

Der Abklärungsprozess in der Invalidenversicherung bei Rentenentscheiden

Führen gesundheitliche Probleme dazu, dass eine Person ihre Arbeit nicht mehr ausführen kann, prüft die Invalidenversicherung, ob eine Eingliederung möglich ist oder ein Rentenanspruch vorliegt. Die Abklärung muss präzise und zügig erfolgen, damit keine Eingliederungspotenziale versäumt werden. Ein Projekt des Forschungsprogramms FoP2-IV geht der Frage nach, wie die IV-Stellen den Prozess so gestalten können, dass Rentenentscheide medizinisch fundiert, rechtmässig und rasch getroffen werden.



Jürg Guggisberg

Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien



Heidrun Karin Becker

Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften

Es gehört zu den Aufgaben der Invalidenversicherung (IV), Personen mit gesundheitlichen Problemen rasch und unkompliziert bei ihrer Eingliederung zu unterstützen und einen möglichen Rentenanspruch zu prüfen. Die medizinische und berufliche Abklärung spielen dabei eine zentrale Rolle. Zugunsten einer Eingliederung gilt es, rasch vorzugehen und die auf dem Arbeitsmarkt einsetzbaren Ressourcen im engen Austausch mit der versicherten Person, den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) abzuklären. Die IV-Stellen befinden sich

in den Abklärungsverfahren im Spannungsfeld zwischen verschiedenen Anforderungen: Präzision, Ressourcenorientierung und Transparenz begünstigen eine sorgfältige, den gesetzlichen Anforderungen entsprechende Entscheidung, erfordern aber andererseits Zeit und steigern Kosten. Im ungünstigen Fall kann ein zu langer Abklärungsprozess die Wiedereingliederung erschweren. Es liegt deshalb im Interesse der Versicherten, der IV und der Arbeitgeber, dass die Prozesse situationsgerecht verlaufen und Verzögerungen durch Beschwerden und Gerichtsverfahren vermieden werden.

Ziele und Fragestellungen

Ziel der Studie war es, die zentralen Elemente des Abklärungsverfahrens zu identifizieren und ihr Zusammenspiel abzubilden. Im Zentrum der Untersuchungen stand der Abklärungsprozess von versicherten Erwachsenen mit einem erstmaligen Rentenentscheid. Mit der Identifizierung von Erfolgsfaktoren, Hindernissen, Good Practice sowie Möglichkeiten zur Verbesserung der Abklärungspraxis wurde ein Beitrag zur strategischen und praktischen Optimierung des IV-Abklärungsverfahrens geleistet.

Drei Hauptfragen wurden untersucht:

- Inwieweit unterscheiden sich Vorgehen und Ausgestaltung des Abklärungsprozesses bei Rentenentscheiden zwischen den IV-Stellen? Inwiefern lässt sich davon ausgehend eine *Typologisierung* der IV-Stellen entwerfen/umreissen?
- In welchem Zusammenhang stehen Prozessgestaltung, eingesetzte Mittel, erbrachte Leistungen und das Ergebnis des Abklärungsprozesses? Welche *Wirkungszusammenhänge* können identifiziert werden?
- Inwiefern kann der Abklärungsprozess *optimiert* werden? Was bewährt sich unter welchen Bedingungen?

Vorgehen

Um die Forschungsfragen aus unterschiedlichen Perspektiven zu beantworten, wurde ein kombiniertes methodisches Vorgehen von qualitativen und quantitativen Elementen angewendet. Interviews in fünf IV-Stellen mit Vertretern aus Leitung,

Leistungsabteilung, Eingliederung und RAD sowie weiteren Experten dienten als Grundlage zur Entwicklung eines Fragebogens, der von allen 26 IV-Stellen ausgefüllt wurde. Er enthält Informationen über die Konzeption und den Vollzug des Abklärungsverfahrens. Die Erfassung aller IV-Stellen diente zur Ermittlung einer Typologie verschiedener Konzeptionen in der Abklärung.

