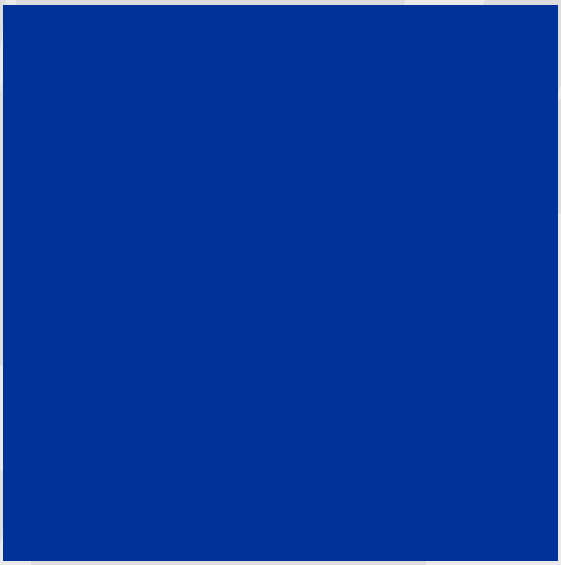
BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

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

# *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz*




*Forschungsbericht Nr. 12/13*



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**



**Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD)**

Von der OECD auf Englisch und Französisch unter folgenden Originaltiteln veröffentlicht:

**Mental Health and Work: Switzerland**

**Santé mental et emploi: Suisse**

Veröffentlichung in Vereinbarung mit der OECD Paris.
Das Bundesamt für Sozialversicherungen zeichnet für die inhaltliche und sprachliche Qualität der deutschen Übersetzung verantwortlich.

**Bestellungen:** (englischer und französischer Text):
OECD online Bookshop: www.oecd.org/bookshop

**Bestellungen:** (deutscher Text):
BBL, Verkauf Bundespbulikationen, CH-3003 Bern
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

**ISSN:** 1663-4659 (elektronische Version)
**ISSN:** 1663-4640 (Druckversion)
Bestellnummer: 318.010.12/13d

**Originally published by the OECD in English and in French under the titles:**

**Mental Health and Work: Switzerland**

**Santé mentale et emploi : Suisse**

**© 2014 OECD**

**All rights reserved.**

**© 2014 Federal Social Insurance Office for this German edition**

# *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz*

***Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)***

# *Vorwort*

Viele OECD-Länder kommen nicht mehr umhin, die Zunahme psychischer Erkrankungen in ihren erwerbstätigen Bevölkerungen als wichtige Thematik des Arbeitsmarktes und der Sozialpolitik zu betrachten und sich entsprechend damit zu befassen. Trotz der bereits sehr hohen und ständig zunehmenden Kosten, die dem einzelnen und der Gesellschaft im Ganzen durch psychische Probleme entstehen, blieb die Problematik lange zu wenig beachtet. In den OECD-Ländern wird den Regierungen zunehmend klar, dass die Politik bei der Verbesserung der Erwerbsmöglichkeiten für Personen mit psychischen Problemen, speziell junger Menschen, eine massgebende Rolle zu übernehmen hat und es gilt, psychisch labilen Erwerbstätigen Unterstützung zu bieten und lange krankheitsbedingte Absenzen und Invalidität aufgrund einer psychischen Störung zu vermeiden.

Ein erster, im Januar 2012 publizierter OECD-Bericht mit dem Titel "Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work" befasste sich mit dieser Thematik. Im Bericht wurden die wichtigsten Herausforderungen, denen die OECD-Länder in diesem Zusammenhang gegenüberstehen, auf breiter Basis aufgezeigt und der Zusammenhang zwischen psychischer Krankheit und Arbeit beleuchtet. Dieser Bericht über die Schweiz ist Teil einer Reihe von Berichten darüber, wie diese politischen Herausforderungen in bestimmten OECD-Ländern angegangen werden, und behandelt Themen wie den Übergang von der Ausbildung ins Berufsleben, die Rolle des Arbeitsplatzes, Stellenvermittlungs-Einrichtungen für Arbeitsuchende, den Übergang in dauernde Invalidität und die Funktionstüchtigkeit des Gesundheitssystems. Die anderen Berichte betrachten die Situation in Australien, Österreich, Belgien, Dänemark, den Niederlanden, Norwegen, Schweden und dem Vereinigten Königreich. Zusammen sollen die neun Berichte vertiefte Erkenntnisse über Strategien für gute psychische Gesundheit und Arbeit liefern. Jeder Bericht enthält auch detaillierte länderspezifische politikbezogene Empfehlungen.

Diese Übersicht ist ein Gemeinschaftswerk der Employment Analysis and Policy Division und der Social Policy Division der Direktion für Beschäftigung, Arbeit und Soziales der OECD. Der Bericht wurde von Veerle Miranda und Christopher Prinz (Projektleiter) der OECD und Niklas Baer der Psychiatrie Basel-Landschaft, Schweiz, verfasst. Die Statistiken wurden von Dana Blumin und Maxime Ladaique beigetragen. Wertvolle Kommentare wurden beigetragen von Mark Keese und Stefano Scarpetta. Der Bericht enthält zudem Kommentare einer Anzahl Schweizer Experten, von Ämtern und Behörden, wie dem Bundesamt für Sozialversicherungen, dem Staatssekretariat für Wirtschaft und dem Bundesamt für Gesundheit.

# INHALTSVERZEICHNIS

*VORWORT* ..... 3

*AKRONYME UND ABKÜRZUNGEN* ..... 9

*KANTONE DER SCHWEIZ* ..... 11

*EXECUTIVE SUMMARY* ..... 13

*BEWERTUNG UND EMPFEHLUNGEN* ..... 15

Das Schweizer System bietet gute Möglichkeiten, der Problematik psychischer Beeinträchtigung und Arbeit entgegenzutreten ..... 15
Die grosse Anzahl an involvierten Akteuren verlangsamt die Strukturreform ..... 16
Verstärken arbeitsplatzbezogener Massnahmen ..... 16
Invalidenversicherungssystem näher an die Arbeitswelt bringen ..... 17
Bei den Regionalen Arbeitsvermittlungszentren und den Sozialämtern Kompetenzen für den Umgang mit psychischen Gesundheitsproblemen aufbauen ..... 18
Neudefinition der interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) ..... 18
Bessere Beschäftigungsergebnisse mit einer gut ausgestatteten psychiatrisch-psychothearpeutischen Versorgung ..... 19
Ausrichtung auf den Übergang aus dem Bildungssystem ins Berufsleben 20

*KAPITEL 1* PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND ARBEIT: DIE HERAUSFORDERUNGEN IN DER SCHWEIZ ..... 23

Definitionen und Zielsetzungen ..... 25
Haupttrends und Ergebnisse ..... 28
Beschreibung des Schweizer Systems der Sozialen Sicherheit ..... 32
Schlussfolgerung ..... 34

*KAPITEL 2* ARBEITSBEDINGUNGEN UND KRANKHEITSMANAGEMENT IN DER SCHWEIZ ..... 37

Arbeitsbedingungen und psychische Erkrankung ..... 38
Der Umgang mit psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz ..... 41
Krankheitsmanagement am Arbeitsplatz ..... 43
Finanzielle Zuständigkeit des Arbeitgebers ..... 45
Schlussfolgerung und Empfehlungen ..... 52

*KAPITEL 3* VON DER RENTENORIENTIERUNG ZUR EINGLIEDERUNGSORIENTIERUNG: EIN JAHRZEHNT SCHWEIZER INVALIDENVERSICHERUNGSREFORMEN ..... 55

Psychische Störungen bilden den Hauptfaktor für zunehmende IV-Berentungen ..... 56
Umgang mit der grossen Anzahl an Neuberentungen ..... 61
Angehen der hohen Fallzahlen ..... 78
Zusammenfassung und Fazit ..... 86

*KAPITEL 4* SCHWEIZER ZUSAMMENARBEITSBEMÜHUNGEN ZUR BEKÄMPFUNG DER LANGZEITARBEITSLOSIGKEIT UND DER NICHTERWERBSTÄTIGKEIT ..... 93

Die Bedeutung der verschiedenen Sozialleistungssysteme ..... 94
Häufige Wechsel von einem Leistungssystem zum anderen..... 96
Psychische Probleme bei Arbeitslosen werden nicht identifiziert..... 99
Grösseres Bewusstsein für psychische Probleme in den Sozialdiensten. 101
Verbesserte Zusammenarbeit zwischen kantonalen und lokalen Schlüsselakteuren ..... 104
Was ist über die Wirksamkeit von IIZ bekannt? ..... 106
Dienstleistungen wirksam machen für Klienten mit einer psychischen Krankheit ..... 109
Schlussfolgerungen und Empfehlungen ..... 112

*KAPITEL 5* DAS POTENZIAL DER PSYCHIATRISCH-PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG BESSER NUTZEN .. 119

Merkmale des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems 120
Organisation und Zuständigkeiten im Bereich der psychiatrischen Versorgung ..... 131
Die Beschäftigung hat einen grossen Einfluss auf die Behandlungsergebnisse ..... 134
Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung ist noch nicht bereit für die Behandlung beruflicher Probleme ..... 137
Zusammenfassung und Schlussfolgerungen..... 138

*KAPITEL 6* DIE FÄHIGKEIT DES SCHWEIZERISCHEN BILDUNGSSYSTEMS, MIT PSYCHISCHER KRANKHEIT UMZUGEHEN ..... 145

Umfassendes Leistungsangebot in Schulen..... 146
Reibungsloser Übergang von der Schule ins Arbeitsleben ausser bei niedrigqualifizierten Jugendlichen ..... 149
Immer mehr Jugendliche beanspruchen IV-Leistungen ..... 152
Übergang in den Arbeitsmarkt unterstützen..... 156
Schlussfolgerung und Empfehlungen..... 157

**Tabellen**

Tabelle 2.1. Lohnfortzahlung bei Krankheit variiert je nach Dauer des Arbeitsverhältnisses..... 46
Tabelle 2.2. Die Mehrzahl der Kollektivverträge bieten bessere Bedingungen bei Krankheit als vom Gesetz vorgeschrieben ..... 48
Tabelle 3.1. Die meisten IV-Früherfassten sind immer noch erwerbstätig, besonders wenn sie vom Arbeitgeber gemeldet worden sind..... 64
Tabelle 4.1. Personen mit Sozialhilfe wechseln häufig in ein anderes Leistungssystem ..... 98
Tabelle 6.1 Die Schweiz hat einen relativ hohen Anteil an Schülern mit einem sonderpädagogischen Förderungsbedarf ..... 148
Tabelle 6.2. Schüler mit Sonderunterricht erhalten nicht automatisch IV-Leistungen ..... 155

## Abbildungen

Abb. 1.1. Psychische Störungen/Beeinträchtigungen kosten die Gesellschaft einiges ..... 24
Abb. 1.2. Prävalenz von psychischen Störungen in der Schweiz variiert nach Alter, Geschlecht und speziell dem Bildungsniveau ..... 25
Abb. 1.3. Die Arbeitsmarktergebnisse in der Schweiz sind bemerkenswert gut ..... 29
Abb. 1.4. Rascher Anstieg des Anteils der IV-Rentenbezüger mit einer psychischen Störung ..... 30
Abb. 1.5. Die Ausgaben für Kranken- und Invalidenversicherungsleistungen sind in der Schweiz sehr hoch ..... 31
Abb. 1.6. IV-Leistungsneuanträge sind zurückgegangen, aber die Fallzahlen von Bezügern mit einer psychischen Störung steigen weiter an 32
Abb. 2.1. Arbeitsplatzfaktoren hängen direkt mit der psychischen Gesundheit zusammen ..... 39
Abb. 2.2. Höhere Inzidenz und Dauer von Absenzen bei psychischen Krankheiten ..... 40
Abb. 2.3. Schweizer Firmen schenken dem Umgang mit psychosozialen Risiken weniger Aufmerksamkeit als Firmen in anderen Ländern ..... 42
Abb. 3.1. IV-Leistungen gehen zunehmend an IV-Bezüger mit einer psychischen Störung ..... 57
Abb. 3.2. Invalidenleistungsanträge erfahren eine Verschiebung von Erkrankungen des Bewegungsapparats zu psychischen Gesundheitsproblemen ..... 58
Abb. 3.3. Der Grossteil der Frühinterventionsmassnahmen werden überwiegend von Personen mit körperlichen Gesundheitsproblemen benutzt ..... 66
Abb. 3.4. Die Nutzung von beruflichen Massnahmen nahm in allen Gruppen zu ..... 67
Abb. 3.5. Die neuen Massnahmen hatten einen leicht positiven Effekt auf die Beschäftigungsrate 18 Monate später ..... 69
Abb. 3.6. Integrationmassnahmen: Für wen, wo und wie werden sie durchgeführt? ..... 70
Abb. 3.7. Medizinische und polydisziplinäre medizinische Abklärungen und Gutachten sind viel häufiger als einige Jahre zuvor ..... 72
Abb. 3.8. Die Einführung einer Dreiviertelrente zeitigte kaum Auswirkungen ..... 74
Abb. 3.9. Abgänge in die Erwerbstätigkeit sind die Ausnahme, unabhängig vom Krankheitsbild ..... 80
Abb. 3.10. Rentenrevisionen sind häufig, führen aber selten zu einer Änderung der Anspruchsberechtigung ..... 81
Abbildung 4.1. Deutlich höherer Leistungsbezug bei Personen mit schlechter psychischer Gesundheit ..... 95
Abbildung 5.1. Sehr hohe Anzahl an Psychiatern in der Schweiz ..... 123
Abbildung 5.2. Sehr hohe Ressourcen für die stationäre psychiatrische Versorgung in der Schweiz ..... 125
Abbildung 5.3. Generell ansteigende Hospitalisierungsraten mit starken Schwankungen der Raten und Aufenthaltsdauern je nach Kanton ..... 127
Abbildung 5.4. Wenig stationäre Wiedereintritte in der Schweiz ..... 128

Abbildung 5.5. Generell hohe Arbeitslosigkeit bei Psychiatriepatienten, jedoch mit grossen diagnosespezifischen Unterschieden ..... 135
Abbildung 5.6. Erwerbstätige ambulante Patienten haben kürzere Behandlungen und genesen besser – unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung ..... 136
Abbildung 6.1. Die Zahl der Schüler in sonderpädagogischen Klassen oder Schulen ist rückläufig ..... 149
Abbildung 6.2 Sehr gute Arbeitsmarktergebnisse in der Schweiz für Jugendli-che, ausser für niedrigqualifizierte Jugendliche ..... 150
Abbildung 6.3. Vollzeitstudierende versus andere Kategorien (arbeitende Studierende, Erwerbstätige, NEET) ..... 151
Abbildung 6.4. Zahl der IV-Neuanmeldungen nimmt bei den Jugendlichen zu, in anderen Altersgruppen jedoch ab ..... 153
Abbildung 6.5. Junge Antragsteller mit einer psychischen Störung erhalten normalerweise eine volle IV-Rente ..... 153
Abbildung 6.6. Austritte aus der IV sind selten, insbesondere bei Personen mit einer psychischen Störung ..... 156

# *Akronyme und Abkürzungen*

| | |
|---|---|
| ADHS | Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperakitivitätsstörungen |
| BAG | Bundesamt für Gesundheit |
| BIP | Bruttoinlandprodukt |
| BSV | Bundesamt für Sozialversicherungen |
| CHF | Schweizer Franken |
| CM BB | Case Management Berufsbildung |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual |
| EDK | Schweizerische Konferenz der Kantonalen Erziehungsdirektoren |
| ESENER | Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz |
| EU | Europäische Union |
| EUR | Euro |
| FSP | Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen |
| GDK | Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren |
| GICD | International Classification of Diseases |
| ICF | International Classification of Functioning |
| IIZ | Interinstitutionelle Zusammenarbeit |
| ISCED | International Standard Classification of Education |
| IV | Invalidenversicherung |
| KKP | Kaufkraftparität |
| KVG | Krankenversicherungsgesetz |
| MAMAC | Medizinisch-Arbeitsmarktliche Assessments mit Case Management |
| MDD | Major Depressive Disorder |
| MEDAS | Medizinische Abklärungsstellen |
| Mwst | Mehrwertsteuer |
| RAV | Regionales Arbeitsvermittlungszentrum |
| SECO | State Secretariat for Economic Affairs |
| SUVA | Main (semi-) private accident insurer |
| VVG | Versicherungsvertragsgesetz |
| WISA | Wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz |

# *Kantone der Schweiz*

| | |
|---|---|
| AG | Aargau |
| AI | Appenzell Innerrhoden |
| AR | Appenzell Ausserrhoden |
| BE | Bern |
| BL | Basel-Landschaft |
| BS | Basel-Stadt |
| FR | Freiburg |
| GE | Genf |
| GL | Glarus |
| GR | Graubünden |
| JU | Jura |
| LU | Luzern |
| NE | Neuenburg |
| NW | Nidwalden |
| OW | Obwalden |
| SG | St. Gallen |
| SH | Schaffhausen |
| SO | Solothurn |
| SZ | Schwyz |
| TG | Thurgau |
| TI | Tessin |
| UR | Uri |
| VD | Waadt |
| VS | Wallis |
| ZH | Zürich |
| ZG | Zug |

# *Executive Summary*

In allen OECD-Ländern werden psychische Krankheiten zunehmend als Problem für die Sozial- und Arbeitsmarktpolitik erkannt. Ein Problem, das bedeutende Kosten verursacht, die von der Bevölkerung, den Arbeitgebern und der Wirtschaft als Ganzes getragen werden, indem die Beschäftigung sinkt, die Arbeitslosigkeit ansteigt und erhebliche Produktivitätseinbussen damit verbunden sind. In der Schweiz wird ein gemischter Ansatz verfolgt. Die verschiedenen Systeme, nämlich Gesundheit, Bildung und Sozialversicherung, sind gut ausgestattet und bieten grundsätzlich optimale Möglichkeiten für adäquates Handeln. Doch ist politische Entscheidungsfindung in der Schweiz aufgrund der ungewöhnlich grossen Anzahl an Akteuren eine komplexe Angelegenheit, bestimmen doch die weitgehend selbständigen 26 Kantone und ein grosser einflussreicher Privatsektor mit. Die Koordination einer zu verfolgenden Politik gestaltet sich also schwierig. Ein Beispiel dafür liefert der langwierige und windungsreiche Entstehungs- und Zusammenarbeitsprozess der "Interinstitutionellen Zusammenarbeit". Doch trotz des proaktiven Engagements der Invalidenversicherung und des beachtlichen Erfolgs der jüngsten Reformen der Invalidenversicherung sind nicht alle Probleme gelöst, wie die zahlreichen und immer noch nicht zurückgehenden Neuberentungen von Personen mit psychischen Störungen zeigen. Es bedarf weiterer Veränderungen, um eine erhebliche Verbesserung der Situation zu erreichen, und allgemein eine stärkere Fokussierung auf die psychische Gesundheit in der aktuellen Gesundheits-, Sozial- und Arbeitspolitik.

Die OECD empfiehlt den politischen Entscheidungsträgern in der Schweiz:

- Verstärkte Bemühungen am Arbeitsplatz in Bezug auf Prävention und Absenzenmanagement zur Förderung der Arbeitsplatzerhaltung.
- Das Invalidenversicherungssystem näher an die Arbeitswelt bringen und auf die Rolle der Arbeitgeber und eine arbeitsplatzorientierte Frühintervention fokussieren.
- Bei den regionalen Arbeitsvermittlungen (RAV) und Sozialämtern Kompetenzen schaffen für den Umgang mit Klienten mit psychischen Problemen.
- Erweitern der interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) durch Miteinbezug des Gesundheitssystems als gleichwertigen Partner und Stärken der finanziellen Anreize aller Partner.
- Sicherstellen, dass das gut ausgestattete psychiatrische Versorgungssystem zu besseren Beschäftigungsergebnissen führt, und zwar durch Ressourcenbereitstellung und Schulung der Ärzte, damit die Behandlungen mit dem Ziel der Wieder- bzw. Weiterbeschäftigung erfolgen.
- Bildungspolitik mit Fokus auf den Übergang aus dem Bildungssystem mit Augenmerk auf Schulabbrecher und Invalidenrentenantragsteller.

# *Bewertung und Empfehlungen*

Psychische Krankheiten verursachen der Schweizer Wirtschaft Kosten in der Höhe von etwa 3,2 % des BIP durch Arbeitsausfälle, Sozialausgaben für vorübergehend oder ganz aus dem Arbeitsprozess Ausgeschiedene und Gesundheitskosten für beide Gruppen. Der Schweizer Arbeitsmarkt ist in hervorragender Verfassung und blieb relativ unberührt vom kürzlichen Konjunktureinbruch. Personen mit psychischen Beeinträchtigungen haben es dennoch schwer auf dem Arbeitsmarkt. So liegt die Arbeitslosenquote dieser Gruppe beinahe dreimal über dem Durchschnitt und die Beschäftigungsquoten sind tiefer als bei den anderen Gruppen. Die Schweiz weist mit 20 % eine hohe Gesamtquote von Renten- und Sozialhilfeabhängigen im Erwerbsalter auf, wobei in den vergangenen 15 bis 20 Jahren eine kontinuierliche Verlagerung auf Invalidenrenten- und Sozialhilfezahlungen festzustellen war. Dabei fällt auf, dass Personen mit psychischer Beeinträchtigung in allen Systemen stark überrepräsentiert sind. Dies betrifft in besonderem Ausmass die Invalidenrenten, wo diese Gruppe inzwischen beinahe 40 % aller Neurenten ausmacht. Zudem haben psychisch Beeinträchtige häufig Mühe am Arbeitsplatz, was sich in häufigeren und längeren krankheitsbedingten Absenzen niederschlägt.

## Das Schweizer System bietet gute Möglichkeiten, der Problematik psychischer Beeinträchtigung und Arbeit entgegenzutreten

Die schweizerischen Institutionen in den Bereichen Gesundheit, Bildung und Sozialversicherungen verfügen über ausreichende Ressourcen und liefern grundsätzlich gute Ergebnisse. Die Stärken des Landes beinhalten: Ein Bildungssystem mit einer Reihe wirksamer Instrumente; ein ziemlich gut zugängliches psychiatrisches Versorgungssystem; einen gut entwickelten Stellenvermittlungsmarkt, ein flexibles Sozialschutzsystem, das auch Teilrenten umfasst; und einen flexiblenArbeitsmarkt, der eine schrittweise Rückkehr in den Arbeitsprozess ermöglicht.

Dank dieser Punkte sind die Beschäftigungsquoten von Personen mit psychischer Beeinträchtigung in der Schweiz hoch im Vergleich zu anderen Ländern.

Trotzdem sind die Ausgaben für Krankentaggelder und IV-Renten in der Schweiz nach wie vor hoch und zunehmend auf psychische Erkrankungen zurückzuführen. Doch um psychisch Erkrankte noch stärker in den Arbeitsmarkt mit einzubinden und ihre Abhängigkeit von Sozialleistungen zu senken, bedarf es weiterer Anstrengungen: Lücken im System müssen geschlossen, Ressourcen umverteilt und die Anreize für die involvierten Akteure verbessert werden.

## Die grosse Anzahl an involvierten Akteuren verlangsamt die Strukturreform

Die grosse Anzahl der mitbeteiligten Akteure bedeutet eine zusätzliche Herausforderung in mindestens dreifacher Hinsicht: Erstens verfügen die 26 Kantone über eine sehr grosse Unabhängigkeit und Zuständigkeit in ihrer Politik und deren Umsetzung. Deshalb, und nicht aufgrund schwacher nationaler Kontrolle, gibt es in der Schweiz eine erhebliche Vielfalt an politischen Strategien, Verhaltensweisen und Ergebnissen. In einigen Teilen der Schweiz besteht noch erheblich Spielraum zum Lernen aus guter Praxis anderer Landesteile, doch mangelt es an einer strikt durchgeführten Evaluation und Bestandsaufnahme der Aktivitäten.

Zweitens verfügt die Schweiz über einen grossen, teilweise sehr einflussreichen Privatsektor (Non-Profit- sowie gewinnorientierte Unternehmen), einschliesslich privater Kranken- und Krankentaggeldversicherer, privater Stellenvermittler und anderen Dienstleistungen. Das Ergebnis ist ein breites Spektrum an Dienstleistungsangeboten und Qualität. Hinzu kommt, dass sich die Märkte in den Kantonen stark unterscheiden, was die Vielfalt erheblich erhöht.

Drittens bestehen auch im Verhalten der Arbeitgeber grosse Unterschiede. Diese spielen aber bei der Prävention von psychischen Erkrankungen und dem Absenzenmanagement und Return-to-Work-Management eine zentrale Rolle. Die begrenzten finanziellen Anreize bieten Arbeitgebern keinen Ansporn, hier mehr zu unternehmen. Dass sie der wichtigste Partner in diesen Prozessen sind, wird erst allmählich bewusst.

Damit umfassende Reformen stattfinden können, müssen die vielen Akteure zusammen gebracht werden, was den Reformprozess verlangsamt. Die Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) beispielsweise lief im Jahr 2001 sehr langsam an und auch heute noch, zwölf Jahre später, 2013, liefert sie magere Ergebnisse im Vergleich zum hohen Aufwand.

Eine umfassende Reform ist in der Schweiz auch wegen des besonderen demokratischen Systems schwierig. Denn auch für Reformen wird die Zustimmung der Mehrheit der Bevölkerung und der Kantone benötigt. Ein gutes Beispiel dafür sind die Revisionen der Invalidenversicherung der vergangenen zehn Jahre. Zustimmung für die Reformen wurde gewonnen, indem auf den andernfalls unweigerlich bevorstehenden Kollaps des Systems hingewiesen worden ist. So waren nicht nur umfassende Veränderungen des Regelwerks möglich, sondern auch die Haltung der meisten Akteure veränderte sich. Nachdem der unmittelbare Handlungsbedarf allerdings befriedigt war und der Reformdruck sich damit etwas lockerte, wurde die letzte Tranche der Änderungen, trotz der guten Vorbereitung, vom Parlament im Juni 2013 abgelehnt.

## Verstärken arbeitsplatzbezogener Massnahmen

Wie in den anderen OECD-Ländern gibt es auch in der Schweiz Hinweise darauf, dass ein Zusammenhang zwischen psychischer Krankheit und Arbeit besteht. Das Schweizer Arbeitsgesetz verlangt von den Arbeitgebern geeignete Massnahmen zum Schutz der Gesundheit ihrer Arbeitnehmer, insbesondere der psychischen Gesundheit. Doch die verfügbaren Daten legen nahe, dass die Arbeitgeber in der Schweiz insgesamt den psychologischen Risiken am Arbeitsplatz weniger Bedeu-

tung beimessen als die Unternehmen in vielen anderen Ländern und der Druck durch das Arbeitsinspektorat als weniger stark empfunden wird.

Krankheitsmonitoring, Absenzenmangement und Return-to-Work-Management ist wichtig im zeitnahen Umgang mit psychischen Problemen. In der Schweiz bestehen für die Unternehmen diesbezüglich jedoch keine gesetzlichen Anforderungen, und die finanzielle Zuständigkeit der Arbeitgeber für erkrankte Angestellte ist abhängig vom individuellen Arbeitsvertrag der beschäftigten Person und, wenn vorhanden, vom Gesamtarbeits- und Versicherungsvertrag. Viele Versicherungsanbieter bieten Präventions- und Wiedereingliederungsleistungen an, doch die Inanspruchnahme solcher Dienstleistungen variiert stark von einem Unternehmen zum anderen. Da sich die Anstellungsdauer auf den Versicherungsschutz, einschliesslich der Höhe und der Dauer der bezahlten Leistungen, auswirkt, sind Angestellte mit einer psychischen Krankheit benachteiligt, da sie tendenziell häufiger die Stelle wechseln als der durchschnittliche Angestellte.

## Invalidenversicherungssystem näher an die Arbeitswelt bringen

Noch vor einigen Jahren war die IV ein passiver Akteur, der erst in einer sehr späten Phase einbezogen wurde (wenn alle anderen Leistungsoptionen erschöpft waren), der Jahre für den Abklärungsprozess benötigte und der alle Kosten, die in anderen Leistungssystemen aufgrund von Invalidität angefallen waren, rückwirkend erstattete. Es verwundert nicht, dass dieses Vorgehen bis Mitte der 2000er Jahre einen starken Anstieg der IV-Fallzahlen zur Folge hatte.

Verschiedene Reformen in den vergangenen zehn Jahren haben das Invalidenversicherungssystem sukzessive von einer passiven Rentenverwaltung in eine proaktive Eingliederungs-Agentur gewandelt. Die Revisionen des Gesetzes der Invalidenversicherung wurden von der Auffassung geleitet, dass vorher kein anderer Akteur (d. h. die vorgelagerten Akteure) einen Anreiz hatte, IV-Anmeldungen zu verhindern. Die Revisionen beinhalteten eine Fokussierung auf die Frühintervention, eine stärkere Ausrichtung auf die medizinischen Abklärungen und Neubeurteilungen sowie die Einführung neuer Eingliederungsmassnahmen kombiniert mit vermehrten Pflichten für die Antragsteller. Der Reformprozess hat die Anzahl der Neurenten deutlich gesenkt, vermochte aber die Zunahme der Renten aufgrund psychischer Störungen nicht vollständig zu stoppen.

Diese Situation ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. Erstens sind medizinische Abklärungen immer noch hauptsächlich auf den Rentenanspruch anstatt auf die Eingliederungsfähigkeit der betroffenen Person ausgerichtet. Medizinische und zugleich arbeitsplatzbezogene Abklärungen sind selten. Dies erschwert Eingliederungsinterventionen vor allem bei psychischen Krankheiten, bei denen die Arbeitsfähigkeit oft starken Schwankungen unterliegt. Zweitens werden die neuen Frühinterventionsmassnahmen nicht genügend auf die Erhaltung der Arbeitsplätze im regulären Arbeitsmarkt ausgerichtet und sie erreichen die Antragsteller mit psychischen Störungen nicht in genügend grosser Zahl. Drittens wird die Möglichkeit der Früherfassung bei der Invalidenversicherung von Personen mit langen Krankenabsenzen viel zu wenig genutzt. Die Schwelle von 30 Tagen Absenz für eine Früherfassung erwies sich als nicht sinnvoll, da viele Arbeitnehmer mit psychischen Störungen zwar einer Beratung bedürften, sich aber nicht einmal krank melden (im soeben abgelehnten zweiten Teil der letzten IV-Revision wäre eine Arbeitgeberberatung vorgesehen gewesen). Viertens ist es weiterhin lohnender nicht zu arbeiten, besonders für Gruppen mit niedrigen Einkommen, die bei den psychisch Erkrankten

überrepräsentiert sind, und noch mehr für Jugendliche. Dass es sich eher lohnt, nicht zu arbeiten, kommt daher, dass die bereits hohen Ersatzleistungen durch die Ergänzungsleistungen noch weiter ansteigen und die bestehenden Schwellen im Invalidenversicherungssystem dazu beitragen, dass es für bestehende IV-Bezüger finanziell unattraktiv ist, mehr zu arbeiten (im 2013 abgelehnten IV-Revisionsteil wäre auch der Abbau solcher Schwellen vorgesehen gewesen). Schliesslich erreichen die Früherkennungs- und -interventionsmassnahmen junge Menschen, die nie in den offenen Arbeitsmarkt eingetreten sind, nicht. Für diese Gruppe müssen andere Mittel und Instrumente entwickelt werden – wobei die Schulen und die Übergangsmassnahmen die Funktion der Arbeitnehmer und Krankenversicherer übernehmen.

## Bei den Regionalen Arbeitsvermittlungszentren und den Sozialämtern Kompetenzen für den Umgang mit psychischen Gesundheitsproblemen aufbauen

Anfang der 1990er Jahre schlug die Schweizer Arbeitslosenversicherung eine verstärkte Beschäftigungsstrategie gegenüber stellenlos gewordenen Personen ein und die Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) konzentrierten sich vermehrt auf arbeitswillige und vermittlungsbereite Personen. Dies führte dazu, dass schwieriger vermittelbare Stellensuchende mit komplexeren Arbeitsmarktproblemen nicht mehr als zentrale Klienten der RAV betrachtet wurden. Dieser Umstand trug zur hohen Langzeitarbeitslosigkeit in der Schweiz bei, trotz der an sich niedrigen Arbeitslosenrate.

Eine Folge davon war, dass nicht voll Arbeitsfähige, darunter viele mit erheblichen psychischen Gesundheitsproblemen, zunehmend in Programme der IV und der Sozialhilfe verschoben wurden. Eigentlich kommt es relativ selten vor, dass Personen zwischen verschiedenen Rentensystemen hin- und hergeschoben werden, doch geschieht es häufig, dass Personen nach dem Ablauf ihrer Anspruchsberechtigung auf Arbeitslosenunterstützung in die Sozialhilfe abgleiten und letztlich dann viele der Sozialhilfeempfänger früher oder später eine Invalidenrente beantragen.

Der hohe Anteil der Arbeitslosen mit psychischen Erkrankungen unter den "Stammkunden" des RAV und dass dieser Fakt den RAV-Mitarbeitenden häufig nicht bewusst ist, ist ein wichtiges Thema, das angegangen werden sollte, um bei diesen Stellensuchenden für eine rasche Aktivierung zu sorgen und ein mögliches Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt zu verhindern, welches häufig eine weitere Folge der erwähnten Ausrichtung auf einfacher vermittelbare Personen ist. Die Sozialämter sind sich des hohen Vorkommens von psychischen Störungen bei ihren Klienten eher bewusst. Dennoch fehlt es sowohl den RAVs als auch den Sozialämtern an Kapazität, um mit solchen Problemen angemessen umzugehen und rasch zu handeln.

## Neudefinition der interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ)

Die interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) ist als wichtige Lösung aus dieser Entwicklung entstanden und hat zum Ziel, Klienten mit komplexen Bedürfnissen zu helfen, die andernfalls zwischen den Programmen für Erwerbslose, Invalide und der Sozialhilfe hin- und hergeschoben würden. Die IIZ hat in den vergangenen zehn Jahren grosse Anstrengungen unternommen und es wurden erhebliche Mittel eingesetzt, allerdings mit schweizweit grossen Unterschieden, um kantonale und

regionale Instrumente und Strukturen der Zusammenarbeit aufzubauen. Effektiv haben letztlich aber nur sehr wenige Personen von den neuen Ansätzen profitiert.

Die IIZ ist ein Schritt in die richtige Richtung. Doch ist noch ein weiter Weg zu gehen und eine weitaus bessere Zusammenarbeit nötig, um die häufig inadäquate Unterscheidung zwischen arbeitsfähig, sozial bedürftig und invalid zu überwinden. Die IIZ fokussiert zu stark auf die Institutionen; und die mangelnden und häufig entgegengesetzten Anreize der beteiligten Institutionen schaden dem Vorhaben IIZ. Doch ist es schwierig, die richtigen Anreize zu finden. Eine weitere Schwäche der IIZ ist der Nichteinbezug des Gesundheitssektors, was besonders für Klienten mit psychischen Gesundheitsproblemen problematisch ist, und der fehlende Kontakt mit Arbeitgebern. Zudem stösst die Zusammenarbeit rasch an Grenzen und eine echte Integration von beispielsweise gesundheits- und arbeitsplatzbezogenen Diensten ist nicht einfach zu gewährleisten, was aber für Klienten mit psychischen Problemen sehr wichtig wäre, und häufig einfacher in den Institutionen selber umgesetzt wird.

## Bessere Beschäftigungsergebnisse mit einer gut ausgestatteten psychiatrisch-psychothearpeutischen Versorgung

Das Schweizer System zur medizinischen Behandlung psychischer Störungen bietet eine breite Palette an Dienstleistungen, einschliesslich zahlreichen ambulanten und stationären Behandlungseinrichtungen, sowie die höchste Anzahl Psychiater der gesamten OECD (doppelt so viele wie das Land mit der zweithöchsten Anzahl) und sehr viele ausgebildete Psychologen und Psychotherapeuten. Trotz dieser enormen Ressourcen werden nur gerade etwa 7 % der Bevölkerung psychiatrisch-psychotheapeutisch behandelt, was angesichts der Ein-Jahres-Prävalenz psychischer Störungen von rund einem Drittel der Bevölkerung als sehr gering erscheint. Dies legt nahe, dass ein relativ geringer Teil der Bevölkerung in hochstehender, kostspieliger Behandlung ist, was an der Effizienz einer solchen Ressourcenverteilung zweifeln lässt, wenn man davon ausgeht, dass diesbezüglich eine erhebliche Unterversorgung herrscht. Die Behandlungsprävalenz zeigt grosse kantonale Unterschiede und lässt darauf schliessen, dass Behandlungen stark angebotsgetrieben sind und nicht auf klaren Kriterien für spezifische psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen beruhen. Zudem behandeln Hausärzte trotz der hohen Prävalenz psychischer Störungen nur einen von zehn Patienten wegen psychischen Störungen und weisen Patienten nur selten an Psychiater weiter.

Psychiatrische Dienstleistungen sind zwar erreichbar und effizient, was die Symptombehandlung betrifft, doch weist das System erhebliche Defizite auf, was das Bewusstsein für arbeitsplatzbezogene Probleme von Patienten anbelangt. Obwohl sich die Erwerbstätigkeit erheblich auf die Behandlungsdauer und deren Wirksamkeit auswirkt und viele stationär und ambulant behandelte Patienten in Anstellungsverhältnissen stehen, aber am Arbeitsplatz Probleme haben, nehmen Psychiater normalerweise keinen Kontakt mit den Arbeitgebern auf. Dies zeugt von einer sehr eingeengten Sichtweise der Behandelnden und einer gewissen beruflichen Unsicherheit betreffend der Art und Weise der Intervention bei problematischen Arbeitsverhältnissen von Patienten. Für die Implementierung einer stärker arbeitsplatzausgerichteten psychiatrischen Versorgung fehlt zudem eine integrierte Steuerung auf nationaler Ebene. Auch die Krankenversicherung ist bisher nicht an einer finanziellen Unterstützung von speziellen arbeitsbezogenen Massnahmen im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit interessiert. Dementsprechend sind arbeitsbezogene Probleme weder in der Ausbildung von Ärzten noch bei der von ihnen begleiteten medizinischen Behandlung ein Thema.

## Ausrichtung auf den Übergang aus dem Bildungssystem ins Berufsleben

Die Schweiz verfügt über ein breites Spektrum an Diensten für Kinder mit speziellen Bedürfnissen, und zwar sowohl in Form von speziellen Schulen und Klassen als auch im normalen Schulsystem. Dazu gehören auch psychologische und psychiatrische Dienste, Sozialarbeitsdienste und therapeutische und pädagogische Massnahmen. Es ist also höchstwahrscheinlich, dass Kinder mit diagnostizierter psychischer Erkrankung, die der Unterstützung bedürfen, Zugang zu spezialisierten Diensten haben, wenn auch grosse Unterschiede von Schule zu Schule bestehen. Schweizer Jugendliche haben auch allgemein wenig Schwierigkeiten beim Wechsel von der Schule in die Arbeit, teilweise dank des gut ausgebauten dualen Berufsbildungssystems, das Schule und Arbeit tendenziell verbindet.

Indessen sind bisher drei Aspekte praktisch unerwähnt geblieben. Erstens sind die Arbeitsmarktchancen für gering ausgebildete Jugendliche ungünstig und haben sich in den vergangenen zehn Jahren noch verschlechtert. Bei dieser Gruppe handelt es sich um eine Gruppe mit hoher Prävalenz von psychischen Störungen. Zweitens nehmen IV-Neurenten bei Jugendlichen im Vergleich mit anderen Altersgruppen weiterhin zu. Viele dieser Neurenten sind auf psychische Störungen zurückzuführen. Drittens sind Dienstleistungen für Sekundarschul- bzw. Berufsschulabbrecher nicht ausreichend entwickelt und die wenigen vorhandenen Dienste befassen sich mit den Problemen nicht in einer integrierten Form oder mit breiter gefasster Perspektive auf den Übergang in den Arbeitsmarkt. Diese Gruppe Jugendlicher weist eine überdurchschnittlich hohe Rate an gängigen psychischen Erkrankungen auf. Diese Befunde verlangen nach vermehrter Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse von Jugendlichen mit psychischen Störungen.

## Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen der OECD für die Schweiz

| Politisch anzugehende Hauptproblemfelder | Strategieempfehlungen |
|---|---|
| 1. Arbeitgeber sind für den Umgang mit psychisch erkrankten Arbeitnehmern nicht optimal gerüstet. In Sachen Krankheitsmonitoring und Vorgehensweisen bestehen grosse Unterschiede. | • Den Arbeitgebern adäquate Instrumente und Unterstützung zur Verfügung stellen, damit psychische Risiken am Arbeitsplatz angegangen werden können.<br>• Arbeitsplatz-*Output* überwachen (z. B. Personalfluktuation und krankheitsbedingte Abwesenheiten) anstatt den *Input* (z. B. Arbeitsbedingungen).<br>• Finanzielle Anreize für Arbeitgeber stärken durch vermehrte Einführung von erfahrungsbasierten Versicherungsprämien.<br>• Die Ankerkennung von psychischen Krankheiten als Berufskrankheiten in Erwägung ziehen. |
| 2. Die Invalidenversicherung zieht die Arbeitgeber immer noch zu wenig mit ein und bietet zu geringe Anreize für die Arbeitnehmer. | • Anstrengungen unternehmen, um sicherzustellen, dass mehr Arbeitgeber sich bei psychischen Problemen der Angestellten an die Invalidenversicherung wenden.<br>• Arbeitsplatzbezogene Frühinterventionsmassnahmen auf reguläre Arbeitsplätze ausdehnen und Frühinterventionen vermehrt auf psychisch Erkrankte anwenden.<br>• Multidisziplinäre medizinisch-berufliche Abklärungen öfter berücksichtigen und die Qualität der medizinischen Abklärungen und Rentenneubeurteilungen im Allgemeinen verbessern.<br>• Arbeit lohnenswert machen für alle, die weiterarbeiten oder ihr Pensum erhöhen, auch durch sinnvollen Einsatz von Teilrenten und der Beseitigung von Schwellen im IV-Rentensystem. |
| 3. Regionale Arbeitsvermittlungszentren (RAV) und Sozialdienste bieten Personen mit psychischen Störungen begrenzt Unterstützung. | • Psychische Probleme bei Klienten identifizieren und diese rasch und mit der nötigen Fachkenntnis angehen.<br>• Leistungsumfang der RAV erweitern, um Ausrichtung auf Klienten mit psychischen Erkrankungen, kranke Arbeitslose und Ausgesteuerte zu ermöglichen.<br>• Kapazitäten der Sozialhilfe dahingehend stärken, dass mit psychischen Problematiken umgegangen werden kann, auch durch neue regionale bzw. kantonale Dienste für kleine Gemeinden. |

**Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen der OECD für die Schweiz**
*(Fortsetzung)*

| Politisch anzugehende Hauptproblemfelder | Strategieempfehlungen |
|---|---|
| 4. Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) wird den aktuellen Problemen nicht gerecht | • Finanzielle Anreize zur Zusammenarbeit der Hauptpartner der IIZ (RAV, Sozialhilfe, IV) verstärken und angleichen.<br>• Gesundheitswesen zum gleichwertigen IIZ-Partner machen, um systematische Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Diensten zu ermöglichen, und bessere Vernetzung zwischen IIZ Caseteams und Arbeitgebern aufbauen.<br>• Zusammenarbeit der Dienste ergänzen durch Integration von Dienstleistungen *innerhalb* der involvierten Institutionen. |
| 5. Das psychiatrisch-psychotherapeutische - Versorgungssystem könnte durch eine bessere Nutzung der vorhandenen Ressourcen bessere Ergebnisse liefern. | • Vermehrt erwerbstätigkeitsbezogene Module in der Grundausbildung von Ärzten miteinbeziehen.<br>• Einführung von arbeitsbezogenen Richtlinien zur Behandlung von psychischen Problemen und verstärkte Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern.<br>• Verlagerung von stationärer auf vermehrte ambulante Behandlung und Tageskliniken und verstärkte Ausrichtung auf arbeitsbezogene Probleme.<br>• Reduktion der Unterversorgung mittels verbesserter Zusammenarbeit und definierten Überweisungswegen zwischen der Allgemeinmedizin und der Psychiatrie und bessere Abgeltung der psychologischen Psychotherapeuten. |
| 6. Die Ressourcen im Schulsystem werden zu wenig wirkungsvoll eingesetzt, um Schulabbrüche und häufige Wechsel in die IV anzugehen. | • Den Schulen sollen Informationen darüber bereitgestellt werden, welche Angebote sie zur Verfügung stellen sollten und wie diese am besten zu nutzen wären um psychische Gesundheitsprobleme von Schüler/innen zu verhindern oder sie anzugehen.<br>• Senken der vorzeitigen Schulabgänge auf Sekundarstufe II und der Lehrabbrüche durch systematisches Erfassen von Abbrüchen und verbesserte Zusammenarbeit mit RAV, IV-Stelle und den psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitsdiensten.<br>• Übergänge in IV verhindern durch bessere Arbeitsanreize für gefährdete Jugendliche. |

# *Kapitel 1*

# Psychische Gesundheit und Arbeit: Die Herausforderungen in der Schweiz

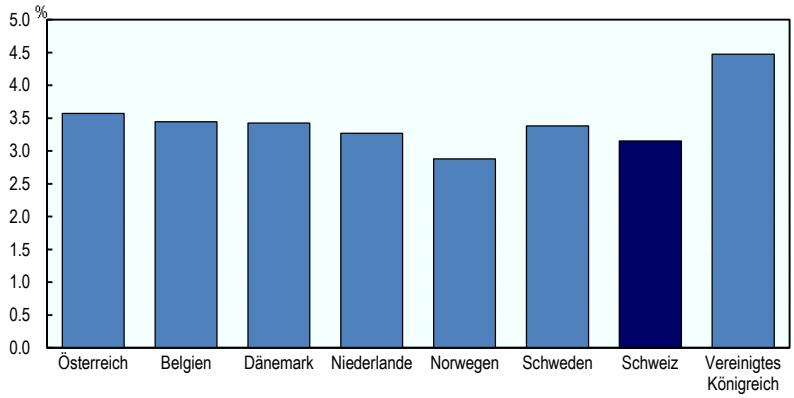
*Aufbauend auf den Ergebnissen des kürzlich publizierten OECD-Berichts "Sick on the Job?" werden in diesem Kapitel die Hauptproblemfelder im Bereich psychische Gesundheit und Arbeit behandelt. Ebenso bietet dieses Kapitel eine Übersicht über die heutige Arbeitsmarktperformance von Personen mit einer psychischen Störung in der Schweiz im Vergleich mit anderen OECD-Ländern und über ihre finanzielle Situation. Zudem wird in diesem Kapitel das Schweizer System der Sozialen Sicherheit beschrieben, das den Hintergrund für Strategien und Programme für psychische Gesundheit und Arbeit darstellt.*

Die statistischen Daten für Israel werden von den zuständigen israelischen Stellen bereitgestellt und verantwortet. Die Verwendung dieser Daten durch die OECD erfolgt ungeachtet des völkerrechtlichen Status der Golanhöhen, Ost-Jerusalem und der israelischen Siedlungen in der West Bank.

Psychische Krankheiten sind ein ernsthaftes Problem für das gute Funktionieren von Arbeitsmärkten und die Sozialpolitik in OECD-Ländern. Diese Herausforderung wurde bis anhin nicht genügend angegangen, spielen doch weitverbreitete Stigmata und Tabus eine Rolle und es mangelt an Kenntnissen über das Ausmass des Problems und die notwendigen politischen Massnahmen, die erforderlich wären. Die durch psychische Krankheiten verursachten Kosten für die Gesellschaft sind hoch: Die geschätzten (direkten und indirekten) Kosten belaufen sich auf 3 - 4,5 % des BIP einer Reihe ausgewählter OECD-Länder. In der Schweiz beträgt dieser Anteil 3,2 % (Abb.1.1).[1] Die meisten dieser Kosten fallen nicht im Gesundheitssektor an, sondern betreffen indirekte Kosten in Form von Stellenverlust und Arbeitsleistungs- und Produktivitätsverringerung. Diese indirekten Kosten sind viel höher als die direkten Gesundheitskosten. Basierend auf umfassenden Kostenschätzungen in Gustavsson et al. (2011) belaufen sich indirekte Kosten, direkte medizinische Kosten und direkte nichtmedizinische Kosten auf 53 %, 36 % bzw. 11 % der Gesamtkosten, die der Gesellschaft durch psychische Störungen anfallen[2].

Abb. 1.1. **Psychische Störungen kosten die Gesellschaft einiges**

Kosten psychischer Störungen in Prozenten des BIP der Länder, 2010




Anmerkung: Die Kostenschätzungen in dieser Studie basieren auf Berechnungen je Krankheitsfall und umfassen alle wichtigen psychischen Störungen sowie Hirnleistungsstörungen. In dieser Tabelle sind nur psychische Störungen berücksichtigt.

Quelle: OECD-Zusammenstellung, basierend auf Gustavsson, A., *al.* (2011), "Cost of Disorders of the Brain in Europe 2010", *European Neuropsychopharmacology*, Vol. 21, S. 718-779 für die Kostenschätzungen und Eurostat für die BIP.

1. Der Begriff "psychische Störung", wie in diesem Bericht verwendet, schliesst Intelligenzminderungen aus. Intelligenzminderungen, wie geistige Behinderung bzw. mentale Retardierung, verschiedene spezifische Zustände, wie bestimmte Lernbehinderungen und im Laufe des Lebens auftauchende Probleme durch erlittene Gehirnverletzungen oder neurodegenerative Erkrankungen, wie Demenz, sind also unter dem Begriff "psychische Störungen" hier nicht gemeint. Ebensowenig bezieht sich der Begriff in diesem Bericht auf organische geistige Krankheiten

2 Unter indirekten Kosten werden in dieser Studie Produktivitätsverluste und die Kosten für Leistungen verstanden. Unter direkten medizinischen Kosten versteht man die Kosten für Güter und Dienstleistungen für Prävention, Diagnose und Behandlung einer Erkrankung; unter den direkten nicht-medizinischen Kosten alle anderen Güter und Dienstleistungen, die im Zusammenhang mit der Erkrankung beansprucht werden, z.B. Sozialdienste.

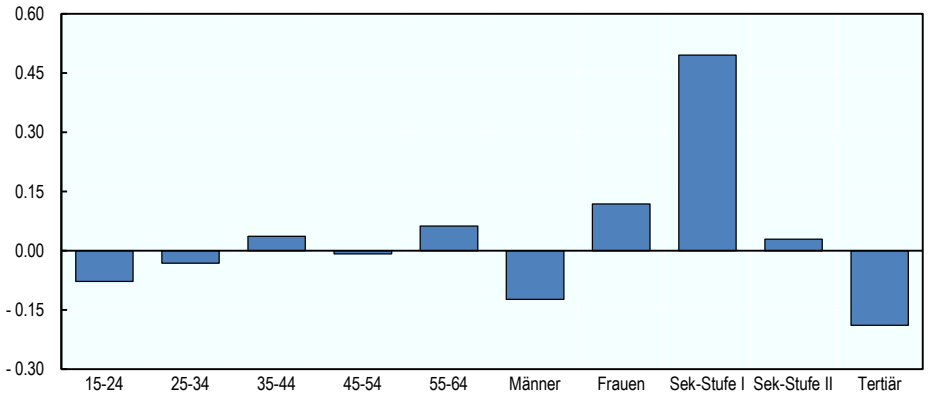
## Definitionen und Zielsetzungen

Laut des kürzlich publizierten OECD-Berichts "Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work" sollte wirksamer darauf abgezielt werden, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen besser in den Arbeitsmarkt miteinbezogen werden (OECD, 2012a). Insbesondere sollte folgenden Bereichen mehr Aufmerksamkeit zuteilwerden: leichte und mittelgradige Formen von psychischen Störungen, Krankheiten, die Erwerbstätige und Stellenlose betreffen, sowie das proaktive Initiieren von Massnahmen zur Erhaltung der Arbeitsstelle von Erkrankten oder zur Unterstützung bei der Stellensuche. Diese Schlussfolgerung fusst auf zahlreichen Ergebnissen, unter anderem der sehr hohen Erwerbstätigenrate von Menschen mit psychischer Krankheit, aber auch sehr hohen Produktivitätseinbussen am Arbeitsplatz durch psychische Beeinträchtigungen und eine hohe Prävalenz von psychischen Krankheiten unter den Stellenlosen, Sozialhilfe- und Invalidenleistungsempfängern.

Um die richtige Politik entwickeln zu können ist es entscheidend, die Eigenschaften psychischer Erkrankungen zu verstehen. Psychische Störung wird in diesem Bericht als psychische Krankheit definiert, die nach einem psychiatrischen Klassifizierungssystem diagnostiziert wurde, z.B. International Classification of Diseases (ICD-10), das seit den 1990er Jahren angewendet wird (ICD-11 in Ausarbeitung). Nach dieser Definition leiden in einem durchschnittlichen OECD-Land jederzeit gut 20 % der erwerbstätigen Bevölkerung an einer psychischen Störung, mit einer Lebenszeit-Prävalenz von bis zu 40 – 50 % (siehe Kasten 1.1). In der Schweiz treten psychische Störungen bei bildungsferneren Personen (Bildungsstand unter Sekundarstufe II) wesentlich eher auf als bei besser gebildeten (Abb. 1.2). Psychische Störungen kommen auch leicht häufiger bei Frauen als Männern vor, und in den Altersgruppen der 35- bis 44-Jährigen und 55- bis 64-Jährigen als in anderen Altersgruppen.

Abb. 1.2. **Prävalenz von psychischen Störungen in der Schweiz variiert nach Alter, Geschlecht und speziell dem Bildungsniveau**

Personen mit psychischen Störungen (schwer oder mittelgradig) nach Altersgruppe, Geschlecht und Schulbildung im Verhältnis zur Gesamtprävalenz der Bevölkerung im Erwerbsalter in der Schweiz, 2007




Anmerkung: "Sekundarstufe I" bezieht sich auf ISCED 0-2, "Sekundarstufe II" auf ISCED 3-4 und "tertiär" auf ISCED 5-6 (International Standard Classification of Education).

Quelle: OECD-Berechnung, basierend auf der Schweizer Gesundheitsbefragung 2007.

### Kasten 1.1. **Messung von psychischen Störungen**

Administrative klinische Daten und Daten über IV-Leistungsbezüger enthalten normalerweise einen Klassifizierungscode nach ICD-10 über die Diagnose eines Patienten bzw. Leistungsbezügers und damit den Hinweis auf eine psychische Störung. Dies ist auch in der Schweiz der Fall. Allerdings enthalten Administrativdaten keine Detailinformationen über den Sozial- bzw. wirtschaftlichen Status der Person und sie decken nur einen Bruchteil aller Personen mit psychischen Störungen ab.

Im Gegensatz dazu können Umfragedaten eine reichhaltige Quelle an sozioökonomischen Informationen sein, sie enthalten aber in den meisten Fällen nur subjektive Informationen über den psychischen Gesundheitsstatus der befragten Bevölkerung. Dennoch lassen sich psychische Störungen anlässlich solcher Erhebungen anhand eines Fragesatzes über Aspekte wie Reizbarkeit, Nervosität, Schlaflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Freude, Wertlosigkeit und ähnlichen messen. Dabei weisen hohe Werte auf eine schlechte psychische Gesundheit hin. Für die Zwecke der OECD-Übersicht "Psychische Gesundheit und Arbeit" ist auf gleichgelagerte Ergebnisse aus epidemiologischen Forschungsarbeiten in allen OECD-Ländern zurückgegriffen worden. Diese zeigen, dass die 20 % der Bevölkerung mit den höchsten angegebenen Werten gemäss des in der Erhebung in jedem Land verwendeten Instruments als psychisch erkrankt im klinischen Sinn gelten, wovon die 5 % mit den höchsten Werten als "schwer" und die restlichen 15 % als "leicht und mittelgradig" bzw. "normal" psychisch beeinträchtigt gelten.

Diese Methodik ermöglicht Quervergleiche verschiedener verwendeter Erhebungsinstrumente der psychischen Gesundheit in verschiedenen Ländern. Siehe auch OECD (2012a) und www.oecd.org/els/disability für eine detailliertere Beschreibung und Begründung dieses Ansatzes und dessen möglichen Implikationen. Wichtig hier ist die Zielsetzung, soziale und arbeitsmarktliche Folgen für Menschen mit einer psychischen Störung zu messen, und nicht die Prävalenz von psychischen Störungen als solche.

Was die Schweiz anbelangt, so wurden hauptsächlich die Schweizer Gesundheitsbefragungen verwendet (2002 und 2007, Daten für 2012 sind noch nicht erhältlich). Die Determinante "psychische Störung" ergibt sich in diesen Befragungen aus zehn depressionsbezogenen Punkten: Traurigkeit, Interesselosigkeit, Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Geschwindigkeit der Verrichtungen, sexuelle Lust, Selbstvertrauen, Konzentration und Suizidalität. Jede Frage konnte mit einer aus drei kategorisierten Antworten beantwortet werden (1 = an den meisten Tagen, 2 = manchmal, 3 = nie), womit die Gesamtpunktzahl dieses Bereichs von 10 (sehr schwere psychische Probleme) bis 30 (keine psychische Gesundheitsprobleme) reichte.

Um die richtigen Strategien zum Angehen von psychischen Krankheiten festzulegen, ist es absolut erforderlich, die Eigenschaften von psychischen Störungen zu verstehen. Anhaltspunkte für eine psychische Störung sind: Beginn im frühen Alter, Schwere der Störung, Persistenz und Chronizität, hohe Rekurrenz, häufig gleichzeitiges Auftreten von psychischen Störungen und körperlichen Beschwerden oder zusammen mit anderen psychischen Krankheiten. Je schwerwiegender, persistenter und komorbider die Erkrankung, umso grösser ist der mit der psychischen Störung verbundene Behinderungsgrad und die potentielle Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einer Person. Neben der Diagnose ist also auch bedeutend, ob eine psychische Krankheit schwerwiegend, persistent oder komorbid ist. Der Grossteil der psychischen Störungen fällt in die Kategorie "leicht oder mittelgradig", gerade auch Depressionen und Angstzustände.

Die Entscheidungsträger sehen sich mit einem hohen Grad an Unkenntnis, Verschwiegenheit und Nichterkennen im Zusammenhang mit psychischen Störungen konfrontiert, eine Schwierigkeit, die direkt mit dem Stigma verbunden ist, das solchen Erkrankungen anhaftet. Es ist jedoch nicht in allen Fällen klar, ob eine bessere und frühe Erkennung immer zu besseren Ergebnissen geführt hätte oder ob dies eher zur Brandmarkung bzw. Stigmatisierung führen würde. Dies legt den Schluss nahe, dass es wichtiger ist, Personen mit psychischen Störungen die Hand zu reichen, als sie zu "kennzeichnen", und dass Strategien, die nicht etikettieren, mitunter die besseren sind.

Im OECD-Bericht "Sick on the Job?" werden zwei Hauptstossrichtungen für Reformen aufgezeigt. Erstens sollten Strategien in die Richtung von Prävention von Problemen gehen, dabei sollen Bedürfnisse rasch erkannt und in verschiedenen Lebensabschnitten interveniert werden, gerade auch während des Übergangs in die Arbeitswelt, am Arbeitsplatz und bei drohendem Stellenverlust oder drohendem Eintritt in das IV-Rentensystem. Zweitens sollten Schritte in Richtung eines kohärenten, sektorenübergreifende Ansatzes gemacht werden und Gesundheitsdienste, Beschäftigungsdienste und wo nötig auch andere soziale Dienste für psychisch Erkrankte miteinbezogen werden.

Trotz der evident hohen Kosten durch psychische Probleme, wird die Problematik politisch und von den Institutionen zu wenig angegangen. Im Bericht werden vier Prioritätsbereiche genannt, denen man sich umgehend annehmen sollte. Die vier Bereiche betreffen:

- *Die wichtige Rolle der Schulen* zum Schutz und der Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und jungen Erwachsenen und der Dienste zur Unterstützung von labilen Jugendlichen beim erfolgreichen Übertritt in den Arbeitsmarkt.

- *Die wichtige Rolle des Arbeitsplatzes* zum Schutz und der Förderung der psychischen Gesundheit von Arbeitnehmenden, um Krankheiten, Produktivitätseinbussen bei der Arbeit und letztlich das Austreten aus dem Arbeitsmarkt zu vermeiden.

- *Die wichtige Rolle der Arbeitsvermittlungsdienste* für nicht erwerbstätige Langzeitbezüger von Leistungen aus Kranken-, Invaliden- und Arbeitslosenversicherungen.

- *Die wichtige Rolle der psychiatrischen Dienste* bei der Unterstützung von Personen im Erwerbsalter mit dem Ziel, dass sie weiterhin einer Erwerbstätigkeit nachgehen bzw. wieder eine aufnehmen können.

Dieser Bericht untersucht, inwiefern die in der Schweiz verfolgten politischen Strategien und Institutionen sicherstellen, dass psychische Krankheiten keinen Erwerbsausschluss bedeuten und dass Arbeit zur psychischen Gesundheit beiträgt. Der Bericht ist wie folgt aufgebaut: Das erste Kapitel widmet sich einer Bestandsaufnahme, indem einige der zentralen Ergebnisse für Personen mit einer psychischen Störung in der Schweiz betrachtet und die wichtigsten Einrichtungen für Personen mit psychischen Erkrankungen beschrieben werden. Es folgen Kapitel über die politischen Herausforderungen im Zusammenhang mit der Thematik "psychische Gesundheit und Arbeit" am Arbeitsplatz, mit denen die Schweiz konfron-

tiert ist, das Invalidenversicherungssystem, das Arbeitslosen- und Sozialhilfesystem, das Gesundheits- sowie das Bildungssystem.

