

## 1 Verhinderung von "nicht zustehenden Leistungen"

### Begriffsklärung und Ausgangslage

Aus einer Vielzahl von Gründen kann es dazu kommen, dass Versicherten Leistungen zugesprochen werden, auf welche sie eigentlich keinen Anspruch hätten. Dafür wird der Oberbegriff "nicht zielkonforme Leistungen" angewendet. Er lässt sich in zwei Unterkategorien differenzieren: "Versicherungsbetrug" und "nicht zustehende Leistungen". Im Gegensatz zum Versicherungsbetrug kommt den **nicht zustehenden Leistungen keine strafrechtliche Relevanz** zu. Bei dieser Kategorie werden **system- oder prozessbedingt** fälschlicherweise Leistungen zugesprochen oder Leistungen in einem zu grossen Ausmass gewährt, ohne dass die versicherte Person absichtlich darauf hingewirkt hat. Den nicht zustehenden Leistungen liegt mit anderen Worten keine kriminelle Energie der Versicherten zu Grunde. Es geht viel mehr um ein ungewolltes Zusammenspiel von Puzzlesteinen, das zu einem „falschen“ Entscheid führt.

Grundsätzlich bedingt jedes bei der IV hängige Leistungsbegehren eine detaillierte **Abklärung im Einzelfall**. Dank **konsequenten Abklärungen** durch die IV-Stellen und die **Ausschöpfung aller Instrumente** können falsche Entscheide heute schon zu einem beachtlichen Teil vermieden werden. Beispielsweise können die IV-Stellen von allen beteiligten Ärzten Berichte und Auskünfte über den Gesundheitszustand und die Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit verlangen. Sie können Gutachten bei Spezialärzten in Auftrag geben und Abklärungen vor Ort vornehmen sowie die versicherte Person zur Auskunftserteilung einladen. Eine Abklärung vor Ort kann auch ohne Anmeldung erfolgen, um in besonderen Fällen authentischere Informationen zu erhalten, als wenn die Abklärung auf Voranmeldung geschieht.

Ausserdem haben die IV-Stellen die Möglichkeit die Leistungsberechtigung jederzeit mit einer Revision erneut zu prüfen, wenn sich der zu Grunde liegende Sachverhalt erheblich verändert hat. Gegebenenfalls können die IV-Stellen Leistungen kürzen oder verweigern.

### 5. IV-Revision senkt Wahrscheinlichkeit "nicht zustehender Leistungen" deutlich

Die 5. IV-Revision sieht eine Reihe von neuen Massnahmen vor, mit welchen die Wahrscheinlichkeit nicht zustehender Leistungen weiter massiv gesenkt werden kann:

- Einen Teil der 5. IV-Revision bilden die auf 1. Juli 2006 in Kraft getretenen **Massnahmen zur Verfahrensbeschleunigung** in der IV (Vorbescheidsverfahren, Kostenpflicht des Gerichtsverfahrens, beschränkte Überprüfungsbefugnis des Bundesgerichts). Ein rascheres Verfahren ist wichtig, um bei (teilweise) ablehnenden Entscheiden die Chancen auf eine Reintegration in den Arbeitsmarkt möglichst intakt zu halten (keine Chronifizierung und Resignation).
- Die **Früherfassung** invaliditätsgefährdeter Versicherter ist absolut zentral, um Dekonditionierung, falsche Erwartungshaltungen und Chronifizierungen bei den Versicherten zu vermeiden. Die neuen **Frühinterventionsmassnahmen** sollen gleichzeitig möglichst den Arbeitsplatz beim bisherigen Arbeitgeber erhalten. Der bisherige Arbeitgeber wird in der Regel ein grösseres Engagement aufbringen als ein neuer Arbeitgeber, er hat meist ein Interesse am betrieblichen Know-how des Versicherten und wird eher bereit sein, Anpassungen am Arbeitsplatz und beim Pensum des Versicherten vorzunehmen. Dadurch soll ein Abgleiten in die Krankheit und damit eine unnötige Invalidität verhindert werden
- Die 5. IV-Revision legt das Gewicht insgesamt auf eine **verstärkte Eingliederung** und somit auf die Vermeidung unnötiger Invaliditäten. Der Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ wird neu im Gesetz ausdrücklich genannt, indem eine Rente nur noch zugesprochen werden kann, wenn keine Eingliederung mehr erreicht werden kann. Für die Eingliederung von psychisch behinderten Personen stehen neu die **Integrationsmassnahmen** zur Verfügung, welche die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit trainieren und die versicherte Person für die Integration in der freien Wirtschaft vorbereiten.
- Der **Zugang zur Rente** wird mit der 5. IV-Revision **erschwert**. Neben der konsequenten Anwendung des Grundsatzes „Eingliederung vor Rente“ sollen durch eine strengere, aber faire

