

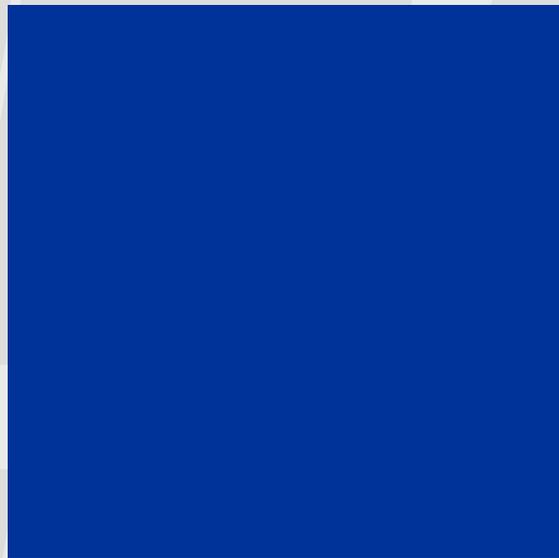
BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

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

Die Zusammenarbeit zwischen der IV und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten

Formen, Instrumente und Einschätzungen der Akteure

Forschungsbericht Nr. 5/15



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Office fédérale des assurances sociales OFAS

Das Bundesamt für Sozialversicherungen veröffentlicht in seiner Reihe "Beiträge zur Sozialen Sicherheit" konzeptionelle Arbeiten sowie Forschungs- und Evaluationsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Folgerungen und Empfehlungen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherungen wieder.

- Autoren/Autorinnen:** Christian Bolliger, Marius Féraud
Büro Vatter, Politikforschung & -beratung
Gerberngasse 27
3011 Bern
Tel. +41 31 312 65 75
E-mail: info@buerovatter.ch
Internet: <http://buerovatter.ch>
- Auskünfte:** Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
CH-3003 Bern
- Frédéric Widmer (Forschung und Evaluation)
Tel.: +41 58 464 79 75
E-mail: frederic.widmer@bsv.admin.ch
- Cyrielle Champion (Geschäftsfeld Invalidenversicherung)
Tel.: +41 58 462 85 49
E-mail: cyrielle.champion@bsv.admin.ch
- ISSN:** 1663-4640
- Copyright:** Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares
an das Bundesamt für Sozialversicherungen gestattet.
- Vertrieb:** BBL, Vertrieb Bundespublikationen, CH - 3003 Bern
<http://www.bundespublikationen.admin.ch>
- Bestellnummer:** 318.010.5/15d

Die Zusammenarbeit zwischen der IV und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten

Formen, Instrumente und Einschätzungen der Akteure

Christian Bolliger, Marius Féraud

Mitarbeit: Delia Berner, Cyrielle Champion

Bern, 30. Januar 2015

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen

Um ihre ehrgeizigen Eingliederungsziele zu erreichen ist die Invalidenversicherung auf eine gute Zusammenarbeit mit Partnern angewiesen. Die behandelnden Ärzte sind wichtige Partner der Invalidenversicherung. Einerseits verfügen sie über wertvolle Informationen zum Gesundheitszustand und den Ressourcen der versicherten Personen. Andererseits sind sie oft aufgrund langjähriger Arzt-Patient-Beziehungen in der Lage, ihre PatientInnen hinsichtlich einer beruflichen (Wieder-)Eingliederung zu unterstützen und begleiten.

Im Wissen um die Wichtigkeit der Zusammenarbeit zwischen Invalidenversicherung und behandelnden ÄrztInnen zum Wohle der PatientInnen hat vorliegendes Forschungsprojekt diese untersucht, um zu Erkenntnissen über deren Formen, Instrumente, über Hindernisse und Erfolgsfaktoren zu gewinnen. Mittels Beteiligung am Forschungsprojekt und über die Verbreitung der Forschungsergebnisse sollen Mitarbeitende der IV-Stellen und behandelnde ÄrztInnen hinsichtlich erfolversprechender Zusammenarbeit sensibilisiert werden.

Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass die Zusammenarbeit vor allem durch äussere Rahmenbedingungen erschwert wird: Nebst den unterschiedlichen rechtlichen unterliegen behandelnde ÄrztInnen und IV-Stelle auch jeweils eigenen organisatorisch-strukturellen Rahmenbedingungen und verfolgen nicht deckungsgleiche Ziele, resp. haben unterschiedliche gesetzliche Aufträge. Die Ärzte sind für die kurative Medizin zuständig und die IV-Stellen sind der versicherungsmedizinischen Sicht verpflichtet. Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit sind daher in erster Linie systembedingt. Dass diese Erkenntnis durch konsolidierte, wissenschaftlich fundierte Resultate untermauert wird, ist eine der Leistungen dieses Forschungsberichts.

Interessant und nützlich sind die im Bericht identifizierten Verbesserungsvorschläge, die sich an die Invalidenversicherung und behandelnde ÄrztInnen richten. Wiewohl die grundlegenden Arbeitsbedingungen nicht verändert werden können, gibt es doch Möglichkeiten die Zusammenarbeit zwischen der IV und den behandelnden ÄrztInnen sowohl im konkreten Fall als auch fallunabhängig zu verstärken, insbesondere durch Förderung der gegenseitigen Information und Optimierung der Kommunikation. Wie auch die Studie zu den Abklärungsprozessen in der Invalidenversicherung – welche gleichzeitig lanciert wurde – empfiehlt auch der hier vorliegende Schlussbericht, dass der Austausch möglichst pragmatisch unter gezieltem Einbezug der Arztberichte erfolgen sollte. Insbesondere zu Beginn des Prozesses ist der mündliche Austausch zu favorisieren. Diese Empfehlungen sind in einem weiteren Schritt zu konkretisieren und umzusetzen. In der Verantwortung stehen dabei sowohl die Invalidenversicherung als auch die Ärzteschaft. Dabei sind Fokus und Ziel unserer Bemühungen immer die versicherte Person respektive die Patientin, der Patient.

Erfreulich ist, dass insgesamt die Zusammenarbeit zwischen Invalidenversicherung und behandelnden ÄrztInnen aus beidseitiger Sicht mehrheitlich zufriedenstellend ist. Dies soll uns sowohl auf dem eingeschlagenen Weg bestärken als auch Ansporn zur Verbesserung sein. Nutzen wir diesen Bericht als Ausgangspunkt und Chance gemeinsam neue Wege zu suchen, um die pragmatische Zusammenarbeit und damit die Leistungen zugunsten unserer Versicherten und PatientInnen zu verbessern.

Stefan Ritler, Vizedirektor

Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Pour atteindre ses objectifs ambitieux en matière de réadaptation, l'assurance-invalidité (AI) doit pouvoir compter sur une bonne coopération avec tous ses partenaires. Or, les médecins traitants sont des partenaires importants de l'AI. Ils possèdent des informations précieuses sur l'état de santé et les ressources des assurés et, vu la relation thérapeutique de longue durée qu'ils entretiennent avec leurs patients, ils sont souvent bien placés pour les soutenir et les suivre dans leur parcours de réadaptation professionnelle.

Etant donné l'importance de la collaboration entre l'AI et les médecins traitants pour le bien-être des patients, le projet de recherche a analysé les formes et les instruments de cette collaboration, afin d'identifier les obstacles et les facteurs de succès d'une collaboration fructueuse. Dans l'optique de sensibiliser tous les acteurs aux approches prometteuses en matière de collaboration, les médecins traitants et les collaborateurs des offices AI ont été intégrés au projet de recherche, et les résultats de l'étude devront être diffusés.

Le projet de recherche a montré que la collaboration est principalement entravée par des facteurs extérieurs : médecins traitants et offices AI sont soumis non seulement à des cadres juridiques différents, mais aussi à des contraintes structurelles et organisationnelles qui leur sont propres, sans compter qu'ils poursuivent des objectifs qui ne coïncident pas forcément et qu'ils remplissent des mandats légaux différents. Les médecins sont responsables de la médecine curative tandis que les offices AI adoptent une vision médico-assurantielle. Les difficultés de collaboration sont donc liées principalement au système. Un des résultats du projet de recherche a été de corroborer cette observation avec des résultats établis scientifiquement.

L'étude a permis d'identifier toute une série d'améliorations intéressantes et utiles à l'intention de l'AI et des médecins traitants. Même si les fondements du système ne peuvent pas être modifiés, la collaboration entre l'AI et les médecins traitants peut être renforcée, aussi bien sur les cas concrets que de manière générale, notamment en encourageant la circulation des informations et en optimisant la communication. Tout comme l'étude sur la procédure d'instruction dans l'AI, lancée parallèlement à celle-ci, le présent rapport final recommande d'adopter l'approche la plus pragmatique possible en matière de collaboration et d'utiliser les rapports médicaux de manière ciblée. Il préconise notamment de favoriser les échanges oraux au début du processus. Il s'agit maintenant de concrétiser et de mettre en œuvre ces recommandations. Cette tâche incombera tant à l'AI qu'au corps médical, sachant que tous les efforts doivent être centrés sur les assurés et les patients.

Il est réjouissant de constater que l'AI et les médecins traitants jugent la collaboration satisfaisante dans la plupart des cas. Il faut donc persévérer dans les efforts entrepris et perfectionner encore le système. Le présent rapport est à prendre comme un point de départ et une opportunité pour rechercher ensemble de nouvelles solutions permettant d'améliorer concrètement la collaboration, et donc les prestations fournies aux assurés et aux patients.

Stefan Ritler, vice-directeur

Responsable du domaine Assurance-invalidité

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Per raggiungere i suoi ambiziosi obiettivi a favore dell'integrazione, l'assicurazione invalidità (AI) deve poter contare su una buona collaborazione con i propri partner, tra cui sono particolarmente importanti i medici curanti. Da un lato, infatti, questi dispongono di informazioni preziose sullo stato di salute e sulle risorse degli assicurati; dall'altro, considerati i loro rapporti pluriennali con i loro pazienti, sono spesso in grado di sostenerli e accompagnarli nella prospettiva di una (re)integrazione professionale.

Essendo noto quanto sia importante la collaborazione tra l'AI e i medici curanti nell'interesse dei pazienti, il presente progetto di ricerca ne ha analizzato la forma, gli strumenti, gli ostacoli e i fattori di successo al fine di acquisire informazioni in merito. La partecipazione al progetto e la diffusione dei suoi risultati intendono sensibilizzare i dipendenti degli uffici AI e i medici curanti in vista di una collaborazione promettente.

I risultati dello studio mostrano che la collaborazione è resa difficile soprattutto da condizioni quadro esterne: oltre ai diversi contesti giuridici, i medici curanti e gli uffici AI devono rispettare anche le proprie condizioni quadro organizzativo-strutturali e perseguono obiettivi ed espletano mandati legali diversi. I medici sono responsabili per la medicina curativa, mentre gli uffici AI lavorano nell'ottica della medicina assicurativa. Le difficoltà della collaborazione sono dunque in primo luogo dovute al sistema. Suffragare questa constatazione con validi risultati scientifici consolidati è tra l'altro uno dei vanti del presente rapporto di ricerca.

Lo studio presenta alcune proposte di miglioramento particolarmente interessanti e utili, per quanto concerne sia l'AI che i medici curanti. Benché le condizioni di lavoro di base non possano essere modificate, esistono comunque delle possibilità per rafforzare la collaborazione tra l'AI e i medici curanti, sia nei singoli casi concreti che indipendentemente da essi, in particolare promuovendo lo scambio di informazioni e ottimizzando la comunicazione tra le parti. Analogamente al concomitante studio sulle procedure di accertamento nell'AI, anche il presente rapporto finale raccomanda che lo scambio di informazioni avvenga il più pragmaticamente possibile facendo ricorso ai rapporti medici in modo mirato e favorendo la comunicazione in forma orale in particolare all'inizio del processo. Queste raccomandazioni dovranno essere concretizzate e attuate in una fase successiva, con il coinvolgimento tanto dell'AI quanto dei medici, ponendo sempre l'accento sull'assicurato o sul paziente.

Un risultato particolarmente positivo da rilevare è il fatto che nel complesso sia l'AI che i medici curanti considerano perlopiù soddisfacente la collaborazione reciproca, il che dovrà fungere sia da conferma della strada intrapresa che da sprone a migliorare. Il presente rapporto vuole

dunque essere al contempo un punto di partenza e un'opportunità per cercare insieme nuovi modi per migliorare la collaborazione pratica e quindi le prestazioni a favore degli assicurati e dei pazienti.

Stefan Ritler, vicedirettore

Capo dell'Ambito Assicurazione invalidità

Foreword by the Federal Social Insurance Office

In order to achieve its ambitious reintegration targets, the federal Invalidity Insurance scheme is reliant on fruitful cooperation with its partners. The doctors treating patients are key partners of the AI scheme. On the one hand, they have valuable information about the state of health and the resources of the insured individuals. On the other, given the long-term nature of many doctor-patient relationships, they are often able to support and guide their patients with respect to occupational (re-)integration.

With the knowledge of how important collaboration between the AI offices and treating doctors is to patients' well-being, this research project has examined this issue to find out more about the current forms, associated tools, obstacles and factors for success. By taking part in the research project and through the distribution of its findings, employees of AI offices and doctors providing treatment are made aware of the factors that contribute to good collaboration.

The results of this study indicate that collaboration is primarily hampered by external framework conditions. In addition to the various legal requirements, the treating doctors and AI offices are also bound by their own structural and organizational framework conditions. They do not follow the exact same aims and have different legal mandates. Doctors are responsible for curative medicine, while the AI offices focus on the medical insurance aspects. The difficulties that affect collaboration are therefore mainly down to the system. This finding is backed up by consolidated, scientifically sound results, which is one of the tasks of this research report.

The suggested improvements identified in the report aimed at the AI offices and doctors providing treatment are both interesting and useful. It may not be possible to change the underlying operating conditions. However, there are still ways of promoting collaboration between the IV offices and the treating doctors in specific cases and in general, particularly by encouraging the mutual exchange of information and optimizing communication. As with the study on clarification processes in invalidity insurance, which was launched simultaneously, this final report also recommends that the exchange of information is handled as pragmatically as possible, obtaining medical reports where appropriate. Particularly at the start of the process, information should be shared verbally whenever possible. These recommendations need to be refined and implemented in the next stage. This is the responsibility of both the AI offices and the doctors. The focus and aim of our efforts is always on the insured individuals and patients.

It is pleasing to note that, overall, the collaboration between the AI offices and doctors providing treatment is considered largely satisfactory by both sides. This should both encourage us on our chosen path and spur us on to do even better. Let's use this report as a starting point and

an opportunity to look for new ways together to improve our pragmatic collaboration and thus the benefits for our insured individuals and patients.

Stefan Ritler, Vice-Director

Head of Invalidity Insurance Domain

Inhaltsverzeichnis

Abbildungen und Tabellen	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
Zusammenfassung	VII
Résumé	XIII
Riassunto	XIX
Summary	XXV
1 Einleitung	1
1.1 <i>Ausgangslage</i>	1
1.2 <i>Untersuchungsgegenstand und Erkenntnisziele</i>	2
1.3 <i>Vorgehen der Untersuchung</i>	2
1.4 <i>Aufbau des Berichts</i>	3
2 Grundlagen	5
2.1 <i>Die vier interessierenden Bereiche</i>	5
2.1.1 <i>Medizinische Massnahmen für Personen bis zum 20. Lebensjahr</i>	5
2.1.2 <i>Eingliederung (Verfahren für Erwachsene)</i>	7
2.1.3 <i>Vertiefte Rentenprüfung (Verfahren für Erwachsene)</i>	8
2.1.4 <i>Rentenrevision (Verfahren für Erwachsene)</i>	9
2.2 <i>Theoretische Überlegungen und Modell der Zusammenarbeit</i>	10
3 Konzepte der beteiligten Akteure und Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit	15
3.1 <i>Medizin vs. Versicherungsmedizin</i>	15
3.1.1 <i>Anderes Gesundheitsmodell</i>	16
3.1.2 <i>Anderer Massstab zur Beurteilung der Einschränkungen bei der Arbeit</i>	17
3.1.3 <i>Unterschiedlicher Beweisanspruch</i>	17
3.1.4 <i>Folgen für die Zusammenarbeit</i>	18
3.2 <i>Weitere Rahmenbedingungen</i>	18
3.2.1 <i>Verhältnis zur versicherten Person und Ziele von Medizin und IV</i>	19
3.2.2 <i>Kontinuität der persönlichen Kontakte</i>	20
3.2.3 <i>Relevanz der IV im Alltag</i>	20
3.2.4 <i>Rechtlicher Rahmen des Informationsaustauschs</i>	22
3.3 <i>Fazit: Rahmenbedingungen erschweren die Zusammenarbeit</i>	23
4 Die Zusammenarbeit in der Wahrnehmung der Beteiligten	25
4.1 <i>Relevanz der Zusammenarbeit für die Erreichung der Verfahrensziele</i>	25
4.2 <i>Erwartungen an die Zusammenarbeit</i>	26
4.2.1 <i>Vorstellungen von den Verfahrenszielen</i>	26

4.2.2	Erwartungen der IV-Stellen an die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte	26
4.2.3	Sichtweise der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und Erwartungen an die Mitarbeitenden der IV-Stellen ?	28
4.3	<i>Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit – Überblick</i>	29
4.3.1	Vergleich der vier Zusammenarbeitsbereiche	29
4.3.2	Bedeutende Unterschiede von Fall zu Fall.....	31
4.4	<i>Bereichsübergreifende Schwierigkeiten</i>	32
4.4.1	Schwierigkeiten der Zusammenarbeit im Einzelfall aus Sicht der IV-Stellen	32
4.4.2	Schwierigkeiten aus Sicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte.....	33
4.5	<i>Zufriedenheit und Schwierigkeiten in den einzelnen Bereichen</i>	35
4.5.1	Medizinische Massnahmen	36
4.5.2	Eingliederung	37
4.5.3	Vertiefte Rentenprüfung	39
4.5.4	Rentenrevision	40
4.6	<i>Fazit: Zufriedenheit, Schwierigkeiten und Folgen</i>	42
5	Vorgehensweisen der IV-Stellen	45
5.1	<i>Einholen von Arztberichten</i>	45
5.1.1	Erwartungen und Einschätzungen im Zusammenhang mit Arztberichten	45
5.1.2	Einholen von Arztberichten: Fallabhängigkeit, Zeitpunkt, Arztauswahl	48
5.1.3	Erfragte Inhalte bei Arztberichten	52
5.1.4	Begleitkommunikation und Erinnerung ans Ausfüllen	56
5.2	<i>Weiterer Informationsaustausch und Kontakte im Einzelfall</i>	60
5.2.1	Erwartungen und Einschätzungen der Akteure	60
5.2.2	Informationsbeschaffung und Koordination	63
5.2.3	Informationsrückfluss an behandelnde Ärztinnen und Ärzte.....	67
5.3	<i>Fallunabhängige Kontakte</i>	71
5.3.1	Erwartungen und Einschätzungen der Akteure	71
5.3.2	Zur Anwendung kommende Formen	72
6	Synthese	75
6.1	<i>Beurteilung und Einflussfaktoren der Zusammenarbeit</i>	75
6.1.1	Die Qualität der Zusammenarbeit im Urteil der beteiligten Akteure	75
6.1.2	Einflussfaktoren der Zusammenarbeit	75
6.1.3	Potenziell beeinflussbare Bestimmungsfaktoren der Zusammenarbeit.....	77
6.2	<i>Empfehlenswerte Praktiken bei der Zusammenarbeit</i>	78
6.2.1	Grundlagen der empfehlenswerten Praktiken: Erfahrungen und Einschätzungen	79
6.2.2	Erwartete Wirkungsweise der empfehlenswerten Praktiken.....	79
6.2.3	Zielgerichtetes -Einholen von Arztberichten	81
6.2.4	Optimierter weiterer Austausch	84

6.2.5 Fallunabhängige Kontakte pflegen	87
6.2.6 Möglicher Handlungsbedarf auf Bundesebene	89
6.3 Fazit.....	90
Dokumente und Literatur	91
Anhang 1: IV-Stellen-Befragung, methodischer Steckbrief	94
Anhang 2: Auswahl der Fallstudienkantone	95
Anhang 3: Befragung von Ärztinnen und Ärzten, Vorgehen	97
Anhang 4: Fragebogen der schriftlichen Befragungen	101

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 2-1: Modell der Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und behandelndem Arzt oder behandelnder Ärztin	11
Abbildung 3-1: Häufigkeit der Zusammenarbeit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte	21
Abbildung 4-1: Relevanz der Zusammenarbeit für die Qualität des Verfahrens	25
Abbildung 4-2: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit	30
Abbildung 6-1: Wirkungsweise der empfehlenswerten Praktiken der Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie der IV-Stelle und dem RAD	79

Tabellen

Tabelle 3-1: Unterschiedliche Konzepte der Medizin und der Invalidenversicherung	16
Tabelle 3-2: Weitere Rahmenbedingungen mit potenziellem Einfluss auf die Zusammenarbeit (idealtypisch)	19
Tabelle 4-1: Grundlegende Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit aus Sicht der Befragten	43
Tabelle 5-1: Einholen des Arztberichts: Wann im Verfahren und in welchen Fällen	49
Tabelle 5-2: Einsatz verschiedener Arztberichtsformulare	53
Tabelle 5-3: Repressive und motivierende Aussagen in Einladungs- und Erinnerungsschreiben	57
Tabelle 5-4: Erinnerung der Ärztinnen und Ärzte an den Arztbericht	58
Tabelle 5-5: Information an Ärztinnen und Ärzte über Verfahrensereignisse	69
Tabelle 6-1: Empfehlenswerte Praktiken für das zielgerichtete Einholen von Arztberichten	82
Tabelle 6-2: Empfehlenswerte Praktiken für den weiteren Austausch	85
Tabelle 6-3: Empfehlenswerte Praktiken für fallunabhängige Kontakte	87

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ATSG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; 830.1)
BGE	Bundesgerichtsentscheid
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
CHF	Schweizer Franken
EFK	Eidgenössische Finanzkontrolle
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
IIZ	Interinstitutionelle Zusammenarbeit
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20)
IVV	Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201)
KSBE	Kreisschreiben über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art (gültig ab 1. Januar 2014)
KSFEFI	Kreisschreiben über die Früherfassung und die Frühintervention (gültig ab 1. Januar 2015)
KSIH	Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (gültig ab 1. Januar 2014)
KSME	Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME) (gültig ab 1. März 2012)
KSVI	Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (gültig ab 1. Januar 2010)
PC	Personal Computer
RAD	Regionaler ärztlicher Dienst
SAMW	Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen
WHO	World Health Organization
WISA	Wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz

Zusammenfassung

Bei der Eingliederung und der Prüfung von Leistungsansprüchen ihrer versicherten Personen ist die Invalidenversicherung (IV) auf eine gute Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten angewiesen. Diese verfügen über wertvolle Informationen zum Gesundheitszustand und zu den Ressourcen der versicherten Person. Als Vertrauensperson ihrer Patientinnen und Patienten sind die Ärztinnen und Ärzte darüber hinaus insbesondere für die Überwindung von Hemmnissen in der beruflichen Eingliederung wichtige Partner der IV.

Im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen untersuchte das Büro Vatter die Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten in vier Bereichen: medizinische Massnahmen für Personen bis zum 20. Lebensjahr; Eingliederung; vertiefte Prüfung des Rentenanspruchs; Rentenrevision. Dabei waren erstens die aktuellen Formen und Instrumente der fallbezogenen Zusammenarbeit und der fallunabhängigen Kontakte darzustellen. Zweitens waren Erfolgsfaktoren und Hindernisse einer erfolgreichen Zusammenarbeit zu identifizieren; als erfolgreich wurde dabei eine Zusammenarbeit bezeichnet, die optimal dazu beiträgt, dass die IV dem Einzelfall angemessene, möglichst eingliederungsorientierte Entscheide fällen kann. Daraus ergibt sich das dritte Ziel des Projekts, zur Sensibilisierung der Akteure für die Faktoren einer guten Zusammenarbeit beizutragen und Lernprozesse zu fördern.

Vorgehen

Die Untersuchung geht davon aus, dass die Qualität der Zusammenarbeit in den einzelnen Verfahren in den vier Bereichen massgeblich von Eigenschaften der beteiligten Personen respektive Behörden sowie von strukturellen, organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen geprägt ist. Letztere sind zum Teil durch die IV-Stellen beeinflussbar wie z.B. die Prozessorganisation oder die Pflege fallunabhängiger Kontakte, zum Teil sind sie jedoch ihrem Einfluss weitgehend entzogen, wie z.B. die rechtlichen Rahmenbedingungen.

Die Erhebung stützte sich nach einem Studium der bestehenden Forschungsliteratur und amtlicher Dokumente sowie Sondierungsgesprächen erstens auf schriftliche Umfragen zur Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit, zu bestehenden Schwierigkeiten und zu Verbesserungsmöglichkeiten. Befragt wurden die 26 kantonalen IV-Stellen und behandelnde Ärztinnen und Ärzte in fünf ausgewählten Kantonen (N = 325). Zweitens wurden im Rahmen von Fallstudien die Vorgehensweisen der IV-Stellen in diesen fünf Kantonen anhand von Dokumentenanalysen und Informationsgesprächen erhoben; diese Fallstudien wurden ergänzt durch je ein Gruppeninterview mit Mitarbeitenden der IV-Stelle und je drei Leitfadengespräche mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten aus den jeweiligen Kantonen. Drittens wurden in je einem Workshop in der französischen Schweiz und in der Deutschschweiz basierend auf den durchgeführten Untersuchungen erfolgversprechende Vorgehensweisen der Zusammenarbeit kantonsübergreifend mit Vertreterinnen und Vertretern der IV-Stellen sowie der Ärzteschaft diskutiert. Darauf basierend leiteten die Autoren der Studie empfehlenswerte Praktiken ab.

Rahmenbedingungen erschweren die Zusammenarbeit

Eine gute Zusammenarbeit im Einzelfall wird begünstigt durch genügend zeitliche Ressourcen, ein solides Wissen über die Handlungsmöglichkeiten, aber auch -grenzen der beteiligten Partner, ähnliche und realistische Erwartungen über die bei der Zusammenarbeit zu leistenden Beiträge sowie gegenseitige Wertschätzung und Vertrauen der Partner. Verschiedene Rahmenbedingungen, die von den IV-Stellen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten selbst kaum beeinflussbar sind, sind jedoch Hindernisse für diese begünstigenden Faktoren:

► *Medizin und IV arbeiten mit unterschiedlichen Konzepten:* Ärztinnen und Ärzte sowie die IV beurteilen die Arbeitsfähigkeit der versicherten Personen aufgrund unterschiedlicher Konzepte und Massstäbe. So arbeitet die Medizin mit einem weiteren Gesundheits- und Krankheitsbegriff als die IV, der soziale Aspekte stärker einbezieht. Die Frage, ob eine Person noch arbeiten kann, beurteilen die behandelnden Ärztinnen und Ärzten tendenziell aufgrund des aktuellen Berufs, rein medizinisch und aufgrund ihrer Einschätzung des realen Arbeitsmarkts, während die IV die medizinisch-ökonomische Erwerbsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ermittelt. Die IV stellt höhere Anforderungen als die behandelnden Ärztinnen und Ärzte an die Objektivierbarkeit einer Erkrankung, was v.a. bei Schmerzerkrankungen mit nicht eindeutigen Ursachen und bei psychischen Erkrankungen unterschiedliche Einschätzungen begünstigt.

► *Weitere erschwerende Rahmenbedingungen:* Weitere Rahmenbedingungen – hier idealtypisch wiedergegeben – können die Zusammenarbeit erschweren: Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen zur versicherten Person eher in einem Vertrauensverhältnis, während die IV-Mitarbeitenden eine kritisch-hinterfragende Grundhaltung einnehmen müssen. Eine Kontinuität der persönlichen Kontakte zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Fachpersonen seitens der IV-Stellen würde den Informationsaustausch erleichtern, ist aber häufig nicht gewährleistet: IV-Fragestellungen sind für behandelnde Ärztinnen und Ärzte ein Randthema ihrer Tätigkeit, womit die für die IV zu erledigenden Aufgaben eine tiefe Priorität geniessen. Schliesslich ist festzuhalten, dass der rechtliche Rahmen (Datenschutz) dem Informationsaustausch gewisse Grenzen setzt. Die Autoren empfehlen eine Klärung der Frage durch den Bund, welche Informationen die IV-Stellen unter welchen Voraussetzungen (Vollmacht der versicherten Person) den behandelnden Ärztinnen und Ärzten herausgeben dürfen.

Erwartungen und Wahrnehmung der Zusammenarbeit durch die Akteure

► *Zusammenarbeit mehrheitlich zufriedenstellend, aber fallabhängig:* Gemäss den schriftlichen Befragungen sind sowohl die Ärztinnen und Ärzte als auch die IV-Stellen mit der Zusammenarbeit in der Mehrheit der Fälle eher zufrieden oder ganz zufrieden. Die Zufriedenheit schwankt jedoch stark von Fall zu Fall. Nach den Aussagen der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer hängt dies mit persönlichen Eigenschaften der beteiligten Personen (Arbeitsweise, Grundhaltung, Art und Komplexität des Gebrechens der versicherten Person), aber auch mit strukturellen Faktoren (Fachdisziplin, Klinik vs. Freie Praxis) und gemachten Erfahrungen in früheren Fällen zusammen.

► *Die Zufriedenheit hängt auch mit dem Bereich zusammen:* Bei den medizinischen Massnahmen beurteilten die Befragten die Zusammenarbeit in mehr als drei Viertel aller Verfahren zumindest als eher zufriedenstellend, bei der Rentenprüfung sind es nur etwas mehr als die Hälfte. Bei der Eingliederung und den Rentenrevision liegt der Anteil als zufriedenstellend beurteilter Fälle zwischen diesen Werten. Mögliche Gründe für die höhere Zufriedenheit bei den medizinischen Massnahmen sind die einfacheren Fragestellungen als bei anderen Verfahren, aber auch das oft gegebene unmittelbare Eigeninteresse der Ärztin oder des Arztes an der zu bewilligenden Therapie. Bei der Rentenprüfung kommen hingegen die unterschiedlichen Konzepte der Medizin und der IV voll zum Tragen.

► *Ärztinnen und Ärzte als Informationsquellen:* Die IV-Stellen sehen die Ärztinnen und Ärzte bei der Zusammenarbeit als Informationsquelle. Sie sollen in möglichst kurzer Frist solide Angaben zur gesundheitlichen Situation (alle Bereiche) sowie zur geplanten Therapie (medizinische Massnahmen) oder zur Arbeitsfähigkeit und den funktionellen Einschränkungen der versicherten Personen machen (Eingliederung, Rentenprüfung, Rentenrevision). Diese Erwartung akzeptieren die Ärztinnen und Ärzte, sie erwarten jedoch ihrerseits, von der IV-Stelle über den Verfahrensverlauf und abweichende Einschätzungen bei medizinischen Fragen oder der Arbeitsfähigkeit informiert zu werden.

► *Ärztinnen und Ärzte sollen Eingliederung unterstützen:* Die IV-Stellen erwarten, dass die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Eingliederung am gleichen Strick ziehen wie die IV-Stelle. Sie sollen dazu beitragen, Bedenken der versicherten Person entgegenzutreten, diese für die Eingliederung zu ermutigen und ihre Behandlung mit der Eingliederung koordinieren. Die Ärztinnen und Ärzte signalisieren Bereitschaft, diese Rolle zu übernehmen, wollen sich aber nicht für die Rechtfertigung von IV-Entscheidungen instrumentalisieren lassen, die sie selbst nicht mittragen können. Sie erwarten, dass die IV ihren Bedenken Rechnung trägt und das Verfahren und allfällige Eingliederungsmassnahmen mit ihrem Behandlungsplan koordiniert.

► *Aussagekraft der Einschätzungen behandelnder Ärztinnen und Ärzte sowie von Gutachten ist umstritten:* Häufige Ursachen von Unstimmigkeiten sind einerseits die Einschätzungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte über die versicherten Personen und andererseits die von der IV eingeholten Gutachten. Die IV-Stellen bemängeln, dass Arztberichte bisweilen wenig informativ sind, insbesondere in Bezug auf die funktionellen Einschränkungen der versicherten Person; auch bestehen seitens der IV-Stellen aufgrund des Arzt-Patienten-Verhältnisses Zweifel an der Unabhängigkeit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Diese weisen darauf hin, dass sie die einzigen Medizinerinnen und Mediziner im Verfahren seien, deren Beurteilung auf einer dauerhaften Beobachtung basiere. Unter den befragten Ärztinnen und Ärzten äusserte ein bedeutender Anteil grosse Zweifel an der Qualität und Unabhängigkeit externer Gutachten.

► *Weitere Quellen von Unzufriedenheit:* Die IV-Stellen sowie die Ärztinnen und Ärzte nannten in den Befragungen weitere Gründe, die bei der Zusammenarbeit im Einzelfall zu Unzufriedenheit führen können. Sie betreffen die Grundhaltung des Partners bezüglich der Eingliederungsorientierung, mangelndes Wissen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte über die Verfahrensabläufe und Instrumente der IV (was ärzteseitig teils eingeräumt wird), den beidseitig aner-

kannten Mangel an direkter Kommunikation und die trotz Verbesserungen teils immer noch zu langen Wartezeiten auf Arztberichte und zu lange Verfahrensdauern. Schliesslich empfinden es beide Seiten bisweilen als schwierig, ihren Zusammenarbeitspartner zu erreichen.

► *Schwierigkeiten der Zusammenarbeit verstärken sich gegenseitig:* Die bestehende Wahrnehmung in der Ärzteschaft, dass die IV ihre Aussagen über die versicherte Person nicht genügend ernst nehme, wirkt auf Ärztinnen und Ärzte demotivierend. Dies wiederum dürfte sich auf die Wartezeiten der IV auf Informationen der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes und im schlechteren Fall auch auf die Qualität seiner Einschätzungen auswirken, und somit den Bedarf der IV an eigenen Abklärungen steigern. Der von beiden Seiten konstatierte Mangel an Kommunikation dürfte sich ebenfalls negativ auf das gegenseitige Vertrauen auswirken.

► *Verbesserungen können zur Zielerreichung der IV beitragen:* Während die Erwartungen der Ärztinnen und Ärzte sowie der IV an die Zusammenarbeit gemäss den Erkenntnissen dieser Studie grundsätzlich vereinbar scheinen, ist davon auszugehen, dass das IV-bezogene Wissen der Ärztinnen und Ärzte und das gegenseitige Vertrauen von Ärztinnen und Ärzten sowie Mitarbeitenden der IV begrenzt sind. Letzteres beeinträchtigt auch die Bereitschaft, die ohnehin knapp bemessene Zeit in die Zusammenarbeit zu investieren. Da – auch im Urteil der IV-Stellen – die Zusammenarbeit für die Erreichung angemessener Entscheide in allen vier Bereichen relevant ist, ist davon auszugehen, dass sich Verbesserungen positiv auf die Erreichung der Verfahrensziele auswirken.

Identifikation empfehlenswerter Vorgehensweisen

► *Drei Stossrichtungen für empfehlenswerte Praktiken:* Basierend auf dem Vergleich der fünf näher untersuchten IV-Stellen identifiziert die Studie drei Stossrichtungen, die dem Risiko einer Demotivation der Ärzteschaft entgegenwirken und zu einer guten Zusammenarbeit beitragen sollen. Zumeist sind diese Praktiken in mindestens einem Kanton bereits umgesetzt worden und haben den Charakter von Good Practices: Ein *zielgerichtetes Einholen von Arztberichten* sowie ein *optimierter weiterer Austausch* zwischen IV/RAD und behandelndem Arzt, behandelnder Ärztin verbessern direkt die Zusammenarbeit im konkreten Einzelfall. Beide Strategien sowie die *Pflege fallunabhängiger Kontakte* zielen darüber hinaus auf eine Steigerung des gegenseitigen Vertrauens und Wissens der Zusammenarbeitspartner sowie auf eine Senkung der zeitlichen Belastung bei der Zusammenarbeit.

► *Erstens – zielgerichtetes Einholen von Arztberichten:* Das Einfordern schriftlicher Arztberichte mittels Formular sollte die IV-Stelle – unter Ausnützung bestehender Vorinformationen (Gespräche, vorliegende Berichte z.B. anderer Institutionen) – auf Fälle beschränken, bei denen ein wirklicher Bedarf besteht. Sie sollte Berichte nach Möglichkeit nur bei Ärztinnen und Ärzten einholen, die relevante Aussagen zum Fall machen können. Dabei sollten möglichst auch gezielt auf den konkreten Fall bezogene Fragen gestellt werden. Es sollten Freiheiten bei der Form des Ausfüllens gewährt und signalisiert werden. Die Begleitkommunikation sollte primär partnerschaftlich sein, die Erwartungen an die Ärzteschaft klären und insbesondere bei Erinne-

rungen säumiger Ärztinnen und Ärzte auch mündlich erfolgen. Der Vertrauensbildung zuträglich dürfte zudem sein, wenn die IV-Stelle Gesprächsbereitschaft signalisiert.

► *Zweitens – optimierter weiterer Austausch:* Über das Einholen von Formularberichten hinaus kann sowohl seitens der IV-Stelle als auch der behandelnden Ärztinnen und Ärzte das Bedürfnis nach einem weiteren Austausch bestehen (Vervollständigung der Informationen, Koordination von IV-Verfahren mit ärztlicher Behandlung, Transparenz über abweichende Einschätzungen). Im optimalen Fall ist dabei die gute Erreichbarkeit der zuständigen Personen sichergestellt – z.B. durch Kontaktstellen bei der IV-Stelle, dem RAD, aber auch in Kliniken und der Arztpraxis. Der Austauschkanal sollte situativ gewählt werden. Eingliederungsmassnahmen sollten gemeinsam koordiniert und begleitet werden. In Bezug auf möglicherweise abweichende Einschätzungen und die Koordination des IV-Verfahrens mit der medizinischen Behandlung sollte sichergestellt sein, dass die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt rechtzeitig über wichtige Schritte im Verfahren (Beginn einer Massnahme, Gutachten, Vorbescheid, Entscheid) informiert ist. Dabei ist zu klären, welche Rolle der versicherten Person bei diesem Austausch zukommen soll und wie der Schutz ihrer Persönlichkeitsrechte (Bevollmächtigung der IV-Stelle zur Herausgabe von Informationen) sichergestellt werden kann. Diesbezüglich kommt die Studie zum Schluss, dass die IV-Stellen die Anforderung an die Vollmacht zur Herausgabe von Informationen unterschiedlich beurteilen, weshalb sich diesbezüglich eine Klärung durch den Bund empfiehlt. Schliesslich empfiehlt es sich vor allem bei komplexen Fällen, Entscheidbegründungen auch für juristische Laien nachvollziehbar zu formulieren.

► *Drittens – fallunabhängige Kontakte pflegen:* Die im Rahmen der Untersuchung näher beleuchteten Formen von Kontakten, die losgelöst von einzelnen Verfahren stattfinden, beziehen sich erstens auf die Durchführung möglichst erfolversprechender Informations- und Schulungsveranstaltungen. Hier empfiehlt sich, sowohl bei der Organisation und Kommunikation, als auch bei der Durchführung auf bestehende Netzwerke und Gefässe der Ärzteschaft zurückzugreifen (z.B. regionale Qualitäts- und Fortbildungszirkel). Zweitens wurde in der Studie das Augenmerk auf eigentliche Zusammenarbeitsformen auf fallunabhängiger Ebene gelegt, so zum etwa die Erarbeitung einer Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen der IV-Stelle und einer medizinischen Fachgesellschaft oder die gemeinsame Entwicklung von (einfachen) Arbeitsinstrumenten wie z.B. der Formulierung von Erinnerungsschreiben für Arztberichtformulare. Von solchen Massnahmen ist eine vertrauensbildende Wirkung zu erwarten.

► *Weitere Aktivitäten, welche die Zusammenarbeit potenziell beeinflussen:* Neben diesen direkt auf die Zusammenarbeit bezogenen Vorgehensweisen dürften weitere Aspekte der Arbeitsweise der IV potenziell auch die Qualität der Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen und behandelnden Ärztinnen und Ärzten beeinflussen. So sollte die IV die Anstrengungen zur Steigerung und Sicherung der Gutachtenqualität konsequent weiterzuführen, um deren Glaubwürdigkeit bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu erhöhen. Gleichfalls ist sicherzustellen, dass Vertreterinnen und Vertreter aller für die IV relevanten medizinischen Fachdisziplinen in den RAD zur Verfügung stehen. Auch die Bemühungen zur Beschleunigung der Verfahren sind wichtig: Lange Verfahrensdauern können von Ärztinnen und Ärzten auch als Signal aufgefasst

werden, das Ausfüllen von Arztberichtsformularen sei zeitlich nicht dringend. Schliesslich empfiehlt sich eine verbesserte Information über die bestehenden Entschädigungsansprüche für alle Formen der Zusammenarbeit.

► *Fazit:* Die in der vorliegenden Studie identifizierten Vorgehensweisen sollen dazu beitragen, dass die Zahl der erfolgreichen Beispiele der Zusammenarbeit steigt und die Zufriedenheit bei den Zusammenarbeitspartnern zunimmt. Sie zielen im Kern darauf ab, die formelle schriftliche Kommunikation auf das Zweckmässige zu beschränken sowie beidseitig den persönlichen Kontakt zu suchen, wo dieser schneller zum Ziel führt und zu einem besseren Verständnis über die Haltung und Vorgehensweisen des jeweils anderen und zu einer gesteigerten gegenseitigen Wertschätzung beitragen kann. Die grundlegenden Differenzen zwischen Medizin und Versicherungsmedizin werden weiterhin zu unterschiedlichen Einschätzungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie der Mitarbeitenden der IV-Stellen über die Erwerbsfähigkeit von versicherten Personen im IV-Verfahren führen. Gegenseitige Wertschätzung kann jedoch dazu beitragen, dass auch in solchen Fällen der Informationsaustausch funktioniert und ein dem konkreten Einzelfall angepasstes Verfahren sowie eine gute Koordination von IV-Verfahren und medizinischer Behandlung erfolgt.

Résumé

Pour l'assurance-invalidité (AI), la qualité de la collaboration avec les médecins traitants joue un rôle essentiel dans le processus de réadaptation des assurés et dans l'examen de leurs droits aux prestations. Les médecins traitants possèdent en effet des informations précieuses sur l'état de santé et les ressources des assurés. En tant que personnes de confiance de leurs patients, ils sont des partenaires importants pour aider à surmonter les obstacles qui entravent la réadaptation professionnelle des assurés.

Sur mandat de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), le bureau Vatter a étudié la collaboration des offices AI avec les médecins traitants dans quatre domaines : les mesures médicales pour les assurés de moins de 20 ans, la réadaptation, l'examen approfondi du droit à la rente et la révision des rentes. La démarche a consisté tout d'abord à exposer les formes et les instruments de la collaboration sur des cas précis ainsi qu'à analyser les contacts pris avec des médecins traitants indépendamment du travail sur des cas concrets. Le projet avait ensuite pour objectif d'identifier les obstacles et les facteurs de succès d'une collaboration fructueuse, sachant qu'une collaboration est jugée fructueuse lorsqu'elle aide l'AI à prendre des décisions adaptées et aussi favorables que possible à la réadaptation des assurés. Le projet visait enfin à sensibiliser les acteurs aux facteurs d'une bonne collaboration et à encourager les processus d'apprentissage.

Démarche

L'étude est partie de l'hypothèse selon laquelle la qualité de la collaboration dépend, pour chacun des quatre domaines considérés, à la fois des caractéristiques propres aux personnes ou aux autorités concernées et du cadre structurel, organisationnel et juridique existant. Si les offices AI peuvent exercer une certaine influence sur ce cadre selon la façon dont ils organisent leurs processus ou gèrent leurs contacts, certains éléments – le cadre juridique, par exemple – échappent dans une large mesure à leur contrôle.

Après des travaux préparatoires – analyse des travaux de recherche existants et de la documentation officielle, entretiens exploratoires –, l'enquête s'est déployée en trois temps. Dans un premier temps, elle s'est appuyée sur des questionnaires écrits portant sur le degré de satisfaction à l'égard de la collaboration, sur les difficultés rencontrées et sur les possibilités d'amélioration. Les 26 offices AI cantonaux et 325 médecins traitants de cinq cantons préalablement sélectionnés ont été interrogés. Dans un second temps, l'enquête a examiné, sur la base d'analyses documentaires et d'entretiens, les procédures suivies par les offices AI de ces cinq cantons. Chacune de ces études de cas a été complétée par un entretien de groupe avec des collaborateurs de l'office AI concerné et trois entretiens semi-directifs avec des médecins traitants du canton en question. Dans un troisième temps, les modes de collaboration jugés prometteurs sur la base des études de cas susmentionnées ont fait l'objet de discussions avec des représentants des différents offices AI et du corps médical lors de deux ateliers organisés l'un en Suisse

romande et l'autre en Suisse alémanique. Les auteurs de l'étude en ont déduit un ensemble de bonnes pratiques.

Un environnement peu propice à la collaboration

Les facteurs d'une bonne collaboration sur des cas individuels sont des ressources en temps suffisantes, une solide compréhension des possibilités d'action des partenaires et de leurs limites, des attentes similaires et réalistes quant aux apports de la collaboration, ainsi qu'une confiance et une estime mutuelles entre les partenaires. L'action de ces différents facteurs est toutefois entravée par une série d'obstacles sur lesquels les offices AI et les médecins traitants n'ont guère d'influence :

► *Les médecins et l'AI travaillent avec des conceptions différentes* : les médecins et l'AI évaluent la capacité de travail de l'assuré sur la base de conceptions et d'échelles de mesure différentes. Les médecins travaillent en effet avec une conception de la santé et de la maladie plus large que celle de l'AI, puisqu'elle tient davantage compte des aspects sociaux. Les médecins tendent à aborder la question de savoir si une personne peut encore travailler sur la base d'une approche purement médicale, en considérant la profession actuelle de leur patient et leur propre vision du marché du travail ; l'AI détermine quant à elle la capacité de gain pour une activité adaptée sur un marché du travail équilibré, c'est-à-dire d'un point de vue à la fois médical et économique. Les exigences de l'AI pour la reconnaissance d'une maladie sont plus élevées que celles des médecins traitants, ce qui favorise des appréciations divergentes, surtout dans le cas des maladies psychiques et des affections douloureuses sans cause univoque.

► *Autres éléments défavorables à la collaboration* : d'autres éléments de l'environnement – présentés ici sous une forme simplifiée – peuvent entraver la collaboration. Les médecins traitants tendent à s'inscrire dans une relation de confiance avec les assurés, tandis que les collaborateurs de l'AI doivent adopter une attitude plus critique à leur égard. Des contacts personnels réguliers entre les médecins traitants et les spécialistes des offices AI faciliteraient l'échange d'informations, mais la relation se heurte souvent au fait que les demandes de l'AI ne représentent pour les médecins traitants qu'un aspect marginal de leur activité, de sorte que les tâches accomplies pour l'AI ont pour eux une importance secondaire. Force est en outre de constater que le cadre juridique (dispositions sur la protection des données) fixe certaines limites à l'échange d'informations. Les auteurs de l'étude recommandent à la Confédération de clarifier quelles informations les offices AI peuvent transmettre aux médecins traitants, et à quelles conditions (procuration de l'assuré).

La collaboration : attentes et perception par les acteurs

► *Une collaboration jugée satisfaisante dans la plupart des cas* : les résultats de l'enquête écrite montrent que les médecins traitants et les offices AI sont dans la plupart des cas plutôt, voire très satisfaits de la collaboration. Le degré de satisfaction varie toutefois considérablement d'un cas à un autre. Pour expliquer ces différences, les personnes ayant participé à l'étude met-

tent en avant des facteurs individuels (méthodes de travail, attitude générale, nature et complexité de l'infirmité de l'assuré), des facteurs structurels (discipline médicale, activité clinique ou cabinet privé) et l'existence d'expériences communes sur des cas antérieurs.

► *Le degré de satisfaction dépend aussi du domaine* : s'agissant des mesures médicales, les personnes interrogées se sont déclarées plutôt, voire très satisfaites de la collaboration dans plus de trois cas sur quatre. Ce niveau de satisfaction chute à un peu plus d'un cas sur deux en ce qui concerne l'examen du droit à la rente et se situe entre ces deux valeurs dans les domaines de la réadaptation et de la révision des rentes. Le degré de satisfaction plus élevé dans le cas des mesures médicales peut s'expliquer par le fait que les questions soulevées y sont moins complexes, mais aussi que les médecins ont souvent un intérêt personnel direct à la thérapie envisagée. Lors de l'examen du droit à la rente, à l'inverse, les différences de conception entre le corps médical et l'AI s'expriment pleinement.

► *Les médecins comme source d'information* : les offices AI voient les médecins traitants comme une source d'information. Ils s'attendent à recevoir dans de brefs délais des indications fiables sur la thérapie envisagée (mesures médicales), sur l'état de santé de l'assuré (tous les domaines) et sur ses capacités de travail et ses limitations fonctionnelles (réadaptation, examen du droit à la rente, révision des rentes). Les médecins acceptent ce rôle, mais attendent en retour de l'office AI qu'il les informe du déroulement de la procédure et leur fasse part de sa propre évaluation des questions médicales ou de la capacité de travail de l'assuré.

► *Les médecins doivent soutenir la réadaptation* : les offices AI attendent des médecins qu'ils tirent à la même corde qu'eux dans le processus de réadaptation, c'est-à-dire qu'ils apaisent les craintes des assurés, encouragent ces derniers sur la voie de la réadaptation et coordonnent leur traitement avec les mesures de réadaptation de l'AI. Les médecins se déclarent prêts à assumer ce rôle, mais refusent d'être associés à la justification de décisions de l'AI qu'ils ne partagent pas. Ils attendent que l'AI tienne compte de leurs réserves et coordonne la procédure et les éventuelles mesures de réadaptation avec leur propre approche thérapeutique.

► *La pertinence des avis médicaux et des expertises est contestée* : les avis des médecins sur les assurés et les expertises commandées par l'AI sont souvent à l'origine de divergences entre les deux partenaires. Les offices AI reprochent aux rapports médicaux de ne pas toujours être suffisamment précis, notamment en ce qui concerne les limitations fonctionnelles de l'assuré. De plus, la nature de la relation entre le médecin et ses patients conduit les offices AI à douter de l'indépendance des médecins traitants. Ces derniers soulignent quant à eux qu'ils sont, dans la procédure, les seuls médecins dont le jugement s'appuie sur des observations à long terme. Un nombre significatif de médecins interrogés émettent de sérieux doutes quant à la qualité et l'indépendance des expertises externes.

► *Autres motifs d'insatisfaction* : les offices AI et les médecins traitants interrogés mettent en avant d'autres motifs possibles d'insatisfaction lors de la collaboration sur des cas individuels : attitude du partenaire à l'égard de l'objectif de réadaptation, méconnaissance de la procédure et des instruments de l'AI par les médecins traitants (un point d'ailleurs reconnu par une partie du

corps médical), manque de communication directe (une lacune admise par les deux parties), durée excessive de la procédure et temps d'attente du rapport médical, malgré des améliorations récentes sur ces derniers points. Enfin, les deux parties déplorent le fait que l'autre partenaire ne soit pas toujours facile à joindre.

► *Les difficultés de la collaboration se renforcent mutuellement* : le sentiment que l'AI ne prend pas leurs avis suffisamment au sérieux a sur les médecins un effet démotivant. Cela se répercute sur le temps que met l'AI à obtenir les informations des médecins traitants, voire sur la qualité de ces informations et, en fin de compte, sur la nécessité pour l'AI d'effectuer ses propres examens. Le manque de communication constaté de part et d'autre n'est pas non plus de nature à renforcer la confiance entre les partenaires.