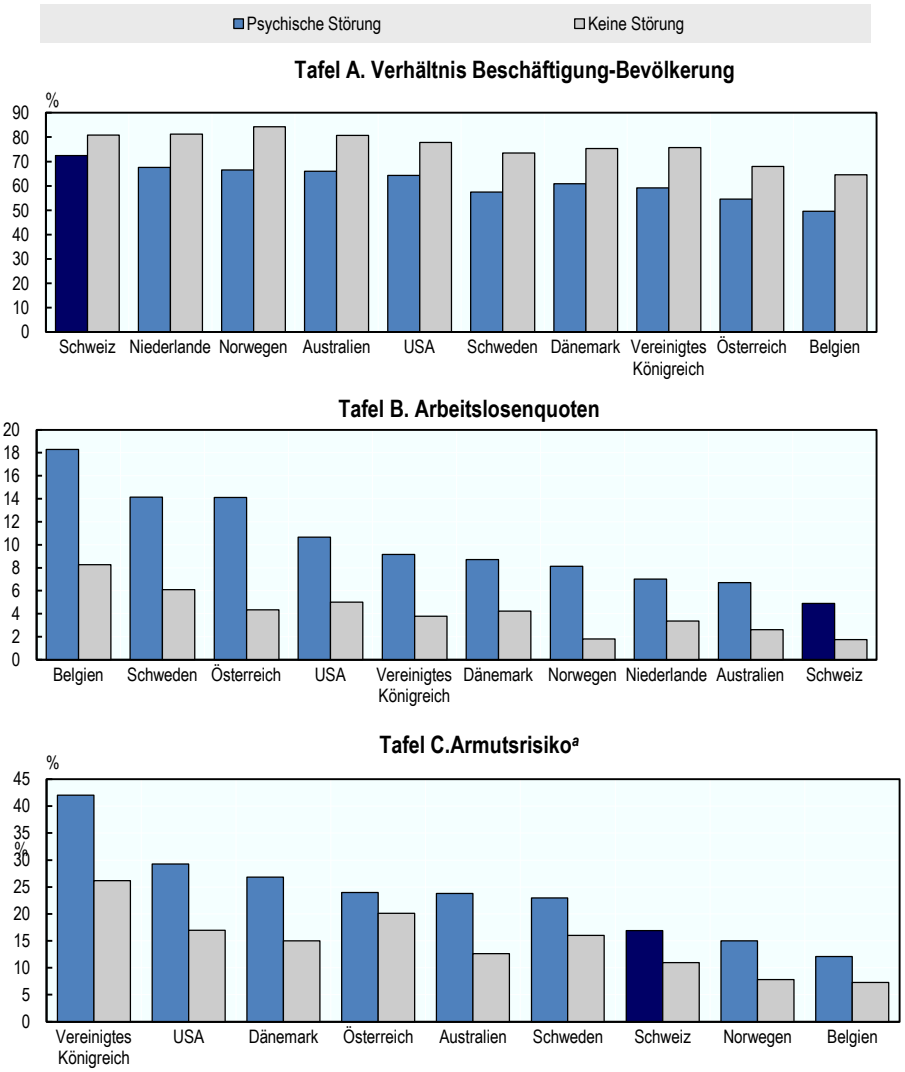
## Haupttrends und Ergebnisse

Die Erwerbsrate von Personen mit einer psychischen Störung ist in der Schweiz bemerkenswert hoch. 2007 waren in der Schweiz etwa 70 % der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen mit einer mittelgradig oder schweren psychischen Störung erwerbstätig. Die Schweiz wies damit die höchste Erwerbsrate der OECD-Länder aus. Die Erwerbsrate der Personen ohne psychische Gesundheitsprobleme lag nur 10 Prozentpunkte über diesem Wert (Abb. 1.3, Tafel A). Für die Jahre nach der jüngsten Wirtschaftskrise liegen keine Daten über die psychische Gesundheit vor, doch insgesamt waren die Auswirkungen der Wirtschaftskrise in der Schweiz gering. Die Arbeitslosenrate blieb bei rund bzw. unter 4 % in den Jahren 2008 bis 2011 (OECD, 2012b). Die Arbeitslosenquote bei Personen mit psychischen Störungen ist zwar dreimal höher als bei Personen ohne psychische Gesundheitsprobleme, lag aber mit 5 % im Jahr 2007 sehr tief (Abb. 1.3, Tafel B). Aufgrund der guten Arbeitsmarktlage ist das Armutsrisiko für Personen mit einer psychischen Störung in der Schweiz eher begrenzt (Abb. 1.3, Tafel C). Dennoch ist die Wahrscheinlichkeit, in relativer Einkommensarmut zu leben für diese Gruppe um 1,5 mal höher als für Personen ohne psychische Krankheit.

Trotz der sehr guten Arbeitsmarktlage für Personen mit psychischen Störungen, sind in den vergangenen zwanzig Jahren in der Schweiz sowohl die IV-Bezugsquote als auch der Anteil psychischer Störungen bei den IV-Bezügern stetig angestiegen, wie in den meisten OECD-Ländern. Seit 1995 stieg die IV-Bezügerquote jährlich durchschnittlich um 1,7 % und im Jahr 2011 bezogen 4,8 % der Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren in der Schweiz eine IV-Rente (Abb. 1.4, Tafel A), wobei der Bestand an IV-Rentnerinnen und -rentnern mit psychischen Problemen jährlich stärker zunahm als die Gruppen mit anderen Diagnosen, nämlich durchschnittlich 2,7 % in der Zeit von 1995 – 2011. 2011 machten die psychischen Störungen etwa 36 % des IV-Gesamtbestands aus, verglichen mit 24 % im Jahr 1995 (Abb. 1.4 Tafel B).

Die Schweiz weist eine um einen Prozentpunkt tiefere Invaliditätsquote als der OECD-Durchschnitt auf, steht aber an der Spitze, wenn es um Ausgaben für krankheits- und invaliditätsbezogene Leistungen geht, und zwar für beide Werte, als Prozentsatz der Gesamtausgaben der öffentlichen Hand und als Prozentsatz der Arbeitslosengesamtausgaben (Abb. 1.5, Tafel A und B). Im Jahr 2008 hat die Schweiz 2,6 % des BIP für Kranken- und Invaliditätsprogramme ausgegeben, was etwa dem fünffachen Ausgabenbudget für Arbeitslosenprogramme entspricht.

Abb. 1.3**. Die Arbeitsmarktergebnisse in der Schweiz sind bemerkenswert gut**

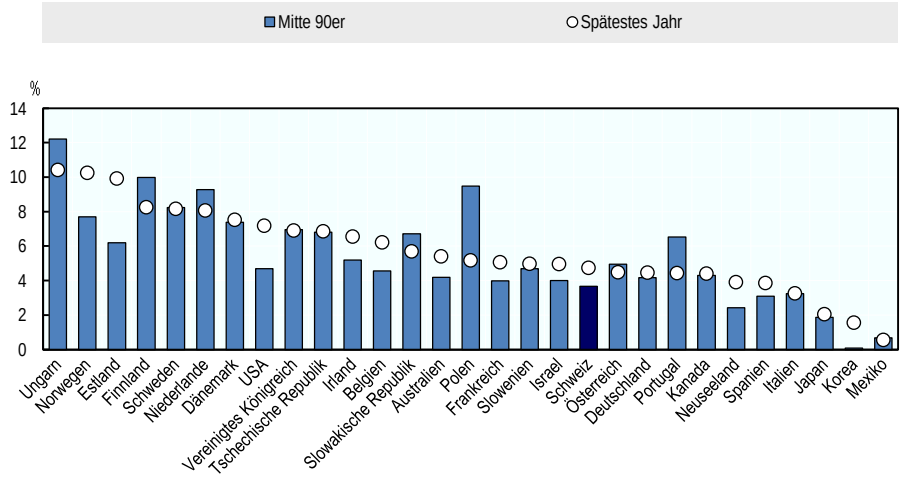



a. Prozentsatz der Personen in Haushalten mit Einkommen unter der Armutsschwelle (definiert als 60 % des haushaltgrössebereinigten Einkommensmedians) .

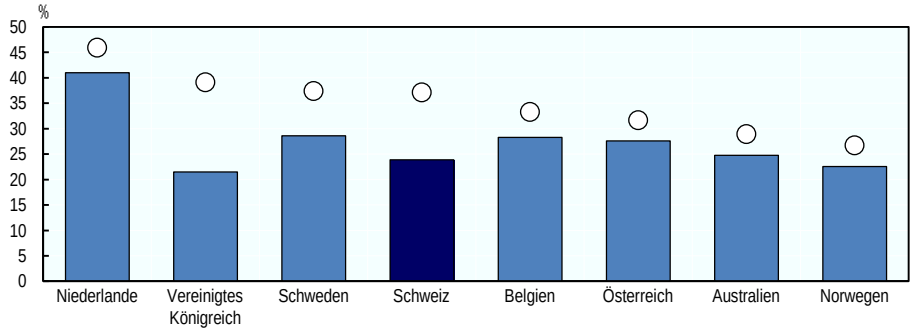
Quelle: OECD-Berechnungen basierend auf nationalen Gesundheitserhebungen. Australien: National Health Survey 2007/08; Österreich: Health Interview Survey 2006/07; Belgien: Health Interview Survey 2008; Dänemark: National Health Interview Survey 2005; Niederlanden: POLS Health Survey 2007/09; Norwegen: Level of Living and Health Survey 2008; Schweden: Survey on Living Conditions 2009/10; Schweiz: Health Survey 2007; Vereinigtes Königreich: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007 und the Health Survey of England 2006 für Tafel C; Vereinigte Staaten: National Health Interview Survey 2008.

Abb. 1.4. **Rascher Anstieg des Anteils der IV-Rentenbezüger mit einer psychischen Störung**

Tafel A. Entwicklung der IV-Vollrenten(in % der 20-64 jährigen Bevölkerung)[a,b]




Tafel B. Anteil der IV-Bezüger mit einer psychischen Störung am Total der IV-Fallzahlen[c]




a. Bei Norwegen sind die vorübergehenden Leistungen in Tafel A enthalten, aber nicht in Tafel B.

b. Informationen bezüglich Daten für Israel: http://dx.doi.org/10.1787/888932315602.

c. Die Daten für Belgien, die Niederlanden und Schweden enthalten auch mentale Retardierung, organische und unspezifische Störungen (Kategorien, die in diesem Bericht sonst nicht mitberücksichtigt sind).

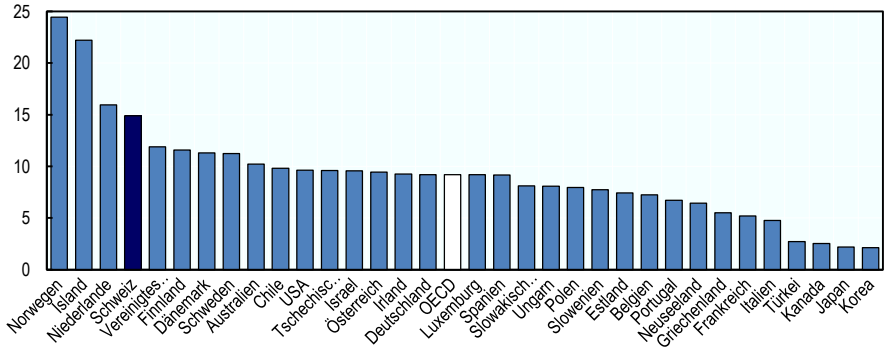
Quelle: OECD-Berechnungen, basierend auf dem OECD-Fragebogen über Invalidität und dem OECD-Fragebogen über psychische Gesundheit.

Die hohen Ausgaben der öffentlichen Hand für Programme im Zusammenhang mit Krankheit und Invalidität haben zu bedeutenden Reformen geführt, die anfänglich auf eine Eindämmung der Neuberentungen abzielten (in den letzten Jahren mit erheblichem Erfolg) und aktuell auf die bestehenden IV-Rentenbezüger ausgewei-

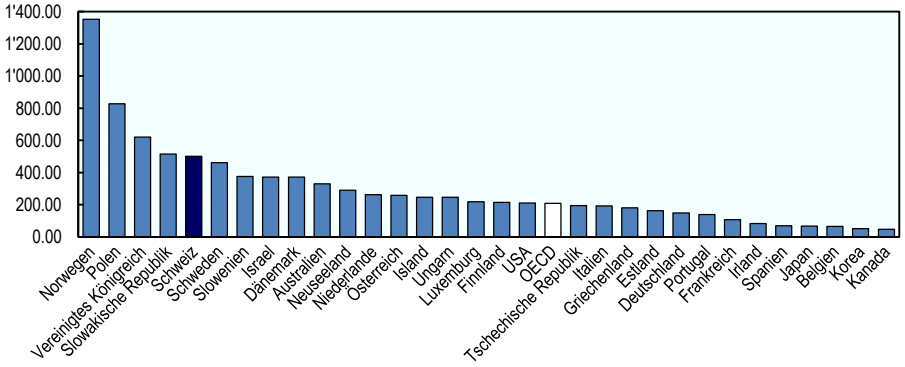
tet werden (siehe Kapitel 3 für detailliertere Angaben). Die Zahl der IV-Neuanträge für IV-Renten geht seit 2004 zurück (Abb. 1.6, Tafel A), und führten zu einem allmählichen Rückgang der Fallzahlen von IV-Bezügern seit 2006 (Abb. 1.6, Tafel B). Indes bleibt die stetig steigende Anzahl von IV-Rentenbezügern aufgrund von psychischen Krankheiten ein Problem.

Abb. 1.5. **Die Ausgaben für Kranken- und Invalidenversicherungsleistungen sind in der Schweiz sehr hoch**

**Tafel A. Ausgaben in Prozent des Totals der öffentlichen Ausgaben[a]**




**Tafel B. Ausgaben in Prozent der Ausgaben für Arbeitslosenleistungen[a]**

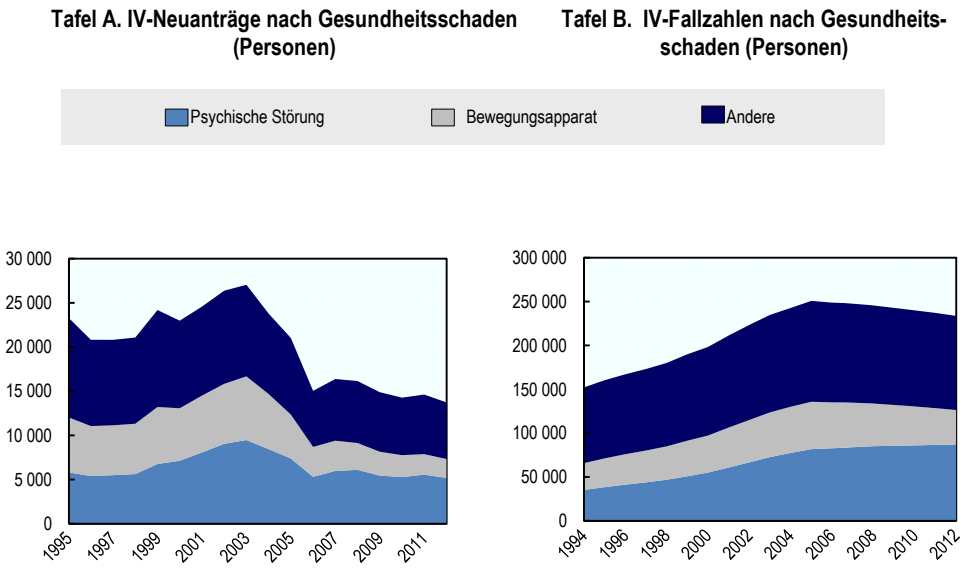



Anmerkung: Die Daten für die Schweiz beziehen sich auf 2008, während die Daten für die meisten anderen Länder sich auf 2009 beziehen.

a. Informationen zu den Daten für Israel: http://dx.doi.org/10.1787/888932315602.

Quelle: OECD-Sozialausgaben-Datenbank (www.oecd.org/els/social/expenditure).

Abb. 1.6. **IV-Leistungsneuanträge sind zurückgegangen, aber die Fallzahlen von Bezügern mit einer psychischen Störung steigen weiter an**




Quelle: OECD-Berechnungen basierend auf Daten aus dem Bundesamt für Sozialversicherungen

## Beschreibung des Schweizer Systems der Sozialen Sicherheit

Das Schweizer Netz der sozialen Sicherheit besteht aus folgenden Bereichen: (1) Alters- und Hinterlassenenversicherung und Invalidenversicherung (Teil des Dreisäulensystems), (2) Kranken- und Unfallversicherung, (3) Erwerbsersatz bei Mutterschaft, (4) Erwerbsersatz für Militärdienstleistende, (5) Arbeitslosenversicherung, und (6) Familienzulagen. Dem Bundesamt für Gesundheit unterstehen Bereiche in Bezug auf Krankheit, Unfall, berufsbedingte Krankheiten sowie Mutterschaft, während dem Bundesamt für Sozialversicherungen sowohl die Altersversicherungen unterstehen als auch die Verwaltung der Familienzulagen, gemeinsam mit den Kantonalbehörden. Dem Staatssekretariat für Wirtschaft unterstehen als oberstem Organ die Arbeitslosenleistungen. Anspruchsberechtigungen und Bezugsquoten für ausgewählte Schweizer Rentensysteme werden in Kasten 1.2 besprochen.

Das Sozialschutzsystem wird in erster Linie durch Beiträge, die über das Einkommen erhoben werden, finanziert, mit Ausnahme der Krankenversicherung. Hier bezahlt jede Person eine Prämie an eine private Krankenversicherung. Die Krankenversicherung ist obligatorisch, doch der Versicherer kann gewählt werden. Zusätzlich beteiligen sich Bund und Kantone mit verschiedenen Beträgen an mehreren Gefässen der sozialen Sicherheit, bieten Ergänzungsleistungen und subventionieren Prämien für Personen mit sehr niedrigen Einkommen (siehe BSV, 2012, für eine detaillierte Übersicht der Struktur und Finanzierung des Schweizer Sozialversicherungssystems.

## Kasten 1.2. **Anspruchsberechtigung und Rentenquoten für bestimmte Leistungen in der Schweiz**

### Arbeitslosenleistungen

Um einen Anspruch auf Arbeitslosenleistungen geltend machen zu können, müssen Stellenlose während mindestens zwölf Monaten in den vergangenen zwei Jahren Beiträge geleistet haben. Ausnahmen dieser Regel werden unter bestimmten Umständen gewährt, zum Beispiel wenn die betreffende Person aufgrund einer Schulung/Ausbildung, Krankheit, eines Unfalls oder wegen Mutterschaftsurlaub nicht erwerbstätig war, oder weil die Person die Erwerbstätigkeit nach einer Scheidung, einer Aufhebung einer Invalidenrente oder nach einem Auslandseinsatz wieder aufnimmt. Verlässt die stellenlose Person eine passende Stelle ohne sichere Aussicht auf eine neue Stelle, werden ihr Einstelltage von 6 bis 12 Wochen auferlegt, für die sie keine Leistungen erhält. Anspruchsberechtigung ist mit der Pflicht verbunden, aktiv Arbeit zu suchen und an arbeitsmarktlichen Massnahmen teilzunehmen. Arbeitslosengelderempfänger sind grundsätzlich gehalten, jede Arbeit anzunehmen, die sie ausführen können, auch wenn sie nicht dem vorherigen Beruf entspricht. Sie haben aber das Recht in der Anfangsphase ihrer Stellenlosigkeit, sich auf die Suche nach ähnlichen Stellen wie die vorherige zu konzentrieren, sofern in dem Bereich genügend freie Stelle vorhanden sind. Personen unter 30 Jahren müssen jede zumutbare Stelle annehmen. Die Dauer von Arbeitslosenleistungen hängt von der Beitragszeit ab und bewegt sich von 200 bis höchstens 520 Tagen. Die Leistung beträgt 80 % (70 % in einigen Ausnahmefällen) des versicherten Lohns, ist aber auf ein Maximum von CHF 10 500 (= EUR 8 740) pro Monat begrenzt (BSV, 2012).

### Krankentaggeld

Die soziale Krankenversicherung umfasst eine obligatorische Krankenpflegeversicherung und eine zusätzlich mögliche Krankentaggeldversicherung. Die Arbeitnehmer sind dennoch durch das Gesetz geschützt, das bestimmt, dass Lohnfortzahlungen während einer krankheitsbedingten Abwesenheit zu leisten sind, wobei die Zahlungsdauer von der Dauer der Anstellung abhängt. Einzelverträge und Kollektivverträge können in vielen Fällen durch Krankentaggeldkollektivversicherungen bessere Bedingungen bieten (siehe Kapitel 2). Krankensozialversicherungen werden durch anerkannte Krankenkassen und private Versicherungsgesellschaften angeboten und stehen unter der Aufsicht des Bundesamts für Gesundheit.

### Invalidenrenten

Invalidenrenten (wie Alters- und Hinterlassenenrenten) sind Teil eines Dreisäulensystems. Mit der ersten Säule soll die Existenzgrundlage der Bezüger gesichert werden. Sie ist für alle obligatorisch, auch für selbstständig Erwerbende und Nichterwerbstätige. Die zweite Säule ist nur für Angestellte obligatorisch und die dritte dient der freiwilligen privaten Vorsorge. Der Vollzug der Invalidenversicherung erfolgt durch die 26 kantonalen IV-Stellen, die aber alle unter der administrativen und finanziellen Oberaufsicht des Bundesamts für Sozialversicherungen stehen.

*Invalidenversicherung der ersten Säule*

Alle in der Schweiz wohnhaften oder erwerbstätigen Personen sind invalidenversicherungspflichtig. Wird eine Person erwerbsunfähig oder kann deren Fähigkeit, die üblichen Tätigkeiten zu vollziehen, nicht mehr vollständig hergestellt, erhalten oder durch Rehabilitationsmassnahmen verbessert werden, und beträgt die Erwerbsunfähigkeit mindestens 40 %, so hat die betroffene Person Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Ist der Invaliditätsgrad mindestens 70 % besteht Anspruch auf eine ganze IV-Rente, auf eine Dreiviertelsrente bei mindestens 60 % und auf eine halbe IV-Rente, wenn die Invalidität mindestens 50 % beträgt. Bei mindestens 40 % fällt eine Viertelsrente an.

Kasten 1.2. **Anspruchsberechtigung und Rentenquoten für bestimmte Leistungen in der Schweiz** (Fortsetzung)

Der Anspruch auf IV-Rente beginnt frühestens sechs Monate nachdem die versicherte Person einen Antrag auf Leistungen aus der IV gestellt hat. In der Zwischenzeit können Frühinterventionsmassnahmen mit dem Ziel erfolgen, versicherte Personen an ihrer Arbeitsstelle zu halten bzw. sie wieder einzugliedern. Die Frühinterventionsmassnahmen umfassen keine Auszahlung von Taggeldern, sondern sind auf Arbeitsplatzanpassung, Schulungen/Umschulungen, Stellenvermittlung, sozialberufliche Wiedereingliederung usw. ausgerichtet. Stellt sich während der Dauer der Frühinterventionsmassnahmen heraus, dass die Erwerbsfähigkeit einer Person wieder hergestellt werden kann, hat diese Person keinen Anspruch auf eine IV-Rente, erhält aber unter Umständen stattdessen Eingliederungsmassnahmen, verbunden mit Taggelder für bis zu einem Jahr zugesprochen. In Kapitel 3 werden das Anspruchsberechtigungsverfahren und die Eingleiderungsmassnahmen detaillierter besprochen.

*Invalidenversicherung der zweiten Säule*

Jede über 17-jährige Person im Anstellungsverhältnis, die vom gleichen Arbeitgeber ein Jahressalär von über CHF 20 880 (= EUR 17 378) bezieht, ist BVG-pflichtig (2. Säule zur beruflichen Vorsorge bei Invalidität und Todesfall). Nichterwerbstätige werden auch versichert, aber unter restriktiveren Bedingungen. Zudem besteht ein freiwilliger Versicherungsschutz für selbstständig Erwerbende. Invalidität ist gleich wie in der Invalidenversicherung in der ersten Säule definiert. Allerdings können die Versicherer in der zweiten Säule eine weiter gefasste Definition anwenden. Wieder aber bestimmt der Invaliditätsgrad die Art der Leistung, die ein Antragsteller erhält: mindestens 40 % Invaliditätsgrad berechtigt auf eine Viertelrente, mindestens 50 % auf eine Halbrente und mindestens 60 % auf eine Dreiviertelrente. Nur bei über 70 % wird eine Vollrente ausgesprochen. Invalidenrenten aus der zweiten Säule können verringert werden, wenn sie zusammen mit Renten bzw. Leistungen aus anderen Versicherungen oder anderem Einkommen über 90 % des vor der Invalidität erzielten Jahreseinkommens der versicherten Person ausmachen.

## Schlussfolgerung

Die evidenzbasierte Bestandsaufnahme hat Folgendes ergeben:

- Die Schweiz verfügt über einen flexiblen Arbeitsmarkt mit einer hohen Erwerbs- und einer niedrigen Arbeitslosenquote. Die Auswirkungen des jüngsten wirtschaftlichen Abschwungs sind gering. Die Arbeitsmarktergebnisse sind auch für Personen mit psychischen Störungen bemerkenswert gut und die Armutsraten sind tiefer als in den meisten anderen OECD-Ländern.

- Trotz der hervorragenden Arbeitsmarktergebnisse sind die IV-Rentenbezügerquoten bis 2006 kontinuierlich angestiegen und haben zu hohen Ausgaben der öffentlichen Hand für krankheits- und invaliditätsbezogene Leistungen geführt. Mit 38 % aller IV-Neuanträge im Jahr 2012 machen psychische Störungen den weitaus grössten Teil aus.

- Bedeutende IV-Revisionen mit der Stärkung des Grundsatzes Eingliederung vor Rente und der Ausrichtung auf Frühintervention konnten die IV-Neuanträge erfolgreich eindämmen. Dennoch bleibt die stetig steigende Anzahl von Anträgen aufgrund psychischer Erkrankungen ein Problem.

### *Literaturverzeichnis*

Gustavsson, A. et al. and CDBE 2010 Study Group (2011), "Cost of Disorders of the brain in Europe 2010", *European Neuropsychopharmacology,* Vol. 21, pp. 718-779.

OECD (2012a), *Sick on the job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en.

OECD (2012b), *OECD Employment Outlook 2012*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2012-en.

FSIO (2012), *Overview of Swiss Social Security*, Federal Social Insurance Office, Bern

# *Kapitel 2*

# Arbeitsbedingungen und Krankheitsmanagement in der Schweiz

*Arbeitgeber sind optimal positioniert, um Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen in der Belegschaft zu unterstützen und deren Stellen zu erhalten. Dieses Kapitel geht zuerst auf den Zusammenhang zwischen psychischer Krankheit und Arbeitsbedingungen, verringerter Produktivität und krankheitsbedingte Absenzen ein. Dann werden Präventionsstrategien zum Angehen von psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz sowie Krankheitsmanagementstrategien von Schweizer Firmen besprochen. Am Ende des Kapitels folgt eine Übersicht der finanziellen Zuständigkeit der Schweizer Arbeitgeber im Fall von krankheitsbedingten Absenzen.*

Es gibt zunehmend Belege dafür, dass sich Beschäftigung positiv auf die psychische Gesundheit auswirkt, ist damit doch sozialer Status, Einkommen, Sicherheit, eine Tagesstruktur und das Gefühl von Selbstwert und Erfolg verbunden. Allerdings können schlechte Arbeitsbedingungen oder ein psychologisch belastetes Arbeitsklima die psychische Gesundheit angreifen und damit zu einer prekären Arbeitssituation führen. Deshalb zielen Bemühungen um Verbesserungen und Erhalt der Arbeitsmarktinklusion von Personen mit psychischen Erkrankungen hauptsächlich auf das Arbeitsumfeld ab, und schnelles Handeln im Fall von krankheitsbedingten Absenzen ist entscheidend.

## Arbeitsbedingungen und psychische Erkrankung

Ausgehend von den Hinweisen aus mehreren OECD-Ländern ist der OECD-Bericht über psychische Gesundheit und Arbeit „Sick on the Job?“ (OECD 2012) zum Schluss gekommen, dass

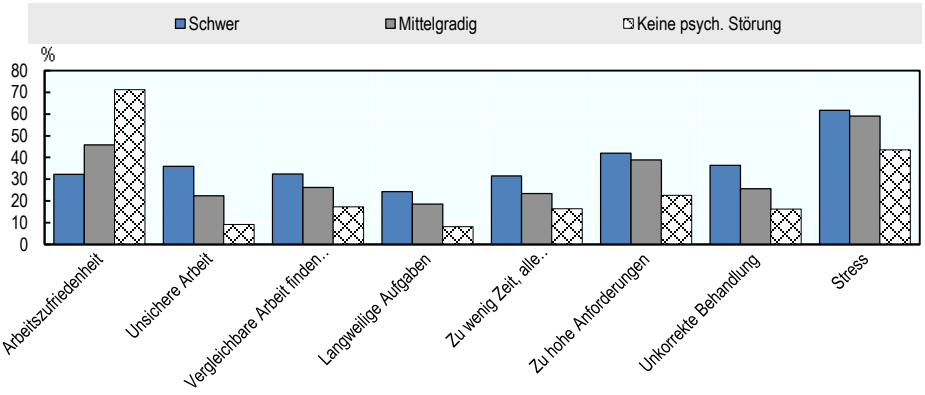
- Beschäftigte mit einer psychischen Störung ihrer Stelle als qualitativ schlechter wahrnehmen;
- die Belastung am Arbeitsplatz sich deutlich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken kann;.
- in den meisten Berufen die Belastung nach Selbsteinschätzung der Beschäftigten in letzter Zeit zugenommen hat und
- gutes Management einer der zentralen Faktoren zur Sicherung von guter Beschäftigungsqualität und zum Mildern von Risiken ist, die die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz gefährden.

Die Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2007 stimmen mit diesem Befund überein. Personen mit einer schweren oder mittelgradig starken psychischen Störung zeigen sich durchschnittlich weniger zufrieden mit ihren Stellen, fühlen sich unsicher, was ihre Stelle angeht und häufiger gestresst am Arbeitsplatz (Abb. 2.1). Sie glauben auch eher, dass es sehr schwierig sein werde, nach einer Kündigung eine vergleichbare Stelle zu finden. Zudem berichten Arbeitnehmer mit einer psychischen Störung häufiger, dass ihre Aufgaben mühsam oder repetitiv seien, sie zu wenig Zeit zum Erledigen aller Aufgaben hätten, mit zu hohen Arbeitsanforderungen konfrontiert seien, und nicht korrekt behandelt würden.

Arbeitsbedingungen einfach mit dem Zustand der psychischen Gesundheit in Zusammenhang zu bringen ist indes noch kein Kausalitätsnachweis. Doch kann damit illustriert werden, dass Arbeitnehmer mit schlechter psychischer Gesundheit eher keine qualitativ guten Stellen finden oder die Qualität ihrer Arbeitsbedingungen als eher schlecht wahrnehmen. Auf jeden Fall liefert umfangreiche wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema (siehe beispielsweise die Meta-Analyse von Stansfeld und Candy, 2006) übereinstimmend Belege für die kausalen Auswirkungen einer hohen Arbeitsbelastung und anderen arbeitsbedingten Eigenschaften auf die psychische Gesundheit.

Abb. 2.1. **Arbeitsplatzfaktoren hängen direkt mit der psychischen Gesundheit zusammen**

Anteil der Personen, die positiv auf verschiedene Arbeitsbedingungen reagierten., nach Zustand der psychischen Gesundheit, 2007

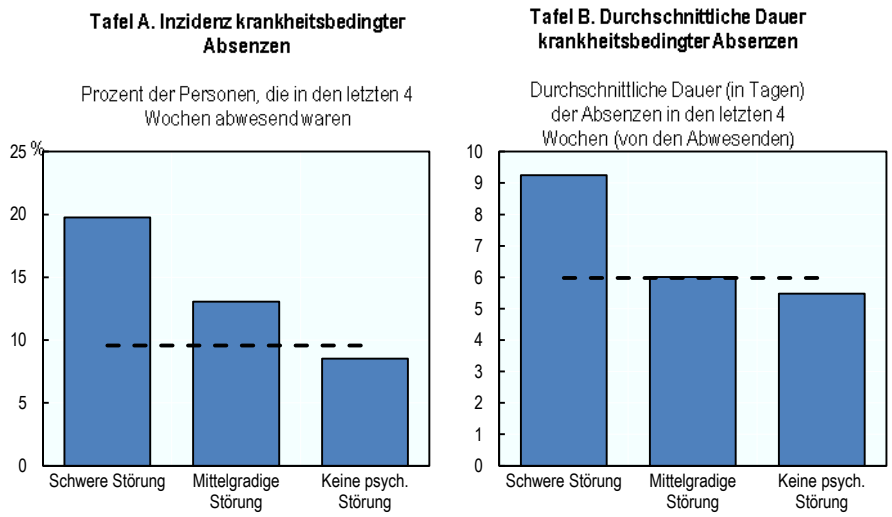



Quelle: OECD-Berechnungen, basierend auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, 2007.

Psychische Krankheiten wiederum wirken sich auf die Produktivität der betroffenen Person aus. Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zeigen, dass Arbeitnehmer mit einer schweren psychischen Störung häufiger krankheitsbedingte Absenzen aufweisen als Personen ohne psychische Gesundheitsprobleme: Über vier Wochen gesehen weisen sie eine höhere Inzidenz von krankheitsbedingter Absenz auf (20 % im Vergleich zu unter 10 % derjenigen ohne psychische Störung) und die Abwesenheiten sind im Durchschnitt länger (neun Tage im Vergleich zu 5,5 Tagen derjenigen ohne psychische Störung) (Abb. 2.2). Bei Beschäftigten mit mittelgradigen psychischen Störungen liegt die Inzidenz und die Dauer der krankheitsbedingten Abwesenheiten jedoch viel näher bei den Personen ohne psychische Störungen. Daten anderer OECD-Länder legen zudem nahe, dass verminderte Produktivität während der Arbeit (d.h. von Personen, die sich nicht krankheitsbedingt abwesend melden) viel häufiger unter Personen mit einer schweren oder mittelgradigen psychischen Störung vorkommt (OECD, 2012). Zudem kommen auch deren Vorgesetzte unter grösseren Stress und der Teamzusammenhalt wird ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen (Baer et al., 2011).

Abb. 2.2**. Höhere Inzidenz und Dauer von Absenzen bei psychischen Krankheiten**

Inzidenz von krankheitsbedingter Absenz (in %) und durchschnittliche Absenzendauer (in Tagen), nach Zustand der psychischen Gesundheit, 2010




Quelle: OECD-Berechnungen, basierend auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, 2007.

Dass psychische Erkrankungen von Führungskräften und Mitarbeitenden (und oft auch von den betroffenen Personen selber) nur wenig verstanden werden, hat zur Folge, dass die schwächere Leistung häufig als fehlende Motivation oder Kompetenz interpretiert wird und damit das Risiko einer Kündigung erhöht wird. Die Leitung eines Unternehmens und die Kompetenz der Vorgesetzten sind aber entscheidende Faktoren für ein gutes Arbeitsklima (Kelloway und Barling, 2010). Diese Erkenntnis wird im kürzlich erschienenen Newsletter der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS, 2012) gestützt. Wie im Bericht "Sick on the Job?" (OECD, 2012) besprochen, spielt der/die Vorgesetzte bei Personen mit psychischen Störungen eine noch wichtigere Rolle, haben doch psychisch labile Personen eher das Gefühl, dass ihnen am Arbeitsplatz wenig Respekt und Anerkennung entgegengebracht wird. Allerdings hat eine von Baer et al. (2011) durchgeführte Erhebung unter leitenden Angestellten in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft gezeigt, dass Führungskräften der Umgang mit Personen mit psychischen Problemen sehr schwer fällt und sie dieses Problem zu oft durch die Kündigung der betroffenen Person "lösen". Die Studie zeigt auch, dass es Führungsverantwortlichen in Unternehmen an ausreichender Unterstützung und Informationen fehlt, wenn es darum geht, Beschäftige mit psychischen Problemen am Arbeitsplatz zu halten.

## Der Umgang mit psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz

Arbeitgeber sind gesetzlich verpflichtet, alle nötigen Massnahmen zum Schutz der Arbeitnehmer zu treffen (Art. 6 des Schweizerischen Arbeitsgesetzes). Der Schutz der psychischen Gesundheit wird besonders erwähnt und Risikofaktoren für psychosoziale Probleme, beispielsweise eine übermässig starke Belastung am Arbeitsplatz, und deren potentielle Auswirkung auf die psychische Gesundheit werden in dieser Gesetzgebung im Detail behandelt (Art. 2, Verordnung 3 zum Arbeitsgesetz)[1]. Dennoch enthält das Arbeitsgesetz im Gegensatz zu körperlichen Risiken keine expliziten Bestimmungen darüber, wie Arbeitgeber psychische Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz erkennen und einschätzen sollen. Die Praxis variiert diesbezüglich erheblich unter den Firmen.

Die Kontrolle der Einhaltung des Arbeitsgesetzes liegt grösstenteils in den Händen der Kantone[2], doch die Überwachung der psychosozialen Aspekte am Arbeitsplatz ist sehr beschränkt. Die Kantone beschäftigen 194 Arbeitsinspektoren, deren Arbeit vom Staatsekretariat für Wirtschaft (SECO) koordiniert wird. Gemäss verschiedener Studien hinsichtlich der negativen Auswirkungen eines psychologisch ungesunden Arbeitsklimas (z.B. Ramaciotti and Perriard, 2000, und Strub und Schär Moser, 2008) hat das SECO 2009 einen Leitfaden für die kantonalen Arbeitsinspektoren ausgearbeitet, um diese darin zu schulen, wie psychische Gesundheitsrisikofaktoren in Firmen zu erkennen sind und wie mit Firmen umzugehen ist, die gegen die Arbeitsgesetzgebung verstossen (SECO, 2009). Bestehen nachweislich Arbeitsbedingungen mit negativen Auswirkungen auf die Gesundheit von Beschäftigten, kann der Arbeitsinspektor eine Konsultation bei einer Präventionsfachperson verlangen. Doch da psychosoziale Stressfaktoren im Allgemeinen durch Inspektionen nicht leicht feststellbar sind, ist es für die Arbeitsinspektoren schwierig, Probleme während ihres Besuchs zu erkennen, und es ist selten möglich, inadäquate Managementpraktiken oder Sorgfaltspflichtverletzungen durch den Arbeitgeber nachzuweisen. Hinzu kommt, dass nur etwa 7 % der Firmen jährlich durch Arbeitsinspektoren vor Ort kontrolliert werden, und dies betrifft hauptsächlich Firmen mit hohem Unfallrisiko. Insgesamt wird der Druck des Arbeitsinspektorats auf die Firmen, was deren Umgang mit psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz anbelangt, als viel weniger stark wahrgenommen, als dies in anderen EU-Ländern der Fall ist (European Agency for Safety and Health at Work, 2010).

Eine Erhebung der European Agency for Safety and Health at Work (2010) hat untersucht, wie und inwiefern Unternehmen in der Schweiz und in anderen europäischen Ländern mit psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz umgehen. Die Ergebnisse zeigen, dass weniger als 20 % der Schweizer Firmen Verfahren für den Umgang mit arbeitsbezogenem Stress bereit halten, während durchschnittlich 25 % der Firmen in Europa über ein solches Programm verfügen (Abb. 2.3). Im Vergleich zu anderen Ländern informieren Schweizer Firmen ihre Beschäftigten auch eher weniger über psychosoziale Risiken am Arbeitsplatz und deren Auswirkungen auf die Gesundheit bzw. wer im Fall von arbeitsbezogenen psychosozialen Proble-

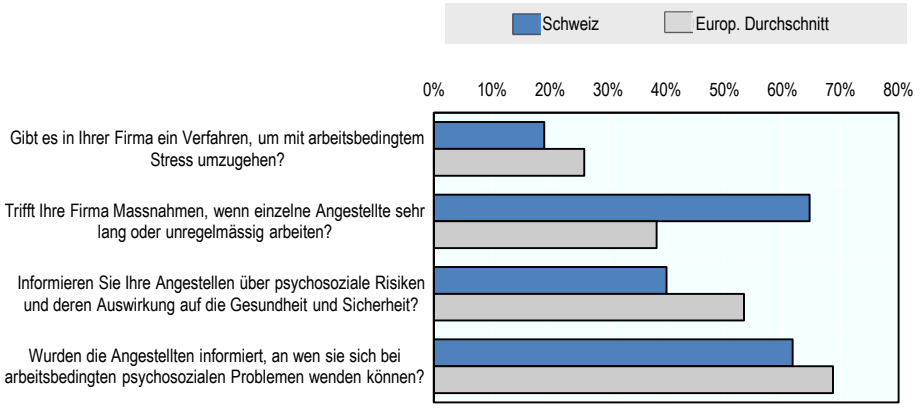
1 Siehe SECO (2011) für eine detaillierte Diskussion der Gesetzgebung.

2 Die SUVA, der (halb-)private Unfallversicherer in der Schweiz, beschäftigt ebenfalls rund 150 Inspektoren, die die Einhaltung des Arbeitsgesetzes in Unternehmen mit einem hohen Sicherheitsrisiko kontrollieren (die ca. 6 % aller Firmen in der Schweiz ausmachen), aber normalerweise sind sie im Bereich der psychosozialen Risiken nicht ausgebildet und messen diesen in ihrer Tätigkeit kaum Bedeutung bei.

men zu kontaktieren ist. Andererseits werden Schweizer Firmen viel häufiger aktiv, wenn ihre Angestellten übermässig viel Überzeit anhäufen oder zu sehr unregelmässigen Zeiten arbeiten.

Abb. 2.3. **Schweizer Firmen schenken dem Umgang mit psychosozialen Risiken weniger Aufmerksamkeit als Firmen in anderen Ländern**

Anteil der Firmen, die die entsprechenden Fragen mit Ja beantworteten, 2009




Quelle: OECD compilation based on the 2009 European survey of enterprises on new and emerging risks (ESENER) of the European Agency for Safety and Health at Work; *https://osha.europa.eu/sub/esener/en*.

Im Bericht wird auch erwähnt, dass durchschnittlich 3 % aller befragten Firmen (alle EU-Länder zusammengenommen) angeben, über ein umfassendes Programm in Bezug auf psychosoziales Risikomanagement zu verfügen[3], während sich der Anteil von Firmen ohne diesbezüglichen Vorkehrungen auf 12 % beläuft. Was die körperlichen Risiken anbelangt, belaufen sich die Anteile entsprechend auf 13 % und 2 %. Dem Umgang mit psychosozialen Risiken kommt also auf Organisationsebene weniger Aufmerksamkeit zu, als den allgemeinen Risiken.

In der Schweiz wurden in der Vergangenheit mehrere landesweite Sensibilisierungskampagnen und Initiativen über Stress und sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz durchgeführt, doch ist auf breiterer Ebene hinsichtlich psychischer Gesundheit und Arbeit sehr wenig unternommen worden. Im Jahr 2008 haben das SECO, die SUVA und die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) eine Internetplattform über Stress am Arbeitsplatz mit Informationen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer geschaffen.[4] Zudem hat die Gesundheitsförderung Schweiz, eine öffentliche, halbautonome Stiftung zur Förderung der Gesundheit, und der Unfallversicherer SUVA Managementrichtlinien und Kurse zum Umgang mit Stress am Arbeitsplatz und Prävention von Burnout bereitgestellt. Die SUVA bietet auch eine firmenspezifische Ressourcen- und Stressanalyse als Basis für präventive Managementmassnahmen an. Schliesslich hat die Gesundheitsförderung

3. Die folgenden sechs Aspekte des psychosozialen Risikomanagements wurden miteinbezogen: (1) Änderungen der Arbeitsgestaltung; (2) Vertrauliche Beratung der Mitarbeitenden; (3) Einführung eines Konfliktlösungsverfahrens; (4) Änderungen der Arbeitszeitenarrangements; (5) Neukonzipierung der Arbeitsumgebung; und (6) Schulungsangebote.

4. *http://www.stressnostress.ch*

Schweiz das Label "Friendly Work Space" für Firmen eingeführt, die sich in diesem Bereich besonders aktiv und erfolgreich betätigen[5], und unterstützt ein Netzwerk, wo Firmen gute Praktiken im Bereich Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz austauschen können (einschliesslich psychosozialer Gesundheitsaspekte).[6]

Trotz dieser Initiativen besteht immer noch Spielraum für Verbesserungen. Die Schweizer Unfallversicherer betrachten psychische Störungen im Allgemeinen nicht als anspruchsberechtigte Berufskrankheit. Tatsächlich kann eine psychische Erkrankung nur als berufsbedingt bewertet werden, wenn die Arbeit nachweislich die Hauptursache der Erkrankung ist, d.h. zu mindestens 75 % auf die Arbeit zurückgeht (bei anerkannten berufsbedingten Krankheiten sind es 50 %). Dies ist für praktisch keine psychische Erkrankung zu beweisen, auch nicht für stressbedingte Krankheiten (aus demselben Grund werden in der Schweiz auch Beschwerden, die den Bewegungsapparat betreffen, selten als berufsbedingte Erkrankungen anerkannt). Die SUVA bezeichnet solche Krankheiten als "arbeitsbezogene Gesundheitsbeschwerden", d.h. Gesundheitsprobleme, auf die sich die Arbeit zwar auswirkt und die durch Arbeit potentiell schlimmer werden, aber nicht durch Arbeit verursacht worden sind. Für all diese Krankheiten liegt der Fokus auf Prävention, sie generieren aber keine Zahlungen für arbeitsbedingte Verletzungen. Dies ist in einigen anderen Ländern völlig anders, wo sich in den letzten Jahren eine sukzessive Verschiebung zu psychischen Erkrankungen als hauptsächliche erwerbsausfallsentschädigungsberechtigte berufsbedingte Krankheit ergeben hat. So verursachten psychische Erkrankungen beispielsweise in Australien 2011 ein Drittel der Kosten für Arbeitsausfallsentschädigungen.

## Krankheitsmanagement am Arbeitsplatz

Meistens werden Probleme erst durch wiederholte und/oder lange Arbeitsabsenzen sichtbar. Doch häufige und lange krankheitsbedingte Abwesenheiten können für Leistungsbezüger leicht zum Haupthindernis werden, wenn es darum geht, den Arbeitsplatz zu behalten oder dahin zurückzukehren. Eine vertiefende Untersuchung des IV-Rentnerbestandes mit psychischen Störungen durch Baer et al. (2009) hat gezeigt, dass Absenzen, zwischenmenschliche Probleme mit den Mitarbeitenden und ungewöhnlich häufige Stellenwechsel die häufigsten Frühwarnsignale für eine spätere IV-Anmeldung sind, neben dem beginnenden Auftreten von psychischen oder somatoformen Symptomen. Systematisches Monitoring der krankheitsbedingten Absenzen und Frühintervention sind also nötig, um einen Rückzug vom Arbeitsmarkt und potentielle Invalidität von Menschen mit psychischen Störungen zu vermeiden. Je früher Hilfe einsetzt, desto besser lassen sich schwerwiegende psychische Erkrankungen und Komorbidität mit somatischen oder anderen psychischen Erkrankungen vermeiden, die eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt besonders erschweren. Diesen Zusammenhang hat man erkannt und mit der 5. IV-Revision wurde der Fokus auf Früherkennung und Frühintervention gelegt (siehe Kapitel 3).

In der Schweiz gibt es keine gesetzliche Vorgaben für Arbeitgeber, aktiv ein Krankheitsmanagement zu betreiben bzw. die Beschäftigten bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer längeren krankheitsbedingten Abwesenheit zu unter-

5 http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Betriebliche_Gesundheitsfoerderung/Tipps_Tools/label/unser_anliegen.php?lang=e *(accessed 16 April 2013)*

6. http://www.quint-essenz.ch/en *(accessed 16 April 2013)*

stützen. Krankheits- und Inavliditätsmanagement wird zwar in der Schweiz zunehmend eingesetzt, doch bestehen bei den Firmen grosse Unterschiede in der Handhabung der Personalressourcen. Eine Umfrage bei acht Firmen aus verschiedenen Sektoren und von unterschiedlicher Grösse hat gezeigt, dass viele Firmen nach einem oder mehreren Monaten Absenz bereit wären, ein Casemanagement einzusetzen, während andere zwei oder sogar drei Monate zuwarten würden, bevor sie aktiv würden (Geisen et al., 2008). Die Studie hat auch ergeben, dass es den Firmen sehr wichtig ist, die Krankheitsabsenzen ihrer Mitarbeitenden systematisch zu erfassen und zu überwachen. Doch ergab die Untersuchung über Krankheitsmanagement, dass mehrfaches, kurzes krankheitsbedingtes Fernbleiben gar nicht registriert wird (Kern et al., 2009).

Krankenversicherer bieten häufig eine Palette an Präventions- und Wiedereingliederungsdienstleistungen an, siehe Kasten 2.1.. Ein gutes Beispiel ist die Helsana, der grösste Schweizerische Krankenversicherer. Doch lassen Nachfragen vermuten, dass die privaten Krankenversicherer durch die neuerdings starke Fokussierung der staatlichen Invalidenversicherung auf Früherkennung (siehe Kapitel 3) ihre diesbezüglichen Aktivitäten wieder zurückgeschraubt haben.

Kasten 2.1. **Präventions- und Wiedereingliederungsdienstleistungen der Helsana**

Helsana, der grösste Krankenversicherer in der Schweiz, bietet seinen Kunden, d.h. den Firmen, Präventions- und Wiedereingliederungsdienste an. Die Firmen werden mittels Risikofaktorenanalyse (einschliesslich der Faktoren, die zu psychischen Gesundheitsproblemen führen können) und Ausarbeitung eines Präventionsprogramms dabei unterstützt, ein gesundes Arbeitsklima zu schaffen. Die Helsana bietet auf Nachfrage von Arbeitgebern oder Arbeitnehmern auch Casemanagement an, wenn Arbeitnehmer nach einem Unfall oder einer Krankheit Schwierigkeiten haben an die Arbeit zurückzukehren. Ein Casemanager der Helsana nimmt üblicherweise nach 30 Tagen Krankheitsabsenz Kontakt mit dem Arbeitnehmer auf, um ihn oder sie bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu betreuen. Dabei besteht die Betreuung hauptsächlich in der Koordination der verschiedenen involvierten Akteure, nämlich Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Ärzte und betreffendem Versicherer, einem Jobcoaching (teilweise in Zusammenarbeit mit den IV-Stellen), der Anpassung der Arbeitsstelle bzw. Arbeitsumgebung, Unterstützung bei Laufbahnänderungen und Umschulungen.

Es gibt keine Statistiken bezüglich der Anzahl von Firmen, die diese Dienste der Helsana in Anspruch nehmen, doch lassen Erfahrungsberichte aus der Praxis darauf schliessen, dass vor allem Firmen mit hohen Kosten aufgrund hoher Absenzenraten, starker Personalfluktuation, hohen Krankenpflegekosten oder Rekrutierungsproblemen an solchen Präventions- und Wiedereingliederungsdiensten ihres Versicherers interessiert sind.

Die Unternehmen haben jetzt die Möglichkeit, der Invalidenversicherung Fälle von Mitarbeitenden mit potentiell invalidisierenden Erkrankungen zu melden. Trotz potenziellem Nutzen für die Arbeitgeber hinsichtlich einer reduzierten Absenzenrate und einer rascheren Rückkehr kranker Angestellter an den Arbeitsplatz, wird von dieser Option im Fall von psychischen Problemen nur selten Gebrauch gemacht (Baer et al., 2011). Eine repräsentative Studie, die vom Bundesamt für Sozialversicherungen durchgeführt wurde, hat gezeigt, dass die Mehrheit der Arbeitgeber in der Schweiz über die Eingliederungstrategie der IV Bescheid wusste, aber nur wenigen die Eingliederungsmassnahmen, von denen sie profitieren

könnten, richtig bekannt sind (BSV, 2012). Namentlich können die IV-Stellen Beratung und Unterstützung sowie eine Rückerstattung der Prämienerhöhung für die Taggeldversicherung anbieten (siehe unten). Da der persönliche Kontakt mit den kantonalen IV-Stellen sich positiv auf die Wiedereingliederungsraten auszuwirken scheint, hat das Bundesamt für Sozialversicherungen eine Informationskampagne für Arbeitgeber lanciert, um ihr Wissen über die Instrumente zur beruflichen Wiedereingliederung, ihr Bild der Invalidenversicherung und ihre persönlichen Kontakte mit den IV-Stellen zu verbessern[7].

### Finanzielle Zuständigkeit des Arbeitgebers

Wird ein Arbeitnehmer krank, ist der Arbeitgeber zur Lohnfortzahlung verpflichtet. Die Mindestdauer hängt von den Dienstjahren ab (Tabelle 2.1). Die Lohnfortzahlung kann nicht durch Kündigung des Arbeitsverhältnisses verkürzt werden, ausser die Kündigung erfolgt auf Verschulden des Arbeitnehmers. Gleichzeitig darf ein Arbeitnehmer nach der Probezeit nicht entlassen werden, wenn er/sie aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig wird (Art 336c, Schweizer Zivilgesetzbuch). Es gelten folgende Dauern: i) 30 Tage für Arbeitnehmer, die unter einem Jahr im aktuellen Angestelltenverhältnis stehen, ii) 90 Tage, wenn sie im 2. bis 5. Dienstjahr stehen, und iii) 180 Tage nach sechs und mehr Dienstjahren. Diese Dauern entsprechen den Lohnfortzahlungsdauern oder sind etwas länger.

7 http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00023/03200/index.html?lang=fr (accessed 17 September 2013)

Tabelle 2.1. **Lohnfortzahlung bei Krankheit variiert je nach Dauer des Arbeitsverhältnisses**

Lohnfortzahlungsdauern in der Schweiz nach Dauer des Arbeitsverhältnisses. Drei verschiedene Skalen.

| Anstellungsdauer | Berner Skala[a] | Zürcher Skala[b] | Basler Skala[c] |
|---|---|---|---|
| 3-12 Monate | 3 Wochen | 3 Wochen | 3 Wochen |
| 2 Jahre | 4 Wochen | 8 Wochen | 9 Wochen |
| 3 Jahre | 9 Wochen | 9 Wochen | 9 Wochen |
| 4 Jahre | 9 Wochen | 10 Wochen | 13 Wochen |
| 5 Jahre | 13 Wochen | 11 Wochen | 13 Wochen |
| 6 Jahre | 13 Wochen | 12 Wochen | 13 Wochen |
| 7 Jahre | 13 Wochen | 13 Wochen | 13 Wochen |
| 8 Jahre | 13 Wochen | 14 Wochen | 13 Wochen |
| 9 Jahre | 13 Wochen | 15 Wochen | 13 Wochen |
| 10 Jahre | 17 Wochen | 16 Wochen | 13 Wochen |
| 11 Jahre | 17 Wochen | 17 Wochen | 17 Wochen |
| 15 Jahre | 22 Wochen | 21 Wochen | 17 Wochen |
| 20 Jahre | 26 Wochen | 26 Wochen | 22 Wochen |
| 21 Jahre | 26 Wochen | 27 Wochen | 26 Wochen |
| 25 Jahre | 30 Wochen | 31 Wochen | 26 Wochen |
| 30 Jahre | 33 Wochen | 36 Wochen | 26 Wochen |
| 35 Jahre | 39 Wochen | 41 Wochen | 26 Wochen |
| 40 Jahre | 39 Wochen | 46 Wochen | 26 Wochen |

a. Die Berner Skala wird in folgenden Kantonen verwendet: Bern, Luzern, Zug, Freiburg, Solothurn, St. Gallen, Aargau, Waadt, Wallis, Genf, Neuenburg, Jura, Obwalden, Nidwalden, Schwyz, Glarus, Uri, Tessin, Graubünden.

b. Die Zürcher Skala wird in folgenden Kantonen verwendet: Appenzell Innerrhoden, Appenzell Ausserrhoden, Zürich, Schaffhausen, Thurgau.

c. Die Basler Skala wird in folgenden Kantonen verwendet: Basel-Landschaft, Basel-Stadt.

Quelle: Bundesrat (2009).

Bessere Bedingungen für Lohnfortzahlungen und Kündigungsschutz als das Gesetz vorschreibt, können in Einzel- oder Gesamtarbeitsverträgen (GAV) vereinbart werden. Gemäss der Erhebung des Bundesamts für Statistik aus dem Jahr 2009 über die Gesamtarbeitsverträge in der Schweiz bieten 67 % der GAV, die je mindestens 1'500 Arbeitnehmer abdecken (nicht notwendigerweise in der gleichen Firma), günstigere Bedingungen, was die Lohnfortzahlung betrifft. Dies betrifft etwa 74 % der Beschäftigten mit Gesamtarbeitsverträgen, was etwa 25 % aller Angestellten in der Schweiz entspricht. In den meisten Fällen bedeutet dies eine dienstzeitunabhängige Lohnfortzahlung des vollen Lohns (27 % aller in der Erhebung untersuchten Gesamtarbeitsverträge) oder eines abnehmenden Teillohns (28 % der untersuchten Gesamtarbeitsverträge). Ein zusätzlicher Kündigungsschutz im Fall von Krankheit kommt weniger häufig vor: Nur 31 % der Gesamtarbeitsverträge bieten diesbezüglich bessere Bedingungen, was auf knapp 7 % aller Angestellten in der Schweiz zutrifft (Tabelle 2.2).

Als Folge der potenziell langen finanziellen Verantwortung für erkrankte Angestellte, sind die Arbeitgeber in der Regel gegen ein Lohnfortzahlungsrisiko durch kollektive Versicherungsverträge abgesichert. Dies trifft indes nicht unbedingt für einige grosse Unternehmen und den Bund zu, die sich nicht versichern lassen, da sie das Risiko selber tragen können (Bundesrat, 2009). Die Taggeldversicherung ist durch zwei Gesetzgebungen geregelt, zum einen durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und zum anderen durch das Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Es gibt allerdings keinen "Standardfall", da die Versicherungsvorkehrungen der Firmen und für die Beschäftigten je nach Versicherer und Arbeitsvertrag bzw. Kollektivvertrag erheblich voneinander abweichen (siehe Kasten 2.1 für weitere Details). Es ist zudem nicht möglich, eine Krankentaggelddeckungsrate pro Beschäftigten zu berechnen, da die Versicherer nur Informationen bezüglich Gesamtlohnsumme einer Firma erhalten. Die Erhebung über die Gesamtarbeitsverträge in der Schweiz (EGS) im Jahr 2009 hat ergeben, dass 82 % der Gesamtarbeitsverträge, die je mindestens 1'500 Angestellte umfassen, die Arbeitgeber dazu verpflichten, ihre Beschäftigen kollektiv zu versichern, womit etwa 22 % der Arbeitnehmer in der Schweiz kollektiv versichert sind (siehe Tabelle in Kasten 2.2). Weitere 13 % der GAV empfehlen ihren Mitgliederfirmen den Abschluss einer Kollektivversicherung.

Einzelpersonen können freiwillig einen Taggeldversicherungsvertrag abschliessen, beispielsweise selbstständig Erwerbstätige, die keiner Kollektivversicherung unterstellt sind oder Angestellte, die eine Zusatzdeckung wünschen. Doch sind die Prämien bei Einzelverträgen üblicherweise um einiges höher als für Kollektivverträge, da sich die Risiken nicht von einer grossen Gruppe abfedern lassen (Bundesrat, 2009). Deshalb spielen Einzelversicherungsverträge nur eine untergeordnete Rolle. Im Jahr 2010 belief sich der Anteil der Einzelverträge auf 18 % aller für Versicherungen nach KVG bezahlten Prämien (BAG, 2012) und eine Ad-hoc-Umfrage bei den wichtigsten Krankenversicherern durch das Bundesamt für Gesundheit im Jahr 2007 hat aufgezeigt, dass Einzelversicherungsverträge eine noch geringere Rolle spielen, was VVG-Verträge betrifft (Bundesrat, 2009).

Tabelle 2.2. **Die Mehrzahl der Kollektivverträge bieten bessere Bedingungen bei Krankheit als vom Gesetz vorgeschrieben**

Gesamtarbeitsverträge (privater und öffentlich-rechtlicher Sektor)[a], die mindestens 1500 Arbeitnehmer abdecken und bessere Bedingungen als das gesetzliche Minimum bezüglich Lohnfortzahlung und Kündigungsschutz im Krankheitsfall bieten, 2009

| | Gesamtarbeitsverträge | | Abgedeckte Angestellte | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % des Totals | Anzahl[b] | % der durch Gesamtarbeitsverträge gedeckten Angestellten | % aller Angestellten in der Schweiz |
| Total der Gesamtarbeitsverträge[a] | 98 | | 1'390'900 | | |
| Lohnfortzahlung[c] | 66 | 67% | 1'034'000 | 74% | 25% |
| Abhängig von der Anstellungsdauer | 8 | 8% | 338'900 | 24% | 8% |
| Voller Lohn über eine befristete Zeit | 26 | 27% | 155'800 | 11% | 4% |
| Teillohn oder abnehmender Lohn über eine befristete Zeit | 27 | 28% | 504'000 | 36% | 12% |
| Andere[d] | 5 | 5% | 35'300 | 3% | 1% |
| Kündigungsschutz im Krankheitsfall | 30 | 31% | 294'000 | 21% | 7% |
| Während einer begrenzten Zeit | 3 | 3% | 15'400 | 1% | 0% |
| Abhängig von der Anstellungsdauer | 8 | 8% | 83'000 | 6% | 2% |
| Abhängig vom Recht auf Lohnfortzahlung | 4 | 4% | 32'000 | 2% | 1% |
| Abhängig von den Versicherungs-bestimmungen | 5 | 5% | 82'400 | 6% | 2% |
| Andere[e] | 10 | 10% | 81'200 | 6% | 2% |

a. Dies ist eine Auswahl von Gesamtarbeitsverträgen (privater Sektor und öffentliche Hand) mit vorschreibenden Bestimmungen mit je mindestens 1 500 Vertragsunterstellten (98 Gesamtarbeitsverträge mit 1 390 900 Beschäftigten). 2009 waren in der Schweiz 602 Gesamtarbeitsverträge mit 1 533 100 Vertragsunterstellten in Kraft. Im Datenmaterial nicht enthalten: Gesamtarbeitsverträge ohne substantive Bestimmungen (12 GAV mit 166 200 Unterstellten) sowie der Temporärarbeitsbereich.

b. Die Bestimmungen in den GAV können für alle einem GAV unterstellten Beschäftigten gelten oder nur einer bestimmten Gruppe von Beschäftigten. Das vom BFS zur Verfügung gestellte statistische Material ermöglicht es nicht, dies zu unterscheiden.

c. Die unterschiedlichen Bedingungen ergeben sich entweder aus den Krankentaggeldbedingungen (obligatorisch, möglich oder empfohlen) oder Alternativen zum Krankentaggeld für alle oder eine bestimmte Gruppe der Beschäftigten.

d. Lohnfortzahlungen in Gesamtarbeitsverträgen ohne Bestimmungen für Krankentaggeld.

e. Der zusätzliche Schutz hängt von der Kombination der Faktoren ab, beispielsweise Alter, Anstellungsdauer, Versicherungsbestimmungen.

*Quelle:* Berechnungen des OECD-Sekretariats, basierend auf der Erhebung der Gesamtarbeitsverträge in der Schweiz 2009 (Bundesamt für Statistik BFS); Anzahl der Beschäftigten aus der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung.

## Kasten 2.2. **Das Taggeldversicherungssystem in der Schweiz**

Die soziale Krankenversicherung umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Taggeldversicherung. Die Taggeldversicherung wird durch zwei Gesetzgebungen geregelt: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Krankenversicherungen werden hauptsächlich durch private Krankenversicherer erbracht, die beide Versicherungstypen anbieten können.