Mithilfe der Registerdaten des BSV wurde ein Indikatorenset entwickelt, um die von den IV-Stellen eingesetzten Ressourcen und die extern erbrachten Leistungen zu quantifizieren. Dabei wurde eine Kohorte aller Personen untersucht, die sich 2009 neu angemeldet hatten. Durch multivariate Analyseverfahren konnten anschliessend Wirkungszusammenhänge zwischen Ressourcen und Leistungen einerseits und der Berentungswahrscheinlichkeit andererseits ermittelt werden.

Wichtigste Ergebnisse

Aus den Gesprächen mit den Expertinnen und Experten aus IV-Stellen, Verwaltung und anderen Institutionen geht hervor, dass eine Betrachtung des Rentenabklärungsprozesses ohne Bezug zum Eingliederungsprozess nicht möglich ist. Im Zuge der 5. IVG-Revision, mit der ein Wandel der IV zur Eingliederungsversicherung angestrebt wurde, haben die IV-Stellen die Strukturen und Abläufe der Abklärung neu in einer ersten Phase auf den Eingliederungsprozess ausgerichtet. Erst wenn sich eine Eingliederung als nicht bzw. nur teilweise möglich erweist, kommt es in der Regel zu einer vertieften Rentenprüfung. Aus diesem Grund analysierte die Untersuchung nicht nur das ei-

gentliche Rentenabklärungsverfahren, sondern auch den vorgelagerten oder parallel durchgeführten Eingliederungsprozess. Dabei hat sich gezeigt, dass der Abklärungsprozess und die innerbetrieblichen Abläufe der IV-Stellen sich vor allem bei Eingliederungsfragen unterscheiden. Bei der vertieften Überprüfung allfälliger Rentenansprüche weichen die IV-Stellen weniger stark voneinander ab. So erfolgt das Rentenabklärungsverfahren in allen untersuchten IV-Stellen grundsätzlich in enger Zusammenarbeit mit dem RAD. Allfällige Unterschiede in dieser Phase ergeben sich bisweilen in der Häufigkeit, in der ein externes medizinisches Gutachten eingefordert oder im Zeitpunkt, der dazu gewählt wird. Gemäss den vorliegenden statistischen Ergebnissen ist das Einholen der medizinischen Gutachten jedoch kein zentrales Element, das die eigentliche Ausgestaltung des Abklärungsprozesses stark prägt.

Als Untersuchungsergebnis können drei Dimensionen genannt werden, die den Abklärungsprozess massgeblich beeinflussen. Es sind dies:

- die *Eingliederungsstrategie* einer IV-Stelle;
- die *Art der Zusammenarbeit mit dem RAD*;
- der *Zeitpunkt und die Art der Beschaffung und Verwendung der schriftlichen Informationen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten* in der frühen Phase der Abklärung.

Wie schon vorausgehende Studien festhielten,¹ können die IV-Stellen *unterschiedliche Schwerpunkte v. a. im Rahmen der Eingliederung* setzen. Obwohl sich alle befragten Personen aus den IV-Stellen dem Prinzip «Eingliederung vor Rente» gleichermaßen verpflichtet fühlen, wird es dennoch unterschiedlich in die Praxis umgesetzt. Für die meisten IV-Stellen bedeutet es, erst dann die Rente vertieft zu prüfen, wenn *Eingliederungsmassnahmen* nicht erfolgreich sind. Die Eingliederung wird grundsätzlich als möglich angesehen und verfolgt,

