

Impulse für die Zusammenarbeit der IV-Stellen mit Ärztinnen und Ärzten

Eine gute Zusammenarbeit zwischen der IV-Stelle und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten trägt zu einem effizienten Verlauf und einem adäquaten Ergebnis der IV-Verfahren bei. Manchmal verläuft die Kooperation jedoch unbefriedigend – zum Beispiel, wenn IV-Stelle und Arzt die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person unterschiedlich beurteilen. Die hier vorgestellte Studie hat bestehende Probleme und ihre Ursachen untersucht und empfehlenswerte Vorgehensweisen der Zusammenarbeit identifiziert.



Christian Bolliger

Büro Vatter, Politikforschung & -beratung



Marius Féraud

Bei der Eingliederung und Prüfung von Leistungsansprüchen versicherter 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 mobilisierbaren Ressourcen einer versicherten Person. Als Vertrauensperson ihrer Patientinnen und Patienten sind die Ärztinnen und Ärzte darüber hinaus wichtige Partner der IV, insbesondere für die Überwindung von Hemmnissen einer beruflichen Eingliederung. Für die Erhebung der ärztlichen Informationen stützt sich die IV-Stelle einerseits auf schriftliche

Arztberichte, meist ein Formular mit Fragen u. a. zur Diagnose und zur Arbeitsfähigkeit der versicherten Person. Andererseits sind aber auch weniger formelle Kontakte (telefonisch, Sitzungen, E-Mail) möglich. Auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind an einer guten Zusammenarbeit interessiert: Sie wünschen sich Informationen über den Verfahrensverlauf und eine gute Koordination des IV-Verfahrens mit der medizinischen Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten.

Im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherungen untersuchte das Büro Vatter die Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen und behandelnden

den Ärztinnen und Ärzten in den vier Bereichen medizinische Massnahmen für Personen bis zum 20. Lebensjahr, Eingliederung, vertiefte Prüfung des Rentenanspruchs und Rentenrevision.

Wirkungsmodell und Ziele der Untersuchung

Eine gute Zusammenarbeit im Einzelfall wird gemäss dem forschungsleitenden Wirkungsmodell der Untersuchung (vgl. Grafik **G1**) durch folgenden Faktoren begünstigt: genügend zeitliche Ressourcen der beteiligten Personen, ein solides Wissen über die Handlungsmöglichkeiten und -grenzen der beteiligten Partner, ähnliche und realistische Erwartungen und Zielvorstellungen über die Zusammenarbeit sowie die gegenseitige Wertschätzung und das Vertrauen der Partner. Dabei werden diese massgeblich von Eigenschaften der beteiligten Akteure (IV-Mitarbeitende, Ärztinnen und Ärzte), von den Instrumenten, Prozessen und der Arbeitsweise der IV-Stellen sowie von strukturellen, organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen geprägt. Während Faktoren wie die Prozessorganisation oder die Pflege fallunabhängiger Kontakte sich durch die IV-Stellen beeinflussen lassen, sind andere – z.B. die rechtlichen Rahmenbedingungen – ihrem Einfluss weitgehend entzogen.

Hauptanliegen der Studie war es einerseits zu ermitteln, wie die beteiligten Akteure die Zusammenarbeit wahrnehmen. Andererseits wurden die Rahmenbedingungen sowie die bestehenden Formen und Instrumente der Zusammenarbeit erhoben und empfehlenswerte Praktiken der IV-Stellen identifiziert.

Vorgehen

Die IV-Stellen und die Ärzteschaft wurden ausgewogen in die Untersuchung einbezogen. In einer schriftlichen Umfrage wurden erstens die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit erhoben und bestehende Schwierigkeiten sowie Verbesserungspotenzial eruiert. Befragt wurden die 26 kantonalen IV-Stellen sowie behandelnde Ärztinnen und Ärzte in fünf Kantonen (n = 325). Zweitens wurden anhand von Dokumentenanalysen und Informationsgesprächen die Organisation, Instrumente und Prozesse der IV-Stellen in den ausgewählten Kantonen exemplarisch untersucht. Diese Fallstudien wurden ergänzt durch je ein Gruppeninterview mit Mitarbeitenden der IV-Stellen und je drei Leitfadengesprächen mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten aus den jeweiligen Kantonen. Ausgehend von den Untersuchungsergebnissen diskutierten drittens Vertreter der IV-Stellen und Ärzteschaft in je einem Workshop in der französischen Schweiz und in der Deutschschweiz basierend auf den durchgeführten Untersuchungen, wie sich die Zusammenarbeit erfolgversprechend gestalten lässt. Daraus leiteten die Autoren der Studie empfehlenswerte Praktiken ab.

