

Analyse der interkantonalen Unterschiede innerhalb der Invalidenversicherung

Kurzfassung

Projekt im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 45 «Probleme des Sozialstaats»
Projekt-Nummer: 4045-064749

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

Bern, 13. Januar 2004

Kurzfassung

Die IV-Bezugsquoten: Kein Kanton wie der andere

Die Invalidenversicherung (IV) ist national geregelt. Auf den ersten Blick würde man daher erwarten, dass sich der Anteil der Personen, die von der Invalidenversicherung eine Leistung erhalten, zwischen den Kantonen nicht wesentlich unterscheidet. Die Realität bestätigt die Erwartungen nicht. Zwischen den Kantonen lässt sich eine beträchtliche Differenz zwischen den Rentenquoten, also dem prozentualen Anteil der IV-Bezüger und IV-Bezügerinnen an der Wohnbevölkerung im erwerbsfähigen Alter, beobachten: Im schweizerischen Durchschnitt lag der Anteil im Januar 2003 bei 5.0 Prozent. Am grössten war er im Kanton Basel-Stadt (8.8%), am tiefsten im Kanton Nidwalden (3.5%). Bei den anderen Leistungen der IV liegen Unterschiede in ähnlichem Ausmass vor.

Seit einiger Zeit gibt es eine intensive Diskussion darüber, welche Gründe für die interkantonalen Unterschiede verantwortlich zu machen sind. Dabei werden verschiedene Ursachenkategorien genannt: Es wird darauf hingewiesen, dass die Kantone nicht homogen sind. Sie würden sich in kurzfristig nicht beeinflussbaren Grössen unterscheiden, die auf das Ausmass der Invalidisierung einen Einfluss haben (bspw. in der Wirtschaftsstruktur, der ärztlichen Versorgung etc.). Dann wird aber auch hervorgehoben, dass die Kantone im Vollzug der Invalidenversicherung eine Organisationsfreiheit haben, die durchaus zu einem unterschiedlichen Vollzug führen könne. Schliesslich wird betont, dass im Rahmen der Behandlung eines IV-Gesuchs viele Akteurinnen und Akteure involviert sind, die ihrerseits einen kantonal unterschiedlichen Einfluss auf den Ablauf ausüben können. Als Beispiel wird in diesem Zusammenhang oft das regional unterschiedliche Verständnis dessen, was «Krankheit» bzw. «Invalidität» ist, angeführt.

