

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

*Bericht im Rahmen des dritten mehrjährigen
Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP3-IV)*

Evaluation der Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung

Forschungsbericht Nr. 17/20



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Office fédéral 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:** Sabina Schmidlin, Eva Bühlmann, Fitore Muharremi, Emilienne Kobelt (across•concept); Cyrielle Champion (socialdesign)
Across Concept GmbH
Landstrasse 104 / 3904 Naters
Tel. +41 32 323 00 49
E-mail: info@acrossconcept.ch
Internet: www.acrossconcept.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
- Christina Eggenberger (Geschäftsfeld Invalidenversicherung)
Tel.: +41 58 462 92 15
E-mail: Christina.Eggenberger@bsv.admin.ch
- ISSN:** 1663-4659 (eBericht)
1663-4640 (Druckversion)
- 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, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch
- Bestellnummer:** 318.010.17/20D

Drittes Forschungsprogramm Invalidenversicherung (FoP-IV)

Evaluation der Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Ein- gliederung

Schlussbericht

across•concept:

Sabina Schmidlin, Eva Bühlmann, Fitore Muharremi, Emilienne Kobelt

socialdesign:

Cyrielle Champion

Oktober 2020

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen

Mit der am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen 5. Revision des Invalidenversicherungsgesetzes wurden, dem neuen Grundsatz «Eingliederung vor Rente» entsprechend, zwei wegweisende neue Instrumente zur beruflichen Eingliederung eingeführt: die Massnahmen zur Frühintervention und die Integrationsmassnahmen. Während im Zuge der in den letzten Jahren durchgeführten Evaluationen der Fokus auf der Analyse der Umsetzung und Wirkung der verschiedenen Massnahmen zur beruflichen Eingliederung als Gesamtes lag, werden mit dem nun vorliegenden Bericht erstmals ausschliesslich die Integrationsmassnahmen beleuchtet. Dabei wurde detailliert betrachtet, wie sich die Nachfrage, die Kosten, die Charakteristiken der Massnahmenbezüger/-innen, die Settings und natürlich die Wirkungen der Integrationsmassnahmen – inklusiv den damit verbundenen Erfolgsfaktoren und Hindernissen – präsentieren.

Die Ergebnisse zeigen, dass seit Einführung der Massnahme erwartungsgemäss eine starke Steigerung der Zusprachen erfolgt ist und diese von einer ebenfalls markanten Kostensteigerung begleitet wurde. Die Resultate zeigen weiter, dass die Erfolgsquote in den letzten Jahren signifikant gestiegen ist. So haben im Jahr 2012 rund 52 Prozent der versicherten Personen ihre Integrationsmassnahme erfolgreich – im Sinne des Erreichens einer Erwerbsfähigkeit von mindestens 50 Prozent eines Vollzeitpensums – abgeschlossen. Dieser Anteil lag im Jahr 2017 erfreulicherweise bei 65 Prozent und kann bei stetiger Optimierung des Einsatzes der Integrationsmassnahmen durchaus noch weiter steigen. Die Betrachtung der langfristigen Wirkungen der Integrationsmassnahmen zeigt schliesslich, dass fast 40 Prozent der Bezügerinnen und Bezüger drei Jahre nach Abschluss der Integrationsmassnahme erwerbstätig sind – der grösste Teil davon mit einem existenzsichernden Einkommen.

Hinsichtlich der Erfolgsfaktoren für eine nachhaltige berufliche Eingliederung zeigt sich in dieser Forschungsarbeit dasselbe Bild wie in zahlreichen Evaluationen zur beruflichen Eingliederung: Je weniger weit die letzte Erwerbstätigkeit einer Person zurückliegt, desto höher ist die Chance, dass sie nach Absolvierung der Integrationsmassnahme wieder erwerbstätig ist. Zudem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Integrationsmassnahmen erfolgreicher sind, wenn zumindest ein Teil der Massnahme im ersten Arbeitsmarkt stattfindet.

Die Ergebnisse, Erkenntnisse und Empfehlungen der Forschungsarbeit bekräftigen die Stossrichtung und den vorgesehenen Ausbau der Massnahmen mit der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung – wie die Ausweitung der Integrationsmassnahmen auf Jugendliche, die Aufhebung der lebenslangen Begrenzung der Integrationsmassnahmen auf ein oder zwei Jahre und die finanzielle Unterstützung neuer Arbeitgeber bei Integrationsmassnahmen – in vielerlei Hinsicht. Nun werden die vorliegenden Resultate in die aktuell laufenden Umsetzungsarbeiten der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung einfließen.

Stefan Ritler, Vizedirektor

Leiter des Geschäftsfelds Invalidenversicherung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, la 5^e révision de la loi sur l'assurance-invalidité a introduit, conformément au principe selon lequel la réadaptation prime la rente, deux nouveaux instruments de réadaptation professionnelle : les mesures d'intervention précoce et les mesures de réinsertion. Alors que les évaluations réalisées ces dernières années ont mis l'accent sur l'analyse de la mise en œuvre et de l'efficacité des diverses mesures de réadaptation professionnelle, le présent rapport est consacré exclusivement, et ce pour la première fois, aux mesures de réinsertion. Il analyse en détail la demande, les coûts, les caractéristiques des bénéficiaires de mesures, les contextes dans lesquels elles sont adoptées et, naturellement, les effets des mesures de réinsertion, ainsi que les facteurs de succès et les obstacles.

Comme on pouvait s'y attendre, le nombre de mesures octroyées a fortement augmenté depuis l'introduction de ces mesures et les coûts ont suivi une tendance similaire. Les résultats montrent également que le taux de succès a nettement augmenté ces dernières années. Alors qu'en 2012, quelque 52 % des assurés ont achevé leur mesure de réinsertion avec succès, atteignant une capacité de travail d'au moins 50 %, ce taux est passé à 65 % en 2017. Ce résultat réjouissant pourra certainement encore s'améliorer grâce à l'optimisation constante des mesures de réinsertion. L'examen des effets à long terme des mesures de réinsertion montre enfin que près de 40 % des assurés exercent une activité professionnelle trois ans après avoir achevé la mesure de réinsertion, la plupart réalisant un revenu qui couvre le minimum vital.

Quant aux facteurs de succès d'une réadaptation professionnelle durable, le présent rapport de recherche dresse le même tableau que nombre d'évaluations de la réadaptation professionnelle : moins il s'est écoulé de temps depuis la dernière activité professionnelle d'une personne, plus ses chances sont grandes de retrouver un emploi à l'achèvement d'une mesure de réinsertion. Les résultats montrent également que les mesures de réinsertion sont plus efficaces si au moins une partie de la mesure se déroule sur le marché primaire du travail.

Les résultats, les enseignements et les recommandations de l'étude renforcent l'orientation du Développement continu de l'assurance-invalidité et valident l'élargissement prévu des mesures telles que l'extension des mesures de réinsertion aux jeunes, l'abandon de l'impossibilité de renouveler les mesures de réinsertion au-delà d'un an ou de deux ans durant toute la vie de l'assuré et le soutien financier à de nouveaux employeurs pour des mesures de réinsertion. Les résultats du présent rapport seront repris dans les travaux en cours dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité.

Stefan Ritler, vice-directeur de l'OFAS

Responsable du domaine Assurance-invalidité

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Con la 5ª revisione della legge sull'assicurazione invalidità, entrata in vigore il 1° gennaio 2008, sono stati introdotti due nuovi strumenti fondamentali per l'integrazione professionale, in conformità al principio «priorità dell'integrazione sulla rendita»: i provvedimenti d'intervento tempestivo e i provvedimenti di reinserimento (PR). Mentre le valutazioni svolte negli ultimi anni si sono concentrate sull'attuazione dei diversi provvedimenti d'integrazione professionale e sui loro effetti nel complesso, il presente rapporto analizza per la prima volta esclusivamente i PR. Lo studio ha esaminato in dettaglio la domanda, i costi, le caratteristiche dei beneficiari dei provvedimenti, i contesti e, naturalmente, gli effetti dei PR – inclusi i relativi fattori di successo e gli ostacoli.

Dai risultati emerge che, secondo le attese dall'introduzione dei provvedimenti il numero di PR accordati è considerevolmente aumentato, con un conseguente incremento dei costi altrettanto significativo. Si è inoltre constatato con soddisfazione che negli ultimi anni la quota di successo dei provvedimenti ha registrato una forte crescita. Se per esempio nel 2012, circa il 52 per cento degli assicurati aveva concluso con successo il proprio PR (raggiungimento di una capacità al guadagno di almeno il 50 per cento di un posto a tempo pieno), nel 2017 la quota di successo era passata al 65 per cento. Una costante ottimizzazione nell'impiego dei PR permetterebbe di confermare questa tendenza. Infine, un esame degli effetti a lungo termine mostra che quasi il 40 per cento degli assicurati, tre anni dopo aver concluso il PR, esercita un'attività lucrativa, nella maggior parte dei casi con un reddito che garantisce la copertura del fabbisogno vitale.

Per quanto riguarda la questione su quali siano i fattori di successo che determinano la durata dell'integrazione professionale, il presente lavoro di ricerca giunge allo stesso risultato di numerose altre valutazioni: più breve è il periodo trascorso dall'ultima attività lucrativa, maggiori sono le possibilità di ritrovare un impiego dopo aver concluso il PR. Dai risultati emerge inoltre che le probabilità di successo sono ancora più elevate, se almeno una parte del provvedimento si svolge nel mercato del lavoro primario.

I risultati e le raccomandazioni del lavoro di ricerca confermano per molti aspetti la direzione scelta e il previsto ampliamento dei provvedimenti nell'ambito dell'ulteriore sviluppo dell'AI, tra cui l'estensione dei PR ai giovani, la soppressione della limitazione dei PR a uno o due anni su tutto l'arco della vita e il sostegno finanziario per i datori di lavoro che decidono di collaborare allo svolgimento di tali provvedimenti. Le conoscenze acquisite con questo studio saranno integrate nei lavori di attuazione dell'ulteriore sviluppo dell'AI.

Stefan Ritler, vicedirettore

Capo dell'Ambito Assicurazione invalidità

Foreword by the Federal Social Insurance Office

Under revision 5 of the Federal Act on Invalidity Insurance, which entered into force on 1 January 2008, in accordance with the new principle of “reintegration before a pension” two novel groundbreaking instruments for occupational reintegration were introduced: early intervention measures and integration measures. Whereas evaluations conducted in recent years focussed on analysing the implementation and impact of the various occupational reintegration measures as a whole, the present report is the first to exclusively examine integration measures. Detailed observations were made of how the following manifest themselves: demand, costs, the characteristics of the people participating in measures, the settings and, of course, the impact of integration measures – including the associated success factors and obstacles.

The findings show that since the introduction of the measure there has, as expected, been a significant increase in the number of enrolments, which was in turn accompanied by a substantial rise in costs. The results also bear testimony to a sizeable rise in the success rate over the past few years. In 2012, for example, approximately 52% of insureds successfully completed their integration measure – in other words, they were able to work at least 50% of a full working week. It is encouraging to note that this share had reached 65% in 2017 and is well likely to increase further as the deployment of integration measures is optimised. An observation of the long-term consequences of the integration measures reveals ultimately that almost 40% of insureds are in gainful employment three years after completing their integration measure – with the majority earning an income that is sufficient to live on.

In terms of which factors drive the likelihood of a successful sustainable reintegration into the workforce, the present research presents the same picture as numerous evaluations of occupational reintegration: the less time that has lapsed since a person was last gainfully employed, the greater the chance of their finding gainful work after completing the integration measure. Moreover, the findings indicate that integration measures prove more successful if at least part of the measure takes place in the primary job market.

The findings, lessons learned and recommendations resulting from the research work variously confirm the direction of and planned expansion of measures to develop invalidity insurance further – e.g. extending integration measures to include young people, lifting the one- to two-year lifelong limit on integration measures, and providing financial support for new employers involved in integration measures. The present results are now being incorporated into ongoing work on the further development of invalidity insurance.

Stefan Ritler, Vice-Director
Head of Invalidity Insurance Domain

Inhalt

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	V
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VII
TABELLENVERZEICHNIS	XI
ZUSAMMENFASSUNG	XIII
RÉSUMÉ	XXI
RIASSUNTO	XXIX
SUMMARY	XXXVII
1. AUSGANGSLAGE UND EVALUATIONSgegenstand	1
1.1 AUSGANGSLAGE	1
1.2 EVALUATIONSgegenstand UND WIRKUNGSmodell.....	1
1.3 IM UND DIE WEITERENTWICKLUNG DER IV	3
2. FRAGESTELLUNGEN UND EVALUATIONSDESIGN	5
2.1 FRAGESTELLUNGEN	5
2.2 EVALUATIONSDESIGN UND METHODISCHES VORGEHEN.....	6
2.2.1 <i>Modul 1: Vorstudie – Onlinebefragung IV-Stellen</i>	6
2.2.2 <i>Modul 2: Quantitative Datenanalyse</i>	7
2.2.3 <i>Modul 3: Fallstudien</i>	8
3. ENTWICKLUNG DER ANZAHL NEU ZUGESPROCHENER IM	11
3.1 VERHÄLTNIS ZWISCHEN NEUEN IM-LEISTUNGSBEZÜGER UND -BEZÜGERINNEN UND IV-NEUANMELDUNGEN.....	11
3.2 GRÜNDE FÜR DEN ANSTIEG DER IM.....	13
4. ZIELGRUPPE UND ZIELSETZUNG DER IM	15
4.1 AUSWAHL DER ZIELGRUPPE.....	15
4.2 MERKMALE DER ZIELGRUPPE IN IM	17
4.2.1 <i>Soziodemografische Merkmale der Versicherten in IM</i>	17
4.2.2 <i>Gesundheitliche Beeinträchtigung</i>	18
4.3 WIRTSCHAFTLICHE SITUATION EIN JAHR VOR ZUSPRACHE DER IM.....	19
4.3.1 <i>Profile der Leistungsbezüger und -bezügerinnen von IM</i>	21
4.3.2 <i>Veränderung der Merkmale der IM-Leistungsbezüger/-innen</i>	24
4.4 ZIELE, WELCHE DIE IV-STELLEN MIT DEN IM VERFOLGEN.....	25
5. DURCHFÜHRUNG DER IM	27
5.1 DAUER ZWISCHEN IV-ANMELDUNG UND BEGINN DER ERSTEN IM	27
5.2 DER DURCHFÜHRUNGSSTANDARD DER VERSCHIEDENEN IM-ARTEN	29
5.3 VERLAUF DER IM.....	32
5.3.1 <i>Anzahl gewährte IM pro versicherte Person</i>	32
5.3.2 <i>IM in den drei Eingliederungsphasen</i>	34
5.3.3 <i>Kombinationen der gewährten IM</i>	36
5.3.4 <i>Durchführungsort der IM</i>	39

5.3.5	<i>Bedarfs- und bedürfnisgerechte Auswahl der IM-Art</i>	41
5.4	DAUER DER IM-PHASE ZUR VORBEREITUNG AUF EINE BERUFLICHE EINGLIEDERUNG	44
5.4.1	<i>Bruttodauer der verschiedenen IM-Arten und Unterschiede zwischen den IV-Stellen</i>	45
5.4.2	<i>Nettodauer der IM</i>	48
5.4.3	<i>Verlängerungen der IM</i>	50
5.4.4	<i>Abbruch oder erfolgloser Abschluss der IM</i>	51
5.5	DIE ZUSAMMENARBEIT DER BETEILIGTEN AKTEURE	54
5.5.1	<i>Zusammenarbeit aus Sicht der Durchführungsstellen</i>	54
5.5.2	<i>Zusammenarbeit aus Sicht der Arbeitgeber</i>	55
5.5.3	<i>Zusammenarbeit aus Sicht der Ärzte und Ärztinnen</i>	55
5.6	HERAUSFORDERUNGEN FÜR EINE ERFOLGREICHE DURCHFÜHRUNG DER IM	56
6.	KOSTEN DER IM	59
6.1	ENTWICKLUNG DER GESAMTKOSTEN DER IM	59
6.2	ENTWICKLUNG DER FALLKOSTEN FÜR DIE DURCHFÜHRUNG DER IM	63
6.2.1	<i>Unterschiedliche Entwicklung der IM-Fallkosten nach IV-Stelle</i>	63
6.2.2	<i>Entwicklung der Fallkosten der verschiedenen IM-Arten</i>	65
6.3	KOSTENRELEVANTE FAKTOREN AUS SICHT DER KONTRAKTMANAGER UND -MANAGERINNEN	67
6.4	EINSPARUNGSPOTENZIAL	69
6.5	MASSNAHMEN, UM DAS QUALITÄTS-PREISVERHÄLTNISS VON IM STEUERN ZU KÖNNEN	70
7.	ABSCHLUSS DER IM UND ANSCHLUSSLÖSUNGEN	73
7.1	ABSCHLUSS DER IM UND MÖGLICHE ANSCHLUSSLÖSUNGEN	73
7.1.1	<i>Erfolge und Anschlusslösungen an die IM</i>	73
7.1.2	<i>Anschlusslösung berufliche Massnahme</i>	75
7.1.3	<i>Anschlusslösung Erwerbstätigkeit</i>	78
7.1.4	<i>Anschlusslösung IV-Rente</i>	79
7.2	KURZ- BIS MITTELFRISTIGE WIRKUNG DER IM	81
7.3	ERFOLGSFAKTOREN	82
8.	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN	87
8.1	VERSICHERTENPROFILE.....	87
8.2	UMSETZUNGSMODALITÄT UND DAUER DER IM	88
8.3	KONTAKT ZU DEN ARBEITGEBERN	89
8.4	BERÜCKSICHTIGUNG NICHT IV-RELEVANTER FAKTOREN	89
8.5	ÜBERGANG IN DEN REGULÄREN ARBEITSMARKT	90
9.	LITERATUR UND ZITIERTER DOKUMENTE	93
10.	ANHANG I – ZUSÄTZLICHE TABELLEN UND ABBILDUNGEN	95
11.	ANHANG II – DEFINITIONEN & DATENQUELLEN	99
11.1	DEFINITIONEN / KATEGORIENBILDUNG.....	99
11.1.1	<i>Integrationsmassnahmen (IM)</i>	99
11.1.2	<i>Phasen des Eingliederungsprozesses</i>	99
11.1.3	<i>Dauer der IM</i>	100
11.1.4	<i>Abschluss/Abbruch der Integrationsmassnahmen</i>	101
11.1.5	<i>Anschlusslösung nach Erreichung der Eingliederungsfähigkeit</i>	101
11.1.6	<i>Gebrechen und Krankheiten</i>	101

11.2	DATENQUELLEN.....	102
11.2.1	<i>IV-Registerdaten</i>	102
11.2.2	<i>Verlaufsanalyse</i>	102
11.2.3	<i>Onlinebefragung</i>	103
12.	ANHANG III – FALLSTUDIEN	105
12.1	AUSWAHL DER FALLSTUDIEN	105
12.2	VORGEHEN DOSSIERANALYSE	108

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitgeber
ALV	Arbeitslosenversicherung
AM	Arbeitsmarkt
AT	Aufbautraining
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
AVB	Allgemeine Vertragsbedingungen
AZB	Arbeit zur Zeitüberbrückung
BM	Berufliche Massnahme der IV
BT	Belastbarkeitstraining
BVG	Berufliche Vorsorge
FI	Frühinterventionsphase
KSIM	Kreisschreiben über die Integrationsmassnahmen der IV
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
IM	Integrationsmassnahme
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
vP	Versicherte Person
RAV	Regionale Arbeitsvermittlung
Rz	Randziffer
SH	Sozialhilfe
PP	Prozentpunkte
UVG	Bundesgesetz über Unfallversicherung
WISA	Wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: WIRKUNGSMODELL FÜR INTEGRATIONSMASSNAHMEN	2
ABBILDUNG 2: EVALUATIONSDESIGN	6
ABBILDUNG 3: FALLSTUDIENDESIGN	8
ABBILDUNG 4: VERHÄLTNIS ZWISCHEN IM-NEUZUSPRACHEN UND ALLEN IV-NEUANMELDUNGEN NACH IV-STELLE – VERGLEICH ZWISCHEN 2012 UND 2017	12
ABBILDUNG 5: GRÜNDE FÜR DIE STEIGENDEN IM-ZAHLEN AUS SICHT DER IV-STELLEN, ABSOLUTE ZAHLEN (N=18)	13
ABBILDUNG 6: GEGENÜBERSTELLUNG PROZENTUALE VERÄNDERUNG DER PERSONEN MIT NEU ZUGESPROCHENEN IM UND KRITERIEN FÜR DIE AUSWAHL DER ZIELGRUPPE (INDEX)	14
ABBILDUNG 7: AUSWAHL DER ZIELGRUPPE NACH «FORMELLEN KRITERIEN» (N=26)	15
ABBILDUNG 8: AUSWAHL DER ZIELGRUPPE NACH «PERSONENBEZOGENEN KRITERIEN» (N=26)	16
ABBILDUNG 9: GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER VERSICHERTENPROFILE ANHAND EINER MEHRFACHKORRESPONDENZANALYSE	22
ABBILDUNG 10: DURCH DIE EINGLIEDERUNGSFACHPERSONEN FESTGESTELLTE VERÄNDERUNGEN BEI DEN MERKMALEN/EIGENSCHAFTEN DER PERSONEN IN IM, MEHRFACHANTWORTEN (N=26)	24
ABBILDUNG 11: WESENTLICHE ZIELSETZUNGEN, WELCHE DIE IV-STELLEN MIT DER ZUSPRACHE VON IM VERFOLGEN (MEHRFACHANTWORTEN, N=26)	25
ABBILDUNG 12: DAUER ZWISCHEN IV-ERST-/WIEDERANMELDUNG UND BEGINN DER ERSTEN IM NACH WIRTSCHAFTLICHER SITUATION DER VP EIN JAHR VOR ZUSPRACHE DER IM, IN MONATEN, BOXPLOT	27
ABBILDUNG 13: DAUER ZWISCHEN IV-ERST-/WIEDERANMELDUNG UND ANTRITT DER ERSTEN IM 2012-2018, IN MONATEN, BOXPLOT	28
ABBILDUNG 14: DAUER ZWISCHEN IV-ERST-/WIEDERANMELDUNG UND ANTRITT DER ERSTEN IM NACH IV-STELLE, KOHORTEN 2012-2018, BOXPLOT	29
ABBILDUNG 15: MÖGLICHE KOMBINATIONEN DER IM	32
ABBILDUNG 16: ANZAHL ABSOLVIERTE IM PRO VERSICHERTE PERSON IN IM GEMÄSS BEFUNDE DER DOSSIERANALYSE, ANTEILE (N=301)	33
ABBILDUNG 17: DURCHSCHNITTLICH GEWÄHRTE ANZAHL IM PRO VERSICHERTE PERSON NACH IV-STELLE, KOHORTEN 2012-2018, ARITHMETISCHES MITTEL MIT STANDARDABWEICHUNG	34
ABBILDUNG 18: VERTEILUNG DER VERSICHERTEN IN DER ERSTEN IM NACH EINGLIEDERUNGSPHASE 2012-2018, IN PROZENT (N=24'190)	35
ABBILDUNG 19: PRAXIS DER IV-STELLEN IN BEZUG AUF DIE GEWÄHRUNG VON IM IN DEN DREI EINGLIEDERUNGSPHASEN 2012-2018, MEHRFACHKORRESPONDENZANALYSE	36
ABBILDUNG 20: KOMBINATIONEN UND ABFOLGE DER IM-ARTEN, VERSICHERTENKOHORTEN 2012-18	37
ABBILDUNG 21: INDIVIDUELLE VORAUSSETZUNG BEI DER WAHL DER IM-ART, ANZAHL NENNUNGEN (N=26)	41
ABBILDUNG 22: RAHMENBEDINGUNGEN BEI DER WAHL DER IM-ART, ANZAHL (N=26)	42
ABBILDUNG 23: VORGEHEN UM DIE IM BEDARFS- UND BEDÜRFNISGERECHT UND AUF DIE INDIVIDUELLEN FÄHIGKEITEN DER VERSICHERTEN ABZUSTIMMEN, MEHRFACHANTWORTEN (N=26)	43
ABBILDUNG 24: ENTWICKLUNG DER DURCHSCHNITTLICHEN BRUTTODAUER DER IM NACH ABSOLVIERTER ANZAHL IM UND NACH JAHR, IN MONATEN MEDIAN	45
ABBILDUNG 25: DURCHSCHNITTLICHE BRUTTODAUER DER VERSCHIEDENEN IM-ARTEN 2012-2017, MEDIAN IN MONATEN (INKL. UNTERBRÜCHE)	46
ABBILDUNG 26: DURCHSCHNITTLICHE BRUTTODAUER DER IM-PHASE NACH IV-STELLE, VERGLEICH ZWISCHEN 2012 UND 2017, MEDIAN IN MONATEN (INKL. UNTERBRÜCHE)	47
ABBILDUNG 27: BRUTTODAUER DER IM NACH GESUNDHEITLICHER BEEINTRÄCHTIGUNG DER VERSICHERTEN, BOX-PLOT IN MONATEN	48
ABBILDUNG 28: NETTODAUER DER IM NACH IM-ART, MEDIAN IN MONATEN (N=301)	49

ABBILDUNG 29: NETTODAUER DER IM NACH IV-STELLE DER FALLSTUDIEN, MEDIAN IN MONATEN (N=301)...	49
ABBILDUNG 30: VERLÄNGERUNG DER IM NACH IM-ART (N=420)	51
ABBILDUNG 31: PERSONENBEZOGENE GRÜNDE, WESHALB IM ABGEBROCHEN WERDEN, ABSOLUTE ZAHLEN (N=26).....	53
ABBILDUNG 32: EXTERNE GRÜNDE, WESHALB IM ABGEBROCHEN WERDEN, ABSOLUTE ZAHLEN (N=26).....	53
ABBILDUNG 33: DIE GRÖSSTEN HERAUSFORDERUNGEN AUS SICHT DER EINGLIEDERUNGSFACHPERSONEN, DAMIT IM ERFOLGREICH SIND, MEHRFACHANTWORTEN, ABSOLUTE ZAHL (N=26)	57
ABBILDUNG 34: ENTWICKLUNG DER GESAMTKOSTEN DER IM (OHNE TAGGELD) UND DER ANZAHL VERSICHERTE PERSONEN IN IM 2012-2018 (N=33'590), IN TAUSEND CHF	59
ABBILDUNG 35: VERÄNDERUNG DER ZAHL DER VERSICHERTEN IN IM UND DER GESAMTKOSTEN FÜR IM (OHNE TAGGELD) 2018 GEGENÜBER 2013 NACH IV-STELLE, IN PROZENT	60
ABBILDUNG 36: ENTWICKLUNG DER KOSTENANTEILE DER IM-ART AN DEN GESAMTKOSTEN FÜR IM (OHNE TAGGELD) 2012-2018, IN PROZENT	61
ABBILDUNG 37: KOSTENANTEILE DER VERSCHIEDENEN IM-ARTEN AN DEN GESAMTEN KOSTEN FÜR SACHLEISTUNGEN DER IM NACH IV-STELLE 2018, IN PROZENT (N=3'867)	62
ABBILDUNG 38: ENTWICKLUNG DER DURCHSCHNITTLICHEN IM-FALLKOSTEN NACH KOHORTE 2012-2018, MEDIAN IN CHF	63
ABBILDUNG 39: VERGLEICH DER FALLKOSTEN FÜR IM ZWISCHEN DEN KOHORTEN 2012 UND 2017 NACH IV-STELLE, MEDIAN IN CHF	64
ABBILDUNG 40: VERÄNDERUNG DER MITTLEREN DAUER DER IM (MEDIAN) UND DER FALLKOSTEN FÜR IM (IN PROZENT) 2017 GEGENÜBER 2012	65
ABBILDUNG 41: ENTWICKLUNG DER DURCHSCHNITTLICHEN FALLKOSTEN PRO IM-ART 2012-2018, MEDIAN IN CHF	66
ABBILDUNG 42: ENTWICKLUNG DER KOSTEN PRO PERSON FÜR EINEN MONAT IN DEN IM NACH IM-ART 2012-2018, MEDIAN CHF	67
ABBILDUNG 43: DURCHFÜHRUNGSART DER IM ALS KOSTENRELEVANTER FAKTOR, ANZAHL (N=17)	67
ABBILDUNG 44: LEISTUNGSERBRINGER UND LOHNNIVEAU ALS KOSTENRELEVANTE FAKTOREN, ANZAHL (N=17).....	69
ABBILDUNG 45: EINSPARUNGSPOTENZIAL, INDEM NEUE IM-MÖGLICHKEITEN GESCHAFFEN WERDEN, ANZAHL (N=17).....	69
ABBILDUNG 46: EINSPARUNGSPOTENZIAL BEI DEN LEISTUNGSERBRINGERN, ANZAHL (N=17).....	70
ABBILDUNG 47: EINSPARUNGSPOTENZIAL BEI DER DURCHFÜHRUNG DER IM, ANZAHL (N=17).....	70
ABBILDUNG 48: MASSNAHMEN DER IV-STELLEN ZUR STEUERUNG DES QUALITÄTS-PREISVERHÄLTNISSSES, ANZAHL (N=17)	71
ABBILDUNG 49: ENTWICKLUNG DES ANTEILS DER VERSICHERTEN MIT EINEM ERFOLGREICHEN BZW. NICHT-ERFOLGREICHEN ABSCHLUSS DER IM 2012-2017 (N=14'882).....	74
ABBILDUNG 50: ENTWICKLUNG DER ANTEILE DER VERSCHIEDENEN ANSCHLUSSLÖSUNG NACH EINEM ERFOLGREICHEN ABSCHLUSS DER IM 2012-2017 (N=9'040, NUR «ERFOLGREICHE» IM-ABSCHLÜSSE).	74
ABBILDUNG 51: ENTWICKLUNG DER ANTEILE DER ANSCHLUSSLÖSUNG BEI NICHT ERFOLGREICHEM ABSCHLUSS DER IM 2012-2017 (N=5'842)	75
ABBILDUNG 52: MITTLERE ZEITSPANNE ZWISCHEN ABSCHLUSS DER IM UND EINSTIEG IN EINE BERUFLICHE MASSNAHME 2012-2018, ARITHMETISCHES MITTEL, STANDARDABWEICHUNG	76
ABBILDUNG 53: ENTWICKLUNG DER ANTEILE DER ANSCHLUSSLÖSUNGEN UND DER NICHT ERFOLGREICHEN EINGLIEDERUNGEN NACH ABSCHLUSS DER LETZTEN BM 2013-2017 (N=5'290)	77
ABBILDUNG 54: VERHÄLTNIS ZWISCHEN ARBEITSLOSENQUOTE IM KANTON UND ANTEIL VP MIT BERUFLICHEN MASSNAHMEN ALS ANSCHLUSSLÖSUNG AN DIE IM NACH IV-STELLE.....	78
ABBILDUNG 55: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN ERWERBSSITUATION VOR UND NACH DER IM NACH IV-STELLE..	79
ABBILDUNG 56: ENTWICKLUNG DER IV-NEURENTEN AN ALLEN IV-RENTEN DER PERSONEN DIE IM ABSCHLUSSJAHR DER IM EINE IV-RENTE HABEN 2012-2018 (N=3'739)	80

ABBILDUNG 57: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN ERWERBSSITUATION VOR UND NACH DER IM NACH IV-STELLE ..	80
ABBILDUNG 58: BERUFLICHE SITUATION EIN, ZWEI UND DREI JAHRE NACH DER LETZTEN IM, IN PROZENT	81
ABBILDUNG 59: ABNEHMENDE WAHRSCHEINLICHKEIT AUF ERFOLGREICHEN ABSCHLUSS MIT ZUNEHMENDER DAUER ZWISCHEN ANMELDUNG UND START DER IM.....	84
ABBILDUNG 60: STEIGENDE WAHRSCHEINLICHKEIT AUF ERFOLGREICHEN ABSCHLUSS BEI BIS ZU DREI ABSOLVIERTEN IM	85

Tabellenverzeichnis

TABELLE 2: EVALUATIONSFRAGEN, DATENQUELLEN UND ERHEBUNGSMETHODEN.....	5
TABELLE 3: GRUNDGESAMTHEIT FÜR DIE ANALYSE DER IV-REGISTERDATEN, KOHORTENKONZEPT	7
TABELLE 4: SAMPLE DER LEITFADENGESTÜTZTEN INTERVIEWS.....	10
TABELLE 5: ENTWICKLUNG DER ANZAHL DER VERSICHERTEN, DENEN ERSTMALS EINE IM ZUGESPROCHEN WURDE, (N=24'190)	11
TABELLE 6: SOZIODEMOGRAFISCHE MERKMALE DER VERSICHERTEN PERSONEN IN IM, 2012-2018 (N=24'190)	17
TABELLE 7: AUSBILDUNGSSTAND UND BERUFE DER VERSICHERTEN IN IM (N=301)	18
TABELLE 8: GESUNDHEITLICHE BEEINTRÄCHTIGUNG DER VERSICHERTEN IN IM, 2012-2018 (N=24'190)	18
TABELLE 9: ANZAHL UND ART DER NEBENERKRANKUNGEN, IN PROZENT (N=301).....	19
TABELLE 10: WIRTSCHAFTLICHE SITUATION DER VERSICHERTEN EIN JAHR VOR ZUSPRACHE DER ERSTEN IM, 2012-2018 (N=24'190)	20
TABELLE 11: WIRTSCHAFTLICHE SITUATION DER VERSICHERTEN EIN JAHR VOR ZUSPRACHE DER ERSTEN IM NACH IV-STELLE 2018.....	20
TABELLE 12: ANRECHT AUF TAGGELD GEMÄSS KVG, UVG, BVG BEI BEGINN DER IM NACH IV-STELLE (N=301).....	21
TABELLE 13: ZUSAMMENSETZUNG DER VERSICHERTENPROFILE NACH IV-STELLE 2018	24
TABELLE 14: HAUPTZIELE DER IM NACH IV-STELLE, MHRFACHANTWORTEN (N=301).....	26
TABELLE 15: ANZAHL VERFÜGTE UNTERSCHIEDLICHE IM PRO VERSICHERTE PERSON DER KOHORTEN 2012- 2018, ANTEILE (N=24'190).....	33
TABELLE 16: ARTEN VON IM-KOMBINATIONEN ZUR VORBEREITUNG AUF DIE BERUFLICHE EINGLIEDERUNG (N=301).....	38
TABELLE 17: VERLÄUFE VON IM-KOMBINATION NACH IV-STELLE UND ERWERBSSITUATION BEI BEGINN DER IM (N=301).....	39
TABELLE 18: DURCHFÜHRUNGORT DER IM NACH ART DER IM UND IV-STELLE (N=590)	40
TABELLE 19: NETTODAUER DER IM NACH AUSGEWÄHLTEN KRITERIEN, ARITHMETISCHES MITTEL (N=301)....	50
TABELLE 20: ABRUCH UND ERFOLGLOSER ABSCHLUSS DER IM NACH AUSGEWÄHLTEN KRITERIEN (N=298)51	
TABELLE 21: ENTWICKLUNG DER GESAMTKOSTEN DER VERSCHIEDENEN IM-ART (OHNE TAGGELD) 2012- 2018, IN TAUSEND CHF	61
TABELLE 22: HÖHE DES EINKOMMENS BEI EINER ERWERBSTÄTIGKEIT NOCH IM GLEICHEN JAHR WIE ABSCHLUSS DER IM (N=5'486).....	78
TABELLE 23: FAKTOREN, WELCHE EINEN ERFOLGREICHEN ABSCHLUSS DER IM BEGÜNSTIGEN, LOGISTISCHE REGRESSION	82

Zusammenfassung

Mit der 5. IV-Revision wurden im Jahr 2008 Integrationsmassnahmen (IM) eingeführt, um vor allem Personen mit psychischen Erkrankungen auf eine berufliche Eingliederung vorzubereiten. Dabei sollen die Versicherten schrittweise an die Anforderungen des regulären Arbeitsmarktes herangeführt werden und eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 Prozent eines vollen Arbeitspensums erreichen. Im Rahmen der vorliegenden Evaluation interessiert, wie sich die IM seit 2012 entwickelt haben und inwiefern sich Zielgruppe, Durchführung, Kosten und erzielte Ergebnisse verändert haben.

Im Jahr 2018 wurden insgesamt 4172 versicherte Personen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung neu in eine IM aufgenommen. Im Vergleich zu 2012 entspricht dies einer Zunahme um 68,8 Prozent neu zugesprochener IM. Zusätzlich fällt auf, dass die IM in jüngerer Zeit deutlich häufiger als wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz (WISA) stattfinden.

Methodisches Vorgehen

Die Evaluation orientiert sich an einem Mehrebenen-Ansatz, der im Sinne einer Triangulation sowohl quantitative als auch qualitative Zugänge und Analysemethoden integriert. Durch den Einbezug qualitativer Analysestrategien gewinnt die Evaluation an Offenheit für den Gegenstand und damit auch an Alltagsnähe. Für die Durchführung der Evaluation wurde ein Vorgehen in vier Modulen gewählt: Das *erste* Modul ist als Vorstudie zu verstehen, die dazu diente, einen ersten Überblick über die Registerdaten der IV zu erhalten, Sondierungsgespräche mit zwei IV-Stellen zu führen, die Datenlage bei den IV-Stellen zu klären und im Rahmen einer Onlinebefragung erste Informationen bei den IV-Stellen einzuholen. Das *zweite* Modul widmete sich der Datenaufbereitung und Auswertung der IV-Registerdaten sowie der detaillierten Auswertung der Onlinebefragung bei den IV-Stellen. Im *dritten* Modul wurden Fallstudien bei fünf ausgewählten IV-Stellen durchgeführt. Im Rahmen der fünf Fallstudien wurden Versichertendossiers ausgewertet, Leitfadeninterviews mit Ärzten und Ärztinnen, Arbeitgebenden, Leistungserbringern und Versicherten geführt. Zudem wurden zwei Fokusgruppengespräche mit Eingliederungsfachpersonen und Kontraktmanagern und -managerinnen der fünf IV-Stellen geführt. Modul 3 galt zudem der qualitativen Vertiefung der Erkenntnisse aus den ersten beiden Modulen. Das *vierte* Modul diente der Formulierung von Schlussfolgerungen und Empfehlungen.

Unterschiedliche Nutzung und Entwicklung der IM bei den IV-Stellen

Nach einer vierjährigen Einführungsphase sind die IM seit 2012 in allen IV-Stellen etabliert. Allerdings gibt es hinsichtlich Entwicklung und Nutzung der IM Unterschiede: Einzelne IV-Stellen versuchen, möglichst schnell einen Grundsatzentscheid zu fällen und nutzen die IM aktiv, um die Versicherten möglichst früh im Krankheitsverlauf abzuholen und mit IM zu begleiten. Andere IV-Stellen interpretieren die IM sehr eng und setzen sie vor allem bei Versicherten ein, die seit längerer Zeit nicht mehr auf dem Arbeitsmarkt waren. Sie nutzen die IM, um Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit der Versicherten abzuklären und greifen dann auf andere Massnahmen als IM – vor allem berufliche Massnahmen – zurück, um die Personen in den Arbeitsmarkt zu reintegrieren.

Gut die Hälfte der IV-Stellen (14) setzen IM im Verhältnis zu allen IV-Neuanmeldungen überdurchschnittlich häufig ein. Bei neun IV-Stellen verzeichnet der Anteil der IM an allen IV-Neuanmeldungen seit dem Jahr 2012 einen markanten Anstieg. Diese IV-Stellen kennzeichnen folgende Aspekte:

- Ein relativ hoher Anteil der IM findet im regulären Arbeitsmarkt statt (\geq 25 Prozent).
- Die Erfolgsquoten sind überdurchschnittlich hoch: Über 70 Prozent der Versicherten erreichen mit Unterstützung der IM eine berufliche Eingliederungsfähigkeit von mindestens 50 Prozent eines vollen Arbeitspensums.
- Die Fallkosten sind seit 2012 entweder gesunken oder nur leicht angestiegen.

- Zusätzlich haben die IV-Stellen mit einem überdurchschnittlichen Anstieg neu zugesprochener IM (plus 100 Prozent und mehr) die Zusprachepraxis teilweise geändert und/oder Massnahmen zur Förderung der IM ergriffen.

Die Profile der Zielgruppe in IM haben sich verändert

Die Zusammensetzung der Zielgruppe in den IM erweist sich seit dem Jahr 2012 hinsichtlich soziodemografischer und gesundheitlicher Merkmale weitgehend konstant: Etwas mehr als die Hälfte der Personen in IM sind Frauen (52,7 Prozent), 47,3 Prozent sind Männer. Gut zwei Drittel (68,5 Prozent) haben als Haupterkrankung eine psychische Beeinträchtigung. Der Bildungsstand der Personen in den IM ist zwar etwas tiefer als jener der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz ab 15 Jahren. Dennoch verfügen drei Viertel der Versicherten über einen Berufs- oder Tertiärabschluss. Der grösste Teil hat einen Beruf, der zum Dienstleistungssektor zählt (Gesundheit-, Unterrichtswesen, Verwaltung, Gastgewerbe etc.). Im Rahmen der Untersuchung konnten fünf Profile von Versicherten in IM festgestellt werden. Die Profile kommen je nach IV-Stelle in unterschiedlicher Häufigkeit vor, und ihre Anteile an allen Versicherten in IM haben sich in den letzten Jahren verschoben.

1. Gegenüber 2012 hat sich das Durchschnittsalter der Versicherten in den IM im Jahr 2018 um 1 Jahr reduziert. Dabei ist insbesondere der Anteil der unter 19-jährigen Versicherten, denen erstmals eine IM zugesprochen wird, signifikant angestiegen (+3,4 Prozentpunkte). Zu diesem Profil zählen 5,6 Prozent der Versicherten in IM. Die jungen Versicherten weisen zwar gegenüber den Versicherten der anderen Profile überdurchschnittlich häufig ein Geburtsgebrechen auf. Seit dem Jahr 2012 hat sich aber bei der Gruppe der jüngeren Versicherten der Anteil der Jugendlichen mit psychischen Belastungsstörungen mehr als vervierfacht. Die jungen Versicherten kommen im Vergleich zu den anderen Profilen überdurchschnittlich häufig aus einer Situation der Nicht-Erwerbstätigkeit in die IM.
2. Die grösste Gruppe unter den Versicherten in den IM sind die 19- bis 35-Jährigen mit psychischen Beeinträchtigungen. Sie machen 43,1 Prozent aller Versicherten in IM aus. Im Vergleich zu den anderen Profilen sind sie vor Zusprache der ersten IM häufiger arbeitslos, nicht erwerbstätig, haben entweder noch Anspruch auf Krankentaggelder oder erhalten Sozialhilfe. Gut zwei Drittel von ihnen sind Frauen (68,3 Prozent). Der Anteil der Personen mit diesem Profil an allen Versicherten in IM hat sich seit dem Jahr 2012 um 4,1 Prozentpunkte reduziert.
3. Ein Viertel der Personen in IM zählt zur Gruppe der Versicherten über 45 Jahre. Die Versicherten in dieser Gruppe leiden überdurchschnittlich häufig an Krankheiten des Nervensystems oder anderen Krankheiten. Zusätzlich sind sie in der Regel bis ein Jahr vor Zusprache der IM erwerbstätig. Der Anteil dieser Gruppe an allen Versicherten in IM ist seit dem Jahr 2012 um 3,6 Prozentpunkte angestiegen.
4. Die Versicherten des vierten Profils sind zwischen 36 und 55 Jahre alt und kommen häufiger als die Versicherten der anderen Gruppen aus einem EU/EFTA-Staat (42,6 Prozent). Sie sind öfter männlich. Darüber hinaus leiden sie eher an Krankheiten der Knochen und Bewegungsorgane als die Versicherten der anderen Gruppen. Gegenüber den anderen Profilen zählen zu dieser Gruppe signifikant mehr Personen, die sich bei Beginn der IM in der Wiedereingliederung von Rentenbeziehenden befinden. Zu diesem Profil zählen 16,9 Prozent der Versicherten in IM.
5. Eine eher kleinere Gruppe – knapp 10 Prozent – machen die versicherten Personen aus Drittstaaten aus. Sie erhalten IM signifikant häufiger als die anderen Versicherten aufgrund eines Unfalls (39 Prozent).

Neben der veränderten Zusammensetzung der Versichertenprofile hat sich die Zielgruppe der IM noch in weiteren Merkmalen verändert. So haben es die Eingliederungsfachpersonen der IV-Stellen zunehmend mit komplexeren Fällen zu tun: Über 80 Prozent der Versicherten haben zusätzlich zur Haupterkrankung mindestens eine Nebenerkrankung, häufig handelt es sich um multiple psychische Störungen.

Neben solchen Komorbiditäten kommen immer öfter auch finanzielle, familiäre und soziale Probleme hinzu, was zu einem steigenden Koordinationsbedarf mit anderen Stellen und Hilfsangeboten führt.

Auswahl der Zielgruppe und Zielsetzung in den IM

Ab dem Jahr 2016 zeigt sich eine Tendenz, IM vermehrt Personen zu gewähren, die ein Jahr vor Beginn der IM noch im Arbeitsleben waren bzw. ein Erwerbseinkommen erzielt hatten. Aber auch der Anteil jener versicherten Personen, die sich ein Jahr vor Beginn der IM auf kein Erwerbseinkommen abstützen konnten, ist deutlich gestiegen. Ein grosser Teil dieser Personen (49 Prozent) dürfte – gemäss Dossieranalyse – ein Taggeld nach KVG oder UVG erhalten haben. Hingegen wurden IM in jüngerer Zeit deutlich weniger häufig im Rahmen der Wiedereingliederung von Rentenbeziehenden eingesetzt. Der Anteil dieser Gruppe ist seit dem Jahr 2012 um 10,5 Prozentpunkte gesunken.

Die IV-Stellen orientieren sich bei der Definition der Ziele vorwiegend an den Vorgaben im Anhang des Kreisschreibens über die Integrationsmassnahmen der IV. In den durchgeführten Analysen konnten nur selten individuell formulierte Ziele festgestellt werden. Das Fehlen klar formulierter, bedürfnisgerechter Ziele wurde insbesondere in den Interviews mit den Leistungserbringern bemängelt. Zudem hat sich gezeigt, dass bei der Auswahl der IM-Art nicht in erster Linie die Zielformulierung im Vordergrund steht, sondern die Situation des Versicherten und die Frage, welche IM der Situation am besten gerecht wird. Ist eine Person seit längerer Zeit nicht mehr auf dem Arbeitsmarkt, so startet die IM in der Regel mit einem Belastbarkeitstraining. Im Vordergrund stehen dann Stabilität in der Tagesstruktur und das Erreichen einer minimalen Präsenzzeit. Das Aufbaustraining wird vor allem dann eingesetzt, wenn die Person eine gewisse Stabilität erreicht hat und am Ausbau der Leistungsfähigkeit gearbeitet werden kann. Ist hingegen noch ein Arbeitsplatz vorhanden, wird mit WISA an der beruflichen Eingliederung gearbeitet.

Durchführung der IM

Durchschnittlich (Median) dauert es von der IV-(Neu-)Anmeldung bis zum ersten Leistungsbezug einer IM 10 Monate (ohne IV-Rentenbezüger und -bezügerinnen). Bei Versicherten, die ein Jahr vor Zusprache der IM noch im Erwerbsleben oder arbeitslos waren, fällen die IV-Stellen bereits nach acht bzw. neun Monaten einen Entscheid. Dieses Vorgehen ist nachvollziehbar, da IM desto erfolgreicher sind, je kürzer die zeitliche Distanz zur letzten Arbeitstätigkeit ist. Bei Personen, die nicht erwerbstätig sind, Krankentaggeld erhalten oder von der Sozialhilfe unterstützt werden, dauert es ab IV-Anmeldung im Durchschnitt sechs Monate länger, bis sie mit der IM starten. Mit jedem zusätzlichen halben Jahr, das zwischen IV-Anmeldung und Beginn der IM vergeht, halbiert sich – bei Konstanzhaltung der anderen Einflussfaktoren – die Wahrscheinlichkeit, die IM erfolgreich abzuschliessen¹. Die IV-Stellen scheinen die Wichtigkeit, die Versicherten möglichst früh im Krankheitsverlauf mit IM zu begleiten, erkannt zu haben. Der Anteil an Versicherten, die IM bereits in der Phase der Frühintervention (FI) besuchen, hat seit dem Jahr 2016 markant zugenommen. Gleichzeitig hat sich der Anteil der Rentenbezüger und -bezügerinnen, bei denen IM zur Wiedereingliederung eingesetzt werden, kontinuierlich reduziert. Dieser Entwicklung sind allerdings nicht alle IV-Stellen in gleichem Masse gefolgt.

Die IV-Stellen tendieren seither auch vermehrt dazu, häufiger IM zu gewähren als in den Jahren zuvor. Im Durchschnitt werden pro versicherte Person zwei IM (ohne Verlängerung) zugesprochen. Bei bis zu drei besuchten IM steigt mit jeder weiteren IM auch die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Abschlusses, ab vier IM erhöhen sich indessen diese Chancen nicht mehr signifikant. Die besten Chancen auf Erfolg bieten Kombinationen von IM, bei denen die letzte IM im regulären Arbeitsmarkt stattfindet und die versicherte Person von einem Job Coach begleitet wird, bis sie im regulären Arbeitsmarkt wieder Fuss gefasst hat.

¹ Als erfolgreicher Abschluss einer IM gilt: wenn eine berufliche Eingliederungsfähigkeit von mindestens 50 % eines vollen Arbeitspensums erreicht wird. Diese Personen können nach Abschluss der IM entweder in eine berufliche Massnahme der IV einsteigen, eine Erwerbstätigkeit aufnehmen oder sich beim RAV arbeitslos melden.

Mit zunehmender Anzahl IM steigt auch die Dauer, die eine Person in den IM verbringt. Die «klassische» Kombination mit Belastbarkeitstraining und anschliessendem Aufbautraining dauert durchschnittlich gut neun Monate. Startet die IM bereits in der FI-Phase werden die Versicherten in der Regel während knapp einem Jahr mit IM begleitet. Verlängert sich die Dauer der IM um einen Monat, steigen die Erfolgchancen um den Faktor 1,01. Allerdings stagnieren bzw. verlangsamen sich die Erfolgchancen nach einem zwölfmonatigen Besuch der IM.

Abbrüche finden vor allem im Belastbarkeitstraining statt

Etwa ein Fünftel der IM wird abgebrochen. In der Regel erfolgt der Abbruch bereits im Belastbarkeitstraining. Diese IM-Art wird auch am häufigsten erfolglos abgeschlossen, d.h. nach Abschluss der IM folgen keine weiteren Eingliederungsmassnahmen mehr. Deutlich seltener werden IM abgebrochen, wenn sie als wirtschaftsnahe Integration mit Unterstützung am Arbeitsplatz stattfinden. Dass sich die Abbruchquoten zwischen den fünf in den Fallstudien untersuchten IV-Stellen teilweise deutlich unterscheiden, hängt u.a. auch mit der Zusammensetzung der Zielgruppe in den IM zusammen. IV-Stellen mit einem hohen Anteil an Versicherten, die schon längere Zeit nicht mehr am Arbeitsleben teilhatten, haben höhere Abbruchquoten. Am häufigsten werden IM abgebrochen, weil sich der Gesundheitszustand verschlechtert hat, Fortschritte fehlen oder die Kooperation und Motivation der Versicherten mangelhaft sind.

IM sind erfolgreicher, wenn sie im regulären Arbeitsmarkt stattfinden

Die Möglichkeit, IM in der freien Wirtschaft durchzuführen, hat in den letzten Jahren bei den IV-Stellen an Bedeutung gewonnen. Seitens der IV-Stellen ist ein gewisser Druck auf die Leistungserbringer zu erkennen, damit sie Einsätze in der freien Wirtschaft ermöglichen und die Personen in IM bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes unterstützen. Damit dieser Übergang in den regulären Arbeitsmarkt gelingt, müssen die versicherten Personen zunächst genügend stabil sein. Diese Stabilität wird durch einen schrittweisen Aufbau der Belastbarkeit im institutionellen Rahmen erreicht. Ist diese Stabilität erreicht, scheint die Konfrontation mit der Realität für die Versicherten wichtig zu werden. Denn die Rückkehr auf eine Arbeitsstelle gelingt am besten über eine möglichst berufsnahe Durchführung der IM. Wie die vertieften Analysen im Rahmen der fünf Fallstudien zeigen, gehen die IV-Stellen sehr unterschiedlich mit der Möglichkeit um, IM in der freien Wirtschaft zu absolvieren. Der Grund dafür liegt in einer engeren oder weiteren Interpretation, wofür IM eingesetzt werden. Zum anderen spielt auch die flächenmässige Grösse bzw. die Topographie eines Kantons eine Rolle, ob die IM eher in einer Institution oder auf dem regulären Arbeitsmarkt stattfinden. In städtisch geprägten Kantonen oder solchen mit relativ hohen Arbeitslosenquoten werden die IM häufiger in einer Institution oder im zweiten Arbeitsmarkt absolviert. Die unterschiedlichen kontextuellen Rahmenbedingungen sind jedoch nicht alleine dafür verantwortlich, dass IM in gewissen Kantonen häufiger im regulären Arbeitsmarkt stattfinden als in anderen Kantonen. Gewisse IV-Stellen haben nämlich in den letzten Jahren die Kontakte zu den Arbeitgebern intensiviert und sich ein Netzwerk aufgebaut.

Steigende Ausgaben für IM bei gleichzeitig steigenden Fallzahlen

Die Ausgaben für IM steigen seit dem Jahr 2012 kontinuierlich, was in erster Linie damit zusammenhängt, dass auch die Versichertenzahl in IM im gleichen Tempo angestiegen ist. Nicht bei allen IV-Stellen sind die Ausgaben für IM allerdings linear zu den Versichertenzahlen gestiegen. Bei einigen IV-Stellen haben sich die Ausgaben trotz steigender Fallzahlen bis ins Jahr 2018 reduziert. Dabei fällt auf, dass diese IV-Stellen IM früher im Krankheitsverlauf einsetzen und die IM häufiger im regulären Arbeitsmarkt in Form von WISA erfolgen.

Ebenfalls unterschiedlich ausgeprägt sind die Fallkosten zwischen den IV-Stellen gestiegen. Zu den Fallkosten zählen alle zwischen Beginn und Ende der IM angefallenen Sachleistungen pro Personen. Die Höhe der Fallkosten ist eng mit der Dauer und Anzahl absolvierten IM verknüpft. IV-Stellen, bei denen

sich die mittlere Dauer der IM in den letzten Jahren deutlich verlängert hat, verzeichnen in der Regel auch einen überdurchschnittlichen Anstieg der Fallkosten. Der Wechsel von der Tages- zur Monatspauschale hat indes keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Varianz der Fallkostenentwicklung, obwohl die IV-Stellen bei der Monatspauschale ein gewisses Absenzrisiko tragen. Tagespauschalen sind vor allem bei komplexen Fällen mit vielen Absenzen flexibler einsetzbar. Die befragten Kontraktmanager/-innen sehen einen weiteren Grund für die steigenden Fallkosten in fehlenden Alternativen zum Aufbau- und Training, die anstelle der IM eingesetzt werden können, wenn eine Person die 50 Prozent Arbeitsfähigkeit erreicht hat, die Leistungsfähigkeit jedoch weiter gesteigert werden soll.

Anschlusslösungen und Übergang in den regulären Arbeitsmarkt

Die Erfolgsquote der IM ist seit dem Jahr 2013 um 9 Prozentpunkte auf 65 Prozent im Jahr 2017 gestiegen. Von jenen Versicherten, die eine berufliche Eingliederungsfähigkeit von mindestens 50 Prozent erreichen, treten 46 Prozent nach Abschluss der IM zunächst in eine berufliche Massnahme der IV oder in einen Arbeitseinsatz zur Zeitüberbrückung (1 Prozent) ein. Seit dem Jahr 2013 bleibt der Anteil der Personen, die direkt nach Abschluss der IM mindestens in einem Teilzeitpensum in eine Erwerbstätigkeit einsteigen, konstant. Indessen ist der Anteil jener Versicherten, die im Anschluss an die IM bei der ALV angemeldet werden, um 7 Prozentpunkte auf 24 Prozent geklettert. Gleichzeitig sinkt der Anteil der Versicherten, die nach der IM eine ganze IV-Rente oder Teilrente (ohne Erwerbstätigkeit) haben in Bezug auf alle Versicherten in IM um 6 Prozentpunkte auf 12 Prozent im Jahr 2017.

In Kantonen mit einer überdurchschnittlich hohen Arbeitslosenquote treten die Versicherten signifikant häufiger nach Abschluss der IM in eine berufliche Massnahme ein. Welche Anschlusslösung nach Ende der IM gewählt wird, hängt teilweise auch von der Auslegung der IM durch die IV-Stelle ab. IV-Stellen, welche die IM zur Klärung der Belastbarkeit und zum Aufbau einer Leistungsfähigkeit von maximal 50 Prozent einsetzen, nutzen anschliessend beruflichen Massnahmen, um die Leistungsfähigkeit der Versicherten weiter zu steigern.

Wie gut die Rückkehr auf eine Arbeitsstelle in der freien Wirtschaft gelingt, hängt vor allem von zwei Faktoren ab: Zum einen gelingt die Rückkehr jenen Personen besser, die vor Zusprache der IM weniger als ein Jahr nicht mehr erwerbstätig waren. Zum anderen haben Personen, welche die letzte IM im regulären Arbeitsmarkt absolvierten, bessere Chancen, auf eine Arbeitsstelle zurückzukehren.

Anschlusslösung IV-Rente

Von den in die Untersuchung einbezogenen Kohorten 2012-2017 haben im Mittel 17,7 Prozent der Versicherten noch im gleichen Jahr, in dem sie die IM abschliessen, eine IV-Rente. Bei rund 70 Prozent handelt es sich um eine ganze Rente. Des Weiteren sind gut zwei Fünftel Neurenten (erstmalige Zusprache). Die Anteile der neu zugesprochenen IV-Renten an allen IV-Rentenbezüger/-innen, welche noch im Abschlussjahr der IM eine IV-Rente haben, sind in den letzten Jahren markant gestiegen. Diese Entwicklung ist aber vor allem dem Rückgang der Versicherten geschuldet, welche die IM zur Wiedereingliederung von Rentenbezüger/-innen besuchen. Zugleich kann daraus geschlossen werden, dass die IV-Stellen die IM immer weniger häufig für die Wiedereingliederung von Rentenbezüger/-innen, sondern vermehrt für die Rückkehr von neu angemeldeten Personen in den regulären Arbeitsmarkt einsetzen.

Mittelfristige Wirkung der IM

Ein Blick auf die Frage, wie nachhaltig sich Personen, die eine IM absolviert haben, in den regulären Arbeitsmarkt integrieren können, zeigt: Drei Jahre nach der letzten IM sind 37 Prozent auf dem Arbeitsmarkt. Der grösste Teil von ihnen verfügt über ein Einkommen von 3000.- Franken und mehr pro Monat. Ein Viertel der Versicherten, die drei Jahre vorher die IM abgeschlossen oder abgebrochen haben, bezieht eine ganze IV-Rente, 16 Prozent eine Teilrente. Zudem sind zwei Prozent arbeitslos gemeldet, und neun Prozent erhalten Sozialhilfe. Jede zehnte Person verfügt drei Jahre nach Abschluss der IM über kein Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit oder aus Beiträgen des Systems der sozialen Sicherheit.

Erfolgsfaktoren und Empfehlungen

Wie gut es gelingt, die Versicherten in IM erfolgreich auf das Eingliederungsziel einer 50-prozentigen Erwerbsfähigkeit vorzubereiten, hängt sowohl vom Profil der Versicherten in IM als auch von der Umsetzungsmodalität ab. Darüber hinaus beeinflusst die Art und Weise der Umsetzung die Fallkosten der IM wesentlich. Aber auch «weiche» Faktoren wie Zusammenarbeit der beteiligten Akteure, Zielformulierung, Wahl der IM, Begleitung der Versicherten sowie soziale Aspekte (z.B. familiäres Umfeld) spielen bei der Durchführung der IM eine wesentliche Rolle. Die Empfehlungen für eine Verbesserung der IM stützen sich auf die Evaluationsergebnisse und die zum Zeitpunkt der Berichterstattung geltende Gesetzesgrundlage. Nachfolgend werden die Erfolgsfaktoren und die daraus abgeleiteten Empfehlungen zusammengefasst.

Versichertenprofile

Soziodemografische Merkmale, gesundheitliche Beeinträchtigung und Erwerbssituation vor Zusprache der IM haben einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg der IM. Zugleich sollte die IM nach der IV-Erst-/Wiederanmeldung möglichst zeitnah starten. Dauert es nach der IV-Anmeldung mehr als ein halbes Jahr bis zum Start der IM, so halbieren sich auch die Erfolgchancen. Des Weiteren spielt die gesundheitliche Stabilität in jeder Phase der IM eine zentrale Rolle. **Es empfiehlt sich somit:**

1. *IM möglichst früh im Krankheitsverlauf – unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Stabilität und entsprechender Abklärung (bspw. gemeinsam mit den behandelnden Ärzten/Ärztinnen) – einzusetzen, bevor sich die Personen zu lange vom Arbeitsleben entfernt haben.*
2. *Werden IM im Rahmen der Wiedereingliederung von IV-Rentenbezüglern und -bezügerinnen eingesetzt, ist vorab sorgfältig zu klären, ob reelle Chancen auf eine Rückkehr in den regulären Arbeitsmarkt gegeben sind. Dafür sind andere Abklärungsinstrumente als IM einzusetzen.*
3. *Im Sinne einer umfassenden und koordinierenden Fallführung sollen die Eingliederungsfachpersonen die Ziele gemeinsam mit den Leistungserbringern, den Versicherten und wo sinnvoll mit den behandelnden Ärzten/Ärztinnen definieren. Die Verantwortung für die Zielsetzung der einzelnen Massnahmen liegt bei der Eingliederungsfachperson. Die Ziele sollten bedarfs- und bedürfnisgerecht auf die individuelle Situation der Betroffenen abgestimmt sein.*

Umsetzungsmodalität und Dauer der IM

Die besten Chancen auf Erfolg bestehen, wenn mindestens ein Teil der IM im regulären Arbeitsmarkt stattfindet und die versicherte Person von einem Job Coach begleitet wird. Auch die Dauer der IM hat einen Einfluss: Bei einer Dauer bis zu 12 Monaten steigen die Erfolgchancen einer IM mit jedem zusätzlichen Monat um ein Prozent. Danach stagnieren bzw. verlangsamen sich diese Erfolgchancen deutlich. Zusätzlich ist es wichtig, dass die Versicherten gezielt auf die Rückkehr in den Arbeitsmarkt vorbereitet werden, sobald der Gesundheitszustand ausreichend stabil ist. **Es empfiehlt sich somit:**

4. *Die Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung im Rahmen einer IM soll schrittweise erfolgen, indem in Phasen gearbeitet wird und die verschiedenen IM-Arten sinnvoll kombiniert werden. Mindestens ein Teil der IM sollte im regulären Arbeitsmarkt stattfinden.*
5. *Die Ausgestaltung der IM sollte sich an flexiblen Modellen orientieren, die auch ein Alternieren zwischen den Durchführungsorten Institution – Arbeitsmarkt erlauben oder intermediäre Arbeitsformen zwischen Institution und Arbeitgebern des regulären Arbeitsmarkts unterstützen und eine enge Begleitung der versicherten Person und des Arbeitgebers gewährleisten.*
6. *Ist das Eingliederungsziel, eine 100-prozentige Arbeitsfähigkeit zu erreichen, fehlen derzeit Massnahmen, die im Anschluss an die IM eine weitere Leistungssteigerung ermöglichen. Hierfür sollten geeignete Massnahmen im Rahmen der IM oder beruflichen Massnahme (BM) geschaffen werden.*

Kontakt zu den Arbeitgebern

Persönliche Kontakte erweisen sich als hilfreich, um den Arbeitgebern die Möglichkeiten der IV aufzuzeigen, den Prozess zu erklären und Hemmschwellen bei der Anstellung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen zu reduzieren. Einzelne IV-Stellen – insbesondere in ländlich geprägten Kantonen – haben in den vergangenen Jahren aktiv den Kontakt zu den Arbeitgebern gesucht und sich ein Netzwerk aufgebaut. **Daraus ergibt sich folgende Empfehlung:**

7. *Der Kontakt und die proaktive Unterstützung der Arbeitgeber sollte weiter intensiviert werden (bspw. in Form eines regelmässigen Austausches, transparenten Informationsflusses oder in Form von Netzwerkveranstaltungen). IV-Stellen in ländlich geprägten Kantonen können als good practices angesehen werden.*

Berücksichtigung nicht IV-relevanter Faktoren

Der Erfolg bzw. Misserfolg einer IM hängt nicht ausschliesslich vom Handeln der Eingliederungsfachperson oder des Leistungserbringers ab, sondern häufig spielen auch das soziale Umfeld und die wirtschaftliche Lage der versicherten Person eine wesentliche Rolle. Gewisse IV-Stellen setzen für die Auseinandersetzung mit diesen externen Faktoren Job Coaches ein. Die Fallkomplexität dürfte künftig weiter zunehmen. Dadurch wird sich auch der Bedarf an interinstitutioneller Zusammenarbeit erhöhen. **Daraus wird folgende Empfehlung abgeleitet:**

8. *Die IV-Stellen sollten künftig noch stärker auf eine umfassende Situationsklärung setzen und dabei auch externen Faktoren berücksichtigen bzw. die Koordination und Vernetzung mit den für diese Probleme zuständigen Stellen herstellen.*

Übergang in den regulären Arbeitsmarkt

Findet die IM in einer Institution statt, ist zum einen die Wahl des Leistungserbringers zentral, beispielsweise, dass die Trainingsarbeitsplätze nahe am ersten Arbeitsmarkt sind. Zum anderen sollte ein gewisses Engagement vorhanden sein, die Versicherten bei der Suche eines Arbeitsplatzes zu unterstützen. Die IV-Stellen können die Institutionen verpflichten, das Angebot vermehrt auf den Übergang in den regulären Arbeitsmarkt auszurichten. Dafür ist aber auch die Zusammenarbeit und Präsenz der Eingliederungsfachpersonen vor Ort bei den Institutionen wichtig. Aber auch Kontinuität in der Ansprechperson erweist sich als zentrales Kriterium für eine erfolgreiche Rückkehr auf den Arbeitsmarkt. **Damit der Übergang in die reguläre Arbeit gelingt, empfiehlt sich:**

9. *In der Fallführung ist Kontinuität in der Ansprechperson anzustreben – auch über die IM hinaus. Ein besonderes Augenmerk ist zudem auf die Vermittlung von bedarfsgerechten Arbeitsplätzen zu legen, damit diese zu den individuellen Fähigkeiten/Möglichkeiten der versicherten Personen passen.*
10. *Es ist zu überlegen, in welcher Form die versicherten Personen nach Abschluss der IM auf dem regulären Arbeitsmarkt weiter durch die IV unterstützt und begleitet werden können, beispielsweise während der Probezeit.*

Résumé

La 5^e révision de l'AI, en 2008, a introduit le principe des mesures de réinsertion, qui visent avant tout à préparer les personnes présentant des troubles psychiques à la réadaptation professionnelle. Les personnes assurées sont préparées petit à petit aux exigences du marché et retrouvent une capacité de travail équivalant à 50 % au moins d'un temps plein. La présente évaluation analyse l'évolution des mesures de réinsertion depuis 2012 ainsi que celle des groupes cibles, de la mise en œuvre, des coûts et des résultats visés.

En 2018, 4172 assurés ont bénéficié d'une nouvelle mesure de réinsertion visant à les préparer à la réadaptation professionnelle, soit une augmentation de 68,8 % par rapport à 2012. Par ailleurs, il s'agit maintenant plus fréquemment de mesures de réinsertion proche de l'économie avec soutien sur le lieu de travail (REST).

Méthodologie

L'évaluation se fonde sur une approche multi-niveaux qui intègre, au sens d'une triangulation, des entrées quantitatives et qualitatives ainsi que des méthodes d'analyse. Les données qualitatives permettent d'ouvrir le champ d'étude et de se rapprocher de la pratique quotidienne. L'étude se fonde sur une procédure en quatre modules. Le *premier* module consistait en une étude préliminaire ; il s'agissait d'obtenir un aperçu des données des registres de l'AI, de mener des entretiens de sondage auprès de deux offices AI, d'établir de quelles données disposent les offices AI et de récolter, au moyen d'une enquête en ligne, les premières informations auprès de ces offices. Le *deuxième* module portait sur la préparation des données et l'exploitation des registres de données de l'AI ainsi que sur l'exploitation détaillée des résultats de l'enquête en ligne. Le *troisième* module était consacré à l'étude de cas auprès de cinq offices AI. Il s'agissait d'analyser des dossiers d'assurés et de mener des entretiens dirigés auprès de médecins, d'employeurs, de prestataires et d'assurés. Deux entretiens ciblés ont également été réalisés avec des spécialistes de la réadaptation et des gestionnaires de contrats des cinq offices AI. Ce module a aussi permis d'approfondir, qualitativement, les résultats des deux premiers modules. Le quatrième module a consisté à formuler les conclusions et les recommandations.

Utilisation et évolution différenciées des mesures de réinsertion en fonction des offices AI

Après une phase introductive de quatre ans, les mesures de réinsertion ont été appliquées dans l'ensemble des offices AI à partir de 2012. On constate toutefois des différences sur les plans de l'évolution et de l'utilisation des mesures : certains offices essaient de délivrer une décision de principe aussi rapidement que possible et utilisent activement les mesures de réinsertion afin d'identifier et d'accompagner les assurés assez tôt dans le processus de maladie. D'autres ont une interprétation très stricte des mesures de réinsertion et les proposent en premier lieu aux assurés ayant quitté le marché du travail depuis plus longtemps. Ils utilisent ces mesures pour déterminer le degré d'endurance et la capacité de travail des assurés et ont ensuite recours à d'autres types de mesures, notamment des mesures d'ordre professionnel, afin de réinsérer les assurés sur le marché du travail.

Par rapport à l'ensemble des nouvelles demandes à l'AI, plus de la moitié des offices AI (14) ont recours plus fréquemment que la moyenne aux mesures de réinsertion. Dans neuf offices, ce taux a fortement augmenté depuis 2012. Ces offices se distinguent par les points suivants :

- Une part relativement élevée des mesures de réinsertion se déroulent sur le marché ordinaire du travail (≥ 25 %).
- Les taux de succès sont largement supérieurs à la moyenne : plus de 70 % des assurés bénéficiant de ces mesures atteignent une capacité de réadaptation professionnelle équivalant à 50 % au moins d'un temps complet.
- Depuis 2012, les coûts ont soit diminué, soit très légèrement augmenté.

- En outre, les offices AI présentant une hausse de mesures de réinsertion nouvellement octroyées plus élevée que la moyenne (hausse de 100 % ou plus) ont partiellement modifié leur pratique d'octroi et/ou introduit des mesures de promotion en la matière.

Les profils des groupes cibles des mesures de réinsertion ont changé

Depuis 2012, la composition des groupes cibles, considérée sous l'angle sociodémographique et sanitaire, est globalement constante. Un peu plus de la moitié des personnes bénéficiant de mesures de réinsertion sont des femmes : 52,7 %, contre 47,3 % d'hommes. Plus de deux tiers (68,5 %) sont atteints d'une maladie psychique (affection principale). Leur niveau de formation est légèrement inférieur à celui de la population résidente permanente de Suisse de 15 ans et plus. Toutefois, trois quarts des assurés ont terminé une formation professionnelle ou du niveau tertiaire. La plupart ont un métier de services (santé, enseignement, administration, restauration, etc.). L'étude a permis d'établir cinq profils d'assurés. La fréquence des profils varie en fonction de l'office AI, et leur répartition entre tous les assurés en réinsertion s'est modifiée au cours des dernières années.

1. L'âge moyen des assurés en 2018 a baissé d'un an par rapport à 2012. La part des assurés de moins de 19 ans qui bénéficient d'une première mesure de réinsertion a fortement augmenté (+3,4 points de pourcentage). Par rapport aux autres profils, les jeunes assurés présentent plus fréquemment une infirmité congénitale. Depuis 2012 toutefois, la part des jeunes atteints de maladies psychiques a plus que quadruplé par rapport à l'ensemble des jeunes assurés. Par rapport aux autres profils, ces jeunes passent plus fréquemment que la moyenne d'une situation de non-activité professionnelle à une mesure de réinsertion. 5,6 % des assurés bénéficiant de ce type de mesures appartiennent à ce profil.
2. Les 19 à 35 ans souffrant d'atteintes psychiques représentent le groupe le plus important, soit 43,1 % de tous les assurés en réinsertion. Par rapport aux autres profils, ils sont plus fréquemment inscrits au chômage, sans activité professionnelle, n'ont pas droit aux indemnités journalières pour maladie ou perçoivent l'aide sociale. Plus de deux tiers sont des femmes (68,3 %). La part des personnes composant ce profil par rapport à l'ensemble des assurés en réinsertion a diminué de 4,1 points de pourcentage depuis 2012.
3. Le groupe des assurés plus âgés (plus de 45 ans) représente près d'un quart des personnes en réinsertion. Ces assurés souffrent plus fréquemment que la moyenne de maladies du système nerveux. Par ailleurs, ils conservent en général leur activité professionnelle jusqu'à un an avant l'allocation des mesures. La part de ce groupe par rapport à l'ensemble des assurés en réinsertion a augmenté de 3,6 points de pourcentage depuis 2012.
4. Les assurés présentant ce profil ont entre 36 et 55 ans et viennent plus fréquemment d'un État de l'UE/AELE (42,6 %). Il s'agit plus souvent d'hommes. Ils souffrent plus fréquemment que la moyenne de maladies osseuses et de l'appareil locomoteur que les assurés des autres groupes. Par rapport aux autres profils, ce groupe compte un nombre nettement plus élevé de personnes qui, au début des mesures de réinsertion, étaient en phase de réadaptation alors qu'elles percevaient déjà une rente. 16,9 % des assurés bénéficiant de mesures de réinsertion appartiennent à ce profil.
5. Les assurés issus d'États tiers forment un petit groupe, à peine 10 %. Ils sont nettement plus nombreux que les autres assurés à percevoir des mesures de réinsertion suite à un accident (39 %).

Outre les changements constatés dans la composition des profils des assurés, les groupes cibles des mesures de réinsertion présentent d'autres modifications. Ainsi, les spécialistes de la réadaptation des offices AI sont confrontés à des cas de plus en plus complexes : plus de 80 % des assurés souffrent d'au moins une maladie concomitante à leur affection principale, et il s'agit fréquemment d'atteintes psychiques multiples. Cette comorbidité s'accompagne de plus en plus souvent de problèmes financiers, familiaux et sociaux, exigeant une coordination avec d'autres services et prestations de soutien.

Sélection des groupes cibles et objectifs des mesures de réinsertion

Depuis 2016, on constate une tendance à allouer des mesures de réinsertion aux personnes qui exerçaient encore une activité professionnelle ou réalisaient un revenu un an auparavant. Toutefois, la part des assurés ne pouvant compter sur un revenu un an avant le début de ces mesures a nettement augmenté. Selon l'analyse des dossiers, il semblerait qu'une large partie d'entre eux (49 %) reçoivent une indemnité journalière selon la LAMAL ou la LAA. Par contre, les mesures de réinsertion sont de moins en moins octroyées dans le cadre de la réadaptation des bénéficiaires de rentes. La part de ce groupe a diminué de 10,5 points de pourcentage depuis 2012.

