen durch Beschwerden und Prozesse vermieden werden.

Vom BSV wurden für dieses Forschungsprojekt folgende Zieldimensionen beschrieben, welche als analytischer Rahmen für die Untersuchung des Abklärungsverfahrens dienen sollen:

- **Gesetzmässigkeit:** Die Abklärung muss den gesetzlichen Erfordernissen entsprechen und vor Gericht bestehen können.
- **Präzision:** Die Abklärung muss die relevanten Aspekte der Lebenssituation der versicherten Person möglichst realitätsgerecht erfassen.
- **Ressourcenorientierung:** Die Abklärung muss sich in Hinblick auf die Förderung der Eingliederung an den Ressourcen und nicht an den Defiziten der versicherten Personen orientieren.
- **Geschwindigkeit:** Die Abklärung muss möglichst rasch vor sich gehen.
- **Transparenz:** Die Beziehung zwischen der IV-Stelle und den Versicherten muss auf Fairness und Nachvollziehbarkeit beruhen. So kann eine optimale Kommunikation erreicht werden, was wiederum eine bessere Akzeptanz des Entscheides mit sich bringt.
- **Kosten:** Mit den finanziellen Mitteln der IV soll auch im Rahmen der Abklärung haushälterisch umgegangen werden.



## 2 Zielsetzung und Fragestellungen

### 2.1 Zielsetzung

Ziel der Studie ist es, die zentralen Elemente des IV-Abklärungsverfahrens zu identifizieren und die Mechanismen des Zusammenspiels dieser Elemente abzubilden. Damit soll den IV-Stellen eine wissenschaftliche Grundlage an die Hand gegeben werden, um die eigene Vorgehensweise im Abklärungsverfahren zu analysieren und zu reflektieren, aber auch um die Grenzen des eigenen Handelns besser zu verstehen. Im Fokus der Studie stehen die drei Dimensionen **«Zusammenspiel zwischen Eingliederungsprozess und Rentenprüfungsprozess»**, **«medizinische und berufliche Abklärung»**, und **«Zusammenarbeit mit dem RAD»**. Die durch diese Studie gewonnene Orientierung soll also in erster Linie eine Grundlage für die differenzierte Beurteilung der Abklärungsprozesse in den IV-Stellen sowie der Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den verschiedenen Akteuren bilden. Dazu soll die Studie die strategischen und konkreten Vorgehensweisen der IV-Stellen zur medizinischen und beruflichen Abklärung ermitteln und wo möglich deren Wirkungen hinsichtlich der Zielerreichung der IV-Abklärung analysieren.

Im Zentrum des Forschungsprojekts stehen Prozesse, Akteure und Wirkungen der Abklärungspraxis der kantonalen IV-Stellen bei erstmaligen Rentenentscheiden von erwachsenen versicherten Personen. Beim grössten Teil dieser Personen ist nicht nur die Perspektive der Rentenprüfung, sondern auch diejenige der Eingliederung im Abklärungsprozess von Interesse.

### 2.2 Fragestellungen

In der Studie werden die zentralen Elemente des IV-Abklärungsverfahrens – wie beispielsweise das Zusammenspiel zwischen Eingliederungsprozess und Rentenprüfungsprozess, die medizinische und berufliche Abklärung, und die Zusammenarbeit mit dem RAD – anhand folgender Betrachtungsebenen vertiefend untersucht.

- Strategien und Konzeption des Abklärungsverfahrens in den IV-Stellen
- Unterscheidung verschiedener Typologien im Vollzug
- Output und Wirkungen der verschiedenen Strategien und Vorgehensweisen
- Schlussfolgerungen: Erfolgsfaktoren, Hindernisse und good practice

Nachfolgend werden diese erläutert.

#### 2.2.1 Strategien und Konzeption des Abklärungsverfahrens

Die IV-Stellen können basierend auf den rechtlichen Grundlagen zumindest in einem gewissen Ausmass ihren Auftrag zur Abklärung von Eingliederungsmöglichkeiten und Rentenansprüchen unterschiedlich verstehen und in Bezug auf die Zieldimensionen verschieden gewichten und verfolgen. Unter Konzeption wird hier die implizite oder explizite Vorstellung darüber verstanden, mit welchen Massnahmen Ziele erreicht werden sollen und bei wem diese Massnahmen wann eingesetzt werden. Die Vorstellungen zeigen sich in Leitlinien, Vorgaben, Rollen, Verantwortlichkeiten der Akteure und ihrer Zusammenarbeit sowie in der Prozessorganisation.

Folgende Fragen wurden untersucht:

- Wie ist der Abklärungsprozess in den IV-Stellen konzipiert?
- Welche Unterschiede bestehen zwischen den Konzeptionen der IV-Stellen?
- Wie ist die Rolle des RAD gegenüber der IV-Stelle ausgestaltet?

## 2.2.2 Typologie und Vollzug

In der Umsetzung der Konzeption sind verschiedene Rollen, Verantwortlichkeiten und Prozessorganisationen möglich. Sie zeigen sich z.B. in der Fallführung, der Auswahl der Fälle für die Eingliederung, dem Einholen von Informationen (wann und wo) und der Kommunikation zwischen den Akteuren.

Es interessieren besonders die folgenden Fragen:

- Welche Akteure werden in welchem Prozessschritt wie einbezogen (Leistungsfachpersonen, Eingliederungsfachleute, RAD, behandelnde Ärzte, medizinische Begutachtungsstelle, berufliche Abklärungsstelle, Rechtsvertreter etc.)?
- Welchen Einfluss hat die Rolle des RAD gegenüber der IV-Stelle auf den IV-Abklärungsprozess?
- Inwieweit lassen sich verschiedene Typen der Umsetzung unterscheiden? Was sind die zentralen Merkmale dieser Typen?

## 2.2.3 Output und Wirkungen der verschiedenen Strategien und Vorgehensweisen

Konzeption und Vollzug führen zu **Ergebnissen** (Outputs) wie Leistungen (Eingliederungsleistungen, Abklärungsleistungen) und zu damit verbundenen Aspekten wie Kosten und Zeitdauer, sowie zu Entscheidungen. In Bezug auf die **Wirkung** (Outcome) des Abklärungsverfahrens wird im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts primär die Berentungsquote der Kohorte der Neuanmeldungen aus dem Jahr 2009 untersucht. Mit der Kohorte 2009 steht eine ausreichend lange Zeit bis Ende 2013 zur Verfügung, das eigentliche Ergebnis der Abklärungen beobachten zu können.

Zentral sind die Fragen:

- Inwiefern unterscheiden sich die IV-Stellen in ihren Eingliederungsleistungen bezüglich Einsatz, Kosten und Zeitdauer bis zur ersten Massnahme?
- Inwiefern unterscheiden sich die IV-Stellen in ihren Abklärungsleistungen bezüglich Einsatz, Kosten und Zeitdauer bis zur ersten Massnahme?
- Inwieweit sind RAD-Stellungnahmen sowie Gutachten von medizinischen Begutachtungsstellen im Gerichtsverfahren akzeptiert?
- Welche Zusammenhänge bestehen zwischen verschiedenen Ausgestaltungen des Eingliederungs- und Abklärungsverfahrens in den IV-Stellen einerseits und der Neuberentungsquote andererseits?

## 2.2.4 Schlussfolgerungen: Erfolgsfaktoren, Hindernisse und good practice

Aus dem Vergleich der verschiedenen Typen in Konzeption und Vollzug und den Auswirkungen auf Output und Outcome kann abgeleitet werden, welche Faktoren im Abklärungsverfahren zu welchem Ergebnis führen können. Allerdings unterliegt nur ein Teil dem Einfluss der IV-Stellen. Exogene Faktoren wie die kantonale unterschiedliche Bevölkerungszusammensetzung, das wirtschaftliche Umfeld u.a. können von den IV-Stellen nicht beeinflusst werden.

Die Ergebnisse der Untersuchung sollen aufzeigen:

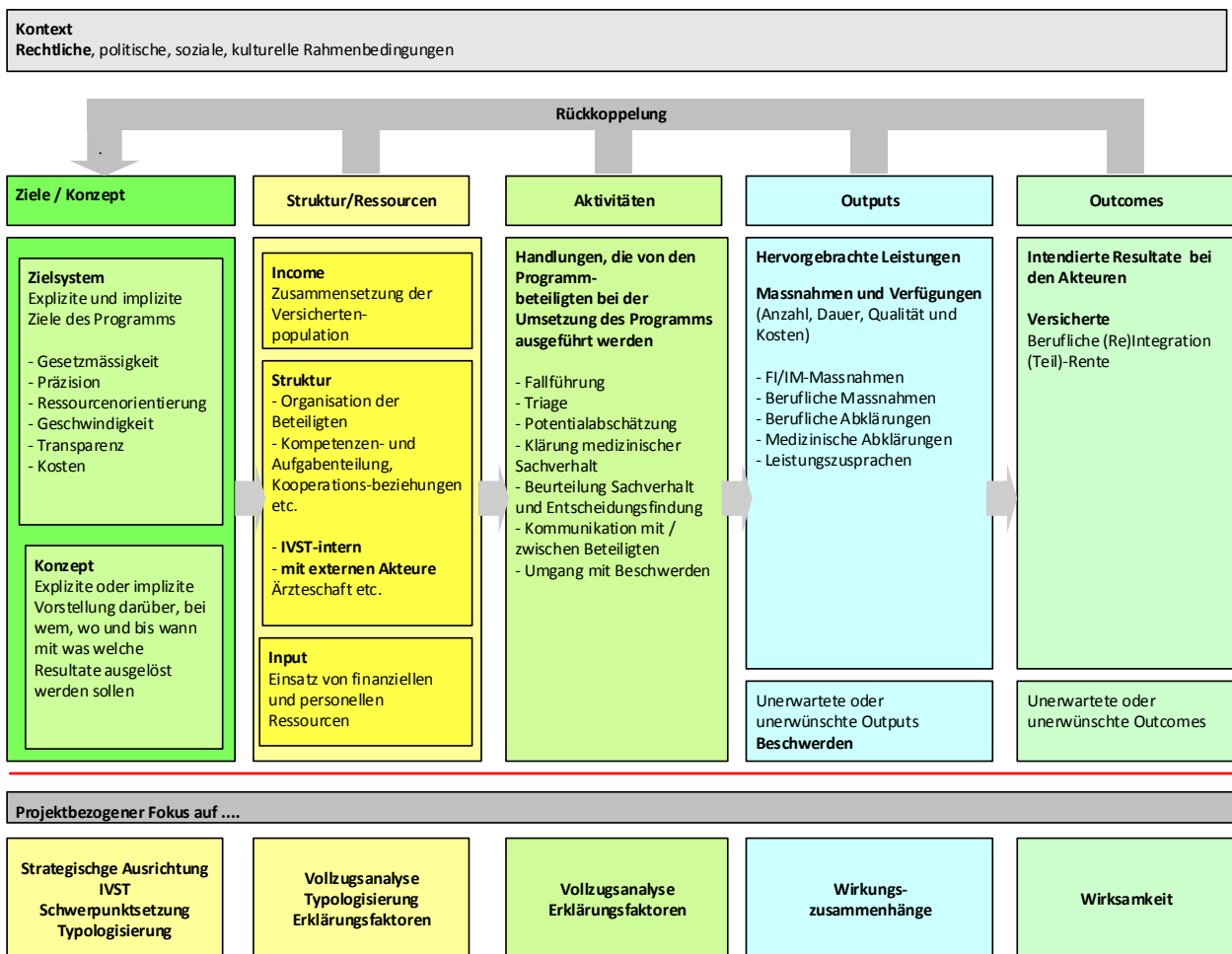
- Welche Erfolgsfaktoren und Hindernisse (z.B. in der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren) identifiziert werden können
- Welche Kernelemente eine good practice der Ausgestaltung der Abklärungspraxis auszeichnen
- Wie mit Zielkonflikten innerhalb von Spannungsfeldern wie beispielsweise zwischen Geschwindigkeit und Präzision oder zwischen Eingliederungs- und Rentenprüfungsperspektive umgegangen werden kann

### 3 Forschungsansatz und methodisches Vorgehen

#### 3.1 Arbeitsmodell

Der Prozess von der Anmeldung bis zum Abschluss eines IV-Verfahrens lässt sich im Sinn der in der Evaluationsliteratur gebräuchlichen Begrifflichkeit als «Programm» interpretieren (Vgl. bspw. Beywl et al. 2007). Die modellhafte Darstellung, wie sie in **Abbildung 2** entworfen ist, dient uns dazu, die innere «Logik» dieses Programms vereinfacht abzubilden. Das Modell gibt uns einen (analytischen) Rahmen, der es uns erlaubt, gezielt und systematisch alle im Verlauf des Forschungsprozesses empirisch zusammengetragenen Informationen den verschiedenen Dimensionen zuzuordnen und zu verorten. Das Modell trägt damit dazu bei, sich in der Komplexität und Mehrdimensionalität, in der das Abklärungsverfahren stattfindet, besser zu orientieren.

Abbildung 2: Logisches Modell



Quelle: Darstellung BASS/ZHAW

#### 3.2 Datengrundlagen

Das in **Abschnitt 3.1** vorgestellte Arbeitsmodell liefert ein analytisches Raster, mit dem die für die Analysen vorhandenen Indikatoren klassifiziert und den verschiedenen Ebenen zugeordnet werden können. Basis für die Umsetzung des Forschungsvorhabens liefern verschiedene Datengrundlagen und Informationsquellen, die im Folgenden vorgestellt werden.

### 3.2.1 Expertengespräche

Zur Entwicklung des Detailkonzeptes wurden Expertinnen und Experten mündlich und schriftlich befragt.

#### ■ Explorative Gespräche mit:

- Projektleitung BSV
- Abteilung Statistik BSV
- Audit-Team BSV
- Eine RAD-Leitung
- Leitung Leistungsabteilung einer IV-Stelle
- Vertreter von Integration Handicap
- Leitungspersonen aus den fünf ausgewählten IV-Stellen zur Verifizierung/Ausdifferenzierung der für die Typologisierung ausgewählten Kriterien.

■ **Schriftliche Befragung des Auditteams des BSV:** Versuch einer Verortung der 26 IV-Stellen auf 15 verschiedenen Dimensionen bezüglich Strategie, Organisation und Umsetzung des Eingliederungs- und Rentenverfahrens.

### 3.2.2 Dokumentenanalysen

Ferner wurden vorliegende Dokumente analysiert:

- Auditberichte
- Unterlagen zu Prozessen und Abläufen aus ausgewählten IV-Stellen
- Forschungsberichte (insbesondere Bolliger et al. 2012)
- Reportingkennzahlen BSV: Geschäftstätigkeitsbericht BSV 2012

### 3.2.3 Vertiefungsgespräche in 5 IV-Stellen

An jeder der fünf ausgewählten IV-Stellen fanden Vertiefungsgespräche statt:

- Gruppengespräch von etwa zwei Stunden mit einer Person aus der IV-Stellenleitung sowie leitenden Personen aus dem Renten- und Eingliederungsbereich
- Ein- bis eineinhalbstündiges Gespräch mit (leitenden) RAD- Ärztinnen oder Ärzten

Den Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmern wurde ein Leitfaden zur Vorbereitung auf das Interview zugestellt. Als Diskussionsgrundlage für die Gespräche diente die Skizzierung eines Prozessschemas, welches sowohl die Phasen des Eingliederungs- als auch des Rentenverfahrens ab der Anmeldung einer versicherten Person bis zum Abschluss (inkl. möglichem Beschwerdeverfahren) mit den möglichen Entscheidungspunkten, als auch die Einflussmöglichkeiten der IV-Stellen und des RAD und die medizinischen Abklärungen im zeitlichen Verlauf umfasste (vgl. dazu **Abbildung 1**, S. 3).

Alle Gespräche wurden nach Zustimmung der beteiligten Personen mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Zur weiteren Typologisierung wurden die Transkripte mittels einer Software zur qualitativen Datenanalyse (Atlas-ti) nach einem einheitlichen Raster codiert.

### 3.2.4 Registerdaten

Basis der durchgeführten statistischen Analysen sind Registerdaten der Kohorte aller vom BSV bereinigten **Erstanmeldungen** bei der IV von **Erwachsenen im Jahr 2009**. Es handelt sich dabei um insgesamt **49'500 Personen**, die sich im Jahr 2009 erstmalig bei der IV angemeldet haben. Mit der Fokussierung auf eine «Eintritts-Kohorte» kann erreicht werden, dass das Sample zumindest hinsichtlich

des «Anfangszeitpunktes» homogen ist, was die Vergleichbarkeit der Fallverläufe und Leistungszusprachen zwischen den IV-Stellen wesentlich vereinfacht. Dieses Vorgehen hat sich grundsätzlich bewährt.

Deliefert wurden Informationen der **Jahre 2009-2013** aus folgenden Bereichen:

- Informationen zu den versicherten Personen (IV-Stelle, Anmeldedatum, soziodemografische Merkmale, Gebrechenscode)
- Zusprachen Massnahmen (Art und Datum von Eingliederungsmassnahmen, medizinischen und beruflichen Abklärungsmassnahmen)
- Ablehnungen
- Rechnungen, Tarificodes und TARMED-Abrechnungsziffern
- Renten

Im Rahmen der erfolgten Überprüfung der Datenqualität hat sich herausgestellt, dass in verschiedenen Bereichen der Daten Unschärfen vorhanden sind, für die eine Lösung gesucht werden musste, damit die Ergebnisse interpretiert werden können. Sie werden im Folgenden dargestellt.

### Klassifizierung Abklärungsmassnahmen

Eine eindeutige Unterscheidung zwischen den verschiedenen Abklärungsmassnahmen – Arztberichte, mono/bidisziplinäre - und polydisziplinäre Gutachten - ist mit Hilfe der im System dafür vorgesehenen Codes aufgrund einer zwischen den IV-Stellen unterschiedlichen Kodierungspraxis nicht möglich. Damit dennoch Analysen zu den verschiedenen Typen von Abklärungsmassnahmen durchgeführt werden konnten, wurde in Absprache mit der Begleitgruppe eine 4-stufige-Kategorisierung der Abklärungsmassnahmen anhand des Rechnungsbetrags für die erbrachte Leistung vorgenommen.

Dazu wurden in einem ersten Schritt für alle Abklärungsmassnahmen mit den Codes 290 (polydisz. med. Gutachten), 297 (mono- und bidisz. med. Gutachten) und 299 (übrige Abklärungsmassnahmen) die Kosten anhand der Rechnungsdaten eruiert. In einem zweiten Schritt wurden diese Abklärungsmassnahmen in vier Kosten-Kategorien unterteilt, welche als «Proxy» für die folgenden vier «Abklärungstypen» verwendet wurden:

Tabelle 1: Typologisierung von medizinischen Abklärungsmassnahmen nach Kosten

Kategorie	Kosten Abklärungsmassnahme in CHF	«Abklärungstyp»
1	Weniger als 500.-	Typ Arztbericht
2	500 bis 2'999.-	«Typ mono-disziplinäre Gutachten»
3	3000 bis 5'999.-	«Typ bidisziplinäre Gutachten»
4	6'000.- und mehr	«Typ polydisziplinäre Gutachten»

Der Vorteil dieses Vorgehens besteht darin, dass die Zuordnung zu den vier Kategorien auf effektiv vorhandenen Kostendaten beruht und nicht auf der Codierungspraxis der IV-Stelle. In den günstigeren Kostenkategorien ist dabei von einer Mischung von sowohl «medizinischen» als auch «beruflichen» Abklärungsmassnahmen auszugehen, da unter dem Code 299 (übrige Abklärungsmassnahmen) teilweise auch berufliche Abklärungsmassnahmen subsumiert sind.

### Unterscheidung zwischen intern und extern erbrachten Eingliederungsmassnahmen

**Arbeitsvermittlung und Berufsberatung** sind Eingliederungsmassnahmen, die von den IV-Stellen **intern** erbracht werden. Eine Validierung der von den IV-Stellen vorgenommenen Klassifizierung bzw. Kodierung dieser Leistungen anhand von Rechnungen bzw. Zahlungen ist deshalb nicht möglich. So-

wohl die Ergebnisse der Datenanalysen wie auch die in den IV-Stellen geführten Gespräche deuten klar darauf hin, dass **bezüglich der Kodierung der intern erbrachten Eingliederungsmassnahmen keine einheitliche Praxis vorherrscht**. Dies führt dazu, dass erstens **keine validen Aussagen zu Art, Umfang und Einsatz der intern erbrachten Eingliederungsmassnahmen innerhalb der Invalidenversicherung als Ganzes gemacht werden können**. Noch viel weniger kann aufgrund von allfällig unterschiedlichen kantonalen Werten bezüglich des Einsatzes von intern erbrachten Eingliederungsmassnahmen direkt auf eine unterschiedliche Praxis geschlossen werden. Vielmehr dürften die anhand der Registerdaten ermittelten Indikatoren zu den intern erbrachten Eingliederungsmassnahmen weitgehend die kantonal unterschiedliche Kodierungspraxis abbilden. Aus diesem Grund wird im Rahmen dieses Berichts darauf verzichtet, Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen zu den intern erbrachten Eingliederungsmassnahmen zu ziehen.

Die **extern erbrachten Eingliederungsmassnahmen** (gewisse FI-Massnahmen, Integrationsmassnahmen [IM] und berufliche Massnahmen [BM]) können hingegen für die Analysen benutzt werden, da sie mit den Zahlungsflüssen (Rechnungen) abgeglichen und deshalb als verlässlich und belastbar eingestuft wurden.

### Definition Fallabschluss

Grundsätzlich besteht ein Interesse daran zu erfahren, in welchem Zeitraum wie viele Fälle von den IV-Stellen abgeschlossen werden bzw. bei wie vielen Fällen Entscheidungen noch ausstehend sind. In den Daten ist jedoch **kein eindeutiges Kriterium dafür vorhanden, ob ein definitiver Fallabschluss vorliegt oder nicht**. Dies, weil einerseits Rentenablehnungen und andererseits auch Beschwerden in der Praxis nicht immer (gleich) kodiert werden. Einzig dann, wenn eine Rente effektiv ausgezahlt wird, kann dies als eindeutiges «Fallabschluss-Ereignis» in den Daten gedeutet werden. Theoretisch könnte aufgrund der vorliegenden Daten dann auf einen Fallabschluss geschlossen werden, wenn für alle möglichen Leistungen, die die IV sprechen kann, eine (kodierte) Ablehnung vorliegen würde. Dies wird in der Praxis jedoch kaum so angewendet. Aus diesem Grund wurden in Absprache mit der Begleitgruppe für die Kodierung eines Fallabschlusses folgende Regeln angewendet:

Ein Fall wird dann als abgeschlossen kodiert, wenn (i) entweder eine Rente bezogen wird oder (ii) innerhalb von 12 Monaten keine neuen Abklärungsmassnahmen und keine neuen Eingliederungsleistungen veranlasst oder gesprochen wurden oder (iii) die Ablehnung eines Leistungsgesuchs nach Art. 4, 6 oder 28 vorliegt («Kein Gesundheitsschaden», «versicherungsmässige Voraussetzungen fehlen», «erstmalige Berentung: Invaliditätsgrad unter 40%»)<sup>6</sup>.

### 3.2.5 Schriftliche Befragung aller IV-Stellen

Basierend auf den Informationen aus den vorangehenden Arbeiten (Interviews in fünf IV-Stellen, statistische Kohortenanalyse, Dossieranalysen von Gerichtsurteilen) wurde eine schriftliche Befragung aller IV-Stellen konzipiert. Im Fokus der Befragung standen primär drei Themen: erstens das Zusammenspiel zwischen Eingliederungsprozess und Rentenprüfungsprozess, zweitens die medizinische Abklärung, und drittens die Zusammenarbeit mit dem RAD. Ziel war, von allen IV-Stellen vergleichbare Informationen zu erhalten.

---

<sup>6</sup> Alternativ wurden anstatt einer 12-monatigen Periode ohne «neuen» Leistungen auch eine 24-monatige Periode getestet. Die Veränderung der Anzahl «offener» Fälle ist jedoch nur sehr gering, weshalb wir bei der ursprünglichen Definition von 12 Monaten geblieben sind.



Die Befragung war gemäss dem entwickelten «allgemeinen» Prozessschema (vgl. **Abbildung 1**, S. 3) in fünf Teile gegliedert, jeder Teil war in einem separaten Fragebogen enthalten und auf Deutsch, Französisch und Italienisch verfügbar.

- Teil A: Phase Meldung bzw. Anmeldung bis und mit erstem Triageentscheid
- Teil B: Abklärungs- und Rentenverfahren bei Personen im Eingliederungsverfahren
- Teil C: Abklärungs- und Rentenverf. bei Personen, die direkt ins Rentenverfahren triagiert werden
- Teil D: Das Beschwerdeverfahren
- Teil E: Generelle Fragen zu Organisation, Steuerung und Strategie

Die Datenerhebung erfolgte zwischen Juni und August 2014. Alle IV-Stellen nahmen an der Befragung teil.

### 3.2.6 Dossieranalyse Gerichtsurteile

Analysiert wurden die Urteile von Rentenfällen aus drei der fünf näher untersuchten Kantone. Die drei IV-Stellen stehen je für einen der drei definierten Konzeptionstypen (I, II und III, siehe Kap. 5).

Es wurden Urteile aus den Beschwerdeverfahren zu Neurenten Erwachsener ab dem Jahr 2012 verwendet. Grundgesamtheit waren 310 vom BSV gelieferte kantonale Gerichtsurteile (129 IV-Stelle B, 120 IV-Stelle A, 61 IV-Stelle C). Ausgewertet wurden 191 Urteile mit materiellen Angaben bei erstmaligen Rentenzusprachen (70 B, 85 A, 36 C).

Ausserdem wurden Geschlecht, Jahrgang und Gesundheitsschaden (psychisch, physisch oder beides) erfasst. Da in den Urteilen jeweils zahlreiche Diagnosen, aber keine Gebrechenscodes verwendet wurden, konnten die Gesundheitsschäden nicht weiter spezifiziert werden.

Die Daten aus den Gerichtsurteilen wurden statistisch ausgewertet.

## 3.3 Methodisches Vorgehen

Zur Erreichung der Zielsetzung wurde ein **kombiniertes methodisches Vorgehen** mit **qualitativen und quantitativen Elementen** angewendet. Dieser Ansatz erlaubte es, die im Fokus stehenden Forschungsfragen aus unterschiedlichen Perspektiven zu beantworten. Ferner konnten einige Fragestellungen, wie z.B. zur Konzeption und zum Vollzug, nicht aufgrund vorliegender Informationen für eine quantitative Untersuchung operationalisiert werden und mussten in Gesprächen mit IV-Stellenleitungen und anderen Akteuren geklärt werden. Mit diesem Vorgehen konnte ausserdem sowohl die notwendige «Tiefenwirkung», im Sinne einer differenzierten Beantwortung der Fragestellungen, als auch eine «Breitenwirkung» mit Blick auf die gewünschten Sensibilisierungsprozesse erreicht werden (formativer Aspekt).

### 3.3.1 Qualitative Herangehensweise

In einem **ersten Schritt** wurden vor allem in Gesprächen und durch Dokumentenanalyse Informationen gesammelt und ausgewertet, die zur Exploration des Untersuchungsfeldes dienen. Basierend auf diesen Informationen wurde in einem Detailkonzept ein die Forschung leitendes **Wirkungsmodell** erarbeitet, eine **erste Typologisierung** des Vollzugs vorgenommen und **erste Hypothesen** zu möglichen Zusammenhängen zwischen Vollzug und Output und Wirkungen formuliert.

In Absprache mit der Begleitgruppe des Projektes wurden fünf IV-Stellen ausgewählt, deren Abklärungsverfahren intensiv analysiert wurden. Diese fünf IV-Stellen werden im Bericht anonymisiert und ihre Kantonsnamen durchgängig identisch mit den Buchstaben A-E ersetzt.

In einem zweiten **Schritt wurden Interviews in den fünf ausgewählten IV-Stellen geführt. Die Gespräche dienten dazu, einen Überblick über die Abklärungsstrategien und –praxis zu gewinnen und die angedachte Typologisierung zu überprüfen.**

Weitere qualitative Analysen wurden zu den Beschwerdeverfahren durchgeführt. Eine Stichprobe von 191 Gerichtsurteilen aus drei IV-Stellen wurde analysiert. Im Zentrum dieser Analyse standen Fragen zur Begründung von Gutheissungen und Rückweisungen und zur Akzeptanz von RAD-Stellungnahmen und externen Gutachten. Eine genauere Beschreibung ist in Kap. 6 zu finden.

Die Ergebnisse aller Analysen wurden am Schluss des Forschungsprozesses an den fünf näher untersuchten IV-Stellen präsentiert und mit Vertretern von Leitung, Leistungs- und Eingliederungsabteilungen und dem RAD diskutiert.

### **3.3.2 Quantitativ statistische Herangehensweise**

Das Hauptziel der vorliegenden Untersuchung besteht darin, Zusammenhänge zwischen der Art der Ausgestaltung des Rentenabklärungsprozesses und den dafür eingesetzten Ressourcen einerseits und den daraus resultierenden Ergebnissen (Output und Outcome) aufzudecken. Neben der im vorherigen Abschnitt dargestellten qualitativen Herangehensweise wird dies auch mit quantitativ statistischen Methoden versucht. Dies erfolgte in zwei Schritten:

In einem **ersten Schritt** wurde mit Hilfe der Registerdaten ein **Indikatorenset** entwickelt, das dazu dient, die von den IV-Stellen eingesetzten Ressourcen (Input) und die extern erbrachten Leistungen (Output) zu quantifizieren. Das Indikatorenset beinhaltet dabei im Grundsatz Informationen zu **Umfang, Zeitpunkt und Ausgaben** der verschiedenen **extern** erbrachten Massnahmen und Leistungen (siehe **Tabelle 2**).

Tabelle 2: Indikatorenset

Bereich	Indikator	Auswertungsebene
<b>Anmeldung</b>	Anzahl Anteil NAP an Bestand versicherte Bevölkerung	Gesamt, IVST
<b>Eingliederungsmassnahmen</b>		
<i>Gesamt</i>	Anzahl Anteil NAP mit EGM Total	Gesamt, IVST
	Ausgaben Ausgaben EGM pro NAP Ausgaben EGM pro NAP mit EGM	Gesamt, IVST
<i>Frühintervention</i>		Gesamt, IVST
	Anzahl Anteil NAP mit FI-Massnahmen mit externen Kosten	Gesamt, IVST
	Geschwindigkeit Median bis 1. FI-Leistung	Gesamt, IVST
	Ausgaben Ausgaben pro NAP Ausgaben pro NAP mit IM/BM-Leistungen	Gesamt, IVST
<i>Eingliederungsmassnahmen (IM/BM)</i>		Gesamt, IVST
	Anzahl Anteil NAP mit IM und/oder BM	Gesamt, IVST
	Geschwindigkeit Median bis 1. IM/BM-Leistung	Gesamt, IVST
	Ausgaben Ausgaben pro NAP Ausgaben pro NAP mit IM und/oder BM	Gesamt, IVST
<b>Medizinische Abklärungsmassnahmen</b>		
	Anzahl Anteil medizinische Abklärungsmassnahmen Kat. 2/3/4 (>500 CHF)	Gesamt, NAP mit/ohne EGM, IVST
	Geschwindigkeit Median 1. Med. Abklärungsmassnahme Kat 2/3/4	Gesamt, NAP mit/ohne EG-Leistungen, IVST
	Ausgaben Ausgaben pro NAP	Gesamt, NAP mit/ohne EGM, IVST
<b>Renten</b>		
	Anzahl Anteil NAP mit Renten Anteil gewichtete Renten	Gesamt, NAP mit/ohne EGM

Anmerkungen: NAP = Neuangemeldete Personen; IVST = IV-Stelle; FI = Frühintervention; IM = Integrationsmassnahme; BM = Berufliche Massnahme; AV = Arbeitsvermittlung; BB = Berufsberatung; EGM = Eingliederungsmassnahme;  
Quelle: Darstellung BASS

Zusätzlich zu den registerbasierten Indikatoren wurde aus den Ergebnissen der Gespräche und Dokumentenanalysen ein **standardisierter Fragebogen** entwickelt, der als **Paper & Pencil-Befragung** an alle Schweizer IV-Stellen verschickt wurde. Die Zielpersonen waren sowohl IV-Stellen-Leitenden als auch Personen im Vollzug, um sowohl Konzeptionen als auch die Praxis erfassen zu können. Die Erfassung aller IV-Stellen diente erstens dazu, die Typologisierung zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen und zweitens alle IV-Stellen in die eine **Typologisierung** einzuordnen.

Im Fokus des **letzten Analyseschritts** steht die Beantwortung der Fragestellungen zu Wirkungszusammenhängen zwischen Input und Output einerseits und dem Outcome (Berentungswahrscheinlichkeit) andererseits. Dies geschieht mit Hilfe von **multivariaten Analyseverfahren**. Neben den Registerdaten und den Informationen aus der schriftlichen Befragung der IV-Stellen wird dabei auch ein Faktor zum kantonalen Umfeld mit berücksichtigt, der aus einem früheren Forschungsprojekt, das vom Büro Vatter und der Berner Fachhochschule Soziale Arbeit durchgeführt wurde (Bolliger et al. 2012), stammt.

Die geplanten statistischen Analysen zum Beschwerdeverfahren konnten hingegen nur rudimentär durchgeführt werden, da ausschliesslich die schon bekannten aggregierten Daten zu Beschwerdeergebnissen vorhanden und keine zusätzliche detaillierteren Informationen erhältlich waren.

