



*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

*Die ärztliche Beurteilung
und ihre Bedeutung im
Entscheidungsverfahren über einen
Rentenanspruch in der
Eidg. Invalidenversicherung*

Forschungsbericht Nr. 6/99

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe "Beiträge zur Sozialen Sicherheit" konzeptionelle Arbeiten und Forschungsbereiche zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiten Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

Autorinnen: Ruth Bachmann, Cornelia Furrer
Interface, Institut für Politikstudien
Kappelgasse 1
6004 Luzern
Tel. 041/412 07 12
Fax 041/410 51 82
E-mail: <mailto:Interface@interface-politikstudien.ch>

Auskünfte: Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. 031/322 90 11

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung
CH-3003 Bern

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversicherung gestattet.

Vertrieb: BBL, Vertrieb Publikationen, CH - 3003 Bern
<http://www.bbl.admin.ch/bundespublikationen>

Bestellnummer: [318.010.6/99d](#)

**Die ärztliche Beurteilung und ihre
Bedeutung im Entscheidungsverfahren
über einen Rentenanspruch in der
Eidg. Invalidenversicherung**

Projektteam Interface:

R. Bachmann	Projektleitung
C. Furrer	Projektmitarbeit

Luzern, 15. März 1999

Interface, Institut für Politikstudien, Kapellgasse 1, 6004 Luzern
Tel.: 041 412 07 12
Fax.: 041 410 51 82
email: Interface@interface-politikstudien.ch
Homepage: www.interface-politikstudien.ch

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Seit Anfang der 90er Jahre verzeichnet die IV ein stetiges Ausgabenwachstum, welches zu einem finanziellen Ungleichgewicht geführt hat. Die gestiegenen Rentenausgaben konnten nur ungenügend durch entsprechende Beiträge der Versicherten finanziert werden. Statistische Auswertungen zeigen, dass ca. 50% der erhöhten Rentenausgaben durch die Zunahme der Rentenbezüger/innen bewirkt werden. Diese Zunahme ist zum grössten Teil begründbar (z. B. demographische Veränderungen wie eine veränderte Altersstruktur oder eine gestiegene Lebenserwartung / invalid gewordene Arbeitslose). Die vorliegenden Daten erlauben jedoch keine umfassende Begründung der aktuellen Entwicklung.

Das BSV versucht seit einiger Zeit, Erklärungsansätze für den Anstieg der IV-Rentenbezüger/innen aufgrund weiterer statistischer Untersuchungen zu finden. Auswertungen des Rentenregisters zeigen verhältnismässig grössere prozentuale Anteile am Total der neuen IV-Rentenbezüger/innen bei folgenden Gruppen:

- Frauen
- Personen ausländischer Herkunft
- mittlere Altersklasse zwischen 30 und 44 Jahren

Ebenso konnte festgestellt werden, dass bei den aufgrund einer Krankheit als invalid anerkannten Personen immer häufiger

- „psychische Erkrankungen“ sowie
 - „Beeinträchtigungen der Knochen oder Bewegungsorgane“
- als Krankheitsursache angegeben werden.

Gleichzeitig musste aber auch festgehalten werden, dass sich die Gründe für diese Erscheinungen anhand der Versicherungsstatistik allein nur beschränkt eruieren lassen.

Eine breit abgestützte Untersuchung sämtlicher Gründe und derer quantitativen Auswirkungen auf die Rentenzunahme würde ein äusserst komplexes Projekt bedingen, das mehrere Jahre in Anspruch nehmen würde. Deshalb wurde beschlossen, die Gründe für die Rentenzunahme in einzelnen aufeinander abgestimmten Teilprojekten zu untersuchen. Ziel war, rasch zu ersten Ergebnissen zu kommen, welche weitere Anhaltspunkte liefern könnten.

Viele Faktoren rund um die Rentenfrage stehen im Zusammenhang mit der medizinischen Beurteilung der versicherten Personen. Bei diesem Element des Rentenentscheidverfahrens handelt es sich ausserdem um einen Bereich, in dem ein gewisser Handlungsspielraum der IV besteht. Diese Überlegungen führten dazu, das nun vorliegende Projekt „**Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über den Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung**“ dem Institut Interface, Luzern, in Auftrag zu geben.

In einer weiteren gesamtschweizerischen Studie des Bundesamtes für Sozialversicherung und der Zentralen Ausgleichsstelle wird derzeit der **Eingliederungserfolg der beruflichen Massnahmen bei Behinderten** vertieft untersucht. Die Studie soll aufzeigen, inwiefern bei einzelnen Versicherten eine Eingliederung ins Erwerbsleben erfolgen konnte oder nicht. Die Untersuchungen basieren auf Auswertungen der Rentenregister ab dem Jahr 1993.

Zusätzlich werden die internationalen Entwicklungstendenzen im Bereich der Invalidenversicherung im Vergleich zur Schweiz untersucht. Die Ergebnisse der in Auftrag gegebenen Studie könnten allenfalls versicherungsfremde Faktoren aufzeigen, die für den ins heute nicht erklärbaren Teil der Neuberentungen verantwortlich sind.