S'agissant de définir les objectifs, les offices AI suivent largement les directives en annexe de la circulaire sur les mesures de réinsertion (CMR). Les analyses n'ont révélé que de rares cas d'objectifs personnalisés. Au cours des entretiens, les prestataires, notamment, ont dit regretter le manque d'objectifs clairement formulés et adaptés aux besoins. Il s'avère en outre que la formulation d'objectifs ne joue pas un rôle prépondérant dans le choix du type de mesures de réinsertion, choix qui se fonde plutôt sur la situation de l'assuré et sur la question de savoir quelle mesure y correspond le mieux. Lorsqu'une personne a quitté le marché du travail depuis un certain temps, la première étape consiste en général en un entraînement à l'endurance. Il s'agit de structurer la journée et d'atteindre un temps de présence minimal. L'entraînement progressif est mis en œuvre lorsque la personne a atteint une certaine stabilité et peut être amenée à développer ses capacités. Si, par contre, l'assuré travaille encore, on se tournera vers la réadaptation professionnelle au moyen du REST.

Mise en œuvre des mesures de réinsertion

En moyenne (médiane), il s'écoule 10 mois entre la (nouvelle) demande à l'AI et le premier recours à une mesure de réinsertion (hors bénéficiaires de rentes AI). Les assurés qui avaient encore une activité professionnelle ou étaient inscrits au chômage un an avant l'octroi des mesures de réinsertion reçoivent une décision de l'office AI après huit ou neuf mois. Cette procédure se comprend, puisque les mesures sont d'autant plus efficaces que l'intervalle de temps par rapport à la dernière activité professionnelle est court. Par contre, les personnes sans activité professionnelle, percevant des indemnités journalières de l'assurance-maladie ou l'aide sociale doivent attendre en moyenne six mois de plus entre la demande d'AI et le début des mesures de réinsertion. Or, chaque semestre supplémentaire divise par deux la probabilité de succès de ces mesures, compte tenu des autres facteurs d'influence.² Il semble que les offices AI aient reconnu l'importance d'allouer aussi rapidement que possible, dans le cours de la maladie, des mesures de réinsertion aux assurés. La part des assurés bénéficiant déjà de ces mesures lors de la phase d'intervention précoce (IP) a nettement augmenté depuis 2016. Dans le même temps, la part des rentiers bénéficiant de mesures de réinsertion diminue sans cesse. Cependant, ces tendances varient en fonction des offices AI.

Depuis 2016, les offices AI tendent à allouer davantage de mesures de réinsertion. En moyenne, ils octroient deux mesures (sans prolongation) par assuré. Jusqu'à trois mesures, chaque mesure supplémentaire augmente la probabilité de succès, mais à partir de quatre, la hausse n'est plus significative. Combiner des mesures de réinsertion, dont la dernière sur le marché ordinaire du travail, et faire accompagner l'assuré par un coach en milieu de travail jusqu'à son retour sur ce marché offre les meilleures chances de succès.

La durée passée dans les mesures de réinsertion augmente proportionnellement au nombre de mesures. La combinaison « classique » d'entraînement à l'endurance suivi d'un entraînement progressif dure en moyenne plus de neuf mois. Lorsque les mesures de réinsertion débutent durant la phase d'IP, les assurés ont en général recours aux mesures pendant près d'un an. Chaque mois supplémentaire augmente

² Par succès des mesures de réinsertion, on entend le fait que la capacité de réadaptation professionnelle atteigne au moins 50 % d'un temps complet. Ces personnes peuvent ensuite bénéficier des mesures d'ordre professionnel de l'AI, reprendre une activité professionnelle ou s'inscrire au chômage.

les chances de succès d'un facteur de 1,01. Toutefois, cette progression se stabilise ou ralentit après douze mois.

Les interruptions surviennent principalement durant l'entraînement à l'endurance

Près d'un cinquième des mesures de réinsertion sont interrompues. En général, les assurés abandonnent déjà au cours de l'entraînement à l'endurance. Ce type de mesure est le plus fréquent à se terminer sur un échec, à savoir le fait qu'il n'est suivi par aucune autre mesure de réadaptation. L'abandon est nettement plus rare lorsque la mesure prend la forme d'une réinsertion proche de l'économie avec un soutien sur le lieu de travail. L'écart parfois important des taux d'interruption constaté entre les cinq offices AI analysés dépend notamment de la composition des groupes cibles. Les offices AI présentant une part plus élevée d'assurés ayant cessé toute activité professionnelle depuis un certain temps ont des taux plus hauts. Les mesures de réinsertion sont avant tout interrompues en raison d'une dégradation de l'état de santé, d'une absence de progrès ou d'un manque de coopération et de motivation des assurés.

Les mesures de réinsertion sont plus fructueuses lorsqu'elles se déroulent sur le marché ordinaire du travail

La possibilité de mettre en œuvre les mesures de réinsertion dans l'économie libre a gagné en importance ces dernières années dans les offices AI. On observe que ces derniers exercent une certaine pression sur les prestataires afin de permettre l'embauche dans l'économie libre et de soutenir les personnes bénéficiant de mesures de réinsertion dans leur recherche d'une place de travail adaptée. Mais pour réussir ce passage sur le marché ordinaire du travail, les assurés doivent d'abord être suffisamment stabilisés. Cette stabilité est atteinte en développant progressivement leur endurance dans un cadre institutionnel. Ceci fait, il semble important pour les assurés de se confronter à la réalité. Les chances de succès du retour au travail sont donc optimales lorsque les mesures de réinsertion sont mises en œuvre au plus proche de l'économie. Comme le montrent les analyses approfondies réalisées sur les cinq études de cas, l'approche des offices AI est très variable. Ces écarts s'expliquent par une interprétation plus ou moins stricte de l'objectif des mesures. Par ailleurs, la taille du territoire ou la topographie d'un canton jouent un rôle dans le fait que les mesures de réinsertion soient mises en œuvre dans une institution ou sur le marché ordinaire du travail. Les cantons plutôt urbains ou ceux présentant un taux de chômage relativement élevé privilégient les institutions ou le marché secondaire du travail. La diversité des conditions-cadres n'est toutefois pas la seule explication. Au cours des dernières années, certains offices AI ont intensifié leurs contacts avec les employeurs et développé leur réseau.

Hausse des dépenses corrélée à la hausse du nombre de cas

Les dépenses des mesures de réinsertion augmentent sans cesse depuis 2012, ce qui s'explique avant tout par le fait que le nombre d'assurés bénéficiant de ces mesures augmente au même rythme. Toutefois, cette corrélation linéaire n'est pas vraie pour tous les offices AI. Malgré l'augmentation du nombre de cas constatée jusqu'en 2018, certains ont réduit leurs dépenses. Il s'avère qu'ils ont recours aux mesures de réinsertion plus rapidement dans le cours de la maladie et que ces mesures se déroulent plus fréquemment sur le marché ordinaire du travail, sous la forme d'une REST.

L'augmentation des coûts varie également en fonction des offices AI. Ces coûts englobent l'ensemble des prestations spécifiques octroyées tout au long des mesures de réinsertion. Leur montant est étroitement lié à la durée et au nombre de mesures effectuées. Les offices AI où la durée moyenne des mesures a nettement augmenté au cours des dernières années présentent en général aussi une augmentation des coûts supérieure à la moyenne. Le passage des forfaits journaliers aux forfaits mensuels n'a aucune influence significative, en termes statistiques, sur la variance de l'évolution des coûts, même si, avec les forfaits mensuels, les offices AI assument un certain risque d'absence. Les forfaits journaliers, de par leur flexibilité, sont surtout utilisés dans les cas complexes comportant de nombreuses absences. Selon les gestionnaires de contrat interrogés, la hausse des coûts s'explique également par l'absence d'alternative

à l'entraînement progressif, qui pourrait remplacer les mesures de réinsertion lorsque la personne a atteint une capacité de travail de 50 % mais que sa performance doit être encore renforcée.

Solutions transitoires et passage sur le marché ordinaire de l'emploi

Depuis 2013, le taux de succès des mesures de réinsertion a augmenté de 9 points de pourcentage pour s'établir à 65 % en 2017. Après avoir achevé une mesure de réinsertion, 46 % des assurés atteignant une capacité de réadaptation professionnelle d'au moins 50 % passent ensuite à une mesure d'ordre professionnel, et 1 % à un travail de transition. Depuis 2013, la part des personnes trouvant un emploi, au moins à temps partiel, à l'issue d'une mesure de réinsertion est restée stable. Toutefois, la part des assurés s'inscrivant à l'AC après avoir complété une mesure de réinsertion (24 %) a augmenté de 7 %. Dans le même temps, la part des assurés percevant une rente AI entière ou partielle (sans activité professionnelle) par rapport à tous les assurés en mesure de réinsertion a diminué de 6 % en 2017 pour s'établir à 12 %.

Le nombre d'assurés bénéficiant d'une mesure d'ordre professionnel à l'issue d'une mesure de réinsertion est nettement plus élevé dans les cantons présentant un taux de chômage supérieur à la moyenne. La manière dont les offices AI conçoivent les mesures de réinsertion influence également le choix de la solution transitoire. Les offices utilisant ces mesures pour déterminer l'endurance et développer la capacité de travail (jusqu'à 50 %) passent ensuite aux mesures d'ordre professionnel dans l'optique de renforcer cette capacité.

Le succès du retour en emploi dans l'économie libre dépend avant tout de deux facteurs : d'une part, les personnes sans activité professionnelle pendant moins d'un an avant l'octroi des mesures de réinsertion se réinsèrent plus facilement. D'autre part, les personnes ayant effectué leur dernière mesure de réinsertion sur le marché ordinaire du travail ont plus de chances de retrouver un poste.

Solution transitoire de la rente AI

Parmi les cohortes 2012-2017 étudiées, en moyenne 17,7 % des assurés percevaient encore une rente AI au cours de l'année pendant laquelle ils ont complété une mesure de réinsertion. Pour près de 70 % d'entre eux, il s'agissait d'une rente complète. En outre, environ 40 % étaient des nouvelles rentes (allouées pour la première fois). La part des nouvelles rentes AI par rapport à tous les rentiers percevant encore une rente au cours de l'année de complétion d'une mesure de réinsertion a nettement augmenté ces dernières années. Cette évolution s'explique en premier lieu par le recul du nombre de rentiers bénéficiant d'une mesure de réadaptation. Il faut donc en conclure que, s'agissant des mesures de réinsertion, les offices AI privilégient de plus en plus les personnes récemment inscrites au détriment des rentiers.

Efficacité à moyen terme des mesures de réinsertion

Un regard sur la question de la durabilité de l'intégration au marché du travail des personnes ayant effectué une mesure de réinsertion montre que trois ans après la dernière mesure, 37 % sont sur le marché du travail. La plupart disposent d'un revenu mensuel de 3000 francs ou plus. Un quart des assurés ayant complété ou interrompu une mesure trois ans auparavant perçoivent une rente AI entière, et 16 % une rente partielle. En outre, 2 % sont inscrits au chômage et 9 % perçoivent l'aide sociale. Trois ans après avoir effectué une mesure de réinsertion, une personne sur dix n'a pas de revenu provenant d'une activité professionnelle ou des contributions du système de sécurité sociale.

Facteurs de succès et recommandations

Le taux de succès de la préparation des assurés à un objectif de réadaptation de 50 % de la capacité de travail dépend du profil des assurés et des modalités de mise en œuvre. De plus, le type de mise en œuvre influence dans une large mesure les coûts des mesures de réinsertion. Toutefois, des facteurs « mous » tels que la collaboration des acteurs, la formulation des objectifs, le choix de la mesure de

réinsertion, le suivi des assurés et l'aspect social (milieu familial, etc.) jouent également un grand rôle dans le déroulement des mesures. Les recommandations d'amélioration se fondent sur les résultats de l'évaluation et les bases légales en vigueur au moment de la rédaction du rapport. Les conditions de succès et les recommandations qui en sont issues sont résumées ci-après.

Profil des assurés

Les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé et la situation professionnelle avant l'octroi des mesures de réinsertion ont une influence déterminante sur le succès de ces dernières. Dans le même temps, les mesures devraient débuter aussi vite que possible après la (première) demande d'AI. En effet, lorsqu'il s'écoule plus de six mois entre cette demande et le début des mesures, les chances de succès sont divisées par deux. De plus, la stabilité de l'état de santé est cruciale à chaque étape des mesures de réinsertion. **Recommandation :**

1. *Mettre en œuvre les mesures de réinsertion aussi rapidement que possible, en tenant compte de la stabilité de l'état de santé et des informations correspondantes (d'entente avec le médecin traitant, par ex.), avant que la personne n'ait pris trop de distance avec la vie professionnelle.*
2. *Si des mesures de réinsertion sont mises en œuvre dans le cadre de la réadaptation de rentiers AI, il convient au préalable d'établir rigoureusement s'il existe réellement une chance pour ces derniers de retourner sur le marché ordinaire du travail. On utilisera pour ce faire d'autres instruments d'évaluation que les mesures de réinsertion.*
3. *Les spécialistes de la réadaptation définiront les objectifs en collaboration avec les prestataires, les assurés et, si nécessaire, avec les médecins traitants, dans l'optique d'une gestion de cas globale et coordonnée. Les spécialistes de la réadaptation sont responsables de déterminer les objectifs des diverses mesures. Les objectifs sont adaptés aux besoins et à la situation des personnes concernées.*

Modalités de mise en œuvre et durée des mesures de réinsertion

Les mesures ont les meilleures chances d'aboutir lorsqu'au moins une partie d'entre elles se déroulent sur le marché ordinaire du travail et que l'assuré est suivi par un coach en milieu de travail. La durée des mesures joue également un rôle : jusqu'à un an, chaque mois supplémentaire augmente les chances de succès de 1 %. Ensuite, ces chances se stabilisent ou ralentissent nettement. De plus, il est important de préparer les assurés de manière ciblée à leur retour sur le marché du travail dès que leur état de santé est suffisamment stable. **Recommandation :**

4. *La préparation à la réadaptation professionnelle dans le cadre d'une mesure de réinsertion se fera par étapes, à savoir que le travail est découpé en phases et que les divers types de mesures de réinsertion sont combinés de manière réfléchie. Une partie au moins des mesures de réinsertion se dérouleront sur le marché ordinaire du travail.*
5. *Les mesures de réinsertion seront organisées selon des modèles flexibles permettant aussi d'alterner entre institutions et marché du travail ou promouvant des formes intermédiaires entre institution et employeurs du marché ordinaire, et garantissant un suivi étroit des assurés et des employeurs.*
6. *Si l'objectif est d'atteindre une capacité de travail de 100 %, les mesures permettant de renforcer la capacité de travail à l'issue de la mesure de réinsertion font actuellement défaut. Il convient donc de les mettre sur pied, dans le cadre des mesures de réinsertion ou d'occupation.*

Contact avec les employeurs

Les contacts personnels s'avèrent précieux quand il s'agit de présenter les possibilités de l'AI aux employeurs, d'expliquer le processus et de réduire les freins à l'embauche de personnes atteintes de maladies psychiques. Ces dernières années, quelques offices AI, notamment dans les cantons ruraux, ont pris contact avec les employeurs et développé un réseau. **Recommandation :**

7. *Intensifier le contact avec les employeurs et le soutien proactif de ces derniers (échanges réguliers, information transparente ou manifestations de réseautage, etc.). Les offices AI des cantons ruraux peuvent servir de modèles de bonnes pratiques.*

Prise en compte des facteurs non liés à l'AI

Le succès ou l'échec d'une mesure de réinsertion ne dépend pas exclusivement de la gestion du spécialiste de la réadaptation ou du prestataire : l'environnement social et la situation économique des assurés ont aussi un rôle prépondérant. Certains offices AI engagent un spécialiste du coaching en milieu de travail pour s'occuper des facteurs « non liés à l'AI ». À l'avenir, la complexité des cas continuera de croître. La nécessité d'une collaboration interinstitutionnelle augmentera donc en conséquence. **Recommandation :**

8. *Les offices AI renforceront la clarification globale de la situation et tiendront compte des facteurs non liés à l'AI ou se coordonneront et entretiendront des contacts réguliers avec les services compétents pour ces problèmes.*

Passage sur le marché ordinaire de l'emploi

Lorsque les mesures de réinsertion se déroulent en institution, le choix du prestataire est crucial ; il est, par exemple, important que les places d'entraînement au travail soient proches du marché primaire du travail. De plus, le prestataire devrait faire montre d'un certain engagement à soutenir les assurés dans leur recherche d'un poste. Les offices AI peuvent obliger les institutions à davantage axer leur offre sur le passage au marché ordinaire de l'emploi. Il est donc important que l'institution collabore avec un spécialiste de la réadaptation qui sera présent sur place. Mais garder le même interlocuteur s'avère également crucial pour un retour réussi sur le marché du travail. **Recommandation :**

9. *S'agissant de la gestion des cas, il faudra s'efforcer de conserver le même interlocuteur, y compris après les mesures de réinsertion. En outre, on veillera particulièrement à proposer des places de travail adaptées aux besoins qui correspondent aux capacités ou possibilités des assurés.*
10. *Il convient également de réfléchir à la meilleure manière, pour l'AI, de soutenir et d'accompagner l'assuré sur le marché ordinaire du travail à l'issue des mesures de réinsertion, par exemple pendant le temps d'essai.*

Riassunto

Nel 2008, con la 5ª revisione AI sono stati introdotti provvedimenti di reinserimento (PR) per preparare soprattutto le persone con malattie psichiche all'integrazione professionale. L'obiettivo di questi provvedimenti è di abituare gradualmente gli assicurati alle esigenze del mercato del lavoro regolare e raggiungere una capacità al lavoro di almeno il 50 per cento di un posto a tempo pieno. Il presente studio valuta in particolare l'evoluzione dei PR dal 2012 a oggi e i cambiamenti intervenuti a livello di gruppo target, attuazione, costi e risultati ottenuti.

Nel 2018, a beneficiare di un PR per la preparazione all'integrazione professionale sono stati complessivamente 4172 assicurati, il che equivale a un aumento del 68,8 per cento rispetto al 2012. Si è inoltre rilevato che negli ultimi tempi i PR vengono adottati molto più spesso rispetto al reinserimento a contatto con l'economia e sostegno sul posto di lavoro (RESP).

Metodo

La valutazione si basa su un approccio a più livelli che integra, combinandoli tra loro, prospettive e metodi di analisi di tipo quantitativo e qualitativo. L'impiego di strategie di analisi qualitative fa sì che lo studio sia più elastico riguardo al tema analizzato e dunque più vicino alla realtà quotidiana. Per lo svolgimento della valutazione è stato scelto un procedimento in quattro moduli: Il *primo* modulo va inteso come uno studio preliminare volto a ottenere una panoramica dei dati del registro AI, condurre colloqui esplorativi con due uffici AI, appurare la disponibilità di dati presso gli uffici AI e raccogliere presso questi prime informazioni attraverso un'indagine online. Il *secondo* modulo è servito alla preparazione dei dati e all'analisi dei dati del registro AI nonché alla valutazione dettagliata dell'indagine online svolta presso gli uffici AI. Nel *terzo* modulo sono stati condotti studi di casi in cinque uffici AI. Nell'ambito dei cinque studi di casi, si è proceduto ad analizzare gli incarti degli assicurati e sono state condotte interviste guidate con medici, datori di lavoro, fornitori di prestazioni e assicurati. Inoltre, sono stati organizzati due colloqui di gruppo con specialisti dell'integrazione e addetti ai contratti dei cinque uffici AI. Il terzo modulo è servito inoltre ad approfondire da un punto di vista qualitativo i risultati dei primi due moduli. Nell'ambito del *quarto* modulo sono state formulate conclusioni e raccomandazioni.

Differenze tra gli uffici AI nell'utilizzo e nell'evoluzione dei PR

Dopo una «fase introduttiva» di quattro anni, dal 2012 l'attuazione di PR si è consolidata in tutti gli uffici AI. Tuttavia, si rilevano differenze nell'evoluzione e nell'utilizzo di questo strumento. Alcuni uffici AI cercano di prendere una decisione di principio il più rapidamente possibile e si avvalgono attivamente dei PR per accompagnare gli assicurati e intervenire quanto prima nel decorso della malattia. Altri uffici AI interpretano i PR in modo molto rigido attuandoli soprattutto per gli assicurati che sono usciti ormai da tempo dal mercato del lavoro: i PR sono utilizzati per accertare la resistenza e la capacità di rendimento degli assicurati, mentre in seguito si ricorre ad altri tipi di provvedimenti – soprattutto a provvedimenti professionali (PP) – per reinserirli nel mercato del lavoro.

Una buona metà degli uffici AI (14) ricorrere in misura superiore alla media ai PR in rapporto al totale di nuove richieste di prestazioni AI. Presso nove uffici AI, dal 2012 la quota di PR sul totale delle nuove richieste è fortemente aumentata. Questi uffici AI si contraddistinguono per i seguenti aspetti:

- Una quota relativamente elevata dei PR viene eseguita sul mercato del lavoro regolare (≥ 25 %).
- Le quote di successo sono superiori alla media: grazie ai PR, oltre il 70 per cento degli assicurati raggiunge una capacità d'integrazione professionale di almeno il 50 per cento di un posto a tempo pieno.
- Dal 2012, i costi per caso o sono diminuiti o aumentati soltanto in misura lieve.

- Si è inoltre constatato che gli uffici AI con un aumento dei PR accordati superiore alla media (+100 % e oltre) hanno modificato in parte la prassi di concessione e/o adottato misure per promuovere i PR.

I profili del gruppo target dei beneficiari di PR sono cambiati

Dal 2012, dal punto di vista delle caratteristiche sociodemografiche e della salute, la composizione del gruppo target dei beneficiari di PR è rimasta sostanzialmente costante: poco più della metà dei beneficiari di PR sono donne (52,7 %) contro il 47,3 per cento di uomini. In oltre due terzi dei casi (68,5 %) la malattia principale è un problema psichico. Il livello d'istruzione dei beneficiari di PR è leggermente inferiore a quello della popolazione residente permanente della Svizzera a partire dai 15 anni di età. Va sottolineato però, che i tre quarti degli assicurati hanno concluso una formazione professionale o di livello terziario. La maggior parte dei beneficiari lavora nel settore dei servizi (sanità, istruzione, amministrazione, settore alberghiero ecc.). Nel quadro dell'analisi sono stati individuati cinque diversi profili di beneficiari di PR. La quota dei profili sull'insieme degli assicurati partecipanti ai PR varia in funzione dell'ufficio AI e nel tempo, in particolare negli ultimi anni.

1. Dal 2012 al 2018, l'età media dei beneficiari di PR è diminuita di un anno. Ad aver registrato un forte aumento è in particolare la quota di assicurati di età inferiore ai 19 anni cui è stato accordato un PR per la prima volta (+3,4 punti percentuali). Se rispetto agli assicurati degli altri profili, i giovani presentano più spesso un'infermità congenita, è anche vero che dal 2012 la percentuale dei giovani assicurati affetti da disturbi psichici è più che quadruplicata. Inoltre, i giovani assicurati che partecipano a un PR provengono più spesso da una situazione senza attività lucrativa. Questo profilo conta il 5,6 per cento di tutti i beneficiari di PR.
2. Con una quota complessiva del 43,1 per cento, le persone affette da malattie psichiche tra i 19 e i 35 anni rappresentano il principale gruppo fra gli assicurati che partecipano a un PR. Rispetto agli altri profili, prima di beneficiare del primo PR, queste persone sono più spesso disoccupate o senza attività lucrativa oppure hanno ancora diritto alle indennità giornaliere in caso di malattia o ricevono prestazioni dell'aiuto sociale. In questo gruppo, oltre i due terzi sono donne (68,3 %). Dal 2012 la quota delle persone appartenenti a questo profilo sul totale degli assicurati beneficiari di PR è diminuita di 4,1 punti percentuali.
3. Gli assicurati più anziani (gli over 45) rappresentano circa un quarto delle persone che partecipano ai PR. In questo gruppo, le persone soffrono più spesso di malattie del sistema nervoso o di altre malattie. Inoltre, hanno solitamente esercitato un'attività lucrativa fino a un anno prima della concessione dei PR. Dal 2012 la quota di questo gruppo sul totale degli assicurati beneficiari di PR è aumentata di 3,6 punti percentuali.
4. Gli assicurati appartenenti a questo profilo – in gran parte uomini – hanno un'età compresa tra i 36 e i 55 anni e provengono più spesso da un Paese dell'UE/AELS (42,6 %). Inoltre, soffrono piuttosto di malattie alle ossa e all'apparato locomotore. Questo gruppo comprende un numero sensibilmente maggiore di persone che all'inizio dei PR stavano partecipando alla reintegrazione di beneficiari di rendite. Questo profilo conta il 16,9 per cento dei beneficiari di PR.
5. Un gruppo piuttosto ristretto – poco meno del 10 per cento – è costituito da assicurati provenienti da Stati terzi. Questi ultimi ricevono molto più spesso un PR a causa di un infortunio rispetto agli altri assicurati (39 %).

Il gruppo target dei PR non è cambiato unicamente riguardo alla composizione dei profili degli assicurati, ma anche ad altre caratteristiche. Gli specialisti dell'integrazione degli uffici AI sono dunque confrontati con casi sempre più complessi: oltre l'80 % degli assicurati soffre di almeno una malattia secondaria, spesso di disturbi psichici multipli. Oltre a tali comorbidità, sono sempre più frequenti anche problemi finanziari, familiari e sociali, il che rende necessario un maggiore coordinamento con altri servizi e offerte di aiuto.

Selezione del gruppo target e fissazione degli obiettivi nei PR

Dal 2016, la tendenza è quella di concedere i PR sempre più a persone che un anno prima del loro inizio erano ancora integrate nel mondo del lavoro e conseguivano un reddito da attività lucrativa. Vi è stato però anche un notevole aumento della quota di assicurati che un anno prima dell'inizio dei PR non disponevano di alcun reddito da attività lucrativa. Secondo l'analisi degli incarti, gran parte di queste persone (49 %) dovrebbe ricevere un'indennità giornaliera secondo la LAMal o la LAINF. Al contrario, negli ultimi tempi i PR sono stati utilizzati molto meno frequentemente per la reintegrazione dei beneficiari di rendita. Dal 2012, la quota di questo gruppo è diminuita di 10,5 punti percentuali.

Per definire i loro obiettivi, gli uffici AI seguono principalmente le prescrizioni contenute nell'allegato alla CPR. Le analisi effettuate hanno permesso di rilevare solo raramente obiettivi formulati individualmente. La mancanza di obiettivi formulati in modo chiaro e in funzione dei bisogni è stata criticata in particolare nelle interviste con i fornitori di prestazioni. Inoltre, è emerso che il tipo di PR non viene scelto in primo luogo sulla base degli obiettivi formulati, bensì cercando la soluzione che si adegui maggiormente alla situazione dell'assicurato. Se una persona manca da molto tempo dal mercato del lavoro, il PR inizia di solito con il ripristino della resistenza psico-fisica. L'accento è quindi posto sulla stabilità nella struttura quotidiana e sul raggiungimento di un tempo minimo di presenza. Il potenziamento della prestazione lavorativa è utilizzato principalmente quando la persona ha raggiunto una certa stabilità e si può iniziare ad aumentare la sua capacità di rendimento. Se invece il posto di lavoro è ancora disponibile, si mira all'integrazione professionale con il RESP.

Esecuzione dei PR

In media (mediana), dalla (nuova) richiesta di prestazioni AI alla riscossione della prima prestazione (PR) trascorrono 10 mesi (se non si tiene conto dei beneficiari di rendite AI). Nel caso degli assicurati che un anno prima della concessione dei PR esercitavano ancora un'attività lucrativa o erano disoccupati, gli uffici AI emanano una decisione già dopo otto o nove mesi. Questa procedura è ragionevole, dato che le possibilità di successo dei PR sono inversamente proporzionali al tempo trascorso dall'esercizio dell'ultima attività lavorativa. Per le persone che non esercitano un'attività lucrativa o che ricevono un'indennità giornaliera in caso di malattia o prestazioni dell'aiuto sociale, dall'inoltro della richiesta di prestazioni AI ci vogliono in media sei mesi in più prima che inizino i PR. Tenuto conto degli altri fattori d'influenza, per ogni semestre supplementare tra la richiesta di prestazioni AI e l'inizio dei provvedimenti le probabilità di completare con successo i PR si dimezzano³. Gli uffici AI sembrano aver riconosciuto l'importanza di accompagnare gli assicurati con PR il più presto possibile nel corso della loro malattia. Dal 2016, la percentuale di assicurati che partecipano a PR già durante la fase di IT è notevolmente aumentata. Allo stesso tempo, la percentuale di beneficiari di rendita cui sono stati concessi PR per la reintegrazione è costantemente diminuita. Tuttavia, questa evoluzione non è uguale in tutti gli uffici AI.

Da allora, inoltre, gli uffici AI tendono anche a concedere più spesso PR rispetto agli anni precedenti. In media, a ogni assicurato vengono accordati due PR (senza proroga). Fino a un massimo di tre PR, ogni PR supplementare aumenta le possibilità di successo; a partire dal quarto, invece, le probabilità non aumentano più in modo significativo. Le maggiori possibilità di successo sono date da combinazioni di PR in cui l'ultimo provvedimento si svolge nel mercato del lavoro regolare e l'assicurato può contare sul sostegno di un job coach fino a quando non riesce a reinserirvisi.

Con l'aumento del numero di PR, aumenta anche il tempo che una persona impiega per partecipare a tali provvedimenti. La «classica» combinazione con il ripristino della resistenza psico-fisica e il successivo potenziamento della prestazione lavorativa dura in media nove mesi abbondanti. Se il PR inizia già nella fase di IT, di regola gli assicurati sono accompagnati con PR per quasi un anno. Se la durata dei PR si

³ Si considera che il PR sia stato concluso con successo se l'assicurato raggiunge una capacità d'integrazione professionale di almeno il 50 per cento di un posto a tempo pieno. Dopo aver completato il PR, queste persone possono, svolgere un provvedimento professionale dell'AI, iniziare un'attività lucrativa o registrarsi quali disoccupati presso l'URC.

prolunga di un mese, le probabilità di successo aumentano con un fattore dell'1,01. Tuttavia, tale aumento rallenta o stagna se la partecipazione supera i 12 mesi.

Le interruzioni si verificano soprattutto durante il ripristino della resistenza psico-fisica

Circa un quinto dei PR non viene portato a termine. Di regola, l'interruzione si verifica già durante il ripristino della resistenza psico-fisica. Questo tipo di PR è anche quello che termina più spesso senza successo, vale a dire che dopo la sua conclusione non seguono altri provvedimenti d'integrazione. I PR vengono interrotti molto meno frequentemente se si svolgono sotto forma di RESP. Il fatto che i tassi d'interruzione differiscano in modo significativo tra i cinque uffici AI selezionati per lo studio di casi è dovuto tra l'altro anche alla composizione del gruppo target nei PR. Gli uffici AI con un'elevata percentuale di assicurati che non esercitano più un'attività lavorativa ormai da tempo presentano tassi d'interruzione più elevati. Il più delle volte, i PR vengono interrotti per il peggioramento dello stato di salute, per l'assenza di progressi o in seguito alla scarsa collaborazione e motivazione degli assicurati.

I PR hanno più successo se si svolgono nel mercato del lavoro regolare

Negli ultimi anni, la possibilità di effettuare PR nell'economia privata ha acquisito importanza negli uffici AI. Si nota che questi ultimi esercitano una certa pressione sui fornitori di prestazioni, affinché consentano impieghi nell'economia privata e sostengano i beneficiari di PR nella ricerca di un posto di lavoro adeguato. Affinché il passaggio nel mercato del lavoro regolare avvenga con successo, gli assicurati devono innanzitutto essere sufficientemente stabili. Questa stabilità si ottiene con l'aumento graduale della resistenza in un contesto istituzionale. Una volta raggiunta, il confronto con la realtà sembra diventare importante per gli assicurati, poiché dopo tutto, il miglior modo per tornare al lavoro è quello di eseguire un PR il più vicino possibile al mondo professionale. Come dimostrano le analisi approfondite dei cinque studi di casi, gli uffici AI sfruttano in modo molto eterogeneo la possibilità di eseguire PR nell'ambito dell'economia privata. Questo è dovuto a un'interpretazione più o meno ampia dello scopo del ricorso ai PR. D'altro canto, anche le dimensioni o la topografia di un Cantone contribuiscono a determinare se i PR si svolgono sul mercato del lavoro regolare o piuttosto in un istituto. Nei Cantoni urbani o in quelli con tassi di disoccupazione relativamente elevati, i PR vengono svolti più spesso in un istituto o sul mercato del lavoro secondario. Tuttavia, le diverse condizioni quadro a livello contestuale non bastano per spiegare come mai in determinati Cantoni i PR si svolgono più spesso sul mercato del lavoro regolare rispetto ad altri. Negli ultimi anni, alcuni uffici AI hanno infatti intensificato i contatti con i datori di lavoro e creato una rete.

Le uscite per i PR aumentano di pari passo con il numero di casi

Dal 2012, le uscite per i PR sono costantemente aumentate; questo è dovuto principalmente al rispettivo aumento del numero di beneficiari di PR. Tuttavia, non tutti gli uffici AI hanno registrato un aumento lineare rispetto al numero di assicurati. In alcuni di questi, fino al 2018 le spese sono diminuite, nonostante l'aumento dei casi. Si è rilevato che questi uffici AI adottano i PR nelle fasi iniziali della malattia e che i provvedimenti si svolgono più spesso sul mercato del lavoro regolare sotto forma di RESP.

Anche i costi per caso sono aumentati in misura più o meno elevata in funzione dell'ufficio AI. Essi comprendono tutte le prestazioni in natura sostenute per persona durante l'intera durata dei PR. L'ammontare dei costi per caso è strettamente legato alla durata e al numero di PR svolti. Gli uffici AI, presso i quali la durata media dei PR si è notevolmente allungata negli ultimi anni, registrano di regola anche un aumento dei costi per caso superiore alla media. Il passaggio dall'importo forfettario giornaliero a quello mensile non influisce invece in modo significativo in termini statistici sulle differenze nell'evoluzione dei costi per caso, anche se con l'importo forfettario mensile gli uffici AI assumono un certo rischio legato alle assenze. Gli importi forfettari giornalieri consentono una maggiore flessibilità soprattutto in casi complessi contraddistinti da numerose assenze. Secondo gli addetti ai contratti intervistati, un altro motivo all'origine dell'aumento dei costi per caso è la mancanza di alternative al potenziamento della prestazione lavorativa se

una persona ha raggiunto una capacità al lavoro del 50 per cento, ma la sua capacità di rendimento va ulteriormente potenziata.

Soluzioni successive e passaggio al mercato del lavoro regolare

Dal 2013 al 2017, la quota di successo dei PR ha registrato un aumento di 9 punti percentuali, attestandosi al 65 per cento. Sull'insieme degli assicurati che raggiungono una capacità d'integrazione professionale di almeno il 50 per cento, il 46 per cento – dopo aver concluso il PR – inizia un provvedimento professionale dell'AI o un lavoro di transizione (1 %). Dal 2013, la quota di persone che direttamente dopo aver concluso il PR iniziano ad esercitare un'attività lucrativa almeno a tempo parziale è rimasta costante. Invece, la quota degli assicurati che dopo il PR sono stati iscritti all'AD è aumentata di sette punti percentuali, attestandosi al 24 per cento. Parallelamente, rispetto all'insieme dei beneficiari di PR, nel 2017 la quota di assicurati che dopo il provvedimento ha ricevuto una rendita AI intera o una frazione di rendita (senza attività lucrativa) è diminuita di sei punti percentuali, passando al 12 per cento.

Nei Cantoni con un tasso di disoccupazione superiore alla media, dopo aver concluso i PR gli assicurati partecipano molto più spesso a un provvedimento professionale. La scelta della soluzione successiva alla fine del provvedimento è in parte influenzata anche da una diversa interpretazione dei PR da parte degli uffici AI. Gli uffici AI che si avvalgono di PR per accertare la resistenza e potenziare la capacità di rendimento fino a un massimo del 50 per cento, applicano successivamente PP per aumentare ulteriormente la capacità di rendimento degli assicurati.

Il successo del ritorno al lavoro nell'economia privata dipende in particolare da due fattori: da un lato, il ritorno al lavoro ha maggiori probabilità di successo per chi esercitava ancora un'attività lucrativa meno di un anno prima della concessione del PR. D'altro, chi svolge l'ultimo PR nel mercato del lavoro regolare ha maggiori possibilità di ritrovare un impiego.

La rendita AI quale soluzione successiva

Riguardo alle coorti 2012–2017 analizzate nello studio, in media il 17,7 per cento degli assicurati percepisce una rendita AI nello stesso anno in cui conclude il PR. In circa il 70 per cento dei casi viene versata una rendita intera. Inoltre, per oltre due quinti si tratta di nuove rendite (prima concessione). Negli ultimi anni, la quota delle nuove rendite AI sul totale degli assicurati che percepiscono una rendita AI ancora nell'anno in cui concludono i PR è notevolmente aumentata. Tuttavia, questo sviluppo è dovuto soprattutto alla diminuzione degli assicurati che partecipano ai PR per la reintegrazione dei beneficiari di rendite AI. Al tempo stesso, si può concludere che i PR vengono utilizzati sempre meno per la reintegrazione dei beneficiari di rendite AI e sempre più per promuovere il ritorno sul mercato del lavoro regolare delle persone che hanno presentato una nuova richiesta di prestazioni AI.

Effetto a medio termine dei PR

In merito alla questione su quanto duri l'integrazione nel mercato del lavoro regolare delle persone che hanno completato un PR, si è constatato quanto segue: tre anni dopo l'ultimo PR, il 37 per cento degli interessati è sul mercato del lavoro. La maggior parte di essi consegue un reddito di almeno 3000 franchi al mese. Un quarto degli assicurati che tre anni prima hanno concluso o interrotto i PR riceve una rendita intera dell'AI e il 16 per cento una frazione di rendita. Inoltre, il 2 per cento si è annunciato all'assicurazione contro la disoccupazione e il 9 per cento riscuote prestazioni dell'aiuto sociale. Una persona su dieci, tre anni dopo aver concluso il PR, non dispone di alcun reddito da attività lucrativa e nemmeno di sussidi del sistema di sicurezza sociale.

Fattori di successo e raccomandazioni

In che misura si riesca a preparare con successo i beneficiari di un PR all'obiettivo d'integrazione, ossia una capacità al guadagno del 50 per cento, dipende sia dal profilo degli assicurati che dalle modalità di attuazione dei PR. Le modalità di attuazione hanno un impatto significativo anche sui costi per caso dei

PR. Ma anche fattori «soft» come la cooperazione tra gli attori coinvolti, la formulazione degli obiettivi, la scelta del PR, l'accompagnamento degli assicurati e gli aspetti sociali (ad es. il contesto familiare) hanno un ruolo fondamentale nello svolgimento dei PR. Le raccomandazioni volte a migliorare i PR si basano sui risultati della valutazione e sulla base legale in vigore al momento della stesura del rapporto. Qui di seguito sono riassunti i fattori di successo e le raccomandazioni che ne derivano.

Profili degli assicurati

Le caratteristiche sociodemografiche, i danni alla salute e la situazione lavorativa prima della concessione dei PR hanno un influsso decisivo sui risultati dei provvedimenti. Allo stesso tempo, i PR dovrebbero iniziare il prima possibile dopo la prima/nuova richiesta di prestazioni dell'AI. Se dalla richiesta di prestazioni AI trascorrono più di sei mesi prima dell'inizio del PR, le probabilità di successo si dimezzano. Inoltre, la stabilità della salute svolge un ruolo centrale in ogni fase dei PR. **Si raccomanda pertanto quanto segue:**

1. *I PR vanno attuati il prima possibile nel decorso della malattia – tenendo conto della stabilità della salute e dei relativi accertamenti (ad es. insieme ai medici curanti) – per evitare che le persone si allontanino troppo dal mondo del lavoro.*
2. *Prima di applicare un PR per la reintegrazione di beneficiari di rendita AI, bisogna chiarire accuratamente se per l'assicurato sussistano reali possibilità di ritornare nel mercato del lavoro regolare. A tal fine vanno utilizzati altri strumenti di accertamento.*
3. *Per una gestione globale e coordinata dei casi, gli specialisti dell'integrazione devono definire gli obiettivi insieme ai fornitori di prestazioni, agli assicurati e, laddove opportuno, ai medici curanti. La definizione degli obiettivi dei singoli provvedimenti incombe allo specialista dell'integrazione. Gli obiettivi dovrebbero essere adeguati alla situazione individuale degli interessati, tenendo conto dei loro bisogni e delle loro necessità.*

Modalità di attuazione e durata dei PR

Le migliori possibilità di successo si hanno se almeno una parte dei PR si svolge nel mercato del lavoro regolare e l'assicurato può contare sul sostegno di un job coach. Anche la durata dei PR ha la sua importanza: Fino a 12 mesi, le possibilità di successo di un PR aumentano dell'uno per cento per ogni mese supplementare. In seguito, questo aumento rallenta notevolmente o stagna. Inoltre, è importante che gli assicurati siano preparati in modo specifico a tornare sul mercato del lavoro non appena il loro stato di salute è sufficientemente stabile. **Si raccomanda pertanto quanto segue:**

4. *La preparazione all'integrazione professionale nell'ambito dei PR dovrebbe essere graduale, lavorando per fasi e combinando adeguatamente i diversi tipi di PR. Almeno una parte dei PR dovrebbe svolgersi sul mercato del lavoro regolare.*
5. *L'impostazione dei PR dovrebbe basarsi su modelli flessibili che consentano anche di alternare i luoghi di attuazione (istituzione – mercato del lavoro) o sostengano forme di lavoro intermedie tra istituzione e datori di lavoro nel mercato del lavoro regolare e garantiscano la possibilità di accompagnare da vicino l'assicurato e il datore di lavoro.*
6. *Se l'obiettivo d'integrazione è di raggiungere una capacità al lavoro del 100 per cento, attualmente mancano i provvedimenti che permettano un ulteriore aumento del rendimento dopo i PR. A tal fine, dovrebbero essere creati provvedimenti adeguati nel quadro dei PR o dei PP.*

Contatto con i datori di lavoro

I contatti personali si rivelano utili per mostrare ai datori di lavoro le possibilità offerte dall'AI, spiegare il processo d'integrazione e ridurre gli ostacoli per l'assunzione di persone con malattie psichiche. Negli scorsi anni, alcuni uffici AI – soprattutto nei Cantoni rurali – hanno cercato attivamente il contatto con i datori di lavoro e creato una rete. **Si raccomanda pertanto quanto segue:**

7. *Il contatto con i datori di lavoro e il sostegno proattivo degli stessi dovrebbero essere ulteriormente intensificati (ad es. sotto forma di scambi regolari, flussi di informazioni trasparenti o eventi volti a creare o ampliare una rete). Gli uffici AI dei Cantoni rurali possono essere utilizzati come esempio di buone pratiche.*

Considerazione di fattori non rilevanti ai sensi dell'AI

I risultati di un PR non dipendono esclusivamente dall'operato dello specialista dell'integrazione o del fornitore di prestazioni, bensì spesso anche dal contesto sociale e dalla situazione economica dell'assicurato. Per affrontare i fattori «non rilevanti per la AI», alcuni uffici AI ricorrono a un job coach. Con il passare del tempo, i casi rischiano di diventare vieppiù complessi, il che richiederà una maggiore collaborazione interistituzionale. **Si raccomanda pertanto quanto segue:**

8. *In futuro, gli uffici AI dovrebbero concentrarsi ancora di più su un'analisi globale della situazione, tenendo conto anche di fattori non rilevanti per l'AI e rafforzando il coordinamento e la messa in rete con i servizi competenti nei diversi ambiti coinvolti.*

Passaggio al mercato del lavoro regolare

Se il PR viene eseguito in un istituto, è fondamentale scegliere con cura il fornitore di prestazioni, dando la precedenza ad esempio a quelli che offrono posti per l'allenamento al lavoro vicini al mercato del lavoro primario. D'altra parte, è importante che ci sia un certo impegno nel sostenere gli assicurati nella ricerca di un impiego. Gli uffici AI possono obbligare gli istituti a orientare maggiormente l'offerta verso soluzioni che facilitino il passaggio al mercato del lavoro regolare. A tale scopo è però importante anche poter contare sulla collaborazione e sulla presenza degli specialisti dell'integrazione direttamente presso gli istituti. Per un ritorno efficace nel mondo del lavoro è inoltre fondamentale garantire la continuità con la persona di contatto dell'assicurato. **Affinché il passaggio al mercato del lavoro regolare abbia successo, si raccomanda quanto segue:**

9. *Nella gestione dei casi, bisogna mirare a garantire la continuità per quanto riguarda la persona di contatto dell'assicurato, anche una volta ultimati i PR. Un'attenzione particolare deve essere prestata anche al collocamento degli assicurati in posti di lavoro adeguati alle loro esigenze e alle loro capacità/possibilità individuali.*
10. *Bisogna valutare come l'AI possa continuare a sostenere e accompagnare gli assicurati sul mercato del lavoro regolare dopo la conclusione dei PR, per esempio durante il periodo di prova.*

Summary

Under revision 5 of the Federal Act on Invalidity Insurance in 2008, integration measures (IM) were introduced that were primarily designed to prepare persons living with psychological disorders for integration into the workforce. The objective is to gradually familiarise insureds with the demands of the regular job market and enable them to work at least 50% of a full working week. The present evaluation addresses how IM have developed since 2012 and to what extent the target group, implementation, costs and outcomes have changed.

In 2018, a total of 4,172 insureds were admitted into an IM programme to prepare for integration into the working world. This represents a 68.8 percent increase in new enrolments in IM programmes versus 2012. It is also striking that, more recently, a significantly larger number of IM are being implemented as compared with business-adjacent integration measures plus job support under the WISA/REST/RESP scheme.

Methodology

The evaluation is based on a multilevel triangulation integrating quantitative and qualitative approaches and analytical methods. The incorporation of qualitative analytical strategies lends the evaluation more accessibility to the subject matter and greater relevance to everyday life. A four-module procedure was selected for the purpose of conducting the evaluation: The *first* module served as a preparatory study with the objectives of obtaining a preliminary overview of invalidity insurance (AI/IV) registry data, engaging in exploratory discussions with two IV offices, determining data availability at the IV offices, and carrying out an online survey among IV offices to gather initial information. The *second* module was devoted to processing and evaluating IV registry data as well as making a detailed assessment of the results of the online survey among IV offices. In the *third* module, cases studies were conducted at five selected IV offices. During these five case studies, insureds' files were evaluated, and guided interviews were conducted with doctors, employers, service providers and insureds. Two focus group discussions were held with integration experts and contact managers from the five IV offices. An additional module 3 remit was to qualitatively consolidate findings from the first two modules. The *fourth* module was dedicated to the formulation of conclusions and recommendations.

Differences in use and development of IM at IV offices

Following a four-year "introductory phase", IM were established at all IV offices from 2012 on. There are, however, differences in the development and use of IM: Individual IV offices attempt to reach a decision in principle as quickly as they feasibly can and actively work to get insureds into an IM programme at the earliest possible stage of the illness. Other IV offices interpret IM very narrowly and resort to them mainly in the case of insureds who have been out of the job market for a long time. They use IM to ascertain insureds' stress tolerance and performance potential and then adopt other means than IM – above all occupational measures – to reintegrate people into the job market.

A good half of IV offices (14) use IM with above-average frequency in proportion to all new IV claimants. At nine IV offices, the share of IM enrollees among all new IV claimants has seen a significant increase since 2012. The following aspects are in play at these IV offices:

- A relatively high share of IM take place in the regular job market ($\geq 25\%$).
- The success rates are exceptionally high: over 70% of insureds receiving support in the form of IM achieve an occupational integration potential of at least 50% of a full working week.
- Case costs have either decreased or only risen slightly since 2012.
- What is more, IV offices witnessing an above-average increase in new IM enrollees (plus 100% and higher) have partially changed their enrolment practice and/or taken measures to promote IM.

IM target group profiles have changed

Since 2012, the composition of the group targeted for IM has remained largely constant in terms of socio-demographic and health characteristics: Women make up a little more than half (52.7%) of IM programme participants, and men 47.3 percent. A good two-thirds (68.5%) are living with a psychological impairment as their principal disorder. The level of education of persons enrolled in IM programmes is somewhat lower than that of Switzerland's permanent resident population aged 15 years and older. However, three-quarters of insureds have vocational or tertiary-level qualifications. The majority work in the services sector (health, education, administration, hospitality, etc.). The study revealed five different profiles of insureds in IM programmes. How frequently these profiles are seen varies from one IV office to another, and their shares in total insureds participating in IM have shifted over the last few years.

1. The average age of insureds in IM programmes in 2018 has gone down by 1 year compared with 2012. Most notably, there has been a significant rise (+3.4 percentage points) in the share of insureds in the under-19 age group enrolled in their first IM programme. In this connection though, the average rate of occurrence of young insureds with a congenital infirmity is higher than for insureds in the other profiles. Since 2012, however, the share of the group of younger insureds with psychological stress disorders has increased more than fourfold. Compared with the other profiles, young insureds tend more on average to come into the IM system from a situation of not being in gainful employment. 5.6 percent of insureds in IM programmes fit this profile.
2. 19 to 35-year-olds with psychological impairments make up the largest group of insureds enrolled in IM. They account for 43.1 percent of all insureds in an IM programme. By comparison with the other profiles, prior to being enrolled for initial IM, insureds in this group are more likely to be out of work, not in gainful employment, either still entitled to daily sickness benefits or receiving social assistance. A good two-thirds of this group are women (68.3%). The share of people fitting this profile among all insureds in IM programmes has gone down by 4.1 percentage points since 2012.
3. The group of generally older insureds (over 45s) make up around one quarter of persons in IM programmes. Insureds in this group suffer more than average from disorders of the nervous system or other diseases. As a rule, they are in gainful employment up to one year before enrolment in an IM programme. The share of people in this group among all insureds in IM programmes has increased by 3.6 percentage points since 2012.
4. Insureds fitting this profile are between 36 and 55 years old and come more frequently from an EU/EFTA country (42.6%) than insureds in the other groups. They are more often male. In addition, they also tend more to suffer from diseases of bones and organs of motion as compared with insureds in the other groups. In contrast with the other profiles, this group includes a significantly higher number of persons who at the beginning of IM find themselves in a reintegration programme for pension recipients. 16.9 percent of insureds enrolled in IM match this profile.
5. Insureds from non-EU/EFTA countries make up a somewhat smaller group – almost 10 percent. They are enrolled in IM due to an accident much more frequently than the other insureds (39%).

Besides changes in the composition of insureds' profiles, the IM target group has altered in respect of other characteristics as well. Reintegration experts at the AI/IV offices find themselves dealing with increasingly more complex cases: In addition to their principal disorder, over 80 percent of insureds have at least one secondary disorder, frequently in the form of multiple psychological conditions. Besides such comorbidities, the situation is very often compounded by financial, family and social problems too, increasing the need to coordinate with other offices and support providers.

Selection of the target group and IM objectives

From 2016 on, a growing tendency was in evidence to enrol people for IM who one year prior to the start of IM were still working and gainfully employed. However, the share of insureds not in gainful employment

one year prior to the start of IM also saw a significant increase. An analysis of the case files shows that a large proportion of these persons (49%) was likely receiving daily benefits provided for under the Health Insurance Act (HIA) or the Accident Insurance Act (AIA). More recently though, IM have been deployed much less frequently for the purpose of reintegrating pension recipients. The share of people in this group has decreased by 10.5 percentage points since 2012.

IV offices largely base their definitions of objectives on the specifications contained in the appendix to the circular on integration measures (KSIM/CMR/CPR). The analyses carried out seldom revealed instances of individually formulated objectives. The absence of clearly formulated, needs-based objectives was criticised in particular in the interviews with service producers. It also became apparent that the choice of type of IM was not determined primarily by how the objective was formulated, but by the insured's situation and the question of which IM best addresses this situation. If a person has been out of the job market for a longer period, the IM generally begins with stress tolerance training. The focus here is on a stable daily structure and achieving a minimum attendance time. Rehabilitative training is used mainly in cases where the person has achieved a certain degree of stability, and efforts to build up performance potential can begin. If, however, a job is available, occupational integration measures are implemented under the WISA/REST/RESP scheme.

Implementation of IM

The average (median) time between the submission of a (new) IV claim and starting on an IM is 10 months (excluding recipients of IV pensions). In the case of insureds who one year prior to being enrolled for IM were still either in gainful employment or out of work, IV offices reach a decision after eight to nine months. This procedure makes sense because IM are all the more successful the shorter the time that has lapsed since the most recent work activity. As for people who are not in gainful employment, who are receiving daily sickness benefits or who are on social assistance, the period from submission of an IV claim up to the start of IM averages six months longer. With every additional half-year between submission of the IV claim and the beginning of IM, the likelihood – while keeping all other factors in check – of successfully completing IM is reduced by 50 percent⁴. IV offices appear to have recognised the importance of getting insureds into an IM programme as early as possible during the illness. The share of insureds already attending IM programmes in the early intervention phase has increased substantially since 2016. At the same time, the share of pension recipients undertaking IM for the purpose of reintegration is continually declining. Not all IV offices have followed this trend to the same degree however.

IV offices have since tended to enrol people on IM with increasingly greater frequency than in the preceding years. The average number of IM enrolments (without extension) per insured is two. Where insureds have attended up to three IM programmes, the likelihood of successful completion also increases with each further IM. However, these chances no longer significantly increase as of four or more IM. The best chances of success are offered by combinations of IM, the final one of which takes place in the regular job market under the supervision of a job coach until the insured has regained their foothold in said market.

The higher the number of IM, the longer an insured spends in the IM system. The “classic” combination of stress tolerance training and subsequent rehabilitative training lasts on average a good nine months. If an insured commences the IM during the early intervention phase, they will as a rule remain in the IM system for just under one year. For every month the IM is extended, the chances of success increase by a factor of 1.01. That said, the chances of success stagnate or slow after 12 months in the IM system.

⁴ An IM is considered to have been successfully completed if a level of occupational integration potential of at least 50% of a full working week is achieved. After completion of the IM, persons in this category can either embark on an occupational IV measure, take up gainful employment or register as unemployed with their regional job centre.

Insureds opt to discontinue most frequently during stress training

Approximately one fifth of IM are discontinued. In the main, this happens during stress training. Stress training is also the IM that is most frequently discontinued without any tangible success, i.e. no further integration measures are subsequently instigated. IM are much less frequently discontinued when they are part of a business-adjacent integration programme plus job support. The sometimes significant differences in discontinuation rates between the five IV offices examined in the study also partly reflect the composition of the target group in the IM programmes. IV offices with a high proportion of insureds who have been outside the working population for a longer period show higher discontinuation rates. IM are most commonly discontinued when an insured's health has deteriorated, they are not showing any signs of progress, or their cooperation and motivation levels are poor.

IM are more successful if they take place in the regular job market

In recent years, the option of implementing IM in the free market has gained traction among IV offices. The latter are putting a certain amount of pressure on service providers to facilitate assignments in the free market and help persons in the IM system to find a suitable job. In order for this transition into the regular job market to succeed, insureds need first to be sufficiently stable. This stability is achieved by gradually building up insureds' stress tolerance in an institutional environment. When this degree of stability has been reached, insureds will sense the importance of confronting reality. A return to the workplace is most likely to succeed with IM that emulate actual job scenarios as closely as possible. As the in-depth analyses conducted as part of the five case studies show, IV offices adopt very different approaches to implementing IM in the free market. The reason for this lies in a narrower or broader interpretation of the objectives of IM. The size and topography of a canton also have a bearing on whether IM tend to be implemented in an institution or on the regular job market. In predominantly urban cantons or those with relatively high unemployment rates, IM programmes are more commonly completed in an institution or in the secondary job market. However, the different contextual parameters are not the sole reason why certain cantons implement IM more frequently in the regular job market than other cantons do. Over the last few years, some IV offices have been fostering more intensive contact with employers and have built up a network.

IM costs are rising as the number of cases increases

IM spending has been on a continual upward trajectory since 2012, which is due primarily to the number of insureds on IM programmes going up at the same rate. However, not all IV offices are witnessing a linear correlation between the increase in IM spend and the increase in numbers of insureds. By 2018, some IV offices managed to bring costs down despite a rise in the number of cases. It is striking that these IV offices put IM into effect at a much earlier stage of the illness, and IM are carried out more frequently in the regular job market under the WISA/REST/RESP scheme.

The IV offices also differ in terms of the extent to which case costs increased. Case costs are defined as benefits in kind granted per person between the start and end of IM. The amount of case costs correlates closely with the duration and number of IM completed. IV offices which have seen a sizeable extension of the average duration of IM in the past few years generally report an above-average rise in case costs. The switch from daily to monthly flat rates has, however, had no statistically significant impact on the variance in the case cost trend, although IV offices face a certain risk of absenteeism when paying monthly flat rates. Daily flat rates can be applied more flexibly, especially in complex cases with numerous absences. The contract managers questioned see a further reason for rising case costs in the lack of alternatives to rehabilitative training, i.e. other options that can be used instead of IM when an insured has reached a point where they can work 50%, but their performance potential needs to be increased further.

Follow-on solutions and transition into the regular job market

Between 2013 and 2017, the IM success rate went up 9 percentage points to 65 percent. After completing their IM, 46% of insureds who have achieved an occupational integration potential of at least 50% initially enrol for an occupational IV measure or take on a work assignment to bridge the time (1%). The share of persons who directly after completing their IM took up at minimum part-time gainful employment has remained constant since 2013. Meanwhile, the share of insureds who after completing IM are registered for unemployment insurance went up by 7 percentage points to 24 percent. At the same time, the share of insureds who after IM receive a total IV pension or partial pension (not in gainful employment) compared with all insureds in IM programmes fell by 6 percentage points to 12 percent in 2017.

In cantons with an above-average unemployment rate, a significantly higher proportion of insureds enrol for an occupational measure after completing IM. Which follow-on solution is chosen at the end of IM is partly also influenced by the differing interpretations of IM on the part of the IV offices. IV offices that use IM to determine stress tolerance and to build up a performance potential of maximum 50% subsequently deploy occupational measures to improve insureds' performance potential further.

How well returning to a job in the free market succeeds hinges largely on two factors: First, persons who were no longer in gainful employment for a period of less than one year before enrolment in an IM programme tend to have a more successful return to work. Second, persons who complete their final IM in the regular job market have better chances of returning to a job.

IV pension as follow-on solution

Among the 2012–2017 cohorts included in the study, on average 17.7 percent of insureds receive an IV pension in the same year as they complete the IM. Of these, approximately 70 percent are total pensions. Furthermore, a good two fifths are new pensions (awarded for the first time). Shares of newly awarded IV pensions in proportion to all IV pensions in the year of completing the IM have increased significantly in the last few years. This trend is, however, attributable mainly to the decline in insureds enrolled on IM programmes designed to reintegrate pension recipients. At the same time, it can be inferred from this that IV offices are using IM less and less frequently for the purpose of reintegrating pension recipients and increasingly to get new claimants back into the regular job market.

Medium-term impact of IM

A look at the question of how long persons who have completed IM are able to integrate themselves into the regular job market shows: Three years after the most recent IM, 37 percent are in the job market. The majority of these have a monthly income of CHF 3,000 or more. A quarter of insureds who three years previously completed or discontinued IM are receiving a total IV pension and 16 percent a partial pension. What is more, two percent are registered as unemployed and nine percent are receiving social assistance. Three years after completing IM, one in ten insureds is receiving no income from gainful employment or from contributions paid into the social security system.

Success factors and recommendations

The success of efforts to prepare insureds for the integration goal of a 50% capacity to work depends on the insured's IM profile as well as the method of implementation. The modalities of implementation also have a material impact on cases costs. But even "soft" factors such as collaboration among the actors involved, the formulation of objectives, choice of IM, support for insureds plus social aspects (e.g. family environment) all play a key part in the implementation of IM. The recommendations for improvements in the IM are based on the findings of the evaluation and the legal framework in place at the time of reporting. The conditions for successful outcomes and the resulting recommendations are summarised below.

Insureds' profiles

Socio-demographic characteristics, health impairments and employment situation prior to enrolment in the IM programme have a decisive influence on the success of the IM. By the same token, IM should

commence as soon as possible after the first/new IV claim is submitted. If more than half a year elapses after submission of the IV claim before the start of IM, the chances of success are also reduced by half. The health stability status also plays a vital role in every phase of the IM. **Recommendations:**

1. *Deploy IM at the earliest possible stage of the illness – factoring in the health stability status and the relevant medical assessments (e.g. together with the treating doctors) – before insureds have distanced themselves from working life for too long.*
2. *Where the objective of IM is to reintegrate recipients of IV pensions, a diligent pre-assessment of their effective chances of returning to the regular job market must be made. Other evaluation tools than IM must be used for this.*
3. *To ensure comprehensive, coordinated case management, reintegration experts should define their goals jointly with service providers, insureds and, where appropriate, with the treating doctors. Responsibility for setting the goals for the individual measures lies with the integration expert. These goals should be aligned with the needs and requirements arising from the insureds' individual situation.*

Implementation modality and duration of IM

For the best chances of success, at least one component of the IM should take place in the regular job market and the insured should be under the supervision of a job coach. The duration of IM also has an influence: Where IM last up to 12 months, the chances of an IM succeeding increase by 1 percent with every additional month. After 12 months, these chances stagnate or slow considerably. It is also important that insureds are specifically prepared for their return to the job market when their state of health is sufficiently stable. **Recommendations:**

4. *An IM programme designed to prepare insureds for integration into the workforce should be gradual, entailing working in phases and combining the different types of IM as effectively as possible. At least one component of the IM should take place in the regular job market.*
5. *IM should be based on flexible models which also offer scope for alternating between the institutional venue and the job market or which facilitate intermediary forms of work between the institution and employers on the regular job market and provide hands-on accompanying support for both insured and employer.*
6. *There are presently no measures in place that follow on from IM and enable a further increase in performance in cases where the goal of integration is to achieve the capacity to work 100%. Suitable IM or occupational measures need to be created to make this happen.*

Contact with employers

Personal contact proves helpful to show employers the possibilities available under the IV scheme, to explain the process to them and to reduce inhibitions when it comes to employing persons living with psychological impairments. Individual IV offices – particularly in predominantly rural cantons – have in recent years begun actively seeking contact with employers and built up a network. **Recommendation:**

7. *Efforts to contact and proactively support employers should be stepped up further (e.g. in the form of a regular exchange, a transparent flow of information, or network events). IV offices in predominantly rural cantons can serve as examples of good practice.*

Addressing factors outside the IV sphere

The success or failure of an IM does not depend exclusively on the actions of the reintegration expert or the service provider. The insured's social environment and economic circumstances frequently also play a major role. Some IV offices engage job coaches to confront these factors that are "outside the IV

sphere". Cases are likely to become more complex going forward. This will in turn also increase the need for interinstitutional cooperation. **Recommendation:**

8. *In future, IV offices should commit even more to clarifying an insured's overall situation and thereby also address factors outside the IV sphere, as well as coordinate and network with the agencies mandated to deal with the respective problems.*

Transition into the regular job market

If the IM is being implemented in an institution, the choice of service provider is key. One consideration, for instance, is for training workplaces to be close to the primary job market. In addition, there has to be evidence of a certain degree of commitment to helping insureds in their search for a job. IV offices can compel institutions to gear their programmes more to the transition into the regular job market. To this end, input from and the presence of integration experts on-site at the institutions is important. Continuity, i.e. keeping the same contact person, is also an essential criterion for a successful return to the job market. **Recommendations to ensure a successful transition into a regular job:**

9. *Keeping the same case management contact is a desirable objective – even beyond the IM. Particular attention must also be paid to finding job placements suited to the needs of insureds and to their individual skills and possibilities.*
10. *Consideration has to be given to the forms of support and supervision that insureds are to receive after completing IM and entering the regular job market, e.g. during the probationary period.*

1. Ausgangslage und Evaluationsgegenstand

1.1 Ausgangslage

Mit der 5. IV-Revision wurden Integrationsmassnahmen (IM) eingeführt, um vor allem Personen mit psychischen Erkrankungen auf eine berufliche Eingliederung vorzubereiten. IM kombinieren soziale, psychologische und berufliche Aspekte (Botschaft Weiterentwicklung IV 2017) und dienen der sozialberuflichen Rehabilitation, indem sie die Versicherten schrittweise an die Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes heranführen. Ziel ist es dabei, dass die Teilnehmenden an IM eine Arbeitsmarktfähigkeit von mindestens 50 % eines vollen Arbeitspensums erreichen (KSIM 2020).

IM richten sich an Versicherte, die seit mindestens sechs Monaten zu weniger als 50 % arbeitsfähig sind und ein Eingliederungspotenzial im Hinblick auf eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt aufweisen (Art. 14a Abs. 1 IVG). Von allen Versicherten mit beruflichen Eingliederungsmassnahmen⁵ (43'500) war im Jahr 2018 mit 14,9 Prozent nur ein kleiner Teil von IM (6'400) betroffen. 2017 finanzierte die IV IM im Umfang von 65 Mio. Franken, was rund 10 Prozent der Gesamtkosten für Eingliederungsmassnahmen entspricht. Die Kosten pro IM sind in den letzten Jahren kontinuierlich – in einigen Kantonen gar sprunghaft – gestiegen.

Seit Einführung der IM im Jahr 2008 haben insbesondere zwei Studien (Bolliger et al. 2012, Guggisberg et al. 2015) diese Massnahmen untersucht. Dabei wurden die IM jeweils im Gesamtzusammenhang aller mit der 5. IV-Revision eingeführten Eingliederungsmassnahmen untersucht. Eine vertiefte Analyse, die sich auf die IM und deren Wirkung konzentriert, fehlt bisher. Mit der vorliegenden Evaluation soll diese Lücke nun geschlossen werden. Dabei möchte das BSV Erkenntnisse zu möglichen Zusammenhängen zwischen Form der IM, Profil der Zielgruppe und Wirkung von IM sowie über das Kosten-Nutzen-Verhältnis von IM erhalten. Die Evaluation soll in erster Linie formativ ausgerichtet sein und Grundlagen für eine Optimierung und Weiterentwicklung der IM liefern. Das Hauptaugenmerk richtet sich dabei auf folgende Aspekte:

- Formen der von den IV-Stellen eingesetzten IM
- Ablauf der Durchführung von IM
- Merkmale der Zielgruppe mit IM
- Wirkung von IM und begünstigende Erfolgsfaktoren
- Gründe für den Anstieg der Fallkosten von IM

1.2 Evaluationsgegenstand und Wirkungsmodell

Gegenstand der Evaluation sind die Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf eine berufliche Eingliederung (Art. 14a IVG). Das Gesetz sieht zwei Arten von IM vor: (1) Sozialberufliche Rehabilitation und (2) Beschäftigungsmassnahmen. Zu den Ersteren zählen die drei Unterarten:

1. Belastbarkeitstraining (BT),
2. Aufbautraining (AT),
3. Wirtschaftsnah Integration mit Support am Arbeitsplatz (WISA),
4. Hingegen zählt die Arbeit zur Zeitüberbrückung, um einen drohenden Verlust der Eingliederungsfähigkeit beim Warten auf eine Anschlusslösung zu verhindern, zu den Beschäftigungsmassnahmen. Die IM «Arbeit zur Zeitüberbrückung» ist in der Regel eine Folgemassnahme einer sozialberuflichen

⁵ Zu den beruflichen Eingliederungsmassnahmen zählen (1) Massnahmen der Frühintervention, (2) Integrationsmassnahmen sowie (3) Massnahmen beruflicher Art. Auf Basis des gesetzlichen Leistungsanspruchs, der individuellen Ausgangslage sowie der gesundheitlichen, beruflichen und sozialen Ressourcen, wird für jede Person die vielfältige Palette der beruflichen Eingliederungsmassnahmen individuell genutzt, um die Chancen für eine berufliche Integration zu schaffen oder zu verbessern (BSV 2019, S. 1).

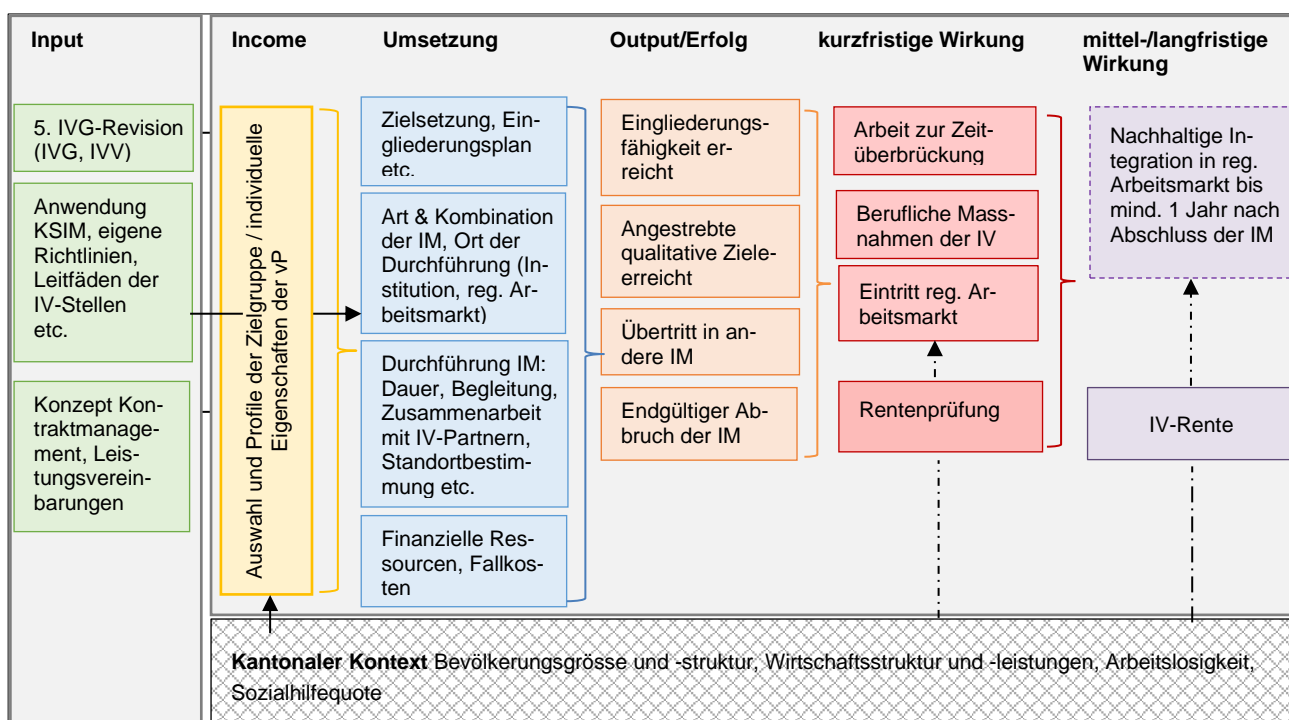
Rehabilitationsmassnahme. Dabei wird eine Arbeitsfähigkeit von mind. 50 % vorausgesetzt (vgl. KSIM).

IM können in einem Unternehmen im regulären Arbeitsmarkt stattfinden oder in einer spezialisierten Institution, die im ersten und zweiten Arbeitsmarkt tätig ist (z.B. Werkstätten, Sozialfirmen usw.). Sie können in unterschiedlichen Phasen des Eingliederungsprozesses oder im Rahmen der Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und -bezügerinnen (Rentenrevision) eingesetzt werden.

Wirkungsmodell

Der Evaluationsauftrag ist primär formativ ausgerichtet mit dem Hauptziel, dem BSV und den IV-Stellen eine Grundlage für Verbesserungen der IM zu liefern. Zudem sollen die Erkenntnisse der Umsetzung und Überwachung der mit der Weiterentwicklung der IV geplanten Vorhaben dienen. Der summative Teil der Evaluation (sekundäres Ziel) bezieht sich indes auf die Effizienz und das Kosten-Nutzen-Verhältnis von IM.

Abbildung 1: Wirkungsmodell für Integrationsmassnahmen



Quelle: Darstellung across•concept /socialdesign

Das dargestellte Wirkungsmodell zeigt die Zusammenhänge zwischen den Aspekten Zielgruppe, Umsetzung der IM, Output/Erfolg, kurz- und mittel-/langfristige Wirkung der IM. Dabei gilt es zu beachten, dass Wirkungsmodelle narrative oder grafische Darstellungen von Prozessen im wirklichen Leben sind, die die zugrunde liegenden Annahmen vermitteln. Sie veranschaulichen somit eine Abfolge von Ursache-Wirkungs-Beziehungen (Millar et al. 2001). Neben den programminternen Wirkungsfaktoren können jedoch auch externe Faktoren wie bspw. die Wirtschaftsstruktur eines Kantons den Untersuchungsgegenstand direkt oder indirekt beeinflussen. Einzelne Aspekte des Wirkungsmodells, die wir als zentral erachten, werden nachfolgend kurz erläutert.

Primäres Ziel der IM ist die **Erreichung der Eingliederungsfähigkeit** im Hinblick auf eine berufliche Massnahme (vgl. KSIM), für die in der Regel eine Arbeitsfähigkeit von mind. 50 % eines vollen Pensums vorausgesetzt wird. Im Rahmen der Evaluation galt es somit zu überprüfen, inwiefern dieses «Vorbereitungsziel» erreicht wird und ob es gelingt, das Eingliederungspotenzial der Betroffenen zu stabilisieren, eine IV-Rente zu vermeiden und eine Reintegration in den regulären Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Dabei interessiert insbesondere, inwiefern die Zielerreichung von der Umsetzungsmodalität und Dauer der IM

beeinflusst wird, weshalb IM abgebrochen werden und bei welchen Personenprofilen IM besonders erfolgreich sind.

1.3 IM und die Weiterentwicklung der IV

Im Rahmen der Weiterentwicklung der IV ist eine Reihe von Massnahmen geplant, die sowohl die Zielgruppe der IM als auch die Umsetzung der IM betreffen.

Zielgruppe

Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung haben Versicherte, die seit mindestens sechs Monaten zu weniger als 50 % eines vollen Pensums arbeitsfähig sind (Art. 14a IVG). Diese Anspruchsvoraussetzung bedingt, dass IM nur Personen gewährt werden können, die bereits zu einem früheren Zeitpunkt einmal erwerbstätig bzw. arbeitsfähig waren. Gleichzeitig sollen unabhängig von der Art des Gesundheitsschadens oder einer ausgewiesenen Invalidität möglichst viele Versicherte von der Vorbereitung auf berufliche Massnahmen profitieren können, insofern die notwendigen Voraussetzungen dafür vorhanden sind.

Jugendliche oder junge Erwachsene, welche am Übergang von der obligatorischen Schule in eine nachobligatorische Ausbildung stehen oder noch nie gearbeitet haben, waren bis anhin von IM ausgeschlossen. Mit der Weiterentwicklung der IV sollen IM künftig auch auf nicht erwerbstätige Personen vor Vollendung des 25. Altersjahr ausgeweitet werden (vgl. Botschaft Weiterentwicklung IV, S. 2537). Dabei wird ein Kostenanstieg bei den IM erwartet bzw. bewusst in Kauf genommen, was allerdings mit der Weiterentwicklung der IV auch beabsichtigt wird (vgl. Botschaft zur Weiterentwicklung der IV, S. 2702ff.).

Umsetzung der IM

Im Anhang des Kreisschreibens sind für jede IM Zielsetzungen, Grobinhalte, Zwischenziele, Kriterien der Beendigung sowie Anforderungen an die Durchführung aufgeführt. Sie dienen als Orientierung für die Umsetzung der IM. Entsprechend bilden sie auch eine wichtige Orientierungsgrundlage für die Evaluation. Darüber hinaus sollen IM hinsichtlich Aufbau, Inhalt und Dauer **bedarfsorientiert und auf die individuellen Fähigkeiten der Versicherten abgestimmt** sein.