solange nicht das Gegenteil bewiesen ist («breite» *Eingliederungsstrategie*). Eine Minderheit der IV-Stellen beschreibt im Gegensatz dazu eine eher selektive Zusprachepraxis. Eingliederungsmassnahmen werden dort nur in Betracht gezogen, wenn der versicherten Person ein Arbeitsplatzverlust droht oder ein deutliches Rentenrisiko vorliegt. Diese IV-Stellen setzen Eingliederungsmassnahmen primär zur Verhinderung drohender Rentenzahlungen ein («selektive» *Eingliederungsstrategie*). Nicht jede IV-Stelle lässt sich einem dieser Pole klar zuordnen; es sind auch Mischformen zu beobachten. Insgesamt geben 18 IV-Stellen an, eine breite Eingliederungsstrategie zu verfolgen, vier triagieren Versicherte möglichst nur dann in die Eingliederung, wenn ein rentenrelevanter Gesundheitsschaden absehbar ist, und der Rest lässt sich nicht eindeutig einordnen.

Ein weiteres Differenzierungsmerkmal stellt die *Zusammenarbeit mit dem RAD* dar. Sie unterscheidet sich sowohl in der Art und im Zeitpunkt, zu dem der RAD in den Abklärungsprozess einbezogen wird als auch in der Möglichkeit, die strategische Ausrichtung und die Prozessentwicklung der IV-Stellen mitzugestalten. Die Umfrageergebnisse lassen darauf schliessen, dass die Art der Zusammenarbeit nicht nur von der örtlichen und organisatorischen Nähe des RAD zur zuständigen IV-Stelle abhängig ist. Vielmehr scheint es auch unterschiedliche «Präferenzen» zu geben, wie und wann der RAD in den Abklärungsprozess eingebunden wird und ob die Kommunikation eher formal und schriftlich oder direkt und mündlich, beispielsweise in gemeinsamen Fallbesprechungen, erfolgt.

Als letzte und sehr wichtige Unterscheidungsmerkmale sind die Art und der Zeitpunkt der *Informationsbeschaffung bei behandelnden Ärztinnen und Ärzten* zu nennen bzw. die Verwendung entsprechender Auskünfte in der frühen Phase der Abklärung. Dabei geht es sowohl um das Einholen bereits bestehender Dokumente

1 Bolliger, Christian et al., *Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung, der Frühintervention und der Integrationsmassnahmen*. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 13/12: www.bsv.admin.ch → Praxis → Forschung → Forschungspublikationen bzw. *Soziale Sicherheit CHSS*, 2/2013, S. 88–92



Quelle: IV-Stelle Kanton Bern

(bspw. Arztberichte) als auch um extra für die IV erstellter schriftlicher Informationen.

Basierend auf den Angaben der IV-Stellen in der schriftlichen Befragung können drei Typen von IV-Stellen unterschieden werden:

- **Typ 1** holt *schriftliche medizinische Unterlagen* der behandelnden Ärztinnen und Ärzte *standardmässig ein, bevor die erste Entscheidung über «Eingliederung oder Rente» (Ersttriage)* getroffen wird. Diesem Typ gehören zehn IV-Stellen an. Eine Triagierung zur Eingliederung erfolgt basierend auf den schriftlichen medizinischen Informationen und der daraus abgeleiteten Beurteilung durch den RAD. Dabei wird häufiger als bei anderen IV-Stellen schon zu einem relativ frühen Zeitpunkt auf Eingliederungsmassnahmen verzichtet.

Zusammenarbeit mit dem RAD:

In der Phase bis zur Ersttriage beurteilt der RAD die Situation aufgrund schriftlicher Informationen; ein persönlicher Kontakt mit der versicherten Person besteht kaum. Generell ist der RAD bei der Mehrheit dieser IV-Stellen eher weniger aktiv in die Prozessgestaltung eingebunden. In der Schlussphase der Abklärung nimmt der RAD meist standardmässig eine medizinisch-theoretische Einschätzung des Gesundheitsschadens vor. Die IV-Stellen dieses Typs greifen ggf. auch entgegen der medizinischen Einschätzung durch den RAD auf eine juristische Argumentation als Grundlage für die Leistungsberechtigung zurück.