### *Gesetzgebung*

Die Taggeldversicherung nach KVG ist eine Sozialversicherung und unterliegt einer Reihe von Erfordernissen: i) Versicherer dürfen Personen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren den Abschluss einer Taggeldversicherung nicht verweigern; ii) alle sind betreffend Prämie, Höhe und Dauer der Krankentaggelder gleich zu behandeln; iii) die Mindestdauer der Taggeldzahlungen sollte mindestens 720 Tage innerhalb von 900 Tagen betragen; iv) die Versicherer dürfen bereits bestehende Krankheiten aus dem Deckungsumfang ausschliessen, aber solche Vorbehalte enden nach spätestens fünf Jahren Versicherungsdeckung; und v) wechselt eine Person den Versicherer, weil der Arbeitsvertrag endet, darf der neue Versicherer keine neuen Vorbehalte anbringen. Das Gesetz sieht allerdings keinen Mindestsatz vor und so sind die Taggelder in vielen Fällen sehr bescheiden (Bundesrat, 2009).

Taggeldversicherungen nach VVG sind private Versicherungen und viel flexibler, da die Bedingungen mit dem Versicherer auszuhandeln sind. Anbieter können Anträge ablehnen und bestimmte Krankheiten ohne zeitliche Begrenzung ausschliessen. Zudem können die Prämien je nach Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und anderen Kriterien variieren. Die Versicherer können ihre Prämien nach Risikoentwicklung anpassen. Da Versicherungen nach VVG viel flexibler und besser auf die Bedürfnisse der Arbeitgeber ausgerichtet sind als Versicherungen nach KVG, werden die meisten Taggeldversicherungen nach VVG abgeschlossen, wass bedeutet, dass diese im Jahr 2010 für 92 % aller Krankenversicherungsleistungenaufkamen (BFS, 2012).

### *Kollektivversicherungsverträge*

Obwohl Taggeldversicherungen freiwillig sind, können Arbeitnehmer im Einzel- oder Gesamtarbeitsvertrag zum Abschluss einer Taggeldversicherung verpflichtet werden. Haben die Arbeitnehmer sich einer Taggeldversicherung zu unterstellen, sieht das Schweizerische Zivilgesetzbuch (Art 324b ZGB) und die Gesetzgebung vor, dass der Arbeitgeber mindestens 50 % der Versicherungsprämie übernimmt (der Rest wird vom Lohn des Arbeitnehmers abgezogen) und dass die Taggelder nach einer Wartefrist von drei Tagen mindestens 80 % des Lohns während 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen decken. Dabei wird die Taggeldversicherung üblicherweise als Kollektivversicherung durch die Firma und unter den gleichen Bedingungen für alle Beschäftigten abgeschlossen (Bundesrat, 2009).

### *Taggelder im Kündigungsfall*

Während der Angestelltenstatus einer Person bei einem Einzelversicherungsvertrag keine Rolle spielt, endet die Versicherungsdeckung bei Kollektivversicherungen normalerweise mit der Beendigung des Arbeitsvertrags. Es können allerdings anderslautende Absprachen getroffen werden. Versicherungsverträgen nach KVG unterstellte Arbeitnehmer können in einen Einzelversicherungsvertrag mit den gleichen Bedingungen wechseln, sofern sie weiterhin die Versicherungsprämien bezahlen. Bei Verträgen nach VVG besteht dieses Recht des freien Übergangs nicht, ausser es ist im Vertrag explizit erwähnt. Hingegen hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer weiterhin Taggelder bis zum Ablauf der im Versicherungsvertrag festgelegten Dauer auszurichten, wenn dieser zum Kündigungszeitpunkt bereits Leistungen bezogen hat. Doch die meisten Versicherungsverträge nach VVG enthalten eine Taggeldzahlungsbegrenzungsklausel auf maximal 30 Tage nach der Kündigung (Bundesrat, 2009).

## Kasten 2.2. **Das Taggeldversicherungssystem in der Schweiz (Forts.)**

**Regelung der Krankenversicherungsleistungen in Gesamtarbeitsverträgen**

Gesamtarbeitsverträge (Privatwirtschaft und öffentlicher Sektor)[a] mit je mindestens 1'500 Unterstellten, 2009.

| | Kollektivverträge | | Vertragsunterstellte | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % des Totals | Vertragsunterstellte[b] | % der Vertragsunterstellten | % aller Arbeitnehmer der Schweiz |
| Total der Gesamtarbeitsverträge[a] | 98 | 100% | 1'390'900 | 100% | 34% |
| Gesamtarbeitsverträge mit verpflichtender oder empfohlener kollektiver Taggeldversicherung | 93 | 95% | 1'355'600 | 97% | 33% |
| Verpflichtend | 80 | 82% | 915'400 | 66% | 22% |
| Empfohlen, möglich | 13 | 13% | 440'200 | 32% | 11% |
| Höhe der Taggelder[c,d] | | | | | |
| Nicht festgelegt | 6 | 6% | 107'400 | 8% | 3% |
| Reduziertes Taggeld | 6 | 6% | 117'500 | 8% | 3% |
| 100% des Lohns | 7 | 7% | 21'400 | 2% | 1% |
| <100% des Lohns (Pauschalbetrag oder Minimum) | 74 | 76% | 1'109'200 | 80% | 27% |
| Höchstdauer der Taggelder[c,d] | | | | | |
| Nicht festgelegt | 8 | 8% | 110'800 | 8% | 3% |
| <=720 Tage | 57 | 58% | 963'100 | 69% | 24% |
| >720 Tage | 28 | 29% | 281'700 | 20% | 7% |
| Kostenbeteiligung der Versicherungsprämie | | | | | |
| Nicht festgelegt | 13 | 13% | 104'600 | 8% | 3% |
| Nicht festgelegt aber mind. 50% durch Arbeitgeber | 13 | 13% | 345'500 | 25% | 8% |
| >50% durch Arbeitgeber | 11 | 11% | 120'700 | 9% | 3% |
| Gleicher Anteil Arbeitgeber-Arbeitnehmer | 47 | 48% | 620'500 | 45% | 15% |
| Anderes[e] | 9 | 9% | 164'300 | 12% | 4% |

a. Dies ist eine Auswahl von Gesamtarbeitsverträgen (privater Sektor und öffentliche Hand) mit vorschreibenden Bestimmungen mit je mindestens 1 500 Vertragsunterstellten (98 Gesamtarbeitsverträge mit 1 390 900 Beschäftigten). 2009 waren in der Schweiz 602 Gesamtarbeitsverträge mit 1 533 100 Vertragsunterstellten in Kraft. Im Datenmaterial nicht enthalten: Gesamtarbeitsverträge ohne substantive Bestimmungen (12 GAV mit 166 200 Unterstellten) sowie der Temporärarbeitsbereich.

b. Die Bestimmungen in den GAV können für alle einem GAV unterstellten Beschäftigten gelten oder nur einer bestimmten Gruppe von Beschäftigten. Das vom BFS zur Verfügung gestellte statistische Material ermöglicht es nicht, dies zu unterscheiden.

c. Die in einem Gesamtarbeitsvertrag festgelegten Bestimmungen (obligatorisch, möglich oder empfohlen) betreffen in der Regel Beschäftigte mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag oder einem länger als drei Monate nach der Probezeit dauernden Vertrag. In der Tabelle sind GAV mit besonderen Bestimmungen für bestimmte, definierte Beschwerden oder Krankheiten, die für eine oder mehrere Gruppen und bestimmte Be-

schäftigte gelten, nicht mitberücksichtigt. Dies können sein: befristete Arbeitsverträge oder kürzer als drei Monate gültige, Hilfsarbeitspersonal, während der Probezeit, usw.

d. Vertragliche Abmachungen und allgemeine Versicherungsbedingungen (Vorbehalte, Versicherungsdeckung, Wartefristen, Boni usw.) sind massgebend für die Erstellung von Versicherungsverträgen und die vollumfängliche Definition von Leistungen (Betrag, Dauer). In der Tabelle sind solche Unterschiede im Zusammenhang mit vereinbarten Lohnkomponenten bzw. Referenzlohn für Taggelder, Referenzdauern für Leistungen (z.B. 900 aufeinanderfolgende Tage) und spezifische Begrenzungen und Bedingungen für den Beginn und die Beendigung der Versicherungsleistungen nicht miteinberechnet

e. Diese Kategorie enthält Kostenteilung in der Form von Lohnprozenten oder die Möglichkeit der Rückerstattung.

*Quelle:* Berechnungen des OECD-Sekretariats, basierend auf der Erhebung der Gesamtarbeitsverträge in der Schweiz 2009 (Bundesamt für Statistik BFS); Anzahl der Beschäftigten aus der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung.

Zusammenfassend und obwohl aufgrund der fehlenden Daten und den enormen Unterschieden zwischen den Firmen und den Versicherungsverträgen unklar bleibt, wie weit genau die Abdeckung durch das Taggeldsystem reicht, kann festgestellt werden, dass in dieser Struktur Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen eher weniger gut geschützt sind, was den Anspruch auf Krankentaggelder und die Kündigungsregelungen bei Krankheit anbelangt. Personen mit einer psychischen Störung weisen durchschnittlich kürzere Arbeitsverhältnisse auf und haben eher Anstellungen, die weniger als 10 Jahre dauern (OECD, 2012), da sie tendenziell grössere Schwierigkeiten haben, an einer Arbeitsstelle zu verbleiben, und die Stellen eher häufiger wechseln (häufiger Stellenwechsel kommt besonders unter Personen mit mittelgradiger psychischer Störung vor), womit wiederum sowohl die Dauer des Kündigungsschutzes als auch die Anspruchsdauer auf Krankentaggeld kürzer ausfallen. Diese Situation bedeutet, dass der Arbeitgeber und auch der Versicherer in reduziertem Umfang verantwortlich sind und damit die Wahrscheinlichkeit potenziell geringer wird, dass diese Personen zu einem frühen Zeitpunkt an die Invalidenversicherung verwiesen werden, ausser die Betroffenen melden ihren Fall selber, was in Anbetracht der fehlenden Selbsterkenntnis psychisch Erkrankter auch nicht sehr wahrscheinlich ist.

Grundsätzlich hätten hohe Kosten für krankheitsbedingte Abwesenheiten höhere Prämien für die Arbeitgeber zur Folge, was diese theoretisch ermutigen sollte, Langzeitabsenzen und invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigungen bei ihren Arbeitnehmern zu verhindern.[8] Doch vereinzelte Hinweise legen nahe, dass die Präventions- und Interventionswirkung dieser erfahrungstarifierten Prämien beschränkt ist, da die Unternehmen aufgrund der starken Konkurrenz im Versicherungsmarkt anscheinend problemlos die Versicherungsgesellschaft wechseln und ihre Prämientarife neu aushandeln können.

8 Die unterschiedlichen Versicherungsprämien bei sinkender Anzahl von Krankheitsfällen in Firmen, auch als verlaufsabhängige Prämie bekannt, wird ausführlicher im OECD-Bericht (2006) besprochen.

## Schlussfolgerung und Empfehlungen

Das Schweizerische Arbeitsgesetz verlangt von den Arbeitgebern, angemessene Massnahmen zum Schutz der Gesundheit ihrer Beschäftigten zu treffen, einschliesslich der psychischen Gesundheit. Doch weisen die vorliegenden Daten darauf hin, dass die Schweizer Arbeitgeber dem Management von psychosozialen Risiken insgesamt weniger Aufmerksamkeit beimessen, als es EU-Unternehmen im Durchschnitt tun, und dass der Druck der Arbeitsinspektorate auf die Arbeitgeber, dies zu tun, als weniger stark wahrgenommen wird. In den vergangenen zwei Jahren ist das Bewusstsein der Arbeitsinspektoren für psychische Problematiken am Arbeitsplatz zwar gestiegen, aber sie sind selten in der Lage, inadäquate Managementpraktiken oder Sorgfaltspflichtverletzungen durch den Arbeitgeber nachzuweisen, womit die Inspektion als Präventionsinstrument ziemlich wirkungslos bleibt.

Krankheitsmonitoring und –management stellen entscheidende Instrumente im Umgang mit psychischen Gesundheitsproblemen dar. Doch das schweizerische System garantiert nicht, dass krankheitsbedingte Absenzen überwacht und gut begleitet werden. Für die Arbeitgeber bestehen diesbezüglich keine gesetzlichen Pflichten und ihre finanzielle Zuständigkeit für erkrankte Angestellte ist abhängig vom individuellen Arbeitsvertrag der beschäftigten Person und, wenn vorhanden, vom Gesamtarbeits- und Versicherungsvertrag. Viele Versicherungsanbieter (einschliesslich der IV-Stellen) bieten Präventions- und Wiedereingliederungsleistungen an, doch bezüglich der Inanspruchnahme solcher Dienstleistungen gibt es zwischen den Unternehmen grosse Unterschiede. Da sich die Anstellungsdauer auf den Versicherungsschutz, einschliesslich der Höhe und der Dauer der bezahlten Leistungen, auswirkt, sind Angestellte mit psychischen Problemen benachteiligt, da sie tendenziell häufiger die Stelle wechseln als der durchschnittliche Arbeitnehmer.

### *Psychosoziale Risiken am Arbeitsplatz besser angehen*

- *Bewusstsein über den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Arbeit erhöhen*. Durchführen landesweiter Kampagnen über die Ursachen und Folgen von psychischer Krankheit bei der Arbeit und Informationen und Schulungen für Unternehmen und Manager im Umgang mit psychisch Erkrankten in ihrer Belegschaft.

- *Entwickeln von Unterstützungsinstrumenten für die Arbeitgeber*. Ausarbeiten von einfach zugänglichen Instrumenten und Richtlinien für Arbeitgeber bezüglich wie und was zu beurteilen ist und wie mit erkannten psychosozialen Risiken umzugehen ist (abschwächen bzw. beseitigen). Unterstützung durch externe Fachpersonen, falls nötig, besonders für kleine und mittelgrosse Unternehmen.

- *Überwachen der Einhaltung des Arbeitsgesetzes*. Anstatt die Inputs, wie Arbeitsbedingungen und -ressourcen zur Bewältigung von psychosozialen Risikofaktoren am Arbeitsplatz, zu überwachen, könnten die Schweizer Behörden die Outputs, wie Personalfluktuation und Absenzenraten, überwachen. Würden diese Informationen der breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht, so würde das für die Firmen Anreize schaffen, die Probleme in diesem Bereich fachgerecht anzugehen.

- *Erwägen, das Unfallversicherungsgesetz anzupassen.* Aktuell wird psychische Erkrankung nicht als Berufskrankheit anerkannt. Eine mögliche Teilanerkennung von arbeitsbezogenen psychischen Gesundheitsproblemen, die durch Arbeit verschlimmert werden, wie es beispielsweise in Australien bereits der Fall ist, sollte diskutiert werden. Eine stärkere Verantwortung der Unfallversicherer wäre wünschenswert, verfügen diese doch über wertvolle Erfahrungen und griffige Mittel (einschliesslich zum Beispiel Casemanagement), um Betroffenen zu helfen, weiter zu arbeiten bzw. sehr schnell wieder an die Arbeit zurückzukehren.

### *Verstärken des Krankheitsabsenzenmanagments und -monitorings*

- *Förderung des Krankheitsmonitorings.* Es sollte eine regelmässige Kontrolle der Arztzeugnisse sowie die Pflicht eingeführt werden, die Invalidenversicherung bei Fällen von relevanten Absenzen (an 30 aufeinanderfolgenden Tagen) oder regelmässigen Kurz-Absenzen zu benachrichtigen. Unterlassungen sollten automatisch eine Sanktion zur Folge haben, die direkt an die Invalidenversicherung zu bezahlen ist.

- *Stärken der finanziellen Anreize.* Eine breitere Einführung von erfahrungsbasierten Prämien für die Taggeldversicherung sollte gefördert werden, um die Anreize für die Arbeitgeber, sich aktiv für das Krankheitsmanagement zu engagieren, zu verstärken. Den Versicherern sollte das Recht eingeräumt werden, die Prämien abhängig zu machen vom Monitoring und der Einhaltung der Ratschläge der Versicherer betreffend des Krankheits- und Return-to-Work-Managements.

- *Verbessern des Zugangs zu professioneller Hilfe für Arbeitgeber*. Arbeitgeber sollten Zugang zu professioneller Unterstützung haben, um den Beschäftigen mit psychischen Problemen zu helfen, ihre Stelle zu behalten oder so rasch als möglich wieder an die Arbeit zurückkehren, wenn sie krankheitsbedingt abwesend sind. Betriebliche Gesundheitsdienste im Unternehmen sollten allgemein erweitert werden, aber speziell innerhalb des privaten Krankenversicherungs- und des staatlichen Invalidenversicherungssystems.

### *Literaturverzeichnis*

Baer, N., U. Frick, und T. Fasel (2009), "Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen: Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe", *FoP-IV Forschungsbericht* Nr. 6/09, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Baer, N., U. Frick, T. Fasel und W. Wiedermann (2011), "Schwierige" Mitarbeiter: Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche – eine Pilotstudie in Basel-Stadt und Basel-Landschaft", *FoP-IV Forschungsbericht* Nr. 1/11, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

CFST (2012), *Communications de la Commission Fédérale de Coordination pour la Sécurité au Travail,* No. 74 (May 2012), Lucerne.

Conseil Fédéral (2009), *Évaluation du Système d'Assurance d'Indemnités Journalières en Cas de Maladie et Propositions de Réforme,* Rapport du Conseil

Fédéral en Réponse au Postulat 04.3000 de la Commission de la Sécurité Sociale et de la Santé Publique du Conseil National, du 16 janvier 2004.

European Agency for Safety and Health at Work (2010), "*European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks, Managing Safety and Health at Work",* European Union, Luxembourg.

Geisen, T., A. Lichtenauer, C. Roulin, und G. Schielke (2008), Disability Management in Unternehmen in der Schweiz, *FoP-IV Forschungsbericht* Nr. 03/08, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Kelloway, K. and J. Barling (2010), "Leadership Development as an Intervention in Occupational Health Psychology", *Work and Stress,* Vol. 24, No. 3, pp. 260-279.

Kern, F., K. Zuercher et B. Dranuser (2009), "Détection Santé: Plusieurs Failles dans la Gestion des Absences Grèvent le Processus", Regards Des Gens et de Idées, *HR Today* 01/2009, Planfayon.

Müller, R. (2007), Détection et Intervention Précoces: Un Défi et une Opportunité pour les Employeurs, *Sécurité Sociales CHSS* 06/2007, Office Fédéral des Assurances Sociales, Berne.

OECD (2006), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Vol.1: Norway, Poland and Switzerland*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264026322-en.

OECD (2012), *Sick on the job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en.

OFAS (2012), *Perception de l'AI par les employeurs: Analyse des résultats de l'enquète menée en janvier/février 2012*, Office Fédéral des Assurances Sociales, Berne.

OFSP (2012), *Statistique de l'Assurance-Maladie Obligatoire 2010,* Office Fédéral de la Santé Publique, Berne.

Ramaciotti, D. and J. Perriard (2000), *Les coûts du stress en Suisse*, State Secretariat for Economic Affairs, Berne.

SECO (2009), *Guide d'Action par Rapport aux Facteurs de Risques Psychosociaux au Travail*, State Secretariat for Economic Affairs, Berne.

SECO (2011), *Commentaire des Ordonnances 3 et 4 Relatives à la Loi sur le Travail,* State Secretariat for Economic Affairs, Berne.

Stansfeld, S. and B. Candy (2006), "Psychosocial Work Environment and Mental Health – A Metaanalytic Review", *Scandinavian Journal of Work and Health*, Vol. 32, Special Issue No. 6, pp. 443-462.

Strub, S. and M. Schär Moser (2008), *Risque et ampleur du harcèlement sexuel sur le lieu de travail: Une enquête représentative en Suisse alémanique et en Suisse romande,* Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes BFEG and State Secretariat for Economic Affairs, Berne.

# *Kapitel 3*

# Von der Rentenorientierung zur Eingliederungsorientierung: ein Jahrzehnt Schweizer Invalidenversicherungsreformen

*In den vergangenen zehn Jahren ist das Invalidenversicherungssystem verschiedenen tiefgreifenden Reformen unterzogen worden, wobei der Hauptfokus auf der psychischen Gesundheit lag, um das Problem des starken und kontinuierlichen Anstiegs von Leistungsbezügern mit psychischen Störungen zu bewältigen. Dieses Kapitel gibt eine Übersicht über diese Reformen, zum Beispiel die Einführung der regionalen ärztlichen Dienste in der Invalidenversicherung, die die Beurteilungen der behandelnden Ärzte aufheben können, sowie die neue Ausrichtung auf Frühintervention und die berufliche Wiedereingliederung von Rentenbezügern. Auch wird eine vorläufige Beurteilung der bisherigen Wirkung dieser Reformen vorgenommen. Nicht zuletzt hat über die Gesetzesreformen hinaus eine intensiv geführte öffentliche Debatte zu einer Sensibilisierung aller Akteure beigetragen und zu einem deutlichen Rückgang von IV-Neuberentungen geführt. Dennoch bleiben grosse Herausforderungen zu meistern.*

Bis in die 1990er Jahre wies die Schweiz eine relativ tiefe Rate an IV-Leistungsbezügern auf und nur wenige davon aufgrund von psychischen Gesundheitsproblemen. Nach 1990 stiegen die IV-Fälle kontinuierlich an. In den letzten Jahren ging die Anzahl der IV-Bezüger wieder zurück, doch die Anzahl der Bezüger mit einer psychischen Störung wuchs weiter. Die Zunahme der Invalidenrenten führte zu einem besorgniserregenden Defizit bei der Invalidenversicherung. Da sich die Invalidenversicherung aus dem gleichen Gefäss wie die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) finanzierte, war auch deren Liquidität bedroht, vor allem angesichts der demografischen Alterung der Bevölkerung.

Dies führte in den vergangenen zehn Jahren zu einer Reihe von politischen Initiativen und mehreren Revisionen des Gesetzes der Invalidenversicherung (IVG) und einer Verlagerung von einem verwaltungsbasierten zu einem interventionsbasierten Ansatz. Es wurden verschiedene finanzielle und gesetzliche Massnahmen ergriffen, die darauf abzielen, die durch die zunehmende Anzahl an IV-Bezügern verursachten Defizite zu stabilisieren und zu verkleinern. Es bleibt eine offene Frage, welche dieser Massnahmen,in welchem Ausmass, für den in den letzten Jahren beobachteten Rückgang des Rentenbestandes verantwortlich sind. Andere Länder können jedenfalls einige Lehren aus den Schweizer Reformen ziehen, wenn es beispielsweise um das Potenzial versicherungsnaher medizinischer Dienste oder die Frühintervention geht. Allerdings konnte der tendenzielle Arbeitsmarktausschluss im Zusammenhang mit psychischen Gesundheitsproblemen bisher nicht unter Kontrolle gebracht werden.

## Psychische Störungen bilden den Hauptfaktor für zunehmende IV-Berentungen

Die Schweiz wies über die vergangenen zwanzig Jahre eine stetige Zunahme an IV-Rentnern auf. Der Höhepunkt wurde im Jahr 2005 erreicht, hauptsächlich aufgrund psychischer Störungen. Zwar war überall eine Zunahme zu verzeichnen, doch in einigen städtischen Kantonen, zum Beispiel in Basel-Stadt und Genf, war sie besonders hoch. Seit 2003 nehmen die Neuberentungen aufgrund von psychischen Störungen ab und haben sich nahezu auf dem Stand von 1995 stabilisiert, während die Zahl der Neuberentungen aus anderen Gründen deutlich unter diesen Stand fiel (Abb. 3.1). So erhalten heute rund 40 % aller IV-Leistungsbezüger eine IV-Rente aufgrund einer psychischen Störung.[1]

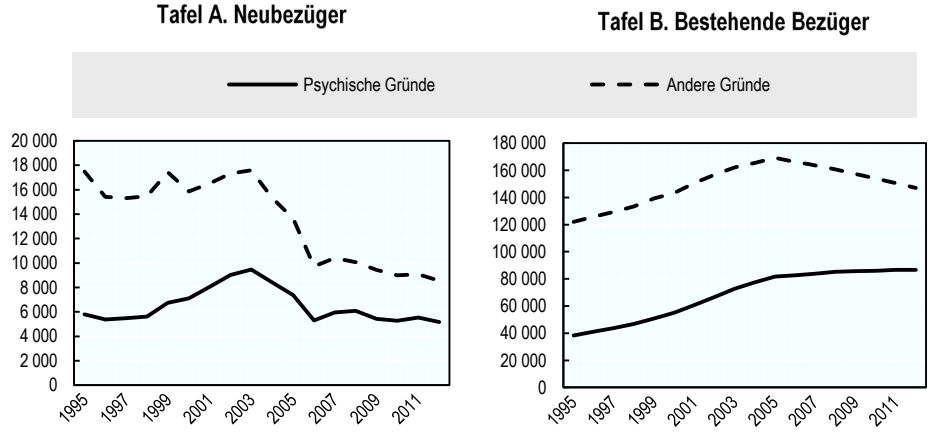
Aufgrund der steten Zunahme von IV-Fallzahlen hatte sich die finanzielle Situation der Invalidenversicherung seit Mitte der 1990er Jahre verschlechtert und zu einem kumulierten Defizit in Höhe von CHF 15 Milliarden bei der AHV geführt (Stand 2010). In den vergangenen zehn Jahren wurden verschiedene kurz- und langfristige Massnahmen umgesetzt, um das Budget der IV auszugleichen und die AHV zu entlasten: i) Schaffung eines separaten Invalidenversicherungsfonds mit einem Startkapital von CHF 5 Milliarden aus der AHV-Kasse; ii) eine zeitlich begrenzte (2011 bis 2017) Erhöhung der Mehrwertsteuer von 7.6 % auf 8 % zur Mitfinanzierung des neuen Fonds und zum Auffangen des jährlichen IV-Defizits von

[1] Nach der Definition von psychischer Störung in diesem Bericht, d.h. ohne organische geistige Krankheiten und mentale Retardierung (OECD, 2012), erhalten rund 87 000 Personen eine IV-Rente aus psychischen Gründen. Zusammen mit diesen ausgeschlossenen Diagnosen betrug der Anteil der IV-Renten aus psychischen Gründen im Jahr 2012 43 %.

rund einer Milliarde Franken; und iii) drei Revisionen des Invalidenversicherungsgesetzes.

Abb. 3.1. **IV-Leistungen gehen zunehmend an IV-Bezüger mit einer psychischen Störung**

Anzahl der Neuberentungen und aktuelle IV-Bezüger,
psychische Gründe im Vergleich mit anderen Gründen, 1995-2011




Quelle: OECD-Berechnungen, basierend auf Daten des Bundesamts für Sozialversicherungen

Zusammen mit den Diskussionen um diese Reformen und ein Referendum gegen die Erhöhung der Mehrwertsteuer wurde auch eine öffentliche Debatte über das Invalidenversicherungssystem und besonders über den steigenden Anteil der IV-Leistungen aufgrund psychischer Störungen geführt. Offenbar sind alle Akteure davon betroffen, was das Bewusstsein dafür erhöht hat, dass der zunehmende Ausschluss von Personen mit gesundheitlichen Problemen aus dem Arbeitsmarkt nicht nur deren Lebensqualität verschlechtert, sondern über lange Sicht auch zu immensen Kosten führt (Modetta, 2006).

### *Verschiebung von Erkrankungen des Bewegungsapparats zu psychischen Gesundheitsproblemen*

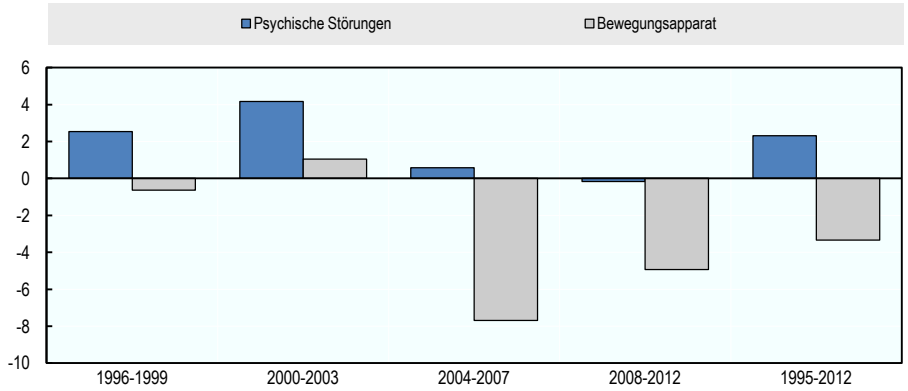
Während die Neuberentungen aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparats nach 2003 stark rückläufig sind, nahmen Neuberentungen aufgrund von psychischen Störungen bis vor Kurzem zu. Insgesamt sind die Erkrankungen des Bewegungsapparats im Zeitraum von 1995 bis 2012 um 3,3 % pro Jahr zurückgegangen, während psychische Störungen um jährlich 2,3 % zugenommen haben (Abb. 3.2).

Es gibt verschiedene mögliche Erklärungen für diese abweichenden Tendenzen. Erstens könnten sich die jüngsten IVG-Revisionen erheblich auf die Antragsteller mit Erkrankungen des Bewegungsapparats ausgewirkt haben, aber noch nicht die gleichen Auswirkungen auf jene mit psychischen Störungen gezeitigt haben. Zweitens könnten Veränderungen in der Arbeitswelt mit einer Abnahme manueller Arbeiten und einer Zunahme kognitiv anspruchsvoller Arbeiten zu den veränderten Häufigkeiten der verschiedenen Gesundheitsschäden geführt haben. Drittens könnte eine Verschiebung von somatischen (Bewegungsapparat) zu psychi-

schen Diagnosen stattgefunden haben, die im Zusammenhang steht, mit der hohen Komorbidität von psychischen und körperlichen Krankheiten in der Bevölkerung und der erhöhten Aufmerksamkeit, die psychischen Erkrankungen geschenkt wird. Dies kann dazu beigetragen haben, dass sich sowohl bei den Antragstellern als auch deren Ärzten eine neue – und wahrscheinlich zutreffendere – Etikettierung für diese Gesundheitsprobleme entwickelt hat.

Abb. 3.2. **Invalidenleistungsanträge erfahren eine Verschiebung von Erkrankungen des Bewegungsapparats zu psychischen Gesundheitsproblemen**

Durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der Neuberentungen, anteilig der Gesamtrenten. Psychische Störungen verglichen mit Erkrankungen des Bewegungsapparats, 1995-2011




Quelle: OECD-Berechnungen, basierend auf Daten des Bundesamts für Sozialversicherungen

Nicht alle psychischen Störungen sind gleichermassen an derZunahme der Invalidenrenten[2] beteiligt. Der Anstieg geht hauptsächlich auf die sogenannten "psychogenen und reaktiven" Störungen zurück, d.h. Störungen, die vermutlich durch psychologische Mechanismen (d.h. nicht biologisch bedingte Gründe) ausgelöst werden.[3] Die Anzahl von IV-Berentungen aufgrund von reaktiven psychischen Störungen hat sich zwischen 1995 und 2012 verdreifacht. Blickt man bis in die 1980er-Jahre zurück, so hat sich diese Zahl sogar verzehnfacht, von rund 5 000 auf 50 000. Seit 1995 fällt der Grossteil aller Neuberentungen aufgrund von psychischen Störungen unter diese Kategorie.

2 . Die Klassifizierung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Invalidenversicherung umfasst neun überholte Kategorien psychischer Störungen, die überhaupt nicht im Einklang mit der Internationalen Klassifizierung von Krankheiten (ICD-10) stehen: Schizophrenie, reaktive Störungen, Alkoholabhängigkeit, Abhängigkeit von anderen Substanzen und mentale Retardierung. Diese Klassifizierung kann für statistische Zwecke weiterverwendet werden, doch sie sollte um die ICD-Diagnosen ergänzt werden. Dadurch würden die Analysen und internationalen Vergleiche verbessert.

3 . Die Unterscheidung von psychischen Störungen nach vermuteter Ursache (d.h. die Ätiologie der psychischen Erkrankungen) wurde mit der Einführung von ICD-10 aufgegeben. Die so genannten „psychogenen und reaktiven Störungen“ (Gebrechenscode 646 der Invalidenversicherung) umfassen sehr unterschiedliche psychische Krankheiten wie beispielsweise Depression, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen usw.

### *Wer sind die "neuen" Leistungsbezüger?*

*Diagnosen*

Eine vertiefte Analyse der gemischten Kategorie von IV-Leistungsbezügern mit reaktiven Störungen zwischen 1993 und 2006 hat gezeigt, dass die Hauptgründe für die Zusprache einer IV-Rente Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und Somatisierungsstörungen sind (Baer et al., 2009), wobei die beiden letztgenannten überproportional angestiegen sind. Somatisierungsstörungen sind häufig verbunden mit sozialen Problemen, einer starken Inanspruchnahme von allgemeinmedizinischen Leistungen und geringer Inanspruchnahme von psychologischer Behandlung. Dies stellt das IV-System vor grosse Probleme. Aufgrund des niedrigen durchschnittlichen Bildungsstands und der Fokussierung auf Schmerzen und Genesung sind diese Antragsteller kaum je in den Genuss einer beruflichen Eingliederungsmassnahme gekommen, vielmehr hat man ihnen eine besonders schlechte Arbeitsprognose gestellt (um einiges schlechter als beispielsweise bei Schizophrenie), was letztlich häufig zu einer IV-Rente geführt hat. Der Grundsatz der Invalidenversicherung, dass Antragsteller ohne Berufsbildung nicht für Umschulungsmassnahmen in Frage kommen, ist hier kontraproduktiv.

Was die Somatisierungsstörungen anbelangt, so hat 2004 das Bundesgericht entschieden, dass Schmerzerkrankungen ohne körperliche Ursache nicht zwangsläufig zu Erwerbsunfähigkeit führen müssen und deshalb für die betroffene Person keinen Anspruch auf eine Invalidenrente schaffen. 2011 hat das Bundesgericht diesen Entscheid auf alle Leiden ohne klare organische Grundlage ausgedehnt, z.B. Schleudertrauma, chronische Müdigkeit oder Fibromyalgie. Dies steht im Einklang mit früheren Ausschlüssen von spezifischen Beschwerden vom Anspruch auf eine IV-Rente, gleich wie Störungen aufgrund des Konsums von Substanzen ausgeschlossen wurden. Diese gesetzlichen Beschlüsse gründen auf der Ansicht, dass es zumutbar ist, zu erwarten, dass diese spezifischen Beschwerden überwunden werden können.

Persönlichkeitsstörungen stellen die wichtigste Einzelursache für die Gewährung eine IV-Rente dar. Die häufigste Diagnose bei IV-Leistungsbezügern sind jedoch depressive Störungen. Dieses etwas verwirrende Ergebnis lässt sich mit der Art des medizinischen Abklärungsverfahrens erklären, das sehr intensiv ist und normalerweise mehrere Ärzte mit einbezieht, die (mitunter unterschiedliche) Diagnosen stellen (im Durchschnitt fünf Diagnosen pro Antragsteller). So wurde beispielsweise vielen Antragstellern zu Anfang des Verfahrens eine körperliche Störung diagnostiziert und diese Diagnose später auf psychische Störung geändert. Deshalb entspricht die vorherrschende Diagnose nicht unbedingt der Diagnose, die letztlich zum Zuspruch einer IV-Rente führt. Persönlichkeitsstörungen machen etwa ein Drittel aller aktuellen IV-Renten aus (Baer et al., 2009). Dieser Aspekt ist wichtig, da die lange Zeit vorherrschenden Eingliederungsmassnahmen der IV (Schulung, Umschulung, Berufsberatung) und sonstige Eingliederungsdienstleistungen im Allgemeinen auf Personen ausgerichtet waren, die aufgrund eines körperlichen Gesundheitsproblems ihrer Arbeit nicht mehr nachgehen konnten. Diese Massnahmen sind häufig bei anhaltenden Persönlichkeitsstörungen nicht wirksam, sind doch die Betroffenen normalerweise gut ausgebildet, verfügen aber über eine geringe Sozialkompetenz. Im Jahr 2008 wurden jedoch einige spezifische Massnahmen für Antragsteller mit einer psychischen Störung eingeführt (siehe unten).

*Schlechte Erwerbsbiographien*

Rund 85 % der aktuellen IV-Leistungsbezüger mit einer reaktiven psychischen Störung arbeiteten vor dem Antrag auf IV-Leistungen (durchschnittlich im Alter von 40 Jahren) über lange Zeit, manchmal über Jahrzehnte. Allerdings betrug ihr Jahreseinkommen nur etwa ein Drittel des Durchschnittseinkommens der erwerbstätigen Bevölkerung (Baer et al., 2009). Die Antragsteller wiesen üblicherweise nicht nur tiefe Löhne auf, was auf eine niedrige Bildung hinweist, sondern erhielten auch mehrmals Sozialhilfe und Arbeitslosenunterstützung. Der typische IV-Leistungsbezüger mit einer psychischen Störung war dementsprechend nie voll in den Arbeitsmarkt integriert.

*Gefährdete Gesellschaftsgruppen*

Zwischen 1993 und 2006 war eine starke Zunahme von IV-Leistungsbezügern aus bestimmten Bevölkerungsgruppen aufgrund von reaktiven psychischen Störungen zu verzeichnen: Immigranten mit niedrigem Bildungsstand, ältere Arbeitnehmer und alleinstehende Mütter (Baer et al., 2009). Keine dieser soziodemografischen Eigenschaften sollten für die Entscheidung relevant sein, ob jemand IV-Unterstützung erhält oder nicht, aber in der Praxis spielten sie im Abklärungsprozess offensichtlich eine wichtige Rolle. Es ist anerkannt, dass alle Akteure, d.h. Arbeitgeber, Ärzte, Sozialhilfe der Gemeinden, Gerichte usw., es zumindest bis ca. 2005 für eine gute Lösung hielten, Personen mit erheblichen gesundheitlichen Problemen bei der Arbeit bzw. mit schlechten Aussichten auf eine Anstellung an die IV zu verweisen. Dementsprechend betrug der Anteil von IV-Antragstellern, die eine berufliche Eingliederungsmassnahme zugesprochen erhielten, bevor sie eine IV-Rente beziehen konnten, lediglich 13 %. Der Anteil der Antragsteller aus der Gruppe der Immigranten lag mit 4 % noch tiefer. Der seit 1960 von der IV verfolgte Ansatz der "Eingliederung vor Rente" wurde damit effektiv untergraben.

Der Anteil der Immigranten innerhalb der IV-Leistungsbezügergruppe aufgrund von reaktiven psychischen Störungen stieg von 28 % im Jahr 1993 auf 40 % im Jahr 2006 an, während der Anteil von Personen mit ausländischer Nationalität mit rund 20 % der Bevölkerung stabil blieb. 2008 war der Anteil von IV-Neurentnern aus dem ehemaligen Jugoslawien (0.7) und der Türkei (0.8 %) je mehr als doppelt so hoch wie der Anteil von Schweizern (0.3 %) (Bolliger et al., 2010). Was Immigranten aus Hochlohnländern (z.B. Deutschland oder Skandinavien) betrifft, so lagen die Anteile an Neuberentungen deutlich tiefer.

Demnach ist der Hauptfaktor wahrscheinlich nicht der Immigrantenstatus per se, sondern vielmehr die fehlende Bildung eines Teils der Immigranten und die sich daraus ergebenden Folgen, z.B. geringe Sprachkenntnisse, mehr körperlich anstrengende Arbeit, schlechte Arbeitsmarktaussichten und tiefere Löhne. Dies alles macht die hohen Leistungszahlungen zur attraktiven Alternative (Bütler, 2009). Zudem werden die IV-Renten im Gegensatz zu den Sozialhilfebeiträgen wohnortunabhängig ausbezahlt, d.h. die Zahlungen gehen nach der Rückkehr ins Ursprungsland weiter (mit Ausnahme des Kosovo, wie das Bundesgericht kürzlich entschieden hat) (Bolliger et al., 2010).

Zwei kürzlich in der Schweiz durchgeführten Studien über Immigranten im Invalidenversicherungssystem (Bolliger et al., 2010; Guggisberg et al., 2010) kamen zum Schluss, dass der in der ausländischen Bevölkerung nach Selbsteinschät-

zung tiefere Gesundheitsstatus das höhere Risiko, zum IV-Leistungsbezüger zu werden, weitgehend erklärt. Offen bleibt, ob die schlechtere Einschätzung der eigenen Gesundheit auch dem „tatsächlichen“ Gesundheitszustand entspricht. Bei Immigration aus sozial benachteiligten bzw. ärmeren Regionen kann eventuell von einer Anfälligkeit auf psychische Gesundheitsprobleme ausgegangen werden. Aber Immigration erfordert grosse Anstrengungen und Entschlossenheit und kann deshalb auch ein Zeichen von Härte sein. Die zunehmende IV-Bezügerrate ist nachweislich eine Folge der höheren IV-Antragsrate und nicht das Ergebnis einer diskriminierenden Praxis der Abklärung durch die IV (Bolliger et al., 2010).

Kurz zusammengefasst lässt sich feststellen, dass mehrere Faktoren zum raschen Anstieg "neuer" Bezüger zwischen Mitte der 1990er-Jahre und 2006 beigetragen haben: i) eine allgemeine Akzeptanz, Personen mit schlechten Beschäftigungsaussichten an die IV zu verweisen, allerdings mit grossen kantonalen Unterschieden; ii) eine passive Haltung betreffend die Arbeitsfähigkeit von Personen mit gängigen psychischen Gesundheitsproblemen; iii) ein unvollständiges und unspezifisches berufliches Eingliederungssystem, das für die meisten IV-Bezüger mit psychischen Problemen keine gezielten Massnahmen bereit hält; iv) finanzielle Fehlanreize für Antragsteller mit niedrigem Einkommen, IV-Leistungen zu erhalten; v) keine finanziellen Anreize, ungenügende Unterstützung und finanzielle Sicherheit für aktuelle IV-Leistungsbezüger, eine Arbeitsstelle zu suchen; vi) ungeeignete Wiederabklärungen der verbleibenden Arbeitsfähigkeit von IV-Leistungsbezügern; vii) Ausrichtung auf administrative, medizinische und rechtliche Probleme statt auf Eingliederungsbemühungen; viii) erheblicher Mangel an Frühinterventionsmassnahmen.

### Umgang mit der grossen Anzahl an Neuberentungen

Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten, die hohe Anzahl der IV-Rentner zu senken. Zum einen die Beschränkung von Neuberentungen, einschliesslich der Senkung des IV-Leistungsgrads bei Neuberentungen, und zum anderen die Erhöhung der Abgänge aus dem IV-System in die Erwerbstätigkeit oder andere Systeme.

Die seit den 1990er-Jahren zunehmende Anzahl von IV-Bezügern hat zu drei Revisionen des Invalidenversicherungsgesetzes geführt (Kästen 3.1-3.4), wobei die 4. und 5. Revision auf die Neuberentungen abzielten und die 6. auf den Rentenbestand. All diese Revisionen waren immer auch speziell auf psychische Probleme ausgerichtet.

Die 4. IV-Revision trat 2004 in Kraft und packte die unterschiedlichen und eher kulanten medizinischen Abklärungen der Antragsteller an. Es war die erste Reform, die explizit versuchte, das finanzielle Defizit mittels Begrenzung von Neuberentungen zu verringern. Zudem sollten die enormen Unterschiede zwischen den kantonalen IV-Stellen bezüglich Neurenten und und Rentenbestand reduziert und die Eingliederung stärker gefördert werden. Und schliesslich wurde für Antragsteller mit einer verbleibenden Arbeitsfähigkeit ein neuer Dienst in Form einer aktiven Arbeitsvermittlung eingeführt, was früher in den alleinigen Zuständigkeitsbereich der regionalen Arbeitsvermittlungsstellen fiel (Kasten 3.1).

Kasten 3.1. **Die 4. IV-Revision: Stärkung der medizinischen Abklärung und aktive Arbeitsvermittlung zur Verringerung der Neuberentungen**

Mit der 4. IV-Revision wurden zehn regionale ärztliche Dienste innerhalb der kantonalen IV-Stellen eingeführt, um eine geeignete und vergleichbare Abklärung der funktionalen Leistungsfähigkeit der Antragsteller zu bieten. Falls nötig, können die regionalen medizinischen Dienste ihre eigenen Untersuchungen vornehmen. Dies war bis dahin für die IV nicht möglich.

Weitere wichtige Massnahmen der 4. IV-Revision waren die Einführung der aktiven Arbeitsvermittlung und einer Dreiviertelrente für IV-Rentenbezüger mit einer reduzierten Erwerbsfähigkeit (60-69 %), womit es neu 4 Abstufungen gab: Viertelrente, halbe Rente, Dreiviertelrente und ganze Rente der IV. Bis dahin berechtigte eine um zwei Drittel reduzierte Erwerbsfähigkeit den Bezug einer ganzen Rente.

Die Aufsicht der kantonalen Stellen durch das Bundesamt für Sozialversicherungen wurde mit der Einführung von regelmässigen und häufigeren Audits und einem neuen Monitoringsystem verstärkt. Und die Zusatzrenten für Ehegatten wurden für Neuberentungen aufgehoben.

Mit der 5. IV-Revision im Jahr 2008 wurde die starke Ausrichtung auf IV-Renten zugunsten einer stärkeren Ausrichtung auf die Eingliederungsfähigkeit angepasst. Diese Neuausrichtung wurde bereits mit der 4. IV-Revision begonnen. Die fünfte Revision konzentrierte sich auf die ungenügend ausgebaute berufliche Eingliederung und führte neu die Frühinterventionsmassnahmen ein. Die Umsetzung neuer Früherkennungs- und Frühinternventionsmassnahmen für Personen mit Invaliditätsrisiko führte zu einer deutlichen Änderung des Zugangs zum IV-System (Kasten 3.2).

Der Paradigmenwechsel verlangte, dass die Interventionen: i) rascher erfolgen anstatt zuerst auf medizinische Berichte, verwaltungstechnische Berechnungen bzw. Anspruchsberechtigungsentscheide zu warten, die manchmal Monate oder Jahre dauerten; ii) persönlicher sind, d.h. Gespräche mit den Antragsstellern durchzuführen anstatt nur mit den Falldossiers zu arbeiten; iii) eingliederungsorientiert anstatt rentenorientiert sind.

Kasten 3.2. **Die 5. IV-Revision: Grosszügige Eingliederungsmassnahmen und strenge Auflagen, um Neurenten zu reduzieren**

Die 5. IV-Revision verstärkte die Gewichtung der beruflichen Eingliederung, brachte zudem eine neue Ausrichtung auf den Erhalt der Arbeitsstelle und bedeutete allgemein einen Paradigmenwechsel in der IV. Es war die erste Revision, die neue berufliche Eingliederungsmassnahmen einführte, die fast ausschliesslich auf Antragsteller mit psychischen Problemen ausgerichtet waren, die so genannten "Integrationsmassnahmen". Zudem wurde mit der Mitwirkungspflichtspflicht für die Antragsteller eine striktere Gangart in Bezug auf die IV-Anspruchsberechtigung eingeführt. Die wichtigsten, mit der Reform eingeführten Eingliederungsmassnahmen sind:

- Früherkennung von Personen mit potenziellem Invaliditäts-Risiko , mittels einer neuen Form von niederschwelliger IV-Meldung (nach 30 Tagen krankheitsbedingter Absenz oder nach mehreren kurzen Absenzen) durch verschiedene Akteure (Antragssteller, Arbeitgeber, andere Sozial- und Privatversicherer, Ärzte, Verwandte oder Sozialhilfezuständige).

- Frühinterventionsmassnahmen zur Sicherung der Arbeitsstelle oder zum Finden einer neuen Stelle: i) Arbeitsplatzanpassungen; ii) Ausbildungskurse; iii) aktive Stellenvermittlung; iv) Berufsberatung; v) sozialberufliche Rehabilitation; und vi) Aktivierungsmassnahmen. Diese Massnahmen bedürfen einer Abklärung und eines verbindlichen Eingliederungsplans. Sie obliegen den kantonalen IV-Stellen und sind zeitlich und finanziell begrenzt (auf maximal 20 000 Franken pro Person, erwarteter Durchschnitt: 5 000 Franken pro Person). In der Frühinterventionsphase wird innerhalb von 180 Tagen ein Abklärung („Triage“) der Hauptausrichtung der weiteren Massnahmen durchgeführt. Mit dem daraus folgenden Grundsatzentscheid (welcher bedeuten kann Zusprache weiterer Eingliederungsmassnahmen, Abklärung des Anspruchs auf IV-Leistungen oder überhaupt kein Anspruch) endet die Frühinterventionsphase. Dieser im Vergleich zur Situation vor der Reform eher rasche Entscheid sollte es sowohl der Versicherung als auch dem Antragsteller ermöglichen, auf die Rückkehr in den Arbeitsmarkt zu fokussieren, anstatt die IV-Renten-Perspektive zu festigen und den Eingliederungsprozess zu lähmen. In diesem Zusammenhang sollte der Antragsteller von einer beschäftigungsorientierten Eingliederungsfachperson unterstützt werden, die ihm massgeschneiderte Eingliederungsmassnahmen anbietet, (an Stelle des früheren administrativen Prozesses, mit dem primär der Leistungsanspruch des Antragstellers abgeklärt wurde).

- Erhebliche Lohnsubventionierung für Arbeitgeber, die IV-Bezüger einstellen. Subventionen in Form eines Einarbeitungszuschusses können während bis zu 6 Monaten bezahlt werden und sich bis auf 100 % des Lohns belaufen, falls die IV-beziehende Person die volle Arbeitsfähigkeit noch nicht wieder erlangt hat. Zudem wird dem Arbeitgeber bei erneuter krankheitsbedingter Absenz des IV-Bezügers der potenzielle Anstieg des Arbeitgeberbeitrags an die Taggeldversicherung rückerstattet. Und nicht zuletzt: Wird die Integrationsmassnahme in einem Unternehmen (anstatt in einer geschützten Werkstatt) durchgeführt, erhält der Arbeitgeber einen Beitrag von (maximal) 100 Franken pro Arbeitstag während eines Jahres.

Es wurden zusätzliche Massnahmen zur Reduktion der negativen Arbeitsanreize für Antragsteller und allgemeiner zum Verringern des Defizits der Invalidenversicherung getroffen. Die finanziellen Massnahmen umfassen: i) Aufhebung der Zusatzrenten für Ehegatten aller aktuellen Bezüger; ii) Aufhebung der medizinischen Massnahmen für alle Erwachsenen über 20 Jahren (dies wird nicht mehr durch die IV finanziert sondern durch die Kranken- und Unfallversicherung); iii) Aufhebung des (fiktiven) Karrierezuschlags für Antragsteller unter 45 Jahren (IV-Rentenbezüger, die vor dem 20. Altersjahr invalid geworden sind, erhalten immer noch eine Sonderrente, die 133 % der Mindestrente beträgt); iv) Aufhebung der Taggelder für Antragsteller, die vor dem Antrag auf IV-Leistungen keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen sind; v) Erhöhung der IV-Mindestbeitragsdauer für eine Anspruchsberechtigung auf IV-Leistungen von einem auf drei Jahre; vi) finanzielle Sanktionen, wenn eine Person, die anlässlich der Früherkennung dazu aufgefordert worden ist, dennoch keinen IV-Antrag gestellt hat.

## *Früherkennung ist ein schlagkräftiges Mittel und sollte verstärkt werden*

Zwischen 2008 und 2010 erfolgte ein Viertel der Erstkontakte mit der Invalidenversicherung durch die weniger formelle "Früherfassungsmeldung" anstelle der üblichen formalisierten Anmeldung, die den obligatorischen Verfahrensweg der IV in Gang setzt (Bolliger et al., 2012). Die Anzahl der Früherfassungsmeldungen hielt sich seit deren Einführung mit 11 300 Meldungen im Jahr 2009 und 11 200 im Jahr 2012 auf stabilem Niveau. Die Zusammensetzung der meldenden Stellen blieb

ebenfalls unverändert: 25 % der Früherfassungsmeldungen kamen durch die versicherte Person oder Verwandte, 30 % durch den Arbeitgeber, 10 % durch einen Arzt oder eine Ärztin, 25 % durch Privatversicherungen (z.B. Taggeldversicherungen) und je 5 % durch die Unfallversicherung und Sozialhilfeämter. Insgesamt ist der Anteil der noch erwerbstätigen Personen höher unter den IV-Früherfassten (77 %) als denen, die das übliche Anmeldeverfahren durchliefen (65 %) (Bolliger et al., 2012). Die hohe Erwerbsquote bei der Erfassung ist ermutigend und lässt darauf schliessen, dass schnelles Handeln enormes Potenzial hat.

Normalerweise vergeht viel Zeit, bevor Sozialhilfe bzw. die Arbeitslosenversicherung Kontakt zur IV aufnehmen. die . Besonders auch Arbeitgeber, aber auch Taggeldversicherer, könnten zu einem sehr frühen Zeitpunkt mit der Invalidenversicherung in Kontakt treten. Die Kontaktnahme durch den Arbeitgeber bedeutet normalerweise, dass die betreffende Person noch eine Stelle hat (Tabelle 3.1). Es ist als Erfolg zu werten, dass beinahe 30 % aller Fälle durch die Arbeitgeber gemeldet werden, doch sollten es in Zukunft mehr sein. Erklärungen für die immer noch zu tiefe Zahl der Früherfassungsmeldungen durch die Arbeitgeber sind, dass diese Massnahme noch nicht bekannt genug ist (Bolliger et al., 2012) und dass viele Arbeitgeber nicht genügend Vertrauen in die Effizienz der Unterstützung durch die IV haben (Baer *et al.*, 2011).

Tabelle 3.1. **Die meisten IV-Früherfassten sind immer noch erwerbstätig, besonders wenn sie vom Arbeitgeber gemeldet worden sind**

Erwerbssituation von früherfassten IV-Bezügern nach Meldestelle

| Meldestelle | % aller Früherfassten (2009) | % der erwerbstätigen Früherfassten (2008-10) |
|---|---|---|
| Arbeitgeber | 27 | 89 |
| Krankentaggeldversicherungen | 13 | 80 |
| Privatversicherung | 13 | 79 |
| Unfallversicherung | 6 | 74 |
| Früherfasste Person, Angehörige | 25 | 73 |
| Arzt | 9 | 69 |
| Arbeitslosenversicherung usw. | 4 | 39 |
| Sozialdienst | 4 | 28 |
| Total | 100 | 77 |

Quelle: Bolliger, C. *et al.(*2012); IV-Statistik 2009, Bundesamt für Sozialversicherungen.

### *Die Frühintervention sollte auf reaktive psychische Störungen ausgedehnt werden*

Mit der Umsetzung des Früherfassungssystems sind auch verschiedene Interventionsmassnahmen für eine rasche Unterstützung eingeführt worden. Diese Massnahmen zielen hauptsächlich auf die Erhaltung des Arbeitsplatzes und vor allem auf Beschäftigte mit einem psychischen Problem ab. Entsprechend ist der Anteil der Leistungsbezüger mit psychischen Störungen von rund 5 % im Jahr 2008 auf rund 25 % im Jahr 2012 gestiegen (Abb. 3.4, Tafel A). Allerdings war der Anteil der Bezüger mit reaktiven psychischen Störungen, die in der Regel eher einer Erwerbstätigkeit nachgehen als Personen mit psychotischen Störungen, nicht gleich hoch. Obwohl diese Massnahmen speziell für Personen mit einer psychi-

schen Störung konzipiert worden sind, haben Leistungsbezüger mit Beschwerden des Bewegungsapparats am meisten profitiert (Bolliger et al. 2012). Rund 70 % aller Frühinterventionsmassnahmen wurden von Leistungsbezügern mit körperlichen Beeinträchtigungen genutzt, während sich der Anteil der Nutzer mit einer psychischen Erkrankung lediglich auf 30 % belief, die 40 % der IV-Neuberentungen ausmachen und vermutlich einen noch grösseren Anteil der Früherfasstenstellen.

Jedenfalls stieg der Anteil von Personen mit psychischen Störungen bei Frühinterventionsmassnahmen seit deren Einführung stark an (Abb. 3.3, Tafel B).

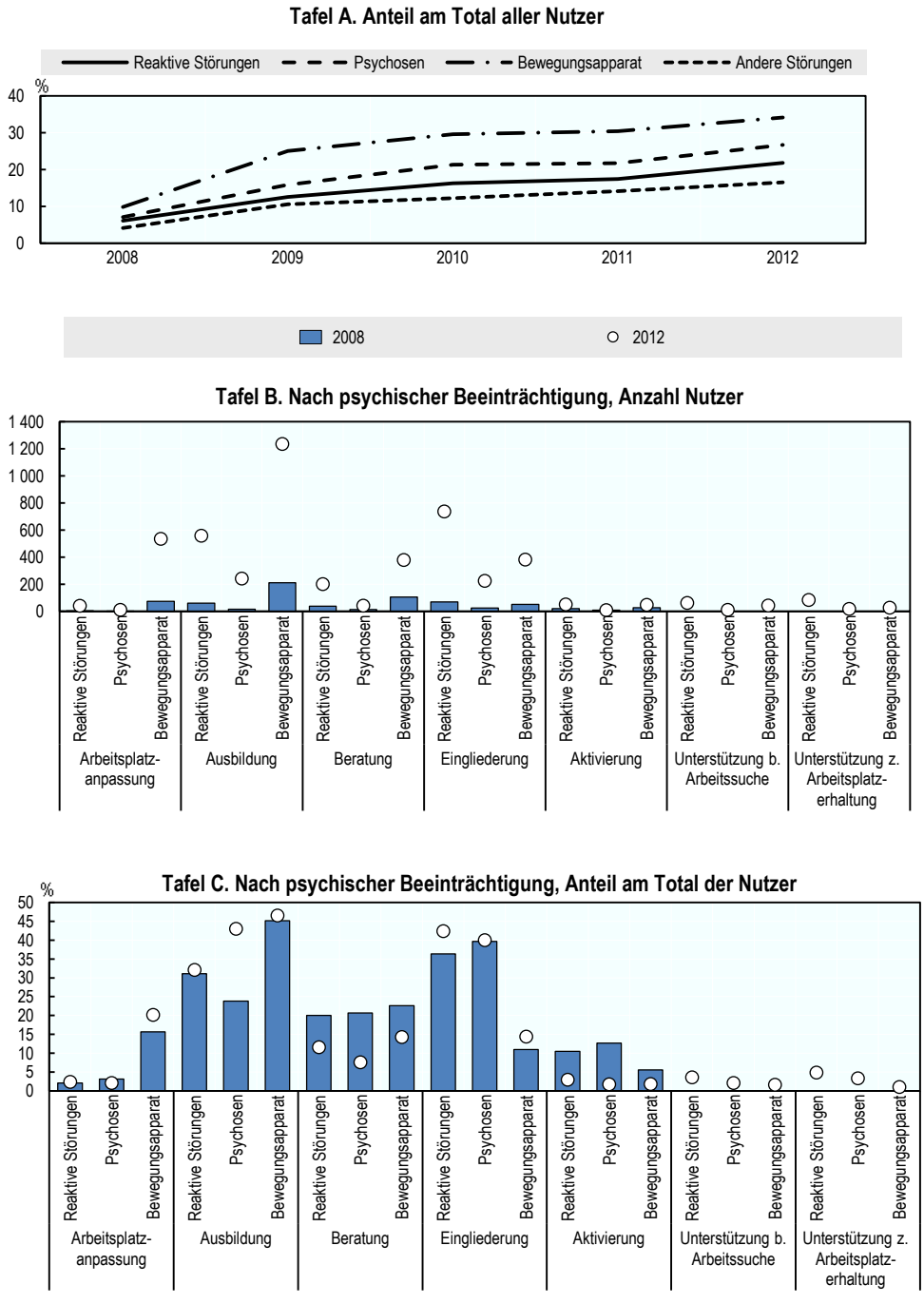
Die Integrationsmassnahmen sind die häufigste von Bezügern mit psychischen Gesundheitsproblemen genutzte Massnahme (Abb. 3.3, Tafel C: Rehabilitation). Sie wurden speziell für Personen mit psychischen Störungen entwickelt, da gerade diese häufig eine Kombination von psychologischen und beruflichen Interventionen benötigt. Damit soll Personen geholfen werden, eine grundlegende Arbeitsfähigkeit zurückzuerlangen, wenn sie noch nicht stabil genug sind, um in einer normalen Arbeitsumgebung zu funktionieren.[4]

In Bezug auf die Art der Frühinterventionsmassnahmen werden Ausbildungskurse, sozialberufliche Rehabilitation und, in geringerem Umfang, Beratung am häufigsten eingesetzt. Arbeitsplatzanpassungen, Stellenvermittlung und Hilfe beim Arbeitsplatzerhalt (d. h. Beratung sowohl des Angestellten als auch des Arbeitgebers) werden im Rahmen der Frühintervention selten genutzt (Abb. 3.3, Tafels B und C). Arbeitsplatzanpassungen waren und sind offenbar immer noch eine Unterstützungsform für Beschäftigte mit körperlichen Gesundheitsproblemen. Die Unterstützung zur Stellenvermittlung und zum Arbeitsplatzerhalt wurde selten genutzt. Teilweise ist dies wohl auf die erst kürzliche Einführung dieser Massnahmen zurückzuführen. Es ist zudem unklar, weshalb die Beratungsmassnahmen zurückgegangen sind.

4 . Integrationsmassnahmen werden nicht allgemein als Frühinterventionsmassnahme bei einem noch bestehenden Arbeitsverhältnis eingesetzt. Es ist vielmehr eine niederschwellige Massnahme als Beginn für einen dauerhaften Eingliederungsprozess für Schwerkranke (z. B. nach der Entlassung aus der psychiatrischen Klinik zuerst in einer geschützten Werkstätte während 2 Stunden pro Tag arbeiten).

Abb. 3.3. **Der Grossteil der Frühinterventionsmassnahmen werden überwiegend von Personen mit körperlichen Gesundheitsproblemen benutzt**

Nutzung von Frühinterventionsmassnahmen als Teil aller beruflichen Eingliederungsmassnahmen nach Gesundheitszustand/Krankheitstyp, 2008-12

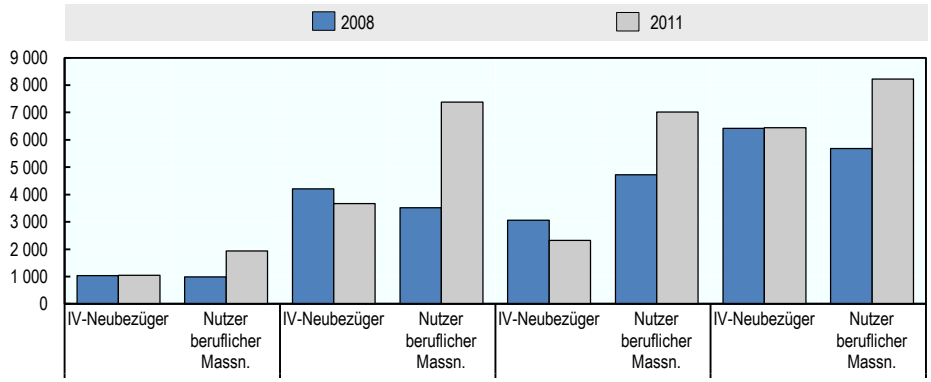



Quelle: OECD-Berechnungen, basierend auf Daten des Bundesamts für Sozialversicherungen.