Aktuell können IM insgesamt (über das ganze Leben) für **eine Dauer** von höchstens einem Jahr gewährt werden, in Ausnahmefällen ist eine Verlängerung um ein weiteres Jahr möglich⁶. Wie die Studie von Bolliger et al. (2012) zeigt, werden IM im Vergleich zu anderen Eingliederungsmassnahmen eher selten gewährt und finden häufig in privaten Institutionen statt. Darüber hinaus wird die Dauer der IM häufig auf ein halbes Jahr oder weniger begrenzt. Gerade bei Personen mit psychischen Belastungen gestaltet sich die sozialberufliche Rehabilitation jedoch in der Regel langwieriger. Mit der Weiterentwicklung der IV ist geplant, die Beschränkung der Dauer von IM aufzuheben und auch mehrmalige Zusprachen zu ermöglichen. Mit Blick auf diese Weiterentwicklung soll in der Evaluation ein besonderes Augenmerk auf jene Profile der Zielgruppe gelegt werden, bei denen die Länge der IM – unter anderem in Zusammenhang mit der Kombination der IM – eine zentrale Rolle für eine erfolgreiche Zielerreichung spielt.

Aktuell erhalten von Gesetzes wegen nur die bisherigen Arbeitgeber, welche die Versicherten im Rahmen einer IM im regulären Arbeitsmarkt weiterbeschäftigen, **eine finanzielle Entschädigung** von höchstens CHF 100.- pro Anwesenheitstag der versicherten Person. Mit der Weiterentwicklung der IV soll es möglich werden, auch neuen Arbeitgebenden eine Entschädigung zu gewähren. Erfahrungen hierzu wurden vor allem im Rahmen der qualitativen Interviews mit den Arbeitgebern eingeholt.

⁶ Eine Ausnahmeregelung gilt auch bei Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und -bezügerinnen.

2. Fragestellungen und Evaluationsdesign

2.1 Fragestellungen

Das BSV hat bei der Erarbeitung der Ausschreibungsunterlagen Fragen formuliert, die es im Rahmen der Evaluation zu beantworten gilt. Tabelle 2 ordnet die Fragestellungen den verschiedenen Aspekten des Wirkungsmodells (Zielgruppe, Umsetzung, Wirkung) zu. Darüber hinaus zeigt die Zusammenstellung, mit welchen Datenquellen bzw. Erhebungsmethoden die Fragen beantwortet wurden. Dabei wird zwischen Hauptdatenquellen und solchen, die einen Beitrag zur Beantwortung der Frage leisten, unterschieden.

Tabelle 1: Evaluationsfragen, Datenquellen und Erhebungsmethoden

Legende: ● Hauptdatenquelle; ○ liefert einen Beitrag zur Beantwortung der Frage	Onlinebefragung IVST	Administrativdaten ⁷	Dossieranalyse/IV-interne Daten	FG Eingliederungsp.	FG-Versicherte mit IM	LI Ärzte/-innen	LI Arbeitgeber/Institut.
1. Zielgruppe und Zielsetzung							
a. Nach welchen Kriterien wählen die IV-Stellen die Zielgruppen aus?	●	○	●	●			
b. Wie viele Personen umfasst die Zielgruppe?		●					
c. Welche Merkmale zeichnen die Zielgruppe aus (Alter, Geschlecht, gesundheitliche Beeinträchtigung etc.)? Haben sich diese in den letzten Jahren verändert?	○	●	●				
d. Lassen sich hinsichtlich der Merkmale der Zielgruppe Typologien (Profile) bilden?		●	●				
e. Welche Ziele gelten für welche Zielgruppe (Profile)? Bestehen signifikante Unterschiede zwischen den IV-Stellen	○		●	●			
2. Umsetzung							
f. Wie lange dauern die IM und inwiefern unterscheidet sich die Dauer nach Versicherten und nach IV-Stelle? Wie häufig wird eine IM verlängert?		●					
g. Wie lange dauert es von der IV-Anmeldung bis zur Gewährung der IM (Verfügung)?		●					
h. Welche Art (Kombination) von IM werden gewährt und wo werden diese durchgeführt (Institution oder erster Arbeitsmarkt)? <i>Besteht ein Zusammenhang zu den Profilen der Zielgruppe?</i>	○	●	●	○			
i. Welche Erkenntnisse gibt es im Hinblick auf den Übergang von einer Institution in den ersten Arbeitsmarkt?			○	●	●	○	●
j. Wie werden die unterschiedlichen IM-Arten und -Umsetzungsarten bzw. deren Erfolg von den IV-Stellen beurteilt?	●			●	○	○	○
k. Wie viele Massnahmen werden abgebrochen und weshalb?		●	●				
l. Welche finanziellen Ressourcen wenden die IV-Stellen für die Umsetzung der IM auf?	○	●					
m. Wie lässt sich der in den letzten Jahren beobachtete Kostenanstieg pro Massnahme erklären?	●	○	○	●			
3. Wirkungsanalyse							
n. Inwiefern ermöglichen es die IM der versicherten Person, eine BM oder eine Anstellung im ersten Arbeitsmarkt aufzunehmen und nach welcher Zeitspanne?		○	●	○	○	○	○
o. Inwiefern hängt der Erfolg der IM von den aufgewendeten finanziellen Mitteln oder der Dauer der Massnahme ab?	○	●	●	○	○	○	
p. Inwiefern hängt die Wirksamkeit von den verschiedenen Umsetzungsfaktoren ab?	●	●	●	●	●	●	●
4. Empfehlungen							
q. Welche Faktoren begünstigen oder erschweren die Zielerreichung, sowohl bei der Umsetzung der IM insgesamt als auch hinsichtlich der einzelnen Kategorien? Mit besonderem Blick auf:	○	○	○	○	○	○	○
- Personenprofil		●	●	○	○	○	○
- Finanzielle Ressourcen	●	●		○	○		○
- Dauer der Massnahmen		●	○	○	○		
- Umsetzungsmodalität	●		●	●	●	●	●

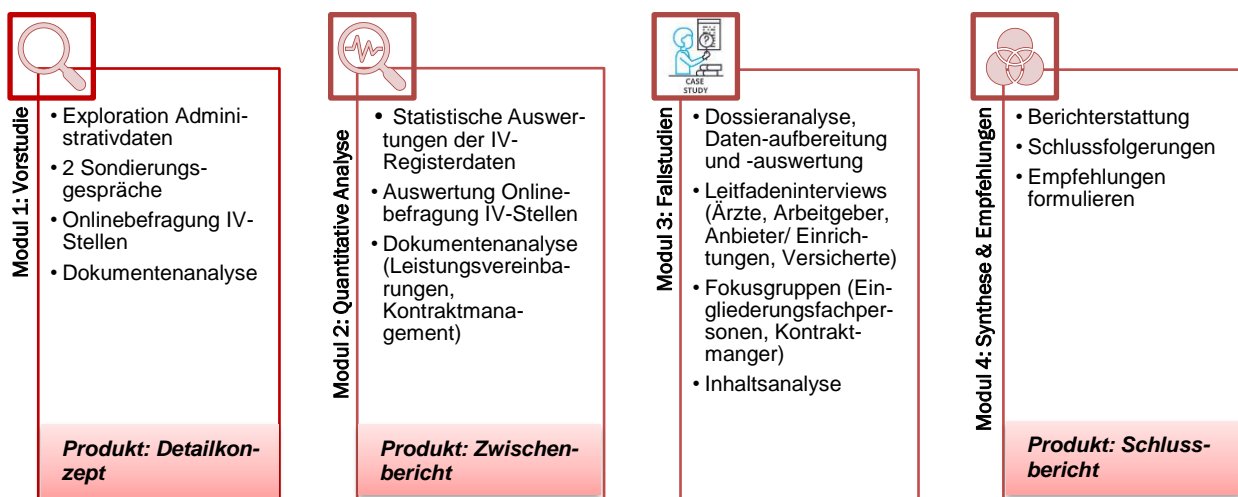
Quelle: across ● concept /socialdesign

⁷ Zu den Administrativdaten zählen die IV-Registerdaten, der SHIVALV-Datensatz sowie das individuelle Konto (IK).

2.2 Evaluationsdesign und methodisches Vorgehen⁸

Die Evaluation orientiert sich an einem Mehrebenenansatz, der im Sinne einer Triangulation sowohl quantitative als auch qualitative Zugänge und Analysemethoden integriert. Durch den Einbezug qualitativer Analysestrategien gewinnt die Evaluation an Offenheit für den Gegenstand und damit auch an Alltagsnähe. Für die Durchführung der Evaluation wurde ein Vorgehen in vier Modulen gewählt: Das *erste* Modul ist als Vorstudie zu verstehen, die dazu diente, einen ersten Überblick über die Registerdaten der IV zu erhalten, Sondierungsgespräche mit zwei IV-Stellen zu führen, die Datenlage bei den IV-Stellen zu klären und im Rahmen einer Onlinebefragung erste Informationen bei den IV-Stellen einzuholen. Das *zweite* Modul widmete sich der Datenaufbereitung und Auswertung der IV-Registerdaten sowie der detaillierten Auswertung der Onlinebefragung bei den IV-Stellen. Das *dritte* Modul umfasste Fallstudien bei fünf ausgewählten IV-Stellen. Im Rahmen der fünf Fallstudien wurden Versichertendossiers ausgewertet, Leitfadeninterviews mit Ärzten und Ärztinnen, Arbeitgebenden, Leistungserbringern und Versicherten geführt. Zudem wurden zwei Fokusgruppengespräche mit Eingliederungsfachpersonen und Kontraktmanagern und -managerinnen der fünf IV-Stellen durchgeführt. Modul 3 diente unter anderem der qualitativen Vertiefung der Erkenntnisse aus den ersten beiden Modulen. Die Formulierung von Schlussfolgerungen und Empfehlungen schliessen den Bericht mit dem *vierten* Modul ab.

Abbildung 2: Evaluationsdesign



Quelle: Darstellung across • concept /socialdesign

2.2.1 Modul 1: Vorstudie – Onlinebefragung IV-Stellen

Modul 1 diente dazu, hinreichend Informationen zu generieren, um die nachfolgenden Projektschritte detailliert planen und fünf IV-Stellen für die Fallstudien auswählen zu können. Des Weiteren wurde Modul 1 dafür genutzt, um einen Überblick über alle IV-Stellen und deren Einschätzung zu Grundsatzfragen zu erhalten. Dafür wurden zwei Onlinebefragungen bei allen IV-Stellen durchgeführt: Eine Befragung richtete sich an die Eingliederungsfachpersonen, die andere an die Kontraktmanager und -managerinnen. Im Vorfeld der Onlinebefragung wurden mit zwei IV-Stellen Sondierungsgespräche geführt, je eines mit einer Eingliederungsfachperson und eines mit einem Kontraktmanager und einer Kontraktmanagerin. Die Erkenntnisse aus den Sondierungsgesprächen dienten der Erstellung der Onlinefragebögen, insbesondere der Operationalisierung der Fragekategorien. Zusätzlich konnten die Rückmeldungen aus den Sondierungsgesprächen für die inhaltliche Interpretation der Ergebnisse aus der Onlinebefragung genutzt werden.

⁸ In den Anhängen II und III befinden sich weitere detaillierte Erläuterungen zu den verwendeten Definitionen und zum Vorgehen.

Anhand der ersten Analysen der IV-Registerdaten sowie der Erkenntnisse aus der Onlinebefragung bei den IV-Stellen erfolgte schliesslich eine fundierte und begründete Auswahl der fünf IV-Stellen für die Fallstudien (→ für detaillierte Erläuterungen siehe Anhang III). Die Erkenntnisse aus der Onlinebefragung sind zudem in die Definition der Kriterienraster eingeflossen, die als Orientierungsgrundlage für die Analyse der Versichertendossiers der fünf IV-Stellen dienen. Zusätzlich wurden in diesem Modul BSV-interne Dokumente zur Evaluation der Kosten- und Mengenentwicklung der IM ausgewertet und in die Begriffsdefinitionen und Indikatorenbildung einbezogen.

2.2.2 Modul 2: Quantitative Datenanalyse

Im Rahmen der quantitativen Analyse wurden IV-Registerdaten⁹ ausgewertet. Mit der Auswertung dieser Datensätze wurden für alle IV-Stellen die Aspekte Umfang, Merkmale und Entwicklung der Zielgruppe, Kombination und Dauer von IM, Entwicklung der finanziellen Ressourcen von IM und Erfolgsquote in Bezug auf eine berufliche Massnahme oder Einstieg in den regulären Arbeitsmarkt untersucht.

Darüber hinaus hat das BSV anhand der SHIVALV-Daten¹⁰ Spezialauswertungen zur Situation/Ausgangslage der Versicherten in Bezug auf Leistung der Sozialhilfe ein Jahr vor der Verfügung einer IM sowie bis drei Jahre nach Abschluss der IM vorgenommen.

Der Informationsgehalt der IV-Registerdaten ist nicht immer zuverlässig und für die Bedürfnisse des Forschungsgegenstandes teilweise lückenhaft. So kann anhand der Registerdaten beispielsweise nicht festgestellt werden, ob eine IM abgebrochen wurde. Es gibt auch keine Hinweise, ob die IM in einer Institution, auf dem zweiten oder auf dem regulären Arbeitsmarkt stattgefunden hat. Darüber hinaus fehlt ein präzises Datum zum Abschluss der IM (→ vgl. hierzu auch Kapitel 11.1 im Anhang II). Des Weiteren fehlen qualitative Informationen zu individuellen Zielsetzungen, Rahmenbedingungen, Zusammenarbeit der beteiligten Partner etc. Aus diesem Grund wurden die Registerdaten durch Daten, die aus der Analyse von 301 Versichertendossiers (Zielvereinbarungen, Fallverlauf, Zielerreichung) generiert wurden, ergänzt.

Grundgesamtheit

Die Grundgesamtheit der Untersuchungen bilden Versicherte, für die seit 2012 mindestens eine Integrationsmassnahme verfügt wurde. Die Eingrenzung der Untersuchungspopulation erfolgte gemäss dem Kohortenkonzept. Als Definitionskriterium für eine Kohorte gilt das Jahr der Verfügung für die erste IM¹¹. Gemäss Verordnung (Art. 4^{sexies} Abs. 6 IVV) kann eine versicherte Person bis insgesamt maximal ein Jahr an IM teilnehmen. In Ausnahmefällen kann die IM um höchstens ein Jahr verlängert werden.

Tabelle 2: Grundgesamtheit für die Analyse der IV-Registerdaten, Kohortenkonzept

Verfügungsjahr der ersten IM	Kohortengrösse vP	
Kohorten	2012	2471
	2013	3041
	2014	3159
	2015	3610
	2016	3688
	2017	4049
	2018	4172
Grundgesamtheit	24 190	

Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger (1 Eintrag pro Person)

⁹ Dazu zählen: IV-Sachleistungsregister, Versicherten- und Todesfallregister, Anmeldungen betr. Leistungen der IV, Renten-/HE-Beschlüsse, zentrales Rentenregister der AHV, individuelle Konten der AHV (IK-Einträge).

¹⁰ Der SHIVALV-Datensatz entsteht durch die Verknüpfung der Daten aus verschiedenen Leistungssystemen der sozialen Sicherheit (u.a. die Sozialhilfeempfängerstatistik).

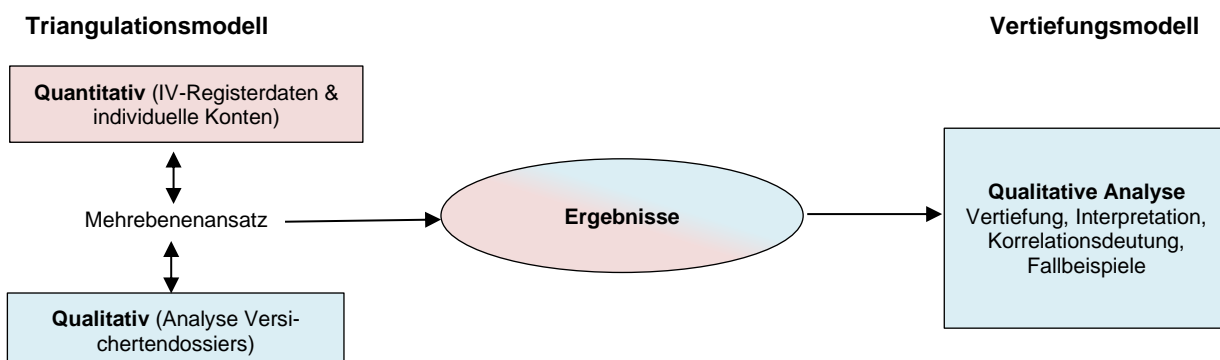
¹¹ Für die Definition der Begriffe und Indikatoren siehe Anhang.

In die Analyse der IV-Registerdaten wurden also nur versicherte Personen einbezogen, für die ab 2012 mindestens eine IM verfügt wurde¹². Ein wesentlicher Grund für dieses Vorgehen ist, dass sich die IM bei den meisten IV-Stellen erst ab den Jahren 2012/13 etabliert haben bzw. anzahlmässig eine starke Zunahme verzeichnen.

2.2.3 Modul 3: Fallstudien

Die Fallstudien dienen im vorliegenden Untersuchungsdesign in erster Linie der qualitativen Vertiefung der quantitativen Ergebnisse aus der Analyse der Registerdaten sowie der aus der Dossieranalyse generierten Daten. Auf diese Weise konnte den quantitativen Ergebnissen weiter nachgegangen werden (z.B. Interpretation der Richtung möglicher Kausalitäten).

Abbildung 3: Fallstudiendesign



Quelle: Darstellung across•concept /socialdesign

Auswahl der Fallstudien

Bei Fallstudien handelt es sich in der Regel um ein vergleichendes Design, in dem zwei und mehr Fälle miteinander verglichen werden. Dabei geschieht die Auswahl der Fälle im Fallstudiendesign nie zufällig, sondern vielmehr bewusst (Akremi 2019) in Bezug auf das spezifische Erkenntnisinteresse. Im vorliegenden Untersuchungsdesign erfolgte die Fallauswahl einerseits informationsbasiert aufgrund der Erkenntnisse aus der Dokumentenanalyse (vgl. BSV 2018, Rudaz/Benz 2018), den ersten Auswertungen der IV-Registerdaten sowie auf Basis ausgewählter Variablen aus der Onlinebefragung bei den IV-Stellen. Die Auswahl der fünf IV-Stellen für die Fallstudien wurde andererseits nach dem «Most Similiar und Most Different Cases Design» getroffen. Dafür wurde eine Clusteranalyse durchgeführt. Die definitive Wahl der fünf IV-Stellen erfolgte gemeinsam mit der Begleitgruppe anhand der Ergebnisse der Clusteranalyse (→ vgl. Anhang III).

Auswahl und Analyse der Versichertendossiers

Anhand der Dossieranalyse sollten zusätzliche Informationen zu den Auswahlkriterien der Zielgruppe, zu den angestrebten (auch qualitativen) Zielen, Zwischenzielen sowie zu den inhaltlichen Umsetzungsmodalitäten generiert werden. Darüber hinaus sollte die Dossieranalyse Informationen zu Abbruchgründen liefern und Aussagen zum Erfolg der IM mit inhaltlichen Aspekten untermauern.

Von den fünf IV-Stellen, die Teil der Fallstudien waren, wurden insgesamt 301 Versichertendossiers ausgewertet. Dabei wurden nur Versicherte einbezogen, die in den Jahren 2015 und 2016 mindestens an einer IM teilgenommen haben. Da es sich bei dieser Gruppe um relativ aktuelle Dossiers handelt, sind die Informationen gerade im Hinblick auf die Weiterentwicklung der IV noch aktuell. Die eigentliche Auswahl der Dossiers erfolgte in einem mehrstufigen Verfahren:

¹² Dieses Vorgehen lässt sich u.a. dadurch begründen, dass die IM nach einer anfänglichen «Einführungsphase» ab dem Jahr 2012 nochmals stark ansteigen. Es ist zudem davon auszugehen, dass sich die IM ab 2012 bei allen IV-Stellen zum stabilen Bestandteil der beruflichen Eingliederungsmassnahmen etabliert haben.

1. Im ersten Schritt wurde die Anzahl Dossiers pro IV-Stelle definiert. Um für jede IV-Stelle aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten sollten pro IV-Stellen jeweils 60 Dossiers ausgewertet werden.
2. Im zweiten Schritt wurden die Versicherten in IM für jede der fünf IV-Stellen in vier Altersgruppen (< 25 Jahre, 25-39 Jahre, 40-54 Jahre, 55-65 Jahre) eingeteilt. Für jede Altersgruppe wurde anschliessend entsprechend ihres Anteils für jede der fünf IV-Stellen eine Zufallsstichprobe gezogen.
3. Im dritten Schritt erhielten die IV-Stellen die Nummern der ausgewählten Dossiers, um diese unter strenger Beachtung des Datenschutzes dem Forschungsteam zur Verfügung zu stellen.

Dokumentenanalyse

Da weder die IV-Registerdaten noch die Daten der IV-Stellen Informationen zum Kontraktmanagement enthalten, war geplant, auch Leistungsvereinbarungen mit Anbietern sowie Konzepte des Kontraktmanagements zu sichten. Bei der Beschaffung der Unterlagen bei den ausgewählten IV-Stellen hat sich allerdings gezeigt, dass die Leistungsvereinbarungen sehr rudimentär sind und kaum Informationen enthalten, welche für die vorliegende Evaluation einen Mehrwert bringen würden. Zudem entsprechen die Leistungsvereinbaren zwischen IV-Stelle und Leistungserbringer weitgehend den grundlegenden Vertragsinformationen, wie sie vom BSV in den AVB's definiert wurden, und im Anhang zum Kreisschreiben über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art enthalten sind (KSBE).

Anstelle von Leistungsvereinbarungen wurden deshalb zwei Qualitätsgespräche, welche die IV-Stellen mit den Leistungserbringern jährlich führen, sowie falls vorhanden Evaluationsberichte ausgewertet. Zusätzlich wurden von den fünf IV-Stellen je zwei IM-Konzepte von Leistungserbringern analysiert. Bei der Auswahl wurden grössere, mittlere und kleinere Einrichtungen berücksichtigt.

Telefonische Leitfadeninterviews

Mittels telefonischer Leitfadeninterviews wurden die Erfahrungen der IV-Partner hinsichtlich Planung und Durchführung der IM erhoben. Im Rahmen der Leitfadeninterviews wurden vier Akteursgruppen befragt:

- die Leistungserbringer von IM
- die Arbeitgebenden
- die behandelnden Ärzte und Ärztinnen
- die Versicherten, welche mindestens eine IM absolviert haben¹³

Bei den ersten beiden Gruppen interessierten vor allem Fragen zum Kontext, in dem die IM stattfinden, wie sichergestellt wird, dass die Massnahmen bedarfsgerecht sind, welche Rahmenbedingungen sich besonders gut eignen und welche Faktoren zum Erfolg beitragen.

In den Interviews mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen, Arbeitgebenden, Versicherten und den Leistungserbringern wurden konkrete Fragen zu den Erfahrungen mit IM, den Prozessen und der Zusammenarbeit mit den involvierten Partnern – auch IV-Stellen – gestellt. Um zu vermeiden, dass die Rückmeldungen zu wenig konkret sind, wurden die jeweils Befragten gebeten, falls möglich, ihre Antworten anhand konkreter Situationen zu schildern. Gemäss dem Paradigma der Offenheit in der qualitativen Forschung wurde darauf geachtet, dass die Befragten während den Interviews auch ihre Erfahrungen und Interpretationen einbringen konnten, insbesondere in Bezug auf entscheidende Erfolgsfaktoren.

Sample der leitfadengestützten Interviews

Die Auswahl der befragten Ärzte und Ärztinnen, Arbeitgebenden, Durchführungsstellen und Versicherten erfolgte gemeinsam mit den Fachpersonen der fünf IV-Stellen aus den Fallstudien. Wichtiges Auswahlkriterium war dabei, ein möglichst breites Spektrum an Erfahrungen und Tätigkeitsbereichen bei den zu interviewenden Personen einzubeziehen, um so Verallgemeinerungsrisiken möglichst zu minimieren.

¹³ Ursprünglich war geplant, mit den Versicherten Fokusgruppen durchzuführen. Aufgrund der Corona-Pandemie und weil nur wenige Versicherte bereit waren, im Rahmen eines Gruppengesprächs Auskunft zu geben, konnte nur eine Fokusgruppe organisiert werden. Mit den anderen Versicherten wurden leitfadengestützte Telefoninterviews geführt.

Insgesamt wurden 35 Interviews geführt. Die Interviews wurden telefonisch abgewickelt und dauerten zwischen 15 und 45 Minuten. Mit den Versicherten von einer IV-Stelle konnte zudem ein Fokusgruppengespräch realisiert werden. Die Interviews wurden jeweils aufgezeichnet, protokolliert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Tabelle 3: Sample der leitfadengestützten Interviews

Zielgruppe	Anzahl Interviews
Ärzte und Ärztinnen	5
Arbeitgeber regulärer und zweiter Arbeitsmarkt ¹⁴	10
Leistungsanbieter von IM ¹⁵	10
Versicherte	15
Total	40

Quelle: across•concept /socialdesign

Fokusgruppen mit Eingliederungsfachpersonen

Um die Ergebnisse aus dem Triangulationsmodell (→ vgl. Abb. 3) zu vertiefen, wurden mit Eingliederungsfachpersonen und Kontraktmanagern und -managerinnen der fünf für die Fallstudien ausgewählten IV-Stellen zwei Fokusgruppengespräche organisiert – eines auf Deutsch und das andere auf Französisch. Der Mehrwert von Fokusgruppen liegt vor allem in der kollektiven Konstruktion der Aussagen, indem bspw. bedeutungsvolle Situationen oder Aspekte der IM und des Eingliederungsverfahrens gemeinsam ausgehandelt werden. Fokusgruppen kommen dadurch typischen Situationen der Lebenswelt sehr nahe (Cataldi 2009). Die Gruppen wurden jeweils interkantonal mit Fachpersonen der drei deutsch- bzw. zwei französischsprachigen IV-Stellen zusammengesetzt. Dadurch entstand die Möglichkeit, die Praxis der verschiedenen IV-Stellen im Gespräch gegenseitig zu reflektieren und gegenüberzustellen. Um den Austausch zu unterstützen, wurden den Teilnehmenden die Ergebnisse aus der Analyse der IV-Registerdaten, sowie erste Befunde aus den qualitativen Interviews vorgelegt. Pro Fokusgruppe haben jeweils 5-8 Fachpersonen teilgenommen.

¹⁴ Da die IV-Stellen bei der Durchführung der IM auch mit Arbeitgebern im zweiten Arbeitsmarkt zusammenarbeiten, haben einzelne IV-Stellen für die Interviews mit den Arbeitgebern auch solche aus dem zweiten Arbeitsmarkt vorgeschlagen. Von den 10 geführten Interviews, sind drei Arbeitgeber im zweiten Arbeitsmarkt tätig, wobei Tätigkeiten und Einsatzort nahe am ersten Arbeitsmarkt sind.

¹⁵ Bei der Auswahl der Leistungserbringer wurde darauf geachtet, dass sowohl grosse als auch kleine Institutionen befragt werden.

3. Entwicklung der Anzahl neu zugesprochener IM

Die mengenmässige Entwicklung der IM kann unter zwei Gesichtspunkten betrachtet werden: (1) Die Entwicklung der Zahl der Versicherten, die neu eine IM zugesprochen erhalten. (2) Unter dem Aspekt der Entwicklung der Anzahl an durchgeführten Massnahmen pro Jahr und pro Versicherten¹⁶. Nachfolgend interessiert der Umfang der Zielgruppe in Bezug auf den ersten Gesichtspunkt.

Die Zahl der Versicherten, denen neu erstmals eine IM zugesprochen wurde, ist seit 2012 um 68,8 Prozent angestiegen (→ Tab. 5). Dabei fällt auf, dass vor allem die Zahl der Versicherten mit neuen IM in den Belastbarkeits-, Aufbautrainings oder WISA stark angestiegen ist. Im Jahr 2018 wurden 61,3 Prozent mehr neue Belastbarkeitstraining zugesprochen als dies im Jahr 2012 der Fall war. Die Zahl der neu zugesprochenen Aufbautrainings stieg im gleichen Zeitraum um 72,8 Prozent. WISA (wirtschaftsnahen Integration mit Support am Arbeitsplatz) wurden 2018 im Vergleich zu 2012 von den IV-Stellen 2,8 mal häufiger verfügt. Der Anstieg der Personen mit WISA variiert allerdings zwischen den IV-Stellen (→ vgl. Kapitel 4.3). In der Onlinebefragung sowie in den Sondierungsgesprächen, die mit zwei IV-Stellen geführt wurden, haben Einzelne darauf hingewiesen, dass die IV-Stellen die IM teilweise unterschiedlich – bzw. nicht immer präzise – codieren. In den Fallstudien hat sich zudem gezeigt, dass bspw. eine IV-Stelle alle IM, die im regulären Arbeitsmarkt stattfinden (auch Belastbarkeits- und Aufbautraining), in WISA umwandelt. Es ist somit möglich, dass der markante Anstieg an Versicherten mit WISA aufgrund unterschiedlicher oder veränderter Codierungspraxen anhand der Registerdaten über- oder unterschätzt wird. Bemerkenswert ist zudem der markante Rückgang der Beiträge an bisherige Arbeitgeber nach 2015.

Tabelle 4: Entwicklung der Anzahl der Versicherten, denen erstmals eine IM zugesprochen wurde¹⁷ (N=24'190)

	<i>Jahr, in dem die erste IM verfügt wurde (Anzahl Personen)</i>							Δ 2012-18
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Belastbarkeitstraining	1280	1620	1596	1828	1801	1997	2064	61.3%
Aufbautraining	762	837	964	1112	1207	1262	1317	72.8%
WISA	247	363	322	382	410	544	682	176.1%
Arbeit z. Zeitüberbrückung	37	56	71	72	69	83	45	21.6%
Beitrag an Arbeitgeber	105	109	127	126	115	67	61	-41.9%
[588] gestrichen	26	37	34	51	45	46	0	
[589] gestrichen	14	19	45	39	41	50	3	
Alle IM	2471	3041	3159	3610	3688	4049	4172	68.8%

Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger (1 Eintrag pro Person)

3.1 Verhältnis zwischen neuen IM-Leistungsbezüger und -bezügerinnen und IV-Neuanmeldungen

Ein Blick auf das Verhältnis zwischen der Anzahl IM-Neuzusprachen und der Zahl aller IV-Neuanmeldungen pro Jahr (Erst- und Wiederanmeldungen) zeigt, dass die IV-Stellen die IM unterschiedlich nutzen und sich diesbezüglich seit 2012 auch unterschiedlich weiterentwickelt haben. Dieser Befund wurde auch in den Fokusgruppengesprächen mit den Eingliederungsfachpersonen der fünf für die Fallstudien ausgewählten IV-Stellen bestätigt: Einzelne IV-Stellen versuchen, schnell einen Grundsatzentscheid zu fällen und die IM aktiv zu nutzen, und zwar auch bei Versicherten ohne psychische Erkrankung. Andere IV-Stellen interpretieren die IM sehr eng und setzen sie vor allem bei Versicherten ein, die seit längerer Zeit nicht mehr auf dem Arbeitsmarkt waren.

¹⁶ Die Versicherten werden doppelt gezählt, wenn sie zwischen den Kalenderjahren die IM-Art wechseln oder die IM über den Jahreswechsel verlängert wird.

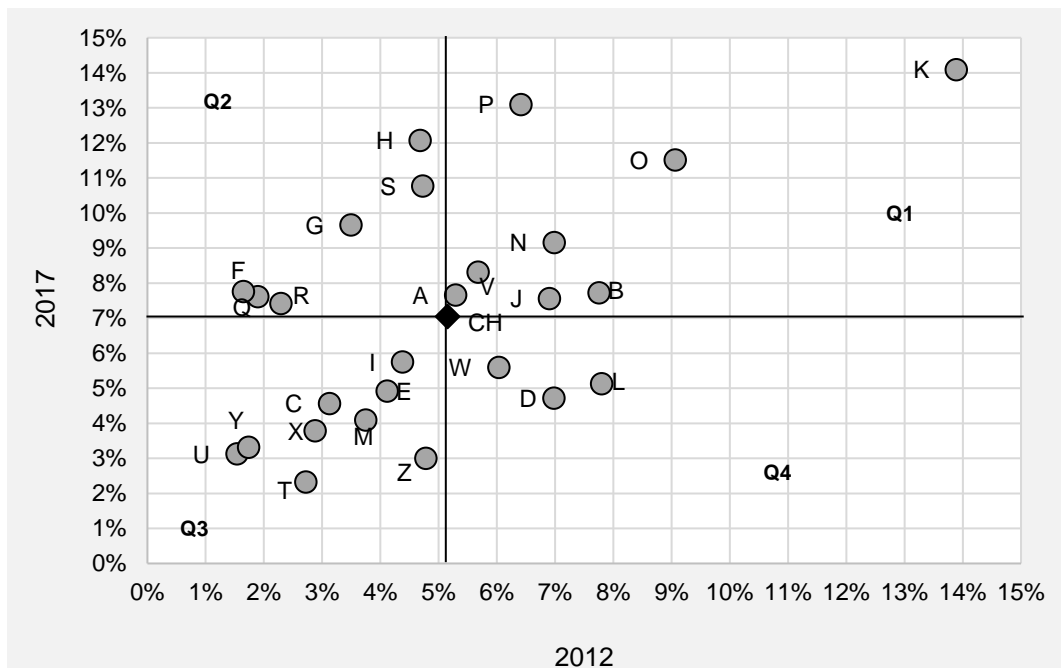
¹⁷ Entsprechend dem Kohortenprinzip (→ vgl. S. 17) handelt es sich dabei um die erste zugesprochene IM.

Die IV-Stellen können in Bezug auf ihre Zusprachepraxis und die Entwicklung der Anzahl an neu zugesprochenen IM in vier Gruppen eingeteilt werden (→ Abb. 4). Die beiden Indikatoren werden nachfolgend anhand des Verhältnisses zwischen Neuzusprachen von IM und allen IV-Neuanmeldungen¹⁸ sowie durch die Anzahl neuzugesprochener IM pro 10'000 Einwohner (→ Abb. A1 im Anhang) dargestellt.

Im ersten Quadrant (Q1) der Abbildung 4 befinden sich IV-Stellen, deren Anteile an IM-Neuzusprachen im Verhältnis zu allen IV-Neuanmeldungen der IV-Stelle bereits 2012 überdurchschnittlich hoch waren und auch 2017 über dem Durchschnitt liegen. Allerdings hat sich dieses Verhältnis bei der Mehrheit der IV-Stellen dieser Gruppe (Q1) – mit Ausnahme von einer IV-Stelle – seit 2012 geringfügig verändert oder ist stagniert. Insgesamt zählen zum ersten Quadrant IV-Stellen, die IM überdurchschnittlich häufig zusprechen, was u.a. durch eine relativ hohe Anzahl IM pro 10'000 Einwohner untermauert wird (→ Abb. A1 im Anhang). Insgesamt zählen zu dieser Gruppe (Q1) acht IV-Stellen, davon befinden sich sechs in der Deutsch- und zwei in der Westschweiz.

Im zweiten Quadrant (Q2) befinden sich sechs IV-Stellen. Sie sind alle in der Deutschschweiz angesiedelt. Bei diesen IV-Stellen zeigt sich eine markante Zunahme der Personen in IM: Das Verhältnis zwischen IM-Neuzusprachen und allen IV-Neuanmeldungen lag bei diesen Stellen im Jahr 2012 noch unterhalb des gesamtschweizerischen Durchschnitts, hat sich jedoch in den sechs Jahren bis 2017 stark vergrössert, so dass dieses Verhältnis nun über dem Durchschnitt liegt. Zugleich ist die Anzahl IM pro 10'000 Einwohner in den letzten Jahren markant gestiegen. Die meisten IV-Stellen dieser Gruppe (Q2) haben in der Onlinebefragung angegeben, dass sie Massnahmen eingeleitet haben, um IM zu fördern und weiterzuentwickeln. Dazu zählen etwa die Schulung/Sensibilisierung der Eingliederungsfachpersonen, die Festlegung, wann Anspruch auf IM besteht, oder die Anpassung der Anspruchsinterpretation für IM. Damit ist gemeint, dass es für die Zusprache einer IM bei gewissen IV-Stellen reicht, dass eine Person krankheitsbedingt während mindestens sechs Monaten, weniger als 50 % eines vollen Pensums arbeiten konnte (ungenügende Arbeitsfähigkeit), jedoch eine vorhandene Invalidität noch nicht zwingend ausgewiesen sein muss.

Abbildung 4: Verhältnis zwischen IM-Neuzusprachen und allen IV-Neuanmeldungen nach IV-Stelle – Vergleich zwischen 2012 und 2017¹⁹



Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger

¹⁸ Zu den IV-Neuanmeldungen waren zum Zeitpunkt der Auswertungen und Berichterstattung nur Daten bis 2017 verfügbar.

¹⁹ Zum Zeitpunkt der Analysen liegen zu den IV-Neuanmeldungen nur die Daten bis 2017 vor.

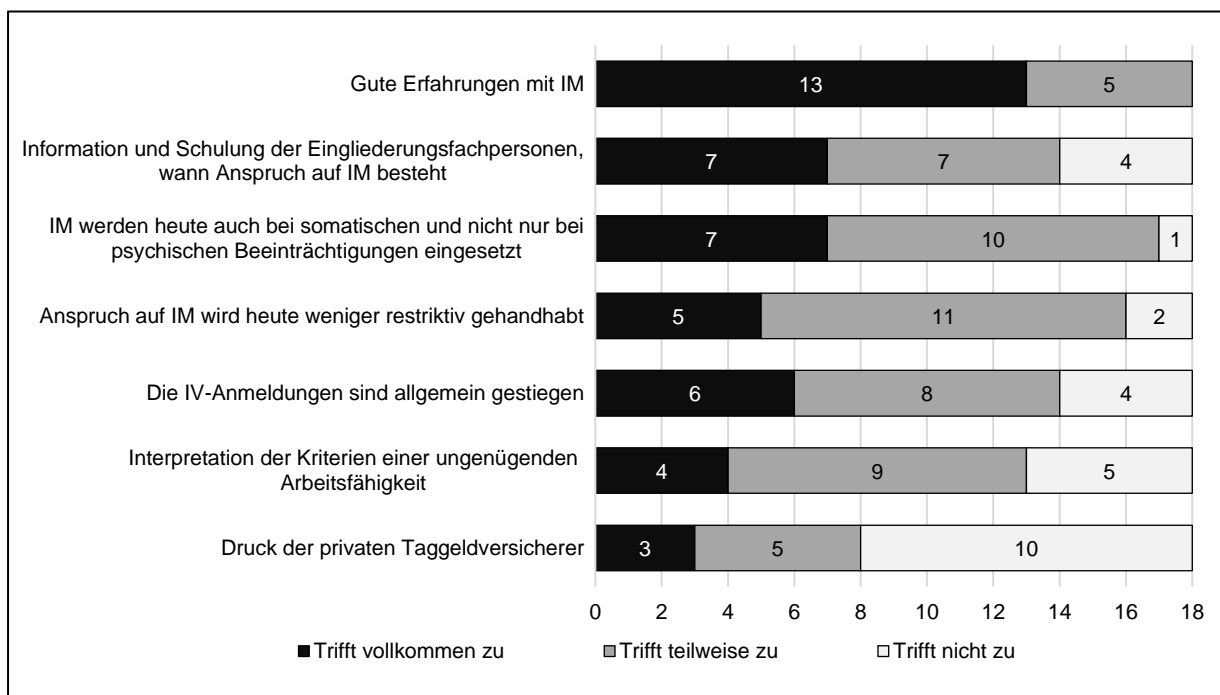
Im dritten Quadrant (Q3) befinden sich neun IV-Stellen (fünf in der Deutsch- und vier in der Westschweiz). Das Verhältnis zwischen IM-Neuzusprachen und IV-Neuanmeldungen bleibt bei diesen IV-Stellen zwar unterhalb des gesamtschweizerischen Durchschnitts. Dennoch ist dieses Verhältnis bei sieben der neun Stellen in den letzten sechs Jahren moderat angestiegen. Ein Teil dieser IV-Stellen hat gemäss Rückmeldung aus der Onlinebefragung die Auswahlkriterien der Zielgruppe gelockert, indem bspw. IM vermehrt auch in der Frühinterventions-Phase eingesetzt werden. Die eingeleiteten Veränderungen widerspiegeln sich in der Anzahl IM pro 10'000 Einwohner: Dieser Wert hat bei den meisten IV-Stellen dieser Gruppe zwar zugenommen, bleibt aber unterhalb des Durchschnitts.

Bei drei IV-Stellen (vierter Quadrant Q4) hat sich das Verhältnis der IM-Neuzusprachen zu allen IV-Neuanmeldungen negativ entwickelt und bleibt unterdurchschnittlich. Trotzdem kann bei allen drei IV-Stellen seit 2012 ein leichter Anstieg der Anzahl IM pro 10'000 Einwohner beobachtet werden. Allerdings haben in zwei Kantonen die IV-Neuanmeldungen 2017 gegenüber 2012 allgemein stark zugenommen, was schliesslich auch zu mehr Zusprachen von IM geführt haben dürfte, jedoch nicht in dem Ausmass, dass dadurch das Verhältnis zwischen IM-Neuzusprachen und IV-Neuanmeldungen markant gestiegen wäre.

3.2 Gründe für den Anstieg der IM

Als einen wesentlichen Grund für die Zunahme der IM nennen die IV-Stellen in der Onlinebefragung die guten Erfahrungen mit IM, präzisieren diese jedoch nicht weiter. 17 IV-Stellen geben als weiteren Grund an, dass IM seit dem Bundesgerichtsentscheid (BGE 137 V, 2010) auch bei somatischer und nicht nur bei psychischer Beeinträchtigung eingesetzt werden können. Wie aus der Onlinebefragung zudem hervorgeht, haben insbesondere IV-Stellen, die in den Jahren 2012-18 einen Anstieg der Personen in IM verzeichnen, die Zusprachepraxis geändert oder Massnahmen zur Förderung der IM ergriffen. Dabei wurde teilweise der Anspruch auf IM gelockert oder neu überdacht, indem bspw. nun früher – bereits in der FI-Phase - IM zugespochen werden oder die Kriterien einer ungenügenden Arbeitsfähigkeit (mind. 6 Monate mind. 50 % arbeitsunfähig) ausreichen.

Abbildung 5: Gründe für die steigenden IM-Zahlen aus Sicht der IV-Stellen, absolute Zahlen (N=18)²⁰



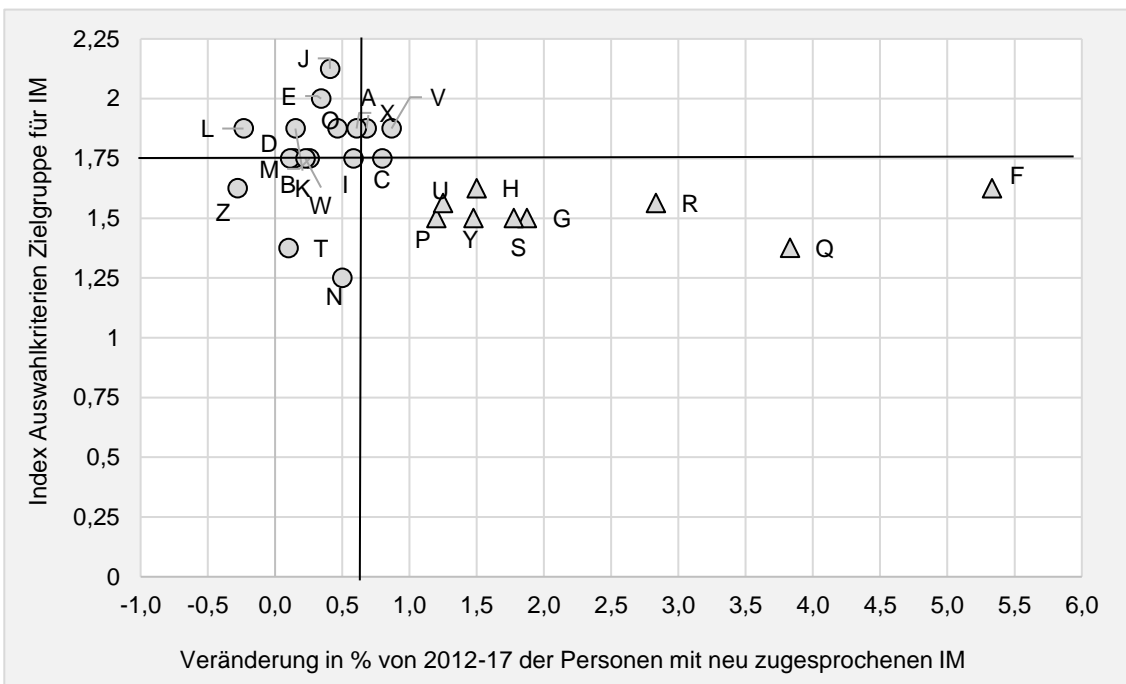
Quelle: Onlinebefragung IV-Stellen 2019

²⁰ Nur IV-Stellen, die in der Onlinebefragung angegeben haben, dass die Zahl der Versicherten in IM bei ihrer Stelle in den letzten Jahren angestiegen ist.

Verschiedene IV-Stellen haben zudem Informations- und Schulungsmassnahmen getroffen, damit die Mitarbeitenden besser wissen, wann Anspruch auf IM besteht bzw. wann diese genutzt werden können. Bei mehr als der Hälfte der befragten IV-Stellen ist der allgemeine Anstieg der IV-Neuanmeldungen – teilweise bedingt durch einen markanten Bevölkerungszuwachs – mindestens teilweise mit ein Grund, dass auch die Zahlen der IM in den letzten Jahren angestiegen sind (→ siehe auch Kapitel 3.1). Einzelne IV-Stellen geben zudem an, dass sie auch die beteiligten Partnerinstitutionen – insbesondere die Ärzte und Ärztinnen – sensibilisiert haben, die IM als eine mögliche Ergänzungsmassnahme zu anderen Therapien einzusetzen.

Abbildung 6 zeigt den Zusammenhang zwischen dem prozentualen Anstieg der Anzahl Personen mit einer IM-Neuzusprache und einem Index zur Zielgruppenauswahl, der sich auf Antwortkriterien abstützt, die gemäss Rückmeldungen aus der Onlinebefragung von den IV-Stellen bei der Auswahl der Zielgruppe besonders berücksichtigt werden. Dabei bedeuten Indexwerte grösser als zwei, dass die IV-Stelle eher restriktive Auswahlkriterien einsetzt und sich hauptsächlich an den gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen orientiert. Liegen die Werte unter 1,75, werden neben den gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen auch noch andere Kriterien bei der Auswahl der Versicherten einbezogen. Dabei zeigt sich: Rund die Hälfte der IV-Stellen gibt an, dass sie die Auswahl der Zielgruppe für IM nach «restriktiveren» Kriterien handhaben, während 12 IV-Stellen bei der Auswahl der Zielgruppe stärker darauf achten, diese möglichst früh im Krankheitsverlauf abzuholen – z.B. in der FI-Phase – oder auf eher jüngere Versicherte hinzielen. Bei neun von diesen 12 IV-Stellen hat sich die Zahl der IM-Neuzusprachen seit 2012 entweder verdoppelt oder ist deutlich mehr als 100 Prozent angestiegen.

Abbildung 6: Gegenüberstellung prozentuale Veränderung der Personen mit neu zugespochenen IM und Kriterien für die Auswahl der Zielgruppe (Index).



Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger, Onlinebefragung IV-Stellen 2019

4. Zielgruppe und Zielsetzung der IM

In diesem Kapitel werden anhand der Auswertungen verschiedener Datenquellen (IV-Registerdaten, Analyse Versichertendossiers, Onlinebefragung bei den IV-Stellen, Leitfadeninterviews) diverse Aspekte der Zielgruppe in IM sowie der mit den IM zu erreichenden Ziele beleuchtet. Dabei wird sowohl der Frage nachgegangen, nach welchen Kriterien die IV-Stellen die Zielgruppe auswählen, als auch Fragen zum Umfang und den Merkmalen der Zielgruppe beantwortet.

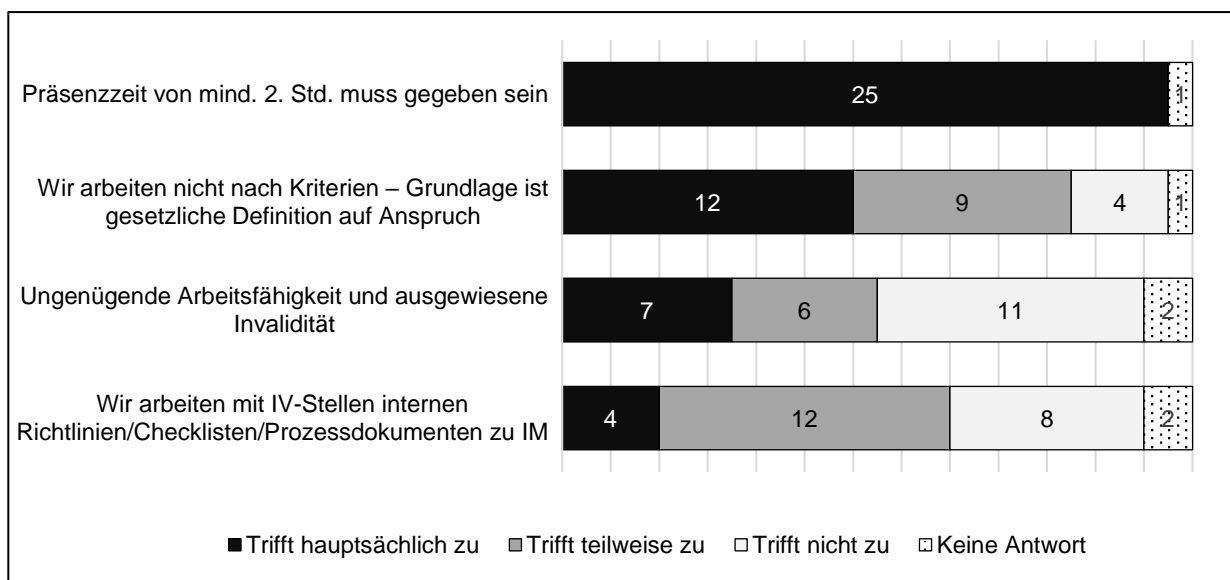
4.1 Auswahl der Zielgruppe

Im Rahmen der Onlinebefragung wurden die Eingliederungsfachpersonen gefragt, nach welchen Kriterien – ausser der gesetzlichen Vorgabe «mindestens sechs Monate weniger als 50 % arbeitsfähig zu sein» – die IV-Stelle die Personen für IM auswählt. Die Kriterien lassen sich thematisch in die beiden Aspekte «formelle und personenbezogene Auswahlkriterien» einteilen.

Formelle Kriterien zur Auswahl der Zielgruppe

Zu dieser Gruppe zählen formale Vorgaben, wie sie etwa im KSIM festgehalten sind. Das KSIM wird von den befragten IV-Stellen allgemein als gute und nützliche Arbeits- und Orientierungsgrundlage bewertet. Abbildung 7 zeigt, inwiefern sich die IV-Stellen bei der Auswahl der Zielgruppe für IM an solchen formalen Kriterien orientieren. Wie im KSIM vorgegeben, ist die vorhandene Präsenzzeit von mindestens zwei Stunden pro Tag an mindestens 4 Tagen pro Woche für praktisch alle IV-Stellen eine wesentliche Voraussetzung, damit Personen für IM ausgewählt werden. Knapp die Hälfte der IV-Stellen orientiert sich bei der Auswahl der Zielgruppe für IM ausschliesslich an dem im IVG definierten Anspruch auf IM. Neun IV-Stellen berücksichtigen zusätzlich zur gesetzlichen Grundlage noch andere Kriterien, wenn sie die Personen für IM auswählen. Zwei von drei IV-Stellen arbeiten zudem mindestens teilweise mit internen Richtlinien, Checklisten oder Prozessdokumenten. Ausserdem geben die Eingliederungsfachpersonen von rund der Hälfte der IV-Stellen an, dass das Kriterium ungenügende Arbeitsfähigkeit eine zentrale Rolle bei der Auswahl der Personen für IM spielt.

Abbildung 7: Auswahl der Zielgruppe nach «formellen Kriterien» (N=26)

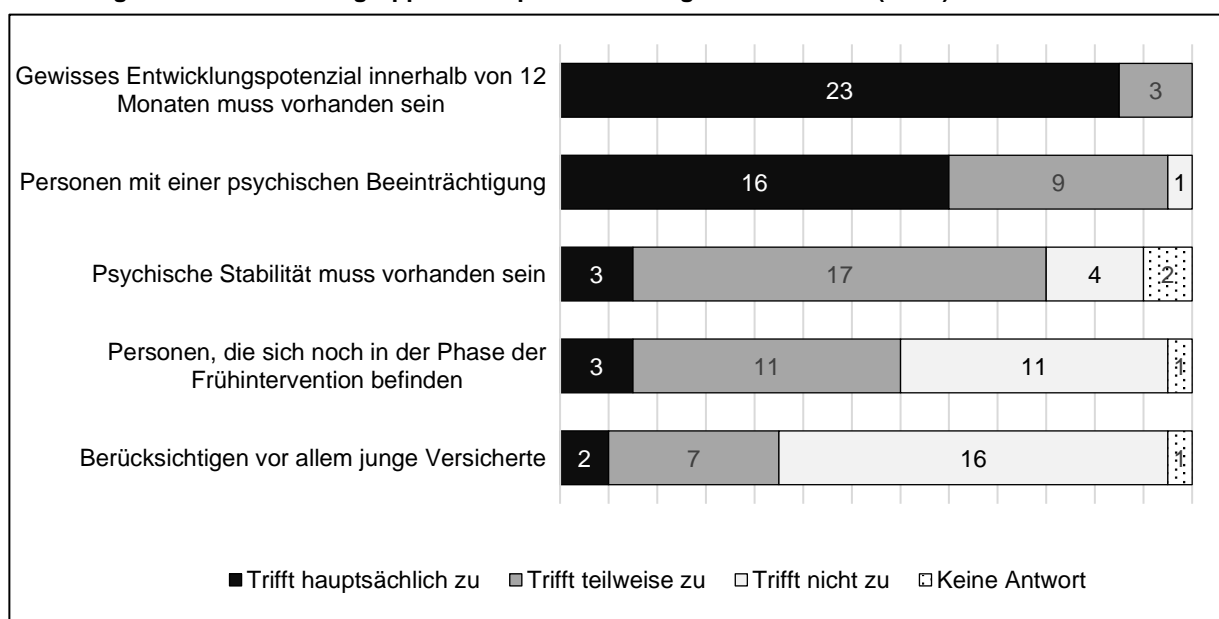


Quelle: Onlinebefragung IV-Stellen 2019

Personenbezogene Kriterien zur Auswahl der Zielgruppe

Zu dieser Gruppe zählen Kriterien, die sich auf die individuellen Voraussetzungen, welche die versicherten Personen mitbringen sollten, beziehen. Abbildung 8 zeigt, welchen Stellenwert diese Kriterien aus Sicht der IV-Stellen einnehmen²¹. Dass bei den Versicherten ein gewisses Entwicklungspotenzial innerhalb von 12 Monaten vorhanden sein muss, damit sie für IM ausgewählt werden, trifft bei 23 IV-Stellen hauptsächlich und bei drei IV-Stellen teilweise zu. Knapp zwei Drittel der IV-Stellen wählen zudem vor allem Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung für IM aus, nur eine IV-Stelle gibt an, dass dieses Kriterium nicht relevant ist. Dass bei den Versicherten für die Zusprache von IM eine gewisse psychische Stabilität vorhanden sein muss, trifft für 20 IV-Stellen entweder hauptsächlich oder teilweise zu. Rund die Hälfte der befragten Eingliederungsfachpersonen geben zudem an, dass sie das Kriterium, ob sich eine Person noch in der FI-Phase befindet, bei der Zusprache von IM mindestens teilweise mitberücksichtigen. Bei neun IV-Stellen kommt es zudem vor, dass sie entweder hauptsächlich oder teilweise vor allem jüngere Versicherte für IM berücksichtigen²². In den Fokusgruppengesprächen mit den Eingliederungsfachpersonen wurde dieses Vorgehen dahingehend begründet, dass bei einzelnen IV-Stellen die IM primär von der Berufsberatung zugesprochen werden. Die Versicherten mit Berufsberatung seien in der Regel jünger als die anderen Versicherten, die bei der IV angemeldet sind. Gewisse IV-Stellen verfolgen zudem die Strategie, die Neurentenquote zu senken, indem vor allem bei jüngeren Versicherten möglichst lange an IM und beruflichen Massnahmen festgehalten wird. Bei anderen IV-Stellen sind es vor allem die Eingliederungsfachpersonen, welche die IM für die Versicherten nutzen. Die Berufsberatung kommt erst später dazu. Wie sich in den Gesprächen gezeigt hat, gehen diese IV-Stellen davon aus, dass im Rahmen von erstmaligen beruflichen Ausbildungen, also bei Jugendlichen, IM kein Thema sind, weshalb bei Jugendlichen/jungen Erwachsenen wenige bis keine IM durchgeführt werden.

Abbildung 8: Auswahl der Zielgruppe nach «personenbezogenen Kriterien» (N=26)



Quelle: Onlinebefragung IV-Stellen 2019

²¹ Pro IV-Stelle wurde jeweils nur eine Eingliederungsfachperson befragt. Es ist nicht auszuschliessen, dass innerhalb eines Eingliederungsteams auch andere Meinungen bestehen, insbesondere wenn es um «weiche» Kriterien geht.

²² Was die Befragten konkret unter *jüngere Versicherte* verstehen – unter 18-jährige Jugendliche oder unter 25-jährige Jugendliche und junge Erwachsene – wurde in der Onlinebefragung nicht weiter thematisiert.

4.2 Merkmale der Zielgruppe in IM

Wie in Kapitel 4.1 dargestellt wurde, spielen bei der Auswahl der versicherten Personen für IM sowohl formelle als auch individuelle Kriterien eine Rolle. In den IV-Registerdaten werden gewisse soziodemografische Merkmale der versicherten Personen erfasst. Aufgrund der Dossieranalyse konnten zusätzliche Merkmale eruiert werden. Durch die Zusammenführung verschiedener Datensätze konnte zudem die wirtschaftliche Situation der Personen ein Jahr vor der Zusprache einer IM rekonstruiert werden. Es wird zwischen vier Kategorien unterschieden: (1) Einkommen aus Erwerbstätigkeit, (2) IV-Rente, (3) Arbeitslosengeld, (4) keine Einkommensquelle oder Sozialhilfe.

4.2.1 Soziodemografische Merkmale der Versicherten in IM

Etwas mehr als die Hälfte der Personen in IM sind Frauen (52,7 %), 47,3 Prozent sind Männer (→ Tab. 6). Das Geschlechterverhältnis hat sich in der Zielgruppe seit 2012 kaum verändert. Veränderungen können hingegen in Bezug auf das Alter der Personen mit IM beobachtet werden: Der Anteil der unter 19-jährigen Versicherten, die erstmals eine IM zugesprochen bekommen haben, ist seit 2012 signifikant um 3,4 Prozentpunkte angestiegen. Dafür haben sich die Anteile der beiden Altersgruppen der 26- bis 35-Jährigen und der 36- bis 45-Jährigen deutlich verringert (-2,5 PP bzw. -4,4 PP). Im Vergleich zur Verteilung der Altersgruppen in der 15- bis 65-jährigen Bevölkerung der Schweiz sind in der Gruppe der Personen in IM die 46- bis 55-Jährigen deutlich über- und die 56- bis 65-Jährigen deutlich untervertreten. Die Anteile der anderen Altersgruppen entsprechen weitgehend denjenigen in der Bevölkerung.

Tabelle 5: Soziodemografische Merkmale der versicherten Personen in IM, 2012-2018 (N=24'190)

Geschlecht	Kohorte							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 2012-18
Männer	47.5%	45.4%	46.1%	48.6%	47.4%	47.6%	47.3%	-0.2 PP
Frauen	52.5%	54.6%	53.9%	51.4%	52.6%	52.4%	52.7%	+0.2 PP
<i>Gesamt</i>	<i>100.0%</i>	<i>100.0%</i>	<i>100.0%</i>	<i>100.0%</i>	<i>100.0%</i>	<i>100.0%</i>	<i>100.0%</i>	
Altersgruppen* (Alter bei Anmeldung für IM)								
18 Jahre und jünger	3.1%	4.1%	4.2%	5.3%	4.9%	6.0%	6.5%	+3.4 PP
19 bis 25 Jahre	13.2%	13.9%	14.7%	13.7%	13.9%	15.0%	13.8%	+0.6 PP
26 bis 35 Jahre	23.5%	23.3%	22.8%	21.9%	21.3%	20.1%	21.0%	-2.5 PP
36 bis 45 Jahre	26.4%	26.2%	24.9%	24.5%	23.2%	22.2%	22.3%	-4.1 PP
46 bis 55 Jahre	28.1%	27.1%	27.0%	28.3%	28.5%	28.4%	28.7%	+0.6 PP
56 bis 65 Jahre	5.7%	5.5%	6.4%	6.3%	8.1%	8.3%	7.6%	+1.9 PP
<i>Gesamt</i>	<i>100.0%</i>	<i>100.0%</i>	<i>100.0%</i>	<i>100.0%</i>	<i>100.0%</i>	<i>100.0%</i>	<i>100.0%</i>	
Migrationshintergrund*								
Schweiz	77.5%	76.8%	78.3%	78.3%	76.2%	75.9%	75.6%	-1.9 PP
EU/EFTA	14.9%	14.9%	13.9%	15.0%	16.9%	17.1%	16.6%	+1.7 PP
Drittstaaten	7.7%	8.2%	7.8%	6.7%	6.9%	7.0%	7.8%	+0.1 PP
<i>Gesamt</i>	<i>100.0%</i>	<i>100.0%</i>	<i>100.0%</i>	<i>100.0%</i>	<i>100.0%</i>	<i>100.0%</i>	<i>100.0%</i>	

Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger (1 Eintrag pro Person); *Anteile unterscheiden sich zw. den Jahren signifikant

2018 sind drei Viertel der Versicherten in einer IM Schweizer/-innen, ein Viertel hat einen Migrationshintergrund, davon weisen 16,6 Prozent eine EU/EFTA-Staatsangehörigkeit auf und 7,8 Prozent kommen aus Drittstaaten. Der Anteil der Schweizer/-innen liegt bei den Versicherten in einer IM mit 75,6 Prozent etwas höher als in der 15- bis 65-jährigen ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz (71,5 %).

Im Rahmen der Dossieranalyse konnten zusätzliche Informationen zu soziodemografischen Merkmalen wie Ausbildungsabschluss und ausgeübter/erlernter Beruf der Versicherten generiert werden (→ Tab. 7). Von den in die Dossieranalyse einbezogenen Versicherten verfügt ein Viertel über einen obligatorischen oder keinen Schulabschluss, 63,2 Prozent haben einen Abschluss auf Sekundarstufe II (Berufsabschluss oder Maturität) und 11,7 Prozent haben einen Tertiärabschluss (Hochschule, Berufsprüfung, eidg. Diplom, höhere Fachschule). Der Bildungsstand der Versicherten in den IM ist etwas tiefer als jener der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren, in der 31 Prozent über einen Tertiärabschluss und 46 Prozent über einen Abschluss der Sekundarstufe II verfügen.

Der grösste Teil der Versicherten in den IM übt/e Berufe aus, die zum Dienstleistungssektor zählen. Dabei handelt es sich bei 18,3 Prozent um administrative Berufe wie etwa kaufmännische/r Angestellte/r in der Verwaltung, im Bank- oder Versicherungswesen. 16,3 % haben Berufe im Bereich des Gesundheitswesens oder sind im Unterrichtswesen tätig, gut jede zehnte Person arbeitet/e in einem Beruf, der zum Gastgewerbe oder den persönlichen Dienstleistungen zählt (11,7 %). Zu den Berufen, die dem zweiten Wirtschaftssektor zugerechnet werden (Industrie, Gewerbe, Bau), zählen 13,0 Prozent der Versicherten in IM und 7,6 Prozent haben einen technischen Beruf oder sind im Bereich Informatik tätig. 7,3 Prozent der Versicherten aus der Dossieranalyse sind noch in Ausbildung und gut jede zehnte Person gilt als im Moment nicht erwerbstätig.

Tabelle 6: Ausbildungsstand und Berufe der Versicherten in IM (N=301)

Höchster Bildungsabschluss	
Volksschulabschluss (Sek.I) oder kein Schulabschluss	25.1%
Sek. II Abschluss (Berufsbildungsabschluss, gymnasiale Maturität, Fachmaturität)	63.2%
Tertiärabschluss (Hochschule, Berufsprüfung, eidg. Diplom, höhere Fachschule)	11.7%
Berufe der Versicherten in IM	
Verwaltung, Bank-/Versicherungswesen	18.3%
Gesundheit, Unterricht, Wissenschaft	16.3%
Handel und Verkehr	14.0%
Industrie, Gewerbe, Bauwesen	13.0%
Gastgewerbe, pers. DL	11.3%
Technik/Informatik	7.6%
Nicht erwerbstätig	9.6%
In Ausbildung	7.3%
Anderes	2.7%

Quelle: Analyse der Versichertendossiers

4.2.2 Gesundheitliche Beeinträchtigung

Gut zwei Drittel der Personen in IM (68,5 %) weisen als Haupterkrankung eine psychische Beeinträchtigung auf²³. Gut jede zehnte Person leidet an einer Erkrankung der Knochen oder Bewegungsorgane. Personen mit einem Geburtsgebrechen kommen unter den Versicherten in IM relativ selten vor (1,8 %). Allerdings schwanken die Anteile dieser Gruppe zwischen den einzelnen Jahren in unterschiedlichem Ausmass. Die Versicherten, die aufgrund eines Unfalls mittels IM wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden sollen, machen 6,2 Prozent aus.

Tabelle 7: Gesundheitliche Beeinträchtigung der Versicherten in IM, 2012-2018 (N=24'190)

Gesundheitliche Beeinträchtigung*	Kohorte							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 2012-18
Psychische Erkrankungen	67.7%	69.4%	68.2%	67.0%	68.1%	66.8%	68.5%	+0.8 PP
Knochen und Bewegungsorgane	11.0%	11.1%	10.4%	10.9%	11.2%	11.3%	10.5%	-0.5 PP
Nervensystem	4.2%	4.6%	4.5%	5.1%	4.7%	5.4%	4.8%	+0.6 PP
Andere Krankheiten	7.8%	6.9%	8.1%	7.5%	8.0%	8.2%	8.2%	+0.4 PP
Geburtsgebrechen	2.1%	2.0%	2.5%	3.3%	2.7%	2.4%	1.8%	-0.3 PP
Unfall	7.3%	5.9%	6.3%	6.2%	5.5%	5.9%	6.2%	-1.1 PP
Gesamt	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger (1 Eintrag pro Person); *Anteile unterscheiden sich zw. den Jahren signifikant

Anhand der Dossieranalyse konnte untersucht werden, inwiefern und in welchem Ausmass die Versicherten Komorbiditäten aufweisen. Gut 84 Prozent der Versicherten in IM, die für die Dossieranalyse ausgewählt wurden, haben neben der dokumentierten Haupterkrankung noch mindestens eine psychisch

²³ Die Definition und Zuteilung der KSGLS-C13-Codierung zu den verschiedenen Krankheitskategorien befindet sich im Anhang II.

bedingte Nebenerkrankung (→ Tab. 9). Bei über der Hälfte handelt es sich um affektive Störungen²⁴. Gut 30 Prozent haben eine neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung. Dabei kann es sich um phobische oder andere Angststörungen, Zwangsstörungen oder Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen sowie dissoziative Störungen handeln. Bei knapp einem Viertel der in die Dossieranalyse einbezogenen Versicherten wurde zusätzlich zur Haupterkrankung eine Persönlichkeitsstörung oder Verhaltensstörung diagnostiziert.

Tabelle 8: Anzahl und Art der Nebenerkrankungen, in Prozent (N=301)

Anzahl Nebenerkrankungen	Keine Nebenerkrankung	1 Nebenerkrankung	2 Nebenerkrankungen	3+ Nebenerkrankungen	
Anzahl Nebenerkrankungen	16.3%	38.9%	29.6%	15.3%	100.0%
Art der Nebenerkrankung ²⁵					Insgesamt
Affektive Störungen		51.6%	23.0%	15.2%	55.8%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen		23.4%	21.5%	13.0%	31.2%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen		9.1%	27.4%	19.6%	22.9%
Andere psychische Erkrankungen		6.7%	16.3%	23.9%	16.6%
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen		3.2%	11.9%	28.3%	12.3%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen		6.0%	0.0%	0.0%	5.0%
Total		100%	100%	100%	100%

Quelle: Analyse der Versichertendossiers

4.3 Wirtschaftliche Situation ein Jahr vor Zusprache der IM

Ein Blick auf die Erwerbssituation der Versicherten ein Jahr vor der Zusprache der ersten IM zeigt, dass der Anteil der Personen mit einem Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit seit 2012 signifikant gestiegen ist (+5,3 PP). Gut die Hälfte der Versicherten (53,7 %), denen im Jahr 2018 erstmals eine IM zugesprochen wurde, verfügte ein Jahr davor über ein Erwerbseinkommen (→ Tab. 10). 42,9 Prozent dieser Personen verdienten im Jahr 2018 CHF 3000.- und mehr pro Monat, bei 29,7 Prozent lag das monatliche Erwerbseinkommen zwischen CHF 1000.- und CHF 3000.- und 27,5 Prozent verdienten weniger als CHF 1000.- pro Monat.

Der Anteil jener Personen, die vor Zusprache der ersten IM eine IV-Rente hatten, ist seit 2012 signifikant gesunken (-10,5 PP). Dieser Anteil lag 2012 bei 16,1 Prozent und beträgt 2018 noch 5,6 Prozent. Gleichzeitig ist der Anteil der Personen, die ein Jahr vor Zusprache der IM über keine Einkommensquelle verfügten, leicht gestiegen (+3,8 PP). Seit 2012 ebenfalls leicht angestiegen ist der Anteil jener Personen, die ein Jahr vor der IM von der Sozialhilfe unterstützt wurden. Gut jede zehnte Person war ein Jahr vor Zusprache der ersten IM arbeitslos gemeldet. Dieser Anteil ist über die letzten sechs Jahre weitgehend konstant.

²⁴ Gemäss Beschreibung der ICD-10-GM-2020 (vgl. <https://www.icd-code.de/icd/code/F30-F39.html>) handelt es sich dabei um Störungen, deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression - mit oder ohne begleitende(r) Angst – oder zur gehobenen Stimmung bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.

²⁵ **Lesehilfe** Art der Nebenerkrankung: Bei den 38,9 Prozent der Versicherten, die **eine** Nebenerkrankung ausweisen, handelt es sich bei über der Hälfte (51,6 %) um eine affektive Störung. Von den 29,6 Prozent der Versicherten mit **zwei** Nebenerkrankungen haben 23,0 Prozent eine affektive Störung als zweite Nebenerkrankung. Insgesamt haben 55,8 Prozent der Versicherten mit **mindestens** einer Nebenerkrankung eine affektive Störung als Nebenerkrankung (=insgesamt affektive Störung).

Tabelle 9: Wirtschaftliche Situation der Versicherten ein Jahr vor Zusprache der ersten IM, 2012-2018 (N=24'190)

Einkommen 1 Jahr vor erster IM (sig.)	Kohorte							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 2012-18
Einkommen aus Erwerbstätigkeit	48.4%	46.0%	45.7%	48.3%	52.6%	53.3%	53.7%	+5.3 PP
Keine Einkommensquelle	12.1%	12.9%	14.5%	14.7%	13.8%	15.3%	16.0%	+3.8 PP
Sozialhilfe	10.7%	12.5%	12.9%	12.6%	10.6%	11.4%	13.0%	+2.3 PP
IV-Rente	16.1%	16.5%	14.7%	12.5%	10.2%	6.8%	5.6%	-10.5 PP
Arbeitslosengeld	12.6%	12.1%	12.3%	11.9%	12.7%	13.3%	11.8%	-0.8 PP
Gesamt	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger; zentrales Rentenregister der AHV/IV, individuelle Konten der AHV, SHIVALV

Wie sich in den Fokusgruppengesprächen, aber auch in der Dossieranalyse gezeigt hat, fahren die IV-Stellen sehr unterschiedliche Strategien, bei welcher Zielgruppe sie IM einsetzen: Gewisse IV-Stellen nutzen IM primär, um Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit der Versicherten abzuklären, um sie dann möglichst schnell – mit anderen Massnahmen als mit IM – in den Arbeitsmarkt zu reintegrieren. Es handelt sich dabei vor allem um IV-Stellen mit einem relativ geringen Anteil an Versicherten, die ein Jahr vor der Zusprache der IM ein Erwerbseinkommen hatten (G, M, P, U, V, W, X, Z). Gleichzeitig haben diese IV-Stellen einen überdurchschnittlichen Anteil an Rentenbezügerinnen und -bezügerinnen in IM, die sich im Wiedereingliederungsverfahren befinden (→ Tab. 11), was wiederum darauf hindeutet, dass die IM vorwiegend zur Abklärung einer Wiedereingliederungsfähigkeit eingesetzt werden.

Bei gut einem Drittel IV-Stellen liegt indes der Anteil der Versicherten in IM, die aus einer Erwerbssituation kommen bei weit über 50 Prozent, gleichzeitig weisen diese IV-Stellen geringe Anteile an Rentenbezügerinnen und -bezügerinnen in der Wiedereingliederung aus (C, H, K, N, Q, R, S, T, Y).

Wie sich in den Fokusgruppengesprächen gezeigt hat, war der Einsatz von IM bei IV-Rentner/-innen für gewisse IV-Stellen bis anhin kein wirkliches Thema. Diese Stellen begründen das damit, dass sie bei der Zusprache von IM davon ausgehen, dass zumindest ein gewisses Eingliederungspotential vorhanden sein muss. Zudem wird eine gewisse Tagesstruktur gefordert, bevor IM überhaupt zum Einsatz kommen. Andere IV-Stellen wiederum verfolgen diesbezüglich eine andere Handhabung und setzen bei Personen aus einer IV-Rente IM und Begleitung intensiv ein.

Tabelle 10: Wirtschaftliche Situation der Versicherten ein Jahr vor Zusprache der ersten IM nach IV-Stelle 2018

IV-Stellen	Einkommen aus Erwerbstätigkeit	Keine Einkommensquelle oder SH	Arbeitslosengeld	IV-Rente	
A	52.1%	30.9%	12.8%	4.2%	100%
B	55.0%	28.9%	10.9%	5.1%	100%
C	58.5%	29.7%	8.5%	3.4%	100%
D	68.8%	18.8%	6.3%	6.3%	100%
E	58.1%	32.3%	3.2%	6.5%	100%
F	50.0%	42.9%	0%	7.1%	100%
G	42.3%	30.8%	15.4%	11.5%	100%
H	56.8%	20.5%	20.5%	2.3%	100%
I	41.7%	27.8%	25.0%	5.6%	100%
J	65.2%	17.4%	9.8%	7.6%	100%
K	54.8%	23.4%	18.3%	3.6%	100%
L	54.3%	24.8%	8.6%	12.4%	100%
M	32.0%	36.0%	16.0%	16.0%	100%
N	58.0%	26.0%	14.0%	2.0%	100%
O	44.8%	31.0%	20.7%	3.4%	100%
P	37.5%	50.0%	0%	12.5%	100%
Q	53.8%	29.2%	15.4%	1.5%	100%
R	78.2%	11.5%	9.2%	1.1%	100%
S	68.1%	16.3%	13.7%	1.9%	100%
T	82.0%	12.0%	6.0%	0%	100%

IV-Stellen	Einkommen aus Erwerbstätigkeit	Keine Einkommensquelle oder SH	Arbeitslosengeld	IV-Rente	
U	38.6%	42.0%	9.1%	10.2%	100%
V	35.1%	47.4%	7.5%	10.0%	100%
W	50.8%	28.1%	8.6%	12.5%	100%
X	38.1%	36.5%	14.3%	11.1%	100%
Y	58.4%	29.2%	8.0%	4.4%	100%
Z	35.3%	47.1%	5.9%	11.8%	100%
Total	53.7%	29.0%	11.8%	5.6%	100%

Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger; zentrales Rentenregister der AHV/IV

Im Rahmen der Dossieranalyse konnte zudem geprüft werden, ob die Versicherten bei Beginn der IM noch Anrecht auf ein Taggeld gemäss KVG, UVG oder BVG haben. Knapp die Hälfte der Versicherten (48,7 %) hatte mindestens bei Beginn der IM noch Anrecht auf Krankentaggeld (→ Tab. 12), und 5,7 Prozent bekam ein Taggeld der Unfallversicherung. Auch hier zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den IV-Stellen: Sind die Anteile der Versicherten, die bis ein Jahr vor Beginn der IM noch ein Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit hatten, relativ hoch, sind entsprechend auch die Anteile an Versicherten mit noch bestehendem Anspruch auf Krankentaggeld hoch. Hohe Anteile an Versicherten, die kein Anrecht (mehr) auf Krankentaggeld haben, weisen indes darauf hin, dass diese Versicherten schon längere Zeit nicht mehr im Arbeitsmarkt sind und ihnen daher teilweise zentrale Ressourcen fehlen, die mit den IM zuerst wieder aufgebaut werden müssen « *des personnes (pas forcément très désinsérées) qui n'arrivent pas à récupérer aussi vite que voulu, et qui ont perdu beaucoup de ressources. Des personnes qui ont besoin des MR pour relancer la machine [Stimme aus Fokusgruppe]* ».