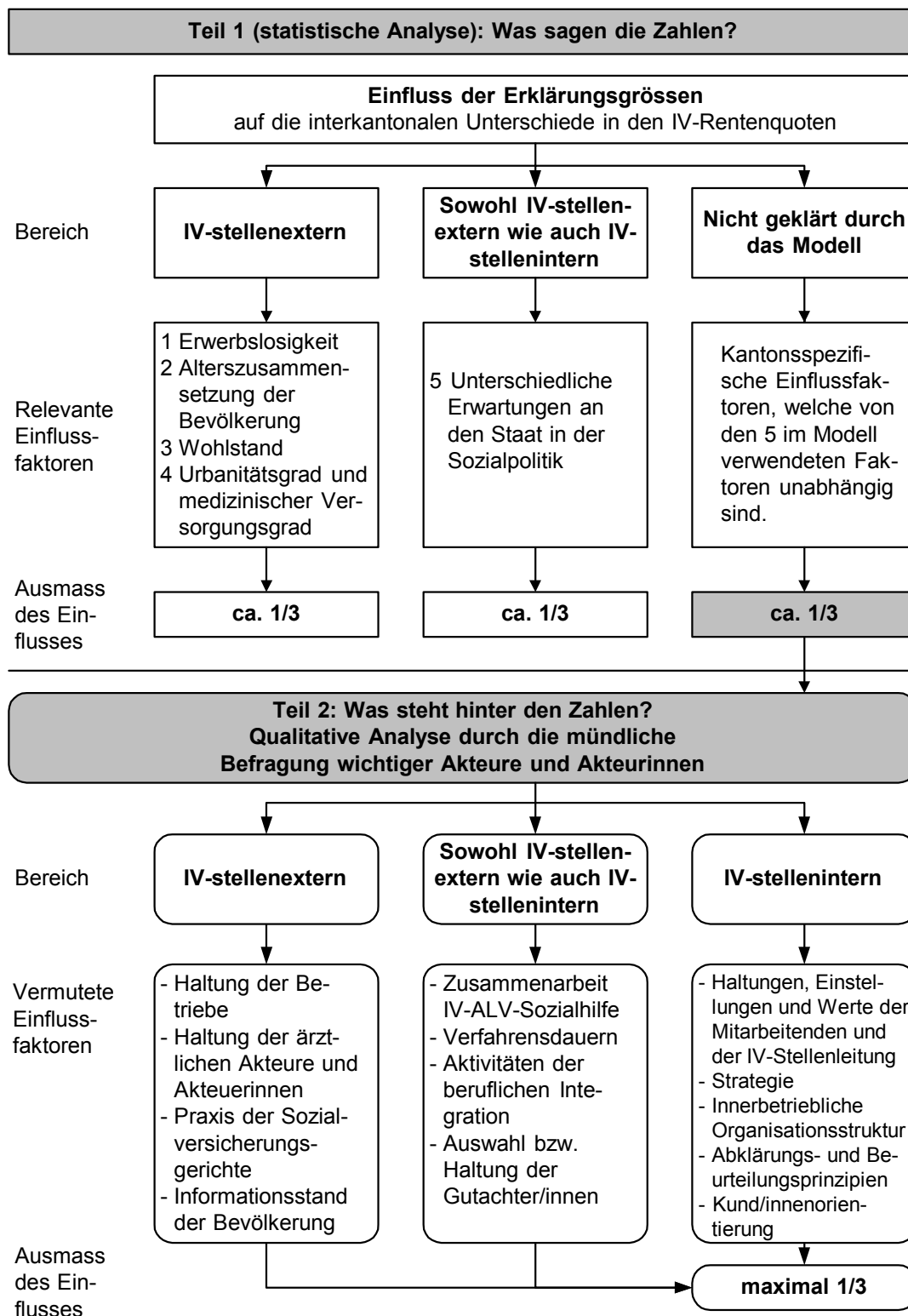
Eine Untersuchung zur Klärung

Die Untersuchung geht der Frage nach, welche Faktoren tatsächlich für die interkantonalen Unterschiede verantwortlich sind. Dabei wurde das Problem von verschiedenen Seiten angegangen, um unterschiedliche Blickwinkel zu berücksichtigen. Im Zentrum steht eine statistische Analyse, welche die interkantonalen Unterschiede für die Zeitperiode von 1990 bis 2000 erklärt. Berücksichtigt werden dabei vor allem IV-stellenexterne Faktoren. Die statistische Untersuchung hat daher Grenzen, weil sie die IV-stelleninternen Faktoren sowie das komplexe Geflecht der Akteure und Akteurinnen zu wenig berücksichtigen kann. Daher wurden in weiteren Untersuchungsteilen ausführliche Interviews mit ausgewählten kantonalen IV-Stellen, mit Fach- und Selbsthilfeorganisationen von Behinderten sowie mit IV-Antragstellenden geführt.

IV-stellenexterne und IV-stelleninterne Ursachen begründen die interkantonalen Unterschiede

Die interkantonalen Unterschiede bei den IV-Rentenquoten lassen sich durch IV-stellenexterne und durch IV-stelleninterne Faktoren erklären sowie durch solche, die in beiden Bereichen wirken (vgl. *Abbildung 1*). Das verwendete statistische Verfahren weist den verwendeten IV-stellenexternen Faktoren einen Erklärungsgehalt von rund einem Drittel zu. Ebenfalls im Umfang von einem Drittel tragen Haltungs- und Einstellungsvariablen der Bevölkerung zur Erklärung bei. Diese wurden für das ganze Kantonsgebiet gemessen. Folglich können sie sowohl ausserhalb wie auch innerhalb der IV-Stellen ihre Wirkung entfalten. Über die Hintergründe des letzten Drittels der Erklärung schweigt sich das verwendete statistische Verfahren aus. Es kann lediglich festgehalten werden, dass weitere systematische interkantonale Unterschiede

Abb.1: Die Erklärungsfaktoren für die interkantonalen Unterschiede bei den IV-Rentenquoten



Quelle: Eigene Darstellung

bestehen – die Unterschiede sind also nicht zufällig – und dass diese Differenzen nicht mit den bereits berücksichtigten Faktoren verbunden sind. Es liegt nahe, Erklärungen für das letzte Drittel teilweise auch innerhalb der IV-Stellen zu suchen. Die Ergebnisse zeigen, dass es tatsächlich Vollzugsdifferenzen zwischen den IV-Stellen gibt, die sich mitunter auch auf die IV-Rentenquote auswirken können. In welchem Ausmass die Vollzugsdifferenzen jedoch für das letzte Drittel der systematischen Unterschiede verantwortlich sind, muss offen bleiben. In Gesprächen mit Fach- und Selbsthilfeorganisationen von Behinderten werden auch weitere Faktoren genannt, welche einen Teil des letzten Drittels ausmachen können (bspw. die Integrationsbereitschaft der Betriebe, die Information der Bevölkerung sowie die interinstitutionelle Zusammenarbeit zwischen der IV, der Arbeitslosenversicherung und der Sozialhilfe).