► *Des améliorations seraient profitables aux objectifs de l'AI* : alors que les attentes des deux partenaires à l'égard de la collaboration sont, si l'on en croit les résultats de l'étude, fondamentalement conciliables, la connaissance du fonctionnement de l'AI par les médecins et la confiance mutuelle entre médecins et collaborateurs de l'AI s'avèrent limitées. Cette situation n'encourage pas les partenaires à consacrer à la collaboration un temps qui est par ailleurs déjà compté. Dans la mesure où – également du point de vue des offices AI – la collaboration aide à rendre des décisions appropriées dans chacun des quatre domaines considérés, les améliorations apportées à la collaboration devraient avoir des effets positifs sur la réalisation des objectifs de la procédure.

Identification de bonnes pratiques

► *Trois pistes pour de bonnes pratiques* : la comparaison des cinq offices AI qui ont fait l'objet d'un examen plus approfondi permet de dégager trois pistes pour lutter contre le risque de démotivation du corps médical et contribuer à une meilleure collaboration entre les partenaires. Dans la plupart des cas, ces pratiques ont déjà été mises en œuvre dans au moins un canton et revêtent le caractère de bonnes pratiques. L'amélioration de la collaboration sur des cas concrets passe à la fois par un *meilleur ciblage des demandes de rapports médicaux* et par une *amélioration des échanges* entre l'AI ou le SMR et les médecins traitants. Ces deux stratégies, associées à l'*entretien des contacts indépendamment du travail sur des cas précis*, permettent aux partenaires de mieux se connaître, de renforcer leur confiance mutuelle et de gagner du temps lors de leur travail en commun sur des cas concrets.

► *Un meilleur ciblage des demandes de rapports médicaux* : l'office AI ne devrait demander des rapports médicaux écrits que lorsque cela s'avère réellement nécessaire à la lumière des informations déjà en sa possession (entretiens, rapports existants, par exemple ceux d'autres institutions). Il devrait, dans la mesure du possible, n'en demander qu'aux médecins susceptibles de formuler un avis pertinent sur le cas d'espèce. Les questions posées devaient être aussi spécifiques et précises que possible. La communication accompagnant la demande devrait préciser explicitement au médecin qu'il jouit d'une certaine liberté dans la façon de remplir le formulaire qui sert de cadre au rapport écrit. Elle devrait également refléter une démarche de nature essen-

tiellement partenariale, préciser les attentes à l'égard du corps médical et prendre une forme orale, en particulier lorsqu'il s'agit d'adresser un rappel aux médecins retardataires. Le fait de signaler que l'office AI est ouvert au dialogue est aussi un élément propice à l'établissement d'un climat de confiance.

► *Une amélioration des échanges* : au-delà des demandes de rapports écrits, d'autres échanges entre l'office AI et les médecins traitants peuvent s'avérer nécessaires pour l'un ou l'autre des partenaires (dans le but d'obtenir des informations complémentaires, de coordonner la procédure AI avec le traitement médical, de tirer au clair les divergences d'appréciation). Un souci d'assurer la joignabilité des personnes compétentes – par exemple en désignant des interlocuteurs au sein de l'office AI, du SMR, mais aussi des cliniques et des cabinets médicaux – s'avère également être un facteur précieux. Il serait par ailleurs souhaitable de définir les modalités de l'échange en fonction de la situation et d'assurer en commun le suivi et la coordination des mesures de réadaptation. En ce qui concerne les éventuelles divergences d'appréciation et la coordination de la procédure AI avec le traitement médical, il faudrait veiller à informer le médecin traitant des principales étapes de la procédure (début d'une mesure, expertise, préavis, décision). Il importe à cet égard de clarifier le rôle que doit jouer l'assuré dans cet échange d'informations et comment ses droits de la personnalité doivent être garantis (procuration autorisant l'office AI à transmettre des informations). L'étude est arrivée à la conclusion que les offices AI ont des exigences différentes en la matière et qu'une clarification par la Confédération s'avère souhaitable. Enfin, l'étude recommande que les justifications des décisions, en particulier dans les dossiers complexes, soient formulées d'une manière qui soit compréhensible par des personnes sans formation juridique.

► *Entretien des contacts indépendamment du travail sur des cas précis* : les offices AI ont différentes possibilités de nouer des contacts avec des médecins traitants en dehors des procédures sur des cas concrets. L'enquête s'est intéressée en premier lieu à l'organisation de manifestations de formation et d'information. L'étude recommande, que ce soit au stade de l'organisation, de la communication ou de la réalisation, d'avoir recours aux réseaux et aux canaux de communication de la profession médicale (cercles de qualité et de formation continue à l'échelle régionale, par ex.). L'étude a mis l'accent en second lieu sur les formes actuelles de collaboration à un niveau général, par exemple l'élaboration d'une convention de collaboration entre l'office AI et une société de discipline médicale ou le développement conjoint d'instruments de travail (simples) comme la formulation des lettres de rappel pour les rapports médicaux. De telles mesures devraient avoir un effet bénéfique sur le climat de confiance entre les partenaires.

► *Autres activités propices à la collaboration* : outre ces pratiques directement liées à la collaboration, d'autres aspects du fonctionnement de l'AI peuvent influencer sur la qualité de la collaboration entre offices AI et médecins traitants. L'AI doit notamment poursuivre ses efforts visant à garantir et à améliorer la qualité des expertises afin d'en renforcer la crédibilité auprès des médecins traitants. Il faudrait également veiller à ce qu'il y ait dans les SMR des représentants de toutes les spécialités médicales pertinentes pour l'AI. Les efforts pour accélérer la procédure

sont également importants : une procédure longue peut être interprétée par les médecins comme le signe qu'il n'y a pas d'urgence à rédiger le rapport médical. Enfin, une meilleure information sur les demandes d'indemnisation existantes est souhaitable pour toutes les formes de collaboration.

► *Conclusion* : les pratiques identifiées dans la présente étude doivent aider à multiplier les exemples de collaboration réussie et à accroître le degré de satisfaction des partenaires. Elles visent à réduire à l'essentiel la communication écrite officielle et à encourager les contacts personnels directs lorsque ceux-ci permettent un gain de temps, une meilleure compréhension des attitudes et pratiques des uns et des autres, et une plus grande estime réciproque. Les différences fondamentales existant entre la pratique médicale et la médecine des assurances continueront de provoquer des divergences dans les appréciations que médecins traitants et collaborateurs des offices AI portent sur la capacité de gain des assurés dans le cadre de la procédure AI. Une estime réciproque entre les partenaires peut toutefois aider, dans de telles situations, à assurer un échange efficace des informations, une adaptation de la procédure aux spécificités du cas et une meilleure coordination entre la procédure AI et le traitement médical.

Riassunto

Per poter eseguire l'integrazione e valutare il diritto a prestazioni dei suoi assicurati, l'assicurazione invalidità (AI) necessita di una cooperazione efficace con i medici curanti. Disponendo di informazioni preziose sullo stato di salute e sulle risorse degli assicurati, i medici curanti non sono solo persone di fiducia per i propri pazienti ma, proprio a questo titolo, anche partner importanti dell'AI, in particolare per il superamento degli ostacoli nell'integrazione professionale.

Su incarico dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, il Büro Vatter ha analizzato la collaborazione tra gli uffici AI e i medici curanti in quattro ambiti specifici: provvedimenti sanitari per le persone fino ai 20 anni di età; integrazione; esame approfondito del diritto a una rendita; revisione della rendita. In questo contesto, ci si è posti tre obiettivi: in primo luogo, illustrare le forme e gli strumenti attuali della collaborazione in funzione dei singoli casi e i contatti indipendenti dai singoli casi; in secondo luogo, individuare i fattori di successo e gli ostacoli a una collaborazione riuscita, intendendo per «riuscita» una collaborazione che consenta all'AI di decidere sui singoli casi in modo ottimale, adeguato e il più possibile incentrato sull'integrazione; in terzo luogo, sensibilizzare gli attori interessati sui fattori che contribuiscono a una buona collaborazione e promuovere i processi di apprendimento.

Procedura

L'analisi parte dal presupposto che la qualità della collaborazione nel quadro delle singole procedure nei quattro ambiti dipenda in misura determinante dalle caratteristiche delle persone e delle autorità interessate nonché dalle condizioni quadro strutturali, organizzative e giuridiche. Per quanto riguarda le condizioni quadro, gli uffici AI possono incidere su alcune di esse, ad esempio l'organizzazione dei processi o l'intrattenimento di contatti indipendenti dai singoli casi, ma non possono esercitare alcun'influenza su altre, quali le condizioni quadro giuridiche.

Dopo uno studio della letteratura scientifica e dei documenti ufficiali in materia nonché colloqui esplorativi, la rilevazione si è basata in primo luogo su indagini scritte relative alla soddisfazione sulla collaborazione, alle difficoltà esistenti e alle possibilità di miglioramento. Sono stati interpellati i 26 uffici AI cantonali e diversi medici curanti di cinque Cantoni scelti (N = 325). In secondo luogo, sono stati rilevati i modi di procedere adottati dagli uffici AI in questi cinque Cantoni sulla base di analisi di documenti e colloqui informativi nel quadro di studi di caso; questi ultimi sono poi stati completati con un'intervista di gruppo con collaboratori dell'ufficio AI e tre interviste guidate con medici curanti dei Cantoni in questione. In terzo luogo, sulla base delle analisi svolte, le procedure di collaborazione promettenti sono state discusse a livello intercantonale con alcuni rappresentanti degli uffici AI e medici nel quadro di due seminari, organizzati l'uno nella Svizzera romanda e l'altro in quella tedesca. In conclusione, gli autori dello studio hanno rilevato alcune pratiche raccomandabili.

Collaborazione più difficile in presenza di alcune condizioni quadro

Diversi fattori agevolano una buona collaborazione nel singolo caso: risorse temporali sufficienti, conoscenze approfondite delle possibilità e dei limiti d'intervento dei partner interessati, aspettative analoghe e realistiche sui contributi da fornire a tal fine nonché stima e fiducia reciproche tra i partner. Diverse condizioni quadro, difficilmente influenzabili dagli uffici AI e dai medici curanti, possono tuttavia fungere da ostacolo per questi fattori positivi.

► *Il campo medico e l'AI hanno concezioni del lavoro differenti:* i medici e l'AI valutano la capacità al lavoro degli assicurati in base a concezioni e criteri diversi. I primi lavorano infatti con un concetto di salute e malattia più ampio rispetto all'AI, considerando maggiormente gli aspetti sociali. Tendenzialmente, i medici curanti valutano se una persona sia o meno ancora in grado di lavorare basandosi sulla professione che questa svolge al momento e sulla situazione del mercato del lavoro reale, da un punto di vista prettamente medico; l'AI, invece, calcola la capacità al guadagno medico-economica in un'attività adeguata sul mercato del lavoro equilibrato. Per poter oggettivare una malattia, l'AI pone dei requisiti più rigidi rispetto ai medici curanti, il che favorisce valutazioni diverse, soprattutto nei casi di sindromi dolorose che non hanno cause evidenti e di malattie psichiche.

► *Altre condizioni quadro che rendono difficile la collaborazione:* vi sono altre condizioni quadro che possono rendere difficile la collaborazione, come di seguito esposto (a livello astratto). Tendenzialmente, i medici curanti hanno un rapporto di fiducia con gli assicurati, mentre i collaboratori dell'AI devono assumere un atteggiamento tra il critico e l'indagatore nei loro confronti. Una certa continuità nei contatti personali tra i medici curanti e gli specialisti degli uffici AI agevolerebbe lo scambio di informazioni, ma spesso non è garantita: i medici curanti considerano le domande dell'AI come un tema marginale della loro attività, ragion per cui attribuiscono una priorità bassa ai compiti da svolgere per l'assicurazione. Va infine constatato che il quadro giuridico (protezione dei dati) pone determinati limiti allo scambio di informazioni. Gli autori raccomandano che sia la Confederazione a chiarire quali informazioni gli uffici AI possano trasmettere ai medici curanti e a quali condizioni (autorizzazione da parte dell'assicurato interessato).

Aspettative e percezioni relative alla collaborazione da parte degli attori interessati

► *Collaborazione perlopiù soddisfacente, ma a seconda dei casi:* dalle indagini scritte emerge che nella maggior parte dei casi sia i medici che gli uffici AI sono piuttosto soddisfatti o assolutamente soddisfatti della collaborazione. Il grado di soddisfazione varia tuttavia notevolmente a seconda dei casi: secondo le dichiarazioni dei partecipanti allo studio, questo dipende dalle peculiarità delle persone interessate (modo di lavorare, atteggiamento, tipo e complessità dell'infermità dell'assicurato), come pure da fattori strutturali (disciplina specialistica, clinica o studio privato) e da esperienze derivanti da casi precedenti.

► *Soddisfazione variabile anche in funzione dell'ambito considerato:* nell'ambito dei provvedimenti sanitari, gli interpellati hanno giudicato la collaborazione almeno piuttosto soddisfacente in oltre tre quarti delle procedure, mentre nell'ambito dell'esame del diritto a una rendita lo stesso

risultato è stato registrato solo in circa la metà dei casi; negli ambiti dell'integrazione e della revisione della rendita, la quota dei casi ritenuti soddisfacenti si colloca tra questi due valori. I possibili motivi del grado di soddisfazione più elevato nell'ambito dei provvedimenti sanitari sono la maggiore semplicità delle questioni e spesso anche l'interesse personale del medico per la terapia da autorizzare. Nell'ambito della revisione della rendita, invece, pesa decisamente la diversità di concezioni dei medici e dell'AI.

► *I medici quali fonti d'informazione:* nel quadro della collaborazione, gli uffici AI considerano i medici curanti come una fonte d'informazione. Questi ultimi devono infatti fornire nel più breve tempo possibile dati approfonditi sulla situazione di salute degli assicurati (in tutti gli ambiti) e sulla terapia prevista (provvedimenti sanitari) oppure sulla loro capacità al lavoro e sulle limitazioni funzionali (integrazione, esame del diritto a una rendita e revisione della rendita). I medici accettano di rispondere a queste aspettative, ma a loro volta chiedono che gli uffici AI li informino sull'andamento della procedura e su eventuali divergenze di valutazione su questioni mediche o sulla capacità al lavoro.

► *Necessità del sostegno dei medici per l'integrazione:* gli uffici AI si aspettano che i medici perseguano i loro stessi obiettivi nel quadro dell'integrazione, contribuendo a contrastare le perplessità degli assicurati, incoraggiandoli all'integrazione e coordinando il loro trattamento con l'integrazione. I medici segnalano la loro disponibilità ad assumere questo ruolo, ma non vogliono lasciarsi strumentalizzare per giustificare decisioni dell'AI che non condividerebbero. Si aspettano che l'AI tenga conto delle loro riserve e coordini la procedura e gli eventuali provvedimenti d'integrazione con il loro piano di trattamento.

► *Rappresentatività controversa delle valutazioni dei medici curanti e delle perizie:* tra le cause frequenti di divergenze si registrano da un lato le valutazioni dei medici curanti sugli assicurati e dall'altro le perizie commissionate dall'AI. Gli uffici AI criticano il fatto che i rapporti medici forniscano talvolta informazioni scarse, in particolare per quanto concerne le limitazioni funzionali degli assicurati, e, considerato il rapporto medico-paziente, esprimono dubbi sull'indipendenza dei medici curanti. Questi ultimi fanno notare di essere gli unici medici nella procedura la cui valutazione si basi su un'osservazione durevole. Una quota significativa dei medici interpellati ha espresso seri dubbi sulla qualità e sull'indipendenza delle perizie esterne.

► *Altre cause d'insoddisfazione:* nel quadro delle indagini svolte, gli uffici AI e i medici hanno menzionato altre possibili cause d'insoddisfazione per la collaborazione nei singoli casi. Si tratta dell'atteggiamento del partner nei confronti dell'approccio finalizzato all'integrazione, della mancanza di conoscenze dei medici curanti per quanto concerne le procedure e gli strumenti dell'AI (in parte ammessa dai medici stessi), della mancanza di comunicazione diretta riconosciuta da entrambe le parti nonché dei tempi di attesa dei rapporti medici – che restano in parte ancora troppo lunghi malgrado alcuni miglioramenti – e della durata eccessiva delle procedure. In conclusione, entrambe le parti percepiscono talvolta la difficoltà di raggiungere il partner della collaborazione.

► *Rafforzamento reciproco delle difficoltà della collaborazione*: la percezione che l'AI non prenda abbastanza sul serio le loro informazioni sugli assicurati è un fattore di demotivazione per i medici. Questo a sua volta potrebbe ripercuotersi sui tempi che l'AI deve attendere per ricevere le informazioni da parte dei medici curanti e, nel peggiore dei casi, anche sulla qualità delle loro valutazioni, facendo così aumentare il bisogno dell'assicurazione di svolgere accertamenti propri. Anche la mancanza di comunicazione constatata da entrambe le parti potrebbe incidere negativamente sulla fiducia reciproca.

► *Miglioramenti quali potenziali contributi al raggiungimento degli obiettivi dell'AI*: se dai risultati del presente studio emerge che le aspettative dei medici e dell'AI in termini di collaborazione appaiono fondamentalmente compatibili, le conoscenze dei medici sull'AI e la fiducia reciproca tra i medici e i collaboratori dell'assicurazione appaiono limitate. Quest'ultimo fattore incide negativamente anche sulla disponibilità a investire nella collaborazione lo scarso tempo a disposizione. Poiché, anche a giudizio degli uffici AI, la collaborazione è rilevante in tutti gli ambiti considerati per consentire l'adozione di decisioni adeguate, va presupposto che i miglioramenti avranno un effetto positivo sul raggiungimento degli obiettivi delle procedure.

Individuazione di procedure raccomandabili

► *Tre criteri fondamentali per pratiche raccomandabili*: basandosi sul confronto dei cinque uffici AI esaminati più approfonditamente, lo studio individua tre criteri fondamentali che dovrebbero permettere di contrastare il rischio di demotivazione dei medici e contribuire a una buona collaborazione. Nella maggior parte dei casi, queste strategie sono già state attuate in almeno un Cantone e hanno il carattere di buone pratiche. Una *richiesta mirata di rapporti medici* e una *più ampia interazione ottimizzata* tra l'AI, o i SMR, e i medici curanti migliorano in modo diretto la collaborazione nei singoli casi concreti. Le due strategie summenzionate e *l'intrattenimento di contatti indipendenti dai singoli casi* sono inoltre volti ad aumentare la fiducia reciproca e le conoscenze sul partner nonché a ridurre l'onere temporale necessario per la collaborazione.

► *Primo – Richiesta mirata di rapporti medici*: l'AI dovrebbe limitare la richiesta di rapporti medici scritti mediante appositi moduli ai casi per i quali sussiste un bisogno effettivo, sfruttando le informazioni preliminari disponibili (colloqui, rapporti già redatti, p. es. da altre istituzioni). Dovrebbe cercare di richiedere rapporti solo ai medici che possono esprimersi in modo rilevante sul caso concreto, ponendo possibilmente domande mirate in relazione con quest'ultimo e dando la possibilità di scegliere in che forma rispondere. La comunicazione d'accompagnamento dovrebbe essere prima di tutto in un'ottica di collaborazione con il partner, volta a chiarire le aspettative dei medici ed effettuata anche in forma orale, in particolare per sollecitare i medici inadempienti. Inoltre, per instaurare un rapporto di fiducia potrebbe essere utile che gli uffici AI segnalassero la loro disponibilità al colloquio.

► *Secondo – Più ampia interazione ottimizzata*: oltre alla richiesta di rapporti medici tramite moduli, sia gli uffici AI che i medici curanti rilevano il bisogno di un'interazione più ampia

(completamento delle informazioni, coordinamento delle procedure dell'AI con i trattamenti medici, trasparenza sulle valutazioni divergenti). In questo contesto, è idealmente garantita la buona raggiungibilità delle persone competenti, per esempio attraverso organi di contatto tanto presso gli uffici AI e i SMR che presso le cliniche e gli studi medici. Il canale di dialogo dovrebbe essere scelto in funzione delle esigenze. I provvedimenti d'integrazione dovrebbero essere coordinati e accompagnati congiuntamente. Per quanto concerne le eventuali valutazioni divergenti e il coordinamento della procedura dell'AI con il trattamento medico, occorrerebbe garantire che i medici curanti siano informati tempestivamente delle tappe importanti della procedura (inizio del provvedimento, perizie, preavviso, decisione). Nel contesto di questa interazione, va chiarito quale sia il ruolo degli assicurati e come possa essere garantita la protezione dei loro diritti della personalità (autorizzazione dell'ufficio AI a rendere note informazioni). Al riguardo, lo studio giunge alla conclusione che gli uffici AI valutano diversamente i requisiti per l'autorizzazione a rendere note informazioni, ragion per cui raccomanda un chiarimento in merito da parte della Confederazione. Infine, soprattutto per i casi complessi, si raccomanda di formulare le motivazioni delle decisioni in modo comprensibile anche per i profani del diritto.

► *Terzo – Intrattenimento di contatti indipendenti dai singoli casi:* le forme di contatto che prescindono da singole procedure, approfondite nel quadro dello studio, si concretizzano in primo luogo nello svolgimento di eventi formativi e informativi il più promettenti possibile. In questo contesto, si raccomanda di far ricorso alle reti e alle strutture esistenti nell'ambito del personale medico (p. es. circoli regionali di qualità e perfezionamento) sia per l'organizzazione e la comunicazione che per la realizzazione. In secondo luogo, nello studio si è prestata particolare attenzione alle vere e proprie forme di collaborazione indipendenti dai singoli casi, come ad esempio l'elaborazione di un accordo di collaborazione tra un ufficio AI e una società medica o lo sviluppo congiunto di (semplici) strumenti di lavoro quali la formulazione di lettere di sollecito per i moduli previsti per i rapporti medici. Ci si aspetta che tali provvedimenti contribuiscano ad aumentare la fiducia reciproca.

► *Altre attività con un potenziale influsso positivo sulla collaborazione:* oltre a questi modi di procedere direttamente legati alla collaborazione, altri aspetti del modo di lavorare dell'AI potrebbero potenzialmente incidere anche sulla qualità della collaborazione tra gli uffici AI e i medici curanti. L'AI dovrebbe ad esempio proseguire con coerenza nel suo impegno per garantire e migliorare la qualità delle perizie, al fine di aumentarne la credibilità tra i medici curanti. Al contempo, va garantito che in seno ai SMR siano disponibili rappresentanti di tutte le discipline mediche rilevanti per l'AI. Inoltre, sono importanti pure gli sforzi per accelerare le procedure: la lunga durata di queste ultime può essere percepita dai medici anche come il segnale che la compilazione dei moduli per i rapporti medici non è poi così urgente. Infine, si raccomanda di migliorare l'informazione sui diritti alle indennità esistenti per tutte le forme di collaborazione.

► *Conclusione:* i modi di procedere individuati nel presente studio sono volti a contribuire all'aumento del numero di esempi di collaborazione riuscita e della soddisfazione dei partner. In sostanza, essi mirano a limitare la comunicazione formale scritta a quanto necessario per raggiungere gli obiettivi prefissi e a promuovere la ricerca del contatto personale tra le parti, il che

può favorire il raggiungimento più rapido degli obiettivi, il miglioramento della comprensione dell'atteggiamento e dei modi di procedere del partner nonché l'aumento della stima reciproca. Le differenze sostanziali tra la medicina e la medicina assicurativa continueranno a determinare valutazioni diverse tra i medici curanti e i collaboratori degli uffici AI circa la capacità al guadagno degli assicurati nella procedura dell'AI. La stima reciproca può tuttavia contribuire al buon funzionamento dello scambio di informazioni anche in tali casi, allo svolgimento di una procedura adeguata in funzione del caso concreto e a un buon coordinamento tra le procedure dell'AI e i trattamenti medici.

Summary

The Invalidity Insurance (AI) is dependent on good collaboration with the doctors who treat insured individuals if it is to reintegrate individuals and examine pension claims successfully. These doctors have valuable information about the state of health and the resources of the insured individual. As professionals trusted by their patients, doctors are also and in particular important partners for the AI in overcoming inhibitions about workplace reintegration.

On behalf of the Federal Social Insurance Office, Büro Vatter examined four areas of collaboration between the AI offices and the treating doctors: medical measures for individuals under 20 years of age; reintegration; extended examination of pension claims; revision of pensions. The first objective was to describe the current forms of case-related collaboration and non-case-related contact and the associated tools. The second aim was to identify factors for success and obstacles to successful collaboration. Collaboration was deemed successful if it made an optimal contribution to the AI being able to take an appropriate decision in the specific case that was as reintegration-oriented as possible. The third objective of the project derives from the first two: to create awareness among the stakeholders of the factors that contribute to good collaboration and to promote learning processes.

Procedure

The study assumed that the quality of the collaboration on the individual procedures in the four areas is determined to a large extent by the characteristics of the individuals or authorities involved and by the structural, organizational and legal framework. The latter factors can be influenced to some extent by the AI offices, e.g. the way processes are organized and non-case-related contact is managed, but in other respects they are outside the control of these offices, e.g. the legal framework.

The study began with a review of the existing research literature and official documents and exploratory discussions. The main part of the study was then based on written questionnaires designed to establish satisfaction with the collaboration, existing difficulties and possible ways of improving the situation. The questionnaires were directed at the 26 cantonal AI offices and treating doctors in five selected cantons (N = 325). Secondly, case studies used document analysis and informative discussions to record the procedures used by the AI offices in these five cantons; each case study was supplemented by a group interview with employees of the AI office and three structured interviews with doctors from the respective canton. Thirdly, two workshops were held – one in French-speaking Switzerland, one in the German-speaking part of the country – to enable cross-cantonal discussion with representatives of the AI offices and the medical profession of promising approaches to collaboration on the basis of the work that had been done up to that point. The authors of the study used the output from these workshops to identify some recommended practices.

The framework conditions make collaboration difficult

Good collaboration on a specific case is facilitated by adequate time, well-founded knowledge both of the possibilities and the limits of the partners' ability to act, similar and realistic expectations of the contribution that each has to make to collaboration, and mutual respect and trust. At the same time, however, various framework conditions that it is almost impossible for the AI offices and the doctors to influence represent obstacles to these favourable factors.

► *Medicine and the AI work with different concepts:* Doctors and the AI assess the ability of insured individuals to work on the basis of different concepts and standards. The medical profession uses a more broadly-based concept of health and disease than the AI, which places greater emphasis on social aspects. The doctors treating an individual tend to assess the question of whether that person is still able to work in the context of the current occupation, on a purely medical basis and with their own assessment of the real labour market in mind, while the AI considers the individual's medical and economic ability to work in a modified occupation in a balanced labour market. The AI makes more stringent demands than the treating doctors in terms of objectifying a disease, which tends to lead to differing assessments particularly of pain disorders with no clear cause and mental disorders.

► *Other framework conditions that have a negative impact:* There are other framework conditions – described here in simplified terms for the sake of illustration – that can make collaboration difficult. The doctors tend to have a relationship of trust with the insured individual, while the AI employees are required to adopt a critical and questioning attitude. Continuity in the personal contact between the treating doctors and the specialists at the AI offices would facilitate the exchange of information but is often not the case. Issues relating to AI are a marginal aspect of a doctor's work, and tasks that have to be completed for the AI are consequently of low priority. And finally, the legal framework (data protection) places certain restrictions on the exchange of information. The authors recommend that the federal government should clarify which information the AI offices can give to the treating doctors and under what conditions (authorization from the insured individual).

Stakeholders' expectations and perceptions of collaboration

► *Collaboration largely satisfactory but dependent on the case:* The written surveys show that in most cases both the doctors and the AI offices tend to be satisfied or are very satisfied with the collaboration. However, their satisfaction varies from case to case. According to the statements made by the study participants, this is due to the personal characteristics of the individuals involved (method of working, basic attitude, nature and complexity of the insured individual's disorders) and to structural factors (medical specialism, hospital versus community-based practice) and experience gained in previous cases.

► *Satisfaction is also determined by the aspect being considered:* When asked about medical measures, the respondents said that collaboration was at least tendentially satisfactory in more than three-quarters of all cases. When asked about checking pension claims only slightly more than half responded this way. The proportion of cases evaluated as satisfactory was between these two figures in questions focusing on reintegration and pension revision. Possible reasons for the greater degree of satisfaction in the case of medical measures include the fact that the questions are simpler than in other processes and also the doctor's immediate personal interest in the therapy for which approval is being sought, something that exists in many cases. In the area of examining pension claims, however, the different concepts pursued by the medical profession and the AI have a major impact on perceptions of satisfaction.

► *Doctors as a source of information:* The AI offices view the doctors as a source of information in the context of collaboration. Within the shortest possible time they are expected to provide well-founded information about the state of health (all aspects) and planned therapy (medical measures), or about the capacity to work and functional limitations, of the insured individual (reintegration, checking of pension claim, revision of pension). The doctors accept this expectation, but in turn they expect the AI office to keep them informed about the progress of the procedure and deviating opinions with respect to medical aspects or the insured individual's ability to work.

► *Doctors should support reintegration:* The AI offices expect doctors to pull in the same direction as the offices when reintegrating individuals into the work process. They should help to dispel the insured person's concerns, encourage a positive attitude towards reintegration and coordinate medical treatment with the reintegration process. The doctors expressed a willingness to play this role but do not wish to be used as a tool for justifying decisions by the AI with which they do not agree. They expect the AI to take their concerns into account and to coordinate the process and any reintegration measures with their therapy plan.

► *The value of assessments by treating doctors and of expert opinions is disputed:* Doctors' assessments of insured individuals and the expert opinions obtained by the AI are frequent causes of dissent. The AI offices complain that the doctor's reports can be uninformative, particularly with respect to the functional limitations of the insured person, while the AI offices doubt the independence of the treating doctors because of the particular relationship between doctors and their patients. The doctors in turn point out that they are the only medical professionals in the entire process who base their assessments on long-term observations. A significant proportion of the doctors questioned expressed doubts about the quality and independence of external expertises.

► *Other sources of dissatisfaction:* In the surveys, both the AI offices and doctors mentioned other factors that can lead to dissatisfaction with collaboration in certain cases. They concern the fundamental attitude of the partner to the type of reintegration, the treating doctors' lack of knowledge about the procedures and tools involved in AI (which some doctors did admit), the lack of direct communication (identified by both sides) and the waiting times for medical re-

ports and the duration of the procedures, which in spite of improvements are in some cases still too long. And finally, both sides sometimes find it difficult to get hold of the partner with whom they are collaborating.

► *The difficult aspects of collaboration reinforce each other:* The medical profession's perception that the AI does not take its assessments of insured individuals seriously enough demotivates doctors. This in turn is likely to affect the amount of time the AI has to wait for information from the doctors and, in a worst-case scenario, the quality of their assessments – thus increasing the number of queries the AI has to resolve itself. Both sides stated that there is a lack of communication, and this is also likely to have a negative effect on mutual trust.

► *Improvements can help the AI to reach its goals:* While it seems plausible, on the basis of this study's findings, that the expectations of the doctors and of the AI in terms of collaboration are compatible, it can be assumed that the doctors' knowledge of the AI system and the mutual trust between doctors and AI employees are limited. The latter factor also reduces the parties' willingness to invest time, which in any case is at a premium, in collaboration. Since – in the view of the AI offices too – collaboration is a relevant factor in producing appropriate decisions in all four areas, it can be assumed that improvements here will have a positive impact on achieving the objectives of the process.

Identification of recommended approaches

► *Three directions for recommended practices:* The study compared the five AI offices examined in more detail and came up with three approaches intended to counter the risk of doctors becoming demotivated and to promote good collaboration. Most of these practices have already been implemented in at least one canton and can be viewed as good practice. *Specific requests for medical reports* and *subsequent optimized liaison* between AI/the regional medical service and treating doctors directly improve collaboration in specific cases. Both strategies and the *maintenance of non-case-specific contacts* can also boost mutual trust in and knowledge about the collaboration partner and help to reduce the time required for collaboration.

► *Firstly – specific requests for medical reports:* The AI office should use information already available (discussions, reports from other institutions, for example) to limit requests for form-based medical reports to cases in which it is really necessary. Where possible, it should only obtain reports from doctors who can provide relevant information about the case. The questions asked should preferably be specifically about the case in point. Doctors should have a certain amount of freedom when filling out the form, and this should be stated. Accompanying communication should be primarily on a level between partners, it should explain what is expected of the doctors and, particularly when reminders are sent to doctors who have failed to respond, should be done orally. If the AI office indicates a willingness to talk, this is also likely to foster confidence.

► *Secondly – subsequent optimized liaison:* Both the AI office and the treating doctors may have a need for further communication that goes beyond the provision of form-based reports (provision of additional information, coordination of AI processes with medical treatment, transparency of deviating assessments). Ideally, the responsible individuals should be easy to reach, e.g. through contact offices at the AI office, the regional medical service, hospitals and doctors' practices. The means of communication should be selected to suit the situation. Reintegration measures should be coordinated and followed up jointly. Where deviating assessments and the coordination of the AI procedure with medical treatment are concerned, it should be ensured that the doctor is informed in good time about major steps in the process (start of a measure, expert opinion, preliminary notification, decision). The role played by the insured person in this exchange should be clarified, as should the way in which his or her rights of personality (authorization of the AI office to disclose information) can be ensured. In this respect the study concludes that the AI offices have varying opinions about the requirement for authorization to disclose information, and it is therefore recommended that the federal government should clarify this issue. And finally, it is recommended that the justification of decisions should be formulated in language that is comprehensible to the lay person, especially in complex cases.

► *Thirdly – Maintenance of non-case-specific contacts:* The types of contact looked at in more detail during the study which occur outside of individual procedures are of two types: firstly the organization of information and training events designed to achieve as promising an outcome as possible. Here it is recommended to make use of existing networks and resources in the medical profession (e.g. regional quality and post-graduate training circles) when organizing, communicating and implementing events of this type. Secondly, the study focused on practical forms of collaboration in the non-case-specific context, such as the production of a collaboration agreement between the AI office and a medical society, or the joint development of (simple) tools such as the formulation of written reminders about medical reports. Measures of this kind can be expected to have a confidence-building effect.

► *Other activities that can potentially influence collaboration:* In addition to these approaches which target collaboration directly, other aspects of the way the AI works could potentially also affect the quality of the collaboration between AI offices and treating doctors. For example, efforts to enhance and ensure the quality of expert opinions should be pursued systematically in order to make them more credible to treating doctors. At the same time it must be ensured that representatives of all the medical disciplines relevant for the AI are available in the regional medical service. Efforts to speed up processes are also important: Procedures that last a long time may be taken by doctors as a signal that the completion of medical report forms is not a matter of urgency. And finally, it is advisable to improve the information provided about existing claims for compensation across all forms of collaboration.

► *Conclusion:* The purpose of the approaches identified in this study is to help increase the number of examples of successful collaboration and the level of satisfaction among the collaboration partners. They basically aim to restrict formal written communication to situations in which it is necessary and to encourage both sides to seek personal contact in cases in which this

is the faster way of reaching a goal and can contribute to better understanding of the attitude and approach of the other party and greater mutual respect. The fundamental differences between medicine and actuarial medicine will continue to result in different assessments during the AI process by the treating doctors and employees at the AI offices concerning the ability of insured individual to work. However, mutual respect can help the exchange of information to function in such cases too, resulting in an assessment procedure adapted to the specific case and good coordination of the AI process and medical treatment.

1 Einleitung

Im Auftrag des BSV untersuchte das Büro Vatter die Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den Ärztinnen und Ärzten, bei denen versicherte Personen während des Verfahrens in Behandlung sind (behandelnde Ärztinnen und Ärzte).

1.1 Ausgangslage

Die IV ist auf eine enge Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten der versicherten Personen angewiesen. Diese verfügen über wertvolle Informationen zum Gesundheitszustand und zu den Ressourcen der versicherten Person. Als Vertrauensperson ihrer Patientinnen und Patienten sind die Ärztinnen und Ärzte darüber hinaus insbesondere für die Überwindung von Hemmnissen in der beruflichen Eingliederung wichtige Partner der IV (Ritler 2012).

Es ist davon auszugehen, dass die Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen sowie Ärztinnen und Ärzten nicht immer problemlos funktioniert. IV-seitig wird teilweise ein Wissensdefizit der Ärztinnen und Ärzten diagnostiziert, was die Dienstleistungspalette der IV, die Organisation der IV-Stelle, die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner oder das Ziel der Abklärung betrifft. Öffentlichen Verlautbarungen zufolge besteht in der Ärzteschaft teilweise ein Missbehagen gegenüber der IV, weil sie „nicht mehr als Partnerin bei der Betreuung der Patienten“ wahrgenommen werde (Romann 2012: 397). Auch konstatieren die Ärztinnen und Ärzte eine abnehmende Offenheit der IV für die Kommunikation und eine abnehmende Wirkung ihrer Stellungnahmen (Romann 2010: 1578; Romann 2012: 397; allgemeiner Grete 2010: 1440). Hausärzte kritisieren, ihre Stellungnahmen seien für die IV nicht relevant (Schilling 2014).

Die unterschiedlichen Gesundheitsbegriffe der Medizin und der IV bergen ein Konfliktpotenzial, ganz abgesehen von den ohnehin bestehenden Ermessensspielräumen bei der medizinischen Beurteilung, welche Raum für abweichende Beurteilungen geben (Morris 2010: 1579). Die 4., die 5. und die 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket (IV-Revision 6a) betrafen auch die Ärzteschaft. Dem Aufbau medizinischer Kompetenz der IV durch die Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) begegnete die Ärzteschaft skeptisch (Romann 2010a: 1578; 2010b: 1803). Konfliktpotenzial entstand auch aufgrund des restriktiveren Invaliditätsbegriffs, der ab Anfang des neuen Jahrtausends durch einen Wandel der Rechtsprechung eingeleitet wurde (Morris 2010: 1579). Diese Kritik zielt insbesondere auf die Beschränkung der Invalidität auf klar objektivierbare Gesundheitsstörungen zunächst bei Neurenten, später auch bei Rentenrevisionen. Umgekehrt birgt das neu konzipierte Eingliederungsverfahren das Potenzial zu einem intensivierte mündlichen und weniger formalen Austausch; dieses wird freilich von den IV-Stellen noch unterschiedlich genutzt (Bolliger et al. 2013). Auch sind Bemühungen zu einem besseren gegenseitigen Verständnis im Gang, so z.B. die Informationsplattform für Ärztinnen und Ärzte,

welche die IV in enger Zusammenarbeit mit der FMH entwickelt hat (Romann 2012: 397; Ritler 2012: 410).¹

1.2 Untersuchungsgegenstand und Erkenntnisziele

Im Fokus der Untersuchung stehen vier Bereiche der Zusammenarbeit:

- Medizinische Eingliederungsmassnahmen und Behandlungsmassnahmen bei Geburtsgebrechen für Personen bis zum 20. Lebensjahr
- Eingliederung
- vertiefte Prüfung des Rentenanspruchs
- Rentenrevision (Rentenprüfung und Wiedereingliederung)

Das Forschungsprojekt verfolgte drei Erkenntnisziele:

- Die aktuellen Formen und Instrumente der Zusammenarbeit zwischen den IV-Stellen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten in den vier Bereichen der Zusammenarbeit sind darzustellen. Dabei war nicht nur auf die Zusammenarbeit im Einzelfall, sondern auch auf die fallunabhängigen Kontakte einzugehen.
- Erfolgsfaktoren sowie Hindernisse in der Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten in den vier Bereichen der Zusammenarbeit sind zu identifizieren. Dies beinhaltet auch, die Einschätzung der Akteure zum Funktionieren der Zusammenarbeit und ihrer Relevanz für die erfolgreiche Durchführung von IV-Verfahren zu erheben.
- Gleichzeitig sollte das Projekt zur Sensibilisierung der IV-Stellen einerseits und der Haus- und Fachärztinnen sowie -ärzte andererseits für die Faktoren einer guten Zusammenarbeit beitragen und Lernprozesse fördern.

1.3 Vorgehen der Untersuchung

Das der Untersuchung zugrundeliegende Modell der Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und der IV-Stelle basiert auf der Annahme, dass die Qualität der Zusammenarbeit in den einzelnen Verfahren in den vier Bereichen massgeblich von strukturellen, organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen, aber auch von Eigenschaften der beteiligten Personen resp. Behörden geprägt ist. Die Rahmenbedingungen sind zum Teil durch die IV-Stellen beeinflussbar, wie z.B. deren Prozessorganisation oder die Pflege fallunabhängiger Kontakte mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, zum Teil sind sie ihrem Einfluss weitgehend entzogen, wie z.B. die rechtlichen Rahmenbedingungen.

Bei der Erarbeitung der Studie wurde ein Vorgehen gewählt, das die Sichtweise der IV-Stellen und der Ärzteschaft ausgewogen berücksichtigt. Die Erhebung der Einflussfaktoren der Zu-

¹ Vgl. <http://www.iv-pro-medico.ch>

sammenarbeit, ihrer Zusammenhänge und empfehlenswerter Praktiken stützte sich auf folgende empirische Module:

- *Überblick zur Ist-Situation:* Sichtung von amtlichen Dokumenten, Literatur, Durchführung von Sondierungsgesprächen mit Personen des BSV und der FMH. Anhand dieser Elemente wurde das bestehende Wissen über aktuelle Vorgehensweisen zusammengetragen und zentrale Aspekte der Zusammenarbeit wurden identifiziert.
- *Schriftliche Befragungen von IV-Stellen und behandelnden Ärztinnen und Ärzten:* Anhand von inhaltlich gleichen schriftlichen Befragungen wurden die beteiligten Akteure der Zusammenarbeit zu ihrer Zufriedenheit und bestehenden Problemen und Verbesserungsmöglichkeiten befragt. In einem ersten Schritt wurden die 26 kantonalen IV-Stellen befragt, danach 325 Ärztinnen und Ärzte ausgewählter Fachdisziplinen aus den fünf für die Fallstudien (siehe nächster Punkt) ausgewählten Kantonen.
- *Fallstudien:* Basierend auf den Erkenntnissen der Befragung (Niveaus der Zufriedenheit) sowie regionalen Kriterien (Sprachregionen, Stadt-Land) wurden fünf Kantone für vertiefende Fallstudien ausgewählt. Diese beinhalteten drei Erhebungsschritte:
 - o Dokumentenanalyse und Informationsgespräche mit Mitarbeitenden der IV-Stellen zur Darstellung von Strukturen und Prozessen der Zusammenarbeit
 - o Gruppengespräche mit Kadermitarbeitenden der IV-Stellen zur Erhebung von Einschätzungen zu Zielen, Rollenerwartungen, Problemen und Verbesserungsmöglichkeiten der Zusammenarbeit (1 Gespräch pro Kanton).
 - o Interviews mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten zur Erhebung von Einschätzungen zu Zielen, Rollenerwartungen, Problemen und Verbesserungsmöglichkeiten der Zusammenarbeit (3 Gespräche pro Kanton).
- *Interdisziplinäre und interkantonale Workshops:* Basierend auf den Erkenntnissen aus diesen Schritten wurden in der Deutschschweiz und in der lateinischen Schweiz je ein Workshop mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie IV-Mitarbeitenden aus den Fallstudienkantonen durchgeführt. Hier wurden die Erkenntnisse aus den Erhebungen vorgestellt, diskutiert sowie in Arbeitsgruppen empfehlenswerte Praktiken diskutiert.

Methodische Hinweise zu den Befragungen und der Fallauswahl finden sich im Anhang der Studie.

1.4 Aufbau des Berichts

Der vorliegende Forschungsbericht geht in Kapitel 2 zu den Grundlagen der Studie zunächst genauer auf die vier im Vordergrund der Untersuchung stehenden Bereiche der Zusammenarbeit ein. Danach wird das der Untersuchung zugrunde liegende Modell der Zusammenarbeit und ihrer Einflussfaktoren erläutert.

Kapitel 3 beschreibt die von den IV-Stellen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten kaum beeinflussbaren Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit näher. Kapitel 4 beschreibt die Wahrnehmung der Akteure, die an der Zusammenarbeit beteiligt sind (Relevanz der Zusammenarbeit, Erwartungen, Zufriedenheit und Schwierigkeiten). Die Vorgehensweisen der IV-

Stellen bei der Zusammenarbeit werden in Kapitel 5 beschrieben. In der Synthese in Kapitel 6 werden die wichtigsten Erkenntnisse kurz zusammengefasst. Danach werden basierend auf den Erkenntnissen der Erhebungen die empfehlenswerten Praktiken der Zusammenarbeit beschrieben.

2 Grundlagen

In diesem Kapitel wird zunächst auf die vier in dieser Untersuchung interessierenden Bereiche der Zusammenarbeit eingegangen (Abschnitt 2.1). Danach wird das der Untersuchung zugrundeliegende Modell der Zusammenarbeit vorgestellt (Abschnitt 2.2).

2.1 Die vier interessierenden Bereiche

Die Zusammenarbeit zwischen der IV und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ergibt sich aus der Pflicht der IV-Stellen, zur Prüfung der Rechtsansprüche den Sachverhalt zu erheben. Mit ihrem Leistungsgesuch (Anmeldung) gibt die versicherte Person gleichzeitig auch die Einwilligung, dass die IV-Stelle des Wohnsitzkantons die erforderlichen Informationen bei den zuständigen Stellen einholt. Die in der Anmeldung von der versicherten Person genannten Stellen sind dabei rechtlich zur Auskunftserteilung verpflichtet (Art. 6a IVG).

2.1.1 Medizinische Massnahmen für Personen bis zum 20. Lebensjahr

Das Ziel des Verfahrens im Bereich der medizinischen Massnahmen ist es, über das Bestehen eines Anspruchs der versicherten Personen bis zum 20. Lebensjahr auf solche Massnahmen korrekt zu entscheiden. Es ist dabei zu unterscheiden zwischen medizinischen Eingliederungsmassnahmen (für alle Personen) nach Art. 12 IVG und medizinischen Massnahmen zur Behandlung von Personen mit Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG), bei denen die IV die Funktion einer Krankenversicherung übernimmt und damit auch Leistungen zur Behandlung von Gebrechen vergütet. Im Zuge des Verfahrens kann der RAD einbezogen werden, es ist aber rechtlich nicht zwingend vorgesehen.

Vorgehen der IV-Stellen

Im Wesentlichen prüft die IV-Stelle bei Massnahmen nach Art. 13 die Frage, ob ein Geburtsgebrechen vorliegt. Bei Massnahmen nach Art. 12 muss kein Geburtsgebrechen vorliegen, jedoch eine Invalidität mindestens wahrscheinlich sein. Die Massnahme muss eine wesentliche und dauerhafte Verbesserung der Erwerbsfähigkeit bewirken und es muss von einer guten Prognose ausgegangen werden können (vgl. KSME Rz. 32²). Die IV wahrt bei der Kostengutsprache von medizinischen Massnahmen soweit möglich das Prinzip der Therapiefreiheit: Über die Art der Therapie entscheidet der behandelnde Arzt, wobei die Massnahme nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft geeignete sowie einfach und zweckmässig sein muss (Art. 1a Bst. a IVG).

² Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME), gültig ab 1. März 2012.

Bei der Prüfung der Leistungsgesuche stützt sich die IV stark auf den vom Sachbearbeiter oder der Sachbearbeiterin eingeholten Arztbericht. Er besteht in der Regel aus einem ausgefüllten Formular („Arztbericht: Für Versicherte vor dem 20. Altersjahr“) sowie allenfalls ergänzenden Berichten der einbezogenen Ärztinnen und Ärzte (oder Hinweisen darauf, wer über diese Berichte verfügt).³

Eine Untersuchung der eidgenössischen Finanzkontrolle kommt zum Schluss, dass bei den Geburtsgebrechen der Interpretationsspielraum bei der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen unterschiedlich gross ist. Bei der Anerkennung psychischer Krankheiten etwa ist ein vergleichsweise grosser Spielraum vorhanden, da die Schwierigkeit besteht, klare und objektive Kriterien für diese Krankheiten zu erstellen (EFK 2012: 86). Die EFK kommt zum Schluss, dass der Kenntnisstand der IV-Stellen in verschiedenen Bereichen „beschränkt, einseitig oder auf wenige Personen konzentriert“ (2012: 86) ist. Daraus lässt sich gemäss EFK ein grosser Handlungsspielraum der behandelnden Ärzten oder Ärztinnen bei der Diagnose, der Behandlung und Betreuung von bestimmten Geburtsgebrechen und bei bestimmten medizinischen Massnahmen ableiten. Die IV-Stellen beziehen auch die RAD in unterschiedlichem Ausmass in ihre Abklärungen ein.

Der Handlungsspielraum bei der Diagnose verdient besondere Beachtung, weil es materielle Anreize gibt, dass Gebrechen von der IV als Geburtsgebrechen anerkannt werden. Gemäss der EFK (2012: 87) sind die behandelnden Ärzte oder Ärztinnen im IV-Verfahren im Vergleich mit den Krankenversicherungen mit weniger Kontrollen und mit weniger Akteuren konfrontiert. Aus Sicht der Versicherten sind das Fehlen eines Selbstbehalts und einer Franchise (relevant erst ab 18 Jahren) zu erwähnen.⁴

Statistische Angaben

Im Jahr 2012 vergütete die IV für 103'000 Personen medizinische Massnahmen (BSV 2013a: 13). Gemessen an allen individuellen Leistungen der IV zugunsten versicherter Personen liegt der finanzielle Aufwand für medizinische Massnahmen bei 9%.⁵ Beim weitaus grössten Teil der medizinischen Massnahmen handelt es sich um Massnahmen bei Geburtsgebrechen gemäss Art. 13 IVG. Im Jahr 2010 machten Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 lediglich 3.5% der Aufwendungen für medizinische Massnahmen aus (EFK 2012: 56).⁶

³ Nachfolgend wird verkürzt von Arztberichtsformular oder Berichtsformular gesprochen. Das vom Arzt oder der Ärztin retournierte Formular wird als Arztbericht bezeichnet.

⁴ <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/12860/index.html?lang=de>; 5.12.2013.

⁵ Die Aufwendungen für Renten, Taggelder, Hilflosenentschädigung sowie individuelle Eingliederungsmassnahmen betragen 2012 insgesamt 8.2 Mia CHF (BSV 2013a: 3).

⁶ Detailliertere Informationen zu den Leistungen in den vier Bereichen, zu ihrer finanziellen Bedeutung und zu relevanten Aspekten des Verfahrens finden sich in Anhang 1.

2.1.2 Eingliederung (Verfahren für Erwachsene)

Im Rahmen der Eingliederung stehen die Früherfassung (Art. 3a ff. IVG), die Frühintervention (Art. 7d IVG), Integrationsmassnahmen (Art. 14a IVG) sowie Massnahmen beruflicher Art (Art. 15–18 und 18b IVG) im Vordergrund.

Vorgehen der IV-Stellen

Mit der 5. IV-Revision wurde das IV-Verfahren für Erwachsene verstärkt auf die Eingliederung ausgerichtet. Mittels rechtzeitiger und unbürokratischer Kontaktaufnahme soll nach Möglichkeit ein aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen gefährdeter Arbeitsplatz erhalten und einer Chronifizierung vorgebeugt werden. Dabei wird im Rahmen eines Case Managements neben der versicherten Person mit deren Einverständnis auch ihr Umfeld, wie beispielsweise der Arbeitgeber, der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin, sowie andere Institutionen einbezogen, um nach Möglichkeit eine drohende Invalidität zu verhindern oder wenigstens den Invaliditätsgrad zu minimieren. Den bereits vorhandenen Eingliederungsmassnahmen wurde eine präventive Phase der Früherfassung (mit Meldemöglichkeiten u.a. auch für Arbeitgeber und Arzt oder Ärztin) und Massnahmen der Frühintervention (z.B. Kurse oder Massnahmen der sozialen Rehabilitation) voran gestellt, für die nicht die rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen zum Leistungsbezug gelten, wie bei den Massnahmen beruflicher Art. Neu eingeführt wurden insbesondere für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen zudem Integrationsmassnahmen (z.B. Aufbau- und Belastungstrainings, wirtschaftliche Integration am Arbeitsplatz).