Die Analysen zu den Kosten beschränken sich weitgehend auf Analysen zu den Ausgaben von externen Massnahmen und Abklärungen. Ein Grund dafür sind die erwähnten Probleme bei der Erfassung der intern erbrachten Leistungen und Massnahmen. Ohne einen Bezug zu den tatsächlich erbrachten Leistungen macht auch eine monetäre Erfassung der für diese Leistungen eingesetzten Ressourcen wenig Sinn. Zum andern konnte eine Mehrheit der IV-Stellen keine detaillierten Angaben zu den für die verschiedenen Bereiche eingesetzten personellen Ressourcen machen.



## Teil 2: Ergebnisse

Nach der Darstellung der Ausgangslage, den Datengrundlagen und dem methodischen Vorgehen im Teil 1, wenden wir uns im zweiten Teil des Berichts den Analysen und Ergebnissen sowie den Schlussfolgerungen zu.

### 4 Konzeption und Vollzug

Im Rahmen der Explorationsphase haben sich verschiedene Themen herauskristallisiert, die im weiteren Verlauf der Forschung weiterverfolgt und ausdifferenziert wurden. Sie betreffen einerseits die Konzeption und andererseits den Vollzug des Abklärungsverfahrens.

#### 4.1 Konzeption des Abklärungsverfahrens

Insgesamt fühlen sich die fünf befragten IV- Stellen dem Prinzip «**Eingliederung vor Rente**» gleichermassen verpflichtet. Jedoch wird das Prinzip **unterschiedlich in die Praxis** umgesetzt.

Für einen Teil der IV-Stellen bedeutet es, erst dann die Rente zu prüfen und ggf. zuzusprechen, wenn die Eingliederungsmassnahmen nicht erfolgreich sind. Die Eingliederung wird grundsätzlich als möglich angesehen und verfolgt, solange nicht das Gegenteil bewiesen ist. Ausnahmen werden nur bei versicherten Personen gemacht, deren Gesundheitsschaden oder Einschränkung eine Eingliederung eindeutig verhindert, z.B. Hirnverletzung, schwerer Schlaganfall, Krebs im Endstadium etc.

Andere IV-Stellen beschreiben im Gegensatz dazu eine eher selektive Zusprachepraxis. Eingliederungsmassnahmen werden dort nur in Betracht gezogen, wenn der versicherten Person ein Arbeitsplatzverlust droht oder ein deutliches Rentenrisiko vorliegt. Die Umsetzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» bedeutet für diese IV-Stellen, Eingliederungsmassnahmen primär zur Verhinderung von drohenden Rentenzahlungen einzusetzen.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal stellt die **Zusammenarbeit mit dem RAD** dar. Sie unterscheidet sich an den fünf IV-Stellen sowohl im Zeitpunkt als auch in der Art des Einbezugs in die strategische Ausrichtung und die Prozessentwicklung der IV-Stellen. Unklar blieb dabei, ob die Art der Zusammenarbeit von der Lokalisation des RAD abhängig ist, das heisst ob dieser direkt an der IV-Stelle verortet ist, oder ein sogenannter Satelliten-RAD vorliegt, d.h. die IV-Stelle von einem RAD unterstützt wird, der sich an einem anderen Ort befindet. Die statistischen Auswertungen haben dann aber gezeigt, dass dies nur bedingt der Fall ist.

Tabelle 3: Unterscheidungsmerkmale und Ausprägungen «Art der Zusammenarbeit mit dem RAD»

Merkmal	a	b
Strategie und Prozessentwicklung	Gemeinsam, starker Einbezug	Geringer Einfluss des RAD
Art und Zeitpunkt des Einbezugs	Früh und standardmässig	Später Einbezug und Beratung und Stellungnahme auf Anfrage der IV-Stelle
Kommunikation	Direkt, wenig formalisiert, häufig gemeinsame Fallbesprechungen	Formal, häufig schriftlich, selten gemeinsame Fallbesprechungen

Quelle: Darstellung ZHAW / BASS

Weitere Unterschiede konnten in der **Durchführung von Abklärungsmassnahmen** gefunden werden. Zur Abklärung der medizinischen Situation von versicherten Personen gibt es in den RAD verschiedene Vorgehensweisen, welche teilweise klar abgestuft aufeinander folgen. In der Einglie-

rungsphase werden vom RAD vor allem Dossierbeurteilungen und Gespräche, teilweise auch eigene Untersuchungen eingesetzt. In der Rentenprüfung werden zusätzlich vermehrt Gutachten eingeholt.

Der Kontakt zu den behandelnden Ärztinnen und Ärzten erfolgt an den IV-Stellen entweder schriftlich oder mündlich durch kurze telefonische Nachfragen, z.B. zur Erwerbsunfähigkeit oder zu Therapien, z.T. bezeichnet als «medizinische Schnellabklärung». (siehe dazu auch Bolliger und Féraud 2015)

Ob und wie viele eigene Untersuchungen von den RAD durchgeführt werden, scheint abhängig von der Grösse des RAD und der räumlichen, personellen und materiellen Ausstattung zu sein.

Die IV-Stellen und die RAD geben folgende Gründe für das **Einholen von Gutachten** an:

- Erwerbsunfähigkeitseinschätzung kann aus Rentenoptik nicht abschliessend beurteilt werden
- Auftretende Diskrepanzen zwischen der RAD-Stellungnahme und der erreichten Leistung der versicherten Person in der Eingliederung bzw. den Einschätzungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte
- Widersprüchliche, nicht nachvollziehbare Dossiers
- Keine Kapazität oder Vertreter der notwendigen Fachrichtung im eigenen RAD

In der Eingliederungsphase werden **berufliche Abklärungsmassnahmen** als wichtig erachtet und zum Teil intensiv genutzt. Die Ergebnisse aus der beruflichen Abklärung werden aber eher nur in geringem Masse in die Rentenprüfung einbezogen. Bei widersprüchlichen Aussagen steht für die IV-Stellen die medizinische Beurteilung über den BEFAS-Beurteilungen.

Die Unterschiede der befragten IV-Stellen in der Konzeption zeigten sich also vor allem in **drei Schlüsseldimensionen**:

1. Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den IV-Stellen und den zugehörigen RAD
2. Zusprachepraxis von Eingliederungsmassnahmen
3. Durchführung von medizinischen und beruflichen Abklärungsmassnahmen

Diese drei Schlüsseldimensionen wurden in der schriftlichen Befragung aller 26 IV-Stellen überprüft. Die wichtigsten Ergebnisse sind in Kap. 4.4 dargestellt.

**Tabelle 4** zeigt die erste Unterscheidung der fünf näher untersuchten IV-Stellen nach diesen drei Dimensionen. Dabei gilt es zu beachten, dass diese Unterscheidung nicht mit den Typen 1-3 übereinstimmt, die durch die statistischen Analysen ermittelt wurden (vgl. Kapitel 5.5. Typologisierung).

Tabelle 4: Unterscheidungsmerkmale 5 ausgewählte IV-Stellen bezüglich Hauptdimensionen

Dimension	-----Mischtyp-----				Ausprägung selektive Eingliederungsstrategie IV-Stelle C
	Ausprägung breite Eingliederungsstrategie IV-Stelle B	IV-Stelle A	IV-Stelle D	IV-Stelle E	
<b>1 Zusammenarbeit mit RAD</b>	<b>Ausprägung a</b> Gemeinsame Prozessgestaltung Früher Einbezug des RAD in den meisten Fällen Kommunikation mit RAD eher mündlich, gemeinsame Fallbesprechungen mit Eingliederungsfokus	<b>Ausprägung a</b> Gemeinsame Prozessgestaltung Früher, standardmässiger Einbezug des RAD Kommunikation mit RAD eher formalisiert und schriftlich, aber gemeinsame Fallbesprechungen	<b>Mischform a und b</b> Gemeinsame Prozessgestaltung Eher früher Einbezug, jedoch auf Anfrage, fallabhängig Kommunikation mit RAD schriftlich, in der Eingliederung auch mündlich, gemeinsame Fallbesprechungen mit Eingliederungsfokus	<b>Ausprägung b</b> Eher geringer Einfluss des RAD auf Prozessgestaltung Einbezug des RAD nach FI und auf Anfrage Kommunikation mit RAD eher mündlich während der Eingliederung, schriftlich während der Rentenprüfung	<b>Ausprägung b</b> Eher geringer Einfluss des RAD auf Prozessgestaltung Eher später Einbezug und auf Anfrage Kommunikation mit RAD formalisiert und überwiegend schriftlich, keine standardmässigen Fallbesprechungen, Fokus auf Rentenabklärung
<b>2 Eingliederungsmassnahmen</b>	Eingliederung wenn immer möglich	Eingliederung selektiv	Eingliederung wenn immer möglich	Eingliederung wenn immer möglich	Eingliederung selektiv bei Rentenrisiko
<b>3 Abklärungsmassnahmen</b>	Mittlere Anzahl externer Gutachten	Hohe Anzahl externer Gutachten	Eher hohe Anzahl externer Gutachten	Tiefe Anzahl externer Gutachten	Tiefe Anzahl externer Gutachten
	RAD Generalist/innen	RAD Spezialist/innen	RAD Generalist/innen in Eingliederung, Spezialist/innen in Rentenprüfung	RAD Generalist/innen	RAD Generalist/innen
	RAD führt wenige eigene Untersuchungen durch	RAD führt eigene Untersuchungen durch	RAD führt viele eigene Untersuchungen durch	RAD führt keine eigenen Untersuchungen durch	RAD führt wenige eigene Untersuchungen durch
<b>Berufliche Abklärungsmassnahmen</b>	Bewertung beruflicher Abklärungsmassnahmen eher hoch	Bewertung beruflicher Abklärungsmassnahmen eher tief	Bewertung beruflicher Abklärungsmassnahmen eher mittel	BEFAS werden nicht durchgeführt, sonstige MN: Mittel	keine Angaben vorhanden

Quelle: Darstellung ZHAW / BASS

## 4.2 Vollzug des Abklärungsverfahrens

Fundiertes, explizites Wissen über den Eingliederungsprozess ist sowohl bei den befragten Personen als auch in den vorhandenen Forschungsberichten relativ viel vorhanden. Über die konkrete Ausgestaltung des Rentenabklärungsprozesses ist jedoch noch kaum systematisches Wissen zu finden. Das vorhandene Wissen über (mögliche) Zusammenhänge zwischen der Ausgestaltung der Prozesse und den damit erzielten Ergebnissen ist **relativ diffus** und weitgehend durch persönliche Erfahrungen und subjektive Eindrücke geprägt.

Die mündlichen Befragungen ergaben, dass die Prozesse in den IV-Stellen unterschiedlich gestaltet werden. Sie sind entweder detailliert in Leitlinien, Checklisten, Protokollen oder anderen Formularen beschrieben und werden generalisiert ausgeführt, oder sie werden eher offen und fallbezogen entwickelt, mit wenig detaillierten Prozessbeschreibungen.

Der Schnittstelle zwischen Eingliederungs- und Rentenverfahren kommt im Vollzug eine besondere Bedeutung zu. In den Gesprächen wurde weitgehend übereinstimmend darauf hingewiesen, dass der Rentenabklärungsprozess nicht losgelöst von den Abläufen und der Ausgestaltung des Eingliederungsprozesses betrachtet werden kann. Dies haben u.a. auch schon die Autoren der von der BFH und dem Büro Vatter verfassten Studie zu Früherfassung, Frühintervention und Integrationsmassnahmen (Bolliger et al. 2012) aufgezeigt. Sie konnten nachweisen, dass eine FI-Massnahme für die Durchführung einer Rentenprüfung nicht nur eine aufschiebende Wirkung hat, sondern dass mit Frühinterventionen tatsächlich Rentenprüfungen verhindert werden können. Inwieweit hinter diesem Ergebnis auch eine unterschiedliche Ausgestaltung der Schnittstellen zwischen Eingliederungs- und Rentenverfahren steht, ist jedoch noch weitgehend unbekannt.

In den mündlichen und schriftlichen Befragungen wurden deshalb die Prozesse, Rollen und Aufgabenverteilungen systematisch abgefragt.

In der **Organisation** trennen die untersuchten IV-Stellen die Bereiche Rentenabklärung und Eingliederung überwiegend nach den Aufgaben «Prüfung von Leistungsansprüchen» und «Eingliederung». Für die Tätigkeiten innerhalb dieser beiden Aufgabenbereiche werden von den IV-Stellen unterschiedliche Bezeichnungen für gleiche Aufgaben benutzt, z.B. für den Bereich der Leistungsprüfung «Team Renten», «Team Leistungen», «Sachbearbeitung» oder «Kundenberatung». Die unterschiedlichen Bezeichnungen erschweren die Kommunikation über den Vollzug und den direkten Vergleich der IV-Stellen. In der Konzeption der schriftlichen Befragung wurde versucht, allgemeinverständliche Begriffe zu verwenden.

Der Vollzug folgt den verschiedenen **Phasen der Abklärung**. Im Folgenden werden die Unterschiede in den IV-Stellen bezogen auf die fünf vertieft untersuchten IV-Stellen kurz erläutert. Dabei wird wieder auf die drei Schlüsseldimensionen Zusammenarbeit mit dem RAD, Eingliederungsmassnahmen und (externe) Abklärungsmassnahmen fokussiert. In der Beschreibung der Abklärungspraxis wird bewusst der Prozess von der Früherfassung bis zur Anmeldung ausgeklammert, da dieser bereits ausführlich untersucht wurde (Bolliger et al. 2012) und gemäss unserer Einschätzung hinsichtlich Abklärungs- und Rentenprozess weniger relevant ist.

### 4.2.1 Erste Abklärungsphase: Von der Anmeldung bis zum Triageentscheid

Der Begriff «Triageentscheid» wird nicht von allen IV-Stellen einheitlich verwendet. Vier der fünf befragten IV-Stellen gebrauchen den Begriff für die Entscheidung der Zuweisung eines Falles auf den Renten- oder den Eingliederungsweg. Für eine IV-Stelle bedeutet der Triageentscheid die Entschei-



derung für oder gegen FI-Massnahmen. Die Entscheidung der Fallzuweisung entweder in die Eingliederung oder in das Rentenverfahren erfolgt für diese IV-Stelle erst später im Prozessverlauf *nach* der Fällung des Grundsatzentscheides.

Nachfolgend wird unter «**Triageentscheid**» die erste Entscheidung nach der Anmeldung und **vor dem Grundsatzentscheid** verstanden, in der Richtung «Eingliederungsprozedere» oder Richtung «Rentenprozess direkt» zugewiesen wird.

### **Zusammenarbeit IV-Stellen und RAD vor dem Triageentscheid**

Der RAD ist in der ersten Phase vor dem Triageentscheid in den IV-Stellen sehr unterschiedlich involviert:

- Alle Anmeldungen werden zunächst vom RAD auf Vorhandensein von Eingliederungspotential geprüft (mit Ausnahme selbständig Erwerbender und im eigenen Haushalt tätigen Personen) oder
- RAD nimmt an fast allen Erstgesprächen teil oder
- RAD nimmt in unklaren Fällen an interdisziplinären Fallbesprechungen teil oder
- RAD ist bis zum Triageentscheid nur selten bis gar nicht beteiligt, es sei denn es geht um Arbeitsplatzverlust

Die **Aufgabe des RAD** in dieser Phase des Abklärungsprozesses wird darin gesehen, die medizinische Situation der versicherten Person sowie das davon abhängige noch vorhandene Eingliederungspotential einzuschätzen und eine medizinische Stellungnahme abzugeben. Diesen Stellungnahmen wird von den IV-Stellen, die den RAD in dieser Phase bereits stark mit einbeziehen, ein grosses Gewicht beigemessen. Sie geben den «Pfad für die Eingliederungsmassnahmen» vor beziehungsweise die Eingliederung orientiert sich stark an der (medizinisch-theoretischen) Aussage des RAD und die Stellungnahmen bilden die Grundlage für den Grundsatzentscheid.

### **Triageentscheid: «Tor» zur Zusprache von Eingliederungsmassnahmen**

In den IV-Stellen, die nicht über ein unabhängiges Aufnahmeteam verfügen, wird nach der Anmeldung einer versicherten Person ein **Erstgespräch/ «Standortgespräch»** entweder von Teammitgliedern aus der Leistungsprüfung oder nach Prüfung des Leistungsanspruchs durch die Leistungsabteilung von Teammitgliedern aus der Eingliederung geführt.

Die **Fällung des Triageentscheids** erfolgt an den IV-Stellen durch unterschiedliche Organe:

- Aufnahmeteam oder
- Einzelentscheid durch eine Fachperson Leistung oder Eingliederung oder
- Entscheid wird durch RAD massgeblich vorbestimmt

### **Medizinische und berufliche Abklärungsmassnahmen bis Triageentscheid**

Die **Beschaffung insbesondere von medizinischen Informationen** in dieser ersten Abklärungsphase erfolgt in den fünf IV-Stellen auf relativ unterschiedliche Weise. Einerseits in Bezug auf die Art der Informationen, die eingeholt werden, und andererseits bezüglich der Vorgehensweise. Allen gemeinsam ist, dass zu diesem Zeitpunkt kaum externe Gutachten in Auftrag gegeben werden.

Die IV-Stellen nutzen:

- Vorhandene Unterlagen, welche die versicherte Person mitbringt
- Zusätzliche Arbeitgeberberichte oder Unterlagen anderer Versicherungen
- Kopien bereits vorhandener medizinischer Berichte aus Praxen und Kliniken

- Formular, das von behandelnden Ärztinnen und Ärzten ausgefüllt wird (Standardformular BSV oder eigens vom RAD oder den IV-Stellen erstelltes Formular)

Bezüglich der Einholung von medizinischen Unterlagen kann zwischen einer fallbezogenen, selektiven und einer systematischen, standardisierten Vorgehensweise der IV-Stellen unterschieden werden.

Unter einem eher **fallbezogenen, selektiven Vorgehen** verstehen wir:

- In erster Linie Nutzung von bereits bestehenden medizinischen Unterlagen
- Fallbezogenes Einholen von Unterlagen überwiegend nach Rücksprache z.B. mit RAD oder einzelnen/bestimmten Fachdisziplinen
- Fokus auf der Prüfung von möglichen Eingliederungsmassnahmen

Unter einer eher **standardisierten, systematischen Vorgehensweise** verstehen wir:

- Das Einholen von extra anzufertigenden medizinischen Unterlagen zusätzlich zur Nutzung bereits vorhandener Unterlagen
- Standardmässiges Einholen von Unterlagen tendenziell ohne Rücksprache
- Blick bereits stärker auf Rentenprüfung

#### 4.2.2 Eingliederungsphase

Nach der Triagierung in die Eingliederung erfolgt in den meisten der befragten IV-Stellen ein «Assessment» beziehungsweise ein Erstgespräch zur genaueren **Integrationsplanung** mit der versicherten Person, zum Teil auch mit deren Arbeitgeber, und einer Person aus dem Eingliederungsteam. Der **Grundsatzentscheid** wird nicht von allen interviewten IV-Stellen als fester Entscheidungszeitpunkt im Sinne einer medizinischen Voraussetzungsprüfung betrachtet. So definiert eine IV-Stelle diesen als Entscheid darüber, ob Taggeldzahlungen geleistet werden oder nicht und codiert den Grundsatzentscheid auch nicht.

#### Zusammenarbeit IV-Stellen und RAD in der Eingliederungsphase

Der RAD ist bei allen befragten IV-Stellen in den Eingliederungsprozess eingebunden. Dabei weicht aber die Art seines Einbezugs voneinander ab.

Der Einbezug des RAD in dieser Phase erfolgt entweder:

- Standardmässig durch Teilnahme an fallbezogenen «Strategiegesprächen» zur Integrationsplanung
- Punktuell zur Beratung oder der Klärung von Fragen

Fragen können entweder in direkten Gesprächen oder in täglichen Telefonsprechstunden oder schriftlich erfolgen.

In einer IV-Stelle findet ein «Eingliederungsprotokoll» Verwendung, in welchem der RAD für die Eingliederungsverantwortlichen wichtige Informationen zur Erwerbsfähigkeit der versicherten Person dokumentiert und welches von diesen jederzeit eingesehen werden kann. Eine IV-Stelle berichtet von der Möglichkeit, den RAD während der Eingliederung zur Überprüfung medizinisch-theoretischer Aussagen mit an den Arbeitsplatz einer versicherten Person nehmen zu können.

Unterschiede zwischen den IV-Stellen bestehen im **Zeitpunkt des Einbezugs des RAD** im Eingliederungsverlauf:

- Früh in der Eingliederung

- Überwiegend ohne RAD- Beteiligung und Beiziehen bei Unsicherheiten bezüglich geplanter Eingliederungsmassnahmen

### Zusprache von Eingliederungsmassnahmen

Die Fallführung im Eingliederungsprozess ist bei den befragten IV-Stellen überwiegend bei der Eingliederung angesiedelt. Die Entscheidungskompetenz über Eingliederungsmassnahmen kann aber dennoch bei der Leistungsabteilung liegen.

### Abklärungsmassnahmen

In der Eingliederung werden vor allem **Berichte von behandelnden Ärztinnen und Ärzten** eingeholt sowie die Unterlagen, welche bereits in den allenfalls involvierten Versicherungen vorliegen. Dabei wird dem Hausarztbericht eine grosse Wichtigkeit beigemessen, da der Hausarzt bzw. die Hausärztin nahe an der versicherten Person dran sei. In den meisten der fünf befragten IV-Stellen werden zum Einholen von Berichten bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten die Standardformulare des BSV eingesetzt.

In einer IV-Stelle wird seit einigen Jahren auf das Einholen von Arztberichten verzichtet und die Informationsbeschaffung bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten erfolgt ausschliesslich direkt (mündlich, telefonisch oder per Mail) mit der Möglichkeit, den RAD als Unterstützung beizuziehen.

**Externe Gutachten** werden in der Eingliederungsphase nicht oder nur in Ausnahmefällen eingeholt. Eine IV-Stelle holt Gutachten gegen Ende der Eingliederungsmassnahme ein. Als Beispiel für Ausnahmen werden Fälle genannt, in denen die Leistungsfähigkeit einer versicherten Person objektiviert werden soll oder in denen bereits während der Eingliederung feststeht, dass ein Defizit bestehen bleiben wird, dessen Umfang jedoch nicht eingeschätzt werden kann. **BEFAS- und andere berufliche Abklärungsmassnahmen** werden von den IV-Stellen unterschiedlich häufig gebraucht zur Objektivierung der Leistungsfähigkeit, wenn Unklarheit über die Höhe der Arbeitsunfähigkeit oder die Art der in Frage kommenden Eingliederungsmassnahmen herrscht und bei auftretenden Schwierigkeiten während der Eingliederung.

Als Nachteile einer BEFAS-Abklärung werden jedoch genannt:

- Zu umfassend, umständlich und kostenaufwändig
- Häufig weite Wege für die versicherten Personen
- Geforderte Erwerbsfähigkeit der versicherten Personen von mindestens 50% häufig noch nicht vorhanden

Wenn es um die Abklärung des Entwicklungspotentials im Hinblick auf teurere Eingliederungsleistungen geht, werden **berufliche Abklärungen** veranlasst. Potentialabklärungen werden eingesetzt, um zu klären, ob niederschwellige Förderungsmassnahmen möglich sind.

### 4.2.3 Rentenprüfungsprozess

Der **Start des Rentenprüfungsprozesses** lässt sich nicht eindeutig bestimmen. Für einige IV-Stellen beginnt der Rentenprüfungsprozess mit der Prüfung der versicherungsmässigen Voraussetzungen, andere IV-Stellen erachten das Einholen dieser Informationen als noch nicht zum Rentenprozess gehörend. Von einer «Rentenprüfung» wird in diesen IV-Stellen erst gesprochen, wenn es sich um eine «vertiefte» Rentenprüfung handelt, bei der ein Rentenanspruch möglich erscheint.

Die **Fallführung** im (vertieften) Rentenprozess liegt in den fünf befragten IV-Stellen bei der Leistungsabteilung. Grundsätzlich wird von allen IV-Stellen eine **enge Zusammenarbeit mit dem Rechtsdienst** im Rentenprozess beschrieben.

### **Zusammenarbeit IV-Stellen und RAD im Rentenprüfungsprozess**

Im Rentenprüfungsprozess wird der RAD von allen IV-Stellen intensiv einbezogen. Während der vertieften Rentenprüfung geben alle fünf IV-Stellen an, sich stark auf die Einschätzung des RAD abzustützen, während dies in der Eingliederung nicht überall der Fall ist. Die RAD der befragten IV-Stellen beschreiben ihre Hauptaufgaben im Rentenprozess folgendermassen:

- Gesamtbeurteilung der medizinisch-theoretischen Erwerbsunfähigkeit
- Formulierung eines Tätigkeitsprofils mit Aussagen zu zumutbaren Tätigkeiten der versicherten Person (Zumutbarkeitsprofil)
- Vorgabe eines Belastungsprofils, z.B. wieviel kann eine versicherte Person heben oder tragen, welche Arbeitshaltungen können von ihr eingenommen werden und Vergleich des Belastungsprofils mit den Anforderungen der letzten Tätigkeit der versicherten Person
- Unter Umständen Einholung externer Gutachten oder Durchführung eigener RAD-Abklärungen
- Kritische Würdigung der Arztberichte und externer Gutachten

Insgesamt ist die Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und RAD im Rentenprüfungsprozess viel stärker **formalisiert und standardisiert** als während der Eingliederung.

### **Zusprache von Eingliederungsmassnahmen**

Von den IV-Stellen werden **zwei grundsätzlich verschiedene Vorgehensweisen** bezüglich eines «vertieften» Rentenprüfungsprozesses beschrieben. Ein Teil der IV-Stellen leitet die Rentenprüfung, insbesondere im Falle möglicher rentenrelevanter Invalidität auch parallel zu laufenden Eingliederungsmassnahmen ein. Dies wird damit begründet, dass das Verfahren kurz gehalten werden kann. Andere IV-Stellen wählen ein sequentielles Vorgehen, das heisst, sie beraumen die Rentenprüfung erst nach Ausgang der Eingliederung an.

### **Medizinische und berufliche Abklärungsmassnahmen**

Die Beschaffung von Informationen erfolgt im Rentenprozess durch die Leistungsabteilungen der IV-Stellen zum Teil nach Rücksprache mit dem RAD. Arztberichte spielen in dieser Phase des Abklärungsprozesses in allen befragten IV-Stellen eine wichtige Rolle. Auch diejenige IV-Stelle, welche im Eingliederungsprozess gänzlich auf das Einholen von Arztberichten verzichtet, holt diese für die Rentenabklärung ein.

In der Rentenprüfung werden in allen IV-Stellen **Dossiers der versicherten Personen** beurteilt. Die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit erfolgt explizit mit einem **medizinisch-theoretischen bzw. versicherungsmedizinischen Fokus**, was in der Eingliederung weniger der Fall ist. Zudem werden vermehrt externe Gutachten eingeholt. Die IV-Stellen holen in unterschiedlicher Zahl externe **mono-, bi- und polydisziplinäre Gutachten** ein.

#### **4.2.4 Vorbescheid**

In mehreren IV-Stellen wird bezüglich der Entscheidungskompetenz im Vorbescheid zwischen **Rentenzusprachen und Rentenablehnungen** unterschieden. Während Rentenabweisungen ohne den Rechtsdienst im Zweiaugenprinzip von der Leistungsabteilung alleine entschieden werden können, ist

bei Rentenzusprachen entweder das Hinzuziehen des Rechtsdienstes, des/der Vorgesetzte(n) oder des RAD notwendig.

Üblicherweise erfolgt die Kommunikation des Vorbescheides in den IV-Stellen in schriftlicher Form. Zwei der befragten IV-Stellen berichten von einer zusätzlichen **mündlichen Vermittlung des Vorbescheides** im Falle von Rentenablehnungen. Das Vorgehen wird als «ressourcenintensiv» beschrieben, man erhofft sich dadurch jedoch eine verbesserte Akzeptanz des Vorbescheides und weniger Beschwerden. In Fällen, in denen Anwälte involviert sind oder ein grosses Aggressionspotential seitens der versicherten Person vorhanden ist, sehen auch diese beiden IV-Stellen von der mündlichen Besprechung ab und kommunizieren den Vorbescheid ausschliesslich schriftlich.

Das Vorgehen der IV-Stellen im Beschwerdeverfahren ist in Kap. 6.1 beschrieben.

#### 4.2.5 Weitere Unterschiede im Vollzug

##### Kommunikation innerhalb der IV-Stelle

In der **Kommunikation** unterscheiden sich die IV-Stellen zwischen einem mehrheitlich schriftlichen und mehrheitlich mündlichen Austausch zwischen den Mitarbeitenden. In den meisten der befragten IV-Stellen kommunizieren die Mitarbeitenden zu einem grossen Teil schriftlich miteinander, zum Beispiel in Form von Aktennotizen es findet jedoch auch eine mündliche Informationsübermittlung statt. In einer IV-Stelle erfolgt der Austausch zwischen den Mitarbeitenden überwiegend mündlich, teilweise in interdisziplinären Fallgruppen, in einer weiteren IV-Stelle werden die Mitarbeitenden von Seiten der Abteilungsleitenden zu möglichst häufigem mündlichen Austausch ermuntert. Dies mit dem Ziel, die Prozesse zu beschleunigen.

Unterscheidungen zwischen den befragten IV-Stellen liegen auch in Bezug auf die **Institutionalisierung des interdisziplinären Austauschs** vor. So gibt es IV-Stellen, in denen regelmässig interdisziplinäre Besprechungen abgehalten werden, während in anderen IV-Stellen interdisziplinäre Besprechungen nicht als im Voraus geplanter Bestandteil des Abklärungsprozesses vorgesehen sind.

##### Spezialisierungsgrad der IV-Stellenmitarbeitenden

In Bezug auf den Spezialisierungsgrad der Mitarbeitenden lassen sich folgende Hauptverschiedenheiten zwischen den IV-Stellen beschreiben:

- In einem Teil der IV-Stellen gibt es einen hohen Spezialisierungsgrad. Dabei sind die Mitarbeitenden in den Bereichen Leistung und Eingliederung als Fachspezialisten in ihrem jeweiligen Aufgabebereich tätig mit klarer Zuteilung der Aufgaben.
- Eine der fünf befragten IV-Stellen gibt an, dass ihr trotz klarer Kompetenzteilung sehr wichtig ist, dass alle Fachpersonen die Aufgaben der anderen Abteilungen gut kennen, so dass der jeweils andere «Blickwinkel» immer mitgedacht wird. Dazu werden extra Schulungen durchgeführt.

#### 4.2.6 Profile der IV-Stellen im Vollzug

In **Tabelle 5** wurden den IV-Stellen die im Vollzug beschriebenen Merkmale zugeordnet. Die Bildung von Typen war in diesem Zusammenhang nicht möglich. Zur Wahrung der Kontinuität wurde die Reihenfolge der IV-Stellen gleich belassen wie in der vorangehenden Übersichtstabelle (**Tabelle 4**).