Die vorliegende Arbeit zur ärztlichen Beurteilung und ihre Bedeutung im Rentenentscheidungsverfahren hat zum Ziel, die Einflussfaktoren auf die medizinische Abklärung zu eruieren und mögliche Handlungsspielräume der Invalidenversicherung auszumachen. Unsere Bestrebungen zielen darauf hin, mehr Sicherheit zu gewinnen, dass die von den IV-Stellen im Einzelfall getroffenen Entscheide für oder gegen eine Rente rechtens sind. Die vorliegende Interface-Studie unterstützt uns bei der Realisierung dieses Ziels.

Beatrice Breitenmoser, Vizedirektorin
März 1999

Préface de l'Office fédéral des assurances sociales

La hausse persistante des dépenses que l'AI enregistre depuis le début des années 90 a plongé les finances de l'assurance dans le déséquilibre. L'augmentation des dépenses pour les rentes n'est en effet qu'insuffisamment couverte par les cotisations des assurés. Des études statistiques montrent qu'environ la moitié de cette augmentation est occasionnée par la hausse du nombre de bénéficiaires de rentes et qu'elle s'explique dans une large mesure notamment par l'évolution de la pyramide des âges, ou par l'accroissement de l'espérance de vie ou encore par le glissement vers l'invalidité de personnes au chômage. Les données en notre possession ne nous permettent cependant pas de livrer une explication plus complète de l'évolution actuelle.

Depuis plusieurs années déjà, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) analyse les données statistiques, cherchant à expliquer la hausse du nombre de bénéficiaires de rentes AI. L'exploitation des données du registre des rentes met en évidence que par rapport au total des nouveaux bénéficiaires, certains groupes sont surreprésentés:

- les femmes
- les personnes d'origine étrangère
- la classe d'âge entre 30 et 44 ans.

Parmi les personnes reconnues invalides en raison d'une maladie, celles qui sont affectées de

- « maladies psychiques » ou
 - d'« atteintes des os ou des organes du mouvement »
- sont de plus en plus nombreuses.

Mais il faut aussi se rendre à l'évidence: la statistique de l'assurance ne parvient pas à elle seule à élucider toutes les raisons à l'origine de cette tendance.

La mise sur pied d'une vaste enquête englobant toutes les causes et leur impact quantitatif sur la hausse du nombre de rentes constituerait un projet extrêmement complexe et prendrait plusieurs années. C'est pourquoi il a été décidé de rechercher ces raisons au travers de projets partiels coordonnés. Il s'agissait d'obtenir rapidement de premiers résultats, voire même des pistes nouvelles.

De nombreux facteurs intervenant dans la question des rentes sont liés à l'évaluation médicale de la personne assurée, une phase du processus de décision caractérisée par le fait que l'assurance-invalidité y a ménagé une certaine marge de manœuvre. D'où l'intérêt de se pencher sur cette question. Le présent projet intitulé « **L'évaluation médicale et son incidence sur le processus de décision relatif au droit à une rente de l'assurance-invalidité fédérale** » a été confié à l'institut Interface, à Lucerne.

Une autre étude d'envergure nationale « **Le taux de réussite des mesures professionnelles de l'AI** » est menée de concert par l'Office fédéral des assurances sociales et par la Centrale de compensation. Son but est d'examiner au cas par cas dans quelle mesure une (ré)intégration dans la vie professionnelle a été possible ou non. Les deux études précitées se fondent sur l'exploitation des données du registre des rentes à partir de 1993.

A ces enquêtes de caractère national s'ajoute une comparaison des tendances enregistrées sur le plan international en matière d'assurance-invalidité avec la situation suisse. Les résultats de cette enquête confiée à un tiers pourraient éventuellement mettre en évidence des facteurs externes à l'assurance qui seraient à l'origine d'une partie des nouvelles rentes.

Quant à l'étude présentée ici, qui s'attache à l'analyse de l'évaluation médicale et à son incidence sur le processus de décision d'octroi, elle vise à mettre en lumière les facteurs qui influencent le volet médical de l'instruction du dossier et à prendre conscience des possibles marges de manœuvre qu'offre l'assurance-invalidité. Notre but est d'améliorer la sécurité juridique, de sorte que toute décision, pour ou contre une rente, soit conforme au droit. L'étude réalisée par Interface nous aide à nous rapprocher de cet objectif.

Beatrice Breitenmoser, vice-directrice
Mars 1999

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht befasst sich mit der ärztlichen Beurteilung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch. Er beschäftigt sich vor allem mit zwei Fragen:

- Erstens wird der Bedeutung der verschiedenen ärztlichen Beurteilungen, welche ins Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidgenössischen Invalidenversicherung involviert sind, nachgegangen.
- Zweitens interessieren Veränderungen bezüglich der Bedeutung der verschiedenen ärztlichen Beurteilungen im Zeitraum zwischen 1985 und heute und deren möglichen Auswirkungen auf die Zunahme der Rentensprechungen.

Schliesslich werden aus den Ergebnissen Handlungsvorschläge zur Optimierung der Invalidenversicherung abgeleitet.

Vorgehensweise

In die Untersuchung sind gemäss Vorgabe des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) neun kantonale IV-Stellen einbezogen worden. Bei der Auswahl wurden die folgenden Kriterien berücksichtigt: Zuwachs an Neuberentungen zwischen 1985 und 1995, Sprachregion und Kantonsgrösse. Ausgewählt wurden vor diesem Hintergrund die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Basel-Stadt, Luzern, Neuenburg und Waadt als Kantone mit einer eher starken Zunahme von Neuberentungen und die Kantone Aargau, Graubünden, Obwalden und Thurgau als Kantone mit einer durchschnittlichen Zunahme.