Die IV-Stellen geniessen bei der Ausgestaltung der Eingliederungsphase und des Case Managements organisatorische Freiheiten. Bestehende Untersuchungen (Bolliger et al. 2013) und Sekundäranalysen der dort erhobenen Daten weisen auf Unterschiede bezüglich der Zusammenarbeit mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten hin. Diese betreffen die relative Bedeutung schriftlicher und mündlicher Kontakte, den Grad des Einbezugs der Ärztinnen und Ärzten, sowie den Einbezug des RAD. Zur Informationserhebung bei den Ärzten besteht u.a. ebenfalls ein Berichtsformular (Arztbericht „Berufliche Integration/Rente“).

Statistische Angaben

Insgesamt vergütete die IV im Jahr 2012 ohne medizinische Massnahmen rund 106'000 Eingliederungsmassnahmen. Gemessen an allen individuellen Leistungen der IV zugunsten versicherter Personen liegt der Kostenanteil bei 10% (BSV 2013a: 13). Die Relevanz und die finanzielle Bedeutung des Eingliederungsverfahrens für die IV lassen sich jedoch anhand der Anzahl zugesprochener Leistungen nur unzureichend erfassen. Die verstärkten Eingliederungsbemühungen sollen bei möglichst vielen Versicherten die Notwendigkeit einer Rente verhindern oder zumindest den Invaliditätsgrad verringern (Teilrente).

2.1.3 Vertiefte Rentenprüfung (Verfahren für Erwachsene)

Die Voraussetzung für die Zusprache einer Rente ist vereinfacht zusammengefasst eine voraussichtlich dauerhafte, gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40%. Wichtig ist dabei die Unterscheidung zwischen Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit. Arbeitsunfähigkeit ist die gesundheitlich bedingte „Unfähigkeit, in seinem bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten“ (Art. 6 ATSG⁷⁸). Die für den Rentenanspruch berufstätiger Personen ausschlaggebende Erwerbsunfähigkeit gibt den Verlust an Erwerbsmöglichkeiten in der ursprünglichen oder einer der Behinderung angepassten Tätigkeit an, der nach Ausschöpfung der zumutbaren Behandlungen und Eingliederungsbemühungen resultiert (Art. 7 ATSG).⁹ Der darauf basierende Invaliditätsgrad wird durch einen Vergleich des vor und nach Eintritt der Invalidität zu erwartenden Einkommens ermittelt, hat also neben der gesundheitlichen auch eine ökonomische Komponente. Bei der vertieften Rentenabklärung ist der RAD zwingend einzubeziehen. Ihm obliegt es, die Arbeitsfähigkeit in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit aus medizinischer Sicht zu beurteilen.

Vorgehen der IV-Stellen

Die IV-Stellen prüfen den Rentenanspruch gemäss dem Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ dann vertieft, wenn die Eingliederungsbemühungen nicht vollumfänglich erfolgreich waren oder ganz gescheitert sind, oder wenn sie von vornherein als aussichtslos beurteilt werden. Zur Ermittlung des Grads der Erwerbsunfähigkeit stützt sich die IV-Stelle routinemässig auf die Angaben der versicherten Person bei der Anmeldung und auf einen Bericht des bisherigen Arbeitgebers, zur Erhebung von Informationen bei Ärzten besteht in einem ersten Schritt ein Berichtsformular (Arztbericht „Berufliche Integration/Rente“).

Bei der vertieften Rentenabklärung ist der RAD zwingend einzubeziehen. Er setzt gemäss Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG die für die IV „massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben“. Sie würdigen somit die Einschätzungen im Arztbericht aus versicherungsmedizinischer Sicht. Die RAD können bei Bedarf auch weitere Unterlagen einfordern oder selbst ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen (Art. 49 IVV, Rz. 1057 KSIH). Neben den Einschätzungen des behandelnden Arztes und der Beurteilung des RAD kann die IV-Stelle auf Empfeh-

⁷ Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1).

⁸ Art. 6 ATSG: „Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.“

⁹ Art. 7 ATSG: „Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.“

lung des RAD auch externe medizinische Gutachten einholen (Art. 69 IVV; Rz. 2074 -2089 KSVI).

Statistische Angaben

Im Dezember 2012 richtete die IV an 271'000 Personen eine Invalidenrente aus, bei rund drei Vierteln davon eine Vollrente. Dazu kamen 88'000 Kinderrenten. Gemessen an allen individuellen Leistungen der IV zugunsten versicherter Personen liegt der Kostenanteil der Renten bei rund 70%. Rund 47% der IV-Rentnerinnen und -Rentner beziehen zusätzlich eine Invalidenrente der Pensionskasse (BSV 2013a: 19-20), rund 41% der IV-Rentnerinnen und -Rentner bezogen 2012 Ergänzungsleistungen (BSV 2013b: 1, 11).

2.1.4 Rentenrevision (Verfahren für Erwachsene)

Mit dem Verfahren der Rentenrevision prüfen die IV-Stellen, ob sich die für die Rentenbemessung massgeblichen Verhältnisse einer versicherten Person verändert haben und sich somit auf den Rentenanspruch oder die Höhe der Rente auswirken. Dabei sind Erhöhungen, Senkungen und Aufhebungen von Renten, aber auch die Beibehaltung der bisherigen Rente möglich. Ziel des Revisionsverfahrens ist es somit, den Rentenanspruch und die Rentenhöhe erneut zu prüfen und Eingliederungspotenzial zu erkennen und zu fördern.

Seit der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen IV-Revision 6a wird der Wiedereingliederung im Rahmen von Rentenrevisionen eine höhere Bedeutung zugemessen. Deshalb werden Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger Massnahmen zur Wiedereingliederung gewährt, wenn damit eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erwartet werden kann. Neben den Integrationsmassnahmen, den Massnahmen beruflicher Art und Hilfsmitteln zählt dazu auch die Beratung und Begleitung der Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger und ihrer Arbeitgeber (Art. 8a IVG). Wird eine Rente nach Abschluss solcher Massnahmen aufgehoben, hat die versicherte Person noch bis zu drei Jahre danach Anspruch auf Beratung und Begleitung sowie auf die Leistungen der Schutzfrist (Übergangsleistung im erneuten Krankheitsfall unter bestimmten Bedingungen).¹⁰

¹⁰ Einen Sonderfall stellen Revisionen bei Personen dar, die ihre Rente vor der 5. IV-Revision aufgrund eines nicht objektivierbaren Gesundheitsschadens zugesprochen erhalten haben. Da hier die gesundheitliche Beeinträchtigung gemäss neuer Rechtslage in aller Regel als überwindbar gilt, führt eine Rentenrevision seit Inkrafttreten der IV-Revision 6a zu einer Anpassung der Rente nach unten oder zu einer Aufhebung, wenn die Person nicht unter die Besitzstandwahrung fällt (Alter > 55 Jahre, Rentenbezug > 15 Jahre), und wenn die Überwindbarkeit der Beeinträchtigung aufgrund der Erfüllung der so genannten Foersterkriterien nicht verneint werden muss. Werden Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Artikel 8a durchgeführt, so wird die Rente bis zum Abschluss der Massnahmen weiter ausgerichtet, längstens aber während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung.

Vorgehen

Die IV-Stellen legen jeweils bei einem Rentenentscheid fest, wann die nächste Revision durchzuführen ist. Revisionen können aber auch von Amtes wegen ausgelöst werden, wenn neue Fakten bekannt werden, welche eine massgebliche Änderung der Verhältnisse als möglich erscheinen lassen. Sie können auch auf schriftliches Gesuch hin durchgeführt werden. Mit der IV-Revision 6a wird auch die Absicht verfolgt, dass die IV-Stelle die Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger auch nach einer Rentenzusprache eingliederungsorientiert begleitet. Im Normalfall stützt sich die Revisionsprüfung zunächst auf bestehende Akten und einen beim Arzt eingeholten Bericht (es existiert auf eidgenössischer Ebene kein spezifisches Berichtsformular für die Rentenrevision). Auch im Rahmen von Rentenrevisionen ist die Konsultation des RAD möglich. Bei der Ausgestaltung der Wiedereingliederung geniessen die IV-Stellen ähnliche organisatorische Freiheiten wie bei der Eingliederung.

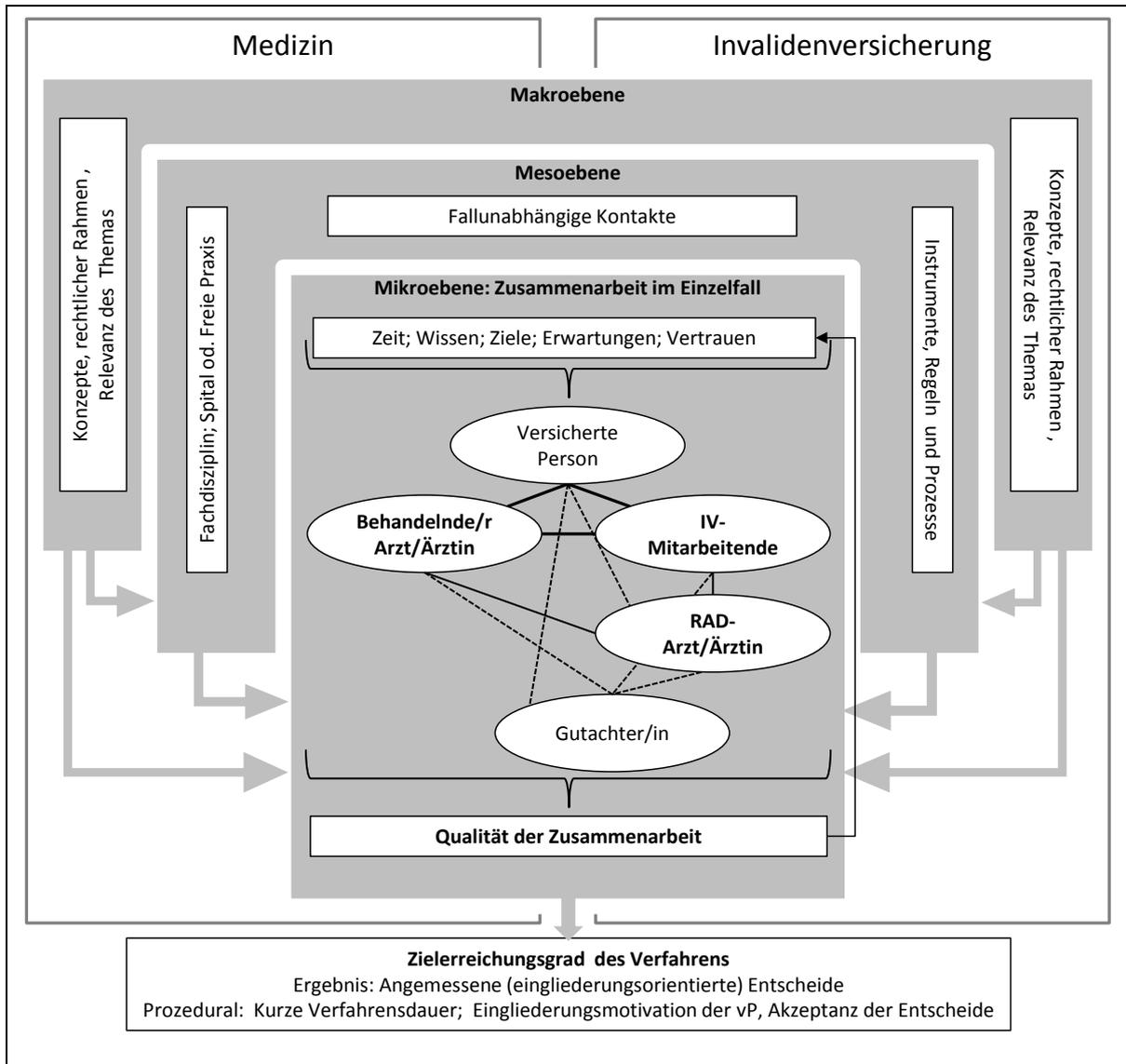
Statistische Angaben

2012 führten die IV-Stellen gesamtschweizerisch 44'000 Rentenrevisionen durch, also bei etwa 16% aller 271'000 IV-Rentnerinnen und Rentner. Dabei kam es zu rund 2'700 Erhöhungen, 900 Herabsetzungen und 2'700 Aufhebungen von Renten. 3'000 rentenbeziehenden Personen wurden Massnahmen der beruflichen Integration zugesprochen (BSV 2014).

2.2 Theoretische Überlegungen und Modell der Zusammenarbeit

Für die vorliegende Untersuchung ist das in Abbildung 2-1 dargestellte Modell der Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und der IV-Stelle forschungsleitend. Es dient als Orientierungsrahmen, der vor allem durch die Einschätzungen der im Rahmen der Studie befragten Akteure plausibilisiert und differenziert werden konnte. Es basiert auf der Annahme, dass die Qualität der Zusammenarbeit in den vier Bereichen massgeblich von Faktoren auf drei Ebenen geprägt wird: Die individuellen Bestimmungsfaktoren der konkreten Zusammenarbeit im Einzelfall (Mikroebene) werden dabei beeinflusst von Faktoren auf der Mesoebene und auf der Makroebene (siehe nachfolgende Erläuterungen). Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die Zusammenarbeit in einem konkreten Fall auch geprägt ist von früheren Erfahrungen der Zusammenarbeit.

Es ist zu erwarten, dass das Funktionieren der Zusammenarbeit zwischen der IV-Stelle und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ein wichtiger Einflussfaktor für die Qualität des gesamten IV-Verfahrens, respektive für das Erreichen der Verfahrensziele ist.

Abbildung 2-1: Modell der Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und behandelndem Arzt oder behandelnder Ärztin

Darstellung Büro Vatter.

Qualität des Verfahrens

Die Untersuchung geht in Absprache mit dem Auftraggeber davon aus, dass IV-Verfahren folgende von der IV gesetzte Ziele erfüllen sollten:

Ergebnisziel:

- Entscheide sollten der Situation der versicherten Person – bei möglichst grossem Eingliederungserfolg – angemessen sein. In den Verfahren mit Erwachsenen geht es um die Klärung des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen und/oder auf eine (Teil-)Rente, bei den medizinischen Massnahmen um die geeignete Behandlung (Art. 13 IVG) oder Eingliederungsmassnahmen (Art. 12 IVG).

Auf den Verfahrensverlauf bezogene Ziele (prozedurale Ziele):

- Entscheide der IV sollten rechtzeitig erfolgen (möglichst kurze Verfahrensdauer);
- Versicherte sollten für die Eingliederung möglichst motiviert sein;
- Die Entscheide sollten von den versicherten Personen (sowie dem behandelnden Arzt) möglichst gut akzeptiert werden können (Nachvollziehbarkeit der Entscheidungsbe-gründung).

Das Modell geht davon aus, dass die Art und Weise der Zusammenarbeit zusammen mit anderen Faktoren die Qualität des Verfahrens insgesamt beeinflusst. Welche Facetten entscheidend sind, soll im Rahmen der Studie genauer untersucht werden. Ärztinnen und Ärzte verfügen über verfahrensrelevante medizinische Informationen. Als Vertrauensperson ihrer Patientinnen und Patienten sind sie darüber hinaus insbesondere für die Überwindung von Hemmnissen in der beruflichen Eingliederung wichtige Partner der IV (Ritler 2012: 410).

Mikroebene / Zusammenarbeit im Einzelfall

Im Zentrum des Modells steht die auf den Einzelfall bezogene Zusammenarbeit der beteiligten Personen, namentlich die im Verfahren jeweils fallführende Person der IV-Stelle, die Ärztin oder der Arzt des RAD, der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin und allfällige Gutachterinnen oder Gutachter (Abbildung 2-1). Ebenfalls ist zu beachten, wie die versicherte Person in die Zusammenarbeit einbezogen wird und wie der Komplexitätsgrad ihres Gebrechens die Zusammenarbeit beeinflusst. Weitere Akteure (andere Versicherungen und Institutionen, persönliches Umfeld, Arbeitgeber) beeinflussen die Zusammenarbeit ebenfalls.

Insbesondere folgende Faktoren üben gemäss dem Modell einen Einfluss auf die Qualität der Zusammenarbeit aus (vgl. Bolliger/Féraud 2010, 2012, 2013):

- *Zeit*: Eine funktionierende Zusammenarbeit braucht entsprechende zeitliche Ressourcen der beteiligten Akteure.
- *Wissen*: Als wichtiger Erfolgsfaktor für die Zusammenarbeit von Akteuren mit unterschiedlichen fachlichen Hintergründen wird das Wissen über die Aufträge, Zuständigkeiten, Prozesse und Ziele, aber auch über die Grenzen der Handlungsmöglichkeiten der an der Zusammenarbeit beteiligten Partner betrachtet (Bolliger/Féraud 2013).
- *Ziele der Zusammenarbeit*: Je besser sich die Ziele und Interessen der Zusammenarbeitspartner vereinbaren lassen, desto besser gelingt auch die Zusammenarbeit (Bolliger/Féraud 2010).
- *Erwartungen*: Eine gute Zusammenarbeit ist nur vorstellbar, wenn die Zusammenarbeitspartner ähnliche und realistische Erwartungen davon haben, welche Beiträge sie selbst und der/die Partner an diese Zusammenarbeit zu leisten haben und vermögen.
- *Vertrauen*: funktionierende Zusammenarbeit ist geprägt vom gegenseitigen Vertrauen und Wertschätzung der beteiligten Akteure. Der Grad des Vertrauens ist durch den ge-

gegenseitigen Umgang und frühere Erfahrungen in der Zusammenarbeit geprägt, aber auch von bestehenden Interessen, Einstellungen und Erwartungen.

Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit auf der Mesoebene

Sowohl in der Medizin als auch innerhalb des IV-Systems interessiert die Mesoebene. Auf der Seite der Medizin ist zu untersuchen, inwieweit einerseits die medizinische Fachdisziplin des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin die Zusammenarbeit beeinflusst; diese hängt stark mit der Art und Komplexität des Gebrechens der versicherten Person zusammen. Ebenfalls interessiert der Einfluss des Erwerbsstatus der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes (Spital oder frei praktizierend) auf die Zusammenarbeit.

Auf Seite der IV steht die Frage im Vordergrund, wie die einzelnen IV-Stellen und die ihnen zugeordneten RAD organisiert sind. Dabei geht es vor allem um die Prozesse und dabei insbesondere die Organisation, Regeln und Instrumente der IV-Stellen, die sich direkt oder indirekt auf die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten beziehen. Auf diesen prozessualen Merkmalen und den Instrumenten liegt in der vorliegenden Studie ein besonderes Gewicht. Hier haben die IV-Stellen (und die Ärzteschaft) die Möglichkeit, die Prozesse für die Zusammenarbeit so zu gestalten, dass die oben erwähnten Erfolgsfaktoren auf der individuellen Ebene möglichst gut gewährleistet sind.

Eine weitere Möglichkeit, die Qualität der Zusammenarbeit zu beeinflussen, sind fallunabhängige Kontakte zwischen der Ärzteschaft und den Akteuren der Invalidenversicherung. Hierzu ist eine breite Palette möglicher Aktivitäten von Informations- und Schulungsveranstaltungen bis hin zu einfachen Informationsmassnahmen wie Flyern denkbar.

Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit auf der Makroebene

Auf der Makroebene werden die Konzepte und übergeordneten Ziele definiert, nach denen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte einerseits, und die Akteure der IV andererseits ihr Handeln ausrichten. Hier interessiert, inwieweit diesbezüglich Deckungsgleichheit und Unterschiede bestehen. Im Zentrum stehen hier das Verhältnis von Medizin und Versicherungsmedizin, bzw. Versicherungsrecht, aber auch weitere Aspekte des rechtlichen Rahmens wie etwa die übergeordneten Regeln der Informationsherausgabe (Datenschutz) und der ärztlichen Schweigepflicht. Auch ist von Interesse, welchen Stellenwert IV-bezogene Fragestellungen im Arbeitsalltag der behandelnden Ärztinnen und Ärzte haben.

Die Beschreibung dieser Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit hat in dieser Studie vor allem analytischen Wert, da sie auf grundlegende Grenzen der Zusammenarbeit verweist. Ihre Beeinflussung liegt nicht in der Hand der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie der IV-Stellen), sondern primär in der Hand der Politik, allenfalls des Bundesamts für Sozialversicherungen.

3 Konzepte der beteiligten Akteure und Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit

In diesem und den nächsten Kapiteln werden die Erkenntnisse aus der Analyse der Ist-Situation der Zusammenarbeit dargestellt. In diesem Kapitel soll die Makroebene des in Abschnitt 2.2 vorgestellten Untersuchungsmodells beleuchtet werden. Es geht hier somit um jene Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit, auf welche die IV-Stellen und behandelnden Ärztinnen und Ärzte nicht direkt Einfluss nehmen können. Zunächst ist auf Unterschiede in der Konzeption der Medizin und der Versicherungsmedizin einzugehen (Abschnitt 3.1). Danach werden weitere tendenziell erschwerende Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit beleuchtet. Dabei sind das unterschiedliche Verhältnis zur versicherten Person, die Schwierigkeiten eines kontinuierlichen Kontakts, die unterschiedliche Relevanz der IV im Alltag der Ärztinnen und Ärzte gegenüber dem Alltag der IV-Mitarbeitenden und schliesslich die rechtlichen Rahmenbedingungen des Informationsaustauschs darzustellen (Abschnitt 3.2). Die Ausführungen stützen sich primär auf die Angaben der Ärztinnen und Ärzte sowie der Mitarbeitenden der IV-Stellen in den schriftlichen Befragungen und den Leitfadengesprächen, ergänzend auf die konsultierten amtlichen Dokumente und Literatur.

3.1 Medizin vs. Versicherungsmedizin

Bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen für die *medizinischen Massnahmen* nach Art. 13 IVG (Geburtsgebrechen) sind genuin medizinische Fragestellungen zu beantworten: Liegt ein Geburtsgebrechen vor? Ist die medizinische Behandlung einfach und zweckmässig? Diese Fragen haben gemäss den Aussagen der befragten Personen ein vergleichsweise geringes Potenzial für grundsätzliche Konflikte. Auseinandersetzungen betreffen allenfalls die Anerkennung von bestimmten, komplexen, Geburtsgebrechen sowie die Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG.

Bei den Verfahren für Erwachsene (*Eingliederung, Rentenprüfung, Rentenrevision*) stehen hingegen neben den rein medizinischen Fragen nach der Diagnose, dem Krankheitsverlauf und der medizinischen Behandlung vor allem arbeitsmedizinische und wirtschaftliche Fragen im Vordergrund. Letztlich geht es hier um die Frage, bis zu welchem Grad eine Person mit einer gegebenen gesundheitlichen Einschränkung noch arbeiten kann. Bei dieser Beurteilung von versicherten Personen im Hinblick auf ihre Arbeitsunfähigkeit bestehen Ermessensspielräume, welche Raum für abweichende Beurteilungen geben (Morris 2010: 1579). Bei der Beurteilung dieser Fragen orientieren sich die Medizin und die Invalidenversicherung an unterschiedlichen Konzepten, welche zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen bezüglich der Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit führen können und somit die Zusammenarbeit potenziell erschweren. Dies zeigt sich in der Literatur und wurde auch in den im Rahmen dieser Studie geführten Interviews und in den beiden Workshops deutlich gemacht.

Tabelle 3-1 zeigt überblicksartig vier bedeutsame Unterschiede von Konzepten, an denen sich die Medizin und die Invalidenversicherung orientieren. Sie werden nachfolgend erläutert.

Tabelle 3-1: Unterschiedliche Konzepte der Medizin und der Invalidenversicherung

	Konzept der Medizin	Konzept der IV / Versicherungsmedizin
Gesundheitsmodell	Bio-psycho-sozial	Bio-psychisch
Massstab zur Beurteilung der „Arbeitsunfähigkeit“	Medizinische Arbeitsunfähigkeit (am angestammten Arbeitsplatz) im realen Arbeitsmarkt	Medizinisch-ökonomische Erwerbsunfähigkeit im theoretischen Arbeitsmarkt
Beweisanspruch	Objektivierbarkeit nicht zwingend	Objektivierbarkeit

Darstellung Büro Vatter. Quellen: Literatur, Interviewaussagen und Antworten der schriftlichen Befragung.

3.1.1 Anderes Gesundheitsmodell

Die Medizin orientiert sich heute am bio-psycho-sozialen Gesundheitsbegriff gemäss der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Gesundheit ist gemäss dieser Definition „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“¹¹. Demgegenüber orientiert sich die IV bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit am bio-psychischen Krankheitsbegriff und klammert somit soziale Aspekte aus (vgl. etwa Locher 2003). Eine quantitative Analyse von Bundesgerichtsurteilen ergab, dass sogenannte invaliditätsfremde Faktoren in den Jahren 2000 bis 2006 bei schwer objektivierbaren Gesundheitsschäden in bis zu 40% der dort untersuchten Urteile ein Thema (und damit vermutlich ein Konfliktgegenstand) waren (Bolliger et al. 2007: 81). Im Rahmen der 5. IV-Revision wurde die Ausklammerung sozialer Umstände ausdrücklich im Gesetz verankert (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Gemäss ihren Interviewaussagen orientieren sich die IV-Stellen bei der Rentenprüfung konsequenter als früher an diesem Gesundheitsmodell. Sie betonen auch, dass bei der Eingliederung die Berücksichtigung der sozialen Situation der versicherten Person zentral sei. In den Interviews kritisierte ein Teil der Ärztinnen und Ärzte die konsequente Ausklammerung der Lebensumstände und bezeichnete diese als schwierig durchführbar. Es gab jedoch auch befragte Ärztinnen und Ärzte, die diese Trennung als Massnahme gegen eine Tendenz der Medikalisierung sozialer Probleme begrüsst. Eine befragte Person berichtete, sie lege in ihren Berichten aufgrund des beschränkten Krankheitsbegriffs der IV mehr Gewicht auf die funktionellen Defizite der versicherten Person und rücke soziale Aspekte in den Hintergrund, um keine Angriffsfläche zu bieten.

¹¹ Verfassung der Weltgesundheitsorganisation; für die Schweiz in Kraft getreten am 7. April 1948 (SR 0.810.1)

3.1.2 Anderer Massstab zur Beurteilung der Einschränkungen bei der Arbeit

Ein bedeutender Teil der abweichenden Beurteilungen der IV sowie der Ärztinnen und Ärzte ist auf die unterschiedlichen Massstäbe zur Beurteilung der Einschränkungen einer versicherten Person bei der Arbeit zurückzuführen. Behandelnde Ärzte beurteilen aus rein medizinischer Sicht, ob und zu welchem Grad eine Person noch arbeiten kann. Weil behandelnde Ärztinnen und Ärzte über wenig Fachwissen über berufliche Perspektiven von Personen mit funktionellen Einschränkungen verfügen, ist ihre Beurteilung stark von der Arbeitsfähigkeit im aktuellen Beruf geprägt, wobei diese ohne konkrete Kenntnis des Arbeitsumfelds der versicherten Person oft nur schwer zu beurteilen ist. Diese Einschätzungen teilen die meisten Studienteilnehmenden sowohl von den IV-Stellen als auch aus der Ärzteschaft. Massgebend für die IV ist hingegen die Erwerbsunfähigkeit. Die IV-Stelle beurteilt dabei erstens nicht nur die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf, sondern prüft auch die Möglichkeiten einer der Behinderung angepassten Tätigkeit. Zweitens wird bei der Berechnung des Invaliditätsgrads nicht allein auf medizinische Aspekte, sondern auch auf den Vergleich der Verdienstmöglichkeiten im angestammten Beruf und in der Verweistätigkeit abgestellt.

Als zusätzliche Quelle möglicher Diskrepanzen in der Beurteilung kommt dazu, dass die Invalidenversicherung bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit auf das theoretische Konzept des ausgeglichenen Arbeitsmarkts abstellt. Sie prüft also, ob eine Person auf einem nicht von Arbeitslosigkeit geprägten Arbeitsmarkt arbeiten könnte. Mehrere der befragten Ärztinnen und Ärzte kritisieren dieses Konzept als realitätsfremd. Im realen Arbeitsmarkt seien Personen mit Einschränkungen ungeachtet der Beurteilung durch die IV benachteiligt, womit ihre Situation nicht als normaler Fall von Arbeitslosigkeit bezeichnet werden könne. Als besonders deutlich wurde die Kluft zwischen theoretischem und realem Arbeitsmarkt von einer befragten IV-Person für bestimmte psychischen Erkrankungen beschrieben.

Zwei befragte Personen aus der Psychiatrie kritisierten darüber hinaus, dass die IV für psychische Erkrankungen mit langen Heilungsprozessen über keine geeigneten Instrumente verfüge: Sie vermissen eine zeitlich befristete Rente, um diese Personen während des oftmals langwierigen Heilungsprozesses wirtschaftlich absichern zu können.

3.1.3 Unterschiedlicher Beweisanspruch

Eine Diskrepanz hat sich auch bei verschiedenen Schmerzerkrankungen, für die eine objektive somatische Ursache nicht nachgewiesen werden kann, geöffnet. Ein Beispiel dafür ist die somatoforme Schmerzstörung. Seit Beginn der 2000er Jahre geht die IV nach entsprechenden Gerichtsurteilen davon aus, dass solche Schmerzerkrankungen prinzipiell überwindbar seien und Arbeit somit zumutbar sei.¹² Mit der 5. IV-Revision wurde dieser Grundsatz im IVG festgeschrieben und auf neu zu beurteilende Versicherte angewendet, mit der 6. IV-Revision wurde

¹² Die IV bezeichnet diese Gebrechensgruppe als „pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage“ (IVG; Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011, Buchstabe a (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket)).

diese Praxis auch auf Personen ausgedehnt, welche zu einem früheren Zeitpunkt aufgrund solcher Erkrankungen eine Rente erhalten haben (Bundesrat 2010: 1841). Der somit gesteigerte Beweisanspruch (Objektivierbarkeit des Leidens) führt zu einer Diskrepanz zur Medizin. Der gesteigerte Beweisanspruch der Versicherungsmedizin wurde in den Interviews von einer Mehrheit der Ärztinnen und Ärzten kritisiert. Einzelne Befragte kritisierten in diesem Zusammenhang auch, dass es häufig am Arzt/der Ärztin liege, seinen Patienten entgegen der eigenen Überzeugung zu erklären, dass ihr Leiden von der Versicherung nicht anerkannt werde, damit sich diese keine falschen Hoffnungen mache.

Als weitere Diskrepanz, die aber nur eine kleine Minderheit von Ärztinnen und Ärzten in den Interviews erwähnte, zeigt sich in der Situation, wenn Eingliederungsmassnahmen der IV nicht vom Erfolg gekrönt sind (z.B. Abbruch einer Eingliederungsmassnahme). Was aus ärztlicher Sicht bisweilen als Beleg für die Invalidität gewertet wird, ist für die IV allenfalls der Startpunkt für eine vertiefte Rentenprüfung.

3.1.4 Folgen für die Zusammenarbeit

Die hier beschriebenen Unterschiede können dazu führen, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die Invalidenversicherung unterschiedlicher Auffassung darüber sind, ob eine Person erwerbsunfähig ist oder nicht. Sowohl aus den Antworten aus der Umfrage wie auch aus den Interviews mit den Ärztinnen und Ärzten wurde denn auch deutlich, dass nicht alle, aber bedeutende Teile der Befragten die IV bei der Anerkennung einer Invalidität als zu restriktiv beurteilen. Dies trägt zu einem latenten Misstrauen gegenüber der IV und zum Gefühl bei, nicht ernstgenommen zu werden.

Auch in der IV-Stellen-Umfrage dieser Studie beurteilten die Befragten den Aspekt der unterschiedlichen Krankheitsbegriffe und damit der unterschiedlichen Sichtweisen auf die versicherte Person als hinderlich für die Zusammenarbeit. Es rückten dadurch Aspekte in den Mittelpunkt, die aus IV-Sicht nicht von Bedeutung sind. Einzelne IV-Stellen vertraten die Ansicht, dass der behandelnde Arzt eine zu wenig eingliederungsorientierte Haltung einnehme.

3.2 Weitere Rahmenbedingungen

Weitere Rahmenbedingungen beeinflussen potenziell die Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und behandelndem Arzt bzw. behandelnder Ärztin (Tabelle 3-2). Es handelt sich um eine typisierende Darstellung, mit der die für die Zusammenarbeit erschwerenden Faktoren deutlich herausarbeitet werden. Im Einzelfall sind diese Rahmenbedingungen unterschiedlich bedeutsam.

Tabelle 3-2: Weitere Rahmenbedingungen mit potenziellem Einfluss auf die Zusammenarbeit (idealtypisch)

	Medizin	IV
Verhältnis zur versicherten Person	Vertrauensverhältnis, Grundsatz des informed consent	Kritisch-hinterfragende Grundhaltung
Kontinuität der persönlichen Kontakte	Hängt stark vom Kontext ab	
Relevanz der IV im Alltag	Gering, Behandlung im Mittelpunkt	Hoch: IV-Verfahren im Mittelpunkt
Rechtlicher Rahmen des Informationsaustauschs	Ärztliche Schweigepflicht ist mit Anmeldung überwunden	Berechtigung zur Herausgabe von Informationen wird unterschiedlich interpretiert

Darstellung Büro Vatter. Quellen: Literatur, Interviewaussagen und Antworten der schriftlichen Befragung.

3.2.1 Verhältnis zur versicherten Person und Ziele von Medizin und IV

Ärztinnen und Ärzte, und dabei insbesondere Hausärzte und Psychiaterinnen und Psychiater, kennen ihre Patientinnen und Patienten persönlich und teils aus langer Erfahrung. Die langjährige Bindung ist laut einer Umfrage von 2007 der am häufigsten genannte Grund, weshalb Patienten sich für ihren und nicht für einen anderen Hausarzt entscheiden (Kapitz/Meili 2007: 11). Dieser Studie zufolge sind neben hoher fachlicher Kompetenz auch „soziale Kompetenz sowie die von einem Arzt ebenfalls erwartete Integrität und Empathie ... weitere ausschlaggebende Gründe für eine starke Arzt-Patienten-Bindung“. Zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient besteht ein Behandlungsvertrag, und der Grundsatz der informierten Einwilligung des Patienten (informed consent) in die Behandlung ist ein zentrales Element dieser Beziehung (SAMW/FMH 2013: 43).

Damit ist die auf das Patientenwohl ausgerichtete Beziehung zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient vertrauensvoller angelegt als zwischen der IV-Stelle und der versicherten Person. Die Invalidenversicherung nimmt gegenüber der versicherten Person eine kritisch-hinterfragende Grundhaltung ein. Ihr Auftrag ist die Prüfung der gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen für Eingliederungsmassnahmen oder einer Rente. Damit ist sie auch verpflichtet, die Aussagen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kritisch zu prüfen. Die Objektivität ärztlicher Berichte wird gemäss der bestehenden Forschung von IV-Akteuren bezweifelt. Gründe dafür sind das vermutete Vertrauensverhältnis zwischen Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin und das wirtschaftliche Interesse des Arztes oder der Ärztin am Patienten oder an der Patientin (Bachmann/Furrer 1999: 33ff.). Diese Sicht wurde auch in den Interviews und in der Umfrage der IV-Stellen geäussert (vgl. dazu auch die Rechtsprechung des Bundesgerichts¹³). Diese unterschiedliche Beziehung zur versicherten Person und nur schon die gegenseitige Wahrnehmung der Beziehung des jeweiligen Partners hat somit ein Potenzial, die Zusammenarbeit zu erschweren.

¹³ BGE 125 V 351·Erwägung 3b/cc: „In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen.“

Im Übrigen laufen die medizinische Behandlung und Begleitung einerseits und das IV-Verfahren mit dem Bemühen um Eingliederung oder Rentenprüfung andererseits in vielen Fällen (und insbesondere bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen in der Eingliederung) parallel; diese Prozesse ergänzen sich nicht automatisch und ihre Ziele harmonisieren nicht immer, sondern können in gewissen Fällen auch in Konflikt stehen (vgl. Abschnitt 5.2.2). Zusätzliches Konfliktpotenzial besteht, wenn die IV-Stelle unter dem Titel der Schadenminderungspflicht (Art. 21 Abs. 4 ATSG) medizinische Behandlungen erfordert, die der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin nicht befürwortet.

3.2.2 Kontinuität der persönlichen Kontakte

Eine vertrauensvolle, wertschätzende Zusammenarbeit im konkreten Einzelfall zwischen den Mitarbeitenden der IV und des RAD und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten fällt leichter, wenn sich die beteiligten Personen schon kennen. Dies bestätigen die meisten befragten Personen sowohl auf Seiten der Ärzteschaft wie auch der IV.

Ob eine solche Kontinuität aufgebaut werden kann, hängt stark von den strukturellen Gegebenheiten der IV-Stelle ab. Während es in kleinräumig-ländlichen Strukturen durchaus möglich ist, dass sich IV-Mitarbeitende und behandelnde Ärztinnen und Ärzte immer wieder begegnen, ist diese Wahrscheinlichkeit in städtischen Gebieten und grossen Kantonen gering. Hier sind aufgrund der grösseren Anzahl versicherter Personen mehr Ärztinnen und Ärzten und mehr IV-Mitarbeitende involviert – und die Zuordnung der Fälle auf die Mitarbeitenden erfolgt nicht nach den Behandlern. Einen Einfluss hat zudem die überdurchschnittliche Ärztedichte in Städten. Eine überdurchschnittliche Chance länger dauernder Zusammenarbeitsbeziehungen besteht bei den medizinischen Massnahmen ergeben, vor allem wo es um psychische Geburtsgebrechen geht. Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist vor allem in kleinen Kantonen gering.

3.2.3 Relevanz der IV im Alltag

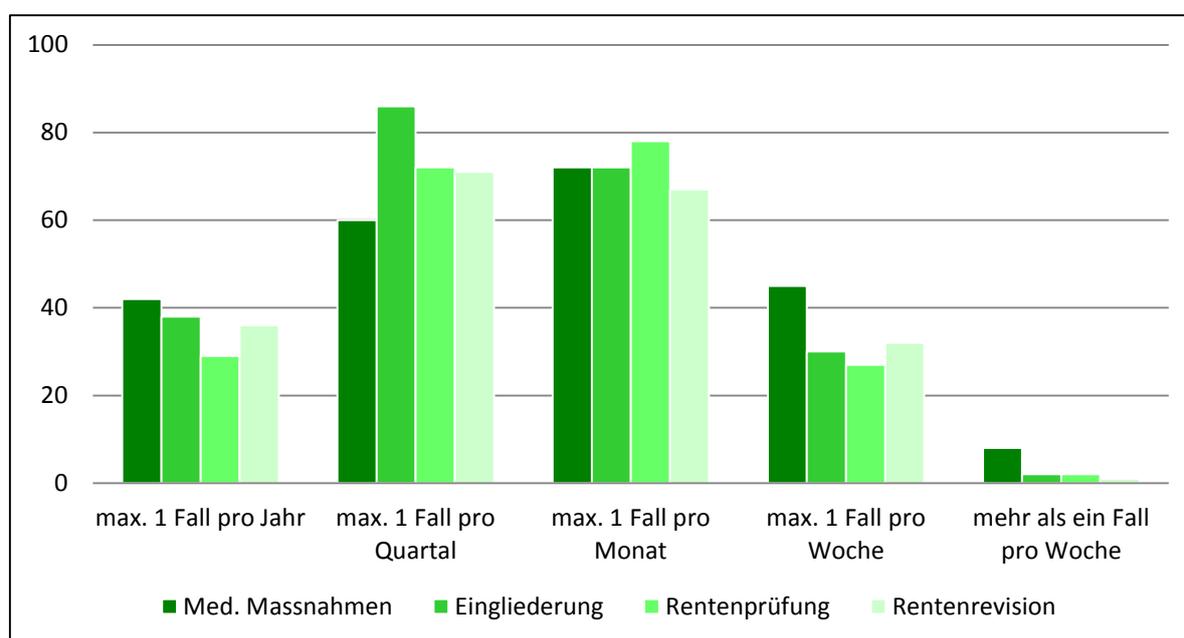
Während die Auseinandersetzung mit den Fragen der Invalidenversicherung für die Mitarbeitenden der IV-Stellen und der regionalärztlichen Dienste die eigentliche Berufsaufgabe ist, ist die IV für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte insgesamt eine Randerscheinung. Im Vordergrund ihres Berufsalltags steht die Behandlung von Patienten; das Ausfüllen und Formulieren von Berichten und das Erteilen von Auskünften ist von sekundärer Priorität und wenig beliebt (Kapitz/Meili 2007: 9). Darüber hinaus haben die behandelnden Ärztinnen und Ärzte neben der IV einer Reihe weiterer Versicherungen und Institutionen Informationen weiterzugeben. Die Relevanz der IV ist somit für die behandelnden Ärzte tief. Darüber hinaus haben in den Interviews auch die Vertreterinnen und Vertreter der IV-Stellen regelmässig darauf hingewiesen, ihre Ressourcen für einen intensiven Austausch mit Ärztinnen und Ärzten seien beschränkt.

Dass die Kommunikation erschwert sei, weil einzelne Ärztinnen und Ärzte als Akademiker sich schwertäten, Informationen von nicht akademischen IV-Mitarbeitenden entgegenzunehmen, wurde im Rahmen der Erhebungen nur vereinzelt erwähnt.

Daneben gilt es zu beachten, dass die Ärztinnen und Ärzte unterschiedlich häufig mit der IV in Kontakt sind und aufgrund ihrer unterschiedlichen disziplinären Hintergründe und Berufserfahrung auch über unterschiedliche Erfahrungen mit der IV verfügen. Die unterschiedliche Kontakthäufigkeit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mit der IV zeigte sich in der schriftlichen Befragung (Abbildung 3-1). Es wird deutlich, dass ein grosser Teil der Ärzteschaft (ca. die Hälfte) nur selten Kontakt mit der kantonalen IV-Stelle hat (maximal ein Fall pro Quartal); ein bedeutender Teil (ca. 15% der befragten Ärztinnen und Ärzte) hat sogar nur maximal einmal pro Jahr Kontakt mit der IV-Stelle. Daneben gibt es aber auch Ärztinnen und Ärzte mit bedeutend häufigeren Kontakten.

Weitere Auswertungen zeigen, dass ein bedeutender Teil der befragten Ärztinnen und Ärzte in mehreren oder sogar allen Bereichen mit der IV-Stelle zu tun hat. Einen Sonderfall stellen diesbezüglich die Pädiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie dar: Wenig überraschend stehen die meisten Vertreterinnen und Vertreter dieser Disziplinen nur im Zusammenhang mit medizinischen Massnahmen für Personen unter 20 Jahren mit der IV im Kontakt.

Abbildung 3-1: Häufigkeit der Zusammenarbeit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte



Darstellung: Büro Vatter. Y-Achse: Anzahl Antwortende Ärztinnen und Ärzte in der jeweiligen Kategorie N=227 (Med. Massnahmen), 228 (Eingliederung), 208 (Rentenprüfung), 207 (Rentenrevision). Zur Ermittlung der Fallzahlen in den Bereichen Eingliederung und Rente vgl. Anhang 2.

Die IV-Stellen stehen somit vor einer doppelten Herausforderung: Sie müssen nicht nur mit einer Vielzahl an Ärztinnen und Ärzten zusammenarbeiten, sondern gleichzeitig auch mit Ärz-

tinnen und Ärzten, die unterschiedlich oft mit der IV-Stelle zusammenarbeiten. Es kann vermutet werden, dass der Kenntnisstand der Ärzte über die IV unterschiedlich ist.

3.2.4 Rechtlicher Rahmen des Informationsaustauschs

Beim Austausch von Informationen zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten und den IV-Stellen sind die Persönlichkeitsrechte der versicherten Person zu wahren. Mit der Einreichung der Anmeldung willigt die versicherte Person ein, dass Ärztinnen und Ärzte der IV die notwendigen Informationen erteilen dürfen und entbindet sie somit von ihrer Schweigepflicht. Auf der Anmeldung erwähnte behandelnde Ärztinnen und Ärzte sind zur Auskunft rechtlich verpflichtet (Art. 6a IVG).

In den Rechtsgrundlagen der IV finden sich Hinweise zur Herausgabe von Informationen durch die IV-Stelle an Dritte: So ist es nicht vorgesehen, dass Verfügungen der IV-Stelle dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin zugestellt werden (Art. 76 Abs. 1 lit. G IVV). Seit dem 1. Januar 2015 (also nach den im Rahmen dieser Untersuchung erfolgten Abklärungen) sind die IV-Stellen jedoch während der Eingliederungsphase des IV-Verfahrens angewiesen, den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin in geeigneter Weise einzubeziehen, um den notwendigen gegenseitigen Informationsaustausch sicher zu stellen, die Eingliederung der versicherten Person bestmöglich zu unterstützen und eine entsprechend adäquate ärztliche Behandlung zu gewährleisten (KSBE Rz. 1019.3 1/15; KSFEFI Rz. 1001.1 1/15). Die Notwendigkeit, Informationen zum Verfahrensstand an berichterstattende Dritte herauszugeben, lässt sich möglicherweise aus der Abklärungspflicht der IV-Stellen gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG ableiten.¹⁴

Verschiedene Quellen und Dokumente thematisieren die Information von behandelnden Ärztinnen und Ärzten durch die IV-Stelle:

- Mit der Unterschrift auf dem (landesweit gültigen) Anmeldeformular¹⁵ ermächtigt die versicherte Person die IV-Stelle, „die für die Eingliederung infrage kommenden Stellen (behandelnde Ärzte, Arbeitgebende, Institutionen) zu informieren.“
- Gemäss der Informationsplattform www.iv-pro-medico.ch für Ärztinnen und Ärzte ist grundsätzlich die versicherte Person die Ansprechpartnerin der IV-Stelle und die Adressatin von Mitteilungen. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin kann gemäss dieser Informationsquelle nur dann direkt informiert werden, wenn die versicherte Person der IV eine entsprechende schriftliche Vollmacht erteilt hat.¹⁶

Unter welchen Voraussetzungen die IV-Stellen welche Informationen an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin herausgeben dürfen, und auf welche Rechtsgrundlage sich dies stützt, wird aus diesen Ausführungen nicht schlüssig geklärt. Insbesondere scheint es nicht

¹⁴ Persönliche Auskunft Bundesamt für Sozialversicherungen.

¹⁵ <https://www.ahv-iv.ch/de/Merkbl%C3%A4tter-Formulare/Formulare/Leistungen-der-IV#d-539>; 19.1.2015

¹⁶ <http://www.iv-pro-medico.ch/fragen-und-antworten/bearbeitung-durch-die-iv/praktisches.html>; 19.1.2015

ganz eindeutig, welche Informationen nicht durch die Ermächtigung auf dem Anmeldeformular abgedeckt sind. In Abschnitt 5.2.3 dieses Berichts wird auf die Vorgehensweisen der IV-Stellen bei der Herausgabe bestimmter Informationen an die versicherten Personen näher eingegangen.

Eine weitere Hürde des Informationsaustauschs, welche sich auf das IV-Verfahren auswirken kann, besteht zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und den Arbeitgebern. Prinzipiell anerkannten die meisten befragten Personen, dass insbesondere in der Eingliederung dieser Austausch häufig zu besseren Eingliederungsergebnissen beitragen würde (oder sogar Anmeldungen bei der IV verhindern kann). Er bedingt jedoch die Einwilligung der versicherten Person und setzt damit ein hohes Vertrauen dieser Person in ihren Arbeitgeber voraus, dass dieser sie trotz gesundheitlicher Einschränkungen weiter beschäftigen will. Von einem solchen Vertrauensverhältnis kann nach Einschätzung sowohl der befragten IV-Mitarbeitenden als auch der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nicht automatisch ausgegangen werden.

3.3 Fazit: Rahmenbedingungen erschweren die Zusammenarbeit

Für eine gute Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und der IV, welche zur Erreichung der Verfahrensziele beiträgt, sind gemäss dem Grundmodell dieser Untersuchung auf der Ebene der unmittelbar beteiligten Personen die Faktoren der Zeit, des Wissens, der Interessen und Erwartungen sowie des Vertrauens ausschlaggebend. Mehrere von den Akteuren kaum beeinflussbare Rahmenbedingungen erschweren jedoch die Erfüllung guter individueller Voraussetzungen der Zusammenarbeit.

- *Medizin und Invalidenversicherung arbeiten mit unterschiedlichen Konzepten:* Namentlich bestehen unterschiedliche Konzepte bei der Beurteilung der Frage, ob, wie viel und in welcher Tätigkeit eine Person mit einer gesundheitlichen Einschränkung arbeiten kann. So arbeitet die Medizin mit einem weiteren Gesundheits- und Krankheitsbegriff als die Invalidenversicherung, der auch soziale Aspekte einbezieht; die Frage, ob jemand noch arbeiten kann, beurteilen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte aufgrund des aktuellen Berufs, rein medizinisch und aufgrund ihrer Einschätzung des realen Arbeitsmarkts, während bei der Invalidenversicherung die medizinisch-ökonomische Erwerbsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als Massstab gilt; die IV stellt höhere Anforderungen an die Objektivierbarkeit einer Erkrankung, was v.a. unterschiedliche Einschätzungen bei Schmerzerkrankungen mit nicht eindeutigen Ursachen und bei psychischen Erkrankungen begünstigt. Schliesslich interpretieren Ärztinnen und Ärzte gescheiterte Eingliederungsbemühungen im Umkehrschluss als Hinweis auf Invalidität, bei der IV ist damit ein Rentenanspruch jedoch nicht garantiert.
- *Weitere erschwerende Rahmenbedingungen:* Als weitere erschwerende Rahmenbedingungen sind zu nennen,
 - o dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zur versicherten Person eher in einem Vertrauensverhältnis stehen und keine Behandlung ohne Einwilligung vornehmen, während die IV-Mitarbeitenden gegenüber den versicherten Personen eine kritisch-hinterfragende Grundhaltung haben müssen;

- dass eine Kontinuität der persönlichen Kontakte zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten und den Fachpersonen der IV häufig nicht gewährleistet ist;
- dass IV-Fragestellungen für Behandlerinnen und Behandler ein Randthema sind, mit dem sie aber zunehmend häufiger durch Anfragen der IV belastet werden. Für die Mitarbeitenden der IV stellt die Thematik demgegenüber das Kerngeschäft dar. Erfahrungsgemäss erschweren solche Asymmetrien realistische Erwartungen an den jeweiligen Partner der Zusammenarbeit (Bolliger und Féraud 2010);
- dass der rechtliche Rahmen (ärztliche Schweigepflicht; Ermächtigung der IV zur Herausgabe von Informationen) dem Austausch von verfahrensbezogenen Informationen Grenzen setzt; in Bezug auf die Ermächtigung zur Herausgabe von Informationen durch die IV-Stelle an behandelnde Ärztinnen und Ärzte ist die genaue Rechtslage, soweit dies im Rahmen dieses sozialwissenschaftlichen Forschungsprojekts abgeklärt werden konnte, schwierig zu beurteilen.

Diese Rahmenbedingungen lassen erwarten, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie die IV-Stellen den Einschätzungen des jeweils anderen mit einer gewissen Skepsis begegnen und das Vertrauen latent beeinträchtigt ist. Ebenfalls müssen die Erwartungen an das IV-bezogene Wissen und die zeitlichen Ressourcen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte beschränkt sein.