Die eingliederungsorientierte 5. IV-Revision führte allgemein zu einer zunehmenden Nutzung von beruflichen Massnahmen, mit Ausbildungskursen, Umschulung, Berufsberatung und Arbeitsvermittlung (Abb. 3.4). 2008 gab es immer noch mehr IV-Neuberentungen als Empfänger beruflicher Massnahmen, ausser bei der Gruppe mit körperlichen Beschwerden. Drei Jahre später bot sich ein völlig anderes Bild: Die Gruppe mit psychotischen Störungen verzeichnete gleich viele Personen in Eingliederungsmassnahmen wie Neuberentungen, und die Gruppe mit reaktiven Störungen wies doppelt so viele Personen in Eingliederungsmassnahmen wie Neuberentungen auf..

Abb. 3.4. **Die Nutzung von beruflichen Massnahmen nahm in allen Gruppen zu**

IV-Neubezüger und Teilnehmende an beruflichen Massnahmen nach den hauptsächlichen psychischen Erkrankungen




Anmerkung: Berufliche Massnahmen umfassen Frühintervention, Eingliederungsmassnahmen und Berufsmassnahmen Quelle: OECD-Berechnungen, basierend auf Daten des Bundesamts für Sozialversicherungen

Der vermehrte Einsatz von Eingliederungsmassnahmen ist deshalb bedeutend, weil die kantonalen IV-Stellen, die mehr Eingliederungsmassnahmen zusprachen, d.h. die IV-Stellen mit einem eingliederungsorientierteren Ansatz, sich hinsichtlich Eingliederung als erfolgreicher erwiesen als die weniger eingliederungsorientierten IV-Stellen (Bolliger et al., 2012).

### *Die Beschäftigten mit Problemen zu erreichen, ist ein Erfolgsfaktor*

Eine kürzlich durchgeführte Bewertung der neuen Frühinterventionsmassnahmen hat gezeigt, dass vor der IV-Revision 40 % aller IV-Bezüger rund 18 Monate nach dem Erstkontakt mit der kantonalen IV-Stelle einer Erwerbstätigkeit nachgingen. Nach der Revision stieg diese Quote leicht auf 44 % an (Bolliger et al., 2012). Verschiedene Faktoren mögen zu diesem Anstieg beigetragen haben (z. B. Veränderungen des Konjunkturzyklus), doch die Ergebnisse zeigen, dass IV-Antragsteller, die zum Zeitpunkt des Erstkontakts mit der kantonalen IV-Stelle erwerbstätig waren, 18 Monate danach eine viel höhere Erwerbstätigkeitsquote aufwiesen als arbeitslose Antragsteller (Abb. 3.5, Tafel A). Dies trifft auf die Situation vor und nach der Revision zu. Von den zum Zeitpunkt der Anmeldung Erwerbstätigen waren 18 Monate später 55 % erwerbstätig, verglichen mit 30 % der zum Zeitpunkt der Anmeldung Arbeitslosen. Für diese bedeuten Eingliederungsmassnahmen sehr viel. So verzeichnen anfänglich arbeitslose Antragsteller mit

einer Massnahme eine viel höhere Beschäftigungsquote als jene ohne Massnahme. Dieser Effekt ist nach der Revision allerdings kleiner geworden.

Die schwächere Wirksamkeit der Eingliederungsmassnahmen nach der Revision ist wohl teilweise auf die höhere Anzahl von IV-Bezügern mit einer solchen Massnahme zurückzuführen (Abb. 3.5, Tafel B). Die Auswahl von Leistungsbezügern für Eingliederungsmassnahmen wurde vermutlich nicht so strikt gehandhabt wie vor der Revision (z B. bezüglich Gesundheitsstatus oder Bildung). Dies gilt für alle Leistungsbezüger, und zwar unabhängig von ihrem anfänglichen Beschäftigtenstatus. Die allgemeine Zunahme des Beschäftigtenstatus (von 40 % auf 44 %) der Bezüger 18 Monate nach dem Erstkontakt mit der kantonalen IV-Stelle ist überwiegend auf die höhere Anzahl der zum Zeitpunkt der Anmeldung Erwerbstätigen zurückzuführen, die ohne Eingliederungsmassnahme erwerbstätig blieben, und nicht auf wirksamere Massnahmen. Es muss sich noch zeigen, ob die Frühintervention in Zukunft zu einer deutlichen Verbesserung der Beschäftigungsergebnisse führen wird (diese Evaluation erfolgte zu einem relativ frühen Zeitpunkt). Aus einer Kosten-Nutzen-Sicht sind Frühinterventionsmassnahmen mit rund CHF 5 000 kostengünstige Massnahmen im Vergleich zu beispielsweise Umschulungsmassnahmen, die ein Vielfaches kosten und oft nicht zu einer Beschäftigung führen.

### *Eigenschaften der neuen Integrationsmassnahmen*

Die Integrationsmassnahmen verbinden psychologische Aspekte (Sozialkompetenzen und kognitive Schulung, Stärkung der Arbeitsmotivation usw.), soziale Aspekte (einen strukturierteren Alltag bieten usw.) und berufliche Aspekte (Angewöhnung der Person ans Arbeitsleben usw.) und sollten den Bezügern mit einer psychischen Störung helfen, ihren gesundheitlichen Zustand zu stabilisieren und sich für anspruchsvollere berufliche Eingliederungsmassnahmen vorzubereiten. Die Grundidee hinter diesen neuen Massnahmen war das Angebot einer niederschwelligen beruflichen Unterstützung, um einer Chronifizierung vorzubeugen und den Patienten zu einem frühen Zeitpunkt eine Arbeitsperspektive zu vermitteln.

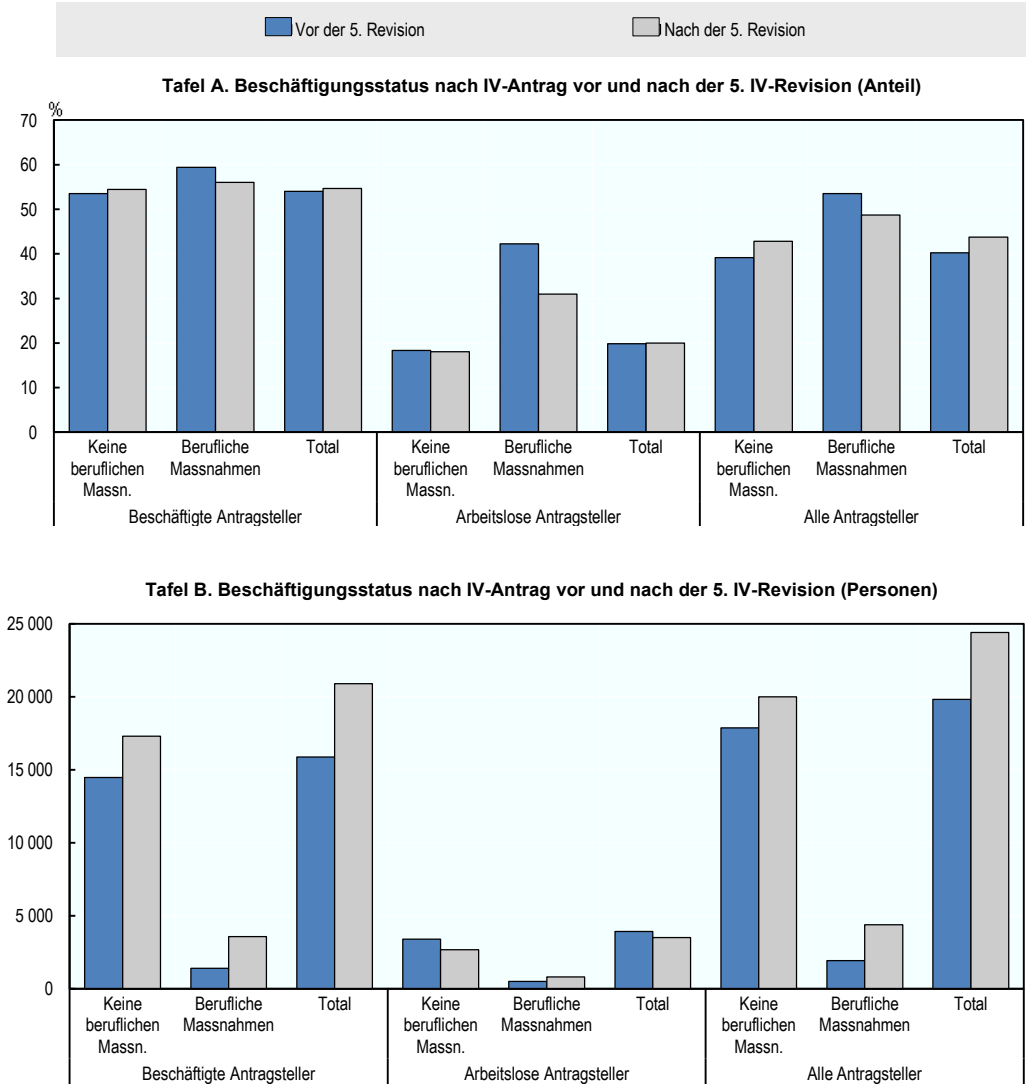
Die Integrationsmassnahmen zielen darauf ab, die Lücke zu den intensiveren herkömmlichen beruflichen Massnahmen zu schliessen. Mit der sozialberuflichen Rehabilitation soll die Arbeitsfähigkeit auf 50 % aufgebaut werden, was das erforderliche Minimum ist, um Anspruch eine Massnahme beruflicher Art zu haben. Während die Umsetzung dieser Integrationsmassnahmen einen wichtigen Schritt darstellt, haben wissenschaftliche Erkenntnisse zu Programmen unterstützter Beschäftigung konsequent gezeigt, dass zeitlich uneingeschränkte Unterstützung aufgrund des wiederkehrenden Charakters von psychischen Problemen entscheidend ist für den Erfolg. Diese neuen Integrationsmassnahmen sind zeitlich immer noch auf 1 Jahr beschränkt (bezogen auf die gesamte Lebenszeit). Im zweiten Teil der 6. IV-Revision war vorgesehen, diesen Zeitraum zu verlängern, dieser Teil wurde jedoch im Juni 2013 vom Parlament abgelehnt.

Die Integrationsmassnahmen sind zweistufig aufgebaut: i) Belastbarkeitstraining mit einer Mindestpräsenz von 2 Stunden pro Tag an vier Arbeitstagen pro Woche; ii) Aufbautraining mit einer Mindestpräsenz von 4 Stunden pro Tag an vier Arbeitstagen pro Woche. Diese neuen Massnahmen wurden speziell auf Personen mit psychischen Störungen und deren typischen Eigenschaften ausgerichtet, z.B. hohe Vulnerabilität in Stresssituationen, antriebslos oder kognitive Beeinträchtigungen nach einer Krise oder einem Rückfall. Integrationsmassnahmen können in spezialisierten Unternehmen (geschützte Arbeitsstätte usw.) oder in einer "normalen" Firma stattfin-

den, entweder beim vorherigen Arbeitgeber des IV-Leistungsbezügers oder in einer anderen Firma. Die Invalidenversicherung kann einer Firma bis zu 100 Franken pro Tag zusprechen, wenn diese sich für eine solche Integrationsmassnahme zur Verfügung stellt.

Abb. 3.5. **Die neuen Massnahmen hatten einen leicht positiven Effekt auf die Beschäftigungsrate 18 Monate später**

Beschäftigungsstatus bei Frühinterventionen 18 Monate nach dem Antrag auf IV-Leistungen.
Nach Beschäftigungsstatus bei der Antragstellung und Art der beruflichen Massnahme

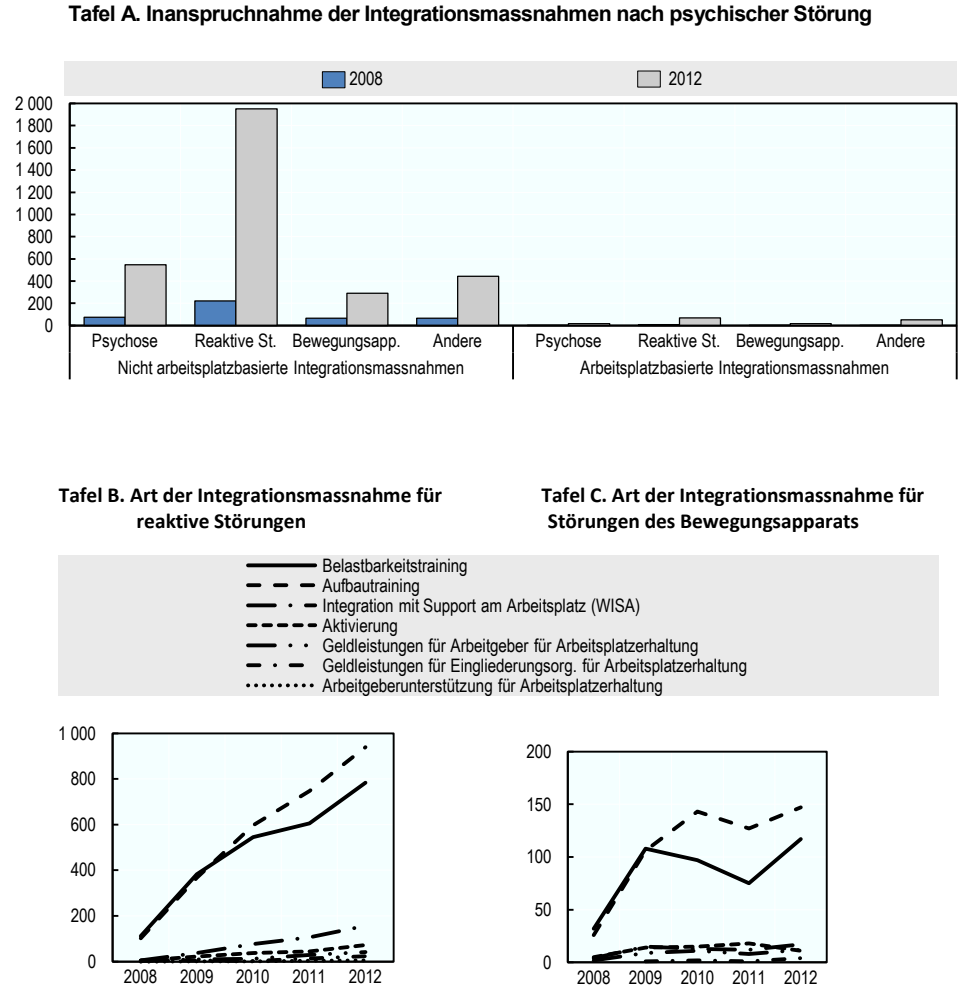



Anmerkung: „Erwerbstätiger Antragsteller“ bezieht sich auf die Situation zum Zeitpunkt der Anmeldung, d. h. kurz vor dem ersten Kontakt mit der IV.
Quelle: OECD-Berechnungen, basierend auf Daten aus Bolliger et al. (2012).

Seit ihrer Einführung hat die Nutzung von Integrationsmassnahmen bei allen IV-Bezügern mit einer psychischen Störung von rund 300 im Jahr 2008 auf 2500 im Jahr 2012 zugenommen (Abb. 3.6, Tafel A). Die gesetzliche Möglichkeit und die finanziellen Anreize, solche Massnahmen in Firmen des 1. Arbeitsmarktes zu ergreifen, wurde praktisch nicht genutzt, weder von vorherigen Arbeitgebern der Bezüger noch von neuen Betrieben. Und dies, obwohl es sich beim Grossteil der Bezüger solcher Massnahmen um Personen mit reaktiven psychischen Störungen handelt, die im Allgemeinen kein geschütztes Arbeitsumfeld benötigen, aber eine rasche Rückkehr in eine „normale“ Stelle, einschliesslich der Unterstützung durch einen Job Coach.

Abb. 3.6. **Integrationmassnahmen: Für wen, wo und wie werden sie durchgeführt?**

Teilnehmende an Integrationsmassnahmen nach Krankheitsbild und Integrationsmassnahme, 2008-12




Quelle: OECD-Berechnungen, basierend auf Daten des Bundesamts für Sozialversicherung

Die Zusammensetzung der eingesetzten Integrationsmassnahmen ergibt für IV-Bezüger mit reaktiven Störungen (Tafel B) als auch IV-Bezüger mit Erkrankungen des Bewegungsapparats (Tafel C) ein ähnliches Bild. Nur Belastbarkeits-

training und Aufbautraining wurden häufig zugesprochen (in der Praxis werden diese Massnahmen oft nacheinander zugesprochen).

Nur wenig wurde bisher die wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz (WISA) genutzt. Diese Massnahme soll "nahe" am freien Arbeitsmarkt stattfinden, möglichst ohne oder mit nur wenig Beizug anderer Massnahmen. Das gilt auch für Geldleistungen und Arbeitgeberunterstützung bei Erhalt des Arbeitsplatzes. Demnach ist die aktuelle Lage immer noch geprägt von i) dem vorherrschenden Ansatz der geschützten Arbeitsstätte und mangelnder arbeitsplatzbasierter Unterstützung bzw. Arbeitgeberanreizen; ii) einem Fokus auf schwere psychische Erkrankungen (z.B. Schizophrenie und schwere Depressionen) sowie fehlender WISA-Massnahmen für allgemeinere psychische Störungen. Eine solche arbeitsplatzbasierte Unterstützung ist in der Regel nicht so teuer wie herkömmliche berufliche Eingliederungsmassnahmen und dürfte im Fall von allgemeineren psychischen Beschwerden, bei denen üblicherweise eine bessere Arbeitsfähigkeit besteht, sogar noch weniger teuer sein. Möglicherweise wurde das Potenzial der Integrationsmassnahmen bisher noch nicht vollständig ausgeschöpft, weil unklar ist, wer welche Massnahmen zugesprochen erhalten soll. Auch der Ansatz, dass Arbeitgeber für den Erhalt einer Stelle und Eingliederungseinrichtungen zur Sicherung des Arbeitsplatzes von Klienten einen finanziellen Beitrag erhalten, muss erst noch umgesetzt werden.

### *Aktive Arbeitsvermittlung*

Eine weitere wichtige Massnahme der 4. IV-Revision war die Einführung der aktiven Arbeitsvermittlung und die Anstellung von 200 Fachpersonen in den Jahren 2004 bis 2006 zu diesem Zweck. Heute sind rund ein Drittel aller Eingliederungsfachleute in den kantonalen IV-Stellen spezialisiert auf die Arbeitsvermittlung. Es hat sich gezeigt, dass das Personal für die berufliche Eingliederung umso wirksamer ist, je mehr Ressourcen die kantonalen Stellen in diesen Personalbereich investieren (Guggisberg et al., 2008, bestätigt durch Bolliger et al., 2012). Aktive Arbeitsvermittlung kann für IV-Bezüger mit einer psychischen Störung besonders hilfreich sein, da viele aufgrund von Ängsten und Ausflüchten selber nicht aktiv eine Stelle suchen.

### *Abklärung von Antragstellern*

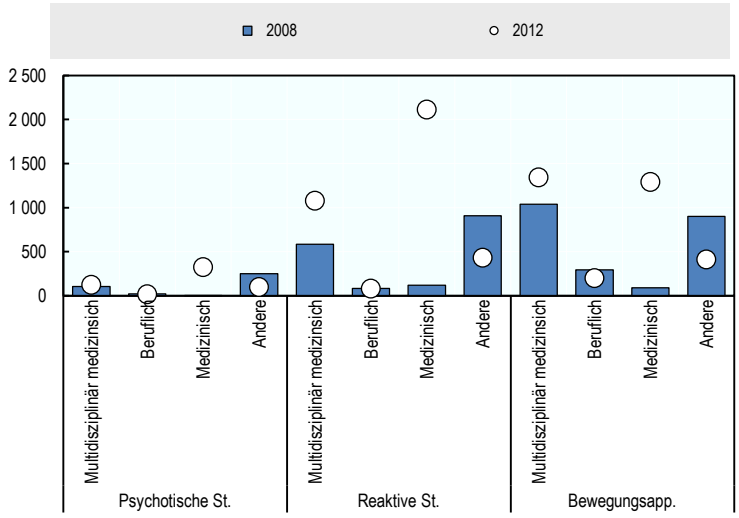
Mit der 5. IV-Revision wurde ein rascheres Abklärungsverfahren eingeführt. Heute beginnen etwa 75 % aller Frühinterventionsmassnahmen innerhalb von sechs Monaten nach dem Erstkontakt mit der IV, allerdings mit grossen Unterschieden zwischen den Kantonen (Bolliger et al., 2012). Trotz Verbesserungen verstreicht vor dem Beginn der Intervention oft immer noch eine erhebliche Zeit. Eine gründliche Untersuchung des Gesundheitszustands und der Auswirkung auf die funktionelle Leistungsfähigkeit bleibt entscheidend, und zwar nicht nur für die Beurteilung des IV-Grades, sondern auch für die Einschätzung der Eingliederungsfähigkeit und zum Festlegen der geeigneten Eingliederungsmassnahme.

Insgesamt hat die Anzahl medizinischer Abklärungen und Gutachten (auf jeder Stufe des Verfahrens) seit 2008 stark zugenommen (Abb. 3.7). Bei den reaktiven psychischen Störungen belief sich die Zunahme der medizinischen und polydisziplinären medizinischen Gutachten von 700 im Jahr 2008 auf über 3 100 im Jahr 2012. Im gleichen Zeitraum blieb die Anzahl beruflicher Abklärungen un-

verändert. Medizinische Gutachten sind umfassende Untersuchungen über die medizinische, persönliche und berufliche Situation eines Antragstellers und ziemlich zeit- und kostenintensiv (mit durchschnittlichen Kosten pro Antragsteller von 10 000 Franken). Die Gründe für diesen starken Anstieg haben möglicherweise teilweise mit den von Gerichten verlangten zusätzlichen medizinischen Abklärungen zu tun. Doch werden solche Gutachten höchst wahrscheinlich in Auftrag gegeben, um Klarheit für die Entscheidung über den Zuspruch einer IV-Rente am Ende des Verfahrens zu erhalten, und nicht unbedingt als fundierte medizinische Grundlage für die Eingliederungsplanung.

Abb. 3.7. **Medizinische und polydisziplinäre medizinische Abklärungen und Gutachten sind viel häufiger als einige Jahre zuvor**

Abklärungen nach Art der Abklärung bzw. des Gutachtens und nach Krankheitsbild, 2008-12




Quelle: OECD-Berechnungen, basierend auf Daten des Bundesamts für Sozialversicherungen.

Medizinische Abklärungen waren schon immer umfassend. So wurde 1993 bis 2006 ein IV-Antragsteller mit einer reaktiven psychischen Störung von etwa fünf Ärzten abgeklärt, allerdings ohne eine klare Beschreibung der gesundheitlichen Funktionsstörungen zu liefern (Baer et al., 2009). Die medizinischen Untersuchungen sind noch intensiver geworden, was teilweise im Zusammenhang steht mit den zunehmenden Beschwerden gegen IV-Rentenentscheide. So stiegen die Beschwerden im Zeitraum zwischen 2004 und 2009 von 2 200 auf 5 400, gingen danach aber wieder leicht zurück. Die strengere Abklärung der Erwerbssfähigkeit durch die regionalen medizinischen Dienste, vor allem hinsichtlich unspezifischer Schmerzstörungen und die steigende Anzahl von Antragstellern mit reaktiven psychischen Störungen trugen zur wachsenden Anzahl der medizinischen Abklärungen bei.

Es gibt aktuell rund 300 Ärzte in den regionalen medizinischen Diensten, davon etwa 50 Psychiater. Vor der Gesetzes-Revision waren es 30 Ärzte. Der Anteil der Psychiater (rund ein Sechstel) liefert keinen Anhaltspunkt über die Zusammensetzung der Bezüger nach Diagnose und ist landesweit mit 5–25 % sehr unterschiedlich. Die genaue Auswirkung der regionalen ärztlichen Dienste auf IV-

Neuberentungen ist nicht bekannt. Die Dienste haben möglicherweise zu einer strengeren Abklärungspraxis geführt und zum Rückgang der Neurenten beigetragen. Dies muss vor dem Hintergrund der strengeren Pflichten gesehen werden. Erstens wurde die Definition der Erwerbsfähigkeit bzw. Invalidität auf ein funktionales Defizit (nicht eine Krankheit) eingegrenzt, das objektiv nicht überwindbar ist. Zweitens wurde die Mitwirkungsspflicht bei den Eingliederungsmassnahmen verstärkt. Alle Massnahmen, die eine Eingliederung potenziell fördern und dem Gesundheitszustand nicht abträglich sind, sind zumutbar und müssen aktiv befolgt werden. Wenn nicht, können die Leistungen gekürzt oder eingestellt werden.

In der Praxis gibt es zwei Arten von Abklärungen: Eine interne, mit der das Eingliederungspotenzial festgestellt werden soll, und eine externe, die bei komplexen Fällen mit einer eher schlechten Beschäftigungsperspektive zum Einsatz kommt. Der Grossteil der Abklärungen sowohl durch die regionalen ärztlichen Dienste als auch durch die medizinischen Abklärungsstellen wird jedoch immer noch für Gerichtsfälle erstellt und nicht für die Eingliederungsplanung. Die medizinische Abklärung wurde im letzten Jahrzehnt nicht verstärkt für die Eingliederung genutzt. (Ebner et al., 2011). In einer repräsentativen Untersuchung von 800 psychiatrischen Gutachten von 2008 bis 2009 wurden nur in zwei Drittel der Gutachten funktionale Defizite und Arbeitsunfähigkeiten beschrieben und abgeleitet bzw. das Arbeitspotenzial (Ressourcen) der Antragsteller beschrieben. Zudem wurde in lediglich 30 % der Gutachten auf die Persönlichkeit der Antragsteller eingegangen, obwohl 70 % aller IV-Bezüger mit reaktiven psychischen Störungen gemäss den abklärenden Ärzten Persönlichkeitsprobleme oder eine diagnostizierte Persönlichkeitsstörung aufweisen (Baer et al., 2009). Im Allgemeinen werden in psychiatrischen Gutachten über IV-Rentenanträger die psychosozialen Probleme zugunsten von medizinischen Fragen vernachlässigt. Die Gutachten weisen zudem erhebliche Unterschiede in den Kantonen auf und es werden keine standardisierten Instrumente zur Beschreibung der Arbeitsfähigkeit verwendet (Ebner et al., 2011). Dies trifft auch auf die Gutachten der regionalen ärztlichen Dienste zu.

Diese nicht zufriedenstellenden Ergebnisse führten zur Ausarbeitung formaler Leitlinien für psychiatrische Untersuchungen von IV-Rentenantragstellern. Die Leitlinien wurden in Zusammenarbeit mit dem BSV und der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie erstellt (Colomb et al., 2012). Darin wird empfohlen, sich an das Rahmenwerk der ICF (International Classification of Functioning) zu halten und die Krankheitsbilder der Personen mit psychischen Störungen danach einzuteilen (Linden et al., 2009). Es bleibt abzuwarten, wie diese Empfehlungen aufgenommen werden, umso mehr, als dass sie nicht verbindlich sind.

Eine qualitativ hochstehende medizinische Abklärung ist entscheidend, da das IV-Rentenverfahren eine fundierte Abklärung der medizinischen, beruflichen und persönlichen Situation vorschreibt, um die Erwerbsfähigkeit der Antragsteller zu bemessen. Für die Abklärung sollte ein multidisziplinäres Team der kantonalen IV-Stelle einbezogen werden, das sich aus Fachleuten der beruflichen Eingliederung, der Arbeitsvermittlung, Vertretern der regionalen ärztlichen Dienste und – falls angezeigt – anderen (externen) Fachleuten zusammensetzt,. Mit der 6. Revision sollten die kantonalen IV-Stellen zur Durchführung von multidisziplinären Abklärungen verpflichtet werden, was aber aufgegeben wurde, da es den Handlungsspielraum der IV-Stellen zu sehr eingeengt hätte (Aiello, 2011). Ohne exakte Kenntnis der gesundheitsbezogenen Arbeitsdefizite und den nötigen Schritten, diese zu

überwinden, kann kein fundierter Eingliederungsplan erstellt werden. Um eine gültige Problemanalyse zu erstellen, müssen sowohl der behandelnde Arzt als auch der Arbeitgeber systematisch beigezogen werden. Diesbezüglich sind die neuen Massnahmen der Früherfassung und Frühintervention vielversprechend: Während der Früherfassung sind ein Drittel der behandelnden Ärzte und Arbeitgeber kontaktiert worden und während der Frühintervention war dies sogar bei 80 % der Fall (Bolliger et al., 2012).

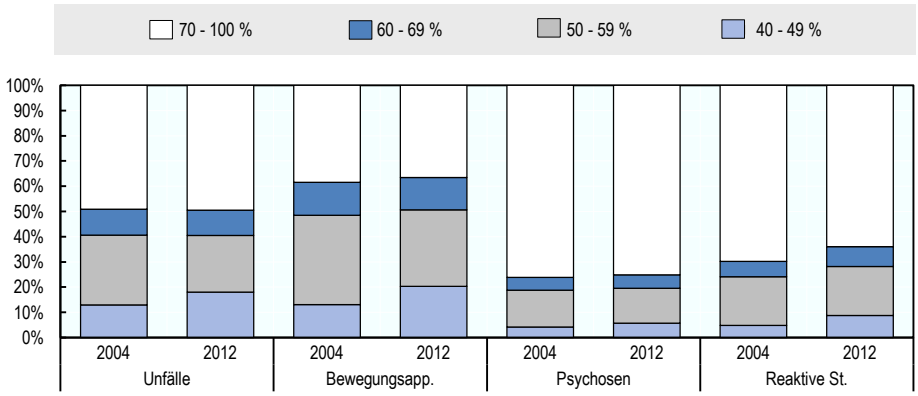
## Angemessene IV-Renten und Arbeitsanreize

### *Die Entwicklung der ganzen Renten und Teilrenten*

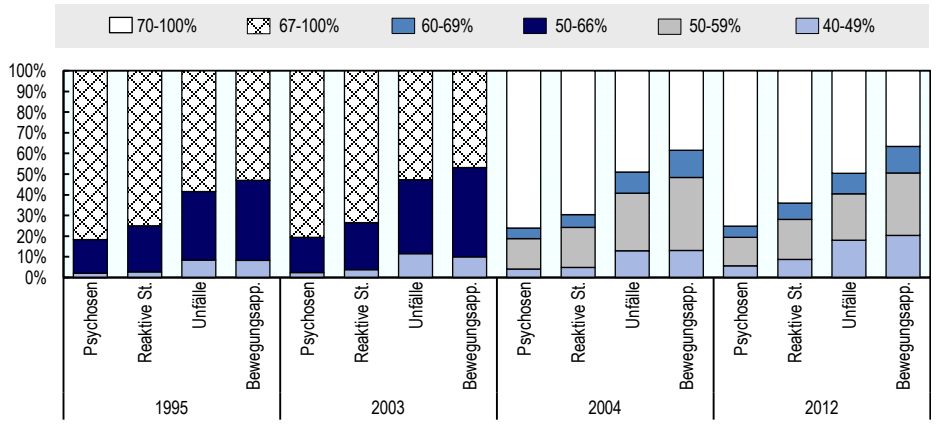
Die 4. Revision der Invalidenversicherung von 2004 hat auch die Rentenstruktur von einem Dreistufensystem auf ein Vierstufensystem umgewandelt. Wie aus Abbildung 3.8 (Tafel A) ersichtlich, blieben die IV-Rentenabstufungen seither für Krankheitsbilder, einschliesslich verschiedener psychischer Störungen, ziemlich stabil.

Abb. 3.8. **Die Einführung einer Dreiviertelrente zeitigte kaum Auswirkungen**

**Tafel A. Neuanträge nach Invaliditätsgrad und wichtigsten ICD-Kategorien, 2004-12**



**Tafel B. Neuanträge nach Invaliditätsgrad im zetlichen Verlauf, 1995-2012**




Quelle: OECD-Berechnungen, basierend auf Daten des Bundesamts für Sozialversicherungen.

Betrachtet man die Situation vor 2004 (Tafel B), so ist bei den ganzen Renten nach 2003 allgemein ein Rückgang zu verzeichnen. 2003 belief sich der Anteil der ganzen Renten auf 74 %, 2004 betrug dieser Anteil noch 70 % und im Jahr 2005 64 %. Ein weiterer Rückgang des Anteils an ganzen Renten bei psychischen Störungen könnte möglich sein, wenn die nötigen Unterstützungsmassnahmen angeboten würden.

Die Thematik der teilweisen Erwerbsfähigkeit ist auch deshalb wichtig, weil mit dem zweiten Teil der 6. IV-Revision ein stufenloses Rentensystem hätte eingeführt werden sollen, um die Arbeitsanreize zu verbesssern (siehe Kasten 3.3). Das stufenlose Modell hätte die Arbeitsanreize verbessern können, da zusätzliches Einkommen das verfügbare Gesamteinkommen effektiv erhöht hätte, vorausgesetzt, dass die Erwerbsfähigkeit adäquat eingeschätzt wurde und die verbleibende Arbeitsfähigkeit in eine Erwerbstätigkeit umgesetzt wird (siehe unten).

### *Einkommenssituation vor und nach dem Zuspruch einer IV-Rente*

Es gibt Hinweise darauf, dass IV-Rentenbezüger mit psychischen Störungen über ein viel niedrigeres Einkommen verfügen als Bezüger mit körperlicher Invalidität. Eine Analyse auf der Basis von Steuerdaten (Wanner & Pecoraro, 2012a; 2012b) ergab, dass 45 % der alleinstehenden IV-Rentenbezüger mit einer psychischen Störung über ein Einkommen unter 60 % des Einkommensmedians verfügen. Alleinstehende IV-Bezüger mit einer angeborenen Invalidität (25 %), körperlicher Invalidität (33 %) oder Verletzungen nach einem Unfall (20 %) weisen weniger häufig ein solch tiefes Einkommen auf. Zudem arbeiten IV-Bezüger mit psychischen Störungen weniger häufig (30 %) als IV-Bezüger mit einer angeborenen Invalidität (55 %) oder einer körperlichen Beeinträchtigung (40 %). Die Untersuchung zeigt, dass, abgesehen von der Diagnose, ein früher Beginn des Gesundheitsproblems, eine Teilrente und fehlende Beiträge aus der zweiten Säule zu einem tiefen Einkommen beitragen, vor allem, wenn kein zusätzliches Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit dazukommt. Aufgrund des frühen Beginns von psychischen Erkrankungen, treffen diese Faktoren üblicherweise auf IV-Bezüger mit psychischen Störungen zu.

Der Anteil der alleinstehenden psychisch erkrankten IV-Rentenbezüger mit Einkommen aus der zweiten oder dritten Säule beläuft sich auf 28 % bei den Männern und 32 % bei den Frauen. Bei körperlich Beeinträchtigten betragen die entsprechenden Anteile 49 % und 46 %. Dies ist relevant, da sich der Medianbetrag aus der zweiten und dritten Säule für IV-Rentenbezüger je nach Haushaltszusammensetzung auf zwischen 10 000 und 18 000 Franken pro Jahr beläuft.

Für eine durchschnittliche Person bleibt die finanzielle Situation (Einkommen aus Erwerbstätigkeit und Sozialleistungen) etwa die gleiche, wenn alleinstehende männliche Bezüger mit einer psychischen Störung eine IV-Rente erhalten (35 000 Franken pro Jahr). Aufgrund der relativ tieferen Einkommen der Frauen verbessert sich ihr Jahreseinkommen um beinahe 10 000 Franken nach dem Zuspruch einer IV-Rente.[5] Allerdings hängt das Ergebnis stark vom vorherigen Verdienst ab: Für alleinstehende Antragsteller mit einem Verdienst von unter 30 000 Franken im Jahr, steigt der Einkommensmedian nach dem Zuspruch einer IV-Rente von rund 20 000 auf 28 000 Franken. Für Antragsteller mit einem Verdienst von über 30 000 Franken bedeutet der Übergang ins IV-System einen Einkommensverlust: 15 % für Männer und 3 % für Frauen bei einem Verdienst von unter 80 000 Franken, und 20 % für Männer und 8 % für Frauen, wenn sie vorher über 80 000 Franken verdienten.

Psychisch erkrankte Antragsteller haben häufig bereits lange vor der Anmeldung bei der IV ein niedriges Einkommen erzielt. IV-Bezüger mit einer reaktiven psychischen Störung verfügten zwischen 1993 und 2006 über ein durchschnittliches Jahreseinkommen von 20 000 Franken (Baer et al., 2009). Alleinstehende Antragsteller mit einer psychischen Störung verfügten im letzten Jahr vor dem Übergang in die IV über ein durchschnittliches Einkommen von 32 000 Franken (Wanner & Pecoraro, 2012). Deshalb bedeutet der Zuspruch einer IV-Rente häufig eine Verbesserung der finanziellen Situation der psychisch erkrankten Antragsteller, obwohl beinahe die Hälfte von ihnen auf einem Niveau nahe der Armutsgrenze bleiben (d.h. mit einem Einkommen unter 60 % des Einkommensmedians der erwerbstätigen Bevölkerung leben). Dieser negative Arbeitsanreiz für die Gruppe der psychisch erkrankten Arbeitnehmer mit geringem Bildungsniveau und einer unterbrochenen Arbeitsbiographie sollte angegangen werden, da niedrig qualifizierte Erwerbstätige und Personen mit tiefem Einkommen grundsätzlich ein grösseres Risiko aufweisen, eine IV-Rente zu erhalten. Erste Priorität sollte dabei dem Umstand eingeräumt werden, dass Arbeitnehmer jahrelang in finanziell prekären Situationen ohne Aussichten auf eine Erwerbstätigkeit leben, so dass die Aussicht auf ein sicheres Renteneinkommen als attraktiv erscheint. Früherkennung und Frühintervention ist also äusserst wichtig.

[5] Sozialhilfebeiträge und kantonale Zusatzleistungen vor dem Zuspruch einer IV-Rente wurden in dieser Untersuchung nicht mitberücksichtigt. Damit ergibt sich eine Unterschätzung des Einkommens vor dem Zuspruch einer IV-Rente.

Kasten 3.3.: **Die 6. IV-Revision (zweiter Teil vom Parlament im Juni 2013 abgelehnt)**

Der zweite Teil der 6. IV-Revision sah unter anderem eine Rückzahlung der Schulden der Invalidenversicherung bei der Alters- und Hinterlassenenversicherung bis zum Jahr 2025 vor. Einer der weiteren Schwerpunkte war die Einführung eines stufenlosen Rentensystems. Ebenso sollten eine verstärkte Ausrichtung auf Frühinterventions- und berufliche Eingliederungsmassnahmen im Einklang mit der 5. IV-Revision und finanzielle Massnahmen erfolgen.

- Bezüglich Frühintervention und Eingliederung wäre die Früherfassung auf Beschäftigte ohne krankheitsbedingte Absenzen ausgeweitet und die zeitliche Begrenzung auf zurzeit 1 Jahr für Integrationsmassnahmen (ausdrücklich für IV-Bezüger mit psychischen Störungen) wäre aufgehoben worden. Zudem wären Beratung und Unterstützung für Arbeitgeber vorgesehen gewesen, und zwar unabhängig von einer Anmeldung bei der kantonalen IV-Stelle.

- Die kantonalen IV-Stellen hätten multidisziplinäre Abklärungen für Neuantragsteller einführen müssen mit einer ganzheitlichen Abklärung der medizinischen und der eingliederungsbezogenen Situation.

- Die finanziellen Massnahmen hätten eine Senkung der Kinderrenten auf 30 % vorgesehen (aktuell 40 % der IV-Rente der Eltern). Kinderrenten wären erst nach Ablauf von drei Jahren nach dem Zuspruch einer Rente in Kraft getreten. Zudem wären die Reisekosten von Bezügern in beruflichen Eingliederungsmassnahmen strenger auf die unumgänglichen invaliditätsbezogenen Kosten begrenzt worden.

Aktuell kann die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit oder eine Aufstockung der Stunden bezahlter Arbeit zu einer überproportionalen Reduktion der IV-Leistungen führen. Entsprechend hat die Praxis gezeigt, dass Leistungsbezüger immer wissen wollen, wie viel sie verdienen dürfen, ohne ihre Rente zu verlieren. Gysin & Bieri (2011) berechneten die Auswirkungen eines stufenlosen Modells: Eine alleinstehende Person, die vor einer IV-Vollrente 90 000 Franken verdient hat, erhält von der IV 35 000 Franken, solange das zusätzliche Einkommen 25 000 Franken nicht übersteigt. Steigt das zusätzliche Einkommen dieser Person auf 30 000 Franken, sinkt das Gesamteinkommen von 60 000 Franken auf 47 000 Franken, weil die ganze Rente auf eine Dreiviertelrente herabgesetzt wird. Diese Person müsste ihr Erwerbseinkommen verdreifachen (auf 70 000 Franken), um das gleiche Nettoeinkommen zu erreichen, wie als sie 25 000 Franken verdient hat. Das Problem wird verstärkt, wenn die IV-beziehende Person Kinder hat. Mit einem stufenlosen Rentensystem hätten die IV-Bezüger einen monetären Anreiz, eine Stelle anzunehmen, bis hinunter auf den Mindest-Invaliditätsgrad von 40 %. Diese Schwelle würde als Schwelle für negative Erwerbsanreize verbleiben.[6]

Kürzlich wurde im Rahmen des Pilotprojekts "Startkapital" (Büter et al., 2011), das vom BSV finanziert wurde, untersucht, ob finanzielle Anreize mehr IV-Rentenbezüger dazu bringen konnte, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen bzw. ihre Arbeitsbemühungen zu verstärken, und damit ihren Invaliditätsgrad um mindestens 25 % zu senken. Um den Effekt einer Direktzahlung zu testen, wurden zwei Interventionsgruppen, eine mit einem Startkapital über 9 000 Franken und eine mit ei-

[6] Es gab Debatten darüber, ob der Höchstbetrag der stufenlosen Rente bei 70 % Arbeitsunfähigkeit oder erst bei 80 % anzusetzen sei. Würde man den Höchstbetrag bei 80 % ansetzen, hätte dies jährliche Einsparungen von 70 bis 150 Millionen Franken zur Folge, da damit 14 % der aktuellen IV-Bezüger eine niedrigere Rente erhalten hätten (für 77 % wäre der Betrag gleich geblieben, für 9 % wäre die Rente gestiegen).

nem über 18 000 Franken ausgestatte. Der Kontrollgruppe wurden keinerlei Geldleistungen angeboten. Aufgrund fehlender Teilnahme musste das geplante Vierjahresprojekt nach zwei Jahren aufgegeben werden.[7] Offenbar war die angebotene Barzahlung viel zu tief, um das "sichere" IV-Renteneinkommen aufzuwiegen. In anderen Ländern wurden ähnliche Erfahrungen mit Anreizprogrammen gemacht, zum Beispiel mit vereinfachten Verfahren, um IV-Renten mit Erwerbseinkommen zu verbinden, oder zeitlich unbegrenztem Schutz für erwerbstätige Rentenbezüger, um in die IV-Rente ohne Neubeurteilung zurückkehren zu können. Allgemein benötigen diese Programme eine sehr lange Verbreitung (OECD, 2010). So betrug beispielsweise die Beteiligungsrate im Ticket-to-work-Programm in den Vereinigten Staaten von Amerika 1-3 % der Fälle, trotz hoher Investitionen, garantierter finanzieller Sicherheit und einem breiten Angebot an Unterstützungsmassnahmen. Wahrscheinlich war der bereits langjährige Rentenbezug mit ein Grund für die tiefe Beteiligung. Dies hat zur Folge, dass es im Zusammenhang mit Veränderungen der Situation, aus Angst zu versagen oder erneut destabilisiert zu werden, zu einem Vermeidungsverhalten kommt.

### Angehen der hohen Fallzahlen

Der erste Teil der 6. IV-Revision (in Kraft seit 2012) konzentrierte sich hauptsächlich auf den IV-Leistungsbezügerbestand (Kasten 3.4). Zwischen 2012 und 2017 soll der IV-Bezügerbestand, gemäss dem Ziel des Bundesrats von 2011, um 12 500 ganze Renten oder um 17 000 Bezüger abgebaut werden, was 8 % des IV-Bezügergesamtbestands im Jahr 2011 entspricht (bzw. 18 % aller aktuellen IV-Bezüger mit einer psychischen Störung, wenn die Personen mit psychischen Störungen die einzige Zielgruppe wäre).

Einen Sonderfall stellen aktuelle Bezüger mit einer medizinisch unklaren Schmerzstörung (nicht organischen Ursprungs) dar. Diese erfüllen die Voraussetzungen für eine IV-Rente nicht mehr. IV-Bezüger mit dieser Diagnose werden neu abgeklärt und verlieren im Falle von vorhandener Erwerbsfähigkeit ihren Anspruch auf eine IV-Rente ganz oder teilweise . Ihnen werden berufliche Eingliederungsmassnahmen während höchstens zweier Jahre angeboten. Während diesen zwei Jahren wird die IV-Rente weiterbezahlt, wenn der Bezüger an den beruflichen Eingliederungsmassnahmen teilnimmt. Das Bundesgericht hat diesbezüglich in den vergangenen zehn Jahren verschiedene Entscheide gefällt und die Anspruchsberechtigungskriterien für eine IV-Rente eingegrenzt. Seit 2011 berechtigen kein der medizinisch unklaren Beschwerden (z.B. Fibromyalgie, Nervenschwäche, chronisches Müdigkeitssysndrom, Halswirbelsäule-Schleudertrauma usw.) mehr zum Bezug einer IV-Rente. Mit der 6. IV-Revision werden Rentenbezüger mit solchen unspezifischen Störungen innerhalb von drei Jahren neu abgeklärt. Sie verlieren ihre Rente ganz oder teilweise, sollte die medizinische Abklärung eine Erwerbsfähigkeit ergeben. Dies trifft nicht auf IV-Rentenbezüger zu, die im Jahr 2012 über 55 Jahre alt waren oder zum Zeitpunkt der Neuabklärung seit 15 Jahren eine IV-Rente bezogen. Es wird geschätzt, dass 4 000 der rd. 18 000 IV-Bezüger, die wieder eingegliedert werden sollen, Personen mit Schmerzstörungen sind. Ganz allge-

7. Die kantonalen IV-Stellen informierten 4 000 IV-Rentenbezüger über das Projekt und luden sie ein, daran teilzunehmen. Nur 145 Bezüger antworteten innerhalb von sechs Monaten (4 % aller kontaktierten Personen) und nur 49 Personen waren an einer Teilnahme interessiert. Von den 49 Personen galten 17 als potenziell eingliederungsfähig und ohne gross Unterstützung dabei zu benötigen. Letztlich haben drei Personen die Eingliederungsmassnahmen begonnen.

mein sind IV-Rentenbezüger mit einer psychischen Störung und jenemit einer Somatisierungsstörung) die Hauptzielgruppe für eine Wiedereingliederung.

Eine vollumfängliche Bestandsaufnahme dieser Reformen ist zwar noch verfrüht, doch lohnt es sich, einige Elemente hinsichtlich Neuabklärung der gegenwärtigen IV-Bezüger als auch die Instrumente und Anreize für die Wiedereingliederung näher zu betrachten.

Kasten 3.4.: **6. IV-Revision (erster Teil): Unterstützung für bestehende IV-Leistungsbezüger und Anreize für Arbeitgeber mit dem Ziel, die Abgänge aus dem IV-Rentensystem zu erhöhen.**

Die 6. IV-Revision zielte allgemein auf die berufliche Eingliederung, die weitere Verringerung des Defizits der Invalidenversicherung und vermehrte Arbeitsanreize ab. Die Revision war in zwei Teile aufgeteilt (6a und 6b), wobei der erste Teil 2012 Kraft trat und der zweite Teil ab 2015 hätte umgesetzt werden sollen. Der zweite Teil wurde aber schliesslich vom Parlament abgelehnt.

Was die psychischen Störungen anbelangt, so ist der erste Teil der 6. IV-Revision hauptsächlich auf verstärkte Rentenrevision und Wiedereingliederung von bestehenden IV-Bezügern ausgerichtet. Die Revision sieht vor, rein dossierbezogene Routineneubeurteilungen von IV-Rentenbezügern durch einen persönlichen Kontakt zwischen dem Casemanager der IV-Stelle und dem IV-Bezüger zu ersetzen, um das Eingliederungspotenzial gründlich zu prüfen.

Um diesen Prozess zu ermöglichen und zu unterstützen, sind verschiedene Massnahmen eingeführt worden. Einerseits sollen die Ängste der Bezüger vor der Aufnahme einer Beschäftigung und andererseits die Befürchtungen der Arbeitgeber im Zusammenhang mit der Anstellung von Personen mit psychischen Problemen zerstreut werden:

- Wiedereingliederung: IV-Bezüger, die versuchen, wieder einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, werden während des Wiedereingliederungsprozesses unterstützt und erhalten in dieser Zeit weiterhin eine IV-Rente. Der Arbeitsversuch ist eine neue Massnahme, die sowohl für die Arbeitgeber als auch für die IV-Bezüger geregelt ist. Sie ist auf 6 Monate beschränkt.

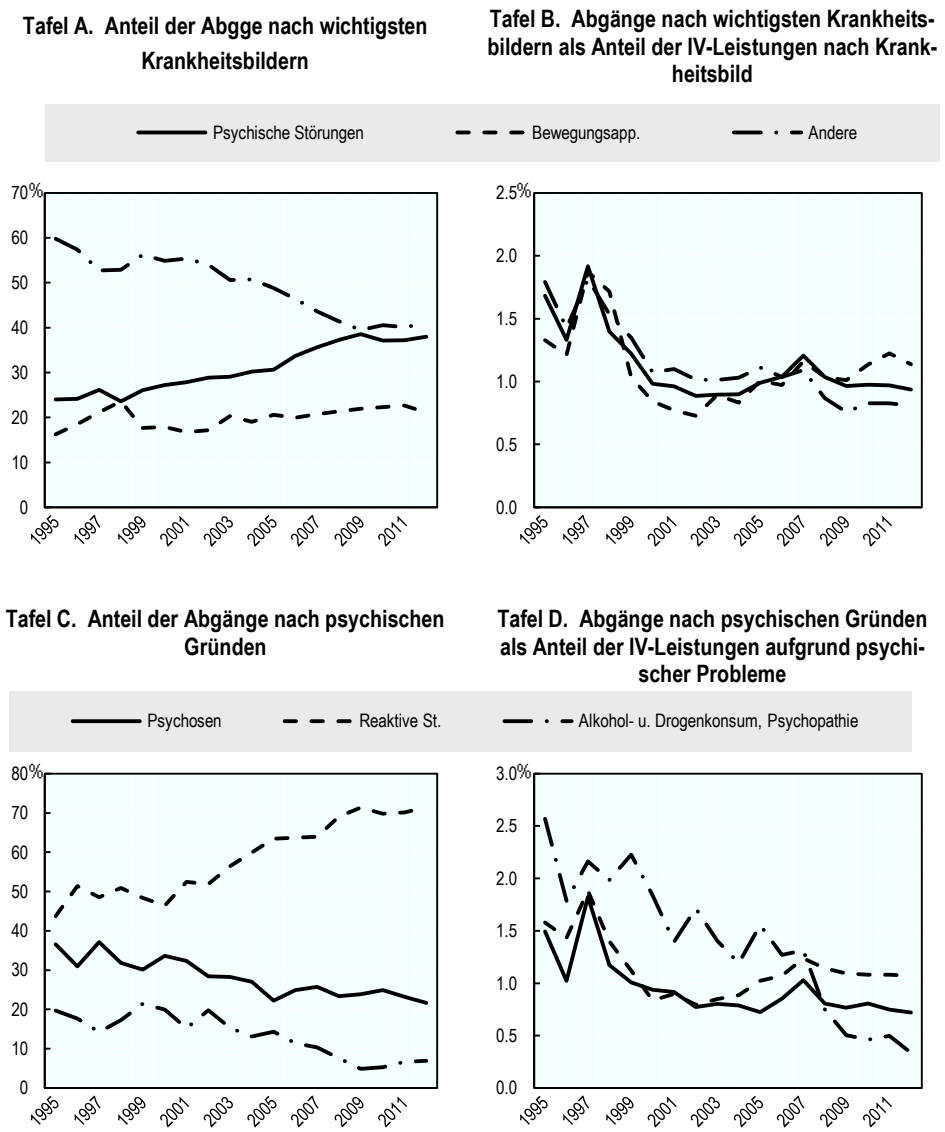
- Nach der Wiedereingliederung: In den ersten drei Jahren nach der Aufhebung oder Herabsetzung der Rente können frühere IV-Bezüger eine Beratung und Begleitung in Anspruch nehmen. Im Fall einer erneuten Arbeitsunfähigkeit, z.b. aufgrund eines Rückfalls, leistet die IV eine Übergangsleistung in der Höhe der früheren IV-Rente. In dieser Zeit klärt die IV eine erneute Anspruchsberechtigung rasch ab.

- Während den ersten 3 Jahren ab Wiedereingliederung muss der Arbeitgeber, bei einer krankheitsbedingten Absenz der eingestellten Person, wenn die Voraussetzungen auf die Übergangsleistung erfüllt sind, seine Taggeldversicherung nicht bemühen und damit keinen Prämienanstieg befürchten. Zudem bleiben die IV-Bezüger bei ihrer Pensionskasse und müssen nicht vom neuen Arbeitgeber in dessen zweite Säule aufgenommen werden.

### *Eine neue Kultur der Rentenrevisionen ist angezeigt*

Nach dem Zuspruch einer IV-Rente werden die Bezüger periodisch neu abgeklärt. Allerdings führen diese erneuten Abklärungen normalerweise nicht zu einem Abgang aus dem IV-Leistungssystem und in die Arbeitslosigkeit (Abb. 3.9).

Abb. 3.9. **Abgänge in die Erwerbstätigkeit sind die Ausnahme, unabhängig vom Krankheitsbild**



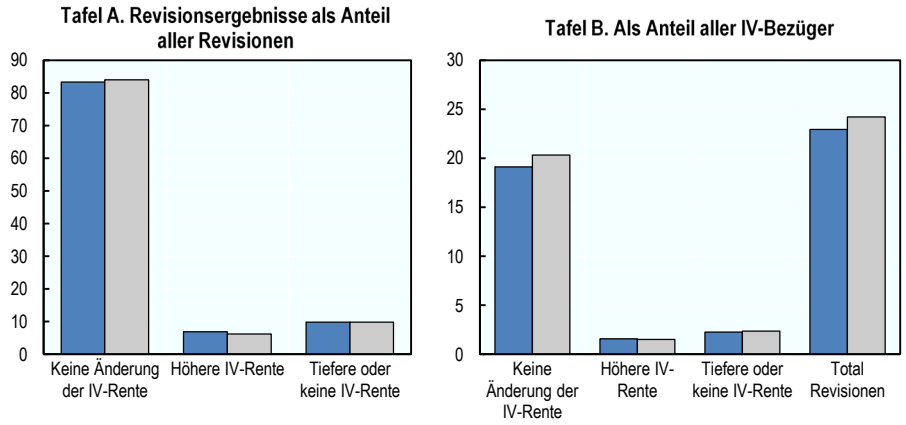

Quelle: OECD-Berechnungen, basierend auf Daten des Bundesamts für Sozialversicherungen.

Seit 1995 ist der Anteil der psychisch Erkrankten an den Abgängen aus dem IV-Rentensystem (ohne Todesfälle und Übergänge in die Altersrente) von 24 % auf 38 % gestiegen (Tafel A). Dieser Abgängeranteil lag unter dem entsprechenden Anstieg des Bestandes an IV-Bezügern aus psychischen Gründen. Bezogen auf den entsprechenden Bestand hat der Abgang von IV-Bezügern mit psychischen Störungen nicht zugenommen (Tafel B) und war mit knapp unter 1 % des Bestands gleich wie bei anderen Krankheitskategorien. Damit lag der Abgang unter dem Wert für den Zeitraum von 1995 bis 1999. Betrachtet man bestimmte psychische Erkrankungen, erhält man das gleiche Ergebnis (Tafeln C und D). Gegenwärtig verlassen rund 815 Bezüger mit einer psychischen Störung jedes Jahr das IV-Rentensystem.

Dieses Ausmass muss vor dem Hintergrund der Zielsetzung des ersten Teils der 6. IV-Revision gesehen werden, nämlich der Wiedereingliederung von 17 000 IV-Bezügern, darunter vor allem auch Personen mit psychischen Einschränkungen, insbesondere reaktiven psychischen Störungen, in den Arbeitsmarkt innerhalb von sechs Jahren. Um dieses Ziel zu erreichen, hat die Invalidenversicherung verschiedene neue Massnahmen eingeführt (siehe Kasten 3.4). Eine Änderung der Rentenrevisionsmethode war unabdingbar, da die IV-Bezüger mit Eingliederungspotenzial nicht erkannt wurden. Während eines durchschnittlichen Jahres wurden vor der 6. IV-Revision knapp 50 000 aktuelle IV-Bezüger wiederabgeklärt, d.h. 20 % des Bestands (Abb. 3.10, Tafel B).

Abb. 3.10. **Rentenrevisionen sind häufig, führen aber selten zu einer Änderung der Anspruchsberechtigung**

Ergebnisse der Rentenrevisionen von bisherigen IV-Bezügern, 2008 und 2011




Quelle: OECD-Berechnungen, basierend auf Daten des Bundesamts für Sozialversicherungen.

Zuvor basierten die Rentenrevisionen auf einer Selbsteinschätzung des IV-Bezügers sowie einer Abklärung des behandelnden Arztes zusammen mit einer nachfolgenden (meistens dossierbasierten) Abklärung durch die kantonale IV-Stelle. Das Ergebnis ist, dass in über 80 % der neubeurteilten Fälle der Grad der Arbeitsfähigkeit unverändert bleibt. Von 2008 bis 2011 gab es keine Veränderung (Abb. 3.10, Tafel A). Die Erwerbsfähigkeit der Hälfte der verbleibenden Fälle wurde entweder höher oder tiefer eingestuft, was zu höheren bzw. tieferen IV-Renten führte. Demnach führten Neubeurteilungen bei lediglich 2 % aller IV-Renten zu tieferen oder einer Beendigung der Renten (Tafel B).

Mit der 6. IV-Revision wurde ein neues Rentenrevisionsverfahren eingeführt, wobei die derzeitigen Verfahren je nach Kanton stark variieren: i) die bisherigen IV-Bezüger werden zu einem Gespräch eingeladen, zudem wird eventuell der behandelnde Arzt kontaktiert und eine Abklärung durch den regionalen medizinischen Dienst vorgenommen; ii) wird ein Wiedereingliederungspotenzial vermutet oder bei einer unspezifischen Schmerzstörung können weitere Gespräche mit dem Bezüger folgen, auch mit den behandelnden Ärzten und anderen involvierten Parteien; iii) es wird ein Wiedereingliederungsplan ausgearbeitet und Massnahmen getroffen bzw. die Anspruchsberechtigung auf eine IV-Rente wird abgeklärt; iv) das Ergebnis wird beurteilt. Neu sollen Gespräche an die Stelle von reinem Dossierstudium treten.

Mehr Gewicht wird dem Aufbau einer vertrauensbasierten Beziehung mit den Rentenbezügern beigemessen (Schär et al.,2011)

Ein gutes Verhältnis zwischen den Fachpersonen der kantonalen IV-Stellen und den behandelnden Ärzten (häufig Psychiater) ist entscheidend, um die Klienten aus der Rente und in die Erwerbstätigkeit zu begleiten. Dies beinhaltet auch eine gemeinsame Beurteilung der Arbeitssituation, einen gemeinsamen Wiedereingliederungsplan und das allseitige Verstehen der gegenseitigen Pflichten. Doch gibt es Hinweise dafür, dass immer noch Reibungspunkte zwischen den IV-Stellen und den behandelnden Ärzten bestehen (Romann, 2012). Behandelnde Ärzte können sich übergangen fühlen, weil ihre Gutachten und Abklärungen durch einen Arzt des regionalen ärztlichen Dienstes ergänzt oder ersetzt werden, der den Klienten kaum kennt, oder weil die IV-Stellen finden, dass die Erwerbsfähigkeit zu tief angesetzt worden ist, oder weil sich der regionale ärztliche Dienst in ihre Behandlung eingemischt hat, z.B. indem Auflagen bezüglich Medikation gemacht wurden. Die regionalen ärztlichen Dienste spielen bei den Rentenrevisionen der bisherigen IV-Rentenbezüger eine wichtige Rolle. Das Wissen der behandelnden Ärzte und die Zusammenarbeit mit ihnen sind ebenfalls entscheidende Faktoren für die Wiedereingliederungsplanung und einen erfolgreichen Integrationsprozess, sind doch die behandelnden Ärzte die Vertrauenspersonen der wieder einzugliedernden Personen. Andererseits bleiben berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen wirkungslos, wenn die behandelnden Ärzte immer wieder Arztzeugnisse ausstellen bzw. Fortschritten bei der Arbeitsfähigkeit der Klienten entgegenarbeiten.

### *Ausarbeiten von fundierten Kriterien und Interventionen*

Vermehrte eingliederungsorientierte Rentenrevisionen bergen ein bedeutendes Potenzial, besonders bei IV-Bezügern mit einer psychischen Störung, die häufig arbeitsbezogene Ängste, wenig Selbstvertrauen und ein niedriges Selbstwertgefühl haben. Um eine solche Strategie erfolgreich umzusetzen, bedarf es einiger unabdingbarer Faktoren. Zuerst einmal müssen Kriterien zur Identifikation bisheriger IV-Bezüger mit Wiedereingliederungspotenzial festgelegt werden, um wirksam vorzugehen und Enttäuschungen möglichst zu vermeiden, z.B. Diagnose, Schweregrad, Dauer und Verlauf der Erkrankung, Arbeitsbiografie usw. Bisher obliegt es den kantonalen IV-Stellen bzw. den einzelnen Fachpersonen, IV-Bezüger mit Eingliederungspotenzial zu identifizieren. Dann sollten Leitlinien zu einer Reihe von Punkten ausgearbeitet werden, z.B. wie ein vertrauensvolles Verhältnis aufgebaut wird, wie Bezüger mit verschiedenen psychischen Störungen und wie Arbeitgeber zu beraten sind, wie eine nachhaltige Beziehung zum behandelnden Arzt geschaffen wird oder wie ein wirksamer Wiedereingliederungsplan erstellt wird. Solche Leitfäden dienen der Unterstützung der Fachleute der IV-Stellen.