Tabelle 11: Anrecht auf Taggeld gemäss KVG, UVG, BVG bei Beginn der IM nach IV-Stelle (N=301)

Art des Taggelds	IV-Stelle					Gesamt (n=301)
	S (n=60)	M (n=60)	Y (n=61)	R (n=60)	V (n=60)	
Kein Taggeld	33.3%	50.8%	45.9%	25.0%	65.0%	44.0%
KVG (Krankentaggeld)	63.3%	39.0%	44.3%	70.0%	26.7%	48.7%
UVG (Unfallversicherung)	3.3%	3.4%	8.2%	5.0%	8.3%	5.7%
BVG (Berufliche Vorsorge)	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%	0.3%
Anderes	0.0%	6.8%	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%

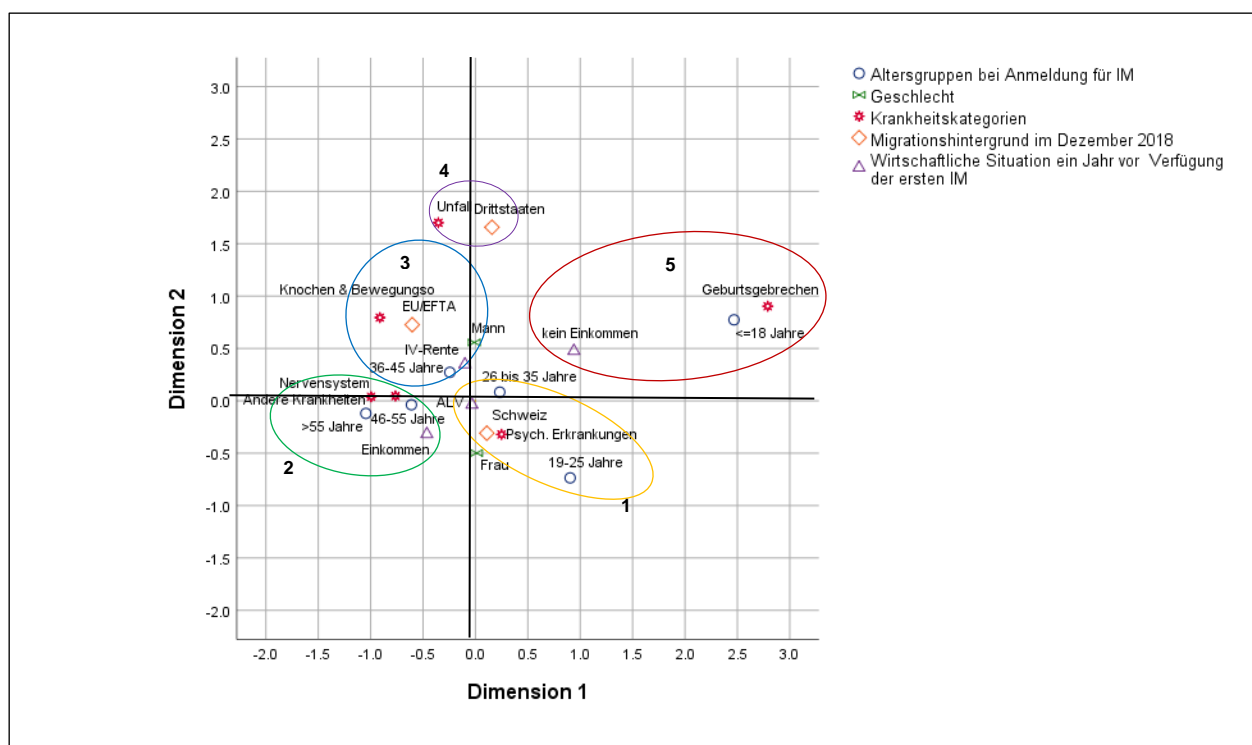
Quelle: Analyse der Versichertendossiers

4.3.1 Profile der Leistungsbezüger und -bezügerinnen von IM

Um mit den vorhandenen Informationen der IV-Registerdaten Profile der Versicherten in IM zu bilden, wurde eine Mehrfachkorrespondenzanalyse eingesetzt. Der Zweck der Mehrfachkorrespondenzanalyse besteht darin, Quantifizierungen zu finden, die in dem Sinne optimal sind, dass die Kategorien so weit wie möglich voneinander getrennt sind. Dies bringt mit sich, dass Objekte innerhalb derselben Kategorie eng beieinander und Objekte in unterschiedlichen Kategorien möglichst weit entfernt voneinander dargestellt werden. Die Analyse fällt dann am erfolgreichsten aus, wenn die Variablen homogen sind, d.h. wenn sich die Objekte in Klumpen mit der gleichen Kategorie oder ähnlichen Kategorien aufteilen (Meulman/Heiser 2011).

In die Analyse wurden alle Versicherten, für die zwischen 2012 und 2018 mindestens eine IM verfügt wurde, einbezogen. Dabei wurde untersucht, inwiefern sich hinsichtlich der Merkmale Alter, Geschlecht, Nationalität, gesundheitliche Beeinträchtigung und wirtschaftliche Situation ein Jahr vor Zusprache der IM Profile der Versicherten bilden lassen. In Abbildung 9 sind diese Merkmale auf zwei Dimensionen abgebildet. Anhand der Ergebnisse aus der Mehrfachkorrespondenzanalyse können fünf Profile von Versicherten mit IM identifiziert werden. Sie trennen sich mehr oder weniger gut voneinander ab.

Abbildung 9: Graphische Darstellung der Versichertenprofile anhand einer Mehrfachkorrespondenzanalyse²⁶



Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger

Zum ersten Profil (gelb) zählen die meisten Versicherten. Sie machen **43,1 Prozent** aller Versicherten aus, denen zwischen 2012 und 2018 mindestens eine IM zugesprochen wurde. Ihr Anteil ist seit 2012 leicht um 4,1 Prozentpunkte gesunken. Zu dieser Gruppe zählen im Vergleich zu den anderen Profilen überdurchschnittlich viele Versicherte, die zwischen 19 und 35 Jahre alt sind (60,6 %). Zudem haben sie überdurchschnittlich häufig eine psychische Störung (94,9 %). 95,5 Prozent von ihnen haben eine Schweizer Staatsangehörigkeit. Zusätzlich sind die Personen dieser Gruppe signifikant häufiger als die Versicherten der anderen Profile ein Jahr vor Zusprache der ersten IM arbeitslos gemeldet (17,9 %), jede vierte Person verfügt über kein Einkommen oder wird von Sozialhilfe unterstützt.

Die Versicherten des zweiten Profils (grün) verfügen in der Regel vor Zusprache der ersten IM über ein Erwerbseinkommen (88,3 %). Zu diesem Profil zählt **ein Viertel** der Versicherten in IM. Dieser Anteil ist seit 2012 leicht gestiegen (+3,6 PP). Die Personen in dieser Gruppe leiden im Vergleich zu den anderen Profilen überdurchschnittlich häufig an Krankheiten des Nervensystems oder anderen Krankheiten (31,1 %), und sie sind tendenziell älter als die Versicherten der anderen Profile. Rund 80 Prozent sind über 45 Jahre alt.

Die dritte Gruppe (blau) umfasst Versicherte, die im Vergleich zu den anderen Profilen überdurchschnittlich häufig von einer Krankheit des Bewegungsapparats betroffen sind (35,9 %). Zu diesem Profil zählen

²⁶ **Lesehilfe** **Abbildung 9:** Das Merkmal «gesundheitliche Beeinträchtigung» weist sechs Kategorien auf, von denen die beiden Kategorien *Geburtsgebrechen* und *psychische Erkrankung* auf der rechten Hälfte des Diagramms liegen. Allerdings liegt die Gruppe der Versicherten mit *Geburtsgebrechen* weit von jener der psychischen Erkrankungen entfernt und grenzt sich von dieser insbesondere in Bezug auf das Alter ab. Das heisst: Zu den Versicherten mit *Geburtsgebrechen* zählen vor allem Personen, die bei Anmeldung für IM jünger als 19 Jahre alt waren. Die vier anderen Krankheitskategorien befinden sich auf der linken Hälfte des Diagramms, wobei sich die Kategorie *Unfall* von den anderen Gruppen distanziert. Gleichzeitig kann auf der zweiten Dimension (vertikale Achse) in Bezug auf die Herkunft eine grosse Diskrimination der Kategorie *Drittstaaten* gegenüber den anderen beiden Herkunftskategorien (EU/EFTA und Schweiz) festgestellt werden. Versicherte, die aufgrund eines Unfalls IM erhalten, unterscheiden sich von den anderen Krankheitsgruppen durch ihre Herkunft, indem sie häufiger aus Drittstaaten kommen (→ vgl. auch Häufigkeitsverteilungen im Anhang I → Tab. A1).

16,9 Prozent aller untersuchten Versicherten, die eine IM besucht haben. Dieser Anteil bleibt seit 2012 weitgehend stabil. Die Versicherten in dieser Gruppe sind in der Regel zwischen 36 und 55 Jahre alt (73,8 %) und kommen häufiger als die Versicherten der anderen Profile aus einem EU/EFTA-Staat (42,6 %). Darüber hinaus zählen die Versicherten dieser Gruppe signifikant häufiger als die Versicherten der anderen vier Gruppen zu den IV- Rentenbezüglern und -bezüglern (17,8 %).

Des Weiteren kann anhand des Diagramms festgestellt werden (→ Abb. 9), dass bei Personen, die aus einem Drittstaat eingewandert sind, im Vergleich zu den anderen Profilen signifikant häufiger ein Unfall (39 %) der Grund für die berufliche Reintegration mittels IM war (Profil 4, violett). Diese Gruppe entspricht **einem knappen Zehntel** aller Versicherten, die seit 2012 mindestens eine IM absolviert haben.

Zum fünften Profil (rot) zählen jüngere Versicherte, die in der Regel unter 19 Jahre alt sind. Ihr Anteil an allen Versicherten der Jahre 2012-18 entspricht **5,6 Prozent**. In dieser relativ kleinen Gruppe kommen Personen mit Geburtsgebrechen gegenüber den anderen Profilen überdurchschnittlich häufig vor. Gleichzeitig sind relativ viele Jugendliche und junge Erwachsene von psychischen Störungen betroffen. Der Anteil der jungen Versicherten mit psychischen Belastungsstörungen hat sich in dieser Gruppe seit 2012 mehr als vervierfacht: von 6,0 % auf 26,7 % im Jahr 2018. Die jungen Versicherten in diesem Profil verfügen in der Regel über kein Einkommen (70,1 %) und erhalten im Vergleich zu allen anderen Versicherten in IM auch signifikant weniger häufig ein Arbeitslosengeld (0,7 %). Wie aus der Dossieranalyse hervorgeht, befindet sich ein grosser Teil dieser jüngeren Versicherten noch in Ausbildung.

Aus dem Diagramm geht zudem hervor, dass männliche Versicherte in IM eher an Krankheiten der Knochen und Bewegungsorgane oder einem Geburtsgebrechen leiden oder einen Unfall hatten. Die weiblichen Versicherten in den IM weisen indes eher psychische Erkrankungen, Krankheiten des Nervensystems oder andere Krankheiten auf (Dimension 2).

Zusammensetzung der Versichertenprofile nach IV-Stelle

Anhand der Versicherten, die im Jahr 2018 erstmals eine IM zugesprochen erhalten haben, wurde überprüft, inwiefern sich die Zusammensetzung der Versichertenprofile zwischen den IV-Stellen unterscheidet (→ Tab. 13). Das Profil 5, welches vor allem junge Versicherte mit Geburtsgebrechen oder psychischen Störungen umfasst, kommt bei vier IV-Stellen (O, U, V, X) vor. Das Profil 3 – Versicherte mit Krankheiten des Bewegungsapparates und EU/EFTA-Staatsangehörigkeit – kommt bei fünf IV-Stellen (C, H, I, R, Z) deutlich überdurchschnittlich vor. Bei weiteren fünf IV-Stellen (E, F, J, R, Y) sind indes die Anteile der älteren Versicherten (Profil 2), die vor Zusprache der IM über ein Erwerbseinkommen verfügten, im Vergleich zum Durchschnitt markant höher. Bei sechs IV-Stellen (A, D, E, G, Q, T) zählt die Hälfte oder deutlich mehr als die Hälfte der Versicherten zum Profil 1. Die Versicherten aus diesem Profil sind vor Zusprache der IM überdurchschnittlich häufig arbeitslos, Sozialhilfebezüglern oder haben kein Einkommen. Drei IV-Stellen (C, F, M) fallen zudem auf, weil bei ihnen die Anteile an Versicherten aus Drittstaaten überdurchschnittlich hoch sind (Profil 4).

Tabelle 12: Zusammensetzung der Versichertenprofile nach IV-Stelle 2018²⁷

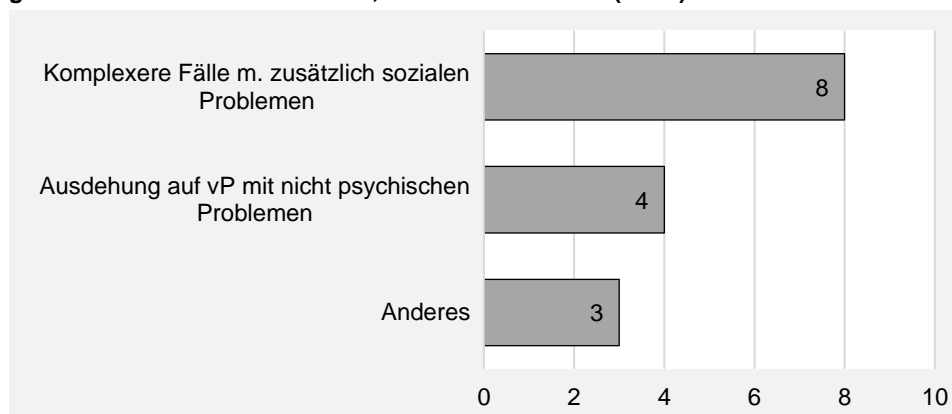
IV-Stellen	Profil 5	Profil 3	Profil 2	Profil 1	Profil 4	
A	5.9%	11.6%	26.6%	49.6%	6.2%	100%
B	6.5%	15.4%	27.3%	38.1%	12.6%	100%
C	5.8%	26.2%	20.4%	29.1%	18.4%	100%
D	7.1%	7.1%	28.6%	50.0%	7.1%	100%
E	0%	3.8%	34.6%	53.8%	7.7%	100%
F	0%	0%	45.5%	36.4%	18.2%	100%
G	4.2%	4.2%	25.0%	62.5%	4.2%	100%
H	2.4%	31.7%	19.5%	39.0%	7.3%	100%
I	0%	24.2%	24.2%	39.4%	12.1%	100%
J	1.2%	16.7%	45.2%	31.5%	5.4%	100%
K	6.6%	20.3%	29.5%	30.3%	13.3%	100%
L	3.3%	20.9%	19.8%	44.0%	12.1%	100%
M	6.3%	6.3%	17.5%	47.6%	22.2%	100%
N	6.8%	18.2%	22.7%	45.5%	6.8%	100%
O	14.3%	10.7%	25.0%	39.3%	10.7%	100%
Q	3.9%	14.8%	24.3%	52.2%	4.8%	100%
R	0%	21.0%	42.0%	34.6%	2.5%	100%
S	3.0%	18.3%	29.5%	39.4%	9.7%	100%
T	4.5%	9.1%	29.5%	50.0%	6.8%	100%
U	15.5%	16.9%	19.7%	40.8%	7.0%	100%
V	17.8%	13.1%	22.5%	35.6%	10.9%	100%
W	5.6%	10.2%	30.6%	48.1%	5.6%	100%
X	14.0%	14.0%	31.6%	36.8%	3.5%	100%
Y	1.9%	19.2%	38.5%	30.8%	9.6%	100%
Z	6.7%	33.3%	23.3%	30.0%	6.7%	100%
Gesamt	6.7%	15.7%	27.6%	40.6%	9.4%	100%

Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger

4.3.2 Veränderung der Merkmale der IM-Leistungsbezüger/-innen

Gut die Hälfte der 26 Eingliederungsfachpersonen, die an der Onlinebefragung teilgenommen haben, hat den Eindruck, dass sich die Merkmale und Eigenschaften der Personen in IM in den letzten Jahren verändert haben. Elf Personen stellen keine Veränderung fest. Mittels offener Frage konnten die Fachpersonen in eigenen Worten präzisieren, inwiefern sie Veränderungen feststellen. Die Antworten wurden nachträglich codiert. Dabei konnten drei Kategorien gebildet werden (→ vgl. Abb. 10). Wurden innerhalb einer Antwort verschiedene Aspekte der Veränderung angesprochen, wurden diese entsprechend mehreren Kategorien zugeordnet.

Abbildung 10: Durch die Eingliederungsfachpersonen festgestellte Veränderungen bei den Merkmalen/Eigenschaften der Personen in IM, Mehrfachantworten (N=26)



Quelle: Onlinebefragung IV-Stellen 2019

²⁷ Eine IV-Stelle wurde wegen zu geringer Fallzahlen nicht berücksichtigt

Viele Eingliederungsfachpersonen stellen eine zunehmende Komplexität der Situation der Leistungsbezüger/-innen von IM fest, die sich vor allem daran zeigt, dass neben der gesundheitlichen Beeinträchtigung häufig auch noch private und soziale Probleme hinzukommen. Folgende Aussage illustriert diese Entwicklung: *«Zunehmende Belastungen und "Baustellen" im privaten, was neben der eigentlichen Erkrankung die Eingliederung hemmt und ebenfalls irgendwie angegangen werden muss. Mehr Koordination mit anderen Stellen und Hilfsangeboten (KESB, Pro Infirmis, Soziale Dienste, Wohnbegleitung, Sozialberatung, Familienunterstützung, Beistandschaften)»*. Zusätzlich beobachten die befragten Fachpersonen vermehrt Anmeldungen von Versicherten, die durch Faktoren, die nicht direkt IV-relevant sind, arbeitsunfähig wurden oder die längere Zeit durch die Sozialhilfe unterstützt wurden. Entsprechend sind diese Personen nur schwer oder langsam in den Arbeitsmarkt zu reintegrieren.

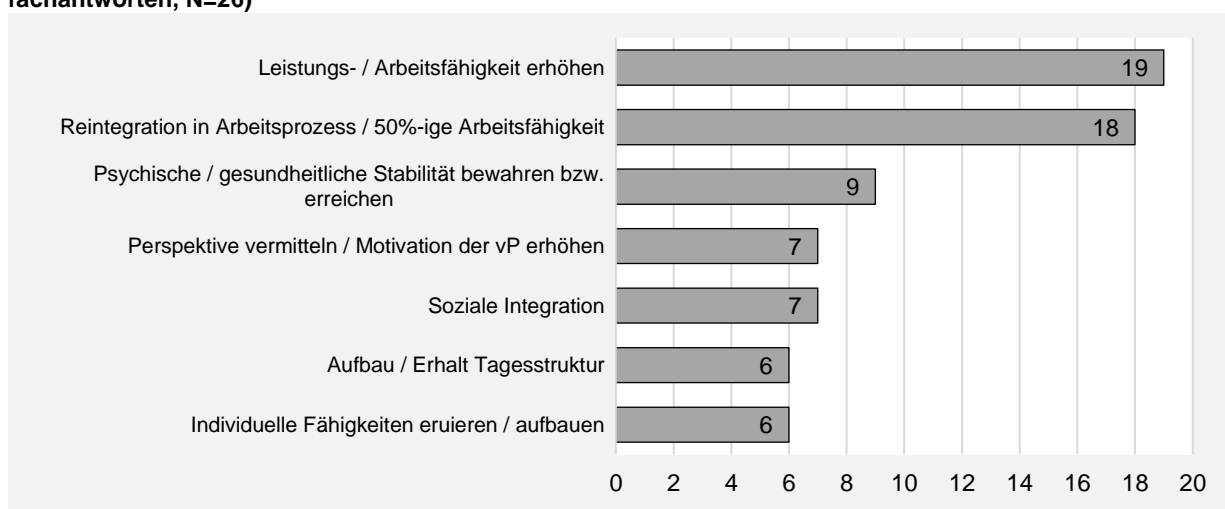
Auch eine Ausdehnung der IM auf Versicherte mit nicht psychischen Problemen wird von den Befragten mehrfach erwähnt: *«[...] durant les premières années, les MR étaient perçues comme des mesures destinées aux personnes atteintes dans leur santé psychique et se déroulaient principalement en institutions particulièrement bienveillantes. Ce n'est plus le cas aujourd'hui »*. Die Aussage ist allerdings vor dem Hintergrund des Bundesgerichtsentscheides aus dem Jahr 2010 zu interpretieren (BGE 137 V 2010). In der Folge können auch Personen, die nicht an einer psychischen Beeinträchtigung leiden, an einer IM teilnehmen.

4.4 Ziele, welche die IV-Stellen mit den IM verfolgen

Die IV-Stellen orientieren sie bei der Definition der Ziele vorwiegend an den Vorgaben im Anhang des KSIM. Im Rahmen der Onlinebefragung konnten die Befragten in einer offenen Frage äussern, welche Ziele ihre IV-Stelle hauptsächlich bei der Zusprache von IM verfolgt. Die schriftlichen Rückmeldungen wurden nachträglich nach Themen geordnet und codiert. Insgesamt konnten aus den Antworten sieben Kategorien gebildet werden (→ Abb. 11), wobei die meisten Eingliederungsfachpersonen verschiedene Ziele genannt haben. Die Aussagen wurden entsprechend einer Mehrfachantwort mehreren Kategorien zugeordnet.

Gemäss KSIM sollen Integrationsmassnahmen der Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung dienen. Diese Zielsetzung widerspiegelt sich klar in den Aussagen der befragten Eingliederungsfachpersonen: Die Mehrheit der IV-Stellen (73 %) will mit der Zusprache der IM in erster Linie die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit der Versicherten erhöhen und zur Reintegration in den Arbeitsprozess beitragen. Dabei handelt es sich um einen schrittweisen Prozess, wie folgendes Zitat zeigt: *«Belastbarkeit und Einsatzfähigkeit schrittweise erhöhen und/oder erhalten. Vorbereitung für den 1. Arbeitsmarkt bezüglich Ressourcen und zumutbarem Belastungsprofil. Aufbau einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit zwecks Folgemaassnahmen der IV oder Anmeldung auf dem RAV, wenn möglich»*.

Abbildung 11: Wesentliche Zielsetzungen, welche die IV-Stellen mit der Zusprache von IM verfolgen (Mehrfachantworten, N=26)



Quelle: Onlinebefragung IV-Stellen 2019

Die Befragten von neun IV-Stellen geben zusätzlich an, dass sie die IM nutzen, um bei den Versicherten eine psychische oder gesundheitliche Stabilisierung zu erreichen. Sieben Eingliederungsfachpersonen nennen die Vermittlung von Perspektiven und Motivation sowie die soziale Integration als wesentliche Zielsetzung der IM. Der Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur sowie die Klärung und der Aufbau individueller Fähigkeiten nennen sechs Befragte als weitere Ziele der IM.

Verschiedene Eingliederungsfachpersonen haben in der Befragung zudem darauf hingewiesen, dass die jeweilige Zielsetzung stark von der individuellen Situation der Personen abhängt: *«Die Ziele sind je nach Situation der versicherten Person unterschiedlich. Folgende Ziele kommen in Frage und werden in einer individuellen Zielvereinbarung festgelegt: - Steigerung der Präsenz- und Leistungsfähigkeit - Förderung der sozialen Kompetenzen - Förderung der persönlichen Kompetenzen - Förderung des Arbeitsverhaltens - Vorbereitung auf weiterführende Eingliederungsmassnahmen in Form von BM. Insgesamt geht es um die sozialberufliche Rehabilitation und den Aufbau wie auch die Stabilisierung einer Grundbelastbarkeit hinsichtlich der weiteren Eingliederungsschritte».*

Ähnliche Zielsetzungen wie von den Eingliederungsfachpersonen in der Onlinebefragung berichtet, konnten auch bei der Auswertung der Versichertendossiers festgestellt werden. Allerdings scheinen die IV-Stellen bei der Definition der mit der IM zu erreichenden Ziele unterschiedliche Schwerpunkte zu setzen. Unterschiede zwischen den IV-Stellen bestehen auch bei der schriftlichen Ausformulierung der Ziele. Bei gut einem Drittel der Dossiers fehlten konkrete Angaben zu den Zielen, die mit der IM erreicht werden sollen. Darüber hinaus waren in den meisten Dossiers die Ziele sehr allgemein und in einem geringen Detaillierungsgrad gehalten (→ vgl. hierzu Tab. 14). Das Fehlen konkreter Zielformulierungen seitens der IV-Stellen wurden auch in den geführten Leitfadenterviews mit den Durchführungsstellen teilweise bemängelt. Dabei sei eine klare Zielformulierung eine wesentliche Voraussetzung, um die Massnahmen und die Begleitung bedürfnisgerecht umsetzen zu können. Dies sei aber eine Aufgabe der Eingliederungsfachpersonen.

In den Versichertendossiers wird bei knapp einem Drittel (32 %) der verfügbaren IM die Förderung von sozialen, persönlichen oder fachlichen Kompetenzen als Hauptziel genannt. Die einzelnen IV-Stellen setzen dieses Ziel jedoch sehr unterschiedlich ein. Während die Förderung von Kompetenzen bei drei IV-Stellen mehrheitlich zu den Zielen der IM zählen, findet dieses Ziel bei einer IV-Stelle keine Erwähnung. Dafür steht bei dieser IV-Stelle die Integration in den regulären Arbeitsmarkt deutlich häufiger im Vordergrund der zu erreichenden Ziele der IM. Beim Belastbarkeitstraining liegt der Fokus indes vor allem darauf, die Belastbarkeit der versicherten Person zu testen, zu stabilisieren und zu steigern (→ Tab. 14).

Tabelle 13: Hauptziele der IM nach IV-Stelle, Mehrfachantworten (N=301)

Hauptziele	IV-Stelle					Gesamt
	S	M	Y	R	V	
Integration in den regulären Arbeitsmarkt	34%	3%	3%	8%	8%	15%
Kompetenzförderung (sozial, persönlich, fachlich)	0%	18%	66%	48%	80%	32%
Belastbarkeit testen, stabilisieren und steigern	26%	30%	3%	16%	2%	19%
Mind. 50%ige Arbeitsfähigkeit erreichen	14%	27%	14%	8%	6%	14%
Aufbautraining mit Ziel Integration in den regulären Arbeitsmarkt	23%	5%	10%	15%	2%	13%
Anderes	3%	17%	3%	5%	2%	6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Analyse der Versichertendossiers

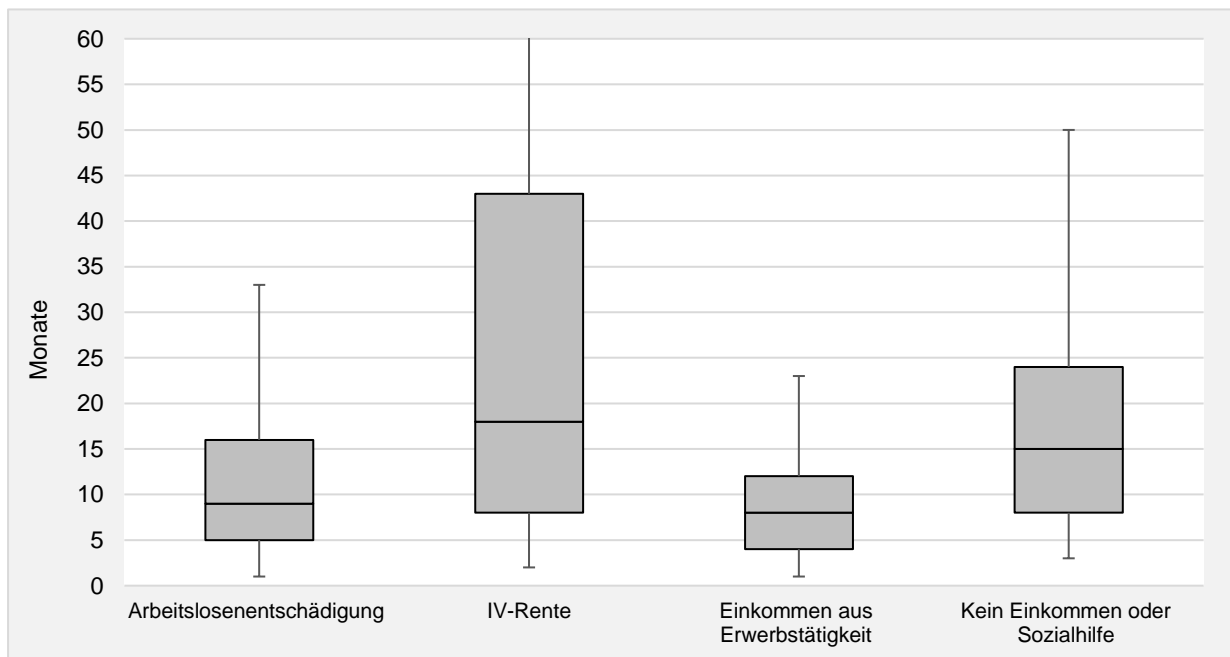
5. Durchführung der IM

Im KSIM sind gewisse Vorgaben zur Umsetzung der IM festgehalten. Sie betreffen Art und Ort der Durchführung sowie die Eingliederungsphase, in der sich eine versicherte Person befindet. Darüber hinaus sollten Zielsetzung, Wahl der IM-Art oder Durchführungsdauer auf den individuellen Bedarf der Versicherten abgestimmt sein. Das vorliegende Kapitel beleuchtet anhand der Auswertung der IV-Registerdaten sowie der Onlinebefragung Aspekte der Dauer der IM, der gewährten Art und Kombination, und deren Bedarfsgerechtigkeit. Es zeigt zudem auf, welche Erfahrungen die IV-Stellen mit den IM machen und wie sie diese hinsichtlich des Eingliederungserfolgs beurteilen.

5.1 Dauer zwischen IV-Anmeldung und Beginn der ersten IM

Zu Berechnung der Dauer zwischen der IV-Anmeldung und dem Beginn der ersten IM wurde das verifizierte IV-Anmeldungsdatum aus dem Datensatz der IV-Erst- und Wiederanmeldungen verwendet. In den Berechnungen wurden keine sozialberuflichen Massnahmen berücksichtigt, die in der Frühinterventionsphase stattgefunden haben. Wie nachfolgende Darstellung zeigt, liegt die IV-Anmeldung bei Personen, bei denen die IM im Wiedereingliederungsverfahren von Rentenbezüglern und -bezügerinnen eingesetzt werden, deutlich weiter zurück als bei jenen Personen, welche die IM nicht aus einer Rentensituation beginnen. Entsprechend dauert es bei Rentenbezüglern und -bezügerinnen zwischen IV-Anmeldung und Beginn der ersten IM deutlich länger. Es sei denn, es wurde eine IV-Wiederanmeldung im Rahmen der Rentenrevision gemacht.

Abbildung 12: Dauer zwischen IV-Erst-/Wiederanmeldung und Beginn der ersten IM nach wirtschaftlicher Situation der vP ein Jahr vor Zusprache der IM, in Monaten, Boxplot

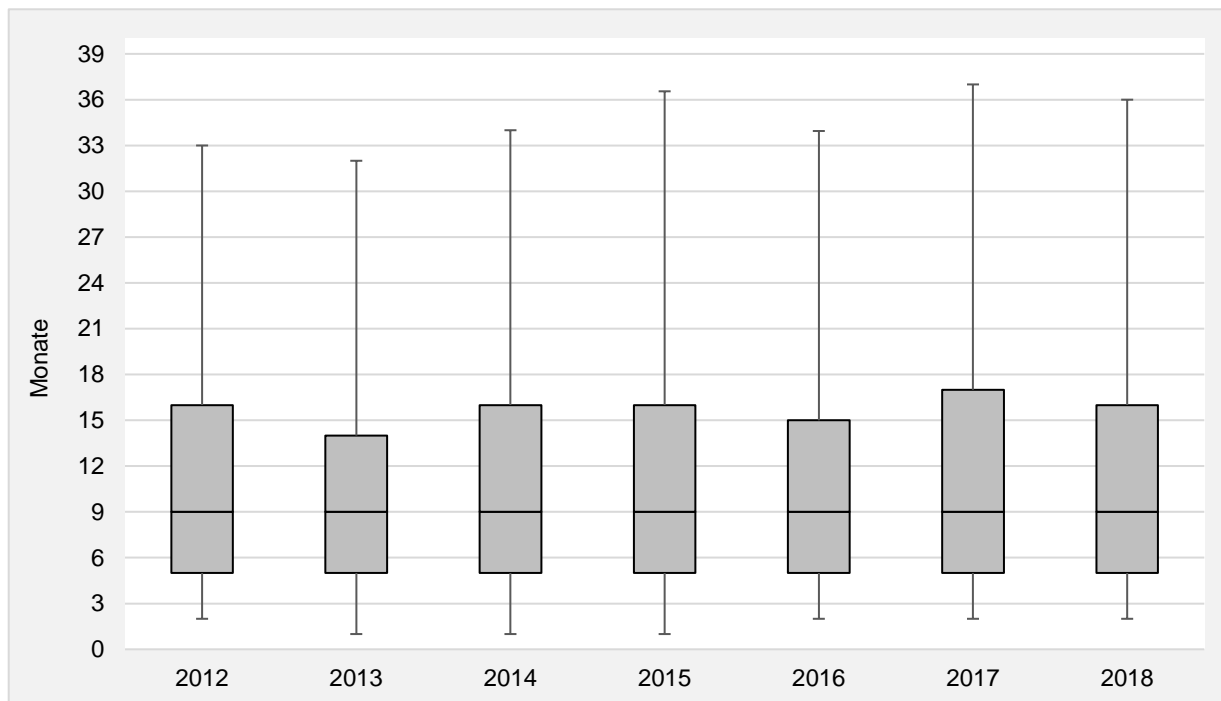


Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüglern, IV-Neuanmeldungen, Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

Bei den nachfolgenden Berechnungen zur Dauer zwischen IV-Erst-/Wiederanmeldung und Beginn der IM wurden die Rentenbezüglern und -bezügerinnen, bei denen keine IV-Wiederanmeldung erfolgt ist, nicht einbezogen. Durchschnittlich (Median) dauert es von der IV-Erst-/Wiederanmeldung bis zum ersten Leistungsbezug einer IM neun Monate (ohne IV-Rentenbezüglern und -bezügerinnen), d.h. die Hälfte der Versicherten startet spätestens neun Monate nach IV-Anmeldung mit der ersten IM (→ Abb. 13). Dieser Wert ist seit 2012 konstant. Auch in der Analyse der Versichertendossiers konnte festgestellt werden, dass es zwischen IV-Anmeldung und dem Start der ersten IM durchschnittlich 8,6 Monate dauert.

Wie aus Abbildung 13 hervorgeht, kann ein Viertel der Versicherten bereits fünf Monate nach der IV-Anmeldung mit der IM beginnen (unterer Rand der Box), während das andere Viertel erst zwischen neun bis spätestens 16 Monaten (Median) nach der IV-Anmeldung eine IM anfängt (oberer Rand der Box).

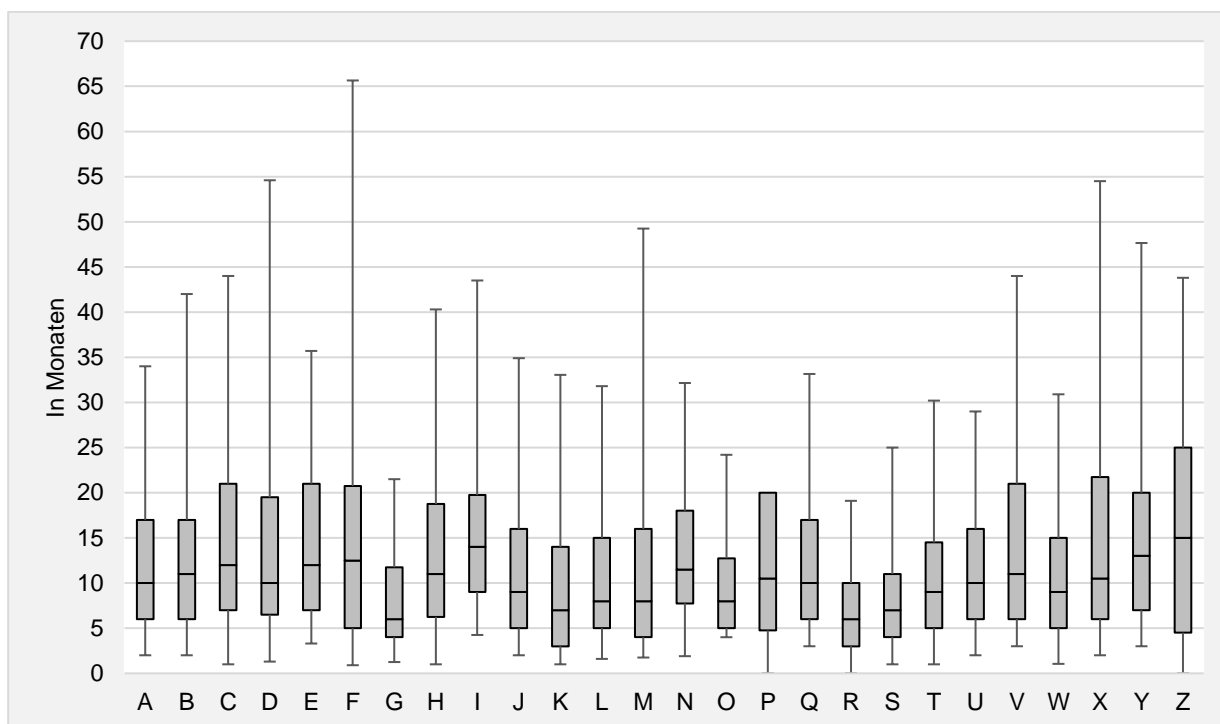
Abbildung 13: Dauer zwischen IV-Erst-/Wiederanmeldung und Antritt der ersten IM 2012-2018, in Monaten, Boxplot



Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger, IV-Neuanmeldungen, Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

Zwischen den IV-Stellen gibt es teilweise beträchtliche Unterschiede, wie lange es im Durchschnitt dauert bis nach der IV-Erst-/Wiederanmeldung eine IM angetreten werden kann (→ Abb. 14). Sieben IV-Stellen weisen eine mittlere Dauer (Median) aus, die unterhalb des Durchschnitts (9 Monate, ohne Rentenbezüger und -bezügerinnen) liegt. Bei zwei IV-Stellen (G, R) startet jeweils die Hälfte der Versicherten bereits ein halbes Jahr nach der IV-Anmeldung mit einer IM. Bei zwei IV-Stellen (K, S) liegt diese Zeitspanne bei 7 Monaten, und bei drei Stellen (L, M, O) bei 8 Monaten. Bei den restlichen 18 IV-Stellen entspricht die Zeitdauer zwischen IV-Anmeldung und Antritt der ersten IM entweder den durchschnittlichen 9 Monaten (4 IV-Stellen) oder länger (14 IV-Stellen). Dabei kann bei einzelnen IV-Stellen zwischen IV-Anmeldung und Beginn der ersten IM mehr als ein Jahr liegen. Zudem gibt es eine gewisse Tendenz: Je höher der Anteil an Versicherten mit einem Erwerbseinkommen vor Zusprache der IM ist, desto kürzer ist bei der IV-Stelle die durchschnittliche Dauer zwischen Anmeldung und Start der ersten IM.

Abbildung 14: Dauer zwischen IV-Erst-/Wiederanmeldung und Antritt der ersten IM nach IV-Stelle, Kohorten 2012-2018, Boxplot



Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger, IV-Neuanmeldungen, Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

5.2 Der Durchführungsstandard der verschiedenen IM-Arten

IM kommen in unterschiedlichen Formen vor. Zu den sozialberuflichen Rehabilitationsmassnahmen zählen Belastbarkeitstraining, Aufbautraining und wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz. Hingegen handelt es sich bei der Arbeit zur Zeitüberbrückung um eine Beschäftigungsmassnahme. Findet die IM beim bisherigen Arbeitgeber statt, kann die IV-Stelle den Arbeitgeber mit maximal 100 Fr. pro Tag entschädigen oder ein Coaching im Rahmen eines WISA sprechen (vgl. Art. 14a Abs. 5 IVG).

Die fünf IV-Stellen der Fallstudien stellten von je zwei Durchführungsstellen Konzepte zum Belastbarkeits- und Aufbautraining zur Verfügung. Bei der Durchsicht der Konzepte hat sich gezeigt, dass sich die Leistungserbringer bei der Ausgestaltung der Massnahmen an den Vorgaben im Anhang des KSIM orientieren und die darin formulierten Zielsetzungen, Inhalte und Rahmenbedingungen weitgehend aufnehmen. Nachfolgend werden die Standardkonzepte für die verschiedenen IM-Arten dargestellt. Dabei wurden Aspekte/Phasen der Durchführung berücksichtigt, die in allen untersuchten Konzepten der Leistungserbringer in ähnlicher Form dokumentiert werden. In den Qualitätsgesprächen, welche die IV-Stellen in regelmässigen Abständen mit den Leistungserbringern führen, wird die Durchführung der IM insgesamt als gut bis sehr gut beurteilt.

Belastbarkeitstraining (BT)

Ziel:	Kontinuierliche Steigerung der psychischen und physischen Leistungsbereitschaft und -fähigkeit. Auf Basis des Eingliederungsplans wird zusammen mit der teilnehmenden Person, der IV-Stelle und der Durchführungsstelle eine Zielvereinbarung erarbeitet.
Rahmenbedingungen:	Es wird eine Mindestpräsenzzeit von 2 Std./Tag sowie die Motivation zur Steigerung der Präsenzzeit bis zum persönlichen Maximum erwartet. Bereitschaft, sich in ein Team zu integrieren und Mitarbeit an vereinbarten Aufgaben.
Inhaltliche Schwerpunkte:	Kontinuierliche Steigerung der Leistungsfähigkeit bis stabil 4 Std./Tag, regelmässige Tagesstruktur ermöglichen. Ermitteln der Arbeitsfähigkeit und des maximalen Arbeitspensums. Steigerung der sozialen und arbeitsmarktlichen Kompetenzen sowie des Selbstwertgefühls. Regelmässige Standortgespräche (1x/Woche oder 1x/Monat). Schlussevaluation mit Empfehlungen zu möglichen Anschlusslösungen. Möglichkeit zur Teilnahme an Kursen/Workshops (z.B. zu spezifischem Fachwissen, Selbstmanagement, Stressbewältigung etc.)
Prozessunterstützung:	Unterstützung im Bewerbungsprozess, Coaching zur Förderung der Eigenverantwortung, suchen von Praktikumsplätzen oder Arbeitsstellen. Psychosoziale Begleitung.

Aufbautraining (AT)

Ziel:	Kontinuierliche Steigerung Arbeits- und Leistungsfähigkeit für eine nachhaltige Integration in den regulären Arbeitsmarkt. Auf Basis des Eingliederungsplans wird zusammen mit der teilnehmenden Person, der IV-Stelle und der Durchführungsstelle eine Zielvereinbarung erarbeitet.
Rahmenbedingungen:	Mindestpräsenzzeit von 4 Std./Tag an mindestens 4 Tagen/Woche und Motivation zur Steigerung der Präsenzzeit und Arbeitsmarktfähigkeit. Zudem muss ein gewisses Entwicklungspotenzial vorhanden sein. Bereitschaft, sich in ein Team zu integrieren und Mitarbeit an vereinbarten Aufgaben.
Inhaltliche Schwerpunkte:	Kontinuierliche Steigerung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bis zur maximalen Leistungsgrenze (z.B. Häufigkeit der vereinbarten Pausen abbauen, Präsenzzeit steigern). Anforderungen der freien Wirtschaft üben. Steigerung der sozialen und arbeitsmarktlichen Kompetenzen sowie des Selbstwertgefühls. Regelmässige Standortgespräche (1x/Woche oder 1x/Monat), Fremd-/Selbsteinschätzung. Schlussevaluation mit Empfehlungen zu möglichen Anschlusslösungen.
Prozessunterstützung:	Unterstützung bei der Suche eines Praktikumsplatzes oder einer Arbeitsstelle. Unterstützung im Bewerbungsprozess, Erstellen eines Ressourcenprofils, Coaching zur Förderung der Eigenverantwortung, psychosoziale Begleitung. Möglichkeit zur Teilnahme an Kursen/Workshops (z.B. zu spezifischem Fachwissen, Selbstmanagement, Stressbewältigung etc.).

Wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz (WISA)

Ziel:	Kontinuierlicher Aufbau der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, Erhalt der beruflichen Fähigkeiten. Erhalt des bisherigen Arbeitsplatzes oder einer neuen Arbeitsstelle mit anschliessender Festanstellung. Enge Begleitung der Teilnehmenden und des beruflichen Umfelds.
Rahmenbedingungen:	Vorhandensein eines Arbeitsplatzes in der freien Wirtschaft. Es wird eine Mindestpräsenzzeit von 4 Std./Tag an mindestens 4 Tagen/Woche vorausgesetzt. Motivation zur Steigerung

der Präsenzzeit und Arbeitsmarktfähigkeit. Zudem muss ein gewisses Entwicklungspotenzial vorhanden sein.

Inhaltliche Schwerpunkte:	Enge Begleitung der Teilnehmenden und des beruflichen Umfelds. Ansprechperson für Arbeitgeber sicherstellen. Steigerung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bis zur maximalen Leistungsgrenze (z.B. Steigerung der täglichen Präsenzzeit auf 6-8 Std.). Regelmässige Standortgespräche (1x/Woche oder 1x/Monat) mit Job Coach.
Prozessunterstützung:	Möglichkeit zur Teilnahme an Kursen/Workshops (z.B. zu spezifischem Fachwissen, Selbstmanagement, Stressbewältigung etc.)

Arbeit zur Zeitüberbrückung (AZ)

Ziel:	Tagesstruktur bis zum Finden einer neuen Arbeitsstelle aufrechterhalten, eine Verschlechterung der aufgebauten Arbeitsfähigkeit verhindern.
Rahmenbedingungen:	Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % eines vollen Pensums. Soll möglichst in der freien Wirtschaft stattfinden.
Inhaltliche Schwerpunkte:	Die bestehende Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % erhalten, festigen oder weiter steigern. Erhalt der beruflichen Kompetenzen, Erweiterung der Fachkompetenzen. Fördern der Motivation und des Selbstwertgefühls. Regelmässige Standortbestimmungen.
Prozessunterstützung:	Möglichkeit zur Teilnahme an Kursen/Workshops (z.B. zu spezifischem Fachwissen, Selbstmanagement, Stressbewältigung etc.)

Exkurs: IM-Konzepte für minderjährige Jugendliche

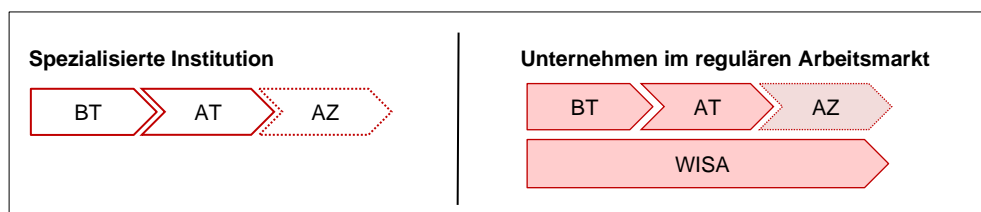
IM für minderjährige Jugendliche haben das Ziel, diese für den Arbeitsmarkt vorzubereiten. Sie sollen es erlauben, Jugendliche mit psychischen - oft auch kombiniert mit familiären und sozialen Problemen, die nicht bereit für eine Ausbildung sind, möglichst rasch begleiten zu können. Aus diesem Grund wird auch mit den Volks- oder Sonderschulen zusammengearbeitet.

Von den in den Fallstudien untersuchten IV-Stellen werden solche Massnahmen lediglich in zwei Kantonen durchgeführt. Zwei befragte Durchführungsstellen führen IM für unter 18-Jährige durch. Bei der einen sind die IM für diese Zielgruppe nicht anders ausgestaltet als für Erwachsene und es gibt dafür auch kein besonderes Konzept. Bei der anderen unterscheidet sich die IM klar von jenen für Erwachsene, ähnelt aber in der Ausgestaltung stark einem kantonalen Übergangsangebot (z.B. Brückenangebot) und unterscheidet sich von diesen hauptsächlich aufgrund der Zielgruppe, bei der in der Regel Lernschwierigkeiten oder Entwicklungsstörungen vorliegen und ein IV-Dossier eröffnet wurde. Gemäss den Leitfadenterviews hätten die betroffenen Jugendlichen unklare berufliche Ziele, weshalb es schwierig sei, sie für eine Arbeit zu motivieren. Ein mehrstufiges Konzept bilde den Rahmen für deren Begleitung. Die Anzahl Wochenstunden sind darin progressiv angelegt. Workshops, kulturelle und sportliche Aktivitäten sowie Projekte zur Berufswahl gehören zum Programm; auch Praktika ausserhalb der Institution sind vorgesehen. Es werde seitens der IV erwartet, dass Letztere ausgebaut werden und so schnell wie möglich stattfinden, weil die Idee vorherrsche, dass die meisten der betroffenen Jugendlichen sich in Betrieben der freien Wirtschaft ausbilden könnten. Dabei werde von wohlwollenden Arbeitgebern ausgegangen. Dieser Grundauffassung steht auch ein Interviewpartner aus einer anderen Institution kritisch gegenüber: Lehren würden vor allem wegen Problemen im zwischenmenschlichen Bereich abgebrochen. Deshalb sei neben dem Coaching der versicherten Personen auch die Begleitung der Lehrbetriebe wichtig.

5.3 Verlauf der IM

IM können in verschiedenen Phasen des Eingliederungsprozesses²⁸ stattfinden. Im Rahmen der Frühinterventionsphase können IM ohne Taggeld zugesprochen werden, wenn eine solche Massnahme angezeigt ist und die Abklärung, ob die Voraussetzungen für IM erfüllt sind, noch nicht abgeschlossen ist (Rz 1025 KSIM). Zudem können IM im Rahmen der Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und -bezügerinnen als Vorbereitung auf den Wiedereinstieg in den regulären Arbeitsmarkt gewährt werden. Die Durchführung aller IM-Arten erfolgt entweder beim bisherigen oder einem neuen Arbeitgeber im regulären Arbeitsmarkt oder in einer spezialisierten Institution (Durchführungsstelle/Leistungserbringer). Abbildung 15 zeigt mögliche Kombinationen von IM. Dabei sind auch die Kombinationen möglich, wo ein Teil der IM bei einer spezialisierten Institutionen absolviert wird (z.B. das Belastbarkeitstraining) und der andere Teil auf dem regulären Arbeitsmarkt (z.B. das Aufbautraining).

Abbildung 15: Mögliche Kombinationen der IM



Quelle: Darstellung across•concept /socialdesign

5.3.1 Anzahl gewährte IM pro versicherte Person

Gemäss IV-Registerdaten verfügen die IV-Stellen im Durchschnitt (Median) zwei IM pro versicherte Person. Diese Zahl wurde auch in der Dossieranalyse bestätigt. Bei rund 30 Prozent der Versicherten wird nach der ersten IM keine weitere IM mehr verfügt (→ Tab. 15). 29 Prozent wird nach der ersten IM eine zweite IM zugesprochen.

Des Weiteren werden knapp einem Fünftel der Versicherten (18,4 %) drei IM gewährt und weiteren 22,3 Prozent werden vier und mehr IM verfügt. Aus der Analyse der IV-Registerdaten lässt sich schliessen: Werden mehr als drei IM verfügt, so handelt es sich dabei entweder um parallel verfügte Massnahmen (z.B. Belastbarkeitstraining und Job Coaching) oder die IM wurde aufgrund des Gesundheitsverlaufs abgebrochen und die berufliche Eingliederung zu einem späteren Zeitpunkt mit einem neuen Versuch fortgesetzt (z.B. wenn zwischen erster und zuletzt erbrachter IM-Leistung mehr als zwei Jahre liegen).

Die IV-Stellen tendieren in jüngerer Zeit dazu, eher mehr IM bzw. IM-Versuche oder Verlängerungen zu gewähren als noch in den Jahren zuvor (→ Tab. 15). So hat der Anteil an Versicherten, denen mehr als zwei IM verfügt werden, seit 2012 um 4.2 Prozentpunkte zugenommen. Aufgrund der Anmerkungen der Eingliederungsfachpersonen in der Onlinebefragung mag ein Grund dafür die zunehmende Komplexität der Zielgruppe sein.

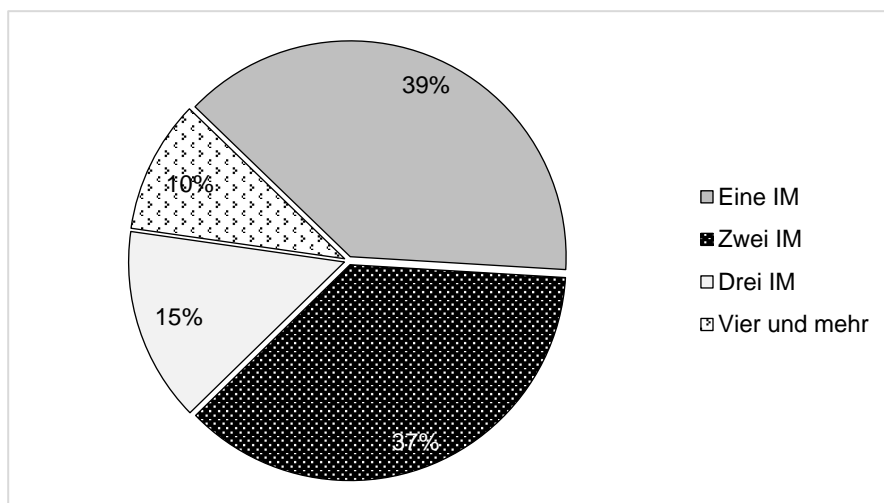
²⁸ Wie die drei Eingliederungsphasen für die statistischen Analysen definiert wurden, wird im Anhang II beschrieben.

Tabelle 14: Anzahl verfügte unterschiedliche IM pro versicherte Person der Kohorten 2012-2018, Anteile²⁹ (N=24'190)

Anzahl IM	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Insgesamt
Eine IM	34.8%	33.8%	31.5%	30.6%	29.1%	27.6%	28.0%	30.3%
Zwei IM	28.4%	29.3%	29.4%	28.2%	27.7%	29.2%	30.7%	29.0%
Drei IM	19.6%	17.7%	16.6%	18.3%	18.4%	17.6%	20.1%	18.4%
Vier IM	9.1%	10.4%	11.2%	11.3%	13.0%	13.0%	12.3%	11.7%
Fünf und mehr IM	8.0%	8.7%	11.2%	11.5%	11.8%	12.5%	8.9%	10.6%
Summe	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger

Gemäss den Befunden der Dossieranalyse absolvieren 39 Prozent der Versicherten eine IM (exkl. Verlängerung) und 37 Prozent zwei IM (inkl. Verlängerung). Weitere 15 Prozent der Versicherten, deren Dossiers analysiert wurden, machen drei IM und jeder zehnten Person werden vier und mehr IM gewährt, inklusive Verlängerung der gleichen IM-Art. Dass in der Dossieranalyse mehr Personen eine geringere Anzahl IM absolviert haben, als dies die Befunde der IV-Registerdaten zeigen, hängt massgeblich damit zusammen, dass in der Dossieranalyse nur zwei Jahrgangskohorten (2015/16) einbezogen wurden. Gegenüber den IV-Registerdaten verringert sich dadurch der Beobachtungszeitraum. In anderen Worten: Fallen Unterbrüche aufgrund des längeren Beobachtungszeitraums und der damit steigenden Wahrscheinlichkeit, mehr IM zu absolvieren, in den IV-Registerdaten stärker ins Gewicht, wodurch die durchschnittliche Anzahl zugesprochener IM steigt.

Abbildung 16: Anzahl absolvierte IM pro versicherte Person in IM gemäss Befunde der Dossieranalyse, Anteile (N=301)

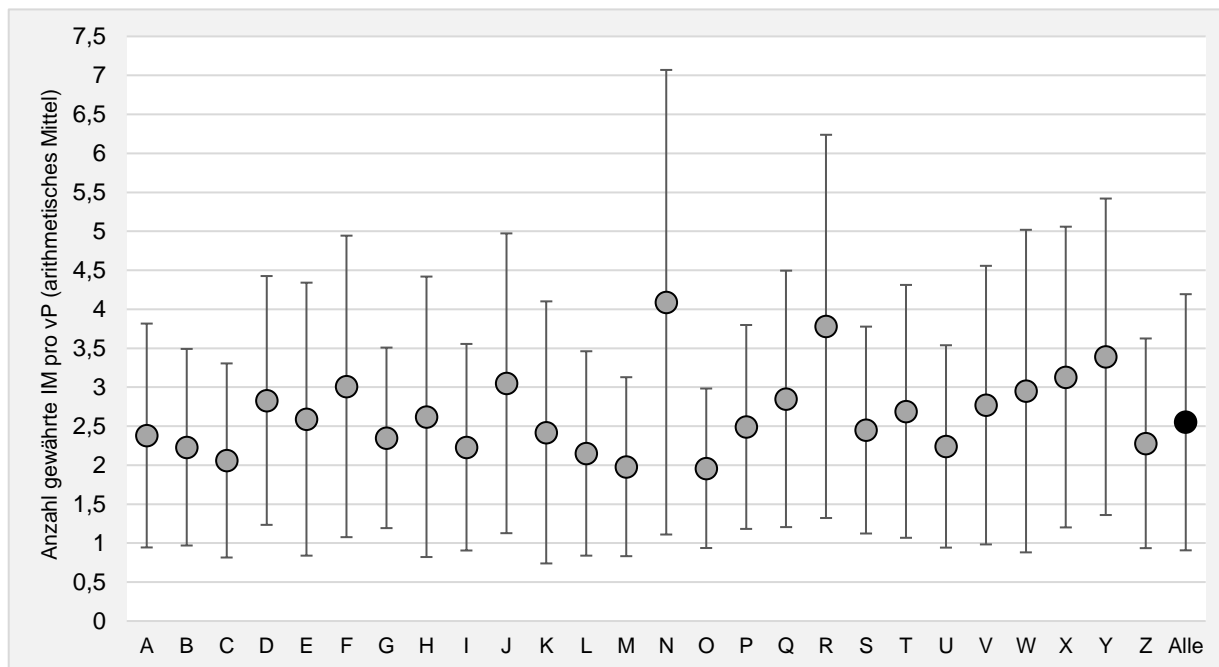
Quelle: Analyse der Versichertendossiers

Ein Mittelwertvergleich der Anzahl verfügt IM pro versicherte Person verweist auf Unterschiede zwischen den IV-Stellen hinsichtlich der Praxis bei der Gewährung von IM (→ Abb. 17): Zunächst kann festgehalten werden, dass der durchschnittliche Wert (arithmetisches Mittel) der gewährten IM pro Person bei den meisten IV-Stellen zwischen 2 und 2,5 IM liegt. Sechs IV-Stellen (F, J, N, R, X, Y) gewähren durchschnittlich jedoch drei und mehr IM pro versicherte Person. Die meisten dieser IV-Stellen befinden sich in der Romandie. Wie aus einer Regressionsanalyse hervorgeht, bestehen jedoch keine signifikan-

²⁹ **Lesbeispiel:** Von den versicherten Personen, denen im Jahr 2012 die erste IM zugesprochen wurde, haben 34,8 % lediglich eine IM absolviert. Bei 28,4 % wurde eine zweite IM verfügt, entweder in Form einer Verlängerung oder einer neuen IM-Art, 19,6 % erhielten nach der zweiten IM noch eine dritte Massnahme zugesprochen, entweder in Form einer Verlängerung oder einer anderen IM-Art.

ten Zusammenhänge zwischen Kontextfaktoren (Arbeitslosen-, Sozialhilfequote), Struktur der Versicherten der IV-Stelle (gesundheitliche Beeinträchtigung oder Alter) und der durchschnittlich gewährten Anzahl IM.

Abbildung 17: Durchschnittlich gewährte Anzahl IM pro versicherte Person nach IV-Stelle, Kohorten 2012-2018, arithmetisches Mittel mit Standardabweichung



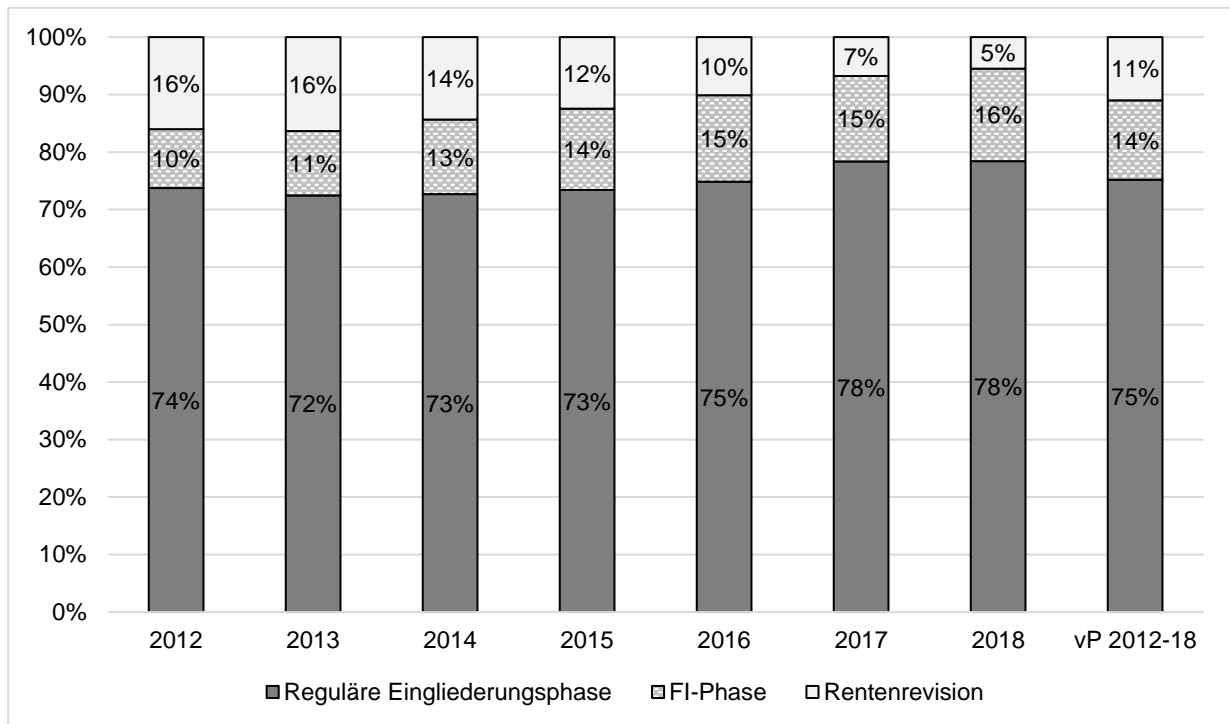
Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger

5.3.2 IM in den drei Eingliederungsphasen

Im Rahmen der Sondierungsgespräche, die mit zwei IV-Stellen geführt wurden, hat sich gezeigt, dass die IV-Stellen bei der Zusprache von IM nicht in erster Linie von der Phase ausgehen, in der sich eine versicherte Person befindet. Gewichtiger ist das Kriterium, ob jemand einen gesetzlichen Anspruch auf IM hat und diese als Vorbereitung für den Wiedereinstieg in eine Arbeit angezeigt ist. Dennoch wurde auch darauf hingewiesen, dass IM in der Frühinterventionsphase sinnvoll und auch erfolgsversprechend sein können. Anhand der Informationen in den IV-Registerdaten wurde versucht, die Personen mit IM den drei Interventionsphasen zuzuteilen³⁰. Drei Vierteln der Versicherten (77 %), die zwischen 2012 und 2018 mindestens eine IM erhalten haben, wurde diese im Rahmen der «regulären» Eingliederungsphase gewährt (→ Abb. 18). Das heisst: Es handelt sich dabei um einen gesetzlichen Anspruch gemäss Art. 8 IVG ohne weitere IV-Leistungen im Rahmen der FI oder eine IV-Rente. Ein Blick auf die wirtschaftliche Situation ein Jahr vor Zusprache der IM zeigt, dass gut die Hälfte der Personen mit IM in der «regulären» Eingliederungsphase (53 %) im Jahr zuvor ein Erwerbseinkommen hatte, 30 Prozent verfügten über kein Einkommen oder erhielten wirtschaftliche Sozialhilfe und 14 Prozent waren arbeitslos gemeldet.

³⁰ Eine ausführliche Definition der drei Eingliederungsphasen befindet sich im Anhang II.

Abbildung 18: Verteilung der Versicherten in der ersten IM nach Eingliederungsphase 2012-2018³¹, in Prozent (N=24'190)



Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger, Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

Der Anteil der Versicherten, denen die erste IM im Rahmen der FI-Phase zugesprochen wird (Rz 1025 KSIM), ist seit 2012 um 6 Prozentpunkte von 10 auf 16 Prozent im Jahr 2018 angestiegen. Von den Versicherten mit IM in der FI-Phase verfügen zwei Drittel (66 %) ein Jahr davor über ein Erwerbseinkommen, ein Fünftel (20 %) hat keine Einkommensquelle oder Sozialhilfe und 14 Prozent erhalten Arbeitslosenentschädigung.

Ebenfalls verändert hat sich in den letzten Jahren der Anteil der Personen, die im Rahmen der Wiedereingliederung von Rentenbezüger und -bezügerinnen die erste IM erhalten: Lag dieser Anteil im Jahr 2012 noch bei 16 Prozent, ist er bei der Versichertenkohorte 2018 auf 5 Prozent gesunken. Die Gruppe der Versicherten, welche sich in der Wiedereingliederung von Rentenbezüger und -bezügerinnen befinden, unterscheidet sich in der Zusammensetzung von den anderen beiden Gruppen insofern, dass die Personen in einer Rentenrevision durchschnittlich weniger häufig psychische Erkrankungen, dafür aber andere Erkrankungen haben und tendenziell etwas älter sind.

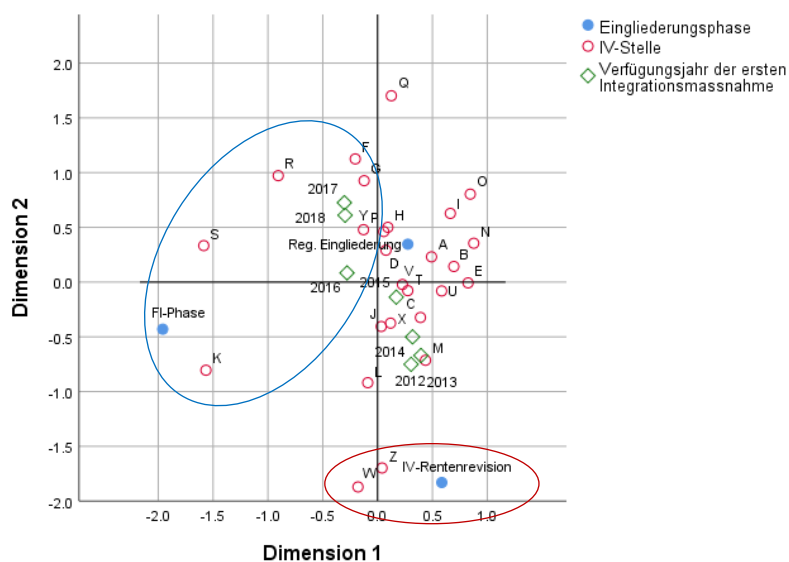
Mittels einer Mehrfachkorrespondenzanalyse wurde untersucht, inwiefern sich die IV-Stellen in der Praxis bei der Gewährung von IM in Bezug auf die drei Eingliederungsphasen unterscheiden. In Abbildung 19 stellt Dimension 1 (horizontale Achse) die Praxis der IV-Stellen hinsichtlich der Eingliederungsphase, in der die IM gewährt werden, dar. Dimension 2 (vertikale Achse) bildet Unterschiede zwischen den Kohorten (2012-18) ab. Daraus lassen sich folgende Befunde ableiten: Die IV-Stellen haben vor allem in den letzten drei Jahren (2016-18) ihre Praxis geändert und gewähren häufiger IM in der FI-Phase und weniger im Rahmen der Wiedereingliederung von Rentenbezüger und -bezügerinnen. Mit anderen Worten: Die Versichertenkohorten 2016, 2017, 2018 sind in Abbildung 19 gemeinsam mit der FI-Phase auf Dimension 1 (horizontale Achse) links lokalisiert. Dies bedeutet, dass in diesen Kohorten sowie bei den IV-Stellen, die auf der Dimension 1 stark links lokalisiert sind, IM in der FI-Phase überdurchschnittlich häufig vorkommen. Gleichzeitig distanzieren sich die Versichertenkohorten 2016, 2017, 2018 auf der Dimension 2

³¹ In den Jahren 2012-2014 bestand der politische Auftrag, Renten mit unklarer Kausalität zu überprüfen, was mit ein Grund sein dürfte, weshalb die Anteile der Rentenbezüger und -bezügerinnen in IM in diesen drei Jahren besonders hoch sind.

(vertikale Achse) deutlich von den Kohorten 2012, 2013, 2014 (unterer Abbildungsbereich). Dies wiederum deutet daraufhin, dass die IV-Stellen, welche sich im oberen Teil der Abbildung befinden, ab 2016 angefangen haben, ihre Praxis zu ändern und häufiger IM in der regulären Eingliederungsphase oder FI-Phase zuzusprechen und weniger im Rahmen einer Rentenrevision. Die unterschiedlichen Praxen der IV-Stellen bei der Gewährung von IM lässt sich anhand der drei IV-Stellen K, S, R besonders gut veranschaulichen: Die drei IV-Stellen heben sich insofern von den anderen Stellen ab, weil sie IM besonders häufig in der FI-Phase einsetzen, was sich dadurch zeigt, dass sie auf der Dimension 1 (horizontale Achse) stark links lokalisiert sind. Die IV-Stelle K wendet diese Praxis schon seit 2012/13 an.

Im Vergleich zu den anderen IV-Stellen haben die beiden Stellen W und Z einen verhältnismässig hohen Anteil an Versicherten in IM, die sich in der Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen befinden. Beide IV-Stellen sind in der Abbildung 19 im unteren, eher rechten Bereich lokalisiert und distanzieren sich daher in der Handhabung von IM deutlich von den anderen IV-Stellen. Die IV-Stelle Q ist hingegen in der Darstellung weit oben abgebildet. Sie hebt sich von den anderen Stellen insofern ab, weil sie einen deutlich höheren Anteil an Versicherten in IM ausweist, die sich in der «regulären» Eingliederungsphase befinden.

Abbildung 19: Praxis der IV-Stellen in Bezug auf die Gewährung von IM in den drei Eingliederungsphasen 2012-2018, Mehrfachkorrespondenzanalyse



Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger, Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

5.3.3 Kombinationen der gewährten IM

Für die Versicherten, die eine bis maximal drei IM absolviert haben, wurde untersucht, welche Art der IM und in welcher Abfolge sie die IM durchlaufen haben. Nachfolgend werden anhand von Abbildung 20 die Kombinationen der IM-Arten und die Wege, welche die Versicherten durchlaufen, beschrieben. Dabei werden nur Wechsel in eine andere Art von IM, aber nicht die Verlängerung der gleichen IM berücksichtigt³². Dieses Vorgehen ist vertretbar, da rund 78 Prozent der Versicherten mit IM entweder eine, zwei oder drei aufeinander aufbauende IM zugesprochen werden. Dieser Befund wurde auch in der Dossieranalyse bestätigt, in der sogar 90 Prozent der Versicherten nicht mehr als drei IM durchlaufen haben.

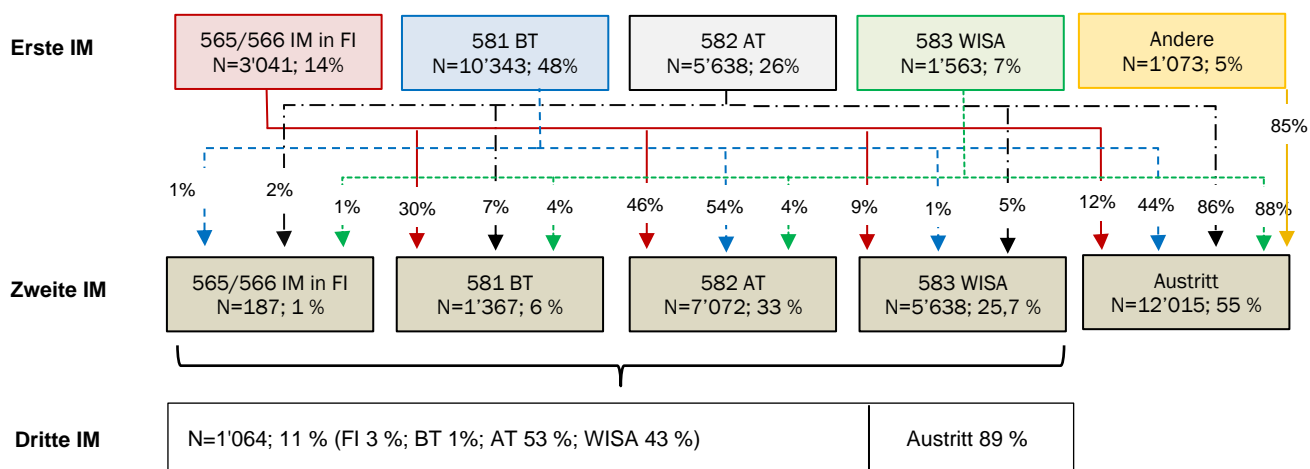
³² Verlängerungen der gleichen IM-Art lassen sich mit den Registerdaten (Sumex) nicht eindeutig eruieren, da pro IM jeweils mehrere Rechnungen bezahlt werden, die sich z.B. auch auf Spesen oder verschiedene Rechnungstranchen beziehen können.

Die meisten Versicherten starten die IM mit einem Belastbarkeitstraining (48 %). Als zweite Massnahme folgt dann in der Regel ein Aufbautraining, was auf 54 Prozent der in die Analyse einbezogenen Versicherten zutrifft. Gut zwei Fünftel der Versicherten (44 %) verlassen die IM nach dem Belastbarkeitstraining³³. Hier könnte es sich mehrheitlich um Abbrüche handeln.