Zur Beantwortung der abzuklärenden Fragen wurden erstens insgesamt *45 ExpertInnengespräche* mit am Entscheidungsprozess für eine Rentensprechung direkt oder indirekt beteiligten Personen durchgeführt. Zweitens wurden *259 ärztliche Stellungnahmen* einer vertieften Analyse unterzogen und statistisch ausgewertet. Sie stammen aus *90 Versicherungsdossiers*, welche als einzelne Dossiers ebenfalls ausgewertet wurden. Die Versicherungsdossiers verteilen sich je zur Hälfte auf die Jahre 1985 und 1995.

Die Bedeutung der verschiedenen ins Entscheidungsverfahren involvierten ärztlichen Stellungnahmen

Um die Bedeutung der verschiedenen ärztlichen Stellungnahmen im Entscheidungsverfahren zu eruieren, wurden in einem ersten Schritt die zentralen Faktoren, welche auf die ärztlichen Beurteilungen zuhanden der IV einwirken, analysiert. In einem zweiten Schritt wurde den Folgen für die Rolle der verschiedenen ärztlichen Stellungnahmen im Abklärungsprozess nachgegangen. Gleichzeitig interessieren die diesbezüglichen Veränderung im untersuchten Zeitraum.

Zu den wesentlichen Ergebnissen zählt *erstens*, dass im untersuchten Zeitabschnitt die Bedeutung des psychosozialen und gesellschaftlichen Umfeldes für die medizinische Beurteilung der Versicherten zugenommen hat. Dies hängt einerseits damit zusammen, dass die Versicherten bestimmte Faktoren in ihrem Umfeld vermehrt als gesundheitsstörend wahrnehmen. Andererseits lassen sich Veränderungen des Krankheitsbegriffes, von welchem ÄrztInnen ausgehen, feststellen.¹ Demzufolge beziehen Ärztinnen und Ärzte zunehmend auch soziale und psychische Bedingungen und Auswirkungen für den Attest gesundheitlicher Schäden mit ein. Besonderes Gewicht erhalten diese Erkenntnisse in bezug auf die psychischen Krankheitsbilder, wo der Arzt/die Ärztin bei der Beurteilung stark von den Aussagen der PatientInnen abhängig ist. Diese Entwicklungen wirken sich auf die ärztlichen Stellungnahme zuhanden der IV aus.

Zweitens zeigt die Untersuchung, dass beim Bemessen der *Arbeitsfähigkeit* bei den ÄrztInnen eine grosse Unsicherheit besteht. Das Wissen um die genauen Anforderungen an einen Arbeitsplatz ist, gemäss den befragten ÄrztInnen, unzureichend. Klare Kriterien zur Bemessung der Arbeitsunfähigkeit fehlen. Einig ist man sich jedoch, dass die Ansprüche an die Arbeitsfähigkeit von seiten des Arbeitsmarktes zugenommen haben. Ausführungen zu den verbleibenden *Tätigkeitsmöglichkeiten* werden lediglich in einem Drittel aller Arztberichte gemacht. Zudem sind sie in den meisten Fällen sehr knapp und wenig differenziert. Hier ist eine geringe Verbreitung arbeitsmedizinischer Kenntnisse erkennbar. Angaben zur Arbeitsfähigkeit und zu den verbleibenden Tätigkeitsmöglichkeiten stellen jedoch zentrale Grundlagen des Entscheidungsverfahrens der IV dar. Letzlich geht es darum, festzustellen, ob und in wel-

¹ In diesem Zusammenhang ist die laufende Diskussion zur ICDH-2 Klassifikation zu erwähnen.

chem Ausmass die Erwerbsfähigkeit bei Versicherten aus Gesundheitsgründen eingeschränkt ist. Ebenso spielen diese Angaben zur Beurteilung von Erfolgchancen beruflicher Massnahmen der IV eine wichtige Rolle.

Drittens wird allgemein bestätigt, dass die Kenntnisse der Ärzteschaft über das Abklärungsverfahren gering sind. Zu den diesbezüglichen Problemen zählen Begriffsverwirrungen zwischen Arbeits- und Erwerbsfähigkeit und IV-Grad oder zwischen IV-relevanten und IV-fremden Kriterien. Auch bestehen Unklarheiten bezüglich Zweck und Wichtigkeit einzelner Fragen des Arztberichtsformulars.² Zum Teil werden die Fragestellungen im Formular als wenig differenziert oder unklar wahrgenommen.

Die Untersuchung stellt, wie die Ausführungen zu Punkt zwei und drei zeigen, in zentralen Bereichen des Entscheidverfahrens im Zusammenhang mit den ärztlichen Stellungnahmen deutliche Ermessensspielräume und Wissensdefizite fest.

Viertens wird allgemein bestätigt, dass eine grosse Schwierigkeit bezüglich der Zugänglichkeit der begutachtenden Stellen besteht. Damit ist die beschränkte Auswahl an Stellen angesprochen, die bereit und kompetent sind, die IV-Gutachten zu erstellen. Dies führt oft zu langen Wartezeiten, welche Verzögerungen des Entscheidungsprozesses zur Folge haben.