Angesichts der hohen Investitionen in die Eingliederung von IV-Bezügern mit psychischen Problemen, die in den vergangenen zehn Jahren mittels Reformen getätigt worden sind, fällt der Mangel an professionellen, fundierten Kriterien und Konzepten darüber besonders eklatant ins Auge, wann und wie je nach Situation und psychischer Beeinträchtigung zu intervenieren ist (z.B. Stellenerhalt vor Wiedereingliederung). Die gesetzliche Definition der neuen Eingliederungsmassnahmen beschreibt wirksame Massnahmen nicht detailliert. Das BSV kann die kantonalen IV-Stellen als deren Aufsichtsorgan unterstützen und die Ausarbeitung von Leitlinien zusammen mit den behandelnden Ärzten, Eingliederungsspezialisten und anderen Akteuren anregen.

### *Ausgleich zwischen Arbeitsanreizen, Unterstützung und Pflichten schaffen*

Wenn sich IV-Rentenbezüger auf die Wiedereingliederung einlassen, gehen Sie das Risiko ein, ein sicheres Renteneinkommen durch ein unsicheres Erwerbseinkommen zu ersetzen. Dementsprechend hat die Invalidenversicherung „Sicherheiten" eingeführt. Z.B. erhalten IV-Rentenbezüger eine Übergangsleistung, falls sich ihre Arbeitsfähigkeit während 30 Tagen innerhalb der ersten drei Jahre nach der Wiedereingliederung wieder um mindestens 50 % reduzieren sollte. Die Übergangsleistung entspricht der vorher erhaltenen IV-Rente. In einem solchen Fall wird der IV-Graddurch die IV-Stelle neu abgeklärt. Dieses finanzielle Auffangnetz dürfte vor allem für anfällige Personen mit schwankenden psychischen Störungen wichtig sein.

Das fehlende Vertrauen in die eigene Arbeitsfähigkeit gründet tief und mindert die Wirkung von Anreizen für IV-Leistungsbezüger. Hinzu kommt, dass je länger jemand eine IV-Rente bezieht, desto weniger ist er oder sie bereit, sich an Wiedereingliederungsversuchen zu beteiligen. In den Niederlanden sind mit einem ähnlichen Wiedereingliederungsprogramm, das vor allem auf Neuberentungen ausgerichtet ist, gute Erfahrungen gemacht worden (OECD, 2010). Doch ist es unwahrscheinlich, dass ein ganz auf Freiwilligkeit basierendes Programm effektiv eine grosse Anzahl IV-Bezüger erreicht. Dies trifft wohl in besonderem Mass auf die Schweiz zu, die hohe Leistungsansätze für Personen mit niedrigem Einkommen aufweist. Zudem könnten Personen mit tiefem Bildungsstand, für die vielleicht Hilfsarbeiten in möglicherweise schwierigen Umgebungen in Frage kämen, die Erwerbstätigkeit als Last betrachten und es deshalb vorziehen nicht zu arbeiten (Bütler et al., 2011).

Es gibt allerdings vielerlei Anhaltspunkte dafür, dass Personen mit einer psychischen Störung häufig arbeiten wollen, aber nicht aktiv eine Anstellung suchen, da sie befürchten, zu scheitern, einen Rückfall zu erleiden oder Konflikte am Arbeitsplatz zu erleben (Baer, 2010). Personen mit psychischen Erkrankungen sind häufig nicht sehr selbstsicher, passiv, nehmen ihre Krankheit verzerrt wahr und neigen zu angstvermeidendem Verhalten (Oyeflaten et al., 2008; Muijzer et al., 2012). Dies muss vor dem Hintergrund gesehen werden, dass die meisten IV-Leistungsbezüger mit einer psychischen Störung vor der Kontaktaufnahme mit der Invalidenversicherung auf dem Arbeitsmarkt nicht gut funktioniert haben (Baer et al., 2009) – eine Tatsache, die auf die Wiedereingliederungsbemühungen nicht gerade förderlich wirkt. Es ist also sehr wichtig, ein Gleichgewicht zu finden zwischen finanziellen Anreizen, einem vertrauensbasierten Verhältnis und wirksamer Unterstützung bei der Wiedereingliederung. Dies gilt auch für die Mitwirkungspflicht an Wiedereingliederungsmassnahmen, und den Konsequenzen, falls dies nicht der Fall ist.

### *Befürchtungen der Arbeitgeber zerstreuen*

Arbeitgeber beschäftigen nur zurückhaltend Stellenbewerbende mit einer (früheren) psychischen Erkrankung, wenn sie von der Erkrankung wissen. Eine experimentelle Studie in der Schweiz bei 750 kleinen und mittleren Unternehmen hat gezeigt, dass die Arbeitgeber, wenn sie die Wahl zwischen neun Bewerbenden haben, wovon eine Person gesund, aber unzuverlässig und faul ist, fünf mit einer früheren körperlichen Erkrankung und drei zuverlässige, engagierte mit einer früheren psychischen Störung, sie meistens die unzuverlässige, aber gesunde Person anstel-

len würden (50 %). Danach folgen die Bewerbenden mit einer früheren körperlichen Beeinträchtigung (47 %). Bewerbende mit einer früheren psychischen Störung – Depression, Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit – würden fast nie angestellt (3 %), obwohl ihr Gesundheitszustand stabil und ihre Arbeitsfähigkeit 100 % ist (Baer et al., 2007).

Vorurteile gegenüber Bewerbern mit einem psychischen Problem erklären die Zurückhaltung der Arbeitgeber, sie zu beschäftigen, nicht allein. Die meisten Arbeitgeber haben bereits Erfahrungen mit psychisch erkrankten Angestellten gemacht und scheuen deshalb die Beschäftigung von Personen mit psychischen Störungen. Allerdings ging aus der gleichen Erhebung hervor, dass folgende Massnahmen ihre Bereitschaft, Personen mit gesundheitlichen Problemen anzustellen, erheblich steigern würde: Arbeit auf Probe, Lohnsubventionen, Informationen betreffend die Beeinträchtigung und im Umgang mit der Beeinträchtigung der Person sowie laufende Unterstützung durch eine Fachperson (OECD, 2013).

Das BSV hat die Befürchtungen und Bedürfnisse der Arbeitgeber bei der 6. IV-Revision miteinbezogen und neu den "Arbeitsversuch" in die beruflichen Massnahmen aufgenommen. Während bis zu sechs Monaten der probeweisen Anstellung muss der Arbeitgeber die Person nicht fest anstellen oder in seine Pensionskasse aufnehmen. Zudem wurden die Möglichkeiten von Lohnsubventionen für Arbeitgeber erweitert. Die IV kann bereits seit der 5. IV-Revision Jobcoaching anbieten, hauptsächlich um die IV-Bezüger, und falls angezeigt, die Arbeitgeber zu unterstützen. Mit diesen vielversprechenden Massnahmen sind die Arbeitgeber grösstenteils vor finanziellen Risiken geschützt.

Zusätzliches Potenzial kann eventuell in zweierlei Hinsicht erkannt werden: Erstens berücksichtigen zeitlich begrenzte Jobcoachings die Eigenheiten psychischer Störungen nicht. Die Praxis zeigt, dass Probleme häufig erst zeitverzögert auftauchen und oft erst Jahre später wiederkehren. Arbeitgeber kontaktieren die kantonale IV-Stelle in solchen Fällen nicht unverzüglich. Aufgrund dessen wäre es sehr wichtig, Lösungen für eine kostengünstige aber unbegrenzte Unterstützung zu finden, um den Stellenerhalt sicherzustellen. Zweitens orientiert sich das Jobcoaching heute an den Bedürfnissen der IV-Bezüger und nicht an jenen der Arbeitgeber und unterschätzt damit die Bedeutung der Interventionen durch den Vorgesetzten. Umfassende Informationen und Unterstützung des Arbeitgebers zu Beginn sowie laufende und aktive (aber weniger intensive) Unterstützung danach wäre entscheidend. Für Beschäftigte mit einer psychischen Störung ist ein "guter" Vorgesetzter (der sicher ist, klare Anweisungen gibt und sich kümmert) die beste Hilfe. Der zweite Teil der 6. IV-Revision hatte eine verstärkte Beratung der Arbeitgeber vorgesehen.

### *Wieviel Wirkung kann von beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen erwartet werden?*

Die Entwicklung eines kontinuierlichen Forschungsprogramms über Invalidität (FoP-IV) und eine neue Möglichkeit (seit 2008) der Invalidenversicherung, Pilotprojekte zu finanzieren, um Invalidität vorzubeugen und Wiedereingliederung zu fördern, hat die Evidenzbasis massiv verstärkt. Forschung und Pilotprojekte haben die Zielsetzung der 5. IV-Revision, nämlich die Einführung einer eingliederungsorientierten Kultur der Invalidenversicherung, gefördert.

Doch gibt es kaum wissenschaftliche Nachweise über die Wirksamkeit der Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung und die Mehrheit der lancierten Pilotprojekte laufen immer noch. In diesen Projekten geht es um 3 Themen: Wiedereingliederungsanreize, Interinstitutionelle Zusammenarbeit und berufliche Wiedereingliederung.

Das Projekt “XtraJobs” hat zum Ziel, die Befürchtungen der Arbeitgeber bezüglich der Beschäftigung von Personen mit Beeinträchtigungen zu überbrücken, indem ein Temporärpersonalmodell angewendet wird, d.h. Klienten werden temporär von spezialisierten Stellenvermittlungsbüros angestellt und an Firmen "ausgeliehen". Die Auswertung hat gezeigt, dass sich innerhalb von zwei Jahren nur 143 Klienten sich am Programm beteiligt haben. 87 sind an Firmen ausgeliehen worden, wovon dann 29 fest angestellt worden sind (Bieri et al., 2010). Somit haben insgesamt nur 20 % eine feste Anstellung gefunden und es ist nicht bekannt, wie nachhaltig diese Anstellungen waren. Allerdings waren die Kosten mit 33 000 Franken für jede der 143 Klienten und sogar 167 000 Franken für jede Vermittlung sehr hoch. Der Grund für die niedrige Beteiligungsrate lag darin, dass die Arbeitgeber das Projekt kaum kannten und von den kantonalen IV-Stellen nicht genügend gefördert wurde. Das wurde in einem Followup-Projekt geändert.

Eine 20 %ige Erfolgsrate nach zwei Jahren wies auch eine repräsentative Untersuchung der IV-Rentenbezüger mit einer reaktiven psychischen Störung und IV-Teilrente auf, denen herkömmliche berufliche Massnahmen durch die Invalidenversicherung angeboten wurden (Baer et al., 2009). Während die Erfolgsrate nach einer beruflichen Massnahme der Invalidenversicherung durchschnittlich auf 72 % kommt (alle Kategorien), beträgt sie bei Bezügern mit einer psychischen Störung nur 58 %. Das Dossierstudium der aktuellen Beschäftigungssituation der erfolgreich integrierten IV-Bezüger mit einer psychischen Störung hat allerdings an den Tag gebracht, dass in Wirklichkeit nur etwa ein Drittel dieser 58 % voll- oder teilzeitbeschäftigt sind, also rund 20 %. Die neuen Massnahmen der Invalidenversicherung haben zwar das Potenzial, bessere Ergebnisse zu erzielen, aber nachhaltige Wiedereingliederung bleibt schwierig.

### *Prävention von längeren Absenzen und Stellenverlust*

Eine sehr vielversprechende Massnahme des zweiten, abgelehnten Teils der 6. IV-Revision war die neue Möglichkeit der Beratung von Arbeitgebern zu einem frühen Zeitpunkt nach Auftreten von Problemen. Gegenwärtig können Arbeitgeber eine beschäftigte Person nach 30 Tagen krankheitsbedingter Abwesenheit bzw. nach mehreren kürzeren Absenzen der kantonalen IV-Stelle melden. Dies ist aus zwei Gründen problematisch: Erstens kann eine Intervention nach erst sechs Wochen bereits zu spät sein, und zweitens lässt sich der Grossteil der Beschäftigten mit einem psychischen Gesundheitsproblem nicht krankschreiben. Eine Erhebung bei Schweizer Arbeitgebern über deren Interventionspraxis bei besonders schwierigen Arbeitnehmern mit psychischen Gesundheitsproblemen hat ergeben, dass 60 % der betroffenen Arbeitnehmer nicht über längere Zeit krank gemeldet waren, sondern am Arbeitsplatz verblieben (Baer et al., 2011). Die Arbeitgeber stellten die psychischen Probleme bei ihren Angestellten sehr früh fest, intervenierten aber erst viel später. Sie haben vergeblich versucht, die Probleme zu lösen, durchschnittlich drei Jahre lang, bevor der Arbeitsvertrag in vielen Fällen beendet wurde. Krankheitsbedingte Absenzen markieren meistens nicht den Beginn einer problematischen Arbeitssituation sondern vielmehr das vorzeitige Ende einer solchen. Ent-

sprechend ist es sehr wichtig, viel früher zu intervenieren, zu einem Zeitpunkt, wenn die Stelle eines psychisch labilen Arbeitnehmers noch sicher ist und wenn die Arbeitskollegen und Vorgesetzten noch bereit sind, die Person zu behalten und zu unterstützen. Um dies zu erreichen, müssen Manager und Personalfachpersonen viel früher externe Unterstützung in Anspruch nehmen, und zwar sobald sich die Situation mit dem üblichen „guten" Führungsverhalten (wie problematisches Verhalten oder mangelnde Leistungen mit dem Arbeitnehmer besprechen, klare Ziele vorgeben, Unterstützung anbieten usw.) nicht verbessern lässt.

Mit einer frühen Beratung könnten die Arbeitgeber im Umgang mit Beschäftigten mit einer psychischen Störung am Arbeitsplatz gestärkt werden. Wenn die kantonalen IV-Stellen diese Massnahme künftig breit einführten, könnte dies eine neue Perspektive für das IV-System bedeuten, weil die aktuelle Fokussierung auf Unterstützung und Schulung von Personen mit einer Beeinträchtigung etwas ausgeweitet und mehr Gewicht auch auf die Unterstützung der Arbeitgeber im Umgang mit labilen Angestellten gelegt werden könnte.

## Zusammenfassung und Fazit

Seit den 1990er Jahren sieht sich das Invalidenversicherungssystem in der Schweiz mit einer stetig zunehmenden Anzahl an Neurentnern mit einer psychischen Störung konfrontiert. Aufgrund von geringen Abgängen aus dem IV-Rentensystem zurück in die Erwerbstätigkeit ist dieser Bestand laufend angewachsen. Diese Situation führte zu einer prekären finanziellen Lage des IV-Systems und drohte die Liquidität des Fonds zu gefährden. Die Zunahme der IV-Bezüger aus psychischen Gründen ist teilweise auf den häufigen Übergang aus der Sozialhilfe in die IV und einem zunehmenden Arbeitsmarkt-Ausschluss von älteren Erwerbstätigen, Immigranten mit niedrigem Bildungsstand und alleinerziehenden Müttern zurückzuführen, hauptsächlich wenn entweder eine Depression oder Schmerzstörungen mit im Spiel sind. Bis 2006 kamen sehr wenige IV-Antragsteller in den Genuss einer beruflichen Wiedereingliederungsmassnahme, bevor sie eine IV-Rente zugesprochen erhielten.

Das Bundesamt für Sozialversicherungen reagierte mit mehreren Revisionen des Invalidenversicherungsgesetzes zwischen 2004 und 2012 mit dem Ziel, zuerst die IV-Neuberentungen zu reduzieren, dann den Abgang von bestehenden IV-Bezügen in die Erwerbstätigkeit zu erhöhen. Die IV-Revisionen brachten einen weitreichenden Systemwechsel von einem verwaltungsbasierten Ansatz bzw. auf rein medizinischen Fragestellungen beruhenden IV-Anspruch zu einem Ansatz, der sich viel mehr an der noch vorhandenen Arbeitsfähigkeit orientiert und sich entsprechend auf arbeitsorientierte Unterstützungsmassnahmen konzentriert. Zudem sind anstelle der hoch selektiven, kostspieligen und häufig ineffizienten beruflichen Eingliederungsmassnahmen niederschwelligere Massnahmen für Frühinterventionen eingeführt worden. Gleichzeitig wurden die Pflichten der IV-Bezüger laufend erhöht, sich an Massnahmen zu beteiligen und sich medizinisch behandeln zu lassen. Ebenso wurden die gesetzlichen und medizinischen Schwellen für den Anspruch auf IV-Leistungen angehoben.

Dieser Reformenmix zeitigte Erfolge: Seit 2005 ist die Anzahl der Neuberentungen um 45 % gesunken und der Bestand der IV-Leistungsbezüger hat sich stabilisiert. Allerdings steigt die Anzahl der IV-Neurentner mit einer psychischen Störung weiter an, wenn auch deutlich verlangsamt. Innerhalb von zehn Jahren hat das

IV-Rentensystem einen Wechsel von einer rentenverwaltungsbasierten zu einer eingliederungsorientierten Ausrichtung vollzogen und bietet auch mehr Eingliederungsmassnahmen, die für IV-Bezüger mit einer psychischen Störung geeignet sind. Dennoch ist dieser Prozess noch nicht abgeschlossen und die Auswirkungen der Reformen sind bisher noch weitgehend unbekannt. Um die Reformziele zu erreichen und den Wechsel weiter voranzutreiben, bleiben noch einige Herausforderungen anzugehen und die neuen Möglichkeiten sollten vollumfänglich genutzt werden.

### *Das System vermehrt auf die Arbeitgeber ausrichten*

- *Früherfassung weiter vorantreiben.* Da Eingliederungsmassnahmen am ehesten zu einer Anstellung führen, wenn die IV-Bezüger zum Zeitpunkt der Anmeldung noch eine Stelle haben, sollte die Früherfassung gefördert und zum Hauptzugang ins IV-Rentensystem werden. Die Arbeitgeber sollten aktiv auf die Möglichkeit der Früherfassungsmeldung an die IV aufmerksam gemacht und zur Nutzung dieser Möglichkeit ermuntert werden.

- *Frühinterventionsmassnahmen für Personen mit einer psychischen Störung fördern.* Die neuen Frühinterventionsmassnahmen werden gegenwärtig hauptsächlich für IV-Bezüger mit einer körperlichen Beeinträchtigung angeboten. Diese Massnahmen sollten auf Personen mit einer psychischen Störung ausgeweitet werden, vor allem auch auf Personen mit einer moderaten psychischen Störung, die immer noch erwerbstätig sind.

- *Arbeitsplatzorientierte Interventionen ausbauen.* Frühinterventionsmassnahmen umfassen ein breites Spektrum an Dienstleistungen, doch werden nur Ausbildungskurse und sozialberufliche Rehabilitationsmassnahmen breit eingesetzt. Somit wird das Potenzial der Frühintervention noch nicht voll ausgeschöpft. Arbeitsplatzorientierte Frühintervention sollte deutlich ausgebaut werden, einschliesslich Beratung und Jobcoaching zum Erhalt der Arbeitsstelle.

- *Integrationssmassnahmen in regulären Arbeitsplätzen fördern.* Die neuen Integrationsmassnahmen sind auch nur teilweise genutzt worden: Belastbarkeitstraining und Aufbautraining zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit sind breit genutzt worden, allerdings meistens in geschützten Arbeitsstätten. Unterstützungsmassnahmen an regulären Arbeitsplätzen und Support für Arbeitgeber zur Erhaltung der Arbeitsstelle sind selten genutzt worden. Integrationsmassnahmen sollten möglichst an nicht geschützten Arbeitsstätten angeboten werden.

- *Beratung für Arbeitgeber ausarbeiten.* Frühberatung der Arbeitgeber bezüglich effizienter Interventionen bei Angestellten mit einem psychischen Problem (kürzlich vom Parlament abgelehnt) hätte erhebliches Potenzial als Präventivmassnahme zur Reduzierung der IV-Neuberentungen und zur Stärkung der Position der IV-Stellen gegenüber den Arbeitgebern. Solche Massnahmen sollten umgesetzt werden und die IV-Stellen sollten Wissen darüber aufbauen, wie am effizientesten am Arbeitsplatz zu intervenieren ist.

### *Abklärungen und Rentenrevisionen weiter verbessern*

- *Stärkere Gewichtsverlagerung auf die funktionelle Leistungsfähigkeit bei Abklärungen*. Medizinische Abklärungen haben zahlenmässig in den vergangenen fünf Jahren zwar stark zugenommen, wogegen spezielle berufliche Abklärungen für IV-Bezüger mit einer psychischen Störung weitgehend irrelevant blieben. Dies erschwert die Planung von Interventionen. Es besteht immer noch Bedarf nach einer grundlegenden Änderung: Wenn immer möglich sollten Abklärungen multidisziplinär erfolgen und Beschäftigungsspezialisten mit einbeziehen. Zudem sollten solche Abklärungen früher erfolgen, um eine adäquate Eingliederungsplanung zu gewährleisten.

- *Qualität der medizinischen Abklärungen weiter verbessern.* Die durchgehend schlechte Qualität der externen medizinischen Abklärungen von IV-Bezügern mit einer psychischen Störung ist erkannt worden und Empfehlungen für psychiatrische Untersuchungen wurden ausgearbeitet. Diese Empfehlungen sollten konsequent umgesetzt und um krankheitsspezifische Eingliederungsleitlinien ergänzt werden, die in multidisziplinärer Zusammenarbeit von Ärzten mit Beschäftigungsspezialisten erarbeitet werden.

- *Qualität der Rentenrevisionen verbessern.* (Medizinische) Rentenrevisionen führen zu keinen wesentlichen Veränderungen der des IV-Grades und lassen damit wahrscheinlich erhebliches Arbeitspotenzial der IV-Rentner brach liegen. Die dossierbasierte Rentenrevision sollte rasch durch Gespräche und den persönlichen Kontakt mit dem behandelnden Arzt ersetzt werden, wie aktuell vorgesehen. Zudem sollten Rentenrevisionen systematisch erfolgen. Bei unterschiedlichen Meinungen (zwischen dem behandelnden Arzt und den regionalen medizinischen Diensten) sollten beide medizinischen Parteien dazu verpflichtet werden, den Fall zu besprechen und sich zu einigen.

- *Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten verbessern.* Schliesslich sollte die Zusammenarbeit zwischen den kantonalen IV-Stellen, den behandelnden Ärzten und den Ärzteverbänden deutlich verbessert werden. Dies geschieht durch eine enge Zusammenarbeit bei der Planung und Durchführung des Eingliederungsprozesses mittels Vereinbarungen, wie mit potenziell schwierigen Situationen und Arztzeugnissen umzugehen ist.

### *Erwerbstätigkeit für die bestehenden IV-Bezüger attraktiver machen*

- *Teilrenten statt ganze Renten.* IV-Neurentner mit einer psychischen Störung weisen immer noch eine hohe Rate an ganzen Renten auf (höher als bei IV-Rentnern mit Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats, zum Beispiel). Die Resterwerbsfähigkeit dieser Gruppe liesse sich mittels Teilrenten besser ausschöpfen.

- *Stufenloses Rentensystem.* Ein stufenloses Rentenmodell würde bestehenden IV-Bezügern mehr Anreiz bieten, ihre Bemühungen um eine Erwerbstätigkeit zu verstärken, besonders jenen mit niedrigem Bildungs-

stand und somit niedrigem Einkommenspotenzial. Gegenwärtig zahlt sich eine Erwerbsarbeit aufgrund der erheblichen Schwelleneffekte für viele IV-Rentner nicht aus. Das vorgeschlagene stufenlose Rentenmodell (vom Parlament im Juni 2013 abgelehnt) sollte eingeführt werden.

- *Negativanreize abschaffen.* IV-Renten sind in der Schweiz für bestimmte Gruppen immer noch vergleichsweise attraktiv, z.B. junge Personen ohne Arbeitsmarkterfahrung und Personen mit Kindern. Die Struktur der IV-Geldleistungen soll überdacht werden, um einen Ausgleich zwischen adäquater IV-Rente und Arbeitsanreiz zu schaffen. .

### *Literaturverzeichnis*


Aiello, R. (2011), Die IV-Revision 6b, *Soziale Sicherheit CHSS,* 5/2011, 259-263, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Baer, N. und T. Fasel (2009), "Sie wäre so begabt" – Die Arbeitssituation von Menschen nach Psychosen, *Familiendynamik*, No. 4, pp. 346-359.

Baer N., U. Frick and T. Fasel (2009), Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Baer, N. (2007), Würden Sie einen psychisch behinderten Menschen anstellen? Zeitschrift für Sozialhilfe 1/2007, p. 32-33.

Baer, N., U. Frick und T. Fasel (2011), "Schwierige" Mitarbeiter: Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche - eine Pilotstudie in Basel-Stadt und Basel-Landschaft, *FoP-IV Forschungsbericht*, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Bieri, O., M. Inauen and A. Balthasar, (2010), "Evaluation des Pilotprojekts 'XtraJobs', Schlussbericht zuhanden des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV)", *Interface Politikstudien Forschung Beratung*, Lucerne (unpubliziert) www.interface-politikstudien.ch/downloads/deutsch/Be_XtraJobs.pdf.

Bolliger, C., T. Fritschi, R. Salzgeber, et al. (2012), "Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung und der Integrationsmassnahmen in der Invalidenversicherung", *FoP-IV Forschungsbericht*, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Bolliger, S, I. Stadelmann-Steffen, E. Thomann, und C. Rüefli (2010), Migrantinnen und Migranten in der Invalidenversicherung. Verfahrensverläufe und vorgelagerte Faktoren, *FoP-IV Forschungsbericht*, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Bütler, M. (2009), *Ergänzungsleistungen. Eine Analyse der Fehlanreize in der Erwerbsphase, bei der Pensionierung und im hohen Alter*, Avenir Suisse, Zürich.

Bütler, M., M. Lechner, E. Deuchert (2011), Pilotprojekt "Startkapital". Endbericht, Schweizerisches Institut für Empirische Wirtschaftsforschung, Universität St. Gallen.

Colomb, E., V. Dittmann, G. Ebner, M. Hermelink, U. Hoffmann-Richter, H.G. Kopp, R. Mager, R. Marelli, H. Pizala, K. Rabovsky, I. Rajower, P. Vallon (2012), "Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung" , Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP.

Ebner, G, V. Dittmann, R. Mager, et al. (2012), Erhebung der formalen Qualität psychiatrischer Gutachten, *FoP-IV Forschungsbericht,* Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Guggisberg, J., T. Egger, and K. Künzli (2008), Evaluation der Arbeitsvermittlung in der Invalidenversicherung, *FoP-IV Forschungsbericht,* Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Guggisberg, J., T. Oesch, und L. Gardiol (2010), Migrantinnen und Migranten in der Invalidenversicherung. Soziale Unterschichtung, gesundheitliche Lage und Invalidisierungsrisiko, *FoP-IV Forschungsbericht*, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Gysin, B & Bieri (2011), Lohnt sich Erwerbsarbeit für Bezügerinnen und Bezüger einer IV-Rente?, *Soziale Sicherhe*it *CHSS*, 5/2011, 253-258, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Linden, M., S. Baron, and B. Muschalla (2009), Mini-ICF-APP. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen, Verlag Hans Huber, Hogrefe, Bern.

Modetta, C. (2006), Delphi-Studie zu Gründen für das verlangsamte Wachstum der IV-Neurenten, *FoP-IV Forschungsbericht,* Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Muijzer, A., S. Bouwer, und J.W. Groothoff (2012), Exploring factors relevant in the assessment of the return-to-work process of employees on long-term sickness absence due to a depressive disorder: a focus group study, *BMC Public Health,* No. 12, p. 103.

OECD (2010), *Sickness, disability and work: Breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries,* OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264088856-en.

OECD (2012), *Sick on the job: Myths and realities about mental health and work,* OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en.

OECD (2013), *Mental Health and Work: Norway,* OECD Publishing, Paris.

Oyeflaten, I., M. Hysing, and H. Eriksen (2008), Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. Journal of *Rehabilitation Medicine,* No. 40, pp. 548-54.

Romann, C. (2012), Zusammenarbeit mit der IV - ein Weg aus der Sackgasse, *Schweizerische Ärztezeitung,* No. 93, p.11.

Rüst, T. & Debrunner, A. "Supported Employment" - Modelle unterstützter Beschäftigung bei psychischer Beeinträchtigung. Verlag Rüegger, Bern.

Schär, B., Jentzsch, K., und Cudré-Mauroux, P. (2011), Die IV-Revision 6a, *Soziale Sicherheit CHSS,* 5/2011, pp.244-252, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Wanner, P. und M. Pecoraro (2012a), Die wirtschaftliche Situation von IV-Rentnerinnen und -Rentnern, *Soziale Sicherheit CHSS*, 3/2012, pp. 171-176, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Wanner, P und M. Pecoraro (2012b), La situation économique des rentiers AI, *FoP-IV Forschungsbericht,* Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

# *Kapitel 4*

# Schweizer Zusammenarbeitsbemühungen zur Bekämpfung der Langzeitarbeitslosigkeit und der Nichterwerbstätigkeit

*In diesem Kapitel wird die Fähigkeit der Arbeitslosenversicherung und des Sozialhilfesystems der Schweiz untersucht, mit der hohen Prävalenz von psychischen Erkrankungen unter den Klientinnen und Klienten umzugehen. Erörtert werden das Bewusstsein für dieses Thema sowie die Mittel zur Erkennung psychischer Probleme und zur Unterstützung von Menschen mit solchen Problemen beim Wiedereintritt in den Arbeitsmarkt. Der Hauptfokus dieses Kapitels wird auf den jetzigen Status, Funktion und Auswirkungen und das künftige Potenzial der Interinstitutionellen Zusammenarbeit gelegt, die vor mehr als zehn Jahren eingeführt wurde und seither laufend weiterentwickelt wird.*

Die Invalidenversicherung (IV) spielt eine Schlüsselrolle in der schweizerischen Politik im Bereich psychische Gesundheit und Arbeit, wenn es darum geht, das Bewusstsein für die Herausforderungen im Zusammenhang mit psychischen Krankheiten zu erhöhen und die Muster für das Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt und die Rückkehr in den Arbeitsprozess zu beeinflussen. Sie ist jedoch nicht der einzige entscheidende Akteur. Personen mit einer psychischen Krankheit, die ihre Arbeit verloren haben oder nie eine ordentliche Arbeit hatten, erhalten oft auch andere Leistungen, insbesondere Leistungen der Arbeitslosenversicherung (ALV) und der Sozialhilfe. Die kantonalen Arbeitsämter mit ihren regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) sowie die Sozialdienste der Gemeinden sind deshalb ebenfalls bedeutende Akteure. In Anbetracht der häufigen Wechsel zwischen den Sozialleistungssystemen, mit Personen die zu verschiedenen Zeitpunkten Leistungen von verschiedenen Systemen beanspruchen, hat die Schweiz in den vergangenen zehn Jahren den Fokus immer mehr auf die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Systemen und Akteuren gelegt, was gemeinhin als Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) bezeichnet wird. In vielen Fällen konnte so das Vorgehen geändert werden, doch bis zu einer Verbesserung der Ergebnisse ist es noch ein weiter Weg.

## Die Bedeutung der verschiedenen Sozialleistungssysteme

Im Zeitraum von drei Jahren (2004–06) erhielten nahezu 20 % der Schweizer Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter während mindestens zwei Monaten Einkommensersatzleistungen von einem der drei wichtigsten Leistungssysteme (Fluder *et al.*, 2009).[1] Dies zeigt die grosse Bedeutung, die den Einkommenssicherungssystemen in Zeiten der Arbeitslosigkeit und Nichterwerbstätigkeit zukommt. Von denjenigen, die Leistungen erhielten, bezogen etwa die Hälfte Arbeitslosenentschädigung und je ein Viertel IV-Leistungen oder Sozialhilfe.[2] Die Leistungsdauer variiert beträchtlich zwischen den verschiedenen Arten von Leistungen: Während die durchschnittliche Beanspruchung von ALV-Leistungen rund 100 Tage beträgt[3], handelt es sich bei der Mehrheit der IV-Renten um dauerhafte Leistungen (s. Kapitel 3). Von denjenigen, die Sozialhilfe erhalten, ist rund ein Drittel mehr oder weniger dauerhaft auf solche Leistungen angewiesen (Aeppli and Ragni, 2009).

Wie auch in anderen OECD-Ländern, ist der Anteil der Leistungsbezügerinnen und -bezüger unter den Personen mit psychischen Störungen viel höher (OECD, 2012). Leider kann dies mit den Administrativdaten der Schweiz nicht gezeigt werden, da der Gesundheitszustand der Antragsteller nur in den Daten der IV erfasst wird. Die einzige nützliche Quelle mit einem Bezug zwischen Leistungsbezügern und ihrer psychischen Gesundheit ist die Schweizerische Gesundheitsbefragung, auch wenn sie mit einem Gesamtanteil von 12 % der erwerbsfähigen Bevölkerung den Leistungsbezug unterschätzt.[4] Die jüngsten verfügbaren Da-

1. Loos *et al.* (2009) kommt auf einen ähnlich hohen Anteil, nämlich 19 %, der Schweizer Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, die zu irgendeinem Zeitpunkt Leistungen beziehen, einschliesslich Leistungen für Krankheit, Betriebsunfälle und Frühpensionierung.

2. Diejenigen die eine Arbeitslosenentschädigung erhalten, sind verpflichtet, mit der Unterstützung der Regionalen Arbeitsvermittlungszentren eine Stelle zu suchen, während die Bezügerinnen und Bezüger von IV-Leistungen und Sozialhilfe deutlich weniger strengen Anforderungen unterstehen.

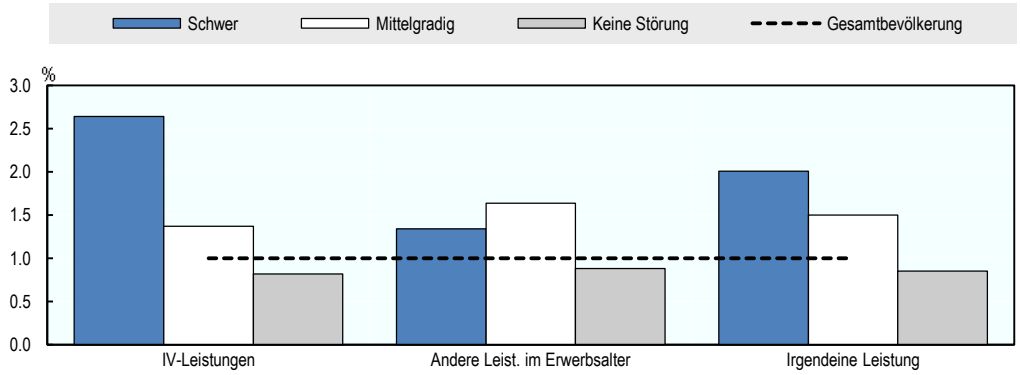
3. http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/zahlen/00093/00436/index.html?lang=de

4. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung findet alle fünf Jahre statt. Befragt wird die Bevölkerung über 15 Jahre in Privathaushalten (in Institutionen lebende Personen sind ausgeschlossen). Die Befragung besteht aus einem Telefoninterview und einem schriftlichen Fragebogen.

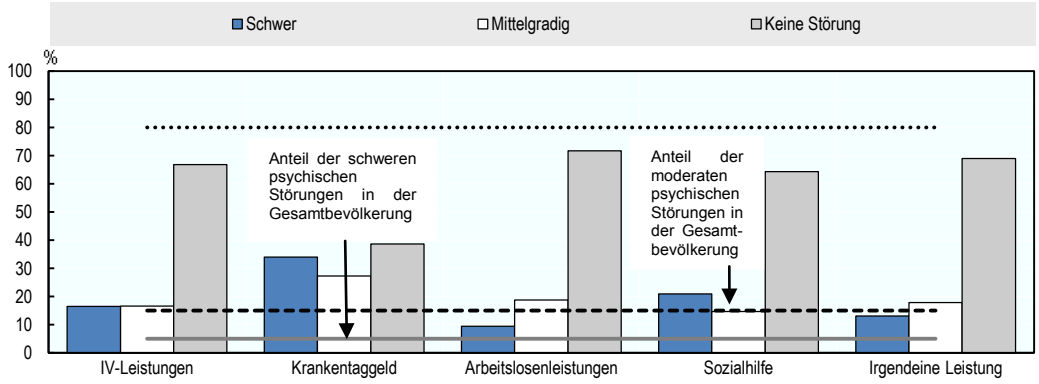
ten aus dem Jahr 2007 (die Daten von 2012 standen 2013 zum Zeitpunkt der Erarbeitung dieses Berichts noch nicht zur Verfügung) legen nahe, dass bei Personen mit einer mittelgradigen psychischen Störung der Anteil der Leistungsbezüger um 50 % höher ist als in der Gesamtbevölkerung und dass er sogar doppelt so hoch ist bei Personen mit einer schweren psychischen Störung. Von den Leistungsbezügern mit einer schweren psychischen Störung erhalten zwei Drittel eine IV-Rente und ein Drittel andere Leistungen, während von den Personen mit einer mittelgradigen psychischen Störung, die Leistungen beziehen, weniger als die Hälfte eine IV-Rente erhalten (Abbildung 4.1, Tafel A).

Abbildung 4.1. **Deutlich höherer Leistungsbezug bei Personen mit schlechter psychischer Gesundheit**

**Tafel A. Anteil der Leistungsbezüger im arbeitsfähigen Alter nach psychsicher Gesundheit (im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung; Gesamtbevölkerung=1.0)**




**Tafel B. Anteil der Personen mit einer psychischen Störung unter den Leistungsbezügern im arbeitsfähigen Alter**




Quelle: Berechnungen des OECD-Sekretariats gestützt auf die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007.

Anders ausgedrückt, leidet ein grosser Anteil der Personen, die in der Schweiz Einkommensersatzleistungen beziehen, an einer psychischen Erkrankung. Die Daten derselben Befragung von 2007 deuten darauf hin, dass 33 % der IV-Bezüger

eine (mittelgradige oder schwere) psychische Störung haben, was weitgehend mit den Erkenntnissen aus den Verwaltungsdaten übereinstimmt. Für andere Leistungen ist dieser Anteil gleich hoch oder sogar höher: 60 % der Bezüger von Krankentaggeld, 35 % der Sozialhilfebezüger und nahezu 30 % der Bezüger von ALV-Leistungen leiden an einer psychischen Störung (Abbildung 4.1, Tafel B). Dies legt nahe, dass die Strategien und Reformen, die darauf abzielen, die Arbeitsmarktintegration von Personen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern, alle Sozialleistungssysteme umfassen müssen.

## Häufige Wechsel von einem Leistungssystem zum anderen

Seit Anfang der 90er Jahre ist die Zahl der Bezügerinnen und Bezüger von verschiedenen Sozialleistungen deutlich angestiegen. Bei der Arbeitslosenentschädigung ist nur in den frühen 90er Jahren ein erwähnenswerter Anstieg zu verzeichnen (seither bewegen sich die Zahlen entsprechend dem Konjunkturzyklus). Die Zahl der IV-Bezüger hat sich von 1990 bis Mitte der 2000er Jahre nahezu verdoppelt. Später stiegen auch die Fallzahlen bei der Sozialhilfe rapide an. Mit mehreren für jedes Sozialleistungssystem separat durchgeführten Reformen wurde versucht, das Problem anzugehen, was oft Auswirkungen auf die anderen Systeme hatte. Der jüngste Anstieg der Sozialhilfebezüger in den letzten Jahren ist teilweise eine Folge des restriktiveren Zugangs zu Arbeitslosenentschädigung und IV-Leistungen.[5]

Diese Entwicklung hat Bedenken aufkommen lassen im Zusammenhang mit den Wechseln zwischen den Systemen, wovon insbesondere Personen, die mit unklaren und komplexeren Problemsituationen konfrontiert sind – darunter vermutlich viele mit einer psychischen Störung. Das potenzielle Problem besteht darin, dass diese Personen von einem System in das nächste geschoben werden, was auch als Drehtür-Effekt bezeichnet wird, ohne dass eine Verwaltungsstelle die volle Verantwortung für die fragliche Person übernimmt. Dies bewirkt wiederum, dass diese Personen nie die Unterstützung erhalten, die sie benötigen.

Zum ersten Mal quantifizierten Fluder et al. (2009) die Systemwechsel für die erwerbsfähige Bevölkerung. Sie kamen zum Schluss, dass sich der Drehtür-Effekt auf eine relativ kleine Gruppe von Leistungsbezügern beschränkt, vielleicht auf eine kleinere als angenommen. Nach dem Zusammenführen von verschiedenen Quellen von Administrativdaten kamen sie zu folgenden Ergebnissen:

- Nur rund 8 % all derjenigen, die im beobachteten Zeitraum (2004–06) Leistungen bezogen, wechselten von einem System in ein anderes und rund 1 % hatte mindestens zwei solche Übertritte;
- Weitere etwa 10 % bezogen gleichzeitig Leistungen von zwei Systemen (typischerweise Sozialhilfeleistungen in Ergänzung zu den Leistungen eines anderen Systems);
- Am häufigsten waren Übertritte von der ALV zur Sozialhilfe (nach Ende der Anspruchsberechtigung auf Arbeitslosenentschädigung) – diese

5. Man schätzt beispielsweise, dass etwa 5–15 % der neuen Sozialhilfefälle von 2011 (mit regionalen Unterschieden) eine Folge der jüngsten Reform der Arbeitslosenversicherung sind, mit der die Leistungsdauer enger an die entrichteten Beitragszahlungen des Antragstellers gekoppelt wurde (Salzgeber, 2011).

Gruppe ist für mehr als einen Drittel aller neuen Sozialhilfegesuche verantwortlich[6];

- Übertritte von der Sozialhilfe zur IV (nach Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit) oder zur ALV (wenn sich die Verfügbarkeit für den Arbeitsmarkt verbessert) waren ebenfalls häufig – sie machen 1 von 5 IV-Neurenten und 1 von 20 Neuanträgen für Arbeitslosenentschädigung aus;
- Viel häufiger sind Austritte aus dem Sozialleistungssystem: nahezu 90 % aller Abgänge aus der ALV und zwei Drittel der Abgänge aus der Sozialhilfe sind Austritte aus dem Sozialleistungssystem;
- Schliesslich erhalten Personen, deren IV-Antrag abgelehnt wurde, sehr häufig andere Leistungen: Jede zweite Person, deren Antrag abgelehnt wurde, hat vor, während oder nach der Abklärungsphase der IV andere Leistungen bezogen.

Mehrmalige Wechsel unter den verschiedenen Systemen sind zahlenmässig also relativ selten, doch Übertritte in ein Hauptsystem über ein anderes System sind häufig. Die Politik muss sich daher mit drei Aspekten befassen: Erstens der grossen Zahl von Klientinnen und Klienten mit einer psychischen Störung in *allen* Leistungssystemen, zweitens den häufigen Übertritten in das Sozialhilfesystem von ausgesteuerten Langzeitarbeitslosen und drittens den häufigen Übertritten in das IV-System nach einer Phase der Sozialhilfeabhängigkeit. Solche Systemwechsel sind wahrscheinlich besonders häufig bei Personen, deren Zustand zwischen Krankheit und Gesundheit schwankt, wobei der Anteil an Personen mit einer psychischen Krankheit überdurchschnittlich hoch sein wird.

Der Schweiz gebührt Lob für das vor Kurzem umgesetzte Instrument SHIVALV[7], mit dem die Personenflüsse und die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Systemen der sozialen Sicherheit ausgehend von politisch relevanten Indikatoren beobachtet werden sollen (siehe Kasten 4.1). Die Ergebnisse des Monitoringinstruments bestätigen oben genannte Ergebnisse, die im zeitlichen Verlauf recht stabil zu sein scheinen, abgesehen von den konjunkturbedingten Schwankungen bei der Arbeitslosigkeit und der Langzeitarbeitslosigkeit. Die Daten zeigen beispielsweise, dass 90 % derjenigen, die eine IV-Rente erhalten, auch im Folgejahr eine IV-Rente beziehen. Dieser Anteil beträgt etwa 70 % bei der Sozialhilfe und gegenwärtig 60 % (nach einem Anstieg von vorher 50 % und vor dem jüngsten Rückgang) bei den ALV-Leistungen (Kolly, 2011 und BSV, 2012).

Die jüngsten Daten bestätigen auch die Konstanz der Muster der Systemwechsel und die tiefe Zahl der Austritte aus dem IV-Leistungssystem. Umgekehrt verbleiben viele Personen, die aus der Sozialhilfe austreten, im Sozialleistungssystem, indem sie neu entweder eine Arbeitslosenentschädigung oder eine IV-Rente beziehen (etwa einer von drei Austritten erfolgt innerhalb des Sozialleistungssys-

6. Die in Baur (2003) besprochenen Daten weisen darauf hin, dass rund die Hälfte derjenigen, die aus der ALV ausgesteuert wurden, innerhalb von zwei Jahren eine Arbeit fanden (oft eine weniger gut bezahlte und weniger sichere). Zwei Jahre nach der Aussteuerung bezogen je etwa 10 % eine IV-Rente oder Sozialhilfeleistungen oder beanspruchten erneut Arbeitslosenleistungen.

7. SHIVALV ist die Abkürzung für **S**ozial**h**ilfe, **I**nvaliden**v**ersicherung und **A**rbeits**l**osen**v**ersicherung.

tems). Die häufigsten Übertritte, mit jährlich mehr als 10 000 Personen, sind Wechsel von der Arbeitslosenentschädigung zur Sozialhilfe, wenn der Anspruch auf ALV-Leistungen erschöpft ist. (Tabelle 4.1)

Tabelle 4.1. **Personen mit Sozialhilfe wechseln häufig in ein anderes Leistungssystem**

Zahl der Leistungsbezüger 2009 und Übertritte von 2009 zu 2010 zwischen IV-Leistungen, Arbeitslosenentschädigung und Sozialhilfe

| | ***Nach (2010):*** | | | ***Fallzahlen*** | ***Anteil der Austritte …*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Von (2009):*** | IV-Leistungen | Arbeitslosen-entschädigung | Sozialhilfe | 2009 | … innerhalb des Leistungs-systems | … von allen Fallzahlen |
| IV-Leistungen | *242'700* | 170 | 290 | 260'900 | 3% | 7% |
| Arbeitslosenentschädigung | 2'590 | *181'700* | 11'100 | 300'200 | 12% | 39% |
| Sozialhilfe | 6'200 | 8'400 | *106'500* | 149'700 | 34% | 29% |

*Quelle*: Zusammenstellung durch das OECD-Sekretariat gestützt auf die SHIVALV-Basisindikatoren 2005-10.

Kasten 4.1. **Ein System zur Beobachtung der Wechselwirkungen im System der sozialen Sicherheit**

Das Monitoringinstrument basiert auf einem Personenidentifikationscode, der für die Sozialversicherungsdaten (IV-Leistungen und ALV-Leistungen) vollständig und für die Sozialhilfedaten teilweise verfügbar ist. Dies bedeutet, dass die Sozialhilfedaten geschätzt und hochgerechnet werden müssen, um mit den Sozialversicherungsdaten kompatibel zu sein. Das Instrument liefert eine Reihe von Indikatoren in vier verschiedenen Bereichen, die jährlich aktualisiert werden (die Daten für 2011 wurden im Februar 2013 veröffentlicht).

1) Personen mit Leistungsbezug: Zahl der Personen, die ALV-Taggelder, Sozialhilfeleistungen oder eine IV-Rente beziehen (Monats- und Jahreszahlen).

2) Verbleib, Ein- und Austritte: Zahl der Personen, die innerhalb eines Kalenderjahrs in das Leistungssystem eintreten, aus dem System austreten (ungeachtet davon, wohin) oder im System verbleiben (nach Dauer).

3) Kombinierter Leistungsbezug: Gleichzeitiger Bezug von Leistungen aus zwei oder mehr Systemen (z. B. Sozialhilfe und IV-Rente) innerhalb eines Jahrs oder eines Monats. [Anmerkung: Ein kombinierter Leistungsbezug kann ein möglicher Hinweis auf einen Übertritt von einem System in ein anderes sein; siehe nächster Punkt.]

4) Wechsel: Zahl der Übertritte zwischen ALV-System und Sozialhilfesystem, Sozialhilfesystem und IV-System und zwischen ALV-System und IV-System (einschliesslich Leistungsbezugsdauer vor dem Wechsel und die Häufigkeit der Übertritte).

Das Potenzial des Monitoringinstruments als politisches Instrument wird jedoch nicht voll genutzt. Bis jetzt werden die Informationen nach Geschlecht, Alter, Nationalität, Region und Zivilstand erfasst. Bildungsstand, Wohnsituation, Ein-

kommen, Gesundheitszustand und psychischer Gesundheitszustand wären wichtige Variablen, die untersucht werden sollten, um die Gruppen zu identifizieren, für die die Politik nicht ganz die erhofften Ergebnisse bringt.

## Psychische Probleme bei Arbeitslosen werden nicht identifiziert

Die ALV ist oft das erste System, mit dem Personen in Kontakt kommen. Dies trifft auch auf viele Personen mit einer moderaten psychischen Störung zu, die in den meisten Fällen nicht diagnostiziert wird und von der manchmal sogar die betroffene Person nichts weiss. Mit dem neuen Fokus der IV auf Frühintervention wird nur eine kleiner Teil der Personen erreicht, die mit einer psychischen Krankheit kämpfen, da die Frühintervention auf Personen zugeschnitten ist, bei denen das Risiko, eines Tages zu IV-Bezügern zu werden, sehr gross ist. In der Regel sind dies Personen mit einem diagnostizierten, vergleichsweise schwereren Gesundheitsproblem. Die Fähigkeit des ALV-Systems, den Gesundheitszustand der Antragsteller zu beurteilen und diejenigen zu identifizieren, die aufgrund eines psychischen Problems mit erheblichen Arbeitsmarkthindernissen konfrontiert sind, ist daher entscheidend.

Die Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) sind in kantonaler Kompetenz, wobei zwischen jedem Kanton und dem Bund eine Vereinbarung besteht. Damit soll sichergestellt werden, dass die Reintegration in den Arbeitsmarkt durch den Einsatz von Dienstleistungen und ALV-Leistungen und eines Aktivierungsregimes mit möglichen Leistungskürzungen rasch und nachhaltig erfolgt. Im internationalen Vergleich ist das ALV-System eher leicht zugänglich, fordert aber von den Klientinnen und Klienten bezüglich Stellensuche auch einiges (siehe Kasten 4.2).

Was bedeutet dieser Regelungsrahmen für den grossen Anteil der Arbeitslosen mit psychischen Problemen? Das relativ strenge Kontrollregime gibt der Personalberaterin oder dem Personalberater die Gelegenheit, alle Arten von Hindernissen für die Beschäftigung und Arbeitssuche festzustellen, einschliesslich diagnostizierter und nicht diagnostizierter psychischer Erkrankungen, die sich auf das Arbeitssuchverhalten auswirken. Das gleiche gilt grundsätzlich für das erste Gespräch nach der Anmeldung, das innerhalb von 1–2 Wochen und somit im internationalen Vergleich relativ früh stattfindet. Bei diesem Gespräch sollen zwischen dem RAV-Personalberater und der arbeitslosen Person die Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Hindernisse, einschliesslich potenzieller Gesundheitsprobleme, festgestellt und eine Strategie für eine rasche Wiederaufnahme der Arbeit entwickelt werden.

Die strikte Ausrichtung auf die Arbeitsbereitschaft und -fähigkeit der Arbeitslosen sowie die 44-Tage-Regel könnten bewirken, dass Personen mit einer psychischen Erkrankung relativ rasch keine Arbeitslosenentschädigung mehr erhalten. Dadurch könnten selbst Personen mit einer leichten oder mittelgradigen psychischen Erkrankung aus dem Arbeitsmarkt gedrängt werden. Wie sich die Leistungskürzungen auf ALV-Bezüger mit einer psychischen Erkrankung auswirken, ist nicht bekannt, doch im Allgemeinen sind die Auswirkungen der Sanktionen gemischt. Ausgehend von schweizerischen Registerdaten kamen Arni *et al.* (2009) zum Schluss, dass die Durchsetzung von Sanktionen den Erfolg der Arbeitssuche zwar erhöht, aber die Beschäftigungsstabilität und das Einkommen nach der Arbeitslosigkeit senken können.[8]

8. Im Jahr 2008 wurde bei einem Viertel aller Leistungsbezüger eine Sanktion ausgesprochen, wobei die Leistungen im Durchschnitt während 2½ Wochen suspendiert wurden (Duell et al., 2010).

### Kasten 4.2. **Die ALV in der Schweiz: ein grosszügiges aber rigides System**

Die Arbeitslosenentschädigung wird normalerweise während höchstens einem Jahr und für Personen über 55 Jahre, Personen mit Unterhaltspflichten und Personen mit einer Teilinvalidität während maximal zwei Jahren ausgerichtet. Um heutzutage Anspruch auf die maximale Leistungsdauer zu haben, ist eine mindestens gleich lange Beitragszeit erforderlich. Um beispielsweise ein Jahr lang Anspruch auf ALV-Taggelder zu haben, müssen während einem Jahr Beitragszahlungen entrichtet worden sein. Das System bietet relativ hohe Anfangsleistungen, mit einer Nettolohnersatzrate (bei durchschnittlichen Einkommen) von rund 85–90 % des früheren Einkommens, je nach Familiengrösse (OECD, 2013a). Gleichzeitig ist das System relativ streng, wenn es um die Anforderungen an die Arbeitssuche und die Verfügbarkeit, und genauso wenn es um die Kontrolle der Arbeitssuche geht. In Bezug auf die Leistungssanktionen, bei denen es sich um zeitlich befristete Kürzungen der ALV-Taggelder als Bestrafung für das Nichteinhalten der Anspruchsvoraussetzungen handelt, liegt die Schweiz im Vergleich zu anderen OECD-Ländern etwa in der Mitte (Venn, 2012).

Alle Leistungsbezüger, auch diejenigen, die an arbeitsmarktlichen Massnahmen teilnehmen, müssen Arbeit suchen, ausser sie sind speziell davon ausgenommen. Die Arbeitslosen müssen dem RAV einmal im Monat belegen, dass sie Arbeit gesucht haben, wobei die Anforderungen an die Arbeitssuche abhängig sind von den individuellen Umständen der betroffenen Person. Normalerweise müssen jeden Monat 4–10 Arbeitsbemühungen nachgewiesen werden (OECD, 2007), doch diese Anforderungen können je nach Kanton variieren. Im Kanton Zürich beispielsweise sind normalerweise 10–12 ernsthafte Arbeitsbemühungen erforderlich (Duell et al., 2010).

Arbeitsangebote können abgelehnt werden, wenn sie dem Gesundheitszustand der Arbeitslosen nicht angemessen sind. Eine arbeitslose Person muss bereit und in der Lage sein zu arbeiten. Wenn sie krankgeschrieben ist, gilt sie nicht als arbeitslos und die Anforderungen an die Arbeitssuche können innerhalb der maximal zweijährigen Dauer des Leistungsanspruchs während höchstens 44 Tagen ausgesetzt werden. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um einen oder mehrere Krankheitsfälle handelt. In Anbetracht der Tatsache, dass die stellensuchende Person den Personalberater des RAV einmal im Monat triff, werden kurze Krankheiten von beispielsweise einer Woche normalerweise nicht gemeldet. Nach 44 Tagen krankheitsbedingter Aussetzung der Pflichten für die Arbeitssuche endet der Anspruch auf ALV-Leistungen und die betroffene Person muss einen Antrag für IV-Leistungen oder wahrscheinlicher für Sozialhilfe stellen.

Das Bewusstsein dafür, dass die psychische Gesundheit ein bedeutendes Thema für die RAV ist, ist in der Schweiz gering. Dies trotz des hohen Anteils an Klientinnen und Klienten mit einer psychischen Erkrankung, insbesondere unter den Langzeitarbeitslosen (in den vergangenen 10 Jahren waren etwa 50 % der Leistungsbezüger länger als 6 Monate und nahezu ein Drittel länger als 1 Jahr arbeitslos). Die häufigen psychischen Erkrankungen sind keine Priorität der RAV. Zurzeit sind die 4 Hauptzielgruppen junge Personen, ältere Personen, Migrantinnen und Migranten sowie ungelernte Personen. Die kantonalen Arbeitsämter sind gesetzlich nicht ausdrücklich dazu verpflichtet, psychische Erkrankungen festzustellen und die betroffenen Personen bei der Arbeitssuche zu unterstützen. Die Personalberater sind nicht dafür ausgebildet, diesen Personen zu helfen, und sie verfügen über kein Screeninginstrument, mit dem sich die psychischen Probleme feststellen lassen. Sie können solche Klienten an die kantonalen IV-Stellen überweisen oder ihnen vorschlagen, einen Arzt aufzusuchen und ihnen bei der Vereinbarung eines Termins behilflich sein. Im Fall von Suchtproblemen könnte dies beispielsweise eine Überweisung an einen Fachdienst beinhalten, wenn die Klienten einverstanden sind. Nur wenn eine arbeitslose Person ein Arbeitsangebot aus gesundheitlichen Gründen ablehnt, können die Personalberater ein ärztliches Zeugnis verlangen. Insofern ist

die beste indirekte Art, um unerkannte häufige psychische Hindernisse festzustellen, das Stellenspektrum zu erweitern und auf die entsprechenden Rückmeldungen der Arbeitgeber zu achten.

Die Arbeit der RAV-Personalberaterinnen und -berater besteht darin, die Klientinnen und Klienten zurück in den Arbeitsmarkt zu bringen. Psychologische Fachkenntnisse sind in den RAV nicht vorhanden, was unglücklich ist in Anbetracht der sehr guten Erfahrungen in Dänemark mit psychologisch ausgebildeten Sachbearbeitern, die Arbeitslosen mit einer psychischen Störung erfolgreich Stellen vermittelt haben (OECD, 2013b). Zudem konnte in verschiedenen Untergruppen der Bevölkerung nachgewiesen werden, dass sich häufige psychische Störungen mit einfach anzuwendenden Screeninginstrumenten mit hoher Validität feststellen lassen (z. B. Søgaard and Blech, 2010). Eine systematische Verwendung solcher Instrumente könnte die Identifikation von psychisch bedingten Beschäftigungshindernissen beschleunigen, vorausgesetzt, es gibt einen raschen Zugang zu medizinischen Diensten. Sonst können und würden unerkannte psychische Probleme während einer sehr langen Zeit unentdeckt bleiben und folglich nicht angegangen werden.

Ein anderes Problem in der Schweiz im Zusammenhang mit der starken Ausrichtung auf uneingeschränkt vermittelbare Klientinnen und Klienten, ist die relativ hohe Dossierbelastung von durchschnittlich rund 125 Klienten pro Personalberaterin oder Personalberater (wobei diese Zahl innerhalb und unter den Kantonen variiert). Diese Zahl ist zu hoch, um bei Arbeitslosen, die mit zusätzlichen Hindernissen konfrontiert sind, gute Ergebnisse zu erzielen, auch wenn die aktuelle *aktive* Dossierbelastung tiefer sein mag (normalerweise benötigen ein Drittel aller Fälle nur sehr wenig Beratung). Um dieses Problem zu umgehen, werden schwierige Klienten an spezialisierte Dienstleistungsanbieter ausgelagert, zum Beispiel an *Profil*. Dieser Anbieter hat sich darauf spezialisiert, Personen mit chronischen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen in den ersten Arbeitsmarkt zu vermitteln. Diesen Dienstleistungsanbietern stehen für ihre Arbeit über eine bestimmte Zeit (üblicherweise 6 Monate) viel grössere Ressourcen zu Verfügung. Die Finanzmittel ermöglichen eine Dossierbelastung von 25 oder noch weniger Klienten pro Sachbearbeiter. Das ist hilfreich für Klienten mit einer schweren und diagnostizierten psychischen Erkrankung, aber die viel grössere Zahl der Arbeitslosen mit einer moderaten psychischen Störung werden wie Durchschnittsklienten behandelt, ohne zusätzliche Ressourcen. Für diese Personen wird das Standardverfahren, das auf eine rasche Vermittlung ausgerichtet ist, angewendet. Möglicherweise wird ihnen eine Ausbildung angeboten, die ermöglicht, das „unangemessene Verhalten“ im Hinblick auf die Beschäftigung festzustellen, was auf ein psychisches Problem hinweisen könnte. Aber es besteht das Risiko, dass diese Personen zu Langzeitarbeitslosen werden und ausgesteuert werden. Instrumente wie Jobcoaching nach der Stellenvermittlung könnten diesen Klientinnen und Klienten helfen, eine nachhaltige Beschäftigung zu finden.

## Grösseres Bewusstsein für psychische Probleme in den Sozialdiensten

Wenn die Arbeitslosenentschädigung ausgeschöpft ist, können die betroffenen Personen Sozialhilfe (oder in einigen Kantonen Arbeitslosenhilfe) beantragen. Dies kann entweder der Fall sein nachdem die maximale Dauer der Arbeitslosenentschädigung ausgeschöpft wurde (ausgesteuerter Arbeitsloser) oder wenn die 44-Tage-Grenze aufgrund von Krankheit während des Leistungsbezugs überschritten wird,

und die fragliche Person folglich nicht für den Arbeitsmarkt vermittelbar ist. Mehr als ein Drittel aller neuen Sozialhilfebezüger haben zuvor ALV-Leistungen erhalten.

Die Aufmerksamkeit gegenüber der hohen Prävalenz von psychischen Störungen unter ihren Klientinnen und Klienten ist in den Sozialdiensten der Gemeinden viel grösser als in den RAV. Sozialarbeiterinnen und -arbeiter sowie Beraterinnen und Berater in den Sozialdiensten haben im Allgemeinen mit Personen zu tun, die komplexe Probleme und tiefere Beschäftigungschancen haben und von denen viele an einer psychischen Erkrankung leiden. Angestellte der Sozialen Dienste der Stadt Zürich sagen beispielsweise, dass so gut wie alle ihre Klientinnen und Klienten psychische Einschränkungen hätten, nicht zuletzt aufgrund des langen und frustrierenden Prozesses bevor sie die Sozialen Dienste aufgesucht haben. Diese Einschränkungen liegen jedoch oft eine Stufe unterhalb der klinischen Schwelle für eine psychische Störung. Angestellte anderer Sozialdienste, so beispielsweise in Vevey, schätzen, dass etwa die Hälfte ihrer Klienten an einer psychischen Erkrankung leiden.