- **Typ 2** holt *schriftliche medizinische Informationen* der behandelnden Ärztinnen und Ärzte *standardmäs-*

sig erst nach der Ersttriage ein. In einer Mehrheit der neun zu diesem Typ gehörenden IV-Stellen erfolgt eine Triagierung zur Eingliederung anhand eines Erstgesprächs, möglichst ohne den Einbezug von schriftlichen medizinische Unterlagen. Ein Verzicht auf Eingliederungsmassnahmen schon zu diesem sehr frühen Zeitpunkt kommt weniger vor.

Zusammenarbeit mit dem RAD:

Eine Beurteilung der schriftlichen medizinischen Informationen durch den RAD erfolgt erst im Hinblick auf den Grundsatzentscheid, welcher festhält, ob nach der Phase der Frühintervention der Eingliederungsweg eingeschlagen werden kann oder ob die Rentenfrage zu prüfen ist. Generell ist der RAD in einer Mehrheit dieser IV-Stellen insgesamt etwas stärker in die Mit-

gestaltung der Prozesse einbezogen. In der Schlussphase der Abklärung stützt sich die IV-Stelle für die Beurteilung der Leistungsberechtigung i.d.R. auf die versicherungsmedizinische Argumentation des RAD.

- **Typ 3** entscheidet *fallweise*, ob *schriftliche Unterlagen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten vor oder nach dem ersten Triageentscheid* eingeholt werden. Die so verfahrenen restlichen sieben IV-Stellen können deshalb keinem der ersten beiden Typen zugeordnet werden.

Zusammenarbeit mit dem RAD: Öfter als in den anderen IV-Stellen erfolgt der Austausch zu Beginn des Prozesses sowohl schriftlich als auch mündlich; die Kommunikation ist oft direkt und wenig formalisiert. Mehrheitlich besteht ein relativ

enger Austausch mit dem RAD, auch zu Fragen von Strategie und Prozessentwicklung. Vier der sieben IV-Stellen haben einen Stammsitz des RAD in ihren Räumlichkeiten. Für die abschliessende Beurteilung der Leistungsberechtigung stützt sich die IV-Stelle eher auf eine versicherungsmedizinische Argumentation gemäss RAD.

Statistik

Die Basis für die quantitativen Analysen bilden die Registerdaten der Kohorte aller vom BSV bereinigten Erstanmeldungen bei der IV von 49 500 Erwachsenen im Jahr 2009. Für diese wurde ermittelt, bei wem bis Ende 2013 welche Abklärungsmassnahmen durchgeführt wurden, wer welche «externen» Eingliederungsleistungen² bezog, was diese Abklärungen und Leistungen kosteten, wer am Schluss des Abklärungsprozesses eine Rente bezog und welche Fälle noch nicht abgeschlossen waren. Die