Fünftens lässt sich feststellen, dass die verschiedenen ins Entscheidverfahren involvierten ärztlichen Stellungnahmen in unterschiedlicher Art und Weise von den oben ausgeführten Faktoren eins bis drei geprägt sind. Dieser Umstand trägt entscheidend zur unterschiedlichen Qualifizierung der Berichte durch die IV-Stellen bei.

Alle oben genannten Faktoren werden im Zusammenhang mit dem Hausarztbericht (dazu zählen Berichte von GrundversorgerInnen und behandelnden SpezialärztInnen) als bedeutend erachtet. Die Qualität der Hausarztberichte wird als Folge von den IV-Stellen häufig als nicht befriedigend bewertet. Dadurch entsteht eine Diskrepanz zwischen der dem Hausarztbericht zugedachten zentralen Rolle im Entscheidverfahren (Erstinformation über die IV-relevanten medizinischen Probleme

² Die Hausarztformulare befinden sich zurzeit in Überarbeitung.

und Überblick über die gesamte Krankheitsgeschichte) und dessen abnehmenden faktischen Gewicht. Auch im Zeitvergleich wird sichtbar, dass heute deutlich weniger Rentenentscheide nur auf der Basis eines Hausarztberichtes gefällt werden.

Die genannten Faktoren beeinflussen die Qualitätsbeurteilung von Gutachten dagegen weniger stark (dazu zählen Stellungnahmen, die von der IV bei SpezialärztInnen in Auftrag gegeben wurden oder um Berichte von SpezialärztInnen, die dem Hausarztbericht bereits beigelegt wurden). Da von diesen meist die Beantwortung konkreter medizinischer Fragen verlangt wird, wirken sich beschränkte Kenntnisse des Arztes/der Ärztin über das Rentenverfahren weniger massgeblich aus. Dasselbe gilt in bezug auf die Wirkung der subjektiven Krankheitswahrnehmung der Versicherten. Gutachten beschränken sich eher auf medizinische Kriterien innerhalb eines Spezialgebietes. Deshalb wird ihre Qualität wenig beanstandet. Sie nehmen im Entscheidungsverfahren indessen eine zunehmend wichtigere Rolle ein.

Die die Berichterstellung beeinflussenden Faktoren haben auf MEDAS-Berichte (Gutachten von polydisziplinären medizinischen Abklärungsstellen) primär die gleiche Wirkung wie auf Gutachten. Die Tatsache, dass in die MEDAS-Gutachten die Stellungnahmen mehrere ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen einfließen, gewährt jedoch eine grössere Ausgewogenheit und bessere Qualität der Berichte. Die MEDAS-Berichte erfüllen deshalb die Erwartungen sowohl der meisten IV-Stellen als auch der Patienten- und Behindertenorganisationen. Trotzdem werden sie wegen der langen Wartezeiten zurückhaltend veranlasst.

Sechstens kann abschliessend festgehalten werden, dass die Frage nach der Bedeutung der ärztlichen Stellungnahmen im Entscheidungsverfahren differenziert beantwortet werden muss. Den einzelnen ins Verfahren involvierten ärztlichen Stellungnahmen kommt eine unterschiedliche Bedeutung zu. Im untersuchten Zeitraum nimmt das Gewicht der Hausarztberichte deutlich ab. Die Gutachten haben in der Folge an Bedeutung gewonnen. Das Expertenwissen nimmt heute einen wichtigen Platz im Abklärungsverfahren ein. Die Tendenz zum vermehrten Bedarf nach spezialärztlichen Berichten im Rentenverfahren hängt auch mit einer Zunahme von Rekursen von GesuchstellerInnen zusammen. Juristische Verfahren haben heute für viele IV-Stellen ein bedeutendes Mass angenommen. Gerichtliche Rückweisungen von Rentenentschei-

den werden meist mit mangelnden medizinischen Abklärungen begründet. In der Folge muss die IV mit Gutachten diese Lücken schliessen.

Die Bedeutung des ärztlichen Dienstes der IV-Stellen

Mit der Einführung der kantonalen IV-Stellen 1995 wurden auch die stellenärztlichen Dienste eingerichtet. Somit wirken heute direkt bei den IV-Stellen medizinische Fachleute beim Entscheidverfahren mit. In der Zwischenzeit ist der medizinische Dienst bei den IV-Stellen zu einem zentralen Bestandteil des Abklärungsverfahrens geworden. Die grundsätzliche Aufgabe des ärztlichen Dienstes ist die Prüfung aller erstmaligen Rentensprechungen. Dieser Aufgabe vorgelagert ist im Verlaufe des Rentenverfahrens die Beratung von SachbearbeiterInnen und BerufsberaterInnen bezüglich medizinischer Fragen. Bei der Abklärung der Invaliditätsfrage muss der ärztliche Dienst zudem prüfen, ob für die Beantwortung dieser Frage alle nötigen medizinischen Entscheidgrundlagen vorhanden sind. Wenn dies nicht der Fall ist, fällt es in seinen Aufgabenbereich, entsprechende gutachtende Stellen zu suchen und medizinische Abklärungen zu veranlassen. Insbesondere die direkte informelle Beratung der anderen Fachdienste der IV-Stellen wird als positive Auswirkung der Einrichtung des ärztlichen Dienstes betrachtet. Der stellenärztliche Dienst sichert das medizinische Fachwissen der IV-Stellen und trägt wesentlich dazu bei, das Spannungsverhältnis zwischen der zunehmenden Erfordernis nach medizinischem Spezialwissen im Entscheidverfahren und den Schwierigkeiten bezüglich der Zugänglichkeit entsprechender Stellen abzubauen.