Das höhere Bewusstsein für psychische Probleme bedeutet jedoch nicht unbedingt, dass die Sozialdienste über Instrumente verfügen oder sie systematisch versuchen, die psychischen Probleme ihrer Klientinnen und Klienten festzustellen. Es gibt sehr grosse Unterschiede innerhalb und zwischen den Kantonen in der Art, wie die Sozialdienste vorgehen. Wohlhabendere Städte – insbesondere Zürich, Bern und Basel – verfügen in der Regel über viel grössere Ressourcen, mehr Fachpersonal und bessere Instrumente für ihre Klienten. Wahrscheinlich haben sie auch mit mehr Klienten mit psychischen Problemen zu tun. Die Prozesse variieren daher beträchtlich innerhalb der Schweiz.

Die Stadt Zürich sticht als eine der aktivsten in diesem Bereich heraus. Der Prozess bei den Sozialen Diensten beginnt mit einer Erstabklärung, einschliesslich einer Abklärung des Leistungsanspruchs und der Vorbereitung eines Abklärungsberichts. Gewisse psychische Probleme können in dieser Aufnahmephase an die Oberfläche kommen. Etwa 30–50 % aller Fälle werden in einer frühen Phase gelöst: Die Klientin oder der Klient wird entweder an die IV überwiesen, wobei Leistungen zur Überbrückung der einkommenslosen Phase sichergestellt werden, oder die fragliche Person kehrt in den Arbeitsmarkt zurück. Nach ungefähr 3–6 Monaten wird eine Person (oder eine Familie) als Langzeitklientin oder -klient angesehen, und die Betreuungsarbeit kann beginnen. Die Sozialen Dienste der Stadt Zürich verfügen über eine Reihe von Instrumenten, die dazu beitragen können, psychische Probleme festzustellen, auch wenn sie nicht unbedingt für diesen Zweck entwickelt wurden (für Einzelheiten siehe Kasten 4.3). Zudem besteht eine dauerhafte Zusammenarbeit mit einem psychiatrischen-psychologischen Dienst, dessen Mitarbeiter das Büro der Sozialen Dienste zweimal wöchentlich besuchen. Eine solche systematische Zusammenarbeit ist sonst nicht verbreitet.

Nicht jede Gemeinde ist in der Lage, einen so umfassenden Ansatz zu verfolgen wie die Stadt Zürich, auch wenn einige Sozialdienste über spezielle Kompetenzmessinstrumente und Wiedereingliederungsprogramme (Wiedereingliederung in die Arbeit oder Ausbildung), darunter auch spezielle Programme für Jugendliche, verfügen. Viele der kleineren Gemeinden (es gibt 2596 Gemeinden in der Schweiz mit einer durchschnittlichen Einwohnerzahl von rund 3000 Personen) fehlen die Ressourcen, um einen eigenen umfassenden Sozialdienst aufzubauen. Dienste auf

regionaler Ebene könnten spezialisierte Leistungen erbringen (wie professionelle Assessments), die von kleineren Gemeinden in Anspruch genommen werden können.

Die Sozialdienste haben einen weiteren Fokus als die RAV. Ihre Leistungen umfassen auch die soziale Integration (insbesondere Wohnungsfragen), finanzielle Integration (Entschuldung) und Arbeitsintegration. Letzteres ist realistischerweise nur bei einem Teil der Klientinnen und Klienten möglich. In Zürich ist es das Ziel, bei 25 % der Neuklienten eine Arbeitsmarktintegration zu erreichen, wobei zu beachten ist, dass ein Teil der Klienten bereits eine Arbeit haben. Über den Wiederbeschäftigungsanteil der Sozialdienstklienten ist wenig bekannt. Gestützt auf rund 1500 Telefoninterviews in den Jahren 2005 und 2006 in 5 Schweizer Städten mit Neuklienten, die bis gegen Ende 2008 begleitet wurden, kommen Aeppli und Ragni (2009) zum Schluss, dass *i)* ein Viertel eine langfristige Stelle mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag innehat, *ii)* ein Viertel eine unsichere kurzfristige Beschäftigung gefunden hat und *iii)* ein weiterer Viertel keine Arbeit gefunden hat und vollumfänglich von der Sozialhilfe abhängig war. Von den restlichen Personen waren die Hälfte Working Poor (Erwerbstätige mit zusätzlichen Sozialleistungen) und die andere Hälfte hatte keine Arbeit, bezog aber auch keine Leistungen. Die besten Ergebnisse wurden in den Städten mit den tiefsten Dossierbelastungen erzielt.

### Kasten 4.3. **Vielversprechender Ansatz der Sozialen Dienste der Stadt Zürich**

Zürich ist die grösste Stadt der Schweiz. Sie ist mit grossen Ungleichheiten und einer beachtlichen Zahl an hilfebedürftigen Personen konfrontiert und weist auch einen hohen Migrationsanteil auf (30 % der Bevölkerung und 50 % der Klienten der Sozialen Dienste). Die Gemeinde investiert viel in Instrumente, um so viele Einwohnerinnen und Einwohner wie möglich in den Arbeitsmarkt zu integrieren und deren Arbeitsmarktpotenzial zu verbessern. Folgende Initiativen und Massnahmen sind erwähnenswert:

- Alle Personen, die Sozialhilfe beantragen und potenziell arbeitsfähig sind, müssen die so genannte Basisbeschäftigung durchlaufen. Während 4 Wochen müssen diese Personen während 6 Stunden pro Tag und 5 Tagen pro Woche eine manuelle Arbeit verrichten. Dies ist obligatorisch und hilft, die Arbeitsfähigkeit der Antragsteller festzustellen und einen Plan für die Rückkehr in das Berufsleben zu entwickeln. Dies ist jedoch auch eine gute Gelegenheit, um nicht diagnostizierte psychische Probleme festzustellen.
- Die Sozialen Dienste verfügen über das Berufliche Trainingszentrum (Fachstelle BTZ), das Leistungen zur Arbeitsintegration für Personen mit einer Beeinträchtigung anbietet. Diese Personen werden von den IV-Stellen zugewiesen und finanziert. Diese Fachstelle besteht seit 20 Jahren und betreut heutzutage vorwiegend Personen mit einer psychischen Störung. Sie verfügt über einen eigenen psychologischen Dienst, der in der Abklärungs- und Ausbildungsphase zur Verfügung steht, um bei der Identifikation von psychischen Problemen zu helfen und das Ausscheiden aus der Ausbildung zu verhindern.
- Unter der Verantwortung der Sozialen Dienste beschäftigen alle Primar- und Sekundarschulen in Zürich Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter. Diese Fachpersonen sind da für gefährdete Schülerinnen und Schüler und bieten Unterstützung für die Lehrerschaft, Schülerinnen und Schüler sowie Eltern. Psychische Probleme (auch der Eltern) gehören zu den häufigsten auftretenden Problemen.

Die Erfolgsquoten der Arbeitsintegration von Sozialdienstklientinnen und -klienten mit einer psychischen Störung sind nicht belegt. Da diese Klientinnen und Klienten jedoch tendenziell benachteiligter und weiter weg vom Arbeitsmarkt sind, dürfte die Quote unterdurchschnittlich sein. So waren beispielsweise die Arbeitsrückkehrraten für Personen, die zuerst eine externe Integrationsmassnahme durchliefen, tiefer als für jene, die keine solche Massnahme benötigten. Im Übrigen sind ein tiefer Bildungsstand, eine schlechte Arbeitsmotivation, fehlende Arbeitsmarktqualifikationen und allgemeiner ein höheres Alter Schlüsselfaktoren für eine tiefere Stellenfindungsrate (Aeppli und Ragni, 2009).

## Verbesserte Zusammenarbeit zwischen kantonalen und lokalen Schlüsselakteuren

Aufgrund der Erkenntnis, dass eine verstärkte Koordination zwischen den verschiedenen Leistungssystemen nötig ist, hat die Schweiz zu Beginn der 2000er Jahre die Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) lanciert (z. B. Luisier, 1999). IIZ startete mit hohen Ambitionen und hat sich seither deutlich weiterentwickelt und immer mehr Partner einbezogen (für Einzelheiten siehe Kasten 4.4). Die Hauptziele blieben jedoch unverändert: Verbesserung der Arbeitsmarktintegration von Personen mit komplexen Mehrfachproblematiken, wozu oft auch psychische Probleme gehören, und Verhinderung von Drehtür-Effekten (d. h. Personen die vom einen System in das nächste geschoben werden), von Systemlücken und von systembedingten Doppelspurigkeiten. Mit anderen Worten, das System der sozialen Sicherheit sollte sowohl effizienter als auch wirksamer werden.

Anfang 2004 veröffentlichte der Bund ein Handbuch für die Interinstitutionelle Zusammenarbeit, in dem klar dargelegt wurde, welche Herausforderungen die Schweiz in Bezug auf die Schnittstellen zwischen Sozialhilfe, Arbeitslosenversicherung und Invalidenversicherung und – als vierter, viel kleinerer Partner – dem Berufsberatungssystem (SECO, 2004) zu bewältigen hat. Das Handbuch bietet auch eine Orientierung für die Partner zur Frage, wie der IIZ-Prozess organisiert und welche Instrumente und Lösungen benutzt oder entwickelt werden könnten.

Zu den grössten zu Beginn identifizierten Herausforderungen zählten das fehlende Wissen der einzelnen Partner über die Ziele und Arbeitsmethoden der anderen Partner; das Fehlen an vereinbarten Abläufen zur Abklärung der Probleme und Fähigkeiten der Klienten; der Mangel an integrierten Leistungen; ein fehlender Informationstransfer, wenn Klienten in ein anderes System wechseln; lange Wartezeiten bei gewissen Entscheiden (z. B. Anspruch auf IV-Leistungen); und generell wenig Anreize für alle Akteure, für Klienten mit komplexen Bedürfnissen das Möglichste zu unternehmen. So tendierten die RAV beispielsweise dazu, Klientinnen und Klienten mit komplexen sozialen und gesundheitlichen Problemen entweder an die IV-Stellen oder die Sozialdienste zu überweisen, die ihrerseits die betroffenen Personen zurück an die RAV verwiesen, mit der Begründung, diese verfügten über zu hohe Arbeitskapazitäten, um ihre Dienstleistungen zu beanspruchen.

Folglich gehört es auch zu den IIZ-Zielen, Klientinnen und Klienten mit komplexen Bedürfnissen schneller an die richtige Institution zu vermitteln; die Zusammenarbeit unter den Institutionen zu verbessern, um die Wiedereingliederungschancen zu erhöhen; die finanziellen Zuständigkeiten für komplexe Fälle zu klären; und gesundheitliche – insbesondere psychische – Probleme, die eine rasche Rückkehr in den Arbeitsmarkt verhindern, zu erkennen und anzugehen.

### Kasten 4.4. **Neue Formen der Interinstitutionellen Zusammenarbeit in der Schweiz**

IIZ steht für "Interinstitutionelle Zusammenarbeit", die anfänglich zwischen 3 Hauptsystemen stattfand: den RAV (d. h. der Arbeitslosenversicherung), den kantonalen IV-Stellen (d. h. der Invalidenversicherung) und den kommunalen Sozialdiensten (d. h. der Sozialhilfe). Später kamen die Berufsbildung und die Integration der Migrantinnen und Migranten dazu. Die Philosophie dieser neuen Form von Zusammenarbeit besteht darin, die individuellen Instanzen zu ermutigen, ihre Aktivitäten zu koordinieren, ihre eigenen Handlungen transparenter zu machen und Informationen mit anderen Institutionen auszutauschen. Während der Bund eine gewisse Unterstützung für IIZ bereitstellt, beispielsweise hat er ein IIZ-Handbuch erarbeitet und bestellt ein Sekretariat als Plattform für den kantonsübergreifenden Austausch, wurde IIZ grösstenteils auf kantonaler und lokaler Ebene erarbeitet und umgesetzt.

IIZ-plus war eine erste Erweiterung von IIZ auf die Privatversicherer, die normalerweise in einer frühen Phase involviert sind, d .h. die Krankentaggeldversicherer, Unfallversicherer und die Vorsorgeeinrichtungen, die Arbeitslosenleistungen erbringen. Dies sind Privatversicherer, die nicht regional gegliedert, aber eng mit den Arbeitgebern verbunden sind, was eine zusätzliche Herausforderung für die Zusammenarbeit darstellt. Eine solche Zusammenarbeit ist entscheidend für die Früherkennung von Problemen und entsprechendem Unterstützungsbedarf (vor allem bei Personen mit krankheitsbedingter Abwesenheit) wie Stellenberatung und -vermittlung oder andere Reintegrationsmassnahmen. Diese Aspekte wurden dann zu einem Leitziel für die 5. IV-Revision.

IIZ MAMAC war ein spezielles Projekt, das 2006 begonnen wurde und mit dem der IIZ-Ansatz durch medizinisch-arbeitsmarktliche Assessments mit Case Management (MAMAC) erweitert wurde. Ziel war es, das Funktionieren von IIZ zu verbessern, und zwar durch *i)* ein gemeinsames Assessment der Arbeitsfähigkeit, das für alle Institutionen bindend ist; *ii)* von allen IIZ-Partnern gemeinsam vereinbarte Wiedereingliederungsmassnahmen; und *iii)* durch Beauftragen einer Institution mit der Fallführung während des ganzen Prozesses. Die Zielgruppe dieses Projekts waren Personen mit komplexen Mehrfachproblematiken, die mindestens 3 Institutionen betreffen. Diese Personen haben gesundheitliche Probleme und sind mit sozialen Schwierigkeiten konfrontiert, sind aber seit weniger als 6 Monaten angemeldet und verfügen über ein Wiedereingliederungspotenzial. Bis ins Jahr 2007 hatten 16 Kantone IIZ-MAMAC-Projekte eingeführt. Das Projekt wurde 2009 evaluiert und danach formell eingestellt. Doch einige Kantone führten diesen Ansatz für eine breitere Zielgruppe weiter.

Heute versteht man unter IIZ jede zweckdienliche Zusammenarbeit zwischen zwei oder mehreren der folgenden Institutionen: Arbeitslosenversicherung, Invalidenversicherung, Sozialhilfe, Berufsbildung, Integration der Migrantinnen und Migranten. IIZ beinhaltet sowohl strukturelle als auch fallbasierte Zusammenarbeitsformen sowie formelle und eher informelle Wege der Zusammenarbeit.

Zwei Aspekte sind entscheidend. Erstens ist IIZ eine sehr dezentralisierte Initiative, bei der die meisten Formen der Zusammenarbeit auf regionaler und oft lokaler Ebene entstehen. Dies erfordert eine beachtliche Kreativität und Flexibilität von Gemeinden und Kantonen und beinhaltet eine grosse Variabilität und Ungleichheit in Bezug auf die Formen, das Zustandekommen und die Erfolge der Zusammenarbeit. Folglich ist bereits eine einfache Bestandsaufnahme eine schwierige Aufgabe, und eine streng wissenschaftliche Evaluation nahezu unmöglich.

Zweitens handelt es sich bei IIZ um einen laufenden Prozess, der ständig entwickelt und erweitert wird. In einigen Kantonen wurde zum Beispiel der Fokus

kürzlich stärker auf eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Bildungs- und Arbeitsmarktbehörden gerichtet. In diesem Fall geht es darum, die Arbeitsmarktdienstleistungen für Jugendliche, die für den Eintritt in das Berufsleben Hilfe benötigen, besser zugänglich zu machen und denjenigen, die aus dem Bildungssystem ausgestiegen sind, parallel Beschäftigungs- und Bildungsdienstleistungen zur Verfügung zu stellen. Dies bedeutet ein grosses Potenzial für Schul- und Lehrabbrecher mit einem psychischen Problem.

## Was ist über die Wirksamkeit von IIZ bekannt?

Wie gut hat der IIZ-Prozess, der vor mehr als 12 Jahren lanciert wurde, seine Ziele erreicht? Diese Frage ist in Anbetracht der grossen Auswahl an ziemlich verschiedenen IIZ-Modellen in der Schweiz schwierig zu beantworten. Mit IIZ wurden auf lokaler Ebene sicher viele Innovationen und ein grosser Informationsaustausch geschaffen – und werden es auch weiterhin. Ob dadurch die Dienstleistungen und Ergebnisse verbessert wurden, ist eine andere Frage.

Die einzige wirkliche Evaluation erfolgte für IIZ MAMAC, und die Ergebnisse waren eher enttäuschend. Das Projekt wurde von der Mehrheit der Kantone gut aufgenommen und in vergleichbarer Weise eingeführt. Dies führte zu Beginn zu einer sehr positiven Einschätzung seines potenziellen Erfolgs (Champion, 2008). Während die Klientinnen und Klienten den Prozess als positiv empfanden, führte das Projekt nicht zu einem durchschnittlichen Anstieg der Arbeitsmarktintegration; hatte nur geringe Auswirkungen auf die Gesamtkosten des Sozialversicherungssystem; und die Zeitspanne zwischen dem Erstkontakt mit dem Sozialsystem und einer Überweisung an IIZ MAMAC betrug immer noch 8 Monate (Egger *et al.*, 2010). Auf der positiven Seite hat IIZ MAMAC dazu beitragen, dass in den meisten Kantonen IIZ-Strukturen aufgebaut und ein Netzwerk von Partnern geschaffen wurden und sich eine bilaterale Zusammenarbeit zwischen den Partnern auf einer nicht formellen Ebene etabliert hat.

Ein zentraler Aspekt von IIZ MAMAC war die eher enggefasste Definition der Zielgruppe: „Personen mit komplexen Mehrfachproblematiken und einem intakten Integrationspotenzial“. Es ist nicht verwunderlich, dass zwischen Beginn des Projekts Mitte 2007 bis zu dessen Abschluss im März 2010 insgesamt nur rund 1300 Fälle in IIZ MAMAC aufgenommen wurden. Dieses Zahl entsprach nur einem sehr kleinen Anteil aller neuen Arbeitslosen, Sozialhilfebezüger und Personen, die Eingliederungsmassnahmen der IV erhalten (Egger *et al.*, 2010) und somit nur einem kleinen Anteil derjenigen, die möglicherweise von einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Institution profitieren könnten.

Klientinnen und Klienten von nur zwei Institutionen, z. B. des RAV und der Sozialdienste, waren *nicht* für den IIZ-MAMAC-Prozess vorgesehen, dies auch weil manchmal bilaterale Vereinbarungen mit relativ klaren Definitionen darüber bestehen, was durch wen zu tun ist. Am Anfang traf dies auf die meisten IIZ-Initiativen zu, die normalerweise auf Personen ausgerichtet waren, die Klienten bei drei oder mehr Behörden waren und Mehrfachproblematiken aufwiesen, in den meisten Fällen auch gesundheitliche Probleme. Fast alle IIZ-MAMAC-Klienten hatten gesundheitliche Probleme, vorwiegend psychische Erkrankungen, oft gekoppelt mit finanziellen Schwierigkeiten. Für diese Personen sind Rundtischgespräche mit allen beteiligten Institutionen und eine Führung durch das System mittels Case Management erforderlich.

Nach der IIZ-MAMAC-Evaluation im Jahr 2010 wurden die Arten der unter dem IIZ-Label entwickelten Zusammenarbeit erweitert (in einigen Kantonen sogar ohne dieses Label). In einer laufenden Bestandsaufnahme bestehender IIZ-Initiativen (Publikation voraussichtlich Anfang 2014) wurden vier bedeutende Arten der Zusammenarbeit festgestellt:

- multilaterale Zusammenarbeit, die auf die Integration von Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausgerichtet ist und Varianten des Case Managements Berufsbildung einschliesst;

- multilaterale Zusammenarbeit für Personen mit komplexen Problemen, die im Allgemeinen ein Case Management umfasst und auf den Erfahrungen und Strukturen von MAMAC aufbaut;

- bilaterale Zusammenarbeit zwischen zwei Institutionen, am häufigsten zwischen der ALV und den lokalen Sozialdiensten; und

- strukturelle Formen der Zusammenarbeit beispielsweise mit Integrationsplanung und -ausbildung, die von zwei oder mehr Institutionen gemeinsam bereitgestellt werden.

In organisatorischer Hinsicht weisen die IIZ-Prozesse in den verschiedenen Kantonen und Gemeinden sehr unterschiedliche Formen auf. Ein Beispiel ist die „Pforte Arbeitsmarkt“, ein Pilotprojekt mit 3-jähriger Laufzeit in zehn Gemeinden des Kantons Aargau. Dabei handelt es sich um ein berufliches Wiedereingliederungszentrum, das von allen drei Institutionen (RAV, IV-Stellen und Sozialdiensten) gemeinsam betrieben wird und zum Ziel hat, durch rasches Handeln und enge Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern eine nachhaltige Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt zu erreichen. In anderen Regionen oder Kantonen basiert die Zusammenarbeit unter diesen drei Institutionen auf bestehenden Strukturen, ohne neue eigens dafür bestimmte Stelle. Die drei Institutionen haben gemeinsame Klientinnen und Klienten, wenn nötig führen sie gemeinsame Sitzungen durch und normalerweise betrauen sie schliesslich eine der drei Institutionen mit der Fallführung. Es existieren auch organisatorische Zwischenformen. Die meisten Kantone haben einen IIZ-Koordinator aus einer der drei Institutionen bestimmt. Ohne Evaluation kann unmöglich beurteilt werden, welche organisatorische Struktur die besten Ergebnisse erzielt oder ob die Struktur von Belang ist. In ihrer Beurteilung kamen Egger *et al.* (2010) zum Schluss, dass die Kantone IIZ MAMAC nicht als eigenständiges Instrument ausserhalb des kantonalen IIZ-Konzepts behandeln sollten (wie es in vielen Kantonen der Fall war). Dies ist eine Aufforderung für ein gesamtheitlicheres und vernetzteres Denken, das auf verschiedenen Wegen erreicht werden kann.

Ungeachtet der organisatorischen Form, die eine Region oder ein Kanton gewählt hat, weist der IIZ-Prozess eine Reihe von strukturellen Schwächen auf, die noch angegangen werden müssen. Die bedeutendste sind ungenügende finanzielle Anreize für alle Akteure, sich zu engagieren. Das Hauptziel jeder Institution ist nach wie vor, die eigenen Ausgaben zu senken. Daher neigen alle Institutionen dazu, ihre Klientinnen und Klienten, bei denen sie nicht weiterkommen, an eine andere Institution zu überweisen, in der Hoffnung, dass diese etwas tun kann. Doch im Moment, wo eine Klientin oder ein Klient ihr System verlässt, tritt die betroffene Institution aus dem Prozess aus. Die RAV beispielsweise steigen normalerweise

aus, sobald die ALV-Leistungen erschöpft sind. Dies ist teilweise auf die Wirkungsziele und -indikatoren zurückzuführen, die in den RAV zur Leistungsbeurteilung verwendet werden. Diese messen die Zeit bis zur erfolgreichen Wiedereingliederung und die Tauglichkeit, Wiederanmeldungen, Langzeitarbeitslosigkeit und Aussteuerungen zu vermeiden, tragen aber der Effektivität der RAV bei der Unterstützung von Stellensuchenden, die keinen Anspruch (mehr) auf Arbeitslosenentschädigung haben, nicht Rechnung. Dies ist entscheidend, denn um optimale Ergebnisse zu erzielen und auf die bestehende Unterstützung aller Institutionen zurückgreifen zu können, müssen alle Akteure aktiv beteiligt bleiben. In ähnlicher Weise werden Personen, die keinen Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung, IV-Leistungen oder Sozialhilfe haben, nie in den IIZ-Prozess aufgenommen, auch wenn sie multiple berufliche, gesundheitliche und soziale Probleme aufweisen (Nadai *et al.*, 2010).

Eine zweite bedeutende Schwäche ist der freiwillige Charakter von IIZ. Jeder Partner kann wählen, ob er mitmacht oder nicht. Es wurden oder werden noch hunderte von Vereinbarungen unterzeichnet, um den bindenden Charakter der Zusammenarbeit zu stärken, aber die Pflichten enden dort, wo die Partner die Nützlichkeit der Zusammenarbeit hinterfragen. In der Praxis beginnt IIZ immer in einer der beteiligten Institutionen, wenn Mitarbeitende feststellen, dass eine Klientin oder ein Klient mit multiplen Problemen vom IIZ-Prozess profitieren und/oder die Institution aus einer Überweisung der betroffenen Person in den Kooperationsrahmen einen Nutzen ziehen könnte. Im Fall von IIZ MAMAC beispielsweise kam der Grossteil der Anmeldungen von den RAV (55 %) und weitere 30 % von den kommunalen Sozialdiensten; von der IV wurden nur 10 % aller Fälle angemeldet (Egger *et al.*, 2010). Die qualitative Studie von Nadai *et al.* (2010) weist darauf hin, dass bei IIZ grosse regionale Unterschiede bestehen, im Wesentlichen in Bezug auf die Anmeldungen. In einigen Teilen der Schweiz wird IIZ tendenziell von den RAV initiiert, während es in anderen Teilen eher die Sozialdienste sind. Diese Dominanz einer Institution weist auf Unausgewogenheiten hinsichtlich der Beteiligung der Institutionen hin, was teilweise darauf hinweist, inwieweit die Schlüsselakteure (wie die Leitung der regionalen und lokalen Büros) an den IIZ-Ansatz und die Vorteile dieser Zusammenarbeit „glauben". Unterschiede dieser Art können sich auf die Wirksamkeit des IIZ-Ansatzes auswirken. So dauert es vom Verlust der Arbeitsstelle bis zur Aufnahme in IIZ im Durchschnitt viel länger, wenn die Anmeldung durch den Sozialdienst erfolgt. Um sicherzustellen, dass Stellensuchende mit komplexen Bedürfnissen und psychischen Problemen – via IIZ – frühzeitig von einer intensiveren Zusammenarbeit verschiedener Institutionen profitieren können, ist es daher besonders wichtig, das Arbeitslosensystem einzubeziehen.

Unzureichende Anreize für ein Engagement und der freiwillige Charakter von IIZ erklären weitgehend, warum der ganze Implementierungsprozess sehr langsam verlief. Die ersten Jahre nach der Lancierung von IIZ zeichneten sich aus durch Ausprobieren und Lernen, aber auch durch einen Mangel an Bewusstsein und Engagement. Erst mit IIZ MAMAC gewann der Prozess an Schwung, und die einzelnen Institutionen begannen mit der Umsetzung einer IIZ-Strategie, üblicherweise indem sie eine IIZ-Kontaktperson festlegten, die zuständig ist für die Auswahl der Fälle für den gemeinsamen Prozess und den Informationsaustausch mit den Kontaktpersonen oder den Fallbearbeitungsteams in anderen Organisationen.

Die grossen Unterschiede zwischen Kantonen und Gemeinden bei der Durchführung und Umsetzung von IIZ, könnten sich als Chance erweisen, den praktischs-

ten und effizientesten Weg herauszufinden. Um dies jedoch tun zu können, müssen die strukturellen Schwächen angegangen werden. Solange die IV-Stellen, die RAV und die Sozialdienste alles aus der eigenen Optik betrachten und auf die eigenen Beurteilungskriterien hin arbeiten, bleibt es schwierig, wirksame Lösungen zu finden, an denen alle Partner gleichzeitig beteiligt sind.

Um die Stärken und Schwächen von IIZ aufzuzeigen, ist eine gründliche Evaluation erforderlich. Vereinzelte Hinweise legen nahe, dass es im Durchschnitt ungefähr ein halbes Jahr dauert, bis eine Klientin oder ein Klient an das gemeinsame IIZ-Team überwiesen wird; dass die fraglichen Personen dann etwa ein bis eineinhalb Jahre in dieser Zusammenarbeit verbleibt, in der ihre Beschäftigungsfähigkeit allmählich erhöht wird; und dass ungefähr ein Drittel bis die Hälfte der Klienten schliesslich eine Arbeit findet, die allerdings nicht unbedingt nachhaltig ist. Kritisch ist, dass in den IIZ-Projekten üblicherweise eine stärkere und systematische Einbindung des Gesundheitssektors fehlt. Eine solche Einbindung würde eine echte *Integration* von Behandlungs- und Beschäftigungsdienstleistungen ermöglichen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass IIZ Wissen über Hindernisse und Erfolgsfaktoren der Zusammenarbeit generiert und somit für Personen mit einer psychischen Krankheit, die oft mit komplexen Problemen konfrontiert sind, ein grosses Potenzial darstellen könnte. Doch IIZ erreicht immer noch zu wenige Personen und kommt in den meisten Fällen zu spät, wodurch die Wirkung deutlich verringert wird. Zudem richten alle Institutionen den Fokus nach wie vor auf die Kostenbegrenzung in der eigenen Institution anstatt auf die Effizienz und die Wirksamkeit der Dienstleistungen für die Gesellschaft als Ganze.

In ihrer jetzigen Organisation ist IIZ ein institutioneller Versuch, Budgets in Ordnung zu bringen und Zuständigkeiten zu klären. Dies wird IIZ-Klienten helfen, schneller Zugang zu den verfügbaren Dienstleistungen der beteiligten Institutionen zu erlangen. Dadurch werden jedoch keine fehlenden Dienstleistungen generiert. Für Stellensuchende mit psychischen Problemen beispielsweise wäre eine *integrierte* Bereitstellung von Gesundheits- und Beschäftigungsdienstleistungen wirksamer als besser koordinierte Dienstleistungen des ALV-, IV- und Sozialhilfesystems. Wie Beispiele aus anderen Ländern wie dem Vereinigten Königreich zeigen, können integrierte Dienstleistungen innerhalb einer Institution ohne kostspieligen und mühsamen Koordinationsprozess bereitgestellt werden (OECD, in Kürze erscheinend).

## Dienstleistungen wirksam machen für Klienten mit einer psychischen Krankheit

Das praktische Ziel von IIZ besteht darin, die verschiedenen Behörden zur Zusammenarbeit anzuregen, um sicherzustellen, dass Klientinnen und Klienten einen rasche(re)n Zugang zu geeigneten Dienstleistungen haben, und nicht nur unbedingt zu den Dienstleistungen der Institution, von der die Klientin oder der Klient Leistungszahlungen erhält. Dies wirft die weiterreichende Frage auf, ob die fraglichen Institutionen über Dienstleistungen verfügen, die sich für Klienten mit komplexeren Problemen, etwa auch psychischen Krankheiten, als wirksam erwiesen haben.

Das Angebot an beruflichen und sozialen Wiedereingliederungsmassnahmen in der Schweiz ist gross.[9] Leider werden die Massnahmen kaum je evaluiert. Ragni (2007) kommt aufgrund einer Zusammenfassung einer Reihe von Evaluationen von Arbeitsmarktstrategien aus der ersten Hälfte der 2000er Jahre zum Schluss, dass aktive Arbeitsmarktprogramme und -strategien in der Schweiz überhaupt nicht erfolgreich waren: Einige Programme „drängten" die Personen zwar erfolgreich zurück in den Arbeitsmarkt (z. B. Beschäftigungsprogramme), aber dies vor allem aufgrund der Drohwirkung. Das heisst, die Stellensuchenden erhöhten ihre Stellensuchbemühungen, um Sanktionen zu entgehen. Die meisten Massnahmen haben jedoch negative Nettoauswirkungen auf die Beschäftigung, weil die indirekten negativen Auswirkungen die direkten positiven Auswirkungen des Programms überwiegen: Einschlusseffekte vor allem bei Ausbildungsprogrammen, Substitutionseffekte besonders bei Lohnkostenzuschüssen und allgemeiner Mitnahmeeffekte, weil gewisse Personen auch ohne die Hilfe eines Programms eine Stelle gefunden hätten – (siehe auch Lalive *et al.*, 2006).

Wenig bis gar nichts ist bekannt darüber, inwieweit Klientinnen und Klienten mit einer psychischen Erkrankung Massnahmen in Anspruch nehmen und ob diese Massnahmen wirksam sind für diese Personen (auch ungeachtet der unerwünschten indirekten Auswirkungen). Etwas mehr weiss man in diesem Zusammenhang über die Massnahmen der IV, aber die Ergebnisse sind bescheiden (siehe Kapitel 3). Da weder im Arbeitslosen- noch im Sozialhilfesystem eine Beurteilung des psychischen Zustands vorgenommen wird, kennt man die Wirkung der Interventionen dieser Systeme für verschiedene Klientengruppen kaum.

Die Fülle an arbeitsmarktlichen Dienstleistungen in der Schweiz ist beachtlich. Massnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit, Beschäftigungs- und Wiedereingliederungsdienstleistungen, Laufbahnberatung und Jobcoaching werden von verschiedenen, meist privaten (nicht gewinnorientierten und gewinnorientierten) Dienstleistungsanbietern angeboten und von verschiedenen Behörden finanziert, insbesondere von den RAV, den Sozialbehörden, den IV-Stellen, aber auch vom Privatsektor (Privatversicherer und teilweise Arbeitgeber). Hier bestehen zahlreiche Überschneidungen und Doppelspurigkeiten, und viele Dienstleistungsanbieter schliessen mit mehreren Behörden und Interessensgruppen Verträge ab. Die meisten Dienstleistungsanbieter haben mit einer Vielzahl von Klientinnen und Klienten zu tun und nur wenige sind lediglich auf Klienten mit einer psychischen Erkrankung spezialisiert. Ebenso mögen bestimmte Massnahmen vorwiegend von Personen mit einer psychischen Erkrankung beansprucht werden, doch die meisten davon wurden nicht nur für diese Gruppe entwickelt. Einige Dienstleistungsanbieter sind auf Personen mit komplexen Problemen spezialisiert und können eine Dossierbelastung in der Grössenordnung von 25 Personen pro Sachbearbeiter aufweisen. Es gibt viele Dienstleistungsanbieter, die nur in einem oder ein paar wenigen Kantonen tätig sind, und nur einige, die die ganze Schweiz abdecken. Auch die Auswahl und die Qualität der Dienstleistungen variieren innerhalb der Schweiz stark (Duell *et al.,* 2010).

Die Vorschriften der verschiedenen Behörden sind ebenfalls unterschiedlich, jedoch scheinen zwei Eigenschaften verbreitet zu sein: Erstens sehen die Systeme abgestufte Interventionen mit einem eher starren Zeitrahmen vor. So kann etwa eine

9. Siehe zum Beispiel die Broschüre des Kantons Wallis, in der alle Massnahmen der ALV, der IV und der Sozialdienste zusammengefasst sind: http://www.vs.ch/Data/forms/srv_343/D-Massnahmenkatalog%20IIZ_Dez_2012(1).pdf

Klientin oder ein Klient der IV während bis zu 12 Monaten Integrationsmassnahmen durchlaufen, gefolgt von einer beruflichen Massnahme, die je nach Massnahme weitere 6 Monate dauern kann, und einem Job Coaching, das noch einmal 3 bis 6 Monate dauert. Zweitens werden die Dienstleistungsanbieter mit einem festen Betrag pro Klient und Zeiteinheit entschädigt, und die Verträge werden individuell und nicht im Rahmen einer Ausschreibung ausgehandelt. Folglich scheint das System teilweise von den Bedürfnissen der Dienstleistungsanbieter und nicht von jenen der Klientinnen und Klienten bestimmt zu werden. Diese durchlaufen üblicherweise Massnahmen, solange Geld vorhanden ist, und für „etablierte“ Dienstleistungsanbieter bestehen kaum Anreize, die Klienten weiterzubringen und gute Beschäftigungsergebnisse zu erzielen.

Dieser sehr umfassende aber nicht ganz optimal funktionierende Dienstleistungsmarkt und die Arbeitsmarktergebnisse könnten verbessert werden durch eine teilweise und stufenweise Verschiebung in Richtung einer Finanzierung, die auf die Beschäftigungsergebnissen abstützt, d. h. die Dienstleistungsanbieter werden für Beschäftigungsergebnisse und nicht für erbrachte Dienstleistungen bezahlt. Eine ergebnisbasierte Finanzierung der Beschäftigungsdienstleistungen wird innerhalb der OECD immer üblicher, vor allem in Australien, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich (OECD, 2013c). Ein solcher Finanzierungsrahmen würde ein professionelles Ausschreibungsverfahren und ein gutes Qualitätssicherungssystem erforderlich machen. Er würde ermöglichen, die Finanzierung an nachhaltige Beschäftigungs- oder Nichtbeschäftigungsergebnisse (z B. Ausbildung) zu koppeln, und die Höhe der Finanzierung an den Grad der Benachteiligung der Klientin oder des Klienten anzupassen. Würden die psychischen Probleme zu einem entscheidenden Element für die Festlegung der Höhe der Finanzierung, so könnte sich die Situation für diese Klientengruppe sehr schnell verbessern. Ein Wechsel zu einem ergebnisbasierten Finanzierungsmodus sollte in der Schweiz vergleichsweise einfach sein, gilt der Privatsektor doch generell als vertrauenswürdig und zuverlässig, und zwar was die Dienstleistungs- und allgemeiner auch die Sozial- und Krankenversicherungsbranche angeht.

## Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Mit der schrittweisen Entwicklung von Aktivierungsstrategien in der schweizerischen Arbeitslosenversicherung zu Beginn der 1990er Jahre, als die Arbeitslosigkeit zu einem bedeutenderen Thema wurde, verschob sich der Schwerunkt in den RAV immer mehr Richtung Personen, die bereit und in der Lage sind zu arbeiten. Dies führte potenziell dazu, dass schwierigere Stellensuchende mit komplexeren Arbeitsmarktproblemen nicht mehr als zentrale RAV-Klientinnen und -Klienten betrachtet wurden. Eine Folge dieser Entwicklung war, dass Personen dieser Gruppe zunehmen in andere Leistungssysteme abgeschoben wurden, anfänglich in die IV und in letzter Zeit ins Sozialhilfesystem. Damit wurden beide Systeme parallel zu Systemen der letzten Instanz. Dass in vielen RAV das Bewusstsein für den hohen Anteil an Arbeitslosen mit einer signifikanten psychischen Erkrankung fehlt, ist ebenfalls eine Folge dieser Entwicklung

Als Reaktion auf diese Entwicklung wurde die Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) zu einem bedeutenden Thema, da zunehmend Diskussionen über Personen mit komplexen Bedürfnissen geführt wurden, die zwischen den verschiedenen Teilen des ziemlich fragmentierten Sozialleistungssystems hin- und hergeschoben werden. Während die nachträglich zur Untersuchung dieser Frage gewonnenen Daten nahelegen, dass dieses Phänomen in Wirklichkeit nur eine kleine Gruppe von Personen betrifft, wurden die IIZ-Bemühungen deutlich intensiviert und viele Ressourcen investiert – allerdings mit grossen Unterschieden innerhalb der Schweiz – um kantonale und regionale Kooperationsinstrumente und -mechanismen zu entwickeln. Doch in der Praxis profitierte bis jetzt nur eine kleine Anzahl Personen von diesen neuen Ansätzen. Zudem liegen keine Evaluationen vor, so dass nicht bekannt ist, ob sich für die betroffenen Personen eine Verbesserung ergeben hat.

Wichtiger noch, mit der Bündelung der Bemühungen und Ressourcen auf IIZ wurden andere, vielleicht bedeutendere Probleme überdeckt, darunter auch signifikante psychische Probleme, die bei vielen regelmässigen Klientinnen und Klienten (die nicht für den IIZ-Prozess angemeldet wurden) bestehen. Das ist besonders relevant für die RAV, da sowohl bei der IV als auch in den Sozialdiensten ein grösseres Bewusstsein für die hohe Prävalenz psychischer Störungen bei ihren Klienten vorhanden ist. Eine teilweise Folge davon ist, dass die Langzeitarbeitslosigkeit in der Schweiz – gemessen wurde eine länger als 6 Monate oder länger als 1 Jahr andauernde Arbeitslosigkeit – über dem OECD-Durchschnitt liegt, während die Arbeitslosenquote eine der tiefsten in der OECD ist (OECD, 2013c).

Obwohl es nur bei wenigen Personen zu wiederholten Wechseln zwischen den verschiedenen Leistungssystemen kommt, sind Übergange in ein Leistungssystem über ein anderes System recht häufig. So treten viele Personen, wenn sie aus der ALV ausgesteuert werden, in die Sozialhilfe über, und viele Sozialhilfebezüger beantragen irgendwann IV-Leistungen. Daher sind die Koordination dieser Systeme und deren Massnahmen und Vorgehensweisen sowie die Schnittstellen zwischen den Systemen eine wichtige Angelegenheit, und der IIZ-Prozess ist ein Schritt in die richtige Richtung.

Weitere Anstrengungen sind jedoch erforderlich. Der IIZ-Prozess krankt vor allem an seiner institutionellen Ausrichtung und den fehlenden und/oder manchmal widersprüchlichen Anreizen für eine bessere Zusammenarbeit unter den beteiligten Institutionen. Dieses Problem zu lösen, indem die Anreize korrigiert werden, ist ein möglicher aber schwieriger Weg. Stattdessen oder ausserdem sollte jede Institution

den eigenen Klientinnen und Klienten mit komplexen Problemen, und mit psychischen Problemen im Besonderen, grössere Aufmerksamkeit beimessen. Die rasche Bereitstellung zusätzlicher Dienstleistungen (z. B. Gesundheitsleistungen und Dienstleistungen am Arbeitsplatz) innerhalb einer Institution, in Ergänzung zu den gegenwärtig in dieser Institution verfügbaren Dienstleistungen, ist oft die bessere Strategie als schwierige Klientinnen und Klienten in einen langen und kostspieligen Prozess zu führen.

### *Die psychischen Probleme der Klienten des ALV- und des Sozialhilfesystems zu identifizieren versuchen und sie rasch angehen*

- *Im Zweifelsfall auf psychische Probleme untersuchen*. Den RAV und den Sozialdiensten stehen keine Instrumente zur Verfügung, um Klientinnen und Klienten mit psychischen Problemen zu identifizieren. Die Beschäftigungserfolge wären besser, wenn diese Probleme ebenfalls früh angegangen würden. Immer wenn Probleme vermutet werden, sollten die Klienten daher mit validierten Instrumenten auf psychische Krankheiten hin untersucht werden. Dies sollte in der Aufnahmephase oder wann immer es nötig erscheint, erfolgen – nicht um Personen in einer frühen Phase auszuschliessen, sondern um psychische Hindernisse rasch anzugehen und Langzeitarbeitslosigkeit zu verhindern.

- *Wissen über die psychische Gesundheit aufbauen*. Für eine bedarfsgerechte Verwendung solcher Instrumente braucht es unter den RAV-Personalberatern und den Sozialarbeitern in den Sozialdiensten entsprechendes Wissen über psychische Erkrankungen. Sie müssen darin ausgebildet werden, wie psychische Probleme erkannt und wie und wann Screeninginstrumente eingesetzt werden. Psychologisches Fachwissen unter den Sachbearbeitern ist ein wichtiger Erfolgsfaktor, um den Anteil der wiedereingegliederten Stellensuchenden mit einer psychischen Störung zu erhöhen.

- *Rasch handeln*. Wenn ein signifikantes psychisches Problem entdeckt wird, sollte das Gesundheitswesen sehr rasch einbezogen werden. Dafür können die betroffenen Personen entweder an das Gesundheitswesen überwiesen und die Behandlung vorangetrieben werden (was eine enge Verbindung zu diesem Sektor voraussetzt) oder es können ihnen gewisse Behandlungsformen intern angeboten werden (z. B. Verhaltenstherapie). Das Screening könnte auch benutzt werden, um Klienten mit komplexen Bedürfnissen früher als heute an den IIZ-Prozess zu überweisen. Je früher der Prozess beginnt, desto besser sind die voraussichtlichen Erfolgsquoten. Personen mit einem psychischen Gesundheitsrisiko sollten sehr rasch einer intensiven Massnahme zugewiesen werden, die auf eine Verbesserung der Gesundheit, Zustandsmanagement und Aufbau von Kapazitäten ausgerichtet ist.

### *Rahmenbedingungen für die RAV ändern, um Stellensuchenden mit psychischen Erkrankungen besser zu helfen*

- *Indikatoren für die Leistungsbeurteilung erweitern*. Die für die Leistungsbeurteilung der RAV verwendeten Wirkungsindikatoren beurteilen die rasche Rückkehr der Stellensuchenden in den Arbeitsprozess und die

Vermeidung von Wiederanmeldungen, Langzeitarbeitslosigkeit und Aussteuerung (gemessen an der ausbezahlten Arbeitslosenentschädigung). Diese Kriterien sollten erweitert werden, mit dem Ziel, die einzelnen RAV zu ermutigen, schwierigen Klienten (wie solchen mit zusätzlichen psychischen Problemen) und Nicht-Leistungsbezügern zu helfen, eine nachhaltige Arbeit zu finden. Eine solche Erweiterung der Leistungsziele wäre auch hilfreich für den IIZ-Prozess.

- *Eine Strategie für kranke Arbeitslose entwickeln*. Kranke Arbeitslose sind von den Anforderungen an die Arbeitssuche befreit. Doch nach 44 Krankheitstagen verlieren sie den Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung. Dies betrifft oft Personen mit einer psychischen Erkrankung. Eine geeignete Strategie sollte erarbeitet werden, um den Kontakt mit dieser Gruppe – in der viele immer noch über eine beachtliche Arbeitsfähigkeit verfügen dürften – aufrecht zu erhalten und weiterhin Hilfe und Unterstützung bei der Stellensuche anzubieten.

- *Eine Strategie für Ausgesteuerte entwickeln*. Mehr Aufmerksamkeit sollte auch den Personen beigemessen werden, die Gefahr laufen, ausgesteuert zu werden – unter denen jene mit einer psychischen Erkrankung übervertreten sind. Diese Gruppe braucht rechtzeitig mehr intensive Hilfe (da die Wiedereingliederungschancen nach einem Jahr Arbeitslosigkeit eher tief sind). Wenn der Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung erlischt, sollten die betroffenen Personen weiterhin von Aktivierungsmassnahmen und aktiven Arbeitsmarktprogrammen profitieren können.

### *Stärken der Kapazitäten des Sozialhilfesektors, mit psychisch kranken Personen umzugehen*

- *Instrumente für psychische Krankheiten entwickeln*. Aufgrund der hohen Prävalenz von psychischen Krankheiten unter den Klientinnen und Klienten der Sozialdienste benötigen die Sozialdienste bessere Instrumente, um das Fortschreiten psychischer Erkrankungen zu verhindern. Der Ansatz der Stadt Zürich – mit Abklärungsinstrumenten, einem beruflichen Trainingszentrum, Schulsozialarbeit und regelmässiger Präsenz eines psychiatrischen Diensts – könnte zum Massstab genommen werden. Dies gilt für grössere und mittelgrosse Städte.

- *Kantonale und regionale Dienstleistungen für kleinere Gemeinden*. Kleinere Sozialdienste haben nicht die Kapazitäten, das ganze Spektrum der auf die psychischen Krankheiten ausgerichteten Instrumente und Dienstleistungen abzudecken. Für diese Sozialdienste könnten auf regionaler (z. B. in einem grösseren Sozialdienst der Region) oder in kleineren Kantonen sogar auf kantonaler Ebene Dienste errichtet werden. Diese Dienste sollten für die betroffenen Gemeinden leicht zugänglich sein. Dies wird eine gewisse Umverteilung von Ressourcen erforderlich machen.

- *Negative Arbeitsanreize angehen*. Ähnlich wie bei der IV werden die Interventionen der Sozialdienste durch geringe Arbeitsanreize für die Klientinnen und Klienten eingeschränkt (vor allem wenn sie unterhaltspflichtig sind). Dieses Problem sollte angegangen werden, zum Beispiel durch den

Einsatz von Einkommensfreibeträgen oder Steuergutschriften, um sicherzustellen, dass sich zusätzliche Arbeitsstunden immer lohnen.

### *Die strukturellen Schwächen des IIZ-Prozesses in Angriff nehmen*

- *Anreize zur Zusammenarbeit stärken*. Nicht zweckmässige und widersprüchliche finanzielle Anreize sind wahrscheinlich der den Erfolg von IIZ am deutlichsten einschränkende Einzelfaktor. Dieses Problem liesse sich angehen, indem beispielsweise gegenseitige Kofinanzierungsvereinbarungen eingeführt werden. Die Lockerung gewisser einschränkender Praktiken könnte ebenfalls helfen, eine bessere Anreizstruktur zu schaffen, z. B. durch Aufrechterhalten des Zugangs zu allen Dienstleistungen der RAV nach der Aussteuerung oder durch Erweitern des Anspruchs auf die Aus- und Weiterbildung der IV-Stellen auf ungelernte Arbeitskräfte

- *Gesundheitswesen einbeziehen*. Nahezu alle wichtigen Akteure sind an IIZ beteiligt, ausser das Gesundheitswesen (das indirekt beteiligt ist, wenn die IV involviert ist, im Fall von bilateraler Zusammenarbeit jedoch meistens nicht). Da es bei IIZ um die (psychische) Gesundheit und soziale Beschäftigungshindernisse geht, sollte das Gesundheitssystem ein gleichberechtigter IIZ-Partner werden – sowohl durch Einbringen von medizinischem Fachwissen in der Abklärungsphase als auch bei der Entwicklung von Behandlungsstrategien.

- *Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern verbessern*. Die zweite Akteurgruppe, die in IIZ nicht genügend beteiligt ist, sind die Arbeitgeber. Gerade Personen mit psychischen Problemen haben oft Probleme am Arbeitsplatz, die im Verlauf des IIZ-Prozesses angegangen werden sollten. Es sollte nach Wegen gesucht werden, um die IIZ-Fallbearbeitungsteams und die Arbeitgeber besser zu vernetzen.

- *Zusammenarbeit durch Integration von Dienstleistungen ergänzen*. Zusammenarbeit hat ihre Grenzen. Eine komplette Integration von Dienstleistungen – vor allem von Beschäftigungs- und Gesundheitsleistungen – ist innerhalb von nur einer Institution oft einfacher zu bewerkstelligen. Daher sollten die RAV und Sozialdienste eine Erhöhung ihres Gesundheitsfachwissens in Erwägung ziehen, um bestimmte Behandlungen sofort anbieten zu können

### *Die Finanzierung und die Ergebnisse der Beschäftigungsdienstleistungen verbessern*

- *Wechsel zu einem ergebnisorientierten Finanzierungsmodus erwägen*. Dienstleistungen mit einem festen Betrag pro Klient und Zeiteinheit zu entschädigen, ist administrativ einfacher aber nicht ideal, um nachhaltige Ergebnisse sicherzustellen. Die Dienstleistungsanbieter nach nachhaltigen Beschäftigungs- und (Nichtbeschäftigungs-)Ergebnissen zu bezahlen, wie es zunehmend in anderen Ländern gemacht wird, könnte die Ergebnisse verbessern. Das Niveau der Vergütungen an den mittels besseren Profiling- und Abklärungsinstrumenten festgestellten Grad der Benachteiligung des Klienten anzupassen – unter Einbezug der psychischen Gesund-

heit als festen Bestandteil –, könnte die Ergebnisse für diese Gruppe wie auch für andere benachteiligte Gruppen verbessern.

- *Mit einem solchen Finanzierungsmodus zu experimentieren beginnen*. Ein Wechsel zu einem ganz neuen Finanzierungsmodus ist nicht einfach. Der Aufbau eines wettbewerbsorientierten Markts mittels (in der Schweiz wohl kantonsspezifischen) Ausschreibungsverfahren erfordert eine sorgfältige Vorbereitung, die auf der grossen Erfahrung anderer Länder aufbaut, und überzeugende Argumente für einen Wechsel. Die Schweizer Behörden sollten als erstes die erforderlichen Schritte prüfen, um das System in diese Richtung weiterzuentwickeln. Dazu sind bessere Kenntnisse über die derzeitigen Ergebnisse der privaten Dienstleistungsanbieter für die verschiedenen Klientengruppen und über den Nutzen erforderlich, der im Vergleich zur heutigen Situation entstehen könnte, wenn die RAV über bessere Profiling- und Abklärungsinstrumente und einen breiteren Rahmen zur Leistungsbeurteilung verfügten.

## *Literaturverzeichnis*

Aeppli, D. and T. Ragni (2009), "Ist Erwerbsarbeit für Sozialhilfebezüger ein Privileg?", *SECO Publikation Arbeitsmarktpolitik* Nr. 28, Staatssekretariat für Wirtschaft, Bern.

Arni, P., R. Lalive and J. van Ours (2009), "How Effective Are Unemployment Benefit Sanctions? Looking Beyond Unemployment Exit", *IZA Discussion Paper* No. 4509, Institute for the Study of Labor, Bonn.

Baur, R. (2003), *Erschwerte soziale und berufliche Integration: Hintergründe und Massnahmen*, Forschungsbericht Nr. 26/03 (Beiträge zur Sozialen Sicherheit), Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern

BSV (2012), "Monitoring SHIVALV: Die BASIS-Indikatoren 2005-2010", Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), Bern.

BSV (2013), "Arbeitslosenversicherung", www.bsv.admin.ch/dokumentation/zahlen/00093/00436/index.html?lang=de (accessed 7 November 2013).

Champion, C. (2008), "Gemeinsam gegen den Drehtüreffekt: Erste Erfahrungen mit MAMAC sind vielversprechend", *Soziale Sicherheit CHSS* 3/2008: 153-157.

Duell, N., P. Tergeist, U. Bazant and S. Cimper (2010), "Activation Policies in Switzerland", *OECD Social, Employment and Migration Working Papers,* No. 112, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/5km4hd7r28f6-en

Egger, M., V. Merckx and A. Wüthrich (2010), *Evaluation des nationalen Projekts IIZ-MAMAC* [Evaluation of the National Project IIZ MAMAC], *Forschungsbericht*, No. 9/10 (Beiträge zur Sozialen Sicherheit), Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Fluder, R., T. Graf, R. Ruder and R. Salzgeber (2009), *Quantifizierung der Übergänge zwischen Systemen der Sozialen Sicherheit (IV, ALV und Sozialhilfe)*, *Forschungsbericht Nr. 1/09* (Beiträge zur Sozialen Sicherheit), Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Kantonale IV-Stelle Wallis (2012), "Massnahmenkatalog Für Die Berufliche Und Soziale Wiedereingliederung", www.vs.ch/Data/forms/srv_343/D-Massnahmenkatalog%20IIZ_Dez_2012(1).pdf (accessed 7 November 2013). "Catalogue Des Mesures De Réinsertion Professionnelle et Sociale", www.vs.ch/Data/forms/srv_343/F-Catalogue%20Mesures%20CII_Dec_2012.pdf (accessed 7 November 2013).

Kolly, M. (2011), "Quantifizierung der Wechselwirkungen zwischen den Systemen der sozialen Sicherheit", *Soziale Sicherheit CHSS* 4/2011, pp. 199-207.

Lalive, R., T. Zehnder und J. Zweimüller (2006), "Makroökonomische Evaluation der Aktiven Arbeitsmarktpolitik der Schweiz", *SECO Publikation Arbeitsmarktpolitik* No. 19, Staatssekretariat für Wirtschaft, Bern.

Loos, S., A. Schliwen und M. Albrecht (2009), *Vorzeitiger Rückzug aus der Erwerbstätigkeit aufgrund von Invalidität im Vergleich zu alternative Austrittsoptionen*, *Forschungsbericht Nr. 8/09* (Beiträge zur Sozialen Sicherheit), Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Luisier, G. (1999), "Koordination zwischen Invalidenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe", *Soziale Sicherheit CHSS,* 5/1999, pp. 228-234.

Nadai, E., A. Canonica und M. Koch (2010), "Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) im System der sozialen Sicherung"(Schlussbericht), Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten.

OECD (2007), *Employment Outlook, Chapter 5: Activating the Unemployed: What Countries Do*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2007-en.

OECD (2012), *Sick on the job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en.

OECD (2013a), *Benefits and Wages: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, http://www.oecd.org/els/benefitsandwagesstatistics.htm.

OECD (2013b), *Mental Health and Work: Denmark*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264188631-en.

OECD (2013c), *Employment Outlook*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2013-en.

OECD (forthcoming), *Mental Health and Work: United Kingdom*, OECD Publishing, Paris.

Ragni, T. (2007), "Die Wirksamkeit der öffentlichen Arbeitsvermittlung in der Schweiz", *DP-Discussion Paper*, Staatssekretariat für Wirtschaft, Bern.

Salzgeber, R. (2011), "Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe in Schweizer Städten Berichtsjahr 2011", Berner Fachhochschule Fachbereich Sozial Arbeit, Bern.

SECO (2004), *Handbuch zur Interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ)*, Staatssekretariat für Wirtschaft, Bern. http://www.iiz.ch/mm/iiz_handbuch_f.pdf http://www.iiz.ch/mm/handbuch_deutsch.pdf

Søgaard, H.J. and P. Bech (2010), "Predictive Validity of Common Mental Disorders Screening Questionnaire as a Screening Instrument in Long-Term Sickness Absence", *Sacndinavian Journal of Public Health*, Vol. 38, pp. 375-85.

Venn, D. (2012), "Eligibility Criteria for Unemployment Benefits", *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 131, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/5k9h43kgkvr4-en.

# *Kapitel 5*

# Das Potenzial der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung besser nutzen

*Dieses Kapitel beurteilt die Leistungen des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems der Schweiz in Bezug auf eine angemessene Behandlung für Personen mit psychischen Störungen. Zwar ist das schweizerische Versorgungssystem sehr umfassend, es besteht aber ein Potenzial, noch mehr behandlungsbedürftige Personen zu erreichen. Daher befasst sich dieses Kapitel mit der Rolle und der Zusammenarbeit der verschiedenen psychiatrischen Leistungserbringer und dem Potenzial für weitere Verbesserungen. Das Engagement der psychiatrischen Dienste und der Ärztinnen und Ärzte mit Privatpraxis für die Arbeitsplatzerhaltung und die Wiedereingliederung wird beurteilt, und die Hindernisse sowie auch die Möglichkeiten, sich aktiver für gesundheitsbedingte berufliche Probleme zu engagieren, werden besprochen.*

Obwohl die meisten psychischen Krankheiten gute Chancen haben, sich bei rascher und wirksamer Behandlung im Verlauf der Zeit zu bessern, weisen die in der Regel sehr früh im Leben auftretenden Krankheiten einen anhaltenden und von Rückfällen geprägten Verlauf auf. Zudem wirken sich psychische Beschwerden oft negativ auf die sozialen Kompetenzen, die Persönlichkeit und arbeitsbezogene Angstzustände aus und führen zu Stigmata am Arbeitsplatz. Der Arbeitsplatzerhalt und die Wiedereingliederung von Erwerbstätigen mit psychischen Problemen lassen sich erreichen mit integrierten, auf den medizinischen Zustand ausgerichteten Interventionen und adäquatem Handeln in emotional schwierigen Situationen am Arbeitsplatz. Daher muss jede politische Strategie zur Erhöhung des Arbeitsmarktanteils von Personen mit psychischen Störungen eine angemessene Behandlung vorsehen und diese muss – wie in Kapitel 2 dargelegt – mit Interventionen am Arbeitsplatz verbunden sein.

Zwar gibt es in der Schweiz im Bereich der allgemeinen und fachärztlichen Versorgung viele Leistungserbringer, und das schweizerische Gesundheitssystem belegt einen hohen Rang, wenn es um die Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer geht. Die Herausforderung besteht jedoch darin, die allgemeine und spezialisierte Gesundheitsversorgung mit Beschäftigungsfragen und mit Rehabilitations- und Arbeitsvermittlungsdiensten zu koppeln. Die erheblichen Ressourcen im schweizerischen Gesundheitssystem ermöglichen differenzierte und gute medizinische Leistungen, doch die Leistungsvielfalt birgt auch das Risiko von fragmentierten Aktivitäten und Konzepten. Diese Herausforderungen werden weiter unten behandelt.

## Merkmale des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems

Einige strukturelle Eigenschaften des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems können nicht nur Auswirkungen auf die Genesung haben, sondern auch auf die Beschäftigungssituation der Patientinnen und Patienten. Dazu gehören beispielsweise die Fragen, ob die Behandlungseinrichtung in der Nähe des Wohnorts der Patientin oder des Patienten liegt, was den Kontakt zwischen Arbeitgeber und psychiatrischer Versorgung erleichtert; oder ob Leistungen in einem nicht stigmatisierenden Umfeld angeboten werden (z.B. in allgemeinen Spitälern), was den Zugang zur Behandlung erleichtert; oder ob ambulante Leistungen und interdisziplinäre Tageskliniken zur Verfügung stehen, was die Rückkehr in den Arbeitsprozess erleichtert.

Die Schweiz verfügt grundsätzlich über ein gut funktionierendes Gesundheitssystem mit einem breiten Angebot an zugänglichen Leistungen, einer universellen Krankenversicherung und einer hohen Patientenzufriedenheit (OECD, 2011; Sturny & Camenzind, 2011). Gleichzeitig zählten die Gesundheitsausgaben in der Schweiz 2009 zu den höchsten in den OECD-Ländern, sowohl in Prozent des BIP (11.4 %) als auch pro Kopf (5000 USD KKP; OECD, 2011).

Die Gesamtausgaben für die durch die obligatorische Krankenversicherung gedeckten Gesundheitsleistungen beliefen sich 2010 auf 32 Milliarden Schweizer Franken (28 Milliarden Euro). 21 Milliarden Franken werden von der Krankenversicherung beigesteuert, 11 Milliarden Franken von Bund, Kantonen und Gemeinden. 30 Milliarden Franken (94 %) fliessen in die somatische Versorgung und 2 Milliarden Franken (6 %) in die spezialisierte psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Von letzteren werden 56 % für die stationäre Versorgung, 14 % für ambulante Dienste und Tageskliniken und 30 % für Privatpraxen aufgewendet.

### *Ein grosses Spektrum an psychiatrischen Diensten*

Erstens behandelten 2010 rund 6000 Hausärztinnen und Hausärzte etwa fünf Millionen Patientinnen und Patienten. Schätzungsweise ein Viertel bis ein Drittel dieser Patienten wiesen eine (komorbide) psychische Störung auf (z.B. WHO/Wonca, 2008; Goldberg & Lecrubier, 1995). Eine Befragung bei 2330 Patienten von Hausärzten im Kanton Bern ergab das gleiche Resultat (rund 35 %) (Amsler *et al.*, 2010). Generell suchen nahezu 80 % der Schweizer Bevölkerung mindestens einmal im Jahr eine Ärztin oder einen Arzt auf (Allgemeinpraktiker oder Facharzt). Dieser Anteil steigt auf über 90 % bei Personen mit einem anhaltenden psychischen Problem (Sturny & Schuler, 2011). Je gestresster sich Personen fühlen, desto häufiger nehmen sie ärztliche Behandlung in Anspruch (Schuler & Burla, 2012). Doch in den meisten Fällen beanspruchen Personen mit einer psychischen Störung die Behandlung nicht für ihr psychisches Problem, sondern für ihre körperlichen Beschwerden, und ihr psychisches Problem bleibt meistens unentdeckt und/oder unbehandelt. Nichtsdestotrotz werden 36 % aller psychiatrischen Diagnosen von Hausärzten gestellt und weitere 2,5 % von somatischen Fachärzten in Privatpraxen. Alle anderen psychiatrischen Diagnosen werden von den Psychiaterinnen und Psychiatern gestellt.