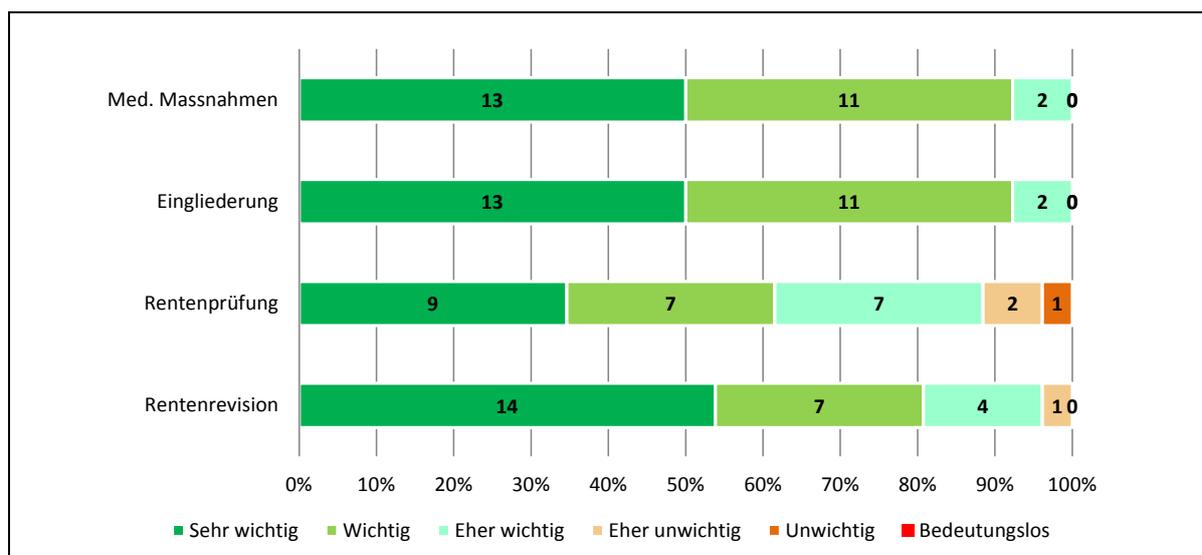
4 Die Zusammenarbeit in der Wahrnehmung der Beteiligten

In diesem Kapitel wird beschrieben, wie die IV-Stellen sowie die Ärztinnen und Ärzte die Zusammenarbeit und ihre Relevanz für die Erreichung der Verfahrensziele der IV wahrnehmen. Im Vordergrund steht somit die konkrete Zusammenarbeit im Einzelfall (Mikroebene des Untersuchungsmodells). Jedoch wird auch auf mögliche Erklärungsansätze für Unterschiede eingegangen, die über die Individualebene hinausweisen. Zunächst wird beschrieben, als wie wichtig die IV-Stellen die Zusammenarbeit in den vier Bereichen für die Erreichung der Verfahrensziele beurteilen (Abschnitt 4.1). Abschnitt 4.2 widmet sich den Erwartungen der IV-Stellen einerseits und der Ärztinnen und Ärzte andererseits an die Zusammenarbeit, wobei im Vordergrund die den Ärzten zugeordnete Rolle steht. Danach wird über die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit (Abschnitt 4.3) berichtet; die Zufriedenheit der Akteure wird als Indikator für die Qualität der Zusammenarbeit verwendet. Abschliessend wird auf die bereichsübergreifenden (Abschnitt 4.4) sowie auf die bereichsspezifischen Schwierigkeiten (Abschnitt 4.5) eingegangen. Die Angaben in diesem Kapitel stützen sich einerseits auf die schriftlichen Umfragen bei den IV-Stellen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, andererseits auf die Aussagen in den durchgeführten Interviews (und Workshops).

4.1 Relevanz der Zusammenarbeit für die Erreichung der Verfahrensziele

Laut den Angaben in der schriftlichen Umfrage erachten die IV-Stellen eine gute Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten als wichtige Voraussetzung für einen guten Verfahrensverlauf (Abbildung 4-1), das heisst, für korrekte, der Situation angemessene Entscheide oder für einen möglichst guten Eingliederungserfolg.

Abbildung 4-1: Relevanz der Zusammenarbeit für die Qualität des Verfahrens



Darstellung: Büro Vatter. N = 26 IV-Stellen. Frageformulierung: vgl. Fragen 3, 9, 13 und 17 des Fragebogens (Anhang)

Für alle vier interessierenden Bereiche der Zusammenarbeit empfinden alle oder die meisten IV-Stellen die Zusammenarbeit zur Erreichung der jeweiligen Verfahrensziele mindestens eher wichtig, meist sogar wichtig oder sehr wichtig. Als am bedeutendsten wird die Zusammenarbeit gesamthaft bei den medizinischen Massnahmen, als etwas weniger bedeutsam bei der Rentenrevision und der Rentenprüfung eingestuft. In keinem Bereich stuft eine IV-Stelle die Zusammenarbeit insgesamt als bedeutungslos ein. Eine Untersuchung des Abklärungsprozesses im Rentenbereich der IV-Stellen kommt zum Schluss, dass sich die Art und Weise, wie die IV-Stellen die Informationen bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten einholen, sich auf die Berentungsquote auswirkt (Guggisberg et al. 2015).

4.2 Erwartungen an die Zusammenarbeit

In den Interviews mit den IV-Stellen und den behandelnden Ärzten wurden die Erwartungen an die Zusammenarbeit und den jeweiligen Partnern erfragt. Im Vordergrund stand dabei die Rolle der behandelnden Ärztinnen und Ärzte in der Zusammenarbeit. In diesem Abschnitt wird auf die allgemeinen Erwartungen eingegangen. Konkrete Erwartungen im Zusammenhang mit einzelnen Arbeitsschritten und Vorgehensweisen der IV-Stellen werden in Kapitel 5 behandelt. Zuvor ist kurz darauf einzugehen, ob die Ärztinnen und Ärzte sowie die Mitarbeitenden der IV-Stellen ähnliche Vorstellungen von Verfahrenszielen haben.

4.2.1 Vorstellungen von den Verfahrenszielen

Die durchgeführten Interviews ergaben, dass die Ziele der IV-Verfahren (angemessene, eingliederungsorientierte Entscheide, rechtzeitige Entscheide, Eingliederungsmotivation, Nachvollziehbarkeit der Entscheide) sowohl bei den Befragten in den IV-Stellen als auch in der Ärzteschaft geteilt werden, auch wenn nicht alle Befragten alle Ziele spontan aufzählten. Insbesondere unterstützten auch die Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich den Ansatz „Eingliederung vor Rente“.

4.2.2 Erwartungen der IV-Stellen an die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte

Arzt/Ärztin als Informationsquelle

Für die IV-Stellen ist die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt in allen vier hier interessierenden Bereichen in erster Linie eine wichtige Informationsquelle. Er bzw. sie soll über die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der versicherten Person präzise, nachvollziehbar und innerhalb nützlicher Frist Auskunft geben. Qualitativ hochwertige Antworten entlasten das Verfahren von weiteren Abklärungen und potenziellen Konflikten und vermögen so zur Schnelligkeit des Verfahrens und der Angemessenheit der Entscheide beitragen.

Im Prinzip erwarten die IV-Stellen dabei im Verfahren der Erwachsenen (Eingliederung, Rente, Rentenrevision) nicht nur Angaben über den Gesundheitsschaden, sondern auch Aussagen über die funktionellen Defizite und verbleibenden Ressourcen. Im Hinblick auf die Beurteilung

von Eingliederungsmöglichkeiten und der Erwerbsfähigkeit sind diese Angaben zentral. Gleichzeitig hielten jedoch mehrere Interviewpartner fest, dass die IV hiermit an die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte eine hohe Erwartung formuliere.

Unterstützende Funktion des Arztes / der Ärztin, v.a. in der Eingliederung

Bei der Prüfung von Leistungsansprüchen für medizinische Massnahmen oder eine Rente steht die Informationsfunktion der Ärztinnen und Ärzte im Vordergrund. Zum Teil wurde in den Gesprächen jedoch auch der Wunsch formuliert, dass die Ärztin oder der Arzt bei der Rentenprüfung dazu beiträgt, einer versicherten Person einen Entscheid zu erklären, wenn deren Erwartungen nicht erfüllt werden. Als Vertrauensperson könne er besser Akzeptanz schaffen als die IV-Stelle.

Wenn es um die Eingliederung geht, erachten es die IV-Stellen insbesondere bei komplexen Fällen (häufig Versicherte mit psychischen Diagnosen) wichtig, dass der behandelnde Arzt mit der IV am gleichen Strick ziehe. Wenn die Massnahmen mit ihm gut abgesprochen seien, könne er den Patienten beraten und dazu beitragen, beim Patienten Bedenken und Ängste gegen eine Massnahme auszuräumen. Im besten Fall könne er in einem Konflikt zwischen IV-Stelle und versicherter Person vermitteln. Ebenfalls wird die Erwartung formuliert, dass sich der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin nicht nur auf Anfrage, sondern (z.B. bei Problemen während einer Eingliederungsmassnahme) auch proaktiv ins Verfahren einbringen. Einzelne Befragte der IV-Stellen äusserten auch die Erwartung, dass der Arzt oder die Ärztin schon bei der Eingliederungsplanung das Bewusstsein der versicherten Person dafür schärfe, dass bei einem Scheitern der Eingliederung die Rente keineswegs garantiert sei.

Voraussetzungen, welche Ärztinnen und Ärzte erfüllen müssen

Damit behandelnde Ärztinnen und Ärzte diese Rollenerwartungen ausfüllen können, müssen sie für die Bedürfnisse der IV-Stellen gut erreichbar und willens sein, ihre Beiträge zum Verfahren innerhalb nützlicher Frist zu leisten. Für die Einschätzungen zu den funktionellen Einschränkungen sind arbeitsmedizinische Grundkenntnisse wichtig. Daneben erwarten die IV-Stellen die Kooperationsbereitschaft im Einzelfall auch im Falle einer kritischen Grundhaltung gegenüber der IV. Schliesslich erwähnten einige Befragte die Erwartung, dass Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Zusammenarbeit die Systemgrenze zwischen Medizin und Invalidenversicherung respektieren sollten und somit die Hoheit bei der Frage, welche Eingliederungsmassnahme geeignet sei, den IV-Mitarbeitenden überlassen sollten. Eine Zusammenarbeit zwischen Arzt/Ärztin und Arbeitgeber erachten die IV-Stellen als ideal, bezeichnen dies aber auch als schwieriges Unterfangen. Sie sehen hier indes sich selbst in der Rolle, wenn nötig den Arzt und den Arbeitgeber für eine Klärung möglicher Eingliederungsmassnahmen zusammenzubringen.

4.2.3 Sichtweise der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und Erwartungen an die Mitarbeitenden der IV-Stellen ?

Zur Rolle als Informationsquelle

Die befragten Ärztinnen und Ärzte akzeptieren die Rolle als Informationsquelle, haben sie doch auch ein Interesse daran, ihre Informationen bei der Anspruchsprüfung der IV einzubringen.

Gleichzeitig erwarten die Befragten auch, von der IV informiert zu werden. Erstens erwarten sie insbesondere dann, dass sie die IV informiert, wenn sie zu Einschätzungen und Schlussfolgerungen kommt, die von den ihren abweichen. Auch möchten sie über externe Gutachten und ihre Ergebnisse informiert werden. Dies erlaubt ihnen, zu allfälligen Diskrepanzen Stellung zu nehmen. Zweitens erwarten sie Informationen über den Verlauf der Verfahren. Dabei sollte dieser Informationsfluss nicht nur indirekt via versicherte Person, sondern in bestimmten Situationen auch direkt erfolgen (vgl. zum Informationsrückfluss und an behandelnde Ärztinnen und Ärzte und zur Rolle der versicherten Person Abschnitt 5.2.3).

Zur unterstützenden Funktion

Zur unterstützenden Funktion der Ärztinnen und Ärzte signalisierten die Befragten unterschiedliche Bereitschaft und formulierten in diesem Zusammenhang auch klare Erwartungen an die IV. Grundsätzlich signalisierten die Befragten die Bereitschaft, aufgrund ihrer Kompetenz zur Erklärung von Entscheiden bei der versicherten Person beizutragen. Gleichzeitig machten mehrere Befragte deutlich, dass sie diese Rolle nur wahrnehmen können, wenn sie die Position der IV-Stelle im konkreten Fall auch mittragen. Sie sträuben sich gegen eine Instrumentalisierung und sehen die Hauptverantwortung, Entscheide gegenüber der versicherten Person zu begründen, bei der Invalidenversicherung.

In Bezug auf die Eingliederung signalisierten die Befragten die Bereitschaft, dazu beizutragen, dass Bedenken der versicherten Person gegen eine Eingliederungsmassnahme ausgeräumt werden könnten. Dies setzt aus ihrer Sicht aber ebenfalls voraus, dass sie diese Massnahme mittragen können und somit, dass die IV ihren Bedenken aus medizinischer Sicht vor und während der Massnahme Rechnung trage. Ebenfalls erwarten sie eine gute Koordination der IV-Massnahme mit ihrem Behandlungsplan.

Erwartungen an die IV

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte erwarten somit von der Invalidenversicherung, dass sie offen ist für einen Dialog und einen gegenseitigen Informationsaustausch. Eine Voraussetzung dafür ist eine vorhandene Kooperations- und Gesprächsbereitschaft sowie die gute Erreichbarkeit der für den jeweiligen Fall zuständigen IV-Fachpersonen und insbesondere auch von fach-

lich kompetenten Ärztinnen und Ärzten des RAD für die Diskussion von medizinischen Fragen.

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte erwarten von den IV-Stellen überdies, dass sie Entscheide über Fragen der medizinischen Behandlung ihnen überlassen. Schliesslich erwarten sie eine faire Entschädigung für den Aufwand, den sie bei der Erfüllung ihrer Aufgaben für die IV auf sich nehmen. (vgl. auch Abschnitt 4.4.2)

4.3 Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit – Überblick

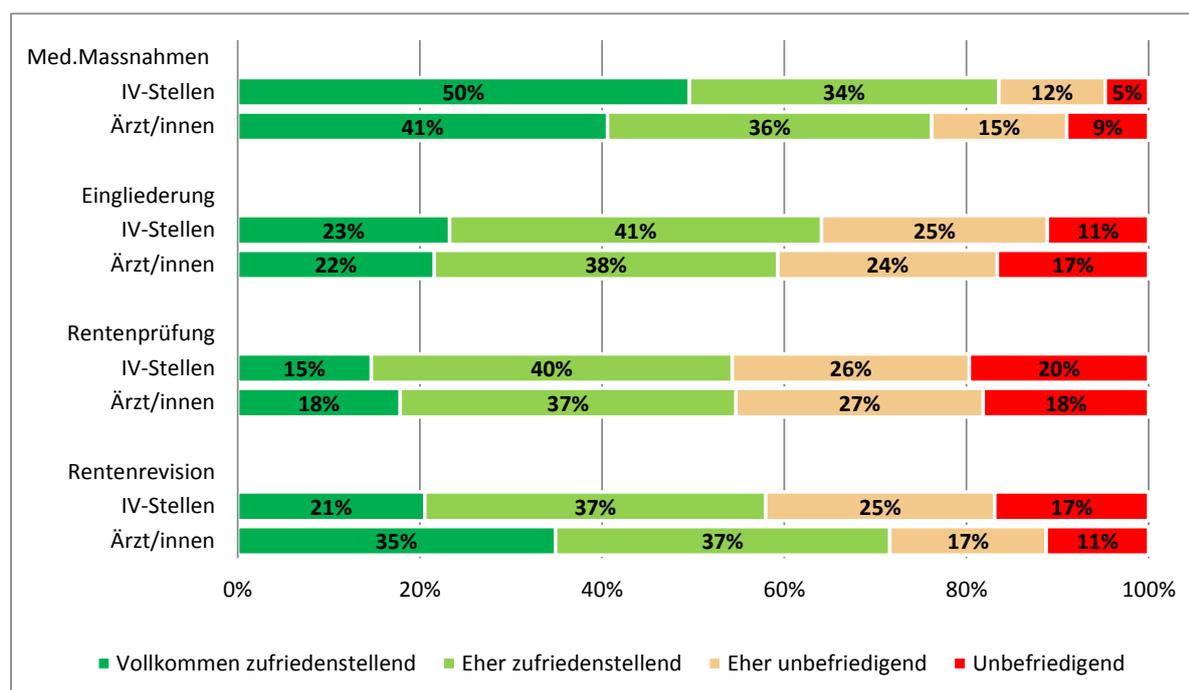
Es war im Rahmen dieser Untersuchung nicht möglich, die Qualität der Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen und behandelnden Ärztinnen und Ärzten direkt, z.B. anhand einer Untersuchung von konkreten IV-Verfahren zu untersuchen. Als näherungsweise Indikator wurde jedoch versucht, anhand von Umfragen einen Überblick über die Zufriedenheit der beteiligten Akteure und über die Relevanz der Zusammenarbeit für den Verfahrenserfolg zu gewinnen. Die Umfrageergebnisse erlauben Vergleiche zwischen den vier interessierenden Bereichen der Zusammenarbeit.

4.3.1 Vergleich der vier Zusammenarbeitsbereiche

In den schriftlichen Umfragen wurden die die IV-Stellen sowie die behandelnden Ärztinnen und Ärzte danach befragt, wie zufrieden sie mit der Zusammenarbeit in den vier Bereichen seien. Während sich die Umfrage in den IV-Stellen auf alle Kantone stützt, wobei die IV-Stellen bei der Beurteilung unterschiedlich vorgingen (vgl. Anhang), wurde die Umfrage bei den Ärztinnen und Ärzten von besonders interessierenden Fachdisziplinen in den fünf Fallstudienkantonen der Untersuchung durchgeführt. Aufgrund dieser Unterschiede bei der Datenerhebung sind die Aussagen mit einer gewissen Vorsicht zu geniessen. Gleichzeitig verzichteten wir auf eine detaillierte Beschreibung der kantonalen Unterschiede mit der Zufriedenheit¹⁷ und konzentrieren uns stattdessen auf einige zentrale Ergebnisse (Abbildung 4-2).

Insgesamt überwiegen in allen vier Bereichen der Zusammenarbeit die positiven Beurteilungen sowohl im Durchschnitt der IV-Stellen als auch im Durchschnitt der befragten Ärztinnen und Ärzte. Es zeigt sich aber auch eine grosse Fallabhängigkeit: In allen vier Bereichen registrieren die IV-Stellen sowie die Ärztinnen und Ärzte sowohl Fälle, in denen die Zusammenarbeit völlig zufriedenstellend als auch Fälle, in denen sie unbefriedigend verläuft. Im Gesamtbild erscheinen zudem die Einschätzungen der IV-Stellen und der Ärztinnen und Ärzte recht ähnlich.

¹⁷ Unterschiede zeigen sich in allen vier Bereichen der Zusammenarbeit, wobei die Einschätzungen zwischen den IV-Stellen bezogen auf die unterschiedlichen Verfahren stärker auseinanderklaffen als zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Ein klarer Zusammenhang zwischen den Einschätzungen der IV-Stellen und der Ärztinnen besteht überdies nicht.

Abbildung 4-2: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit

Darstellung: Büro Vatter. N = 26 IV-Stellen sowie 325 behandelnde Ärztinnen und Ärzte in fünf Kantonen. Ausgewiesen werden ungewichtete Durchschnittswerte. Frageformulierung: vgl. Fragebogen in Anhang 4. Lesebeispiel: Medizinische Massnahmen, IV-Stellen: Im Durchschnitt beurteilen die IV-Stellen die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten in 50% der Fälle als vollkommen zufriedenstellend, in 34% der Fälle als eher zufriedenstellend, in 12% der Fälle als eher unbefriedigend und in 5% der Fälle als unbefriedigend.

Zu den einzelnen Bereichen kann folgendes festgehalten werden:

- *Medizinische Massnahmen:* In der Umfrage standen die medizinischen Massnahmen nach Art. 13 IVG im Zentrum. In diesem Bereich verläuft die Zusammenarbeit insgesamt sowohl aus Sicht der IV-Stellen als auch der Ärztinnen und Ärzte am besten. Insbesondere für die IV-Stellen kann darüber hinaus festgehalten werden, dass sich diese positive Beurteilung in praktisch allen Kantonen gezeigt hat. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte beurteilen die Zusammenarbeit etwas kritischer, aber auch unter ihnen sind die Umfrageteilnehmenden in durchschnittlich mehr als drei Vierteln ihrer Fälle der Ansicht, die Zusammenarbeit sei zumindest eher zufriedenstellend (77%). Ergänzend kann festgehalten werden, dass die IV-Stellen die Zusammenarbeit bei medizinischen Massnahmen nach Art. 12 IVG (Eingliederungsmassnahmen) zumeist als etwa gleich gut (14) oder schlechter (11) beurteilen als bei den Massnahmen nach Art. 13 IVG, während eine IV-Stelle sie als besser beurteilt (vgl. Frage 4 des Fragebogens für IV-Stellen).
- *Eingliederung:* Bei der Eingliederung liegt der Anteil positiver Einschätzungen der Ärztinnen und Ärzte (60%) und der IV-Stellen (64%) nahe beisammen, ist aber etwas tiefer als bei den medizinischen Massnahmen. Auffallend ist hier vor allem, dass die IV-Stellen diesen Bereich im Durchschnitt am zweitbesten beurteilen, die behandelnden

Ärztinnen und Ärzte jedoch die Eingliederung ähnlich bewerten wie die Rentenprüfung.

- *Rentenprüfung*: Die Rentenprüfung wird sowohl von den Ärztinnen und Ärzten als auch von den IV-Stellen (je 55% positive Beurteilungen) am kritischsten beurteilt.
- *Rentenrevision*: Die IV-Stellen sind mit diesem Bereich ähnlich zufrieden wie mit der vertieften Rentenprüfung (58% positive Beurteilungen). Hier zeigt sich der deutlichste Unterschied zu den Einschätzungen der Ärztinnen und Ärzte, welche in 72% der Fälle die Zusammenarbeit mindestens als eher zufriedenstellend beurteilen.

4.3.2 Bedeutende Unterschiede von Fall zu Fall

Die Einschätzung, dass die Qualität der Zusammenarbeit stark vom Einzelfall abhängt, wurde auch von den Befragten in den Interviews geteilt. Faktoren welche die Qualität beeinflussen, hängen stark mit den involvierten Personen (Arzt, IV-Mitarbeitende, versicherte Person) zusammen.

- Bei der *versicherten Person* ist es v.a. die Art und Komplexität des Gebrechens, welche das Konfliktpotenzial erhöht. Dies gilt typischerweise für schwer objektivierbare somatische Gebrechen (Schmerzstörungen) sowie bei bestimmten psychischen Gebrechen. In solchen Fällen weicht die Beurteilung der IV-Stelle zur Arbeitsfähigkeit häufiger von jener der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ab, als bei einfachen Gebrechen (vgl. Abschnitt 3.1).
- *IV-Mitarbeitende* sind zwar geprägt durch die Kultur und Prozesse ihrer IV-Stelle, geniessen aber bei der konkreten Fallbearbeitung Freiheiten, in denen ihre persönliche Haltung unterschiedliche Vorgehensweisen und Umgangsformen erlaubt. Dass hier Unterschiede auch innerhalb von IV-Stellen bestehen, wurde von den befragten IV-Vertreterinnen und -Vertretern bestätigt.
- Bei *Ärztinnen und Ärzten* sind erstens die persönlichen Unterschiede in der *Arbeitsweise und der Haltung* gegenüber der Versicherung ein bedeutender Einflussfaktor für die Qualität der Zusammenarbeit. Gemäss den Interviewantworten ist ein Grossteil der Ärztinnen und Ärzte nach Einschätzung der befragten IV-Mitarbeitenden kooperationsbereit, räumt aber der Zusammenarbeit mit der IV unterschiedliche Priorität ein. Daneben besteht daneben eine – allerdings als sehr klein bezeichnete – Gruppe von Ärztinnen und Ärzten, die eine Zusammenarbeit ablehnt und z.B. auf Berichts Anfragen notorisch nicht reagiert.
- Ein struktureller Unterschied ist gemäss den Interviewaussagen von IV-Mitarbeitenden zweitens zwischen *freiberuflichen* und *Klinikärztinnen und -ärzten* zu beobachten. Letztere sind in eine feste Struktur eingebunden, und ihre Verhaltensweise ist mitgeprägt durch die Kultur und IV-bezogene Vorgaben ihrer Klinik (z.B. interne Fristen zum Ausfüllen von Arztberichtsformularen). Auch ist ein Austausch mit anderen Ärztinnen und Ärzten, welche die versicherte Person ebenfalls kennen, innerhalb der Klinik vergleichsweise einfach zu realisieren. Schliesslich führen Kliniken auch Schulungen zur

Zusammenarbeit mit der IV durch. Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis sind solchen Einflüssen nicht ausgesetzt. Aufgrund dieser institutionellen Einbindung der Klinikärztinnen und -ärzte beschreiben die IV-Stellen die Zusammenarbeit mit diesen nicht durchgängig, aber tendenziell als einfacher und berechenbarer. Vereinzelt wurde umgekehrt erwähnt, dass es in Kliniken bisweilen schwierig sei, die wirklich zuständige Abteilung oder den zuständigen Arzt, die zuständige Ärztin zu identifizieren. Bei den frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten seien die Unterschiede bezüglich der Qualität der Zusammenarbeit grösser.

- Unterschiede bestehen ferner auch zwischen *Fachdisziplinen*: Psychiaterinnen und Psychiater sowie Hausärztinnen und Hausärzte sind gemäss der Umfrage mit der Zusammenarbeit weniger zufrieden als die Befragten anderer Fachdisziplinen. Diese Einschätzung überrascht die IV-Stellen nicht. Zum einen wird festgehalten, dass beide Gruppen über eine vergleichsweise intensive Beziehung zu ihren Patienten verfügen. Bei Hausärzten wird tendenziell ein geringeres Fachwissen bezüglich der funktionellen Auswirkungen der verschiedenen Gebrechen vermutet. Psychiaterinnen und Psychiater hätten überdurchschnittlich viele Fälle mit komplexen und versicherungsmedizinisch umstrittenen Gebrechen. Für Fachärzte der meisten somatischen Bereiche sei hingegen die Zusammenarbeit einfacher, weil die zu beurteilenden Gebrechen und ihre funktionellen Auswirkungen relativ klar bestimmt werden könnten.
- Schliesslich erwähnten mehrere Befragte, dass *gemachte Erfahrungen* auf die Zusammenarbeit in einem aktuellen Fall abfärben, da diese das Bild vom Zusammenarbeitspartner prägten. Eine Interviewperson eines RAD berichtete, negative Erfahrungen eines behandelnden Arztes/einer behandelnden Ärztin bei der Zusammenarbeit mit der IV in früheren Fällen führten regelmässig zu einem erhöhten Erklärungsaufwand und Gesprächsbedarf.

4.4 Bereichsübergreifende Schwierigkeiten

In diesem Abschnitt wird ein Überblick gegeben über bereichsübergreifende Schwierigkeiten der Zusammenarbeit, welche die IV-Stellen sowie die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Umfrage und der durchgeführten Interviews genannt haben.

4.4.1 Schwierigkeiten der Zusammenarbeit im Einzelfall aus Sicht der IV-Stellen

Die Befragten der IV-Stellen orteten in der Umfrage und in den Interviews als Problem der Zusammenarbeit eine *fehlende/ungenügende direkte Kommunikation* zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem RAD oder der IV-Stelle.

Generell moniert wird zum Teil eine ungenügende *Qualität der Arztberichte* (unvollständig, Angaben nicht brauchbar oder zu knapp, inkonsistent, ...). So wird die Qualität z.B. bei Hausärzten in einem Interview als heterogen bezeichnet. Dahinter wird sowohl in den Interviews als auch in der schriftlichen Umfrage ein teilweise *niedriger Wissenstand* der Ärztinnen und Ärzte bezüglich arbeits- und versicherungsmedizinischer Themen vermutet. Bisweilen bemängeln die

IV-Stellen auch fehlendes Grundwissen der Ärzteschaft über die Instrumente und Verfahren der IV.

Auch werden die *Erreichbarkeit* der Ärztinnen und Ärzte und *lange Wartezeiten* auf Berichte als problematisch beurteilt. Selten nannten die Befragten auch Aspekte des Datenschutzes als Hindernisse des Informationsflusses. Sie erwähnten als Schwierigkeiten z.B. Originalaustritts- oder OP-Berichte zu erhalten.

In den Interviews stellten Befragte mehrerer IV-Stellen eine zu stark defizitorientierte und *zu wenig ressourcenorientierte Sichtweise* von behandelnden Ärztinnen und Ärzten fest oder bemängelten, der Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ sei noch nicht bei allen Ärztinnen und Ärzten wirklich angekommen. Zum Teil wird aber auch eine Haltungsänderung bei den Ärztinnen und Ärzten in den vergangenen Jahren festgestellt. Mehrere Befragte äusserten den Eindruck, dass Ärzte die Arbeitsfähigkeit skeptischer beurteilten als die IV-Stellen, was sie zum Teil auch mit dem Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient in Zusammenhang bringen.

4.4.2 Schwierigkeiten aus Sicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte

Eine erste der in der Ärzteschaft bereichsübergreifend geschilderten Schwierigkeiten bezieht sich sowohl in der Umfrage als auch bei den Interviews darauf, dass ihre Angaben und *Einschätzungen* bei den Entscheidungen der IV *zu wenig berücksichtigt* werden. Als Folge werden die Entscheide der IV aus medizinischer Sicht kritisch beurteilt. Die fehlende Berücksichtigung der ärztlichen Angaben wird von einzelnen Befragten explizit als frustrierend beschrieben. Damit zusammen hängt auch die Vermutung einzelner Ärztinnen und Ärzte, von der IV als partiell eingeschätzt zu werden. Zusammenfassend wurde in diesem Zusammenhang konkret auf folgende Punkte eingegangen:

- Sehr häufig (v.a. bei medizinischen Massnahmen, Eingliederung, Rentenprüfung) wurde auf die *fehlende fallbezogene Kommunikation* zwischen der IV und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten (per Mail, telefonisch, Treffen, z.B. mit RAD) verwiesen. Gemäss den Kommentaren der Ärztinnen und Ärzte sei es der IV-Stelle dadurch nicht möglich, eine dem Einzelfall angemessene Beurteilung des Patienten oder der Patientin (resp. der versicherten Person) vorzunehmen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte könnten als teilweise langjährige Bezugspersonen unerlässliche Informationen liefern. Gleichzeitig wird das Bemühen einzelner Ärztinnen und Ärzte um eine fallbezogene Zusammenarbeit durch die fehlende Erreichbarkeit von Kontaktpersonen bei der IV-Stelle und durch (zumindest gegen aussen) unklare Zuständigkeiten innerhalb der IV-Stelle (mehrere Personen verantwortlich, Handwechsel eines Dossiers von der Eingliederung zur Rente) erschwert. Die Zusammenarbeit ist ausserdem personenabhängig (abhängig von den verantwortlichen Personen bei der IV; v.a. Qualität der Zusammenarbeit). Einzelne Interviewpartner kritisierten die fachliche Ausstattung ihres RAD. Bemängelt wurde, es sei nicht immer gewährleistet, dass ein konkreter Fall von einem Fachspezialisten der betroffenen Disziplin beurteilt werde.

- Als weitere Schwierigkeiten wurden ausserdem von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten angeführt, dass sie *keine Rückmeldungen* von der IV-Stelle erhalten. Erwünschte Rückmeldungen können betreffen: Entscheide der IV-Stellen, v.a. Rentenentscheide; Stand des Verfahrens („Fallverfolgung“); inwieweit die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzten berücksichtigt worden sind.
- Ebenfalls häufig wurden *die Arztberichtsformulare kritisiert*. Diese seien in der aktuellen, standardisierten Form nicht geeignet, Angaben in der notwendigen Differenziertheit anbringen zu können. Zum Teil würden für den konkreten Fall überflüssige Informationen erhoben, während wichtige Einschätzungen nicht angebracht werden können. Verschiedentlich wurde auch der hohe Zeitaufwand für das Ausfüllen der Fragebögen und die Komplexität der Fragestellungen kritisiert, v.a. in Verbindung mit der Einschätzung, dass die gemachten Angaben kaum von der IV-Stelle berücksichtigt werden. Mehrere Befragte wiesen in den Interviews darauf hin, dass die Zahl der auszufüllenden Berichte zugenommen habe.
- Vor allem bei der Eingliederung, der Rentenprüfung und auch bei der Rentenrevision kritisieren verschiedene Ärztinnen und Ärzte ausserdem eine *zu hohe Bedeutung externer Gutachten* (im Vergleich zu den Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte) für die Entscheide der IV-Stellen. Die Kritik richtet sich dabei auf zwei Punkte. Erstens beurteilen die Ärztinnen und Ärzte die *Qualität* skeptisch, da externe Gutachten aufgrund von ein oder zwei Treffen mit dem Patienten oder der Patientin zu Stande kämen und damit die Krankheitsgeschichte, etc. nur unzureichend wiedergeben können. Zweitens wird verschiedentlich die *Unabhängigkeit* solcher Gutachten in Zweifel gezogen (Nähe der Begutachtenden zur IV, finanzielle Abhängigkeit der Begutachtenden, „Gefälligkeitsgutachten“). Eine aus ihrer Sicht zu hohe Bedeutung externer Gutachten und die damit verbundene Abwertung der eigenen fachlichen Einschätzungen wurden auch in den Interviews und an den Workshops von mehreren Ärztinnen und Ärzten bemängelt. Abweichungen zur eigenen Beurteilung stellen die Ärztinnen und Ärzte nicht nur bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit fest, sondern gemäss Interviewaussagen bei psychisch kranken Personen auch bei der Diagnose.

Das Gefühl, nicht ernstgenommen zu werden, wirkt sich laut mehreren Interviewaussagen negativ auf die Motivation der Zusammenarbeit aus; die Bereitschaft, z.B. dem Ausfüllen von Arztberichtsformularen Priorität und genügend Zeit einzuräumen, nehme ab.

Als zweite bereichsübergreifende Schwierigkeit wird eine *lange Dauer der Verfahren bei der IV* (in allen vier Bereichen; Rentenrevision etwas weniger häufig) genannt. Die Ärztinnen und Ärzte verbinden damit vor allem drei Probleme: Erstens stufen sie eine lange Verfahrensdauer für den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten als belastend ein (psychische Belastung, Chronifizierung des Leidens). Zweitens sanken die (Wieder-)Eingliederungschancen für die Patientinnen und Patienten mit zunehmender Verfahrensdauer. Drittens können lange Verfahren in finanzieller Hinsicht für die Patientinnen und Patienten ein Problem darstellen (z.B. Wegfall der 2-jährigen Lohnfortzahlung). Ausserdem empfinden einzelne Ärztinnen und Ärzte

ihre IV-Stelle im Zusammenhang beim Einholen von Arztberichten (Fristen, Mahnungen) vor dem Hintergrund der langen Verfahren als zu fordernd.

Als dritte bereichsunabhängige Schwierigkeit wird die *Haltung der IV-Stelle* erwähnt: Die IV verfolgt gemäss einigen Befragten zu sehr wirtschaftliche Zielsetzungen (Kürzung/Vermeidung von Renten; „versicherungsmedizinische Sichtweise“). Dabei werde den Patientinnen und Patienten teilweise zu wenig Wertschätzung entgegengebracht („Mensch steht zu wenig im Mittelpunkt“, „zu wenig Empathie gegenüber Patienten und Angehörigen“, „zu wenig ernst genommen“). Auch drohe für die Patientinnen und Patienten die belastende Abschiebung in andere Systeme der sozialen Sicherung (v.a. Sozialhilfe).

Im Rahmen der Ärztebefragung wurde *fehlendes eigenes Wissen* nur vereinzelt erwähnt: Fehlendes Wissen über die IV wurde bei den medizinischen Massnahmen und der Eingliederung genannt. Fehlende Kenntnisse der Berufs- und Arbeitswelt (keine/ungenügende Kenntnisse von Stellenprofilen, der Berufsfelder, der konkreten Tätigkeiten, die von der versicherten Person ausgeübt werden resp. in einer neuen Tätigkeit ausgeübt werden sollten) wurden im Rahmen der Eingliederung aufgeführt. Vor allem in den Interviews räumten die Ärztinnen und Ärzte ein, dass sie Angaben über die funktionellen Ressourcen und Defizite ihrer Patientinnen Patienten als sehr anspruchsvoll beurteilen. Mehrere Ärzte gaben an, deshalb diesen Teil des Arztberichtsformulars regelmässig nicht auszufüllen. Dies deckt sich mit den Interviewaussagen der IV-Mitarbeitenden deckt.

Zusätzlich führten vereinzelte Ärztinnen und Ärzte auf, dass sie Mühe bekunden, die medizinische Situation des Patienten oder der Patientin zuverlässig einzuschätzen, wenn sie diesen/diese erst seit Kurzem kennen (Neuüberbernahme Praxis, Spezialärztinnen und Spezialärzte) oder wenn weitere Ärztinnen und Ärzte involviert sind. Hilfreich wäre deshalb aus ihrer Sicht, wenn die IV ihnen medizinische Unterlagen und eigene Entscheidungen zur Verfügung stellen würde. Dies machten die IV-Stellen aber nicht.

In der schriftlichen Umfrage wurde an der Entschädigungspraxis der IV-Stellen für die Leistungen der Ärztinnen und Ärzte kaum Kritik geäussert. In den Interviews wurde die Entschädigungsfrage nicht mehr systematisch thematisiert. Vereinzelt wurde dennoch eine gewisse Kritik daran geäussert, wobei die Einschätzungen auseinandergingen. Einzelne Befragte gaben an, einen Arztbericht seriös zu erstellen, benötige mehr Zeit als von der IV-Stelle entschädigt werde; kritisiert wurde auch, dass eine gemeinsame Sitzung bei der IV aufgrund des langen Wegs für den Arzt nicht genügend entschädigt werde. Eine befragte Person berichtete, dass sie Gespräche mit dem Patienten, die einzig dem Erklären eines IV-Entscheids dienen, über die Krankenversicherung abrechne.

4.5 Zufriedenheit und Schwierigkeiten in den einzelnen Bereichen

In diesem Abschnitt soll auf die unterschiedliche Zufriedenheit in den einzelnen Bereichen der Zusammenarbeit näher eingegangen werden. Zunächst wird behandelt, welche spezifischen Schwierigkeiten und Probleme die Akteure in den einzelnen Bereichen wahrgenommen haben.

Danach werden Erklärungsansätze für die unterschiedlichen Zufriedenheitsgrade zwischen den Bereichen gesucht. Die Angaben stützen sich primär auf die Kritikpunkte, die in den schriftlichen Befragungen im Rahmen von offenen Fragen erhoben wurden; ergänzend stützen sie sich auf die Einschätzungen der Befragten aus den Interviews und daran anschliessende eigene Überlegungen der Forschenden.

4.5.1 Medizinische Massnahmen

Schwierigkeiten aus Sicht der IV-Stellen

In Ergänzung zu den allgemeinen Schwierigkeiten hielten die IV-Stellen folgende Schwierigkeiten, die sich auf Art. 12 und 13 IVG beziehen, fest:

- Mangelndes Wissen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte über die Leistungen gemäss Art. 12 und 13 IVG.
- Unzureichende gesetzliche Grundlagen für Art. 12 und 13 IVG: teilweise veraltete und/oder unzureichend definierte Inhalte z.B. der Liste der Geburtsgebrechen; Art. 13 IVG: Es sollte präziser definiert sein, wie Art. 2 Abs. 3 IVG ausgelegt werden soll und was unter „wirtschaftlich“ zu verstehen ist.

Schwierigkeiten aus Sicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte

Folgende Schwierigkeiten wurden von den Ärztinnen und Ärzten für diesen Bereich genannt:

- zu häufige erneute Nachfragen bei Fällen, bei denen die Ärztinnen und Ärzte darauf hingewiesen haben, dass die medizinische Betreuung bis zum Erwachsenenalter notwendig sein wird (z.B. Trisomie 21). Die Kritik zielt auf die Befristung von Massnahmen, die offenbar als zu restriktiv wahrgenommen wird.
- Zusätzliche Einzelnennungen betreffen vor allem Kritik an der als zu restriktiv empfundenen Anerkennung von Geburtsgebrechen.

Erklärungsansätze der hohen Zufriedenheit

Nach der Einschätzung der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner sind mehrere Gründe dafür ausschlaggebend, dass die Zusammenarbeit bei den medizinischen Massnahmen häufiger zufriedenstellend verläuft als in den anderen Bereichen. So beurteilen die Befragten die zu beantwortenden Fragestellungen bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen als vergleichsweise einfach, stehe doch im Zentrum vor allem die Beurteilung, ob ein Geburtsgebrechen vorliege. Hier bestünden meist klare Abgrenzungskriterien. Dies sei weniger komplex als die Beurteilung der Arbeits-/und Erwerbsfähigkeit oder die Einschätzung darüber, ob ein von der IV vorgesehener Eingliederungsplan zumutbar sei; auch sei der Ermessensspielraum geringer. Dass die IV bei medizinischen Massnahmen gemäss den Antworten der Befragten nur selten Gutachten veranlasst, bestärkt dieses Argument. Insbesondere für die Ärzte seien die Fragen einfacher zu beantworten, da es um genuin medizinische Fragestellungen gehe. Auch entlaste der

Grundsatz der Therapiefreiheit vor möglichen Konflikten. Befragte Personen der IV-Stellen erwähnten ausserdem das unmittelbare Interesse der behandelnden Ärztinnen und Ärzte an einer Kostengutsprache: dass sie häufig die Träger der finanzierten Behandlung seien, steigere ihre Kooperationsbereitschaft.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die kritischen Rahmenbedingungen, die im vorangegangenen Kapitel erwähnt wurden, für den Bereich der medizinischen Massnahmen weniger gelten. Die unterschiedlichen Konzepte von Medizin und Versicherungsmedizin sind nicht relevant, die Fragestellungen bewegen sich stärker im Kompetenzbereich der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und diese haben ein unmittelbares Interesse an einer guten Zusammenarbeit (vgl. Abschnitt 4.5.1).

4.5.2 Eingliederung

Schwierigkeiten aus Sicht der IV-Stellen

In Ergänzung zu den allgemeinen Schwierigkeiten lassen sich gemäss der schriftlichen Befragung folgende Schwierigkeiten, die sich auf den Eingliederungsprozess beziehen, festhalten:

- ungenügendes Wissen über den Eingliederungsprozess. Dieser Aspekt wird in diesem Bereich besonders hervorgehoben:
 - o zu geringe Kenntnisse des Eingliederungsprozesses (der 5. IV-Revision) im Allgemeinen
 - o fehlendes Verständnis wichtiger Begriffe: Verwechslung von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit; Unterscheidung angestammte/adaptierte Arbeitsfähigkeit; Unterscheidung von therapeutischen Massnahmen, Eingliederungsmassnahmen, Integrationsmassnahmen, berufliche Wiedereingliederung.
 - o zu geringe Kenntnisse der Berufs- und Arbeitswelt: keine oder ungenügende Kenntnisse der Arbeitswelt, des Arbeitsmarktes, von Stellenprofilen, der Berufsfelder, der konkreten Tätigkeiten, die von der versicherten Person ausgeübt werden resp. in einer neuen Tätigkeit ausgeübt werden sollten („Tätigkeitsprofile“).
- Wartezeiten/Erreichbarkeit: Lange Wartezeiten auf Berichte und eine schwierige Erreichbarkeit der Ärztinnen und Ärzte wird bei der Eingliederung kritisch beurteilt, da speziell in dieser Phase rasches Handeln gefragt wäre.
- Arztzeugnisse: Verschiedene Aussagen beziehen sich darauf, dass zu häufig, zu schnell, immer öfters und über einen zu langen Zeitraum Arztzeugnisse zur Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsunfähigkeitseinschätzungen) ausgesprochen werden; zum Teil kommen solche Zeugnisse offenbar auch während der Durchführung von Massnahmen der IV. Diese Arztzeugnisse erschweren den Eingliederungserfolg.

Rolle im Eingliederungsprozess: Gemäss den schriftlichen Kommentaren der IV-Stellen nehmen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Eingliederung zu wenig eine unterstützende, motivierende Rolle ein. Ärztinnen und Ärzte würden die versi-

cherte Person oft krankschreiben und sich nicht über die Möglichkeiten, die sich im Hinblick auf die Eingliederung/den weiteren beruflichen Weg ergeben, äussern.

Schwierigkeiten aus Sicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nannten folgende spezifischen Schwierigkeiten für diesen Bereich:

- Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte schwierig; die Einschätzung des Eingliederungspotenzials durch die IV/RAD/Gutachten wird zum Teil als nicht realistisch eingestuft.
- Passende Angebote für die Eingliederung fehlen, wenige den Beeinträchtigungen der versicherten Personen angepasste Stellen im ersten Arbeitsmarkt
- Die IV wird zum Teil hinsichtlich der Eingliederung als zu wenig unterstützend wahrgenommen (mehr Job-Coaching, Berufsberatung, Stellenvermittlung, Begleitung erwünscht); Patientinnen und Patienten fühlen sich verloren
- Reaktionszeit der IV zu wenig schnell; aber auch: zum Teil erfolgt Anfrage zu früh (Patientin oder Patient noch in der Heilungsphase)

Erklärungsansätze der eher niedrigen Zufriedenheit

Wie bei den beiden anderen Zusammenarbeitsbereichen im „Erwachsenenverfahren“ sind auch bei der Eingliederung die zu klärenden Fragen komplexer als bei den medizinischen Massnahmen und ein unmittelbares Interesse der behandelnden Ärztinnen und Ärzte an der Eingliederung ist anders als bei den medizinischen Massnahmen nicht gegeben, vielmehr besteht ein gegenseitiges Störpotenzial von Behandlung und IV-Massnahme. Befragte von IV-Stellen erwähnen diesbezüglich überraschende Krankschreibungen durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte während Eingliederungsmassnahmen, Ärztinnen und Ärzte erwähnen Bedenken gegen ein manchmal als zu forsch empfundenen Vorgehen bei der Eingliederung. Dass die IV-Stellen die Zusammenarbeit tendenziell besser beurteilen als bei der Rentenprüfung, begründen sie vor allem mit der Tatsache, dass hier die behandelnden Ärztinnen und Ärzte mit dem Case-Management-Ansatz der 5. IV-Revision stärker einbezogen würden, und dass hier häufig noch nicht die vertiefte Prüfung von Anspruchsvoraussetzungen im Zentrum der Zusammenarbeit stehe. Gleichzeitig haben sie bei komplexen Fällen ein Interesse an einer guten Koordination der Eingliederung mit der medizinischen Behandlung. Umgekehrt beurteilen die Ärztinnen und Ärzte den Eingliederungsbereich kaum besser als die Rentenprüfung. Die Kommentare in der Umfrage und Interviewaussagen von Ärztinnen und Ärzten deuten darauf hin, dass sie sich noch häufiger als bisher einen direkten Kontakt wünschen.

4.5.3 Vertiefte Rentenprüfung

Schwierigkeiten aus Sicht der IV-Stellen

Bei der vertieften Rentenprüfung haben die IV-Stellen in der schriftlichen Befragung im Gegensatz zu den anderen Bereichen wenig spezifische Schwierigkeiten vermerkt. Häufig genannt wurden die folgenden Schwierigkeiten, die sich aufgrund der Interviewaussagen von IV-Mitarbeitenden konkretisieren lassen:

- Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Arztbericht: In den Interviews wurde einerseits die oftmals lange Wartezeit erwähnt, bis Ärztinnen und Ärzte das von der IV-Stelle zugesandte Arztberichtformulare ausgefüllt retournieren. Kritisiert wurde in der schriftlichen wie in der mündlichen Befragung auch ein lückenhaftes und wenig nachvollziehbares Ausfüllen. Besondere Schwierigkeiten bereiten wie erwähnt die Fragen zu den funktionellen Defiziten der versicherten Person.
- Fehlendes Wissen seitens der behandelnden Ärztinnen und Ärzte über das Verfahren und die Massnahmen der IV sowie über arbeits- und versicherungsmedizinische Fragestellungen.
- Weiter wurden recht allgemein unterschiedliche Sichtweisen von Ärzteschaft und IV-Stellen und eine kritische Einstellung der Ärztinnen und Ärzte gegenüber der IV festgestellt. Diese Punkte beziehen sich direkt auf die in Kapitel 3 aufgeführten Rahmenbedingungen und unterschiedlichen Konzepte der IV und der Medizin.
- Ebenfalls bezeichneten die IV-Stellen in der schriftlichen Befragung ein fehlendes Vertrauensverhältnis zwischen dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin und der versicherten Person als Schwierigkeit. Diese Wahrnehmung nährt in der praktischen Arbeit Zweifel an den ärztlichen Einschätzungen über den Gesundheitszustand und das Eingliederungspotenzial der versicherten Person. Schwierigkeiten aus Sicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nannten keine spezifischen Schwierigkeiten für diesen Bereich. Es sind somit vor allem die unter Abschnitt 4.4.2 genannten Punkte, welche die Ärzteschaft als kritisch wahrnimmt. In den geführten Arztinterviews wurde deutlich, dass die Ärztinnen und Ärzte auch bei der Rentenprüfung einen verstärkten Kontakt und Informationen seitens der IV über den Verfahrensstand wünschen, die IV hier aber vor allem auf dem schriftlichen Weg operiere. Insbesondere interviewte Psychiaterinnen und Psychiater wiesen darauf hin, dass auch im Rentenverfahren ein Bedarf an Koordination mit der Behandlung bestehe, da ihre Patientinnen und Patienten durch Verfahrenseignisse (Aufgebot zu einem Gutachter oder einer Gutachterin, Vorbescheid, ...) destabilisiert werden können. Ihre Erwartung, bei abweichenden Einschätzungen der IV-Stelle über den Gesundheitszustand oder die Arbeitsfähigkeit informiert zu werden und die Möglichkeit zur Stellungnahme zu erhalten, wird in ihrer Wahrnehmung zu wenig erfüllt.

Erklärungsansätze der vergleichsweise niedrigen Zufriedenheit

Die Rentenprüfung bei den Neuanmeldungen wird sowohl von Ärztinnen und Ärzten als auch von den IV-Stellen im Hinblick auf die Zusammenarbeit insgesamt am kritischsten beurteilt. Hier geht es – nicht selten nach gescheiterten Eingliederungsbemühungen – um die existenzielle Frage der dauerhaften finanziellen Unterstützung der versicherten Person und der genauen Festlegung ihrer Höhe. Die erwähnten unterschiedlichen Konzepte der Medizin und der Versicherungsmedizin kommen bei der vertieften Prüfung des Rentenanspruchs voll zum Tragen. Ergänzend kann festgehalten werden, dass das Verfahren hier von den IV-Stellen tendenziell stärker formalisiert und schriftlich geführt wird (auch aufgrund des Bedarfs an belegbaren Beurteilungen), Ärztinnen und Ärzte aber auch in dieser Verfahrensphase mehr Informationen seitens der IV-Stelle wünschen. Die IV-Stellen behelfen sich bei bleibenden Zweifeln an den ärztlichen Einschätzungen mit einer Untersuchung durch den RAD oder ärztlichen Gutachten. Dies dürfte unter anderem erklären, weshalb die Relevanz einer guten Zusammenarbeit aus Sicht der IV-Stellen für das Erreichen der Verfahrensziele bei der Rentenprüfung leicht tiefer eingeschätzt wird als bei der Eingliederung.