Bei den statistisch erhärteten *IV-stellenexternen Faktoren* stehen die kantonalen Unterschiede bei der Erwerbslosenquote im Vordergrund (je höher die Erwerbslosigkeit vor 2 Jahren, desto höher ist die aktuelle IV-Rentenquote). Dabei können zwischen der Erwerbslosigkeit und der Invalidenversicherung mehrere Bezüge bestehen: Zum einen ist der Bezug ein direkter, indem krankgeschriebene und langzeiterwerbslose Personen in die IV übertreten können. Zum anderen stellt die Erwerbslosenquote aber auch einen generellen Indikator für den Umstrukturierungsbedarf der kantonalen Volkswirtschaften bzw. für die Bereitschaft der Betriebe, «überzählige» bzw. «leistungsschwächere» Arbeitnehmende zu integrieren, dar.

Im statistisch untersuchten IV-stellenexternen Bereich spielen sodann drei weitere Erklärungsgrössen mit einer ähnlichen Wichtigkeit eine Rolle: Die Alterszusammensetzung der Bevölkerung (je älter, desto höher die IV-Rentenquote), der Wohlstand der Kantone (je finanzstärker, desto geringer die IV-Rentenquote) sowie der Urbanitätsgrad bzw. der Grad der medizinischen Versorgung (je urbaner, desto höher die IV-Rentenquote).

Als zweite Einflussgrösse für die interkantonalen Unterschiede konnten in der statistischen Analyse die unterschiedlichen Erwartungen der Bevölkerung in Bezug auf die Rolle des Staates in der Sozialpolitik identifiziert werden. Hierbei handelt es sich um einen (weichen) Faktor, der *sowohl IV-stellenextern wie auch IV-stellenintern* wirksam ist. Allerdings konnte gezeigt werden, dass die IV-Stellen durchaus fähig sind, eigene Strategien zu entwickeln. Daher ist es auch möglich, dass sie sich von einer in einem Kanton vorherrschenden Erwartungshaltung abweichend differenzieren.

Unterschiedliche Herangehensweisen zur Überprüfung eines Leistungsgesuchs, Organisationsstrukturen und Strategien

Mit zur Erklärung des letzten Drittels der interkantonalen Unterschiede tragen *IV-stelleninterne Faktoren* bei. Ursache für die Unterschiede sind die beträchtlichen Handlungs- und Ermessensspielräume, welche den IV-Stellen zukommen. Diese sind primär begründet durch die Schwierigkeiten im Rahmen der medizinischen und beruflichen Abklärungen (unterschiedliche Krankheitsbegriffe, unklare Krankheitsbilder, teilweise unklare Kausalitäten etc.) sowie der so genannt «hypothetischen Komponenten» der IV (bspw. die Berechnung des Validen- und Invalideneinkommens). Das Ausmass der Handlungs- und Ermessensspielräume ist somit durch die Materie selbst bestimmt – die Abklärung und Beurteilung der Invalidität im Einzelfall – und nicht durch die IV-Stellen verursacht. Innerhalb des gesetzlichen Rahmens besteht jedoch die Möglichkeit einer unterschiedlichen Auslegung der vorhandenen Spielräume. In der Praxis können zwei unterschiedliche *Herangehensweisen zur Überprüfung eines Leistungsbegehrens* beobachtet werden. Die zwei nun vorgestellten Prinzipien reduzieren die Unterschiede auf ihren Kern und sind als «idealtypische» Herangehensweisen zu betrachten, welche in der Praxis kaum in ihrer reinen Form vorkommen.

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

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

In Bezug auf die Frage, wovon es abhängt, wie ein Leistungsbegehren überprüft wird, kann Folgendes festgehalten werden: Je weiter Mitarbeitende von Antragstellenden weg sind, desto eher wird ein «Einzelfall» aus einer «versicherungszentrierten» Perspektive beurteilt. Je näher Mitarbeitende an Antragstellenden sind, desto eher wird ein «Einzelfall» aus der «versichertenzentrierten» Perspektive beurteilt. Aufgrund ihrer Funktion nehmen die Mitarbeitenden der Sachbearbeitung und des medizinischen Dienstes eine eher «versicherungszentrierte», jene in der Berufsberatung jedoch eine eher «versichertenzentrierte» Haltung ein.