Zweitens behandelten ebenfalls 2010 rund 2900 Psychiaterinnen und Psychiater in Privatpraxen 330 000 Patientinnen und Patienten (Schuler & Burla, 2012). Ihre Fallzahlen (durchschnittlich 115 Patienten pro Psychiater) liegen somit deutlich unter jenen eines durchschnittlichen Hausarzts (830 Patienten). Während die Zahl der in Hausarztpraxen behandelten Patienten zwischen 2006 und 2010 um etwa 4 % anstieg, war die Zunahme in den psychiatrischen Praxen mit über 18 % viel grösser. Im Vergleich zu den Hausärzten behandeln Psychiater besonders oft Patienten mit schizophrenen und neurotischen Störungen sowie mit Persönlichkeitsstörungen. Psychiater können von Patienten im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung direkt, ohne Überweisung durch den Hausarzt, aufgesucht werden. Einige Psychiater arbeiten mit Psychotherapeuten zusammen, an die sie Patienten delegieren können. Dies ermöglicht es den Patienten, sich die Kosten von ihrer Krankenversicherung rückerstatten zu lassen (die obligatorische Krankenversicherung übernimmt grundsätzlich nur die Kosten der von einem Psychiater erbrachten Psychotherapie). Insgesamt behandelten 2010 rund 4000 Psychotherapeuten Personen mit psychischen Problemen; etwa ein Drittel der Psychotherapien werden von den Patienten selber bezahlt.

Drittens existieren in der Schweiz sehr viele ambulante psychiatrische Einrichtungen (ambulante Versorgung, Tageskliniken). Gemäss Lavignasse und Moreau-Gruet (2006) gibt es rund 500 Einheiten in 60 Einrichtungen, wobei jede Einheit je nach Kanton zwischen 11 und 65 Patientinnen und Patienten auf 1000 Einwohner behandelt. Insgesamt werden schätzungsweise 175 000 Fälle in ambulanten psychiatrischen Diensten behandelt (Schuler und Burla, 2012; Moreau-Gruet & Lavignasse, 2006). Die in diesen Diensten am häufigsten behandelten psychischen Beschwerden sind neurotische und affektive Störungen sowie Störungen durch Substanzmissbrauch.

Viertens wurden 2009 rund 60 000 Patientinnen und Patienten (etwa 80 000 Fälle) stationär behandelt, ungefähr drei Viertel in psychiatrischen Kliniken und ein Viertel in Allgemeinspitälern. Während die Zahl der hospitalisierten Patienten zwischen 2002 und 2009 nicht zunahm, ist bei den *Fallzahlen* ein Anstieg zu verzeich-

nen, d. h. die gleichen Personen wurden öfter wieder hospitalisiert (Kuhl & Herdt, 2006). Die Hauptdiagnosen der stationären Behandlung sind Störungen durch Substanzmissbrauch (bei Männern), affektive Störungen (bei Frauen) und neurotische Störungen. Die Behandlung kann in einer psychiatrischen Klinik oder einer spezialisierten Einheit in einem allgemeinen Spital erfolgen. In Allgemeinspitälern erfolgen auch viele Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten mit komorbiden psychischen und körperlichen Störungen. Eine Hospitalisierung wegen somatischen Beschwerden kann eine Gelegenheit sein, komorbide psychische Störungen festzustellen. Oft erkennen Spitalärzte die psychischen Probleme bei ihren Patienten. In einer Befragung in medizinischen Kliniken zweier Allgemeinspitäler gaben die Ärzte bei 25 % der Patienten "relevante" (behandlungsbedürftige) psychische Störungen an (Cahn & Baer, 2003). Doch diese frühe Feststellung führt selten zu einer Überweisung an einen Facharzt nach der Entlassung aus der Klinik.

### *Hausärzte erkennen psychische Störungen, aber Behandlungen und Überweisungen sind selten*

Die Diskrepanz zwischen dem hohen Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Störung und der tiefen Behandlungsrate in Hausarztpraxen ist nicht nur auf eine tiefe Erkennungsrate zurückzuführen. Eine Erhebung in der Schweiz bei Hausärzten über Patienten mit depressiven Störungen ergab 3,2 behandelte Depressionsfälle auf 1000 Patienten. Die Hausärzte schätzten jedoch, dass rund einer von drei ihrer Patienten eine Depression hat, wenn die leichteren Formen mitgerechnet werden (Schuler & Burla, 2012). Da sich leichtere Formen von Depression, wenn sie nicht behandelt werden, zu schwereren Formen entwickeln können, würde eine häufigere Intervention durch die Hausärzte Potenzial beinhalten. Eines der Hauptprobleme, bleibt, dass nur 5–10 % der Personen mit einer psychischen Störung ihrem Hausarzt von ihrer Krankheit erzählen und eine Behandlung verlangen (Linden *et al.*, 1996). Demgegenüber werden die meisten durch Substanzmissbrauch hervorgerufenen Störungen durch Hausärzte behandelt, die nahezu 60 % aller alkoholbedingten Störungen und 70 % aller anderen Störungen durch Substanzmissbrauch diagnostizieren.

Nur eine Minderheit der Patientinnen und Patienten, bei denen in einer Privatpraxis eine psychische Störung diagnostiziert wird, wird an eine Psychiaterin oder einen Psychiater überwiesen, so zum Beispiel nur 20 % der Patienten mit depressiven Störungen (Schuler & Burla, 2012). Die Überweisung durch den Hausarzt an einen Psychiater wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, so durch die Wünsche des Patienten, die Frage, ob der Hausarzt die Behandlung als seine Pflicht sieht und er sich als kompetent erachtet, ob auf lokaler Ebene eine gute Zusammenarbeit mit Psychiatern besteht und diese ohne überlange Wartezeiten zugänglich sind und ob der Hausarzt oder die Hausärztin damit rechnen kann, dass der Patient an ihn oder sie zurückverwiesen wird (Spiessl & Cording, 2000).

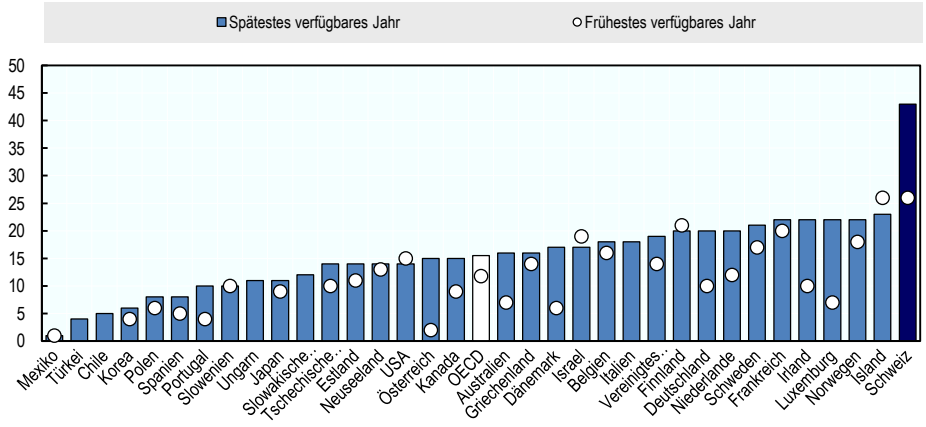
In einer Befragung in der Schweiz von rund 550 Patientinnen und Patienten in Privatpraxen (Cahn & Baer, 2003) gaben die Hausärztinnen und Hausärzte an, dass 19 % ihrer Patienten eine behandlungsbedürftige psychische Störung und weitere 9 % ein kleineres psychisches Problem aufweisen würden. Gemäss den Hausärzten wurde nur bei 15 % der Patienten, die eine psychiatrische Behandlung benötigen, ein Spezialist beigezogen, was 3 % der Gesamtzahl aller Patienten in Hausarztpraxen entspricht. Diese sehr tiefe Zahl kann ein Hinweis dafür sein, dass es im Zusammenhang mit den Überweisungen an die Psychiater einige Probleme gibt.

### *Hohe Dichte an psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen*

Ein herausragendes Merkmal und Potenzial des schweizerischen psychiatrischen Versorgungssystems ist die grosse Zahl an Psychiaterinnen und Psychiatern mit Privatpraxis (Abbildung 5.1). Mit nahezu 45 psychiatrischen Praxen auf 100 000 Einwohner ist der Anteil dieser Fachärzte in der Schweiz dreimal höher als der OECD-Durchschnitt. Der hohe Anteil an Psychiatern im Verhältnis zur Bevölkerung spricht dafür, dass die Psychiater in den Privatpraxen für Personen mit einer psychischen Störung teilweise eine Grundversorgerfunktion wahrnehmen.

Abbildung 5.1. **Sehr hohe Anzahl an Psychiatern in der Schweiz**

Psychiaterdichte (Anteil pro 100 000 Einwohner) in OECD-Ländern[a], fühestes und spätestes verfügbares Jahr




Anmerkung: Beim OECD-Durchschnitt handelt es sich um einen ungewichteten Durchschnitt.

a. Informationen zu den Daten für Israel: http://dx.doi.org/10.1787/888932315602.

Quelle: OECD Health Care Quality Indicators Data 2011.

Trotz des grossen Angebots stellt der Zugang zu psychiatrischen Dienstleistungen nach wie vor ein Problem dar. Ein kürzlich in der Schweiz durchgeführte Studie, in der die klinischen Symptome einer akuten Depression und einer akuten psychotischen Störung simuliert wurden, zeigte, dass es deutlich schwieriger ist, einen Termin bei einem Psychiater zu vereinbaren als bei einem Hausarzt (Bridler *et al.*, 2012). Bei den Hausärzten konnte in 95 % aller Fälle ein persönlicher Kontakt hergestellt werden, bei den Psychiatern nur in rund 50 %. Im Durchschnitt waren 7 Anrufe nötig, um einen Termin bei einem Psychiater zu vereinbaren, was insgesamt nur bei 30 % aller kontaktieren Psychiater möglich war. Die anderen Psychiater waren nicht erreichbar oder nahmen keine neuen Patienten mehr auf. Die durchschnittliche Wartezeit für einen Termin für ein akutes Problem betrug bei den Psychiatern rund 6 Tage.

Ein weiterer Engpass für den Zugang zu psychiatrischen Dienstleistungen ist die lange Behandlungsdauer in den psychiatrischen Praxen. Eine Befragung bei Psychiaterinnen und Psychiatern im Kanton Bern (Amsler *et al.*, 2010) ergab, dass die Behandlungsdauer rund 60 Monate beträgt (d. h. die Dauer der bereits erfolgten Behandlung kombiniert mit der noch zu erwartenden Behandlungsdauer). Lange Behandlungsdauern schränken den Zugang für neue Patientinnen und Patienten ein.

Die Schweiz verfügt ebenfalls über eine grosse Zahl an Psychotherapeutinnen und -therapeuten; schweizweit sind es etwa 4000. Zu den Zahlen der durchgeführten Psychotherapien liegen jedoch keine Daten vor; der Gesamtbeitrag der Psychotherapeuten zur psychischen Gesundheit ist daher nicht messbar.

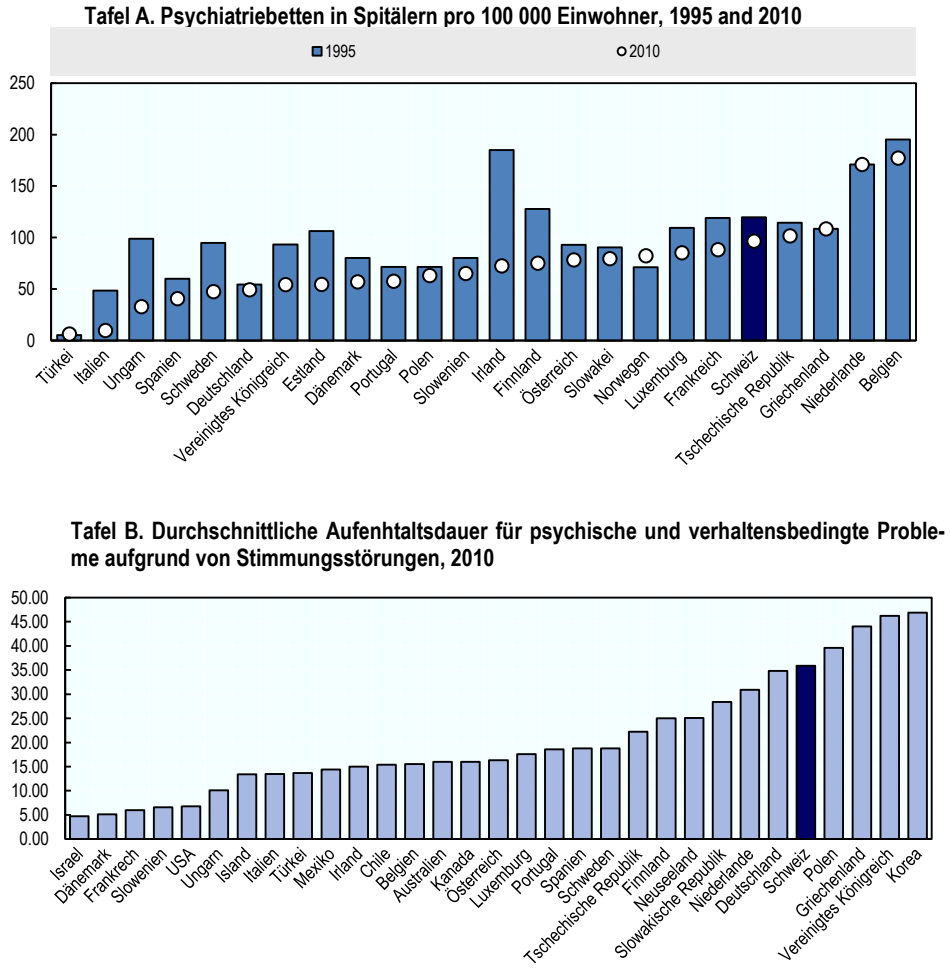
Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind zurzeit nicht gleichgestellt mit den Psychiaterinnen und Psychiatern, wenn es um den Krankenversicherungsstatus geht, denn die durch sie erbrachten Leistungen sind nicht im Katalog der Leistungen aufgeführt, die durch die obligatorische Krankenversicherung vergütet werden. Nur wenn ein Psychiater eine psychotherapeutische Behandlung an einen Psychotherapeuten delegiert, wird diese von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen. Ein Gesetz über die Psychologieberufe wurde 2013 in Kraft gesetzt. Es regelt nicht nur die Kriterien und Voraussetzungen für die Berufsausübung in verschiedenen Bereichen , sondern schafft auch Klarheit in Bezug auf die Möglichkeit für Psychotherapeuten, selbstständig zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zu behandeln.

### *Hohe Ressourcen im stationären Bereich machen das System teuer*

Trotz der grossen Zahl psychiatrischer Praxen wies die Schweiz im Jahr 2010 den fünfthöchsten Anteil an Psychiatriebetten und die viertlängste stationäre Aufenthaltsdauer der OECD-Länder auf. Es gibt rund 100 stationäre Psychiatriebetten auf 100 000 Einwohner (Abbildung 5.2,Tafel A), und die Behandlungen dauern relativ lang. Über alle Erkrankungen hinweg beträgt die Aufenthaltsdauer durchschnittlich rund 30 Tage und für Stimmungsstörungen 35 Tage (Abbildung 5.2, Tafel B). Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern hat der Bettenanteil im Verhältnis zur Bevölkerung seit 1995 nur leicht abgenommen. Längere Spitalaufenthalte tragen nicht unbedingt zu einem besseren Ergebnis bei. Im Gegenteil, einiges weist darauf hin, dass kürzere stationäre Aufenthalte bessere Rehabilitationsergebnisse erzielen (z. B. in Bezug auf die Fähigkeit, eigenständig zu leben; Nordentoft *et al*., 2010).

Die Schweiz unterscheidet sich von vielen anderen OECD-Ländern auch darin, dass die stationäre psychiatrische Behandlung normalerweise ausserhalb der allgemeinen Spitäler in öffentlichen oder privaten psychiatrischen Kliniken erfolgt, die oft weit entfernt vom Arbeitsplatz der Patientinnen und Patienten liegen. Dies kann Personen aus Angst vor Stigmatisierung daran hindern, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen. Es ist einfacher, sich in ein Allgemeinspital in der Stadt in Behandlung zu begeben als in eine psychiatrische Klinik ausserhalb der Stadt, und einen Aufenthalt in einem Allgemeinspital bekannt zu machen als in einer psychiatrischen Klinik. Zudem gehen psychische Störungen oft mit körperlichen Störungen einher, so dass eine fachärztliche Behandlung in einem Allgemeinspital, das auch somatische Behandlung anbietet, effizienter wäre.

Abbildung 5.2. **Sehr hohe Ressourcen für die stationäre psychiatrische Versorgung in der Schweiz**




Quelle: Tafel A: New Cronos, Eurostat; Tafel B: OECD Health Care Quality Indicators Data 2011.

### *Grosse kantonale Unterschiede bei der Inanspruchnahme stationärer Behandlung*

Die Hospitalisierungsraten in der Schweiz bewegen sich in der Grössenordnung von 1–4 auf 1000 Einwohner. Sie sind besonders hoch und im Zunehmen begriffen für Störungen durch Substanzkonsum und affektive Störungen, auf deren Konto jede zweite stationäre Einweisung geht (Abbildung 5.3, Tafel A). Die Hospitalisierungsraten für Schizophrenie und neurotische Störungen sind stabil geblieben.

Die Gesamthospitalisierungsraten variieren beträchtlich von Kanton zu Kanton, und reichten im Jahr 2010 von 20 Einweisungen auf 1000 Einwohner in den Kantonen Genf und Basel-Stadt bis zu 7 Einweisungen in den ländlichen Kantonen Nidwalden und Schwyz (Abbildung 5.3 Tafel B). Es ist sehr unwahrscheinlich, dass diese Unterschiede vollständig auf die unterschiedlichen Krankheitsinzidenzen in den Kantonen zurückzuführen sind. Wahrscheinlicher ist, dass diese Unterschiede angebotsbedingt sind und auf die unterschiedlichen Traditionen der psychiatrischen Versorgung, die unterschiedlichen Qualitäten der ambulanten psychiatrischen und der rehabilitativen Versorgung sowie auf Unterschiede beim Zugang zur Versorgung zurückzuführen sind. In den letzten 10 Jahren sind die Hospitalisierungsraten in 19 von 26 Kantonen angestiegen. Auch in Bezug auf die durchschnittlichen Hospitalisierungsdauern bestehen grosse kantonale Unterschiede. (Abbildung5.3, Tafel C).

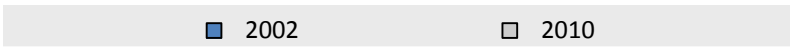
### *Wiedereintritte sind hingegen eher selten*

Eine lange Behandlungsdauer führt nicht unbedingt zu einer deutlicheren Verbesserung der Symptome. Lauber *et al.* (2007) analysierten stationäre Daten aus der Schweiz und zeigten auf, dass die optimale stationäre Aufenthaltsdauer bei Stimmungsstörungen zwischen 15 und 30 Tage beträgt. Nach diesem Zeitraum klingen die Symptome nicht weiter ab, sondern bleiben stabil. Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer bei Stimmungsstörungen liegt in der Schweiz bei 35 Tagen (Abbildung 5.3). Dies weist darauf hin, dass ein beträchtlicher Anteil der Patientinnen und Patienten mit Stimmungsstörungen zu lange in einer psychiatrischen Klinik bleibt.

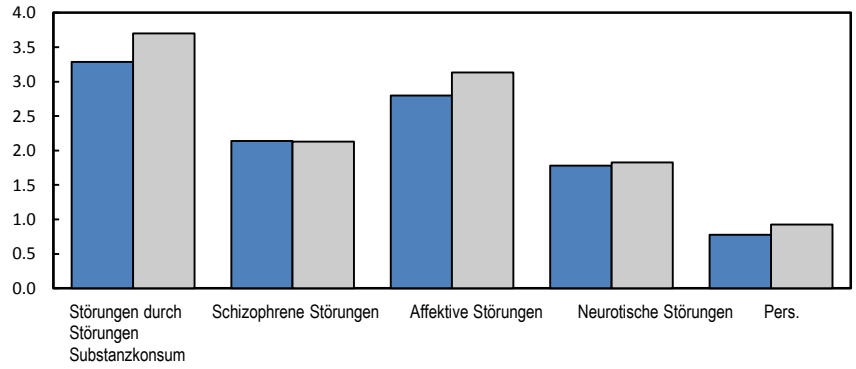
Die langen stationären Behandlungsdauern in der Schweiz können zusätzliche negative Auswirkungen auf die Beschäftigungssituation derjenigen Personen haben, die sich in einer Behandlung befinden. Zum einen, weil diejenigen, die noch erwerbstätig sind, lange vom Arbeitsplatz fernbleiben, und zum anderen, weil lange stationäre Behandlungen Vermeidungsverhalten (d. h. die Rückkehr an den Arbeitsplatz wird aufgrund von Versagens- oder Konfliktängsten usw. vermieden) verstärken.

Abbildung 5.3. **Generell ansteigende Hospitalisierungsraten mit starken Schwankungen der Raten und Aufenthaltsdauern je nach Kanton**

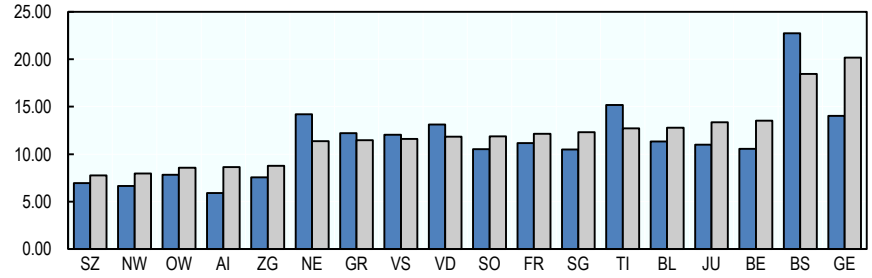
Raten pro 1000 Einwohner, Personen zwischen 15–64 Jahren



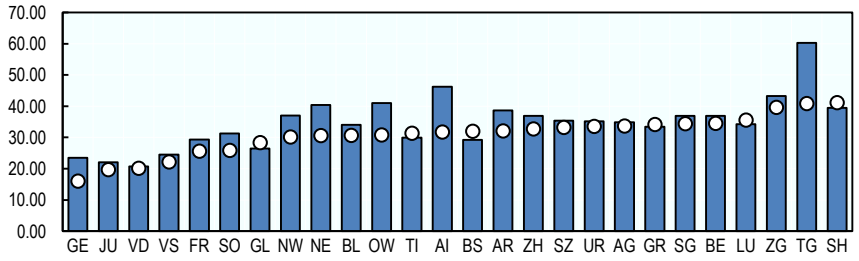

**Tafel A. Hospitalisierungsraten[a] nach psychischen Störungen**




**Tafel B. Hospitalisierungsraten[a] nach Kantonen**




**Tafel C. Dauer[b] der stationären Aufenthalte wegen einer psychischen Störung nach Kantonen**




a. Hospitalisierungsraten sind definiert als die Rate der Hospitalisierungen in einer psychiatrischen Klinik oder einer psychiatrischen Einheit in einem allgemeinen Spital innerhalb 1 Jahrs pro 1000 Einwohner in einem Kanton.

b. die Dauer bezieht sich auf die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer in jedem Kanton.

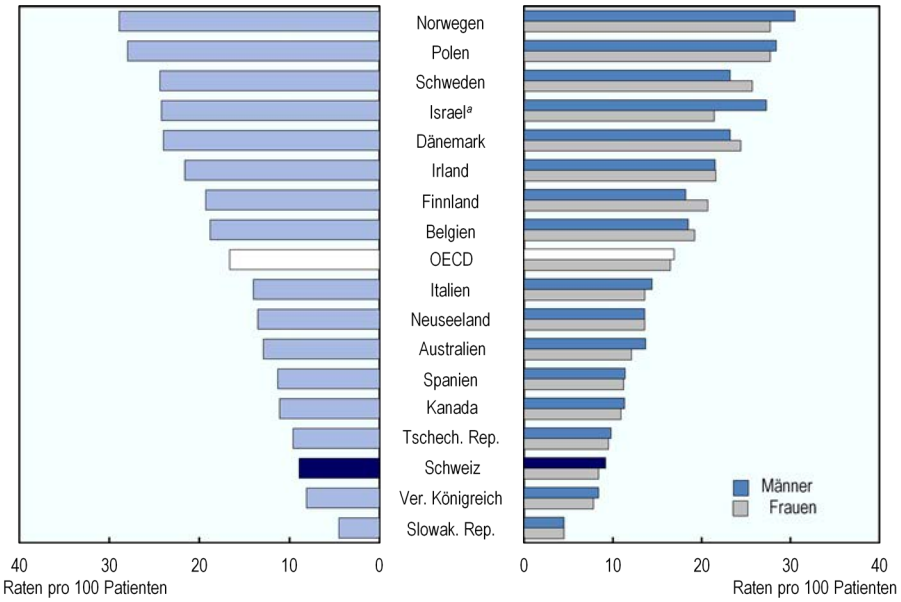
Quelle: Obsan, Bundesamt für Statistik

Hingegen sind in der Schweiz Wiedereintritte von entlassenen stationären psychiatrischen Patientinnen und Patienten selten, was für die Erhaltung des Arbeits-

platzes von solchen Patienten förderlich ist. Weniger als 10 % der schizophrenen Patienten werden innerhalb von 30 Tagen erneut eingewiesen (Abbildung 5.4). Dies entspricht rund einem Drittel des Anteils in Ländern, wie beispielsweise Norwegen, Schweden oder Dänemark, die eine viel kürzere Aufenthaltsdauer aufweisen, und etwa dem gleichen Anteil wie im Vereinigten Königreich, wo die stationären Aufenthalte sogar länger dauern als in der Schweiz. Vieles deutet jedoch darauf hin, dass nicht unbedingt ein Zusammenhang besteht zwischen der Länge des stationären Aufenthalts und einem Wiedereintritt (siehe z. B. Hodgson *et al.*, 2011). Dies legt nahe, dass die Spitalaufenthaltsdauer möglicherweise gesenkt werden kann, ohne dass ein Anstieg der Wiedereintrittsraten befürchtet werden muss.

Abbildung 5.4. **Wenig stationäre Wiedereintritte in der Schweiz**

Schizophreniebedingte Wiedereintritte in die gleiche Klinik, 2009 (oder nächstes verfügbares Jahr)




Anmerkung: Information zu den Daten für Israel: http://dx.doi.org/10.1787/888932315602.

Quelle: OECD Health Care Quality Indicators, 2011

Ein wichtiger Faktor im Zusammenhang mit Wiedereintritten ist die Qualität der Nachbetreuung in den Gemeinden (Zhang *et al.*, 2011). Daher müssen die Wiedereintrittsraten vor dem Hintergrund des ganzen psychiatrischen Versorgungssystems beurteilt werden. Die tiefe Wiedereintrittsrate in der Schweiz könnte im Zusammenhang stehen mit dem gut funktionierenden Nachbetreuungssystem in den Gemeinden, einschliesslich dem hohen Anteil privater psychiatrischer Praxen.

Während rund 18 % der Patientinnen und Patienten aus eigener Initiative oder auf Initiative ihrer Angehörigen in eine psychiatrische Klinik eintreten und rund 75 % von den Hausärztinnen und Hausärzten eingewiesen werden, wird die Nachbetreuung meistens von privaten Psychiaterinnen und Psychiatern (rund 40 %) oder einer ambulanten psychiatrischen Institution erbracht (rund 22 %). Der Anteil der Hausärzte, die Patienten nach ihrer Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik betreuen, beträgt rund 13 %. Das bedeutet, dass die psychiatrischen Kliniken oft die

Behandlung initiieren oder die Patienten von einer allgemeinen in eine spezialisierte Versorgung überführen (d.h. vom Hausarzt an den Psychiater). Psychiater hingegen weisen nicht viele von ihren Patienten in eine psychiatrische Klinik ein. Dies deutet darauf hin, dass ambulante psychiatrische Behandlung in dem Sinne wirksam ist, dass sie stationäre Spitalaufenthalte verhindert und dass noch weiteres Potenzial besteht, die stationäre Behandlung durch die Bereitstellung einer zugänglichen fachärztlichen Versorgung einzuschränken, ohne dass dies zwingend mit einer tieferen Versorgungsqualität einhergehen muss.

Doch auch in Bezug auf die Verfügbarkeit von Behandlungen in privaten psychiatrischen Praxen bestehen grosse kantonale Unterschiede. Dabei weisen die wenigen städtischen Kantone eine hohe Konzentration an Praxen auf, so der Kanton Basel-Stadt mit mehr als 1 Psychiater auf 1000 Einwohner und der Kanton Genf mit 0,67 auf 1000, während die Mehrheit der ländlichen Kantonen eine viel tiefere Dichte aufweist, so der Kanton Uri mit einem Psychiater auf 30 000 Einwohner. In ländlichen Gebieten wird die psychiatrische Versorgung deshalb viel öfter von den Hausärztinnen und Hausärzten erbracht.

### *Das Potenzial der Tagesversorgung wird nicht voll genutzt*

Tageskliniken für Patientinnen und Patienten mit akuten psychischen Beschwerden, die häufig noch erwerbstätig sind, weisen ein grosses Rehabilitationspotenzial auf (BAG, 2004; Cahn & Baer, 2003). Normalerweise verfügen die Tageskliniken mit Psychiatern, Psychologen, Sozialarbeitern, Pflegefachpersonen und Sozialpädagogen über interdisziplinäres Personal, und die Bedürfnisse der Patienten bewegen sich meistens an der Schnittstelle zwischen Genesung und sozialer oder beruflicher Wiedereingliederung. Zudem beträgt die Behandlungsdauer in Tageskliniken oft rund 3–6 Monate. Dies ermöglicht es, die Arbeitsplatzprobleme und den Unterstützungsbedarf fundiert zu beurteilen, Ausbildungseinheiten durchzuführen und die berufliche Reintegration vorzubereiten, zum Beispiel durch Anregung von Arbeit auf Probe oder Unterstützung bei der Arbeitssuche. Ausserdem verursachen die psychiatrischen Tageskliniken deutlich tiefere Kosten als eine vollstationäre Behandlung (zwischen einem Drittel und der Hälfte weniger), während die Behandlungsergebnisse vergleichbar, oder in Bezug auf die Lebensqualität und die sozialen Ergebnisse wahrscheinlich besser sind (Marshall *et al.*, 2011).

Doch im Gegensatz zu einigen gut untersuchten Tageskliniken in den Vereinigten Staaten, die erfolgreich in Dienste für begleitete Beschäftigung (supported employment) umgewandelt wurden (Becker *et al.*, 2001), sind die Tageskliniken in der Schweiz nicht auf die berufliche Integration ausgerichtet. Die Programme der Tageskliniken in der Schweiz bestehen hauptsächlich aus therapeutischer Behandlung, und es werden keine Fachpersonen des Beschäftigungsbereichs beschäftigt. Dort wo vorhanden, können schweizerische Tageskliniken zwar eine gute Alternative zur vollstationären Behandlung sein, doch sie nutzen ihr Potenzial im Bereich der sozialen Eingliederung und Beschäftigung nicht.

### *Finanzierungsmechanismen fördern stationäre Behandlung*

Der Hauptgrund für die hohe Zahl an stationären Einrichtungen in der Schweiz – trotz der weithin anerkannten Richtlinien der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur Stärkung der ambulanten Versorgung und der Tageskliniken – liegt in den Finanzierungsmechanismen, die die stationäre

Versorgung fördern (GDK, 2008). Während die ambulante psychiatrische Versorgung, inklusive Tageskliniken, ausschliesslich durch die Krankenversicherung finanziert wird (über Einzelleistungsvergütungen), werden rund 50 % der Kosten der stationären Leistungen von den Kantonen finanziert, vorausgesetzt die Klinik ist auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt. Durch diese umfangreiche Kofinanzierung geniesst die stationäre Versorgung eine viel grössere finanzielle Freiheit, und die Krankenversicherungen verfügen über starke Anreize, die stationäre Versorgung zu finanzieren. Die Kantone sollten ein Interesse daran haben, die stationäre Versorgung zu reduzieren, doch politische Hindernisse scheinen dies zu verhindern.

Die hohen stationären Ausgaben machen das System unnötig teuer. Zudem laufen aus Sicht der Beschäftigung die finanziellen Anreize und die Finanzierungsvereinbarungen dem beschäftigungsfreundlicheren Ansatz der ambulanten Dienste zuwider, die erstens häufiger noch erwerbstätige Klienten versorgen, zweitens in der Regel Patienten mit besseren Rehabilitationsprognosen behandeln und die drittens möglicherweise effizienter sind als eine vom Wohnort entfernte stationäre Behandlung, wenn es darum geht, Personen dabei zu unterstützen, im Erwerbsleben zu verbleiben.

### *Erwerbstätige Personen bevorzugen ambulante Behandlung*

Einiges deutet darauf hin, dass noch erwerbstätige Patientinnen und Patienten ambulante Krisendienste stationären Diensten bevorzugen. In einem Vergleich zwischen Patienten, die eine Krisenintervention benötigen, erwiesen sich der Grad der sozialen Integration im Allgemeinen und die Beschäftigungssituation der Patienten im Besonderen als entscheidend für die Wahl der Behandlung (Krowatschek *et al.*, 2012). Der Beschäftigungsstatus und der Zivilstand sind die wichtigsten Faktoren für die Unterscheidung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung – unabhängig vom Grad der funktionellen Beeinträchtigung.

Während stationäre Versorgung wirksam ist in Bezug auf die Symptomreduktion, mit verhältnismässig tiefen Wiedereintrittsraten in der Schweiz, ist es fraglich, ob ein stationärer Spitalaufenthalt der behandelten Bevölkerungsgruppe in Bezug auf die Beschäftigung einen guten Dienst erweist: Rund ein Drittel der stationären Patientinnen und Patienten, die beim Eintritt in die psychiatrische Klinik teilweise erwerbstätig sind, sind beim Austritt arbeitslos (Baer & Cahn, 2008). Diese Zahl muss zwar vorsichtig interpretiert werden, ist aber trotzdem ein Hinweis darauf, dass die stationäre Psychiatrie nicht der beste Ansatz für die Erhaltung von Arbeitsplätzen ist.

### *Die Unterversorgung ist beträchtlich – trotz enormer Ressourcen*

Trotz grosser Ressourcen in der spezialisierten psychiatrischen Versorgung sowie in der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen ist die Unterversorgung erheblich und gibt in der Schweiz wie auch in anderen Ländern Anlass zu grosser Besorgnis (Schuler & Burla, 2012). Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 waren 5,3 % der Bevölkerung in den letzten 12 Monaten wegen eines psychischen Problems in professioneller Behandlung – im Wesentlichen bei einem Psychiater (39 %), einem Psychotherapeuten (34 %) oder beim Hausarzt (21 %). 2007 lag die Behandlungsrate rund ein Prozentpunkt höher als in der ersten Gesundheitsbefragung von 1997, aber immer noch sehr tief im Vergleich zur Prävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung, auch wenn nur bei jeder zweiten

betroffenen Person ein Behandlungsbedarf besteht. Rüesch *et al.* (2013) kommen zu einem ähnlichen Schluss. Rund 480 000 Personen im Alter von 14 Jahren und älter werden jährlich in der spezialisierten psychiatrischen Versorgung behandelt (Daten hauptsächlich von 2009); dies entspricht 7 % der Bevölkerung. Wahrscheinlich ist der Anteil der behandelten Personen, die sich bei der Invalidenversicherung anmelden, deutlich höher. Doch die Frage bleibt, wie angemessen diese Antragsteller behandelt wurden.

Die im Allgemeinen moderate Behandlungsprävalenz gilt auch für erwerbstätige Personen mit depressiven Symptomen (Baer *et al*., 2013). Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung waren 2007 nur 9 % der Erwerbstätigen mit leichten depressiven Symptomen und 27 % jener mit mittelgradigen bis schweren depressiven Symptomen in einer medizinischen Depressionsbehandlung (meistens bei einem Psychiater). In Anbetracht der prognostischen Bedeutung, die einer frühen Behandlung im Hinblick auf die Erhaltung der Erwerbstätigkeit zukommt (siehe z. B. van der Feltz-Cornelis, 2010), ist das Ausmass der Unterversorgung sowohl von leichten als auch schweren depressiven Zuständen bei Erwerbstätigen besorgniserregend.

In Bezug auf das Screening von schweren depressiven Episoden (Major Depressive Disorder, MDD), die die Diagnosekriterien nach DSM-IV erfüllen, zeigen die gleichen Daten, dass 65–70 % der Personen mit mindestens einer MDD-Episode innerhalb der letzten 12 Monate in dieser Zeit nicht in Behandlung waren (Schuler & Burla, 2012; Rüesch *et al.*, 2013). Gemeinsam mit der obigen Erörterung deutet dies darauf hin, dass einerseits Personen, die psychiatrische oder psychologische Versorgung in Anspruch nehmen, eine intensive und langandauernde Behandlung erhalten, während andererseits die Mehrheit der behandlungsbedürftigen Bevölkerung durch das psychiatrische Versorgungssystem nicht erreicht wird. Dies wirft die Frage auf, ob mehr Zusammenarbeitsmodelle, die eine Beratung der Hausärzte durch die Psychiater vorsehen, nicht nur die Funktionsfähigkeit der Patienten verbessern (van der Feltz-Cornelis, 2010b), sondern auch mehr Patienten mit psychischen Problemen dazu bringen könnten, eine Behandlung zu beginnen.

## Organisation und Zuständigkeiten im Bereich der psychiatrischen Versorgung

Insgesamt ist eine stärkere Ausrichtung der Behandlungskonzepte der psychiatrischen-psychotherapeutischen Versorgung auf die Beschäftigung erforderlich, was auch die Entwicklung von beschäftigungsbezogenen Indikatoren für die Versorgungsqualität und die Aufnahme von Beschäftigungsthemen in die Weiterbildung der Psychiaterinnen und Psychiater umfasst, Dabei stellt sich jedoch die Frage, auf welcher politischen Stufe dies erfolgen soll. In der Schweiz sind Bund, Kantone und Gemeinden in die Gesetzgebung und Bereitstellung der (psychiatrisch-psychotherapeutischen) Gesundheitsversorgung involviert (OECD, 2011). Der Bund nimmt eine Gesetzgebungs- und Aufsichtsfunktion wahr, hat aber keinen direkten Einfluss auf die Strukturen oder Konzepte der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Die Folge davon ist, dass eine kohärente Steuerung fehlt. Doch die für die ärztliche Ausbildung zuständigen Behörden, wären in der Lage, einen beschäftigungsorientierteren Ansatz umzusetzen.

### *Recht schwache Steuerung auf nationaler Ebene*

Vor kurzem hat das Parlament beschlossen, den Entwurf eines Gesetzes zur Prävention und Gesundheitsförderung nicht anzunehmen, das dem Bund, d. h. dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), mehr Interventionsmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung gegeben hätte. Beschäftigungsbezogene Fragen von Personen mit psychischen Problemen werden vollständig dem Sozialversicherungssystem überlassen, wie es die IV-Revisionen in den vergangenen 9 Jahren gezeigt haben.

Im Jahr 2013 hat der Bundesrat 12 gesundheitspolitische Ziele beschlossen, die in den nächsten 7 Jahren umgesetzt werden sollen (Bericht „Gesundheit2020"). Um die erwartete Zunahme der chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, die auf demografische Veränderungen, das Gesundheitsverhalten und das Berufsleben (z. B. höhere Erwartungen an Erwerbstätige) zurückzuführen sind, und den Anstieg der damit zusammenhängenden Kosten für die Gesundheitsversorgung und soziale Sicherheit zu bewältigen, soll die Gesundheitspolitik stärker auf die Früherkennung gesundheitsbedingter Probleme am Arbeitsplatz ausgerichtet werden. Personen mit psychischen Störungen soll dabei besondere Aufmerksamkeit beigemessen werden. Der Bericht kritisiert, dass das Gesundheitssystem zu stark auf die stationäre Akutversorgung ausgerichtet sei, die Prävention und Frühintervention vernachlässige und nicht gut koordiniert sei.

Um den Mangel an Mechanismen zur Steuerung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung aufzuwiegen, haben die Bundesämter für Gesundheit und für Sozialversicherungen und das Staatssekretariat für Wirtschaft zusammen mit der GDK und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz das Netzwerk Psychische Gesundheit geschaffen. Dieses Netzwerk soll als Informationsplattform für den Wissensaustausch dienen und die verschiedenen Akteure aus verschiedenen Regierungsebenen und Fachbereichen (psychische Gesundheit, Grundversorgung, Prävention, Gesundheitsförderung) vernetzen. Es verfügt jedoch über keine Befugnisse zur Durchführung von direkten Massnahmen. Das Netzwerk ist auch das Ergebnis von früheren Bemühungen, eine gemeinsame und kohärente Gesundheitspolitik zu erarbeiten, wie das Projekt Nationale Gesundheitspolitik, das vor rund 10 Jahren begonnen, aber nie vollständig umgesetzt wurde. Im Rahmen dieses Projekts wurden Empfehlungen für eine nationale Politik im Bereich der psychischen Gesundheit und der psychiatrischen Versorgung erarbeitet, die der GDK als Grundlage für ähnliche Arbeiten dienten, so für den Leitfaden zur Psychiatrieplanung (GDK, 2008). Das neue Netzwerk ist ein weiterer Versuch, verschiedene Akteure zusammenzubringen, doch eine Informationsplattform kann den Steuerungsmangel in einem Gebiet, das mehrere Akteure mit unterschiedlichen Interessen vereint, nicht aufwiegen.

Das BAG unterstützte zudem in den letzten 10 Jahren 10 Kantone bei der Umsetzung des so genannten „Bündnis gegen Depression". Das Bündnis hat zum Ziel, Hausärztinnen und Hausärzte für die Feststellung und Behandlung von depressiven Störungen auszubilden, das Bewusstsein in der Bevölkerung zu stärken, andere Schlüsselpersonen auszubilden (Lehrer, Pflegefachpersonen, Polizei, Journalisten usw.) und Personen mit Depressionen und deren Angehörige zu unterstützen. Das Bündnis hatte zwar einige Auswirkungen auf das öffentliche Bewusstsein, es gibt jedoch bis heute keine Anhaltspunkte dafür, dass das Ausbildungsziel erreicht worden ist.

Das BAG hat zwar keinen direkten Einfluss auf die Gesundheitsversorgung, es ist aber zuständig für die Ausbildung, die eidgenössischen Diplome sowie die Weiter- und Fortbildung von psychiatrischen Fachpersonen. Diese Zuständigkeit könnte als Ansatzpunkt genutzt werden, um eine Verbesserung des psychiatrischen Versorgungssystems anzustreben, wenn es darum geht, den beruflichen Problemen und der Arbeitsplatzerhaltung von Patienten mehr Beachtung zu schenken. Wenn das BAG die wissenschaftlichen Grundlagen für die psychischen Probleme am Arbeitsplatz, einschliesslich evidenzbasierter Unterstützungskonzepte, erarbeiten und diese Grundlagen in die Studienpläne der Ärzteausbildung und die Weiterbildung der Psychiater aufnehmen würde, könnte es grossen Einfluss nehmen.

### *Die Kantone planen und stellen die psychiatrische Versorgung bereit*

Eine sehr wichtige Ebene in der Gesundheitsversorgung sind die Kantone, die stationäre Gesundheitsleistungen sowie Leistungen für Personen mit Beeinträchtigungen erbringen – und teilweise finanzieren – und zuständig sind für die Gesundheitsversorgung (stationär und ambulant), die Prävention und die Gesundheitsförderung. Die Folge davon ist, dass die Schweiz 26 verschiedene psychiatrische Versorgungssysteme hat, was der GDK bei der Planung des künftigen psychiatrischen Versorgungssystems erhebliches Gewicht verleiht.

Die GDK hat die Erarbeitung des Leitfadens zur Psychiatrieplanung erarbeitet (GDK, 2008). Dieser Leitfaden lässt jedoch Beschäftigungsfragen und den Bedarf an Rehabilitationsunterstützung ganz ausser Acht. Die GDK hat aber erklärt, dass die psychiatrische Versorgung zu sehr auf die stationäre Versorgung ausgerichtet sei und die Dauer der Hospitalisierungen reduziert werden sollte. Gemäss GDK beansprucht die stationäre Versorgung zu grosse Ressourcen, die wirksamer in den Ausbau der ambulanten Versorgung eingesetzt werden könnten.

### *Definitionen und Kriterien variieren von Sektor zu Sektor*

Die Schnittstelle zwischen psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung, Eingliederungsdiensten und Sozialversicherungen ist stark fragmentiert. Ein Beispiel für die Fragmentierung ist, dass die Prüfung des Anspruchs auf IV-Leistungen durch die kantonalen IV-Stellen und die Beurteilung des Dienstleistungsbedarfs von Personen mit einer Beeinträchtigung durch die kantonalen Erziehungsdepartemente erfolgt. Wenn jemandem IV-Leistungen zugesprochen wurden und diese Person danach arbeiten möchte, obliegt es der kantonalen Erziehungsdirektion zu prüfen, ob ein Bedarf an gesundheitsbezogener Hilfe besteht, so beispielsweise ein Platz in einer geschützten Werkstatt oder eine unterstützte Wohnmöglichkeit usw.

Aufgrund einer kürzlich erfolgten Verlagerung der finanziellen Zuständigkeit für gesundheitlich beeinträchtigte Personen vom Bund an die Kantone mussten alle Kantone ein Konzept für die Betreuung dieser Gruppe entwickeln. Die meisten Kantone sind daran, ihre Finanzierungssysteme von der Objektfinanzierung (der Rehabilitationseinrichtungen) auf die Subjektfinanzierung (von Personen mit einer Beeinträchtigung) umzustellen. Daher haben die Kantone in den letzten Jahren neue Instrumente entwickelt, um den Unterstützungsbedarf von Personen mit einer Beeinträchtigung zu beurteilen.

Diese kantonalen Abklärungsinstrumente wurden nicht in Koordination mit den IV-Stellen entwickelt, die aufgrund ihrer Zuständigkeit für die Prüfung des

Anspruchs auf IV-Leistungen den Schädigungsgrad der Bezüger kennen. Zudem wurde kein Arzt oder Psychiater beigezogen. Der medizinischen Situation wird bei der Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs einer gesundheitlich beeinträchtigten Person wenig Bedeutung beigemessen.

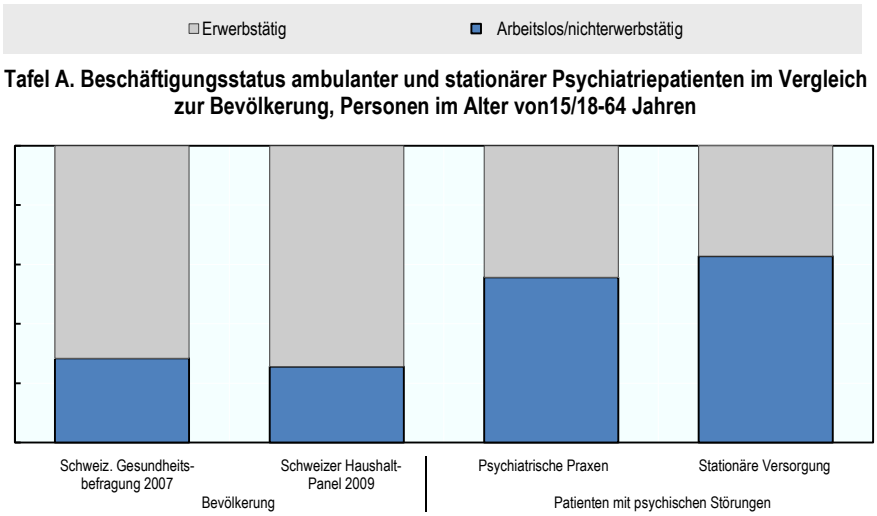
## Die Beschäftigung hat einen grossen Einfluss auf die Behandlungsergebnisse

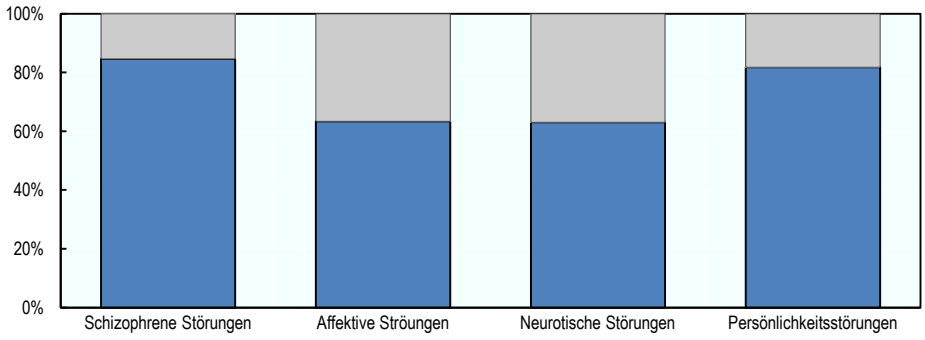
Die Beschäftigungssituation der Patientinnen und Patienten ist einer der wichtigsten Determinanten für die Wahrscheinlichkeit einer stationären Einweisung sowie für die Hospitalisierungsdauer und das Behandlungsergebnis (Kuhl & Herdt, 2006; Baer *et al.*, 2013).

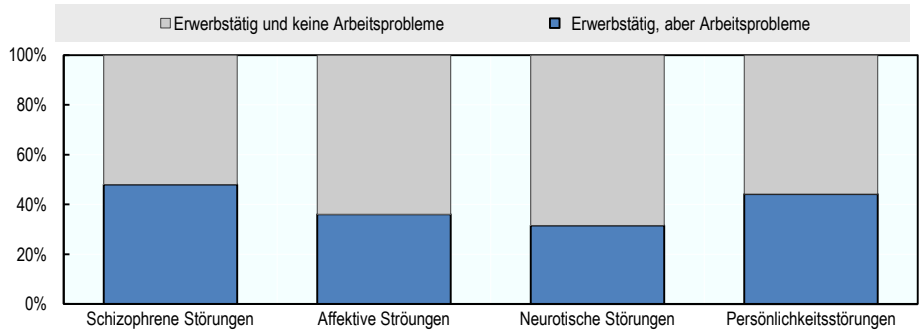
Die Abbildung 5.5 (Tafel A) zeigt, dass Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Praxen und Kliniken selten erwerbstätig sind (rund 40 %) und jene mit schizophrenen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen besonders benachteiligt sind (Tafel B). Diese beiden Störungen treten oft bereits in der Kindheit oder im jungen Erwachsenenalter auf, und können aufgrund kognitiver Defizite (Schizophrenie) oder zwischenmenschlicher Probleme (Persönlichkeitsstörungen) sehr beeinträchtigend sein. Für ambulante Patienten, die noch erwerbstätig sind, zeigt sich ein ähnliches Bild: Jene mit Schizophrenie oder Persönlichkeitsstörungen haben mehr Arbeitsplatzprobleme als jene mit affektiven oder neurotischen Störungen (Tafel C).

Einiges weist darauf hin, dass der Beschäftigungsstatus der psychiatrischen Patientinnen und Patienten möglicherweise eine unabhängige Wirkung auf die Behandlungsdauer und die Genesung hat. Ambulante erwerbstätige Patienten weisen ebenfalls kürzere Behandlungsdauern auf als arbeitslose oder nichterwerbstätige Patienten – ungeachtet des Schweregrads der Erkrankung (Abbildung 5.6, Tafel A). Im Allgemeinen gilt, je schwerer die Gesundheitsbeschwerden bei Behandlungsbeginn, desto länger die Behandlung und desto grösser der Behandlungseffekt, d. h. der Rückgang der Symptome. Doch bei den Patienten mit gleichem (durch den behandelnden Psychiater abgeklärtem) Schweregrad der Erkrankung macht der Beschäftigungsstatus einen grossen

Abbildung 5.5. **Generell hohe Arbeitslosigkeit bei Psychiatriepatienten, jedoch mit grossen diagnosespezifischen Unterschieden**



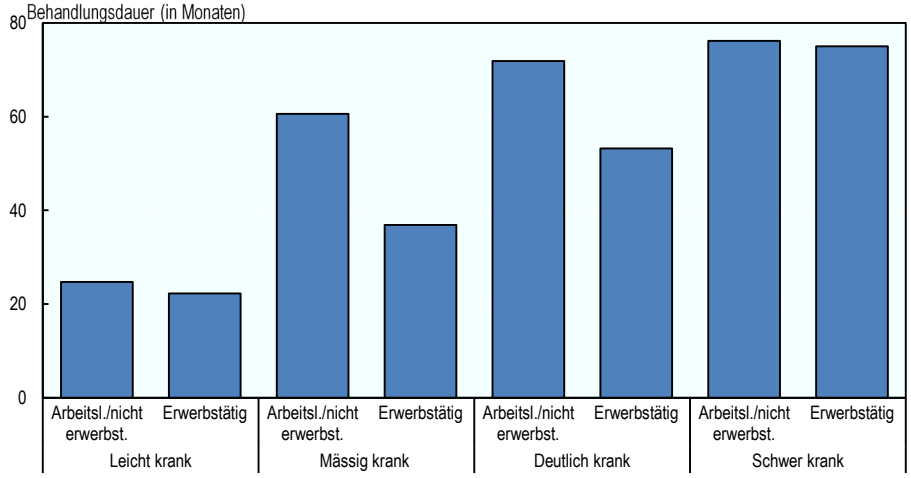



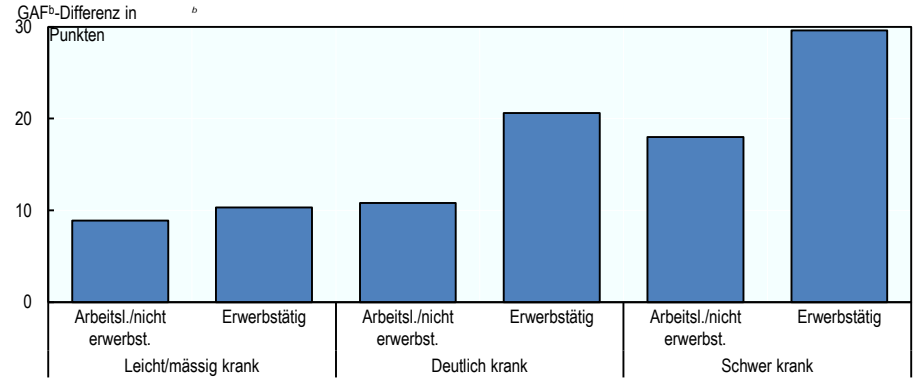

Anmerkung: Störungen durch Substanzkonsum fehlen in dieser Berechnung weil n < 10.
Quelle: Tafeln A und B: Baer *et al.,* 2013; Tafel C: OECD gestützt auf (Amsler *et al.*, 2010).

Abbildung 5.6. **Erwerbstätige ambulante Patienten haben kürzere Behandlungen und genesen besser – unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung**

**Tafel A. Behandlungsdauer[a] von Patienten in psychiatrischen Praxen, nach Schweregrad der Erkrankung und Beschäftigungsstatus, 2009, 18-64**




**Tafel B. Verbesserung der Funktionsfähigkeit seit Behandlungsbeginn, nach Schweregrad der Erkrankung und Beschäftigungsstatus**




a. "Behandlungsdauer" ist die Summe der Monate, in denen bereits eine Behandlung stattgefunden hat, und der erwarteten Anzahl Monate, in denen in Zukunft noch eine Behandlung stattfinden wird; sie kann auch mehrere Behandlungsepisoden beinhalten.

b. Die Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning Scale, GAF) (DSM IV-TR) ist ein Messinstrument für Fachpersonen, mit dem sich der Schweregrad der Erkrankung und die Beeinträchtigung auf einer Skala von 0 (sehr schwer) bis 100 (keine Symptome, gute Funktionsfähigkeit) einstufen lässt. Die „GAF-Differenz" bezeichnet den Unterschied in Punkten auf der GAF-Skala zwischen dem aktuellen Status und dem Status zu Behandlungsbeginn.

Anmerkung: Verteilung der Prävalenz: leicht–mässig krank (18%), deutlich krank (51%), schwer krank (31%).

Quelle: Baer *et al.*, 2013; Berechnungen gestützt auf eine Erhebung bei privaten Psychiaterinnen und Psychiatern im Kanton Bern (Amsler *et al.*, 2010).

Während die Gesamtbehandlungsdauer, d. h. die zurückliegende und voraussichtlich bevorstehende Dauer, und das Behandlungsergebnis in privaten psychiatrischen Praxen bei den leicht kranken Patientinnen und Patienten in Bezug auf ihren Beschäftigungsstatus nicht variieren, macht die Erwerbstätigkeit bei den mässig und deutlich kranken Patientinnen und Patienten einen riesigen Unterschied. Die Behandlungsdauer bei erwerbstätigen Patienten mit einer mittelgradigen psychischen Störung dauert mehr als 20 Monate weniger lang als bei arbeitslosen Patienten, und bei den deutlich kranken Personen ist die Behandlung mehr als 15 Monate kürzer. Ausserdem machen die meisten erwerbstätigen Patienten grössere Fortschritte in ihrem Heilungsprozess als arbeitslose oder nichterwerbstätige Patienten (Abbildung 5.6, Tafel B). Das gleiche Resultat zeigt sich für stationäre Patienten (OECD, 2012). Dieses Resultat ergab auch eine frühere Studie zu den Prädiktoren der stationären Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Kliniken in der Schweiz, in der Regressionsmodelle mit den gleichen Hospitalisierungsdaten berechnet wurden (Meyer *et al.*, 1998).

Es mag verschiedene Erklärungen für den starken Zusammenhang zwischen Beschäftigungsstatus, Behandlungsdauer und -ergebnis geben (z. B. dass die Aussagekraft des Indikators „Schweregrad der Erkrankung“ aufgrund der Fokussierung auf den akuten Status beschränkt sein kann), doch solche Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung, die der Förderung der Arbeitsplatzerhaltung und einer raschen Rückkehr in den Arbeitsmarkt für die Arbeitslosen zukommt.

## Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung ist noch nicht bereit für die Behandlung beruflicher Probleme

Obwohl sich die kantonalen Pläne für die psychiatrische Versorgung auf Grundsätze der sozialen Psychiatrie abstützen, die die Bedeutung der sozialen Faktoren für die Entwicklung, die Manifestation und den Ausgang von psychischen Störungen betonen (GDK, 2008), wird in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen nicht systematisch ein Bezug zu den Arbeitgebern oder der beruflichen Rehabilitation hergestellt. Zudem existieren weder Grundsätze noch Instrumente zur Interventionen bei Patientinnen und Patienten mit gesundheitsbedingten Problemen am Arbeitsplatz (Cahn & Baer, 2003).

Für arbeitslose oder nichterwerbstätige Patientinnen und Patienten, die eine wettbewerbsfähige Beschäftigung annehmen möchten, haben einige psychiatrische Kliniken Dienstleistungen geschaffen, die auf dem Modell für unterstützte Beschäftigung (supported employment) basieren, so beispielsweise die psychiatrischen Universitätskliniken Zürich (Burns *et al.*, 2008), Bern (Hoffmann *et al.*, 2012) und Lausanne. Zwar erlangten diese Dienstleistungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung eine gewisse Beliebtheit, doch sie *i)* sind nicht für eine grosse Bevölkerungsgruppe nützlich, *ii)* sind oft nicht gut in die psychiatrische Routineversorgung integriert und *iii)* führen häufig nicht zu finanzieller Unabhängigkeit von IV-Leistungen. Die meisten Dienstleistungen für unterstützte Beschäftigung werden nicht von der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung bereitgestellt, sondern von Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder geschützten Werkstätten, die ihre Dienstleistungen in den vergangen Jahren ausgebaut haben. Es besteht keine systematische Zusammenarbeit zwischen diesen Dienstleistungsanbietern und den psychiatrischen Einrichtungen, und es existieren keine gemeinsamen Grundsätze, beispielsweise darüber, wie am besten berufliche Probleme beurteilt, die Rehabilitation geplant und die Arbeitsplatzerhaltung oder die berufliche Wiedereingliederung unterstützt werden. Das psychiatrische Wissen über die

Funktionsfähigkeiten und Defizite wird nicht in die beschäftigungsbezogenen Dienstleistungen einbezogen und umgekehrt.

Gewisse Umstände tragen zu dieser Fragmentierung bei. Erstens haben Rehabilitationsfachpersonen in der Regel einen pädagogischen Hintergrund und distanzieren sich oft von der Medizin im Allgemeinen und der Diagnostik im Besonderen – legen hingegen grossen Wert auf das Rehabilitationspotenzial. Zweitens sind Hausärztinnen und Hausärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater nicht vertraut damit, die Psychopathologie auf die funktionellen Einschränkungen zu übertragen, und unterschätzen, wie wichtig ihr Wissen über die Symptome für die Beurteilung beruflicher Probleme und die Planung rehabilitativer Interventionen wäre. Drittens bestehen aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsvereinbarungen und der Aufsicht durch verschiedene Behörden keine übereinstimmenden Qualitätsindikatoren um sicherzustellen, dass die psychiatrischen Leistungen auf die Beschäftigungsfragen ausgerichtet sind oder sich die Beschäftigungsdienste mit den Auswirkungen einer psychischen Störung auf die Funktionsfähigkeit am Arbeitsplatz befassen.

Das Problem der unzureichenden Informationen über die Funktionsfähigkeit in den Arztberichten wurde wiederholt festgestellt (z. B. Ebner *et al.*, 2012). In der Zwischenzeit wurden formale Empfehlungen für die Ärzteschaft zur Frage erarbeitet, wie eine Beeinträchtigung abzuklären ist. Darin wird beispielsweise betont, wie wichtig eine Abklärung der Funktionsfähigkeit und der zugrundeliegenden Persönlichkeit des Antragstellers ist. Dies scheint ein vielversprechender Schritt zu sein, es muss sich aber noch weisen, ob dieser Ansatz Früchte trägt.