4.5.4 Rentenrevision

Schwierigkeiten aus Sicht der IV-Stellen

Häufig wird in den schriftlichen Kommentaren der IV-Stellen im Rahmen der Umfrage darauf hingewiesen, dass in den Verlaufsberichten der Ärztinnen und Ärzte zu wenig auf die Veränderung des Gesundheitszustandes, die Änderung der Diagnose, die Auswirkungen einer veränderten gesundheitlichen Situation der versicherten Person auf deren Arbeitsfähigkeit, etc. eingegangen werde; häufig werde pauschal angegeben, der Zustand habe sich gegenüber der letzten Beurteilung nicht verändert oder es würden nur sehr allgemeine oder knappe Aussagen dazu gemacht.

Die IV-Stellen vermuten in der Umfrage verschiedene Ursachen hinter dieser Einschätzung:

- Die behandelnden Ärzte verstehen sich als Anwälte der versicherten Person und wollen eine bestehende Rente nicht „gefährden“; sie verstehen ihre Rolle so, möglichst weiterhin zum Erhalt der Rente für die versicherte Person beizutragen.
- Fehlendes Wissen über die Bedeutung der ärztlichen Einschätzung; fehlendes Wissen über die 6. IV-Revision; fehlende Eingliederungsorientierung der behandelnden Ärzte.
- Geringe Motivation, den Bericht ausführlicher auszufüllen: Revision wird als „Formsache“ wahrgenommen.

Insgesamt ergibt sich aus den Kommentaren der Eindruck, dass die Angaben aus den Verlaufsberichten zum Teil für die IV-Stellen eine ungenügende Beurteilungsgrundlage bei der Rentenrevision darstellen; einzelne Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer äussern sich explizit, dass das Berichtsformular zu wenig präzise formuliert sei.

Daneben wird in zwei Kommentaren auf die Schwierigkeit hingewiesen, die bei einem Wechsel des behandelnden Arztes entstehen können (Verbesserung des Gesundheitszustandes/der Erwerbsfähigkeit kann gar nicht festgestellt werden; zurückhaltende Beurteilung durch den neuen behandelnden Arzt oder die neue behandelnde Ärztin).

Schwierigkeiten aus Sicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nannten folgende spezifischen Schwierigkeiten für diesen Bereich:

- Revisionsgründe und -rhythmus sind für Ärztinnen und Ärzte nicht nachvollziehbar: Die IV löse Revisionen nach „Schema F“ aus, auch bei aussichtslosen Fällen und Fällen, bei denen im Zeitverlauf von einer Verschlechterung ausgegangen werde, und bei älteren Personen.
- Eine Aufhebung der Rente könne schwerwiegende Folgen für den Patienten, die Patientin haben (wirtschaftliche Schwierigkeiten, gesundheitliche Probleme).
- Wiedereingliederungsfähigkeit sollte sorgfältig geprüft werden bei Rentenkürzungen
- Beurteilungsgrundlagen der IV werden als problematisch empfunden.

Erklärungsansätze der unterschiedlichen Zufriedenheit der Ärzteschaft und der IV-Stellen

Bei der Rentenrevision bestehen je nachdem, ob die erneute Rentenprüfung oder eine Wiedereingliederung im Vordergrund steht, ähnliche Konfliktpotenziale wie bei der erstmaligen Rentenprüfung oder der Eingliederung nach einer Neuanschuldung. Zu dieser Interpretation passt die durchschnittliche Zufriedenheitseinschätzung der IV-Stellen in der schriftlichen Umfrage gut, liegt sie doch zwischen jener der Eingliederung und der Rentenprüfung.

In den Einschätzungen der IV-Stellen und der Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der geführten Interviews wurde ergänzend auf die Besonderheiten der Situation einer Rentenrevision im Vergleich zum Verfahren bei Neuangemeldeten hingewiesen. Einerseits wurde betont, dass eine Revision besonders belastend sein könne, weil sie bei der versicherten Person zu Angst vor dem Verlust oder der Kürzung der bisherigen Rente führen könne. Andererseits könne eine umsichtig geplante Wiedereingliederung bei den Versicherten und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten gut aufgenommen werden, wenn die Versicherten darin eine Chance sähen, wieder arbeiten zu können. Entlastend im Vergleich zur Eingliederung bei Neuanschuldungen sei dabei der geringere Zeitdruck.

Dieser letzte Aspekt könnte erklären, weshalb die Ärztinnen und Ärzte in der Umfrage die Zusammenarbeit bei der Rentenrevision fast gleich positiv beurteilten wie bei den medizinischen Massnahmen (und damit deutlich besser als die IV-Stellen). Jedoch sind bis anhin eher wenige eingliederungsorientierte Rentenrevisionen durchgeführt worden, und es hat sich mit Inkrafttreten der 6. IV-Revision noch keine deutliche Zunahme der Rentenaufhebungen (vgl. Abschnitt 2.1.4) gezeigt. Zu vermuten ist deshalb, dass die Ärztinnen und Ärzte bei Rentenrevisionen selten die Befürchtung hegen, dass sich an der Berentung ihres Patienten oder ihrer Pati-

entin (etwas ändern, das sie nicht mittragen können. Zudem hat der Arzt oder die Ärztin bei Beurteilung der versicherten Person einen begrenzten Aufwand, wenn sich an deren gesundheitlichen Situation aus ärztlicher Sicht nichts geändert hat.

4.6 Fazit: Zufriedenheit, Schwierigkeiten und Folgen

Die Befunde dieses Kapitels können wie folgt zusammengefasst werden:

- *Qualität der Zusammenarbeit beeinflusst Verfahrensqualität:* Nach Einschätzung der meisten IV-Stellen ist eine gute Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten in allen vier untersuchten Bereichen (medizinische Massnahmen, Eingliederung, Rentenprüfung, Rentenrevision) ein eher wichtiger, mehrheitlich sogar wichtiger oder sehr wichtiger Faktor für das Erreichen der jeweiligen Verfahrensziele.
- *Ärztinnen und Ärzte als Informationsquellen:* Die IV-Stellen sehen dabei die Ärztinnen und Ärzte erstens in einer Funktion als Informationsquelle. Sie sollen in möglichst kurzer Frist solide Angaben zur gesundheitlichen Situation (alle Verfahrensbereiche) sowie zur geplanten Therapie (medizinische Massnahmen) oder zur Arbeitsfähigkeit und den funktionellen Einschränkungen der versicherten Personen machen (Eingliederung, Rentenprüfung, Rentenrevision). Diese Rolle akzeptieren die Ärztinnen und Ärzte, sie erwarten jedoch auch, von der IV-Stelle über den Verfahrensstand und allenfalls abweichende Einschätzungen bei medizinischen Fragen oder der Arbeitsfähigkeit informiert zu werden.
- *Unterstützende Funktion der Ärztinnen und Ärzte bei der Eingliederung:* Zweitens sehen die IV-Stellen die Ärztinnen und Ärzte in einer unterstützenden Funktion bei der Eingliederung. Insbesondere bei der Eingliederung wünschen sie sich, dass sie am gleichen Strick ziehen wie die IV-Stelle und dazu beitragen, Bedenken der versicherten Person entgegenzutreten und diese zu ermutigen. Ärztinnen und Ärzte signalisieren Bereitschaft, diese Rolle zu übernehmen, wollen sich aber von der IV nicht für Ziele und die Rechtfertigung von Entscheiden instrumentalisieren lassen, die sie selbst nicht mittragen können. Sie erwarten somit, dass die IV ihren Bedenken Rechnung trägt und das Verfahren mit ihrem medizinischen Behandlungsplan koordiniert.
- *Zusammenarbeit mehrheitlich zufriedenstellend, aber fallabhängig:* Wie die durchgeführten schriftlichen Befragungen zeigen, sind sowohl die Ärztinnen und Ärzte als auch die IV-Stellen mit der tatsächlichen Zusammenarbeit in der Mehrheit der Fälle eher zufrieden oder ganz zufrieden. Jedoch fällt eine grosse Fallabhängigkeit der Zusammenarbeitsqualität auf. Diese hängt nach Aussagen der befragten Personen mit persönlichen Eigenschaften der beteiligten Personen (Arbeitsweise, Grundhaltung), aber auch mit strukturellen Faktoren (Fachdisziplin, Klinik vs. Freie Praxis) und gemachten Erfahrungen in früheren Fällen zusammen.
- *Zusammenarbeit bei medizinischen Massnahmen am besten, bei der Rentenprüfung am kritischsten:* Bezüglich der Zusammenarbeitsqualität bestehen Unterschiede zwischen den vier untersuchten Bereichen der Zusammenarbeit. Die Zusammenarbeit wird bei den

medizinischen Massnahmen als deutlich besser beurteilt (mehr als drei Viertel aller Verfahren zumindest eher zufriedenstellend) als bei den „Erwachsenenverfahren“ (Eingliederung, Rentenprüfung, Rentenrevision). Am wenigsten zufrieden sind sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch die IV-Stellen bei der Rentenprüfung (nur etwas mehr als die Hälfte der Verfahren zumindest eher zufriedenstellend).

- *Schwierigkeiten der Zusammenarbeit verstärken sich gegenseitig:* Beide Zusammenarbeitspartner orten mehrere grundlegende Quellen der Unzufriedenheit (zusammenfassende Tabelle 4-1). Zwischen den verschiedenen Schwierigkeiten bestehen Zusammenhänge und selbstverstärkende Effekte. So wirkt sich die Wahrnehmung in der Ärzteschaft, in ihren Einschätzungen von der IV nicht genügend ernstgenommen zu werden, nach Aussagen mehrerer Befragter demotivierend aus, so dass sie der Zusammenarbeit mit der IV keine hohe Priorität einräumen. Dies wiederum verlängert die Wartezeiten der IV auf ärztliche Berichte und andere Auskünfte, und im schlechteren Fall leidet unter der Demotivation des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin auch die Qualität seiner/ihrer Einschätzungen. Dies wiederum erhöht den Bedarf der IV nach eigenen Abklärungen. Der von beiden Seiten konstatierte Mangel an Kommunikation dürfte negativ auf das gegenseitige Vertrauen und somit die Grundhaltung einwirken.

Tabelle 4-1: Grundlegende Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit aus Sicht der Befragten

	Sicht der IV-Stellen	Sicht der Ärztinnen und Ärzte
Kommunikation	Zu wenig direkte Kommunikation; Koordination der Verfahren und Behandlung erschwert, Risiko von gegenseitigen Störungen	
Grundhaltung des Partners	Ärztinnen und Ärzte bisweilen zu wenig ressourcenorientiert bei der Beurteilung der Erwerbsmöglichkeiten.	IV bisweilen zu stark auf Eingliederung fokussiert, zu wenig Wertschätzung für versicherte Person
IV-bezogenes Wissen der Ärzteschaft	Begrenzt arbeitsmedizinisches Wissen; fehlendes Grundwissen über IV-Instrumente und Verfahren	Fehlendes Wissen wird teilweise eingeräumt
Einschätzungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte	Oft von begrenztem Wert: Zu wenig informativ in Bezug v.a. auf funktionelle Defizite und Ressourcen, zu wenig unabhängig.	Auf Dauerbeobachtung beruhend, deshalb fundiert; Arbeitsfähigkeit ist schwierig zu beurteilen
Einschätzungen im Rahmen von Gutachten	Prinzipiell zuverlässige, weil unabhängige Einschätzung von Diagnose und Arbeitsfähigkeit	Momentaufnahmen, die Diagnose und Arbeitsfähigkeit unzureichend erfassen; Gutachter zu wenig unabhängig; generelle Zweifel an Gutachten
Wartezeiten / Verfahrensdauer	Wartezeit auf Berichte zu lang.	IV-Verfahren dauern zu lange, was Patientinnen und Patienten belastet (Unsicherheit, auch materiell; Chronifizierung)
Erreichbarkeit	Arzt oder Ärztin schwer zu erreichen.	Zuständige Personen in IV-Stellen oder beim RAD schwer zu identifizieren und erreichen

Darstellung Büro Vatter. Quellen: Schriftliche Umfragen und Interviews mit Ärztinnen und Ärzten sowie IV-Stellen.

Fazit

Die von den Befragten beschriebenen Schwierigkeiten und ihr Zusammenwirken lassen schließen, dass verschiedene Faktoren, die im Grundmodell der Studie als Voraussetzungen einer guten Zusammenarbeit bezeichnet worden sind, nicht vollumfänglich gegeben sind: Während die Erwartungen an die Zusammenarbeit vereinbar sind, ist *das IV-bezogene Wissen der Ärzteschaft ebenso begrenzt ist wie das gegenseitige Vertrauen. Dies beeinträchtigt auch die Bereitschaft, für die Zusammenarbeit die ohnehin knapp bemessene Zeit zu investieren.*

Der Ist-Zustand der Zusammenarbeit wirkt sich negativ auf das Erreichen der Verfahrensziele aus. Die Erhebungen dieser Studie ergaben Hinweise auf Verzögerungen in den einzelnen Verfahren, was auch Risiken für den Eingliederungserfolg birgt, Mehraufwand für die IV bei der Sachverhaltserhebung und eine möglicherweise geringere Akzeptanz der Entscheide der IV.

Trotz gesamthaft überwiegend positiver Beurteilungen der Zusammenarbeit besteht somit ein Verbesserungspotenzial vor allem bei der Rentenprüfung und der Eingliederung. Im nächsten Kapitel werden deshalb die Vorgehensweisen von fünf IV-Stellen bei der Zusammenarbeit beschrieben mit dem Ziel, Potenziale zu identifizieren, welche die beeinträchtigten Voraussetzungen der Zusammenarbeit verbessern. In Kapitel 6 sollen darauf aufbauend empfehlenswerte Praktiken vorgestellt werden.

5 Vorgehensweisen der IV-Stellen

In diesem Kapitel wird beschrieben, wie die IV-Stellen in den einzelnen Verfahren und fallübergreifend mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zusammenarbeiten. Behandelt werden verschiedene Aspekte des Einholens von Arztberichten (Abschnitt 5.1), weitere Formen der fallbezogenen Kommunikation (Abschnitt 5.2) sowie die fallunabhängigen Kontakte (Abschnitt 5.3). Die Analyse orientiert sich am Ziel, Vorgehensweisen zu identifizieren, welche zu einer qualitativ hochwertigen und damit den Verfahrenszielen dienlichen Zusammenarbeit von behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie der IV beitragen. Gute Strategien sollten somit gemäss den Befunden der vorigen Kapitel dazu beitragen,

- dass die an der Zusammenarbeit Beteiligten die zeitliche Belastung der Zusammenarbeit als vertretbar erachten,
- dass die ausgetauschten Informationen von guter Qualität sind, wozu gegenseitiges Wissen über die Instrumente, Verfahren und die Konzepte wichtige Voraussetzungen darstellen,
- dass sie zwischen den beteiligten Partnern der Zusammenarbeit die gegenseitige Wertschätzung und das Vertrauen stärken,
- dass die gegenseitigen Erwartungen erfüllt werden.

Die Beschreibung und Analyse stützt sich auf Fallstudien in fünf ausgewählten IV-Stellen (Dokumentenanalysen, Informationsgespräche, Interviews mit Ärztinnen und Ärzten sowie Kadermitarbeitenden der IV-Stellen) sowie auf die Diskussionen der themenbezogenen Arbeitsgruppen, die im Rahmen der zwei interdisziplinären Workshops geführt wurden. Die Abschnitte sind wie folgt aufgebaut: Im ersten Unterabschnitt werden die Erwartungen und Einschätzungen aus der Sicht von IV-Stellen und behandelnden Ärztinnen und Ärzte dargestellt. Hieraus werden Eigenschaften der Zusammenarbeit abgeleitet, welchen das Vorgehen der IV-Stellen möglichst gerecht werden sollte. In den weiteren Unterabschnitten werden jeweils die Vorgehensweisen der IV-Stellen beschrieben und verglichen, um hernach eine Diskussion im Hinblick auf die zu identifizierenden Beispiele empfehlenswerter Praktiken zu führen.

5.1 Einholen von Arztberichten

Das Einholen von Berichten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist ein zentrales Instrument der Informationsgewinnung der Invalidenversicherung.

5.1.1 Erwartungen und Einschätzungen im Zusammenhang mit Arztberichten

Sicht der IV-Stellen

Das Arztberichtsformular ist sowohl im Bereich der medizinischen Massnahmen als auch im Verfahren für Erwachsene und bei der Rentenrevision ein routinemässig eingesetztes Arbeitsinstrument zur Erhebung von Informationen über die versicherte Person beim behandelnden

Arzt oder der behandelnden Ärztin. Allerdings hat der Arztbericht im Verfahren der Eingliederung und der Wiedereingliederung insgesamt einen tieferen Stellenwert als bei der Rentenprüfung, wo er das zentrale Erhebungsinstrument darstellt. Folgende Informationen werden in den Berichten erfragt:

- *Medizinische Massnahmen:* Diagnose/n (inkl. Frage Geburtsgebrechen ja, nein), Anamnese und Prognose, ärztliche Befunde, spezialärztliche Untersuchungen, Behandlungsplan.
- *Berufliche Eingliederung und Rentenprüfung:* Diagnose/n, Anamnese und Behandlung; Arbeitsunfähigkeit, funktionale Einschränkungen und Ressourcen, mögliche Eingliederungsmassnahmen.
- *Rentenrevision:* Hier steht prinzipiell die Frage nach der Veränderung des Eingliederungspotenzials seit dem letzten Rentenentscheid im Vordergrund. Davon abgesehen sind die gleichen Fragen zu klären wie bei der Rentenprüfung.

Die befragten Personen bei den IV-Stellen machten deutlich, sie erwarteten nicht unbedingt, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte das Arztberichtsformular perfekt ausfüllen, sondern einfach „so gut als möglich“. Festgehalten wurde aber auch, dass nur inhaltlich vollständige Berichte mit gut nachvollziehbaren Beurteilungen eine zuverlässige Beurteilung der gesundheitlichen Situation und des Eingliederungspotenzials erlauben. In Bezug auf das Eingliederungspotenzial sei eine Diagnose allein wenig aussagekräftig. Zentral seien vielmehr solide Aussagen über die funktionellen Einschränkungen und die verbleibenden Fähigkeiten, sowohl in psychischer wie auch in körperlicher Hinsicht. Dabei sei es nicht unbedingt notwendig, dass das Formular Frage für Frage ausgefüllt werde; vielmehr sei dieses als Checkliste zu verstehen, anhand der die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die benötigten Informationen durchaus auch in relativ freier Form an die IV-Stelle weitergeben könnten – mit frei formulierten Ergänzungen oder auch durch mitgeschickte, schon bestehende Berichte.

Der Tenor der IV-Stellen zum Stellenwert des Arztberichts zeugt von einer pragmatischen Grundhaltung: Je vollständiger die im Arztberichtsformular erfragten Inhalte vom behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin geliefert werden können, desto höher ist auch sein/ihr Stellenwert und sein/ihr Gewicht bei der Beurteilung der Rechtsansprüche. Die Form des Berichts ist dabei eher sekundär.

Bei der Beurteilung der funktionellen Einschränkungen der versicherten Personen haben die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nach Einschätzung der IV-Stellen am meisten Schwierigkeiten fest. Weitere praktische Probleme bestehen darin, die fürs Ausfüllen geeigneten Ärztinnen und Ärzte zu identifizieren, sowie die teilweise langen Wartezeiten, bis der Bericht vorliegt. Die beiden Aspekte hängen zusammen. Bisweilen warte man sehr lange auf eine Antwort, nur um dann bei Nachfrage zu erfahren, dass der betreffende Arzt im vorliegenden Fall über gar keine aktuellen Angaben verfüge. Vereinzelt gäbe es auch Ärztinnen und Ärzte, die die Berichte gar nicht ausfüllten. Bei fehlenden oder inhaltlich nicht hinreichenden Informationen greifen die IV-Stellen auf andere Vorgehensweisen zurück: eine Abklärung beim regionalärztlichen Dienst oder auf externe Gutachterinnen und Gutachter.

Sicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte

Auch für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bildet das Ausfüllen des Arztberichtsformulars sowohl im Bereich der medizinischen Massnahmen als auch in den Verfahren für Erwachsene inklusive der Rentenrevision den üblichen und hauptsächlichsten Kontakt mit der IV-Stelle. Grundsätzlich erachten alle Befragten dieses Vorgehen der Informationserhebung als tauglich und effizient.

Mit der Art und Weise, wie die IV-Stellen die Berichtsformulare einsetzen, sind die behandelnden Ärztinnen und Ärzte gleichwohl unterschiedlich zufrieden. Die Mehrheit der Befragten füllt die Berichte aus, soweit sie sich dazu in der Lage sehen, also entsprechend der Erwartung der IV-Stellen. In den Interviews wurden von Ärztinnen und Ärzten folgende Kritikpunkte vorgebracht:

- Das Formular wird teils als zu standardisiert und einschränkend wahrgenommen, um die relevanten Informationen übermitteln zu können. Vereinzelt wird kritisiert, die Formulare enthielten zu wenig Platz für die Antworten.
- Das Ausfüllen der Fragen zu den verbleibenden funktionellen Fähigkeiten bereitet Schwierigkeiten, oft lassen die Ärzte diesen Teil ihren Angaben zufolge deshalb weg.
- Die von den IV-Stellen gesandten Erinnerungen werden als aufdringlich empfunden; Verzögerungen entstünden bisweilen auch, weil der Patient extra aufgeboten werden müsse, um den Bericht ausfüllen zu können. Als schikanös wird es wahrgenommen, wenn die IV-Stelle den Patienten oder Dritte über einen solchen Auszustand informiert.
- Bisweilen würden Berichtsformulare im Zusammenhang mit Patientinnen oder Patienten geschickt, über die man nicht über jene Informationen verfüge, die für die IV relevant seien.
- Mehrere befragte Ärztinnen und Ärzte hielten fest, die Anzahl der von der IV zugesandten Berichtsformulare und damit ihr Aufwand für die IV habe in der jüngeren Vergangenheit zugenommen; als Hauptgrund nannten sie eine Zunahme der Rentenrevisionen. Eine befragte Person vermutet auch eine Zunahme der Anzahl eingeholter Arztberichte in den „Erwachsenenverfahren“ aufgrund eines höheren Drucks der Taggeldversicherer auf ihre Klienten, sich bei der IV anzumelden.
- Der Aufwand, den Bericht gut auszufüllen, wird vereinzelt als deutlich höher bewertet, als dafür abgerechnet werden könne.

Ein zentraler Kritikpunkt der befragten Ärztinnen und Ärzte ist, dass man nach dem Ausfüllen des Berichts in den meisten Fällen lange nichts mehr von der IV höre. Allenfalls erfahre man später über den Patienten vom Fortgang oder vom Ausgang des Verfahrens. Für besondere Unzufriedenheit Sorge es, wenn die Versicherung die eigenen Einschätzungen nicht teile und sich stärker auf externe Gutachten und den RAD abstütze. Das Gefühl, nicht ernstgenommen zu werden, nannten denn auch mehrere Ärztinnen und Ärzte als Hauptgrund für ihre niedrige Motivation, das Arztberichtsformular der IV schnell und sorgfältig auszufüllen.

Fazit

Beide Partner erachten den formalisierten Arztbericht als geeignetes Instrument der Informationserhebung. Gleichzeitig stellt das Ausfüllen für die Ärztinnen und Ärzte eine zeitliche Belastung dar, bei der sie gelegentlich zweifeln, ob sich der Aufwand lohnt. Um einer Demotivation und unnötigem Aufwand entgegenzuwirken, sollten die IV-Stellen *Arztberichte möglichst zielgerichtet* einholen. Das heisst im Idealfall:

- Arztberichte sollten nur in jenen Fällen eingeholt werden, in denen die Informationen der Ärztin oder des Arztes notwendig sind.
- Arztberichte sollten nach Möglichkeit nur bei jenen Ärztinnen und Ärzten eingeholt werden, die über relevante Informationen verfügen.¹⁸
- Es sollten pro Arztkontakt möglichst nur diejenigen Informationen erhoben werden, die für den jeweiligen Fall benötigt werden.

Zudem sollte möglichst *Klarheit über die Erwartungen an die Ärztinnen und Ärzte* hinsichtlich des Ausfüllens geschaffen werden: Das Prinzip „so gut als möglich“ scheint noch nicht bei allen Ärztinnen und Ärzten bekannt zu sein. Ebenso ist nicht allen Ärztinnen und Ärzten klar, dass das Arztberichtsformular als Checkliste zu verstehen ist und Informationen nicht unbedingt strikt in den Fragebogen „abgefüllt“ werden müssen. Zentral ist in diesem Zusammenhang aber auch, dass der Stellenwert des Arztberichts mit der Qualität der in ihm enthaltenen Information steigt.

Von den Ärztinnen und Ärzten wird umgekehrt ein *möglichst termingerechtes Ausfüllen* erwartet. Hier stellt sich die Frage, wie die Ärztinnen und Ärzte hierzu motiviert werden können.

Schliesslich erwarten die IV-Stellen eine *möglichst kompetente Auskunft insbesondere bezüglich der funktionalen Einschränkungen* und Ressourcen. Hier interessiert, in welcher Form diese Informationen am besten erhoben werden können.

5.1.2 Einholen von Arztberichten: Fallabhängigkeit, Zeitpunkt, Arztauswahl

In diesem Abschnitt wird beschrieben, wie die fünf IV-Stellen die Arztberichte konkret einholen. Dabei wird diskutiert, inwieweit sie den im obigen Fazit genannten Aspekten des *möglichst zielgerichteten Einholens der Arztberichte* entsprechen.

Medizinische Massnahmen

Bei den medizinischen Massnahmen spielt der Arztbericht in allen IV-Stellen eine zentrale Rolle (Tabelle 5-1). Als Regel gilt überall, dass das Berichtsformular hier standardmässig eingesetzt wird. Zwei Kantone nannten jedoch auch Konstellationen, in denen auf das Senden des Formulars verzichtet werden kann. Im Kanton B kommt es relativ oft vor, dass Leistungsgesuche

¹⁸ Die IV-Stelle ist mit Art. 43 Abs. 1 verpflichtet, alle notwendigen Abklärungen vorzunehmen. Wenn sie es nicht tut, kann dies unter Umständen als Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes betrachtet werden.

für Jugendliche von den behandelnden Kliniken eingereicht werden; diese Fälle sind oft bereits ausreichend dokumentiert, so dass auf das Ausfüllen des Arztberichtsformulars verzichtet werden kann. Auch Kanton C berichtete von Situationen, in denen der Arztbericht nicht eingeholt werden muss, weil in den Akten bereits genügend Informationen vorhanden sind.

Auch bei der Verlängerung von medizinischen Massnahmen ist ein Bericht in Formularform ein wichtiges Informationsmittel. Drei IV-Stellen erklärten jedoch, es sei je nach Gebrechen nicht nötig, von neuem einen vollumfänglichen Arztbericht einzuholen; bisweilen reiche eine einfache Frage, die sich spezifisch auf die versicherte Person beziehe. Es wurde im Rahmen dieser Studie nicht systematisch untersucht, für welche Zeiträume die IV-Stellen bestimmte Massnahmen zusprechen und in welcher Kadenz und bei welchen Gebrechen und Massnahmen Verlängerungsberichte notwendig werden. Es ist denkbar dass diesbezüglich Unterschiede bestehen und daraus eine unterschiedliche Belastung der Ärztinnen und Ärzte resultiert.

IV-Stelle B berichtete, dass mit einer Kinderklinik die Kontaktaufnahme vereinfacht werden konnte, indem dort eine einheitliche Kontaktstelle für die IV eingerichtet worden sei. Arztberichtsformulare könnten dorthin geschickt werden, die interne Zuweisung an den zuständigen Arzt, die zuständige Ärztin erfolge durch die Klinik.

Tabelle 5-1: Einholen des Arztberichts: Wann im Verfahren und in welchen Fällen

IV-Stelle	A	B	C	D	E
Medizinische Massnahmen, erstmalige Gesuche	Alle Fälle, nach der Anmeldung	Normalfall, nach der Anmeldung	Normalfall, nach der Anmeldung	Alle Fälle, nach der Anmeldung	Alle Fälle, nach der Anmeldung
Verlängerungen	Wie Erstanmeldung	Wie Erstanmeldung	Je nach Gebrechen und Therapie	Je nach Gebrechen und Therapie	Je nach Gebrechen und Therapie
Neuanmeldungen Erwachsene	Bei Beginn Rentenprüfung	Nach Triage, je nach Ergebnis	Alle Fälle, nach der Anmeldung	Alle Fälle, nach der Anmeldung	Alle Fälle, nach der Anmeldung
Rentenrevision	Alle Fälle				

Darstellung Büro Vatter. Quellen: amtliche Dokumente und Interviews in den fünf IV-Stellen A bis E.

Neuanmeldungen Erwachsener (Eingliederung, Rentenprüfung)

Drei der fünf befragten IV-Stellen versenden kurz nach Eintreffen der Anmeldung zum Verfahren in jedem Fall mindestens an einen involvierten Arzt ein Arztberichtsformular. In zwei IV-Stellen hängt das Vorgehen vom Ergebnis der am Anfang des Verfahrens durchgeführten Triage ab:

- IV-Stelle A verzichtet in allen Fällen, in denen die Eingliederung versucht wird, vorläufig auf das Einholen eines Arztberichts. Dieser wird nur dann bestellt, wenn sich eine vertiefte Rentenprüfung als unumgänglich erweist. Unabhängig von der Art der Eingliederungsmassnahmen verfügt diese IV-Stelle nach ihrer Einschätzung in den meisten Fällen über genügend Informationen, um die Ressourcen der versicherten Person zu-

verlässig einschätzen zu können. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass der RAD-Arzt bei dieser IV-Stelle beim Erstgespräch mit der versicherten Person in der Mehrheit der Fälle einbezogen ist. Mündliche Kontakte mit dem behandelnden Arzt sind zur Vervollständigung der Informationen vorgesehen. Bei sehr gut dokumentierten Fällen (z.B. bestehende Berichte anderer Versicherungen) wird bei dieser IV-Stelle auch bei der Rentenprüfung auf den Arztbericht verzichtet.

- Auch IV-Stelle B führt ein Erstgespräch zur Situationserfassung mit der versicherten Person durch, und verzichtet danach bei den Fällen, die ins Eingliederungsverfahren gehen, vorläufig auf das Einholen des Arztberichts (circa ein Drittel der Fälle). Wenn aufgrund des Erstgesprächs klar ist, dass direkt der Rentenanspruch geprüft werden muss, werden die Arztberichte eingeholt (ebenfalls ein Drittel der Fälle). Beim letzten Drittel der Fälle wird der Arztbericht eingeholt, um zu klären, ob eine Eingliederung versucht werden soll oder ob direkt die Rente geprüft werden muss. Auch IV-Stelle B zieht bei komplexen Fällen den RAD oder einen Berufsberater oder eine Berufsberaterin beim Erstgespräch hinzu, allerdings seltener als IV-Stelle A.

Alle IV-Stellen gaben an, dass es notwendig sein kann, im Verlauf des Verfahrens von neuem Arztberichte einzuholen. Insbesondere ist dies der Fall, wenn die versicherte Person während des Verfahrens in medizinischer Behandlung ist und erhebliche Veränderungen ihres Gesundheitszustands zu erwarten sind oder wenn anderweitige Hinweise auf eine Veränderung vorliegen. Es fanden sich keine Hinweise, dass standardisiert nach bestimmten Verfahrensdauern ein neuer Bericht eingeholt wird.

Zu klären ist für die IV-Stellen jeweils auch die Frage, bei welchen Ärztinnen und Ärzten um einen Arztbericht nachgefragt werden soll. Dabei können sie sich zunächst auf die Angaben der versicherten Person in der IV-Anmeldung stützen. Diese Auflistung kann jedoch einerseits unvollständig sein, andererseits auch Ärztinnen oder Ärzte enthalten, die keine relevanten Informationen beisteuern können (lange nicht in Behandlung, Behandlung steht nicht in Zusammenhang mit der IV-relevanten Arbeitsunfähigkeit). Hier können sich IV-Stellen A und B, die den Arztbericht erst einholen, wenn es sich aufgrund des bisherigen Verfahrensverlaufs als notwendig erweist, auf die bereits gesammelten Informationen abstützen.

- IV-Stelle B gab beispielsweise an, dass sie im Hinblick auf einen fundierten Entscheid über Massnahmen Berichte von Spezialärzten bevorzuge, auf einen Hausarztbericht allein könne in der Regel nicht abgestellt werden. Bestehen vor dem Einholen des Berichts mündliche Kontakte zur versicherten Person, etwa im Rahmen eines Früherfassungs- oder Erstgesprächs, so wird versucht, den Kreis der infrage kommenden Adressaten des Arztberichtsformulars dabei soweit als möglich einzugrenzen. Ebenfalls könne aufgrund des persönlichen Eindrucks, den die IV-Stelle beim Erstgespräch von der versicherten Person gewinnen könne, der richtige Zeitpunkt für das Einholen eines Berichts besser festgelegt werden. Einen Arztbericht einzuholen mache nur dann Sinn, wenn der Zustand der versicherten Person soweit stabil sei, dass eine solide Aussage über die künftige Arbeitsfähigkeit möglich sei.

IV-Stelle E berichtet (analog zu Klinik B bei den medizinischen Massnahmen), dass mit einer Klinik die Kontaktaufnahme vereinfacht werden konnte, indem dort eine einheitliche Kontaktstelle für die IV eingerichtet worden sei.

Rentenrevision

Bei einer Rentenrevision holen alle untersuchten IV-Stellen standardmässig einen Arztbericht ein. Verfahrensbegründete Unterschiede in der Anzahl der Berichte können sich für die Ärztinnen und Ärzte verschiedener Kantone dadurch ergeben, dass die IV-Stellen möglicherweise nach unterschiedlichen Kriterien festlegen, ob überhaupt und wenn ja, in welchen Zeitintervallen Rentenrevisionen durchgeführt werden. Diese Kriterien wurden im Rahmen dieser Studie nicht systematisch in allen IV-Stellen erhoben; eine zentrale Rolle spielt die Art des Gebrechens, aber auch das Alter der versicherten Person und die Dauer, seit der dieser eine Rente ausgerichtet wird.

Diskussion im Hinblick auf empfehlenswerte Praktiken

Der Vergleich der fünf IV-Stellen zeigt, dass der Versand von Arztberichtsformularen unterschiedlich zielgerichtet erfolgt.

Bei den *medizinischen Massnahmen* zeigen sich dabei kleinere Unterschiede als bei den Verfahren für Erwachsene. Bei erstmaligen Gesuchen ist es Standard, einen Arztbericht einzuholen, wobei vorbestehende Berichte, die bereits mit dem Leistungsgesuch mitgeliefert werden, gelegentlich einen Verzicht auf den Arztbericht ermöglichen. Wenn es um die Verlängerung geht, stützen sich jedoch einzelne IV-Stellen erneut auf einen Arztbericht, andere hingegen beschränken sich auf eine einfache Nachfrage. Die Notwendigkeit eines erneuten Berichtsformulars im Einzelfall zumindest zu hinterfragen, ist mit dem Ziel einer möglichst geringen Belastung behandelnder Ärztinnen und Ärzte besser vereinbar. Unterschiede in der Anzahl eingeholter Arztberichte können sich auch aus möglicherweise unterschiedlichen Dauern, für die die IV-Stellen eine bestimmte Therapie vergüten, ergeben. Je grosszügiger die Fristen, desto seltener sind Arztberichte notwendig. Diese potenziellen Unterschiede wurden im Rahmen der Studie jedoch nicht näher untersucht.

Bei den *Neuanmeldungen von Erwachsenen* (Eingliederung, Rentenprüfung) folgen drei IV-Stellen dem Prinzip „in jedem Fall ein Arztbericht“, während zwei IV-Stellen ihren Prozess so gestaltet haben, dass sie bei Fällen, in denen eine Eingliederung geprüft wird, zunächst auf den Bericht verzichten (laut Auskunft einer IV-Stelle in rund einem Drittel der Verfahren). In vielen Fällen ziehen diese IV-Stellen in dieser Phase den RAD für eine medizinische Einschätzung hinzu, auch Rücksprachen mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin sind möglich. Offenbar genügen diese Informationen den beiden IV-Stellen zur Klärung der medizinischen Fragen in der Eingliederungsphase. In den Workshops stiess diese Vorgehensweise bei einer der anderen drei IV-Stellen auf reges Interesse, bei den anderen war eine gewisse

Skepsis spürbar, ob tatsächlich auf den Bericht verzichtet werden kann. Ein IV-Akteur argumentierte, er ermögliche den Behandlerinnen und Behandlern, ihre Sicht einzubringen.

Aus Sicht der Autoren ist der selektive Versand positiv zu bewerten, bedeutet er doch eine Entlastung der Ärztinnen und Ärzte. Geht dem Versand ein mündlicher Kontakt mit der versicherten Person voraus, kann diese zudem nach dem geeigneten Adressaten des Arztberichtsformulars gefragt werden und der geeignete Zeitpunkt des Berichtsversands kann besser bestimmt werden (Stabilisierung der versicherten Person). Auch bestehende medizinische Berichte z.B. anderer Versicherer können besser genutzt werden. Es entspricht dem Case-Management-Ansatz der 5. IV-Revision, in der Eingliederung gemäss dem Grundsatz „Gespräch vor Akten“ stark auf mündlichen Austausch zwischen allen Beteiligten zu setzen (Bolliger et al. 2013). Eine Umgestaltung des IV-Verfahrens in diesem Sinne ist somit zur Entlastung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu empfehlen, wenn auch aufwändig. In den Workshops wurde als „kleine Alternative“ erwähnt, immerhin die Erstgespräche mit der versicherten Person zu nutzen, um genauere Informationen über den geeigneten Zeitpunkt und Adressaten des Arztberichtsformulars zu erhalten. Von den Ärztinnen und Ärzten wiederum kann gemäss den Workshop-Diskussionen eine kurze Rückmeldung erwartet werden, wenn sie keine Informationen liefern können oder der Zeitpunkt ungünstig ist.

Bei der *Rentenrevision* wiederum gehört es zum Standard aller IV-Stellen, einen Arztbericht einzuholen. Die Anzahl Arztberichte hängt hier somit nur davon ab, in welchen Fällen die IV-Stellen und mit welcher Kadenz die IV-Stellen Revisionen durchführen. Dies wurde nicht näher überprüft.

5.1.3 Erfragte Inhalte bei Arztberichten

Den IV-Stellen stehen landesweit einheitliche Standardformulare für das Einholen von Arztberichten zur Verfügung. Dabei handelt es sich um folgende Formulare:

- „Arztbericht berufliche Integration / Rente¹⁹“
- „Arztbericht für Versicherte vor dem 20. Lebensjahr²⁰“

Wie die nachfolgenden Ergebnisse jedoch zeigen, setzten die IV-Stellen teils auch davon abweichende, eigene Formulare ein (Tabelle 5-2). In Bezug auf das *möglichst zielgerichtete Einholen von Informationen* und die *möglichst kompetente Auskunft insbesondere bezüglich der funktionalen Einschränkungen* soll hier auf die Frage eingegangen werden, wie die IV-Stellen versuchen, möglichst dem Einzelfall angepasste Informationen einzuholen.

¹⁹ http://formulare.kdmz.zh.ch/kunden/iv_ai/pdf/002.099/002.099_az_iiz_d_r.pdf; 15.9.2014

²⁰ http://formulare.kdmz.zh.ch/kunden/iv_ai/pdf/002.099/002.099_az_iiz_d_r.pdf; 19.9.2014

Medizinische Massnahmen

Bei der erstmaligen Prüfung medizinischer Massnahmen für Jugendliche unter 20 Jahren stützen sich alle IV-Stellen auf das bestehende „Einheitsformular“ der AHV/IV. Für spezifische Geburtsgebrechen verfügen einige IV-Stellen zusätzlich über Beiblätter, mit diesbezüglichen Fragen. Dabei wird teils auf standardisierte Beiblätter für bestimmte Geburtsgebrechen zurückgegriffen, teils werden fallindividuelle Beiblätter mit Zusatzfragen mitgeschickt (IV-Stelle B). Welche Beiblätter bestehen, wurde nicht detailliert erhoben.

Tabelle 5-2: Einsatz verschiedener Arztberichtsformulare

	A	B	C	D	E
Medizinische Massnahmen: erstmalige Gesuche	Eidgenössisches Formular, spezifische Beiblätter, Zusatzfragen*	Eidgenössisches Formular; spezifische Beiblätter	Eidgenössisches Formular; spezifische Beiblätter	Eidgenössisches Formular; spezifische Beiblätter	Eidgenössisches Formular, spezifische Beiblätter, Zusatzfragen
Medizinische Massnahmen: Verlängerungen / Verlaufsbericht	Vereinfachtes Formular	Standardformular	Vereinfachtes Formular	Vereinfachtes Formular, spezifische Berichte	Vereinfachtes Formular
Verfahren Erwachsene: Erstes Formular	Eigenes Formular, mit separatem Beiblatt (Funktionalität)	Eidgenössisches Formular	Kürzeres Formular für Eingliederung**; Rente: eidgenössisches Formular	Eidgenössisches Formular	Eidgenössisches Formular
Verfahren Erwachsene: „Aktualisierung“	Kein spezielles Formular	Kein spezielles Formular	Kein spezielles Formular	Vereinfachtes Formular	Vereinfachtes Formular
Rentenrevision	Gleiches Formular wie bei Rentenprüfung	Eigenes Formular	Eigenes Formular bez. Wiedereingliederung	Eigenes Formular, mit fallindividuellen Fragen	Ähnliches Formular (Verzicht auf Beiblatt), Zusatzfragen

Darstellung Büro Vatter. Quellen: amtliche Dokumente und Interviews in den fünf IV-Stellen A bis E.

* Es handelt sich äusserlich um ein Formular der IV-Stelle, inhaltlich deckt es sich jedoch weitgehend mit dem eidgenössischen Formular. **Zusätzlich besteht hier für Krebspatienten ein mit der kantonalen Krebsliga erarbeitetes spezielles Formular.

Vier von fünf untersuchten IV-Stellen verwenden bei der Verlängerung von medizinischen Massnahmen verkürzte Berichtsformulare, um Verlaufsberichte zur bisherigen Therapie und zum weiteren geplanten Vorgehen einzuholen (soweit nicht wie oben erwähnt eine Beschränkung auf ein einfaches Nachfragen möglich ist). Inhaltlich sind diese praktisch identisch. Im Vordergrund stehen dabei Fragen nach dem Verlauf und allfälligen Veränderungen sowie dem neuen Behandlungsplan. Bei IV-Stelle B besteht hingegen kein solches Formular. Diese stützt sich auch bei Verlängerungen auf das normale Arztberichtsformular.

Verfahren für Erwachsene (Eingliederung, Rente)

Drei IV-Stellen stützen sich zur erstmaligen Erhebung der Situation beim Arztbericht auf das eidgenössische „Einheitsformular“, zwei IV-Stellen haben (auch) eigene Formulare kreiert:

- IV-Stelle A: Dieser Fragebogen ist etwas anders aufgebaut als der Einheitsfragebogen. Wie beim Einheitsformular wird mit der Diagnose begonnen, dann werden hingegen Fragen im Zusammenhang mit Arbeitsfähigkeit, Eingliederung und Unterstützungsbedarf gestellt. Erst abschliessend folgen Fragen zur Behandlung. Auf dem Beiblatt wird vorwiegend mit offenen Fragen erstens danach gefragt, wie sich die gesundheitliche Störung in der bisherigen Tätigkeit auswirkt (Dauer und Leistungsfähigkeit). Darauf folgen Fragen zu möglichen Eingliederungsmassnahmen, so einerseits zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz, andererseits wird mittels offener Fragen nach eventuell weiterhin möglichen anderen Tätigkeiten (welche, Dauer, Leistungsfähigkeit) gefragt. Auffallend ist im Vergleich zum Einheitsformular vor allem, dass auf die detaillierte Erhebung einer Liste von funktionalen Einschränkungen/Ressourcen verzichtet wird, sondern offene Fragen gestellt werden.
- IV-Stelle C: Wenn bei einer versicherten Person die Frühintervention im Vordergrund steht, so kommt gemäss Prozess ein stark verkürztes Arztberichtsformular zum Einsatz, das speziell auf die Wiederaufnahme der Arbeit am bisherigen Arbeitsplatz zielt. Neben der Frage nach der Diagnose, ihrer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und ihrer aktuellen Behandlung wird vor allem nach der Prognose betreffend der beruflichen Tätigkeit gefragt (bisherige und angepasste Tätigkeit). In der praktischen Anwendung wird nach Auskunft der betreffenden IV-Stelle dennoch recht häufig das ausführliche Arztberichtsformular verschickt. Auch sei die Triage schwierig. Prinzipiell dient das Vorgehen der Beschränkung der Befragung auf das Wesentliche. Umgekehrt besteht die Möglichkeit, dass für eine Person im Falle eines Scheiterns der Frühintervention nachträglich auch ein ausführlicher Arztbericht eingeholt werden muss.

Zur Aktualisierung des Dossiers, wenn ein Verfahren lange dauert oder wenn bei der erstmaligen Erhebung noch eine medizinische Behandlung im Gange war, ist es aus IV-Stellen-Sicht bisweilen vonnöten, einen zweiten Arztbericht einzuholen. Zwei der untersuchten IV-Stellen (D und E) verfügen hierfür über stark vereinfachte Fragebögen.

Rentenrevision

Kommt es im Rahmen der Rentenrevision zur Neuabklärung, so sind bei den IV-Stellen unterschiedliche Formulare im Einsatz. Auffällig ist, dass sich keine IV-Stelle auf das „Einheitsformular“ abstützt. Der Grund ist nach Auskunft einer interviewten Person, dass über die versicherte Person schon viel Vorwissen besteht und die Frage nach der Veränderung der Situation im Vordergrund steht. Nur jene IV-Stelle, welche schon im normalen Rentenverfahren auf das Einheitsformular verzichtet, verfügt nicht über einen separaten Revisionsfragebogen. Bei den übrigen IV-Stellen gilt generell, dass die hier eingesetzten Fragebogen kürzer sind als das nationale „Einheitsformular“. Ansonsten fällt bei den eingesetzten Fragebögen folgendes auf:

- IV-Stelle B: Der Fragebogen enthält viele Fragen, die auf das Ressourcenprofil für eine berufliche Tätigkeit abzielen.
- IV-Stelle C: Für die Wiedereingliederung besteht ein spezifischer Fragebogen, es besteht zusätzlich ein Beiblatt. Auch hier wird eine detaillierte Erhebung des Ressourcenprofils angestrebt.
- IV-Stelle D: Der Fragebogen ist hinsichtlich des Grundaufbaus dem „Einheitsfragebogen“ recht ähnlich. Es wird nach der Veränderung gefragt und mittels offener Fragen um eine Einschätzung bezüglich Wiedereingliederung gebeten. Ein detailliertes Ressourcenprofil wird nicht erfragt. Dazu besteht ein Feld für fallspezifische Fragen.
- IV-Stelle E: Auch hier gleicht der Fragebogen stark dem „Einheitsfragebogen“. In der Rubrik besondere Fragen wird die Frage nach den Möglichkeiten einer Wiedereingliederung gestellt.

Insgesamt kann hier somit festgehalten werden, dass die IV-Stellen im Rentenrevisionsverfahren versuchen, spezifisch auf die Wiedereingliederung gerichtete Einschätzungen des behandelnden Arztes einzuholen. Auffallend ist der sehr unterschiedliche Detaillierungsgrad.

Diskussion im Hinblick auf empfehlenswerte Praktiken

Bei den *medizinischen Massnahmen* bestehen Bemühungen, durch gebrechensspezifische Beiblätter zum Arztberichtsformular und/oder Zusatzfragen auf Besonderheiten der Einzelfälle einzugehen. Eine gewisse Entlastung für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte wird zudem ermöglicht, wenn bei Verlängerungen auf ein reduziertes Arztberichtsformular abgestellt wird, da die Vorgeschichte schon bekannt ist.

Im *Verfahren für Erwachsene* stellt sich die Frage nach einem möglichst dem individuellen Fall angepassten Fragebogen. Dies ist nach Einschätzung der Befragten im Workshop jedoch unrealistisch. Insbesondere dort, wo der Fragebogen am Anfang des Verfahrens automatisch eingeholt wird, fehlen hierzu ohnehin die notwendigen Vorinformationen. Einzelne oder mehrere IV-Stellen nutzen jedoch verschiedene Möglichkeiten zur Flexibilisierung der Fragebogen: So wird zum Teil die Möglichkeit von Zusatzfragen erwähnt. Auch setzen nicht alle IV-Stellen immer das eidgenössische Einheitsformular ein. So scheint im Hinblick auf eine Entlastung der Ärztinnen und Ärzte und auf ein möglichst zielgerichtetes Fragen ein spezifischer Fragebogen für Eingliederungsfälle prinzipiell eine Kompromisslösung zu sein, wenn eine IV-Stelle auf einen Arztbericht nicht vollumfänglich verzichten will. In der Praxis zeigen sich jedoch bei der Triage gewisse Schwierigkeiten, sodass auch diese IV-Stelle häufig das ausführliche Arztberichtsformular verschickt. Auch dürfte die Akzeptanz des Berichts bei Ärztinnen und Ärzten steigen, wenn er spezifisch für eine bestimmte Krankheitsgruppe angepasst wurde (z.B. Krebspatienten). Vereinfachte Fragebogen reichen offenbar auch aus, wenn bei einem länger dauernden Verfahren ein neuerlicher Arztbericht notwendig ist.

Zur Erhebung der funktionellen Einschränkungen bestehen im eidgenössischen Einheitsformular sowohl eine offene Frage (behinderungsangepasste Tätigkeit) als auch eine sehr detaillierte Fragebatterie mit geschlossenen Fragen. Eine IV-Stelle formuliert diese Fragen in ihrem ei-

genen Berichtsformular offen. Aus den Diskussionen in den Workshops ergaben sich keine klaren Antworten, welche Lösung den Ärztinnen und Ärzten mehr entspricht. Es bestehen unterschiedliche Präferenzen, wobei die Frage nach den funktionellen Einschränkungen wie weiter vorne erwähnt für viele Ärztinnen und Ärzte schwierig zu beantworten ist. Vermutlich ist ein (ergänzendes) Gespräch, welche auch ein direktes Nachfragen ermöglicht, der ertragreichste Weg, die Beobachtungen des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin zu den funktionellen Einschränkungen möglichst umfassend zu erheben. Dass ein mündlicher Kontakt wichtig ist, wurde in den Workshops v.a. in Bezug auf psychisch erkrankte versicherte Personen erwähnt. In diesem Zusammenhang wurde auch angeregt, im Berichtsformular vorzusehen, dass ein persönlicher Kontakt des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin z.B. mit einer Ärztin oder einem Arzt des RAD gewünscht wird.

Wie verschiedene eigene Formulare von IV-Stellen zeigen, besteht zudem auch bei der *Rentenrevision* die Möglichkeit, gewisse Vereinfachungen vorzunehmen, da mehr Fakten zur versicherten Person bekannt sind als bei einer Neuanmeldung und die Veränderung im Vordergrund steht.

5.1.4 Begleitkommunikation und Erinnerung ans Ausfüllen

In diesem Abschnitt geht es um die Frage, wie die IV-Stellen begleitend zum Einholen der Arztberichte kommunizieren. Die IV-Stellen können die Begleitkommunikation dazu nutzen, Klarheit über die Erwartungen an die Ärztinnen und Ärzte zu schaffen und sie zu möglichst baldigem und gründlichem Ausfüllen des Berichtsformulars zu motivieren.

