



Invalidenversicherung: Zahlen und Fakten 2012

Erfolgreiche Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs in der IV

Im Jahr 2012 hat die IV in 2290 Fällen Ermittlungen wegen Verdachts auf Versicherungsmissbrauch aufgenommen. 2020 Ermittlungen wurden abgeschlossen. Dabei bestätigte sich der Verdacht in 400 Fällen, was eine Herabsetzung oder Aufhebung der Rentenleistung, resp. die Nichtzusprache einer Neurente zur Folge hatte. Damit konnten insgesamt umgerechnet 300 ganze Renten eingespart werden. Daraus resultiert eine hochgerechnete Gesamteinsparung der IV von rund 120 Mio. Franken, bei Kosten von 7,5 Mio.

Im vergangenen Jahr wurden in der IV 2290 Dossiers an die Betrugsbekämpfungs-Spezialistinnen und -Spezialisten zu weiteren Abklärungen und Ermittlungen weitergeleitet. Hinzu kommen 1850 Ermittlungen, die Ende 2011 noch nicht abgeschlossen waren. Somit waren im Jahr 2012 insgesamt 4140 Fälle von Missbrauchsverdacht in Bearbeitung. In 490 dieser Fälle wurde eine Observation eingeleitet.

2020 Fälle konnten im Jahr 2012 abgeschlossen werden, davon 220 nach einer Observation. In 400 Fällen konnte ein Versicherungsmissbrauch, also das bewusste Erschleichen einer Leistung bis hin zum Betrug im strafrechtlichen Sinne nachgewiesen werden, bei 70 Fällen davon auf Grund einer Observation. Dank dieser konsequenten Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs (BVM) werden nun umgerechnet 300 ganze Renten weniger ausbezahlt. Dies entspricht einer Ausgabenreduktion von rund 7,6 Mio. Franken pro Jahr oder hochgerechnet einer Einsparung von insgesamt rund 120 Mio. Franken (berechnet auf der Basis des durchschnittlichen Betrages einer ordentlichen IV-Rente und der Bezugsdauer bis zum Erreichen des AHV-Rentenalters). Die Kosten der IV für die BVM 2012 beliefen sich auf rund 7,5 Mio. Franken (6,8 Mio. Franken für Personal, 0,7 Mio. Franken für Observationen). Entlastungen, die sich bei den Ergänzungsleistungen zur IV oder bei Invalidenrenten der zweiten Säule ergeben, sind bei den genannten Einsparungen nicht berücksichtigt. In 44 Fällen haben die IV-Stellen unrechtmässig bezogene Leistungen zurückgefordert, und in 60 Fällen wurde Strafanzeige erstattet.

Die konsequente und koordinierte Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs ist die Voraussetzung dafür, dass in der IV keine ungerechtfertigten Leistungsbezüge vorkommen und hat je länger je mehr auch eine nicht zu unterschätzende präventive Wirkung. Damit können die Bürgerinnen und Bürger sowie Beitrags- und Steuerzahlenden Vertrauen in die korrekte Durchführung der Versicherung haben.

Wie die Zahlen 2012 zeigen, hat sich die Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs und -betrugs in den IV-Stellen etabliert. Diese sind in der Lage, mit gut ausgebildeten Spezialistinnen und Spezialisten entsprechenden Hinweisen (z.B. Unstimmigkeiten in den Akten, Hinweise von anderen Versicherungen, Kontrollorganen zur Bekämpfung von Schwarzarbeit, der Bevölkerung) nachzugehen und sie professionell abzuklären. Die IV-Stellen überprüfen grundsätzlich jeden Hinweis auf möglichen Versicherungsbetrug, unabhängig davon, ob die Quelle bekannt ist oder der Hinweis anonym erfolgte. Diese Abklärungen führen in den meisten Fällen dazu, dass die in Verdacht geratenen Versicherten vom Vorwurf des Versicherungsmissbrauchs befreit werden und nur in 20 Prozent der untersuchten Fälle tatsächlich ein Versicherungsmissbrauch nachgewiesen wird.