Gut ein Viertel (26 %) beginnt die IM in Form eines Aufbautrainings. Von diesen Personen wechseln 5 Prozent anschliessend in eine WISA. 86 Prozent verlassen die IM nach dem Aufbautraining bzw. es ist keine weitere IM dokumentiert. Der Frage, inwiefern es sich dabei um einen Abbruch oder einen erfolgreichen Abschluss der IM handelt, wird im Rahmen von Kapitel 5.4.4 vertieft.

Nur ein geringer Anteil der Personen mit IM startet diese im Rahmen einer WISA (7 %). Für 88 Prozent von ihnen folgt anschliessend keine weitere IM. Jeweils vier Prozent wechseln nach dem WISA indes entweder in ein Belastbarkeits- oder Aufbautraining als zweite Massnahme.

Abbildung 20: Kombinationen und Abfolge der IM-Arten, Versichertenkohorten 2012-18



Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger, Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

Nach der ersten IM verlassen 55 Prozent der Versicherten die IM oder brechen sie ab. Das heisst: Für sie wurde keine weitere IM mehr in Rechnung gestellt. Nach der zweiten absolvierten IM liegt die «Austrittsquote» bei 89 Prozent. Gut jede zehnte versicherte Person (11 %) besucht im Anschluss an die zweite IM noch eine dritte IM – am häufigsten in Form eines Aufbautrainings oder einer WISA.

Verlaufstypen von IM

Die oben beschriebenen Befunde konnten auch in der Dossieranalyse verifiziert werden. Insbesondere liess sich bei der Auswertung der Versichertendossiers der Verlauf der verschiedenen IM-Art präziser rekonstruieren. Dabei konnten sechs Abfolgen von IM-Kombinationen, die in der Vorbereitung auf eine berufliche Eingliederung eingesetzt werden, festgestellt werden. Die Kombination mit Belastbarkeits- und anschliessendem Aufbautraining kommt am häufigsten vor (bei 28 % der vP). Ein Fünftel der Versicherten, von denen die Dossiers ausgewertet wurden, hat lediglich ein Belastbarkeitstraining absolviert und 18 Prozent haben nur das Aufbautraining besucht. 16 Prozent haben die IM in Form einer WISA oder mit Unterstützung auf dem bisherigen Arbeitsplatz (587 oder ehemals 588 u. 589) durchlaufen. Knapp jede zehnte Person (9 %) hat während der Eingliederungsphase drei oder mehr verschiedene IM besucht.

³³ Bei einem Prozent ist als zweite IM eine sozialberufliche Massnahme im Rahmen der FI dokumentiert, was in der Regel nicht vorkommen sollte und dafür unterschiedliche Erklärungsgründe möglich sind: Entweder handelt es sich dabei um einen Codierfehler oder es handelt sich um eine Begleitmassnahme (z.B. Job Coach) zu einer IM, die im regulären Arbeitsmarkt stattfindet und die – wie aus der Dossieranalyse hervorgeht – häufig unter der Chiffre der «Sozialberuflichen Massnahmen» codiert wird. Eine weitere Möglichkeit ist, dass die erste IM «erfolgreich» abgeschlossen, ein 50%ige Arbeitsfähigkeit erreicht wurde und auch eine Reintegration in den regulären Arbeitsmarkt stattgefunden hat, sich der Krankheitsverlauf zu einem späteren Zeitpunkt aber wieder verschlechtert hat und die vP dann mit einer IM in der FI unterstützt wurde. Dies könnte insbesondere für jene Fälle zutreffen, bei denen die Distanz zwischen dem Abschluss der ersten IM und dem Beginn der zweiten IM mehr als zwei Jahre beträgt.

Dabei kommt die Abfolge von Belastbarkeits-, Aufbautraining und anschliessender Arbeit zur Zeitüberbrückung oder anschliessender WISA am häufigsten vor. Sozialberufliche Massnahmen in der FI-Phase mit anschliessendem Belastbarkeits- oder Aufbautraining wurden bei 8 Prozent der versicherten Personen in IM eingesetzt.

Tabelle 15: Arten von IM-Kombinationen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (N=301)

Kombinationen der IM	Anteil
Belastbarkeits-, dann Aufbautraining	28%
Nur Belastbarkeitstraining	20%
Nur Aufbautraining	18%
WISA u./o. Unterstützung bisheriger Arbeitsplatz	16%
Andere Kombinationen mit 3 und mehr IM	9%
Sozialberufliche Massnahme, dann IM	8%

Quelle: Analyse Versichertendossier

Die sechs Verlaufstypen von IM-Kombinationen kommen bei den fünf in die Fallstudien einbezogenen IV-Stellen in unterschiedlicher Häufigkeit vor. Dieser Befund zeigt zum einen, dass die IV-Stellen die IM unterschiedlich nutzen. Zum anderen bestehen zwischen den IV-Stellen Unterschiede bei der Codierung der IM in den IV-Registerdaten. Auf beide Aspekte haben auch die Eingliederungsfachpersonen in den Fokusgesprächen hingewiesen. So setzen gewisse IV-Stellen die IM vor allem dafür ein, um die Belastbarkeit und Arbeitsmarktfähigkeit der Personen abzuklären. Massnahmen, die auf dem ersten Arbeitsmarkt stattfinden, werden dann nicht mehr als IM, sondern unter einem anderen Code codiert. WISA kommen bei diesen IV-Stellen in der Statistik kaum vor. Andere IV-Stellen wiederum codieren alle IM, die in der freien Wirtschaft stattfinden, als WISA.

Von den fünf in den Fallstudien untersuchten IV-Stellen finden die IM bei einer IV-Stelle bei mehr als einem Drittel der Versicherten (35 %) in der freien Wirtschaft statt. Bei einer anderen IV-Stelle absolviert gut ein Fünftel der Versicherten (22 %) die IM in Form einer WISA. Eine andere IV-Stelle (S) verfügt indes besonders häufig nur das Aufbautraining, ohne dass vorgängig ein Belastbarkeitstraining durchgeführt wird. Schliesslich fallen zwei IV-Stellen auf (M, V), bei denen die Versicherten überdurchschnittlich häufig entweder die Kombination Belastbarkeits-/Aufbautraining oder nur das Belastbarkeitstraining absolvieren. Bei einer IV-Stelle (Y) werden die Versicherten in IM überdurchschnittlich häufig mit sozialberuflichen Massnahmen (Code 565) begleitet. Allerdings hat sich auch hier in den Gesprächen mit den IV-Stellen gezeigt, dass dieser Code (565) für sehr unterschiedliche Massnahmen verwendet wird. So kann es sich dabei um eine IM in der FI-Phase handeln oder einfach um eine Massnahme in der FI-Phase, die aber nicht zwingend eine IM ist.

Die Tabelle 17 zeigt zudem: Wenn die Personen bei Beginn der IM noch ein Erwerbseinkommen haben, dann erfolgt die IM in der Regel in Form einer WISA, teilweise auch bereits in der FI-Phase. Beziehen die Versicherten indes Leistungen aus dem System der sozialen Sicherheit, absolvieren sie in der Regel zuerst ein Belastbarkeits- und dann ein Aufbautraining, gut ein Viertel aber auch nur das Aufbautraining oder das Belastbarkeitstraining. Personen, bei denen nur ein Belastbarkeitstraining dokumentiert ist, haben die IM entweder abgebrochen oder erfolglos beendet, d.h. es folgte keine weitere Massnahme (→ siehe Kapitel 5.4.4). Bei Personen, die bei Beginn der IM keine Einkommensquelle hatten, kommen komplexere Verläufe mit drei und mehr IM häufiger vor als bei den anderen beiden Gruppen.

Tabelle 16: Verläufe von IM-Kombination nach IV-Stelle und Erwerbssituation bei Beginn der IM (N=301)

IV-Stelle	Verläufe und IM-Kombinationen						
	Nur AT	BT - AT	Nur BT	Sozialber. Mass. (365)	WISA, 587 588, 589	Kombinationen ≥ 3 IM	Gesamt
S	32%	22%	17%	12%	8%	10%	100%
M	22%	43%	27%	2%	2%	5%	100%
Y	0%	34%	23%	18%	15%	10%	100%
R	13%	27%	7%	3%	35%	15%	100%
V	22%	15%	28%	7%	22%	7%	100%
Gesamt	18%	28%	20%	8%	16%	9%	100%
Erwerbssituation bei Beginn der IM							
Erwerbseinkommen (Arbeitsplatz vorhanden)	13%	19%	9%	11%	40%	9%	100%
Leistungen aus dem System der sozialen Sicherheit	26%	38%	26%	2%	3%	6%	100%
Keine Einkommensquelle	12%	29%	26%	11%	10%	12%	100%

Quelle: Analyse der Versichertendossiers

5.3.4 Durchführungsort der IM

Die Möglichkeit, IM in der freien Wirtschaft durchzuführen, hat in den letzten Jahren – insbesondere im Hinblick auf eine erfolgreiche berufliche Eingliederung – an Bedeutung gewonnen. In den ausgewerteten Qualitätsgesprächen, welche die IV-Stellen in regelmässigen Abständen mit den Leistungserbringern führen, zeigt sich seitens der IV-Stellen ein gewisser Druck auf die Leistungserbringer, Einsätze in der freien Wirtschaft zu ermöglichen und die Personen in IM bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes zu unterstützen. «Der Druck hat klar zugenommen, auch von unserer Seite. Ich berücksichtige deutlich mehr Institutionen, die auch Fokus auf Anschlusslösungen oder Schnuppereinsätze legen. Nur Betreuung reicht nicht mehr [Fokusgruppe]».

Von den zehn in den Leitfadeninterviews befragten Leistungserbringern geben die Hälfte an, dass es bei ihnen möglich ist, während der IM ein Praktikum in der freien Wirtschaft zu machen. Zwei weitere Institutionen erwähnen, dass ein solcher Einsatz zwar möglich sei, aber sehr selten stattfände. In drei Institutionen gibt es diese Möglichkeit nicht. Da die IV-Stellen, die IM unterschiedlich nutzen, z.B. das Belastbarkeitstraining zur Abklärung, ob eine Rückkehr in den regulären Arbeitsmarkt überhaupt realistisch ist, werden solche Möglichkeiten auch nicht immer verlangt.

Bei den Durchführungsstellen, wo ein Praktikum im regulären Arbeitsmarkt möglich ist, ist diese Möglichkeit institutionalisiert. Das heisst, Praktika sind schon von Anfang an im Rahmen der IM vorgesehen. Die Dauer der Praktika ist je nach Institution unterschiedlich, genannt werden 1 bis 3 Monate. In einer Institution starte die Praktikumssuche bereits nach einem Monat. Gemäss den befragten Durchführungsstellen wird die eigenständige Suche einer Praktikumsstelle als der erste Schritt in die Eigenverantwortung gesehen. Die Praktika dienen aber auch dazu, sich ein Bild über die künftigen Möglichkeiten der versicherten Person machen zu können. Da aber das Risiko gross sei, dass der Übergang in den ersten Arbeitsmarkt durch Stress und Anpassungsschwierigkeiten zu einem Abbruch der IM führe, wird sehr grossen Wert auf die Begleitung gelegt.

In eine ähnliche Richtung haben die Eingliederungsfachpersonen in den Fokusgruppengesprächen argumentiert: Die versicherte Person müsse für eine IM in der freien Wirtschaft zunächst psychisch genügend stabil sein, damit sie dem Druck der Arbeitswelt gewachsen sei und sich die Rückkehr auf eine reguläre Arbeitsstelle nicht kontraproduktiv auswirke. Es sei deshalb wichtig und sinnvoll, dass die erste Phase der IM in einem geschützten Rahmen stattfindet, um auch richtig einschätzen zu können, ob die Person für den nächsten Schritt bereit ist. Ein schrittweiser Aufbau der Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit in verschiedenen Arbeitssituationen sei zentral, dabei sollte man auch eine höhere Anzahl verschiedener IM in Kauf nehmen. Zugleich waren sich die Teilnehmenden der Fokusgruppen auch einig, dass

die Konfrontation mit der Realität für die Versicherten wichtig sei und dass die Rückkehr auf eine Arbeitsstelle am besten über eine möglichst berufsnahe Durchführung der IM gelingt. Spätestens ab dem Aufbautraining sollte die Durchführung eine berufsnahe Richtung einschlagen, dann kann es auch sinnvoll sein, einen Teil des Aufbautrainings in der freien Wirtschaft zu absolvieren und die versicherte Person sowie den Arbeitgeber durch einen Job Coach zu begleiten. In beiden Fokusgruppengesprächen plädierten die Eingliederungsfachpersonen für eine flexible Ausgestaltung der Durchführungsformen. Beispielsweise könnte ein Alternieren zwischen regulärem Arbeitsmarkt und Einrichtung interessant sein – z.B. ein Praktikum in der freien Wirtschaft mit einem Tag pro Woche in der Institution, wo mit der versicherten Person gezielt an einem Aspekt gearbeitet werden könnte. Zugleich könnte der Übergang zwischen geschütztem Rahmen und Arbeitsmarkt mit solchen «Mischformen» fließender gestaltet und zu heftige Brüche vermieden werden.

Durchführungsort der IM gemäss Dossieranalyse

In den 301 ausgewerteten Dossiers waren Angaben zu insgesamt 590 IM dokumentiert. Davon hat rund ein Viertel der IM in der freien Wirtschaft stattgefunden. Während das Belastbarkeitstraining (9 %) und Aufbautraining (12 %) eher selten auf einer regulären Arbeitsstelle stattfindet, trifft dies indes auf 94 Prozent der WISA zu.

Tabelle 17: Durchführungsort der IM nach Art der IM und IV-Stelle (N=590)

IM-Art	Durchführungsort der IM			
	Regulärer Arbeitsmarkt	Institution / zweiter Arbeitsmarkt		
Belastbarkeitstraining	9%	91%	100%	
Aufbautraining	12%	88%	100%	
WISA	94%	6%	100%	
Andere (584, 587, 588, 589)	47%	53%	100%	
Gesamt	25%	75%	100%	
IV-Stelle				
S	25%	75%	100%	
M	3%	97%	100%	
Y	21%	79%	100%	
R	47%	53%	100%	
V	30%	70%	100%	
Gesamt	25%	75%	100%	
Arbeitsplatz vor Beginn der IM (N=301)				
Arbeitsplatz vorhanden	66%	34%	100%	
Kein Arbeitsplatz vorhanden	10%	90%	100%	

Quelle: Analyse der Versichertendossiers

Deutliche Unterschiede zeigen sich zudem zwischen den fünf untersuchten IV-Stellen (→ Tab. 18). Insbesondere zwei IV-Stellen fallen durch einen deutlich überdurchschnittlichen Anteil an IM im regulären Arbeitsmarkt auf, während bei einer IV-Stelle beinahe keine IM in der freien Wirtschaft stattfindet. Diese unterschiedliche Handhabung wurde auch in den Fokusgruppengesprächen thematisiert. Die Gründe liegen zum einen in der Definition der IM: So kehren die Versicherten bei einer IV-Stelle erst auf den Arbeitsmarkt zurück, wenn sie eine 50%ige Arbeitsfähigkeit eines vollen Pensums erreicht haben. Ab diesem Zeitpunkt werden die von der IV-Stelle verfügbaren Massnahmen jedoch nicht mehr als IM, sondern als berufliche Massnahmen (z.B. Arbeitsversuch) definiert. Zum anderen hat auch die flächenmässige Grösse oder die Topographie eines Kantons Einfluss darauf, ob die IM eher in einer Institution oder auf dem regulären Arbeitsmarkt stattfindet. Insbesondere in grösseren Kantonen können die Durchführungsstellen entweder weit entfernt liegen oder vor allem in den Zentren und in Zentrumsnähe lokalisiert sein. Die Topographie und der damit verbundene Reiseaufwand für die Versicherten zwingt die IV-Stellen offenbar dazu, bei der Durchführung der IM stärker mit den Arbeitgebern zusammenzuarbeiten. «Weil ich nur zwei Institutionen in Nähe zur Verfügung habe, bin ich angewiesen auf Arbeitgeber, mit denen ich versuche, eng zusammenzuarbeiten [Fokusgruppe]». Entscheidend ist zudem, ob bei der versicherten Person noch ein

Arbeitsplatz vorhanden ist oder nicht *«si on voit que l'employeur veut garder la personne, on va tout mettre en œuvre pour garder l'emploi et moins regarder sur la durée [Fokusgruppe]»*. Dies bestätigen auch die Befunde der Dossieranalyse: Ist zu Beginn der IM noch ein Arbeitsplatz vorhanden, absolvieren zwei Drittel der Versicherten die IM auf einer regulären Arbeitsstelle.

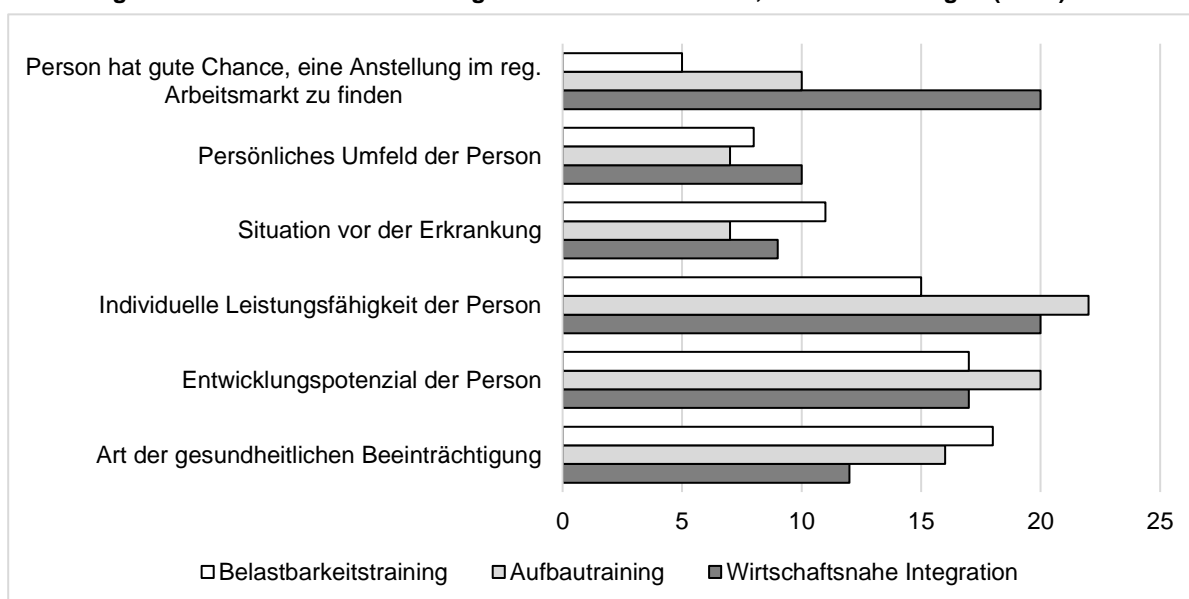
Gewisse IV-Stellen haben in den letzten Jahren den Kontakt zu den Arbeitgebern intensiviert. In den Gesprächen wurde in diesem Zusammenhang auch von Kundenbindung und der grossen Bedeutung dieser Kontakte zu den Arbeitgebern für die IV-Stellen gesprochen. *«Die persönlichen Kontakte, die wir uns in den letzten Jahren geschaffen haben, gibt uns die Möglichkeit einfacher für einen Schnuppereinsatz anzufragen und wenn es passt, dann kriegen die Leute eine Stelle [Fokusgruppe]»*. Aber auch in der Begleitung der Versicherten sei wichtig, dass die Arbeitgeber nicht nur zu den Job Coaches Kontakt hätten, sondern auch die Ansprechpersonen bei den IV-Stellen persönlich kennen *«es ist uns enorm wichtig, dass die IV auch ein Gesicht zeigt, und nicht nur der Job Coach [Fokusgruppe]»*. Insbesondere wenn die IM im regulären Arbeitsmarkt stattfinden, sollte die IV-Stelle die Funktion einer *«Passerelle»* zwischen Arbeitgeber und der versicherten Person übernehmen, indem sie den Arbeitgeber mit den notwendigen Informationen versorgt und ihn auch soweit als möglich über die Gesundheitsprobleme aufklärt.

5.3.5 Bedarfs- und bedürfnisgerechte Auswahl der IM-Art

Gemäss KSIM sollen Integrationsmassnahmen hinsichtlich Aufbau, Inhalt und Dauer auf den individuellen Bedarf und die Fähigkeiten der versicherten Person abgestimmt werden (vgl. Rz 1008 KSIM). Die Befunde der Onlinebefragung geben Aufschluss darüber, wie die IV-Stellen die Art der IM auswählen und wie sie sicherstellen, dass die gewählten IM bedarfs- und bedürfnisgerecht sind und auf die individuellen Fähigkeiten der Versicherten abgestimmt sind.

Die Rückmeldungen aus der Onlinebefragung zeigen, dass bei der Auswahl der passenden IM-Art sowohl individuelle Kriterien als auch externe Rahmenbedingungen eine Rolle spielen. Die Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung, das Entwicklungspotential der betroffenen Person und die individuelle Leistungsfähigkeit nennen jeweils die meisten IV-Stellen als zentrale Kriterien bei der Wahl der IM-Art. Bei der WISA spielt zusätzlich die Chance, auf dem regulären Arbeitsmarkt eine Anstellung zu finden, eine wesentliche Rolle. Weniger häufig als Kriterium bei der Wahl der IM-Art nennen die Befragten die Situation der Erkrankung oder das persönliche Umfeld.

Abbildung 21: Individuelle Voraussetzung bei der Wahl der IM-Art, Anzahl Nennungen (N=26)



Quelle: Onlinebefragung IV-Stellen 2019

Neben individuellen Kriterien achten die IV-Stellen auch auf «externe» Rahmenbedingungen bei der Auswahl der Art der IM. Dabei spielt die Zielsetzung im Eingliederungsplan oder die Eingliederungsphase

eine wesentliche Rolle. 16 IV-Stellen geben zudem an, dass sie insbesondere bei der Wahl des Belastbarkeitstrainings auch auf das Angebot der Leistungserbringer achten und 14 IV-Stellen sagen, dass auch der Erhalt der Tagesstruktur ein wichtiges Kriterium bei der Auswahl sei. Dies wird jedoch in einer Rückmeldung infrage gestellt: «Für die Aufrechterhaltung der Tagesstruktur sind IM nicht gedacht, sondern die Tageskliniken zuständig». Verschiedene Eingliederungsfachpersonen haben zudem darauf hingewiesen, dass sie die Art der IM individuell nach dem Bedarf der versicherten Person auswählen.

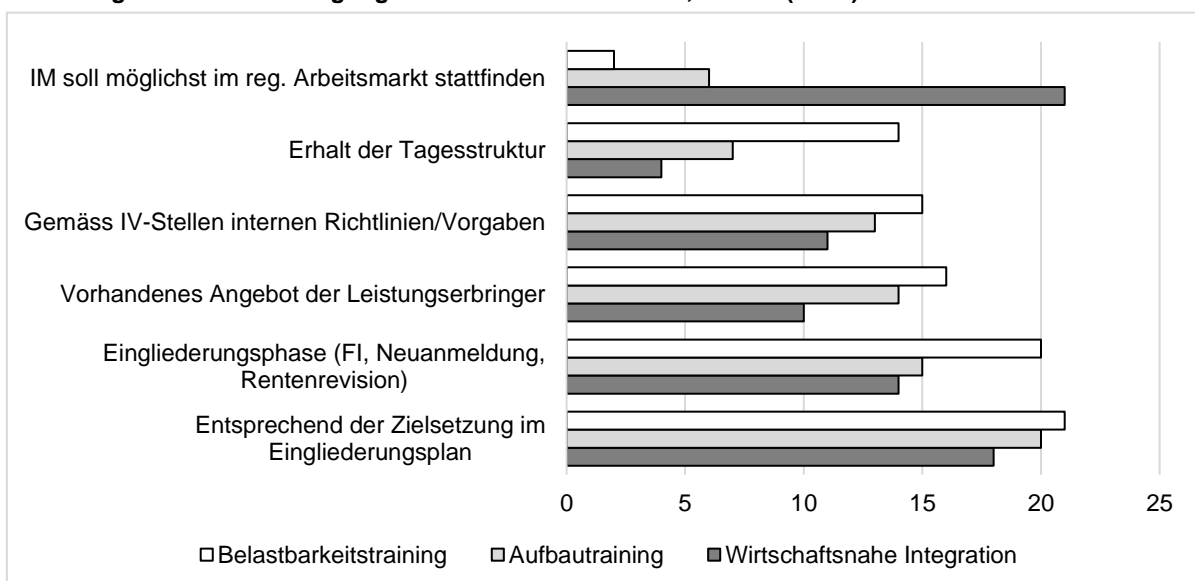
Die Versicherten selbst betonten in den Interviews, wie wichtig für sie die zwei Phasen des Aufbaus der Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit waren. «On a commencé progressivement, je n'avais plus eu d'activité depuis longtemps. C'est bien de ne pas être brusqué [Interview 5, vP]». Die erste Phase der Durchführung, welche in der Regel in einer Institution stattgefunden hat, gab ihnen die Möglichkeit, den Tages- und Arbeitsrhythmus wiederzufinden. In der zweiten Phase, welche in der Regel das Aufbautraining betrifft, wünschen sich die Versicherten eine sinnvolle Tätigkeit, die möglichst berufsnahe ist und auf dem regulären Arbeitsmarkt stattfinden kann. Ein schrittweises Vorgehen mit kontinuierlichem Leistungsausbau wird in dieser Phase als sehr zielführend beurteilt «das Aufbautraining fand ich auch sehr gut, insbesondere der langsame Aufbau des Pensums – denn erst da merkt man, was geht und was nicht [Interview 8, vP]».

Alle interviewten versicherten Personen – mit einer einzigen Ausnahme – haben die IM als positiv empfunden. Sie erwähnen insbesondere den sozialen Austausch und die Tagesstruktur, die ihnen die IM ermöglichte. Dabei scheint ausschlaggebend zu sein, dass der Rhythmus ihres Einsatzes speziell auf sie ausgerichtet wurde, auch wenn einzelne Interviewte sich unterfordert fühlten und anfangs dachten, die IM schneller zu beenden, um auf den ersten Arbeitsmarkt zurückgehen zu können. Der Schritt für Schritt erfolgte Ausbau und keinem Druck standhalten zu müssen, helfe, Stabilität zu gewinnen. Die interviewte Person mit einer schlechten Erfahrung erwähnt denn auch, dass die IM zu viel Druck beinhaltete und dass sie noch nicht bereit dafür gewesen sei. Drei versicherte Personen nennen spontan die als sehr positiv empfundene persönliche Begleitung durch ihren Coach oder die Eingliederungsfachperson der IV-Stelle.

Rahmenbedingungen

Die Eingliederungsfachpersonen wurden zudem in der Onlinebefragung gefragt, wie sie sicherstellen, dass die IM bedarfs- und bedürfnisgerecht sind. Es handelte sich dabei um eine offene Frage, die Befragten konnten ihre Antworten in eigenen Worten formulieren. Die Aussagen wurden nachträglich nach Aspekten geordnet und neun verschiedenen Kategorien zugewiesen (→ Abb. 22). Die meisten Befragten nannten verschiedene Massnahmen, die mehreren Kategorien zugeordnet wurden.

Abbildung 22: Rahmenbedingungen bei der Wahl der IM-Art, Anzahl (N=26)

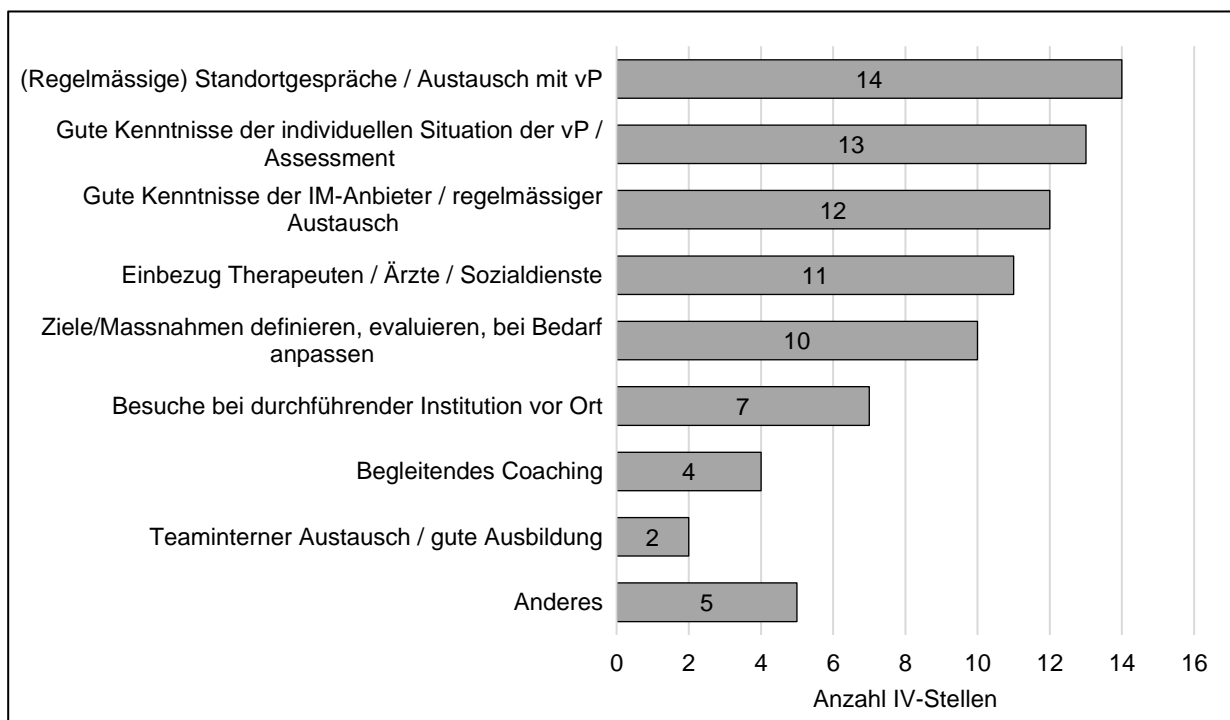


Quelle: Onlinebefragung IV-Stellen 2019

Insgesamt nimmt der Austausch mit den Versicherten sowie den weiteren involvierten Akteuren aus Sicht der Befragten eine zentrale Rolle ein, um die IM bedarfs- und bedürfnisgerecht zu gestalten. Ein regelmässiger Austausch mit den Versicherten und Standortgespräche haben dabei den grössten Stellenwert. 13 Befragte nennen zudem, dass sie auch darauf achten, die individuelle Situation der Versicherten gut zu kennen. Dies wird bspw. durch umfassende Assessments/Situationsanalysen mit den Versicherten erreicht. Weiter ist es für die Eingliederungsfachpersonen wesentlich, die IM-Anbieter gut zu kennen und sich regelmässig mit ihnen auszutauschen (12 Nennungen). Dadurch kann die Institution oder der Arbeitgeber möglichst passend zu den individuellen Bedürfnissen der Personen ausgewählt und bei Bedarf allenfalls gewechselt werden, wie folgendes Zitat zeigt: *«Regelmässige monatliche Standortgespräche in der Institution. Das "Matching" ist wichtig bei der Auswahl der Institution, der Arbeit, des Umfelds. Dann sind wir monatlich fest 1/2 - 1 Tag in den Institutionen vor Ort, wo wir regelmässig zusammenarbeiten und so den Verlauf begleiten und steuern können. Nach Notwendigkeit Wechsel der Massnahme und / oder Institution»*.

Neben der Zusammenarbeit mit den durchführenden Institutionen/Arbeitgebern wird auch der Austausch mit den beteiligten Fachpersonen (Therapeuten, Ärzte, Sozialdienste etc.) sowie die Definition von klaren – bei Bedarf aber anpassbaren – Zielen genannt. Ausserdem erwähnen die Eingliederungsfachpersonen Besuche bei der durchführenden Institution/Arbeitgeber vor Ort, begleitendes Coaching sowie vereinzelt einen teaminternen Austausch und eine gute Ausbildung der Berater und Beraterinnen in Bezug auf berufliche Integration als geeignetes Vorgehen, um Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit der IM sicherzustellen.

Abbildung 23: Vorgehen um die IM bedarfs- und bedürfnisgerecht und auf die individuellen Fähigkeiten der Versicherten abzustimmen, Mehrfachantworten (N=26)



Quelle: Onlinebefragung IV-Stellen 2019

Die obengenannten Aspekte wurden auch in den geführten Interviews mit den Durchführungsstellen verschiedentlich hervorgehoben. Eine gründliche Klärung der gesundheitlichen Situation und der Möglichkeiten der versicherten Person sei von entscheidender Bedeutung, wenn sichergestellt werden soll, dass die zu erreichenden Ziele mit den individuellen Bedürfnissen des Versicherten in Einklang stehen. In einem Erstgespräch, an dem auch die Eingliederungsfachperson der IV-Stelle präsent sein sollte, wird eine Bestandsaufnahme von der Situation und den individuellen Entwicklungsmöglichkeiten vorgenommen, und es werden die zu erreichenden Ziele vereinbart. Einzelne Durchführungsstellen haben in den Interviews bemängelt, dass sie nicht immer ausreichend in die Entscheidung über die verfügte IM-Art und

die zu erreichenden Ziele einbezogen werden. Dies verhindere, dass die unterschiedlichen Parteien ein umfassendes Verständnis von den Zielen gewinnen können. Primäres Ziel bei der Auswahl der IM sollte zudem sein, dass sich der Gesundheitszustand der Person nicht verschlechtert. Dafür ist eine enge Zusammenarbeit mit den Ärzten und Ärztinnen eine wesentliche Voraussetzung.

5.4 Dauer der IM-Phase zur Vorbereitung auf eine berufliche Eingliederung

Um die Dauer zu berechnen, während der eine versicherte Person im Rahmen der Vorbereitungsphase auf eine berufliche Eingliederung in den IM verweilt, wurde die Distanz zwischen Beginn der ersten IM und Rechnungsdatum der letzten absolvierten IM kalkuliert. Allerdings handelt es sich beim «Abschlussdatum» aufgrund der Rechtszensurierung der IV-Registerdaten um einen Näherungswert. Ein eindeutiges Datum, das den Abschluss der IM belegen würde, ist in den IV-Registerdaten nicht dokumentiert. Es gibt zudem gute Gründe anzunehmen, dass die IV-Stellen die Schlussrechnung erst nach dem tatsächlichen Abschluss der letzten IM begleichen. Daher dürfte die Verweildauer, welche die Versicherten in den IM verbringen, in den IV-Registerdaten überschätzt werden. Dies zeigen auch die Auswertungen der Versichertendossiers, wo eine durchschnittliche Gesamtdauer (Median) von 6,7 Monaten (inkl. allfälliger Unterbrüche) berechnet wurde – das ist gut ein Monat weniger, als aus den IV-Registerdaten hervorgeht.

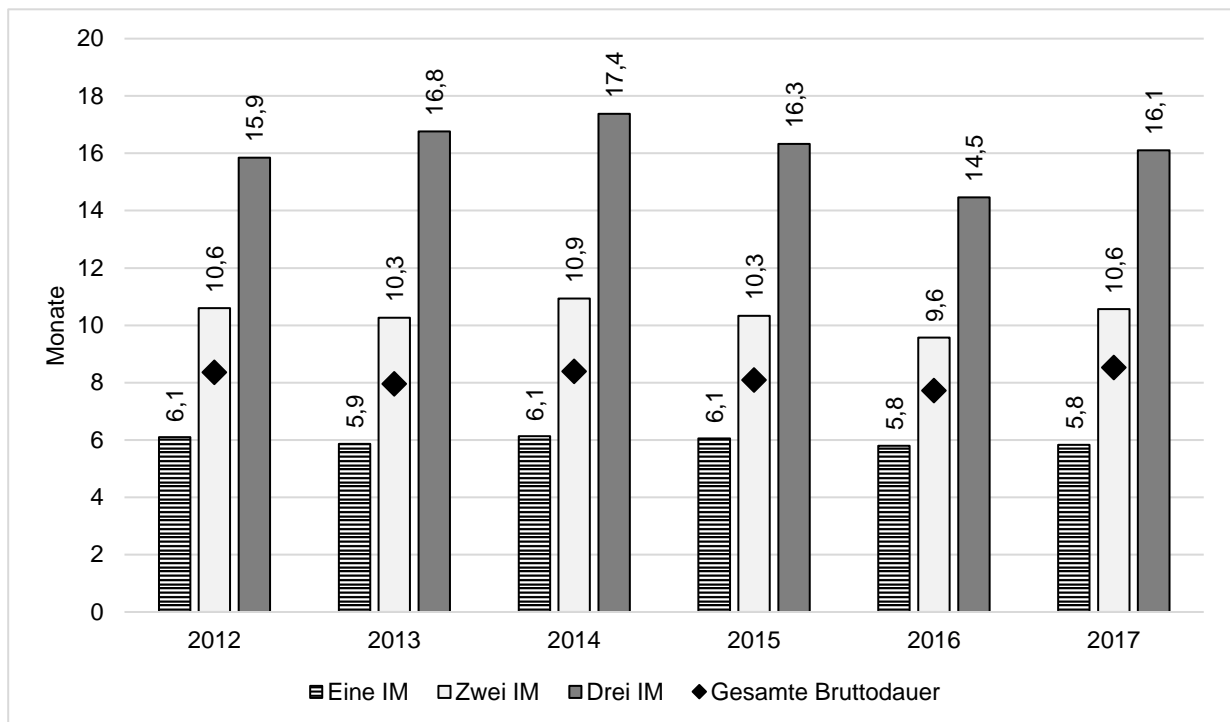
Für die nachfolgenden Darstellungen, welche sich auf die Auswertung der IV-Registerdaten beziehen, wird davon ausgegangen, dass die IV-Stellen ab Rechnungsdatum eine Begleichungsfrist von 30 Tagen haben. Um eine Annäherung an den «tatsächlichen» Zeitpunkt des Abschlusses der IM zu erhalten, wurde daher vom Rechnungsdatum jeweils die Zahlungsfrist von 30 Tagen subtrahiert. In die Analyse wurden zudem nur Versicherte einbezogen, für die zwischen dem Beginn der ersten IM und der zuletzt bezahlten Rechnung nicht mehr als zwei Jahre liegen³⁴. Darüber hinaus handelt es sich bei den nachfolgenden Berechnungen um eine Bruttodauer zwischen Beginn der ersten IM und Abschluss der letzten absolvierten IM. Darin enthalten sind auch Unterbrüche, z.B. wenn bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands ein erneuter Klinikaufenthalt notwendig wird. Um Vergleiche im Zeitverlauf vornehmen zu können, wurden nur Versicherte einbezogen, denen die erste IM im Zeitraum zwischen 2012 und 2017 verfügt wurde.

Im Durchschnitt (Median) dauert die Phase, in der die versicherten Personen IM absolvieren, acht Monate (inkl. Unterbrüche). Diese durchschnittliche Bruttodauer zwischen Beginn der ersten IM und der letzten absolvierten IM ist seit 2012 weitgehend konstant (→ Abb. 24). Die Dauer dieser ersten Phase der beruflichen Eingliederung wird massgeblich durch die Anzahl der absolvierten IM³⁵ bestimmt. Personen, die lediglich eine IM-Art – allenfalls mit Verlängerung – durchlaufen, verbleiben im Durchschnitt ein halbes Jahr (Median) in der entsprechenden IM. Werden indes zwei unterschiedliche IM-Arten hintereinander besucht (z.B. Belastbarkeits- und Aufbautraining), dauert die Phase in den IM durchschnittlich 10 Monate. Wird zusätzlich ein dritter IM-Art gewährt, verlängert sich die Verweildauer um bis ein halbes Jahr.

³⁴ Der Grund dafür ist, dass eine mehr als zweijährige Zeitspanne zwischen Startdatum der ersten IM und «Abschlussdatum» der zuletzt absolvierten IM häufig mit einem Unterbruch verbunden ist, der jedoch anhand der Dokumentation in den IV-Registerdaten nicht eindeutig abgegrenzt werden kann.

³⁵ Der Korrelationskoeffizient nach Pearson (Zusammenhangsmass) zwischen Dauer der IM und Anzahl besuchte IM beträgt 0.46 und ist auf dem Niveau von $p = 0,01$ signifikant.

Abbildung 24: Entwicklung der durchschnittlichen Bruttodauer der IM nach absolvierter Anzahl IM und nach Jahr, in Monaten Median



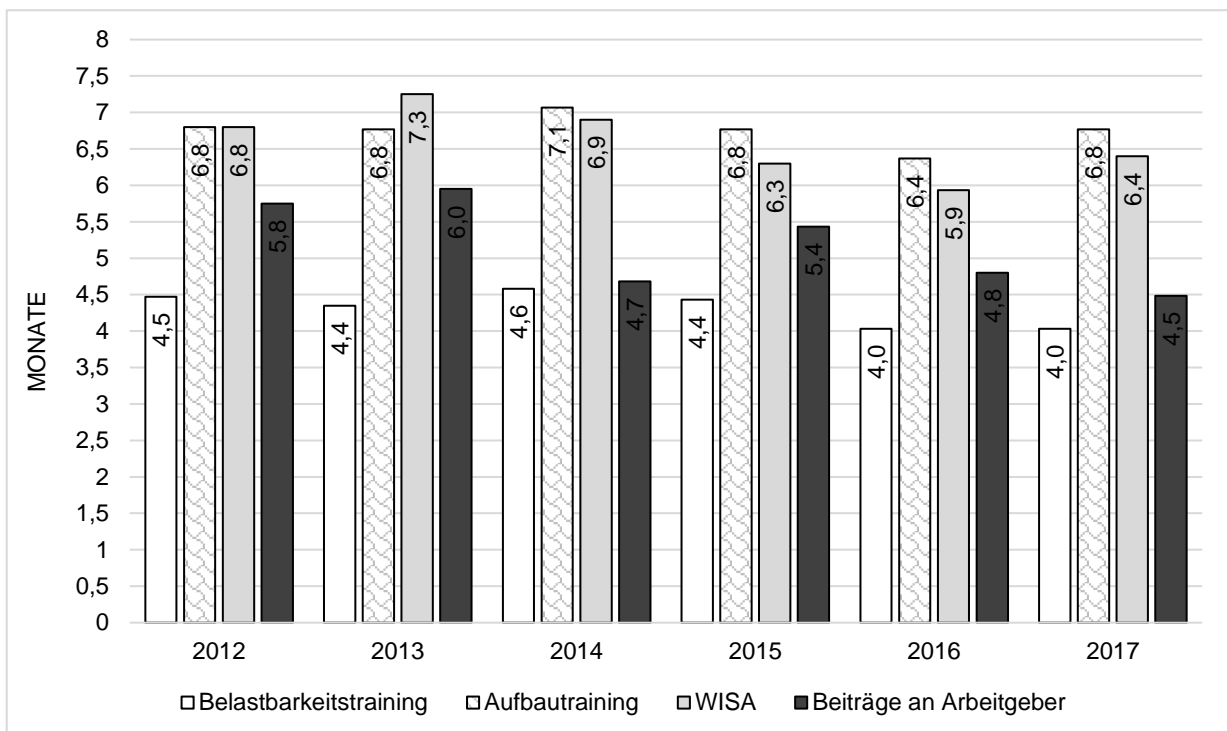
Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger, Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

5.4.1 Bruttodauer der verschiedenen IM-Arten und Unterschiede zwischen den IV-Stellen

Je nach Art der IM, welche die versicherten Personen absolvieren, dauert diese unterschiedlich lange (→ Abb. 25). Das Belastbarkeitstraining dauert im Durchschnitt zwischen vier und 4,5 Monate (Median). Die Bruttodauer des Belastbarkeitstrainings wurde ab dem Jahr 2016 um durchschnittlich einen halben Monat reduziert (statistisch signifikant auf dem Niveau $p = 0.05$).

Im Aufbautraining verbringen die Versicherten durchschnittlich knapp sieben Monate. Dieser Wert ist über den Zeitraum 2012-17 weitgehend stabil. Im Rahmen der WISA werden die Versicherten durchschnittlich 6,5 Monate begleitet, wobei diese IM-Art je nach Untersuchungsjahr durchschnittlich bis zu einem Monat länger dauern kann. Beiträge an den bisherigen Arbeitgeber bei einer Weiterbeschäftigung werden im Vergleich zu den anderen IM in der Regel etwas weniger lang entrichtet. Die IV-Stellen gewähren solche Beiträge im Durchschnitt während 4,5 Monaten bis höchstens ein halbes Jahr.

Abbildung 25: Durchschnittliche Bruttodauer der verschiedenen IM-Arten 2012-2017, Median in Monaten (inkl. Unterbrüche)



Quelle: Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

Bruttodauer der IM nach IV-Stelle

Wie lange eine Person in den IM verweilt, variiert je nach IV-Stelle. Auch wenn die durchschnittlichen Abweichungen zwischen den IV-Stellen geringfügig sind, erweisen sich diese als statistisch signifikant (F-Wert 23,56, p-Wert=0.001). Bei neun IV-Stellen liegt die Dauer der IM-Phase zur Vorbereitung auf eine berufliche Eingliederung unterhalb und bei 17 IV-Stellen oberhalb des gesamtschweizerischen Durchschnitts (8,2 Monate). Allerdings kann die Bruttodauer der IM-Phase nach IV-Stelle bis zu einem guten halben Jahr mehr oder weniger lange dauern (Standardabweichung). Dieser Wert ist jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da es je nach Zusammensetzungen der Versichertenstruktur (mehr komplexe Fälle) allenfalls auch zu mehr Unterbrüchen kommen kann, wodurch sich auch die Bruttodauer der IM verlängert.

Abbildung 26 zeigt die Medianwerte der Bruttodauer zwischen dem Start der ersten und Abschluss der letzten IM nach IV-Stellen sowie im Vergleich zwischen den beiden Jahren 2012 und 2017. Bei acht IV-Stellen hat sich diese Dauer zwischen den Jahren 2012 und 2017 teilweise deutlich verringert. Dieser Befund trifft auf die IV-Stellen zu, die unterhalb der Trendlinie liegen. Bei sechs IV-Stellen hat sich die Gesamtdauer der Phase, in der die Versicherten in IM sind, seit 2012 nur geringfügig oder gar nicht verändert. Diese IV-Stellen befinden sich auf oder nahe an der Trendlinie. Bei 12 IV-Stellen hat sich indes die durchschnittliche Gesamtdauer der IM seit 2012 teilweise deutlich verlängert. Diese IV-Stellen liegen oberhalb der Trendlinie.

Abbildung 26: Durchschnittliche Bruttodauer der IM-Phase nach IV-Stelle, Vergleich zwischen 2012 und 2017, Median in Monaten (inkl. Unterbrüche)



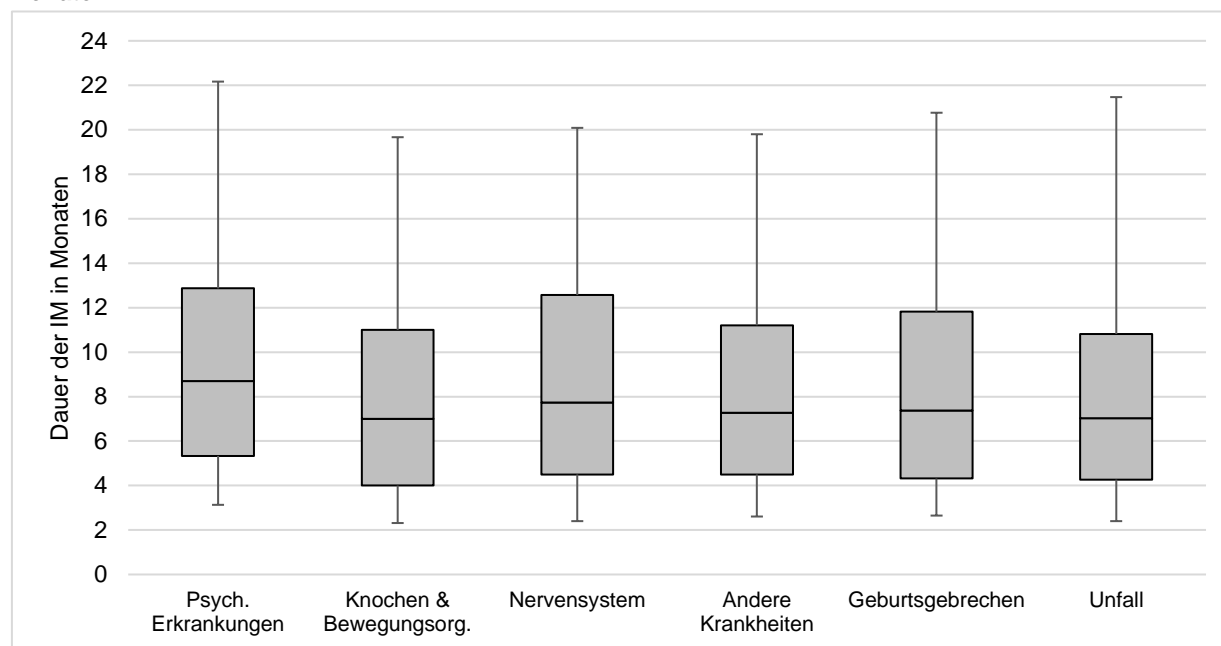
Quelle: Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

Mittels einer Regressionsanalyse wurde zudem überprüft, inwiefern Zusammenhänge zwischen der durchschnittlichen Gesamtdauer der IM pro IV-Stelle und den Aspekten *restriktive Auswahlkriterien der Zielgruppe*, *Anzahl gewährte IM pro versicherte Person* und *Anteil der gewährten IM in der FI-Phase* bestehen (→ vgl. Tab. 2A im Anhang I). Dabei erweist sich einzig die Variable *Anzahl gewährte IM pro Person* als signifikante Erklärungsvariable für die unterschiedliche Gesamtdauer, in der die Versicherten in den IM sind (p-wert = 0,41).

Profile der Versicherten und Bruttodauer der IM

In Bezug auf das Profil der Versicherten besteht lediglich zwischen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und der Dauer der IM ein signifikanter Zusammenhang. Das Geschlecht und das Alter der versicherten Personen stehen indes in keinem Zusammenhang damit, über wie lange Zeit eine Person in den IM verweilt (→ vgl. Tab. A2 im Anhang). Insbesondere Personen mit einer psychischen Erkrankung verbleiben etwas länger in der IM-Phase als Personen mit einer anderen gesundheitlichen Beeinträchtigung. Durchschnittlich dauert die IM-Phase bei Personen mit einer psychischen Erkrankung 8,7 Monate (Median), was im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt gut ein halber Monat länger ist (→ Abb. 27). Ebenfalls etwas länger als Versicherte mit anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen besuchen Personen mit Krankheiten des Nervensystems die IM (7,7 Monate).

Weitere Untersuchungen zeigen, dass die Dauer der IM-Phase zur Vorbereitung auf eine berufliche Eingliederung zwischen den einzelnen Personen stark variieren kann und mit Eigenschaften der Versicherten zusammenhängen dürfte, die in den Registerdaten nicht erfasst werden (z.B. Verlauf der Krankheit, Beruf, Häufigkeit der Unterbrüche, Abbrüche etc.).

Abbildung 27: Bruttodauer der IM nach gesundheitlicher Beeinträchtigung der Versicherten, Box-Plot in Monaten

Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger, Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

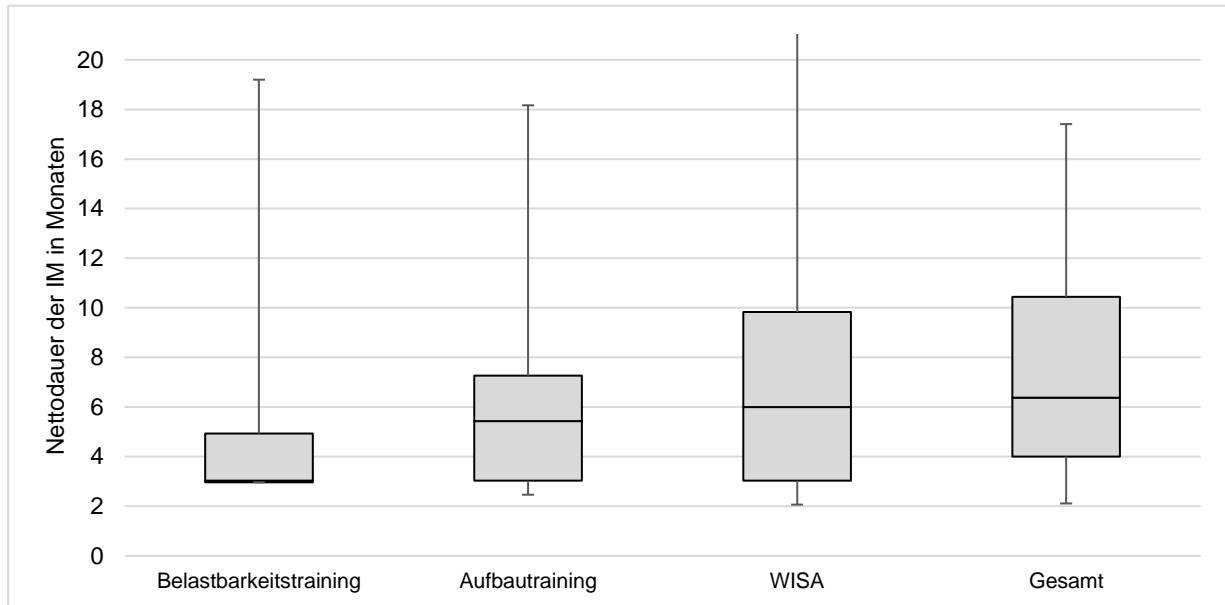
Gemäss den befragten Eingliederungsfachpersonen hängt es teilweise auch wesentlich von den Durchführungsstellen ab, wie lange eine Person in den IM bleibt: «Es gibt Anbieter mit «beschützender Philosophie», dort sind auch die Fortschritte eher langsam, dann gibt es solche, welche die Leute eher pushen, was sich auf die Dauer auswirkt [Fokusgruppe]». In den Fokusgruppengesprächen waren sich die Teilnehmenden zudem einig, dass der Genesungsprozess bei psychischen Beeinträchtigungen weniger planbar ist und es mehr Zeit benötigt, bis eine gewisse Stabilität erreicht ist, als beispielsweise bei Knochenerkrankungen. Darüber hinaus würde die maximale Dauer, während der IM gewährt werden können, vor allem bei psychischen und neurologischen Erkrankungen nicht immer ausreichen, da bei diesen Personen Druck sehr vorsichtig eingesetzt werden müsse, um keine Rückschläge auszulösen.

5.4.2 Nettodauer der IM

Aktuell können IM insgesamt (über das ganze Leben) für eine «Nettodauer» von höchstens einem Jahr gewährt werden, in Ausnahmefällen ist eine Verlängerung um ein weiteres Jahr möglich³⁶. Anhand der Auswertung der Versichertendossiers der fünf für die Fallstudien ausgewählten IV-Stellen konnte berechnet werden, während wie vielen Monaten (netto) eine Person IM besucht hat. Gemäss dieser Analyse wurden den Versicherten bis anhin IM während durchschnittlich insgesamt 6,4 Monaten (Median) gewährt. Ein Viertel der Versicherten, von denen die Dossiers analysiert wurden, besuchte die IM während mehr als 10,5 Monaten (→ Abb. 28).

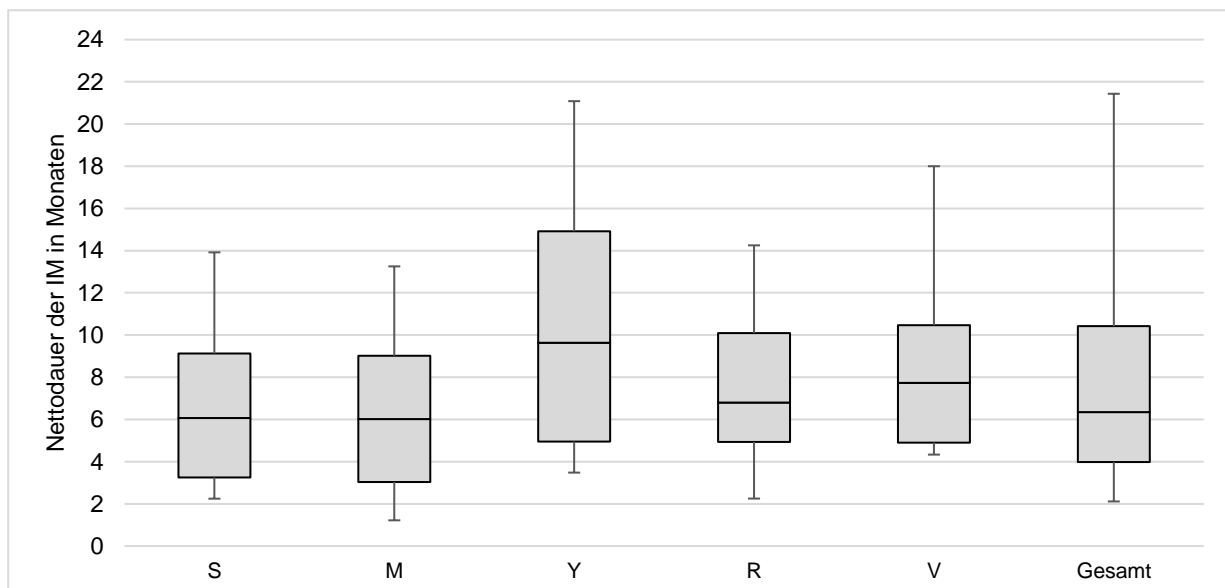
Das Belastbarkeitstraining wird im Durchschnitt für 3 Monate (Median) und das Aufbaustraining für 5,4 Monate gewährt. WISA dauern im Durchschnitt ein halbes Jahr. Die relativ grosse Spannweite bei dieser IM-Art – rund die Hälfte der durchgeführten WISA dauert zwischen 3 und 9,8 Monate – ist darauf zurückzuführen, dass eine IV-Stelle die IM sehr häufig im regulären Arbeitsmarkt durchführt. Zugleich ist bei dieser IV-Stelle die Nettodauer der IM in den letzten Jahren gestiegen.

³⁶ Eine Ausnahmeregelung gilt auch bei Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und -bezügerinnen. Mit der Weiterentwicklung der IV wird diese Beschränkung aufgehoben.

Abbildung 28: Nettodauer der IM nach IM-Art, Median in Monaten (N=301)

Quelle: Analyse Versichertendossiers

Auch bei den fünf vertieft analysierten IV-Stellen zeigen sich Unterschiede: Drei der fünf in den Fallstudien untersuchten IV-Stellen gewährten bis anhin höchstens während einem guten Jahr IM, während bei zwei IV-Stellen die IM bei einzelnen Versicherten bis maximal 1,5 Jahre oder 21,1 Monate dauern können. Entsprechend unterscheidet sich auch die mittlere Nettodauer der IM zwischen den IV-Stellen (→ Abb. 29): Bei zwei IV-Stellen hat die Hälfte der Versicherten die IM nicht länger als ein halbes Jahr besucht. Bei einer IV-Stelle beträgt dieser Durchschnittswert indes 9,6 Monate. In den Fokusgruppengesprächen mit den Eingliederungsfachpersonen der fünf IV-Stellen zeigte sich zudem, dass die IV-Stellen die IM sehr unterschiedlich handhaben. Gewisse sehen keine Verlängerung der IM vor und die IM dauern in der Regel nicht länger als sechs Monate. «On ne va guère plus loin que 6 mois, durée limitée par l'OAI. Ensuite, l'AI va plutôt continuer sur une mesure d'orientation [Fokusgruppe]». Andere IV-Stellen beurteilen in regelmäßigen Abständen anhand von Standortbestimmungen, ob die IM um weitere drei Monate verlängert bzw. mit einer anderen IM-Art weitergeführt wird. Wie lange eine Person IM besuchen kann, hängt offenbar auch von der Auslegung der IM ab.

Abbildung 29: Nettodauer der IM nach IV-Stelle der Fallstudien, Median in Monaten (N=301)

Quelle: Analyse der Versichertendossiers

Selbstverständlich beeinflusst auch die Kombination und die Anzahl der besuchten IM die Dauer (→ vgl. Tab. 19). Dabei fällt auf: Wenn IM bereits in der FI-Phase starten und mit einem Coaching begleitet werden, dauern sie signifikant länger. Die Nettodauer der IM verlängert sich zudem deutlich, wenn am Anfang eine Sozialberufliche Massnahme in der FI-Phase steht und anschliessend Belastbarkeits- und Aufbautraining folgen. Die Versicherten sind dann im Durchschnitt während knapp einem Jahr in den IM. Die «klassische» Kombination mit Belastbarkeitstraining und anschliessendem Aufbautraining dauert durchschnittlich gut neun Monate (arithmetisches Mittel). Mit durchschnittlich einem halben Jahr verbleiben Personen, welche sich in der Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen befinden, signifikant weniger lange in den IM. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass diese Personen die IM deutlich häufiger abbrechen oder erfolglos abschliessen, d.h. es kommt dann nicht zu weiteren Schritten im Eingliederungsprozess (→ vgl. nachfolgendes Kapitel 5.4.3).

Tabelle 18: Nettodauer der IM nach ausgewählten Kriterien, arithmetisches Mittel (N=301)

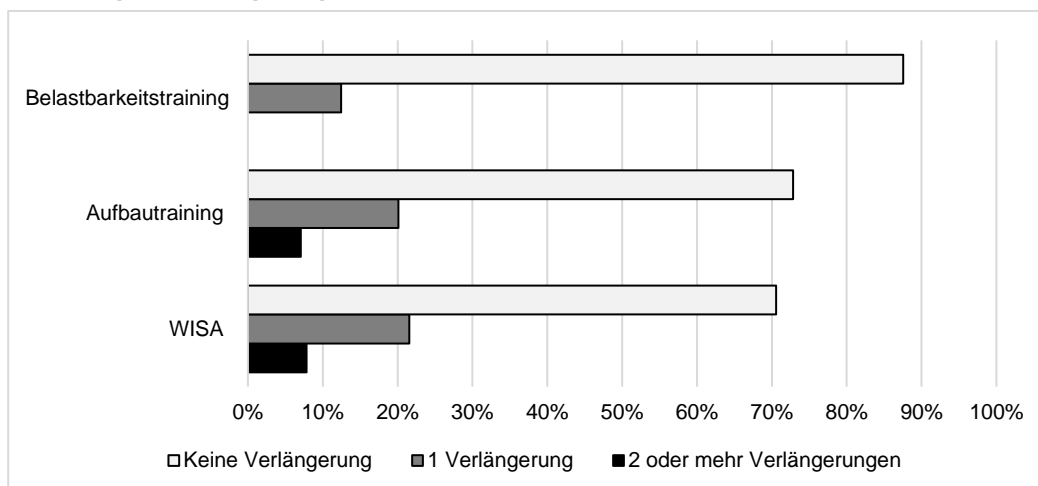
Kombination der IM	Monate
Nur Belastbarkeitstraining	3.9
Nur Aufbautraining	5.7
WISA u./o. Unterstützung bisheriger Arbeitsplatz	7.7
Belastbarkeits-, dann Aufbautraining	9.1
Sozialberufliche Massnahme in FI-Phase, dann IM	12.4
Andere Kombinationen mit 3 und mehr IM	12.8
<i>Insgesamt</i>	7.8
Eingliederungsphase	
IM in Wiedereingliederung Rentenbezüger	6.1
IM in regl. Eingliederungsphase	8.2
IM in der FI-Phase	9.1

Quelle: Analyse der Versichertendossiers

5.4.3 Verlängerungen der IM

Gemäss den interviewten Institutionen werden die IM normalerweise immer verlängert oder durch Aufbautraining ergänzt. Allerdings meinten die Befragten mit Verlängerung häufig, dass nach dem Belastbarkeits- ein Aufbautraining folgt, und nicht dass die gleiche IM-Art verlängert wird. Als Grund dafür wird genannt, dass die Zielsetzungen selten nach drei Monaten erreicht würden; oft brauche es bis zu einem Jahr, bis die versicherten Personen bereit seien, in den ersten Arbeitsmarkt zurück zu gehen. Es sei wichtig, den Versicherten Zeit zu geben, um sich wieder an die Arbeit zu gewöhnen, und die Ziele deshalb nach und nach anzupassen. Zu kurz angelegte Massnahmen können zudem Stress auslösen. Eine befragte Person einer Durchführungsstelle war allerdings der Meinung, dass es besser ist, wenn man zuerst IM nur für 3 Monate spricht. Die Erfahrungen hätten gezeigt, dass es manchmal auch einen gewissen Druck benötigt, damit die Person den Schritt zurück in den Arbeitsmarkt wagt. «Wir haben auch schon darauf hingewiesen, nicht 3 sondern nur 2 Monate zu verlängern. Dann muss man Ziele setzen, Schnuppern, Arbeitssuche etc. Das ist aber auch ein individuelles Einschätzen, wie weit man diesen Druck einer Person weitergeben kann [Interview 5, Institutionen]».

Gemäss den Auswertungen der Versichertendossiers wird das Belastbarkeitstraining eher selten verlängert (12 %). Gut ein Viertel der Aufbautrainings (27 %) wird mindestens einmal verlängert und von den WISA wird gut ein Fünftel (22 %) einmal und 8 Prozent werden ein weiteres Mal oder gar mehrmals verlängert (→ Abb. 30).

Abbildung 30: Verlängerung der IM nach IM-Art (N=420)

Quelle: Analyse der Versichertendossiers

5.4.4 Abbruch oder erfolgloser Abschluss der IM

Ein Fünftel der IM wird abgebrochen und ein weiteres Viertel wird zwar abgeschlossen, jedoch wurde das Ziel nicht erreicht und es folgten keine weiteren Eingliederungsmassnahmen (z.B. berufliche Massnahmen). Im Durchschnitt dauert es fünf Monate bis zum Abbruch der IM. Ein Viertel der IM wird indes bereits vor Ablauf von 2,3 Monaten abgebrochen. IM, die zur Wiedereingliederung von Rentenbezügern und -bezügerinnen eingesetzt werden, werden zwar bis zum vorgesehen Abschluss durchlaufen, jedoch kann das gesetzte Ziel häufig nicht erreicht werden (43,8 %), anschliessend folgen keine weiteren Eingliederungsschritte mehr. Hier kann ein Zusammenhang zum Belastbarkeitstraining gesehen werden, das von allen IM-Arten am häufigsten abgebrochen (34,4 %) bzw. erfolglos abgeschlossen wird (49,2 %) ³⁷. Deutlich seltener werden IM abgebrochen, wenn sie als wirtschaftsnahe Integration mit Unterstützung am Arbeitsplatz durchgeführt werden. Darüber hinaus ist aus Tabelle 20 zu schliessen, dass ein Vorgehen, in dem verschiedene IM aufeinander aufbauend eingesetzt werden, weniger häufig zu Abbrüchen oder erfolglosen Abschlüssen führt.

Tabelle 19: Abbruch und erfolgloser Abschluss der IM nach ausgewählten Kriterien (N=298)

	Letzte IM abgebrochen	Letzte IM erfolglos abgeschlossen	Letzte IM erfolgreich abgeschlossen	Gesamt
<i>Gesamt</i>	20.1%	25.2%	54.7%	100%
Eingliederungsphase				
Frühinterventionsphase	17.9%	25.0%	57.1%	100%
Reguläre Eingliederungsphase	20.8%	23.9%	55.3%	100%
Wiedereingliederung von Rentenbezügern	18.8%	43.8%	37.5%	100%
Kombination/Ablauf der IM				
Nur Belastbarkeitstraining	34.4%	49.2%	16.4%	100%
Belastbarkeits-, dann Aufbautraining	18.8%	20.0%	61.2%	100%
Nur Aufbautraining	17.3%	19.2%	63.5%	100%
WISA u./o. Unterstützung bisheriger Arbeitsplatz	16.3%	14.3%	69.4%	100%
Sozialberufliche Massnahme in FI-Phase, dann IM	16.0%	28.0%	56.0%	100%
Andere Kombinationen mit 3 und mehr IM	7.7%	15.4%	76.9%	100%

³⁷ Das heisst: Diese Personen schliessen die IM zwar ab, danach folgt aber weder eine berufliche Massnahme der IV noch sind die Personen auf dem regulären Arbeitsmarkt oder arbeitslos gemeldet. Vielmehr müssen diese Personen entweder aufgrund einer gesundheitlichen Verschlechterung zurück in die Klinik oder sie warten auf einen IV-Rentenbescheid.

Fortsetzung Tabelle 20:

	Letzte IM abgebrochen	Letzte IM erfolglos abgeschlossen	Letzte IM erfolgreich abgeschlossen	Gesamt
<i>IV-Stellen der Fallstudien</i>				
S	20.0%	20.0%	60.0%	100%
M	14.0%	28.1%	57.9%	100%
Y	23.0%	36.1%	41.0%	100%
R	16.7%	11.7%	71.7%	100%
V	26.7%	30.0%	43.3%	100%

Quelle: Analyse der Versichertendossiers

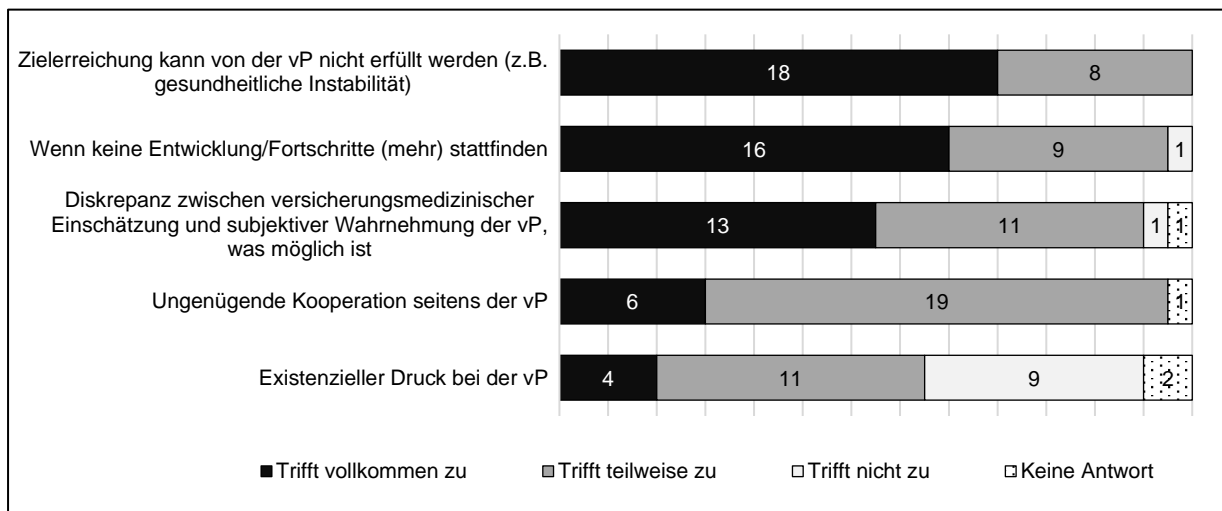
Zwischen den fünf analysierten IV-Stellen gibt es signifikante Unterschiede, dabei fallen die beiden IV-Stellen M und R mit «tiefen» Abbruchraten auf. Zusätzlich liegt bei der IV-Stelle R auch die Rate der nicht erfolgreich abgeschlossenen IM weit unterhalb des Durchschnitts. Diese IV-Stelle führt zudem die IM deutlich häufiger im regulären Arbeitsmarkt durch. Bei den beiden IV-Stellen Y und V werden die IM überdurchschnittlich häufig nicht erfolgreich abgeschlossen. Beide IV-Stellen weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Versicherten aus, die nur ein Belastbarkeitstraining durchlaufen haben. Wie sich gezeigt hat, finden die meisten Abbrüche im Rahmen eines Belastbarkeitstrainings statt. Zusätzlich spielt auch die Zusammensetzung der Versicherten in IM eine Rolle: Beide IV-Stellen haben überdurchschnittlich viele Personen, die vor Beginn der IM entweder auf Sozialhilfe angewiesen waren oder kein Einkommen hatten. Darüber hinaus ist bei einer IV-Stelle der Anteil an jüngeren Versicherten relativ hoch. Ausführlichere Analysen lassen erkennen, dass diese Zielgruppe die IM häufiger abbricht oder erfolglos abschliesst (→ vgl. Tab. 3A im Anhang I).

Gründe für den Abbruch der IM

Der Hauptgrund, weshalb Versicherte, von denen die Dossiers analysiert wurden, die IM abbrechen mussten, waren gesundheitliche «Rückschläge» (45 %). Gemäss den befragten Personen der Durchführungsstellen trifft dies vor allem dann zu, wenn der Einstieg in eine IM zu früh erfolgt und die Versicherten unter gesundheitlichen Gesichtspunkten noch nicht bereit dazu sind. Weiter Abbruchgründe, die sowohl in der Dossieranalyse hervortraten als auch in den Interviews genannt wurden, sind fehlende Fortschritte (22 %) oder mangelnde Kooperation und Motivation (20 %).

Auch in der Onlinebefragung, an der sich alle IV-Stellen beteiligt haben, wurde nach Abbruchgründen gefragt. Diese können in personenbezogene Faktoren und Rahmenbedingungen aufgefächert werden. In Bezug auf die individuellen Faktoren nannten auch die Eingliederungsfachpersonen am häufigsten gesundheitliche Instabilität sowie fehlende oder negative Entwicklungsschritte, die eine Zielerreichung verhindern. Die meisten Eingliederungsfachpersonen beurteilen zudem die Diskrepanz zwischen versicherungsmedizinischer Einschätzung und subjektiver Wahrnehmung der versicherten Person, als weiteren zutreffenden Abbruchgrund. Ein vorhandener existenzieller Druck wird per se zwar weniger als Abbruch gesehen, kann aber indirekt zu Stress und Existenzängsten führen, was sich wiederum negativ auf den Genesungsverlauf auswirken kann.

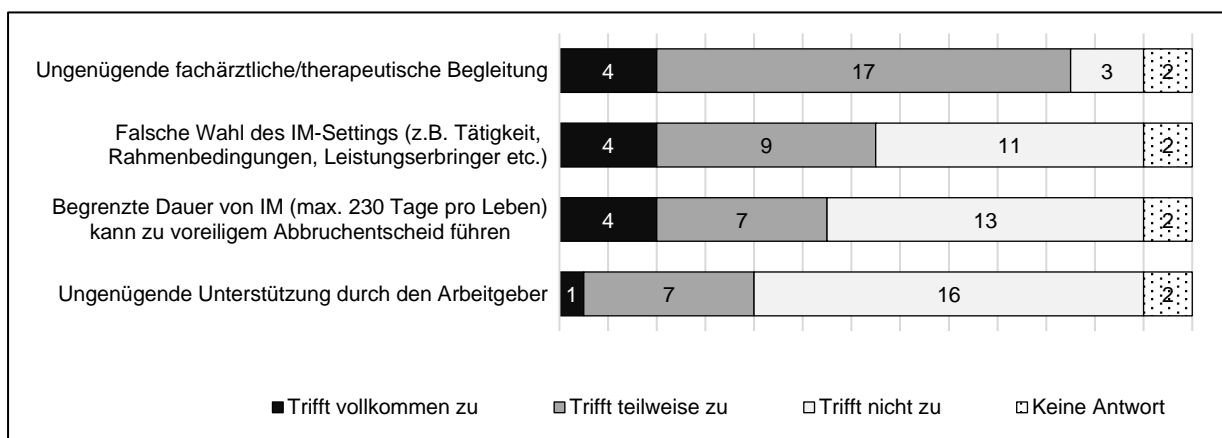
Abbildung 31: Personenbezogene Gründe, weshalb IM abgebrochen werden, absolute Zahlen (N=26)



Quelle: Onlinebefragung IV-Stellen 2019

Neben personenbezogenen Faktoren können auch eine ungenügende fachärztliche/therapeutische Begleitung oder ein falsch gewähltes IM-Setting, das den Bedürfnissen der versicherten Person nicht entspricht, zu einem Abbruch führen. Dass die begrenzte Dauer der IM (max. 230 Tage pro Leben) zu einem voreiligen Abbruchentscheid seitens der IV-Stellen führen kann, wird nur von 11 Eingliederungsfachpersonen als zutreffend beurteilt. Auch eine ungenügende Unterstützung durch den Arbeitgeber wird nicht als wesentlicher Grund für einen Abbruch der IM gesehen. Dies dürfte auch damit zusammenhängen, dass diese Unterstützung in der Regel gegeben ist, wenn die IM im regulären Arbeitsmarkt stattfinden.