Art des Versands

Alle in der Untersuchung berücksichtigten IV-Stellen versenden ihre Arztberichtsformulare prinzipiell postalisch. Die Arztberichtsformulare können jedoch auch im Internet heruntergeladen und am Computer ausgefüllt werden; bei den Textfeldern besteht bei dieser Variante mehr Platz als auf dem Papier. Eine IV-Stelle gab an, auf Wunsch erfolge die Kommunikation digital.

Inhalte von Begleit- und Erinnerungsschreiben

Die Inhalte von Begleit- und Erinnerungsschreiben im Zusammenhang mit dem Anfordern von Arztberichten sind unterschiedlich. Beim eidgenössischen Standardformular ist die Begleitinformation bereits vorgegeben. Wird nur dieses ins Formular integrierte Schreiben versandt, ist darauf keine Kontaktperson der IV-Stelle ersichtlich. Die gesichteten Begleit- und Erinnerungsschreiben enthalten (oder enthielten in früheren Versionen) meist sowohl repressive als auch motivierende Elemente (vgl. Tabelle 5-3). Zum Teil werden bei den Formularen die Tarmed-Abrechnungsformulare gleich mitgeschickt, zum Teil wird einfach auf die Vergütungsmöglichkeit hingewiesen. In Erinnerungsschreiben werden Ärztinnen und Ärzte zum Teil aufgefordert, mitzuteilen, wenn sie nicht in der Lage sind, das Formular auszufüllen.

Tabelle 5-3: Repressive und motivierende Aussagen in Einladungs- und Erinnerungsschreiben

Repressive Elemente	Motivierende Elemente
Bekanntgabe einer Frist	Nur ausfüllen, soweit möglich, kein Zwang zur Vollständigkeit
Information, dass versicherte Person Kopie erhält	Informationen sind für gute Eingliederung / Rentenprüfung wichtig
Androhung, dass Kantonsarzt informiert wird	Abrechnung nach Tarmed ist möglich
Wortwahl „Mahnung“ statt „Erinnerung“	Wortwahl „Erinnerung“ statt „Mahnung“
Bei medizinischen Massnahmen: Androhung Schliessung der Akte, Information der Krankenversicherung	Hinweis, dass Formular im Internet heruntergeladen werden kann (Ausfüllen am PC möglich)
Erwähnen der gesetzlichen Verpflichtung zum Ausfüllen	Bitte um Mitteilung, wenn nicht ausgefüllt werden kann.

Darstellung Büro Vatter. Quelle: Erinnerungsschreiben der untersuchten IV-Stellen A bis E.

Strategien der Erinnerung ans Ausfüllen

Die IV-Stellen gehen unterschiedlich vor, wenn angeschriebene Ärztinnen und Ärzte den Arztbericht nicht innerhalb der erwarteten Frist ausfüllen. Unterschiede zeigen sich bezüglich der Fristen, bezüglich der Art und Weise der Erinnerung (schriftlich, mündlich), bezüglich der eingesetzten Massnahmen, mit denen die IV-Stelle ihrer Erinnerung Nachdruck verleiht, und auch bezüglich der Flexibilität bei der Handhabung dieser Erinnerungsregeln im Einzelfall. Mit einer Ausnahme gelten in allen untersuchten IV-Stellen in allen untersuchten Verfahrensbereichen die gleichen Fristen. Deshalb differenziert Tabelle 5-4 nicht nach den Bereichen, auf die Ausnahme wird im Text eingegangen.

Die IV-Stellen kennen unterschiedliche Fristen beim Einfordern des Arztberichts. Zählt man die Fristen bis zu einer allfälligen dritten Frist zusammen, so schwankt die Summe zwischen etwas weniger als zwei Monaten (IV-Stellen A und B) und mindestens vier Monaten (IV-Stellen D und E). Gemeinsam ist dem Vorgehen, dass die erstmalige Erinnerung aller IV-Stellen schriftlich erfolgt. Die meisten IV-Stellen sehen später auch die mündliche Kontaktaufnahme mit dem säumigen Arzt, der säumigen Ärztin vor. Zwei IV-Stellen sehen jedoch vor, Ärztinnen und Ärzte, die in früheren Fällen das Berichtsformular regelmässig nicht ausgefüllt haben, kein drittes Mal zu kontaktieren. Eine IV-Stelle hat die mündliche Erinnerung nicht im Prozess vorgesehen, gibt ihren Mitarbeitenden aber diese Möglichkeit. Eine IV-Stelle teilt mit, sie wende die im internen Prozess festgelegten Fristen sehr locker an; weil die fallverantwortlichen Mitarbeitenden die Ärzte kennen, wüssten sie, dass diesen die Zeit teils schlicht nicht ausreiche.

Tabelle 5-4: Erinnerung der Ärztinnen und Ärzte an den Arztbericht

	A	B	C *	D	E
Erste Erinnerung	30 Tage, schriftlich	30 Tage, schriftlich	30 Tage, schriftlich	60 Tage, schriftlich	42 Tage, schriftlich
Zweite Erinnerung (seit erster Erinnerung)	10 Tage, schriftlich,	14 Tage, mündlich	30 Tage, schriftlich oder mündlich	30 Tage	35 Tage, schriftlich
Dritte Erinnerung (seit zweiter Erinnerung)	Mündliche Nachfrage,	14 Tage, mündlich	-	30 Tage,	49 Tage
Information Dritter:	VP ab 2. Erinnerung	VP ab 1. Erinnerung	MM: VP ab Einladung Erw: VP nach Ankündigung	VP ab 2. Erinnerung	Kantonsarzt nach Verstreichen der letzten Frist
Weiteres	-	Wenn Arzt sich weigert: vP soll Krankengeschichte einfordern	Flexible Handhabung durch Mitarbeitende	-	Mitarbeitende kontaktieren auch mündlich

Darstellung Büro Vatter. Quellen: amtliche Dokumente und Interviews in den fünf IV-Stellen A bis E.
Abkürzungen: VP: Versicherte Person; MM: Medizinische Massnahmen; Erw: Verfahren Erwachsener (Eingliederung, Rentenprüfung, Rentenrevision).

*Anders bei medizinischen Massnahmen: Erste Erinnerung nach 60 Tagen, danach maximal zwei Mahnungen nach je 30 Tagen. Danach Androhung der Schliessung der Akte und Information der Krankenversicherung.

Alle IV-Stellen versuchen ihren Erinnerungen / Mahnungen Nachdruck zu verleihen, indem sie früher oder später auch Dritte darüber informieren:

- Alle IV-Stellen informieren auch die versicherte Person und ermuntern sie, ihren Arzt zum Ausfüllen zu animieren. Dies geschieht entweder nach der ersten oder zweiten Erinnerung. IV-Stelle C informiert bei den medizinischen Massnahmen bereits bei der ersten Aufforderung die versicherte Person per Kopie. Die gleiche IV-Stelle informiert nicht automatisch bei der Erinnerung die versicherte Person, sondern kündigt dem behandelnden Arzt an, dies werde bei Ausbleiben einer Antwort gemacht.
- IV-Stelle E kündigt dem Arzt mit der letzten Erinnerung an, den Kantonsarzt zu informieren, was nach dem Verstreichen der letzten Frist auch geschieht. Dieser ermahnt (gemäss Interviewaussage eines Arztes) danach den säumigen Arzt.
- IV-Stelle A fordert nach Verstreichen der letzten Frist die versicherte Person auf, beim behandelnden Arzt eine Kopie der Krankengeschichte einzufordern.
- IV-Stelle C: Bei den medizinischen Massnahmen erweist sich die Information der Krankenversicherung aus IV-Stellen-Sicht als wirksam, weil diese eine Vorleistungspflicht hat und deshalb ein Interesse hat, dass die IV ihre Leistungspflicht prüfen kann.

Diskussion im Hinblick auf empfehlenswerte Praktiken

Die Begleitkommunikation sollte wenn möglich zu einer guten *Motivation* der Ärztinnen und Ärzte beitragen. In der Diskussion an den Workshops bestand zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Vertreterinnen und Vertretern der IV-Stellen und RAD im Grundsatz Einigkeit darüber, dass ein partnerschaftlicher Tonfall in der Begleitkommunikation zu den Arztberichtsformularen motivierender zum Ausfüllen und für die weitere Zusammenarbeit ist als ein hoheitlich-autoritärer Tonfall. Eine mündliche Nachfrage wird zudem verbindlicher und persönlicher wahrgenommen und löst damit mehr Wirkung aus – zumindest, wenn der Arzt oder die Ärztin persönlich erreicht werden kann. Auch gibt sie dem Arzt oder der Ärztin eine niederschwellige Gelegenheit zur Begründung einer Verspätung.

Hilfreich dürfte sein, wenn die IV-Stelle in der Begleitkommunikation *ihre Erwartungen klärt*:

- *Wie ausfüllen*: Das eidgenössische Standardformular beispielsweise erfüllt diese Anforderung zum Teil, indem es erwähnt, dass Ärztinnen und Ärzte den Bericht so gut als möglich ausfüllen sollen. Verdeutlicht könnte auch werden, dass das Formular als Checkliste zu verstehen ist und die Ärztinnen frei seien, zu den einzelnen Fragen auf einem separaten Blatt Stellung zu nehmen.
- *Rückmeldung in jedem Fall erwünscht*: Von den Ärztinnen und Ärzten kann prinzipiell erwartet werden, dass sie der IV-Stelle mitteilen, wenn sie keine Angaben machen können oder sich der Bericht verzögert (Konsultation nötig, Gesundheitssituation im Moment zu wenig stabil für eine Beurteilung,...). Es dürfte sich aber dennoch empfehlen, diese Erwartung der IV-Stelle den Ärztinnen und Ärzten mitzuteilen.
- *Kontaktangabe der IV-Stelle*: In jedem Fall sollten das Einladungs- und auch spätere Erinnerungsschreiben eine Kontaktangabe enthalten (Name, E-Mail, Telefonnummer) zu einer Person in der IV-Stelle, welche selbst für den Fall zuständig ist, oder die schnell zur zuständigen Person (evtl. auch RAD) weiterleiten kann.
- *Deklaration der Entschädigung*: Diese dürfte in den meisten Fällen gewährleistet sein. Eine übliche Form ist es, das TARMED-Formular mit dem Berichtsformular mitzuschicken.

Es entspricht zudem gemäss Interviewaussagen mehrerer behandelnder Ärztinnen und Ärzten einem Bedürfnis, das Arztberichtsformular auch via E-Mail zu erhalten. Dies wird erst ausnahmsweise praktiziert. Der Zugang zum flexibleren digitalen Formular wäre vereinfacht. Auch wäre es für die Ärztinnen und Ärzte einfach, kurz mitzuteilen, wenn sie den Bericht nicht oder nur verspätet ausfüllen können. Eine Voraussetzung ist, dass beide Seiten einen E-Mail-Dienst nutzen, der den Anforderungen der Datensicherheit genügt, damit Dritte nicht auf die ausgetauschten Informationen zugreifen können.

Alle IV-Stellen haben Erinnerungs- und Mahnprozesse für säumige Ärztinnen und Ärzte, die mindestens ein zweimaliges Nachfragen vorsehen. Unterschiede bestehen hinsichtlich der gesetzten Fristen und der Frage, in welcher Situation mündlich nachgefragt wird. Bezogen auf das Ziel eines möglichst schnellen Verfahrens empfehlen sich prinzipiell kurze Fristen. Gleichzeitig

können diese aber gegenüber den Ärztinnen und Ärzten nur begründet werden, wenn diese davon überzeugt sind, dass ihr Beitrag tatsächlich wichtig und dringend ist. Eine flexible Handhabung empfiehlt sich in jedem Fall, da Ärztinnen und Ärzte bisweilen gute Gründe für Verzögerungen haben (Konsultation, Stabilisierung des Patienten). Mündliche oder E-Mail-Nachfragen erleichtern diese flexible Handhabung.

Die Praxis der IV-Stellen, die versicherte Person über Verzögerungen zu informieren, wird von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten als schikanös empfunden, ist aber nach den Erfahrungen der IV-Stellen wirksam.

5.2 Weiterer Informationsaustausch und Kontakte im Einzelfall

Weitere fallbezogene Kontakte zwischen den Mitarbeitenden der IV-Stelle, dem RAD und den behandelnden Ärzten sind Elemente der Zusammenarbeit, die sowohl der Informationsbeschaffung der IV, der unterstützenden Funktion der Ärztinnen und Ärzte bei der Eingliederung als auch dem Informationsrückfluss von der IV an die Ärztinnen und Ärzte dienen.

5.2.1 Erwartungen und Einschätzungen der Akteure

Sicht der IV-Stellen

Gemäss den Einschätzungen der IV-Stellen besteht nach Vorliegen des schriftlichen Arztberichts in vielen Fällen kein Bedarf nach zusätzlichen Kontakten mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt mehr. Daraus lässt sich schliessen, dass eine Mehrheit der Verfahren ohne zusätzliche Kontakte abläuft. Wie nachfolgend beschrieben wird, ist aber in den Prozessen in verschiedenen Situationen vorgesehen, dass mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt bei Bedarf Kontakt aufgenommen wird. Dies gilt auch für die involvierten RAD. Deren Ärztinnen und Ärzte sind in allen fünf untersuchten IV-Stellen vor Ort präsent. Dies erleichtert aus Sicht der IV-Stellen die Zusammenarbeit und steigert auch die Erreichbarkeit für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Gründe für mündliche Kontakte sind zusätzlicher Informationsbedarf oder die Koordination des Verfahrens mit der medizinischen Behandlung und ärztlichen Begleitung der versicherten Person. Als bedeutendes Problem taxieren es die IV-Stellen, wenn Ärztinnen und Ärzte insbesondere während Eingliederungsmassnahmen die versicherten Personen für die IV-Stelle unvorhergesehen krankschreiben. Dies unterminiere die Eingliederungsmotivation der Versicherten. Im Übrigen wird ein gutes Einvernehmen zwischen behandelnder Ärztin oder behandelndem Arzt und Arbeitgeber in der Eingliederung als wünschenswert erachtet.

Die Beschaffung von Informationen oder Klärung medizinischer Fragen im ergänzenden Kontakt erweist sich aus Sicht der IV-Stellen nicht als besonders problematisch. Umgekehrt zeigen sich die IV-Stellen offen für Kontaktaufnahmen seitens der Ärztinnen und Ärzte. Als praktische Schwierigkeit erweist sich die bisweilen schwere Erreichbarkeit der Ärztinnen und Ärzte. Vereinzelt kam in den Gesprächen mit den IV-Stellen-Mitarbeitenden zum Ausdruck, dass sie

sich im mündlichen Kontakt von einzelnen Ärztinnen und Ärzten nicht ernstgenommen oder herablassend behandelt fühlen, was die Informationsbeschaffung erschwere.

Bezüglich des Informationsrückflusses an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte wird seitens der IV-Stellen-Vertreterinnen und -Vertreter immer auch betont, dass wo möglich bewusst die versicherte Person einbezogen werde und auch (mit-)verantwortlich für den Informationsfluss sei. Diese dürfe im Verfahren nicht übergangen werden.

Sicht der Ärztinnen und Ärzte

Auch aus Sicht der befragten Ärztinnen und Ärzte kommt es in den meisten IV-Verfahren kaum zu zusätzlichen Kontakten zwischen ihnen und der IV-Stelle. Tendenziell wünschen sich die Befragten einen intensiveren Austausch mit der IV-Stelle. Gleichzeitig erwähnten auch befragte Ärztinnen und Ärzte, dass Gespräche aus Ressourcengründen nicht immer sinnvoll seien.

Fallbezogen wünschen sich vor allem Befragte, die mit dem Ausfüllen der Arztberichtsformulare Schwierigkeiten bekunden, einen ergänzenden mündlichen Austausch oder gezielte Nachfragen der IV-Stelle, damit sie die Einschätzungen zu ihrem Patienten der IV in vollem Umfang mitteilen könnten. Insbesondere zur schwierigen Frage der funktionalen Einschränkungen könnte aus ihrer Sicht ein Gespräch hilfreich sein.

Diesbezüglich erleben die befragten Ärztinnen und Ärzte die IV-Stellen jedoch als wenig interessiert. Ein zusätzlicher Kontakt komme in der Regel vor allem dann zu Stande, wenn man diesen selbst suche. Die Kontaktaufnahme mit zuständigen IV-Fachpersonen oder RAD-Ärztinnen und -Ärzten wird teilweise als hürdenreich beschrieben. Ein Arzt gab an, er habe bisher gar nicht daran gedacht, direkt den Kontakt zur IV-Stelle zu suchen, um seine Sichtweise besser einzubringen.

Gewünscht wird seitens der interviewten Ärztinnen und Ärzte mehrheitlich auch eine aktive und direkte Information der IV-Stellen über wichtige Verfahrensergebnisse: Planung und Durchführung von Eingliederungsmassnahmen; Rückfragen bei abweichender Einschätzung, insbesondere im Zusammenhang mit Gutachten; Mitteilung von Vorbescheid und Entscheid. Insbesondere bei psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten könnten solche Mitteilungen im falschen Moment destabilisierend wirken, was die Therapie beeinträchtige. Darüber hinaus werde es oft dem Arzt überlassen, einen negativen Entscheid (d.h. die Ablehnung eines Leistungsbegehrens) dem Patienten zu erklären, weil dessen Begründung für den Patienten nicht verständlich sei. Die Ärztinnen und Ärzte erwarten auch die Möglichkeit, Stellung nehmen zu können, wenn der RAD oder ein externes Gutachten zu anderen Einschätzungen kommt, z.B. bezüglich der Diagnose, der funktionalen Einschränkungen oder der Erwerbsfähigkeit

Mehrere Ärztinnen und Ärzte äusserten den Wunsch nach Gesprächen und Runden Tischen zur Klärung von medizinischen Fragen und zur Koordination von IV-Verfahren und medizinischer Behandlung. Gleichzeitig wird aber auch argumentiert, der Aufwand für externe Sitzun-

gen sei sehr hoch. Vereinzelt wurde erwähnt, diesbezüglich bestehe auch ein Problem der Entschädigung. Ein befragter Arzt gab an, er rechne Telefongespräche im Beisein der Patientin oder des Patienten über die Krankenversicherung ab. Ebenfalls wurde vereinzelt kritisiert, dass externe Sitzungen z.B. auf der IV-Stelle zwar verrechnet werden könnten, indessen sei die Weg-Entschädigung zu niedrig.

Den Kontakt zum Arbeitgeber im Rahmen der Eingliederung bezeichnen die Ärztinnen und Ärzte in der Regel als erwünscht. Eine Hürde für diesen Einbezug bilde aber oft die mangelnde Bereitschaft der Arbeitgeber hierzu. Ein Einbezug sei nur möglich, wenn die versicherte Person dies wünsche oder akzeptiere. Vereinzelt wird die IV als Chance gesehen, alle Parteien an einen Tisch zu bringen.

Fazit

Aus den Interviewaussagen kann geschlossen werden, dass die Mehrheit der IV-Verfahren ohne einen über den Arztbericht hinausgehenden Kontakt zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Mitarbeitenden der IV-Stellen abläuft. Das Bedürfnis nach einem weitergehenden Austausch von Informationen ist bei den meisten behandelnden Ärztinnen und Ärzten grösser als bei den IV-Stellen. Als verfahrensführende Stelle verfügen die IV-Stellen jedoch über einen Informationsvorsprung; sie können den Kontakt mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten tendenziell nach ihren Bedürfnissen gestalten.

Beide Partner haben aber trotz knapper Ressourcen einen Bedarf an Kontakten, die über das Einholen von Arztberichten hinausgehen: Für die IV-Stellen und die RAD kann es sein, dass medizinischen Informationen komplettiert oder diskutiert werden müssen. Auch behandelnde Ärztinnen und Ärzte wünschen, spontan ergänzende Informationen ins Verfahren einspeisen zu können. Mündliche Informationen dienen somit der *möglichst unkomplizierten Komplettierung der ärztlichen Informationen*.

Auch hat die IV v.a. in der Eingliederung – und hier vor allem bei psychisch erkrankten Personen – das Bedürfnis nach einer *guten Koordination in der Eingliederung* ihrer Massnahmen mit der medizinischen Behandlung, um gegenseitige Störungen zu vermeiden. An dieser Koordination bekunden die Ärztinnen und Ärzte ebenfalls ein Interesse.

Die Ärztinnen und Ärzte bekunden darüber hinaus auch im Rentenverfahren ein Bedürfnis nach Koordination und Transparenz. Eine aus ihrer Sicht wichtige Voraussetzung hierfür ist der *Rückfluss von Informationen* aus dem Verfahren, zum Beispiel, um eine Diskussion über unterschiedliche Einschätzungen zu ermöglichen. Auf genereller Ebene ist zu erwarten, dass ein intensivierter persönlicher Austausch zwischen IV-Stelle und behandelnden Ärzten vertrauensbildende Effekte hat und auch gegenseitige Lerneffekte ermöglicht.

Ergänzend ist zu sagen, dass auch bei diesen zusätzlichen Kontakten Transparenz über die Entschädigung bestehen sollte und Anspruch auf eine dem Aufwand angemessene Entschädigung seitens der IV bestehen sollte. Bezüglich der Angemessenheit der Entschädigung ist die Wahrnehmung der Ärztinnen und Ärzte unterschiedlich.

5.2.2 Informationsbeschaffung und Koordination

Im Grundsatz gilt für alle IV-Stellen und alle untersuchten Verfahren, dass die IV-Stellen und die RAD neben dem Einholen des Arztberichts die Möglichkeit vorsehen, auch auf anderem Weg mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten in Kontakt zu treten, um ergänzende Informationen zu beschaffen oder das IV-Verfahren mit der ärztlichen Behandlung zu koordinieren. Da alle IV-Stellenangaben, dies erfolge situativ bei einem konkreten Bedarf, sind hier im Kantonsvergleich kaum grundsätzliche Unterschiede festzustellen. Dass systematische Unterschiede in der Häufigkeit solcher Kontakte bestehen, ist nicht auszuschliessen, kann aber mit den Mitteln dieser Untersuchung nicht aufgezeigt werden. Gemäss den befragten Personen entscheiden die fallverantwortlichen Personen der IV-Stelle, respektive des RAD über die Kontaktaufnahme mit den Ärztinnen und Ärzten selbst.

Unterschiede bezüglich der Häufigkeit, des Zwecks und der Formen zusätzlicher Kontakte bestehen jedoch zwischen den verschiedenen Verfahrenstypen. Im Vordergrund stehen somit die *möglichst unkomplizierte Komplettierung der Informationen* und eine *gute Koordination der Verfahren mit der medizinischen Behandlung*. Ein persönlicher Kontakt (Telefon oder persönliches Gespräch) trägt zudem nach Erfahrung der Befragten zu einem grösseren Vertrauen bei.

Medizinische Massnahmen

Bei den medizinischen Massnahmen kommt es immer dann zu einer Kontaktaufnahme mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt, wenn noch medizinische Fragen zu klären sind. Gemäss Interviewaussagen ist dies selten der Fall.

Die IV-Stellen haben in der Regel festgelegt, in welchen Fällen auch der regionalärztliche Dienst in die Anspruchsprüfung einbezogen werden sollte oder muss. Dies gilt normalerweise dann, wenn es um schwieriger abgrenzbare Geburtsgebrechen geht, häufig auch, wenn Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG zu prüfen sind. Hier versuchen die fallverantwortlichen IV-Mitarbeitenden selbst schon mögliche ergänzende Fragen des RAD vorherzusehen und zu klären. Ansonsten sehen alle IV-Stellen auch vor, dass der RAD mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten Kontakt aufnehmen kann (schriftlich oder mündlich). Nach Einschätzung der befragten Personen ist dies jedoch selten notwendig.

Das Mahn- und Bedenkzeitverfahren hat nach einhelliger Auskunft der IV-Stellen im Bereich der medizinischen Massnahmen keine praktische Bedeutung. Auch Konflikte über die Art der anzuwendenden Massnahmen sind den Aussagen der IV-Stellen zufolge selten, da man in diesem Bereich dem Grundsatz der Behandlungsfreiheit folge. Im Zweifel werde das Gespräch mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt gesucht.

Zu einem zusätzlichen Kontakt zwischen der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt und der IV-Stelle kommt es in der Regel im Rahmen des Vorbescheidverfahrens; wenn der Arzt mit dem Entscheid der IV-Stelle nicht zufrieden sei, beteilige er sich am Einwand; in dieser Phase kann es auch zu einem telefonischen Kontakt kommen.

Verfahren für Erwachsene (Eingliederung und Rentenprüfung)

In der *Startphase des IV-Verfahrens* (allfällige Früherfassung, Triage zwischen Eingliederung und Rente) ist ein (meist telefonischer) Kontakt mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt selten bis sehr selten, aber nicht ausgeschlossen. In der Regel kann die IV-Stelle basierend auf den schon bestehenden Akten (Berichte anderer Versicherungen, Arztzeugnisse der versicherten Person und Informationen aus allfälligen Erstgesprächen) die nötigen Weichenstellungen vornehmen. IV-Stelle D gab an, dass Erstgespräche im Rahmen der Früherfassung gelegentlich gemeinsam mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt stattfinden. Dies komme v.a. bei versicherten Personen in stationärer psychiatrischer Behandlung vor; hier mache häufig die psychiatrische Klinik die Meldung zur Früherfassung.

Bei der *Planung und Durchführung von Eingliederungsmassnahmen* hat der erweiterte Einbezug behandelnder Ärztinnen und Ärzte eine gewisse Bedeutung. Er ist aus Sicht der IV-Stellen nicht in allen Fällen notwendig und auch die Intensität der Zusammenarbeit kann je nach Fall stark variieren:

- Kontakte via E-Mail
- Kontakte via Telefon
- Dreiergespräch: IV-Mitarbeitende, behandelnder Arzt und versicherte Person
- Runder Tisch: IV-Mitarbeitende, behandelnder Arzt oder behandelnde Ärztin, versicherte Person, Arbeitgeber, weitere einbezogene Akteure (Vertretende von IIZ-Institutionen, von Anbietern externer Massnahmen, ...)

Der umfassendste Einbezug erfolgt bei externen Eingliederungsmassnahmen vorwiegend für psychisch erkrankte Personen, typischerweise bei Belastungs- oder Aufbautrainings in Institutionen oder bei Integrationsmassnahmen am Arbeitsplatz (WISA, Job Coaching). Hier ist der Einbezug der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nach Auskunft der IV-Stellen ein fixer Bestandteil des Vorgehens. Möglich ist er aber auch bei anderen Eingliederungsmassnahmen und komplexeren somatischen Krankheitsverläufen.

Übereinstimmend erklären hier die IV-Stellen den Einbezug als wichtig, damit die medizinische Behandlung und die Eingliederungsmassnahme gut koordiniert werden können, sodass Zielkonflikte vermieden werden können und der richtige Zeitpunkt für die Massnahme gefunden werden kann. Für die Motivation der versicherten Person sei es zentral, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte und die Invalidenversicherung hier am gleichen Strick ziehen. Der Kontakt kann auch während der Massnahme bei Bedarf aufrechterhalten werden. Er ist nach Einschätzung der IV-Stellen und der befragten Ärztinnen und Ärzte vor allem dann wichtig, wenn während der Massnahme Schwierigkeiten auftauchen. Erfolgreich ist er dann, wenn schon bei der Planung der Massnahme ein Kontakt bestand.

Wenn auch die IV-Stellen den Einbezug in der Eingliederungsphase ähnlich handhaben, sei hier eine Besonderheit hervorgehoben:

- IV-Stelle C hat für Integrationsmassnahmen am Arbeitsplatz (Wirtschaftsnahe Integration und Support am Arbeitsplatz, WISA) ein spezifisches Instrument entwickelt, um

die Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle, Ärztinnen und Ärzten sowie Arbeitgeber zu fördern. Sowohl der Arbeitgeber als auch der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin erhalten hierzu Fragebögen, die hernach ausgetauscht werden können und deren Inhalte dem IV-Mitarbeiter, der IV-Mitarbeiterin während der Massnahme als Anhaltspunkte dienen können. Der Arbeitgeber macht darin Angaben zu den Tätigkeiten und zum Belastungsprofil der Stelle und zu seinen Beobachtungen über die Einschränkungen der versicherten Person; der Arzt/die Ärztin macht Angaben über die körperlichen Einschränkungen, die daraus folgenden Einschränkungen bezüglich ihrer Aktivität und Partizipation bei der Arbeit, über die therapeutischen Ziele und Ziele bei der Arbeit und über Wirkungen und allfällige Nebenwirkungen der eingenommenen Medikamente der versicherten Person.

Kommt es zur *Rentenprüfung*, dient, wie beschrieben, in allen IV-Stellen der schriftliche Arztbericht als primäres Arbeitsmittel für die Informationsgewinnung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Darüber hinaus kann es Situationen geben, in denen die Mitarbeitenden der IV-Stelle oder des RAD zusätzliche Informationen benötigen. Alle IV-Stellen / RAD gaben an, in diesen Fällen den Arzt per E-Mail oder telefonisch zu kontaktieren, eventuell auch schriftlich.

Diese Formen der Nachfrage dienen dazu, kleinere Unklarheiten zu beseitigen. Bei grösseren Unklarheiten oder Zweifeln an der Einschätzung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nutzen die RAD die Möglichkeit, die versicherten Personen resp. Patienten selbst zu untersuchen oder sie veranlassen externe Gutachten.

Rentenrevision

Die Kontaktaufnahme erfolgt hier analog zum Verfahren bei Neuanmeldungen von Erwachsenen, d.h. primär zur Vervollständigung von Informationen zur Beurteilung, ob sich der Rentenanspruch verändert hat. Weitergehende Kontakte suchen die IV-Stellen im Rahmen der Wiedereingliederung zur Planung und Koordination von medizinischer Behandlung und IV-Massnahmen.

Kontakte auf Initiative behandelnder Ärztinnen oder Ärzte

Alle IV-Stellen gaben bezüglich aller untersuchten Verfahrensbereiche an, sie seien offen für einen weitergehenden Austausch, wenn behandelnde Ärztinnen und Ärzte diesen Wunsch geltend machen. Aus Sicht eines Teils der Ärztinnen und Ärzte stehen diesem Austausch Hindernisse entgegen: Zunächst ist es ihren Aussagen zufolge oft schwierig, die zuständige Person in der IV zu finden. Ein Hauptgrund dafür dürften Handwechsel der Dossiers im Verfahren sein, aber auch fehlende Angaben über die zuständige Person bei standardmässig eingeholten Berichten. Eine zusätzliche Hürde stellt nach Aussagen die Kontaktaufnahme mit der zuständigen Ärztin oder dem zuständigen Arzt des regionalärztlichen Dienstes dar, weil die zuständige Ärztin oder der zuständige Arzt nicht mitgeteilt werde. In einer IV-Stelle wird bei solchen Anfra-

gen die oder der zuständige RAD-Ärztin oder Arzt zur Kontaktaufnahme ersucht, diese erfolgt dann aber gemäss einer Interviewaussage nicht in allen Fällen.

Inhalte solcher, vom behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin gewünschter, Kontakte sind einerseits die Vor-Besprechung von Massnahmen (z.B. im Rahmen der Eingliederung), die Klärung medizinischer Aspekte, aber häufig auch das Erklären von Beurteilungen oder Entscheidungen, die von der Einschätzung des Arztes oder der Ärztin abweichen. Die befragten Personen seitens der IV bezeichneten solche Gespräche als zeitraubend, aber wertvoll, da sie eine Gelegenheit darstellten, sich zu erklären.

Im Bereich der medizinischen Massnahmen berichtete IV-Stelle C, dass Ärztinnen und Ärzte sich teilweise schon vor Einreichen eines Gesuches vorinformieren. Dieser Kontakt werde geschätzt, da je nach Gebrechen empfohlen werden könne, bereits vor Einreichen des Gesuchs eine Abklärung bei einem Konsiliararzt machen zu lassen. Auf diesem Weg könnten Abklärungen in der Regel schneller erfolgen, als wenn die IV oder der RAD sie im Rahmen des Verfahrens veranlassen müsse.

Diskussion im Hinblick auf empfehlenswerte Praktiken

In Bezug auf die Funktion der *möglichst unkomplizierten Komplettierung von Informationen* kann festgehalten werden, dass die IV-Stellen und die RAD in allen untersuchten Verfahrensbereichen (medizinische Massnahmen, Eingliederung, Rentenprüfung und Rentenrevision) die Möglichkeit der direkten Kontakte nutzen, um effizient zu den noch fehlenden Informationen/Einschätzungen zu kommen. Da hier alle IV-Stellen situativ und einzelfallbezogen auf ihre Informationsbedürfnisse reagieren, zeigen sich keine prinzipiellen Unterschiede. In den Workshops wurde die Frage nach dem geeigneten Informationskanal diskutiert. E-Mail erachteten die an der Studie Teilnehmenden als für beide Seiten sehr praktikable Lösung, die einen schnellen Austausch ermöglicht. Ist ein ausführlicherer Meinungs austausch notwendig, empfiehlt sich ein telefonischer Kontakt. Dabei empfiehlt es sich gemäss der Erfahrung der Workshop-Teilnehmenden, die Ergebnisse des Gesprächs in einem Protokoll festzuhalten und auszutauschen.

Im Bereich der *medizinischen Massnahmen* kann es das Verfahren entlasten und beschleunigen, wenn sich behandelnde Ärztinnen und Ärzte vor dem Leistungsgesuch darüber informieren, welche spezifischen Abklärungen für die IV eine wichtige Informationsgrundlage liefern könnten.

Es dient der unkomplizierten Informationsbeschaffung, wenn die beteiligten Parteien für einander *gut erreichbar* sind. Dies gilt sowohl für Ärztinnen und Ärzte als auch für die IV-Stellen und die RAD. Es empfiehlt sich hier IV-seitig, wie beim Arztbericht, dem behandelnden Arzt, der behandelnden Ärztin eine Kontaktadresse der zuständigen Personen oder einer Person, die über die Zuständigkeit informiert ist, bekanntzugeben. In grösseren Kliniken erhöht das Bestimmen einer fixen IV-Kontaktperson nach der Erfahrung von zwei IV-Stellen die Erreichbarkeit von zuständigen Ärztinnen und Ärzten.

Insbesondere bei Integrationsmassnahmen der IV ist gemäss den Aussagen aller IV-Stellen eine *gute Koordination* zwischen dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin und der IV-Stelle notwendig, um diese Eingliederungsmassnahme gut mit der Behandlung abzustimmen. Während der Massnahme sollte deshalb bei Schwierigkeiten der direkte Kontakt gesucht werden. Dieser kann verhindern, dass sich der Arzt oder die Ärztin veranlasst sieht, die versicherte Person für die IV-Stelle überraschend krankzuschreiben und so den Erfolg der Massnahme zu gefährden. Besonders zu erwähnen sind in dieser Phase Anstrengungen der IV-Stellen, trotz aller Hindernisse einen guten Informationsaustausch zwischen behandelndem Arzt und dem Arbeitgeber herbeizuführen, wenn eine Massnahme im ersten Arbeitsmarkt durchgeführt wird. In der Workshop-Diskussion wurde betont, dass insbesondere in der Eingliederung, aber auch bei der Rentenprüfung die versicherte Person in den Austausch einbezogen sein müsse.

5.2.3 Informationsrückfluss an behandelnde Ärztinnen und Ärzte

In diesem Abschnitt wird behandelt, inwieweit die IV-Stellen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte über den Stand des Verfahrens und dabei vor allem über wichtige Verfahrenseignisse orientieren. Es geht somit um den Informationsrückfluss als Mittel zur Koordination des IV-Verfahrens mit der ärztlichen Behandlung, aber auch um den Grad der Transparenz der IV und damit auch um die Möglichkeiten der Ärztinnen und Ärzte, ihren Standpunkt einzubringen.

Informationen der IV-Stelle können auf zwei Wegen zum Arzt oder zur Ärztin gelangen:

- Indirekt: In diesem Fall informiert die IV-Stelle die versicherte Person. Dieser ist es überlassen, bei Bedarf ihre behandelnde Ärztin oder ihren behandelnden Arzt zu informieren. Diese Form wird in diesem Bericht nicht weiter beleuchtet.
- Direkt: In diesem Fall informiert die IV-Stelle den Arzt, die Ärztin direkt.

Nachfolgend wird zunächst auf die Frage eingegangen, unter welchen Voraussetzungen sich die IV-Stellen als bevollmächtigt erachten, die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt zu informieren, und wie sie mit dieser Situation umgehen (vgl. Abschnitt 3.2.4). Danach wird auf die Informationspraxis bei bestimmten Verfahrenseignissen (Gutachten, Entscheide) eingegangen. Der letzte Unterabschnitt widmet sich den Begründungen von Entscheiden von IV-Stellen über die Zusprache von Leistungen.

Autorisierung zur Herausgabe von Informationen

Bei den fünf untersuchten IV-Stellen zeigen sich in der Frage der Bevollmächtigung durch die versicherte Person für die Herausgabe von Informationen an behandelnde Ärztinnen und Ärzte unterschiedliche Vorgehensweisen (Tabelle 5-5):

- Drei der fünf IV-Stellen (A, D, E) senden der versicherten Person mit der Bestätigung der Anmeldung ein Vollmachtformular, das diese zu unterzeichnen hat (Generalvollmacht). Das Formular umschreibt die möglichen Personenkreise, welche die IV-Stelle mit der Unterschrift der versicherten Person informieren darf. Dabei sind auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte aufgeführt. Sie werden z.B. umschrieben als „bericht-

erstattende“ Ärztinnen und Ärzte. Dabei wird teils unterschieden zwischen der Erteilung von Auskünften und der Herausgabe von Kopien, z.B. von Entscheiden oder medizinischen Berichten.

- IV-Stelle B weist bei Anfragen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten darauf hin, dass eine unterzeichnete Vollmacht der versicherten Person vorliegen muss. Die Vollmacht beschränkt sich auf jene Personen, welche die versicherte Person auf dem entsprechenden Formular der IV-Stelle namentlich aufführt. Sie ermächtigt die IV-Stelle zur Auskunftserteilung und Gewährung von Akteneinsicht auf Anfrage. Um die formelle Vollmacht zu umgehen, kommt es nach Aussagen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten teilweise vor, dass sie im Beisein der versicherten Person mit der IV-Stelle telefonieren. Auch bei Dreiergesprächen oder Runden Tischen im Beisein der versicherten Person stelle sich das Problem der Bevollmächtigung nicht, weil die versicherte Person mit der Teilnahme in den Informationsaustausch implizit einwilligt.
- IV-Stelle C verzichtet darauf, explizit eine Vollmacht einzuholen. Sie erachtet sich aufgrund des entsprechenden Abschnitts im Anmeldeformular als ermächtigt, Informationen herauszugeben.

Information bei bestimmten Verfahrenseignissen

Klar scheint aufgrund der obigen Beschreibungen, dass bei komplexeren Eingliederungsbemühungen, wo der mündliche Kontakt gepflegt wird und eine Koordination von Behandlung und Eingliederungsmassnahmen notwendig ist, ein gegenseitiger Austausch praktiziert wird (vgl. Abschnitt 5.2.2).

Unterschiede zwischen den IV-Stellen zeigen sich bezüglich der Informationen, die sie über wichtige Verfahrenseignisse an behandelnde Ärztinnen und Ärzte weitergeben – wenn eine Vollmacht vorliegt. Alle IV-Stellen zeigen sich mindestens zur Auskunft auf Anfrage bereit. Unterschiede bestehen hinsichtlich einer automatischen Informationsweitergabe ohne Anfrage bei Gutachten und Vorbescheiden und Entscheiden (Mitteilung/Verfügung) unter dem Vorbehalt, dass eine Vollmacht vorliegt. Tabelle 5-5 bildet die Ergebnisse ab.

Eine Spezialität besteht bei der *Eingliederung* in IV-Stelle D: Diese informiert bei Beginn von beruflichen Eingliederungsmassnahmen wie z.B. einer Umschulung den behandelnden Arzt, die behandelnde Ärztin brieflich und bittet um Unterstützung der versicherten Person. Es wird erklärt, dass der Rentenanspruch erst geprüft werde, wenn die Eingliederungsmassnahme abgeschlossen sei. Der Arzt oder die Ärztin wird zur Kontaktaufnahme mit der IV-Stelle eingeladen, falls im Laufe der beruflichen Massnahme relevante Erkenntnisse gewonnen werden, welche die Eingliederung fördern oder gefährden könnten.

Tabelle 5-5: Information an Ärztinnen und Ärzte über Verfahrensereignisse

	A	B	C	D	E
Autorisierung der IV-Stelle zur Information	Generalvollmacht	Namentliche Vollmacht	Anmeldeformular	Generalvollmacht	Generalvollmacht
Automatische Information* über...					
...Auslösung von externen Gutachten	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
...Ergebnis externer Gutachten	Ja	Nein	Ja	MM: Ja RP: Nein	MM: Ja RP: Nein
...Mitteilung / Vorbescheid	Ja	Nein	MM: Ja RP: Nein	Ja	Nein
...definitiven Entscheidung	Ja	Nein	MM: Ja RP: Nein	MM: Ja RP: Nein	Nein

MM: Medizinische Massnahmen; RP: Rentenprüfung. *Vorbehalt: Vollmacht ist erteilt.

Medizinische Gutachten: Die IV-Stelle B verzichtet darauf, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte automatisch zu informieren, wenn sie ein externes medizinisches Gutachten veranlasst und informiert diese auch nicht automatisch direkt über das Ergebnis, sondern nur die versicherte Person. Gemäss IV-Stelle B kann es vorkommen, dass die Gutachterstelle wünscht, der behandelnde Arzt solle über einen Befund informiert sein. Die Gutachterstelle lässt in dem Fall die Versicherten unterschreiben, dass der Arzt über das Gutachten informiert werden kann. Danach nimmt der RAD mit dem behandelnden Arzt Kontakt auf.

Die IV-Stellen C, D und E informieren den Arzt automatisch über das Anfordern eines Gutachtens. Ausser IV-Stelle B informieren bei medizinischen Massnahmen alle automatisch über das Ergebnis von Gutachten, bei der Rentenprüfung wird dies nur von IV-Stelle A (insbesondere bei psychisch erkrankten versicherten Personen) und D praktiziert. IV-Stelle A ermuntert zudem die versicherte Person, dass Gutachten mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin zu besprechen.

Vorbescheid und Entscheidung: IV-Stelle A informiert (insbesondere bei psychisch erkrankten versicherten Personen) automatisch über den Vorbescheid und den Bescheid, IV-Stellen B und E in keinem Fall. IV-Stelle C informiert bei Verfahren zu medizinischen Massnahmen automatisch, bei der Rentenprüfung jedoch nicht. IV-Stelle D informiert ebenfalls bei Verfahren zu medizinischen Massnahmen; bei Rentenprüfungsverfahren wird nur über den Vorbescheid automatisch informiert.

Die automatische Information wird in der Regel damit begründet, dass man gegenüber den behandelnden Ärztinnen und Ärzten transparent sein wolle. Transparenz trage zur Nachvollziehbarkeit und Akzeptanz der Entscheide der IV bei und könne zu Lerneffekten führen. Spezifisch bei der Information über die Veranlassung von Gutachten wird auch argumentiert, der Arzt sollte vorinformiert sein, weil der Gutachter möglicherweise seinen Kontakt suche. Bei psychisch erkrankten Personen wird eine direkte Information des Arztes oder der Ärztin auch

damit gerechtfertigt, dass ein Gutachtenergebnis oder ein Vorbescheid die versicherte Person destabilisieren können; bei Vorbescheiden ist es bei instabilen Versicherten auch denkbar, dass sie ohne Information Dritter die Frist für einen Einwand verpassen. Bei den Vorbescheiden und Entscheiden zu medizinischen Massnahmen wird zusätzlich vorgebracht, dass der behandelnde Arzt oft Leistungserbringer ist oder als Behandler die Massnahme zumindest verordnet habe.

Begründung von Entscheiden über Leistungszusprachen

Alle IV-Stellen signalisieren die Bereitschaft, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ausführlicher über die Begründungen ihrer Entscheidungen zu informieren. Die klassische Form ist hier, dass der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin nach Kenntnisnahme vom Entscheid oder Vorbescheid in Rücksprache mit der versicherten Person auf die IV-Stelle zugeht, um Fragen oder von seiner eigenen Haltung abweichende Einschätzungen zu diskutieren.

Es wurde im Rahmen dieser Studie nicht untersucht, wie umfassend die IV-Stellen ihre Entscheide begründen, und ob sich diesbezüglich systematische Unterschiede ergeben. Zwei Hinweise zum Thema der schriftlichen Begründung haben sich jedoch dennoch ergeben. Sie deuten darauf hin, dass die Begründungen ein Potenzial haben, die Qualität der Zusammenarbeit mit zu beeinflussen.

- IV-Stelle C hat für einzelne, besonders komplexe Geburtsgebrechen spezielle Begründungen verfasst, welche die versicherungsmedizinischen Entscheidungskriterien detaillierter aufführen als in einfachen Fällen. Man verspricht sich davon eine bessere Nachvollziehbarkeit der Entscheide und Lerneffekte bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten.
- IV-Stelle B gab an, bei ihren Entscheidungsbegründungen bestehe Verbesserungsbedarf. Auch hier wird als Motivation das Ziel angeführt, die Verständlichkeit, Nachvollziehbarkeit und damit auch die Akzeptanz des Entscheids zu fördern; dies trage auch dazu bei, Gerichtsverfahren zu vermeiden.

Diskussion im Hinblick auf empfehlenswerte Praktiken

Der Rückfluss von Informationen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte wird von diesen als wichtig, aber derzeit häufig noch unbefriedigend wahrgenommen. Er dient der Koordination des IV-Verfahrens mit der ärztlichen Behandlung, aber auch der Transparenz und der Vertrauensbildung (auch im Hinblick auf weitere Verfahren).

Bei der Herausgabe von Informationen zum Verfahren an behandelnde Ärztinnen und Ärzte gehen die IV-Stellen unterschiedlich vor. Eine IV-Stelle macht dies nur auf explizites Ersuchen und erteilt nur Auskünfte an die auf der Vollmacht namentlich aufgeführten Personen. Drei IV-Stellen holen am Anfang des Verfahrens eine Generalvollmacht ein; eine IV-Stelle verzichtet darauf und stützt die Herausgabe von Informationen auf das unterzeichnete Anmeldeformular, das aus deren Sicht hierzu eine genügende Ermächtigung beinhaltet (vgl. auch Abschnitt 3.2.4).

Die unterschiedlichen Vorgehensweisen können aus Sicht der Forschenden nicht abschliessend bewertet werden. Die Generalvollmacht sowie die Ermächtigung im Rahmen der Anmeldung erleichtern im Vergleich zur spezifischen Vollmacht den Informationsrückfluss. Umgekehrt ist dem Recht der versicherten Person, über ihre persönlichen Daten verfügen zu können, Rechnung zu tragen (Datenschutz); diesem Recht wird mit der spezifischen Vollmacht am deutlichsten Nachachtung verschafft.

In den Workshops bekräftigten die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte ihr Interesse an einer rechtzeitigen Information, um eine Diskussion über abweichende Einschätzungen von Gutachtern oder der IV-Stelle zu ermöglichen. Diese Haltung ist nachvollziehbar. Auch eine Information der behandelnden Ärztinnen und Ärzte über ein bevorstehendes Gutachten wird insbesondere bei psychisch labilen Versicherten als sinnvoll erachtet, damit diese die versicherte Person ansprechen können. Bei den Gutachten wurde von einer befragten Person angeregt, die Behandlerinnen und Behandler als Auskunftsperson in die Begutachtung einzubeziehen, insbesondere um das fehlende Element der Langzeitbeobachtung zu ergänzen.

Auch bei Vorbescheiden wird es unter Vorbehalt des Datenschutzrechts in gewissen Fällen als sinnvoll beurteilt, dass nicht nur die versicherte Person, sondern auch der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin informiert wird. Insbesondere bei psychisch labilen Personen, die ihren Arzt nicht rechtzeitig informieren, besteht sonst die Möglichkeit, dass der Arzt nicht rechtzeitig vor Ablauf der rechtlichen Frist zum Einwand gegen den Vorbescheid Kenntnis von seinem Inhalt hat; in diesem Fall würde diesem die Gelegenheit genommen, sich zu einer möglicherweise strittigen medizinischen Einschätzung der IV-Stelle zu äussern.

Eine auch für versicherungsrechtliche und versicherungsmedizinische Laien nachvollziehbare Begründung trägt zudem zu einer verbesserten Akzeptanz der Entscheide auch in der Ärzteschaft bei.

5.3 Fallunabhängige Kontakte

In diesem Abschnitt wird auf die Formen von Einzelfall-unabhängigen Kontakten zwischen der IV-Stelle und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten eingegangen. Diese zielen darauf, die Grundlagen für die Zusammenarbeit im Einzelfall zu verbessern. Zentrale Zwecke sind aus Sicht der IV die Vermittlung von Wissen und die Klärung der Erwartungen, aber auch eine generelle Vertrauensbildung.

5.3.1 Erwartungen und Einschätzungen der Akteure

Sicht der IV-Stellen

So wie von den IV-Stellen ein zum Teil mangelndes Wissen in der Ärzteschaft über die Invalidenversicherung kritisiert wird (vgl. Kapitel 1.4), so sehen die Befragten es auch als eine Pflicht der IV-Stellen und RAD an, durch fallunabhängige Informationsveranstaltungen und Schulun-

gen für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu einem verbesserten Wissen und einem erhöhten gegenseitigen Vertrauen beizutragen.

Die IV-Stellen anerkennen auch, dass die persönliche gegenseitige Kenntnis des jeweiligen Partners eine unkomplizierte Zusammenarbeit erleichtert. Festzuhalten ist aber auch, dass diesbezüglich die IV-Stellen strukturell sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen unterliegen. In kleinen und ländlichen Kantonen ergibt es sich auf die Dauer fast automatisch, dass sich Mitarbeitende der IV-Stelle und zumindest ein Teil der Ärzteschaft persönlich kennenlernen. In grossen und urbaneren Kantonen ist dies aufgrund der grösseren Zahl an Ärztinnen und Ärzten sowie Mitarbeitenden bei der jeweiligen IV-Stelle nicht der Fall. Hier besteht im Normalfall keine persönliche Kenntnis der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes.

In den Gesprächen mit den IV-Stellen wurde, wie erwähnt, aber auch ein mangelhafter Stellenwert versicherungsmedizinischer und arbeitsmedizinischer Fragestellungen in der Medizin kritisiert. Es wird hier eine Bereitschaft der Ärzteschaft erwartet, diesen Themen in Aus- und Weiterbildung mehr Beachtung zu schenken (Die Ausführungen in diesem Abschnitt beschränken sich auf die Fortbildung; auf die Aus- und Weiterbildung wird in Abschnitt 6.1.3 kurz eingegangen).

Sicht der Ärzteschaft

Auch ärzteseitig wurde im Rahmen der Befragung gesagt, dass die persönliche Kenntnis des Gegenübers prinzipiell die beste Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit sei. Eine solche sei gelegentlich gegeben. Teilweise wird ein Bedarf an besseren Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten festgestellt. Befragte mit einer Tätigkeit an einer Klinik wiesen darauf hin, dass bei ihnen Schulungen zum Thema der Invalidenversicherung stattfänden, teils in Zusammenarbeit mit RAD-Ärztinnen und -Ärzten.

Fazit

Beide Seiten anerkennen, dass fallunabhängige Kontakte zur Vertrauensbildung und Wissensvermittlung beitragen können. Gleichzeitig kann nicht abgeschätzt werden, wie viele Ärztinnen und Ärzte damit erreicht werden. Kliniken bieten für fallunabhängige Kontakte nach Einschätzung der Befragten ein einfacheres Umfeld, während frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte schwieriger zu erreichen sind.