Tabelle 5: Übersicht über die IV-Stellen bezüglich Merkmale und Ausprägungen im Vollzug

	IV-Stelle B	IV-Stelle A	IV-Stelle D	IV-Stelle E	IV-Stelle C
<b>1. Allgemeine Gestaltung von Prozessen</b>					
	Wenig vordefinierte Prozesse und eher fallbez. Vorgehen	Vordefinierte Prozesse, generalisierte Anwendung	Vordefinierte Prozesse, eher generalisierte Anwendung	Eher vordefinierte Prozesse, fallbezogene Anwendung	Vordefinierte Prozesse aber eher fallbezogenes Vorgehen
	Erst Eingliederung, dann Rentenprüfung. Parallele Vorgehensweise bei möglicher rentenrelevanter Invalidität	Erst Eingliederung, dann Rentenprüfung. Parallele Vorgehensweise bei möglicher rentenrelevanter Invalidität	Erst Eingliederung, dann Rentenprüfung. Parallele Vorgehensweise bei möglicher rentenrelevanter Invalidität	Erst Eingliederung, dann Rentenprüfung. Parallele Vorgehensweise bei möglicher rentenrelevanter Invalidität	Erst Rentenprüfung, dann Eingliederung
<b>2 Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und RAD</b>					
Erste Abklärungsphase	RAD bei fast allen Erstgesprächen dabei	RAD prüft alle Anmeldungen	RAD bei unklaren Fällen in Fallbesprechungen einbezogen	RAD nicht involviert	RAD nur einbezogen, wenn es um Arbeitsplatzverlust geht
Eingliederungsphase	Punktuelle Einbezug des RAD zur Beratung oder zur Klärung von Fragen	Standardmässiger Einbezug des RAD zur Eingliederungsplanung	Punktuelle Einbezug des RAD zur Beratung oder zur Klärung von Fragen	Punktuelle Einbezug des RAD zur Beratung oder zur Klärung von Fragen	Punktuelle Einbezug des RAD zur Beratung oder zur Klärung von Fragen
Rentenprozess	Verstärkter Einbezug des RAD	Verstärkter Einbezug des RAD	Verstärkter Einbezug des RAD	Verstärkter Einbezug des RAD	Verstärkter Einbezug des RAD
<b>3 Medizinische Abklärungsmassnahmen</b>					
	Fallbezogene Vorgehensweise mit Hauptfokus auf Eingliederungsmassnahmen	Mischung aus fallbezogener und systematischer Vorgehensweise	Fallbezogene Vorgehensweise mit Hauptfokus auf Eingliederungsmassnahmen	Eher systematische Vorgehensweise	Systematisches Einholen von Informationen bereits mit Blick auf Rentenprüfung
Erste Abklärungsphase	In erster Linie Nutzung vorhandener Unterlagen der vP	Fordert bereits extra zu erstellende Berichte etc. an	In erster Linie Nutzung vorhandener Unterlagen der vP	Fordert bereits extra zu erstellende Berichte etc. an	Fordert bereits extra zu erstellende Berichte etc. an
	Keine Gutachten	Keine Gutachten	Keine Gutachten	Keine Gutachten	Selten Gutachten
Eingliederungsphase	Keine Arztberichte, ausschliesslich direkter Kontakt (v.a. mündlich oder telefonisch, per Mail) mit behandelnden Ärzt/innen	Zum Teil Arztberichte, schriftlicher und direkter (telefonischer) Kontakt mit behandelnden Ärzt/innen, eigenes Arztformular	V.a. Hausarztberichte, teilweise direkter Kontakt mit behandelnden Ärzt/innen, teilweise Benutzung von Standardformularen	Arztberichte, schriftlicher Kontakt mit behandelnden Ärzt/innen und Benutzung von Standardformularen	Arztberichte, schriftlicher Kontakt mit behandelnden Ärzt/innen und Benutzung von Standardformularen
	Gutachten in Ausnahmefällen	Gutachten in Ausnahmefällen	Keine Gutachten	Gutachten Ende Eingliederung	Gutachten in Ausnahmefällen
Rentenprozess	-----		-----Vermehrt externe Gutachten-----		-----
	-----		-----Arztberichte spielen wichtige Rolle-----		-----
<b>4 Weitere Unterschiede im Vollzug</b>					
Kommunikation innerhalb der IV-Stelle	Häufiger institutionalisierter interdisziplinärer Austausch	Eher häufiger, institutionalisierter interdisziplinärer Austausch	Eher häufiger institutionalisierter interdisziplinärer Austausch	interdisziplinärer Austausch nicht institutionalisiert	Interdisziplinärer Austausch eher spontan, nicht institutionalisiert
	Mehrheitlich mündlicher Austausch (face to face o. telef.)	Mehrheitlich schriftlicher Austausch mit mündlichen Anteilen	Mehrheitlich schriftlicher Austausch mit mündlichen Anteilen	Tendenz zu mehrheitlich mündlichem Austausch	Mehrheitlich schriftlicher Austausch mit mündlichen Anteilen
Spezialisierungsgrad der IV-Stellen-Stellen-mitarbeitenden	Fachspezialisten mit klarer Aufgabentrennung aber gute Kenntnisse der Arbeit anderer Fachbereiche wird gefordert u. gefördert	Fachspezialisten mit klarer Aufgabentrennung	Fachspezialisten mit klarer Aufgabentrennung aber auch Überlappungen	Fachspezialisten mit klarer Aufgabentrennung	Fachspezialisten mit klarer Aufgabentrennung
Vorbescheidverfahren	Kommunikation ablehnender Vorbescheid auch mündlich	Kommunikation Vorbescheid ausschliesslich schriftlich	Kommunikation ablehnender Vorbescheid auch mündlich	Kommunikation Vorbescheid ausschliesslich schriftlich	Kommunikation Vorbescheid ausschliesslich schriftlich

Quelle: Darstellung ZHAW / BASS

## 4.3 Umgang mit den Zieldimensionen

Die in der Ausschreibung formulierten sechs Zieldimensionen – Gesetzmässigkeit, Präzision, Ressourcenorientierung, Geschwindigkeit, Transparenz und Kosten - wurden in den Gesprächen an den fünf IV-Stellen angesprochen und darüber diskutiert, mit welchen Mitteln oder Massnahmen die Zielvorgaben erfüllt werden und wie mit möglichen Zielkonflikten umgegangen wird.

### 4.3.1 Zieldimension Gesetzmässigkeit

Die Zieldimension Gesetzmässigkeit bildet in allen IV-Stellen den Rahmen für die Konzeption der Abklärungsmassnahmen und für deren Vollzug. Alle IV-Stellen haben einen Rechtsdienst, der meist erst im Rentenprozess involviert wird. Er prüft die Entscheide entweder auf Anfrage, als Stichproben oder als «Plausibilitätskontrolle» in allen Fällen.

Entscheide werden in den IV-Stellen insbesondere bei Leistungsabweisungen von mehreren Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen (inkl. RAD) oder unter Einbezug von Vorgesetzten getroffen. Teilweise wird hier auch der Rechtsdienst involviert.

In mehreren IV-Stellen können Rentenabweisungen ohne den Rechtsdienst von der Leistungsabteilung alleine entschieden werden, bei Rentenzusprachen muss jedoch entweder der Rechtsdienst, der oder die Vorgesetzte oder der RAD hinzugezogen werden.

Die Fallführung im (vertieften) Rentenprozess liegt in allen vertieft befragten IV-Stellen bei der Leistungsabteilung. Spätestens im Beschwerdeverfahren, teilweise auch schon ab der Herausgabe des Vorbescheids, liegt die Fallführung in den Händen des Rechtsdienstes.

Das Einholen von Gutachten geschieht in der Rentenprüfung auch zur rechtlichen Absicherung. Ob eine Abklärung gesetzmässig erfolgte, zeigt sich dann, wenn bei Beschwerden die Entscheidung der IV-Stelle vom kantonalen Verwaltungsgericht gestützt wird. Insofern wird den Entscheiden der kantonalen Verwaltungsgerichte ein relativ hoher Stellenwert beigemessen. Es gibt IV-Stellen, die «ihre» kantonalen Verwaltungsgerichte eher versichertenfreundlich und andere eher versicherungsfreundlich einstufen.

### 4.3.2 Zieldimension Präzision

Generell versuchen die IV-Stellen sich ein möglichst umfassendes Bild von der versicherten Person und ihrer Lebenssituation zu verschaffen. Sie tun dies durch die Arbeit in interdisziplinär zusammengesetzten Teams mit Fachspezialisten aus unterschiedlichen Disziplinen, welche z.T. auch ausserhalb der IV-Stelle tätig werden (z.B. für Haushaltsabklärungen) und durch den Einbezug externer Akteure (z.B. behandelnde Ärzt/innen, Arbeitgeber,...).

Welche Informationen in welcher Phase der Abklärung notwendig sind, entscheiden die IV-Stellen je nach Konzeptionstyp. Die Schwerpunkte in der Präzision liegen dann entweder auf dem Potential für Eingliederung oder auf der Einschätzung des Gesundheitsschadens in Bezug auf die Erwerbsfähigkeit. Auf Grundlage der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (2001) wurden Core Sets erstellt, die für unterschiedliche Einschränkungen relevante Faktoren zur beruflichen Wiedereingliederung benennen. Ferner liegen von der Deutschen

Rentenversicherung Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung verschiedener Erkrankungen vor<sup>7</sup>. Zum Teil sind diese Leitlinien und Core Sets in den RAD bekannt und werden verwendet.

BEFAS- und andere berufliche Abklärungen beleuchten die berufliche Leistungsfähigkeit von versicherten Personen als einen relevanten Aspekt der Lebenssituation. Die Nutzung der beruflichen Abklärungen erfolgt unterschiedlich häufig und beinahe ausschliesslich im Eingliederungsverfahren.

Externe Gutachten werden ebenfalls eingesetzt, um die medizinische Situation präzise beurteilen zu können.

### 4.3.3 Zieldimension Ressourcenorientierung

Bei der Ressourcenorientierung geht es darum, in der Abklärung auf die Möglichkeiten und Fähigkeiten zu fokussieren, die der versicherten Person noch zur Verfügung stehen. Dieser Ansatz wird von allen IV-Stellen in der Eingliederungsphase verfolgt, während die Rentenabklärung eher die Defizite untersucht. In einigen IV-Stellen vertrat man die Meinung, dass es auch möglich sei, die gesamte Abklärung an den Ressourcen auszurichten. Dies wird so verstanden, dass Eingliederungsmassnahmen auch «präventiv» eingesetzt werden, um der versicherten Person einen möglichst langen Verbleib in der Erwerbstätigkeit zu ermöglichen um so auch eine ganze Rente verhindern zu können.

Diese Zieldimension steht besonders in Verbindung mit der Zieldimension «Geschwindigkeit». Je länger eine Person aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden ist und je länger sie im IV-System verbleibt, umso wahrscheinlicher wird es nach Aussage einiger Gesprächspartner, dass es zu deren Berentung kommt. Die konsequente Ressourcenorientierung versucht dem entgegenzuwirken und möglichst rasch FI und Eingliederungsmassnahmen zuzusprechen.

### 4.3.4 Zieldimension Geschwindigkeit

Die IV-Stellen versuchen das Abklärungsverfahren vor allem durch die Organisation und Kommunikation möglichst zügig durchzuführen.

Ein Teil der IV-Stellen leitet die Rentenprüfung, insbesondere im Falle der Abklärung möglicher Teilinvalidität, auch parallel zu laufenden Eingliederungsmassnahmen ein.

Zur Beschleunigung des Verfahrens trägt nach Auskunft der Gesprächsteilnehmer vor allem die mündliche und weniger formalisierte und standardisierte Kommunikation innerhalb der IV-Stelle und mit dem RAD bei. Die IV-Stelle D gab z.B. an, inzwischen statt systematisch und standardisiert Informationen, wie Arztberichte, einzuholen, zunächst Fallgespräche zu führen und dann zu entscheiden, welche Unterlagen notwendig sind. Auch IV-Stelle B nutzt vor allem direkte, mündliche Kommunikation und beschränkt die schriftliche Dokumentation auf wesentliche Entscheide.

In eine Überarbeitung und Straffung der Prozesse sowie sorgfältiges Schnittstellenmanagement haben einige IV-Stellen in den letzten Jahren investiert, z.B. nannten dies die IV-Stellen A und D.

---

<sup>7</sup>[http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/01\\_sozialmedizin/03\\_begutachtung/leitlinien\\_index.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/01_sozialmedizin/03_begutachtung/leitlinien_index.html), Zugriff 07.12.14



Die Analysen der Registerdaten geben weitere Hinweise auf die Geschwindigkeit der Abklärung insgesamt. Die Ergebnisse sind in Kap. 5.2 dargestellt.

### 4.3.5 Zieldimension Transparenz

In der **Eingliederung** kommunizieren die IV-Stellen eher mündlich und stehen in direktem, persönlichem Kontakt mit den versicherten Personen. Sowohl die versicherte Person als auch andere Akteure (z.B. Angehörige, Arbeitgeber) werden in die Planung des Prozesses, die Festlegung einer Strategie und in die Evaluation einbezogen. Dies dient einerseits der Transparenz und andererseits der Präzision (verschiedene Informationskanäle).

Im **Rentenabklärungsverfahren** wird überwiegend schriftlich und in vielen Fällen nicht direkt mit den versicherten Personen, sondern über deren Anwälte kommuniziert.

### 4.3.6 Zieldimension Kosten

Die Kosten des Abklärungsprozesses stehen für die Gesprächsteilnehmer der fünf IV-Stellen bei Entscheidungen nicht im Vordergrund, sondern werden im Zusammenhang mit den anderen Zieldimensionen gesehen.

Bei der Zusprache von Eingliederungsmassnahmen unterscheiden die IV-Stellen zwischen billigeren (meist von kurzer Dauer, kurzfristig umsetzbar, z.B. auch FI-Massnahmen) und kostspieligeren Eingliederungsmassnahmen (komplexer, längere Vorplanung erforderlich, Auslösung von Taggeldzahlungen, von längerer Dauer, z.B. Umschulungsmassnahmen) und sprechen diese nach unterschiedlichen Prinzipien zu. Entscheide über die teureren Massnahmen erfolgen nach strengerer Selektion und unter Einbezug mehrerer Berufsgruppen, darunter fallen auch obligatorische RAD-Stellungnahmen. Die Anforderungen, die Personen erfüllen müssen, um eine Umschulungsmassnahme zu erhalten, seien in den letzten Jahren gestiegen.

Bi- und polydisziplinäre Gutachten stellen einen grossen Kostenfaktor dar, sie sind aber in Bezug auf die Präzision und Gesetzmässigkeit unvermeidbare Investitionen.

### 4.3.7 Umgang mit Zielkonflikten

Die verschiedenen Ziele des Abklärungsverfahrens stehen zum Teil im Widerspruch zueinander und es muss abgewogen werden, in welcher Situation, welches Ziel Vorrang hat. Es folgen einige Beispiele.

#### **Präzision vs. Geschwindigkeit**

Präzision in der Abklärung bedeutet meist das Sammeln und Einholen von Informationen, das kostet Zeit und verzögert Entscheidungen. Die IV-Stellen mit breiter Eingliederungsstrategie gehen damit folgendermassen um:

In der Eingliederung sind schnelle Entscheidungen wichtig, Geschwindigkeit geht vor Präzision. Es werden deshalb nicht standardmässig Informationen schriftlich eingeholt, sondern in Fallbesprechungen entschieden, welche Informationen für eine Entscheidung notwendig sind. In den Gesprächen wurde zur Umschreibung dieses Vorgehens der Begriff «Gespräch vor Akten» verwendet.

Erst bei der Rentenprüfung ist die Präzision wichtiger als die Geschwindigkeit. Da IV-Stellen mit selektiver Eingliederungsstrategie zunächst eventuelle Rentenansprüche prüfen, wird Präzision etwas

stärker gewichtet, was dazu führen kann, dass es etwas länger dauert, bis Eingliederungsmassnahmen erfolgen.

### **Gesetzmässigkeit vs. Kosten und Geschwindigkeit**

In der Rentenprüfung und für den Vorbescheid ist Präzision wichtig. Sonst kommt es vor Gericht möglicherweise zu Rückweisungen. Das führt zu mehr Kosten und verlängert das Verfahren. Die IV-Stellen entscheiden deshalb nach der Notwendigkeit für einen gut begründeten Entscheid. Falls dazu ein externes Gutachten nötig sein sollte, wird dies ungeachtet von Kosten und Zeit eingeholt.

### **Transparenz vs. Kosten**

Die mündliche Kommunikation des ablehnenden Vorbescheides ist ressourcenintensiv und damit teurer als eine schriftliche Information. Dennoch versuchen zwei IV-Stellen über diesen Weg Beschwerden zu verhindern. Sollte die Strategie erfolgreich sein, würden damit auch wieder Kosten gemindert, da die Beschwerdeverfahren langwierig und ebenfalls ressourcenintensiv sind. Zum jetzigen Zeitpunkt ist es jedoch noch nicht möglich, Aussagen darüber zu machen, ob dies tatsächlich so zutrifft.

### **Fazit**

In den Gesprächen an den fünf IV-Stellen wurde deutlich, dass die verschiedenen Zieldimensionen in strategischen Überlegungen und Entscheidungen durchaus präsent sind. Die Kriterien für Entscheidungen im Falle von Zielkonflikten konnten sehr gut genannt und begründet werden. Sie unterschieden sich in den IV-Stellen innerhalb einer Konzeptionsausprägung (breite oder selektive Eingliederungsstrategie) jedoch nur geringfügig.

## **4.4 Konzeption und Vollzug in allen 26 IV-Stellen**

Zur Bildung von Typen sollten möglichst «objektiv» ermittelbare, operationalisierbare und voneinander unabhängige Kriterien herangezogen werden. Inhaltlich sollten die wichtigsten Schlüsseldimensionen, die sich in der Explorationsphase herauskristallisiert haben, anhand von möglichst wenigen Kriterien abgedeckt werden, um zu einer klaren Trennung zu kommen.

Bezogen auf die **Konzeption**, schienen nach einer ersten Datenanalyse die drei genannten Schlüsseldimensionen dazu geeignet. Obwohl eine Reduktion auf ausschliesslich drei Dimensionen eine Vereinfachung der tatsächlich sehr komplexen und mehrdimensionalen Wirklichkeit darstellt, ist dies notwendig zur Typologisierung. Nur mit einer auf einer vereinfachten «Logik» basierenden Typologisierung wird es möglich, verallgemeinernde Schlussfolgerungen zu ziehen.

In der vertieften Untersuchung der fünf ausgewählten IV-Stellen war eine eindeutige Typenbildung nach dem **Vollzug** nicht möglich. Die Konzeption zeigt sich in den einzelnen Phasen des Abklärungsprozesses in unterschiedlichen Ausprägungen der beschriebenen Dimensionen und Merkmale. In der schriftlichen Befragung wurden deshalb die 26 IV-Stellen nach ihrem Vorgehen in den verschiedenen Phasen befragt.

Die wichtigsten Ergebnisse in Bezug auf Konzeption und Vollzug in allen 26 IV-Stellen werden im Folgenden vorgestellt.

In der weiteren Analyse der Wirkungszusammenhänge konnten Zusammenhänge verschiedener Vorgehensweisen auf Output und Outcome festgestellt werden. Diese Ergebnisse sind in **Kapitel 5** dargestellt.

#### 4.4.1 Allgemeine Organisation

Die Prozesse in den IV-Stellen sind meist sehr klar definiert und beschrieben. Eine Minderheit der IV-Stellen gibt an, dass sie das Vorgehen eher offen und fallbezogen entwickeln mit wenig detaillierten Prozessbeschreibungen.

In den Rollen und Aufgaben trennen die IV-Stellen meist zwischen Eingliederungs- und Leistungsabteilung. Der Schnittstelle zwischen Eingliederungs- und Rentenverfahren kommt im Vollzug möglicherweise eine besondere Bedeutung zu. Dies wurde in den von uns geführten Gesprächen von IV-Stellenmitarbeitenden und bereits im Bericht von Bolliger et al. (2012) erwähnt. Gemeinsame Sitzungen zwischen Eingliederungs- und Leistungsabteilung finden gemäss den Ergebnissen der schriftlichen Befragung nur in 3 IV-Stellen regelmässig und in 11 IV-Stellen fallabhängig statt.

#### 4.4.2 Zusammenarbeit mit dem RAD

Unterschiede in der Zusammenarbeit mit dem RAD zeigten sich vor allem darin, wann der RAD einbezogen wurde und in welcher Art und Weise.

9 der 26 IV-Stellen beziehen den RAD standardmässig bereits **von der Anmeldung bis zum ersten Triageentscheid** ein, 10 IV-Stellen tun dies fallbezogen, während 7 IV-Stellen angaben, den RAD selten oder nie in dieser frühen Phase des Abklärungsverfahrens einzubeziehen. Der RAD beurteilt, ob ein IV-relevanter Gesundheitsschaden vorliegt und ist bei einigen IV-Stellen auch an der Erarbeitung des Eingliederungsplanes beteiligt. Die Kommunikation kann sowohl mündlich als auch schriftlich erfolgen. Bei 10 IV-Stellen wird standardmässig eine schriftliche Einschätzung eingeholt.

Nach der **ersten Triage bis zum Grundsatzentscheid** beziehen alle IV-Stellen den RAD ein, entweder standardmässig (12) oder fallbezogen (14). Die Kommunikation ist vorwiegend mündlich. Nur in 2 IV-Stellen ist der RAD nicht an der Erarbeitung des Eingliederungsplans beteiligt.

Im **Rentenabklärungsverfahren** von Personen, die Eingliederungsmassnahmen erhalten, erstellt der RAD in allen IV-Stellen schriftliche Stellungnahmen aufgrund von Informationen (Arztberichte, Gutachten) und berät die Fachpersonen der IV. In 18 IV-Stellen führt er fallbezogen eigene medizinische Untersuchungen durch. Bei 8 IV-Stellen ist das selten oder nie der Fall.

Der **Vorbescheid** beruht in der Regel auf der Argumentation des RAD.

#### 4.4.3 Zusprache von Eingliederungsmassnahmen

Die Zusprache von Eingliederungsmassnahmen erfolgt **bei der ersten Triage** entweder nach dem Prinzip «Eingliederung für möglichst viele Personen» («breite Eingliederungsstrategie») oder eher selektiv («selektive Eingliederungsstrategie»). 18 IV-Stellen gaben an, eher nach dem Prinzip «möglichst viele Versicherte in Richtung Eingliederung» zu triagieren, nur 4 IV-Stellen triagieren möglichst nur dann in die Eingliederung, wenn ein rentenrelevanter Gesundheitsschaden absehbar ist. Auch eine Selektion nach den Erfolgsaussichten geben nur 7 IV-Stellen als eher bzw. vollständig zutreffend an. Im Gegenteil bestätigen 13 IV-Stellen vollständig und 9 eher zutreffend, dass sie Personen auch dann in die Eingliederung triagieren, wenn kein unmittelbarer rentenrelevanter Gesundheits-

schaden absehbar ist. Die meisten IV-Stellen vertreten damit eine Konzeption, die durch Eingliederungsmassnahmen nicht nur ein Rentenrisiko mindern möchte, sondern versucht, Ressourcen langfristig zu erhalten.

In der Phase zwischen **erster Triage und Grundsatzentscheid** werden zunächst FI-Massnahmen zugesprochen. Die Entscheidungen werden weiterhin bei einer Mehrheit ohne schriftliche medizinische Informationen von externen Ärztinnen und Ärzten getroffen. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Selbsteinschätzung der versicherten Person zu ihrem Eingliederungspotential (19 IV-Stellen).

Nach dem **Grundsatzentscheid** sind die Einschätzungen des RAD ausschlaggebend für die Entscheidung für Eingliederungsmassnahmen. Integrationsmassnahmen und andere berufliche Massnahmen erhalten nur Personen, die einen rentenrelevanten Gesundheitsschaden haben.

#### 4.4.4 Abklärungsmassnahmen

Zusätzliche, schriftliche Informationen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten werden **bis zur ersten Triageentscheidung** von 11 IV-Stellen standardmässig eingeholt und in 5 IV-Stellen fallbezogen. 10 IV-Stellen holen in dieser Phase nie oder selten zusätzliche Informationen ein. Externe Gutachten werden sehr selten eingeholt.

Bis zum Grundsatzentscheid holen 18 IV-Stellen standardmässig und 7 fallbezogen zusätzliche schriftliche Informationen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten ein. Von einer IV-Stelle fehlen dazu die Angaben. Externe Gutachten werden überwiegend fallbezogen angefordert (17). In der Mehrheit stützen die IV-Stellen den **Grundsatzentscheid** auf der Beurteilung des RAD von Eingliederungspotential und (prozentualer) Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ab (20 IV-Stellen, 77 %).

Bei versicherten Personen **in der Eingliederung** wird ein eventueller Rentenanspruch erst nach Abschluss der Massnahmen geprüft (sequentiell) (21 IV-Stellen). Die IV-Stellen geben Gutachten erst nach Abschluss in Auftrag (18-19 IV-Stellen je nach Art der Gutachten).

Entgegen der Ergebnisse aus den Interviews gaben in der schriftlichen Befragung 21 IV-Stellen an, die tatsächlichen Erfolge der Eingliederung in der **Rentenprüfung** zu berücksichtigen. 12 IV-Stellen finden, dass diese sehr wichtig sind, für 14 IV-Stellen trifft diese Aussage eher nicht zu.

Zum **Vorbescheid** werden vor allem die versicherungsmedizinischen (24 IV-Stellen) und juristischen Argumentationen (15 IV-Stellen) herangezogen. Der Vorbescheid wird in der Regel erst nach Abschluss von Eingliederungsmassnahmen kommuniziert (22 IV-Stellen), nur 5 IV-Stellen tun dies eher auch mündlich und schriftlich.

## 5 Ergebnisse aus den statistischen Analysen

Basierend auf den Registerdaten und den Informationen aus der Befragung der IV-Stellen wurde in einem zweiten Schritt versucht, mit Hilfe von statistischen Auswertungen Input, Output und Outcome der IV-Stellen zu beschreiben und zu analysieren. **Zuerst** werden dazu die für alle IV-Stellen aus den Registerdaten verfügbaren **Indikatoren** (vgl. dazu Kapitel 3.2.4) vorgestellt und miteinander verglichen. Die Ergebnisse zeigen auf, dass zwischen den IV-Stellen, wie aus den qualitativen Analysen zu erwarten war, auch bezüglich der eingesetzten finanziellen Ressourcen (Input) und den daraus erbrachten Leistungen (Output) deutliche Unterschiede bestehen. Bei der Darstellung der Ergebnisse wird laufend darauf verwiesen, inwieweit zwischen den einzelnen Indikatoren Beziehungen bestehen. Neben den auf den Angaben aus den Registern stammenden Indikatoren wurde **zweitens** anhand der Informationen aus der Befragung der IV-Stellen eine **Typologie** der IV-Stellen entwickelt, die in Zusammenhang mit der Berentungsquote gebracht werden kann. Im letzten Abschnitt dieses Kapitels werden die Ergebnisse der multivariaten Analysen vorgestellt. Sie geben Auskunft darüber, inwieweit die ermittelten Faktoren und Indikatoren in Zusammenhang mit der Berentungsquote stehen.

### 5.1 Eingliederungsmassnahmen

Hinsichtlich der Zusprache von Eingliederungsmassnahmen können, wie im **Kapitel 4** dargelegt wurde, zwei grundsätzlich differierende Einstellungen der IV-Stellen beschrieben werden. Die meisten der befragten IV-Stellen streben **Eingliederungsmassnahmen grundsätzlich bei allen Versicherten** an, vorausgesetzt, diese sind nicht schwerst erkrankt/ingeschränkt und die Konstellation ist zumindest halbwegs erfolgversprechend. Der Grundsatz «Eingliederung vor Rente» bedeutet für diese IV-Stellen, dass es erst um eine Berentung geht, wenn die Integration nicht gelingt; dass im Zweifelsfall der Eingliederung Vorzug gegeben wird; dass Eingliederung obligatorisch ist, wenn diese möglich erscheint oder dass Eingliederung für alle möglich ist, solange nicht das Gegenteil bewiesen ist.

Ein kleinerer Anteil IV-Stellen beschreibt im Gegensatz dazu eine eher restriktive und selektive Zusprachepraxis. Eingliederungsmassnahmen werden dort nur in Betracht gezogen, wenn der versicherten Person ein Arbeitsplatzverlust droht oder ein deutliches Rentenrisiko vorliegt. Die Umsetzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» bedeutet für diese IV-Stellen den Einsatz von **Eingliederungsmassnahmen primär zur Verhinderung von drohenden Rentenzahlungen**.

Die Unterschiede in der Zusprachepraxis zeigen sich denn auch in den nachfolgend präsentierten Ergebnissen aus der Analyse der Registerdaten.

#### 5.1.1 «Externe» Eingliederungsmassnahmen

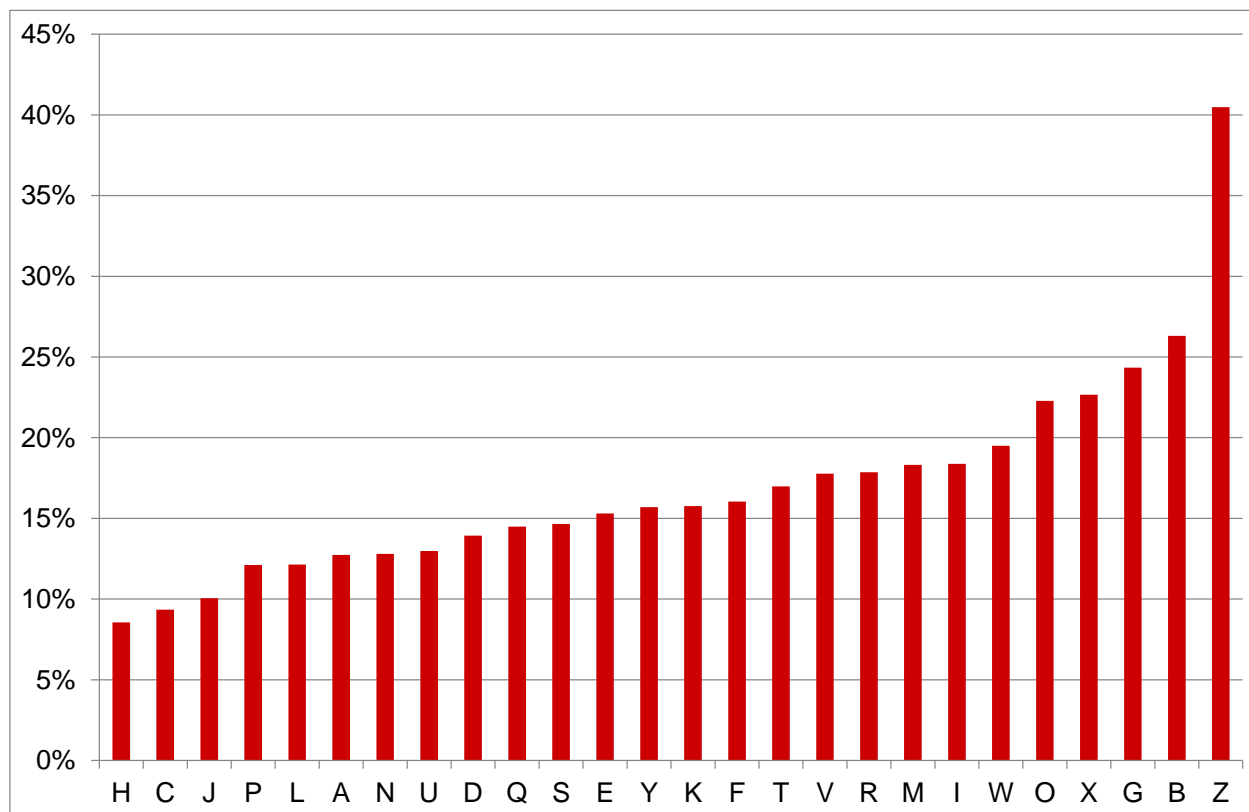
##### Anzahl und Umfang

Der Anteil der Personen der Kohorte 2009, die bis 2013 eine oder mehrere der untersuchten externen Eingliederungsmassnahmen aus den Kategorien FI, IM und BM erhalten haben, ist in der **Abbildung 3** dargestellt. Die Anteilswerte liegen zwischen 9 Prozent und 40 Prozent mit einem Median von 16 Prozent. Bei den mittleren 50% aller IV-Stellen liegen die Werte zwischen 13 Prozent und 18 Prozent. Dabei gilt, je mehr in einer IV-Stelle FI-Massnahmen zugesprochen werden, um so eher werden auch Integrationsmassnahmen und/oder berufliche Massnahmen zugesprochen (Korrelation

nach  $\text{Pearson}=.277$ ,  $p<0.058$ ). Wie im Abschnitt 3.2.4 erwähnt, sind die «internen» Eingliederungsmassnahmen (Arbeitsvermittlung und Berufsberatung) in diesen Werten nicht enthalten und werden gesondert betrachtet.

Auf den ersten Blick scheint aus statistischer Sicht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Anteil an Personen mit externen Eingliederungsmassnahmen und der Berentungsquote zu bestehen, d.h. die bivariat durchgeführten Analysen verweisen darauf, dass in IV-Stellen mit mehr externen Eingliederungsmassnahmen eher mehr Renten zugesprochen werden als in IV-Stellen mit eher wenigen Eingliederungsmassnahmen. Bei einer Überprüfung dieses Zusammenhangs mit Hilfe von multivariaten Methoden, d.h. unter Kontrolle von andern möglichen Einflussfaktoren, verschwindet dieser Zusammenhang jedoch. Dieses Ergebnis bedeutet, dass bei einer Änderung der Eingliederungsstrategie, ob nun etwas «grosszügiger» oder aber etwas «restriktiver», nicht davon ausgegangen werden kann, dass sich dies automatisch in der Berentungsquote niederschlagen wird.

Abbildung 3: Anteil Personen der Kohorte 2009 mit «externen» Eingliederungsmassnahmen, Stand Ende 2013



Externe Eingliederungsmassnahmen = FI, IM, BM

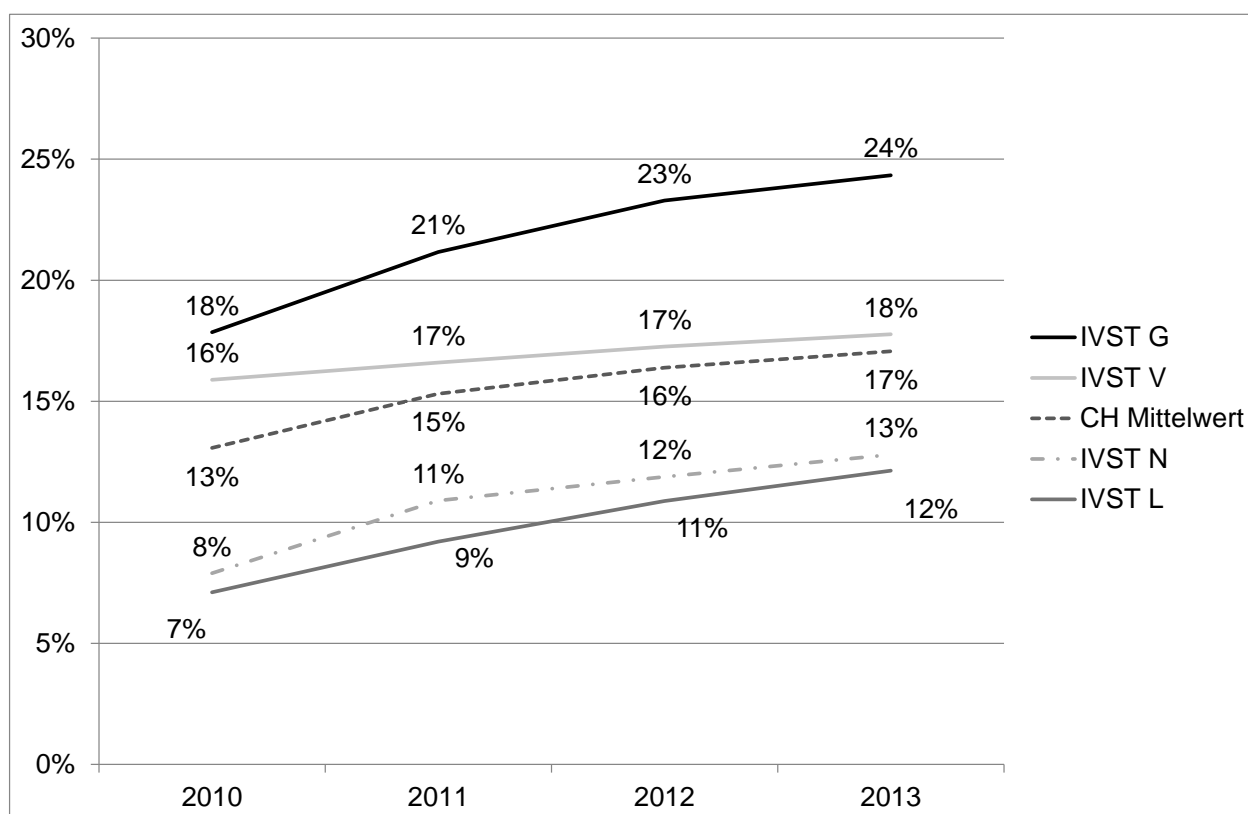
Quelle: Registerdaten BSV, Kohorte Neuanmeldungen 2009. Berechnungen BASS / ZHAW

## Entwicklung über die Zeit

**Abbildung 4** zeigt für eine Auswahl von IV-Stellen, wie sich der Anteil von Bezüger/innen von externen Eingliederungsmassnahmen über die Beobachtungszeit der Kohorte entwickelt hat. Gesamtschweizerisch betrachtet haben Ende 2010 rund 13 Prozent der Kohorte 2009 mindestens eine Eingliederungsmassnahme erhalten. Der Anteilswert steigt ein Jahr später um 2 Prozentpunkte auf 15 Prozent und endet Ende 2013 bei 17 Prozent. Zwischen den IV-Stellen sind bezüglich der Entwicklung unterschiedliche Muster zu beobachten. Eine Auswahl davon ist in **Abbildung 4** zu sehen.