Normalerweise suchen die Psychiaterinnen und Psychiater über die ärztlichen Untersuchungen hinaus keinen Kontakt zu den Arbeitgebern, wenn ihre Patientinnen und Patienten die Stelle verlieren könnten oder berufliche Schwierigkeiten haben (Baer *et al.*, 2013). Obwohl rund 40 % der erwerbstätigen Patienten in privaten Praxen Probleme am Arbeitsplatz haben (Abbildung 5.6, Tafel C), haben die Psychiater selten direkten Kontakt mit den Arbeitgebern, und dies nur teilweise, weil die Patienten einen solchen Kontakt nicht wünschen. Psychiater stehen jedoch regelmässig in Kontakt mit Institutionen für geschützte Beschäftigung. Dies zeigt, dass Psychiater sich um die Arbeitssituation ihrer Patienten kümmern, aber nur von jenen mit einer schweren Beeinträchtigung und im Fall eines geschützten Arbeitsrahmens. Dies wirft die Frage auf, ob sich die Psychiater genügend gerüstet fühlen, um mit Linienvorgesetzen und Personalfachpersonen zu kommunizieren.

Die Ärztinnen und Ärzte dürften bei der Weitergabe von arbeitsbezogenen Informationen an die Arbeitgeber zurückhaltend sein, um das Vertrauen in die therapeutische Beziehung mit ihren Patienten zu schüzen. Arbeitsbezogene Probleme weisen oft keinen direkten Bezug zu einem spezifischen Arbeitsplatz auf. Es würde ausreichen, wenn die Psychiater die vorherrschenden Symptome der psychischen Störung (z. B. fehlende Impulskontrolle in anstrengenden zwischenmenschlichen Situationen) in einen funktionellen Kontext (z. B. benötigt mehr individuelle Arbeit und weniger Teamarbeit) übertragen und es dem Arbeitgeber überlassen würden, diese Informationen in den spezifischen Arbeitskontext umzusetzen.

## Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Insgesamt verfügt die Schweiz über ein gut funktionierendes und differenziertes psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungssystem, das eine breite Palette an allgemeinen und spezialisierten ambulanten und stationären Leistungen erbringt.

Die Wiedereintrittsraten bei entlassenen Patientinnen und Patienten sind im Vergleich zu anderen OECD-Ländern tief. Eine Eigenheit des schweizerischen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems ist der hohe Anteil an Psychiaterinnen und Psychiatern in Privatpraxen, der bei Weitem der höchste in der OECD ist. Daneben gibt es viele Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie psychiatrische Einrichtungen, die ambulante Leistungen erbringen.

Doch diese umfassende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung hat ihren Preis: Die Schweiz investiert grosse finanzielle Ressourcen in die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und in die psychiatrischen Kliniken im Speziellen. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung ist traditionsgemäss stark auf die stationäre Versorgung ausgerichtet, mit einer grossen Zahl an stationären Betten in psychiatrischen Kliniken und langen stationären Spitalaufenthaltsdauern, wobei beide deutlich über dem Durchschnitt der OECD-Länder liegen.

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung scheint zwar sehr wirksam für die Symptomreduktion zu sein, doch es fehlt der Bezug zum Beschäftigungsbereich. Dadurch wird der äusserst positiven Wirkung, die eine Beschäftigung auf den Genesungsprozess haben kann, nicht Rechnung getragen, und es wird wenig zur Sicherung bestehender Beschäftigung beigetragen. Es gibt spezifische aktuelle Probleme und Potenziale, auf die in Zukunft eingegangen werden sollte.

### *Fragmentierte Zuständigkeiten integrieren*

In der Schweiz sind viele Akteure für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung zuständig: das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Kantone und die Krankenversicherung. Da die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung auch Patientinnen und Patienten mit sozialen Bedürfnissen und Rehabilitationsbedarf betrifft, sind auch die Gemeinden und das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) involviert. Die Fragmentierung der gesetzlichen und finanziellen Zuständigkeiten ist hinderlich für eine kohärente Steuerung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems. Keine Einheit ist zuständig für die Schnittstelle zwischen Arbeit und psychischer Gesundheit. Es gibt Bemühungen, die Fragmentierung auszugleichen, doch in dieser Hinsicht könnte mehr unternommen werden.

- Das BAG sollte seine Steuerungskompetenz stärken, indem es beschäftigungsbezogene Module in die Ausbildung, die eidgenössischen Diplome und die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten im Allgemeinen und von Psychiaterinnen und Psychiatern im Speziellen einführt. Das Eidgenössische Hochschulinstitut für Berufsbildung, das verantwortlich ist für den Inhalt der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, sollte gemeinsam mit den Fachgesellschaften der Ärzte und der Akademie der Medizinischen Wissenschaften eine solche Ausrichtung umsetzen.

- Das BAG sollte beschäftigungsbezogene Qualitätsindikatoren für die Berufe der psychischen Gesundheit entwickeln.

- Das BAG, die GDK, das BSV und die Berufsverbände der Psychiater und der Psychotherapeuten sollten in Zusammenarbeit mit den Arbeitgeberverbänden gemeinsame Grundsätze für wirksame Behandlungen zur Sicherstellung der Arbeitsplatzerhaltung und der Wiedereingliederung erarbeiten.

### *Beschäftigungsfragen mehr Aufmerksamkeit schenken*

Obwohl die berufliche Situation entscheidend ist für die Genesungsgeschwindigkeit, stufen die psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungserbringer die Beschäftigungssituation ihrer Patientinnen und Patienten nicht als prioritäres Problem ein.

- Das BAG und die GDK sollten gemeinsam mit Psychiatern und Hausärzten beschäftigungsbezogene Leitlinien für die psychiatrische Behandlung erarbeiten.

- Erbringer von stationären und ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen in Institutionen sollten Unterstützungsstrukturen für Arbeitgeber entwickeln, um längere Abwesenheiten, Arbeitsplatzverlust und Invalidität zu verhindern.

- Die für die Psychiater bestimmten formalen Leitlinien für die Abklärung der Funktionsfähigkeit, die kürzlich vom BSV erarbeitet wurden, sollten erweitert werden. Sie sollten ergänzt werden mit allgemeinen arbeitsbezogenen Leitlinien, die den Umgang mit der ärztlichen Schweigepflicht und mit Arztzeugnissen sowie die Zusammenarbeit mit Arbeitgebern und den kantonalen IV-Stellen umfassen.

- Psychiatrische Kliniken sollten bestärkt werden, ein frühzeitiges Screening von möglichen beruflichen Problemen und des Bedarfs an beschäftigungsbezogener Unterstützung zu entwickeln.

- Kantone, Krankenversicherungen und psychiatrische Leistungserbringer sollten Kriterien für die ambulante und stationäre Behandlung erarbeiten, mit dem Ziel, die Bedeutung der Tageskliniken und der ambulanten Versorgung zulasten unnötiger stationärer Behandlungen zu stärken.

- Psychiatrische Tageskliniken sollten bestärkt werden, Beschäftigungsfachpersonen anzustellen und in ihren Behandlungskonzepten berufliche Rehabilitationsmassnahmen vorzusehen.

### *Unterversorgung und unangemessene Behandlung reduzieren*

Trotz sehr hoher Ressourcen in der spezialisierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung sind die Behandlungsraten in der Schweiz nicht viel höher als in anderen Ländern, die für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung viel weniger ausgeben. Psychiaterinnen und Psychiater behandeln eine relativ kleine Zahl an ausgewählten Patientinnen und Patienten über einen langen Zeitraum; Hausärztinnen und Hausärzte behandeln nur einen kleinen Anteil Patienten, die sie als psychisch krank einstufen; und Psychotherapeutinnen und -therapeuten können aufgrund struktureller Finanzierungsprobleme nicht genügend Patienten behandeln.

- Die Kantone und die Krankenversicherungen sollten die finanziellen Anreize stärken, um eine Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Psychiatern zu fördern, mit dem Ziel, die Aufnahme und die Angemessenheit der Behandlung zu erhöhen.

- Die Berufsverbände der Hausärzte und Psychiater sollten Regeln für gegenseitige Überweisungen zwischen der Grundversorgung und den spezialisierten Diensten erarbeiten.

- Die Krankenversicherungen, die Berufsverbände der Psychiater und das BAG sollten Empfehlungen für die üblichen und angemessenen Behandlungsdauern erarbeiten.

- Die Finanzierung der Psychotherapie sollte vereinfacht werden und die Psychotherapie sollte im Rahmen der obligatorischen Krankenverssicherung rückerstattet werden.

### *Literaturverzeichnis*

Amsler, F., Jäckel, D., Wyler, R. (2010). Schlussbericht zur Evaluation der institutionellen ambulanten und teilstationären Psychiatrieversorgung des Kantons Bern unter besonderer Berücksichtigung der Pilotprojekte - Angebote, Lücken und Mängel. http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/psychiatrie/versorgungsplanung.assetref/content/dam/documents/GEF/SPA/de/Versorgungsplanung/20112014/gef_versorgungsplanung_5_eval_ambu_teilstationaere_psychiatreivers_d.pdf

Baer, N. & T. Cahn (2008), Psychische Gesundheitsprobleme. In K. Meyer (Ed.), *Gesundheit in der Schweiz; Nationaler Gesundheitsbericht 2008*, Verlag Hans Huber, Bern

Baer, N., D. Schuler, S. Füglister-Dousse, und F. Moreau-Gruet (2013), Depressionen.in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration, *Obsan Bericht 56*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

BAG/Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2004), Psychische Gesundheit. Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung. Bern, NGP.

Becker, D., G. Bond, D. McCarthy, et al. (2001), Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island, *Psychiatric Services*, Nr. 52, pp. 351-357.

Bridler, R., A. Orosz, K. Cattapan, and H. Stassen (2012), In need of psychiatric help - leave a message after the beep. *Psychopathology,* http://dx.doi.org/10.1159/000341729.

Burns, T., J. Catty, T. Becker, R.E. Drake, A. Fioritti, M. Knapp, C. Lauber, W. Rössler, T. Tomov, J. van Busschbach, S. White and D. Wiersma (2007), The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet*, Nr. 370, pp.1146-1152.

Cahn, T. & N. Baer (2003), Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept Baselland, Verlag des Kantons Basel-Landschaft, Liestal.

Ebner, G, V. Dittmann, R. Mager, et al. (2012), Erhebung der formalen Qualität psychiatrischer Gutachten, *FoP-IV Forschungsbericht*, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnnen und-direktoren (2008), *Leitfaden zur Psychiatrieplanung*, Bern.

Goldberg, D.P., Lecrubier, Y. (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. In: Üstün, T.B., Sartorius, N. (Ed.), *Mental illness in general health care: an international study.* Chichester, John Wiley & Sons on behalf of WHO: pp. 323-334.

Hodgson, R, M. Lewis, and A. Boardman (2001), Prediction of readmission to acute psychiatric units. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Nr. 36, pp. 304-309.

Hoffmann, H., D. Jäckel, S., Glauser, and Z. Kupper (2012), A randomised controlled trial of efficacy of supported employment, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, pp. 157-167.

Krowatschek, G., S. Krömer, F. Stzahl, et al. (2012), Ambulante oder stationäre Krisenintervention: Wer nutzt was? Psychiatrische Praxis, 39, pp.21-25.

Kuhl, H.J. and J. Herdt (2007), "Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme. Eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik", Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

Lauber C., B. Lay, and W. Rössler W. (2006), Length of first admission and treatment outcome in patients with unipolar depression. Journal of Affective Disorders 93,pp. 43-51.

Linden, M., W. Maier, M. Achberger, R. Herr, H. Helmchen und O. Benkert (1996), "Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinpraxen in Deutschland", *Nervenarzt*, Nr. 67, pp. 205-215.

Marshall, M., R. Crowther, W. Hurt Sledge, et al. (2011), Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. The Cochrane Library, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004026.pub2.

Meyer, P., M. Neuenschwander, and S. Christen (1998), Leistungsevaluation durch psychiatrische Basisdaten im Kanton Zürich. In: D. Hell et al. (Ed.), *Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung.* Karger, Basel.

Moreau-Gruet, F. & C. Lavignasse (2009), Inventar der ambulanten und teilstationären psychiatrischen Dienste in der Schweiz. Paper, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

Nordentoft, M., J. Ohlenschlaeger, and A. Thorup, et al. (2010). Deinstitutionalization revisited: a 5-year follow-up of a randomized clinical trial of hospital-based rehabilitation versus specialized assertive intervention (OPUS) versus standard treatment for patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders. *Psychological medicine* Bd. 40 (Nr. 10), pp. 1619-26.

OECD (2012), *Sick on the job: Myths and realities about mental health and work,* OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en.

OECD/WHO (2011), *OECD reviews of health systems: Switzerland 2011,* OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/9789264120914-en.

Rüesch, P., A. Bänziger, and S. Juvalta (2013), Regionale psychiatrische Inanspruchnahme und Versorgungsbedarf in der Schweiz Datengrundlagen, statistische Modelle, ausgewählte Ergebnisse – eine explorative Studie. *Obsan Bericht 23*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz - Monitoring 2012*. Neuchâtel, Obsan.

Spiessl, H. & C. Cording (2000), Zusammenarbeit niedergelassener Allgemeinärzte und Nervenärzte mit der psychiatrischen Klinik. *Nervenarzt*, Nr. 72, pp. 190-195.

Sturny, I. & D. Schuler (2011), Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Monitoring 2010. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

Sturny, I. & P. Camenzind (2011), Erwachsene Personen mit Erkrankungen: Erfahrungen im Schweizerischen Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. *Obsan Dossier 17*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

van der Feltz-Cornelis, C. M., R. Hoedeman, and F. J. de Jong, J. Meeuwissen, H. Drewes, N. van der Laan and H. Adèr (2010). Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatric disease and treatment* Nr. 6, pp. 375-85.

WHO/Wonca (2008). Integrating mental health into primary care: A global perspective. *World Health Organization and World Organization of Family Doctors.* WHO Press, Switzerland, Geneva.

Zhang, J., C. Harvey, and C. Andrew (2011), Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Nr. 45, pp. 578-585.

# *Kapitel 6*

# Die Fähigkeit des schweizerischen Bildungssystems, mit psychischer Krankheit umzugehen

*In diesem Kapitel wird die Fähigkeit des schweizerischen Bildungssystems beurteilt, für gefährdete Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen während der Schullaufbahn und beim Übergang in den Arbeitsmarkt Unterstützung bereitzustellen. Zuerst wird die Wirksamkeit der Unterstützungsmassnahmen und -leistungen für Schülerinnen und Schüler mit einer psychischen Störung sowie für deren Eltern, Lehrerinnen und Lehrer untersucht. Danach wird der Übergang Schule–Arbeit besprochen und das Problem des frühzeitigen Ausscheidens aus dem Arbeitsmarkt thematisiert. Zum Abschluss werden die Programme zur Früherkennung von Problemen psychischer Krankheit bei Schulabgängerinnen und -abgängern und jungen Erwachsenen analysiert.*

Die Kindheit und die Adoleszenz sind entscheidende Phasen für die Förderung einer guten psychischen Gesundheit und zur Verhinderung von psychischen Störungen. Eine umfangreiche Literatur weist darauf hin, dass sowohl biologische Faktoren als auch negative psychotherapeutische Erfahrungen in der Kindheit Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben (siehe OECD, 2012b, für eine Diskussion). Drei Viertel aller psychischen Störungen treten bis zum Alter von 24 auf, ein Viertel bereits bis zum Alter von 7 Jahren (Kessler *et al.*, 2005). Die meisten dieser jungen Personen haben eine leichte bis mittelgradige Erkrankung und werden ein produktives Leben führen können. Doch die psychischen Probleme können ihre Bildung negativ beeinflussen und folglich auch ihr soziales und berufliches Leben als Erwachsene. Gleichzeitig sind Nicht-Offenlegung und Unterversorgung sowie ein Mangel an Bewusstheit unter den Jugendlichen und jungen Erwachsenen weit verbreitet. Die Zeitspanne zwischen dem erstmaligen Auftreten einer psychischen Krankheit und der ersten Behandlung beträgt im Durchschnitt 12 Jahre (Kessler und Wang, 2008). Daher kommt dem Bildungssystem eine potenziell wichtige Rolle in der Früherkennung und der Unterstützung von Kindern mit psychischen Problemen zu.

In der Schweiz liegt die Hauptverantwortung für die Bildung (einschliesslich der sonderpädagogischen Förderung) bei den Behörden der 26 Kantone. Daher variiert die institutionelle Struktur des Bildungssystems, die an die lokalen Gegebenheiten und Bedürfnisse angepasst ist, innerhalb der Schweiz beträchtlich. Bis zu einem gewissen Grad wird die kantonale Politik auf nationaler Stufe durch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) koordiniert. Die Mehrheit der Kantone haben insbesondere zwei Vereinbarungen unterzeichnet, um die Harmonisierung der Strukturen und Ziele sicherzustellen, die Interkantonale Vereinbarung über die Harmonisierung der obligatorischen Schule (HarmoS-Konkordat, das seit Mitte 2009 in Kraft ist), und die Interkantonale Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Sonderpädagogik (in Kraft seit 2011)[1].

## Umfassendes Leistungsangebot in Schulen

In den Schulen oder in Zusammenarbeit mit den Schulen werden eine Vielfalt an Unterstützungsmassnahmen oder -leistungen angeboten: psychotherapeutische Leistungen, Leistungen im Bereich Sozialarbeit, kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen, therapeutische und pädagogische Massnahmen (wie Nachhilfeunterricht und psychomotorische Unterstützung) sowie spezifische auf Kinder und Jugendliche mit Verhaltensschwierigkeiten und emotionalen Problemen ausgerichtete Programme (z. B. Trialog in Winterthur, Kanton Zürich).[2] Jeder Kanton kann jedoch über die Art und den Umfang der angebotenen Leistungen vollkommen frei entscheiden, und es besteht kein nationales Verzeichnis der existierenden Massnahmen.

Eltern, Schülerinnen und Schülern sowie Lehrpersonal stehen als Hilfe bei Fragen und Problemen im Zusammenhang mit der Entwicklung und Bildung der Kinder kostenlos psychotherapeutische Leistungen zur Verfügung. Die psychologi-

1 Bis 2013 waren 15 der 26 Kantone der Interkantonalen Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Sonderpädagogik beigetreten (siehe *http://www.edk.ch/dyn/19100.php* – aufgerufen am 24. September 2013). Dem HarmoS-Konkordat sind ebenfalls 15 – wenn auch andere – Kantone beigetreten (siehe *http://www.edk.ch/dyn/12536.php* – aufgerufen am 24. September 2013).

2 *http://www.trialog-winterthur.ch/*

schen Dienste sind normalerweise ausserhalb des üblichen schulischen Umfelds, am gleichen Ort wie die pädagogischen und psychiatrischen Dienste untergebracht.

Die Schulsozialarbeit bietet niederschwellige Unterstützung für Schülerinnen und Schüler mit sozialen Schwierigkeiten an und ist normalerweise in den Schulgebäuden untergebracht (hauptsächlich in der Sekundarstufe). Die Schulsozialdienste werden jedoch auf Gemeindestufe beschlossen und stehen nicht in allen Schulen zur Verfügung.[3] Je nach Gemeinde werden Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter von der Direktion für Soziales, der Direktion für Bildung oder von den Schulen direkt angestellt. Nur wenige Kantone, wie der Kanton Bern, haben eigene Bestimmungen ausgearbeitet, mit denen die Gemeinden beauftragt werden, Schulsozialarbeit bereitzustellen und für alle damit in Verbindung stehenden Ausgaben teilweise oder ganz aufzukommen. Innerhalb der Schweiz variieren daher die Art und der Umfang der angebotenen Schulsozialarbeit beträchtlich. Nur ganz wenige Schulen erreichen das Verhältnis von einem vollzeitlich angestellten Schulsozialarbeiter auf 400 Schüler, wie von Avenir Social, dem schweizerischen Berufsverband für Sozialarbeit, empfohlen. Häufiger kommen auf einen Sozialarbeiter 1000 bis 1500 Schüler (Baier und Heeg, 2013).

Trotz des Angebots an verfügbaren Leistungen besteht kein gemeinsames System für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Verhütung von psychischen Krankheiten in den Schulen. Es obliegt den einzelnen Schulen, ihre eigenen Massnahmen einzuführen. Bis zu einem gewissen Grad können die Sozialarbeiter diese Funktion übernehmen, je nachdem wie viel Zeit ihnen für diese Arbeit zur Verfügung steht. Auf nationaler Ebene existieren zwei internetbasierte Programme für Jugendliche (*feel-ok.ch* und *tschau.ch*). Einige Kantone haben ihre eigenen Programme, z. B. *‚aus“weg““los!* im Kanton Bern und *PréSuiFri* im Kanton Freiburg.

Den Schülerinnen und Schülern mit einem abgeklärten und diagnostizierten sonderpädagogischen Förderungsbedarf stehen in der obligatorischen Schule drei Optionen zur Verfügung: regulärer Unterricht mit individueller Unterstützung, sonderpädagogischer Unterricht in Regelschulen oder sonderpädagogische Schulen. Die Interkantonale Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Sonderpädagogik enthält die grundlegenden Bestimmungen betreffend Beratung, Unterstützung und Therapie sowie Qualitätsstandards für Dienstleistungsanbieter und ein standardisiertes Evaluationsverfahren zur Bestimmung des individuellen Bedarfs.

Zwar sind keine nationalen Statistiken über die in Regelschulen angebotenen Programme und Leistungen für Schülerinnen und Schüler mit einem sonderpädagogischen Förderungsbedarf verfügbar[4], doch die Zahl der Schülerinnen und Schüler, die Sonderklassen und -schulen besuchen, ist mit 2,1 % beziehungsweise 3,3 % aller Schüler in der obligatorischen Schule in der Schweiz relativ hoch im Vergleich zu einigen anderen OECD-Ländern (Tabelle 6.1). Diese Anteile variieren beträchtlich von Kanton zu Kanton und reichen von 1,8 % im Kanton Wallis bis zu 8,7 %

3. Ende 2009 waren ungefähr 450 Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter in ungefähr 1000 Schulen angestellt (Baier and Heeg, 2013).

4. Das Bundesamt für Statistik erarbeitet zurzeit ein neues Datenerfassungssystem, mit dem Informationen über die Integration von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderungsbedarf in Regelschulen erfasst werden sollen. Die erste Datenerhebung ist für das Schuljahr 2014/15 vorgesehen.

im Kanton Basel-Landschaft (Bundesamt für Statistik).[5] Bei Kindern mit Migrationshintergrund ist die Wahrscheinlichkeit, in eine sonderpädagogische Klasse eingeteilt zu werden, dreimal höher als bei Schweizer Kindern (SKBF/CSRE, 2011). Der Ausländeranteil in den sonderpädagogischen Klassen macht daher 45 % aus, im Vergleich zu 22 % in den Regelklassen.

Tabelle 6.1. **Die Schweiz hat einen relativ hohen Anteil an Schülern mit einem sonderpädagogischen Förderungsbedarf**

Anzahl Schülerinnen und Schüler mit einem sonderpädagogischen Förderungsbedarf und Stellenwert des sonderpädagogischen Systems, Schuljahr 2008/09[a]

| | Total Schüler | Schüler mit sonderpädagogischem Förderungsbedarf in % aller Schüler | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Alle | In sonderpädagogischen Schulen | In getrenten Sonderklassen in Regelschulen | In Regelschulen |
| Österreich | 802'519 | 3.6% | 1.5% | 0.1% | 2.0% |
| Belgien - Fl. Gemeinschaft | 863'334 | 6.6% | 5.5% | - | 1.1% |
| Belgien - Fr. Gemeinschaft | 687'137 | 4.5% | 4.5% | - | 0.0% |
| Dänemark | 719'144 | 4.7% | 1.8% | 2.6% | 0.3% |
| Niederlande | 2'411'194 | 4.3% | 2.7% | - | 1.6% |
| Norwegen | 615'883 | 7.9% | 0.3% | 0.9% | 6.7% |
| Schweden[b] | 906'189 | 1.5% | 0.1% | 1.5% | - |
| Schweiz[b] | 777'394 | 5.4% | 2.1% | 3.3% | - |
| Vereinigtes Königreich | 9'297'319 | 3.4% | 1.2% | 0.2% | 2.0% |

a. Die Daten für die Niederlande und Norwegen beziehen sich auf das Schuljahr 2009/10 und jene der Flämischen Gemeinschaft in Belgien auf das Schuljahr 2010/11.

b. Die Daten der Schüler mit sonderpädagogischem Förderungsbedarf, die voll in Regeklassen integriert sind, werden in Schweden und der Schweiz nicht erhoben.

Quelle: Berechnungen der OECD gestützt auf die Daten der Europäischen Agentur für Entwicklungen in der Sonderpädagogischen Förderung (*www.european-agency.org*).

Sonderpädagogische Schulen haben den Vorteil, dass sie spezialisierte und individuelle Unterstützung in einem geschützten Umfeld bieten. Der Nachteil einer solchen Absonderung ist jedoch die Gefahr einer weitergehenden Marginalisierung, wodurch die soziale Integration der Schülerinnen und Schüler und später im Leben ein erfolgreicher Übergang in den regulären Arbeitermarkt gefährdet wird (OECD, 2007).

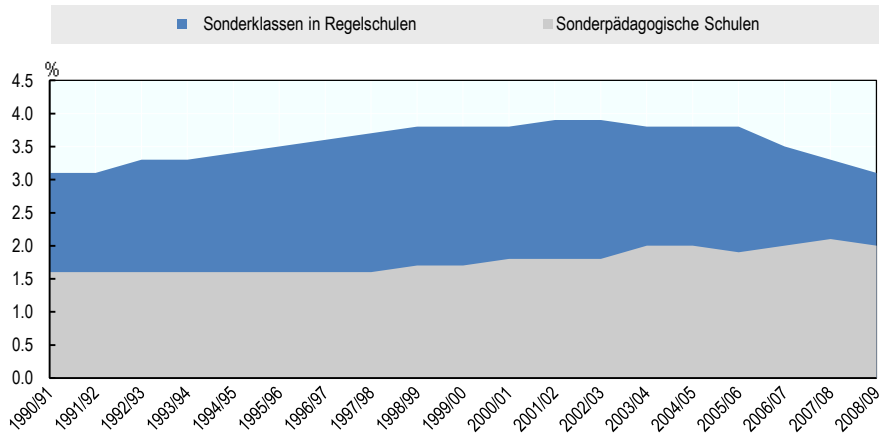
In den vergangenen Jahren wurde die Integration von Kindern und Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderungsbedarf in den Regelunterricht aufgrund des Bundesgesetzes über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen und der Interkantonalen Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Sonderpädagogik wichtiger. Diese Bemühungen widerspiegeln sich in der abnehmenden Zahl von Schülerinnen und Schülern in sonderpädagogischen

5. Die grossen Unterschiede bei den Schüleranteilen in Sonderklassen sind teilweise auf die geografische Situation der Kantone – das Wallis beispielsweise ist dünner besiedelt und ist daher stärker auf integrierten Unterricht angewiesen – aber auch auf den gewählten Ansatz zurückzuführen. So folgte das Tessin, das dem italienischsprachigen Teil der Schweiz angehört, bis zu einem gewissen Grad dem italienischen Integrationsmodell mit Lehrer- und Schülerunterstützung und weist für die weniger schweren Formen mit einem sonderpädagogischem Förderungsbedarf keine Segregation im Bildungsesen auf (SKBF/CSRE, 2011).

Klassen ab 2005 (Abbildung 6.1). Die meisten Kantone haben Bestimmungen und Leitfäden ausgearbeitet und bieten heute entsprechende Leistungen an, um Schülerinnen und Schüler in Regelschulen zu unterstützen (Europäische Agentur für Entwicklungen in der sonderpädagogischen Förderung, 2013). Seit alle Zuständigkeiten im Bereich sonderpädagogische Schulen und Massnahmen im Jahr 2008 vom Bund an die Kantone übertragen wurden, sind die Kantone flexibler und können Unterrichtsmodelle ausarbeiten, die auf ihre geografische und demografische Struktur ausgerichtet sind. Doch für Schüler mit schwereren Beeinträchtigungen ist die Integration weiterhin eher selten, und die Schülerzahlen in sonderpädagogischen Schulen haben sich im vergangenen Jahrzehnt nicht gross verändert (Abbildung 6.1). Schüler mit Verhaltensschwierigkeiten werden tendenziell weniger häufig integriert als jene mit Lernschwierigkeiten (Europäische Agentur für Entwicklungen in der sonderpädagogischen Förderung, 2013).

Abbildung 6.1. **Die Zahl der Schüler in sonderpädagogischen Klassen oder Schulen ist rückläufig**

Anzahl Schüler in sonderpädagogischen Klassen und Schulen in Prozent der Gesamtschülerzahl in der obligatorischen Schule in der Schweiz, 1990/91–2008/09



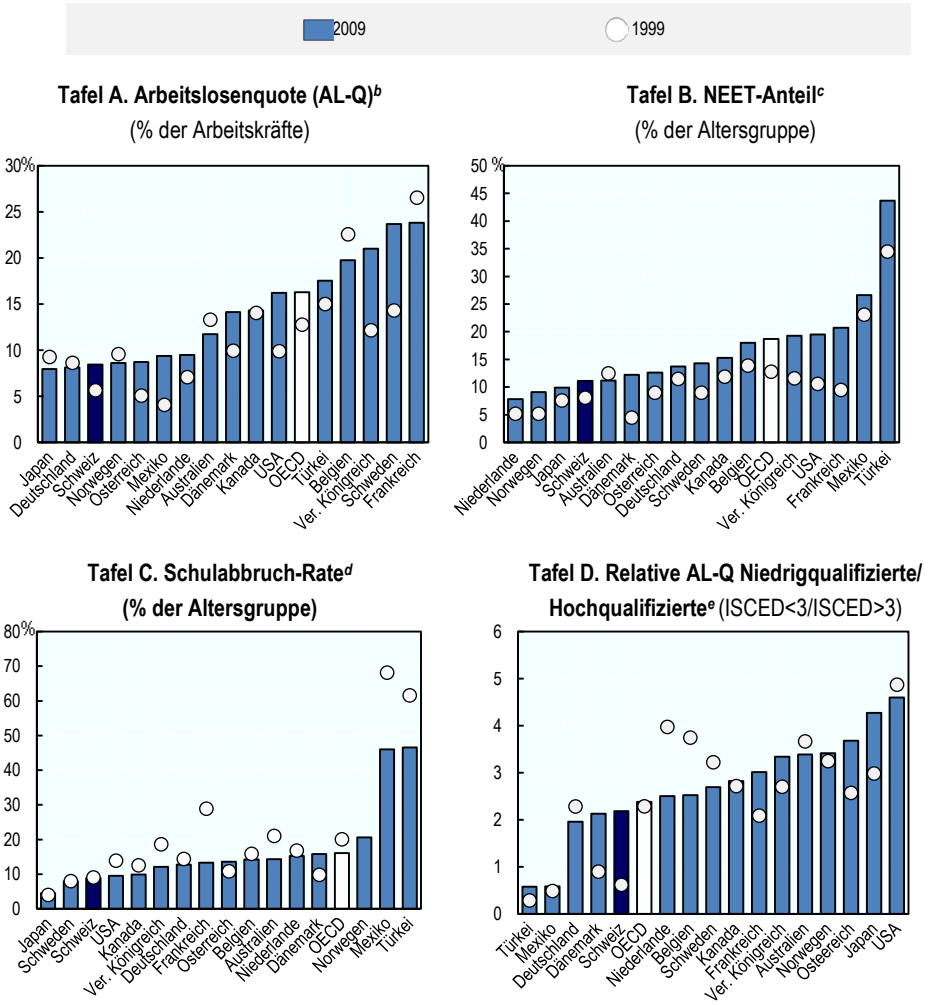

Quelle: Berechnung der OECD gestützt auf Daten des Bundesamts für Statistik.

## Reibungsloser Übergang von der Schule ins Arbeitsleben ausser bei niedrigqualifizierten Jugendlichen

Dem schweizerischen Bildungssystem gelingt es aussergewöhnlich gut, für die meisten Jugendlichen einen reibungslosen Übergang von der Bildung in das Berufsleben sicherzustellen. Die Arbeitslosenrate für Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren lag 2012 bei 8,4 %. Damit war sie eine der tiefsten im OECD-Gebiet und lag deutlich unter dem OECD-Durchschnitt von 16,3 % (Abbildung 6.2,Tafel A). Sowohl die Schul- und Lehrabbrecherquote – d. h. der Anteil der Jugendlichen, die nicht mehr im Bildungssystem sind und über keinen Abschluss der Sekundarstufe II verfügen – als auch die so genannte NEET-Quote – das ist der Anteil der Jugendlichen, die keine Schule besuchen, keiner Arbeit nachgehen und sich nicht in beruflicher Ausbildung befinden – ist im Vergleich zu anderen OECD-Ländern tief (Abbildung 6.2, Tafel B und C).

Abbildung 6.2. **Sehr gute Arbeitsmarktergebnisse in der Schweiz für Jugendliche, ausser für niedrigqualifizierte Jugendliche**

Zentrale Arbeitsmarkt- und Bildungsindikatoren für Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren[a], 1999 und ungefähr 2010




a. Jugendliche im Alter zwischen 16 und 24 Jahren für Schweden, Vereinigtes Königreich und Vereinigte Staaten.
b. Die jüngsten Daten stammen von 2012.
c. Besuchen keine Schule, gehen keiner Arbeit nach und befinden sich nicht in beruflicher Ausbildung (NEET). Die jüngsten Daten stammen von 2010.
d. Anteil der jungen Erwachsenen im Alter von 20 bis 24 Jahren, die keine Schule besuchen, und über keinen Abschluss der Sekundarstufe II verfügen, im Verhältnis zu allen jungen Erwachsenen im Alter von 20 bis 24. Die jüngsten Daten stammen von 2009.
e. Arbeitslosenquote der Personen, die keinen Abschluss der Sekundarstufe II haben im Verhältnis zur Arbeitslosenquote derjenigen, die einen Abschluss der Sekundarstufe II haben. Die jüngsten Daten stammen von 2009.

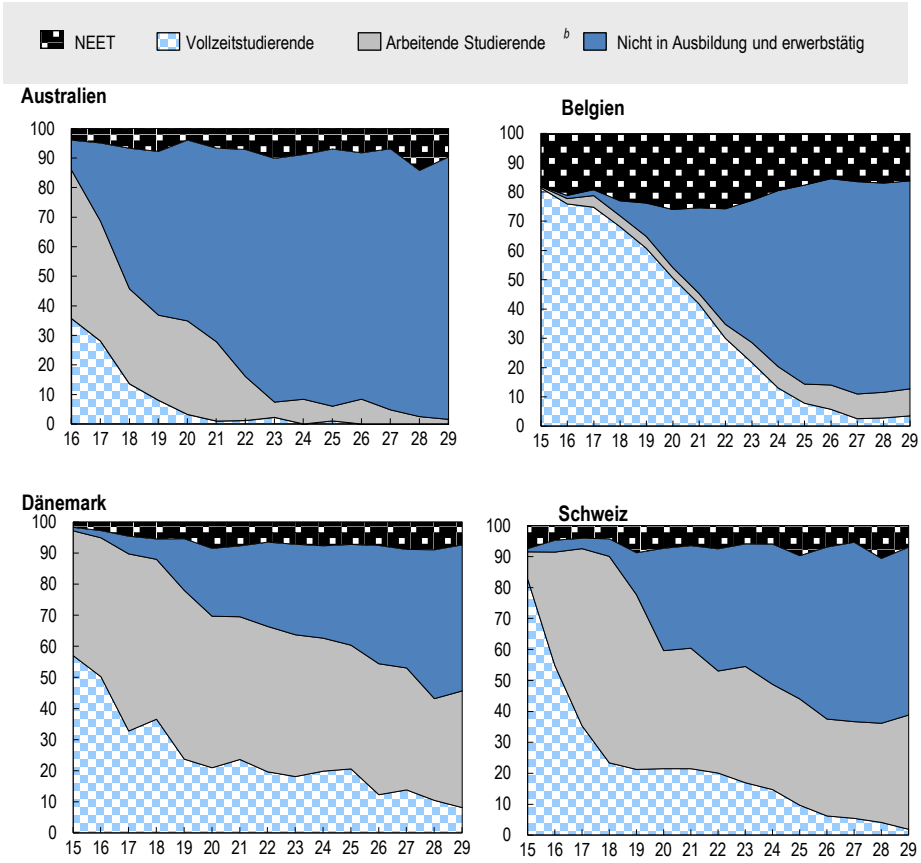
Quelle: Tafel A: OECD-Datenbank über Arbeitslosigkeit nach Dauer; Tafeln B–D: OECD (2010), Off to a Good Start? Jobs for Youth, Table 2.1, OECD Publishing, Paris.

Das gut ausgebaute Berufsbildungssystem der Sekundarstufe II trägt massgeblich zu diesen positiven Ergebnissen bei (Fuentes, 2011). Rund 90 % der 25- bis 34-

Jährigen verfügen mindestens über einen Abschluss der Sekundarstufe II, was deutlich über dem OECD-Durchschnitt von 82 % im Jahr 2010 liegt (OECD, 2012a). Die Mehrheit wählt das duale Berufsbildungssystem, in dem die Berufsausbildung am Arbeitsplatz mit wöchentlich 1–2 Tagen Schulbildung, die sowohl Allgemeinbildung als auch fachliche Kenntnisse umfasst, kombiniert wird (Hoekel *et al.*, 2009). Dies zeigt sich in Abbildung 6.3, die den Weg von der Bildung in die Erwerbstätigkeit in der Schweiz und drei anderen Ländern aufzeigt – Australien, Belgien und Dänemark – die sehr unterschiedliche Übergangsmuster aufweisen.

Abbildung 6.3. **Vollzeitstudierende versus andere Kategorien (arbeitende Studierende, Erwerbstätige, NEET)**

Studien- und Erwerbsstatus nach Altersjahren: Vollzeitstudierende, arbeitende Studierende, Erwerbstätige, nicht erwerbstätig und nicht in Ausbildung (NEET); ausgewählte Länder, 2009[a]




a) 2006 für Australien.

b) Einschliesslich Lehren und anderen Praktikumsprogrammen für Studierende. Daten der Studierenden (arbeitende und nicht arbeitende) enthalten auch Ausbildungen auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe, die zu einem späteren Zeitpunkt im Leben begonnen wurden.

Quelle: Berechnungen der OECD gestützt auf die Europäische Arbeitskräfteerhebung 2009 für Belgien, Dänemark und die Schweiz und auf Household, Income and Labour Dynamics in Australia Survey 2006 für Australien.

Im Alter von 18 Jahren arbeiten zwei Drittel der Jugendlichen während sie studieren, was einem viel höheren Anteil als in anderen Ländern entspricht. Wenn sie dann das Bildungssystem verlassen, verfügen sie über eine beachtliche Arbeitser-

fahrung, was den Übergang Schule–Arbeit erleichtert (Beffy *et al.*, 2009; Murier, 2006).

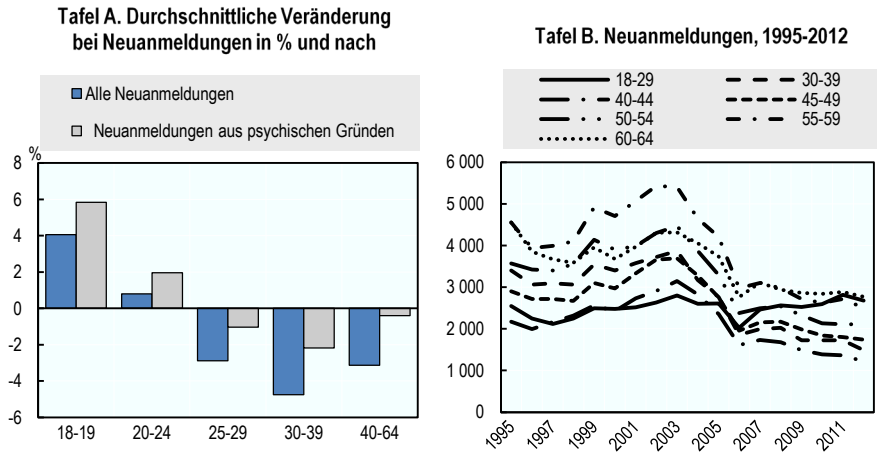
Trotz der insgesamt guten Ergebnisse haben sich die Arbeitsmarktergebnisse für Jugendliche mit tiefem Bildungsstand verschlechtert. Die Arbeitslosenquote von Jugendlichen im Alter von 15 bis 24 Jahren ohne Abschluss der Sekundarstufe II stieg von 13 % im Jahr 1999 auf 30 % im Jahr 2010, während die Arbeitslosenquote von mittelhoch- und hochqualifizierten Jugendlichen 2010 für beide bei rund 9 % lag (OECD, 2012a). Die relative Arbeitslosenquote der niedrigqualifizierten zu den hochqualifizierten Jugendlichen liegt nun nahe am OECD-Durchschnitt (Abbildung 6.2, Tafel D). In Anbetracht der hohen Prävalenz von psychischen Störungen unter den niedrigqualifizierten Personen in der Schweiz (siehe Abbildung 1.2 in Kapitel 1) dürften die schlechteren Arbeitsmarkergebnisse diese Gruppe besonders hart treffen. Auch jugendliche Migrantinnen und Migranten sind in der Gruppe der Schul- und Lehrabbrecher übervertreten (Fuentes, 2011, und Liebig *et al.*, 2012).

## Immer mehr Jugendliche beanspruchen IV-Leistungen

Obwohl der Übergang vom Bildungssystem in die Erwerbstätigkeit in der Schweiz im Allgemeinen recht problemlos verläuft, nahmen die IV-Anmeldungen bei jungen Personen im Zeitraum von 1995 bis 2011 zu, während in älteren Altersgruppen eine Abnahme zu verzeichnen war (Abbildung 6.4, Tafel A). Die Zunahme der Neuanmeldungen war besonders gross bei Jugendlichen mit einer psychischen Störung, während sie für die anderen Altersgruppen ziemlich stabil blieb. Zudem wird den meisten jungen Antragstellern eine volle IV-Rente gewährt (Abbildung 6.5).

Mit den jüngsten IV-Reformen ist es im Allgemeinen sehr gut gelungen, die hohe Zahl der IV-Neuberentungen zu senken –bei jungen Personen jedoch weniger. Bei den Personen im Alter von 30 Jahren und mehr war die Zahl der Neuanmeldungen von 2003 bis 2006 stark rückläufig und blieb danach mehr oder weniger stabil oder ging noch etwas weiter zurück, während die Zahl der Anmeldungen von jungen Personen von den Reformen viel weniger beeinflusst wurde (Abbildung 6.4, Tafel B). Die Zunahme bei den Jugendlichen widerspiegelt jedoch ein OECD-weites Phänomen, dem die Politik noch mehr Aufmerksamkeit beimessen sollte (OECD, 2012b).

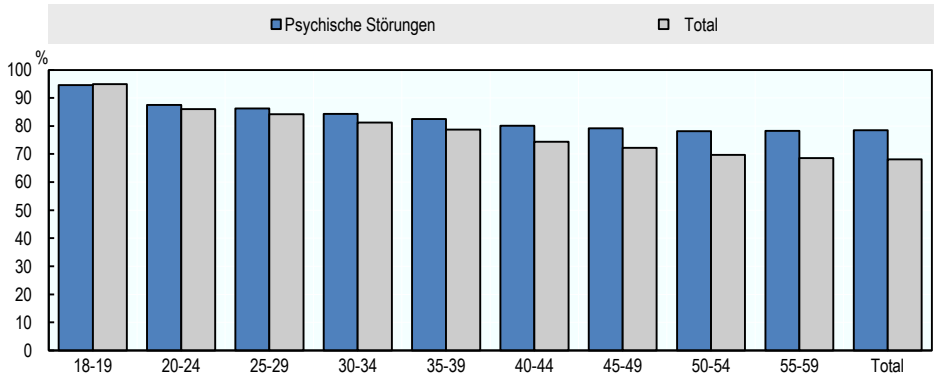
Abbildung 6.4. **Zahl der IV-Neuanmeldungen nimmt bei den Jugendlichen zu, in anderen Altersgruppen jedoch ab**




Quelle: Berechnungen der OECD gestützt auf Daten des Bundesamts für Statistik.

Abbildung 6.5. **Junge Antragsteller mit einer psychischen Störung erhalten normalerweise eine volle IV-Rente**

Anteil der IV-Renten für eine Arbeitsunfähigkeit von 70–100 %, nach Alter, 2012




Quelle: Berechnungen der OECD gestützt auf Daten des Bundesamts für Sozialversicherungen.

Die Gründe für den Anstieg der IV-Neuanmeldungen unter Jugendlichen im Allgemeinen und unter solchen mit psychischen Störungen im Besonderen sind auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. Erstens legen Erfahrungen in anderen OECD-Ländern nahe, dass die gestiegenen Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt Teil der Schwierigkeiten sind, mit denen junge Personen mit einer psychischen Krankheit beim Eintritt in den Arbeitsmarkt konfrontiert sind. Da unter den niedrigqualifizierten Personen Jugendliche mit psychischen Störungen deutlich übervertreten sind, in der Schweiz sogar noch mehr als in anderen Ländern, könnten die schlechteren Arbeitsmarkbedingungen für diese Gruppe ausschlaggebend für eine IV-Anmeldung sein. Zweitens ist das Niveau der IV-Leistungen hoch im Verhältnis zum Lohn, den diese jungen Personen auf dem Arbeitsmarkt verdienen könnten.

Finanzielle Anreize sind daher für Jugendliche, die beim Arbeitsmarkteintritt mit Schwierigkeiten konfrontiert sind, wesentlich. Schliesslich hat die Zahl diagnostizierter Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) bei jungen Menschen stark zugenommen. Bänziger und Gölz (2011) vertreten die Auffassung, dass dieses Phänomen im Zusammenhang steht mit der grossen Zahl an Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern in der Schweiz und der generellen Medikalisierung von Problemen junger Menschen. Das heisst, der Wertewandel und die Veränderungen in der medizinischen Praxis haben eine Zunahme der Diagnosen von ADHS und anderen „Modekrankheiten" bewirkt, was wiederum zu einem raschen Anstieg der IV-Anmeldungen bei jungen Personen führt.

Im Gegensatz zu anderen Ländern scheint es in der Schweiz keinen direkten Zusammenhang zwischen Sonderunterricht und IV-Leistungen zu geben. Schülerinnen und Schüler, die von der IV Leistungen für Sonderunterricht erhielten, erhalten nicht automatisch IV-Leistungen, wenn sie erwachsen sind. Tabelle 6.2, Tafel B zeigt, dass 62 % derjenigen, die im Alter von 15 Jahren Sonderunterricht erhielten, mit 20 Jahren keine IV-Leistungen bezogen. Umgekehrt erhielten rund 67 % der Personen (70 % von jenen mit einer psychischen Störung), die 2012 neu IV-Leistungen erhielten, im Alter von 15 keinen Sonderunterricht (Tabelle 6.2, Tafel A).

Tabelle 6.2. **Schüler mit Sonderunterricht erhalten nicht automatisch IV-Leistungen**

**Tafel A. Anteil der IV-Neubezüger in der Altersgruppe der 18 bis 24-Jährigen nach Gesundheitsbeschwerden und Erhalt von Leistungen für Sonderunterricht im Alter von 15 Jahren**

| Leistungen für Sonderunterricht im Alter von 15 Jahren | IV-Neuanmeldungen 2012 | | |
|---|---|---|---|
| | Psychische Störungen | Andere Beschwerden | Total |
| Ja | 30% | 37% | 33% |
| Nein | 70% | 63% | 67% |
| Total | 100% | 100% | 100% |

**Tafel B. Anteil der Personen, die 2007, im Alter von 15 Jahren, Leistungen für Sonderunterricht erhielten und 2012 IV-Leistungen bezogen, nach Gesundheitsbeschwerden**

| | Bezüger von IV-Leistungen 2012 | | | Total |
|---|---|---|---|---|
| | Psychische Störungen | Andere Beschwerden | Keine IV-Leistungen | |
| Leistungen für Sonderunterricht im Alter von 15 Jahren, 2007 | 15% | 23% | 62% | 100% |

Quelle: Berechnungen der OECD gestützt auf Daten des Bundesamts für Sozialversicherungen.

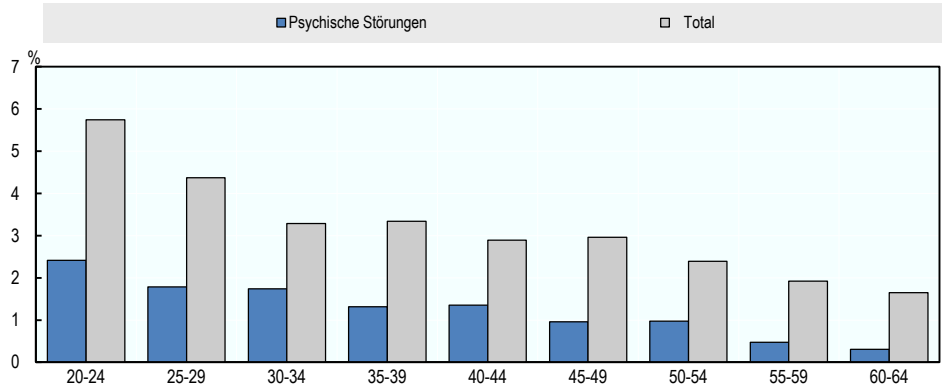
Es könnte jedoch sein, dass der Zusammenhang zwischen Sonderunterricht und IV-Leistungen komplexer oder indirekt ist. Die Schweiz verfügt über einen sehr grossen, teuren und eher veralteten Sektor für geschützte Arbeit, der wie eine Brücke zu einer IV-Abhängigkeit zu funktionieren scheint. Gemäss Bänziger und Gölz (2011) werden 97 % der Personen mit einem geschützten Ausbildungsplatz eines Tages zu Bezügern von lebenslangen IV-Leistungen. Wenn die meisten derjenigen, die Leistungen für Sonderunterricht erhalten, in einen geschützten Arbeitsplatz überwechseln, sind die Ergebnisse in Tabelle 6.2 irreführend, weil fast alle dieser jungen Menschen früher oder später IV-Leistungen erhalten werden.

Wie in der OECD erörtert (2012b), können Jugendliche mit psychischen Problemen durch den Zugang zu Langzeitleistungen dauerhaft in die Nichterwerbstätigkeit und Armut geführt werden. Die Wahrscheinlichkeit, in die Erwerbstätigkeit zurückzukehren, ist tief, sobald eine IV-Rente ausgerichtet wird. So traten im Jahr 2011 weniger als 6 % der 20- bis 24-Jährigen aus der Invalidenversicherung aus (Abbildung 6.6). Der Anteil ist viel kleiner bei Jugendlichen mit psychischen Problemen. Doch psychische Probleme weisen von ihrem Wesen her typischerweise Schwankungen auf und mit der richtigen Behandlung, Massnahmen und Unterstützung können die meisten psychischen Probleme in der Jugend Besserung erfahren (siehe Kapitel 5). Um eine langfristige Leistungsabhängigkeit zu verhindern, ist es daher wichtig, nicht zu früh im Leben

IV-Renten zu gewähren, und den betroffenen Jugendlichen angepasste Unterstützung und solide Eingliederungsmassnahmen zukommen zu lassen.

Abbildung 6.6. **Austritte aus der IV sind selten, insbesondere bei Personen mit einer psychischen Störung**

Austritte von Personen mit einer psychischen Störung und Total der Austritte als Anteil aller IV-Bezüger nach Alter, 2011




Anmerkung: Austritte aus anderen Gründen als Tod oder Übertritt in die AHV.
Quelle: Berechnungen der OECD gestützt auf Daten des Bundesamts für Sozialversicherungen.

## Übergang in den Arbeitsmarkt unterstützen

Die jüngsten IV-Reformen zielen mittels Frühintervention auf die Neueintritte ab, wobei die Rolle der Arbeitgeber, Krankenversicherer, der Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) und der betroffenen Personen selber gestärkt wird (siehe Kapitel 3 und 4). Junge Menschen dürften jedoch kaum an diesen Frühinterventionsmassnahmen teilhaben, da die Akteure, die betroffene Personen zur Früherfassung melden könnten, wenige Anreize haben, potenzielle Fälle von jungen Menschen mit psychischen Problemen der IV zu melden: Junge Angestellte haben normalerweise kurzfristige Anstellungen, was mit tiefen Kündigungs- und Krankenversicherungskosten für die Arbeitgeber einhergeht; junge Arbeitslose haben in der Regel kein Anrecht auf aktive Arbeitsmarktprogramme der RAV, da sie die Mindestbeitragserfordernisse nicht erfüllen; und schliesslich beantragen Jugendliche ohne Arbeit und Einkommen nicht unbedingt Leistungen, da sie (vorübergehend) weiterhin bei ihren Eltern wohnen können.

Um die Früherkennung zu verbessern und lebenslange Leistungsabhängigkeit zu verhindern, braucht es bessere Übergangsmassnahmen für Jugendliche mit psychischen Störungen, insbesondere für diejenigen, die aus dem Regelschulsystem kommen. Während in der Schule viele Ressourcen für Kinder und Jugendliche existieren, steht ihnen nach dem Verlassen der Schule sehr wenig Unterstützung zur Verfügung. Jugendliche, die die nachobligatorische Bildung (zwischen 15 und 18 Jahren) abbrechen, werden nicht begleitet und es steht ihnen keine Unterstützung für den Übergang in den Arbeitsmarkt zur Verfügung. Auch das Case Management Berufsbildung (CM BB) für schwierige Schülerinnen und Schüler – Schülerinnen und Schüler im Alter von 13–25 Jahren, die Probleme in der Schule haben und ein sehr hohes Abbruchrisiko aufweisen, erhalten Beratung und werden von einem Case Manager eng begleitet – endet, sobald sie ihren Abschluss erhalten haben. Etwas besser ist die Situation für diejenigen, die aus dem Berufsbildungssystem ausscheiden. Berufsinspektorinnen und -inspektoren des zuständigen Kantons ver-

suchen, einen Lehrabbruch zu verhindern. Doch wenn der Abbruch dennoch stattfindet, stehen nur begrenzte Mittel zur Verfügung.

Obwohl die Schul- und Lehrabbrecherquote in der Schweiz im Vergleich zu vielen anderen Ländern tief ist, wurden in den vergangen 5 Jahren Anstrengungen unternommen, um die Abschlussquote auf Sekundarstufe II in jedem Jahrgang von 90 % auf 95 % zu erhöhen. Seit 2008 wird in jedem Kanton ein CM BB umgesetzt, das vom Bund finanziell unterstützt wird (Landert, 2011). Das Ziel besteht darin, dass Jugendliche, die aus dem Bildungssystem ausscheiden, von einem Case Manager in ihrer Laufbahnplanung beraten werden und ihnen durch Koordination der verfügbaren sozialen und anderen Massnahmen geholfen wird. Das endgültige Ziel ist, dass alle Jugendlichen, die entweder eine Schule der Sekundarstufe II oder die Berufsausbildung abbrechen, den kantonalen Case-Management-Stellen gemeldet werden.

Keine Daten sind verfügbar zur Prävalenz von psychischen Störungen bei Schul- oder Lehrabbrechern, doch unter jenen mit einem niedrigen Bildungsabschluss sind junge Personen mit psychischen Störungen deutlich übervertreten. Zudem sind die meisten verfügbaren Case-Management-Dienste nicht auf psychische Probleme spezialisiert oder schenken solchen Problemen in keiner Weise Beachtung. Deshalb werden psychische Probleme oft nicht angesprochen, auch wenn sie häufig die Grundursache für einen vorzeitigen Schul- oder Lehrabbruch sind.

## Schlussfolgerung und Empfehlungen

Die Schweiz verfügt über eine breite Palette an Dienstleistungen für Kinder und Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderungsbedarf, sowohl in Sonderschulen und -klassen als auch in Regelschulen. Dazu gehören psychologische und psychiatrische Leistungen, Leistungen im Bereich Sozialarbeit sowie therapeutische und pädagogische Massnahmen. Kinder mit einer diagnostizierten psychischen Krankheit, die Unterstützung benötigen, werden wahrscheinlich Zugang zu spezialisierten Leistungen erhalten. Ein nationaler Überblick über die bestehenden Programme existiert jedoch nicht, und die Praxis kann von Gemeinde zu Gemeinde und Kanton zu Kanton beträchtlich variieren. Eine Überidentifikation und eine Aufteilung in Sonderklassen und -schulen könnten jedoch diese Schülerinnen und Schüler eher schwächen als stärken und sollten daher vermieden werden.

Im Allgemeinen scheinen die Schweizer Jugendlichen, zum Teil dank des gut ausgebauten Berufsbildungssystems und der Tendenz, Schule und Arbeit zu kombinieren, kaum Schwierigkeiten mit dem Übergang von der Schule in das Berufsleben zu haben. Nichtsdestotrotz haben sich die Arbeitsmarktergebnisse in den vergangenen zehn Jahren für niedrigqualifizierte Jugendliche verschlechtert, und diese Gruppe weist einen deutlich höheren Anteil an psychischen Störungen auf. Auch die Zahl der IV-Neuanmeldungen von Jugendlichen ist im Gegensatz zu anderen Altersgruppen im Zunehmen begriffen. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass den Bedürfnissen Jugendlicher mit psychischen Störungen, bei denen ein Ausstieg aus dem Bildungssystem ohne Abschluss der Sekundarstufe II wahrscheinlicher ist und die deshalb mehr Probleme haben, in den Arbeitsmarkt einzutreten, mehr Bedeutung beizumessen ist.

Insbesondere sind die Dienstleistungen für Jugendliche, die die Schule abbrechen, unterentwickelt und die Probleme werden nicht in integrierter Weise angegangen. Zudem werden junge Menschen mit einer angeborenen Behinderung durch

die relativ hohe ausserordentliche IV-Rente davon abgehalten, in den Arbeitsmarkt einzutreten. Die jüngsten IV-Reformen halfen, die Zahl der IV-Anmeldungen zu senken, indem neu auf Früherkennung und -intervention fokussiert wird, doch dieser Ansatz hat Jugendlichen, die nie in den Arbeitsmarkt eingetreten sind, nicht geholfen. Für diese Gruppe müssen andere Mittel und Instrumente entwickelt werden – wobei die Schulen und die Brückenangebote die Funktion der Arbeitnehmer und Krankenversicherer übernehmen.

### *Wirksamkeit der umfassenden Schulressourcen erhöhen*

- *Förderung von Regelschulen*. Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderungsbedarf, namentlich solche mit Verhaltensproblemen und einer psychischen Krankheit, sollen im Regelschulsystem verbleiben, damit ihre soziale Integration gefördert werden kann, und es sollen auf ihre Bedürfnisse ausgerichtete Unterstützungsmassnahmen entwickelt werden.

- *Bestandsaufnahme der verfügbaren Unterstützungsmassnahmen*. Ein nationales Verzeichnis der bestehenden Unterstützungsprogramme für Schüler mit Gesundheitsproblemen (oder anderem sonderpädagogischen Förderungsbedarf) würde den Austausch bewährter Verfahren unter den Kantonen und Schulen erleichtern.

- *Bereitstellung eines Interventionskonzepts*. Die Schulen brauchen mehr Informationen darüber, welche Leistungen sie anbieten sollen, für welche Kinder sie beansprucht werden können und in welcher Weise. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, die verschiedenen verfügbaren Leistungen besser zu koordinieren.

### *Einen besseren Übergang in den Arbeitsmarkt begünstigen*

- *Übergangsmassnahmen für Schulabgänger entwickeln.* Für gefährdete Jugendliche sollte Unterstützung für den Eintritt in den Arbeitsmarkt bereitgestellt werden. Eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Case Manager des CM BB und den RAV sowie der IV soll sichergestellt werden.

- *Psychische Probleme bei Schulabbrechern angehen.* Auf die hohe Prävalenz von psychischen Erkrankungen in der Bevölkerungsgruppe ohne abgeschlossene Schulbildung sollte eingegangen werden, indem die Gesundheitsdienste in das CM BB und die Übergangsmassnahmen einbezogen werden.

- *IV-Berentungen junger Menschen verhindern.*

- Die Arbeitsanreize für junge Menschen sollten verstärkt und es sollte sichergestellt werden, dass sich Arbeiten immer lohnt. Um dies zu erreichen, sollten die IV-Leistungen allmählich abgebaut werden, und das Niveau der Vergütung sollte ebenfalls überdacht werden (z. B. ist das anfängliche Vergütungsniveau möglicherweise zu hoch für die Jüngsten und könnte mit dem Alter erhöht werden).

### *Literaturverzeichnis*

Baier, F. and R. Heeg, (2013), School Social Work in Switzerland: A New Field of Action among Established Youth Services, *www.schulsozialarbeit.ch/index.php?p=9_0_0&h=5, accessed 26 March 2013*.

Bänziger, O. and B. Gölz (2011), "Junge Erwachsene mit psychischer Behinderung und ihr Berufseinstieg: Ausserordentliche IV-Rente – ein fragwürdiger Anreiz", Masterarbeit (mimeo), *Institut für Betriebswirtschaftslehre, Universität Zürich*.

Beffy, M., D. Fougère and A. Maurel (2009), "L'impact du travail salarié des étudiants sur la réussite et la poursuite des études universitaires", Économie et Statistique, No. 422, INSEE, Paris.

European Agency for Development in Special Needs Education (2013), *www.european-agency.org*, accessed 5 February 2013.

Fuentes, A. (2011), "Raising Education Outcomes in Switzerland", *OECD Economics Department Working Papers*, No. 838, OECD Publishing. *http://dx.doi.org/10.1787/5kgj3l0wr4q6-en*.

Hoeckel, K., S. Field and W.N. Grubb (2009), OECD Reviews of Vocational Education and Training: A Learning for Jobs Review of Switzerland, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264113985-en.

Kessler, R., P. Berglund., O. Demler, R. Jin, K. Merikangas and E. Walters (2005), "Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication", *Archives of General Psychiatry*, No. 62, pp. 593-603.

Kessler, R. and P. Wang (2008), "The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States", *Annual Review of Public Health*, Vol. 29, pp. 115-129.

Landert, C. (2011), "Nationales Projekt Case Management Berufsbildung", Bericht zur Umsetzungsevaluation, Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement, Bern.

Liebig, T., S. Kohls and K. Krause (2012), "The labour market integration of immigrants and their children in Switzerland", *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 128, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, OECD Publishing, Paris.

Murier, T. (2006), "L'activité professionnelle des élèves et des étudiants. Une étude basée sur les résultats de l'enquête suisse sur la population active 1996-2005", Actualité OFS, No. 3, Neuchâtel.

OECD (2012a), *Education at a Glance 2012: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/eag-2012-en.

OECD (2012b), *Sick on the job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en.

OECD (2010), *Off to a Good Start? Jobs for Youth*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264096127-en.

OECD (2007), *Students with Disabilities, Learning Difficulties and Disadvantages: Policies, Statistics and Indicators*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264027619-en.

SCCRE (2011), *Swiss Education Report 2010*, Swiss Coordination Centre for Research in Education, Aarau.