Mit welchem Prinzip ein «Fall» abgeklärt und überprüft wird, hängt darüber hinaus in entscheidendem Masse davon ab, wie die Mitarbeitenden und insbesondere die IV-Stellenleitung die *Rolle der Invalidenversicherung* interpretieren. Dabei spielen neben den individuellen Haltungen, Einstellungen und Werten der Beteiligten auch die Organisationsstruktur (innerbetriebliche Arbeitsabläufe sowie Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen den Fachbereichen) und die *strategische Ausrichtung* der IV-Stelle eine wichtige Rolle.

■ Im Zentrum zur *«Strategie zur Erschliessung gesellschaftlicher Ressourcen»* steht der Versuch der IV-Stellen, die Klienten und Klientinnen bei den sozialen Reintegrationsbemühungen möglichst optimal unterstützen zu können. Über den Aufbau eines interinstitutionellen Netzwerkes sollen gesellschaftliche Ressourcen (bspw. Arbeitsplätze) erschlossen werden, die potentiellen Klientinnen und Klienten der IV-Stellen bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden können. Zusätzlich soll durch die ausgebauten Kontakte nach aussen ein «Frühwarnsystem» aufgebaut werden, mit dem die IV-Stellen in der Lage sind, möglichst frühzeitig von Personen zu erfahren, die von einer Invalidität gefährdet sind. Die IV-Stelle versteht sich dabei als Informations- und Beratungszentrum. Die innerbetrieblichen Arbeitsabläufe und die Kompetenzverteilung zwischen den Fachbereichen richtet sich nach deren Zielen aus. Die berufliche Eingliederung wird dabei stärker in den Abklärungs- und Beurteilungsprozess eingebunden und verfügt über mehr Entscheidungskompetenzen als in IV-Stellen, welche nicht in demselben Masse diese Strategie verfolgen.

■ Im Gegensatz zu der *«Strategie zur Erschliessung gesellschaftlicher Ressourcen»* steht bei der *«Strategie zur Vereinheitlichung der ärztlichen Stellungnahmen»* nicht die berufliche Eingliederung, sondern die Abklärung und Beurteilung der medizinisch-juristischen Situation im Zentrum der Aufmerksamkeit. Das Ziel dieser Strategie ist es, die ärztlichen Stellungnahmen zu vereinheitlichen. Die Strategie fusst in der Überzeugung, dass laut Gesetzesauftrag die Hauptaufgabe der Invalidenversicherung bei der medizinischen Abklärung und Beurteilung eines Leistungsbegehrens liegt. Eines der Hauptprobleme, mit dem die IV-Stellen dabei konfrontiert werden, besteht darin, eine möglichst «saubere» Trennung von invaliditätsfremden und invaliditätsbedingten Faktoren zu gewährleisten. Da dies aber umso schwieriger wird, je länger das Abklärungsverfahren dauert und je komplexer ein Fall ist, müssen bessere Rahmenbedingungen für die Lösung dieser Probleme geschaffen werden. Die Komplexität eines Falles und die Dauer des

Abklärungsverfahren können zur Folge haben, dass der Druck auf die IV-Stelle, eine Leistung zuspreschen zu «müssen», zunimmt. Gleichzeitig werden die internen Handlungsspielräume zur Steuerung eines Falles laufend eingeschränkt, da detailliertere Abklärungen ein zunehmend komplexeres Krankheitsbild zur Folge haben, was wiederum die Trennung von invaliditätsbedingten und invaliditätsfremden Faktoren schwieriger macht. Es sind die Mitarbeitenden der Sachbearbeitung und des medizinischen Dienstes, welche einen «Fall» massgeblich steuern. Sie sind mit mehr Entscheidungskompetenzen ausgestattet als die Mitarbeitenden der beruflichen Eingliederung. Im Kern der Strategie geht es denn auch darum, der IV-Stelle mit Hilfe von fachlicher (medizinisch-versicherungstechnischer) Kompetenz zu ermöglichen, den Spielraum für externe Ärzte und Ärztinnen bei der medizinischen Abklärung einzuschränken. Die IV-Stelle soll sich mit Hilfe dieser Strategie u.a. zu einem «Kompetenzzentrum für versicherungsmedizinische Abklärungen» entwickeln können.