Unterschiedliche Konzepte und hinderliche Rahmenbedingungen

Für die IV bildet der Grad der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person eine wichtige Grundlage für die Zuspache allfälliger Eingliederungsmassnahmen oder anderer individueller Leistungen. Dazu befragt sie auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Wie die Untersuchung zeigt, beurteilen die Ärztinnen und Ärzte und die IV die Arbeitsfähigkeit jeweils aufgrund unterschiedlicher Konzepte und Massstäbe. So arbeiten Erstere mit einem weiteren Gesundheits- und Krankheitsbegriff als die IV, der soziale Aspekte stärker einbezieht. Sie beurteilen die Arbeitsfähigkeit tendenziell aufgrund der aktuellen Berufstätigkeit der Person, rein medizinisch und aufgrund ihrer Einschätzung des realen Arbeitsmarkts. Die IV hingegen klärt ab, ob eine Tätigkeit auch in einem der Behinderung angepassten Beruf möglich ist; es wird der erzielbare Lohn vor und nach Eintritt der Behinderung verglichen, und es ist nicht der reale Arbeitsmarkt ausschlaggebend, sondern das theoretische Konstrukt eines ausgeglichenen Arbeitsmarkts. Schliesslich stellt die IV höhere Anforderun-

gen an die Objektivierbarkeit einer Erkrankung, was v.a. bei Schmerz-erkrankungen mit nicht eindeutigen Ursachen und bei psychischen Erkrankungen zu unterschiedlichen Einschätzungen führen kann.

Neben den divergierenden Beurteilungskriterien können auch unterschiedliche Rahmenbedingungen – hier idealtypisch wiedergegeben – die Zusammenarbeit erschweren: Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen zur versicherten Person in einem Auftrags- und oft auch 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. Zudem haben IV-Angelegenheiten bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten als Randthema ihrer Tätigkeit eine tiefe Priorität. Schliesslich ist festzuhalten, dass auch der rechtliche Rahmen (Datenschutz) dem Informationsaustausch gewisse Grenzen setzt.

Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit schwankt von Fall zu Fall

In der schriftlichen Umfrage bewerten die IV-Stellen eine gute Zusammenarbeit als erfolgsrelevant für das IV-Verfahren. Dabei beurteilen sie wie auch die befragten Ärztinnen und Ärzte die Zusammenarbeit mehrheitlich als eher oder als vollständig zufriedenstellend. Die Zufriedenheit schwankt jedoch stark von Fall zu Fall. Sie hängt zusammen mit der Arbeitsweise und der Grundhaltung der beteiligten Personen, mit der Art und Komplexität des zu beurteilenden Gebrechens, aber auch mit strukturellen Faktoren (z.B. mit dem Fall befasste medizinische Fachdisziplin) und mit den bisherigen Erfahrungen in der Zusammenarbeit.

Die Zufriedenheit hängt auch mit dem Verfahrensbereich zusammen:

Forschungsleitendes Wirkungsmodell: Einflussfaktoren der Zusammenarbeit

G1



Quelle: Lit. Bolliger/Féraud

Bei den medizinischen Massnahmen beurteilten die Befragten die Zusammenarbeit in mehr als drei Viertel aller Verfahren zumindest als eher zufriedenstellend. Bei der Rentenprüfung – hier kommen die beschriebenen unterschiedlichen Beurteilungskonzepte voll zum Tragen – gilt dies nur für etwas mehr als die Hälfte der Fälle. Bei der Eingliederung und den Rentenrevisionen liegt der entsprechende Anteil dazwischen.