Im Sozialversicherungsbereich ist die Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs längstens nicht mehr nur ein Thema für die Invalidenversicherung. Auf Grund der in der Invalidenversicherung gewonnenen Erfahrung profitieren immer mehr auch andere Sozialversicherungen (z.B. Ergänzungsleistungen, 2. Säule) einerseits von den erzielten Resultaten und andererseits von den praktischen Erfahrungen.



Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs 2012: Übersichtstabelle

	2012		2011		2010		2009	
	Total	davon mit Observation	Total	davon mit Observation	Total	davon mit Observation	Total	davon mit Observation
Pendent zu Jahresbeginn	1'850	370	1'400	230	2'060	190	640	60
Neu eingegangen	2'290	120	2'520	180	2'250	150	2'550	150
Abgeschlossen	2'020	220	2'250	260	2'010	160	1'180	90
Verdacht bestätigt (Anzahl Fälle)	400	70	320	70	300	40	240	30
Nicht zugesprochene, entzogene oder gekürzte Renten (auf ganze Renten umgerechnet)	300	60	270	60	220	30	180	20
Ausgabenreduktion pro Jahr	7,6 Mio. Fr.	1,5 Mio. Fr.	6,9 Mio. Fr.	1,5 Mio. Fr.	5,6 Mio. Fr.	0,8 Mio. Fr.	4,6 Mio. Fr.	0,5 Mio. Fr.
Eingesparte Rentenleistungen (hochgerechnet)	rund 120 Mio. Fr.	rund 23,8 Mio. Fr.	rund 100 Mio. Fr.	rund 22 Mio. Fr.	rund 80 Mio. Fr.	rund 12 Mio. Fr.	rund 66 Mio. Fr.	rund 8 Mio. Fr.



Hintergrund: Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch (BVM) in der Invalidenversicherung

Was ist Versicherungsmissbrauch?

In jeder Versicherung kann es aus verschiedenen Gründen dazu kommen, dass versicherte Personen Leistungen zugesprochen erhalten, auf welche sie eigentlich gar keinen Anspruch hätten. Versucht eine versicherte Person mit Absicht und unter Aufwendung von krimineller Energie eine Leistung der Invalidenversicherung zu erlangen, ohne dass sie die dazu notwendigen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt, oder gelingt ihr dies, so begeht sie einen Betrug an der Versicherung, der auch strafrechtliche Folgen haben kann. Als typische Beispiele können etwa aufgeführt werden:

- Simulation eines Gesundheitsschadens mit der Absicht, den Arzt oder die Ärztin derart zu täuschen, dass diese/r ein „falsches“ Arzteugnis ausstellt
- falsche Angaben oder Unterschlagung von Angaben gegenüber der Versicherung, um eine nicht zustehende Leistung oder eine höhere Leistung als eigentlich zustehend zu erhalten (z.B. Aufnahme einer Arbeit, Höhe des erzielten Einkommens)
- Inszenierung von Unfällen mit der Absicht, Versicherungen zu betrügen
- Bedrohung, Erpressung oder Bestechung von Dritten mit der Absicht, dadurch direkt eine Versicherungsleistung zu erhalten oder einen Sachverhalt zu erzwingen, welcher zu Versicherungsleistungen Anspruch gibt
- Urkundenfälschung.

Das ordentliche Abklärungsverfahren in der IV

Nach Eingang einer Anmeldung prüft die IV-Stelle zunächst, ob die Voraussetzungen für den Anspruch auf Leistungen der IV erfüllt sind. Die IV-Stelle holt alle Auskünfte ein, die für die Abklärung des Gesundheitszustandes, der Erwerbssituation oder einer nicht entlohnten Tätigkeit der versicherten Person notwendig sind. Fachpersonen der beruflichen Eingliederung, der Arbeitsvermittlung, der Abklärungsstellen, Sachbearbeitende sowie Ärztinnen und Ärzte des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) wirken bei der Abklärung und der Entscheidungsfindung mit. Die IV-Stelle arbeitet zudem mit den anderen betroffenen Sozial- und Privatversicherungen zusammen.