Abbildung 32: Externe Gründe, weshalb IM abgebrochen werden, absolute Zahlen (N=26)



Quelle: Onlinebefragung IV-Stellen 2019

Da der gesundheitliche Verlauf eines der entscheidenden Kriterien ist, weshalb IM abgebrochen, unterbrochen oder verlängert werden, wurden die fünf befragten Ärzte und Ärztinnen in den Interviews gefragt, aufgrund welcher Kriterien/Gründe sie den Patienten und Patientinnen eine Arbeitsunfähigkeit während der IM attestieren. Genannt wurden verschiedene Faktoren: Einerseits stehen die *Symptome* im Mittelpunkt, auf denen die Arbeitsunfähigkeit basiert. Ein Arzt nennt diese «funktionale Einschränkungen» (*limitations fonctionnelles*). Es geht dabei um die Art der Krankheit (genannt werden Burn-out, Depression oder Schizophrenie), aber auch um das Krankheitsstadium. Dabei ist zwischen «akutem» Anfang der Krankheit und dem Zeitpunkt der pharmakologischen Behandlung zu unterscheiden.

Als weiteren Grund, weshalb es zu einer Krankschreibung und der damit verbundenen Arbeitsunfähigkeit kommt, wird die Diskrepanz zwischen *Interesse* der versicherten Person, zu arbeiten und *Unfähigkeit* des Patienten, in ihrem Beruf weiter zu funktionieren, genannt. Dazu meinte ein Arzt, Arbeitsunfähigkeit sei denn auch oft kein definitives Stadium. Ein langsamer, stufenweiser Wiedereinstieg sei jedoch essentiell.

Aus diesem Grund seien die «orthopädisch ausgerichteten» IV-Fragebogen oft nicht auf psychische Einschränkungen anwendbar.

Schliesslich definiert ein befragter Arzt Arbeitsunfähigkeit anhand der *Wirkung*, die sie auslöst: Wenn die Patientin oder der Patient nicht mehr durch die therapeutische Behandlung «aufgefangen» werden kann, müsse der Arzt die Person für eine Weile «rausnehmen». Die IM trage dazu bei, herauszufinden, wo die Person steht, was sie kann und wie sie «auftrainiert» werden kann; dabei könne es auch sein, dass eine Pause benötigt wird.

5.5 Die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure

Die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure ist von entscheidender Bedeutung für die erfolgreiche Durchführung. Im Rahmen der Leitfadeninterviews wurden die unterschiedlichen Akteure gefragt, wie sie die Zusammenarbeit mit den IV-Stellen und mit den weiteren, an dem Eingliederungsprozess beteiligten Akteursgruppen bewerten. Dabei wurden Aspekte wie Informationsaustausch, Transparenz von getroffenen Entscheidungen, Reaktionszeiten oder Koordination der Aktivitäten thematisiert. Die nachfolgenden Darstellungen erläutern diese Aspekte aus Sicht der verschiedenen Akteursgruppen.

5.5.1 Zusammenarbeit aus Sicht der Durchführungsstellen

Drei Durchführungsstellen deuten explizit auf die Wichtigkeit des Austauschs und der Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten hin, einschliesslich der Sozialdienste, der Ärzte und Ärztinnen und der IV-Stellen. Dies sei neben der Bedürfnisklärung der versicherten Person auch für eine effektive Koordination in der Durchführung der IM dienlich. Ein Interviewter braucht dafür die Metapher «*alle an einem Strick ziehen*». Die Zusammenarbeit mit den Ärzten und Ärztinnen helfe beispielsweise zu verhindern, dass sich der Gesundheitszustand der versicherten Person verschlechtert. Rund die Hälfte der befragten Personen der Durchführungsstellen würden sich allerdings eine intensivere Zusammenarbeit mit den Ärzten und Ärztinnen wünschen. Sie sind der Meinung, dass ein stärkerer Austausch mit den Ärzten und Ärztinnen das gegenseitige Verständnis für das gewählte Vorgehen verbessern könnte. Dies würde sich wiederum positiv auf den Verlauf der IM auswirken.

Die Zusammenarbeit mit der IV-Stelle beurteilen die befragten Durchführungsstellen in der Regel als positiv. Neben den kurzen Bearbeitungszeiten heben mehrere Leistungserbringer das Vertrauensverhältnis, das zu den IV-Stellen aufgebaut werden konnte, positiv hervor. Um ein Gesamtbild der Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und den IV-Stellen zu erhalten, sollen nachfolgend auch kritische Aspekte bzw. Verbesserungspotential erwähnt werden.

- Einzelne Durchführungsstellen bemängeln in den Interviews die unzureichende Verfügbarkeit einzelner IV-Berater und Beraterinnen, insbesondere wenn sie am Erstgespräch, wo die Bedürfnisse der versicherten Person geklärt und die Ziele vereinbart werden, wegen Arbeitsüberlastung nicht teilnehmen. «*Malheureusement, les conseillers AI ont de moins en moins de temps à disposition et sont moins présents. Les objectifs sont définis avec le bénéficiaire dans leurs bureaux et nous recevons ensuite la proposition. Mais c'est difficile pour les conseillers AI de concilier toutes les demandes [Interview 4 Institutionen]*».
- Einige Leistungserbringer weisen auf mangelnde Transparenz hinsichtlich der Vorgehensweise bei der Bewilligung von IM durch die IV-Stellen hin, z.B. weshalb eine dreimonatige IM bewilligt wird, wenn klar ist, dass die Person die IM nach zwei Wochen abbrechen wird. Für die Durchführungsstellen ist der mündliche Austausch mit den IV-Stellen aber auch wichtig, damit sie gewisse Entscheidungen und die Gründe dafür im O-Ton hören. «*Wichtig ist auch, dass alle an einem Tisch sitzen und von der gleichen Voraussetzung aus gehen, sonst bespricht der EFP etwas mit der vP, wir bekommen ein Feedback, kennen aber dennoch nicht den Originalton*» [Interview 7 Institutionen]».
- Einzelne Leistungserbringer würden es begrüessen, wenn sie vermehrt über das weitere Vorgehen oder Folgemaassnahmen im Anschluss an die IM informiert würden. Insbesondere in den französischsprachigen Interviews kam das Bedürfnis nach einem Benchmark auf. «*On n'a jamais de retour si la*

personne sort. C'est dommage : humainement, mais aussi pour l'amélioration de nos méthodes de travail. Il serait intéressant de mettre en comparaison nos résultats avec les autres centres. Ça nous permettrait d'évoluer [Interview 4 Institutionen]». In den Fokusgruppengesprächen hat sich dann aber gezeigt, dass die IV-Stellen nur zurückhaltend Vergleichszahlen zum Erfolg der verschiedenen Leistungserbringer herausgeben, da die Profile der Versicherten von Leistungserbringer zu Leistungserbringer unterschiedlich sind.

5.5.2 Zusammenarbeit aus Sicht der Arbeitgeber

Wie aus den Interviews mit den Arbeitgebern hervorgeht, haben sie wenig bis keinen Kontakt zu den behandelnden Ärzten und Therapeuten. Ein Teil von ihnen würde einen solchen Austausch durchaus schätzen, da vor allem die medizinische Einschätzung des Arztes und die Erfahrungen am Arbeitsplatz unterschiedlich ausfallen können. Informationen seitens der Ärzte und Ärztinnen können auch dann sehr hilfreich sein, um die Grenzen der Belastbarkeit richtig einschätzen zu können.

Die Zusammenarbeit mit den IV-Stellen beurteilen die meisten befragten Arbeitgeber zufriedenstellend und nutzbringend. Verschiedentlich wurde die Bereitschaft der IV-Stellen, nach konstruktiven Lösungen zu suchen, hervorgehoben. Einige haben indes negative Erfahrungen und haben sich eher kritisch über die Zusammenarbeit mit den IV-Stellen geäußert. Sie wünschen sich insbesondere bei Beginn der IM oder in Krisensituationen mehr Vorbereitungszeit mit der vorgesetzten Person im Unternehmen oder sogar mit dem ganzen Team. Einzelne haben zudem die etwas träge Reaktionszeit seitens der IV-Fachpersonen bemängelt.

Eine Gratwanderung für die IV-Stellen selbst ist die transparente Information über den Gesundheitszustand der versicherten Person. Einige Arbeitgeber erwähnten in den Interviews, dass sie sich diesbezüglich mehr Transparenz wünschen würden. Für die IV-Stellen geht es vor allem auch um Datenschutzfragen. In den Fokusgruppengesprächen mit den IV-Stellen hat sich zum einen gezeigt: Es ist in erster Linie wichtig, dass sie gemeinsam mit der versicherten Person definieren, welche Informationen an den Arbeitgeber weitergegeben werden. Zum anderen wurde auch erwähnt, dass bei IM in der freien Wirtschaft die Arbeitgeber mehr Unterstützung bräuchten als die Durchführungsstellen, in welchen spezialisiertes Personal darauf geschult sei, mit den Problematiken der versicherten Personen umzugehen. Deshalb spiele die Ansprechperson bei der IV-Stelle im Rahmen von IM im regulären Arbeitsmarkt die Rolle einer «Passerelle» zwischen Arbeitgeber und versicherter Person und müsse erstere begleiten und über die Gesundheitsprobleme aufklären. Dafür werden auch Job Coaches beigezogen. Wenn es nach Abschluss der IM zu einer Übernahme der betroffenen Person kommt – z.B. in einer Teilzeitanstellung – würden sich die Arbeitgeber vermehrte Aufklärung in Bezug auf versicherungstechnische Fragen wünschen. *«Ab und zu wären nach Abschluss noch etwas mehr Information hilfreich bei Personen, die teilzeitangestellt werden. Was übernimmt noch die IV, wie viel, wie lang, was wurde abgemacht, vor allem gerade bei Teilrenten oder Taggeldern. Infos, die wichtig für die Anstellungsbedingungen sind [Interview 4 Arbeitgeber]»*.

5.5.3 Zusammenarbeit aus Sicht der Ärzte und Ärztinnen

Die inhaltsanalytische Auswertung der Interviews mit den Ärzten und Ärztinnen lässt Unterschiede zwischen den französisch- und deutschsprachigen Kantonen erkennen, insbesondere beim Einbezug der Ärzte und Ärztinnen in den Eingliederungsprozess. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass im Rahmen der vorliegenden Studie lediglich fünf Interviews mit Ärzten und Ärztinnen geführt wurden. Dabei äusserten sich die befragten Ärzte der französischsprachigen Kantone in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den IV-Stellen eher negativ und die Ärzte der deutschsprachigen Fallstudienkantone eher positiv³⁸.

³⁸ Zur Erinnerung sei darauf hingewiesen, dass jeweils die IV-Stellen die Interviewpartner/-innen ausgesucht haben, weshalb ein positiver Bias durchaus möglich ist, d.h. diese Personen haben mit den IM eher positive Erfahrungen gemacht und äussern sich auch entsprechend dazu.

In den französischsprachigen Kantonen beklagen die Ärzte und Ärztinnen, dass sie nur sehr wenig in den Entscheidungsprozess über die IM eingebunden sind. Darüber hinaus weisen sie darauf hin, dass der Informationsfluss zur IV-Stelle mangelhaft sei. Ihrer Meinung nach hat dies einen direkten Einfluss auf die psychotherapeutische Arbeit mit ihren IV-Patienten und Patientinnen. Die beiden in der Westschweiz befragten Ärzte sagen, dass sie in erster Linie auf die Informationen angewiesen sind, die sie von ihren Patient und Patientinnen erhalten. Sie würden von den IV-Stellen gern mehr Rückmeldungen zu den Leistungen, Fristen und weiteren relevanten Einzelheiten über die versicherte Person erhalten. Dann wäre es möglich, diese Aspekte in die psychotherapeutische Behandlung zu integrieren.

Diese Befunde entsprechen jedoch nicht dem allgemeinen Eindruck der beiden Westschweizer IV-Stellen, die in den Fokusgruppengesprächen angeben, dass sie in den letzten Jahren unterschiedliche Anstrengungen unternommen haben, um die Ärzte aktiver einzubeziehen und zu informieren. Es entstand jedoch der Eindruck, dass sich diese Bemühungen noch immer eher auf allgemeine, vom Einzelfall unabhängige Informationen konzentrieren. Die Interviews mit den Ärzten und Ärztinnen zeigen aber, dass sie besser über die einzelnen, von ihnen betreuten Fälle informiert werden möchten. Die IV-Stellen in der Westschweiz räumen ein, dass es diesbezüglich Raum für Verbesserungen gibt.

Die befragten Ärzte und Ärztinnen in der deutschsprachigen Schweiz zeigen sich indes durchaus zufrieden mit der Zusammenarbeit mit den IV-Stellen. Sie scheinen deutlich intensiver in den Eingliederungsprozess eingebunden zu sein. Der Austausch mit den IV-Berater und Beraterinnen findet ihren Angaben zufolge auf zahlreichen Wegen und auf vielfältige Weise statt (medizinische Berichte, Meetings, E-Mail-Verkehr, Stand der Durchführung). Diese Einschätzungen werden von den IV-Stellen der deutschsprachigen Schweiz geteilt. Die Einbindung der Ärzte und die Zusammenarbeit mit ihnen sind ihrer Ansicht nach fruchtbar und für die Erreichung der Eingliederungsziele wesentlich. Wie intensiv die Ärzte jedoch am Eingliederungsprozess beteiligt seien, hänge auch von ihrem Interesse und der Bereitschaft ab, eine gewisse Verfügbarkeit entgegenzubringen, was offenbar auf Gegenseitigkeit beruht: *«Es ist sehr unterschiedlich, früher eher weniger, heute immer mehr involviert. Die Zusammenarbeit ist immer besser/intensiver geworden. Auch von meiner Seite her, weil aber auch die IV wesentlich offener/offensiver den Ärzten gegenüber ist. [Interview 5, Ärzte]»*.

5.6 Herausforderungen für eine erfolgreiche Durchführung der IM

Im Rahmen der Onlinebefragung wurden die Eingliederungsfachpersonen der 26 IV-Stellen nach den aus ihrer Sicht grössten Herausforderungen für eine erfolgreiche Durchführung der IM gefragt. Dabei handelte es sich um eine offene Frage. Die gemachten Aussagen wurden nachträglich unterschiedlichen Themen zugeteilt. Die meisten Befragten nannten mehrere Herausforderungen. Insgesamt konnten acht Kategorien gebildet werden. Die Kategorie «Anderes» dient als Sammelbecken für Aussagen, die nur vereinzelt genannt wurden und nicht den anderen Kategorien zugeordnet werden konnten (→ Abb. 33).

Die mit zehn Nennungen am häufigsten aufgeführte Herausforderung bezieht sich auf die bedarfsgerechte Auswahl der IM-Art, die zu den Bedürfnissen der Versicherten passt, ohne sie dabei zu über- oder unterfordern. Dazu zählt auch die passende Auswahl der Durchführungsstelle. Zudem ist die Bereitschaft der Versicherten, sich auf die IM einzulassen und neue Wege zu gehen, nicht immer vorhanden, was für die Eingliederungsfachpersonen eine Herausforderung in Bezug auf den Erfolg der IM darstellt. Wie folgendes Zitat verdeutlicht, scheint dabei entscheidend zu sein, dass die Versicherten einen Sinn in der IM sehen: *«Kunden müssen die Sinnhaftigkeit der Massnahme erkennen und verstehen und bereit sein, den – teilweise aufwendigen – Weg zu gehen»*.

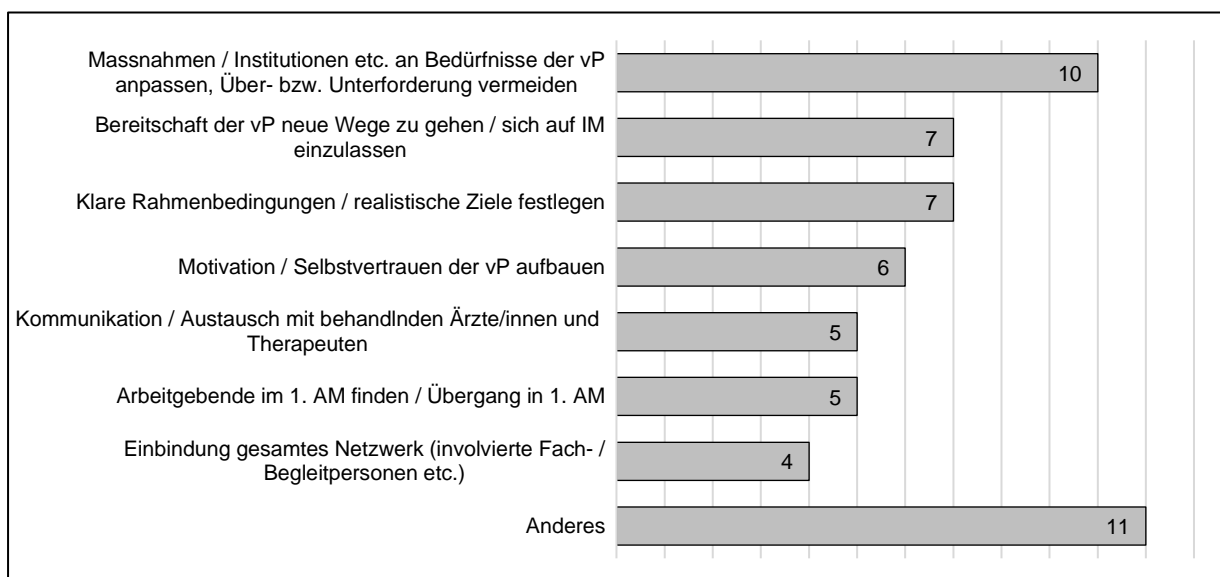
Als weitere Herausforderung nennen sieben Eingliederungsfachpersonen klare Rahmenbedingungen und realistische Ziele. Dabei spielt der Zusammenhang zwischen Zielsetzung und Vermeidung von Über- und Unterforderung eine bedeutende Rolle, um die versicherten Personen für die IM zu motivieren. *«Fordern aber nicht überfordern, erreichbare Zielsetzungen verfolgen, um die Motivation zu erhalten»*. Motivation und

Selbstvertrauen bei den Versicherten aufzubauen werden insofern als herausfordernd erachtet, weil sie entscheidend zum Erfolg der IM beitragen können.

Neben diesen eher individuellen Faktoren zählen gemäss den Befragten Zusammenarbeit und Kommunikation mit den beteiligten Akteuren zu den Herausforderungen. Fünf Befragte erwähnen, dass ein guter Austausch mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen und Therapeut/innen ebenfalls eine entscheidende Rolle spiele. Weitere fünf Befragte erachten es als eine Herausforderung, den Übergang in den ersten Arbeitsmarkt erfolgreich zu gestalten. Dabei sei es nicht immer einfach, überhaupt Arbeitgeber im ersten Arbeitsmarkt zu finden: «Dass Arbeitgebende im 1. Arbeitsmarkt sich auf eine Integrationsmassnahme einlassen – ein sehr hoher Respekt vor psychiatrischen Diagnosen ist nach wie vor spürbar». Aus Sicht von vier Befragten ist zudem wichtig, das gesamte Netzwerk in die Durchführung der IM einzubinden.

Zusätzlich zu den oben genannten Aspekten gibt es verschiedene Nennungen, die keiner Kategorie zugeordnet werden konnten und unter «Anderes» subsumiert wurden. Dazu zählen Aussagen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen der IM, die im Rahmen der Weiterentwicklung der IV teilweise bereits geplant sind, beispielsweise: «Les MR ne doivent plus être limitées à une fois dans une vie; la maladie psychique évoluant par vague, il faut pouvoir utiliser ce moyen sur la durée pour maintenir les personnes en activité». Zwei Befragte sind zudem der Meinung, dass es in gewissen Fällen möglich sein sollte, die Anzahl IM-Tage zu erhöhen, um bei schwer beeinträchtigten Personen mit gutem Eingliederungspotenzial den Zeitdruck zu verringern. Zudem wird die Abgrenzung der IM gegenüber anderen Massnahmen als herausfordernd beschrieben: So gelte es etwa bei Menschen mit psychischer Beeinträchtigung zu definieren, wann die Tagesstruktur durch die psychiatrische Tagesklinik zu erbringen ist und ab wann der Aufbau mit IM angezeigt ist.

Abbildung 33: Die grössten Herausforderungen aus Sicht der Eingliederungsfachpersonen, damit IM erfolgreich sind, Mehrfachantworten, absolute Zahl (N=26)



Quelle: Onlinebefragung IV-Stellen 2019

Abschliessend kann anhand der Voten von zwei Befragten zusammengefasst werden, dass die gesundheitliche Verfassung – insbesondere bei psychischen Erkrankungen - oft von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Der Erfolg bzw. Misserfolg einer IM hängt somit nicht ausschliesslich vom Handeln der Eingliederungsfachperson ab, sondern häufig auch vom sozialen Umfeld oder der wirtschaftlichen Lage der versicherten Person. Dazu zählt etwa finanzieller Stress aufgrund unklarer beruflicher oder familiärer Situationen oder prekärer Wohnsituationen. Gemäss den interviewten Personen aus den IV-Stellen ist für die Auseinandersetzung dieser wenig IV-relevanten Faktoren ein Job Coach ideal. Die Eingliederungsfachpersonen können mit auf das Individuum abgestimmten IM lediglich möglichst gute Grundlagen für einen Erfolg schaffen. Denn der Erfolg sei auch von anderen Faktoren abhängig, die seitens der IV-

Stelle nur beschränkt beeinflusst werden können. Somit hänge der Erfolg der IM immer auch damit zusammen, wie gut das Zusammenspielen der verschiedenen Faktoren während der Durchführung der IM funktioniert.

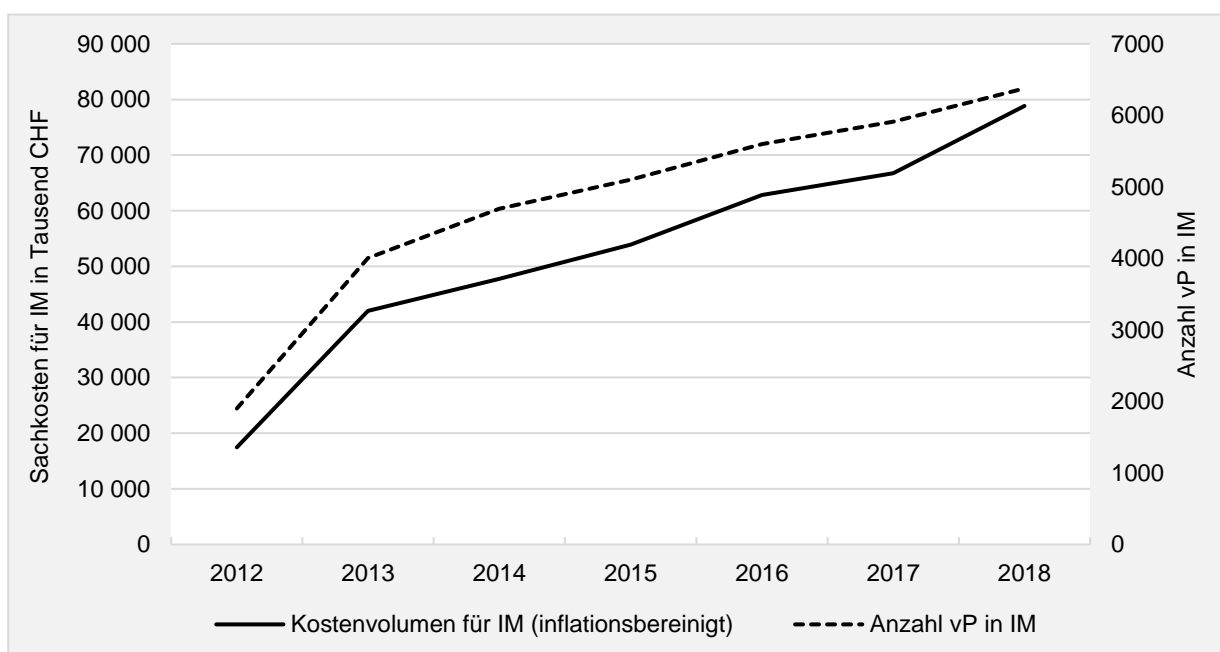
6. Kosten der IM

In den nachfolgenden Darstellungen wird die Entwicklung des Kostenvolumens für die Durchführung der IM³⁹ sowie jene der Fallkosten im Zeitraum 2012-18 untersucht. Zusätzlich werden die Einschätzungen der Kontraktmanager/-innen zu möglichen kostenrelevanten Faktoren und zum Einsparungspotenzial, die beide im Rahmen der Onlinebefragung bei den IV-Stellen erfragt wurden, präsentiert. In den Fokusgruppengesprächen mit den fünf IV-Stellen der Fallstudien wurde zudem die zwischen den IV-Stellen unterschiedliche Kostenentwicklung thematisiert.

6.1 Entwicklung der Gesamtkosten der IM

Der Umfang der realen Gesamtkosten der IM (inflationsbereinigt) ist insbesondere im Jahr 2013 stark angestiegen (+140 % gegenüber Vorjahr). Zugleich zeigt sich auch ein markanter Zuwachs der Zahl der Versicherten in IM (+110 % gegenüber Vorjahr). In den Folgejahren 2013-18 steigt das Kostenvolumen für die Durchführung der IM zwar moderater aber kontinuierlich an (→ Abb. 34). Auch die Zahl der Versicherten in IM steigt seit 2013 jährlich an, jedoch auf tieferem Niveau als die Kosten der IM. Kostenentwicklung und Entwicklung der Versichertenzahlen in IM korrelieren stark (Korrelationskoeffizient 0.987). Dies bedeutet, dass der in den letzten Jahren beobachtete Anstieg des Kostenvolumens der Sachleistungen für IM hauptsächlich auf die gleichzeitig gestiegene Zahl der Versicherten in IM zurückzuführen ist.

Abbildung 34: Entwicklung der Gesamtkosten der IM (ohne Taggeld) und der Anzahl versicherte Personen in IM 2012-2018 (N=33'590), in Tausend CHF



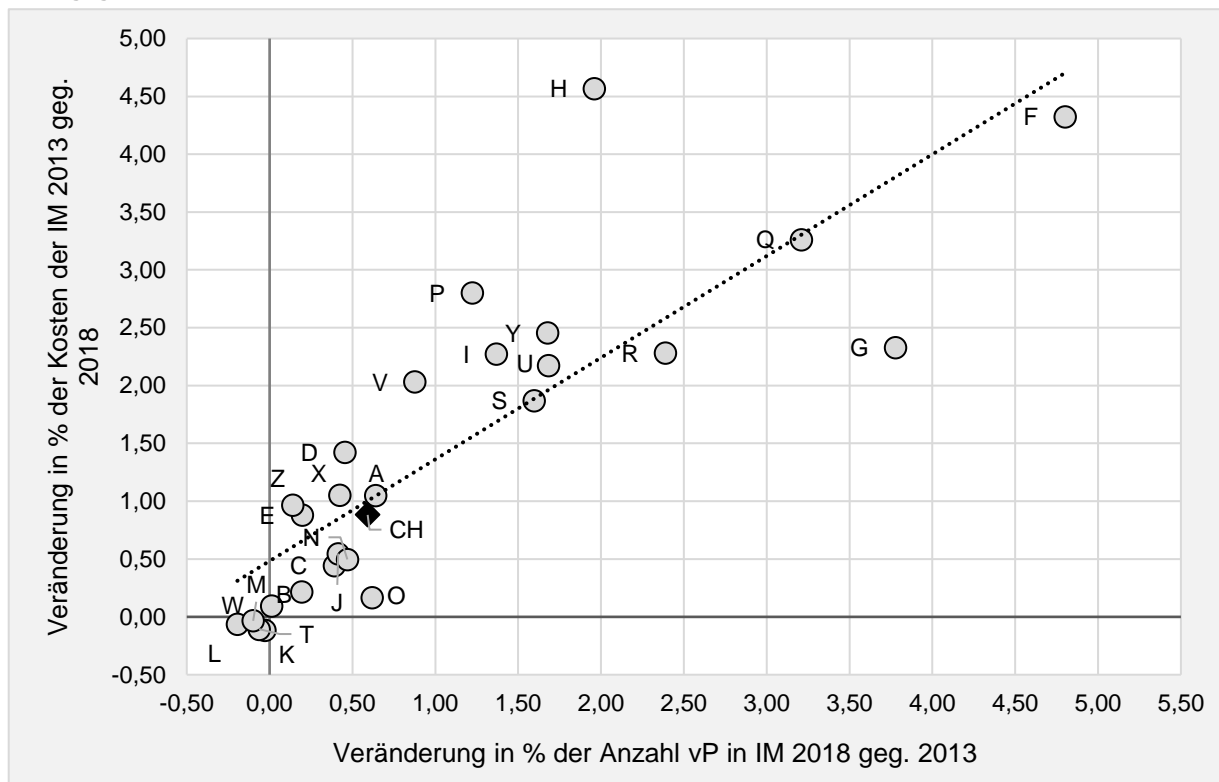
Quelle: Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

Ein entsprechender Zusammenhang zeigt sich auch im Vergleich zwischen den IV-Stellen, auch wenn dieser etwas weniger stark ausfällt (Korrelationskoeffizient 0.835). Ein gewisser Anteil der Kostenvarianz zwischen den IV-Stellen wird somit nicht durch den gleichzeitigen Anstieg der Zahl der Versicherten in IM erklärt. Wie in Abbildung 35 ersichtlich, sind die Kosten für die Durchführung der IM bei 10 IV-Stellen von 2013 bis 2018 prozentual deutlich stärker gestiegen als die Zahl der Versicherten in IM (Punkte oberhalb der Trendlinie). Bei sechs IV-Stellen haben sich seit 2013 sowohl die Zahl der Versicherten mit

³⁹ Es handelt sich hierbei um die Kosten für Sachleistungsbezüge, dazu zählen Tages- oder Monatspauschalen der Leistungserbringer, Spesen sowie Entschädigungen der Arbeitgeber bei einer Durchführung der IM im regulären Arbeitsmarkt. Darin nicht enthalten sind IV-Tagelder.

IM als auch die Kosten dafür nur geringfügig verändert, bei vier IV-Stellen hat sich dieses Verhältnis negativ entwickelt. Bei drei IV-Stellen sind indes die Kosten für die Durchführung der IM im Vergleich zu den Versichertenzahlen weniger stark gestiegen.

Abbildung 35: Veränderung der Zahl der Versicherten in IM und der Gesamtkosten für IM (ohne Taggeld) 2018 gegenüber 2013 nach IV-Stelle, in Prozent



Quelle: Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

Als wesentliche Gründe für den deutlichen Kostenanstieg der IM zwischen 2013 und 2018 nennen die in der Onlinebefragung antwortenden Kontraktmanager/-innen die Aufhebung des Arbeitstrainings⁴⁰ und die längere Dauer der IM. Dies führe dazu, dass heute vermehrt IM zugesprochen werden; diese seien teurer oder würden länger dauern. IV-Stellen, die einen Rückgang der Kosten für IM bzw. eine tendenzielle Stagnation derselben ausweisen, sehen die Gründe dafür vor allem in einer transparenten Zusammenarbeit und Preisverhandlung mit den Leistungsanbietern sowie in der Sensibilisierung/Schulung der Eingliederungsfachpersonen für ein stärkeres Preisbewusstsein. Teilweise haben die IV-Stellen Massnahmen eingeführt, um die Kostenentwicklung steuern zu können. Diese erweisen sich jedoch als statistisch nicht signifikant (→ vgl. Kapitel 6.3). In einem Fokusgruppengespräch wurde die Vermutung eingebracht, dass die unterschiedliche Kostenentwicklung zwischen den IV-Stellen auch mit dem Anteil an Versicherten, die eine IM im Rahmen der Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen absolvieren, zusammenhängen könnte. Die Vermutung hat sich in der statistischen Korrelationsanalyse nicht bestätigt. Indessen besteht ein gegenläufiger Zusammenhang (Spearman-Rho $p=0.40$): Je tiefer der Anteil an Rentenbezügerinnen im Wiedereingliederungsverfahren, umso ausgeprägter sind die Sachleistungen für IM bei der IV-Stelle gestiegen. Ein plausibler Grund für diesen Zusammenhang ist, dass Rentenbezügerinnen im Wiedereingliederungsverfahren, die IM häufiger abrechnen und entsprechend auch weniger lange IM beanspruchen, wodurch auch die Durchführungskosten sinken.

⁴⁰ Hierzu gilt es allerdings anzumerken, dass die Tarifziffer «Arbeitstraining» im Rahmen der Überarbeitung des Anhangs II des KSBE aufgehoben wurde, da eine entsprechende gesetzliche Grundlage im IVG und der dazugehörigen Verordnung IVV fehlt (Informationsschreiben 15/2018). Einige IV-Stellen haben die Tarifziffer des Arbeitstrainings jedoch schon vor entsprechender Änderung nicht mehr genutzt.

Entwicklung der Gesamtkosten nach IM-Art

Seit 2013 am deutlichsten angestiegen sind die Kosten für die Durchführung des Belastbarkeitstrainings (+71 %), des Aufbautrainings (+113 %) und der WISA (+119 %). Die Kosten für Beschäftigungsmassnahmen im Rahmen der FI-Phase verzeichnen ebenfalls einen markanten Anstieg (+82 %). Die Beiträge an Arbeitgebende bei einer Weiterbeschäftigung im bisherigen Betrieb haben sich im gleichen Zeitraum indes um 38 Prozent reduziert (→ Tab. 21).

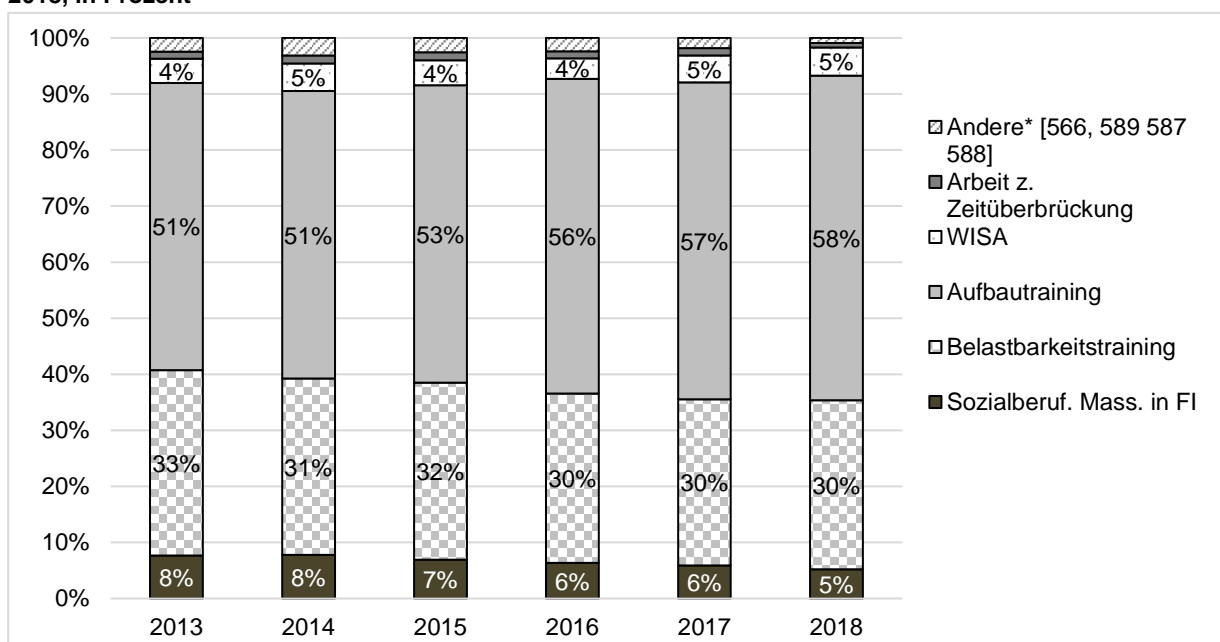
Tabelle 20: Entwicklung der Gesamtkosten der verschiedenen IM-Art (ohne Taggeld) 2012-2018, in Tausend CHF

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 2013-18
Sozialberufliche Mass. in FI	3209.0	3708.8	3778.7	4070.0	3983.8	4119.2	+28%
Beschäftigungsmass. in FI	81.6	162.8	123.3	136.3	79.5	148.4	+82%
Belastbarkeitstraining	13864.6	15017.3	17203.6	19222.4	19966.2	23763.1	+71%
Aufbaustraining	21453.1	24469.6	28889.2	35788.5	38099.1	45642.6	+113%
WISA	1817.8	2330.6	2421.0	2334.0	3233.2	3974.2	+119%
Arbeit z. Zeitüberbrückung	518.9	687.5	778.5	809.2	859.2	624.1	+20%
Beiträge an Arbeitgeber	72.0	83.3	94.5	155.7	101.9	44.4	-38%
587 - [gestrichen]	618.3	796.0	693.5	668.7	559.0	417.4	-32%
588 - [gestrichen]	261.0	448.9	489.9	551.2	502.6	103.8	-60%
<i>Alle IM</i>	<i>41896.3</i>	<i>47704.7</i>	<i>54472.2</i>	<i>63736.0</i>	<i>67384.4</i>	<i>78837.2</i>	<i>+88%</i>

Quelle: Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

Mit der unterschiedlich ausgeprägten Kostenzunahme der einzelnen IM-Art haben sich auch die Kostenanteile der verschiedenen IM-Art an den Gesamtkosten für die Durchführung der IM verändert: Der Anteil der Kosten für das Belastbarkeitstraining liegt im Jahr 2018 gegenüber 2013 rund drei Prozentpunkte tiefer (→ Abb. 36). Dafür ist der Kostenanteil für das Aufbaustraining um 6,7 Prozentpunkte gestiegen. Der Anteil für WISA bleibt seit 2013 konstant. Hingegen sinkt der Kostenanteil der sozialberuflichen Rehabilitationsmassnahmen in der FI-Phase seit dem Jahr 2013 um 2,4 Prozentpunkte, dies obwohl die Zahl der IM in der FI-Phase sowie die Gesamtkosten dieser IM in den letzten Jahren gestiegen sind.

Abbildung 36: Entwicklung der Kostenanteile der IM-Art an den Gesamtkosten für IM (ohne Taggeld) 2012-2018, in Prozent



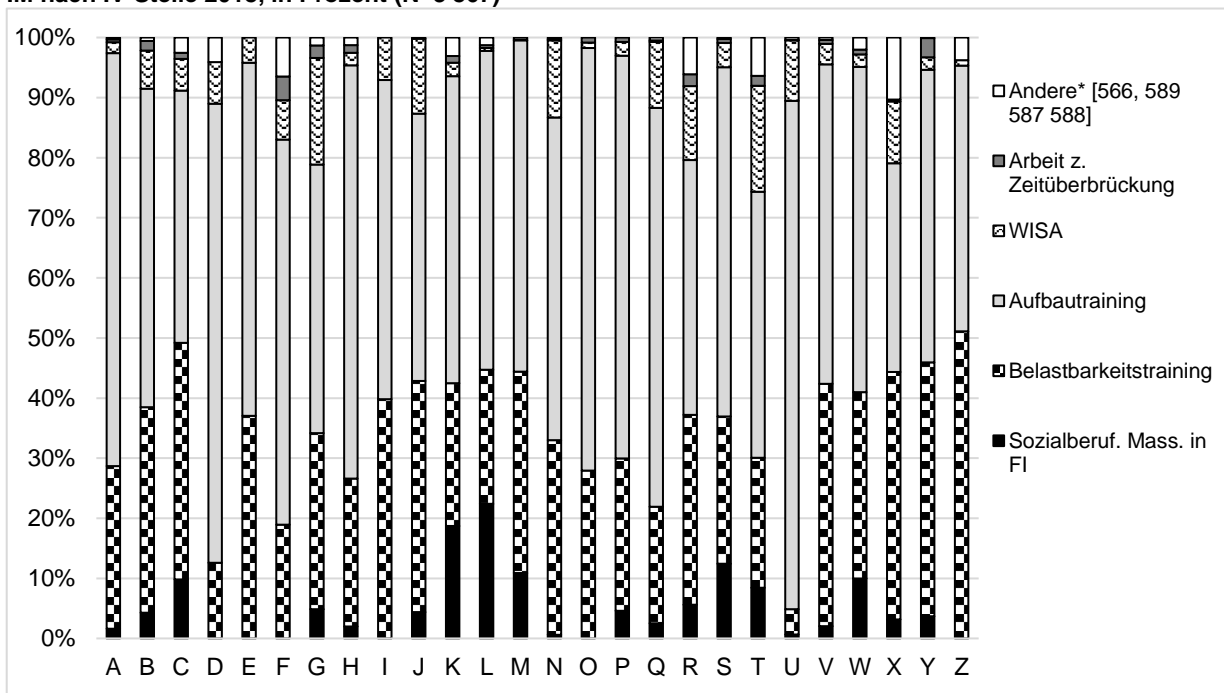
Quelle: Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex); *Andere: 566=Beschäftigungsmassnahmen in FI-Phase; 587 [gestrichen]; 588 [gestrichen]; 589=Beiträge an Arbeitgeber

Die Kostenverteilung auf die verschiedenen IM-Arten pro IV-Stelle liefert einen Hinweis zur Handhabung der zur Verfügung stehenden IM-Palette. Die Anteile der verschiedenen IM-Arten an den gesamten Durchführungskosten der IV-Stellen wurden jeweils für das Jahr 2018 berechnet. Sieben IV-Stellen weisen einen überdurchschnittlich hohen Kostenanteil für sozialberufliche Rehabilitationsmassnahmen in der FI-Phase aus – bei zwei IV-Stellen macht dieser Anteil sogar einen Fünftel der gesamten Durchführungskosten für IM aus. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass bei drei IV-Stellen der hohe Kostenanteil für das Jahr 2018 einem hohen Anteil an Versicherten mit sozialberuflichen Massnahmen in der FI-Phase geschuldet ist, gleichzeitig aber die Durchführungskosten pro Person tief sind. Weitere drei IV-Stellen weisen zwar ebenfalls einen hohen Anteil an Versicherten mit IM in der FI-Phase aus, haben aber zugleich überdurchschnittlich hohe Durchführungskosten pro Person. Bei einer IV-Stelle erweisen sich diese als extrem hoch, dabei ist der Anteil an Versicherten mit sozialberuflichen Rehabilitationsmassnahme relativ gering.

Wie aus Abbildung 37 hervorgeht, konzentrieren sich die Kosten für IM bei acht IV-Stellen hauptsächlich auf das Aufbautraining. Zugleich sind die Kostenanteile für das Belastbarkeitstraining relativ niedrig, bei einer IV-Stelle (F) praktisch inexistent. Die Gründe für die überdurchschnittlich hohen Kostenanteile des Aufbautrainings sind vielfältig: Sechs IV-Stellen weisen sowohl einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Versicherten im Aufbautraining als auch überdurchschnittlich hohe Durchführungskosten pro Person für dieser IM-Art aus. Bei zwei IV-Stellen sind die Durchführungskosten pro Person zwar unterdurchschnittlich, der Anteil an Versicherten im Aufbautraining aber überdurchschnittlich hoch.

Elf IV-Stellen haben einen besonders hohen Kostenanteil der WISA. Bei dreien liegt der Grund dafür in deutlich überdurchschnittlich hohen Durchführungskosten pro Personen. Weitere vier IV-Stellen haben zwar auch überdurchschnittlich hohe Durchführungskosten pro Person, zugleich ist aber auch die Zahl der Versicherten in WISA hoch. Bei drei IV-Stellen ist der hohe Kostenanteil der WISA aus geringen Durchführungskosten pro Person mit einer gleichzeitig grossen Zahl an Versicherten in WISA abzuleiten.

Abbildung 37: Kostenanteile der verschiedenen IM-Arten an den gesamten Kosten für Sachleistungen der IM nach IV-Stelle 2018, in Prozent (N=3'867)

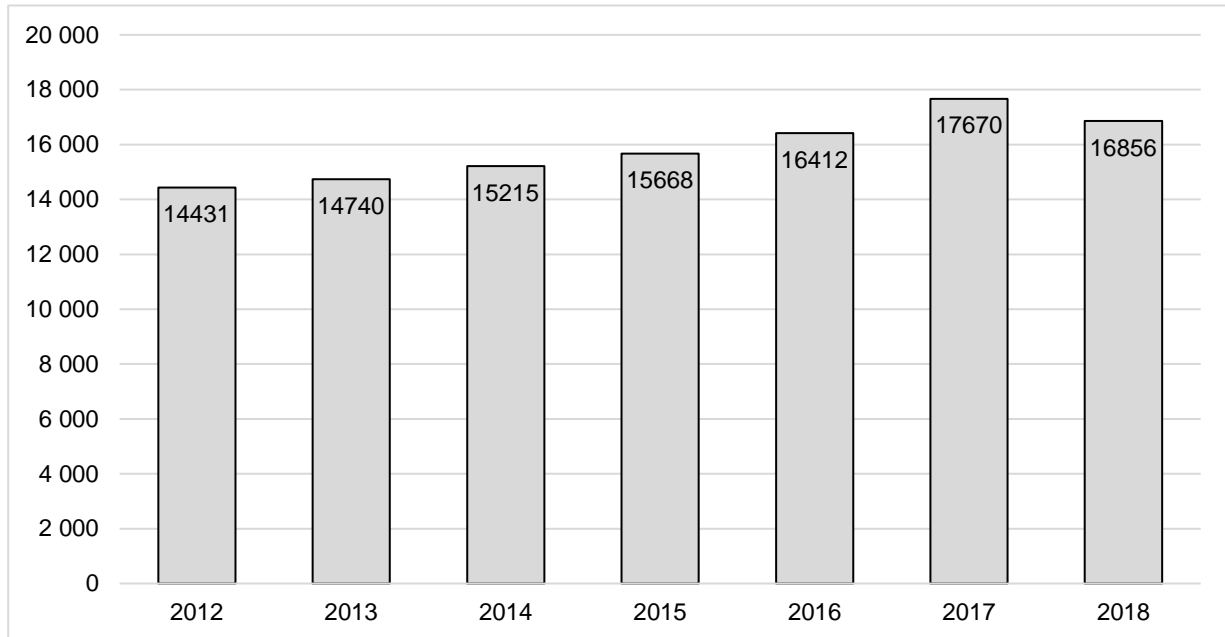


Quelle: Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex), *Andere: 566=Beschäftigungsmassnahmen in FI-Phase; 587 [gestrichen]; 588 [gestrichen]; 589=Beiträge an Arbeitgeber

6.2 Entwicklung der Fallkosten für die Durchführung der IM

Als Fallkosten gelten alle zwischen Beginn und Ende der IM angefallenen Sachleistungen pro Personen. Darin enthalten sind Tages- oder Monatspauschalen der Leistungserbringer, Reisekosten und Zehrgelder oder Beiträge an die Arbeitgeber, aber keine Taggelder. Die durchschnittlichen Fallkosten der IM (Median) sind seit dem Jahr 2012 um 17 Prozent angestiegen (→ Abb. 38). In absoluten Zahlen sind die Kosten für IM pro Person von 14'431 Franken im Jahr 2013 auf 16'865 Franken im Jahr 2018 gestiegen. Besonders markant fällt der Anstieg der Fallkosten zwischen 2016 und 2017 aus. Diese gehen allerdings bei der Kohorte 2018 wieder leicht zurück, was jedoch damit zusammenhängen dürfte, dass nur Rechnungen bis Ende Juli 2019 berücksichtigt wurden.

Abbildung 38: Entwicklung der durchschnittlichen IM-Fallkosten nach Kohorte 2012-2018⁴¹, Median in CHF



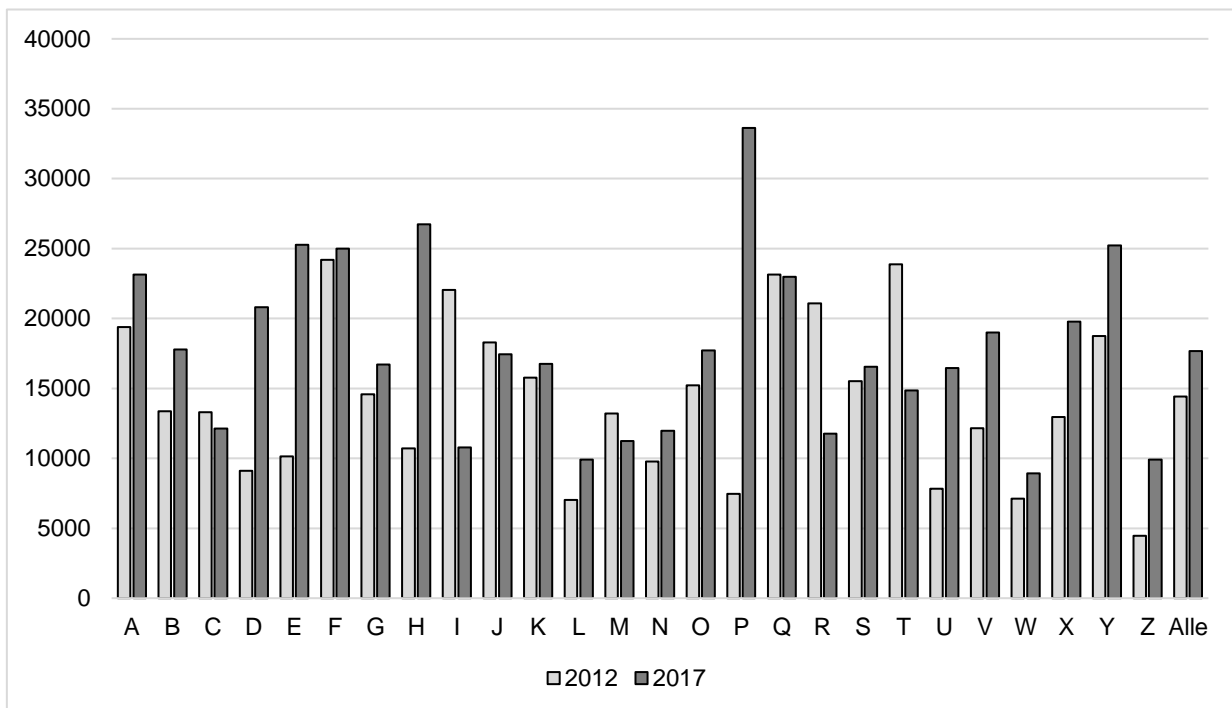
Quelle: Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

6.2.1 Unterschiedliche Entwicklung der IM-Fallkosten nach IV-Stelle

Ein Vergleich zwischen den beiden Kohorten 2012 und 2017 zeigt, dass die Fallkosten je nach IV-Stelle unterschiedlich stark gestiegen sind (→ Abb. 39). Bei 12 IV-Stellen war der Anstieg der Fallkosten zwischen 2012 und 2017 überdurchschnittlich stark, teilweise sind die Fallkosten über 100 % angestiegen. Die restlichen IV-Stellen verzeichnen im gleichen Zeitraum entweder einen unterdurchschnittlichen Anstieg oder gar einen Rückgang der Fallkosten für die Durchführung der IM.

⁴¹ In Abbildung 38 entsteht der Eindruck, die IM-Fallkosten hätten sich im Jahr 2018 reduziert. Dass die durchschnittlichen IM-Fallkosten im 2018 etwas tiefer ausfallen als im Jahr 2017 hängt allerdings mit der Rechtszensierung der IV-Registerdaten zusammen. Da die Daten nur für versicherte Personen ausgewertet wurden, denen zwischen 2012 und 2018 erstmals eine IM verfügt wurde, ist es möglich, dass Versicherte der jüngeren Kohorte 2018 die IM noch nicht abgeschlossen haben und deshalb nur ein Teil der Kosten – aber nicht die abschliessenden Kosten - in den Berechnungen berücksichtigt werden konnten.

Abbildung 39: Vergleich der Fallkosten für IM zwischen den Kohorten 2012 und 2017 nach IV-Stelle, Median in CHF

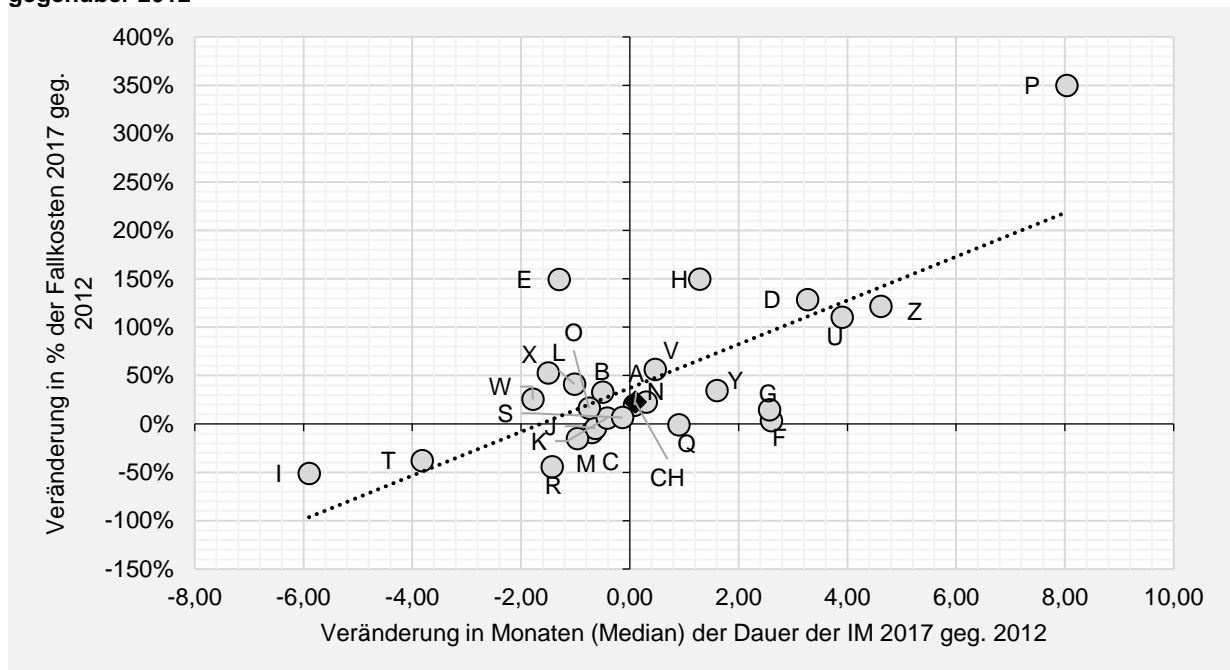


Quelle: Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

Sowohl in der Onlinebefragung als auch in den Fokusgruppengesprächen begründen die Kontraktmanager/-innen die Zunahme der Fallkosten vor allem damit, dass die Dauer der einzelnen IM angestiegen sei und dass im Vergleich zu früher schneller IM zugesprochen und weniger lange FI mit Coaching verfügt würden. Dieser Zusammenhang lässt sich statistisch bestätigen und ist mit einem Korrelationskoeffizienten von 0.742 (Korrelation nach Pearson) sogar hoch signifikant. Dabei gilt in der Regel: IV-Stellen, bei denen sich die durchschnittliche Dauer der IM (Median) zwischen 2012 und 2017 verringert hat, sind auch die Fallkosten entweder gesunken oder unterdurchschnittlich angestiegen. IV-Stellen, bei denen sich die mittlere Dauer der IM deutlich verlängert hat, verzeichnen in der Regel auch einen überdurchschnittlichen Anstieg der Fallkosten (→ Abb. 40).

Mittels einer multivariaten Regressionsanalyse wurde zudem untersucht, welche Faktoren die unterschiedliche Entwicklung der Fallkosten zwischen den IV-Stellen statistisch signifikant zu erklären vermögen (→ Tab. 4A im Anhang I). Auch in diesem Modell erweist sich die Dauer der IM (gemessen als arithmetisches Mittel) als eine wesentliche Erklärungsgrösse für die Fallkostenvarianz im Zeitraum 2012-2017. Als weitere Variable erweist sich die Entwicklung der Versichertenzahlen in IM als signifikant. Das heisst: Je stärker die Zahl der Versicherten in IM seit 2012 angestiegen ist, desto grösser ist die Reduktion der durchschnittlichen Fallkosten. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass durch die grössere Menge an Versicherten in IM «bessere» Verhandlungsergebnisse in den Leistungsvereinbarungen erzielt werden. Ein anderer Grund ist statistischer Natur: Bei kleineren Kantonen fallen Kostenschwankungen stärker ins Gewicht.

Abbildung 40: Veränderung der mittleren Dauer der IM (Median) und der Fallkosten für IM (in Prozent) 2017 gegenüber 2012



Quelle: Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

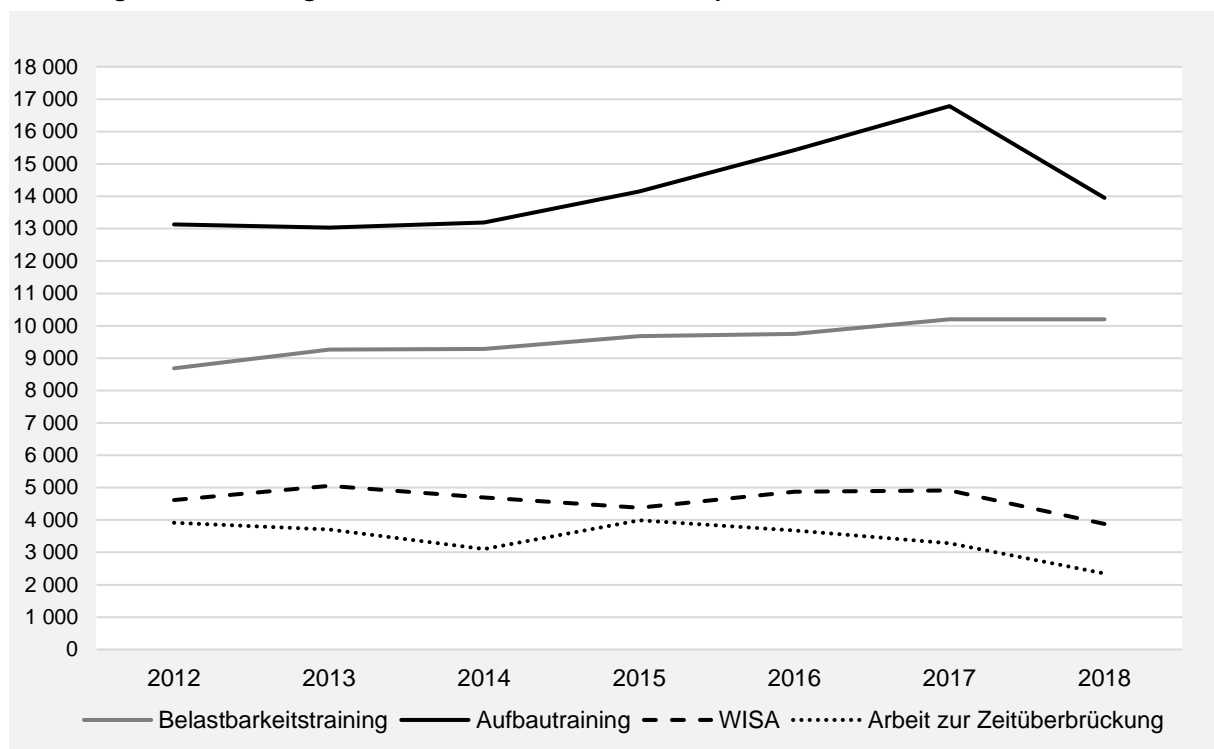
Der Wechsel von der Tages- zur Monatspauschale hat indes keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Varianz der Fallkostenentwicklung. Dennoch wurde dieser Punkt in der Onlinebefragung von einzelnen Kontraktmanager/-innen erwähnt. Es wird angenommen, dass die Absenzzzeiten in den IM teilweise höher sind, als in der Monatspauschale tatsächlich berechnet. Bei der Monatspauschale würde deshalb ein gewisses Absenzzrisiko bei der IV-Stelle liegen. In einem Fall hat die Durchführungsstelle im Rahmen der Monatspauschale den Preis explizit erhöht. Dies wurde von der IV-Stelle jedoch in Kauf genommen, da die Institution eine hohe Qualität bietet und gute Resultate erzielt, was sich insbesondere bei komplexen Fällen schliesslich als billigere Lösung erweisen kann. Auch in den Fokusgruppengesprächen wurde der Wechsel von der Tages- zur Monatspauschale und dessen Einfluss auf die Kosten der IM diskutiert. In einer Kontraktregion hat eine detaillierte Auswertung der Kostenzahlen gezeigt, dass die Kosten mit der Monatspauschale im Durchschnitt höher sind. Deshalb hat diese Region wieder auf die Tagespauschale gewechselt. Die Vertreter und Vertreterinnen einer anderen Region haben indes betont, dass mögliche Kostenrisiken aufgrund von Absenzen in der Berechnung der Monatspauschale berücksichtigt werden, damit der Wechsel möglichst kostenneutral ausfällt. Wieder andere Stimmen gaben zu bedenken, dass bei der Tagespauschale der erhöhte Aufwand für das Controlling zusätzliche administrative Kosten verursache. Darüber hinaus würde es auch eine Rolle spielen, auf welcher Basis der Tagespauschale auf die Monatspauschale umgerechnet wird. Bei komplexen Fällen oder vielen Absenzen seien Tagestarrife aber flexibler zu handhaben.

6.2.2 Entwicklung der Fallkosten der verschiedenen IM-Arten

Die durchschnittlichen Fallkosten (Median) für das Belastbarkeitstraining sind seit dem Jahr 2012 von 8'656 Franken auf 10'200 Franken gestiegen. Dies entspricht einem durchschnittlichen Anstieg pro Person im Belastbarkeitstraining von 17 Prozent. Die Fallkosten für das Aufbaustraining verzeichnen im gleichen Zeitraum einen Anstieg von 6 Prozent. Für die WISA haben sich die Fallkosten indessen um 16 Prozent reduziert. In der genaueren Betrachtung besteht eine Tendenz, dass bei jenen IV-Stellen, die IM überdurchschnittlich häufig als WISA durchführen, die allgemeinen Fallkosten tiefer sind. Dabei fällt auf, dass diese IV-Stellen häufig in ländlichen oder kleineren Kantonen liegen. Wie sich in den Fokusgruppengesprächen gezeigt hat, ist die Vielfalt der Leistungserbringer in diesen Kantonen häufig kleiner, weshalb es schwieriger ist, ein passendes Angebot zu finden. Als Alternative wird ein geeigneter Arbeitsplatz

gesucht. Zugleich dürfte auch das direkte Netzwerk der IV-Stellen zu den Arbeitgebern informeller und grösser sein. Dadurch wird es auch einfacher, einen geeigneten Arbeitsplatz für die Durchführung der IM zu finden.

Abbildung 41: Entwicklung der durchschnittlichen Fallkosten pro IM-Art 2012-2018⁴², Median in CHF



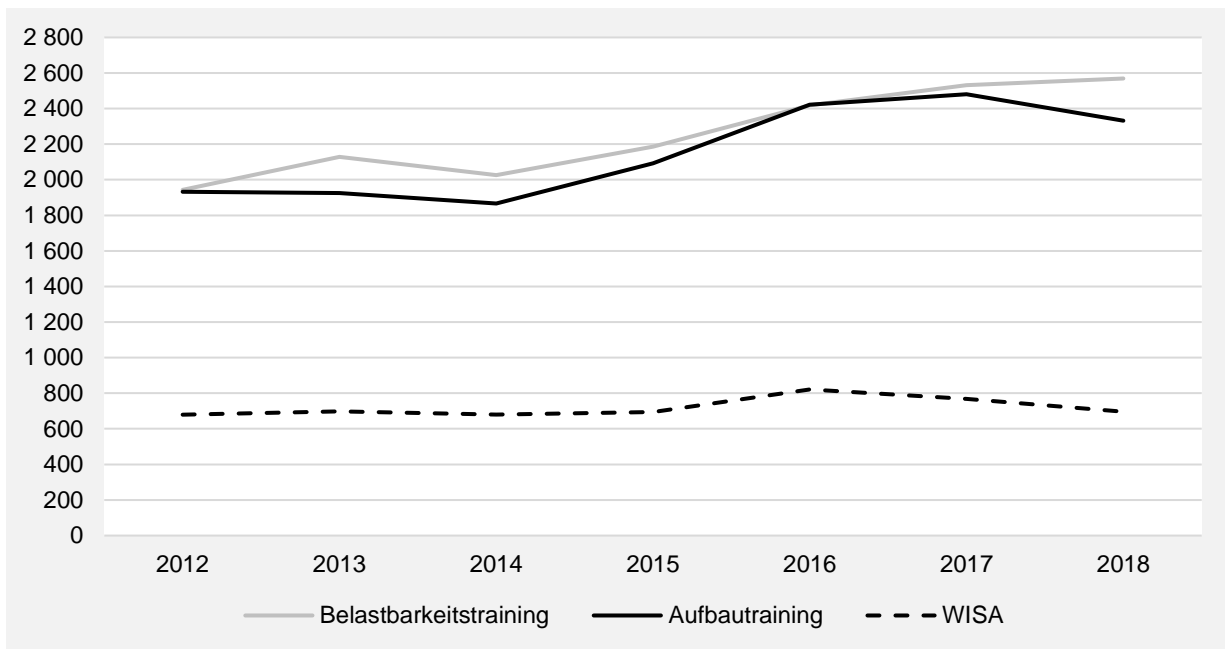
Quelle: Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

Für die drei IM-Arten Belastbarkeitstraining, Aufbautraining und WISA konnten die Kosten pro Monat, den eine versicherte Person in der entsprechenden IM-Art verbringt, berechnet werden⁴³. Die monatlichen Kosten pro Person sind beim Belastbarkeitstraining seit 2012 um knapp einen Drittel von 1943.- Franken pro Monat auf 2569.- Franken im Jahr 2018 angestiegen. Beim Aufbautraining macht der Anstieg der monatlichen Kosten pro versicherte Person gut einen Fünftel (21 %) aus. Im Jahr 2012 kostete das Aufbautraining pro Monat und Person 1932.- Franken, im Jahr 2018 belaufen sich diese Kosten auf 2332.- Franken pro Monat und Person. Die monatlichen Kosten pro Person für WISA erweisen sich hingegen seit 2012 als weitgehend konstant (→ Abb. 42).

⁴² Aufgrund der Rechtszensierung der IV-Registerdaten kann das Jahr 2018 nicht als Vergleichsjahr herangezogen werden. Es ist gut möglich, dass gewisse Versicherte die IM noch nicht abgeschlossen haben oder die IM nach einem Unterbruch wieder aufnehmen. Dadurch dürften die durchschnittlichen Kosten für das Jahr 2018 bei künftigen Auswertungen ansteigen.

⁴³ Da die IV-Registerdaten kein eindeutiges Abschlussdatum der IM enthalten und es sich bei der berechneten Dauer der IM um eine Bruttodauer handelt, die auch allfällige Unterbrüche einschliesst, ist bei der Interpretation der Kosten pro Massnahmenmonat Vorsicht geboten. Es ist davon auszugehen, dass die Kosten pro tatsächlich besuchten Monat in einer IM etwas höher liegen dürften.

Abbildung 42: Entwicklung der Kosten pro Person für einen Monat in den IM nach IM-Art 2012-2018, Median CHF



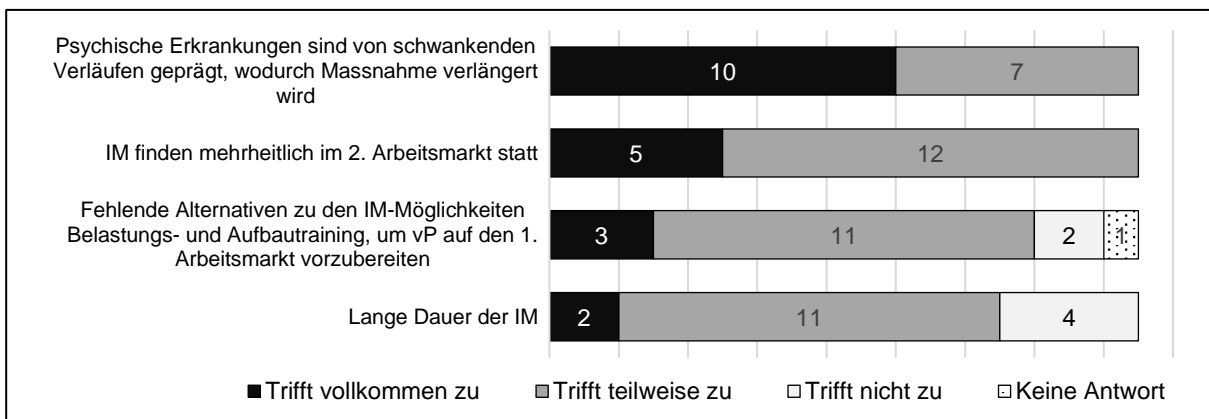
Quelle: Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

6.3 Kostenrelevante Faktoren aus Sicht der Kontraktmanager und -managerinnen

In der Onlinebefragung wurden die Kontraktmanager und -managerinnen gefragt, welches aus ihrer Sicht die kostentreibenden Faktoren bei den IM seien. Dafür konnten sie verschiedene Argumente mit den Prädikaten *zutreffend*, *teilweise zutreffend* oder *nicht zutreffend* beurteilen. Vier Argumente beziehen sich auf die Art und Durchführung der IM und sechs Aspekte auf die Leistungserbringer (Durchführungsstellen).

Hinsichtlich der Durchführung der IM erachtet die Mehrheit der Befragten schwankende Krankheitsverläufe, insbesondere bei psychischer Beeinträchtigung, verbunden mit der Verlängerung der Massnahme als einen wesentlichen Kostenfaktor. Allgemein gilt die Dauer der IM als ein relevantes Kriterium für die Fallkosten. Als weiteren kostenrelevanten Faktor nennen die Kontraktmanager und -managerinnen, dass IM vermehrt im zweiten Arbeitsmarkt stattfinden. Die Entschädigung erfolgt dann über Tages- oder Monatspauschalen. Diese liegen deutlich höher als die Beiträge an die Arbeitgeber bei einer Durchführung der IM im regulären Arbeitsmarkt. 14 der 17 Befragten (82,3 %) sehen einen weiteren Grund für die steigenden Kosten der IM in fehlenden Alternativen, die versicherten Personen insbesondere nach dem Belastbarkeitstraining auf den ersten Arbeitsmarkt vorzubereiten.

Abbildung 43: Durchführungsart der IM als kostenrelevanter Faktor, Anzahl (N=17)



Quelle: Onlinebefragung IV-Stellen 2019

Bei den Aspekten, die vor allem die Leistungserbringer betreffen, erachten die Kontraktmanager/-innen in erster Linie die Infrastrukturkosten bei den Durchführungsstellen und den hohen Betreuungsschlüssel als wesentliche kostenwirksame Grössen. Letzteres wird zudem durch das Argument unterstützt, dass gute Qualität in der Regel auch höhere Kosten verursacht. Knapp die Hälfte sieht in den unterschiedlichen kantonalen Lohnniveaus (Lebenshaltungskosten) mindestens teilweisen einen Grund für die steigenden Kosten der IM oder für die Unterschiede zwischen den IV-Stellen. Eine zu geringe Konkurrenz zwischen den Leistungsanbietern wird von der Mehrheit der Befragten als kein relevanter Kostenfaktor definiert. Einzelne Befragte haben zudem darauf hingewiesen, dass die abgebildeten kostenverursachenden Faktoren häufig wenig bis gar nicht beeinflussbar sind, diese aber auch wesentliche Merkmale der IM (schwankende Krankheitsbilder, Betreuungsschlüssel, etc.) seien.

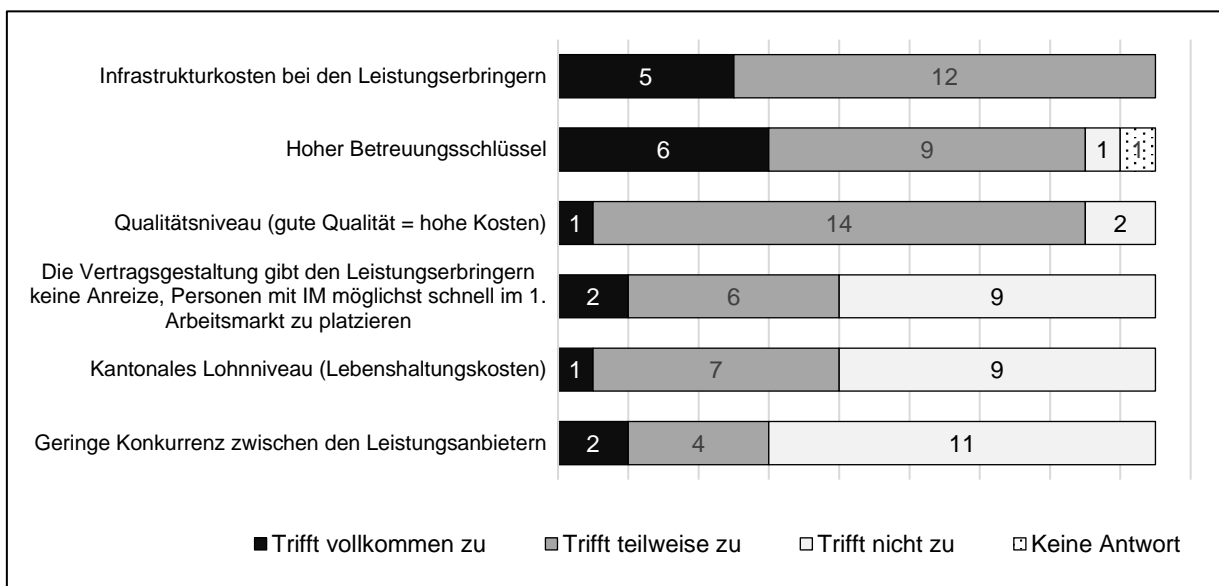
Knapp die Hälfte der Befragten findet zudem, dass die Vertragsgestaltung den Leistungserbringern keine oder wenig Anreiz bietet, Personen mit IM möglichst zügig im ersten Arbeitsmarkt zu platzieren, was sich negativ auf die Kosten der IM auswirkt.