Während in IV-Stelle «V» im Vergleich zum schweizerischen Mittel Ende 2010 deutlich mehr Personen Eingliederungsmassnahmen erhalten (16%) nähert sich der Wert gegen Ende der Beobachtungsperiode dem Durchschnitt wieder an. Hingegen ist der Verlauf in der IV-Stelle «L» dem schweizerischen Mittel sehr ähnlich, jedoch auf einem deutlich tieferen Niveau. Insgesamt zeigt sich, dass bei den meisten IV-Stellen die meisten Eingliederungsmassnahmen Ende 2011 gesprochen sind und die Steigerung in den darauf folgenden Jahren nur noch sehr moderat ist.

Abbildung 4: Anteil Personen der Kohorte 2009 mit «externen» Eingliederungsmassnahmen (FI/IM/BM) zu 4 verschiedenen Zeitpunkten (Ende 2010, 2011, 2012, 2013). Schweiz und Auswahl IV-Stellen



Externe Eingliederungsmassnahmen = FI, IM, BM

Quelle: Registerdaten BSV, Kohorte Neuanmeldungen 2009. Berechnungen BASS / ZHAW

### Dauer bis zur ersten «externen» FI-Massnahme

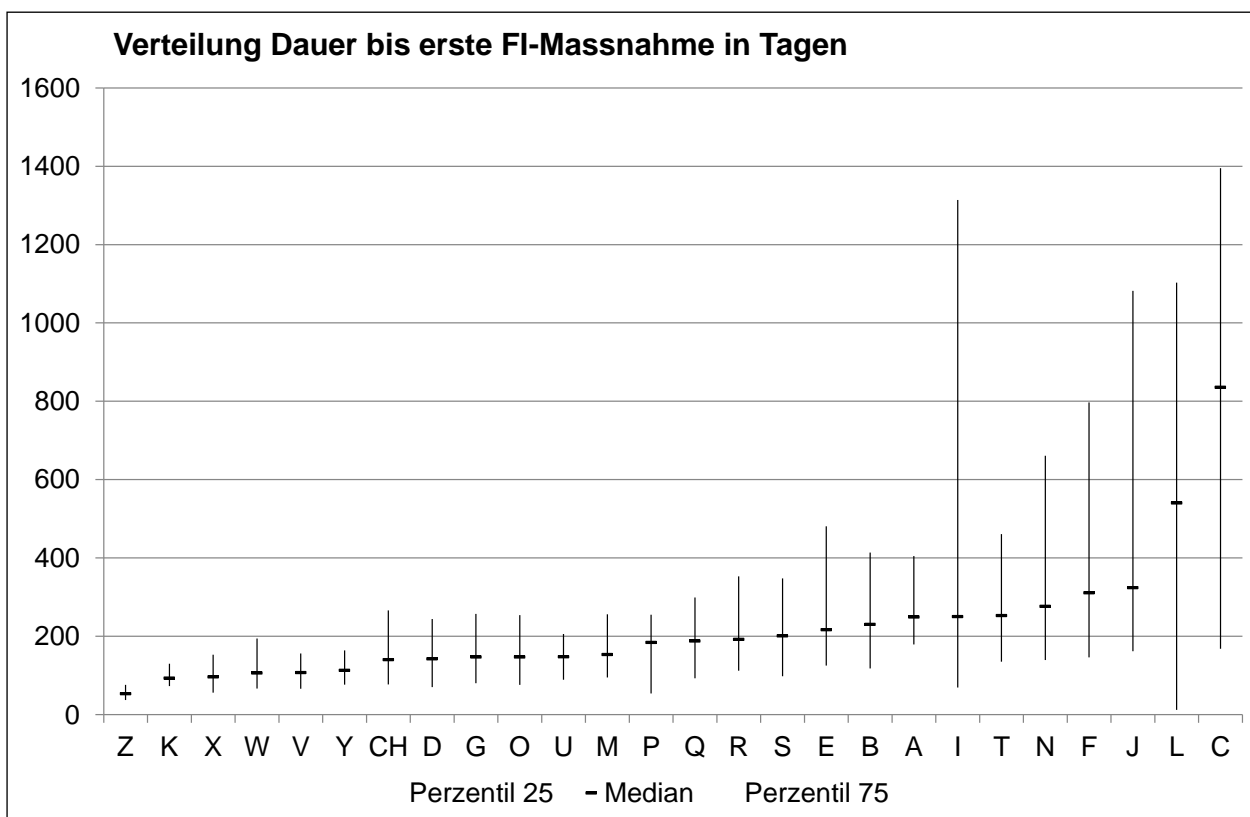
Die mittlere Dauer bis zur Umsetzung der ersten externen FI-Massnahme sagt etwas darüber aus, wie schnell erste externe Eingliederungsmassnahmen im Bereich der Frühintervention umgesetzt werden. Dazu gehören bspw. die Anpassung des Arbeitsplatzes, Ausbildungskurse, sozialberufliche Rehabilitation, Beschäftigungsmassnahmen oder begleitende Beratung im Hinblick auf die Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes. Nicht eingeschlossen sind aus datentechnischen Gründen die internen Beratungsleistungen, die wohl eher früher durchgeführt werden dürften.

Ein Blick auf **Abbildung 5** zeigt, dass die Werte relativ stark schwanken und gleichzeitig auch die Streuung relativ gross ist. Es gilt zu beachten, dass es einige IV-Stellen gibt, die aufgrund ihrer Grösse und allenfalls einer eher restriktiven Zusprachepraxis relativ wenige Fälle beisteuern. Dies dürfte mitunter ein Grund sein, weshalb die Streuung bei einigen IV-Stellen relativ gross ist. Dennoch, der Median selber ist ein sehr «robustes» Mass, das auch bei wenigen Fällen zuverlässige

Werte liefert. Über die Gesamtschweiz betrachtet, werden externe FI-Massnahmen in 50 Prozent aller Fälle innerhalb von 140 Tagen nach Anmeldung gesprochen. Bei den restlichen 50% braucht es hingegen länger. Bei den mittleren 50 Prozent aller Fälle werden für die Umsetzung einer FI-Massnahme zwischen 77 (25%-Quartil) und 266 Tagen (75%-Quartil) benötigt.

In der Hälfte aller IV-Stellen brauchen diese für die erstmalige Umsetzung einer externen FI-Massnahme weniger bzw. mehr als 190 Tage (Median). Die Werte der mittleren 50% aller IV-Stellen liegen zwischen 143 und 252 Tagen.

Abbildung 5: Mittlere Dauer bis zur ersten (externen) FI-Massnahme nach IV-Stelle in Tagen (Median). Erstanmeldungen Kohorte 2009. Stand Ende 2013



Bemerkung: ohne IV-Stelle «H», da weniger als 5 Fälle

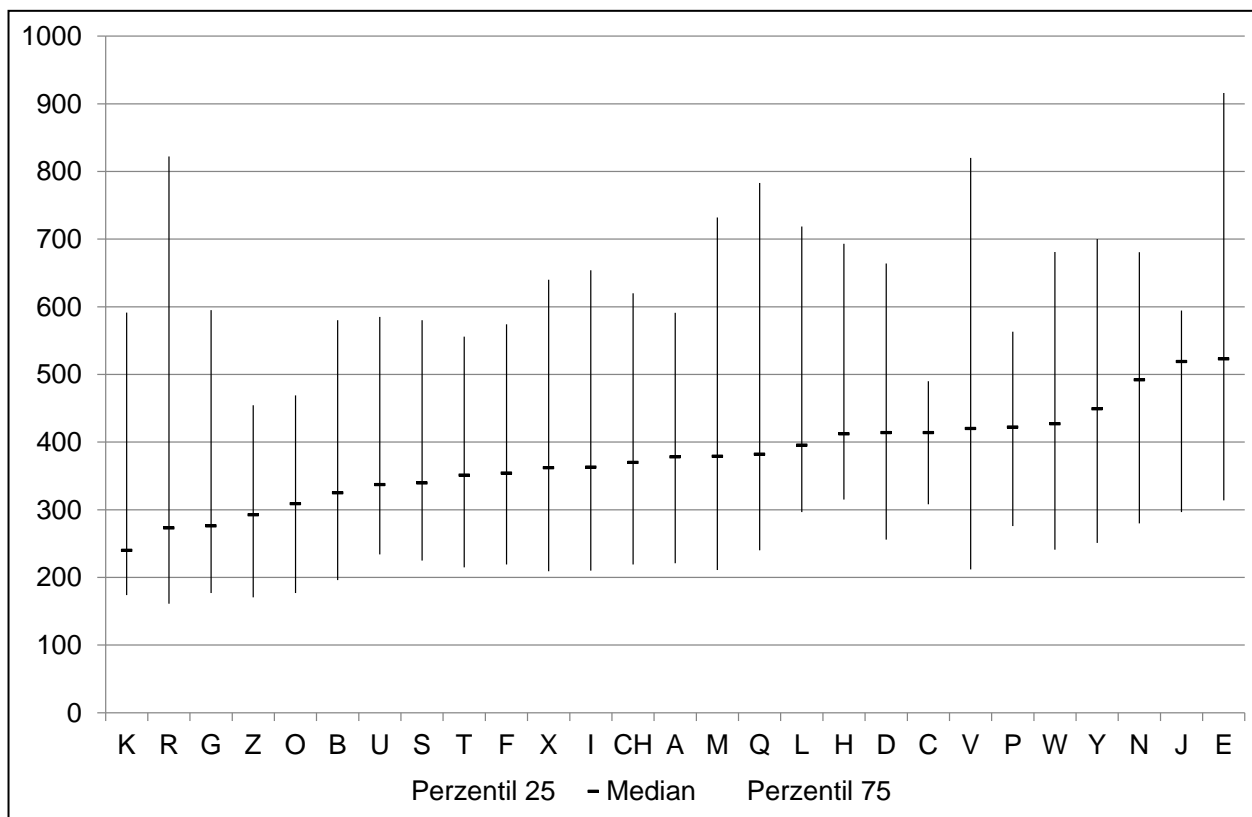
Quelle: Registerdaten BSV, Kohorte Neuanmeldungen 2009. Berechnungen BASS / ZHAW

### Dauer bis zur ersten Integrationsmassnahme oder Beruflichen Massnahme

Analog zur mittleren Dauer bis zur ersten FI-Massnahme sind auch Informationen zur Dauer bis zur Umsetzung der ersten Integrationsmassnahme (IM) oder beruflichen Massnahme (BM) in den Daten vorhanden. Gesamtschweizerisch betrachtet werden in 50 Prozent aller Fälle eine erste IM oder BM innerhalb eines Jahres (Median=370 Tage) begonnen. Bei den mittleren 50% aller Fälle beträgt die Dauer zwischen 290 und 620 Tage. Bei den IV-Stellen schwankt der Median zwischen minimal 240 und maximal 523 Tagen. Der mittlere Wert beträgt 279 Tage und in den mittleren 50% aller IV-Stellen schwankt der Median zwischen 228 und 419 Tagen.



Abbildung 6: Mittlere Dauer bis zur ersten (externen) IM/BM-Massnahme nach IV-Stelle in Tagen (Median). Erstanmeldungen Kohorte 2009. Stand Ende 2013

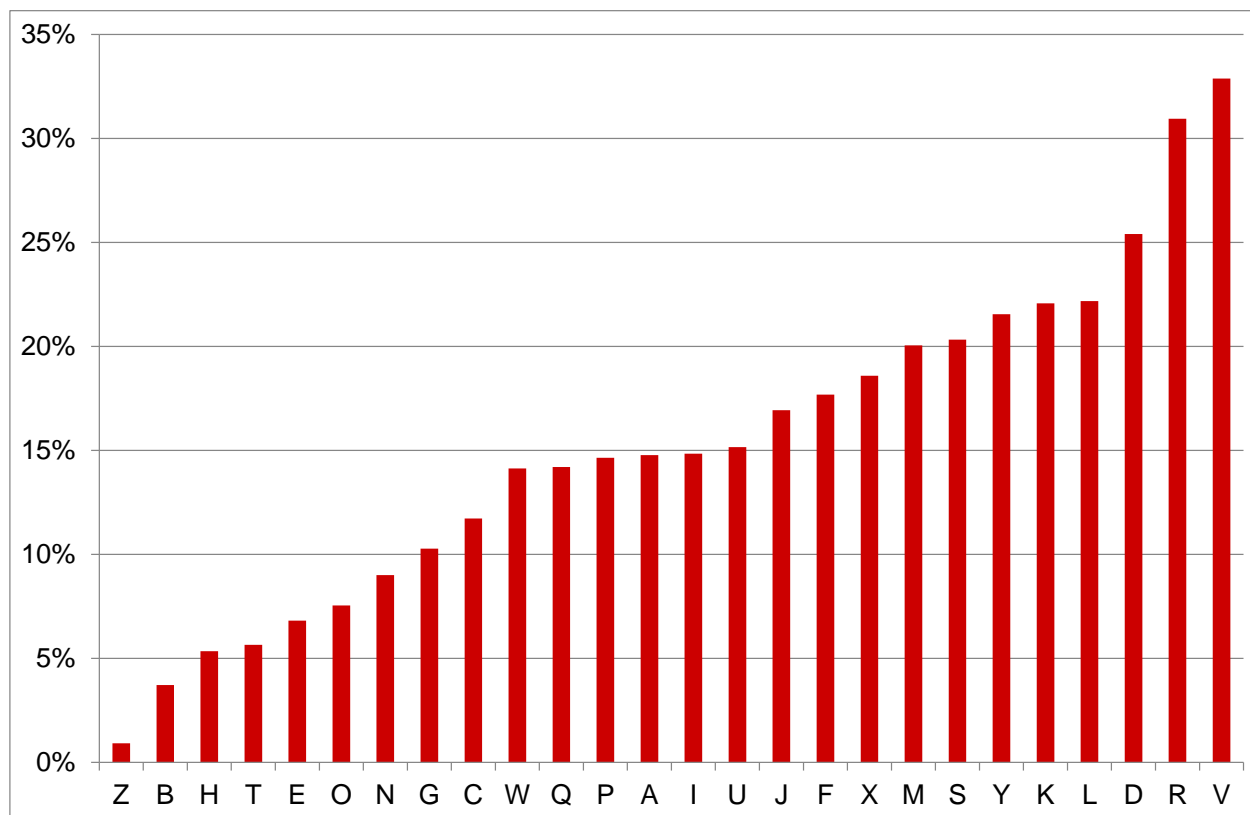


Quelle: Registerdaten BSV, Kohorte Neuanmeldungen 2009. Berechnungen BASS / ZHAW

### 5.1.2 «Interne» Eingliederungsmassnahmen

Der Anteil der Personen der Kohorte 2009, die bis 2013 im Rahmen von Eingliederungsbemühungen ausschliesslich Arbeitsvermittlung und/oder Berufsberatung erhalten haben, ist in der **Abbildung 7** dargestellt. Die Anteilswerte liegen zwischen minimal 1 Prozent und maximal 33 Prozent mit einem Median von 15 Prozent. Bei den mittleren 50% aller IV-Stellen liegen die Werte zwischen 9% und 20%. Die sehr grossen Schwankungen dürften zu einem grossen Teil auf die unterschiedliche Kodierungspraxis der IV-Stellen zurückzuführen sein, weshalb auf eine inhaltliche Interpretation dieser Ergebnisse verzichtet wird.

Abbildung 7: Anteil Personen der Kohorte 2009 mit ausschliesslich «internen» Eingliederungsmassnahmen, Stand Ende 2013



Interne Eingliederungsmassnahmen = Arbeitsvermittlung und Berufsberatung

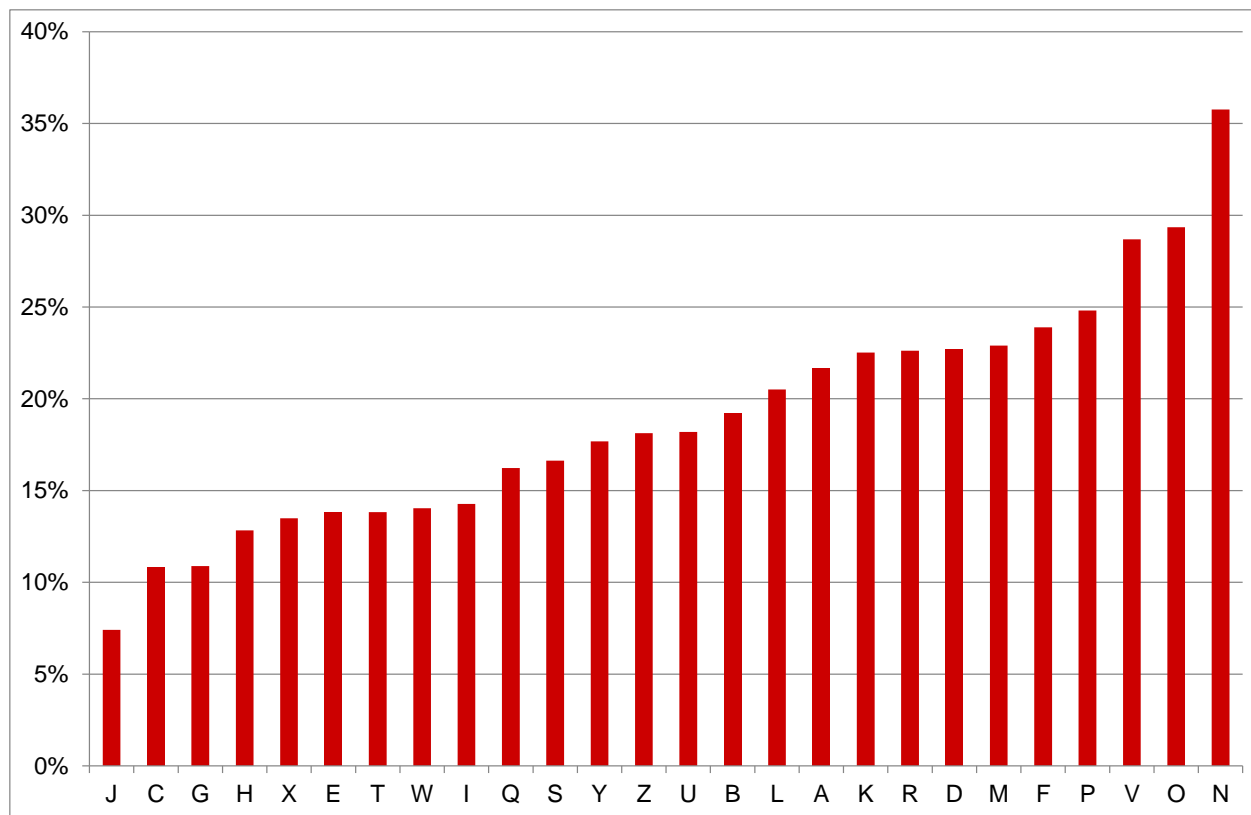
Quelle: Registerdaten BSV, Kohorte Neuanmeldungen 2009. Berechnungen BASS / ZHAW

## 5.2 Abklärungsmassnahmen

Wie in Abschnitt 3.2.4 ausgeführt, unterscheiden wir für die Analysen zu den Abklärungsmassnahmen insgesamt 4 Typen. In Typ 1, den Abklärungen, die weniger als 500 Franken kosten, dürften vorwiegend die Berichte von behandelnden Ärztinnen und Ärzten enthalten sein. Die dazu durchgeführten Analysen zeigen denn auch, dass bei über 90 Prozent aller Neuangemeldeten der Kohorte 2009 Ausgaben für diesen Typ angefallen sind. Eine detailliertere Analyse drängt sich dazu nicht auf, weshalb wir es bei diesen Angaben belassen. Beim Anteil der Abklärungsmassnahmen ab 500 Franken sind jedoch zwischen den IV-Stellen deutliche Unterschiede festzustellen.

Der Anteil der Personen der Kohorte 2009, bei denen bis Ende 2013 Abklärungsmassnahmen mit Kosten von mindestens 500 Franken oder mehr durchgeführt worden sind, schwankt je nach IV-Stelle zwischen 7 und 33 Prozent. Der Median liegt bei 18 Prozent und bei den mittleren 50 Prozent aller IV-Stellen beträgt der Anteil zwischen 14 und 23 Prozent.

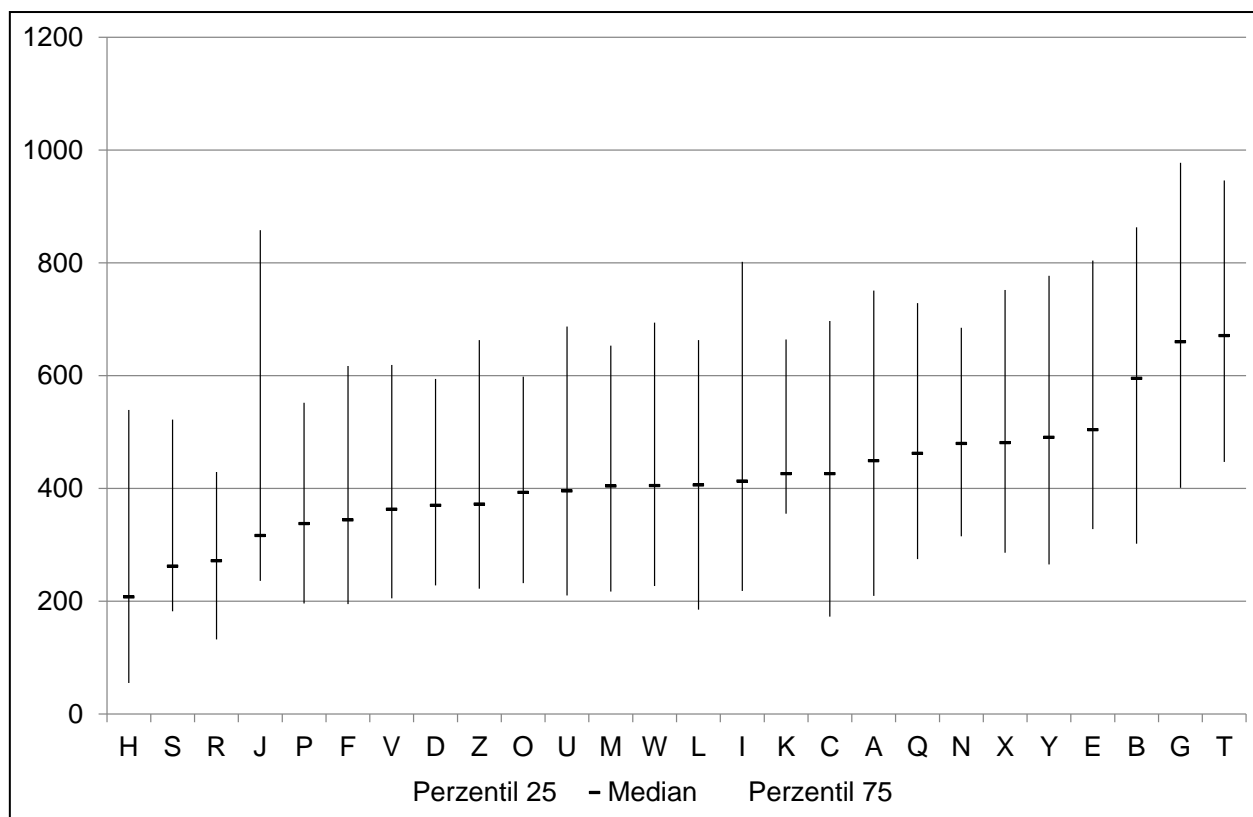
Abbildung 8: Anteil Personen der Kohorte 2009 mit Abklärungen der Kat. 2 (mono-),3 (bi-) und 4 (polydisziplinär) nach IV-Stelle Ende 2013



Anmerkung Kategorien: Kat 2: Abklärungsmassnahme 500.- bis 3'000.- CHF «Typ mono-disziplinäre Gutachten»  
 Kat 3: Abklärungsmassnahme 3'000.-bis 6'000.- CHF «Typ bidisziplinäre Gutachten»  
 Kat 4: Abklärungsmassnahme über 6'000.- CHF «Typ polydisziplinäre Gutachten»

Auch die mittlere Dauer (Median) bis zur ersten extern durchgeführten Abklärung variiert zwischen den IV-Stellen beträchtlich. Während in einer IV-Stelle die Hälfte aller Gutachten innerhalb von 208 Tagen ab der Anmeldung erfolgen (Minimum), liegt der entsprechende Median für die Durchführung einer Abklärung bei einer andern IV-Stelle bei 671 Tagen. Bei den mittleren 50% aller IV-Stellen wird die Hälfte aller Gutachten innerhalb von 365 bis 475 Tagen durchgeführt. Wie **Abbildung 9** zeigt, ist die Streuung in den meisten IV-Stellen relativ gross.

Abbildung 9: Dauer bis zur ersten medizinisch/beruflichen Abklärungen der der Kat. 2 (mono-),3 (bi-) oder 4 (polydisziplinär) nach IV-Stelle. Stand Ende 2013



Anmerkung Kategorien: Kat 2: Abklärungsmassnahme 500.- bis 3'000.- CHF «Typ mono-disziplinäre Gutachten»  
 Kat 3: Abklärungsmassnahme 3'000.-bis 6'000.- CHF «Typ bidisziplinäre Gutachten»  
 Kat 4: Abklärungsmassnahme über 6'000.- CHF «Typ polydisziplinäre Gutachten»

Weder zwischen dem Anteil an Abklärungen vom Typ 2, 3 oder 4 noch zwischen der Dauer bis zur ersten Abklärung und der Berentungsquote kann ein systematischer Zusammenhang festgestellt werden. IV-Stellen, die mehr externe Abklärungen als andere durchführen, sprechen demnach per se weder mehr noch weniger Renten als solche mit vergleichsweise wenig Abklärungen. Dieselben Analysen wurden auch jeweils einzeln für die drei «Abklärungs-Typen» durchgeführt (500 bis 3'000 Fr.; 3'000 bis 6'000 Fr. und mehr als 6'000 Fr.). Da identische Ergebnisse vorliegen, wird an dieser Stelle nur das «Gesamtergebnis» vorgestellt und kommentiert.

Bezüglich der Dauer bis zur ersten Abklärung verweisen die Zahlen darauf, dass IV-Stellen, welche vergleichsweise rasch FI-Massnahmen zusprechen, insgesamt etwas länger mit der Durchführung von Abklärungen zuwarten.

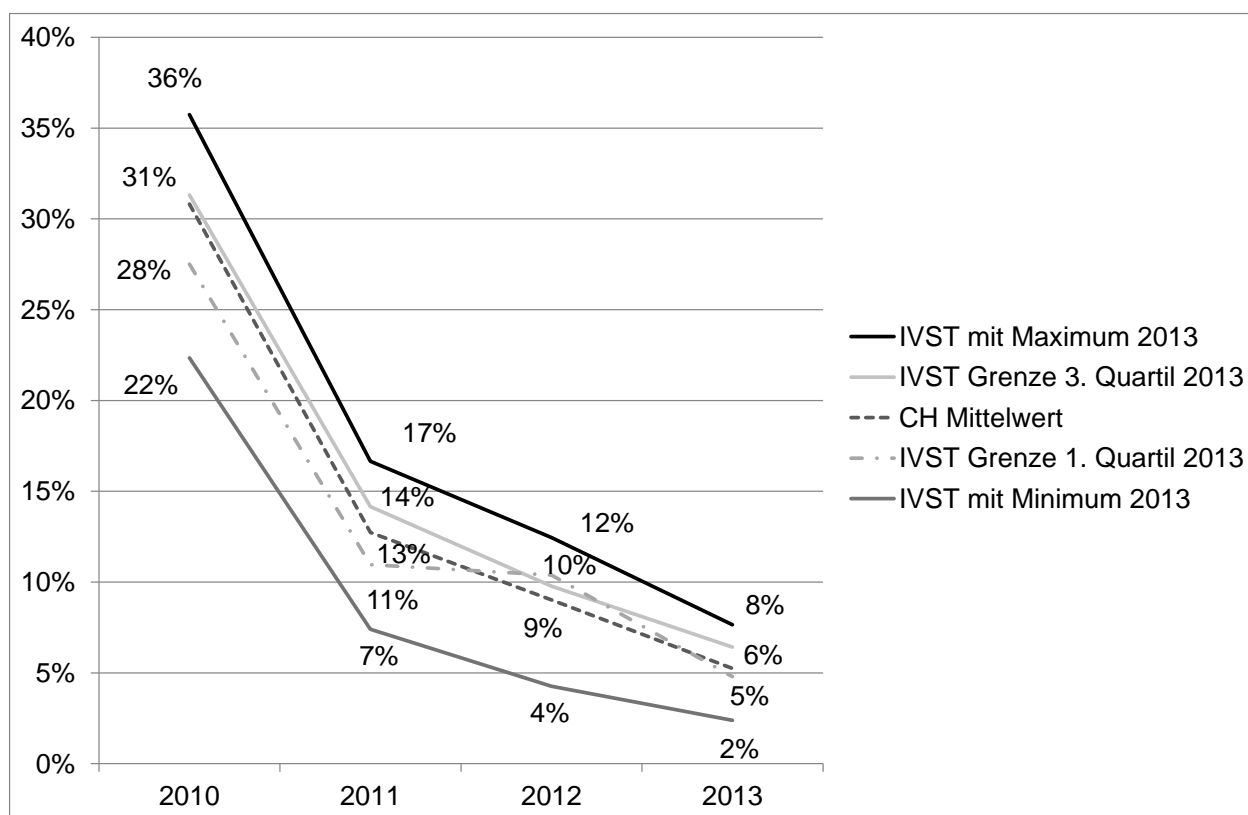
### 5.3 Fallabschluss

Weiter interessiert, wie viele Fälle am Ende der Beobachtungsperiode Ende 2013 noch nicht abgeschlossen bzw. noch offen sind. In Abschnitt 3.2.4 wurde darauf hingewiesen, dass ein Dossier dann als abgeschlossen gilt, wenn (i) entweder eine Rente bezogen wird oder (ii) innerhalb der letzten 12 Monate keine neuen medizinischen Abklärungsmassnahmen und keine neuen Eingliederungsleistungen veranlasst oder gesprochen wurden. Gemäss dieser Definition können von den insgesamt 45'900 Erstanmeldungen im Jahr 2009 Ende 2013 noch 2'595 Dossiers als noch nicht ab-

geschlossen betrachtet werden. Dies entspricht einem Anteil von 5.2 Prozent. Knapp zwei Drittel dieser Personen (1'667) hat im Verlauf der Beobachtungsperiode Eingliederungsmassnahmen bezogen oder bezieht sie immer noch. Der Wert schwankt zwischen den IV-Stellen zwischen 2.4 Prozent und 7.7 Prozent. Die Werte der mittleren 50% aller IV-Stellen liegen zwischen 4.8 Prozent und 6.4 Prozent. Die Werte für alle IV-Stellen sind im Anhang ersichtlich.

Zwischen dem Anteil an noch nicht abgeschlossenen Fällen und dem Eingliederungsfokus besteht ein signifikanter Zusammenhang. Je mehr Personen in einer IV-Stelle externe Eingliederungsmassnahmen beziehen und je mehr für diese Massnahmen ausgegeben wird, umso höher ist der Anteil an Dossiers, die noch nicht abgeschlossen sind.

Abbildung 10: Anteil noch nicht abgeschlossener Fälle Kohorte 2009 zu verschiedenen Zeitpunkten nach ausgewählten IV-Stellen.



Definition «abgeschlossene Fälle»: Ein Fall gilt dann als abgeschlossen, wenn entweder eine Rentenzahlung erfolgt oder innerhalb der letzten 12 Monate keine neuen Abklärungen durchgeführt oder keine neue Eingliederungsmassnahmen verfügt wurden.