5.3.2 Zur Anwendung kommende Formen

Zunächst ist hier auf Formen und Inhalte von Veranstaltungen einzugehen, danach auf weitere Formen fallunabhängiger Kontakte, die nachfolgend im Hinblick auf die Identifikation von empfehlenswerten Praktiken diskutiert werden.

Formen und Inhalte von Veranstaltungen

Die typische Form fallunabhängiger Kontakte sind Veranstaltungen und Schulungen. Alle befragten IV-Stellen berichteten, dass sie solche Veranstaltungen mit dem Ziel der Wissensvermittlung, zum Teil auch in Zusammenarbeit mit Ärztesellschaften oder Kliniken durchgeführt hätten. Sie werden von den Mitarbeitenden der IV-Stellen oder von den RAD organisiert. Als geeignete Foren für Veranstaltungen, in denen die Exponentinnen und Exponenten der IV und der RAD auftreten können, wurden im Rahmen der Interviews und der Workshops Schulungen in Kliniken, Veranstaltungen einzelner Fachverbände oder Qualitäts- und Fortbildungszirkel genannt. Einig waren sich die Teilnehmenden an der Studie, dass die Nutzung bestehender und in der Ärzteschaft etablierter Veranstaltungsgefässe anzustreben ist.

Fortbildungsveranstaltungen bieten diesbezüglich besondere Vorteile: Sie bieten einen Teilnahmeanreiz, weil die Ärztinnen und Ärzte ihren Besuch im Rahmen ihrer Fortbildungspflicht anrechnen lassen können. Wenn die Veranstaltung über die kantonalen Fortbildungsverantwortlichen in den Fortbildungskalender aufgenommen wird, profitiert sie von einer guten Publizität und einer Anerkennung.

Auf inhaltlich-didaktischer Ebene wurde von verschiedenen Befragten bekräftigt, dass versucht werden sollte, möglichst schon vor der Veranstaltung Anliegen der IV-Stelle aufzunehmen; Fallbesprechungen böten sehr konkreten Anschauungsunterricht. Als Inhalte sehen die Befragten sowohl die Grundlagen der IV, ihrer Funktionsweise und Instrumente als auch spezifische Informationen zur Rolle der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Genutzt werden könnten sie überdies auch, um zum Beispiel Ansprechpersonen der IV oder des RAD unter den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bekanntzumachen. Wer jemanden in der IV-Stelle persönlich kenne, habe eine niedrigere Hemmschwelle zur Kontaktaufnahme.

Als Grenze solcher Informationsveranstaltungen wurde das begrenzte Interesse der Ärzteschaft an der Thematik im Vergleich zur grossen Menge an Informationen, welche die IV zu vermitteln habe, erwähnt.

Weitere Formen fallunabhängiger Kontakte

Speziell erwähnt werden können weitere Formen von fallunabhängigen Kontakten und Informationspraktiken:

- Flyer: IV-Stelle C hat einen Flyer kreiert, der die Ärztinnen und Ärzte zur Zusammenarbeit in Eingliederungsverfahren motivieren soll. Insbesondere wird explizit über die Vergütung von gemeinsamen Gesprächen informiert. Im Rahmen der Workshops wurden Informationsbroschüren vor allem dann als nützlich erachtet, wenn sie den behandelnden Ärztinnen und Ärzten persönlich überreicht wurden. Gemeinsame Vereinbarung: Der RAD der IV-Stelle B hat eine Vereinbarung mit einer kantonalen medizinischen Fachgesellschaft über die Grundlagen der Zusammenarbeit abgeschlossen. Es wird eine Art Mindest-Standard der Zusammenarbeit definiert. Beide Seiten verpflichten sich darin auch, regelmässige Schulungen und Kurse zur Weiter- und Fortbildung

der IV-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Mitglieder der Fachgesellschaft anzubieten. Da die Vereinbarung erst vor kurzem in Kraft trat, kann erst eine vorläufige Bilanz gezogen werden. Laut Interviewaussagen beziehen sich die Angehörigen der Fachgesellschaft und auch der RAD in der Zusammenarbeit darauf. Sie habe in der Erarbeitung auch eine Wirkung als vertrauensbildende Massnahme entfaltet und sei ein Aufhänger gewesen, ins Gespräch zu kommen und Wissen zu vermitteln.

- Gemeinsame Entwicklung von Instrumenten: IV-Stellen C und D haben gemeinsam mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten Instrumente entwickelt oder angepasst, die nun in der täglichen Arbeit eingesetzt werden. IV-Stelle C hat gemeinsam mit der Krebsliga ihres Kantons ein fachspezifisches Arztberichtsformular für Krebspatienten entwickelt. Die IV-Stelle D hat auf Initiative von behandelnden Ärzten mit diesen gemeinsam das Erinnerungsschreiben für Arztberichte angepasst. Solche Zusammenarbeitsformen dürften, ähnlich wie die Zusammenarbeitsvereinbarung, einen doppelten Wert haben. Zunächst binden sie eine Gruppe von Behandlerinnen und Behndlern in die Zusammenarbeit ein, was eine Chance für die gegenseitige Vermittlung von Wissen und Bedürfnissen ist. Im täglichen Einsatz geniesst das Instrument zudem aufgrund seines Entstehens eine erhöhte Legitimität bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, andererseits ist es plausibel, dass es tatsächlich deren Situation besser gerecht wird als ein einseitig von der IV entwickeltes Instrument.
- Der RAD der IV-Stelle B verfügt gemäss Interviewaussagen über eine Hotline für behandelnde Ärztinnen und Ärzte für konkrete (nicht einzelfallbezogene) Fragen zur IV. Diese wird jedoch nach Erfahrung des RAD kaum genutzt. Unklar ist, ob es an der fehlenden Bekanntheit oder am fehlenden Interesse liegt.

Weitere Massnahmen der IV-Stellen, die im Rahmen der Workshops genannt wurden, sind eine Gestaltung ihrer Website, welche die Ärzte schnell zu den sie betreffenden Informationen bringt, oder die Publikation von Beiträgen in Ärztezeitschriften.

6 Synthese

Im Zentrum dieser Synthese steht die Diskussion von Vorgehensweisen, welche eine gute – und damit den Verfahrenszielen der IV dienliche – Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den IV-Stellen und des RAD begünstigen sollen. Der Versuch, möglichst erfolgversprechende Formen der Zusammenarbeit zu identifizieren, rechtfertigt sich, weil sowohl die Ärzteschaft als auch die IV-Stellen in einem bedeutenden Teil der Verfahren die Zusammenarbeit nicht als zufriedenstellend beurteilten.

Im Mittelpunkt des Kapitels steht anknüpfend an die vergleichende Untersuchung von fünf IV-Stellen (vgl. Kapitel 5) die Zusammenstellung von empfehlenswerten Praktiken der Zusammenarbeit (Abschnitt 6.1.3). Am Ende dieses Abschnitts ist auf zwei Aspekte der Zusammenarbeit einzugehen, welche auch die Bundesebene betreffen: den Informationsfluss von IV-Stellen an behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die bestehende Vielfalt an Arztberichtsformularen. Zuvor werden in Abschnitt 6.1 die weiteren Erkenntnisse der Untersuchung zur Qualität der Zusammenarbeit und ihre Bestimmungsfaktoren kurz rekapituliert. Dabei wird auch auf prinzipiell durch die IV-Stellen und die Ärzteschaft beeinflussbare Faktoren eingegangen, welche sich auf die Qualität der Zusammenarbeit auswirken können.

6.1 Beurteilung und Einflussfaktoren der Zusammenarbeit

6.1.1 Die Qualität der Zusammenarbeit im Urteil der beteiligten Akteure

Die in dieser Studie durchgeführten Erhebungen zeigen insgesamt eine mittlere Zufriedenheit der IV-Stellen sowie der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mit der Zusammenarbeit in den IV-Verfahren. Dabei unterscheidet sich die Zufriedenheit zwischen den verschiedenen untersuchten Bereichen der Zusammenarbeit, aber auch von Kanton zu Kanton sowie von Einzelfall zu Einzelfall zum Teil sehr deutlich. Während bei den medizinischen Massnahmen nach Einschätzungen der Ärztinnen und Ärzte sowie der IV-Stellen die Zusammenarbeit in rund drei Vierteln der Fälle zumindest eher zufriedenstellend verläuft, sind es bei der Rentenprüfung nur etwas mehr als die Hälfte. Bei der Eingliederung und der Rentenrevision liegen die Anteilswerte zufriedenstellender Fallverläufe zwischen diesen Werten.

Nach Einschätzung der Befragten wirkt sich die Qualität der Zusammenarbeit auch darauf aus, wie gut die IV ihre Verfahrensziele erreicht: dem Einzelfall angemessene, möglichst eingliederungsorientierte Entscheide bei möglichst kurzer Verfahrensdauer und einer guten Akzeptanz seitens der versicherten Person.

6.1.2 Einflussfaktoren der Zusammenarbeit

Der Untersuchung wurde ein Modell zugrunde gelegt, das die Bestimmungsfaktoren der Zusammenarbeitsqualität im Einzelfall auf unterschiedlichen Ebenen verortet. Die unmittelbaren Determinanten der Qualität auf der Mikro- oder Individualebene werden einerseits von den

Einstellungen und persönlichen Erfahrungen der an der Zusammenarbeit beteiligten Personen beeinflusst, andererseits von Faktoren auf einer Mesoebene und von Faktoren auf der Makroebene (vgl. Abschnitt 2.2, Abbildung 2-1). Zu den Faktoren auf den einzelnen Ebenen kann zusammenfassend folgendes festgehalten werden:

- *Mikroebene – Zusammenarbeit im Einzelfall (vgl. Kapitel 4)*: Bei den Bestimmungsfaktoren auf der Individualebene zeigt sich im positiven Sinne, dass die Ärztinnen und Ärzte die Verfahrensziele der IV gutheissen, und dass sie die Erwartungen (Informationsquelle, Unterstützung bei der Eingliederung) der IV-Stellen an sie anerkennen. Sie betonen dabei, sich von der IV-Stelle nicht instrumentalisieren lassen zu wollen. Hingegen lässt sich aus den Aussagen der an der Studie teilnehmenden Personen folgern, dass die für die Zusammenarbeit wichtigen Ressourcen (gegenseitiges Vertrauen, Wissen der Ärzteschaft über die IV, für die Zusammenarbeit zur Verfügung stehende Zeit) zum Teil begrenzt sind und sich gegenseitig negativ beeinflussen.
- *Mesoebene – Ärzteschaft (vgl. Kapitel 4)*: Die Zusammenarbeit wird auf Seiten der Ärzteschaft von strukturellen Faktoren mit beeinflusst. So ist die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit von der Fachdisziplin abhängig: Insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der Hausarztmedizin und der Psychiatrie und Psychotherapie zeigen sich unterdurchschnittlich zufrieden. Nach der Einschätzung von Befragten der IV-Stellen bestehen bei der Qualität der Zusammenarbeit mit frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten grössere Unterschiede als bei der Zusammenarbeit mit Klinikärztinnen und -ärzten, weil letztere stärker in Strukturen und Prozesse ihrer Institution eingebunden sind und sich dadurch die Zusammenarbeit weniger personenabhängig gestaltet.
- *Mesoebene – Instrumente, Regeln und Prozesse der IV-Stellen (vgl. Kapitel 5)*: Hier zeigen sich in den Fallstudien zwischen den IV-Stellen viele Gemeinsamkeiten, aber auch deutliche Unterschiede bei den angewendeten Formen der Zusammenarbeit im Einzelfall, sei dies bezüglich des Einsatzes von Arztberichtsformularen oder auch bei weiteren Formen des Austauschs und des Rückflusses von Informationen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, welche die Qualität der Zusammenarbeit beeinflussen. Ein bedeutendes Potenzial, die Zusammenarbeit zu beeinflussen, wird auch fallunabhängigen Kontakten zugeschrieben. Zu diesen Aspekten werden nachfolgend empfehlenswerte Praktiken identifiziert (Abschnitt 6.1.3).
- *Makroebene (vgl. Kapitel 3)*: Auf der Makroebene bestehen verschiedene Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit, welche die direkt Beteiligten – behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeitende der IV-Stellen, RAD-Ärztinnen und Ärzte – kaum beeinflussen können. So verfügen die Medizin und die IV über unterschiedliche Konzepte zur Beurteilung der versicherten Personen, was zu unterschiedlichen Einschätzungen in Bezug auf die Frage führen kann, ob, wie viel und in welcher Tätigkeit eine Person mit ihrer gesundheitlichen Einschränkung noch arbeiten kann. Weitere erschwerende Faktoren sind das unterschiedliche Verhältnis zur versicherten Person (Vertrauensverhältnis vs. kritisch-hinterfragende Grundhaltung), die begrenzte Relevanz der IV im Arbeitsalltag der Ärztinnen und Ärzte, eine tendenziell fehlende Kontinuität der persönlichen

Kontakte zwischen Mitarbeitenden der IV und RAD einerseits und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten andererseits, und schliesslich die rechtlichen Grenzen des Informationsaustauschs. In diesem Zusammenhang zeigt sich überdies, dass die IV-Stellen bei der Herausgabe von Informationen zum Verfahren an den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin die Rechtslage unterschiedlich interpretieren (vgl. Abschnitt 6.2.6).

6.1.3 Potenziell beeinflussbare Bestimmungsfaktoren der Zusammenarbeit

Bevor im nächsten Abschnitt auf qualitätsfördernde Formen der Zusammenarbeit eingegangen wird, soll hier kurz auf weitere, prinzipiell durch die IV-Stellen oder die Ärzteschaft beeinflussbare Faktoren eingegangen werden, die einen Einfluss auf die individuellen Bestimmungsfaktoren der Zusammenarbeit haben können. Ärzteseitig ist der Stellenwert der Arbeits- und Versicherungsmedizin in der Aus- und Weiterbildung zu diskutieren, IV-seitig geht es um verschiedene Qualitätsaspekte ihrer Arbeitsweise, welche sich auf die Glaubwürdigkeit und somit das Vertrauen der Ärztinnen und Ärzte in die IV auswirken. Diese Faktoren wurden im Rahmen dieser Untersuchung nicht systematisch erhoben und auf ihre Wirkungen hin analysiert, hingegen wurden sie von den an der Studie beteiligten Personen thematisiert.

- *Aus- und Weiterbildung der Ärzteschaft:* Basierend auf der Feststellung, dass das Wissen vieler Ärztinnen und Ärzte über die IV, die Arbeitsmedizin und die Versicherungsmedizin beschränkt sei, bemängelten verschiedene befragte Personen in den Interviews und auch in den Workshops, diesen Themen würde in der Aus- und Weiterbildung der Medizin ein zu tiefer Stellenwert beigemessen. Dem hielten andere Workshop-Teilnehmende entgegen, dass das Interesse der angehenden Ärztinnen und Ärzte diesbezüglich zu gering sei. Eine gewisse Alltagsrelevanz erhielten arbeits- und versicherungsmedizinische Fragestellungen erst in der praktischen ärztlichen Tätigkeit, weshalb die Wissensvermittlung allenfalls in der Weiterbildung, vor allem aber in der Fortbildung einzusetzen habe (vgl. Abschnitt 6.2.5). Ergänzend wurde auf die Grenzen der Wissensvermittlung verwiesen: Es könne vom Arzt/von der Ärztin als Behandler/Behandlerin im Rahmen seiner/ihrer Konsultationen keine umfassende Beurteilung der funktionellen Ressourcen erwartet werden.
- *Qualität externer Gutachten.* Ein zentraler Kritikpunkt der Ärzteschaft an der Arbeitsweise der IV ist die Qualität externer medizinischer Gutachten. Diese werden als einerseits zu wenig unabhängig, andererseits als zu wenig auf langfristige Beobachtungen abgestützt wahrgenommen. Seitens der befragten IV-Stellen wurde in diesem Zusammenhang ein Mangel an Gutachterinnen und Gutachtern festgestellt. Die IV kann ihre Glaubwürdigkeit steigern, wenn sie ihre Anstrengungen zur Steigerung der Unabhängigkeit und der Qualität der Gutachten konsequent vorantreibt (vgl. für eine Bilanz zu den polydisziplinären Gutachten Kocher 2014).
- *Entschädigung:* Für die Entschädigung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte im Zusammenhang mit ihren Aufwänden für die IV bestehen klare Regeln auf nationaler

Ebene.²¹ Im Rahmen der Erhebung wurde von Ärztinnen und Ärzten vereinzelt kritisiert, die Entschädigung decke den Aufwand nicht vollumfänglich. Speziell wurde in diesem Zusammenhang die Wegentschädigung²² bei externen Besprechungen erwähnt. Eine befragte Person gab an, Gespräche mit ihren Patientinnen und Patienten, die sich um IV-Fragen drehen, über die Krankenversicherung abzurechnen. Ob die ärzteseitig vorgebrachte Kritik an einer tatsächlich zu tiefen Entschädigung liegt, oder ob sie dem im Rahmen der Interviews bei einzelnen Ärztinnen und Ärzten festgestellten mangelnden Wissen über die bestehenden Ansprüche geschuldet sind, kann aufgrund der Interviewaussagen nicht abschliessend beurteilt werden. In jedem Fall empfiehlt es sich, dass die IV-Stellen über die geltenden Entschädigungsansprüche transparent informieren.

- *Ausstattung der RAD:* Einzelne Interviewpartnerinnen und -partner kritisierten die fachliche Ausstattung der RAD. Es sei nicht immer gewährleistet, dass ein konkreter Fall von einem Fachspezialisten/einer Fachspezialistin der betroffenen Disziplin beurteilt werde. Solche Konstellationen zu vermeiden, ist im Interesse der IV und steigert das Vertrauen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte in die RAD.
- *Verfahrensdauern:* Während ein Teil der befragten behandelnden Ärztinnen und Ärzte den Eindruck hat, die Verfahren dauerten nicht mehr so lange wie früher, kritisieren andere die aus ihrer Sicht weiterhin langen Verfahrensdauern und die negativen Folgen für ihre Patientinnen und Patienten (Chronifizierung, wirtschaftliche Unsicherheit). Diesen Ärztinnen und Ärzten dienen diese Wahrnehmungen auch als Rechtfertigung, dem Ausfüllen von Arztberichtsformularen keine hohe Priorität einzuräumen.

6.2 Empfehlenswerte Praktiken bei der Zusammenarbeit

In diesem Abschnitt werden basierend auf dem Vergleich der Vorgehensweisen bei der Zusammenarbeit zwischen den IV-Stellen im vorherigen Kapitel zusammenfassend Vorgehensweisen dargestellt, die – in Anerkennung der erschwerenden Rahmenbedingungen – zu einer möglichst guten Zusammenarbeit beitragen sollen.

Ihre Umsetzung bedingt sowohl in der Invalidenversicherung als auch in der Ärzteschaft eine Grundhaltung gegenseitiger Offenheit und Lernbereitschaft. Im Vordergrund für diese Beispiele von empfehlenswerten Praktiken stehen dabei drei Stossrichtungen. Zwei davon zielen auf die Art und Weise ab, wie die IV-Stelle die Zusammenarbeit im Einzelfall organisiert (zielgerichtetes Einholen von Arztberichten; optimaler weiterer Informationsaustausch), eine auf die Stärkung der fallunabhängigen Kontakte. Bevor die Stossrichtungen näher vorgestellt werden, soll deren empirische Grundlage und die erwartete Wirkungsweise dargestellt werden. Ergänzend wird möglicher Handlungsbedarf auf Bundesebene bezüglich zweier Punkte diskutiert.

²¹ Vgl. für eine Übersicht:

<http://www.iv-pro-medico.ch/de/fragen-und-antworten/bearbeitung-durch-die-iv/praktisches.html>

²² Vgl. hierzu: IV-Rundschreiben Nr. 302 vom 6. September 2011. Dienstleistungen der Ärzteschaft für IV-Stellen

6.2.1 Grundlagen der empfehlenswerten Praktiken: Erfahrungen und Einschätzungen

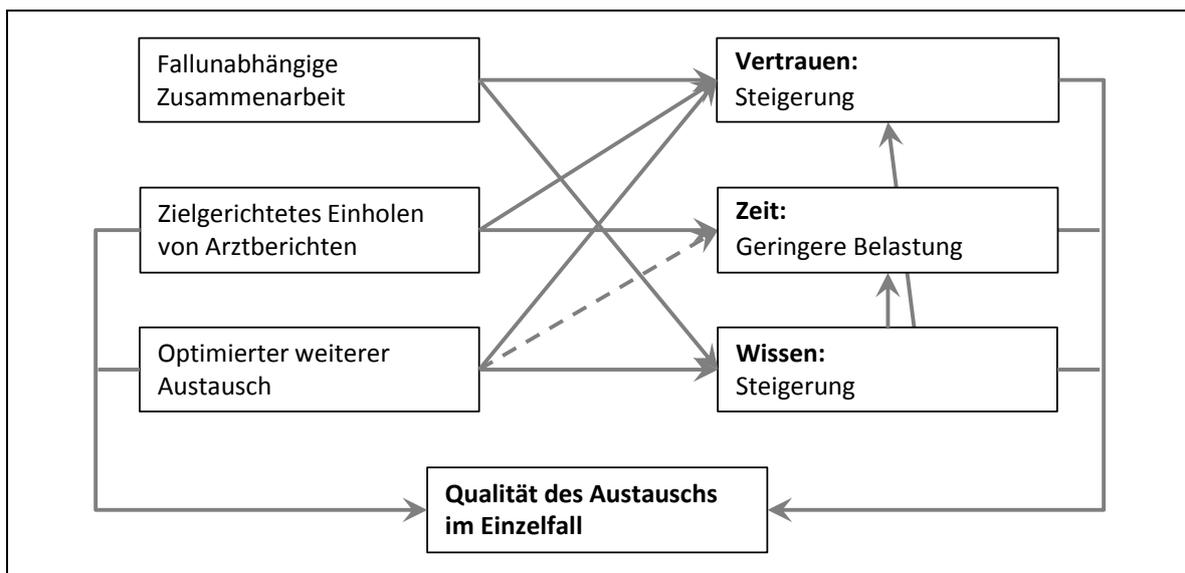
Die hier identifizierten empfehlenswerten Praktiken der IV-Stellen stützen sich primär auf den Vergleich der fünf näher untersuchten IV-Stellen und knüpfen damit direkt an die in Kapitel 5 beschriebenen Vorgehensweisen und daran anschliessenden Überlegungen an. Die Vorgehensweisen basieren somit auf realen Praktiken. Ihre Einstufung als *empfehlenswert* in diesem Bericht beruht auf den erfahrungsbasierten Einschätzungen der Beteiligten, wonach sich diese Vorgehensweise bewährt habe. Zusätzlich fliessen Überlegungen der Autoren dieser Untersuchung ebenso wie die Diskussionen im Rahmen der Workshops ein; in diesen Workshops konnten Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeitende von IV-Stellen der untersuchten Kantone ihre Einschätzungen über die verschiedenen Vorgehensweisen sowie deren Vor- und Nachteile diskutieren.

Die vorgestellten Vorgehensweisen haben somit weitgehend den Charakter von Good Practices. Ergänzend enthalten die folgenden Abschnitte auch Hinweise auf weitere empfehlenswerte Vorgehensweisen, die von den an der Studie beteiligten Personen angeregt wurden oder auf Überlegungen der Autoren fussen.

6.2.2 Erwartete Wirkungsweise der empfehlenswerten Praktiken

Die als empfehlenswerte bezeichneten Praktiken der Zusammenarbeit sind darauf ausgerichtet, im konkreten Einzelfall den Informationsfluss zu optimieren, so dass die richtigen Informationen zum richtigen Zeitpunkt ausgetauscht werden (Abbildung 6-1).

Abbildung 6-1: Wirkungsweise der empfehlenswerten Praktiken der Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie der IV-Stelle und dem RAD



Darstellung Büro Vatter.

Es geht dabei um die fallunabhängige Zusammenarbeit, das zielgerichtete Einholen von Arztberichten und den optimierten weiteren Austausch zwischen Ärztin oder Arzt sowie IV und

RAD. Auch die empfehlenswerten Praktiken, die sich auf die Zusammenarbeit im Einzelfall beziehen, zielen über diesen Einzelfall hinaus darauf ab, wichtige individuelle Bestimmungsfaktoren der Zusammenarbeit (Vertrauen, zeitliche Ressourcen, Wissen) in positivem Sinn zu beeinflussen. Sie zielen auf eine Grundhaltung der Mitarbeitenden der IV und der RAD, gemäss der prinzipiell jeder Einzelfall auch als Möglichkeit aufgefasst wird, sich zu erklären und zur Vertrauensbildung beizutragen.

Basierend auf den Erfahrungen und Einschätzungen der an der Zusammenarbeit beteiligten Personen sind von den nachfolgend vorgestellten Stossrichtungen folgende Wirkungen zu erwarten:

- *Zielgerichtetes Einholen von Arztberichten:* Es ist zu erwarten, dass das zielgerichtete Einholen von Arztberichten gesamthaft zu einer zeitlichen Entlastung der Ärztinnen und Ärzte führt und bei ihnen weniger Irritationen hervorruft. Sie müssen nur noch dann Berichtsformulare ausfüllen, wenn diese für die IV-Stellen unverzichtbar sind und zu den Fragen der IV-Stellen etwas beitragen können. Die Gewissheit, dass diese zielgerichtet eingeholten Berichte eine Relevanz für die Zusammenarbeit haben, lässt erwarten, dass das Vertrauen der Ärztinnen und Ärzte in die IV steigt. Gleichzeitig verbessert sich aufgrund der höheren Relevanz die Qualität und Termingerechtigkeit der Berichte, was wiederum die IV entlastet und das Vertrauen der IV in die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft stärkt.
- *Optimierter weiterer Austausch von Informationen:* Weiter wird erwartet, dass ein optimierter weiterer Austausch von Informationen und eine verbesserte Koordination zwischen IV-Verfahren und ärztlicher Behandlung im Einzelfall zu einer zielgerichteten Zusammenarbeit beiträgt; gleichzeitig ist zu erwarten, dass der persönliche Kontakt das gegenseitige Vertrauen stärkt und dass dieser Austausch auf individueller Ebene Lerneffekte über das Funktionieren des Partners auslöst. Kurzfristig gesehen bedeutet ein optimierter Informationsaustausch gemäss Einschätzung der Beteiligten einen Mehraufwand. Umgekehrt sind Effizienz-Gewinne zu erwarten: Bei einer gesteigerten Qualität und einem besseren Timing der ausgetauschten Informationen sollte der Abklärungsaufwand der IV-Stellen ohne Qualitätsverlust sinken und im Idealfall die Akzeptanz der IV-Entscheidung in der Ärzteschaft steigen.
- *Fallunabhängige Zusammenarbeit:* Es ist zu erwarten, dass durch geeignete Formen fallunabhängiger Kontakte zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie IV-Stellen und RAD das Wissen in der Ärzteschaft, aber auch das Wissen der IV über die Erwartungen, Aufgaben und Ziele der Ärztinnen und Ärzte gesteigert werden kann. Dies gilt auch für das gegenseitige Vertrauen. Dadurch werden die Voraussetzungen für eine gute Zusammenarbeit im konkreten Einzelfall verbessert. Auch die Intensivierung der fallunabhängigen Kontakte stellt zunächst einen Mehraufwand für beide Seiten dar, der aber dazu beiträgt, dass die IV ihre Abklärungen zügig und auf einer guten Informationsbasis durchführen kann und so zu gut fundierten und akzeptierten Entscheidungen kommt.

6.2.3 Zielgerichtetes -Einholen von Arztberichten

Arztberichte sind ein zentrales und in vielen Verfahren das einzige Instrument der IV-Stellen zur Informationserhebung bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Die empfehlenswerten Praktiken in diesem Bereich zielen zunächst darauf ab, dass dieses Instrument möglichst zielgerichtet eingesetzt wird. Dies bezieht sich einerseits auf einen möglichst zielgerichteten Versand des Arztberichtsformulars, andererseits auf möglichst einzelfallbezogene Fragestellungen; eine besondere Herausforderung stellt dabei die Erhebung der funktionellen Einschränkungen dar. Schliesslich sollen die empfehlenswerten Praktiken eine möglichst hohe Motivation der behandelnden Ärztinnen und Ärzte für das termingerechte und inhaltlich sorgfältige Ausfüllen der Arztberichtsformulare fördern (Tabelle 6-1).

A: Bedarfsorientierter und gezielter Versand des Arztberichtsformulars

Der Versand der Arztberichtsformulare sollte möglichst nur dann und zu jenem Zeitpunkt erfolgen, wenn ein tatsächlicher Bedarf der IV-Stelle besteht (Tabelle 6-1). Dies bedeutet, dass der Versand nicht automatisch nach Eingang einer Anmeldung erfolgen sollte, sondern zuerst die vorhandenen medizinischen Informationen gesichtet werden sollten (A1). Je nach Vorgeschichte des Falls bestehen bereits Berichte anderer Akteure (z.B. andere Versicherungen), welche zumindest für die ersten Weichenstellungen im Verfahren (Eingliederung vs. Rentenprüfung) ausreichen.

Im Verfahren für die neu angemeldeten Erwachsenen sollten mit einem ähnlichen Zweck die Informationen, die aus Erstgesprächen gewonnen wurden, genutzt werden (A2). Steht die Eingliederung klar im Vordergrund, kann nach der Erfahrung von zwei der fünf untersuchten IV-Stellen getreu dem Prinzip „Gespräch vor Akten“ vorläufig auf das Einholen des Arztberichts verzichtet werden. In komplexeren Fällen hat sich für eine gute Einschätzung des Eingliederungspotenzials der Einbezug des RAD bewährt. Wird später im Verfahren, z.B. nach einer gescheiterten Eingliederungsbemühung, der Arztbericht dennoch eingeholt, etwa weil die IV-Stelle für die vertiefte Rentenprüfung beweiskräftige schriftliche Aussagen benötigt, ist er aktueller, als wenn die Erhebung unmittelbar nach der Anmeldung erfolgt.

Erstgespräche mit der versicherten Person können auch genutzt werden, um genauere Informationen darüber zu gewinnen, welchen Ärztinnen und Ärzten das Berichtsformular zugestellt werden soll. Auch können sich Hinweise über den geeigneten Zeitpunkt (Stabilität des Gesundheitszustands) ergeben. Nach Erfahrungen der IV-Stellen kann jedoch auch im Gespräch mit der versicherten Person der geeignete Adressat, die geeignete Adressatin des Arztberichtsformulars nicht immer identifiziert werden. Hier wäre aus Sicht der Autoren eventuell zu prüfen, ob eine kurze telefonische Nachfrage bei den infrage kommenden Ärztinnen und Ärzten angezeigt wäre, um zu klären, ob diese über für die IV relevante Informationen verfügen.

Tabelle 6-1: Empfehlenswerte Praktiken für das zielgerichtete Einholen von Arztberichten

		MM	EI	RP	RR
A. Bedarfsorientiertes und gezielter Versand des Arztberichtsformulars					
A1	Informationen aus vorbestehenden Berichten anderer Akteure möglichst gut nutzen	x	x	x	x
A2	Gespräch(e) in Startphase des Verfahrens als Informations- und Triage-Instrument für Versand nutzen		x	x	
A3	Verlängerungen: Notwendigkeit eines Arztberichts prüfen	x			
B. Auf den konkreten Fall bezogene Fragen stellen					
B1	Bestehende Vorinformationen für gezielte Zusatzfragen nutzen			x	
B2	Gebrechensspezifische Beiblätter oder Zusatzfragen einsetzen	x			
B3	Nach Möglichkeit vereinfachte Arztberichtsformulare einsetzen	x	(x)	x	x
C. Erhebung funktioneller Einschränkungen					
C1	Geschlossene und offene Fragen stellen		x	x	
C2	Informationsgespräch zwischen Arzt und IV-Stelle ermöglichen		x	x	
D. Motivation zum Ausfüllen und zur Zusammenarbeit fördern (Begleitkommunikation)					
D1	Klärung der Erwartungen an Ärztinnen und Ärzte	x	x	x	x
D2	Gesprächsbereitschaft signalisieren	x	x	x	x
D3	Partnerschaftlicher Kommunikationsstil, Druckmittel sorgfältig dosieren				
D4	Verschiedene Kommunikationskanäle nutzen	x	X	x	x

Darstellung Büro Vatter. Abkürzungen: MM: Medizinische Massnahmen; EI: Eingliederung; RP: Rentenprüfung; RR: Rentenrevision.

Bei den medizinischen Massnahmen reicht es nach Erfahrungen der untersuchten IV-Stellen bei einfachen Fällen, bei der Verlängerung der befristeten Massnahmen statt einem Verlaufsbericht eine Frage an den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin zu senden (A3), um zu einer aktuellen Grundlage für den Verlängerungsentscheid zu kommen.

B: Auf den konkreten Fall bezogene Fragen stellen

Es entlastet die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und trägt zu einem effizienten und zielgerichteten Informationsfluss bei, wenn die IV-Stellen ihre Fragen möglichst spezifisch auf den Einzelfall beziehen. Dabei gilt: Je mehr Vorinformationen zum Fall bestehen und ausgenutzt werden, desto gezielter kann gefragt werden. Wenn der Arztbericht zur Erstinformation dient, ist dies nicht möglich. Nach den Erfahrungen der IV-Stellen sind die Möglichkeiten einer Individualisierung der Fragen begrenzt und je nach untersuchtem Verfahrensbereich (medizinische Massnahmen, Eingliederung, Rentenprüfung, Rentenrevision) unterschiedlich. Zumindest hat es sich aber bewährt, die Vorinformationen zum Stellen von Zusatzfragen zu nutzen (B1).

Bei den medizinischen Massnahmen setzen alle IV-Stellen Beiblätter ein, mit denen spezifisch auf das Geburtsgebrechen bezogene Informationen erhoben werden (B2). Hier ist für jede IV-Stelle in Abhängigkeit der Fallzahlen abzuwägen, inwieweit sich die Kreation solcher Beiblätter lohnt. Denkbar wäre diesbezüglich allerdings auch eine Zusammenarbeit der IV-Stellen, zumindest soweit sie demselben RAD zugeordnet sind (vgl. Abschnitt 6.2.6).

In allen Verfahrensbereichen ergeben sich zudem Situationen, in denen vereinfachte Berichtsformulare möglicherweise ausreichend sind (B3). Bei den medizinischen Massnahmen ist dies der Fall, wenn die Verlängerung einer befristeten Massnahme geprüft wird, bei der Rentenprüfung, wenn nach längerer Verfahrensdauer oder bei Änderungen des Zustands der versicherten Person eine neue Situationserhebung notwendig ist. In der Rentenrevision bestehen ebenfalls Vorinformationen, die verschiedene IV-Stellen genutzt haben, um spezifische Arztberichtsformulare zu entwickeln. Auch in der Eingliederung setzt eine IV-Stelle ein vereinfachtes Arztberichtsformular ein. Hiermit riskiert sie jedoch in Fällen, in denen die Eingliederung scheitert, eine Doppelspurigkeit, wenn zu Beginn der Rentenprüfung ein ausführlicher Bericht nachgeschickt werden muss.

C: Erhebung funktioneller Einschränkungen

Die Erhebung der funktionellen Einschränkungen der versicherten Person ist für die IV-Stellen im Verfahren der Erwachsenen (inklusive Rentenrevision) ein Schlüsselement zur Beurteilung des Eingliederungspotenzials und der Arbeitsfähigkeit. Erfahrungsgemäss bevorzugen die Ärztinnen und Ärzte zum Teil offene Fragen, zum Teil die geschlossenen Fragen des eidgenössischen Standardformulars. Es empfiehlt sich deshalb, im Arztberichtsformular beide Formen anzubieten (C1) und (wie unter Buchstabe D1) die Erwartungen bezüglich des Ausfüllens klar zu deklarieren. Die Untersuchung hat auch gezeigt, dass die schriftliche Erhebung der funktionellen Einschränkungen an Grenzen stösst. Deshalb empfiehlt es sich, hierfür auch die Möglichkeit eines protokollierten Informationsgesprächs (C2, vgl. auch nächsten Abschnitt) vorzusehen. Nach der Erfahrung der Workshop-Teilnehmenden erlaubt ein Gespräch besser, die für die IV-Stellen relevanten Beobachtungen der Behandlerinnen und Behandler gezielt zu erfragen.

D: Motivation zum Ausfüllen und zur Zusammenarbeit fördern

Die Motivation der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, das Arztberichtsformular sorgfältig und bald nach Erhalt auszufüllen, ist höher, wenn ihnen die Erwartungen der IV-Stelle klar sind. Die Erwartungen können einerseits durch fallunabhängige persönliche Kontakte geklärt werden (siehe nächste Abschnitte), andererseits kann auch eine klare Begleitkommunikation beim Versand des Berichtsformulars hierzu beitragen (D1). Hier empfehlen die Autoren über die in der Studie gefundenen Inhalte von Begleitschreiben hinauszugehen: Es ist sinngemäss darauf hinzuweisen, dass das Formular als Checkliste zu verstehen ist und bezüglich der Form der Antworten gewisse Freiheiten bestehen. Weiter könnte eine kurze Rückmeldung erbeten werden, wenn die angeschriebene Person das Formular nicht oder nur verspätet ausfüllen kann.

Das Begleit- und das spätere Erinnerungsschreiben sollten eine persönliche Kontaktadresse enthalten, über die die zuständige IV-Fachperson erreicht werden kann. Ein noch weiter gehender Schritt könnte es sein, hier explizit Gesprächsbereitschaft zu signalisieren (D2). Transparenz über die Entschädigung kann z.B. durch das Mitschicken des TARMED-Formulars gewährleistet werden – wie das mehrere IV-Stellen bereits tun.

Ein partnerschaftlicher Stil der Begleitkommunikation hat sich nach Einschätzung der Befragten besser bewährt als ein hoheitlicher Tonfall (D3).

Bei säumigen Ärztinnen und Ärzten empfiehlt sich spätestens nach der zweiten Erinnerung eine mündliche Nachfrage, wie das mehrere IV-Stellen praktizieren (D4). Im Gespräch können die Gründe für das Ausbleiben des Berichts schneller geklärt und eine der konkreten Situation angepasste Frist vereinbart werden; die kann z.B. angezeigt sein, wenn noch eine Konsultation oder eine Behandlung abgewartet werden muss). Die Information der versicherten Person über einen ausstehenden Arztbericht ist wirksam, aber bei der Ärzteschaft wenig beliebt und sollte deshalb behutsam eingesetzt werden. Bei der Kommunikation empfiehlt es sich, nicht allein den postalischen Weg, sondern auch den Kontakt über E-Mail zu suchen. Dies ermöglicht eine flexiblere Kommunikation und vereinfacht es den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, den Fragebogen am PC auszufüllen. Voraussetzung dafür ist eine sichere Verbindung, welche vor einem unbefugten Zugriff Dritter auf die übermittelten Daten schützt.

6.2.4 Optimierter weiterer Austausch

Sowohl IV-Stellen als auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte haben bei der Zusammenarbeit im Einzelfall ein Bedürfnis, über die Arztberichte hinaus miteinander in Kontakt zu treten. Diese zusätzlichen Kontakte dienen verschiedenen Zielen: So geht es zunächst um eine möglichst unkomplizierte Ergänzung der medizinischen Informationen, damit die IV-Stelle den Sachverhalt möglichst vollständig darstellen kann. In der Eingliederung haben sowohl die IV-Stellen als auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ein Interesse daran, das IV-Verfahren mit seinen Massnahmen und die medizinische Behandlung gut zu koordinieren. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bekunden darüber hinaus auch im Rentenverfahren ein Bedürfnis nach Koordination und Transparenz. Hierfür sind sie auf den Rückfluss von Informationen aus dem Verfahren angewiesen. Dieser ermöglicht eine Diskussion über möglicherweise abweichende Einschätzungen der IV-Stelle und des behandelnden Arztes, der behandelnden Ärztin. Auch sind insbesondere Psychiaterinnen und Psychiater auf rechtzeitige Informationen über den Verfahrensstand angewiesen, da bestimmte Verfahrenseignisse, wie z.B. das Ergebnis eines medizinischen Gutachtens oder ein Vorbescheid, das Potenzial haben, die versicherte Person zu destabilisieren (Tabelle 6-2). Das unmittelbare Interesse der IV-Stellen an diesem Informationsfluss auch im Rentenverfahren ist nicht sehr gross. Jedoch dürfte sich die Qualität der Zusammenarbeit positiv auf die Akzeptanz der Entscheide und auf eine eventuelle weitere Zusammenarbeit im gleichen Fall (wie z.B. im Rahmen einer eingliederungsorientierten Rentenrevision) oder auch in anderen Fällen auswirken.

Tabelle 6-2: Empfehlenswerte Praktiken für den weiteren Austausch

		MM	EI	RP	RR
E. Vervollständigung von Informationen					
E1	Gute Erreichbarkeit aller zuständigen Personen (auch RAD) sicherstellen	x	x	x	x
E2	Austauschkanal situativ wählen	x	x	x	x
E3	Austausch vor Verfahrensbeginn pflegen	x			
F. Koordination des IV-Verfahrens mit der ärztlichen Behandlung					
F1	Behandlungsplan und IV-Massnahmen koordinieren und gemeinsam begleiten		x	x	x
F2	Geeignetes Gefäss für den Austausch situativ wählen		x	x	x
F3	Transparente und rechtzeitige Information über das Verfahren		x	x	x
F4	Nachvollziehbare Begründungen von Entscheidungen	x	x	x	x
F5	Rolle der versicherten Person beim Informationsaustausch klären		x	x	x
F6	Transparenz über Entschädigung herstellen	x	x	x	x

Darstellung Büro Vatter. Abkürzungen: MM: Medizinische Massnahmen; EI: Eingliederung; RP: Rentenprüfung; RR: Rentenrevision.

E: Vervollständigung von Informationen

Dass zur Vervollständigung von Informationen der direkte Kontakt mit dem Zusammenarbeitspartner gesucht wird, ist gängige Praxis in allen IV-Stellen. Erleichtert wird dies, wenn beide Seiten bei Kontaktversuchen des Partners gut erreichbar sind, damit das Verfahren nicht verzögert wird (E1). Dies setzt voraus, dass die IV-Stellen über eine Kontaktstelle verfügen, welche nachfragende behandelnde Ärztinnen und Ärzte schnell an die zuständige Person nicht nur der IV-Stelle, sondern auch beim RAD weiterleiten kann. Es wurde nicht im Detail untersucht, wie die IV-Stellen dies sicherstellen. Bezüglich des RAD erweist es sich als Vorteil, wenn die dort zuständigen Ärztinnen und Ärzte bei der IV-Stelle des betreffenden Kantons vor Ort arbeiten, wie das in allen untersuchten IV-Stellen der Fall ist. Behandelnde Ärztinnen und Ärzte sollten umgekehrt auf Nachfragen der IV-Stellen möglichst kurzfristig verfügbar sein. In Kliniken, mit denen die IV-Stelle regelmässig zu tun hat, erweist sich nach Erfahrung von IV-Stellen das Einrichten einer Kontaktstelle für die IV hierfür als nützlich.

Als Austauschkanäle bietet sich bei einfachen Nachfragen ein E-Mail-Kontakt an; dieser Austauschkanal hat sich wie erwähnt als flexibles Kommunikationsmittel bewährt. Bei Diskussionsbedarf kann telefoniert oder allenfalls eine Sitzung vereinbart werden, wobei die Resultate protokolliert werden sollten, damit beide Seiten bezüglich des Ergebnisses des Gesprächs dokumentiert sind (E2).

Bei medizinischen Massnahmen kann es für behandelnde Ärztinnen und Ärzte empfehlenswert sein, sich vor Einreichung des Leistungsgesuchs bei der IV-Stelle zu erkundigen, welche spezi-

fischen Abklärungen für die IV wichtige Informationsgrundlagen darstellen (E3). Dies entlastet und beschleunigt gemäss Interviewaussagen das Verfahren.

F: Koordination des IV-Verfahrens mit der ärztlichen Behandlung

In der Eingliederung – und dabei vor allem bei Integrationsmassnahmen – haben sowohl IV-Stellen als auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ein Interesse daran, dass die geplante Massnahme und die medizinische Behandlung gut koordiniert sind, so dass beide Seiten hinter der Massnahme stehen und die versicherte Person unterstützen können (F1). Während der Massnahme empfiehlt sich insbesondere bei Schwierigkeiten für beide Partner die Kontaktaufnahme, bevor autonom eine Entscheidung mit potenziell weitreichenden Konsequenzen für die medizinische Behandlung oder die Eingliederung der versicherten Person getroffen wird. Je nach Komplexität des Falls und je nachdem, welche weiteren Akteure in die Massnahmenplanung einbezogen sind, empfehlen sich unterschiedliche Gefässe des Austauschs (F2): Telefonbesprechung, Dreiseitengespräch, Runder Tisch mit Einbezug Arbeitgeber oder Durchführungsstelle einer Eingliederungsmassnahme, weitere Akteure.

Nicht nur bei der Eingliederung, sondern auch im Rentenverfahren haben behandelnde Ärztinnen und Ärzte ein Interesse, transparent über das Verfahren informiert zu werden; sie möchten einerseits Bescheid wissen über wichtige Verfahrenseignisse, da diese auch das Wohlbefinden ihrer Patientinnen und Patienten beeinflussen. Andererseits möchten sie darüber informiert sein, ob die IV ihre Beurteilungen des Patienten/der Patientin teilt oder nicht, um allenfalls Stellung beziehen zu können oder die Behandlung anzupassen. Es empfiehlt sich deshalb – auch im Sinne der Akzeptanz des Entscheides – grundsätzlich, dass die IV-Stelle einen guten Informationsrückfluss gewährleistet (F3). Eine direkte Information des Arztes oder der Ärztin kann bei folgenden Verfahrenseignissen sinnvoll sein, insbesondere wenn der Informationsfluss von der versicherten Person zum behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin nicht sichergestellt ist:

- Aufnahme von Eingliederungsmassnahmen
- Veranlassung externer Gutachten
- Ergebnisse externer Gutachten
- Vorbescheide (Eingliederungsmassnahmen, Rentenentscheid)
- Entscheide über Massnahmen (Eingliederungsmassnahmen, Rentenentscheid)

Beim Informationsrückfluss ist im Interesse der versicherten Person den Grundsätzen des Datenschutzes Rechnung zu tragen. Diesbezüglich liessen sich in den IV-Stellen unterschiedliche Auffassungen über die Frage feststellen, ob zur Auskunftserteilung an Ärztinnen und Ärzte und zur Akteneinsicht über die Anmeldung hinaus eine explizite Vollmacht der versicherten Person notwendig ist. Diesbezüglich ist eine Klärung durch den Bund wünschenswert (vgl. Abschnitt 6.2.6).

Vorbescheide und Entscheide (Mitteilungen/Verfügungen) sollte die IV-Stelle im Sinne der Transparenz und Akzeptanz für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nachvollziehbar be-

gründen. Zwei untersuchte IV-Stellen verwiesen auf entsprechende Anstrengungen ihre Entscheidungsbegründungen anzupassen (F4).

Zu beachten ist insbesondere in der Eingliederung, aber auch bei der Rentenprüfung die Rolle der versicherten Person (F5). Soweit es ihr zumutbar und sie dazu in der Lage ist, soll sie für die Kommunikationsflüsse mitverantwortlich sein. Hierüber bestand unter den an der Studie teilnehmenden Mitarbeitenden der IV-Stellen und der Ärzteschaft Einigkeit. Dabei ist zu beachten, dass eine indirekte Information zwischen Arzt oder Ärztin und IV das Risiko von Verzögerungen und Missverständnissen birgt.

Schliesslich kann von der IV-Stelle erwartet werden, dass sie über die Entschädigung der hier beschriebenen Formen des Austauschs transparent informiert (F6; kann auch Gegenstand von fallunabhängigen Kontakten sein). Die Höhe der Entschädigungsansprüche festzulegen ist jedoch eine Massnahme auf übergeordneter Ebene (vgl. Abschnitt 6.1.3).

6.2.5 Fallunabhängige Kontakte pflegen

Dass fallunabhängige Kontakte einen Beitrag zur Wissensvermittlung und zur Vertrauensbildung bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten leisten können, ist bei den IV-Stellen unbestritten. Ebenso anerkennen sie, dass diesbezüglich eine Bringschuld der IV besteht. Auch die an den Fallstudien und Workshops teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte signalisierten diesbezüglich Offenheit und Interesse; hierbei handelt es sich jedoch vermutlich um eine besonders interessierte Untergruppe. Nach Einschätzungen im Rahmen der Workshops ist es mit Schwierigkeiten verbunden, ein nachhaltiges Interesse für die Thematik zu wecken. Die nachfolgenden empfehlenswerten Praktiken zielen auf eine möglichst erfolgversprechende Organisation und Gestaltung von Informationsveranstaltungen und geben Hinweise auf weitere vorgefundene Formen von fallunabhängiger Zusammenarbeit und ihr mutmassliches Wirkungspotenzial.

Tabelle 6-3: Empfehlenswerte Praktiken für fallunabhängige Kontakte

		MM	EI	RP	RR
G. Informationsveranstaltungen und Schulungen					
G1	Etablierte Gefässe nutzen (v.a. ärztliche Fortbildung)	x	x	x	x
G2	Bedürfnisgerechte Inhalte	x	x	x	x
H. Weitere Formen fallunabhängiger Kontakte					
H1	Vereinbarung mit Fachgesellschaft gemeinsam erarbeiten	x	x	x	x
H2	Gemeinsame Entwicklung von Arbeitsinstrumenten der IV	x	x	x	x

Darstellung Büro Vatter. Abkürzungen: MM: Medizinische Massnahmen; EI: Eingliederung; RP: Rentenprüfung; RR: Rentenrevision.

G: Informationsveranstaltungen und Schulungen

Für die Durchführung von Informationsveranstaltungen durch die IV-Stelle oder den RAD bewähren sich Gefässe und Informationskanäle, die in der Ärzteschaft etabliert sind. Dies bringt den Informationstätigkeiten der IV eine höhere Aufmerksamkeit und Akzeptanz seitens der Ärztinnen und Ärzte. Hier ist primär die Zusammenarbeit mit Facharztverbänden zu nennen. In Kliniken empfehlen sich Schulungen, die in den ordentlichen klinikinternen Schulungsalltag integriert sind. Gelingt es, Veranstaltungen im Rahmen der ärztlichen Fortbildung durchzuführen (Qualitäts- und Fortbildungszirkel), besteht für die Ärztinnen und Ärzte aufgrund der Anrechenbarkeit an ihre Fortbildungspflicht ein zusätzlicher Teilnehmeanreiz.

Nach Möglichkeit sollte aus Sicht der Autoren versucht werden, konkrete Bedürfnisse und Erwartungen der Ärztinnen und Ärzte an die Veranstaltung zu klären. Neben den Informationen über die Grundlagen, Instrumente und Verfahren der IV sollten spezifische Informationen über die Erwartungen an die Ärztinnen und Ärzte weitergegeben werden. Gleichzeitig sollten diese Gelegenheit erhalten, sich zu ihren Erfahrungen mit der IV und ihren Erwartungen an die IV zu äussern. Die Veranstaltungen sollten auch genutzt werden, um Ansprechpersonen der IV und des RAD den Ärztinnen und Ärzten bekanntzumachen, um der IV „ein Gesicht zu geben“.

H: Weitere Formen fallunabhängiger Kontakte

Die IV-Stellen haben eine Reihe weiterer Aktivitäten ergriffen, welche der Informationsvermittlung dienen, so etwa eine Hotline für Ärztinnen und Ärzte eingerichtet, Flyer kreiert, Beiträge in Ärztezeitungen verfasst oder ihre Website im Hinblick auf eine erhöhte Benutzerfreundlichkeit für Ärztinnen und Ärzte umgestaltet.