Zwei Einschränkungen müssen jedoch bezüglich der Bedeutung der stellenärztlichen Dienste gemacht werden. Einerseits kann die zeitaufwendige Pflege des Gutachternetzes meist nicht in genügendem Masse geleistet werden. Andererseits führen die wenigen Stellenprozente bei kleineren IV-Stellen zu einer Einerbesetzung mit gleichzeitig beschränkter Anwesenheit. Die Ansprechbarkeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der IV-Stelle ist dadurch nicht optimal gewährleistet. Ebenso kann dadurch kein interner medizinischer Fachaustausch stattfinden und spezifische medizinische Fachbereiche können nicht abgedeckt werden.

Handlungsmöglichkeiten für die Invalidenversicherung

Die Ergebnisse der Studie machen deutlich, dass im Zusammenhang mit den ärztlichen Stellungnahmen im Entscheidungsverfahren vor allem hinsichtlich der Qualität der ärztlichen Stellungnahmen, der Zugänglichkeit zu gutachtenden Stellen und der Verfahrensdauer Optimierungen angezeigt und möglich sind. Ziel muss es sein, medizinisch fundiert begründete Rentenentscheide innerhalb einer möglichst kurzen Verfahrensdauer zu erhalten. Längerfristig kann dadurch auch eine dämpfende Wirkung bezüglich des Wachstums der Neuberentungen erwartet werden. Am Schluss des Berichtes in Abschnitt 5.2 werden konkrete Empfehlungen ausgeführt.

Résumé

Ce rapport traite de l'évaluation médicale dans la procédure de décision relative au droit à la rente, et en particulier des deux points suivants:

- 1. Quelle est l'importance des différentes appréciations médicales qui sont impliquées lors d'une procédure de décision pour un droit à une rente?
- 2. On s'intéresse aux changements concernant l'importance respective des différentes appréciations médicales, entre 1985 et aujourd'hui, ainsi que leur effet sur l'augmentation des allocations de rentes.

Suite à ces résultats, des propositions sont faites visant à optimiser l'assurance invalidité.

Procédé

Comme l'a demandé l'OFAS, 9 offices cantonaux ont été pris en considération.

On a tenu compte des critères suivants lors du choix des offices: L'augmentation de nouvelles rentes entre 1985 et 1995, les régions linguistiques et la taille des cantons. Selon ces critères, les cantons d'Appenzell Rhodes extérieures, Bâles-ville, Lucerne, Neuchâtel et Vaud, en tant que cantons présentant une forte augmentation de nouvelles rentes ont été choisis. Les cantons d'Argovie, les Grisons, Obwald et Thurgovie ont été choisis comme cantons présentant une augmentation moyenne.

Pour répondre aux questions posées, on a effectué dans un premier temps 45 entretiens avec des experts auprès de personnes directement ou indirectement impliquées dans une procédure de décision pour une rente AI. On a effectué dans un deuxième temps une étude approfondie de 259 prises de position de médecins dont on a ensuite fait une analyse statistique. Ces prises de position proviennent de 90 dossiers d'assurés. Ces derniers ont également été analysés un par un. Ils se répartissent pour la moitié sur 1985 et pour l'autre moitié sur 1995.

L'importance des différentes prises de position des médecins dans la procédure de décision

Pour mettre en évidence l'importance des différentes prises de position lors de procédures de décision, on a analysé dans un premier temps les facteurs centraux qui ont un effet sur les appréciations médicales en rapport avec l'AI. Puis dans un second temps, on a étudié comment ces facteurs influencent les différentes prises de position des médecins. Parallèlement, on s'est intéressé à leur évolution durant la période étudiée.

1. Parmi les résultats les plus importants, on voit *premièrement* que, durant la période étudiée, le contexte psychologique et social a pris de l'importance pour l'appréciation médicale des assurés. Ceci est dû au fait que d'une part les assurés ressentent de plus en plus certains facteurs de leur environnement comme néfastes à la santé. D'autre part, on observe une modification de la notion de maladie, sur laquelle se basent les médecins.³ Par conséquent, les médecins tiennent de plus en plus compte des conditions psychiques et sociales, ainsi que de leurs effets, pour attester d'atteintes à la santé. Ces phénomènes sont spécialement importants lors de maladies psychiques, où le jugement du médecin se base surtout sur les dires du patient. Cette évolution a un effet sur les prises de position des médecins pour l'AI.

2. La recherche montre *deuxièmement* que les médecins ont des difficultés lors de la mesure de *l'aptitude au travail* des patients. Selon les médecins consultés, ils ne connaissent pas assez les exigences nécessaires liées aux différentes places de travail. Il manque des critères précis permettant de mesurer l'incapacité au travail. On est cependant d'accord que les exigences du marché du travail, en ce qui concerne l'aptitude au travail, ont augmenté. On ne trouve des informations sur les *possibilités d'occupation* restantes que dans un tiers des rapports médicaux. Elles sont de plus très brèves et peu différenciées. On voit donc ici que, dans le domaine de la médecine du travail, les connaissances sont restreintes. Cependant les données sur les capacités au travail et les possibilités d'occupation restantes forment les critères de base de la procédure de décision de l'AI. Car le but étant bien, pour finir, de définir dans quelle mesure la capacité au travail des assurés est limitée pour des raisons de santé. Ces données jouent également un rôle

³ Dans ce contexte, on peut mentionner la discussion sur la classification ICDH-2 qui a lieu actuellement.

important lors de l'évaluation des chances des mesures d'ordre professionnel.