Quelle: Registerdaten BSV, Kohorte Neuanmeldungen 2009. Berechnungen BASS / ZHAW

## 5.4 Ausgaben für Abklärungen und Massnahmen

Die Ausgaben für die extern erbrachten Abklärungen und Massnahmen werden im Folgenden auf zwei Arten ausgewiesen, damit ein Vergleich zwischen den IV-Stellen möglich ist. Wir unterscheiden zum einen die **durchschnittlichen Ausgaben pro neuangemeldete Person (NAP)** und zum andern die **durchschnittlichen Ausgaben pro Person, für die Ausgaben in der entsprechenden Kategorie getätigt wurden**. Mit dem ersten Indikator (NAP) lässt sich zwischen den IV-Stellen vergleichen, inwieweit die IV-Stellen in einem bestimmten Bereich (bspw. Eingliederung) insgesamt

etwas mehr bzw. etwas weniger ausgeben. Je mehr Personen Leistungen beziehen und je mehr für diese im Durchschnitt ausgegeben wird, umso höher wird der Wert.

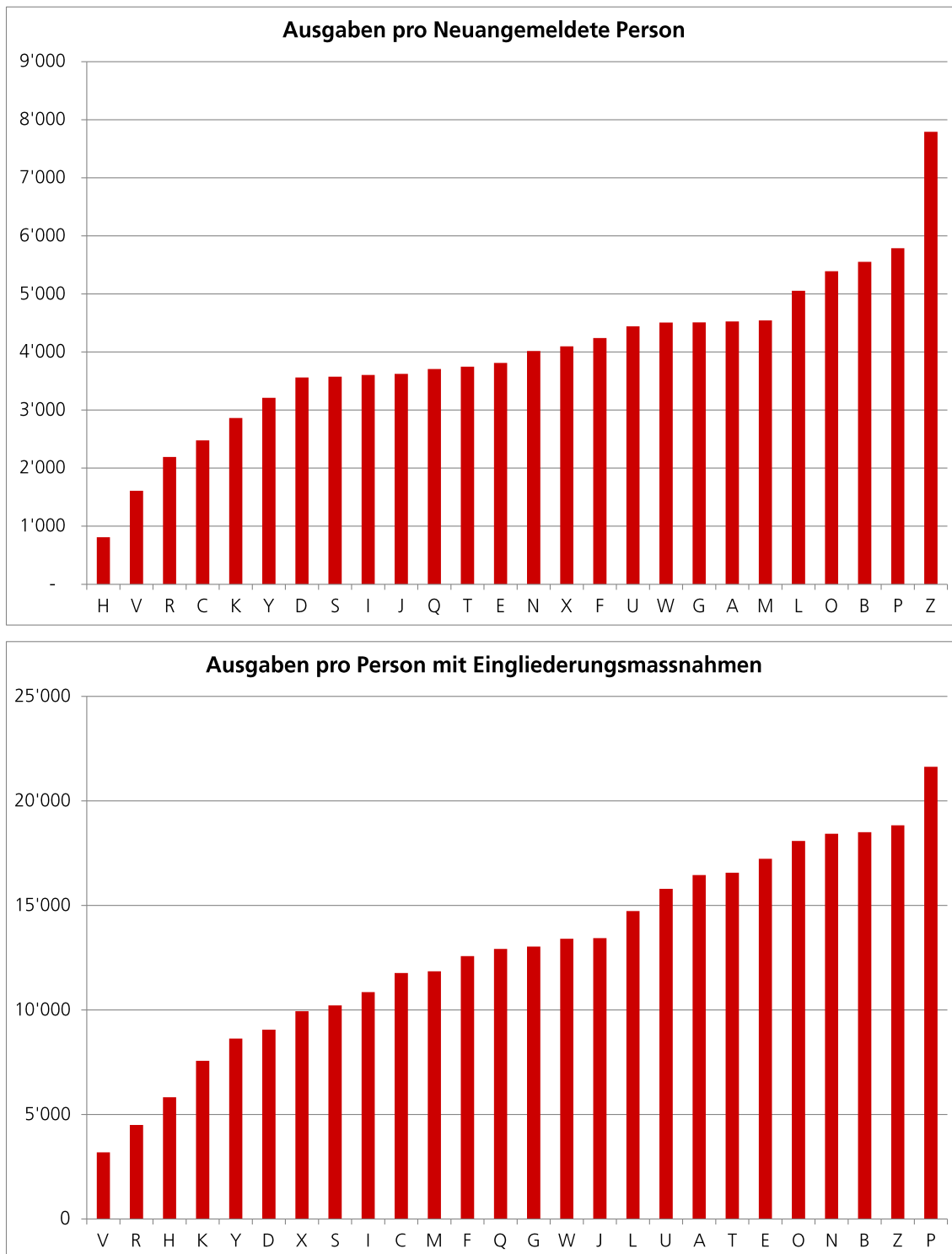
#### **5.4.1 Ausgaben für extern erbrachte Eingliederungsmassnahmen**

Wie **Abbildung 11** veranschaulicht, variieren die durchschnittlichen Ausgaben pro neuangemeldete Person für externe Eingliederungsmassnahmen je nach IV-Stelle zwischen rund 800 Franken und 7'800 Franken. In den mittleren 50% aller IV-Stellen werden pro neuangemeldete Person durchschnittlich zwischen 3'600 und 4'500 Franken ausgegeben. Der Median liegt bei 3'900 Franken. IV-Stellen mit sehr tiefen mittleren Ausgaben sind solche, die deutlich weniger oft Integrationsmassnahmen und/oder berufliche Massnahmen zusprechen.

Werden die Gesamtausgaben für externe Eingliederungsmassnahmen nur auf diejenigen Personen verteilt, die Eingliederungsleistungen bezogen haben, liegt der durchschnittliche Wert pro Person je nach IV-Stelle zwischen 3'200 und 21'600 Franken. Der Median liegt bei 13'000 Franken und die Werte der mittleren 50% aller IV-Stellen zwischen 10'100 und 16'500 Franken.

Zwischen den beiden Indikatoren besteht ein signifikanter Zusammenhang. In der Regel gilt, je höher die durchschnittlichen Ausgaben für extern erbrachte Eingliederungsmassnahmen pro neuangemeldete Person, umso höher auch die durchschnittlichen Ausgaben pro Person mit Eingliederungsmassnahmen. Des Weiteren kann festgestellt werden, dass in IV-Stellen, die im Durchschnitt pro Person etwas mehr Geld für Eingliederungsmassnahmen ausgeben, die Massnahmen eher schneller gesprochen werden, dafür aber die medizinischen Gutachten eher etwas später durchgeführt werden.

Abbildung 11: Durchschnittliche Ausgaben extern erbrachter Eingliederungsmassnahmen (FI/IM/BM) in CHF (i) pro neuangemeldete Person und (ii) pro Person mit Eingliederungsmassnahmen. Kohorte 2009 nach IV-Stelle. Stand Ende 2013

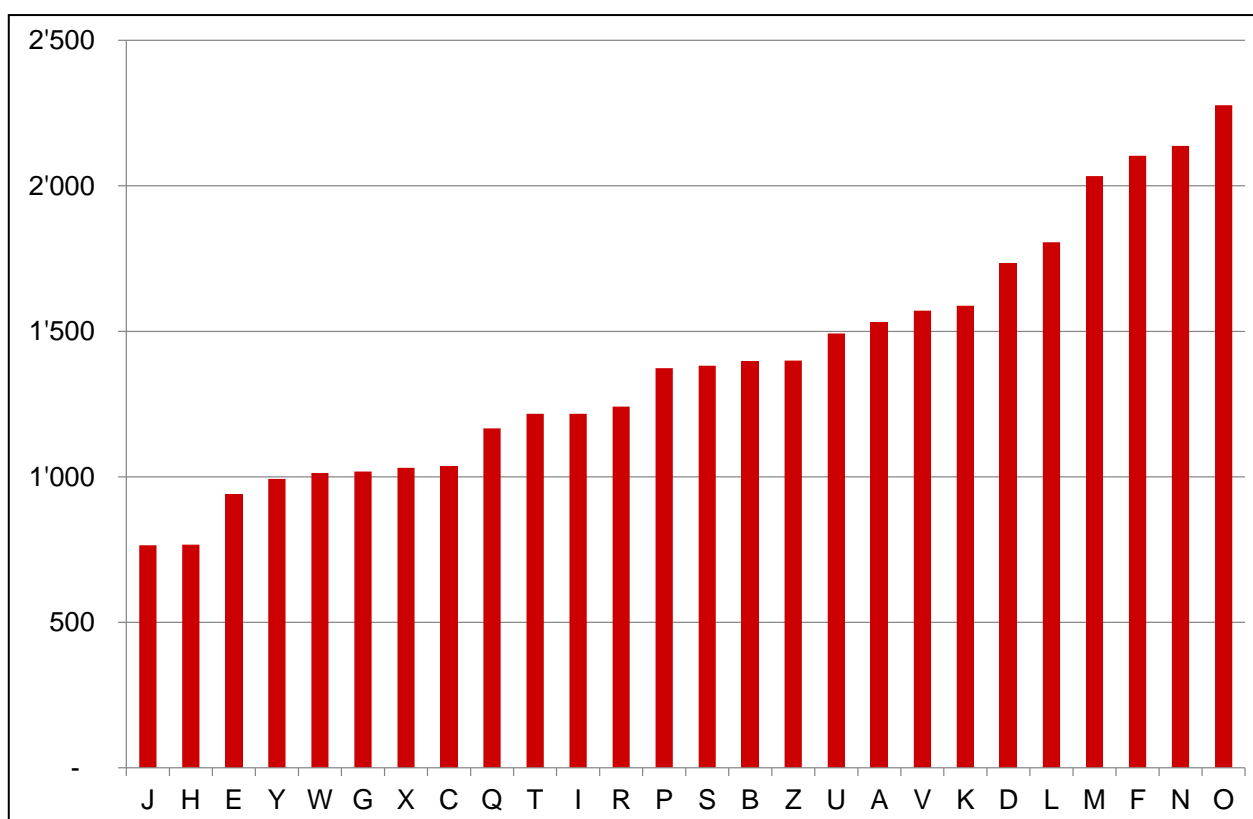


Quelle: Registerdaten BSV, Kohorte Neuanmeldungen 2009. Berechnungen BASS / ZHAW

## 5.4.2 Ausgaben für Abklärungen

Wie **Abbildung 12** zeigt, liegen die durchschnittlichen Auslagen für extern erbrachte Abklärungen je nach IV-Stelle zwischen 770 und 2'300 Franken. Der Median liegt bei 1'400 Franken und die Werte der mittleren 50% aller IV-Stellen liegen zwischen 1'000 und 1'600 Franken. Die Werte korrelieren sehr stark mit dem Anteil Personen, bei denen Abklärungen von über 500 Franken durchgeführt wurden. Zu allen anderen Indikatoren können jedoch keine Zusammenhänge festgestellt werden. Im Durchschnitt kosten die externen Abklärungen bei Personen mit Gutachten der Kategorie 2, 3 oder 4 je nach IV-Stelle zwischen 4'000 und 7'800 Franken. Bei den mittleren 50% aller IV-Stellen liegt der Wert zwischen 5'200 und 6'800 Franken (**Abbildung 13**).

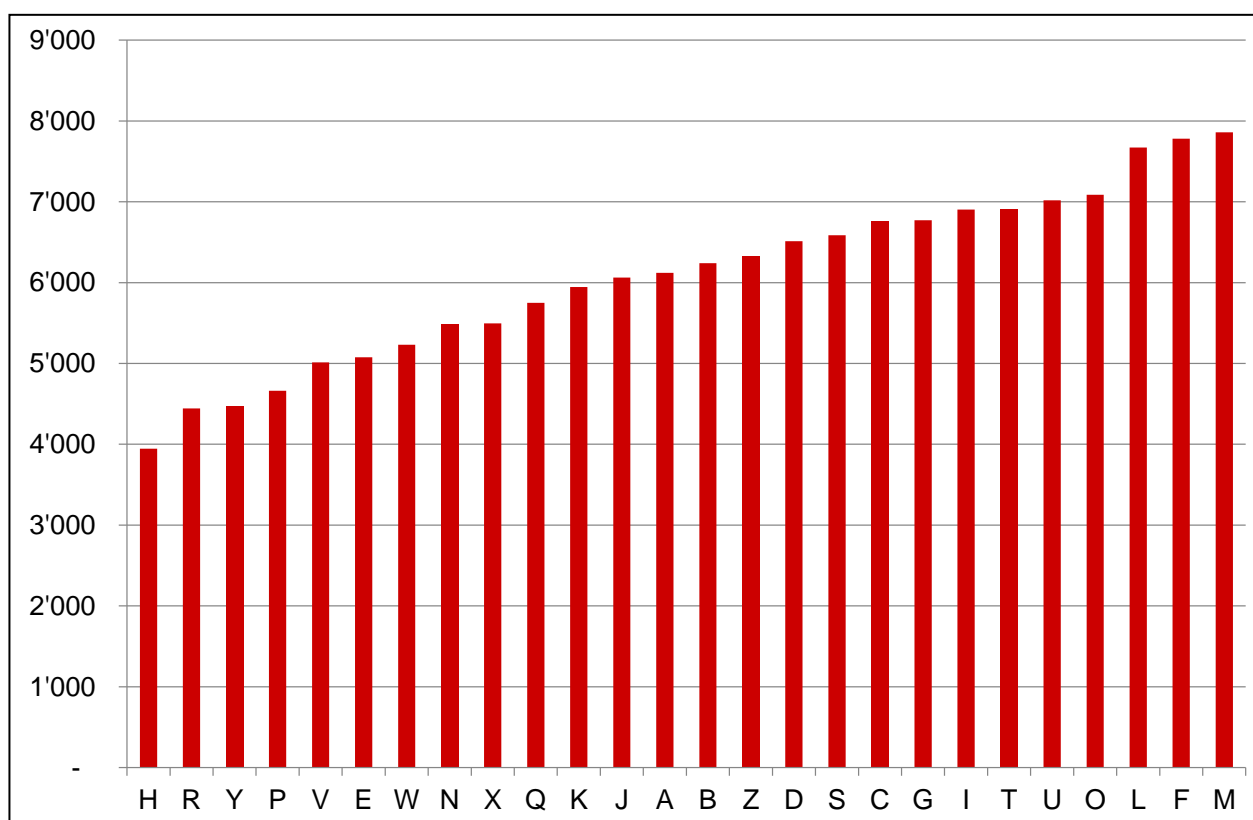
Abbildung 12: Durchschnittliche Ausgaben für Abklärungen in CHF pro neuangemeldete Person. Kohorte 2009 nach IV-Stelle. Stand Ende 2013



Quelle: Registerdaten BSV, Kohorte Neuanmeldungen 2009. Berechnungen BASS / ZHAW



Abbildung 13: Durchschnittliche Ausgaben für Abklärungen pro Person mit externen Gutachten (Kat. 2,3,4). Kohorte 2009 nach IV-Stelle. Stand Ende 2013



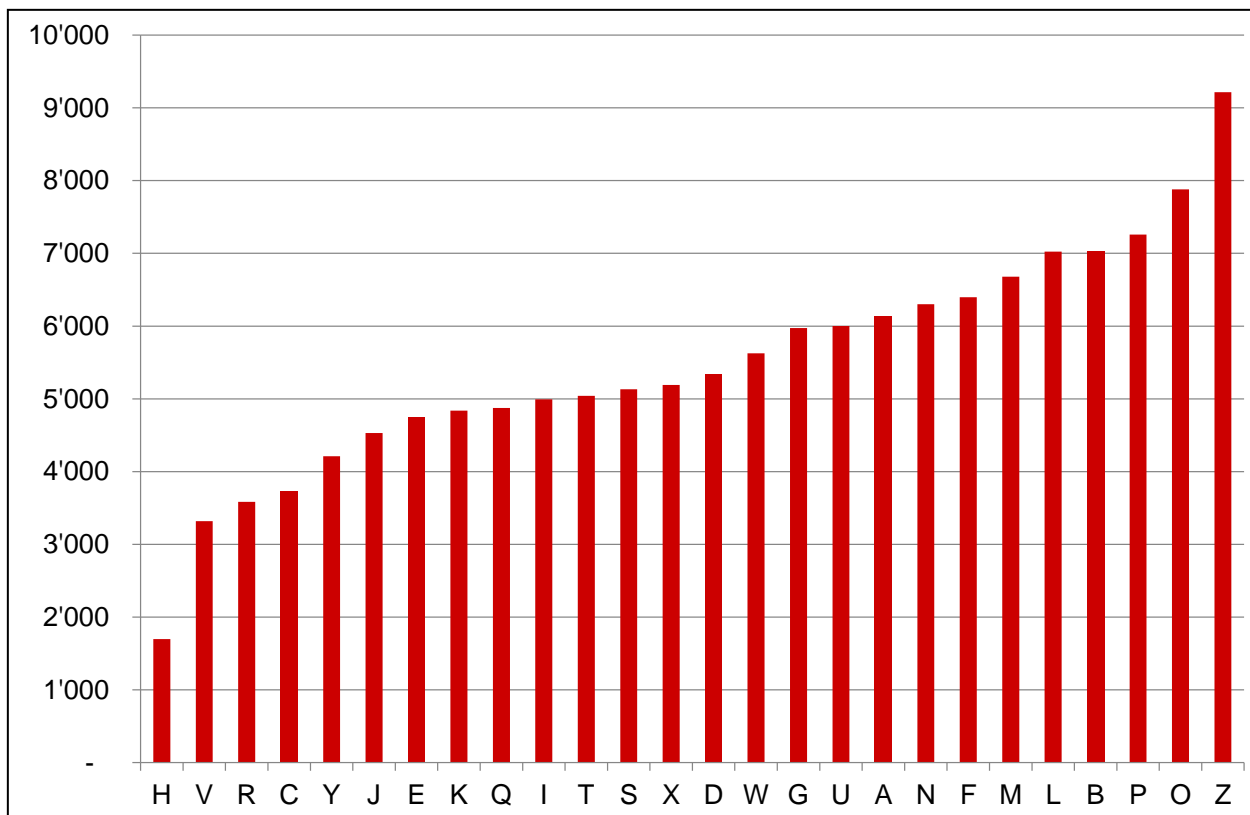
Quelle: Registerdaten BSV, Kohorte Neuanmeldungen 2009. Berechnungen BASS / ZHAW

### 5.4.3 Gesamtausgaben für extern erbrachte Abklärungen und Eingliederungsmassnahmen

**Abbildung 14** zeigt zum Abschluss dieses Abschnittes die durchschnittlichen Ausgaben für Abklärungen sowie für extern erbrachte Eingliederungsmassnahmen pro neuangemeldete Person der Kohorte 2009 insgesamt. Je nach IV-Stelle betragen diese zwischen durchschnittlich 1'700 und 9'200 Franken pro Person. Die Werte der mittleren 50% aller IV-Stellen liegen deutlich näher zusammen, zwischen 4'800 und 6'400 Franken.

Weil die durchschnittlichen Ausgaben für die externen Eingliederungsmassnahmen im Verhältnis zu den durchschnittlichen Ausgaben für Abklärungen deutlich höher sind, widerspiegelt sich in **Abbildung 14** annähernd dieselbe Reihenfolge der IV-Stellen wie in **Abbildung 11** (Ausgaben für Eingliederungsmassnahmen).

Abbildung 14: Durchschnittliche Ausgaben für Abklärungen und extern erbrachte Eingliederungsmassnahmen in CHF pro neuangemeldete Person. Kohorte 2009 nach IV-Stelle. Stand Ende 2013



Quelle: Registerdaten BSV, Kohorte Neuanmeldungen 2009. Berechnungen BASS / ZHAW

## 5.5 Typologisierung der IV-Stellen

In **Kapitel 4** wurde schon darauf verwiesen, dass eine «einfache» Typologisierung der IV-Stellen, basierend auf den erhobenen Merkmalen zur «Gestaltung der innerbetrieblichen Abläufe und der Organisation der Eingliederung», des «Abklärungs- und Beurteilungsprozesses zur medizinisch beruflichen Situation» sowie der «Art des Einbezugs des RAD» aufgrund der (zu) grossen Heterogenität nicht möglich war. Dies insbesondere darum, weil sich gezeigt hat, dass es zwischen den Merkmalen auf den verschiedenen Dimensionen keine klaren Zusammenhänge gibt, die man dazu verwenden könnte, eine Typologisierung der IV-Stellen unter Berücksichtigung von mehreren Merkmalen aus verschiedenen Dimensionen vorzunehmen.

Grundsätzlich besteht das Ziel dieser Arbeiten darin, aus der Fülle der vorhandenen Informationen ein Kriterium oder mehrere Kriterien zu finden, die erstens eine klare Typologisierung der IV-Stellen ermöglichen und zweitens möglichst in einem Zusammenhang zur Berentungsquote stehen. Die Vorarbeiten zu diesem Arbeitsschritt wurden zu einem früheren Zeitpunkt im Rahmen der qualitativ ausgerichteten Arbeiten geleistet. Im Rahmen der statistischen Analysen gilt es, die Erkenntnisse bezüglich möglicher Typologisierungskriterien aus den Gesprächen mit den fünf ausgewählten IV-Stellen mit Hilfe der Angaben aus der schriftlichen Befragung aller IV-Stellen zu operationalisieren. Anschliessend wird überprüft, ob sich erstens die qualitativ ermittelten Muster (mit vorläufigem Charakter) tatsächlich auch in anderen IV-Stellen finden lassen und zweitens, ob sie in einem Zusam-

menhang mit der Berentungsquote stehen. Im Rahmen der durchgeführten Analysearbeiten wurden so sehr viele «Modelle» bzw. Typen entwickelt, operationalisiert und getestet. Insgesamt ist es uns jedoch nicht gelungen, für die basierend auf den Gesprächen entwickelten «mehrdimensionalen» Typen eine genügend grosse Anzahl von IV-Stellen mit demselben Muster zu finden, so dass man tatsächlich von einem bestimmten verallgemeinerbaren Typen hätte sprechen können. Die Herausforderung bestand deshalb darin, ein möglichst geeignetes, relativ einfaches Kriterium zu finden, das erstens für eine bestimmte «Richtung» eines Vollzugstyps steht, zweitens zumindest mit einigen wichtigen Elementen von anderen Schlüsseldimensionen wie auch drittens mit der Berentungsquote in Verbindung gebracht werden kann.

Dabei hat sich gezeigt, dass Art und Zeitpunkt der **Beschaffung von Informationen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten** und deren Verwendung im Abklärungsprozess diese Kriterien am besten erfüllt. So wurde in der schriftlichen Befragung erhoben, wie oft und zu welchem Zeitpunkt im Verfahren schon vorhandene und auch für die IV zu erstellende schriftliche Informationen von den behandelnden Ärzten eingeholt werden und wofür diese Informationen verwendet werden.

Basierend auf den Angaben der IV-Stellen können grundsätzlich **drei «Typen» von IV-Stellen** unterschieden werden, die u.a. auch in einem gewissen Zusammenhang zur Art der Zusammenarbeit mit dem RAD stehen.

■ **Typ 1 [10 IV-Stellen] «Standardmässiges Einholen schriftlicher Informationen vor Ersttriage»:** Dieser Typ zeichnet sich dadurch aus, dass **schriftliche Unterlagen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten** noch **vor dem ersten Triageentscheid** für alle neuangemeldeten Personen **standardmässig** eingefordert werden. Zum einen werden die Informationen dazu verwendet, möglichst frühzeitig zu beurteilen, ob sich bei der betroffenen Person ein IV-relevanter Gesundheitsschaden abzeichnet oder nicht. Zudem spielen sie bei der Zuweisung zur Eingliederung eine Rolle. Im Vergleich zu den anderen beiden Typen kommt ein Verzicht auf Eingliederungsmassnahmen schon beim ersten Triageentscheid öfter vor. **Zusammenarbeit mit dem RAD:** In der Phase bis zur Ersttriage nimmt der RAD i.d.R. eine schriftliche Beurteilung der eingeholten Informationen vor, ein persönlicher Kontakt mit der versicherten Person besteht aber kaum. In der Schlussphase der Abklärung wird meist standardmässig eine medizinisch-theoretische Einschätzung des Gesundheitsschadens durch den RAD vorgenommen. Jedoch wird in diesen IV-Stellen i.d.R. eher auf eine juristische Argumentation als Grundlage für die Leistungsberechtigung zurückgegriffen, ggf. auch entgegen der medizinischen Einschätzung durch den RAD. In Bezug auf die Einbindung des RAD ganz generell ist in der Mehrheit dieser IV-Stellen der RAD eher weniger aktiv in die Gestaltung der Prozesse der IV-Stelle mit eingebunden.

**Typ 2 «Standardmässiges Einholen schriftlicher medizinischer Informationen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte erst nach Ersttriage» (9 IV-Stellen):** In einer Mehrheit dieser IV-Stellen erfolgt die (erste) Zuweisung zur Eingliederung möglichst ohne schriftliche medizinische Informationen und orientiert sich demnach nicht nur an einer medizinisch-theoretischen Einschätzung. Ein «endgültiger» Verzicht auf Eingliederungsmassnahmen schon zu diesem sehr frühen Zeitpunkt kommt kaum vor. **Zusammenarbeit mit dem RAD:** Es erfolgt eine Beurteilung der schriftlichen medizinischen Informationen durch den RAD erst im Hinblick auf den Grundsatzentscheid. In der Schlussphase der Abklärung stützt sich die IV-Stelle für die Beurteilung der Leistungsberechtigung i.d.R. eher auf die versicherungsmedizinische Argumentation des RAD. Bezüglich Einbindung ganz

generell ist der RAD in einer Mehrheit dieser IV-Stellen insgesamt etwas stärker aktiv in die Mitgestaltung der Abläufe der IV-Stelle einbezogen.

**Typ 3 [7 IV-Stellen] «Fallweises Einholen von bestehenden und zusätzlichen schriftlichen Unterlagen von behandelnden Ärzt/innen vor oder nach dem ersten Triageentscheid»:** Die restlichen 7 IV-Stellen können keinem der ersten beiden Typen zugeordnet werden. Informationen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten in schriftlicher Form werden je nach Fall vor oder nach dem Triageentscheid eingeholt. **Zusammenarbeit mit dem RAD:** Öfters als in den andern Typen erfolgt der Austausch zu Beginn des Prozesses sowohl via schriftlicher Stellungnahmen als auch via mündlicher «Beratung» durch den RAD; die Kommunikation ist oft direkt und wenig formalisiert. Für die Beurteilung der schlussendlichen Leistungsberechtigung stützt sich die IV-Stelle eher auf eine versicherungsmedizinische Argumentation gemäss RAD. Ganz generell besteht bei einer Mehrheit der 7 zu diesem Typ gehörenden IV-Stellen ein relativ enger Austausch mit dem RAD, auch zu Fragen von Strategie und Prozessentwicklung. 4 der 7 IV-Stellen haben einen Stammsitz des RAD in ihren Räumlichkeiten.

Inwieweit die drei Vollzugstypen in Zusammenhang mit den Berentungsquoten stehen, wird in Abschnitt 5.7 erläutert.

## 5.6 Outcome: Die Berentungsquoten

In diesem Abschnitt werden zuerst verschiedene Indikatoren zur Wahrscheinlichkeit eines Rentenbezugs am Ende der Beobachtungszeit der Kohorte 2009 (Ende 2013) vergleichend zwischen den IV-Stellen betrachtet. Anhand von Bezugsquoten zu verschiedenen Zeitpunkten werden anschliessend unterschiedliche «Entwicklungsmuster» von verschiedenen IV-Stellen aufgezeigt. Wenn wir im Folgenden von Teilrenten sprechen, meinen wir damit, dass eine Person nicht eine ganze Rente, sondern eine  $\frac{1}{4}$ -,  $\frac{1}{2}$ - oder  $\frac{3}{4}$ - Rente bezieht.

### 5.6.1 Indikatoren zu Berentungswahrscheinlichkeiten

■ **Anteil Rentenbezüger/innen (Rentenbezugsquote):** Von den im Jahr 2009 45'900 bei den IV-Stellen neuangemeldeten Personen beziehen Ende 2013 insgesamt 11'193 Personen eine ganze oder eine Teilrente. Dies entspricht einem Anteil von 22.6 Prozent. Zwischen den IV-Stellen schwankt dieser Wert zwischen minimal 12.3 und maximal 31.5 Prozent. Bei den mittleren 50% aller IV-Stellen liegt er zwischen 20.2 und 25.5 Prozent.

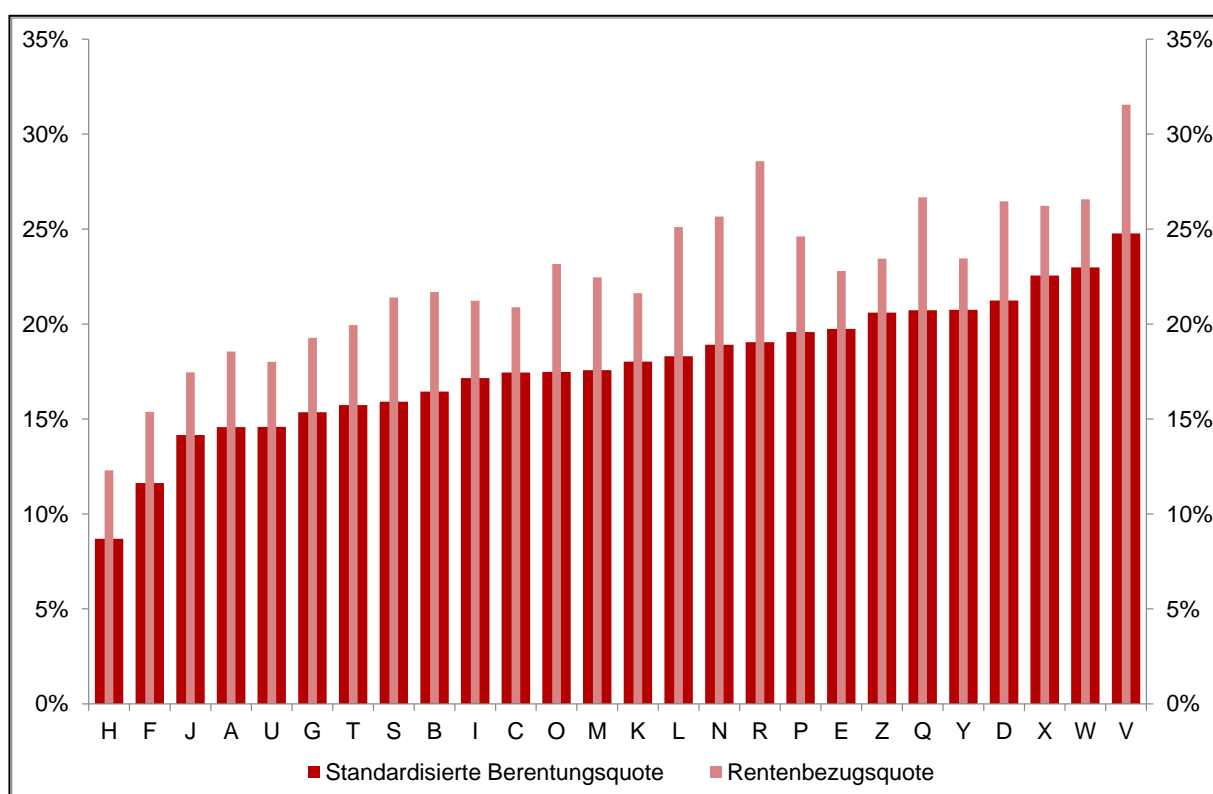
■ **Anteil Teilrenten an den ganzen Renten:** Grundsätzlich wird insbesondere mit den zur Verfügung stehenden Eingliederungsmassnahmen versucht, das noch vorhandene Potential für die Weiterführung oder die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit zu stärken und nutzen. Der zweite Indikator beschreibt demnach den Anteil an **Teilrenten** an den ganzen Renten. Auch dieser Indikator schwankt zwischen den IV-Stellen beträchtlich. Während im Minimum «nur» 23 Prozent aller Neurentenbeziehenden der Kohorte 2009 eine Teilrente beziehen, liegt das entsprechende Maximum bei 60 Prozent. Der Median liegt bei 42 Prozent und die Werte der mittleren 50% aller IV-Stellen liegen zwischen 36 und 47 Prozent.

■ **Durchschnittlicher Berentungsgrad pro Rentenbezüger/in:** Abgeleitet aus den Ergebnissen der Teilberentung kann errechnet werden, wie gross der durchschnittliche **Berentungsgrad** pro Rentenbezüger/in ist. Je tiefer dieser ist, umso weniger dürften ganze Renten verfügt werden. Der

Median eines durchschnittlichen Berentungsgrads auf IV-Stellenebene liegt dabei bei 79 Prozent, das Maximum bei 89 Prozent und das Minimum bei 67 Prozent. Die Werte der mittleren 50% aller IV-Stellen liegen zwischen 76 und 83 Prozent.

■ **Gewichtete Berentungsquote** : Summiert man innerhalb einer IV-Stelle alle Berentungsgrade auf und dividiert diese Zahl durch die Anzahl neuangemeldeter Personen (Kohorte 2009) so erhält man einen Anteilswert, der Auskunft darüber gibt, wie viele gewichtete, d.h. ganze Renten am Ende der Beobachtungszeit ausbezahlt werden. Je weniger ganze Renten gesprochen werden, umso grösser wird die Differenz zum Anteil der Rentenbezüger/innen. Der Median liegt im Vergleich zur Rentenbezugsquote deshalb um rund 5 Prozentpunkte tiefer, bei 17.8 Prozent. Die Werte schwanken je nach IV-Stelle zwischen minimal 8.7 und maximal 24.5 Prozent. Die mittleren 50% aller IV-Stellen erreichen Werte zwischen 15.8 und 20.4 Prozent.