Speziell als empfehlenswerte Praktiken hervorgehoben werden können zwei von IV-Stellen umgesetzte Massnahmen, die sich durch ein hohes Mass an Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft auszeichnen. Sie sind mit einem besonderen Aufwand verbunden, nach Einschätzung der Befragten haben sie jedoch auf beiden Seiten Lerneffekte ausgelöst und das Vertrauen gefördert. Es ist plausibel, dass die gemeinsam entwickelten Produkte dieser Zusammenarbeit darüber hinaus in der Ärzteschaft eine erhöhte Legitimation geniessen.

Bei diesen zwei Massnahmen handelt es sich erstens um eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit zwischen einer Fachgesellschaft und einer IV-Stelle (H1). Diese regelt in den Grundzügen die gegenseitigen Ansprüche und Pflichten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und der IV-Stelle, respektive des RAD in den einzelnen Verfahren. Zweitens handelt es sich um gemeinsam mit Teilen der Ärzteschaft erarbeitete Arbeitsinstrumente einer IV-Stelle, die in den Verfahren eingesetzt werden können. Die bestehenden Beispiele sind einerseits ein Arztberichtsfeld, das speziell auf die Situation von krebserkrankten Personen im IV-Verfahren ausgerichtet ist, andererseits ein gemeinsam formuliertes Muster-Erinnerungsschreiben an Ärztinnen und Ärzte, die den Arztbericht nicht innerhalb der erwarteten Frist geschickt haben (H2).

6.2.6 Möglicher Handlungsbedarf auf Bundesebene

Die vorgängig beschriebenen empfehlenswerten Praktiken der Zusammenarbeit zielen primär auf die IV-Stellen und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Die Befunde der Studie verweisen jedoch auf zwei Aspekte, welche auch den Bund betreffen:

- *Informationen der IV-Stelle zu den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Vollmachtenregelung:* Die im Rahmen dieser Studie untersuchten IV-Stellen gehen mit der Frage ihrer Ermächtigung zur Herausgabe von Informationen z.B. zum Verfahrensstand an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte unterschiedlich um. Vier von fünf untersuchten IV-Stellen holen mit einem eigenen Formular eine schriftliche Vollmacht der versicherten Person ein, bevor sie behandelnde Ärztinnen und Ärzte mit Informationen versorgen. Dabei kann es sich um eine Generalvollmacht handeln, die gleich nach der Anmeldung der versicherten Person zur Unterzeichnung vorgelegt wird, oder um eine ganz spezifische Vollmacht, auf der die Adressaten von Informationen der IV-Stelle namentlich aufgeführt werden. Eine IV-Stelle hingegen stützt die Herausgabe von Informationen auf eine entsprechende Formulierung im Anmeldeformular der versicherten Person ab. Die verschiedenen Vorgehensweisen begünstigen oder erschweren den Informationsfluss an den behandelnden Arzt oder die behandelnden Ärzte, gleichzeitig sind aber auch die Verfügungsmöglichkeiten der versicherten Person über ihre persönlichen Daten unterschiedlich (Datenschutz). Die IV-Stellen vertreten somit unterschiedliche Auffassungen darüber, zu welchen Informationsaktivitäten der entsprechende Abschnitt der Anmeldung ermächtigt und für welche eine zusätzliche Vollmacht der versicherten Person notwendig ist. Es empfiehlt sich deshalb eine Klärung durch die zuständige Behörde auf Bundesebene, welche Vorgehensweisen rechtlich geboten sind, und eine entsprechende Information der IV-Stellen. Aufzuführen wäre insbesondere explizit, welche Informationen einer schriftlichen Vollmacht bedürfen und welche von der Ermächtigung in der Anmeldung bereits erfasst sind. Insofern ein rechtlicher Spielraum besteht oder rechtliche Anpassungen vorgenommen werden, sind die Interessen an einem transparenten und effizienten Verfahren und die Datenschutzinteressen der versicherten Person abzuwägen.
- *Arztberichtsformulare:* Wie die Ausführungen in Kapitel 5 zeigen, haben die IV-Stellen über die beiden bestehenden Standard-Arztberichtsformulare hinaus verschiedene eigene Berichtsformulare und Beiblätter kreiert, um die den Behandelnden unterbreiteten Fragen dem Verfahrensstand oder Art des betroffenen Gebrechens anzupassen. Diese auf die Besonderheiten des Falls ausgerichtete Praxis erachten die Forschenden wie erwähnt als empfehlenswert, weil die Zahl irrelevanter Fragen verringert wird. Es besteht ein Potenzial, die gesammelten Erfahrungen der IV-Stellen zu nutzen, um die bestehenden eidgenössischen Formulare anzupassen oder sie mit vereinfachten Formularen oder Beiblättern für Situationen zu ergänzen, in denen ein geringerer Informationsbedarf besteht (z.B. Aktualisierung während des Verfahrens, Revisionsverfahren, Beiblätter für spezifische Gebrechen). Eine koordinierte Vorgehensweise könnte die Verbreitung besonders geeigneter Erhebungsformulare beschleunigen. Gleichzeitig kann damit

dem Potenzial von Rechtsungleichheiten, das durch kantonal unterschiedliche Arztberichtsformulare bestehen könnte, begegnet werden. Gegen eine Standardisierung spricht umgekehrt, dass die IV-Stellen über unterschiedliche Prozessorganisationen verfügen und die von ihnen verwendeten Formulare auf diese Prozesse abgestimmt sind. In jedem Fall ist vor Inangriffnahme allfälliger Standardisierungsbemühungen auf nationaler Ebene das Bedürfnis bei den IV-Stellen abzuklären; bei der Entwicklung angepasster Arztberichtsformulare sind sowohl die IV-Stellen als auch die Ärzteschaft einzubeziehen.

6.3 Fazit

Der vorliegende Bericht zeigt bezüglich der Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen und behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Durchschnitt eine mittelmässige Zufriedenheit sowohl der behandelnden Ärztinnen und Ärzte als auch der IV-Stellen. Gleichzeitig zeigen sich grosse Unterschiede von Einzelfall zu Einzelfall: Beispiele von beidseitig hoher Zufriedenheit, in denen ein konstruktiver Dialog im Idealfall zu einer erfolgreichen Eingliederung der versicherten Person beiträgt, bestehen in allen IV-Stellen genauso wie Beispiele, in denen die Zusammenarbeit nicht funktioniert. Dies hängt unter anderem mit der unterschiedlichen Komplexität der zu beurteilenden Fälle und den unterschiedlichen Konzepten von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zwischen Versicherungsmedizin und Medizin zusammen, die nicht bei allen Gebrechen gleich zum Tragen kommen.

In der vorliegenden Studie wurden – zumeist in der Praxis von IV-Stellen bereits bewährte – empfehlenswerte Vorgehensweisen zusammengetragen. Diese sollen dazu beitragen, dass die Zahl der erfolgreichen Beispiele der Zusammenarbeit steigt und der Grad der Unzufriedenheit sinkt. Sie zielen im Kern darauf ab, die formelle schriftliche Kommunikation auf das Zweckmässige zu beschränken sowie beidseitig den persönlichen Kontakt zu suchen, wo dieser schneller zum Ziel führt, und wo er zu einem besseren Verständnis beider Partner über die Haltung und Vorgehensweisen des jeweils anderen beitragen kann. Der gemeinsame Nenner dieser Praktiken ist, dass sie über den Einzelfall hinaus sowohl in den IV-Stellen als auch in der Ärzteschaft eine wertschätzende Grundhaltung für den Partner, die Partnerin in der konkreten Zusammenarbeit stärken sollen. Die Pflege fallunabhängiger Kontakte zur Wissensvermittlung und Vertrauensbildung leistet einen Beitrag in gleicher Richtung.

Die grundlegenden Differenzen zwischen Medizin und Versicherungsmedizin werden weiterhin zu unterschiedlichen Einschätzungen und damit auch zu Konflikten zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Mitarbeitenden der IV-Stellen über die Erwerbsfähigkeit, die geeigneten Massnahmen der IV oder die geeignete medizinische Behandlung von versicherten Personen führen. Die gegenseitige Wertschätzung der beteiligten IV-Mitarbeitenden sowie Ärztinnen und Ärzte kann jedoch dazu beitragen, dass auch in solchen Fällen der Informationsaustausch effizient funktioniert und ein dem konkreten Einzelfall angepasstes Verfahren sowie zumindest eine gute Koordination von IV-Verfahren und medizinischer Behandlung erfolgt.

Dokumente und Literatur

- Bachmann, Ruth und Cornelia Furrer (1999). Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bolliger, Christian und Marius Féraud (2010). Der Austausch von Personendaten zwischen Bundes-, Kantons- und Gemeindebehörden. Schlussbericht. Bern: Bundesamt für Justiz.
- Bolliger, Christian und Marius Féraud (2012). Evaluation des Bundesgesetzes über Massnahmen zur Bekämpfung der Schwarzarbeit (BGSA). Schlussbericht. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
- Bolliger, Christian, Jonas Willisegger und Christian Rüefli (2007). Die Rechtsprechung und Gerichtspraxis in der Invalidenversicherung und ihre Wirkungen. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bolliger, Christian, Tobias Fritschi, Renate Salzgeber, Pascale Zürcher und Oliver Hümbelin (2013). Eingliederung vor Rente: Evaluation der Früherfassung, der Frühintervention und der Integrationsmassnahmen in der Invalidenversicherung. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- BSV (2013a). IV-Statistik 2012. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- BSV (2013b). Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2012. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen
- BSV (2014). Faktenblatt: Insgesamt positive Zwischenbilanz der beruflichen Eingliederung – Erwartungen an Effekt der IV-Revision 6a bisher kaum erfüllt. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bundesrat (2010). Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket). Bundesblatt 2010: 1817-1940.
- Eidgenössische Finanzkontrolle EFK (2012). Medizinische Massnahmen in der Invalidenversicherung. Evaluation der Umsetzung und Analyse der Kostenentwicklung.
- Féraud, Marius und Christian Bolliger (2013). Kooperationsmodelle im Bereich Prävention, Intervention und Repression. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Grete, Walter (2010). Die Staatsverdrossenheit der Ärzteschaft – ein Risikofaktor für den Sozialstaat. Schweizerische Ärztezeitung 91/37: 1439-1441.
- Guggisberg, Jürg et al. (2015). Der Abklärungsprozess in der Invalidenversicherung bei Rentenentscheiden: Prozesse, Akteure, Wirkungen. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Kapitz, Christian und Ruth Meili (2007). Die Beziehung zwischen Hausarzt und Patient – aufrichtige Liebe oder nur eine leidliche Zweckgemeinschaft? Luzern: LINK.

- Kocher, Ralph (2014). Zwei Jahre Suisse MED@P – Wo stehen wir? Soziale Sicherheit 5/2014: 288-290.
- Morris, Therese (2010a). Im Spannungsfeld verschiedener Interessen? Schweizerische Ärztezeitung 91/46: 1578-1579.
- Ritler, Stefan (2012). Eingliederung ist eine Chance, Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern. Schweizerische Ärztezeitung 93/11: 409-410.
- Romann, Christine (2010a). Dialog statt Spannungsfelder. Schweizerische Ärztezeitung 91/40: 1578.
- Romann, Christine (2010b). IV: Wiedereingliederung braucht echte Anreize für Arbeitgeber. Schweizerische Ärztezeitung 91/46: 1803.
- Romann, Christine (2012). Zusammenarbeit mit der IV – ein Weg aus der Sackgasse. Schweizerische Ärztezeitung 93/11: 397.
- SAMW/FMH (2013). Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. Basel/Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften und Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH.
- Schilling, Gerhard (2014). Die Meinung von uns Hausärzten ist für die IV nicht relevant. Warum fragt sie uns dann überhaupt? Primary Care 14/21: 333.

Anhang

Anhang 1: IV-Stellen-Befragung, methodischer Steckbrief

Befragt wurden alle 26 IV-Stellen. Die Befragung startete am 30. Oktober 2013. Es wurde ein Reminding durchgeführt. Bis Ende November hatten sämtliche IV-Stellen den Fragebogen ausgefüllt. Ein Grossteil der Kantone füllte die Befragung online aus; vereinzelt wurden die Fragen aber auch in einer PDF-Datei bearbeitet und den Auftragnehmenden zugestellt.

Je nach Kanton wurde eine unterschiedlich grosse Anzahl Fragebögen ausgefüllt:

- 17 Kantone haben genau einen Fragebogen ausgefüllt. Dabei ist es durchaus möglich, dass mehrere Mitarbeitende der IV-Stelle zur Beantwortung beigetragen haben, z.B. dass die vier Bereiche von unterschiedlichen Personen bearbeitet wurden.
- 4 Kantone haben zwei Fragebögen komplett beantwortet; bei 5 Kantonen (Anzahl ausgefüllte Fragebogen [in absteigender Reihenfolge]: 81, 39, 27, 13, 10) lagen z.T. deutlich mehr ausgefüllte Fragebögen vor. Die Antworten dieser Kantone wurden folgendermassen für die Auswertung aufbereitet:
 - Bei den Prozentangaben zur Qualität der Zusammenarbeit wurde der arithmetische Mittelwert aus den für einen Kanton vorliegenden Schätzungen gebildet. Dieser wurde für die weiteren Auswertungen verwendet. Ergab die Summe der Angaben bei einem der ausgefüllten Fragebögen nicht 100%, so wurden die Zahlen entsprechend gewichtet.
 - Bei den Einschätzungen zur Relevanz der Zusammenarbeit wurde jeder Kategorie ein Wert zugewiesen (6-Skala; Werte von 1-6). Anschliessend wurde aus den vorliegenden Einschätzungen eines Kantons der arithmetische Mittelwert gebildet; daraus wurde die Einschätzung des Kantons ermittelt, die für die Auswertungen berücksichtigt wurde. Analog wurde bei der Frage zur Zusammenarbeit gemäss Art. 12 resp. Art. 13 IVG verfahren.
 - Die Einschätzungen zu Schwierigkeiten und Verbesserungsvorschläge (Textantworten) aller ausgefüllter Fragebögen wurden berücksichtigt.
 - Bei den Antworten zu den Fachdisziplinen wurden pro Kanton diejenigen Disziplinen in der Auswertung berücksichtigt, die mindestens einmal genannt worden sind.

Anhang 2: Auswahl der Fallstudienkantone

Im Rahmen von Fallstudien sollte die Zusammenarbeit zwischen der IV und den behandelnden Ärzten und Ärztinnen in fünf Kantonen vertieft untersucht werden. Es sollten zwei Kantone aus der lateinischen Schweiz und drei aus der Deutschschweiz ausgewählt werden. Es wurde angestrebt, die Auswahl der Kantone so zusammenzustellen, dass bezüglich jedes der vier Bereiche jeweils sowohl Kantone berücksichtigt werden, welche die Zusammenarbeit als überwiegend gut bis sehr gut funktionierend einschätzen, als auch solche, in denen Schwierigkeiten vorliegen (Kriterium 1: *Varianz innerhalb eines Bereichs*).

Bezogen auf die einzelnen auszuwählenden Kantone wurde Varianz zwischen den Bereichen als wichtiges Auswahlkriterium betrachtet (Kriterium 2: *Varianz innerhalb des Kantons*). Von einer IV-Stelle, welche hinsichtlich der Qualität der Zusammenarbeit in den vier Bereichen zu unterschiedlichen Einschätzungen kommt, wurden interessante Aussagen zu Erfolgsfaktoren, Schwierigkeiten und den Voraussetzungen der Zusammenarbeit erwartet (Gründe, weshalb die Zusammenarbeit unterschiedlich gut läuft).

Die Ergebnisse der IV-Stellenbefragung lieferten zwei Erkenntnisse, die für die Auswahlstrategie der Fallstudien von besonderer Bedeutung waren: Erstens hat sich gezeigt, dass die Zusammenarbeit bei den medizinischen Massnahmen bei Geburtsgebrechen im Vergleich mit den anderen drei Bereichen besser funktioniert und die Unterschiede zwischen den meisten IV-Stellen kleiner sind; diesem Bereich kommt damit bei der Fallauswahl eine sekundäre Bedeutung zu. Zweitens haben Auswertungen ergeben, dass zwischen der Beurteilung der Zusammenarbeit bei der vertieften Rentenprüfung und bei der Rentenrevision ein deutlicher Zusammenhang besteht (Pearsons' Korrelationskoeffizient: 0.75): Die Mehrheit der IV-Stellen beurteilt somit die Zusammenarbeit in diesen Bereichen ähnlich.

Vor diesem Hintergrund fokussierte die Auswahl vor allem darauf, dass die Bereiche Eingliederung sowie Rentenprüfung/Rentenrevision entsprechend der vorgestellten Varianz-Kriterien in der Auswahl abgebildet werden. Die Grundlage für die Fallauswahl bildete somit hauptsächlich die IV-Stellen-Befragung. Weitere Informationsquellen waren BSV (2013) und Bolliger et al. (2013). Weitere bei der Fallauswahl berücksichtigte Kriterien waren:

- Sprachregionen (3 Deutschschweiz, 2 lateinische Schweiz)
- Mittlere bis grosse Kantone
- Berücksichtigung unterschiedlicher RAD-Kreise
- Kanton beurteilt Zusammenarbeit insgesamt mindestens als wichtig

Tabelle A-1 fasst die Merkmale der ausgewählten Kantone zusammen.

Tabelle A_1: Zufriedenheit der ausgewählten Kantone mit der Zusammenarbeit

Kanton	A	D	B	C	E	CH
Med. Massnahmen	3.7	4.0	2.7	3.7	3.0	3.3
Eingliederung	3.7	2.3	2.5	2.8	2.6	2.7
Rentenprüfung	2.9	3.6	1.9	2.2	2.8	2.5
Rentenrevision	3.3	3.8	1.9	3.2	2.7	2.6
RAD-Kreis	I	II	III	I	IV	-

Quelle: IV-Stellen-Befragung. Erläuterungen: Zahlenangabe: Durchschnittswert der Einschätzung der Zusammenarbeit, Wert zwischen 1 (unbefriedigend) und 4 (vollkommen zufriedenstellend). A-E: Zufällig bestimmte Kantonsbezeichnung. I – IV: Zufällig bestimmte Bezeichnung für den jeweiligen RAD-Kreis, dem die IV-Stellen zugeordnet sind

Anhang 3: Befragung von Ärztinnen und Ärzten, Vorgehen

Grundgesamtheit

Die Ziehung der Stichprobe für die Befragung von Ärztinnen und Ärzten erfolgte aus dem Medizinalberuferegister²³, Stand am 10. Februar 2014. Vom Bundesamt für Gesundheit wurde eine Excel-Liste der registrierten Ärztinnen und Ärzte mit Tätigkeit in den fünf zur Stichprobe gehörenden Kantone zur Verfügung gestellt, die auch Angaben über die von der Person erworbenen Facharztstitel sowie dem Jahr, in dem diese Titel erworben wurden, enthielten. Bei Ärztinnen und Ärzten mit mehreren Facharzttiteln wurde der zuletzt anerkannte Titel als Angabe berücksichtigt.

In der Stichprobe sollten nur Ärzte aus Fachdisziplinen enthalten sein, die nach Erfahrung der IV-Stellen typischerweise mit der IV in Kontakt sind. Die entsprechenden Angaben über diese Disziplinen stammten aus der Befragung der IV-Stellen (vgl. Tabelle A-2). Zusätzlich wurde auf Empfehlung der Begleitgruppe die Kinder- und Jugendpsychiatrie berücksichtigt.

Tabelle A-2: Nennung der IV-Stellen: Fachdisziplinen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte

	Medizinische Massnahmen nach Art. 12 IVG	Medizinische Massnahmen nach Art. 13 IVG	Eingliederung	Rentenprüfung	Rentenrevision
Psychiatrie	22	17	23	24	22
Allgemeinmedizin	9	8	24	20	22
Rheumatologie	2	17	19	19	14
Orthopädie	14	10	15	15	11
Neurologie	7	12	8	9	5
Pädiatrie	13	22	3	-	-
Chirurgie	5	10	5	3	4
Innere Medizin	-	6	7	7	7
Onkologie	-	5	8	8	6
Kardiologie	-	3	2	5	2
Weitere	5	15*	5	4	4

Quelle: IV-Stellen-Befragung (N=26). Für jeden Bereich wurde folgende Frage gestellt: „Welchen Fachdisziplinen gehören die behandelnden Ärztinnen und Ärzte vorwiegend an, wenn es bei der Zusammenarbeit um [Bereich] geht?“. Der Zelleintrag gibt an, in wieviel IV-Stellen der Bereich genannt wurde. In der Tabelle sind diejenigen Disziplinen aufgeführt, die häufiger als zehn Mal genannt worden sind.

*: mindestens dreimal genannt: Augenarzt (7), Neonatologie, Zahnarzt (je 4), HNO (3).

²³ <http://www.medregom.admin.ch/>; 15.4.2014. Detailliertere Informationen zum Register unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/00411/>; 15.4.2014.

Vor der Ziehung der Stichprobe wurden deshalb Ärztinnen und Ärzte mit anderem Facharzttitel ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit für die Ziehung der Stichprobe belief sich damit auf gut 5'000 Ärzte aus den genannten Disziplinen. Damit keine Rückschlüsse auf die Kantone möglich sind, wird auf eine detaillierte Darstellung der Grundgesamtheit verzichtet.

Ziehung der zu kontaktierenden Ärzte

Ziel der Stichprobenziehung war eine Auswahl von insgesamt 1'500 zu kontaktierenden Ärztinnen und Ärzten. Weil sich die Ärzteschaft stark unterschiedlich auf die verschiedenen Kantone und Disziplinen verteilt, musste die Auswahl geschichtet werden. Um sicherzustellen, dass aus seltenen Disziplinen wenigstens annähernd eine genügend hohe Zahl Ärztinnen und Ärzte kontaktiert werden konnte, wurde von diesen Stichproben im grössten Kanton mehr Ärztinnen und Ärzte gezogen, so dass die dortige Stichprobe insgesamt grösser ausfiel als in den übrigen Kantonen. Das Vorgehen führte dazu, dass in einigen Kantonen von bestimmten Disziplinen alle registrierten Ärztinnen und Ärzte kontaktiert wurden. Folgende Fallzahlen konnten realisiert werden (Tabelle A-3).

Tabelle A-3: Anzahl kontaktierte Ärztinnen und Ärzte

Kanton	C	D	E	A	B	Total
Allgemeine Innere Medizin*	105	105	105	105	105	525
Chirurgie	20	20	20	20	20	100
Kardiologie	11	15	5	8	20	59
Kinder- und Jugendmedizin	30	30	30	21	30	141
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	21	8	15	10	30	84
Medizinische Onkologie	3	6	0	4	30	43
Neurologie	9	5	9	9	20	52
Orthopädie	36	26	14	22	50	148
Psychiatrie und Psychotherapie	60	48	60	60	60	288
Rheumatologie	5	7	6	5	40	63
Total	300	270	264	264	405	1503

Quelle: Medizininalberuferegister, Stand am 10. Februar 2014. *Inklusive Eintrag „Praktischer Arzt“.

Durchführung der Umfrage

Für die Kontaktierung der Ärzteschaft standen Postadressen zur Verfügung. Die Befragten wurden erstmalig am 4. März 2014 (mit Schreiben des BSV) kontaktiert mit Frist zum Ausfüllen bis am 31. März 2014. Am 21. März wurde den Befragten, die noch nicht geantwortet hatten, ein Erinnerungsschreiben (mit Absender Büro Vatter) zugestellt.

Mit dem Einladungsschreiben wurde den Befragten ein Fragebogen und ein frankiertes Rückantwortcouvert geschickt. Gleichzeitig wurden sie über die Zugangsdaten informiert, mit denen

sie den Fragebogen auch online ausfüllen konnten. Beim Erinnerungsschreiben wurde der Fragebogen nicht mehr mitgeschickt, jedoch nochmals über die Zugangsdaten informiert.

Realisierte Stichprobe / Rücklauf

Von den 1503 im Medizinalberuferegister ausgewiesenen Adressen erwiesen sich 162 als ungültig. Von den verbliebenen 1341 Kontaktierten füllten 325 den Fragebogen rechtzeitig aus, womit sich eine Rücklaufquote von 24% ergibt. Die Stichprobe verteilt sich wie folgt auf die Kantone und Fachdisziplinen (Tabelle A-4):

Tabelle A-4: Realisierte Stichprobe

Kanton	C	D	E	A	B	Total	Rücklauf**
Allgemeine Innere Medizin*	21	21	20	27	14	103	20%
Chirurgie	2	2		1	1	6	6%
Kardiologie	2	1	1	2	7	13	22%
Kinder- und Jugendmedizin	5	7	14	7	7	40	28%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	5	2	3	3	8	21	25%
Medizinische Onkologie	1	1		1	6	9	21%
Neurologie	2	1	5	2	4	14	27%
Orthopädie	11	1	1	6	10	29	20%
Psychiatrie und Psychotherapie	19	14	12	15	15	75	26%
Rheumatologie		2	2	2	9	15	24%
Total	68	52	58	66	81	325	22%
Rücklauf **	23%	19%	22%	25%	20%	22%	

Quelle: Medizinalberuferegister, Stand am 10. Februar 2014; schriftliche Befragung der Ärzteschaft. *Inklusive Eintrag „Praktischer Arzt“. ** Rücklauf bezieht sich auf Anzahl Kontaktierte inkl. ungültiger Adressen (1503).

Bestimmung der Fallzahlen in den Bereichen Eingliederung und Rentenprüfung

Für die Bereiche Eingliederung und Rentenprüfungen wurde die Häufigkeit der Zusammenarbeit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mit der IV-Stelle nicht direkt erhoben. Stattdessen wurde mit einer ersten Frage nach der Anzahl Verfahren im Zusammenhang mit erwachsenen Patientinnen und Patienten gefragt, bei denen es um die Eingliederung und/oder die Rentenprüfung ging (Fallzahl). Mit einer zweiten Frage wurden die Befragten um eine Einschätzung gebeten, für welchen Zweck die IV-Stelle die gemachten Angaben berücksichtigt hat (Antwort in Prozent der Fälle). Dazu standen verschiedene Kategorien zur Auswahl (vgl. Tabelle A-5, erste Spalte).

Tabelle A-5: Zweck der Angaben, Gewichtungsfaktoren

Zweck der Angaben an die IV-Stelle	Eingliederung	Rentenprüfung
Die IV-Stelle prüfte v.a. Möglichkeiten der Eingliederung.	1	0
Die IV-Stelle prüfte v.a., ob Anspruch auf eine Rente besteht.	0	1
Die IV-Stelle prüfte sowohl Eingliederungsmöglichkeiten als auch den Anspruch auf eine Rente.	1	1
Mir war nicht klar, worum es im Verfahren vor allem ging.	0.5	0.5
Ich kann mich nicht erinnern.	0.5	0.5

Quelle: Schriftliche Befragung der Ärzteschaft. Frage: „Versuchen Sie bitte einzuschätzen, für welchen grob geschätzten Prozentanteil der Fälle die IV-Stelle Ihre Angaben und Einschätzungen von der IV-Stelle für die nachfolgend aufgeführten Zwecke berücksichtigt hat. Die Summe der angegebenen Werte sollte 100% ergeben.“

Für die Bestimmung der Fallzahlen pro Bereich (Eingliederung, Rentenprüfung) wurde nun folgendermassen vorgegangen: Die Prozentangaben zur zweiten Frage (Zweck) wurden für beide Bereiche mit den in Tabelle A1-5 aufgeführten Gewichtungsfaktoren (zweite und dritte Spalte) multipliziert; diese Werte wurden anschliessend mit der erhobenen Fallzahl (erste Frage) multipliziert und aufsummiert.

Anhang 4: Fragebogen der schriftlichen Befragungen

- **Befragung der IV-Stellen (Onlinebefragung)**
- **Befragung der Ärztinnen und Ärzte (Postversand)**

Erläuterungen

Willkommen zum Fragebogen über die Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten der versicherten Personen. Der Fragebogen beinhaltet folgende Bereiche der Zusammenarbeit:

- Medizinische Massnahmen bei Personen bis zum 20. Lebensjahr
- Abklärungen der IV zur Eingliederung der versicherten Person
- Vertiefte Prüfung des Rentenanspruchs
- Abklärungen im Rahmen der Rentenrevison

NAVIGATION IM FRAGEBOGEN

1. Benützen Sie zum Wechseln der Seiten nur die im Fragebogen-Formular vorgesehenen Felder ("Weiter", "Zurück") und nicht die Navigations-Buttons Ihres Internet-Browsers.

2. Wenn Sie mit dem Ausfüllen fertig sind, klicken Sie am Ende des Fragebogens auf die Schaltfläche "Antworten abschicken".

ACHTUNG: Sie können nach dem Abschicken Ihre Antworten nicht mehr ändern.

AUSFÜLLEN IN MEHREREN ETAPPEN

1. Wenn Sie den Fragebogen in mehreren Etappen ausfüllen, müssen Sie dies vom gleichen PC aus tun. Von einem anderen PC aus können Sie nicht auf Ihren bereits teilweise ausgefüllten Fragebogen zugreifen.

2. Es werden nur komplett ausgefüllte Seiten gespeichert. Sie schliessen eine Seite ab, indem sie unten auf das Feld "Weiter" klicken.

ACHTUNG: Ihr Internet-Browser muss für das Ausfüllen in mehreren Etappen **COOKIES AKZEPTIEREN** und darf diese beim Schliessen des Browsers nicht löschen. Dies entspricht bei gängigen Browsern den automatischen Voreinstellungen. Wenn Sie diesbezüglich unsicher sind:

- In Mozilla Firefox (aktuelle Version): Im Menü „Extras“ auf „Einstellungen“ klicken. Danach auf den Bereich „Datenschutz“ (Maskensymbol) klicken. Neben dem Satz „Firefox wird eine Chronik“ muss die Option „anlegen“ ausgewählt sein.

- In Microsoft Internet Explorer (aktuelle Version): Im Menü „Extras“ auf „Internetoptionen“ klicken. Danach die Registerkarte „Datenschutz“ anwählen. Der Regler „Einstellungen für die Internetzone“ sollte maximal auf „Hoch“ gestellt sein.

Bei Problemen kontaktieren Sie uns bitte: befragung@buerovatter.ch; 031 312 65 75.

Kanton

1. Bitte geben Sie an, für welche IV-Stelle (Kanton) Sie den Fragebogen ausfüllen:

Personen bis zum 20. Lebensjahr können von der IV medizinische Massnahmen zugesprochen erhalten (Art. 12 und Art. 13 IVG), wobei Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG) in der Praxis im Vordergrund stehen. Hier dreht sich die Zusammenarbeit zwischen der IV-Stelle und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten insbesondere um den regelmässigen Austausch über den therapeutischen Erfolg der Behandlung.

Beurteilung der Zusammenarbeit mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten

2. Wie gut funktioniert nach Ihrer Einschätzung die Zusammenarbeit Ihrer IV-Stelle mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Zusammenhang mit medizinischen Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG)?

Geben Sie bitte an, für welchen grob geschätzten Prozentanteil der Fälle die nachfolgenden Antwortoptionen die Zusammenarbeit am besten beschreiben. Die Summe der angegebenen Werte sollte 100% ergeben.

Vollkommen zufriedenstellend	<input type="text"/>
Eher zufriedenstellend	<input type="text"/>
Eher unbefriedigend	<input type="text"/>
Unbefriedigend	<input type="text"/>
Kann ich nicht beurteilen	<input type="text"/>

Relevanz der Zusammenarbeit

3. Wie wichtig ist eine gute Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bei medizinischen Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art.13 IVG) für einen korrekten Vergütungsentscheid?

- Sehr wichtig
- Wichtig
- Eher wichtig
- Eher unwichtig
- Unwichtig
- Bedeutungslos
- Keine Beurteilung möglich

Bemerkungen:

Befragung zur Zusammenarbeit IV-Stellen – behandelnde Ärztinnen/Ärzte

Medizinische Massnahmen für Personen bis zum 20. Lebensjahr

Zusammenarbeit bezüglich medizinischer Eingliederungsmassnahmen (Art. 12 IVG)

4. Als wie gut beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten, wenn es um medizinische Massnahmen zur Eingliederung (nach Art. 12 IVG) und nicht um die Behandlung von Geburtsgebrechen (nach Art. 13) geht?

- Die Zusammenarbeit funktioniert besser
- Die Zusammenarbeit funktioniert etwa gleich gut
- Die Zusammenarbeit funktioniert schlechter
- Keine Beurteilung möglich

Bemerkungen:

Befragung zur Zusammenarbeit IV-Stellen – behandelnde Ärztinnen/Ärzte

Medizinische Massnahmen für Personen bis zum 20. Lebensjahr

Schwierigkeiten und Verbesserungsmöglichkeiten

5. Welche Schwierigkeiten und welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen bei der Zusammenarbeit mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten bei medizinischen Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG) oder zur Eingliederung (Art. 12 IVG)?

Befragung zur Zusammenarbeit IV-Stellen - behandelnde Ärztinnen/Ärzte

Medizinische Massnahmen für Personen bis zum 20. Lebensjahr

Fachdisziplinen aufseiten der Ärztinnen und Ärzte (Art. 13 IVG)

6. Welchen Fachdisziplinen gehören die behandelnden Ärztinnen und Ärzte vorwiegend an, wenn es bei der Zusammenarbeit um medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG) geht?

Befragung zur Zusammenarbeit IV-Stellen - behandelnde Ärztinnen/Ärzte

Medizinische Massnahmen für Personen bis zum 20. Lebensjahr

Fachdisziplinen aufseiten der Ärztinnen und Ärzte (Art. 12 IVG)

7. Welchen Fachdisziplinen gehören die behandelnden Ärztinnen und Ärzte vorwiegend an, wenn es bei der Zusammenarbeit um medizinische Massnahmen zur Eingliederung (Art. 12 IVG) geht?

Eingliederung

IV-Verfahren sind in der Anfangsphase in der Regel darauf ausgerichtet, das Eingliederungspotential einer versicherten Person zu ermitteln und deren Erwerbsfähigkeit mittels geeigneter Eingliederungsmassnahmen wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte verfügen über Informationen zur Krankheitsgeschichte, zur medizinischen Situation und zum Eingliederungspotenzial der versicherten Person.

Beurteilung der Zusammenarbeit mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten

8. Wie gut funktioniert nach Ihrer Einschätzung die Zusammenarbeit Ihrer IV-Stelle mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bei der Feststellung des Eingliederungspotentials und der Ressourcen einer versicherten Person sowie während der Eingliederung?

Geben Sie bitte an, für welchen grob geschätzten Prozentanteil der Fälle die nachfolgenden Antwortoptionen die Zusammenarbeit am besten beschreiben. Die

Summe der angegebenen Werte sollte 100% ergeben.

Vollkommen zufriedenstellend	<input type="text"/>
Eher zufriedenstellend	<input type="text"/>
Eher unbefriedigend	<input type="text"/>
Unbefriedigend	<input type="text"/>
Kann ich nicht beurteilen	<input type="text"/>

Eingliederung

Relevanz der Zusammenarbeit

9. Wie wichtig ist eine gute Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bei der Abklärung von Möglichkeiten der Eingliederung für den tatsächlichen Eingliederungserfolg?

- Sehr wichtig
- Wichtig
- Eher wichtig
- Eher unwichtig
- Unwichtig
- Bedeutungslos
- Keine Beurteilung möglich

Bemerkungen:

Eingliederung

Schwierigkeiten und Verbesserungsmöglichkeiten

10. Welche Schwierigkeiten und welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen bei der Zusammenarbeit mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten bei der Abklärung von Möglichkeiten der Eingliederung?

Eingliederung

Fachdisziplinen aufseiten der Ärztinnen und Ärzte

11. Welchen Fachdisziplinen gehören die behandelnden Ärztinnen und Ärzte vorwiegend an, wenn es bei der Zusammenarbeit um die Abklärung von Möglichkeiten der Eingliederung geht?

Vertiefte Prüfung des Rentenanspruchs

Wenn die IV-Stellen den Rentenanspruch der versicherten Person vertieft prüfen, bildet die Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person durch die behandelnde Ärztin und den behandelnden Arzt im Arztbericht eine Entscheidungsgrundlage.

Beurteilung der Zusammenarbeit mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten

12. Wie gut funktioniert nach Ihrer Einschätzung die Zusammenarbeit Ihrer IV-Stelle mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Zusammenhang mit der vertieften Prüfung des Rentenanspruchs?

Geben Sie bitte an, für welchen grob geschätzten Prozentanteil der Fälle die nachfolgenden Antwortoptionen die Zusammenarbeit am besten beschreiben. Die Summe der angegebenen Werte sollte 100% ergeben.

- Vollkommen zufriedenstellend
- Eher zufriedenstellend
- Eher unbefriedigend
- Unbefriedigend
- Kann ich nicht beurteilen

Vertiefte Prüfung des Rentenanspruchs

Relevanz der Zusammenarbeit

13. Wie wichtig ist eine gute Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der vertieften Prüfung des Rentenanspruchs, damit der Rentenanspruch der versicherten Person möglichst zutreffend beurteilt werden kann?

- Sehr wichtig
- Wichtig
- Eher wichtig
- Eher unwichtig
- Unwichtig
- Bedeutungslos
- Keine Beurteilung möglich

Bemerkungen:

Vertiefte Prüfung des Rentenanspruchs

Schwierigkeiten und Verbesserungsmöglichkeiten

14. Welche Schwierigkeiten und welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen bei der Zusammenarbeit mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten bezüglich der vertieften Prüfung des Rentenanspruchs?

Vertiefte Prüfung des Rentenanspruchs

Fachdisziplinen aufseiten der Ärztinnen und Ärzte

15. Welchen Fachdisziplinen gehören die behandelnden Ärztinnen und Ärzte vorwiegend an, wenn es bei der Zusammenarbeit um die vertiefte Prüfung des Rentenanspruchs geht?

Abklärungen im Rahmen der Rentenrevision

Im Rahmen von Rentenrevisionen kommt der behandelnden Ärztin und dem behandelnden Arzt unter anderem die Rolle zu, sich zur Veränderung des Gesundheitszustands der versicherten Person, zur Wirkung von Behandlungen, zur Veränderung des Eingliederungspotenzials oder möglichen Massnahmen zu dessen Verbesserung zu äussern.

Beurteilung der Zusammenarbeit mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten

16. Wie gut funktioniert nach Ihrer Einschätzung die Zusammenarbeit Ihrer IV-Stelle mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Zusammenhang mit Rentenrevisionen?

Geben Sie bitte an, für welchen grob geschätzten Prozentanteil der Fälle die nachfolgenden Antwortoptionen die Zusammenarbeit am besten beschreiben. Die Summe der angegebenen Werte sollte 100% ergeben.

Vollkommen zufriedenstellend	<input type="text"/>
Eher zufriedenstellend	<input type="text"/>
Eher unbefriedigend	<input type="text"/>
Unbefriedigend	<input type="text"/>
Kann ich nicht beurteilen	<input type="text"/>

Abklärungen im Rahmen der Rentenrevision

Relevanz der Zusammenarbeit

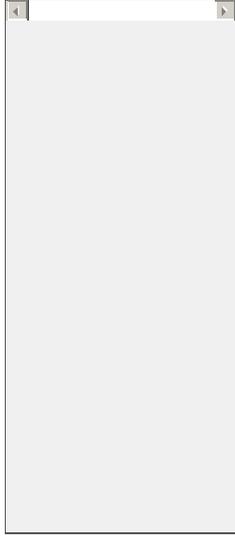
17. Wie wichtig ist eine gute Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Rahmen von Rentenrevision, damit des Gesundheitszustands und das Eingliederungspotenzials der versicherten Person richtig beurteilt werden können?

- Sehr wichtig
- Wichtig
- Eher wichtig
- Eher unwichtig
- Unwichtig
- Bedeutungslos
- Keine Beurteilung möglich

Bemerkungen:

Schwierigkeiten und Verbesserungsmöglichkeiten

18. Welche Schwierigkeiten und welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen bei der Zusammenarbeit mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Rahmen von Rentenrevisionen?



Fachdisziplinen aufseiten der Ärztinnen und Ärzte

19. Welchen Fachdisziplinen gehören die behandelnden Ärztinnen und Ärzte vorwiegend an, wenn es bei der Zusammenarbeit um Rentenrevisionen geht?



Abschluss der Befragung

20. Bitte geben Sie uns nachfolgend eine Kontaktperson für allfällige Rückfragen zum Fragebogen an:

E-Mail:

Telefon:

Sie sind am Ende des Fragebogens – besten Dank fürs Ausfüllen!

ACHTUNG: Wenn Sie Ihre Antworten abgeschickt haben, können Sie sie nicht mehr ändern.

Medizinische Massnahmen für Personen bis zum 20. Lebensjahr

1. Häufigkeit der Zusammenarbeit mit den IV-Stellen

In wie vielen Fällen haben Sie in den vergangenen drei Jahren mit der IV-Stelle Ihres Kantons im Zusammenhang mit medizinischen Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG) oder zur Eingliederung (Art. 12 IVG) zusammengearbeitet/Informationen geliefert?

Geben Sie bitte eine Schätzung für die Anzahl Patienten/Patientinnen in den vergangenen drei Jahren an.

Schätzung:	_____ Patienten/Patientinnen
------------	------------------------------

2. Beurteilung der Zusammenarbeit mit der IV-Stelle

Wie gut funktioniert nach Ihrer Einschätzung die Zusammenarbeit mit der IV-Stelle in Ihrem Kanton im Zusammenhang mit medizinischen Massnahmen?

Geben Sie bitte an, für welchen grob geschätzten Anteil der Patientinnen oder Patienten die nachfolgenden Antwortmöglichkeiten die Zusammenarbeit am besten beschreiben. Die Summe der angegebenen Anteile sollte 100% ergeben. Wenn Sie nur einen Fall erlebt haben, markieren Sie die Beurteilung, die am besten passt, mit dem Wert 100%.

Vollkommen zufriedenstellend	_____ %
Eher zufriedenstellend	_____ %
Eher unbefriedigend	_____ %
Unbefriedigend	_____ %
Kann ich nicht beurteilen	_____ %

3. Schwierigkeiten

Welche Schwierigkeiten bestehen bei der Zusammenarbeit mit der IV-Stelle Ihres Kantons bei medizinischen Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG) oder zur Eingliederung (Art. 12 IVG)?

4. Verbesserungsmöglichkeiten

Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie bei der Zusammenarbeit mit der IV-Stelle Ihres Kantons bei medizinischen Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG) oder zur Eingliederung (Art. 12 IVG)?

Eingliederung und vertiefte Prüfung des Rentenanspruchs bei Erwachsenen

1. Anzahl Verfahren Erwachsene (ohne Rentenrevision)

In wie vielen Fällen haben Sie in den vergangenen drei Jahren mit der IV-Stelle Ihres Kantons im Zusammenhang mit erwachsenen Patienten/Patientinnen im Rahmen eines Eingliederungsverfahrens oder einer vertieften Rentenprüfung zusammengearbeitet/ Informationen geliefert? Zählen Sie Rentenrevisionen und Fälle, bei denen es nur um ein Hilfsmittel (wie z.B. ein Hörgerät) ging, nicht mit.

Geben Sie bitte eine Schätzung für die Anzahl Patienten/Patientinnen in den vergangenen drei Jahren an.

Schätzung:	_____ Patienten/Patientinnen
------------	------------------------------

2. Berücksichtigung der Angaben und Einschätzungen durch die IV-Stelle

Versuchen Sie bitte einzuschätzen, für welchen grob geschätzten Prozentanteil der Fälle die IV-Stelle Ihre Angaben und Einschätzungen für die nachfolgend aufgeführten Zwecke berücksichtigt hat. Die Summe der angegebenen Werte sollte 100% ergeben.

Die IV-Stelle prüfte v.a. Möglichkeiten der Eingliederung	_____ %
Die IV-Stelle prüfte v.a., ob Anspruch auf eine Rente besteht.	_____ %
Die IV-Stelle prüfte sowohl Eingliederungsmöglichkeiten als auch den Anspruch auf eine Rente.	_____ %
Mir war nicht klar, worum es im Verfahren vor allem ging.	_____ %
Ich kann mich nicht erinnern.	_____ %

3. Eingliederung: Beurteilung der Zusammenarbeit mit der IV-Stelle

Wie gut funktioniert nach Ihrer Einschätzung die Zusammenarbeit mit der IV-Stelle in Ihrem Kanton im Zusammenhang mit der Einschätzung des Eingliederungspotenzials und der Abklärung von Möglichkeiten der Eingliederung Ihrer Patientinnen/Patienten?

Geben Sie bitte an, für welchen grob geschätzten Anteil der Patientinnen oder Patienten die nachfolgenden Antwortmöglichkeiten die Zusammenarbeit am besten beschreiben. Die Summe der angegebenen Anteile sollte 100% ergeben. Wenn Sie nur einen Fall erlebt haben, markieren Sie die Beurteilung, die am besten passt, mit dem Wert 100%.

Vollkommen zufriedenstellend	_____ %
Eher zufriedenstellend	_____ %
Eher unbefriedigend	_____ %
Unbefriedigend	_____ %
Kann ich nicht beurteilen	_____ %

4. Eingliederung: Schwierigkeiten

Welche Schwierigkeiten bestehen bei der Zusammenarbeit mit der IV-Stelle Ihres Kantons bei der Einschätzung des Eingliederungspotenzials und der Abklärung von Möglichkeiten der Eingliederung?

5. Eingliederung: Verbesserungsmöglichkeiten

Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie bei der Zusammenarbeit mit der IV-Stelle Ihres Kantons bei der Einschätzung des Eingliederungspotenzials und der Abklärung von Möglichkeiten der Eingliederung?

6. Vertiefte Rentenprüfung: Beurteilung der Zusammenarbeit mit der IV-Stelle

Wie gut funktioniert nach Ihrer Einschätzung die Zusammenarbeit mit der IV-Stelle in Ihrem Kanton im Zusammenhang mit der vertieften Prüfung des Rentenanspruchs Ihrer Patientinnen/Patienten?

Geben Sie bitte an, für welchen grob geschätzten Anteil der Patientinnen oder Patienten die nachfolgenden Antwortmöglichkeiten die Zusammenarbeit am besten beschreiben. Die Summe der angegebenen Anteile sollte 100% ergeben. Wenn Sie nur einen Fall erlebt haben, markieren Sie die Beurteilung, die am besten passt, mit dem Wert 100%.

Vollkommen zufriedenstellend	_____ %
Eher zufriedenstellend	_____ %
Eher unbefriedigend	_____ %
Unbefriedigend	_____ %
Kann ich nicht beurteilen	_____ %

7. Vertiefte Rentenprüfung: Schwierigkeiten

Welche Schwierigkeiten bestehen bei der Zusammenarbeit mit der IV-Stelle Ihres Kantons bei der vertieften Prüfung des Rentenanspruchs?

8. Vertiefte Rentenprüfung: Verbesserungsmöglichkeiten

Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie bei der Zusammenarbeit mit der IV-Stelle Ihres Kantons bei der vertieften Prüfung des Rentenanspruchs?

Abklärungen im Rahmen der Rentenrevision

1. Häufigkeit der Zusammenarbeit mit den IV-Stellen

Wie oft haben Sie in den vergangenen drei Jahren mit der IV-Stelle Ihres Kantons im Zusammenhang mit Rentenrevisionen zusammengearbeitet/Informationen geliefert?

Geben Sie bitte eine Schätzung für die Anzahl Patienten/Patientinnen in den vergangenen drei Jahren an.

Schätzung:	_____ Patienten/Patientinnen
------------	------------------------------

2. Beurteilung der Zusammenarbeit mit der IV-Stelle

Wie gut funktioniert nach Ihrer Einschätzung die Zusammenarbeit mit der IV-Stelle in Ihrem Kanton im Zusammenhang mit Rentenrevisionen?

Geben Sie bitte an, für welchen grob geschätzten Anteil der Patientinnen oder Patienten die nachfolgenden Antwortmöglichkeiten die Zusammenarbeit am besten beschreiben. Die Summe der angegebenen Anteile sollte 100% ergeben. Wenn Sie nur einen Fall erlebt haben, markieren Sie die Beurteilung, die am besten passt, mit dem Wert 100%.

Vollkommen zufriedenstellend	_____ %
Eher zufriedenstellend	_____ %
Eher unbefriedigend	_____ %
Unbefriedigend	_____ %
Kann ich nicht beurteilen	_____ %

3. Schwierigkeiten

Welche Schwierigkeiten bestehen bei der Zusammenarbeit mit der IV-Stelle Ihres Kantons bei Rentenrevisionen?

4. Verbesserungsmöglichkeiten

Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie bei der Zusammenarbeit mit der IV-Stelle Ihres Kantons bei Rentenrevisionen?

Angaben zur Person und Tätigkeit

1. Sind Sie hauptsächlich im Spital oder in freier Praxis tätig?

- Spital
 Freie Praxis

2. Wenn Sie hauptsächlich in freier Praxis tätig sind: Sind Sie als Hausarzt / Hausärztin tätig?

- Ja
 Nein

Abschluss der Umfrage

Im Rahmen unserer Untersuchung möchten wir mit einigen Ärztinnen und Ärzten vertiefende Gespräche (Interview und evtl. Diskussionsrunde auch mit Vertreter/innen der IV-Stelle) zur Zusammenarbeit mit ihrer IV-Stelle führen (ca. April bis Juni). Sind Sie grundsätzlich daran interessiert?

- Ja, ich habe Interesse. Bitte geben Sie uns Ihre E-Mail-Adresse an: _____
 Nein, ich habe kein Interesse

**Sie sind am Ende des Fragebogens – besten Dank fürs Ausfüllen
und für Ihre wertvolle Mitarbeit!**

Erläuterungen zur Zusammenarbeit mit der IV in den vier Bereichen:

Medizinische Massnahmen für Personen bis zum 20. Lebensjahr: Versicherte Personen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr können von der IV medizinische Massnahmen zugesprochen erhalten, wobei Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG) in der Praxis im Vordergrund stehen. Hier dreht sich die Zusammenarbeit zwischen der IV-Stelle und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten insbesondere um den regelmässigen Austausch über den Erfolg der medizinischen Massnahme.

Eingliederung und vertiefte Rentenprüfung: IV-Verfahren sind in der Anfangsphase in der Regel darauf ausgerichtet, das Eingliederungspotential einer versicherten Person zu ermitteln und deren Erwerbsfähigkeit mittels geeigneter Eingliederungsmassnahmen wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern. Die IV-Stellen können hier die behandelnden Ärztinnen und Ärzte einbeziehen, weil diese über Informationen zur Krankheitsgeschichte, zur medizinischen Situation und zum Eingliederungspotenzial der versicherten Person verfügen.

Daneben kann auch der Rentenanspruch der versicherten Person vertieft geprüft werden. Dabei bildet die Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person durch die behandelnde Ärztin und den behandelnden Arzt u.a. im Arztbericht eine Entscheidungsgrundlage.

Rentenrevision: Im Rahmen von Rentenrevisionen kommt der behandelnden Ärztin und dem behandelnden Arzt unter anderem die Rolle zu, sich zur Veränderung des Gesundheitszustands des Rentenbezügers/der Rentenbezügerin, zur Wirkung von Behandlungen, zur Veränderung des Eingliederungspotenzials oder möglichen Massnahmen zu dessen Verbesserung zu äussern.

**Weitere Forschungs- und Expertenberichte aus der Reihe
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=de>

**Autres rapports de recherche et expertises de la série
«Aspects de la sécurité sociale»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=fr>

**Altri rapporti di ricerca e perizie della collana
«Aspetti della sicurezza sociale»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=it>

**Further research reports and expertises in the series
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=en>