Die Aussenperspektive der Fach- und Selbsthilfeorganisationen bestätigt die in der Analyse der IV-Stellen aufgezeigten Abweichungen und stützt die Vermutung, wonach auch IV-stelleninterne Gründe für interkantonale Unterschiede verantwortlich sind. Die Arbeit der IV-Stellen wird als sehr unterschiedlich wahrgenommen, und es wird von eher «versicherungsfreundlichen» und eher «versichertenfreundlichen» Haltungen und Unterschieden in Bezug auf Fach- und Sozialkompetenz der Mitarbeitenden berichtet. Den Stellen werden trotz zentraler Vorgaben recht grosse Handlungs- und Ermessensspielräume zugesprochen, die der Haltung entsprechend genutzt werden. Auch in Bezug auf die Kunden/innenorientierung (Umgang mit Antragstellenden, Informationspolitik, Zugänglichkeit als Institution etc.) werden Unterschiede beobachtet. Inhaltlich werden die grössten Differenzen im Bereich der beruflichen Eingliederung und bei den Abklärungen vor Ort gesehen.

Weiter lassen sich aus der Aussenperspektive der Organisationen eine Reihe von Erklärungsfaktoren aufzeigen, welche Schnittstellen betreffen, also sowohl IV-stellenintern als auch -extern anzusiedeln sind. Dazu gehört die Haltung der Betriebe in Bezug auf die berufliche Eingliederung bzw. Ausgliederung von «nicht voll leistungsfähigen» Personen, die verbunden mit der Arbeitsverrichtung der IV-Stelle wesentlich Einfluss nehmen kann. Ähnliches gilt für ärztliche Akteurinnen und Akteure, deren Haltung und Wissen in Bezug auf IV-relevante Fragestellungen als sehr unterschiedlich beschrieben wird. Je nach Verhalten der IV-Stellen (Stellenwert von Berichten von Hausärzten und -ärztinnen, Vorgehen bei der Wahl der Gutachterinnen und Gutachter etc.) ergeben sich auch hier wesentliche Differenzen. Ebenfalls im Schnittstellenbereich anzusiedeln ist die von den Befragten als zu lang kritisierte Verfahrensdauer, die sich kantonal unterscheidet und vielfältig bedingt ist. Einfluss nehmen sowohl eher externe (Wartezeiten bei medizinischen Abklärungen, Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Versicherungen etc.) als auch IV-stelleninterne Faktoren (Fluktuation, Arbeitsorganisation, Qualifikation der Mitarbeitenden etc.). Entscheidend kann auch die Schnittstelle zwischen IV, Arbeitslosenversicherung und Sozialdiensten in einem Kanton sein.

Aufgrund der Perspektive der Betroffenen zeigten sich zwischen den drei näher untersuchten Kantonen keine systematischen Unterschiede. Das heisst, dass sich die aufgrund der bisher dargestellten Resultate vermuteten Faktoren auf der Ebene der Betroffenen nicht spiegeln, obwohl sie dies erwartungsgemäss eigentlich tun sollten. Dies erstaunt und bleibt erklärungsbedürftig.

Die geschilderte «Drittelsregel», die ein Ergebnis der Forschungen darstellt, bildet die Situation von 24 Kantonen sehr gut ab. Die Kantone *Basel-Stadt und Genf* fügen sich aber nur bedingt in dieses Muster ein und stellen somit statistische Ausreisser dar. Im Kanton Basel-Stadt wird die IV-Rentenquote mit dem ent-

wickelten statistischen Modell stark unterschätzt, im Kanton Genf stark überschätzt. In diesen beiden Kantonen beträgt das Gewicht der IV-stellenexternen Faktoren rund 48 Prozent (gegenüber 33% bei den übrigen Kantonen) und dasjenige der Erwartungshaltungen der Bevölkerung rund 2 Prozent (gegenüber 33%). Der Anteil der systematischen Unterschiede zwischen den Kantonen, deren Hintergrund im statistischen Modell nicht erfasst sind, beträgt somit 50 Prozent (gegenüber 33%). In diesen Kantonen dürften somit Sonderfaktoren eine Rolle spielen (bspw. die Veränderung der Wohnbevölkerung) oder die IV-stelleninternen Faktoren gewichtiger sein.