Abbildung 15: Gewichtete Berentungsquoten in aufsteigender Reihenfolge und Rentenbezugsquoten. Kohorte Neuanmeldungen 2009 nach IV-Stelle. Stand Ende 2013



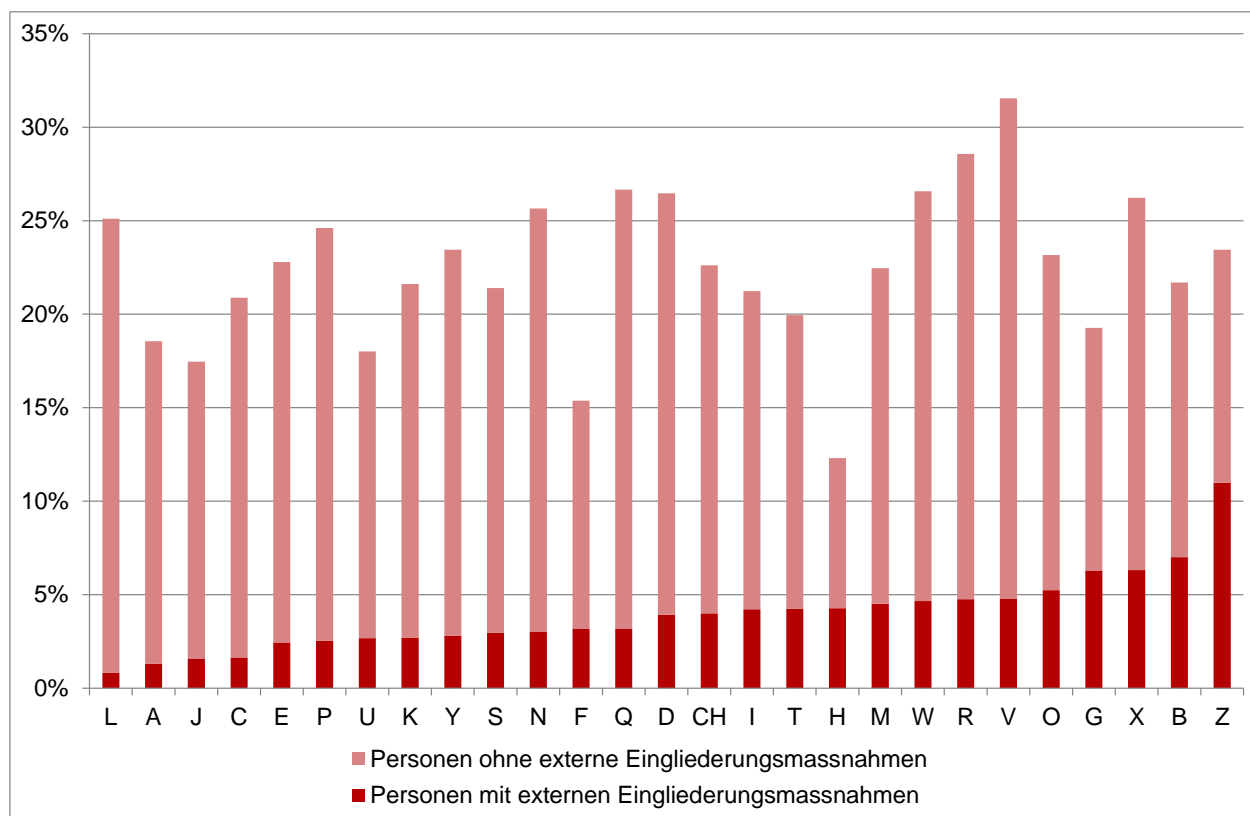
Quelle: Registerdaten BSV, Kohorte Neuanmeldungen 2009. Berechnungen BASS / ZHAW

Anhand der Informationen in den Registerdaten kann unterschieden werden zwischen Personen, die eine Rente beziehen und vorgängig an mindestens einer (externen) Eingliederungsmassnahme teilgenommen haben und solchen, mit denen keine dieser Eingliederungsmassnahmen durchgeführt wurde. Zur Vereinfachung brauchen wir dazu auch den Begriff der «indirekten» (mit externen Eingliederungsmassnahmen) bzw. «direkten» Berentung (ohne externe Eingliederungsmassnahme). Wie **Abbildung 16** zeigt, ist auch diesbezüglich zwischen den IV-Stellen eine relativ grosse Heterogenität zu sehen. So gibt es IV-Stellen, bei denen der Anteil an Rentenbezüger/innen mit externen Eingliederungsmassnahmen relativ klein ist (bspw. IV-Stelle «L»), wogegen er bei anderen IV-

Stellen deutlich grösser ist (bspw. IV-Stellen «Z», «B» oder «G»). Bei der Betrachtung der Abbildung wird auch deutlich, dass kaum ein Zusammenhang besteht zwischen dem relativen Anteil der Rentenbezugsquoten mit bzw. ohne externe Eingliederungsmassnahmen und dem Total der Rentenbezugsquote. So gibt es IV-Stellen mit vergleichsweise hohen Rentenbezugsquoten (Total) sowohl mit eher hohen bzw. eher tiefen Rentenbezugsquoten von Personen mit externen Eingliederungsmassnahmen.

Über alle IV-Stellen betrachtet gilt die Beziehung, je höher der Anteil an Personen mit externen Eingliederungsmassnahmen, umso höher die Rentenbezugsquote von Personen mit Eingliederungsmassnahmen. Inwieweit sich die «Eingliederungsstrategie» jedoch auf die gesamte Rentenbezugsquote beziehungsweise die gewichtete Berentungsquote auswirkt, kann mit dieser Feststellung noch nicht beurteilt werden; dies wird im Abschnitt 5.7 mit Hilfe von multivariaten Analysemethoden untersucht.

Abbildung 16: Rentenbezugsquoten Kohorte Neuanmeldungen 2009 nach Personen mit bzw. ohne externe Eingliederungsmassnahmen nach IV-Stelle. Stand Ende 2013



Quelle: Registerdaten BSV, Kohorte Neuanmeldungen 2009. Berechnungen BASS / ZHAW

### 5.6.2 Rentenbezugsquoten zu verschiedenen Zeitpunkten

Betrachtet man die Entwicklung der Rentenbezugsquoten über die Zeit, d.h. geht man der Frage nach, wie viele Rentenzusprachen jeweils Ende der Jahre 2010 bis 2013 gesprochen wurden, sind zwischen den IV-Stellen wiederum sehr unterschiedliche Muster zu beobachten. Wir unterscheiden dabei wiederum zwischen Rentenzusprachen bei Personen mit externen Eingliederungsmassnahmen und solchen bei Personen ohne externe Eingliederungsmassnahmen.

**Abbildung 17** zeigt zur Veranschaulichung unterschiedliche IV-stellenspezifische Verläufe von ausgewählten IV-Stellen. Als Basis betrachten wir zuerst die Entwicklung der Berentungsquoten der Gesamtschweiz. Wir sehen, dass Ende 2010 von allen im Jahr 2009 erstmals angemeldeten Personen rund 9 Prozent eine Rente beziehen, 1 Prozent hat vorgängig externe Eingliederungsmassnahmen erhalten, 8 Prozent entweder interne oder keine Eingliederungsmassnahmen. Ein Jahr später, Ende 2011, ist bei denjenigen Rentenbezüger/innen, die keine externen Eingliederungsmassnahmen erhalten haben, ein relativ starker Anstieg auf 15 Prozent festzustellen, der in den folgenden 2 Jahren deutlich abnimmt. Bei den Rentenbezüger/innen mit externen Eingliederungsmassnahmen verläuft der Anstieg relativ linear, pro Jahr nimmt die Bezugsquote um jeweils 1 Prozentpunkt zu. Ende 2013 beziehen rund 23 Prozent aller Erstanmeldungen 2009 eine Rente. Gut drei Viertel dieser Renten sind bis Ende 2011 schon verfügt worden. Knapp jede/r sechste Rentenbezüger/in (4%) hat vor dem Rentenentscheid externe Eingliederungsmassnahmen erhalten, die restlichen entweder interne oder keine Eingliederungsmassnahmen.

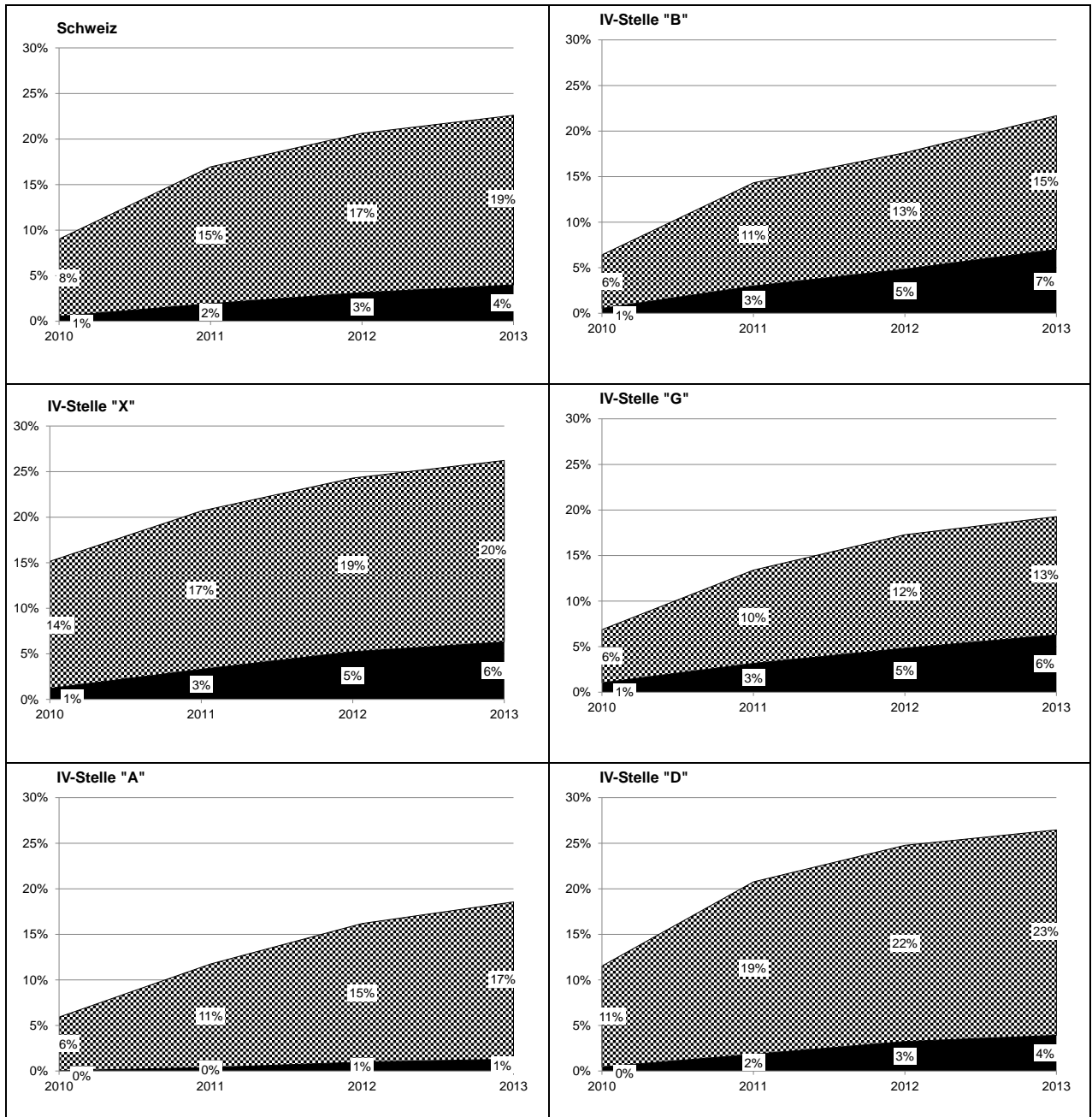
Etwa gleich viele Rentenbezüger/innen wie das schweizerische Mittel weist IV-Stelle B aus. Sowohl bei der Zusammensetzung nach den beiden Gruppen «Renten mit bzw. ohne externen Eingliederungsmassnahmen» wie auch bei der zeitlichen Entwicklung sind jedoch deutliche Unterschiede festzustellen. So steigt der Anteil von Rentenbeziehenden mit externen Eingliederungsmassnahmen ab Ende 2011 im Vergleich zur Gesamtschweiz deutlich stärker an und liegt Ende 2013 bei insgesamt 7 Prozent. Zudem flacht die Kurve bei den Rentenbeziehenden ohne externe Eingliederungsmassnahmen weniger stark ab. Der entsprechende Anteilswert beträgt Ende 2013 15 Prozent.



Dass ein vergleichsweise hoher Anteil an Renten mit vorgängigen Eingliederungsmassnahmen «automatisch» einen tiefen Anteil an direkten Renten mit sich zieht, wird mit dem Muster von IV-Stelle «X» widerlegt. Sie weist im Vergleich zur Gesamtschweiz zu jedem Zeitpunkt höhere Anteilswerte sowohl bei den direkten wie auch bei den indirekten Renten auf. Auffallend ist der deutlich höhere Rentenanteil bei den direkten Renten schon zu Beginn der Beobachtungsperiode Ende 2010.

Bei IV-Stelle «A» ist demgegenüber das Gegenteil festzustellen. Sowohl die Anteile der direkten wie auch der indirekten Renten sind zu jedem Zeitpunkt tiefer als der schweizerische Durchschnitt, was am Ende der Beobachtungszeit zu einer deutlich tieferen Berentungsquote führt.

Aus statistischer Sicht hat sich jedoch kein eigentliches Muster identifizieren lassen, das mit insgesamt tieferen Berentungsquoten einhergeht.

Abbildung 17: Anteil Rentenbezüger/innen zu verschiedenen Zeitpunkten. Kohorte Neuanmeldungen 2009 schweizweit und nach ausgewählten IV-Stellen.



Legende  Rentenbezüger/innen ohne externe Eingliederungsmassnahmen  
 Rentenbezüger/innen mit externen Eingliederungsmassnahmen

Quelle: Registerdaten BSV, Kohorte Neuanmeldungen 2009. Berechnungen BASS / ZHAW

### 5.7 Zusammenhänge zwischen Input, Output und der Berentungsquote

Wie wirken sich die im Abschnitt 5.5 dargestellten unterschiedlichen Falltypen einerseits sowie die ermittelten Grössen aus den Bereichen Input und Output andererseits auf die Berentungsquoten



aus? Und welchen Beitrag können die in die Schätzmodelle integrierten Grössen zur Erklärung der unterschiedlichen Berentungsquoten beitragen? Diese Fragen können am besten mit Hilfe von multivariaten Analysemethoden beantwortet werden, was in diesem Fall auch gemacht wurde. Im Rahmen der Analysearbeiten wurden mehrere verschiedene Modelle ausgetestet und spezifiziert. Wir beschränken uns bei der Darstellung der Ergebnisse auf dasjenige Modell, das die grösste Aussagekraft ausweist. Dazu wurde die Methode der kleinsten Quadrate (OLS) angewandt, wobei jede IV-Stelle einen Beobachtungspunkt darstellt.

Für die zu erklärende Grösse wurde die **gewichtete Berentungsquote** verwendet (vgl. Abschnitt 5.6.1). Die Herausforderung bei diesen Analysen bestand darin, ein Schätzmodell mit möglichst wenigen, aber aussagekräftigen, erklärenden Grössen zu finden, da mit insgesamt 26 Beobachtungseinheiten (= IV-Stellen) relativ wenige Datenpunkte zur Verfügung stehen. Zudem sollten die geschätzten Effekte der in das Endmodell aufgenommenen erklärenden Grössen auch unter Einbezug von anderen erklärenden Grössen relativ stabil bleiben und sich bei anderer Modellspezifikation nicht wesentlich verändern. Alle der nun aufgeführten fünf Einflussfaktoren erfüllen diese Bedingungen.

Neben vier erklärenden IV-Stellen-internen Faktoren aus den Bereichen Input, Organisation und Output enthält das Schätzmodell auch eine Variable zum externen Umfeld, in dem sich die IV-Stellen bewegen. Diese unterscheidet zwischen einem bezüglich der Berentungswahrscheinlichkeit eher «günstigen» bzw. eher «ungünstigen» kantonalen Umfeld. Die Variable konnte aus einem anderen, schon abgeschlossenen Forschungsprojekt (Bolliger et al., 2012) übernommen werden, ist das Resultat einer Faktoranalyse und hat sich dort bewährt. Die Grösse korreliert signifikant mit der in diesem Projekt ermittelten gewichteten Berentungsquote, d.h. je ausgeprägter der Faktor in einem Kanton, umso höher die Berentungsquote. In die Berechnung des Faktors fliessen Informationen von insgesamt 15 kantonalen Indikatoren zu demografischen, wirtschaftlichen und politischen Merkmalen ein. Wir haben uns nach den von uns durchgeführten Tests für den von den Autoren der Studie mit «Risiko» benannten Faktor entschieden. Prägend bei dieser Komponente sind die Arbeitslosenquote und der Ausländeranteil (Bolliger et al. 2012, Anhang zum Forschungsbericht S.44). Die folgenden Ergebnisse sind demnach um diesen kantonsspezifischen Umfeldfaktor «bereinigt», das heisst das Modell berücksichtigt, dass gewisse Kantone in einem etwas schwierigeren Umfeld, d.h. höhere Arbeitslosenquote und höherer Ausländeranteil, agieren als andere.

Unter Kontrolle des externen Umfelds lässt sich als Ergebnis festhalten, dass die Berentungsquoten mit den folgenden vier Merkmalen in einem statistisch signifikanten Zusammenhang stehen:

■ **Vollzugstyp:** In IV-Stellen, die den ersten Triageentscheid möglichst ohne Einbezug von Informationen aus schriftlichen Arztberichten treffen und die vorhandenen Informationen erst danach einfordern (Typ 2), sind die Berentungsquoten signifikant tiefer als in den IV-Stellen, die schon vor der Ersttriage schriftliche Einschätzungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte einholen und diese Informationen für die Zuweisung zur Eingliederung mitbenutzen (Typ 1). Zu dem von uns identifizierten «Mischtyp» (Typ 3) kann zur gewichteten Berentungsquote kein statistisch signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden. Im Grundsatz scheint sich das von einigen Gesprächsteilnehmenden genannte «Gespräch vor Akte» zu bewähren.

■ **Rasche Zusprache von FI-Massnahmen:** Unabhängig vom Vollzugstyp scheint sich eine rasche Zusprache von FI-Massnahmen auszuzahlen. Je rascher die FI-Massnahmen im Durchschnitt einer IV-Stelle umgesetzt werden, umso geringer sind die Berentungsquoten. In der Frühphase der Abklä-

ung scheint eine konsequente Umsetzung des Prinzips «Geschwindigkeit vor Präzision» erfolgversprechend zu sein.

■ **RAD beurteilt Eingliederungspotential:** Bei IV-Stellen, die den Grundsatzentscheid weitgehend auf die vom RAD vorgenommene Beurteilung des Eingliederungspotentials und der (prozentualen) Arbeitsfähigkeit abstützen, ist die gewichtete Berentungsquote tiefer als in solchen, die dies nicht standardmässig so handhaben. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Rückgriff auf das versicherungsmedizinische Wissen scheint sich demnach dämpfend auf die Berentungswahrscheinlichkeit auszuwirken.

■ **Ausgaben für Eingliederungsmassnahmen:** IV-Stellen, die für Personen mit Eingliederungsmassnahmen durchschnittlich etwas mehr Geld aufwenden als andere, weisen in der Tendenz etwas tiefere gewichtete Berentungsquoten auf (Signifikanzniveau < 10%). Die durchgeführten Analysen verweisen jedoch nicht darauf, dass mehr Eingliederungsmassnahmen «automatisch» zu einer Verringerung der Berentungsquoten führen. Dass jedoch ein Zusammenhang zwischen der gewichteten Rentenquote und den Ausgaben für Personen mit Eingliederungsmassnahmen nachgewiesen werden kann, ist ein Hinweis darauf, dass sich eine «sorgfältige» Selektion bei der Zuweisung von Eingliederungsmassnahmen lohnen könnte.

Nicht bestätigt wurde die Hypothese, dass ein Zusammenhang zwischen RAD-Art («Stamm» mit mehr Fachspezialisten vor Ort versus «Satellit» mit tendenziell mehr Allgemeinmediziner/innen) und den Kosten für externe Abklärungen besteht. Ebenfalls nicht bestätigt haben sich die Annahmen, dass Zusammenhänge zwischen dem Spezialisierungsgrad der fallführenden Fachpersonen oder dem Vorhandensein von detaillierten Prozessbeschreibungen einerseits und der Berentungsquote andererseits vorliegen.

## 5.8 Fazit

Wie lassen sich diese Ergebnisse nun einordnen? Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass es sich erstens um relativ «robuste» Ergebnisse handelt. Fast unabhängig davon, wie man bei der Spezifikation des Modells vorgegangen ist, haben sich neben dem kantonalen Umfeldfaktor durchwegs die vier vorgestellten IV-Stellen Indikatoren «durchgesetzt», d.h. die Effekte sind auch unter anderen Modellspezifikationen «stabil». Zweitens ist die Güte des Modells mit einem Anteil von 69 Prozent an erklärter Varianz (adjusted  $r^2$ ) vergleichsweise hoch, was dafür spricht, dass man tatsächlich erklärende Grössen gefunden hat, mit denen sich ein relativ grosser Anteil der Unterschiede zwischen den gewichteten Berentungsquoten der IV-Stellen erklären lässt. Diese beiden Tatsachen werten wir als Zeichen dafür, dass die Modellspezifikation gut gelungen ist (vgl. dazu auch Regressionsoutput im Anhang Tab. 2, S.82).

Auf der inhaltlichen Ebene sind wir der Meinung, dass es uns gelungen ist, im Modell wichtige Indikatoren auch aus verschiedenen Dimensionen zu integrieren. Wie aus den qualitativen Gesprächen abgeleitet, sind erstens unterschiedliche Vorgehensweisen bezüglich der Eingliederungsstrategie wichtige Elemente auch im Rentenabklärungsprozess, zweitens haben auch die Art der Zusammenarbeit mit dem RAD und die Ausgaben für externe Eingliederungsmassnahmen einen Einfluss auf den Ausgang eines Berentungsverfahrens. Es ist festzuhalten, dass die Ergebnisse aus den statistischen Analysen keine «Anleitung» darstellen, wie das Rentenverfahren nun konkret und im Detail ausgestaltet werden muss oder soll, da es u.a. auch «einseitig» auf die Berentungsquote fokussiert. Zudem sind die Ergebnisse dafür auch zu unspezifisch. Dennoch, sie geben u.E. einen wichtigen

Hinweis darauf, nach welchen Prinzipien sich das Abklärungsverfahren ausrichten kann und welche Ergebnisse damit zu erreichen sind.



## 6 Das Beschwerdeverfahren

### 6.1 Vorgehensweisen der IV-Stellen

Legt eine versicherte Person nach einer Rentenverfügung Beschwerde ein, liegt die weitere **Fallführung** bei rund drei Vierte der IV-Stellen (20) standardmässig in der Hand einer **Fachperson der Rechtsabteilung**. Bei den übrigen IV-Stellen liegt die Fallführung standardmässig in der Hand einer Fachperson (oder der Leitungsperson) aus dem Team der Sachbearbeitung / Leistung und ein/e Jurist/in wird je nach Fall bei Bedarf beigezogen.

Der **Anteil der personellen Ressourcen**, der in den IV-Stellen für den **Bereich Recht** (bspw. juristische Abteilung, Fachdienst Recht o.ä.) eingesetzt wird, liegt gemäss den Angaben der IV-Stellen im Schnitt bei 4 Prozent, bei einer Bandbreite von 1 Prozent bis 8 Prozent. Etwa ein Drittel der IV-Stellen sah sich nicht in der Lage, die Frage nach dem Anteil der personellen Ressourcen, welche in der IV-Stelle **insgesamt für die Behandlung von Beschwerden** eingesetzt werden (ab Beschwerdeeröffnung bis Gerichtsurteil, inkl. RAD), zu beantworten. Die Antworten der übrigen IV-Stellen liegen im Schnitt bei 4 Prozent (Median) bzw. 6 Prozent (Mittelwert), bei einer grossen Bandbreite von 2 bis 15 Prozenten.

Nachdem eine Beschwerde eingereicht ist, wird die IV-Stelle vom Gericht aufgefordert, eine Beschwerdeantwort zu verfassen. Die IV-Stellen wurden gefragt, ob und wie oft welche Konstellationen bezüglich weiterer Bearbeitung eintreten. Die Antworten sind in **Tabelle 6** abgebildet. Allerdings gaben einige IV-Stellen an, die dritte Antwortkategorie «öfters, je nach Fall» bereite Mühe beim Ausfüllen, weshalb die angegebenen Ergebniswerte mit einer gewissen Vorsicht zu interpretieren sind. In der Tendenz kann jedoch gesagt werden, dass für die Beschwerdeantwort nie oder eher selten eine **schriftliche Stellungnahme** von der während des Abklärungsverfahrens fallführenden Person eingefordert wird, während dies vom **RAD** öfters eingefordert wird.

Tabelle 6: Involvierte Fachpersonen vor dem Verfassen einer Beschwerdeantwort

	nie	selten	öfters, je nach Fall	standard- mässig
Der <b>RAD</b> wird vor dem Verfassen der Beschwerdeantwort gebeten, eine schriftliche Stellungnahme abzugeben.	0%	38%	58%	4%
Die im Abklärungsverfahren <b>fallführende Person</b> wird vor dem Verfassen der Beschwerdeantwort gebeten, eine schriftliche Stellungnahme abzugeben.	42%	35%	15%	8%
Unklare Fälle werden zusammen mit anderen Fachpersonen der IV-Stelle <b>gemeinsam angeschaut</b> und das weitere Vorgehen wird festgelegt.	4%	50%	31%	15%

Anmerkung: Keine fehlenden Daten

Quelle: IV-Stellenbefragung 2014. Berechnungen BASS / ZHAW

In **Tabelle 7** sind die Antworten auf die Frage dargestellt, wie oft in den IV-Stellen folgende Situationen zu Art der Prüfung und Stellungnahme in einem Beschwerdeverfahren eintreten. Die Ergebnisse zeigen in der Tendenz, dass mehrheitlich ein **fallspezifisches Vorgehen** gewählt wird.

Tabelle 7: Art der Prüfung und Stellungnahme im Beschwerdeverfahren

	nie	selten	öfters, je nach Fall	standard- mässig
Die IV-Stelle <b>verzichtet</b> angesichts der in der Beschwerde vorgebrachten Argumente <b>auf eine vertiefte erneute Prüfung</b> und nimmt wie folgt Stellung: Sie <b>hält an Entscheid fest</b> und begnügt sich mit <b>Verweis auf Akten</b> .	19%	19%	50%	12%
Die IV-Stelle nimmt nach <b>erneuter Prüfung</b> wie folgt Stellung: Sie <b>hält an Entscheid fest</b> mit <b>Verweis auf eingeholte Stellungnahme</b> (des RAD, ev. des Abklärungsdienstes).	0%	42%	50%	8%
Die IV-Stelle nimmt nach erneuter Prüfung wie folgt Stellung: Sie <b>hält an Entscheid fest</b> und begründet dies (relativ) <b>ausführlich</b> in der Beschwerdeantwort.	0%	12%	46%	42%
Die IV-Stelle schlägt nach erneuter Prüfung dem Gericht selber eine <b>Rückweisung vor</b> .	8%	77%	15%	0%
Die IV-Stelle <b>ändert</b> nach erneuter Überprüfung ihre Beurteilung und stellt eine <b>Änderung des Entscheids</b> in Aussicht ( <b>pendente lite</b> ).	0%	96%	4%	0%

Anmerkung: Keine fehlenden Daten

Quelle: IV-Stellenbefragung 2014. Berechnungen BASS / ZHAW

Als «standardmässig» angekreuzt wird – zumindest von rund 40 Prozent der IV-Stellen – ausschliesslich die Situation, dass nach erneuter Prüfung am Entscheid festgehalten und dies (relativ) ausführlich in der Beschwerdeantwort begründet wird.

Dass es kaum Regelfälle gibt, bei denen sowohl das Vorgehen als auch der daraus resultierende Entscheid im Vorhinein schon klar ist, zeigt sich auch in den Ergebnissen der **Tabelle 8**. Die IV-Stellen wurden gefragt, inwiefern im Beschwerdeverfahren externe medizinische Beurteilungen eingeholt werden. Es zeigt sich, dass im Beschwerdeverfahren tendenziell seltener weitere Arztberichte, häufiger hingegen **medizinische Gutachten** eingeholt werden.

Tabelle 8: Externe medizinische Beurteilungen im Beschwerdeverfahren

	nie	selten	öfters, je nach Fall	standard- mässig
Die IV-Stelle holt <b>weitere Arztberichte</b> ein. Gestützt darauf <b>bleibt es</b> beim früheren Entscheid.	4%	38%	54%	4%
Die IV-Stelle holt <b>weitere Arztberichte</b> ein. Gestützt darauf wird der Entscheid <b>angepasst</b> .	4%	62%	31%	4%
Die IV-Stelle holt ein <b>medizinisches Gutachten</b> ein. Gestützt darauf <b>bleibt es</b> beim früheren Entscheid.	0%	20%	80%	0%
Die IV-Stelle holt ein <b>medizinisches Gutachten</b> ein. Gestützt darauf wird der <b>Entscheid angepasst</b> .	0%	48%	52%	0%

Anmerkung: bei den Fragen 3 und 4 hat eine IV-Stelle nicht geantwortet

Quelle: IV-Stellenbefragung 2014. Berechnungen BASS / ZHAW

## 6.2 Einige statistische Grössen

Die IV-Stellen liefern dem BSV die Anzahl der in der IV-Stelle eingereichten Beschwerden und wie das **kantonale Verwaltungsgericht** in Bezug auf diese entschieden hat. Das gleiche gilt bezüglich der Beschwerden, welche nach dem Entscheid des Kantonsgerichts an das **Bundesgericht** weiter gezogen werden. Diese Daten gelangen in **aggregierter** Form an das BSV, das heisst sie sind nicht mit den Registerdaten der ZAS verknüpft. Aus diesem Grund ist es nicht möglich, für die im Rahmen dieser Studie untersuchte Kohorte 2009 zu analysieren, wie viele der versicherten Personen nach einem Rentenentscheid Beschwerde eingelegt haben und wie die Ergebnisse der Gerichtsentscheide ausgefallen sind.

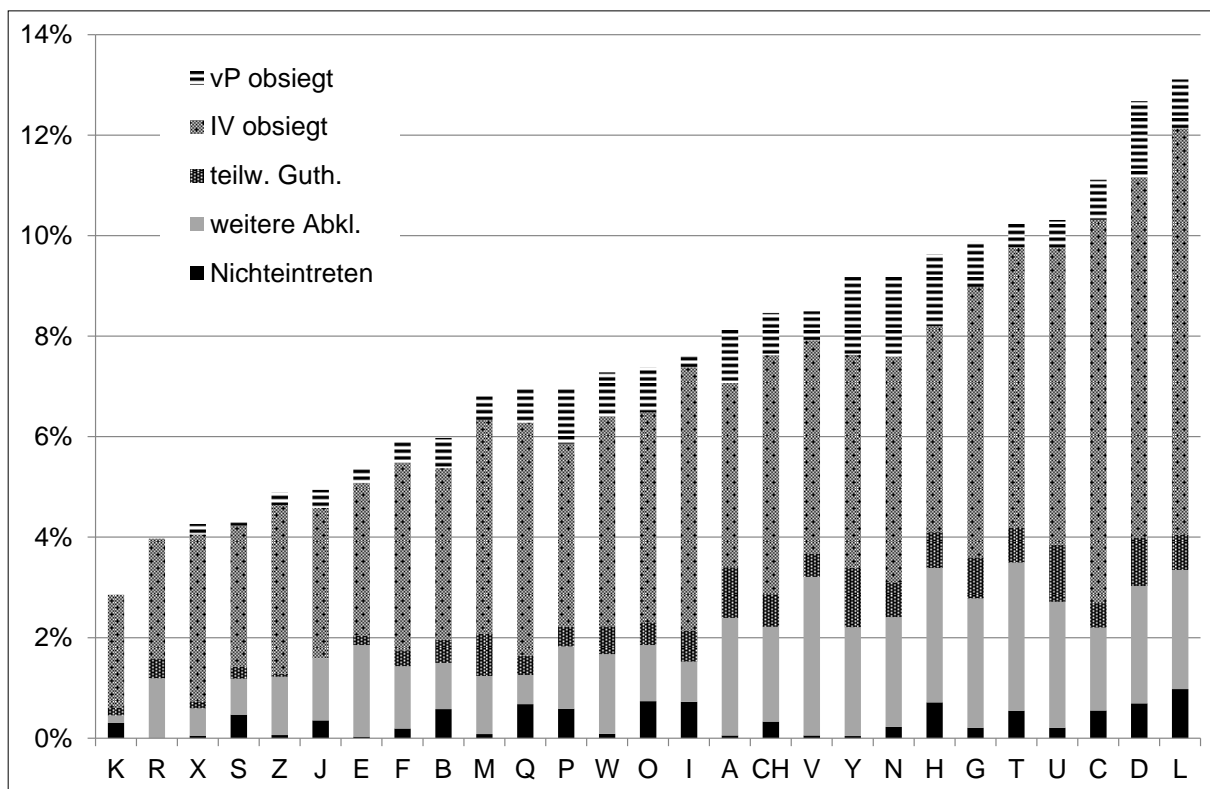
Einige statistische Grössen sollen nachfolgend jedoch ein **annäherndes Bild über Umfang und Entscheide der Beschwerdevorfälle** in Rentenfällen geben. Ausgehend von der Annahme, dass für die Kohorte der Neuanmeldungen 2009 im Jahr 2010 Beschwerdefälle höchstens in einem kleinen Ausmass aufgetreten sind, wurden die **Beschwerdedaten der Jahre 2011 bis 2013** untersucht. Bei den kantonalen Verwaltungsgerichten wurde in diesen drei Jahren über insgesamt 12'567 Beschwerden in Rentenfällen entschieden (2011: 4'590; 2012: 4'297; 2013: 3'680), pro Jahr waren dies über die drei Jahre dementsprechend im Schnitt **4'189 Beschwerden**.