Quellen der Unzufriedenheit

Häufige Ursachen von Unstimmigkeiten sind Diskrepanzen zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den von der IV eingesetzten Gutachtern in ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person. Die IV-Stellen bemängeln, dass Arztberichte bisweilen wenig informativ sind, insbesondere in Bezug auf die funktionellen Einschränkungen der versicherten Person; auch bestehen Zweifel an der Unabhängigkeit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Letztere wiederum weisen darauf hin, dass sie die einzigen Medizinerinnen und Mediziner im Verfahren sind, deren Beurteilung auf einer längerfristigen Beobachtung der versicherten Person basiert. Ein bedeutender Teil der befragten Ärztinnen und Ärzte äussert zudem grosse Zweifel an der Qualität und Unabhängigkeit externer Gutachten.

Die IV-Stellen sowie die Ärztinnen und Ärzte nannten in den Befragungen weitere Gründe, die bei der Zusammenarbeit im Einzelfall zu Unzufriedenheit führen können. So nehmen IV-Mitarbeitende die Ärztinnen und Ärzte teilweise als zu wenig eingliederungsorientiert wahr, während diese die IV diesbezüglich bisweilen als zu forsch erleben. Ebenfalls erwähnt werden mangelndes Wissen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte über die Verfahrensabläufe und Instrumente der IV (was ärztseitig teilweise eingeräumt wird), ein beidseitig

anerkannter Mangel an direkter Kommunikation und die trotz Verbesserungen zum Teil immer noch zu langen Wartezeiten auf Arztberichte sowie zu lange Verfahrensdauern. Schliesslich empfinden es beide Seiten bisweilen als schwierig, ihre jeweiligen Partner im Verfahren zu erreichen.

Diese Schwierigkeiten verstärken sich teils gegenseitig: Die bestehende Wahrnehmung in der Ärzteschaft, dass die IV ihre Beurteilungen nicht genügend ernst nehmen, wirkt auf Ärztinnen und Ärzte demotivierend. Dies wiederum dürfte sich auf die Wartezeiten der IV auf Informationen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und im schlechteren Fall auch auf die Qualität ihrer 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.

Hinsichtlich der genannten Erfolgsfaktoren für eine gute Zusammenarbeit ergibt sich somit, basierend auf diesen Erkenntnissen, eine ambivalente Bilanz: Während die Erwartungen und Ziele der Beteiligten grundsätzlich miteinander vereinbar scheinen, ist davon auszugehen, dass das

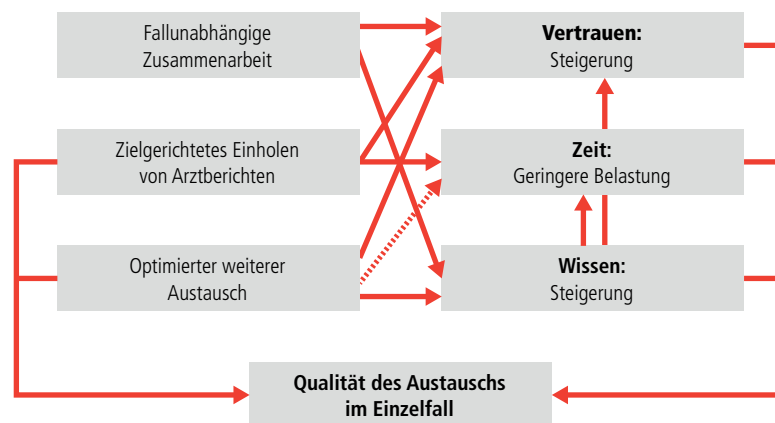
Wissen der Ärztinnen und Ärzte über die Instrumente, Organisation und Abläufe der IV sowie das Vertrauen zwischen der Ärzteschaft und den IV-Mitarbeitenden begrenzt ist. Die fragile Vertrauensbasis beeinträchtigt auch die Bereitschaft, die ohnehin knapp bemessene Zeit in die Zusammenarbeit zu investieren.

Ansätze zur Stärkung der Zusammenarbeit

Basierend auf dem Vergleich der Instrumente, Organisation und Abläufe der fünf näher untersuchten IV-Stellen identifiziert die Studie drei Stossrichtungen, die einer Demotivation der Ärzteschaft entgegenwirken und die Zusammenarbeit stärken sollen (vgl. Grafik G2). Zumeist sind entsprechende Lösungen 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 die Zusammenarbeit im Einzelfall. Beide Ansätze wie auch die *Pflege fallunabhängiger Kontakte* stärken

Empfehlungen für die Zusammenarbeit und ihre erwarteten Wirkungen

G2



Quelle: Lit. Bolliger/Féraud

darüber hinaus das gegenseitige Vertrauen. Sie fördern das Wissen über die Kompetenzen, Aufgaben und Verantwortung der jeweiligen Partner und senken die zeitliche Belastung bei der Zusammenarbeit.