3. *Troisièmement*, il est admis de manière générale que les connaissances des médecins en matière de procédure d'instruction sont limitées. Il y a entre autre confusion entre les notions de capacité au travail, la capacité de gain, et le degré d'invalidité, ainsi qu'entre les critères déterminants pour l'AI et les critères étrangers. Il existe également des confusions au sujet du but et de l'importance de certaines questions du formulaire du rapport médical.⁴ Les questions du formulaire semblent être en partie peu différenciées et peu claires.

La recherche montre qu'il y a dans les parties centrales de la procédure de décision beaucoup de marge d'appréciation ainsi qu'un manque à savoir en rapport avec les prises de position médicales. (c.f. points 1 et 2)

4. *Quatrièmement*, il est admis généralement que l'accès aux experts est très difficile vu que le choix des experts compétents et prêts à faire une expertise AI est restreint. Ceci provoque souvent de longues périodes d'attente qui retardent le processus de décision.

5. *Cinquièmement*, on peut remarquer que les prises de position médicales sont influencées de manière différente par les facteurs 1 à 3 mentionnés plus haut. Ceci détermine la qualification des rapports médicaux par les offices AI.

Tous les facteurs cités ci-dessus, en rapport avec le certificat du médecin de famille (dont font partie les rapports des fournisseurs de prestations de base et des médecins traitants spécialisés), sont estimés importants. La qualité des rapports des médecins de famille est par conséquent souvent jugée peu satisfaisante par les offices AI. Il s'ensuit une discrédence entre le rôle central qui devrait être attribué au rapport du médecin de famille lors de procédures de décisions (première information au sujet des problèmes médicaux relevant de l'AI, et aperçu de l'histoire du patient) et le poids de plus en plus petit qui lui est effectivement attribué. Si l'on observe la période étudiée, on remarque qu'il y a actuellement moins de décisions prises uniquement sur la base d'un rapport d'un médecin de famille.

⁴ Les formulaires pour le médecin de famille sont en train d'être retravaillés.

Ces mêmes facteurs influencent par contre moins le jugement de qualité des expertises (dont font partie les prises de position des médecins spécialisés mandatés par l'AI, ou les rapports des médecins spécialisés qui ont été joints à celui du médecin de famille). Comme il s'agit dans ce cas de questions médicales plus concrètes, le peu de connaissance du médecin au sujet de la procédure de rente joue un rôle moins déterminant. Il en va de même pour l'effet de la perception subjective de la maladie par l'assuré. Les expertises se limitent plutôt à des critères médicaux d'un domaine spécialisé. C'est pourquoi leur qualité est peu sujette à objections. Ils prennent cependant un rôle de plus en plus important dans le processus de décision.

Les facteurs qui influencent l'élaboration d'un rapport ont en principe le même effet sur le rapport MEDAS que sur les expertises. Mais comme on trouve dans les certificats MEDAS les prises de position de plusieurs médecins de différentes spécialités, ceux-ci sont plus équilibrés et d'une meilleure qualité. Les rapports MEDAS satisfont donc les attentes de la plupart des offices AI ainsi que celles des organisations de patients et d'handicapés. Mais il y est peu fait recours car les délais d'attente sont très longs.

6. *Sixièmement* et en conclusion, on ne peut juger de l'importance des prises de position médicales lors des procédures de décision que de manière différenciée. Durant la période étudiée, le rapport du médecin de famille perd nettement de l'importance. Il s'ensuit que les expertises, elles, prennent de l'importance. Le savoir des experts occupe actuellement une place importante lors de la procédure d'évaluation. Le besoin toujours plus important de rapports établis par des médecins spécialisés est aussi lié à une augmentation du nombre de recours de la part des requérants. Les procédures juridiques ont pris pour beaucoup d'offices AI une place importante. Les refus d'une décision de rente par un tribunal sont souvent justifiés par des examens médicaux insuffisants. L'AI doit donc par conséquent combler cette lacune en ayant recours à des expertises.

L'importance du service médical des offices AI

En même temps que l'introduction des offices AI cantonaux en 1995, des services médicaux ont également été mis sur pied. Ainsi les spécialistes médicaux de ces offices sont directement impliqués lors de la procédure de décision, et le service médical des offices AI est devenu un

élément central dans la procédure d'évaluation. La fonction principale de ces services est d'examiner toutes les nouvelles demandes de rente. Cette fonction sert alors à guider les collaborateurs et les conseillers en ce qui concerne les questions médicales. Lors de l'évaluation de l'invalidité, le service médical doit de plus contrôler si toutes les bases de décision nécessaires sont à disposition. Si ce n'est pas le cas, il doit rechercher les organes qui établissent les expertises médicales nécessaires. Un effet positif et apprécié de l'introduction des services médicaux est le conseil direct et informel aux autres services des offices AI. Le savoir médical des offices AI est assuré par ces services médicaux. Les problèmes dûs aux exigences toujours plus grandes quant aux connaissances médicales et les difficultés d'accéder aux experts correspondants sont ainsi amoindries.