### 6.2.1 Anzahl Beschwerden im Verhältnis zu den Neuanmeldungen der Kohorte 2009

Setzt man die durchschnittliche Anzahl der Beschwerden 2011-2013 pro Kanton ins Verhältnis zur Zahl der Neuanmeldungen im Jahr 2009 (Kohorte 2009), ergibt sich ein Bild gemäss **Abbildung 18**.

Im schweizerischen Mittel beträgt der **Anteil durchschnittlicher Beschwerden vor Kantonsgerichten** aus den Jahren 2011-2013 an den Neuanmeldungen der Kohorte **2009 insgesamt 8 Prozent** (Median 7%), die Bandbreite zwischen den IV-Stellen beträgt 3 bis 13 Prozent. Die Ergebniskategorien verteilen sich folgendermassen: 10 Prozent: versicherte Person obsiegt, 56 Prozent: Verwaltung obsiegt, 8 Prozent: teilweise Gutheissung, 22 Prozent: weitere Abklärung und 4 Prozent: Nichteintreten / Abschreibung / Rückzug.

Abbildung 18: Durchschnitt Beschwerden vor kant. Verwaltungsgericht (Basisjahre 2011-2013) im Verhältnis zu den Neuanmeldungen der versicherten Personen im Jahr 2009, nach IV-Stellen

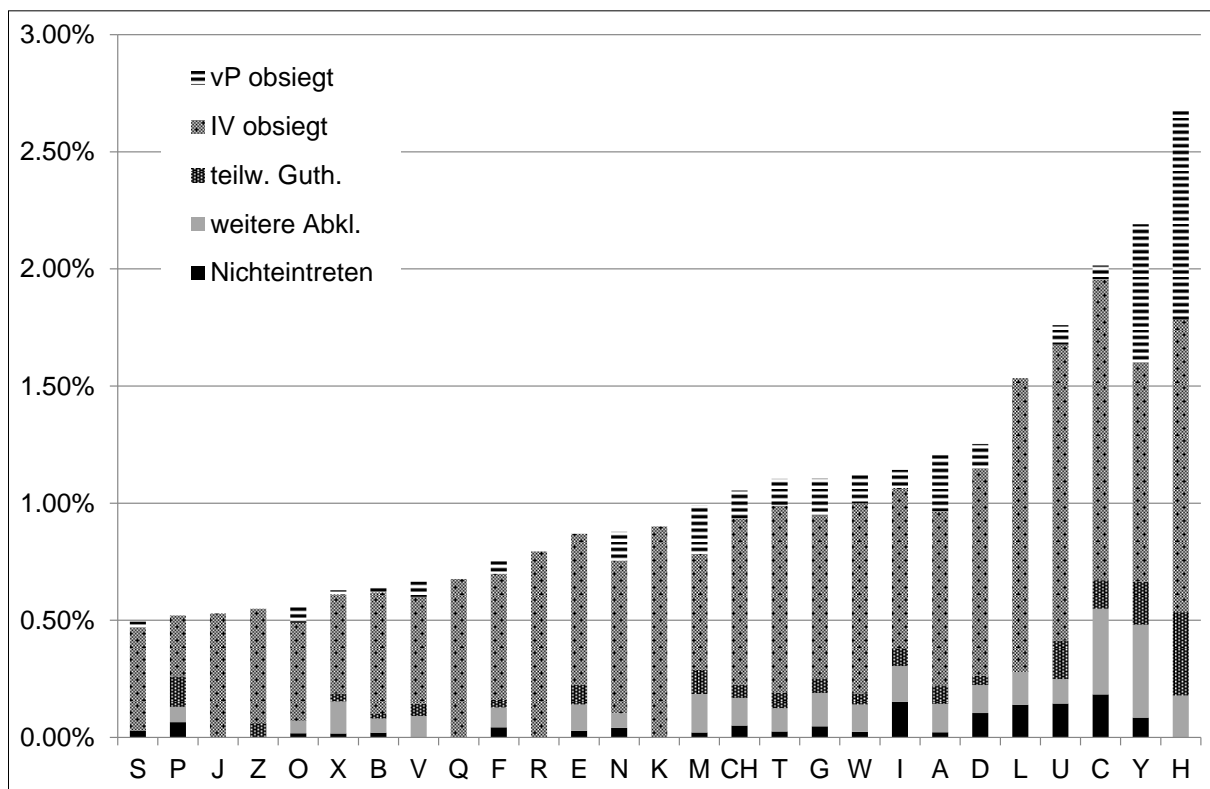


Anmerkungen: vP obsiegt = Versicherte Person obsiegt; IV obsiegt = Verwaltung obsiegt; teilw. Guth. = teilw. Gutheissung; weitere Abkl. = weitere Abklärung; Nichteintreten = Nichteintreten wegen Nichtbezahlung des Kostenvorschusses und Nichteintreten (Übriges) / Abschreibung / Rückzug  
 Quelle: Beschwerdedaten BSV. Berechnungen BASS / ZHAW

Die Anzahl der Beschwerden vor Bundesgericht in den Jahren 2011 bis 2013 betrug im Verhältnis zur Anzahl Beschwerden vor Kantonsgericht etwa ein Achtel (Total: 1'565; 2011: 465; 2012: 551; 2013: 549). Pro Jahr waren dies über die drei Jahre im Schnitt **522 Beschwerden**. Wird die durchschnittliche Anzahl der Beschwerden 2011-2013 pro Kanton und Ergebnisentscheid wiederum ins Verhältnis zur Zahl der Neuanmeldungen im Jahr 2009 (Kohorte 2009) gesetzt, ergibt sich ein Bild gemäss **Abbildung 19**.

Im schweizerischen Mittel beträgt der **Anteil der Beschwerden vor Bundesgericht** (Durschnitt 2011-2013) an der Kohorte **2009 insgesamt 1.1 Prozent** (Median 0.9%), die Bandbreite zwischen den IV-Stellen beträgt 0.5 bis 2.7 Prozent. Die Ergebniskategorien verteilen sich folgendermassen: 11 Prozent: versicherte Person obsiegt, 67 Prozent: Verwaltung obsiegt, 5 Prozent: teilweise Gutheissung, 11 Prozent: weitere Abklärung und 5 Prozent: Nichteintreten / Abschreibung / Rückzug. Im Vergleich zu der Verteilung bei den Kantonsgerichten ist bei den Bundesgerichtsentscheiden der Anteil der Fälle in denen die **Verwaltung obsiegt** dementsprechend **deutlich grösser** und der Anteil, in denen **weitere Abklärungen** verlangt werden, **deutlich geringer**.

Abbildung 19: Durchschnitt Beschwerden vor Bundesgericht (Basisjahre 2011-2013) im Verhältnis zur den Neuanmeldungen der versicherten Personen im Jahr 2009, nach IV-Stelle



Anmerkungen: vP obsiegt = Versicherte Person obsiegt; IV obsiegt = Verwaltung obsiegt; teilw. Guth. = teilw. Gutheissung; weitere Abkl. = weitere Abklärung; Nichteintreten = Nichteintreten wegen Nichtbezahlung des Kostenvorschusses und Nichteintreten (Übriges) / Abschreibung / Rückzug  
 Quelle: Beschwerdedaten BSV. Berechnungen BASS / ZHAW



## 6.3 Analyse der Gerichtsurteile

### 6.3.1 Übersicht

Analysiert wurden die Urteile aus drei der fünf näher untersuchten Kantone, es handelt sich um die Urteile der Kantone A, B und C. Die drei IV-Stellen stehen je für eine Ausprägung der in **Kapitel 4** beschriebenen Ausprägungen der Schlüsseldimensionen.

Weitere Auswahlkriterien waren:

■ Die IV-Stelle A hat – im Gegensatz zu den zwei anderen untersuchten IV-Stellen – den RAD-Stammsitz vor Ort. Sie kann dementsprechend alle Fachärzt/innen eng in den Abklärungsprozess einbinden und diesen gemeinsam koordinieren. Um festzustellen, ob das einen Einfluss auf die Akzeptanz der RAD-Stellungnahmen vor Gericht hat, ist es sinnvoll, Urteile aus diesem Kanton anzusehen.

■ Die IV-Stelle B setzt eine spezifische Strategie bezüglich Einsatz und Nutzung von Eingliederungsmassnahmen ein. Aus den Datenanalysen geht hervor, dass im Vergleich zu den anderen Kantonen relativ betrachtet deutlich mehr Renten bei Personen gesprochen werden, denen vorher Eingliederungsmassnahmen zugewiesen wurden. Dabei stellt sich die Frage, ob dies u.a. auch einen Einfluss auf das Beschwerdeverfahren bzw. die Begründungen der Gerichte hat (Rentenzusprache «aufgrund» von erfolgloser Eingliederung).

■ Die dritte IV-Stelle C ist diejenige, die gemäss den Datenanalysen deutlich weniger oft teurere medizinische (mono-, bi- und polydisziplinären) Gutachten durchführen lässt als andere Kantone. Zudem sind die Befragten als einzige der Meinung, dass sie ein Gericht haben, das sie mehrheitlich stützt und zu ihren Gunsten entscheidet.

Es wurde ein Analyseraster erstellt, um die Informationen aus den Urteilen kodieren zu können. Die Daten aus den Gerichtsurteilen wurden anschliessend statistisch ausgewertet.<sup>8</sup>

### 6.3.2 Grundgesamtheit der ausgewerteten Urteile

Es wurden Urteile aus den Beschwerdeverfahren zu Neurenten Erwachsener ab dem Jahr 2012 bis 2014 verwendet. Grundgesamtheit waren 310 vom BSV gelieferte kantonale Gerichtsurteile (120 IV-Stelle A, 129 IV-Stelle B, 61 IV-Stelle C) zu Rentenfällen. Ausgewertet wurden 191 Urteile mit materiellen Angaben bei erstmaligen Rentenzusprachen (85 A, 70 B, 36 C), alle anderen Fälle (z.B. zu beruflichen Massnahmen) wurden von der Untersuchung ausgeschlossen.

Diese Stichprobe umfasst rund 57 Prozent männliche und rund 43 Prozent weibliche Versicherte. Am stärksten vertreten sind mit rund 36 Prozent die Jahrgänge 1956-65, die Jahrgänge bis 1955 haben einen Anteil von 22 Prozent und die Jahrgänge 1966-75 einen Anteil von 20 Prozent. Die Anmeldungen sind vor allem in den Jahren 2008, 2009 und 2010 erfolgt, die angefochtenen Verfü-

---

<sup>8</sup> Um zu untersuchen, ob ein Zusammenhang zwischen den Variablen besteht, wurde ein Chi2-Test durchgeführt. Am P-Wert (Probability) kann die Signifikanz des Zusammenhangs abgelesen werden. Wenn der P-Wert > 0.1 ist, besteht kein signifikanter Zusammenhang.

- Wenn der P-Wert «0.05 < P-Wert < 0.1», ist der Zusammenhang auf dem 10%-Signifikanzniveau signifikant.

- Wenn der P-Wert «0.01 < P-Wert < 0.05», ist der Zusammenhang auf dem 5%-Signifikanzniveau signifikant.

- Wenn der P-Wert < 0.01 ist, ist der Zusammenhang auf dem 1%- Signifikanzniveau signifikant.

Als Richtwert kann angenommen werden, dass ein Zusammenhang besteht, wenn der Test auf dem 5%-Signifikanzniveau signifikant ist.

gungen stammen schwergewichtig aus den Jahren 2011 und 2012. Die ausgewerteten Urteile wurden in den Jahren 2012, 2013 und 2014 gefällt.

### 6.3.3 Hauptgründe für Beschwerden

Die Beschwerden in den untersuchten Urteilen zur erstmaligen Rentenzusprache betrafen in rund 79 Prozent der Fälle einen **ablehnenden Rentenentscheid von Seiten der IV-Stelle**, in den restlichen 21 Prozent erfolgte eine **Rentenzusprache** (siehe **Tabelle 9**). Zwischen den drei Kantonen bestehen diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 9: Entscheide der IV

Entscheid IV	Kanton A	Kanton B	Kanton C	Total
Rentenzusprache; n (%)	17 (20.00)	17 (24.29)	6 (16.66)	40 (20.94)
Rentenablehnung; n (%)	68 (80.00)	53 (75.71)	30 (83.33)	151 (79.06)
<b>Total</b>	85 (100.00)	70 (100.00)	36 (100.00)	191 (100.00)

Anmerkung: Pearson chi2 (2) = 0.92; p = 0.633

Quelle: Berechnungen BASS

Die im Urteil genannten und entschiedenen Streitpunkte betrafen in 90 Prozent der Fälle **medizinische Aspekte** und nur ausnahmsweise den Einkommensvergleich oder andere Elemente des Rentenanspruchs, dies ohne signifikante Unterschiede zwischen den Kantonen.

Der im Urteil behandelte **Gesundheitsschaden** lässt sich in rund 30 Prozent der Fälle als somatisch, in rund 16 Prozent als psychisch und in rund 54 Prozent als sowohl somatisch als auch psychisch charakterisieren (siehe **Tabelle 10**).

Tabelle 10: Gesundheitsschaden

Gesundheitsschaden	Kanton A	Kanton B	Kanton C	Total
Somatisch; n (%)	25 (29.41)	22 (31.43)	10 (27.78)	57 (29.84)
Psychisch; n (%)	8 (9.41)	10 (14.29)	12 (33.33)	30 (15.71)
Somatisch und psychisch; n (%)	52 (61.18)	38 (54.29)	14 (38.89)	104 (54.45)
<b>Total</b>	85 (100.00)	70 (100.00)	36 (100.00)	191 (100.00)

Anmerkung: Pearson chi2 (4) = 11.7790; p = 0.019

Quelle: Berechnungen BASS

Im Kanton A liegt der Anteil der psychischen Gesundheitsschäden unter dem Durchschnitt und derjenige der gemischten über dem Durchschnitt, im Kanton C ist dies gerade umgekehrt.

### 6.3.4 Entscheidungen des Gerichts (Verfahrensausgang)

Die Durchschnittswerte der drei Kantone zusammen stimmen punkto Ergebnis des Urteils, nämlich Abweisung der Beschwerde (= Bestätigung des IV-Entscheids), Rückweisung oder (teilweise oder vollumfängliche) Gutheissung der Beschwerde, mit 56, 25 und 19 Prozent recht genau mit den gesamtschweizerischen statistischen Werten (von 56, 22 und 18 Prozent bezogen auf die mit einem Sachurteil erledigten Verfahren) überein (siehe **Tabelle 11**).

Tabelle 11: Urteilsergebnisse

Ergebnis Urteil	Kanton A	Kanton B	Kanton C	Total
Abweisungen; n (%)	38 (44.71)	46 (65.71)	23 (63.89)	107 (56.02)
Rückweisungen; n (%)	24 (28.24)	15 (21.43)	9 (25.00)	48 (25.13)
Gutheissungen; n (%)	23 (27.06)	9 (12.86)	4 (11.11)	36 (18.85)
<b>Total</b>	<b>85</b> <b>(100.00)</b>	<b>70</b> <b>(100.00)</b>	<b>36</b> <b>(100.00)</b>	<b>191</b> <b>(100.00)</b>

Anmerkung: Pearson chi2 (4) = 9.7391; p = 0.045  
Quelle: Berechnungen BASS

Im Kanton A liegt der Anteil der Abweisungen unter, derjenige der Rückweisungen hingegen leicht und derjenige der Gutheissungen deutlich über dem Durchschnitt der drei Kantone. Kanton B verzeichnet mehr Abweisungen und weniger Rückweisungen und Gutheissungen als der Durchschnitt.

Im Kanton C liegen die Abweisungen über, die Rückweisungen im und die Gutheissungen unter dem Durchschnitt.

Das Ergebnis erstaunt insofern als der Kanton A (bei rund 21 Prozent der angemeldeten Personen in der Kohorte 2009) und auch Kanton B (rund 19 Prozent) deutlich mehr medizinische Gutachten einholen und deshalb weniger Rückweisungen zu erwarten wären als in Kanton C mit knapp mehr als 10 Prozent (siehe Kap. 5.2). Im Kanton C liegt dementsprechend vermutlich eine häufigere Anerkennung von RAD-Stellungnahmen vor.

### 6.3.5 Grundlagen für den Gerichtsentscheid

Die Gerichte folgten in rund 49 Prozent der Fälle den Beurteilungen eines Gutachtens und in 14 Prozent derjenigen des RAD (siehe **Tabelle 12**).

Tabelle 12: Grundlagen Entscheide

Gericht folgt	Kanton A	Kanton B	Kanton C	Total
Gutachten; n (%)	44 (51.76)	39 (55.71)	11 (30.56)	94 (49.21)
RAD; n (%)	8 (9.41)	8 (11.43)	11 (30.56)	27 (14.14)
Beiden/anderen/eigene Beurteilung; n (%)	33 (38.82)	23 (32.86)	14 (38.89)	70 (36.65)
<b>Total</b>	<b>85</b> <b>(100.00)</b>	<b>70</b> <b>(100.00)</b>	<b>36</b> <b>(100.00)</b>	<b>191</b> <b>(100.00)</b>

Anmerkung: Pearson chi2 (4) = 12.2644; p = 0.015  
Quelle: Berechnungen BASS

Im Kanton A und B stellte das Gericht etwa dem Durchschnitt entsprechend auf ein Gutachten oder die RAD-Beurteilung; im Kanton C deutlich seltener auf ein Gutachten und deutlich häufiger auf die RAD-Beurteilung ab. Das bestätigt die Vermutung, dass das Gericht im Kanton C häufiger RAD-Stellungnahmen folgt und deshalb vermutlich auch weniger Gutachten eingeholt werden.

### 6.3.6 Akzeptanz von RAD-Stellungnahmen

In rund 18 Prozent der Urteile wurde gar keine Stellungnahme des RAD erwähnt. In rund 20 Prozent folgte das Gericht der RAD-Beurteilung nicht, in rund 35 Prozent erwähnte es sie lediglich, in rund 27 Prozent schloss es sich ihr an (siehe **Tabelle 13**).

Tabelle 13: RAD- Beurteilungen und Entscheide

<b>RAD-Beurteilung / Gerichtsentscheid</b>	<b>Kanton A</b>	<b>Kanton B</b>	<b>Kanton C</b>	<b>Total</b>
RAD nicht erwähnt; n (%)	17 (20.00)	15 (21.43)	3 (8.33)	35 (18.32)
Gericht entscheidet anders; n (%)	18 (21.18)	12 (17.14)	9 (25.00)	39 (20.42)
Gericht neutral; n (%)	37 (45.53)	20 (28.57)	9 (25.00)	66 (43.55)
Gericht übernimmt; n (%)	11 (15.29)	23 (32.86)	15 (41.67)	51 (26.70)
<b>Total</b>	<b>85</b> (100.00)	<b>70</b> (100.00)	<b>36</b> (100.00)	<b>191</b> (100.00)

Anmerkung: Pearson chi2 (6) = 15.0431; p = 0.020  
Quelle: Berechnungen BASS

Die Werte des Kantons A sind nahe dem Durchschnitt, ausgenommen der tiefe Anteil der Fälle, in denen das Gericht der RAD-Beurteilung folgt. Bei Kanton B ist die blosser Erwähnung der RAD-Beurteilung seltener, und die Fälle in denen das Gericht der RAD-Beurteilung folgt, sind häufiger. Bei Kanton C ist die Nichterwähnung des RAD durch das Gericht deutlich seltener und das Abstellen auf die RAD-Beurteilung häufiger.

Die Auswertungen bestätigen die Angaben in den Interviews. In Kanton A und B wurde berichtet, dass Gutachten für die Anerkennung vor Gericht wesentlich seien und deshalb eingeholt werden müssten.

### 6.3.7 Akzeptanz von Gutachten

In rund 24 Prozent der Fälle (46 von 191) wurde im Urteil kein Gutachten erwähnt. Von den in einem Urteil erwähnten Gutachten waren 56 Prozent polydisziplinäre, 13 Prozent bidisziplinäre und 31 Prozent monodisziplinäre. In über zwei Drittel der Fälle ist die IV die Auftraggeberin, in den übrigen je hälftig Dritte oder das Gericht; in rund 8 Prozent der Fälle (15 von 191) lag ein Gerichtsgutachten vor (siehe **Tabelle 14**).

Tabelle 14: Auftraggeber Gutachten

<b>Auftraggeber</b>	<b>Kanton A</b>	<b>Kanton B</b>	<b>Kanton C</b>	<b>Total</b>
Unklar; n (%)	4 (5.33)	1 (1.56)	0 (0.00)	5 (2.31)
IV/RAD; n (%)	64 (85.33)	46 (71.88)	23 (74.19)	133 (78.24)
Gericht; n (%)	5 (6.67)	7 (10.94)	3 (9.68)	15 (8.82)
Dritte; n (%)	2 (2.67)	10 (15.63)	5 (16.13)	17 (10.00)
<b>Total</b>	<b>75</b> (100.00)	<b>64</b> (100.00)	<b>31</b> (100.00)	<b>170</b> (100.00)

Anmerkung: Pearson chi2 (6) = 11.63; p = 0.07  
Quelle: Berechnungen BASS

Im Kanton A liegt der Anteil der Fälle mit einem von der IV veranlassten Gutachten über dem Durchschnitt, der Anteil der Fälle mit Gerichtsgutachten oder mit Drittgutachten unter dem Durchschnitt. Im Kanton B liegt der Anteil der Fälle mit einem Gerichts- oder Drittgutachten über dem Durchschnitt, der Anteil der Fälle mit einem von der IV veranlassten Gutachten darunter. Im Kanton C liegt der Anteil von Fällen mit Drittgutachten über und der Anteil von Fällen mit von der IV-Stelle veranlassten Gutachten unter dem Durchschnitt. Dies lässt sich möglicherweise durch die gesamtschweizerisch höhere Anzahl von Beschwerden in Kanton C erklären. Die Gutachten werden vermutlich überwiegend von der beschwerdeführenden versicherten Person eingereicht.

Von den Gutachten wurden rund 77 Prozent als **beweistauglich** und rund 23 Prozent als mangelhaft eingestuft (siehe **Tabelle 15**).

Tabelle 15: Wertung Gutachten (alle Arten)

Wertung des Gerichts	Kanton A	Kanton B	Kanton C	Total
Beweistauglich; n (%)	52 (70.27)	60 (93.75)	18 (58.06)	130 (76.92)
Mangelhaft; n (%)	22 (29.73)	4 (6.25)	13 (41.94)	39 (23.08)
<b>Total</b>	<b>74</b> <b>(100.00)</b>	<b>64</b> <b>(100.00)</b>	<b>31</b> <b>(100.00)</b>	<b>169</b> <b>(100.00)</b>

Anmerkung: Pearson chi2 (2) = 18.2641; p = 0.000  
Quelle: Berechnungen BASS

Im Kanton A liegt der Anteil der als beweistauglich eingestuften Gutachten etwas unter dem Durchschnitt, im Kanton B deutlich darüber und im Kanton C deutlich darunter. Die gleichen Proportionen ergeben sich, wenn nur die polydisziplinären Gutachten betrachtet werden (siehe **Tabelle 16**):

Tabelle 16: Wertung Gutachten polydisziplinär

Wertung des Gerichts	Kanton A	Kanton B	Kanton C	Total
Beweistauglich; n (%)	35 (76.09)	33 (94.29)	7 (50.00)	75 (78.95)
Mangelhaft; n (%)	11 (23.91)	2 (5.71)	7 (50.00)	20 (21.05)
<b>Total</b>	<b>46</b> <b>(100.00)</b>	<b>35</b> <b>(100.00)</b>	<b>14</b> <b>(100.00)</b>	<b>95</b> <b>(100.00)</b>

Anmerkung: Pearson chi2 (2) = 12.2391; p = 0.002  
Quelle: Berechnungen BASS

Die – selteneren – bidisziplinären Gutachten wurden vom Gericht lediglich in etwas mehr als zwei Dritteln der Fälle als beweistauglich eingestuft, dies mit Unterschieden zwischen den Kantonen, die aber statistisch nicht als signifikant gelten können (siehe **Tabelle 17**).

Tabelle 17: Wertung Gutachten bidisziplinär

Wertung des Gerichts	Kanton A	Kanton B	Kanton C	Total
Beweistauglich; n (%)	8 (66.67)	2 (100)	2 (66.67)	12 (70.59)
Mangelhaft; n (%)	4 (33.33)	0 (0.00)	1 (33.33)	5 (29.41)
<b>Total</b>	<b>12</b> <b>(100.00)</b>	<b>2</b> <b>(100.00)</b>	<b>3</b> <b>(100.00)</b>	<b>17</b> <b>(100.00)</b>

Anmerkung: Pearson chi2 (2) = 0.9444; p = 0.624  
Quelle: Berechnungen BASS

Bei den monodisziplinären Gutachten ist der Anteil der als beweistauglich eingestuftem Gutachten mit drei Viertel gleich hoch wie bei den polydisziplinären. Die Unterschiede zwischen den Kantonen zeigen, wenn auch weniger ausgeprägt, das gleiche Muster, können aber statistisch nicht als signifikant gelten (**Tabelle 18**).

Tabelle 18: Wertung Gutachten monodisziplinär

Wertung des Gerichts	Kanton A	Kanton B	Kanton C	Total
Beweistauglich; n (%)	6 (54.55)	15 (93.75)	6 (66.67)	27 (75.00)
Mangelhaft; n (%)	5 (45.45)	1 (6.25)	3 (33.33)	9 (25.00)
<b>Total</b>	<b>11</b> (100.00)	<b>16</b> (100.00)	<b>9</b> (100.00)	<b>36</b> (100.00)

Anmerkung: Pearson chi2 (2) = 5.7879; p = 0.055

Quelle: Berechnungen BASS

Für die Beantwortung der Frage, ob es je nach Art des Gutachtens weniger Rückweisungen gibt siehe **Tabelle 19**.

Tabelle 19: Art des Gutachtens und Rückweisungen

Art des Gutachtens	Ergebnis des Urteils			Total
	Abweisung	Rückweisung	Gutheissung	
Monodisziplinär; n (%)	19 (59.38)	9 (28.13)	4 (12.50)	32 (100.00)
Bidisziplinär; n (%)	10 (52.63)	2 (10.53)	7 (36.84)	19 (100.00)
Polydisziplinär; n (%)	56 (65.12)	10 (11.63)	20 (23.26)	86 (100.00)
<b>Total</b>	<b>85</b> (62.04)	<b>21</b> (15.33)	<b>31</b> (22.63)	<b>137</b> (100.00)

Anmerkung: Pearson chi2 (4) = 8.0736; p = 0.089

Quelle: Berechnungen BASS

Bei polydisziplinären Gutachten gibt es relativ betrachtet mehr Abweisungen (also Bestätigungen des IV-Entscheids), bei polydisziplinären und bidisziplinären Gutachten weniger Rückweisungen als bei monodisziplinären Gutachten. Die Unterschiede zwischen den Kantonen können jedoch statistisch nicht als signifikant angesehen werden.

### 6.3.8 Gründe für Rückweisungen

Der Anteil Rückweisungen ist vergleichsweise gering, wenn die Würdigung der medizinischen Unterlagen im Urteil dem Gutachten, dem RAD oder beiden folgt, hingegen sehr hoch, wenn das Gericht einer anderen Beurteilung folgt oder eine eigene vornimmt (siehe **Tabelle 20**).

Tabelle 20: Gericht folgt...

Würdigung folgt	Ergebnis des Urteils			Total
	Abweisung	Rückweisung	Gutheissung	
Gutachten; n (%)	61 (64.89)	8 (8.51)	25 (26.60)	94 (100.00)
RAD; n (%)	23 (85.19)	1 (3.70)	3 (11.11)	27 (100.00)
Andere Beurteilung; n (%)	3 (20.00)	11 (73.33)	1 (6.67)	15 (100.00)
Eigene Beurteilung; n (%)	7 (18.92)	26 (70.27)	4 (10.81)	37 (100.00)
RAD und Gutachten; n (%)	13 (72.22)	2 (11.11)	3 (16.67)	18 (100.00)
<b>Total</b>	107 (56.02)	48 (25.13)	36 (18.85)	191 (100.00)

Anmerkung: Pearson chi2 (8) = 85.7151; p = 0.000  
Quelle: Berechnungen BASS

Eine Gutheissung ist vergleichsweise häufig, wenn das Gericht die RAD-Beurteilung lediglich erwähnt («neutral»). Wenn das Gericht der RAD-Beurteilung nicht folgt («entscheidet anders»), dann kommt es relativ häufig zu einer Rückweisung und vergleichsweise selten zu einer Abweisung (siehe **Tabelle 21**).

Insgesamt übernahm das Gericht in 51 von 191 Fällen die Beurteilung des RAD (rund 27 Prozent), erwähnte diese 66 Mal neutral (rund 35 Prozent) und entschied in 35 Fällen (rund 18 Prozent) anders.

Tabelle 21: RAD- Beurteilung/ Gerichtsentscheid

Gerichtsentscheid	Ergebnis des Urteils			Total
	Abweisung	Rückweisung	Gutheissung	
Nicht erwähnt; n (%)	25 (71.43)	5 (14.29)	5 (14.29)	35 (100.00)
Entscheidet anders; n (%)	1 (2.56)	31 (79.49)	7 (17.95)	39 (100.00)
Neutral; n (%)	39 (59.09)	9 (13.64)	18 (27.27)	66 (100.00)
Übernimmt Beurteilung; n (%)	42 (82.35)	3 (5.88)	6 (11.76)	51 (100.00)
<b>Total</b>	107 (56.02)	48 (25.13)	36 (18.85)	191 (100.00)

Anmerkung: Pearson chi2 (6) = 90.5254; p = 0.000  
Quelle: Berechnungen BASS

Die **Gründe**, die im Urteil für eine Rückweisung genannt werden, lassen sich in zwei grosse Gruppen zusammenfassen, nämlich einerseits ungenügende Abklärungen und andererseits nicht überzeugende RAD-Beurteilungen - oder beides.

### 6.3.9 Zusammenfassung nach Kantonen

Beschwerden gegen Entscheide der IV-Stellen der Kantone B und C werden häufiger abgewiesen als im Durchschnitt; hier ist der Anteil Gutheissungen und zum Teil auch Rückweisungen geringer. Umgekehrt werden Beschwerden gegen Entscheide der IV-Stelle des Kantons A weniger häufig ab-

gewiesen und der Anteil an Gutheissungen und Rückweisungen ist höher als im Durchschnitt (siehe Abschnitt 6.3.4).

Im Kanton A folgt das Gericht der RAD-Beurteilung seltener und bewertet Gutachten etwas weniger häufig als beweistauglich als im Durchschnitt.

Im Kanton B werden Gutachten vom Gericht deutlich häufiger als beweistauglich eingestuft als im Durchschnitt. Ebenso folgt das Gericht häufiger der RAD-Beurteilung.

Im Kanton C stellt das Gericht seltener auf ein Gutachten und häufiger auf die RAD-Beurteilung ab, es erwähnt sie häufiger und folgt ihr auch. Es stuft Gutachten deutlich weniger häufig als beweistauglich ein.



## 7 Gesamtbetrachtung und Fazit

Die Hauptergebnisse werden im Rahmen dieses Kapitels in einem ersten Abschnitt noch einmal vereinfacht zusammengefasst. In einem zweiten Abschnitt werden Schlussfolgerungen gezogen, die Erfolgsfaktoren und Hindernisse sowie Aussagen zur «good practice» betreffen.

### 7.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Im Rahmen der Studie wurden verschiedene Aspekte vertiefend untersucht:

- Strategien und Konzeption des Abklärungsverfahrens in den IV-Stellen
- Unterscheidung verschiedener Typologien im Vollzug
- Output und Wirkungen der verschiedenen Strategien und Vorgehensweisen

#### 7.1.1 Strategien und Konzeption des Abklärungsverfahrens in den IV-Stellen

Insgesamt gesehen fühlen sich alle befragten IV-Stellen dem Prinzip «Eingliederung vor Rente» gleichermaßen verpflichtet. Jedoch wird das Prinzip unterschiedlich verstanden. Für die meisten IV-Stellen bedeutet es, erst dann die Rente zu prüfen, wenn Eingliederungsmassnahmen nicht erfolgreich sind. Die Eingliederung wird grundsätzlich als möglich angesehen und verfolgt, solange nicht das Gegenteil bewiesen ist. Ausnahmen werden nur bei versicherten Personen gemacht, deren Gesundheitsschaden eine Eingliederung eindeutig verhindert, z.B. Hirnverletzung, schwerer Schlaganfall, Krebs im Endstadium etc. Diese Vorgehensweise haben wir als «**breite Eingliederungsstrategie**» bezeichnet. Massnahmen zur Frühintervention werden meist ohne zusätzliche medizinische Abklärung eingesetzt. In der Mehrheit der IV-Stellen auch dann, wenn noch kein unmittelbarer, rentenrelevanter Gesundheitsschaden absehbar ist. Damit versuchen die IV-Stellen, Ressourcen zu erhalten.