Die Ärzte und Ärztinnen des RAD prüfen die medizinischen Anspruchsvoraussetzungen. Bei Bedarf untersuchen sie die versicherte Person. Allenfalls können die IV-Stellen zusätzliche ärztliche Unterlagen und Gutachten von Fachärzten verlangen oder Untersuchungen in einer medizinischen Abklärungsstelle veranlassen. Um die Situation der versicherten Person besser einschätzen zu können, kann zudem eine Abklärung an Ort und Stelle verlangt werden. Dies gilt insbesondere bei Selbständigerwerbenden, bei teilweise oder ganz im Haushalt tätigen Versicherten sowie bei der Prüfung des Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung und gewisse Hilfsmittel.

Neuausrichtung der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch

Seit dem Inkrafttreten der 5. IVG-Revision am 1. Januar 2008 bestehen in der IV die notwendigen gesetzlichen Grundlagen, damit gegen Personen, bei welchen ein Betrugsverdacht besteht, verdeckte Ermittlungen, sprich Observationen durchgeführt werden können. Diese Ergänzung des Gesetzes wurde zum Anlass genommen, die Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch in der IV neu auszu-

richten bzw. neu aufzubauen und es wurde ein einheitliches Konzept entwickelt, welches seit dem 1. August 2008 in den IV-Stellen umgesetzt wird.

Das Betrugsmanagement wurde in der IV nicht neu erfunden, zumal die Privatversicherer bereits über mehrjährige Erfahrungen in diesem Sektor verfügen. Das Konzept der IV orientierte sich deshalb an den Instrumenten und Abläufen in den Privatversicherungsgesellschaften und lässt sich grob in folgende vier Phasen unterteilen:

- Erkennen von Verdachtsfällen
- Vertiefte Abklärungen und Ermittlungen
- Observationen
- Versicherungs- und strafrechtliche Massnahmen

Erkennen von Verdachtsfällen

Auf Grund von Unstimmigkeiten im Dossier (z.B. widersprüchliche medizinische Angaben), Hinweisen von anderen Versicherungen (Krankentaggeld, Unfall, Haftpflicht, Pensionskassen), aber auch von Dritten (Kontrollorganen zur Bekämpfung von Schwarzarbeit, Bevölkerung) werden aus der Masse der IV-Dossiers jene Fälle herausgefiltert, die auf eine missbräuchliche Inanspruchnahme von IV-Leistungen hindeuten und bei denen eine genauere Überprüfung angezeigt erscheint. Dieser Filter zur Erkennung von möglichem Versicherungsbetrug wird grundsätzlich bei allen Neurentengesuchen und bei den Rentenrevisionen eingesetzt.

Die IV-Stellen überprüfen grundsätzlich jeden Hinweis auf möglichen Versicherungsmissbrauch, unabhängig davon, ob die Quelle bekannt ist oder der Hinweis anonym erfolgte. Die Hinweise werden vertraulich behandelt, und der Datenschutz wird selbstverständlich gewahrt. Das heisst u.a., dass Privatpersonen, die der IV einen Verdacht melden, keinerlei Rückmeldung, z.B. über das Resultat der Überprüfung oder die eingeleiteten Massnahmen, erhalten.

Vertiefte Abklärungen und Ermittlungen

Dossiers mit Betrugsverdacht werden von den IV-Stellen zur näheren Abklärung (z.B. Einholen von Einkommensdaten, „googeln“, unangemeldeter Besuch bei den Versicherten, Umfeldabklärungen) an Betrugsbekämpfungs-Spezialisten weitergeleitet.

Ein sehr wichtiges Element in der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch ist die Zusammenarbeit der IV mit anderen in den Fall involvierten Versicherungen wie beispielsweise der Unfall-, der Krankentaggeld- oder der Haftpflichtversicherung, aber auch der beruflichen Vorsorge. Nicht selten haben diese Versicherer auch bereits Massnahmen im Rahmen der BVM eingeleitet oder verfügen schon über Abklärungs- oder Beweisergebnisse, welche sich die IV zu Nutze machen kann.

Sofern es nicht gelingt, den Missbrauch nachzuweisen, sich aber der Verdacht auf Missbrauch erhärtet hat, kann als letzte Möglichkeit eine Observation eingeleitet werden, um Beweise zu sichern.