Beurteilung der gesundheitsbedingten Einschränkungen Anreize korrigieren werden, welche es bislang unter Umständen attraktiv machten, mit einer IV-Rente zu leben statt im Rahmen der Möglichkeiten erwerbstätig zu bleiben oder wieder erwerbstätig zu werden. So darf nur diejenige Erwerbsunfähigkeit für eine Invalidität berücksichtigt werden, welche direkt auf einen Gesundheitsschaden zurückzuführen ist (strikte Kausalität, keine Berücksichtigung invaliditätsfremder Gründe wie beispielsweise Alter oder fehlende Sprachkenntnisse). Zudem kann neu nur dann von Erwerbsunfähigkeit gesprochen werden, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist, also jemandem objektiv nicht zugemutet werden kann trotz der gesundheitlichen Probleme einer Arbeit nachzugehen.

- **Verschärfung der Zumutbarkeit:** Eingliederungserfolge sind abhängig von raschem Handeln. Es ist wichtig, Massnahmen möglichst schnell beginnen zu können, ohne zuvor lange auszuhandeln, ob eine Massnahme einer versicherten Person zumutbar ist oder nicht. Als zumutbar gilt daher neu jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten Person dient. Der gesundheitlichen Beeinträchtigung wird dabei selbstverständlich weiterhin Rechnung getragen.
- **Verstärkung der Mitwirkungspflicht:** Damit das Ziel der Eingliederung realistisch wird, müssen die Versicherten selber aktiv an den Massnahmen der IV mitwirken und eine ihrer Restarbeitsfähigkeit entsprechende Stelle suchen. Die Schadenminderungs- und Mitwirkungspflichten der versicherten Person werden aus diesem Grund konkretisiert. Die einzelnen Pflichten, denen eine versicherte Person nachzukommen hat, sind neu ausdrücklich im Gesetz geregelt, ebenso die Möglichkeiten der Sanktion bei Verletzung dieser Pflichten wie zum Beispiel Kürzung oder Verweigerung von Geld- oder Sachleistungen.
- Neu legt der **Regionale ärztliche Dienst RAD** die für die Invalidenversicherung massgebende **funktionelle Leistungsfähigkeit** einer versicherten Person fest. Die behandelnden Ärzte kennen zwar ihre Patienten am besten, sind aber aufgrund des wirtschaftlichen und persönlichen Arzt-Patienten-Verhältnisses und des kurativen (nicht versicherungsmedizinischen) Ansatzes tendenziell nicht neutral. Es ist daher wichtig, dass die Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit durch einen Versicherungsarzt nach versicherungsmedizinischen Gesichtspunkten erfolgt.
- **Interinstitutionelle Zusammenarbeit:** Eine funktionierende Koordination zwischen Invalidenversicherung, Unfallversicherung, Kranken bzw. Krankentaggeldversicherung, Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe ist zentral, wenn man die Versicherten möglichst rasch in die Obhut der richtigen Leistungserbringer bringen will. Auch damit sollen Dekonditionierung, falsche Erwartungshaltungen und Chronifizierungen vermieden werden. Ausserdem vermag eine gute interinstitutionelle Zusammenarbeit mehrfache Zahlungen verschiedener Leistungserbringer für denselben Schaden zu vermeiden. Die interinstitutionelle Zusammenarbeit wird mit der 5. IV-Revision intensiviert und auf den Bereich der Früherfassung und Frühintervention ausgedehnt.