Eine Minderheit der IV-Stellen beschreibt im Gegensatz dazu eine eher selektive Zusprachepraxis. Eingliederungsmassnahmen werden dort nur in Betracht gezogen, wenn der versicherten Person ein Arbeitsplatzverlust droht oder ein deutliches Rentenrisiko vorliegt. Die Umsetzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» bedeutet für diese IV-Stellen, Eingliederungsmassnahmen primär zur Vermeidung von drohenden Rentenzahlungen einzusetzen. Diese Konzeption bezeichnen wir als «**selektive Eingliederungsstrategie**». Grundlage der Selektion ist in der Regel die medizinisch-theoretische Beurteilung des Gesundheitsschadens.

Natürlich gibt es IV-Stellen, die nicht eindeutig einer dieser beiden Strategien zuzuordnen sind. So kommen Mischformen durchaus zur Anwendung.

Weitere Unterschiede in der Konzeption waren in der **Zusammenarbeit mit dem RAD** und dem Einsatz externer Abklärungsmassnahmen zu finden.

So kann der RAD entweder bereits früh und eng in Abläufe und Entscheidungen eingebunden sein oder eher erst zum Grundsatzentscheid und vor allem in der Rentenprüfung. Die Kommunikation mit dem RAD kann entweder mündlich erfolgen, z.B. in gemeinsamen Fallbesprechungen oder eher schriftlich durch Stellungnahmen. Die Aufgabe des RAD kann eher darin liegen, das Eingliederungspotential oder die IV-Relevanz des Gesundheitsschadens zu beurteilen. Je nachdem bevorzugen die IV-Stellen Allgemeinmediziner oder Spezialisten. Die Ergebnisse der statistischen Analysen

verweisen darauf, dass beim Grundsatzentscheid eine Abstützung auf die Beurteilung des RAD sinnvoll ist.

In welchem Umfang **medizinische Gutachten** veranlasst werden, scheint nicht direkt mit der Eingliederungsstrategie zusammen zu hängen, da medizinische Gutachten erst in der späteren Phase der Abklärung relevant werden. So ist aus statistischer Sicht kein direkter Zusammenhang zwischen dem Anteil an durchgeführten medizinischen Gutachten, der Eingliederungsstrategie und der Berentungsquote herstellbar. Gutachten werden vor allem dann eingeholt, wenn die vorhandenen Informationen nicht ausreichen, um den Gesundheitsschaden und die noch vorhandenen Ressourcen beurteilen zu können. Eigene Untersuchungen führt der RAD bei 15 IV-Stellen je nach Fall durch, bei 11 IV-Stellen finden keine eigenen medizinischen Untersuchungen des RAD statt. Es wurde aber die Hypothese überprüft ob eine breite Eingliederungsstrategie dazu führen kann, dass man am Ende des Abklärungsprozesses eher ein polydisziplinäres Gutachten benötigt, um eventuell trotz gescheiterter Eingliederung nachweisen zu können, dass kein rentenrelevanter Gesundheitsschaden vorliegt oder um den Berentungsgrad zu begründen. Die vorliegenden Daten stützen diese Vermutung jedoch nicht.

Ergebnisse **beruflicher Abklärungsmassnahmen** sind vor allem in der Eingliederung wichtig. Sie werden von den meisten IV-Stellen auch in die Rentenprüfung miteinbezogen.

### 7.1.2 Unterscheidung verschiedener Typologien im Vollzug

Die **Prozesse** in den IV-Stellen sind meist sehr klar definiert und beschrieben. Nur 4 IV-Stellen geben an, dass sie das Vorgehen eher offen und fallbezogen entwickeln mit wenig detaillierten Prozessbeschreibungen.

In den Rollen und Aufgaben trennen die IV-Stellen meist zwischen Eingliederung und Leistungsabteilung. Der Schnittstelle zwischen Eingliederungs- und Rentenverfahren kommt im Vollzug eine besondere Bedeutung zu. Gemeinsame Sitzungen finden nach den Ergebnissen der schriftlichen Befragung jedoch nur in 3 IV-Stellen regelmässig und in 11 IV-Stellen fallabhängig statt.

Der **Vollzug** des Abklärungsverfahrens ist in den IV-Stellen sehr heterogen, es können deshalb keine «einfachen» Typen ermittelt werden, die Merkmale aus mehreren Dimensionen enthalten. Ein Merkmal in den Prozessen zeigt in den Wirkungsanalysen jedoch sowohl einen deutlichen Zusammenhang mit dem Outcome wie auch zu wichtigen Merkmalen anderer Dimensionen. Anhand der Angaben der IV-Stellen zu Art und Zeitpunkt der **Beschaffung von Informationen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten** und deren Verwendung im Abklärungsprozess können drei Typen unterschieden werden (vgl. dazu auch Bolliger und Féraud 2015):

- entweder werden die Informationen standardmässig bereits vor dem ersten Triageentscheid (Typ 1)
- oder erst nachher beschafft (Typ 2),
- ein dritter Falltyp geht nur fallweise vor (Typ 3).

Für die **Zusammenarbeit mit dem RAD** sind Unterschiede in den Phasen vor dem ersten Triageentscheid und bis zum Grundsatzentscheid zu erkennen. Diese widerspiegeln sich zum Teil auch in den drei beschriebenen Typen.

Im **Typ 1** beurteilt der RAD vor der ersten Triage vor allem, ob sich ein IV-relevanter Gesundheitsschaden abzeichnet. Eingliederungsmassnahmen werden eher selektiv aufgrund schriftlicher medi-

zinischer Informationen eingesetzt. Zwischen Triage und Grundsatzentscheid ist der RAD eher fallweise in die Beurteilung des Eingliederungspotentials und den Eingliederungsplan einbezogen.

Im **Typ 2** werden Eingliederungsmassnahmen vor der ersten Triage kaum aufgrund medizinischer Informationen und Einschätzung des Gesundheitsschadens selektiert. Dies führt bei einer Mehrheit der IV-Stellen zu einer etwas breiteren Anwendung von Eingliederungsmassnahmen. Der RAD wird bei den meisten IV-Stellen erst zwischen Triage und Grundsatzentscheid standardmässig oder fallweise stärker involviert.

Im **Typ 3** ist der RAD bis zum ersten Triageentscheid fast immer fallweise oder standardmässig eingebunden. Das kann mündlich, schriftlich oder beides sein. In der Phase zwischen Triage und Grundsatzentscheid beurteilt der RAD das Eingliederungspotential und ist im Gegensatz zu den anderen Typen eher in den Eingliederungsplan einbezogen. Der Austausch erfolgt meist mündlich.

Während der Eingliederung und in der Rentenprüfung gehen die IV-Stellen unterschiedlich vor: entweder holen sie Gutachten fallweise parallel zu laufenden Eingliederungsmassnahmen ein (in einigen IV-Stellen aus Typ 2 der Fall) oder erst anschliessend (eher bei Typ 1 und 3). Der RAD beurteilt in allen IV-Stellen den Gesundheitsschaden und gibt eine schriftliche Stellungnahme. Im Typ 3 ist der RAD eher etwas aktiver in die Entscheide eingebunden, wann welche Informationen und Gutachten beschafft werden.

### 7.1.3 Input, Output und Wirkungen der verschiedenen Strategien und Vorgehensweisen

Folgende **Input** und **Output** Parameter wurden für die Kohorte 2009 auf IV-Stellenbasis ermittelt:

- Anteil externe Eingliederungsmassnahmen zu verschiedenen Zeitpunkten und mittlere Dauer bis zur erstmaligen Umsetzung
- Anteil externer Abklärungsmassnahmen (Gutachten) und mittlere Dauer bis zur Einholung des ersten Gutachtens
- Anteil offene Fälle zu verschiedenen Zeitpunkten der Beobachtungsdauer
- Ausgaben pro Kopf und Bezüger von externen Eingliederungsmassnahmen und Abklärungen.

Die Indikatoren zeigen auf, dass zwischen den IV-Stellen diesbezüglich relativ grosse Unterschiede bestehen. Ein Teil der Unterschiede kann mit den unterschiedlichen Herangehensweisen und Strategien der IV-Stellen in Verbindung gebracht werden. Zumindest bei den fünf IV-Stellen, die im Rahmen der Studie genauer betrachtet wurden, finden sich schlüssige Erklärungen, weshalb sie sich an einer bestimmten Stelle im Vergleich zu anderen IV-Stellen befinden. In keiner der fünf IV-Stellen, wo die wichtigsten Ergebnisse vorgestellt wurden, war man über gewisse Positionierungen erstaunt. Vielmehr wurde in den Gesprächen nochmals erläutert, weshalb man ein bestimmtes Ergebnis so erwartet hat.

Mit Hilfe von multivariaten Analysemethoden konnten **Wirkungszusammenhänge** festgestellt werden. Unter Kontrolle des externen Umfelds, das vor allem die Arbeitslosenquote und den Anteil Ausländerinnen und Ausländer berücksichtigt, führen folgende Vorgehensweisen zu einer eher tieferen gewichteten Rentenquote:

- schriftliche Informationen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten erst nach dem ersten Triageentscheid standardmässig einholen

- FI-Massnahmen rasch zusprechen
- den Grundsatzentscheid auf der RAD-Beurteilung des Eingliederungspotentials und der (prozentualen) Arbeitsfähigkeit abstützen
- tendenziell bei Personen, die Eingliederungsleistungen beziehen, mehr Geld investieren.

Nicht bestätigt wurde die Hypothese, dass ein Zusammenhang zwischen RAD-Art («Stamm» mit mehr Fachspezialisten vor Ort versus «Satellit» mit tendenziell mehr Allgemeinmediziner/innen) und den Kosten für externe Abklärungen besteht. Ebenfalls nicht bestätigt haben sich die Annahmen, dass Zusammenhänge zwischen dem Spezialisierungsgrad der fallführenden Fachpersonen oder dem Vorhandensein von detaillierten Prozessbeschreibungen einerseits und der Berentungsquote andererseits vorliegen.

Die **Analyse der Gerichtsurteile** in Rentenfällen ergab, dass sich diese in erster Linie auf die medizinische Beurteilung des Gesundheitsschadens und weniger auf den Einkommensvergleich beziehen. RAD-Stellungnahmen werden in den drei untersuchten Kantonen vom Gericht unterschiedlich gut anerkannt. Alle Arten von Gutachten werden grösstenteils als beweistauglich eingestuft; bei polydisziplinären Gutachten ist der Anteil als beweistauglich eingeschätzter Gutachten jedoch vergleichsweise am höchsten. Gründe, die im Urteil für eine Rückweisung genannt werden, sind entweder ungenügende Abklärungen, nicht überzeugende RAD-Beurteilungen - oder beides.

## 7.2 Schlussfolgerungen, Fazit

Die Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen sollen vor allem folgende Fragen beantworten:

- Welche Erfolgsfaktoren und Hindernisse (z.B. bei der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren) können identifiziert werden?
- Welche Kernelemente zeichnen eine good practice der Ausgestaltung der IV-Abklärung aus?
- Welche Möglichkeiten können zur Straffung der Verfahren identifiziert werden?
- Wie sollte am besten mit der Spannung zwischen Geschwindigkeit und Präzision, bzw. zwischen Eingliederungs- und Rentenprüfungsperspektive umgegangen werden?

Die Antworten auf diese Fragen können den IV-Stellen als Anregung dienen, ihre Praxis zu reflektieren.

### 7.2.1 Erfolgsfaktoren und Hindernisse

Die Ergebnisse der Studie lassen einige Schlussfolgerungen zu Erfolgsfaktoren und Hindernissen zu. Diese sind z.T. in den abschliessenden Gesprächen mit den fünf IV-Stellen entstanden oder dort validiert worden.

Als **Erfolgsfaktoren** im Abklärungsverfahren können genannt werden:

- Rascher und eher grosszügiger Einsatz von Massnahmen zur Frühintervention, ggf. unter Einbezug des RAD und mündlicher Rücksprache mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, aber ohne vorherige Beschaffung zusätzlicher schriftlicher Arztberichte. Es zählt vor allem die Geschwindigkeit. Ein zielgerichtetes, möglichst auf den konkreten Fall bezogenes Einholen von Arztberichten wird auch im Bericht von Bolliger und Féraud (2015) empfohlen.
- Integrationsmassnahmen und berufliche Massnahmen sollten auf der medizinischen Abklärung und der Einschätzung des RAD beruhen. Es lohnt sich, dann in diese so ausgewählten Massnah-

men auch zu investieren. Die Ergebnisse verweisen also darauf, dass nicht die Menge an zugesprochenen Massnahmen ausschlaggebend ist, sondern eher die Auswahl und die Bereitschaft, in die ausgewählten Personen zu investieren.

In den Abschlussgesprächen an den IV-Stellen wurden bei der Vorstellung der Ergebnisse folgende weitere Erfolgsfaktoren genannt, deren Wirkung auf das Outcome aber nicht mit Hilfe von Daten weiter untersucht werden konnte:

■ Der mündliche Austausch zwischen Akteuren und gemeinsame Entscheidungen für weiteres Vorgehen bewährt sich aus der Sicht der befragten Personen. Dies geht auch aus der Arbeit von Bolliger und Féraud (2015) hervor. Sie empfehlen zur Optimierung des Austauschs zwischen den IV-Stellen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten eine gemeinsame Koordination und Begleitung von Eingliederungsmassnahmen und die mündliche Kommunikation insbesondere im Falle der Erinnerung von säumigen Ärztinnen und Ärzten. In unserer schriftlichen Befragung verneinten 12 IV-Stellen einen überwiegend mündlichen Austausch, dieser findet in 17 IV-Stellen fallabhängig statt. Möglicherweise gäbe es hier noch Potential zur Verbesserung.

■ Die Überprüfung von Prozessen, vor allem des Schnittstellenmanagements. Dies haben u.a. auch schon die Autoren der von der BFH und dem Büro Vatter verfassten Studie zu Früherfassung, Frühintervention und Integrationsmassnahmen (Bolliger et al., 2012) aufgezeigt. Sie konnten nachweisen, dass eine FI-Massnahme für die Durchführung einer Rentenprüfung nicht nur eine aufschiebende Wirkung hat, sondern dass mit Frühinterventionen tatsächlich Rentenprüfungen verhindert werden können. Inwieweit hinter diesem Ergebnis auch eine unterschiedliche Ausgestaltung der Schnittstellen zwischen Eingliederungs- und Rentenverfahren steht, ist jedoch noch weitgehend unbekannt. Regelmässig finden gemeinsame Besprechungen zwischen Eingliederungs- und Leistungsabteilung nur in 3 IV-Stellen statt, an 11 Stellen fallabhängig. Auch hier könnte noch Verbesserungspotential liegen.

■ Überprüfen der Angebote für Eingliederungsmassnahmen und ggf. Anpassung und Entwicklung neuer Massnahmen mit den Anbietern. Dazu liegen jedoch keine Daten vor.

Grenzen in der Gestaltung des Abklärungsverfahrens werden den IV-Stellen vor allem in der Rentenprüfung durch gesetzliche Bestimmungen gesetzt. So geben alle IV-Stellen an, in der Rentenprüfung nur wenig Handlungs- und Ermessensspielräume zu haben, während diese in der Eingliederung grösser sind. Die vermehrte Unterstützung der versicherten Personen durch juristischen Beistand verzögern z.T. die Fallabschlüsse, ohne dass neue Sachverhalte vorliegen und Entscheide geändert werden könnten. Weiter sind die Akteure gefordert, sich an Veränderungen in den Krankheitsbildern und ihrer medizinischen Einschätzung anzupassen. So nehmen z.B. im Bereich der psychischen Erkrankungen Erschöpfungsdepressionen aufgrund von Veränderungen in der Arbeitswelt zu, auf die möglicherweise mit anderen FI- und Integrationsmassnahmen reagiert werden muss, als dies bisher der Fall war. Die langen Wartefristen für die Durchführung von polydisziplinären Gutachten führen zu Verzögerungen im Abklärungsprozess.

### 7.2.2 Good practice

Grundsätzlich ist es schwierig, eine good practice zu bestimmen, die für alle kantonalen IV-Stellen gleichermaßen gilt. Geht es um die Verringerung der Berentungsquoten, kann nicht immer ein direkter Zusammenhang zu einer bestimmten Vorgehensweise nachgewiesen werden. So kann ein

Kanton mit einer IV-Stelle, die eher einen selektiven Eingliederungsfokus betreibt, dennoch eine tiefe Rentenquote haben und ein Kanton mit breitem Eingliederungsfokus dennoch eine vergleichsweise hohe Rentenquote. Zu viele weitere Variablen beeinflussen dieses Ergebnis. Eine good practice könnte deshalb eher jede IV-Stelle für sich entwickeln, indem sie ihr Vorgehen reflektiert und diskutiert, welche Massnahmen sie einsetzen könnte, wenn sie Verbesserungen in der Rentenquote, aber auch in Geschwindigkeit, Kosten und Beschwerden anstrebt. Die vorliegenden Daten und die beschriebenen Erfolgsfaktoren könnten eine Grundlage für diese Diskussion bilden.

Als positive **Beispiele einer guten Praxis** können genannt werden:

■ Die **relevanten Aspekte der Lebenssituation** einer versicherten Person werden in Entscheidungen einbezogen. Welche Aspekte der Lebenssituation relevant für Wiedereingliederung sind, haben Studien versucht zu erfassen. Für einige Erkrankungen liegen dazu Erkenntnisse vor, einige Ergebnisse sind jedoch auch widersprüchlich. Immer wieder bestätigt wurde der Einfluss des subjektiven Krankheitsempfindens auf den Wiedereingliederungserfolg (Streibelt & Egner 2013; Herdt et al. 2010). Das trifft besonders auf versicherte Personen mit einer psychischen Erkrankung zu. 19 der 26 IV-Stellen gaben an, dass diese Selbsteinschätzung der Person massgeblich für die FI Massnahmen sei. In die Beurteilung des Rentenanspruchs fliessen bei 7 IV-Stellen auch noch andere relevante Informationen ausser dem medizinisch-theoretischen Sachverhalt ein. Dieses Vorgehen könnte noch weiter untersucht werden.

■ Die **Qualität der medizinisch-theoretischen Beurteilung** durch den RAD wird überwiegend systematisch gesichert, z.B. durch Schulungen und Mentoratssystem, Qualitätsvorgaben, Nutzen von anerkannten Leitlinien und Personen, die speziell für die Ausbildung der Ärzt/innen oder die Qualitätssicherung zuständig sind. Als positiv wurde in den Interviews ferner erwähnt, wenn Rückmeldungen vom Gericht zu Beurteilungen an den RAD weitergegeben wurden oder auch Ergebnisse aus der Eingliederung.

■ Der **Ressourcenerhalt** und damit ein präventiver Gedanke ist in einigen IV-Stellen besonders deutlich formuliert worden. Entsprechende Potentialabklärungen werden auch für Personen mit schwierigen Arbeitsbiografien z.B. aufgrund psychischer Erkrankungen angeboten. Gründliche, auch arbeitsdiagnostische Assessments werden empfohlen, z.B. von Herdt et al. (2010, S. 75): Als *«grundlegende und entscheidende präventive Massnahmen sollten die arbeitsdiagnostische Eignungsabklärung und das Einrichten einer geeigneten Tätigkeit besonders sorgfältig erfolgen»*. Dass IV-Stellen (wie z.B. die IV-Stelle D) dazu eine Kooperation mit Experten aus der Arbeitsrehabilitation suchen, kann ein positives Zeichen für die Überwindung von Systemgrenzen sein (stationär und ambulant, medizinische und berufliche Wiedereingliederung).

### 7.2.3 Möglichkeiten zur Straffung der Verfahren

Die Straffung der Verfahren kann durch folgende Massnahmen unterstützt werden:

**Parallele Prüfung** von eventuellen Rentenansprüchen in der Eingliederung: Nur wenige IV-Stellen gehen parallel vor. Häufiger ist das sequentielle Vorgehen, entweder indem erst die Eingliederungsmassnahmen abgewartet werden oder indem erst der Gesundheitsschaden beurteilt wird bevor es zu Eingliederungsmassnahmen kommt. Für das erste Vorgehen ist die Begründung nachvollziehbar, dass ein zu frühes Einholen eines Gutachtens demotivierend wirken könnte und den Eingliederungserfolg gefährden kann. Es scheint deshalb eher sinnvoll, längere Wartezeiten auf ein

Gutachten zu vermindern, falls dieses benötigt wird. Das könnte durch den Aufbau eines ausreichend grossen und qualitativ hochwertigen Gutachternetzwerks für mono- und bidisziplinäre Gutachten erreicht werden. Einige IV-Stellen haben dies bereits getan. Auch Bolliger und Féraud (2015) empfehlen in ihrem Bericht, «die IV Anstrengungen zur Steigerung und Sicherung der Gutachtenqualität konsequent weiterzuführen».

**Kontrolle von Rückweisungen:** Aus den Analysen der Urteile geht hervor, dass die Beurteilungen des RAD in den Kantonen unterschiedlich gut anerkannt werden. Hier kann nur jede IV-Stelle für sich prüfen, mit welchen Begründungen Rückweisungen erfolgt sind, und ob es möglich gewesen wäre, diese Rückweisungen zu vermeiden. Die Fallführung liegt in den IV-Stellen überwiegend in der Rechtsabteilung. 25 IV-Stellen gaben in der schriftlichen Befragung an, dass Gründe für Rückweisungen an die Sachbearbeitung weitergegeben werden, damit diese zukünftig bedacht werden können. Ein Rückfluss an den RAD könnte möglicherweise ebenfalls hilfreich sein (s.o.).

## 7.2.4 Umgang mit Zielkonflikten

Mit dem Konflikt zwischen **Geschwindigkeit und Präzision** gehen die IV-Stellen überwiegend so um, dass sie in der Frühintervention und Eingliederung auf Geschwindigkeit fokussieren und weniger auf Präzision, in der Rentenprüfung ist dies umgekehrt. Damit kommt es zu einer Trennung der beiden Abläufe, wie sie auch die Zuständigkeiten in manchen IV-Stellen ausdrücken. Diskutiert werden müsste noch genauer, wie die Schnittstellen optimiert werden können. Wie könnte z.B. ein paralleles Vorgehen bei der Beschaffung von medizinischen Informationen während Eingliederungsmassnahmen aussehen, ohne dass der Eingliederungserfolg negativ beeinflusst wird? Einen Vorteil hat der selektive Eingliederungsfokus möglicherweise vor Gericht, da bereits von Anfang an systematisch Informationen für eine juristisch stichhaltige Argumentation gesammelt werden. Eingliederung und Rentenprüfung werden dabei nicht voneinander getrennt und Präzision priorisiert. Eingliederungsmassnahmen werden bei diesem Vorgehen allerdings eher spät eingesetzt und das Risiko, vorhandenes Eingliederungspotential zu verlieren, eingegangen. Dass die Geschwindigkeit wie schon in anderen Studien nachgewiesen wurde (vgl. bspw. Lechner & Wiehler 2013 oder Bloch & Prins 2000) tatsächlich relevant ist, zeigen auch die statistischen Analysen, mit denen ein Zusammenhang zur Berentungsquote nachgewiesen werden kann. Dass die Unterschiede zwischen den IV-Stellen noch beträchtlich sind, verweist darauf, dass auch hier noch ein Verbesserungspotential liegen könnte.

Die Frage, wie mit der Spannung zwischen **Eingliederungs- und Rentenprüfungsperspektive** umgegangen werden sollte, ist nicht mit Hilfe von Daten zu beantworten. Sollte man Eingliederungsmassnahmen auch dann zusprechen, wenn noch kein IV-relevanter Gesundheitsschaden vorhanden ist, um diesen längerfristig zu verhindern? Dazu kann man keine allgemeingültige Aussage aufgrund von Daten machen. Aus dem Wortlaut des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) lässt sich der Anspruch der versicherten Person auf einen eher präventiven Einsatz von Eingliederungsmassnahmen durchaus ableiten: «Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern [...]. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen» (Art. 8 Abs. 1 und 1<sup>bis</sup> IVG).

Wird zu streng selektiert, besteht das Risiko, Eingliederungspotential zu verspielen und dauerhaft zu verlieren. Das kann dazu führen, dass anstelle einer Teilinvalidität eine ganze Rente bewilligt werden muss. Andererseits kann es sein, dass bei zu wenig Selektion am Ende auch nach Eingliederungsmassnahmen Renten ausgerichtet werden müssen und damit möglicherweise mehr Kosten verursacht und Zeit aufgewendet wurden. Ein klarer Zusammenhang ist den Daten nicht zu entnehmen, da beide Vorgehensweisen zu relativ niedrigen Rentenquoten im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt führen können. Dies zeigten beispielsweise die Zahlen für die IV-Stellen B und C, welche konträre Eingliederungsstrategien anwenden, jedoch beide unter dem CH-Durchschnitt liegende Rentenquoten aufweisen. Dennoch deuten die Ergebnisse darauf hin, dass in der frühen Phase der Abklärung Geschwindigkeit und allenfalls eine gewisse «Grosszügigkeit» gefordert ist und erst in einer zweiten Phase die Präzision der medizinischen Abklärungen dominieren sollte. Dass mit einer gezielten Auswahl von Personen etwas kostspieligere Eingliederungsmassnahmen durchgeführt werden, scheint sich durchaus auszuzahlen. Wo dieser «optimale» Punkt zwischen selektiver und breiter Eingliederungsstrategie liegt, konnte mit den vorhandenen Daten nicht exakt ermittelt werden.

### 7.3 Schlussbemerkung

Bezüglich der Datenlage bzw. der Datenqualität konnten einige Hindernisse identifiziert werden, die es für die zukünftige Forschung in diesem Bereich zu berücksichtigen und zu verbessern gilt. Sie betreffen vor allem die uneinheitliche Kodierung in den IV-Stellen von Massnahmen und Entscheidungen. Wichtige Aspekte konnten deshalb nicht oder nur unter grossem Aufwand untersucht werden. Zu nennen sind hier vor allem die intern erbrachten Leistungen zur Unterstützung des Arbeitsplatzerhalts und der (Wieder-)Eingliederung, welche für die Analysen nicht brauchbar waren; die uneinheitliche Kodierung der Abklärungsmassnahmen, die am Ende nur über einen komplizierten und sehr aufwändigen Umweg verwertbar gemacht werden konnten; das Fehlen einer durchgängigen Erfassung eines Fallabschlusses wenn keine Rentenzusprache vorliegt und damit verbunden die nicht individualisierte Erfassung von eingehenden Beschwerden.

Ferner sind die Bezeichnungen für die Akteure von Kanton zu Kanton verschieden, was nur z.T. mit unterschiedlicher Aufgabenteilung korrespondiert, den Austausch und die Kommunikation über die Rollen, Zuständigkeiten etc. aber sehr erschwert.

Demgegenüber hat sich die Kohortensicht, die für die schweizweiten statistischen Analysen gewählt wurde, sehr bewährt. Wir sind überzeugt, dass mit einer solchen Aufarbeitung der Daten Veränderungen über die Zeit besser zu beobachten wären, als dies mit einer Querschnittsicht möglich ist. Insbesondere für ein ständiges Monitoring seitens des BSV würde es sich anbieten, einige Schlüsselindikatoren zu definieren und diese jedes Jahr neu zu berechnen, um allfällige Veränderungen rascher und verlässlicher erkennen zu können. Dazu braucht es jedoch zuerst eine Vereinfachung und Vereinheitlichung des Kodierungssystems, welche von Seiten des BSV angeregt werden könnte. Es sollte eine Kodierungsstrategie entwickelt werden, die das Monitoring systematisch berücksichtigt.

Ferner wurde in der Begleitgruppe der Studie diskutiert, dass anstelle der veralteten Gebrechenscodes die aktuelle internationale Diagnoseklassifikation (ICD-10) verwendet werden und die Studienergebnisse in die Audits des BSV Eingang finden sollten. Für weiterführende Studien wurde angeregt, zu untersuchen, welche Kriterien und Vorgehensweisen hilfreich sind, um zu entscheiden,



ob und welche Eingliederungsmassnahmen in welchem Fall Erfolg versprechen. Auch Qualität und die Evidenz verschiedener Eingliederungsmassnahmen sollten vertieft geprüft werden.



## Literaturverzeichnis

- Beywl, W., Kehr, J., Mäder, S., & Niestroj, M. (2007). *Evaluation Schritt für Schritt: Planung von Evaluationen*. hiba-Weiterbildung Band 20/26.
- Bloch, F. S. & Prins, R. (2000). *Who Returns to Work & Why? A Six-Country Study on Work Incapacity & Reintegration*. International Social Security Series, Vol. 5. Transaction Publishers, New Brunswick, New Jersey.
- Bolliger, C. & Féraud, M. (2015). *Die Zusammenarbeit zwischen der IV und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten- Formen, Instrumente und Einschätzungen der Akteure*. Bundesamt für Sozialversicherungen [Hrsg.], FoP2-IV Forschungsbericht, Bern.
- Bolliger, C., Fritschi, T., Salzgeber, R., Zürcher, P., & Hümbelin, O. (2012). *Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung, der Frühintervention und der Integrationsmassnahmen*. Bundesamt für Sozialversicherungen [Hrsg.], FoP-IV Forschungsbericht Nr. 13/12, Bern.
- BSV (2006): Mehrjähriges Forschungsprogramm zu Invalidität und Behinderung und zur Umsetzung des Invalidenversicherungsgesetzes. Programmkonzept vom 26. Mai 2006 Bundesamt für Sozialversicherung
- Herd, J., Winkel, H., & Laskowska, B. (2010). *Fallanalyse zur beruflichen Integration von Personen mit psychischen Störungen*. Bundesamt für Sozialversicherungen [Hrsg.], FoP-IV Forschungsbericht Nr. 5/10, Bern.
- Lechner, M. & Wiehler, S. (2013), Does the Order and Timing of Active Labour Market Programmes Matter? *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 75, 180–212.
- Streibelt, M. & Egner, U. (2013). Eine systematische Übersichtsarbeit zu den Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. *Rehabilitation*, 52, 111–11.



## Anhang

Anhang Tab. 1: Anteil noch nicht abgeschlossener Fälle Neuanmeldungen Kohorte 2009 nach Zeitpunkt und IV-Stelle

IV-Stelle	2010	2011	2012	2013
A	28.3%	12.6%	9.4%	5.0%
B	33.0%	14.9%	11.6%	5.1%
C	29.3%	9.2%	6.2%	4.0%
D	29.3%	10.7%	6.5%	3.7%
E	35.7%	16.7%	12.4%	7.7%
F	30.8%	12.3%	8.8%	5.6%
G	38.5%	15.8%	12.1%	7.3%
H	40.6%	12.8%	6.4%	3.7%
I	27.5%	11.0%	10.4%	4.8%
J	33.9%	14.8%	9.5%	6.9%
K	39.6%	14.9%	9.0%	7.2%
L	29.7%	12.6%	10.5%	5.4%
M	27.1%	11.0%	8.4%	4.8%
N	29.7%	17.9%	11.9%	6.7%
O	33.3%	17.5%	13.1%	7.5%
P	34.4%	12.9%	9.0%	5.5%
Q	27.8%	10.4%	9.3%	5.2%
R	39.3%	11.9%	7.1%	6.0%
S	33.9%	11.6%	9.0%	4.4%
T	32.4%	13.5%	9.7%	5.0%
U	31.4%	10.9%	7.8%	4.2%
V	22.3%	7.4%	4.3%	2.4%
W	31.4%	12.2%	9.0%	6.2%
X	31.3%	14.2%	9.8%	6.4%
Y	30.7%	16.2%	11.0%	6.3%
Z	36.1%	13.2%	9.9%	6.2%
CH	30.8%	12.7%	9.0%	5.2%

Definition «abgeschlossene Fälle»: Ein Fall wird dann als abgeschlossen kodiert, wenn (i) entweder eine Rente bezogen wird oder (ii) innerhalb von 12 Monaten keine neuen Abklärungsmassnahmen und keine neuen Eingliederungsleistungen veranlasst oder gesprochen wurden oder (iii) die Ablehnung eines Leistungsgesuchs nach Art. 4, 6 oder 28 vorliegt («Kein Gesundheitsschaden», «versicherungsmässige Voraussetzungen fehlen», «erstmalige Berentung: Invaliditätsgrad unter 40%»).  
Quelle: Registerdaten BSV, Kohorte Neuanmeldungen 2009. Berechnungen BASS / ZHAW

Anhang Tab. 2: Ergebnisprotokoll OLS-Regression mit abhängiger Variable «Gewichtete Berentungsquote»

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Koeff.B	S.E.	Beta		
(Konstante)	.267	.018		14.675	.000
Kantonaler Kontext «Risiko»	.011	.004	.321	2.646	.016
Dauer bis zur ersten FI-Massnahme (Median)	-9.590E-05	.000	-.431	-3.603	.002
Vollzugstyp 2	-.028	.010	-.386	-2.725	.013
Vollzugstyp 3	-.019	.011	-.246	-1.687	.108
Einschätzung Erwerbspotential durch RAD in Phase 2 (Triage bis Grundsatzentscheid)	-.040	.011	-.488	-3.746	.001
Ausgaben für externe Eingliederungsmassnahme/n pro Teilnehmer/in an Massnahmen	-1.807E-06	.000	-.240	-2.035	.056
a. Abhängige Variable: gewichtete Berentungsquote					
<b>Modellzusammenfassung</b>					
R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers		
.874 <sup>a</sup>	.765	.690	.01980		

Quelle: Registerdaten BSV, Kohorte Neuanmeldungen 2009. Berechnungen BASS / ZHAW

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

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=de>

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

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=fr>

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

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=it>

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

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=en>