Die befragten Durchführungsstellen, aber auch die an den Fokusgesprächen teilnehmenden Eingliederungsfachpersonen sehen die Möglichkeit eines Erfolgsbonus jedoch als eher negativ. Einerseits würde dies nichts an ihrer Arbeit ändern, weil die Suche nach Anschlusslösungen auch zu ihrer Arbeit gehöre. *« L'argent ne changera rien. On est déjà payé pour le faire. Notre approche ne changerait pas, la performance n'est pas au niveau de se dire on a réussi la MR, c'est plutôt de voir la personne avancer et d'adapter les solutions pour qu'elle avance ».*

Mehrere Interviewte nennen auch Risiken, die die Einführung eines solchen Bonus bringen könnte. *« Ca crée des risques qu'on développe des stratégies pour montrer qu'on fait bien, plutôt que de faire bien ».* Auch müsste ein Kontrollapparat seitens der IV-Stellen aufgebaut werden, welcher den Beziehungen zwischen den Leistungserbringern und den IV-Stellen schaden würde. Auch wenn ungeachtet des Profils der versicherten Person das Ziel der Integration in den ersten Arbeitsmarkt dominiere, stelle sich die Frage der Nachhaltigkeit – vor allem bei komplexen Problemstellungen und psychisch stark belasteten Personen. Denn wie gut die Integration in den Arbeitsmarkt gelinge, hänge stark vom Profil der versicherten Person ab. *« Einfach die Leute irgendwohin zu vermitteln, finde ich nicht zielführend und auch nicht nachhaltig ».*

Diese Haltung zeigen auch die Eingliederungsfachpersonen in den Fokusgruppengesprächen. Es sei nach ihnen auch oft nicht klar, wer oder was genau zu einer Anstellung beigetragen hat. Es sei für die Durchführungsstellen schon motivierend, wenn sie bei guter Zielerreichung von den IV-Stellen weiterhin versicherte Personen vermittelt bekommen. Erfolgsboni brauche es dazu keine. *« Die beste Unterstützung, die wir Institutionen bieten können, ist, dass wir sie wieder berücksichtigen, weil sie einen guten Job machen ».* Zudem sei es möglich, dass die IM nicht innerhalb von 6 Monaten nach deren Abschluss zu einer Anstellung im ersten Arbeitsmarkt führe sondern erst später. Schliesslich wird auf die Gefahr hingewiesen, dass die Leistungserbringer wegen eines Erfolgsbonus lediglich solche versicherte Personen für eine IM annehmen, deren Profil eine rasche Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt erwarten lässt.

Abbildung 44: Leistungserbringer und Lohnniveau als kostenrelevante Faktoren, Anzahl (N=17)



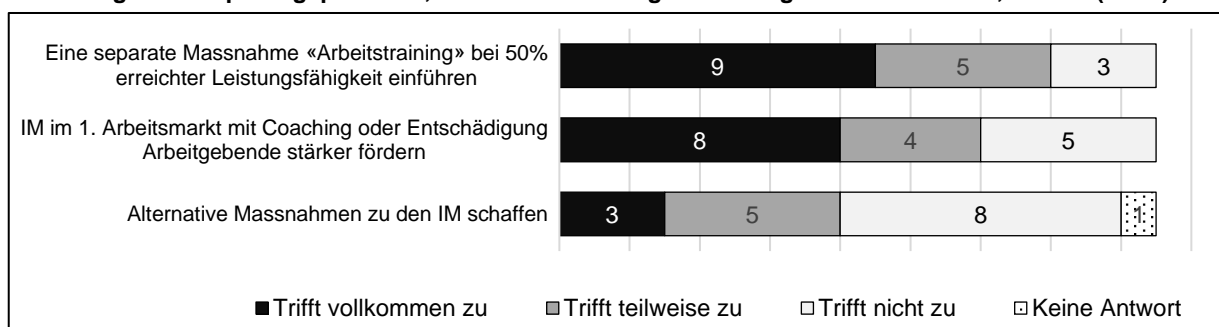
Quelle: Onlinebefragung IV-Stellen 2019

6.4 Einsparungspotenzial

In Bezug auf mögliches Einsparungspotenzial konnten die Kontraktmanager/-innen in der Onlinebefragung beurteilen, inwiefern die drei Aspekte *IM-Möglichkeiten*, *Beschaffung* und *Durchführung der IM* zutreffen, teilweise zutreffen oder nicht zutreffen.

Einsparungspotenzial orten die meisten Befragten – mindestens teilweise – in einer zusätzlichen Massnahme zum Aufbaustraining, die bei 50 % erreichter Leistungsfähigkeit eingesetzt werden kann. Dem Vorschlag, IM im ersten Arbeitsmarkt mit Coaching oder Entschädigung der Arbeitgeber stärker zu fördern, um Kosten einzusparen, stimmen 12 Kontraktmanager und -managerinnen vollkommen oder teilweise zu. Acht Befragte nennen als alternative Massnahmen zu IM, Praktika im regulären Arbeitsmarkt einzuführen sowie Anreize bei den Leistungserbringern zu schaffen (→ siehe Kapitel 6.3), um so die Ressourcen des regulären Arbeitsmarktes besser zu nutzen. Einzelne Befragte sehen Einsparungsmöglichkeiten darin, indem die Arbeitgeber in Bezug auf Gesundheitsprävention geschult und sensibilisiert werden, um chronifizierenden Krankheitssituationen mit IV-Anmeldung als Folge vorzubeugen. Genannt wurde auch die Prüfung von Frühinterventionsmöglichkeiten (z.B. Abklärungen) bereits bei Klinikaufenthalten.

Abbildung 45: Einsparungspotenzial, indem neue IM-Möglichkeiten geschaffen werden, Anzahl (N=17)

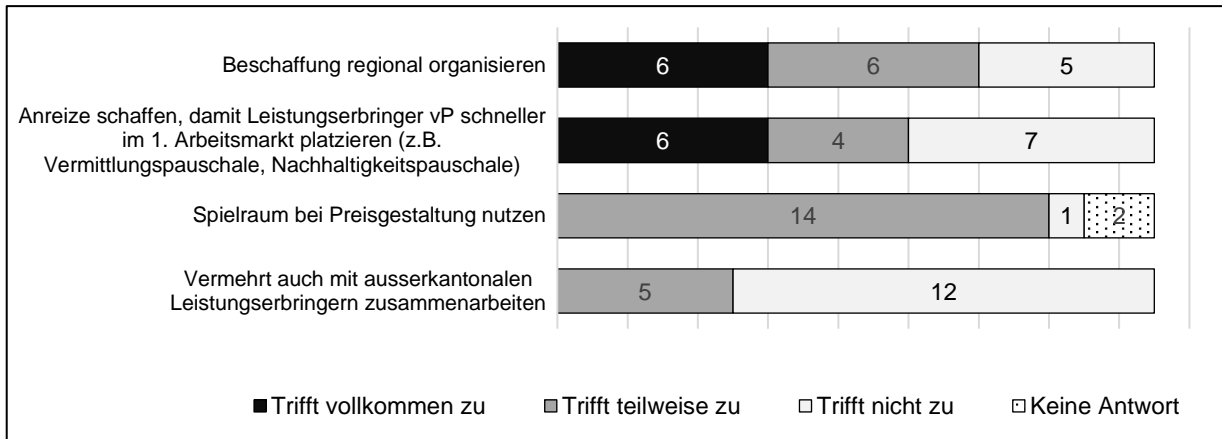


Quelle: Onlinebefragung IV-Stellen 2019

In Bezug auf die Leistungserbringer können gemäss den meisten Befragten Kosten gespart werden, wenn die Beschaffung regional organisiert erfolgt. Dies ermögliche Vergleichbarkeit und sinnvolle Strategieabsprachen. Solche regionalen Zusammenschlüsse für die Beschaffung von Leistung bestehen in der Deutschschweiz bereits heute (Ostschweiz, Zentralschweiz, Basel-Stadt und Basellandschaft). Zehn Kontraktmanager und -managerinnen sind zudem vollkommen oder teilweise der Meinung, dass auch

geeignete Anreize für die Leistungserbringer (z.B. Vermittlungspauschale, Nachhaltigkeitspauschale), die versicherten Personen im ersten Arbeitsmarkt zu platzieren, ein Sparpotential haben. Diese Aussage wird von den befragten Leistungserbringern nicht unterstützt. Auch die Eingliederungsfachpersonen äuserten sich in den Fokusgruppengesprächen eher kritisch gegenüber solchen Anreizen. Spielraum bei der Preisgestaltung, um Kosten der IM einzusparen, ist für die meisten Befragten zwar eine Möglichkeit, trifft aber nicht vollkommen zu. Den Vorschlag, gezielt mit ausserkantonalen Leistungserbringern zusammenarbeiten, um dadurch die Konkurrenz zu steigern, erachtet die Mehrheit der befragten Kontraktmanager und -managerinnen als keine geeignete Massnahme mit Einsparpotenzial.

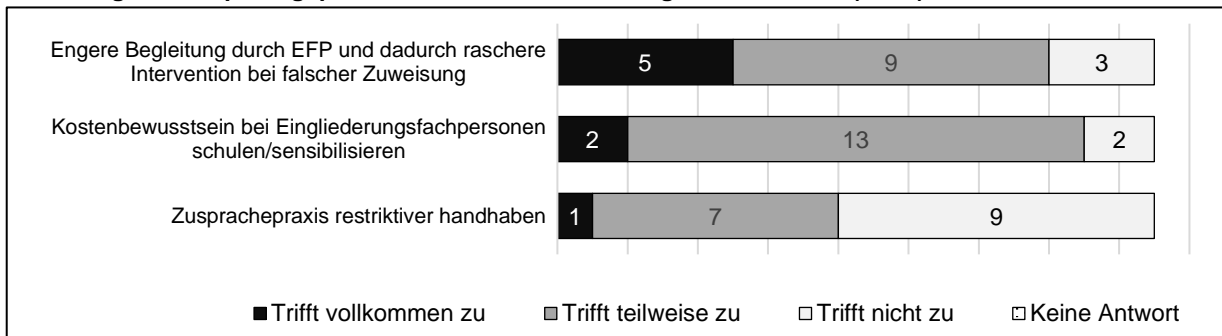
Abbildung 46: Einsparungspotenzial bei den Leistungserbringern, Anzahl (N=17)



Quelle: Onlinebefragung IV-Stellen 2019

Bei der Durchführung der IM schreiben 14 Befragte einer engen Begleitung der Versicherten durch die Eingliederungsfachpersonen und einem raschen Eingreifen bei Falschzuweisungen mindestens teilweise ein gewisses Sparpotential zu. Die Schulung/Sensibilisierung der Eingliederungsfachpersonen für ein stärkeres Kostenbewusstsein ist gemäss der Mehrheit der Befragten ebenfalls eine Möglichkeit, um die Kosten der IM zu senken. Eine restriktivere Zusprachepraxis erachten neun Kontraktmanager und -managerinnen indessen nicht als zutreffende Massnahme zur Einsparung von Kosten.

Abbildung 47: Einsparungspotenzial bei der Durchführung der IM, Anzahl (N=17)



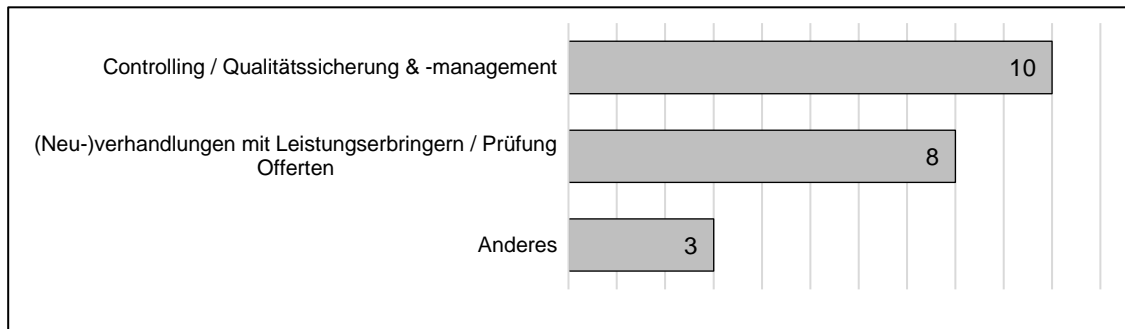
Quelle: Onlinebefragung IV-Stellen 2019

6.5 Massnahmen, um das Qualitäts-Preisverhältnis von IM steuern zu können

Von den 17 Kontraktmanager und -managerinnen, die an der Onlinebefragung teilgenommen haben, geben 13 an, dass ihre IV-Stelle Massnahmen eingeführt hat, um das Qualitäts-Preisverhältnis der IM steuern zu können. In einer offen gehaltenen Frage konnten sie formulieren, um welche Massnahmen es sich dabei handelt. Diese wurden anschliessend in drei Kategorien nachcodiert. Als häufigste Massnahme wurde die Einführung eines Controlling- und Qualitätsmanagements genannt. Dieses erfolgt beispielsweise in Form von regelmässigen QS-Gesprächen mit den Leistungsanbietern, mit Befragungen der Eingliederungsfachpersonen der IV und der Betreuungspersonen bei den Institutionen zur Zufriedenheit mit den durchgeführten Massnahmen. Die Ergebnisse werden anschliessend im QS-Gespräch mit

den Institutionen, dem Kontraktmanagement und den beteiligten Eingliederungsfachpersonen besprochen. Acht Befragte geben zudem an, dass im Rahmen der Kostensteuerung, auch (Neu-)Verhandlungen mit den Leistungsanbietern/Prüfung der Offerten möglich sind, indem beispielsweise nicht bedürfnisgerechte Angebotsanteile angesprochen und reduziert werden. Weitere Möglichkeiten sind Kostenstatistikerhebungen und die sorgfältige Prüfung der Eingabeofferten mit einem besonderen Augenmerk auf das kantonale Preisniveau. Einzelne Befragte verweisen zudem darauf, dass auch ein Benchmark über die gesamte Schweiz (IVSK-Plattform) und der Austausch mit anderen IV-Stellen hilfreiche Inputs für Qualitäts- und Preissteuerung sind.

Abbildung 48: Massnahmen der IV-Stellen zur Steuerung des Qualitäts-Preisverhältnisses, Anzahl (N=17)



Quelle: Onlinebefragung IV-Stellen 2019

7. Abschluss der IM und Anschlusslösungen

In diesem Kapitel steht der Abschluss der IM und der Übergang in eine Anschlusslösung sowie die mittelfristige Rückkehr auf einen Arbeitsplatz im Zentrum. Es wird insbesondere auf die Frage eingegangen, inwiefern es die IM der versicherten Person ermöglichen, eine berufliche Massnahme der IV oder eine Anstellung im regulären Arbeitsmarkt aufzunehmen und nach welcher Zeitspanne dies erfolgen soll. Untersucht wird zudem, welche Faktoren entscheidend mit dem Erfolg der IM zusammenhängen und welche Faktoren die Eingliederungsfachpersonen aufgrund ihrer Erfahrungen als erfolgsversprechend definieren. Zur Erinnerung sei nochmals darauf hingewiesen, primäres Ziel der IM ist die **Erreichung der Eingliederungsfähigkeit** im Hinblick auf eine berufliche Massnahme (vgl. KSIM), für die in der Regel eine Arbeitsfähigkeit von mind. 50 % eines vollen Pensums vorausgesetzt wird.

7.1 Abschluss der IM und mögliche Anschlusslösungen

Vor Abschluss einer IM wird evaluiert, ob die Zielvereinbarung erreicht wurde. Dies wird von der verantwortlichen Person der Institution zu Händen der IV schriftlich festgehalten. Es ist vorgesehen, dass diese Abschlussbeurteilung/Erfolgseinschätzung Anlass zu einer Diskussion gibt, an der sich die Eingliederungsfachperson, die versicherte Person und die Durchführungsstelle oder der Arbeitgeber beteiligen.

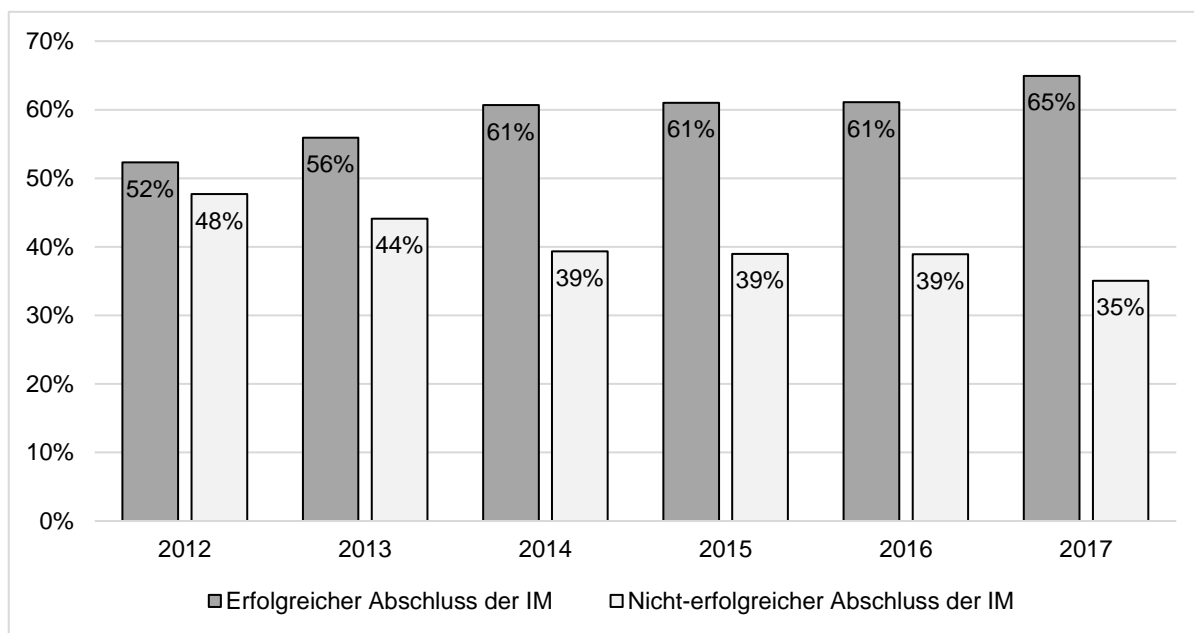
Diese Vorgehensweise findet nicht in allen befragten Durchführungsstellen statt. Die Abschlussbeurteilung und die Erfolgseinschätzung einer durchgeführten Massnahme scheint in der Praxis oft nicht klar geregelt zu sein. Dies illustriert beispielsweise folgende Aussage: *«[es ist] nicht so, dass dann beim Abschluss plötzlich alles zur Sprache kommt, sondern die EFP sind laufend informiert und können dann eine Abschlusssituation einschätzen bzw. verstehen»*. Mehrere interviewte Institutionen nennen bei der Frage zum gemeinsamen Abschlussgespräch denn auch die monatlichen Standortgespräche mit der IV oder die Redaktion des Schlussberichts zu den Ergebnissen der IM. Fünf Befragte geben an, systematisch und gemeinsam mit der IV und der versicherten Person ein Abschlussgespräch zu führen. Gleichzeitig wurde in den Interviews mehrfach darauf hingewiesen, dass es den Institutionen nicht bekannt sei, was die versicherte Person nach Abschluss der IM macht. *«Wir wissen nicht, was nach Abschluss passiert. Das ist etwas, was mir fehlt. Gut wäre auch, wenn wir länger begleiten könnten. Auch den Übergang in den ersten Arbeitsmarkt»*.

7.1.1 Erfolge und Anschlusslösungen an die IM

Von allen Versicherten, die eine IM besucht haben und in die Untersuchung einbezogen wurden, erreichten 61 Prozent eine berufliche Eingliederungsfähigkeit von mindestens 50 % eines vollen Arbeitspensums (→ Abb. 49). Das heisst: Bei diesen Personen folgte nach Abschluss der IM entweder eine berufliche Massnahme der IV, eine Erwerbstätigkeit oder sie sind arbeitslos gemeldet.

Der Anteil jener Versicherten, die das Ziel der beruflichen Eingliederungsfähigkeit nach Abschluss der IM erreichen, hat seit 2012 um 13 Prozentpunkte zugenommen und liegt im Jahr 2017 bei 65 Prozent. Entsprechend ist der Anteil jener Personen die das Ziel der IM nicht erreicht haben, auf einen guten Drittel (35 %) gesunken. Diese Personen erhalten entweder eine ganze IV-Rente oder eine Teilrente ohne weiteres Einkommen, sie bekommen Sozialhilfe oder haben gar keine Einkommensquelle.

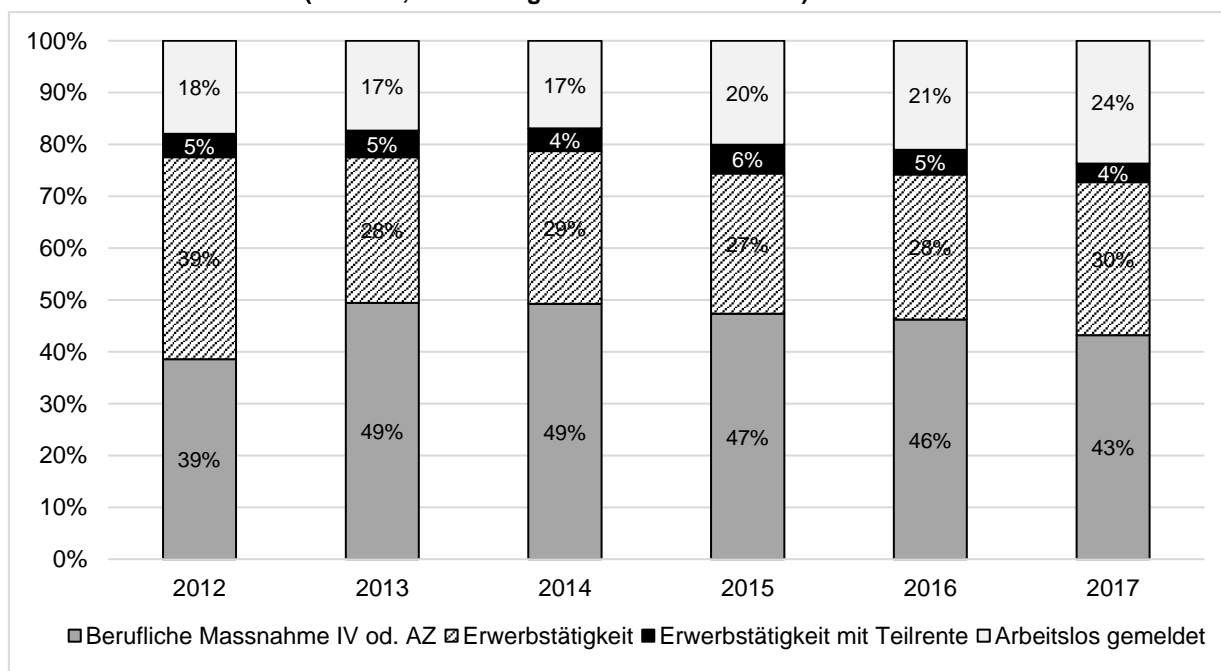
Abbildung 49: Entwicklung des Anteils der Versicherten mit einem erfolgreichen bzw. nicht-erfolgreichen Abschluss der IM 2012-2017 (N=14'882)



Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger, Register individuelle Konten

Von jenen Versicherten, die mindestens eine 50%ige Eingliederungsfähigkeit erreicht haben, treten 46 Prozent nach Abschluss der IM zunächst in eine berufliche Massnahme der IV oder in einen Arbeits-einsatz zur Zeitüberbrückung (1 %) ein. Dieser Wert ist seit 2013 leicht gesunken (-6 PP). Ein gutes Drittel (34 %) hat mindestens teilweise ein Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit, wobei sich der Anteil der Personen, die nach Abschluss der IM direkt in eine Erwerbstätigkeit einstiegen, ab dem Jahr 2013 leicht verschoben hat, zugunsten einer beruflichen Massnahme der IV. Die grössten Verschiebungen gab es jedoch bei der Arbeitslosigkeit: Ein Fünftel der Versicherten sind nach dem Abschluss der IM arbeitslos gemeldet (→ Abb. 50). Dieser Wert hat in den letzten Jahren trotz guter Wirtschaftslage um 7 Prozentpunkte zugenommen.

Abbildung 50: Entwicklung der Anteile der verschiedenen Anschlusslösung nach einem erfolgreichen Abschluss der IM 2012-2017 (N=9'040, nur «erfolgreiche» IM-Abschlüsse)

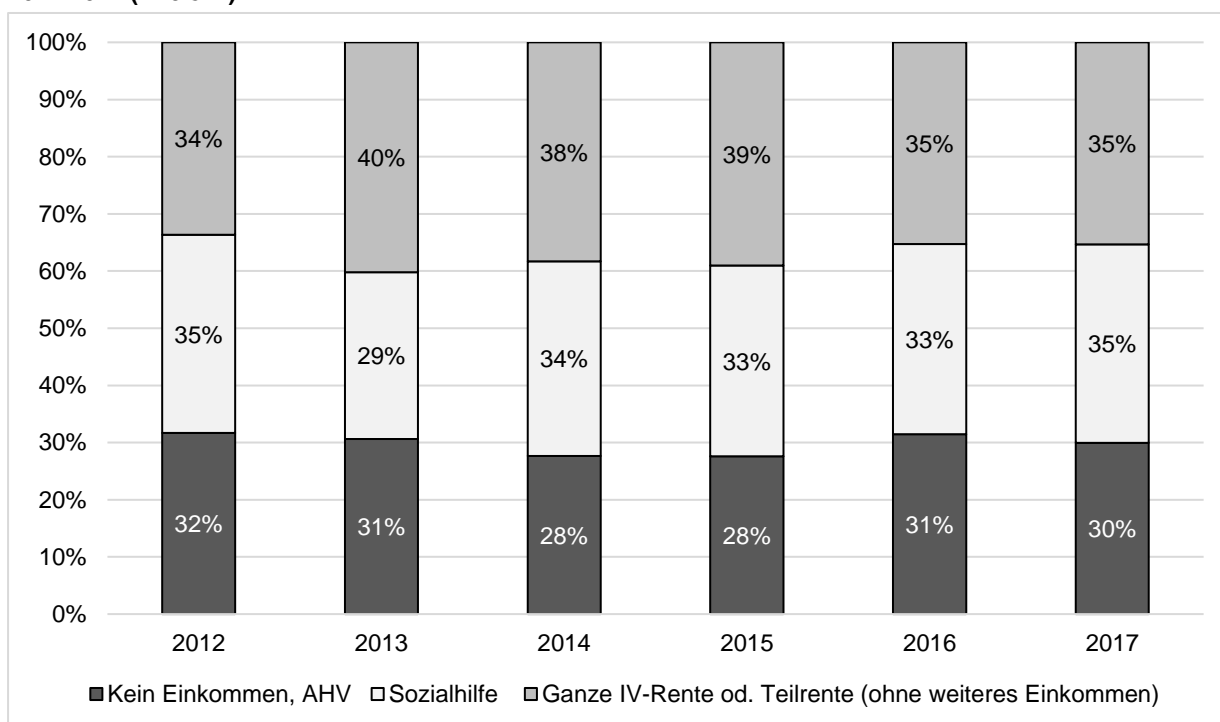


Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger, Register individuelle Konten

Von jenen Versicherten, bei denen davon ausgegangen werden muss, dass sie nach Abschluss der IM die berufliche Eingliederungsfähigkeit nicht erreicht haben, haben im Jahr 2018 35 Prozent eine ganze Rente oder eine Teilrente ohne weiteres Einkommen (→ Abb. 51). Der Anteil jener Versicherten, die direkt nach Abschluss der IM eine IV-Rente haben, ist seit dem Jahr 2013 um 5 Prozentpunkte gesunken. Ein wesentlicher Grund für diesen Rückgang dürfte darin liegen, dass in den letzten Jahren auch die Anteile der Rentenbezüger und -bezügerinnen, welche IM im Wiedereingliederungsverfahren besuchen, allgemein abgenommen haben. Entsprechend hat sich auch der mengenmässige Umfang dieser Personengruppen seit 2013 halbiert (-51,5 %), was sich wiederum auf die Anteile der Rentenbezüger und -bezügerinnen an allen Versicherten in IM auswirkt.

Der Anteil jener Personen, die im Anschluss an die IM kein Erwerbseinkommen haben und auch kein Einkommen aus Beiträgen des Systems der sozialen Sicherung⁴⁴ erhalten, liegt seit 2012 weitgehend konstant bei 30 Prozent (→ Abb. 51). Gut ein Drittel der Personen, welche die berufliche Eingliederungsfähigkeit nicht erreicht haben, bezieht nach Abschluss der IM Sozialhilfe. Es ist gut möglich, dass bei einem Teil dieser Personen eine IV-Rentenprüfung stattfindet. In den Interviews mit den Versicherten hat sich nämlich gezeigt, dass der Gang zur Sozialhilfe für Personen mit geringen finanziellen Mitteln häufig die einzige mögliche Lösung ist, während der Anspruch auf eine IV-Rente geprüft wird. Ein Anhaltspunkt dazu liefert die Analyse der Versichertendossiers, welche zeigen, dass bei rund einem Drittel der Personen, die die berufliche Eingliederungsfähigkeit nicht erreicht haben, im Anschluss an die IM eine IV-Rentenprüfung erfolgt. Diese Personen waren während dieser Zeit teilweise auf Sozialhilfe angewiesen.

Abbildung 51: Entwicklung der Anteile der Anschlusslösung bei nicht erfolgreichem Abschluss der IM 2012-2017 (N=5'842)



Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger, Register individuelle Konten

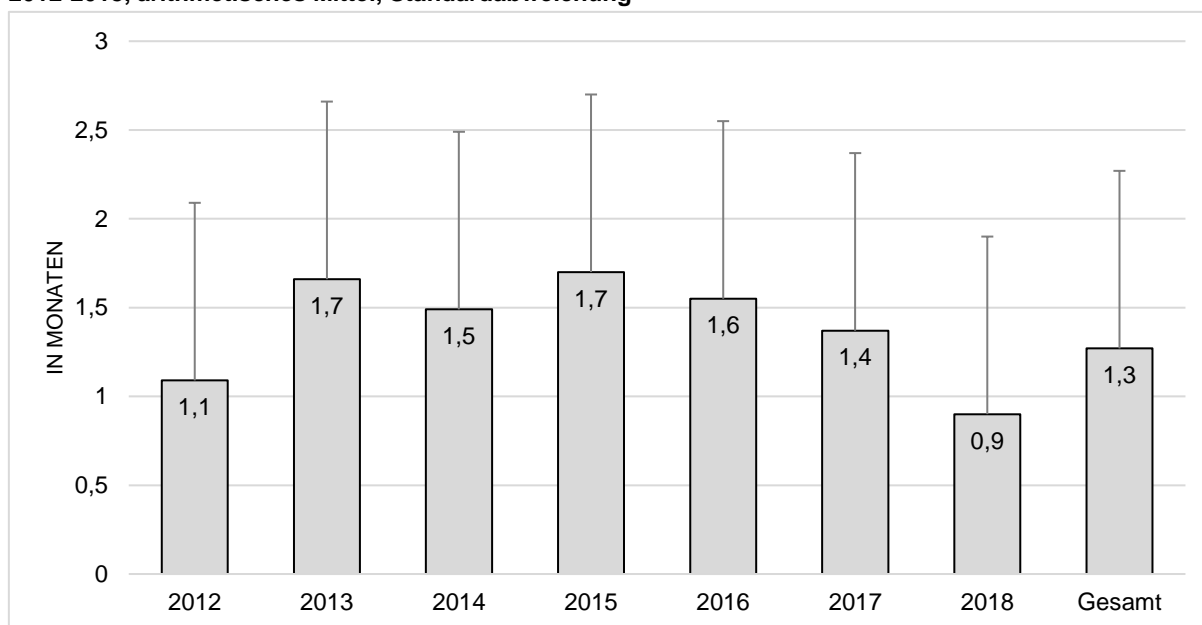
7.1.2 Anschlusslösung berufliche Massnahme

Wird das Ziel einer Erwerbsfähigkeit von mindestens 50 % eines vollen Pensums erreicht, ist die häufigste Anschlusslösung eine berufliche Massnahme der IV. In der untersuchten Population der Versicherten in IM liegt die mittlere Dauer zwischen Abschluss der IM und Beginn einer beruflichen Massnahme bei 1,3 Monaten (arithmetisches Mittel → Abb. 52). Dass die Versicherten, welche die IM im Jahr 2018

⁴⁴ Ein minimaler Teil dieser Versicherten hat nach Abschluss der IM das Pensionsalter erreicht und bezieht AHV-Leistungen/Renten.

abgeschlossen haben, nur knapp einen Monat benötigen, bis sie in eine berufliche Massnahme eintreten, hängt mit den rechtszentrierten IV-Registerdaten zusammen.

Abbildung 52: Mittlere Zeitspanne zwischen Abschluss der IM und Einstieg in eine berufliche Massnahme 2012-2018, arithmetisches Mittel, Standardabweichung



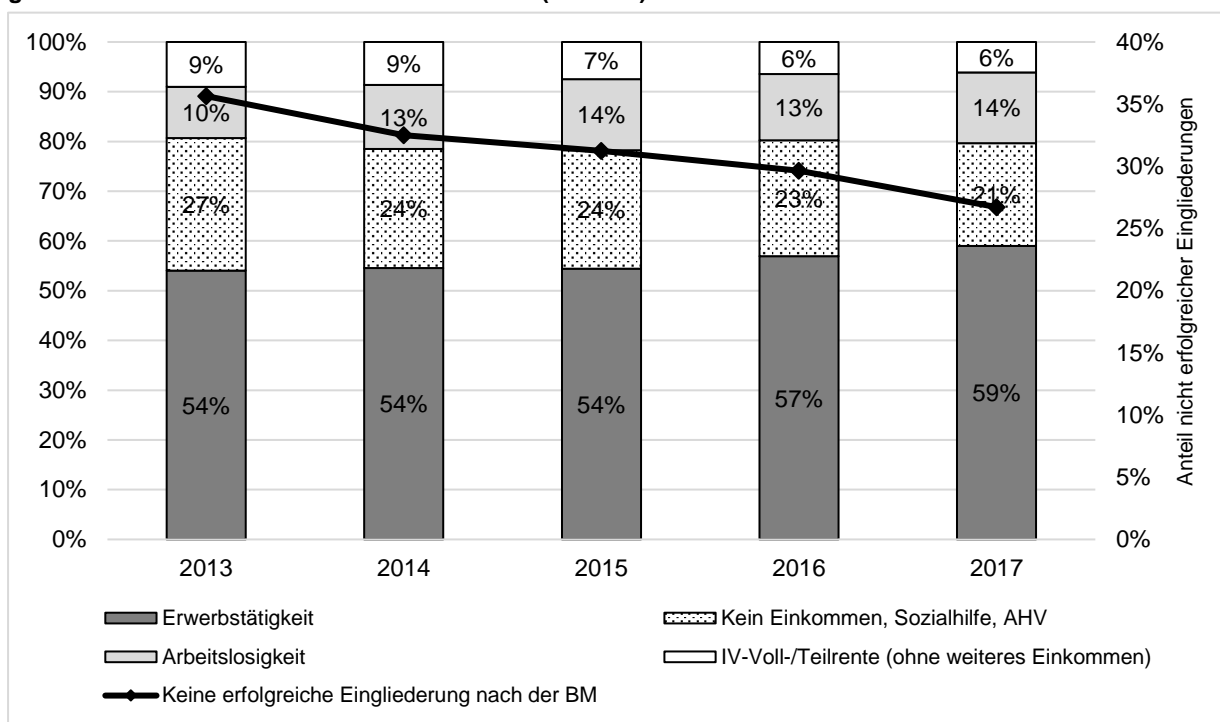
Quelle: Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

Am häufigsten handelt es sich bei der beruflichen Massnahme um eine Umschulung nach Art. 17 IVG (38 %). 15 Prozent fangen eine neue Ausbildung oder berufsorientierte Weiterbildung (Art. 16 Abs. 2 Bst. c IVG) an, 14 Prozent startet einen Arbeitsversuch ohne Rente (Art. 18a IVG). Weitere 13 Prozent erhalten zunächst eine Berufsberatung (Art. 15 IVG). Einarbeitungszuschüsse (6 %), eine Wiedereinschulung in den bisherigen Beruf (6 %), aktive Unterstützung bei der Suche eines neuen Arbeitsplatzes (5 %), Arbeitsversuche mit Rente (2 %) oder begleitende Beratung im Hinblick auf die Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes (1 %) werden eher selten eingesetzt.

Anschlusslösung nach der beruflichen Massnahme (BM)

Nach Abschluss der beruflichen Massnahme kehrt über die Hälfte (56 %) mindestens im Teilzeitpensum auf eine Arbeitsstelle zurück. Seit 2013 ist der prozentuale Anteil der Rückkehr in den regulären Arbeitsmarkt kontinuierlich gestiegen (→ Abb. 53). Gleichzeitig ist auch der Anteil jener Personen angestiegen, die sich nach Abschluss der BM bei der ALV melden, plus 4 Prozentpunkte seit 2013. Der Anteil jener Personen, die über keine Einkommen verfügen oder direkt Sozialhilfe beziehen hat sich indes auf einen Fünftel im Jahr 2017 reduziert. Auch der Anteil der Personen mit einer ganzen Rente oder Teilrente ohne weiteres Einkommen verzeichnet einen leichten Rückgang von 3 Prozentpunkten. Von den Versicherten, welche die berufliche Massnahme im 2017 beendet haben, erhielten 6 Prozent unmittelbar danach eine ganze Rente oder sie bekamen eine Teilrente, hatten aber kein zusätzliches Einkommen. Im Durchschnitt gelingt die berufliche Eingliederung nach Abschluss einer BM bei 30 Prozent nicht erfolgreich.

Abbildung 53: Entwicklung der Anteile der Anschlusslösungen und der nicht erfolgreichen Eingliederungen nach Abschluss der letzten BM 2013-2017 (N=5'290)



Quelle: Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

Zusammenhang zwischen Anteilen an BM und Arbeitslosenquote

Eine Gegenüberstellung der Anteile an versicherten Personen mit Anschlusslösung BM nach der IM und der kantonalen Arbeitslosenquoten zeigt, dass IV-Stellen in Kantonen, in denen die durchschnittliche Arbeitslosenquote über die Jahre 2012-17 verhältnismässig hoch ist, höhere Anteile an Versicherten ausweisen, die nach Abschluss der IM in eine berufliche Massnahme übertreten (→ Abb. 54). Dieser Zusammenhang ist hoch signifikant und deutlich (Korrelationskoeffizient = 0.7). Zugleich deutet dieser Befund darauf hin, dass es in Kantonen mit höheren Arbeitslosenquoten nach der IM weniger Alternativen im regulären Arbeitsmarkt gibt. Dennoch gibt es IV-Stellen, die in Kantonen mit tiefen Arbeitslosenquoten angesiedelt sind und trotzdem einen relativ hohen Anteil an Versicherten mit Anschlusslösung berufliche Massnahme haben. Dies wiederum verweist auf unterschiedliche Praxen bei den IV-Stellen hinsichtlich der Auslegung der IM (siehe auch Kapitel 4.1) sowie hinsichtlich des Übertritts in den Arbeitsmarkt nach Abschluss der IM, aber auch auf unterschiedliche Versichertenprofile (z.B. hoher Anteil an Versicherten mit IM im Rahmen einer Rentenrevision). Zugleich fällt auf, dass der Anteil an Versicherten mit einer BM im Anschluss an die IM in ländlich geprägten Kantonen in der Regel tiefer ist. Dies bestätigen wiederum die Aussagen in den Fokusgruppengesprächen mit den IV-Stellen: Aufgrund mangelnder Alternativen bei den Leistungserbringern finden in diesen Kantonen nicht nur die IM häufiger im regulären Arbeitsmarkt statt, sondern kommt auch eher eine Anschlusslösung im regulären Arbeitsmarkt als eine BM infrage. Auch von den befragten Arbeitgebern haben die Meisten die versicherte Person nach der IM in ihrem Betrieb fest angestellt, vorausgesetzt es gab eine Stelle zu besetzen.

Abbildung 54: Verhältnis zwischen Arbeitslosenquote im Kanton und Anteil vP mit beruflichen Massnahmen als Anschlusslösung an die IM nach IV-Stelle



Quelle: Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex), SECO: Arbeitslosenquote 2012-17

7.1.3 Anschlusslösung Erwerbstätigkeit

Im Durchschnitt kehren 36,7 Prozent der Versicherten noch im gleichen Jahr, wie sie die IM abgeschlossen haben, auf eine reguläre Arbeitsstelle zurück (→ vgl. Kapitel 7.1). Ein Teil von ihnen hat neben der Erwerbstätigkeit noch eine IV-Teilrente (7,6 % ohne Darstellung) oder bezieht im gleichen Jahr auch ALV (15,9 % ohne Darstellung). Die Meisten (80 %) verfügen über ein monatliches Einkommen von 3000.- Franken und mehr (→ Tab. 21). Gut ein Zehntel verdient zwischen 1000.- bis 3000.- Franken pro Monat und bei knapp einem Zehntel (9 %) liegt das monatliche Erwerbseinkommen unter 1000.- Franken. Der grösste Teil (80%) der Personen mit einem Einkommen unter 1000.- Franken hat weder zusätzlich eine IV-Teilrente noch Arbeitslosengeld.

Tabelle 21: Höhe des Einkommens bei einer Erwerbstätigkeit noch im gleichen Jahr wie Abschluss der IM (N=5'486)

	Erwerbseinkommen	Erwerbseinkommen mit IV-Teilrente	Erwerbseinkommen mit ALV	Gesamt
CHF 3000/Monat und mehr	80%	83%	81%	80%
CHF 1000 bis weniger als CHF 3000/Monat	11%	11%	11%	11%
Weniger als CHF 1000/Monat	9%	7%	7%	9%
Total	100%	100%	100%	100%

Quelle: Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex), Register individuelle Konten

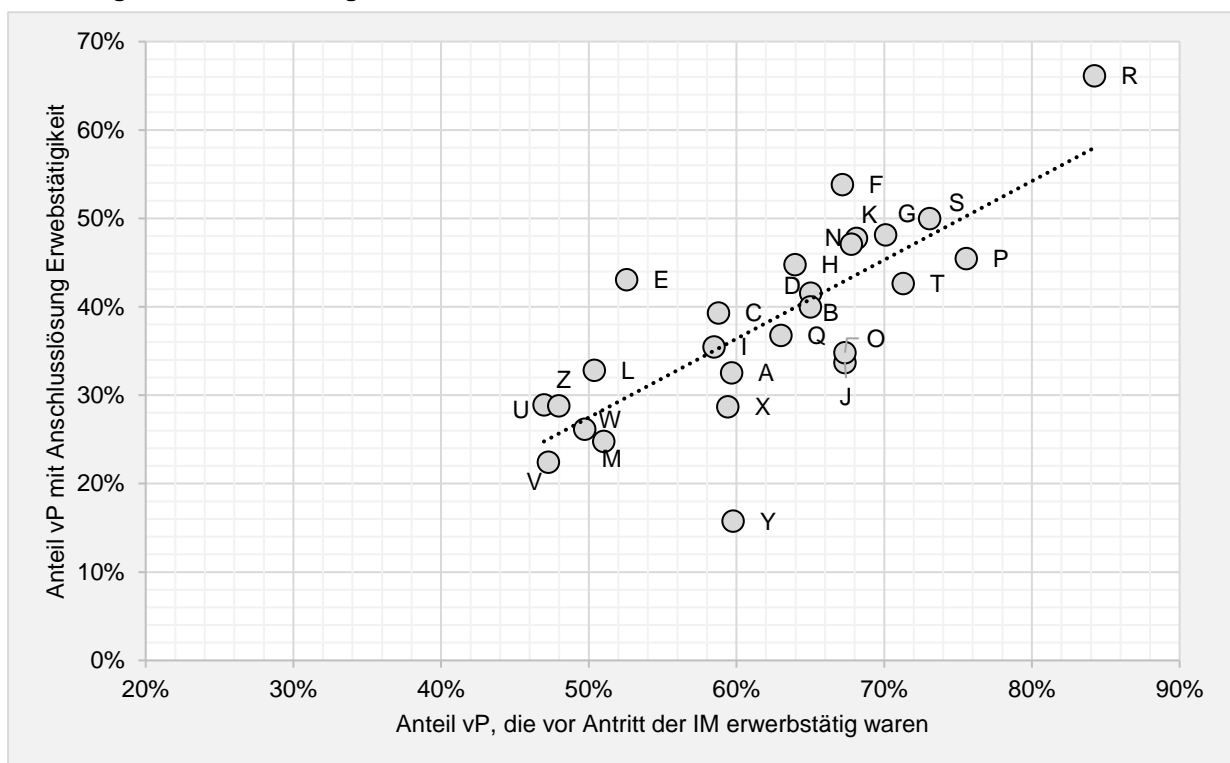
In den Leitfadenterviews haben einzelne Arbeitgeber unterstrichen, dass bei einer Einstellung von Personen nach einer IM die gleichen Anforderungen gelten würden wie bei einer normalen Stellenausschreibung.

Während den Fokusgruppengesprächen mit den IV-Stellen wurde erwähnt, dass der Antritt einer Stelle in der freien Wirtschaft oft nach einer IM im regulären Arbeitsmarkt geschehe. Die Möglichkeit des Übergangs von der IM auf eine reguläre Stelle werde schon vor Stellenantritt mit dem Arbeitgeber besprochen. Zu diesem Zweck arbeiten die befragten IV-Stellen auch eng mit den Arbeitgebern zusammen. Nach Möglichkeit werde auch bevorzugt, dass die versicherte Person die IM auf ihrem Arbeitsplatz machen

kann, sofern sie noch in Besitz ihrer Stelle ist. Der Arbeitgeber würde in diesem Rahmen Unterstützung von den IV-Stellen erhalten. « *L'intérêt est que si la personne est encore sous contrat de travail, l'idée est de favoriser un retour à l'emploi rapidement* ».

Wie die Auswertungen der IV-Registerdaten bestätigen, spielt es für den Übergang in den regulären Arbeitsmarkt eine Rolle, ob die letzte IM bereits in der freien Wirtschaft stattgefunden hat (→ Abb. 55). In anderen Worten: Je höher bei einer IV-Stelle der Anteile an Versicherten ist, welche die letzte IM im regulären Arbeitsmarkt gemacht haben, desto höher ist auch der Anteil der Versicherten mit einem Erwerbseinkommen nach Abschluss der IM (Korrelationskoeffizient=0.35). Des Weiteren besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Erwerbssituation vor Zusprache der IM und der Erwerbssituation nach Abschluss der IM (Korrelationskoeffizient = 0.78): Je höher bei der IV-Stellen der Anteil an Versicherten ist, die vor Zusprache der IM ein Erwerbseinkommen hatten, desto mehr Personen treten nach Abschluss der IM in eine Tätigkeit mit Einkommen ein.

Abbildung 55: Zusammenhang zwischen Erwerbssituation vor und nach der IM nach IV-Stelle

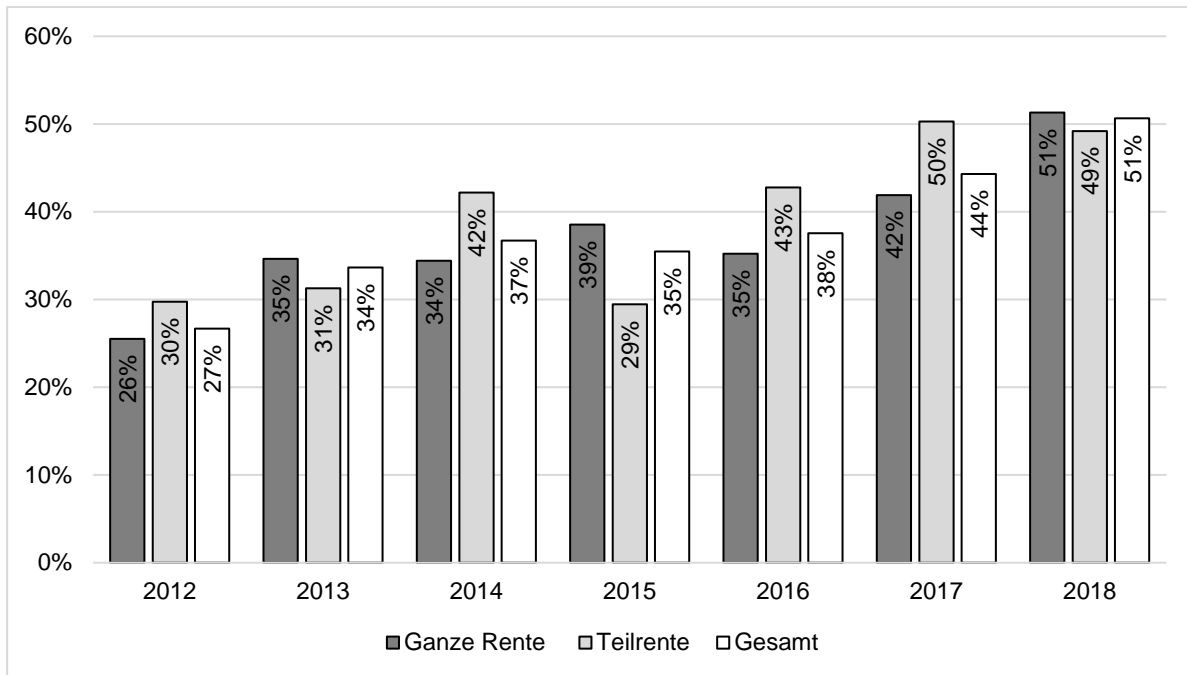


Quelle: Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex), Register individuelle Konten

7.1.4 Anschlusslösung IV-Rente

Im Mittel haben 17,7 Prozent der Versicherten noch im Abschlussjahr der IM eine IV-Rente. Bei rund 70 Prozent der Renten handelt es sich um eine ganze Rente. Über alle Kohorten hinweg sind gut zwei Fünftel neu zugesprochene IV-Renten. Die Anteile der neu zugesprochenen IV-Renten an allen IV-Renten der Personen, die eine IM absolviert haben, sind in den letzten Jahren stark gestiegen (→ Abb. 56). Dieser Befund wird auch durch die Ergebnisse der vorhergehenden Kapitel untermauert (→ vgl. Kapitel 4.3; 5.3.2): So sind die Anteile der Rentenbezüger und -bezügerinnen, die im Rahmen des Wiedereingliederungsprozesses eine IM besuchen, in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken. Dies bedeutet in anderen Worten, dass es immer weniger Rentenbezüger und -bezügerinnen gibt, die im Wiedereingliederungsverfahren eine IM absolvieren. Vielmehr nutzen die IV-Stellen die IM vermehrt bei Neuanmeldungen, um eine rasche Rückkehr in den regulären Arbeitsmarkt zu unterstützen.

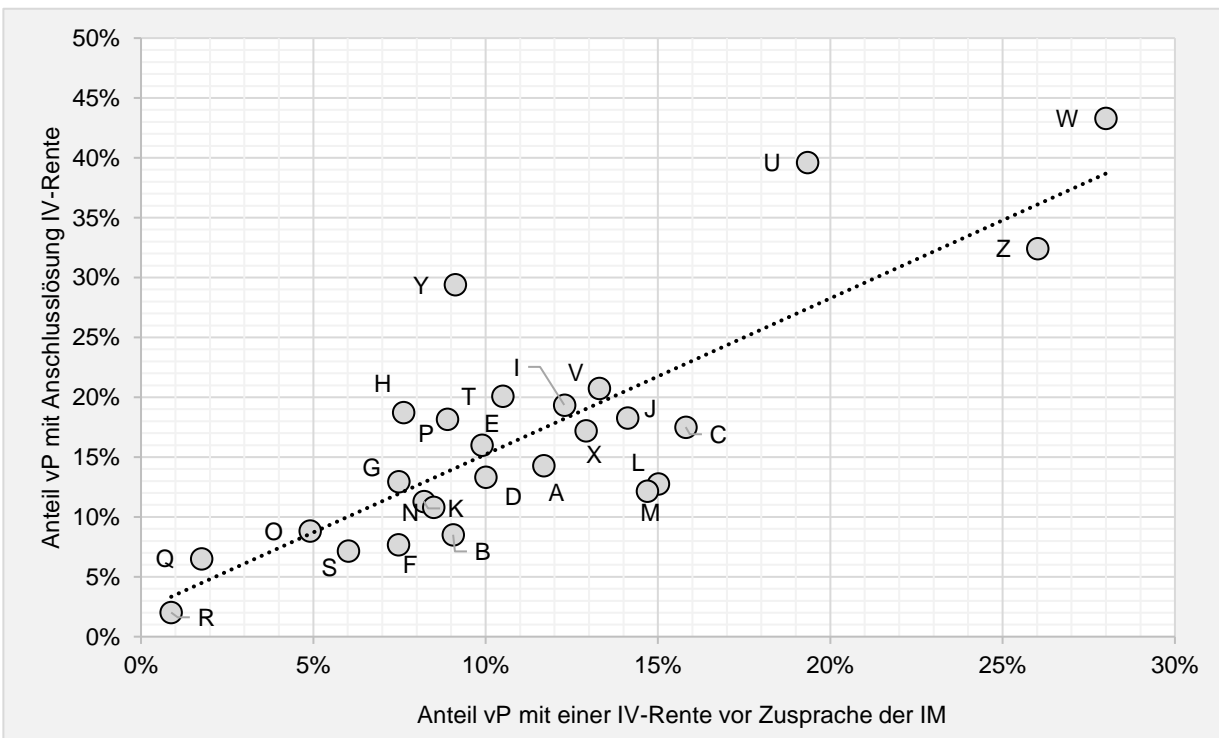
Abbildung 56: Entwicklung der IV-Neurenten an allen IV-Renten der Personen die im Abschlussjahr der IM eine IV-Rente haben 2012-2018 (N=3'739)



Quelle: Register Neurenten

Zugleich haben Personen mit einer IV-Erstanmeldung auch die besseren Chancen auf eine Rückkehr in den regulären Arbeitsmarkt als Rentenbezüger und -bezügerinnen, welche die IM im Rahmen der Wiedereingliederung besuchen. Die strukturelle Zusammensetzung der Versicherten mit IM spielt zudem eine Rolle, wie gut es der IV-Stelle gelingt, die Personen nach der IM wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Denn es gilt: Ist bei einer IV-Stelle der Anteil an Rentenbezügern und -bezügerinnen in der Wiedereingliederung hoch, steigen auch die Anteile der Personen, die nach Abschluss der IM auf eine Teil- oder ganze Rente der IV angewiesen sind (Korrelationskoeffizient 0.82).

Abbildung 57: Zusammenhang zwischen Erwerbssituation vor und nach der IM nach IV-Stelle



Quelle: Register individuelle Konten

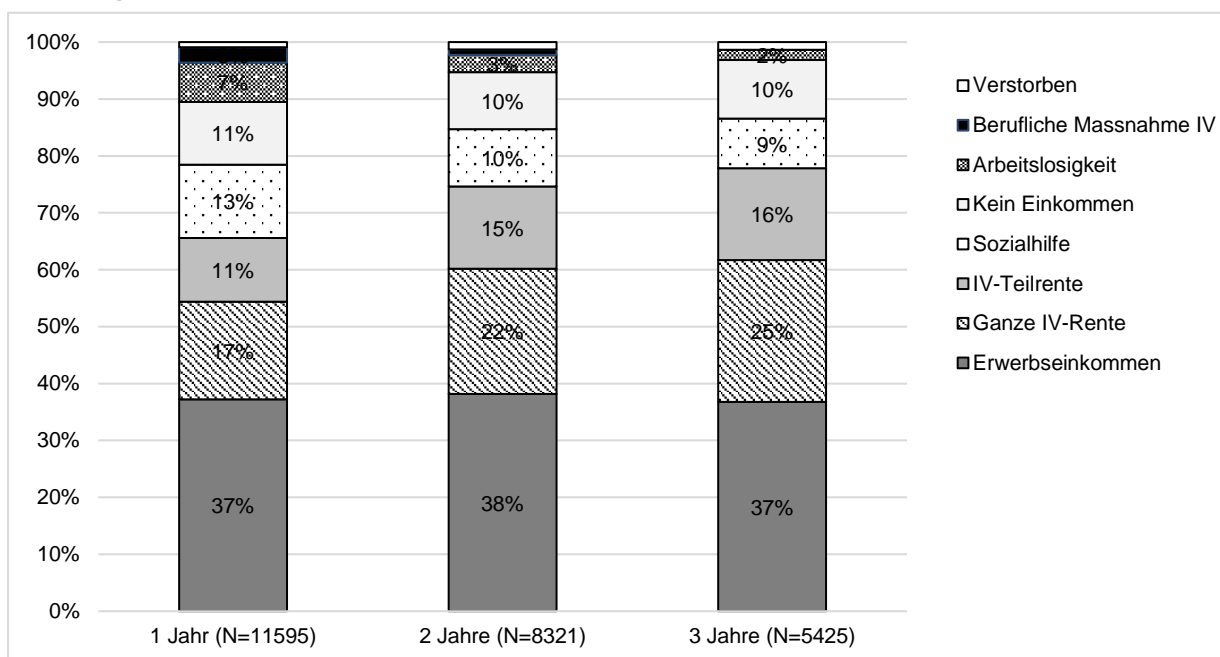
7.2 Kurz- bis mittelfristige Wirkung der IM

Die nachfolgenden Darstellungen zeigen, in welcher beruflichen Situation sich die versicherten Personen, die mindestens eine IM angefangen haben, ein, zwei und drei Jahre⁴⁵ nach der letzten IM befinden.

Ein Blick auf die berufliche Situation ein bis drei Jahre nach Abschluss der IM liefert einen Hinweis, wie nachhaltig sich die Personen in den Arbeitsmarkt integrieren konnten (→ Abb. 58). Ein Jahr nach der letzten IM befinden sich 37 Prozent der Personen in einer Erwerbstätigkeit mit Einkommen. Vierfünftel von ihnen (81 %) verdienen monatlich 3000.- Franken und mehr, gut jeder Zehnte (11 %) verdient zwischen 1000.- und 3000.- Franken und bei 8 Prozent liegt das monatliche Einkommen unter 1000.- Franken.

Ein Jahr nach Abschluss der IM haben 17 Prozent der Versicherten eine ganze IV-Rente und gut jede zehnte Person (11 %) eine IV-Teilrente. Bei jeweils 43,3 Prozent bzw. 44,9 Prozent handelt es sich um eine neu zugesprochene IV-Rente. Weitere 13 Prozent beziehen Sozialhilfe und gut ein Zehntel (11 %) verfügt ein Jahr nach der letzten IM über kein Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit und bezieht auch keine Beiträge aus dem System der sozialen Sicherheit. Zudem sind 7 Prozent ein Jahr nach Abschluss der letzten IM arbeitslos gemeldet und 3 Prozent befinden sich noch in einer beruflichen Massnahme der IV.

Abbildung 58: Berufliche Situation ein, zwei und drei Jahre nach der letzten IM, in Prozent



Quelle: Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex), individuelle Konten

Zwei Jahre nach der letzten IM präsentiert sich die Einkommenssituation der Versicherten wie folgt: 38 Prozent gehen einer Erwerbstätigkeit mit Einkommen nach, wobei 85 Prozent 3000.- Franken und mehr pro Monat verdienen. Ein gutes Fünftel der Versicherten (22 %) hat eine ganze IV-Rente und 15 Prozent haben zwei Jahre nach Abschluss der letzten IM eine IV-Teilrente. Im Vergleich zur Situation ein Jahr nach Abschluss der IM hat sich der Anteil der IV-Rentenbezüger und -bezügerinnen (ganze und Teilrenten) zwei Jahre nach Abschluss der IM um 9 Prozentpunkte erhöht. Der Anteil jener, die über kein Erwerbseinkommen verfügen und auch keine Beiträge aus den Sozialversicherungen erhalten, liegt zwei Jahre

⁴⁵ Mangels Informationen zum präzisen Zeitpunkt, an dem die IM abgeschlossen wurde, wurde für die Analyse als Abschlussjahr der IM das Jahr, in dem die letzte Rechnung für IM bezahlt wurde, herangezogen. Dieses bezieht sich bei der beruflichen Integrationssituation ein Jahr nach Abschluss der IM auf die Jahre 2012-16, bei den Situationen zwei Jahre nach Abschluss auf die Jahre 2012-2015 und 3 Jahre nach Abschluss der IM auf die Jahre 2012-2014. Grund dafür ist, dass Daten zu den Einkommen und zur Arbeitslosigkeit zum Zeitpunkt der Auswertungen nur bis 2017 zur Verfügung standen.

nach Abschluss der letzten IM bei 10 Prozent. Ebenfalls ein Zehntel bezieht Sozialhilfe und 3 Prozent sind arbeitslos gemeldet. Die Verteilung der verschiedenen Einkommenssituationen bleibt drei Jahr nach Abschluss der letzten IM weitgehend konstant. Lediglich der Anteil der IV-Rentenbezüger und -bezügerinnen (ganze und Teilrenten) steigt auch drei Jahre nach Abschluss der letzten IM nochmals um 4 Prozentpunkte an (→ Abb. 58). Die Anteile der arbeitslos gemeldeten Personen sinken indes je weiter die letzte IM zurückliegt. Der Grund dafür liegt darin, dass die Bezugsdauer für Arbeitslosenentschädigung maximal 2 Jahre beträgt.

7.3 Erfolgsfaktoren

Um die Frage zu beantworten, welche Faktoren die Zielerreichung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit begünstigen oder erschweren, wurde eine (binäre) logistische Regressionsanalyse angewendet. Die logistische Regression ist für Situationen nützlich, in denen anhand der Werte von Prädiktorvariablen das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Eigenschaft oder eines Ergebnisses vorhergesagt werden soll. Dabei wird nicht der Wert der abhängigen Variablen vorhergesagt, sondern die Wahrscheinlichkeit, dass die abhängige Variable den Wert 1 annimmt. In der vorliegenden Untersuchung bedeutet der Wert 1, dass eine Person aufgrund der IM das Ziel einer Arbeitsfähigkeit von 50 % eines vollen Pensums erreicht hat. Im Fokus steht die Fragestellung, ob und inwiefern die Prädiktorvariablen einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung haben und wie stark deren Einfluss ist.

Es wurden zwei Modelle berechnet: eines mit den IV-Registerdaten und eines mit den Daten aus der Dossieranalyse, welche den Einbezug und die Überprüfung zusätzlicher Merkmale zulies.

Tabelle 22: Faktoren, welche einen erfolgreichen Abschluss der IM begünstigen, logistische Regression

Prädiktorvariablen IV-Registerdaten (N=13'755)	Koeffizient	Odds-Ratio	95 % Konfidenzintervall		P > z
Geschlecht (RG=Männer)	-0.112	0.894	0.87	1.00	***
Alter bei Anmeldung	-0.009	0.991	1.00	1.00	***
Migrationshintergrund (RG=Schweizer)	-0.147	0.863	0.80	0.89	***
Erwerbssituation 1 Jahr vor IM-Zusprache	0.409	1.505	0.86	0.92	***
Krankheitskategorie (RG=psychisches Gebrechen)	0.054	1.055	1.03	1.08	***
Dauer zwischen Anmeldung und Beginn der IM	-0.008	0.992	0.99	0.99	***
Bruttodauer der IM	0.014	1.014	1.01	1.02	***
Anzahl absolvierte IM	0.245	1.277	1.21	1.39	***
Art letzte IM (RG=IM in der FI-Phase)	0.033	1.033	1.02	1.05	***
Grossregion (RG=Zürich)	-0.021	0.980	0.96	1.00	**
Arbeitslosenquote	-0.329	0.720	0.64	0.72	***
Sozialhilfequote	0.105	1.111	1.09	1.17	***
Anteil IV-Renten an der 18- bis 65-jährigen Wohnbevölkerung	-0.083	0.921	0.86	0.95	***
Konstante	-18.559	0.000	0.00	0.00	***
Prädiktorvariablen – Dossieranalyse (N=296)					
Alter bei Anmeldung	0.003	1.003	0.981	1.026	
Geschlecht (RG=Männer)	0.275	1.317	0.794	2.184	
Anzahl Nebenerkrankungen	-0.031	0.969	0.879	1.068	
Anzahl IM	0.423	1.526	1.006	2.315	**
Mittlere Anzahl Standortbestimmungen	-0.078	0.925	0.693	1.235	
Unterbruch der IM (RG=Kein Unterbruch)	-1.321	0.267	0.118	0.604	***
Mittlere Anzahl IM im reg. Arbeitsmarkt	0.828	2.288	1.078	4.854	**
Kombinationen der IM (RG=nur BT)	0.230	1.258	0.983	1.612	*
Dauer seit Anmeldung	-0.001	0.999	0.999	1.000	*
Nettodauer der IM	0.000	1.000	0.997	1.002	
Konstante	-1.486	0.226	0.064	0.798	**

Quelle: IV-Registerdaten, Analyse Versichertendossiers; sig. * p >= 0,1, **p <= 0,05, ***p <= 0,05; RG=Referenzgruppe

Interpretation des logistischen Modells

Die Interpretation der Parameter wird im logistischen Modell einfacher, wenn man anstelle der Wahrscheinlichkeiten für das Eintreten eines Ereignisses die Wettverhältnisse (Odds-Ratio) für Erfolg versus Nichterfolg betrachtet (Stahel und Pritscher 2003, S. 6). Verwendet man die logarithmierten Wettverhältnisse (Logits) als Zielgrösse, dann können die Regressionskoeffizienten wie im gewöhnlichen multiplen linearen Regressionsmodell interpretiert werden: Ein Anstieg des Wertes der erklärenden Variablen um eine Einheit (z.B. um ein Jahr bei der Variable «Alter») führt zu einer Erhöhung (bei positivem Vorzeichen) oder Verringerung (bei negativem Vorzeichen) des logarithmierten Wettverhältnisses um β Einheiten. Sind die erklärenden Variablen nominal skaliert (z.B. mit den Ausprägungen männlich/weiblich), dann sind die Effekte in Bezug auf eine Referenzgruppe zu interpretieren.

Einfluss soziodemografischer Merkmalen

In verschiedenen Interviews wurde betont, wie wichtig die individuellen Voraussetzungen der Versicherten für den Erfolg der IM sind. Als zentral erachteten die Befragten dabei, dass die Versicherten den Sinn der IM verstehen und selber motiviert sind. Im Rahmen des Regressionsmodells wurde indes vor allem untersucht, inwiefern soziodemografische Merkmale einen Einfluss auf die Zielerreichung der IM haben.

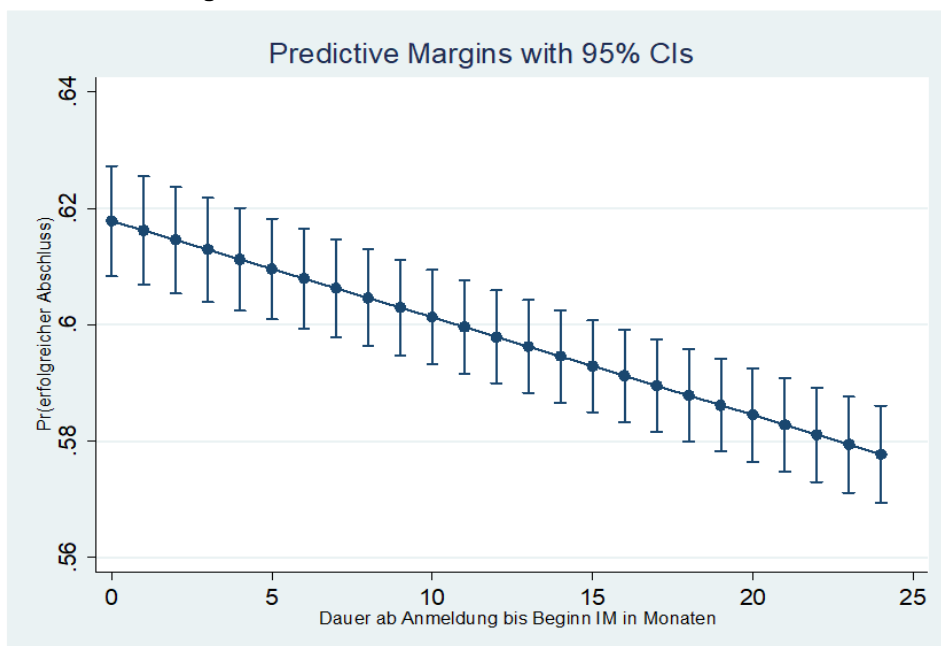
Die Wahrscheinlichkeit, nach Abschluss der letzten IM mindestens 50 % arbeitsfähig zu sein, beträgt über alle in die Analyse einbezogenen Kohorten 0,61 oder 61 Prozent (→ vgl. Kapitel 7.1). Die Wahrscheinlichkeit der Frauen, die IM erfolgreich abzuschliessen, ist um den Faktor 0,9 oder um 2,4 Prozentpunkte geringer als jene der Männer. Mit zunehmendem Alter verringern sich die Erfolgchancen zusätzlich um den Faktor 0,99 pro Jahr. So halbiert sich beispielsweise die Erfolgchance einer 50-jährigen Person gegenüber den 20-Jährigen. Zudem haben Personen mit einem Migrationshintergrund im Vergleich zu Schweizer/-innen signifikant geringere Chancen auf eine erfolgreiche berufliche Eingliederung. Ist die Person aus einem Drittstaat in die Schweiz eingewandert, sinken ihre Chancen auf einen erfolgreichen Abschluss um 6 Prozentpunkte. Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung haben gegenüber den anderen Krankheitsdiagnosen ebenfalls signifikant geringere Erfolgchancen.

Wie bereits in den vorhergehenden Ausführungen aufgezeigt wurde, trägt die Beschäftigungssituation vor Beginn der IM entscheidend dazu bei, ob nach Abschluss der IM die berufliche Eingliederungsfähigkeit erreicht wird: Die besten Erfolgchancen haben Personen, die höchstens ein Jahr vor Beginn der IM ihre Arbeitsstelle verlassen haben. Ihre Chancen steigen gegenüber Personen, die schon mehr als ein Jahr nicht mehr auf dem Arbeitsmarkt oder bei der ALV gemeldet sind, um den Faktor 3,37.

Einfluss der Durchführung der IM

Als eine zentrale und signifikante Einflussgrösse auf den Erfolg der IM erweist sich die Dauer zwischen Anmeldung bei der IV und Beginn der IM. Verstreicht ab Anmeldung mehr als ein halbes Jahr, bis mit der IM gestartet werden kann, halbiert sich die Wahrscheinlichkeit auf einen erfolgreichen Abschluss der IM. Dieser Befund bestätigt ein weiteres Mal die Wichtigkeit, IM möglichst früh im Krankheitsverlauf, sobald die Person genügend stabil ist, einzusetzen.

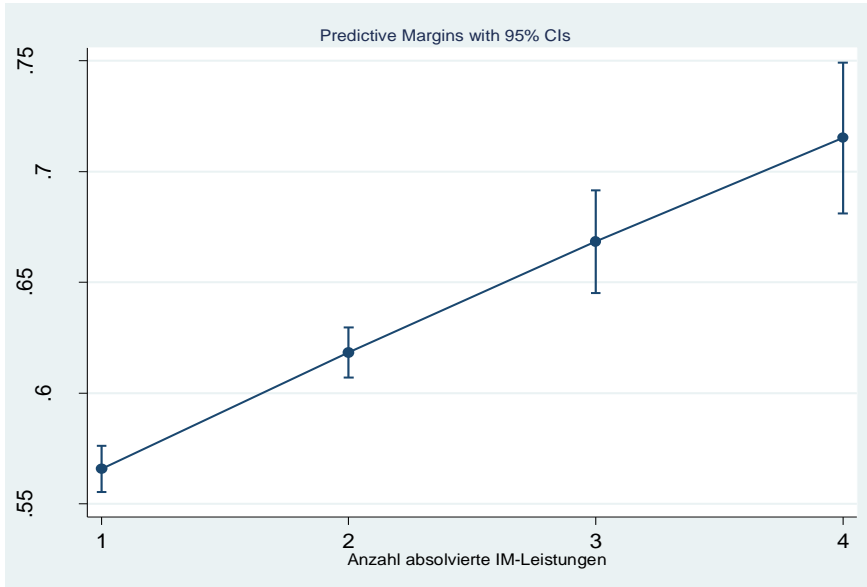
Abbildung 59: Abnehmende Wahrscheinlichkeit auf erfolgreichen Abschluss mit zunehmender Dauer zwischen Anmeldung und Start der IM



Quelle: IV-Registerdaten

Sowohl die Dauer der IM als auch die Anzahl absolvierter, unterschiedliche IM-Art wirken sich positiv auf den Erfolg der IM aus. Dauern die IM einen Monat länger, erhöht sich die Erfolgchance um den Faktor 1,01. Allerdings stagniert bzw. verlangsamen sich die Erfolgchancen nach etwa 12 Monaten. In anderen Worten: Die Wahrscheinlichkeit auf einen erfolgreichen Abschluss der IM nimmt nach einem Jahr in den IM nicht mehr merklich zu. Es ist daher anzunehmen, dass ab einem bestimmten Zeitpunkt (ca. nach einem Jahr) nicht mehr die Dauer der IM wesentlich ist, sondern die IM-Art und die Kombination der verschiedenen IM-Formen. So erweist sich auch die im Rahmen der Dossieranalyse eruierte Nettodauer nicht als signifikant, was auch den Rückmeldungen der Eingliederungsfachpersonen in der Onlinebefragung entspricht: Es wurde verschiedentlich darauf hingewiesen, dass die Dauer der IM keinen grossen Einfluss auf den Erfolg habe. Wichtiger sei Tempo und Druck zu verringern und den Versicherten nicht das Gefühl zu vermitteln, sie können oder müssen möglichst rasch in ihre berufliche Tätigkeit zurückkehren. Oder in den Worten einer versicherten Person: «*Schritt für Schritt zu gehen, das hat mir geholfen, Stabilität zu gewinnen. Die IV-Fachperson hat immer wieder darauf hingewiesen, dass es nicht nur um die Arbeit geht, sondern darum, das ganze Alltagsleben bewältigen zu können*».

Entscheidend für den Erfolg ist zum einen, welche Art der IM als letzte Massnahme absolviert wird. Personen, welche die IM in Form von WISA abschliessen, haben gegenüber Personen, welche die IM nach dem Belastbarkeitstraining verlassen, eine 1,86-fach höhere Erfolgchance. Wird die IM nach dem Aufbaustraining abgeschlossen, steigen die Erfolgchancen gegenüber dem Belastbarkeitstraining um den Faktor 1,26. Da Dauer und Kombination der IM sich positiv auf die Erfolgswahrscheinlichkeit auswirken, steigt diese auch mit zunehmender Anzahl absolvierter IM. Allerdings steigt diese Wahrscheinlichkeit nach der dritten absolvierten IM nicht mehr signifikant (→ Abb. 59). Die Chance auf einen erfolgreichen Abschluss der IM nimmt zusätzlich um den Faktor 2,28 zu, wenn mindestens ein Teil der IM im regulären Arbeitsmarkt absolviert wird. Kommt es während der IM indessen zu Unterbrüchen reduziert sich die Wahrscheinlichkeit auf Erfolg um 13,7 Prozent.

Abbildung 60: Steigende Wahrscheinlichkeit auf erfolgreichen Abschluss bei bis zu drei absolvierten IM

Quelle: IV-Registerdaten

Regionale und strukturelle Erklärungsvariablen

In die Berechnung der Modelle wurde auch die Region, in der sich die IV-Stelle befindet, sowie kantonale Kontextvariablen einbezogen. Zu den Letzteren zählen: Arbeitslosen- und Sozialhilfequote sowie der Anteil IV-Rentenbezüger und -bezügerinnen an der 18- bis 65-jährigen Wohnbevölkerung. Die Chancen, im Rahmen der IM die berufliche Eingliederungsfähigkeit zu erreichen, sind in den «lateinischsprachigen» Regionen der Schweiz signifikant tiefer als in den Regionen der Deutschschweiz. Darüber hinaus gilt: Je höher die Arbeitslosenquote in einem Kanton ist, desto geringer die Chancen eines erfolgreichen Abschlusses der IM. Dieser Befund erklärt mindestens teilweise, weshalb die Erfolgchancen in der Romandie und im Tessin, wo die Arbeitslosenquoten in der Regel über dem Durchschnitt liegen, geringer sind. Aber auch der Umfang der IV-Rentenbezüger und -bezügerinnen in einem Kantonen kann begünstigend oder hinderlich wirken: Je höher der Anteil der IV-Rentenbezüger und -bezügerinnen an der 18- bis 65-jährigen Wohnbevölkerung ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass die IM erfolgreich abgeschlossen wird. Nimmt indes die Sozialhilfequote zu, steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Personen nach der IM von der IV ablösen, und zwar um den Faktor 1,11 bei einem Anstieg der Sozialhilfequote um ein Prozent.

8. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die IM haben sich bei den IV-Stellen als ein geeignetes Instrument in der schrittweisen Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung etabliert. Dies zeigen die seit dem Jahr 2012 um 68,6 Prozent gestiegenen Zahlen an neu zugesprochenen IM. Zugleich ist die Chance, mit Unterstützung der IM eine Erwerbsfähigkeit von mindestens 50 % eines vollen Arbeitspensums zu erreichen, um 5 Prozentpunkte angestiegen. Mittel- bis längerfristig gelingt es knapp zwei Fünfteln der Versicherten, sich nach Abschluss der IM nachhaltig ins Erwerbsleben zu integrieren.

Wie gut es gelingt, die Versicherten in IM erfolgreich auf das Eingliederungsziel einer 50%igen Erwerbsfähigkeit vorzubereiten, hängt sowohl vom Profil der Versicherten in IM als auch von der Umsetzungsmodalität der Massnahme ab. Die Art und Weise der Umsetzung der IM hat zudem einen wesentlichen Einfluss auf die Fallkosten der IM. Darüber hinaus spielen bei der Durchführung der IM auch «weiche» Faktoren wie Zusammenarbeit der beteiligten Akteure, Zielformulierung, Wahl der IM, Begleitung der Versicherten sowie soziale Aspekte (z.B. familiäres Umfeld) eine wesentliche Rolle. In den nachfolgenden Ausführungen werden die Gelingensbedingungen aufgezeigt und daraus Empfehlungen abgeleitet.

8.1 Versichertenprofile

Soziodemografische Merkmale, gesundheitliche Beeinträchtigung und Erwerbssituation vor Zusprache der IM haben einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg der IM. Die besten Chancen auf eine berufliche Eingliederung nach Abschluss der IM haben Schweizer/-innen ohne psychische Haupterkrankung, die nicht länger als ein Jahr aus dem Erwerbsleben ausgestiegen sind. IV-Rentenbezüger und -bezügerinnen im Wiedereingliederungsverfahren oder Personen, die vor Beginn der IM nicht erwerbstätig sind oder schon mehr als ein Jahr nicht mehr im Erwerbsleben stehen, haben signifikant geringere Chancen auf einen erfolgreichen Abschluss. Je nach Zusammensetzung der Versichertenprofile unterscheiden sich auch die Erfolgsquoten zwischen den IV-Stellen: IV-Stellen mit einer weniger restriktiven Zusprachepraxis, die seit dem Jahr 2016⁴⁶ – oder bereits vorher – versuchen, die Versicherten möglichst früh im Krankheitsverlauf abzuholen und mit IM zu begleiten, weisen auch höhere Erfolgsquoten aus. Wie entscheidend nach der IV-Erst-/Wiederanmeldung ein möglichst zeitiger Start mit IM für eine erfolgreiche Eingliederung ist, untermauern auch die Zahlen: Dauert es nach der IV-Anmeldung mehr als ein halbes Jahr, bis die IM beginnt, halbieren sich auch die Erfolgchancen. **Es empfiehlt sich somit:**

1. *IM möglichst früh im Krankheitsverlauf – unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Stabilität und entsprechender Abklärung (bspw. gemeinsam mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen) – einzusetzen, bevor sich die Personen zu lange vom Arbeitsleben distanzieren haben.*
2. *Werden IM im Rahmen der Wiedereingliederung von IV-Rentenbezügerinnen und -bezügerinnen eingesetzt, ist vorab sorgfältig zu klären, ob reelle Chancen auf eine Rückkehr in den regulären Arbeitsmarkt gegeben sind. Dafür sind andere Abklärungsinstrumente als IM einzusetzen.*

Die gesundheitliche Stabilität spielt in jeder Phase der IM eine zentrale Rolle. Es ist daher wesentlich, dass diese Stabilität sorgfältig geprüft wird, um dann auch die IM bedürfnisgerecht auszuwählen. In den Fallstudien hat sich gezeigt, dass diese Abklärungen dann gut gelingen, wenn eng mit den Ärzten und Ärztinnen zusammengearbeitet wird und sie in den Entscheidungsprozess einbezogen werden. Sowohl in den Interviews mit den Leistungserbringern als auch in den ausgewerteten Qualitätsgesprächen, welche die IV-Stellen selbst durchführen, wurde öfters bemängelt, dass die Ziele seitens der IV-Stellen zu allgemein formuliert seien. Präziser formulierte und individuell abgestimmte Ziele würden indes wichtige Orientierungspunkte für die Durchführung der IM liefern. **Es empfiehlt sich:**

⁴⁶ In den Analysen hat sich gezeigt, dass gewisse IV-Stellen vor allem ab dem Jahr 2016 ihre Praxis geändert haben und die IM vor allem bei IV-Neuanmeldungen und weniger im Rahmen von IV-Rentenrevisionen einsetzen.

- 3. Im Sinne einer umfassenden und koordinierenden Fallführung sollen die Eingliederungsfachpersonen die Ziele gemeinsam mit den Leistungserbringern, den Versicherten und wo sinnvoll mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen definieren. In den Fallstudien hat sich gezeigt, dass IV-Stellen, bei denen die Eingliederungsfachpersonen die Versicherten aktiv begleiten, erfolgreicher sind. Daher liegt die Verantwortung der Zielsetzung der einzelnen Massnahmen bei der Eingliederungsfachperson. Die Ziele sollten bedarfs- und bedürfnisgerecht auf die individuelle Situation der Betroffenen abgestimmt sein.*

8.2 Umsetzungsmodalität und Dauer der IM

Neben der Dauer der IM, der IM-Art, Kombination und Anzahl absolvierter IM sowie Durchführungsort sind für den Erfolg der IM auch «weiche» Aspekte wichtig. Dazu zählen etwa die Flexibilität der Leistungserbringer, auf gesundheitliche Veränderungen zu reagieren, oder die Kontinuität in der Begleitung durch eine fixe Ansprechperson. Wie aus den Interviews mit den Leistungserbringern und versicherten Personen hervorgeht, scheinen kleinere Institutionen mit einem eher familiären Verhältnis besser eine kontinuierliche Begleitung gewährleisten zu können, weil sie näher an den Personen dran sind als grössere Institutionen. Grössere Institutionen sind indes aufgrund der grösseren Diversität an Angeboten/Möglichkeiten flexibler, wenn es darum geht, die IM den veränderten Bedürfnissen der Versicherten anzupassen.

Die IV-Stellen tendieren in jüngerer Zeit vermehrt dazu, IM häufiger zu gewähren als in den Jahren zuvor. Dadurch werden sie der schrittweisen Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung besser gerecht. Im Durchschnitt werden pro versicherte Person zwei IM (ohne Verlängerung) zugesprochen. Bei bis zu drei IM steigt mit jeder zusätzlichen IM auch die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Abschlusses, ab vier IM erhöhen sich indessen diese Chancen nicht mehr signifikant. Die besten Chancen auf Erfolg bestehen, wenn mindestens ein Teil der IM im regulären Arbeitsmarkt stattfindet und die versicherte Person von einem Job Coach begleitet wird.

Mit zunehmender Anzahl IM steigt auch die Dauer, die eine Person in IM verbringt. Die «klassische» Kombination mit Belastbarkeitstraining und anschliessendem Aufbaustraining dauert durchschnittlich gut neun Monate (Bruttodauer inkl. Unterbrüche). Startet die IM bereits in der FI-Phase, besuchen die Versicherten in der Regel während knapp einem Jahr eine IM. Bei einer Dauer bis zu 12 Monaten steigen die Erfolgchancen einer IM mit jedem zusätzlichen Monat um den Faktor 1,01. Danach stagnieren bzw. verlangsamen sich diese Erfolgchancen deutlich. Diesen Befund bestätigen auch die Erkenntnisse aus den Fallstudien: Es scheint zwar sinnvoll, in der Anfangsphase der IM Druck wegzunehmen und eine IM auch einmal zu verlängern. Ist der Gesundheitszustand aber stabil genug, müssen die Versicherten auf die Rückkehr in den Arbeitsmarkt vorbereitet werden. Einem zu langen Aufenthalt in einer Institution haftet gemäss den Befragten das Risiko an, dass die versicherte Person den Bezug zum ersten Arbeitsmarkt verliert. Da die Fallkosten von der Anzahl und Dauer der IM abhängen, dürften die Kosten für IM mit in Kraft treten der Weiterentwicklung der IV ab dem Jahr 2022 und der Aufhebung der zeitlichen Obergrenze der IM von 12 Monaten weiter steigen. **Um die Kosten dennoch im Auge zu behalten, empfiehlt sich:**

- 4. Die Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung im Rahmen einer IM soll schrittweise erfolgen, indem in Phasen gearbeitet wird und die verschiedenen IM-Arten sinnvoll kombiniert werden. Dabei sollte mindestens ein Teil der IM im regulären Arbeitsmarkt stattfinden. Gemäss den Evaluationsergebnissen sind die Rückkehrchancen auf eine Arbeitsstelle signifikant höher, wenn mindestens ein Teil der IM im regulären Arbeitsmarkt stattfindet.*
- 5. Als erfolgreich könnten sich Modelle erweisen, in denen das Belastbarkeitstraining in einer Institution und das Aufbaustraining mindestens teilweise im regulären Arbeitsmarkt stattfindet. Dabei könnte auch eine flexible Ausgestaltung möglich sein, indem zwischen den Durchführungsorten Institution – Arbeitsmarkt alterniert wird (z.B. 3 Tage pro Woche im regulären Arbeitsmarkt und 2*

Tage in der Institution). Erwähnenswert sind zudem intermediäre Arbeitsformen zwischen Institution und Arbeitgebern des regulären Arbeitsmarkts, wo entweder die Institution in einem berufsnahen Setting Arbeiten für die freie Wirtschaft ausführt oder Arbeitsplätze auf dem regulären Arbeitsmarkt angeboten werden, die durch die Institution vor Ort begleitet werden. Für den Arbeitgeber steht so eine Ansprechperson zur Verfügung und er hat eine gewisse Garantie, dass die Arbeiten planmässig erledigt werden. Modelle, in denen sich die Durchführung der IM stark am regulären Arbeitsmarkt orientiert, bieten zudem die Chance, den Übergang zwischen geschütztem Rahmen und regulärer Arbeitsstelle fliessender zu gestalten und zu heftige Brüche zu vermeiden.

6. *Ist das Ziel, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu erreichen, fehlen derzeit Massnahmen, die im Anschluss an die IM eine weitere Leistungssteigerung ermöglichen. Hierfür sollten geeignete Massnahmen im Rahmen der IM oder BM geschaffen werden.*

8.3 Kontakt zu den Arbeitgebern

Wie sich COVID-19 und die damit verbundene Entwicklung des Arbeitsmarktes auf die IM-Plätze in der freien Wirtschaft auswirken wird, kann derzeit noch nicht abgeschätzt werden. Die befragten Arbeitgeber sehen den Mehrwert der IM in erster Linie in einem sozialen Engagement des Unternehmens sowie in der Chance, gewisse Tätigkeiten zu erledigen, für die die Ressourcen im Tagesgeschäft fehlen. Darüber hinaus ist es wichtig, dass eine Win-Win-Situation entsteht. Wichtiger als finanzielle Zuschüsse scheint Überzeugungsarbeit, Information und Kommunikation seitens der IV-Stellen zu sein. Auch persönliche Kontakte erweisen sich als hilfreich, um den Arbeitgebern die Möglichkeiten der IV aufzuzeigen, den Prozess zu erklären und Hemmschwellen bei der Anstellung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen zu reduzieren. Einzelne IV-Stellen – insbesondere in ländlich geprägten Kantonen – haben in den vergangenen Jahren aktiv den Kontakt zu den Arbeitgebern gesucht und sich ein Netzwerk aufgebaut. **Daraus ergibt sich folgende Empfehlung:**

7. *Der Kontakt und die pro-aktive Unterstützung der Arbeitgeber sollte weiter intensiviert werden. IV-Stellen in ländlich geprägten Kantonen können als good practices genutzt werden. Sind geeignete Arbeitgeber gefunden, gilt es, diese aktiv zu unterstützen: beispielsweise in Form eines regelmässigen Austausches, transparenten Informationsflusses oder in Form von Netzwerkveranstaltungen, an denen auch die Arbeitgeber gegenseitig von den Erfahrungen der anderen profitieren können.*

8.4 Berücksichtigung nicht IV-relevanter Faktoren

Die Eingliederungsfachpersonen stellten in der Onlinebefragung eine zunehmende Komplexität der Situation von IM-Teilnehmenden fest, die sich vor allem daran zeigt, dass neben der gesundheitlichen Beeinträchtigung häufig auch noch private und soziale Probleme hinzukommen, was neben der eigentlichen Erkrankung die berufliche Eingliederung zusätzlich hemmt. Folglich steigt auch der Koordinationsbedarf mit andern Stellen und Hilfsangeboten (KESB, Sozialberatung, Familienunterstützung, Schulen etc.). In den Interviews wurde darauf hingewiesen, dass der Erfolg bzw. Misserfolg einer IM nicht ausschliesslich vom Handeln der Eingliederungsfachperson oder des Leistungserbringers abhängt, sondern häufig auch vom sozialen Umfeld oder der wirtschaftlichen Lage der versicherten Person. Gewisse IV-Stellen setzen für die Auseinandersetzung mit diesen «nicht IV-relevanten» Faktoren Job Coaches ein. In den Fallstudien hat sich gezeigt, dass einzelne IV-Stellen solche nicht IV-relevanten Aspekte bei ihren Entscheidungen mitberücksichtigen und dabei erfolgreich sind. **Daraus wird folgende Empfehlung abgeleitet:**

8. *Wie aus den Interviews mit den verschiedenen Anspruchsgruppen hervorgeht, dürfte die Fallkomplexität künftig weiter zunehmen. Dadurch wird sich auch der Bedarf an der interinstitutionellen Zusammenarbeit erhöhen. Die IV-Stellen sollten daher noch stärker auf eine umfassende Situationsklärung setzen und dabei auch nicht IV-relevante Faktoren berücksichtigen bzw. die Vernetzung*

mit den für diese Probleme zuständigen Stellen herstellen. Dies ermöglicht nicht nur eine bedarfsgerechtere Zielsetzung und Auswahl der IM, sondern auch eine zielgerichtete Koordination und Vernetzung mit Dritten bei nicht IV-relevanten Aspekten.

8.5 Übergang in den regulären Arbeitsmarkt

In Kantonen mit einer überdurchschnittlich hohen Arbeitslosenquote treten die Versicherten nach Abschluss der IM signifikant häufiger in eine berufliche Massnahme ein. Welche Anschlusslösung nach Ende der IM gewählt wird, hängt teilweise auch mit einer unterschiedlichen Auslegung der IM seitens IV-Stelle zusammen. IV-Stellen, welche die IM zur Klärung der Belastbarkeit und zum Aufbau einer Leistungsfähigkeit von maximal 50 % einsetzen, nutzen anschliessend die beruflichen Massnahmen hauptsächlich, um die Leistungsfähigkeit der Personen weiter zu steigern. Zudem gilt: Je höher der Anteil der IV-Rentenbezüger und -bezügerinnen an der 18- bis 65-jährigen Wohnbevölkerung ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass die IM erfolgreich abgeschlossen wird. In diesen Kantonen ist jedoch auch der Anteil der IV-Rentenbezüger und -bezügerinnen in den IM höher, deren Eingliederungschancen liegen bekanntlich tiefer.

Die Rückkehr zur regulären Arbeit gelingt dann am besten, wenn bereits die IM im entsprechenden Unternehmen absolviert wurde. Die Möglichkeit einer allfälligen Anschlusslösung sollte deshalb bei den Arbeitgebern schon früh thematisiert werden. Dadurch können nicht nur Win-Win-Situationen entstehen, sondern die befragten Eingliederungsfachpersonen beobachten auch ein anderes Engagement seitens der Arbeitgeber, wenn sie die versicherte Person längerfristig einplanen können.

Findet die IM in einer Institution statt, ist zum einen die Wahl des Leistungserbringers zentral, beispielsweise dass die Trainingsarbeitsplätze nahe am ersten Arbeitsmarkt sind. Zum anderen sollte ein gewisses Engagement vorhanden sein, die Versicherten bei der Suche eines Arbeitsplatzes zu unterstützen. Damit dies gelingt, können die IV-Stellen die Institutionen verpflichten, das Angebot vermehrt auf den Übergang in den regulären Arbeitsmarkt auszurichten. Dafür ist aber auch die Zusammenarbeit und Präsenz der Eingliederungsfachpersonen vor Ort bei den Institutionen wichtig. Einige IV-Stellen nehmen die Suche einer Anschlusslösung auch in die Zielvereinbarung auf. Aber auch Kontinuität in der Ansprechperson erweist sich als zentrales Kriterium für eine erfolgreiche Rückkehr auf den Arbeitsmarkt.

Der Vorschlag eines Erfolgsbonus für die Leistungserbringer, wird sowohl von diesen selbst als auch von den Eingliederungsfachpersonen als kein nachhaltiges Vorgehen beurteilt. Indessen wird vorgeschlagen, die Personen nach der Rückkehr auf eine Arbeitsstelle während der Probezeit noch weiter zu begleiten, z.B. durch einen Job Coach und indem die IV-Stelle gleichzeitig noch Ansprechpartner bleibt. In den Worten einer Fokusgruppenteilnehmenden: *«Wir begleiten vP über die Anstellung hinaus, und das ist ein ganz gewinnender Faktor beim Arbeitgeber. Besonders bei Personen mit psychischen Problematiken. Diese Begleitung ist den Arbeitgebenden sehr viel Wert»*. **Damit der Übergang auf eine reguläre Arbeitsstelle gelingt, empfiehlt sich:**

9. *In der Fallführung ist Kontinuität in der Ansprechperson anzustreben – auch über die IM hinaus. Ein besonderes Augenmerk ist zudem auf die Vermittlung eines bedarfsgerechten Arbeitsplatzes zu legen, damit er zu den individuellen Fähigkeiten/Möglichkeiten der versicherten Person passt. Darüber hinaus ist darauf zu achten, dass die letzte IM vermehrt im regulären Arbeitsmarkt oder möglichst berufsnah erfolgt (→ siehe Empfehlungen 4 und 5) .*
10. *Es ist zu überlegen, in welcher Form die versicherten Personen auf einer regulären Arbeitsstelle über die IM hinaus durch die IV weiter begleitet werden können, beispielsweise während der Probezeit.*

Schliesslich soll nicht unerwähnt bleiben, dass der Erfolg der IM von verschiedenen Faktoren abhängt, die ideal zusammenspielen müssen. Darüber hinaus können auch Faktoren zum Erfolg beitragen, die

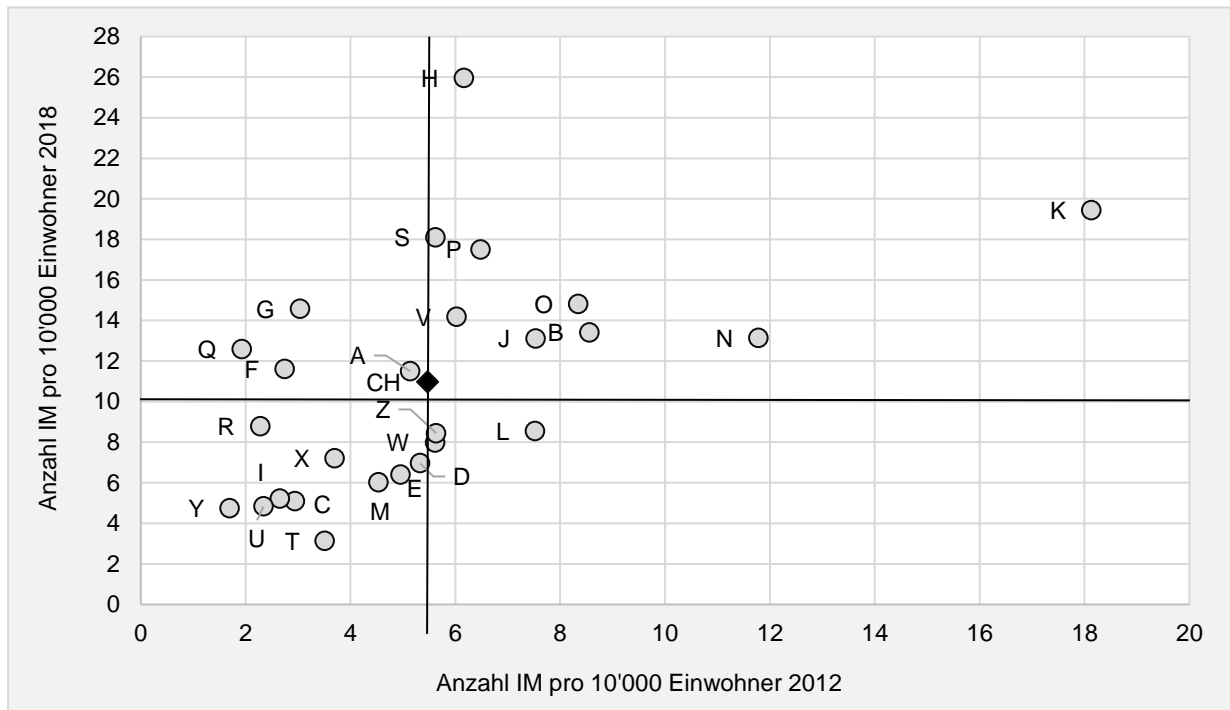
weder die IV-Stellen noch die Leistungserbringer oder die Versicherten selbst beeinflussen können (z.B. die Wirtschaftslage).

9. Literatur und zitierte Dokumente

- Akremit, Leila (2019): Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In Bauer, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.) Handbuch der empirischen Sozialforschung 2. Auflage. S. 313-331. Wiesbaden: Springer VS
- Bolliger, Christian; Fritschi, Tobias; Salzgeber, Renate; Zürcher, Pascale; Hümbelin, Oliver (2012): Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung, der Frühintervention und der Integrationsmassnahmen in der Invalidenversicherung (BSV-Forschungsbericht 13/12).
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2019): Entwicklung in der beruflichen Eingliederung. Invalidenversicherung: Zahlen und Fakten 2018. Bern, 23. Mai 2019
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV): Projektausschreibung. Evaluation der Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung. Drittes Forschungsprogramm Invalidenversicherung (FoP-IV).
- Bundesrat (2017): Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der IV) vom 15. Februar 2017
- Cataldi, Silvia (2009): Come si analizzano i focus group. Milano: FrancoAngeli.
- Guggisberg, Jürg; Bischof, Severin; Jäggi, Jolanda; Stocker, Désirée (2015): Evaluation der Eingliederung und der eingliederungsorientierten Rentenrevision der Invalidenversicherung (BSV-Forschungsbericht Nr. 18/15).
- Kreisschreiben über die Integrationsmassnahmen (KSIM): <https://sozialversicherungen.admin.ch/de/f/5661>
- Millar, Annie; Simeone, Roland S.; Carnevale, John T. (2001). Logic models: a systems tool for performance management. Evaluation and Program Planning 24:73-81. Institut of education sciences ies.
- Rudaz, Michèle; Benz, Fernanda (2018): Kosten- und Mengenentwicklung der Integrationsmassnahmen 2008-2017. BSV-internes Dokument. Bern 29. Oktober 2019
- Stahel Werner, Pritscher Lisa (2003): Logistische Regression. Eidg. Technische Hochschule, Nachdiplomkurs. Unveröffentlichtes Skript, Zürich.

10. Anhang I – Zusätzliche Tabellen und Abbildungen

Abbildung 1A: Anzahl IM pro 10'000 Einwohner im Alter zwischen 14 und 65 Jahren nach IV-Stelle – Vergleich zwischen 2012 und 2018, ständige Wohnbevölkerung der Schweiz



Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger, BFS – ESPOP, STATPOP 2019

Tabelle 1A: Gesundheitliche Beeinträchtigung nach Staatsangehörigkeit, in Prozent

	Schweiz	EU/EFTA	Drittstaaten	Gesamt
Psychische Erkrankungen	70.2%	61.0%	59.0%	67.9%
Knochen & Bewegungsorgane	9.5%	14.9%	16.9%	10.9%
Krankheiten des Nervensystems	4.8%	5.4%	3.7%	4.8%
Andere Krankheiten	7.5%	9.5%	8.2%	7.9%
Geburtsgebrechen	2.8%	0.8%	1.8%	2.4%
Unfall	5.2%	8.5%	10.4%	6.1%

Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger

Tabelle 2A: Varianzanalyse (ANOVA) in Bezug auf Unterschiede in der Gesamtdauer der IM (abhängige Variable) zwischen den IV-Stellen

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	9.615	2	4.808	3.302	.056 ⁴⁷
	Nicht standardisierte Residuen	32.035	22	1.456		
	Gesamt	41.650	24			
2	Regression	9.775	3	3.258	2.147	.125 ⁴⁸
	Nicht standardisierte Residuen	31.876	21	1.518		
	Gesamt	41.650	24			

⁴⁷ Einflussvariablen : (Konstante), Kriterien für die Auswahl der ZG, Anzahl gewährte IM pro vP.

⁴⁸ Einflussvariablen : (Konstante), Kriterien für die Auswahl der ZG, Anzahl gewährte IM pro vP, Anteil IM in der FI-Phase.

Fortsetzung Tabelle 2A.

Modell 2 - Variablen	Nicht standardisierte Koeffizienten		Std. Koeffizienten	T-Wert	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	7.105	2.908		2.443	.023		
Anzahl gewährte IM	1.099	.506	.448	2.173	.041*	.857	1.167
Kriterien für die Auswahl der ZG	-.394	1.269	-.064	-.311	.759	.865	1.156
Anteil IM in FI-Phase	.885	2.732	.062	.324	.749	.980	1.020

Quelle: Register der IV-Sachleistungsbezüger, Rechnungen externer Leistungserbringer (Sumex)

Tabelle 3A: Abschluss der IM nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen (N=301)

Geschlecht	letzte IM erfolgreich beendet	letzte IM abgebrochen	letzte IM erfolglos beendet	Keine Angabe	Gesamt
Mann	51%	23%	26%	0%	100%
Frau	59%	17%	24%	2%	100%
Altersgruppen					
<=18 Jahre	38%	31%	31%	7%	100%
19-25 Jahre	45%	27%	27%	3%	100%
26-35 Jahre	55%	23%	22%	2%	100%
36-45 Jahre	56%	16%	28%	0%	100%
46-55 Jahre	60%	20%	19%	0%	100%
>55 Jahre	58%	4%	38%	0%	100%
Herkunft					
Schweiz	56%	21%	23%	1%	100%
Ausland	52%	18%	30%	0%	100%
Höchster Bildungsabschluss					
Volksschulabschluss (Sek.I) oder kein Schulabschluss	48%	21%	32%	3%	100%
Sek. II Abschluss (Berufsbildung, gymnasiale Maturität, Fachmaturität)	59%	18%	23%	1%	100%
Tertiärabschluss (Hochschule, Berufsprüfung, eidg. Diplom, höhere Fachschule)	49%	31%	20%	0%	100%
Einkommenssituation vor Beginn der IM					
Erwerbseinkommen (Arbeitsplatz vorhanden)	68%	11%	21%	0%	100%
IV-Rente	40%	27%	33%	0%	100%
ALV	64%	20%	16%	0%	100%
Sozialhilfe	48%	29%	22%	0%	100%
Kein Einkommen	48%	23%	29%	1%	100%
Anderes	25%	0%	75%	33%	100%
Taggeld vor Beginn der IM					
Kein Taggeld	49%	27%	24%	1%	100%
KVG (Krankentaggeld)	62%	15%	23%	0%	100%
UVG (Unfallversicherung)	41%	12%	47%	0%	100%
BVG (Berufliche Vorsorge)	100%	0%	0%	0%	100%
Anderes	50%	0%	50%	50%	100%
Arbeitsplatz während IM vorhanden					
Bisheriger Arbeitsplatz vorhanden	64%	11%	25%	0%	100%
Neuer Arbeitsplatz vorhanden	86%	0%	14%	0%	100%
Kein Arbeitsplatz vorhanden	48%	26%	26%	2%	100%

Fortsetzung Tabelle 3A.

	letzte IM erfolgreich beendet	letzte IM abgebrochen	letzte IM erfolglos beendet	Keine Angabe	Gesamt
Nebenerkrankung					
1 Nebenerkrankung	56%	23%	21%	1%	100%
2 Nebenerkrankungen	55%	18%	27%	0%	100%
3 u. mehr Nebenerkrankungen	52%	23%	25%	4%	100%
Keine Nebenerkrankungen	53%	14%	33%	0%	100%
Art der psychischen Nebenerkrankung					
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	59%	23%	18%	4%	100%
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	38%	25%	38%	0%	100%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	53%	27%	20%	0%	100%
Affektive Störungen	58%	18%	24%	1%	100%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	56%	20%	24%	0%	100%
Andere psychische Erkrankungen	31%	44%	25%	6%	100%
Keine Nebenerkrankungen	53%	14%	33%	0%	100%

Quelle: Analyse der Versichertendossiers

Tabelle 4A: Regressionsmodell: Einflussfaktoren auf steigende Fallkosten 2012-2017

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standard. Koeff	T-Wert	Sig.	95,0% Konfidenzintervalle für B		Kollinearitätsstatistik	
	Reg.Koeffizient B	Std.-Fehler	Beta			Untergrenze	Obergrenze	Toleranz	VIF
(Konstante)	-3.939	1.142		-3.449	0.002**	-6.309	-1.57		
Tages-/Monatspauschale	0.249	0.312	0.135	0.8	0.433	-0.398	0.896	0.93	1.075
Veränderung der Anzahl vP zw. 2012-18	-0.252	0.123	-0.385	-2.057	0.052*	-0.507	0.002	0.751	1.331
Gesamtdauer der IM - arithmetisches Mittel	0.473	0.12	0.728	3.94	0.001**	0.224	0.721	0.772	1.296

Abhängige Variable: Anstieg der Fallkosten Differenz 2012-2017; R-Quadrat =0.42

11. Anhang II – Definitionen & Datenquellen

11.1 Definitionen / Kategorienbildung

Im Folgenden wird eine Auswahl an Begriffen definiert, die der Analyse der verschiedenen Evaluationsgegenstände zugrunde liegen und der Kategorienbildung für die Auswertung der IV-Registerdaten dienen. Die Definitionen sollen zudem ein einheitliches Verständnis der verschiedenen Analyseelemente schaffen.

11.1.1 Integrationsmassnahmen (IM)

Die im Rahmen der 5. IV-Revision eingeführten IM (Art. 14a IVG) richten sich insbesondere an Versicherte, die infolge psychisch bedingter Probleme seit mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig sind. Sie sollen die versicherte Person auf eine Massnahme beruflicher Art oder für die Rückkehr auf den Arbeitsmarkt vorbereiten. Es gibt zwei Arten von IM:

- (1) Massnahmen zur **sozialberuflichen Rehabilitation** dienen der Wiedereingliederung bzw. dem Erhalt der Eingliederungsfähigkeit und der Angewöhnung an den Arbeitsprozess. Sie umfassen Belastbarkeitstraining (BT), Aufbautraining (AT) und wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz (WISA). Um an diesen Massnahmen teilnehmen zu können, wird bei der versicherten Person ein Eingliederungspotenzial vorausgesetzt.
- (2) **Beschäftigungsmassnahmen zur Zeitüberbrückung** folgen in der Regel auf Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation. Sie dienen dem Erhalt der Tagesstruktur und der Restarbeitsfähigkeit bis zum Beginn von beruflichen Massnahmen (BM) oder dem Antritt einer neuen Stelle.

IM können auf dem regulären Arbeitsmarkt oder in einer nicht-profitorientierten Institution stattfinden. In den IV-Registerdaten deuten die beiden Kategorien WISA und BM zur Zeitüberbrückung daraufhin, ob die IM im regulären Arbeitsmarkt stattfinden. Ob auch die beiden Massnahmen BT und AT im regulären Arbeitsmarkt erfolgen, kann anhand der IV-Registerdaten nicht eindeutig eruiert werden: Zwar geben die individuellen Konten der AHV Auskunft darüber, ob ein Einkommen vorhanden ist. Jedoch bedeutet ein tiefer Einkommenseintrag nicht zwingend, dass es sich um eine Arbeit in einem geschützten Rahmen handelt. Um die Frage zu beantworten, ob IM vor allem im regulären oder zweiten Arbeitsmarkt oder in einer Institution durchgeführt werden, wurde die Analyse der Versichertendossiers genutzt.

Tabelle 5A: Codierung der Integrationsmassnahmen nach KSGLS-C

Kürzel	Art der IM	Code im KSGLS
BT	Belastbarkeitstraining	581
AT	Aufbautraining	582
WISA	Wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz	583
AZ	Arbeit zur Zeitüberbrückung (Beschäftigungsmassnahme)	584
BaA	Beitrag an Arbeitgeber bei Weiterbeschäftigung im bisherigen Betrieb	587
SupBe	Beitrag an Supportorganisation bei Weiterbeschäftigung im bisherigen Betrieb	588 (aufgehoben 2018)
SupIV	Support durch IV-Stelle oder Betrieb bei Weiterbeschäftigung im bisherigen Betrieb	589 (aufgehoben 2018)

Quelle: BSV, KSGLS

11.1.2 Phasen des Eingliederungsprozesses

IM können im Rahmen des Eingliederungsprozesses in drei Phasen eingesetzt werden:

1. Gemäss Kreisschreiben zu den IM (KSIM) können IM in der **Frühinterventionsphase** ohne Taggeld zugesprochen werden, wenn sich die Durchführung einer IM als sinnvoll erweist, jedoch die Abklärung, ob die Voraussetzungen für die Zusprache einer IM erfüllt sind, noch nicht abgeschlossen ist. Um festzustellen, ob eine IM in der Frühinterventionsphase stattfindet, kann für die IV-Registerdaten

der Code 565 (sozialberufliche Rehabilitation in der FI) verwendet werden. Es lässt sich allerdings nicht feststellen, um welche IM-Art (BT, AT, WISA) es sich dabei handelt. Präzisere Informationen zur IM-Art, die vorwiegend in der Frühinterventionsphase eingesetzt wird, liefert die Dossieranalyse.

2. IM zählen zu den Eingliederungsmassnahmen. Gemäss Art. 8 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, wenn diese notwendig und geeignet sind, um die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern, wenn die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind. Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich. Als IM im Rahmen der **Eingliederungsphase** wird in der Analyse der IV-Registerdaten die «reguläre» Codierung für IM verwendet (→ vgl. Tab. 5A).
3. Rentenbezüger und -bezügerinnen haben Anspruch auf IM zur Wiedereingliederung (Art. 8a IVG), insofern die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich verbessert werden kann und sich IM dafür eignen. IM können im Rahmen einer **Wiedereingliederung von Rentenbezügern und -bezügerinnen** mehrmals gesprochen werden und länger als ein Jahr dauern. Eine entsprechende Variable, die eindeutig definieren würde, ob es sich um eine IM im Rahmen des Wiedereingliederungsprozesses Rentenbezügern und -bezügerinnen handelt, fehlt in den IV-Registerdaten. Um dennoch festzustellen, ob einer versicherten Person im Rahmen der Wiedereingliederung von Rentenbezügern und -bezügerinnen eine IM zugesprochen wurde, muss auf zusätzliche Informationen zurückgegriffen werden. Als IM im Rahmen einer Wiedereingliederung von Rentenbezügern und -bezügerinnen soll deshalb gelten, wenn sowohl ein Rentenanspruch besteht als auch eine Zusprache für IM vorhanden ist.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick, anhand welcher Codierungen die IM den verschiedenen Eingliederungsphasen für die Analyse der IV-Registerdaten zugeteilt wurden.

Tabelle 6A: Integrationsmassnahmen während den drei Eingliederungsphasen

Kürzel	Eingliederungsphase	Art der IM	Code KSGLS	im
FI	Frühintervention	Sozialberufliche Massnahmen		565
FI	Frühintervention	Beschäftigungsmassnahmen		566
EP	Eingliederungsphase	Belastungstraining		581
EP	Eingliederungsphase	Aufbautraining		582
EP	Eingliederungsphase	Wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz		583
EP	Eingliederungsphase	Arbeit zur Zeitüberbrückung (Beschäftigungsmassnahme)		584
RV	Wiedereingliederung von Rentenbezügern und -bezügerinnen	Belastungstraining	Rente &	581
RV	Wiedereingliederung von Rentenbezügern und -bezügerinnen	Aufbautraining	Rente &	582
RV	Wiedereingliederung von Rentenbezügern und -bezügerinnen	wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz	Rente &	583
RV	Wiedereingliederung von Rentenbezügern und -bezügerinnen	Arbeit zur Zeitüberbrückung (Beschäftigungsmassnahme)	Rente &	584

Quelle: BSV, KSGLS

11.1.3 Dauer der IM

Um die Dauer der IM zu berechnen, wurde pro vP und IM-Art jeweils das auf der Rechnung vermerkte Datum des Beginns der Massnahme sowie das Datum der letzten bezahlten Rechnung für die entsprechende Massnahme verwendet. Allerdings handelt es sich beim Datum der letzten bezahlten Rechnung aufgrund der Rechtszensierung der IV-Registerdaten um einen Näherungswert: Je nach Handhabung der IV-Stelle, kann die Schlussrechnung entweder noch vor dem tatsächlichen Abschluss der letzten IM oder erst nach Abschluss der IM bezahlt werden. Das Abschlussdatum dürfte daher entweder zu früh oder zu spät geschätzt werden. Für die vorliegende Analyse wurde jedoch davon ausgegangen, dass die

Rechnung in der Regel nach Abschluss der IM gestellt wird. Vom Rechnungsdatum wurde jeweils eine Begleichungsfrist von 30 Tage subtrahiert. Darüber hinaus handelt es sich bei der im Rahmen der IV-Registerdaten berechneten Dauer um eine Bruttodauer, die auch Unterbrüche der IM beinhalten kann. Die Nettodauer konnte im Rahmen der Dossieranalyse berechnet werden.

11.1.4 Abschluss/Abbruch der Integrationsmassnahmen

Die Datensätze des IV-Registers enthalten keine Variable, die eindeutige Hinweise liefert, wann die letzte IM abgeschlossen wurde. Auch hier liegt der Grund in der Rechtszensurierung der IV-Registerdaten (→ vgl. vorhergehenden Absatz). Für den vorliegenden Untersuchungszusammenhang gilt deshalb der Abschluss einer IM, wenn nach der letzten bezahlten Rechnung für IM während mindestens eines Jahres keine weitere IM mehr zugesprochen wurde, oder wenn die geltende Gesamtdauer für IM von einem Jahr aufgebraucht ist (gilt nicht bei Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und -bezügerinnen). Ob eine IM abgebrochen wurde, ob es sich um einen erfolgreichen Abschluss oder um einen Abbruch handelt, kann anhand der IV-Registerdaten nicht eruiert werden. Diese Information wurde im Rahmen der Dossieranalyse erhoben.

11.1.5 Anschlusslösung nach Erreichung der Eingliederungsfähigkeit

Als erfolgreich gilt eine IM, wenn die vP eine Arbeitsfähigkeit von mind. 50% eines vollen Pensums erreicht. Danach kann sie entweder in eine berufliche Massnahme der IV oder eine Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt übertreten. Ob eine vP die Eingliederungsfähigkeit erreicht hat und in welche Anschlusslösung sie übertritt, wird anhand dreier Kriterien ersichtlich:

- die vP tritt nach der letzten IM in eine berufliche Massnahme ein
- die vP hat nach der letzten IM ein Erwerbseinkommen
- die vP ist nach der letzten IM arbeitslos gemeldet (das ist zwar keine erfolgreiche Anschlusslösung, sie weist aber darauf hin, dass die Person zu mind. 50% arbeitsfähig ist)

In den individuellen Konten der AHV (IK-Einträge) wird die Summe der Erwerbseinkommen in Franken pro Jahr und Person erfasst. Die IK-Daten liefern zwar Hinweise, ob eine Person in einem Jahr ein Erwerbseinkommen hat. Jedoch kann insbesondere bei tiefen Einkommen nicht zwingend auf eine Arbeit im ersten Arbeitsmarkt geschlossen werden - die Person könnte auch in einem geschützten Rahmen tätig sein. Zudem enthalten die IK-Daten keine Variable zum Beschäftigungsgrad. Bei tiefen Einkommensniveau ist daher nicht bekannt, ob es sich um ein Anstellungsverhältnis mit geringem Pensum oder eine Anstellung in einer Tieflohnstätigkeit handelt.

11.1.6 Gebrechen und Krankheiten

IM richten sich insbesondere an Personen mit einer psychischen Krankheit. Sie können jedoch auch versicherten Personen mit anderen Beeinträchtigungen zugesprochen werden, sollten IM als Vorbereitung für die berufliche Eingliederung angezeigt sein. Bei den in den Registerdaten der IV erfassten Gebrechen handelt es sich jeweils um ein Geburtsgebrechen bzw. die Grunderkrankung. Allerdings leiden von den versicherten Personen in IM lediglich zwei Prozent an einem Geburtsgebrechen. Die Mehrheit der Versicherten in IM (92 %) leidet an einer Krankheit und bei sechs Prozent führte ein Unfall zur gesundheitlichen Beeinträchtigung. Die in den Registerdaten der IV erfassten Gebrechen werden für die Analyse in fünf Kategorien zusammengefasst. Dadurch ist auch eine Unterscheidung zwischen den drei Ereignissen Geburtsgebrechen, Krankheit, Unfall möglich.

Tabelle 7A: Gebrechens-/Krankheitskategorien

Krankheitskategorie	Codes	Bezeichnung
1. Psychische Erkrankungen	641-649	Psychosen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen
2. Knochen und Bewegungsorgane	731-738	Knochen und Bewegungsapparat
3. Nervensystem	651-657	Nervensystem
4. Andere Krankheiten	601-631; 661-721	Infektionen und parasitäre Krankheiten, Neubildungen (Tumoren), Allergien, Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten, Störungen der inneren Sekretion, Krankheiten des Blutes und organische Krankheiten
5. Geburtsgebrechen	101-113; 121-195; 201-361; 381-397; 401-406; 411-447; 481-489; 451-468, 490-503	
6. Unfall	801-831; 841-849; 851-857; 861-921; 931-938	

Quelle: BSV, KSGLS

11.2 Datenquellen

Die Analysen der vorliegenden Evaluation basieren auf unterschiedlichen Datenquellen.

11.2.1 IV-Registerdaten

Die IV-Registerdaten setzen sich aus verschiedenen Datensätzen/-quellen mit jeweils unterschiedlichen Informationen zusammen. Im Rahmen der Evaluation der IM wurden folgende IV-Registerdatensätze ausgewertet:

- *Register IV-Sachleistungsbezüger, Versichertenregister, Todesfallregister.* Das Register der IV-Sachleistungsbezüger enthält Informationen zu den Verfügungen individueller Massnahmen. Anhand dieses Registers sowie des Versicherten- und Todesfallregisters wurden die «IM-Kohorten» ausgewählt.
- *Zentrales Rentenregister der AHV/IV,* darin sind Informationen zu den IV-Renten enthalten.
- *Bezahlte Rechnungen aus Sumex:* Sie geben Auskunft über die bezogenen Leistungen und bezahlten Rechnungen.
- *Individuelle Konten der AHV* enthält Informationen zu den Einkommen und zum Bezug von Arbeitslosengeld.
- *SHIVALV-Datensatz* gibt Auskunft über die Übergänge zwischen IV, Arbeitslosigkeit und Sozialhilfe.

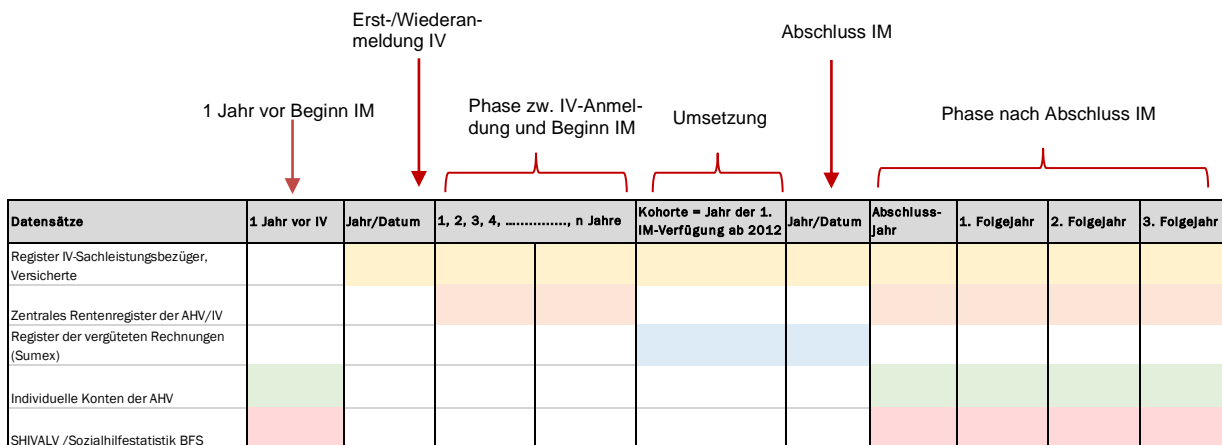
11.2.2 Verlaufsanalyse

Die Grundgesamt der Auswertungen bilden Versicherte, für die ab 2012 mindestens eine Integrationsmassnahme verfügt wurde. Die Kohorte definiert sich über das Verfügungsjahr der ersten IM (→ vgl. Kapitel 2.2.2). In die Analysen wurden die Kohorten 2012 bis 2018 einbezogen, wobei für die Kohorten 2017 und 2018 keine Aussagen zum Erwerbsstatus nach Abschluss der IM gemacht werden können, da für diese beiden Gruppen zum Zeitpunkt der Auswertungen die entsprechenden Daten noch nicht zur Verfügung standen.

Um etwas über die «Vorgeschichte» der IM-Bezüger/-innen zu erfahren, wurde jeweils die Phase bis ein Jahr vor Beginn der ersten IM und die Phase zwischen IV-Anmeldung und der ersten verfügbaren IM analysiert. Um die mittel- bis langfristige Re-Integration nach Abschluss der IM in den Arbeitsmarkt zu überprüfen, wurde die Erwerbssituation der vP bis drei Jahre nach Abschluss der letzten IM untersucht.

Die nachfolgende Darstellung zeigt, welche Datensätze für die Analyse der verschiedenen Zeiträume in der «Biographie» der IM-Bezüger/-innen eingesetzt wurden.

Abbildung 2A: Verlaufsanalyse von vP mit IM anhand verschiedener Datenquellen



Quelle: Darstellung across•concept /socialdesign

11.2.3 Onlinebefragung

Im Rahmen der Onlinebefragung wurden pro IV-Stellen eine Eingliederungsfachperson und ein/e Kontraktmanager/-in befragt. Ziele der Befragung waren die Daten- und Dokumentenlage bei den IV-Stellen zu klären, eine umfassende Einschätzung der IV-Stellen zu allgemeinen Aspekten der IM sowie eine Einschätzung zur Kostenentwicklung der IM zu erhalten. Dafür wurden zwei Onlinefragebogen entwickelt: einen für die Eingliederungsfachpersonen und einen für die Kontraktmanager/-innen.

Die Onlinebefragung fand zwischen dem 26.07. und 26.08. 2019 statt. Insgesamt wurden 42 Personen mittels einer E-Mail, in die ein personalisierter Link auf den Fragebogen integriert war, angeschrieben. Die Teilnehmenden wurden jeweils von den Leitungen der IV-Stellen ausgewählt. Bei jenen IV-Stellen, wo Eingliederungsfachperson und Kontraktmanager/-in eine Personalunion bilden, wurden beide Fragebögen von der gleichen Person ausgefüllt. Für jene IV-Stellen, bei denen das Kontraktmanagement in einer KMT-Organisation erfolgt, d.h. die Ostschweiz (AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG) und Zentralschweiz (LU, NW, OW, SZ, UR) füllte jeweils die zuständige Person den Fragebogen aus, wobei einzelne IV-Stellen der beiden Kontraktregionen dennoch einen eigenen Fragebogen ausgefüllt haben. Das zeigt sich daran, dass mehr Fragebogen ausgefüllt wurden als Personen angeschrieben wurden. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über das Befragungssample und die Rücklaufquote.

Tabelle 8A: Sample und Rücklaufquote der Onlinebefragung bei den IV-Stellen

Personalkategorie	Angeschriebene Personen	Teilnehmer/-innen	Rücklaufquote	Anzahl ausgefüllte FB
Eingliederungsfachpersonen	25	21	103,7 %	21
IV-Berufsberater und Beraterinnen		6		6
Eingliederungsfachperson & Kontraktmanager und -managerinnen	2	1		1
Kontraktmanager und -managerinnen	15	13	86,7 %	15
Total	42	41	97,6 %	43

Quelle: Onlinebefragung IV-Stellen 2019

Die Ergebnisse der Onlinebefragung lieferten zusätzliche Informationen, die zur Vertiefung der zu evaluierenden Fragestellungen dienten. Zudem geben sie eine allgemeine Einschätzung der IV-Fachpersonen zu folgenden Aspekten der IM:

- Daten- und Dokumentenlage, die bei den IV-Stellen vorhanden sind
- Entwicklung der IM bei der IV-Stelle – Gründe für Zu-/Abnahme von IM in den letzten Jahren
- Informationen zu allgemeinen Umsetzungsaspekten von (Kriterien Zielgruppenauswahl, Eingliederungsplan und Bestimmung der adäquaten Massnahmen, Beachtung der Vorschläge im KISM-Anhang, Intensität der Begleitung, Zusammenarbeit mit IV-Partnern etc.)

- Einschätzung zu Erfolgsfaktoren von IM
- Gründe für den Abbruch von IM

In der Befragung der Kontraktmanager/-innen ging es vor allem darum, ihre Einschätzung hinsichtlich der Kostenentwicklung der IM abzuholen. Dabei wurden Fragen zu folgenden Aspekten abgefragt:

- Einschätzung der Qualität von IM
- Gründe für den Anstieg/Rückgang der Fallkosten
- Kostensteuerung
- Auswahl der Leistungsanbieter

12. Anhang III – Fallstudien

12.1 Auswahl der Fallstudien

Die Auswahl der IV-Stellen für die Fallstudien wurde nach dem «Most Similar und Most Different Cases Design» getroffen. Mittels einer Clusteranalyse⁴⁹ konnten fünf Gruppen gebildet werden. Dabei unterscheiden sich die Gruppen hinsichtlich der in der Tabelle 9A dargestellten Merkmale bzw. sind sich die IV-Stellen, die gemeinsam eine Gruppe bilden, in diesen Merkmalen ähnlich. Nachfolgend werden die Merkmale kurz beschrieben und wofür die einzelnen Gruppen stehen. Die in den Gruppen **kursiv** markierten Zeilen sind jene IV-Stellen, die für die Fallstudien ausgewählt wurden. Diese Kantone decken gemeinsam 28 Prozent der Wohnbevölkerung der Schweiz ab.

Gruppe 1: Zurückhaltung bei der Zusprache von neuen IM und bei der Auswahl der Zielgruppe

Zur Gruppe 1 zählen 7 IV-Stellen. Bei den sieben IV-Stellen hat sich die Zahl der neu zugesprochenen IM zwischen 2012 und 2018 – ausser in einem Kanton – deutlich unterdurchschnittlich entwickelt. Zudem liegen sowohl die Anteile von vP in IM in der Frühinterventionsphase als auch die Anteile von vP, die unter 19 Jahre alt sind, mehrheitlich unterhalb des Durchschnitts (5,9 %). Die IV-Stellen der Gruppe 1 wählen die Zielgruppe nach eher konservativen/restriktiven Kriterien aus (IM eher nicht in der FI-Phase, ausgewiesene Invalidität, Vorgaben IVG). Zudem haben sie – ausser zwei IV-Stellen – in den letzten Jahren wenige bis keine Anpassungen in der Zusprachepraxis der IM vorgenommen. Die Zahl der IM pro 10'000 Einwohner sowie die Kosten für IM pro Einwohner sind relativ tief. Dennoch haben die Fallkosten in den letzten sechs Jahren teilweise deutlich zugenommen. Der Anteil an Personen mit IM an den IV-Neuanmeldungen ist unterdurchschnittlich (7,0 %) und hat sich in den letzten Jahren kaum verändert bzw. hat sich bei einzelnen IV-Stellen dieser Gruppe sogar verringert.

- *Aus diesem Cluster wurde keine IV-Stelle für die Fallstudie ausgewählt, weil diese IV-Stellen für die Weiterentwicklung der IM weniger interessant waren.*

⁴⁹ Clusteranalysen sind ein exploratives Verfahren zur Gruppierung sich ähnlicher Untersuchungseinheiten (Personen, Objekte, Fälle) zu möglichst in sich homogenen aber zueinander heterogenen Gruppen (Clustern) anhand mehrerer Untersuchungsmerkmalen. Das Gruppierungsverfahren erfolgt rein formal und ist nicht inhaltlich geleitet. Für die vorliegende Clusteranalyse wurde ein hierarchisches Verfahren eingesetzt: Hierarchische Verfahren beginnen entweder mit allen Objekten in einer Gruppe (diverse Verfahren) oder jedem Objekt als eigenen Gruppe (agglomerative Verfahren) und optimieren diese Ausgangssituation durch Aufteilen bzw. Zusammenfassung der jeweiligen Anfangslösungen. Als Methode der Clusterbildung wurde die Ward-Methode gewählt. Dabei werden für jedes Cluster Mittelwerte aller Variablen gebildet, dann die (euklidischen) Distanzen der einzelnen Objekte zum Clustermittelwert berechnet und die Distanzen aufsummiert. Zusammengefasst werden diejenigen zwei Cluster, bei deren Zusammenfassung die Distanz im neu gebildeten Cluster am geringsten ansteigt. Die Ward-Methode tendiert zur Bildung von ungefähr gleich grossen Gruppen/Clustern (Jahr 2014).

Evaluation Integrationsmassnahmen

Tabelle 9A: Ergebnis der Clusteranalyse und Auswahl der IV-Stellen für die Fallstudien

Gruppe	Anteil vP, die bei Verfügung der IM < 19 Jahre waren 2016-18	Zu-/Abnahme der IM 2012-18 (Differenz zum Durchschnitt)	Anteil IM in der FI-Phase 2018	Anstieg der Fallkosten 2012-18	Finanzielle Ressourcen für IM 2018	Anteil BM als Anschlusslösung 2018	Kosten für IM pro Einwohner 2018	Anzahl IM pro 10'000 Einwohner 2018	IM/Neuanmeldungen 2017	Veränderung IM/Neuanmeldung 2012-17	Strategieänderung bei der Zusprache von IM	Auswahlkriterien f. ZG
1	4%	-25%	0%	-10%	539 565	37%	4.25	3.55	5.3%	1.1%	+	-
	3%	9%	0%	97%	346 114	40%	4.71	5.45	3.6%	0.7%	--	-
	6%	-88%	2%	69%	969 688	38%	5.30	4.75	4.9%	1.0%	--	-
	7%	-45%	0%	170%	1 055 208	31%	6.63	4.21	2.8%	-1.9%	--	--
	12%	-4%	0%	116%	235 886	18%	6.47	4.39	4.7%	-2.3%	+	-
	3%	-14%	3%	28%	3 770 425	33%	11.20	8.69	7.2%	0.9%	++	--
	4%	-34%	1%	30%	854 152	27%	10.35	8.78	9.0%	2.0%	++	++
2	4%	12%	10%	35%	1 773 370	35%	3.90	3.47	4.6%	1.6%	--	-
	3%	-70%	11%	38%	1 398 485	26%	3.65	5.15	5.9%	0.2%	++	-
	8%	94%	3%	12%	1 390 904	25%	3.91	3.06	3.0%	1.4%	--	+
	3%	88%	5%	45%	2 088 482	31%	4.03	3.30	3.4%	1.7%	++	+
	7%	-53%	5%	20%	622 402	21%	2.06	2.06	2.5%	-0.1%	--	++
3	8%	-63%	11%	12%	1 097 667	51%	3.39	3.96	4.2%	0.6%	--	-
	5%	-82%	16%	22%	1 110 148	38%	4.40	5.65	4.9%	-3.5%	-	-
4	1%	144%	10%	63%	480 906	24%	10.58	9.72	9.7%	6.2%	++	+
	0%	153%	7%	-29%	1 056 850	36%	5.03	5.90	7.4%	4.9%	+	+
	3%	135%	12%	35%	9 546 886	26%	12.31	11.77	10.7%	6.2%	++	+
	4%	291%	4%	16%	6 173 144	11%	11.85	8.41	7.2%	5.3%	+	++
	0%	285%	0%	190%	403 693	10%	10.67	7.66	8.2%	6.5%	++	-
5	4.5%	12%	3%	21%	16 966 836	41%	10.89	7.18	7.4%	2.7%	--	-
	5%	-34%	5%	28%	10 719 859	45%	9.91	8.79	7.5%	0.1%	+	-
	11%	-65%	0%	-5%	665 098	22%	12.04	9.78	11.8%	3.7%	--	-
	15%	-48%	7%	93%	353 552	29%	20.89	11.77	13.1%	5.4%	++	++
	17%	30%	2%	135%	10 601 189	35%	12.99	9.70	8.4%	2.9%	++	-
	7%	77%	7%	127%	1 002 770	39%	24.32	16.58	11.7%	6.0%	++	-
	5%	-80%	14%	-6%	3 652 606	39%	10.86	12.66	14.4%	0.3%	+	-

Quelle: IV-Registerdaten, Onlinebefragung IV-Stellen 2019

Gruppe 2: Eher restriktive Zusprachepraxis der IM, aber dennoch mit einer Tendenz zur Weiterentwicklung

Die Gruppe 2 umfasst 5 IV-Stellen. Diese IV-Stellen zeichnen sich zwar auch durch eine eher restriktive Zusprachepraxis der IM aus, dennoch ist in Bezug auf einzelne Aspekte eine Tendenz zur Weiterentwicklung zu beobachten. Der Anstieg der Fallkosten ist eher moderat und liegt unterhalb des Durchschnitts (35 %) – ausser bei einer IV-Stelle. Die Anzahl IM pro 10'000 Einwohner und die Kosten für IM pro Einwohner sind bei den IV-Stellen dieser Gruppe ausgesprochen tief. Darüber hinaus treten relativ wenige vP nach den IM in eine berufliche Massnahme ein (Durchschnitt 35 %). Dies muss allerdings nicht bedeuten, dass es automatisch auch häufiger zu einer Rentenprüfung kommt, die Personen könnten auch direkt eine Erwerbstätigkeit aufnehmen.

→ Aus diesem Cluster wurde eine IV-Stelle für die Fallstudien ausgewählt. Sie repräsentiert die Gruppe 2 insofern,

- die Zahl der neu zugesprochenen IM und die Fallkosten seit 2012 deutlich gestiegen sind, die Anzahl IM pro 10'000 Einwohner und der Anteil IM an Neuanmeldungen deutlich unter dem Durchschnitt liegen, obwohl das Verhältnis IM/Neuanmeldungen in den letzten fünf Jahren etwas zulegen konnte (+1,7 %),
- die IV-Stelle in den letzten Jahren Anpassungen in der Zusprachepraxis vorgenommen hat,
- es sich um einen Stadt- oder Grenzkanton handelt,
- zusätzlich verfügt die IV-Stelle über Prozessdokumente (Richtlinien, Checklisten etc.).

Gruppe 3: Hoher Anteil an vP in IM in der Frühinterventionsphase und beruflichen Massnahmen als Anschlusslösung

Gruppe 3 bilden zwei IV-Stellen, die der Gruppe 2 in vielen Aspekten ähnlich sind, sich jedoch durch einen relativ hohen Anteil von vP in IM in der Frühinterventionsphase unterscheiden und einen überdurchschnittlichen Anteil von vP mit beruflichen Massnahmen als Anschlusslösung ausweisen. Die Fallkostenzunahme liegt mit 12 % bzw. 22 % unterhalb der durchschnittlichen Zunahme (35 %), die beiden IV-Stellen geben jeweils gut eine Million Franken für IM aus. Die beiden IV-Stellen zeichnen sich zudem durch Stabilität und ein eher konservatives Verhalten in Bezug auf Zusprache und Weiterentwicklung der IM aus. Aus dieser Gruppe wurde eine IV-Stelle ausgewählt, weil es als interessant erachtet wurde, mehr darüber zu erfahren, was der Anstoss für dieses relativ konservative Verhalten ist.

→ Aus Cluster 3 wurde eine IV-Stelle für die Fallstudien ausgewählt. Sie repräsentiert teilweise auch Cluster 1 und 2 insofern,

- der Anstieg der neu zugesprochenen IM deutlich unter dem Durchschnitt liegt,
- der Anteil vP mit IM in der FI-Phase hoch ist,
- der Anteil vP mit BM als Anschlusslösung ebenfalls hoch ist,
- zusätzlich hat die IV-Stelle Erfahrung mit IM für Jugendliche und verfügt über Prozessdokumente und es wurden Massnahmen zur Kostensteuerung eingeführt.

Gruppe 4: IV-Stellen, die sich in den letzten Jahren weiterentwickelt haben

Die Gruppe 4 setzt sich aus 5 IV-Stellen zusammen. Zu dieser Gruppe zählen IV-Stellen, die sich in den letzten Jahren stark weiterentwickelt haben, was sich an folgenden Merkmalen zeigt: Die Zahl der vP, denen erstmals eine IM zugesprochen wurde, ist zwischen 2012 und 2018 markant gestiegen. Entsprechend ist auch die Zahl der IM pro 10'000 Einwohner «sehr» hoch. Aber auch die Kosten für IM pro Einwohner liegen deutlich über dem Durchschnitt (8.70 Franken). Zudem fällt auf, dass diese IV-Stellen einen relativ hohen Anteil von vP in IM in der Frühinterventionsphase haben (ausser zwei IV-Stellen). Darüber hinaus haben alle IV-Stellen der Gruppe 4 in den letzten Jahren die Zusprachepraxis geändert bzw. angepasst, was auch zu einer weniger konservativen Auswahl der Zielgruppe geführt hat und sich daran zeigt, dass das Verhältnis IM/Neuanmeldungen markant gestiegen ist.

→ Aus diesem Cluster wurden zwei IV-Stellen für die Fallstudien ausgewählt. Sie repräsentieren die Gruppe 4 insofern,

- die Zahl der neu zugesprochenen IM seit 2012 ausgesprochen stark gestiegen ist, die Fallkosten dennoch durchschnittlich angestiegen oder gesunken sind,
- einen relativ hohen Anteil an vP in IM in der FI-Phase ausweisen,
- die Zusprachepraxis weiterentwickelt und die Mitarbeitenden geschult wurden, was sich auf eine weniger restriktive Auswahl der Zielgruppe auswirkt,
- der Anteil IM an Neuansmeldungen zwar unter dem Durchschnitt liegt, sich aber in den letzten Jahren überdurchschnittlich entwickelt hat,
- die IV-Stellen über Prozessdokumente verfügen.

Gruppe 5: IV-Stellen mit hohen IM-Kosten pro Einwohner und einem überdurchschnittlichen Anteil IM an Neuansmeldungen

In Gruppe 5 befinden sich sowohl IV-Stellen von grossen als auch von kleinen Kantonen. Insgesamt zählen 7 IV-Stellen zu diesem Cluster. Obwohl die Auswahl der Zielgruppe eher konservativ erfolgt, sind die Anteile IM an Neuansmeldungen bei den IV-Stellen dieser Gruppe schon seit längerer Zeit überdurchschnittlich hoch und haben in den letzten Jahren auch noch etwas zugelegt. Fünf der sieben IV-Stellen haben in den letzten Jahren ihre Zusprachepraxis geändert. Die IV-Stellen verfügen zudem relativ viele IM pro 10'000 Einwohner, aber auch die Kosten für IM pro Einwohner sind überdurchschnittlich hoch. Darüber hinaus ist der Anteil der vP, die bei der Verfügung der ersten IM unter 19 Jahre alt sind, entweder durchschnittlich oder liegt über dem Durchschnitt (5,9 %).

→ Aus Cluster 5 wurde ein IV-Stelle für die Fallstudien ausgewählt. Sie repräsentiert die Gruppe 5 insofern,

- die Anzahl IM pro 10'000 Einwohner und die Kosten für IM pro Einwohner verhältnismässig hoch sind,
- das Verhältnis IM/Neuansmeldungen über dem Durchschnitt liegt und in den letzten Jahren auch überdurchschnittlich gestiegen ist,
- der Anteil an unter 19-jährigen vP sehr hoch ist, was auf Erfahrung mit dieser Zielgruppe hinweist,
- die Fallkosten in den letzten Jahren sprunghaft gestiegen sind, in diesem Punkt bildet die ausgewählte IV-Stelle eine Extremgruppe. Der Kostenanstieg ist jedoch ein wichtiges Evaluationskriterium,
- auch bei dieser IV-Stelle Prozessdokumente zur Verfügung stehen.

12.2 Vorgehen Dossieranalyse

Bei jenen IV-Stellen, die Teil der fünf Fallstudien waren, wurden für eine begrenzte Anzahl IM-Teilnehmende die Versichertendossiers analysiert. Dadurch konnten einerseits zusätzliche Informationen zu den Profilen der vP in IM erhoben werden, andererseits konnten Informationen zum Umsetzungsprozess und den Ergebnissen der IM gesammelt werden. Die Analyse der Dossiers erfolgte anhand eines Kriterienrasters und Codierleitfadens (→ Tabelle 10A u. 11A). Darin sind die zu codierenden Variablen, ihre Ausprägungen sowie Anweisungen und Erläuterungen zum Vorgehen bei der Codierung enthalten. Um eine möglichst einheitliche Codierung der Dossiers sicherzustellen, haben die an der Dossieranalyse beteiligten Personen eine ausführliche Schulung erhalten. Zudem wurden die ersten 10 Dossiers gemeinsam in der Gruppe codiert.

Soziodemografische Variablen

Da in den IV-Registerdaten die soziodemografischen Angaben auf das Alter und Geschlecht der versicherten Person begrenzt sind, wurden im Rahmen der Dossieranalyse zusätzliche Daten zum Profil der versicherten Person sowie zur sozio-ökonomischen Situation der versicherten Person erhoben.

Tabelle 10A: Kriterienraster für die Codierung soziodemografischer und sozioökonomischer Informationen

Variable	V-Name	Ausprägungen	Anleitung
AHV-Nummer	AHV-Nr.		AHV.NR erfassen
Alter	Geb.datum	Geburtsdatum	Erfassen des Geburtsdatums
Geschlecht	Sex	1 Mann 2 Frau	
Anmeldung bei IV	IV-Anmeldung	Datum der IV-Anmeldung	Es besteht eine Verfügung. Siehe Datum Anmeldeblatt.
Bildungsstand	Ausbildung	1 Volksschulabschluss (Sek.I) oder kein Schulabschluss 2 Sek. II Abschluss (Berufsbildungsabschluss, gymnasiale Maturität, Fachmaturität) 3 Tertiärabschluss (Hochschule, Berufsprüfung, eidg. Diplom, höhere Fachschule)	Erfasst wird der höchste Bildungsabschluss. Wenn Person noch in Ausbildung ist: höchste <i>abgeschlossene</i> Ausbildung wählen. Unter Beruf: «In Ausbildung» eintragen.
Zivilstand	Zivilstand	1 Ledig 2 Verheiratet 3 Verwitwet 4 Geschieden 5 In eingetragener Partnerschaft 6 Aufgelöste Partnerschaft	
Nationalität	Nation	1 Schweizer/-in 2 Doppelbürger/-in 3 Ausländer/-in	
Nebenkrankheiten (Komorbidität)	Nebkrank.ICD10	ICD-10 Code	Nur psychische Erkrankungen codieren. Hauptgebrechen ist bereits in Registerdaten erfasst. Wenn mehrere ärztl. Berichte/Diagnosen vorliegen: Relevant ist Zeitpunkt der IM-Zusprache
	Nebkrank2.ICD10	ICD-10 Code	Weitere Erkrankungen (falls mehr als eine, max 3 Erkrankungen aufnehmen)
	Nebkrank3.ICD10	ICD-10 Code	
Beruf	Beruf	Beruf eintragen, Profession falls noch in Ausbildung Code 0 vergeben 0 in Ausbildung	Codierung des KSGLS-C 13 / CSIP-C 13 verwenden S. 57 «In Ausbildung» nur vergeben, wenn noch in <i>Erstausbildung</i> . Aktuellen Beruf wählen, falls mehrere Angaben (z.B. anderen Beruf erlernt)
Einkommenssituation vor IM	Einko vor IM	1 Erwerbseinkommen (Arbeitsplatz vorhanden) 2 IV-Rente 3 ALV 4 Sozialhilfe 5 kein Einkommen 6 Anderes	Wenn Job vorhanden, aber krankgeschrieben. Hier Code 1 wählen und unter Taggeld Code 1.
	Taggeld	0 Kein Taggeld 1 KVG (Krankentaggeld) 2 UVG (Unfallversicherung) 3 BVG (Berufliche Vorsorge) 4 Anderes	
Arbeitsplatz bei Beginn der IM	AP Beginn IM	0 Kein Arbeitsplatz vorhanden 1 bisheriger Arbeitsplatz vorhanden 2 neuer Arbeitsplatz vorhanden	Wenn noch Arbeitsplatz vorhanden: 1 erfassen, unabhängig davon ob IM dort durchgeführt wird.

Durchführung der IM

Der Durchführungsprozess der IM soll sich an den Vorgaben im Anhang des KSIM orientieren. Die Vorgaben wurden von allen befragten Eingliederungsfachpersonen als gute Orientierungsgrundlage beurteilt. Die meisten nutzen die Vorgaben in der Praxis, bspw. bei der Wahl der IM-Art, der Definition der Zielsetzung oder für die Zielvereinbarung und teilweise auch für die Überprüfung der Zielerreichung. Nur zwei Personen gaben explizit an, dass sie das Raster im Anhang nicht nutzen. Es war daher sinnvoll, dass sich die Codierung des Umsetzungsprozesses ebenfalls an den Vorgaben im KISM orientiert. Die Durchführung der IM sieht vier Prozessschritte vor. Allerdings liess sich erst bei der eigentlichen Dossier-

analyse feststellen, wie gut bzw. ausführlich die einzelnen Prozessschritte von den IV-Stellen dokumentiert werden. Die Codierung des Durchführungsprozesses orientierte sich am nachfolgenden Kriterienraster.

Tabelle 11A: Kriterienraster für die Codierung der Durchführung der IM nach Prozessschritten

Prozessschritte	Variable	V-Name 1.....n	Ausprägung	Anweisungen
IM-Art	IM-Art	IM-Art	BT / ET (581) AT / EP (582) WISA / REST (583) Zeitüberbrückung /TdT (584) BaA / ImE (587) SupBe (588) SupIV (589)	Zuerst erfassen, um welchen IM-Typ es sich handelt Hier könnte auch noch die Eingliederungsphase erfasst werden, falls im Dossier ersichtlich.
IM-Begleit-Art	IM-Begleit-Art	IM-B-Art	Code der Massnahme, falls vorhanden z.B. 565, 566 etc. Falls Begleitmassnahme ohne Code, neu erfassen: 1 Jobcoaching	Wenn Massnahme zeitgleich mit einer «Hauptmassnahme» durchgeführt wird, z.B. Coaching begleitend zu Aufbautraining. Wenn Begleitmassnahme bereits früher anfängt, Start- und Enddatum der Haupt-IM (z.B. AT/EP) erfassen. Wenn «offizielle Nr.», → diese erfassen, ansonsten neuer Code, z.B. 1 für Jobcoaching
Eingliederungsphase, in der die IM stattfindet	Eingliederungsphase	Eingl.Ph	1 Frühinterventionsphase / phase d'intervention précoce 2 Eingliederungsphase / phase de la réadaptation 3 Wiedereingliederung von Rentenbezügern und -bezügerinnen (Rentenrevision) / Mesures de réinsertion dans le cadre de la nouvelle réadaptation des bénéficiaires de rente	Zuerst prüfen, ob Eingliederungsphase im Dossier ersichtlich ist (z.B. 565/566 für IM in der Frühinterventionsphase, siehe auch S. 2). Wenn nur IM (z.B. 581 oder 582) gesprochen (<i>ohne</i> Code 565, 666), aber von «Frühintervention» oder FI die Rede ist → als 1 (Frühinterventionsphase) codieren
1. Zielsetzung der IM	Eingliederungsplan	Eingliedpla	1 vorhanden 0 nicht vorhanden	
	Datum Eingliederungsplan	Einpl_date	Datum	
	Zielvereinbarung	ZV	1 Zielvereinbarung mit vP 0 keine Zielvereinbarung	Bspw. wenn eine unterschriebene Zielvereinbarung (Einverständnis) im Dossier enthalten ist
	Hauptziel	HZiel		Prüfen, ob das definiert ist und sinnvoll erfasst werden kann
	Mind. Präsenzzeit	MindPräsZ		Vereinbarte Stunden / Woche
AndPräsZ				Wenn keine Stunden angegeben, sondern bspw. Prozente, dann bei Anderes eintragen.
2. Durchführung	Datum Beginn IM	Beginn_date	Datum	Wenn Massnahme zeitgleich mit einer «Hauptmassnahme» durchgeführt wird, z.B. Coaching begleitend zu Aufbautraining. Wenn Begleitmassnahme bereits früher anfängt, Start- und Enddatum der Haupt-IM (z.B. AT/EP) erfassen.
	Durchführungsort	DurchfOrt1.1	1 erster Arbeitsmarkt 2 Institution 3 anderes	→Wenn Durchführungsort im Laufe der Massnahme ändert, erfassen: Z.B. zuerst in Institution, dann in 1. Arbeitsmarkt: DurchfOrt1.1 = 2 DurchfOrt1.2 = 1
		DurchfOrt1.2	1 erster Arbeitsmarkt 2 Institution 3 anderes	
	Standortbestimmung	StandBest	Datum erfassen	Pro IM können mehrere Standortbestimmungen stattfinden. Datum einzeln erfassen. Allenfalls auch Anzahl Beteiligte erfassen. Treffen mit Versicherten

Prozessschritte	Variable	V-Name 1.....n	Ausprägung	Anweisungen
3. Beendigung der IM	Abschluss	AbschlussIM	Datum erfasse	Inklusive allfälliger Verlängerungen – vorausgesetzt es handelt sich um <i>dieselbe</i> IM. Ansonsten als neue IM erfassen. Wenn dieselbe IM verlängert, aber das Hauptziel ändert sich: Als neue Massnahme erfassen. Falls IM vorzeitig abgebrochen: Datum des Abbruchs erfassen.
	Grund Abschluss	G_Abschluss	1 Ziele erreicht 2 vorzeitige Beendigung 3 Abschluss ohne Zielerreichung	Prüfen, woran man eine Zielerreichung erkennt. Wenn Code 3: Grund, warum Ziel nicht erreicht wurde, unter G_Abbruch erfassen.
	Grund Abbruch	G_Abbruch	1 keine Verbesserung ersichtlich 2 störendes Verhalten 3 med. Betreuung primär 4 häufige Absenzen 5 häufig unpünktlich 6 anderes	Hier können allenfalls weitere Kategorien dazu kommen. Bei Anderes den Grund für den Abbruch in Extravariablen erfassen → G_Anderes
	Anschlusslösungen	AnschLösung	1 Übertritt in andere IM 2 Übertritt in BM 3 Rentenprüfung 4 Übertritt in Erwerbstätigkeit 5 Anderes	Jeweils erfassen, um welche IM oder BM es sich handelt (→ siehe KSGLSC) Bei Anderes die Anschlusslösung in Extravariablen erfassen → AnschlAnder
		Pens.Erwerb	Pensum der Erwerbstätigkeit erfassen (z.B. 0.5 für 50%)	Bei Erwerbstätigkeit Pensum erfassen, falls Angabe enthalten.
4. Letzte dokumentierte Situation		Aktuelle Situation		Letzter Stand bzgl. Erwerbssituation, Krankheit, der im Dossier dokumentiert ist, erfassen, inkl. Datum.

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

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

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

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