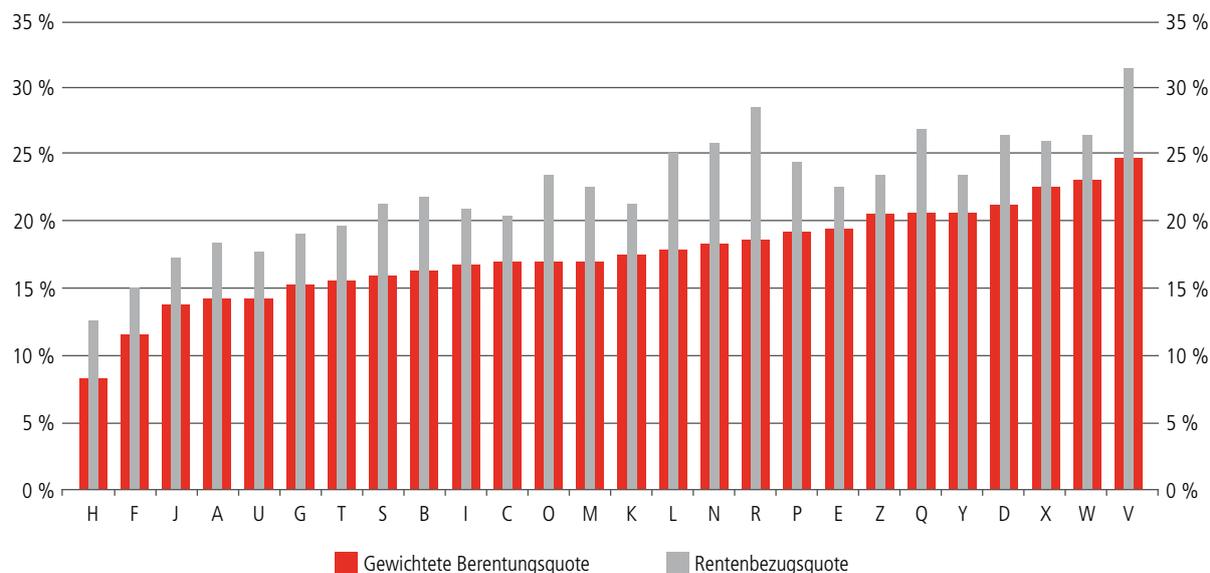
Auswertung der Registerdaten zeigt, wie heterogen das «IV-Geschehen» tatsächlich ist:

- **Externe Eingliederungsmassnahmen:** Je nach IV-Stelle erhielten zwischen neun und 40 Prozent der untersuchten Kohorte externe Eingliederungsmassnahmen (Median 16%), die pro Person je nach IV-Stelle durchschnittlich zwischen rund 800 Franken und 7 800 Franken (Median 3 900 Franken) variieren. Die relativ grossen Unterschiede beruhen vorwiegend auf der je nach IV-Stelle unterschiedlichen Wahrscheinlichkeit, eher teurere Massnahmen wie Integrationsmassnahmen oder berufliche Massnahmen zuzusprechen.
- **Abklärungsmassnahmen:** Pro Person der Kohorte 2009 wurden für Abklärungsmassnahmen durchschnittlich 1 400 Franken ausgegeben. Der Wert schwankt je nach IV-Stelle zwischen 770 und 2 380 Franken. Die relativ grossen Unterschiede sind darauf zurückzuführen, dass der Anteil an relativ teu-

² Aufgrund unterschiedlicher Kodierungspraxis in den IV-Stellen und daraus resultierender eingeschränkter Datenvalidität wurde auf die Auswertung intern erbrachter Eingliederungsleistungen (z. B. Berufsberatung, Arbeitsvermittlung, Beratung und Begleitung) verzichtet.

Gewichtete Berentungsquoten in aufsteigender Reihenfolge und Rentenbezugsquoten (Kohorte Neuanmeldungen 2009 nach IV-Stelle, Stand Ende 2013)

G1



Quelle: Registerdaten BSV, Kohorte Neuanmeldungen 2009 (Berechnungen BASS/ZHAW)

ren Abklärungen (mehr als 500 Franken), die normalerweise bei mono-, bi-, oder polydisziplinären Gutachten anfallen, je nach IV-Stelle zwischen sieben und 33 Prozent liegt (Median 18%).

- **Berentungswahrscheinlichkeit:** Von den 45 900 im Jahr 2009 neu angemeldeten Personen bezogen Ende 2013 insgesamt 11 193 Personen eine Rente (Ganze, $\frac{3}{4}$ -, $\frac{1}{2}$ - oder $\frac{1}{4}$ -Rente). Dies entspricht einem Anteil von 22,6 Prozent (Rentenbezugsquote). Zwischen den IV-Stellen schwankt dieser Wert zwischen minimal 12,3 (H) und maximal 31,5 Prozent (V; vgl. Grafik G1). Die Summe aller Rentengrade dividiert durch die Anzahl Personen der Kohorte 2009 ergibt den Anteilswert ganzer Renten, die am Ende der Beobachtungszeit ausbezahlt wurden (gewichtete Rentenquote). Der Median der gewichteten Rentenquote liegt mit 17,8 Prozent rund 5 Prozentpunkte unter der Rentenbezugsquote. Je nach IV-Stelle schwankt er zwischen minimal 8,7 und maximal 24,5 Prozent.