On doit cependant faire deux réserves en ce qui concerne l'importance du service médical des offices AI. D'une part, pour des raisons de temps, le contact avec des experts externes ne peut pas être assez entretenu. D'autre part, les petits offices AI n'occupent qu'une seule personne dont le temps de présence est limité. La disponibilité et le travail interdisciplinaire ne peuvent donc pas être assurés de manière optimale. Il ne peut pas non plus y avoir d'échanges médicaux entre les collaborateurs et certains domaines de la médecine ne peuvent pas être couverts.

Améliorations possibles pour l'assurance invalidité

Les résultats de l'enquête montrent, que lors d'une procédure de décision, il est nécessaire et possible d'optimiser la qualité des prises de position médicales, l'accessibilité aux experts médicaux externes et la durée des procédures. Le but étant d'obtenir des décisions s'appuyant sur les expertises médecins au moyen d'une procédure aussi courte que possible. A long terme, on peut ainsi s'attendre à avoir une moins forte augmentation de nouvelles allocations de rentes. On propose à la fin du rapport, au paragraphe 5.2, quelques mesures concrètes à appliquer.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	0
Résumé	7
1 Einleitung	14
1.1 Fragestellung	14
1.2 Vorgehensweise	15
1.3 Aufbau des Berichts	18
1.4 Dank an alle interviewten Personen	18
2 Die ärztliche Stellungnahme im IV-Rentenverfahren	19
2.1 Sechs Faktoren, welche die ärztliche Stellungnahmen zuhanden der IV beeinflussen	19
2.1.1 Die Situation der Versicherten	20
2.1.2 Der Krankheitsbegriff der ÄrztInnen	22
2.1.3 Das Bemessen der Arbeitsunfähigkeit (AUF)	26
2.1.4 Das Therapiepotential	26
2.1.5 Kenntnisse über das IV-Abklärungsverfahren	28
2.1.6 Interpretation der eigenen ärztlichen Rolle	29
2.1.7 Zusammenfassung	30
2.2 Arten von Arztberichten	32
2.2.1 Hausarztberichte	33
2.2.2 Gutachten	36
2.2.3 MEDAS-Berichte	38
2.2.4 Zusammenfassung	39

3 Die medizinische Beurteilung IV-intern: Der stellenärztliche Dienst im Abklärungsprozess	42
3.1 Die Kapazität des stellenärztlichen Dienstes	42
3.2 Die Kompetenz des stellenärztlichen Dienstes	44
3.3 Die Qualität des Gutachternetzes	46
3.4 Bedeutung des stellenärztlichen Dienstes im Entscheidverfahren	48
4 Weitere wichtige Faktoren, welche das Gewicht der ärztlichen Stellungnahmen beeinflussen	49
4.1 Der Einfluss juristischer Verfahren	49
4.2 Der Einfluss der verschärften Arbeitsmarktsituation	51
5 Schlussfolgerungen	56
5.1 Sechs zentrale Ergebnisse der Untersuchung	56
5.2 Handlungsmöglichkeiten für die Invalidenversicherung	64
Literaturverzeichnis	68
Anhang I: Auswahl der Kantone	69
Anhang II: Verteilung der InterviewpartnerInnen	70

1 Einleitung

Die Invalidenversicherung besteht seit vierzig Jahren (in Kraft treten des Bundesgesetzes 1.1.1960). In den letzten Jahren hat die Zahl der LeistungsbezügerInnen stark zugenommen. Dies hatte zur Folge, dass die IV seit Anfang der neunziger Jahre ein stetiges Ausgabenwachstum verzeichnet, welches zu grossen Defiziten geführt hat. Die Abteilung Invalidenversicherung des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) sieht sich deshalb veranlasst, nach den Ursachen für die Zunahme von Rentensprechungen zu suchen, um daraus geeignete Reaktionsmöglichkeiten abzuleiten. Vor diesem Hintergrund wurde die vorliegende Studie in Auftrag gegeben. Im Zentrum steht die ärztliche Beurteilung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch.⁵

1.1 Fragestellung

Die vorliegende Untersuchung fokussiert drei Themenbereiche. Erstens interessieren Erkenntnisse über die Bedeutung der ärztlichen Beurteilung im Entscheidungsverfahren. Zweitens geht es um deren möglichen Auswirkungen auf die Zunahme der Rentensprechungen und schliesslich sollen drittens entsprechende Handlungsmöglichkeiten für die Invalidenversicherung entwickelt werden.

Vor diesem Hintergrund stellen sich die folgenden Fragen zur Beantwortung:

Zur Thematik eins:

1. Welches sind die zentralen Faktoren, die die ärztlichen Stellungnahmen (Berichte von behandelnden ÄrztInnen, Gutachten und MEDAS-Berichte) zuhanden der IV beeinflussen?
2. Auf welche Art und Weise wirken sich diese Faktoren auf die ärztlichen Stellungnahmen aus?

⁵ In der Praxis wird teilweise zwischen Abklärungsverfahren (als erste Phase) und Entscheidungsverfahren (als zweite Phase) unterschieden. Da sich faktisch im Verlaufe des Verfahrens jedoch vielfach Schlaufen zwischen den beiden Phasen ergeben, wird in der vorliegenden Studie diese Unterscheidung nicht vorgenommen. Beide Begriffe beziehen sich jeweils auf den gesamten Verlauf des Verfahrens.