Observation

Die Observation einer versicherten Person berührt den Schutzbereich der persönlichen Freiheit bzw. den Schutz der Privatsphäre. Ein solcher Grundrechtseingriff ist daher nur zulässig, wenn eine gesetzliche Grundlage dazu vorhanden ist, ein öffentliches Interesse vorliegt und der Eingriff verhältnismässig ist (vgl. hierzu etwa BGE 135 I 169 Erw. 4.4).

Die gesetzliche Grundlage für Observationen in der IV bildet einerseits Art. 43 i.V.m. Art. 28 Abs. 2 ATSG, andererseits aber auch der mit der 5. IV-Revision neu geschaffene Art. 59 Abs. 5 IVG. Dies wurde mittlerweile auch vom Bundesgericht mehrfach so bestätigt (vgl. hierzu nur BGE 137 I 327 Erw. 5.1 und 5.2).

Das öffentliche Interesse liegt laut Bundesgericht darin, nur geschuldete Leistungen zu erbringen, um die Gemeinschaft der Versicherten nicht zu schädigen (BGE 137 I 327 Erw. 5.3, BGE 129 V 323 Erw. 3.3.3).

Wichtig ist auch, dass für den Entscheid zu einer Observation konkrete Anhaltspunkte vorliegen müssen, die Zweifel an den geäusserten gesundheitlichen Beschwerden oder der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit aufkommen lassen (vgl. auch hierzu BGE 137 I 327 Erw. 5.4.2 f.).

All diese Anforderungen führen dazu, dass eine Observation grundsätzlich nur dann angewendet wird, wenn es um hohe Leistungen (z.B. Renten), um kurze Beobachtungszeiträume, um eine hohe Aussagekraft der gesuchten Beweise und um Beobachtungen im öffentlichen Raum geht.

Eine Observation setzt erfahrenes, qualifiziertes Personal voraus. Daher werden, wie auch in der Privatassekuranz üblich, Observationsaufträge an entsprechend qualifizierte Ermittlungsfirmen vergeben, oder die IV arbeitet mit der Polizei zusammen.

Versicherungs- und strafrechtliche Massnahmen

Kann ein Versicherungsmissbrauch oder gar Betrug nachgewiesen werden, stellt die IV-Stelle die Rentenzahlung ein und fordert unrechtmässig bezogene Leistungen zurück. Entsprechend den festgestellten und auch nachgewiesenen Verfehlungen wird die IV auch Strafanzeige erstatten, wodurch die Strafuntersuchungsbehörden aktiv werden.

BVM im Ausland

Alle Neurentengesuche und Rentenrevisionen von Versicherten im In- wie im Ausland werden mit dem oben umschriebenen Verfahren auf möglichen Versicherungsmissbrauch hin überprüft. Observationen im Ausland wurden bisher lediglich in Kosovo und in Thailand durchgeführt, da die praktische Machbarkeit in diesen Staaten mit Pilotversuchen getestet worden war.

Observationen im Ausland werden selbstverständlich nur im Rahmen des geltenden internationalen Rechtes und des im betreffenden Staat geltenden Rechtes abgewickelt. Zudem wird aus Gründen der Souveränität für Observationen im Ausland der entsprechende Staat jeweils im Hinblick auf sein Einverständnis vorab informiert. Zudem ist die Schweiz bestrebt, in neue Sozialversicherungsabkommen eine Klausel aufzunehmen, die eine Betrugsbekämpfung im Rahmen des oben umschriebenen Konzeptes erlaubt.

Auskunft: Tel. 031 322 91 60
Ralf Kocher, Leiter Rechtsdienst
Geschäftsfeld Invalidenversicherung
ralf.kocher@bsv.admin.ch

Tel. 031 322 92 11
Harald Sohns, stv. Leiter Kommunikation
kommunikation@bsv.admin.ch

Hinweis: Die Zeitschrift "Soziale Sicherheit CHSS" 2/2013 des BSV enthält einen Schwerpunkt zum Thema "Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs":
www.bsv.admin.ch/chss