In welchem Zusammenhang die gewichteten Berentungsquoten mit den unterschiedlichen Falltypen sowie einigen der ermittelten Grössen aus den Registerdaten stehen, wurde in einem letzten Schritt mithilfe multivariater Analyseverfahren ermittelt. Unter statistischer Kontrolle eines unterschiedlichen kantonalen Umfelds führen demnach folgende Faktoren im Abklärungsprozess zu einer tieferen Berentungsquote:

- **Abklärungstyp:** Schriftliche Informationen/Unterlagen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten werden erst nach dem ersten Triageentscheid standardmässig eingeholt (Typ 2).

- **Geschwindigkeit Frühintervention (FI):** Die Zuspache von FI-Massnahmen erfolgt rasch.
- **RAD beurteilt Eingliederungspotenzial:** Der Grundsatzentscheid basiert auf der RAD-Beurteilung des Eingliederungspotenzials und der (prozentualen) Arbeitsfähigkeit.
- **Ausgaben für Eingliederungsmassnahmen:** IV-Stellen, die für Personen mit Eingliederungsmassnahmen durchschnittlich etwas mehr Geld aufwenden als andere, weisen tiefere gewichtete Berentungsquoten auf.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Ergebnisse ermöglichen einige generalisierbare Schlussfolgerungen zu Erfolgsfaktoren, Hindernissen und Good Practice. Die statistischen Analysen erlauben zwei Empfehlungen mit Relevanz für die Berentungsquoten:

- Massnahmen der Frühintervention sollten möglichst rasch und eher grosszügig eingesetzt werden, ggf. unter Einbezug des RAD und nach mündlicher Rücksprache mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, aber ohne vorherige Beschaffung zusätzlicher schriftlicher Arztberichte. Es zählt vor allem die Geschwindigkeit.
- Integrationsmassnahmen und andere berufliche Massnahmen sollten auf der medizinischen Abklärung und der Einschätzung des RAD beruhen und finanziell nicht zu knapp bemessen sein.

Aus den qualitativen Untersuchungen lässt sich die folgende Good Practice ableiten:

- Die Selbsteinschätzung der versicherten Person und relevante Aspekte ihrer Lebenssituation werden in die Abklärung miteinbezogen.
- Die Qualität der medizinisch-theoretischen Beurteilung durch den RAD wird systematisch gesichert. Die Eingliederung zielt auch auf den langfristigen Erhalt von Arbeitsfähigkeit ab.
- Rückweisungen des Gerichts werden intern und unter Einbezug des RAD ausgewertet.
- Es besteht ein ausreichendes und gut qualifiziertes Gutachternetzwerk für mono- und bidisziplinäre Gutachten.

Forschungsbericht

Guggisberg, Jürg; Stocker, Désirée; Dutoit, Laure; Becker, Heidrun; Daniel, Heike und Hans-Jakob Mosimann, *Der Abklärungsprozess in der Invalidenversicherung bei Rentenentscheiden: Prozesse, Akteure, Wirkungen*. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 4/15: www.bsv.admin.ch → Praxis → Forschung → Forschungs publikationen

Jürg Guggisberg, lic. rer. soc., Soziologe und Ökonom, Geschäftsleitung Büro BASS
E-Mail: juerg.guggisberg@bueroass.ch

Prof. Dr. phil. Heidrun Karin Becker,
Leiterin Forschung & Entwicklung
Ergotherapie, ZHAW
E-Mail: heidrun.becker@zhaw.ch