1. Zielgerichtetes Einholen von Arztberichten:

Schriftliche Arztberichte mittels Formular sollte die IV-Stelle nicht routinemässig in allen Fällen einholen, sondern – unter Nutzung bestehender Vorinformationen (Gespräche, Berichte z.B. anderer Institutionen) – nur dann, wenn Bedarf besteht. Sie sollte Berichte nach Möglichkeit nur bei Ärztinnen und Ärzten anfordern, 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 (Inhalt vor Form). Die Begleitkommunikation sollte primär partnerschaftlich formuliert sein und die Erwartungen an die Ärzteschaft klären. Erinnerungen säumiger Ärztinnen und Ärzte sollten nach Möglichkeit mündlich erfolgen. Der Vertrauensbildung zuträglich dürfte zudem sein, wenn die IV-Stelle Gesprächsbereitschaft signalisiert.

2. 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 schaffen). Im optimalen Fall ist dabei die 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 zukommt und wie der Schutz ihrer Persönlichkeitsrechte (Bevollmächtigung der IV-Stelle zur Herausgabe von Informationen) sichergestellt ist. Da die IV-Stellen die Anforderung an die Vollmacht zur Herausgabe von Informationen unterschiedlich beurteilen, empfiehlt sich diesbezüglich eine Klärung durch den Bund. Schliesslich ist es gerade bei komplexen Fällen ratsam, Entscheide in einer auch für juristische Laien nachvollziehbaren Sprache zu begründen.

3. Fallunabhängige Kontakte pflegen:

Die Untersuchung beleuchtete v.a. zwei Ansätze, die sich unabhängig von einzelnen Verfahren zur Kontaktpflege und Vertrauensbildung eignen: So empfiehlt es sich zum einen, bei der Organisation und Durchführung von Informations- und Schulungsveranstaltungen auf bestehende Netzwerke und Gefässe der Ärzteschaft zurückzugreifen (z.B. regionale Qualitäts- und Fortbildungszirkel). Zum anderen bewähren sich verbindlichere Zusammenarbeitsformen. Beispiele hierfür sind das gemeinsame Erarbeiten einer Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen der IV-Stelle und einer medizinischen Fachgesellschaft oder das gemeinsame Entwickeln einfacher Arbeitsinstrumente wie z.B. ein Erinnerungsschreiben für Arztberichtformulare.

Fazit

Die in der Studie identifizierten Vorgehensweisen tragen dazu bei, die

Zusammenarbeit und Zufriedenheit unter den beteiligten Akteuren zu verbessern. Sie zielen im Kern darauf ab, die formalisierte schriftliche Kommunikation auf das Zweckmässige zu beschränken sowie beidseitig den persönlichen Kontakt zu suchen, wo dieser schneller zum Ziel führt. Sie sorgen dafür, dass die Haltung und Arbeitsweise des jeweils anderen besser verstanden werden und fördern die gegenseitige Wertschätzung. Die grundlegenden Differenzen zwischen Medizin und Versicherungsmedizin werden weiterhin zu unterschiedlichen Einschätzungen ihrer Vertreter über die Erwerbsfähigkeit versicherter Personen im IV-Verfahren führen. Gegenseitige Wertschätzung kann jedoch dazu beitragen, dass auch in solchen Fällen der Informationsaustausch funktioniert, das IV-Verfahren adäquat und zielgerichtet verläuft und gut mit der medizinischen Behandlung koordiniert wird.

Forschungsbericht

Bolliger, Christian und Marius Féraud, *Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und behandelndem Arzt: Formen, Instrumente und Einschätzungen der Akteure*. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 5/15: www.bsv.admin.ch → Praxis → Forschung → Forschungspublikationen

Christian Bolliger, Dr. rer. soc., Projektleiter
Büro Vatter, Politikforschung & -beratung
E-Mail: bolliger@buerovatter.ch

Marius Féraud, lic. rer. soc., Projektleiter
Büro Vatter, Politikforschung & -beratung
E-Mail: feraud@buerovatter.ch