Fazit

Wir kommen zum Schluss, dass sich die bestehenden interkantonale Unterschiede innerhalb der Invalidenversicherung mit den berücksichtigten IV-stellenexternen und IV-stelleninternen Faktoren gut erklären lassen. Allerdings bleibt eine beträchtliche Unsicherheit über die quantitative Bedeutung der IV-stelleninternen Erklärungsfaktoren bestehen. Maximal sind die IV-stelleninternen Faktoren für einen Drittel der interkantonalen Differenzen verantwortlich. Mit Blick auf weitere genannte Faktoren dürfte dieser Anteil in der Realität aber tiefer liegen.

Es gibt keine einfachen Massnahmen, welche rasch und kostengünstig einen homogeneren Vollzug ermöglichen würden. Vielmehr konnte aufgezeigt werden, dass eine Vollzugshomogenisierung Massnahmen in unterschiedlichen Handlungsfelder erfordert, die teilweise erst mittel- und langfristig ihre Wirkungen entfalten werden. Allerdings gilt es explizit festzuhalten, dass ein homogenerer Vollzug als heute möglich ist. Bspw. ist es erstaunlich, dass IV-Stellen im Rahmen einer nationalen Versicherung sehr unterschiedliche Vollzugsstrategien wählen können. Eine vollständige Vollzugshomogenisierung dürfte dagegen auch mit sehr starken Massnahmen (bspw. mit einer Zentralisierung des Vollzugs) kaum zu erreichen sein, weil interkantonal unterschiedliche Haltungen, Werte und Einstellungen – ein wichtiger Faktor für die interkantonalen Unterschiede – nach wie vor bestehen. Im Bereich der beruflichen Massnahmen ist ein vollständig homogener Vollzug auch inhaltlich nicht erwünscht. Vielmehr könnte dieser Bereich analog zu den Regionalen Arbeitsvermittlungszentren in der Arbeitslosenversicherung mit Wirkungszielen gesteuert und der Weg zur Erreichung der vorgegebenen Ziele (also der Vollzug) den lokalen Behörden überlassen werden. Allerdings wird eine enge Abstimmung zwischen dem Bereich der beruflichen Massnahmen und den Rentenabklärungen auch in Zukunft nicht zu umgehen sein. Ein homogenerer Vollzug ist nicht kostenlos zu haben. Daher wird es das Ziel der Homogenisierung auch gegen andere Reformziele der Invalidenversicherung abzuwägen gelten.

Die IV-Stellen wurden im Zusammenhang mit den beträchtlichen interkantonalen Differenzen bei der IV-Rentenquote in jüngster Zeit stark kritisiert. Die vorliegende Untersuchung stellt nun Grundlagen bereit, um die Arbeit der IV-Stellen vor dem Hintergrund der anderen Ursachen interkantonaler Unterschiede zu würdigen. Dabei wird deutlich, dass höchstens ein Drittel – in der Realität wohl noch weniger – der systematisch erklärbaren interkantonalen Differenzen auf Faktoren zurückzuführen sind, die von den IV-Stellen direkt oder indirekt beeinflusst werden können. Der grössere Teil der Unterschiede ist somit nicht im Einflussbereich der IV-Stellen. Die Analyse der IV-Stellen selbst ergab weiter, dass sich alle untersuchten IV-Stellen gesetzeskonform verhalten und ihre Arbeit engagiert ausführen. Allerdings enthält ihre Arbeit beträchtliche Handlungs- und Entscheidungsspielräume, die – je nach Grundhaltung («versichertenzentriert» vs. «versicherungszentriert») – anders ausgelegt werden. Kritischere Bemerkungen zur Arbeit der IV-Stellen gab es von den Befragten der Fach- und Selbsthilfeorganisationen Behinderter. Gemäss ihrer

Wahrnehmung gibt es neben den Grundhaltungsunterschieden durchaus auch eine Reihe von organisatorischen Mängeln (bspw. hohe Fluktuationen, mangelnde Kompetenzen etc.), welche behoben werden sollten.

Verantwortlich für einen homogenen Vollzug ist zum einen der Gesetzgeber, der die Organisation der Versicherung bestimmt (bspw. die kantonale Organisationsfreiheit), die Handlungs- und Entscheidungsspielräume mit beeinflusst sowie die Instrumente definiert, die der Aufsichtsbehörde für das Erreichen eines homogenen Vollzugs zur Verfügung stehen. Zum anderen steht auch das Bundesamt für Sozialversicherung, das von Fach- und Selbsthilfeorganisationen von Behinderten teilweise stark kritisiert wurde, als Aufsichtsbehörde in der Verantwortung.