3. Welche Rolle und welches Gewicht kommen aufgrund der Antworten auf die Fragen eins und zwei den verschiedenen ins Entscheidungsverfahren involvierten ärztlichen Stellungnahmen zu?
4. Welche Bedeutung hat der ärztliche Dienst der IV-Stellen im Entscheidungsverfahren?
5. Welche anderen Faktoren im Abklärungsprozess verstärken oder relativieren die medizinische Beurteilung?

Zur Thematik zwei:

6. Zeigen sich bezüglich der Fragen eins bis fünf Veränderungen im Zeitraum zwischen 1985 und 1995?
7. Zeigen sich bezüglich der Fragen eins bis fünf Unterschiede zwischen einer Kantonsgruppe mit einer starken Zunahme von Neuberentungen und einer solchen mit einer durchschnittlichen Zunahme?
8. Welche Schlüsse lassen sich aus den Untersuchungsergebnissen bezüglich eines Zusammenhangs zwischen ärztlicher Beurteilung und wachsender Zahl von Neuberentungen ziehen?

Zur Thematik drei:

9. Welche konkreten Handlungsmöglichkeiten ergeben sich für die Invalidenversicherung?

1.2 Vorgehensweise

In die vorliegende Untersuchung sind neun Kantone einbezogen worden. Die Auswahl wurde vom BSV vorgenommen, wobei die folgenden Kriterien berücksichtigt wurden: Zuwachs an Neuberentungen zwischen 1985 und 1995, die Sprachregion und die Kantonsgrösse. Ausgewählt wurden vor diesem Hintergrund die Kantone Appenzell Ausserrrhoden, Basel-Stadt, Luzern, Neuenburg und Waadt als Kantone mit einer eher starken Zunahme von Neuberentungen (im folgenden als Kantonsgruppe A bezeichnet) und die Kantone Aargau, Graubünden, Obwalden und Thurgau als Kantone mit einer durchschnittlichen Zunahme (Kantonsgruppe B).⁶

⁶ Vgl. statistische Angaben im Anhang.

Zur Beantwortung der abzuklärenden Fragen stützen wir uns auf zwei Grundlagen ab. Erstens führten wir ExpertInnengespräche mit am Entscheidungsprozess direkt oder indirekt beteiligten Personen durch. Zweitens wurden Versichertendossiers analysiert.

ExpertInnengespräche

Insgesamt wurden *45 Interviews* mit am Entscheidungsprozess für eine Rentensprechung direkt oder indirekt beteiligten Personen durchgeführt.⁷ Auf allen ausgewählten IV-Stellen wurden Gespräche mit der Stellenleitung und dem stellenärztlichen Dienst geführt. Weiter wurden auf den meisten IV-Stellen auch die beiden Fachdienste Sachbearbeitung und Berufsberatung interviewt. Zusätzlich wurden in jedem untersuchten Kanton Gespräche mit HausärztInnen und GutachterInnen (auch MEDAS-MitarbeiterInnen) durchgeführt. Schliesslich interessierte auch die Sichtweise von Stellen, die im Rahmen des Rekurswesens mit IV-Rentenentscheiden beschäftigt sind, wie jene von Behinderten- und Patientenorganisationen und des Gerichtes.

Alle Gespräche waren als Leitfadeninterviews konzipiert. Den Personen einer jeweiligen Berufsgruppe wurden dieselben Fragen gestellt, damit schliesslich ein Vergleich möglich wurde. Die Interviewprotokolle wurden mittels einer Inhaltsanalyse ausgewertet.⁸ Die Resultate dieser Analyse bilden die Grundlage des vorliegenden Berichtes.

Analyse der Versichertendossiers

Insgesamt wurden *259 ärztliche Stellungnahmen (Arztberichte, Spezialistenberichte, Gutachten und MEDAS-Berichte)* einer vertieften Analyse unterzogen. Sie stammen aus *90 Versichertendossiers*, welche als einzelne Dossiers ebenfalls ausgewertet wurden. Pro untersuchter Kanton wurden jeweils 10 Dossiers ausgewählt. Bei dieser Auswahl wurde die Verteilung nach Gebrechensgruppe und Geschlecht gemäss der Grundgesamtheit berücksichtigt. Die 90 Versichertendossiers verteilen sich je zur Hälfte auf die Jahre 1985 und 1995. Die erhobenen Daten wurden mit einem Statistikprogramm ausgewertet.⁹

⁷ Vgl. dazu Aufstellung im Anhang.

⁸ Zur Methode: vgl. Mayring, Ph. (1990) Qualitative Inhaltsanalyse.

⁹ Statistikprogramm SPSS 8.0.

Einschränkungen bezüglich der Dossieranalyse

Gemäss den Vorgaben der Auftraggeberin beinhaltet unser Projekt Vergleiche von Versichertendossiers der Jahre 1985 und 1995. Ebenso beinhaltet die Dossieranalyse einen Vergleich der Resultate zwischen der Kantonsgruppe mit einer eher grossen Zunahme von Neuberentungen zwischen 1985 und 1995 und solchen Kantonen mit einer durchschnittlichen Zunahme. Diese Einteilung basiert auf statistischen Angaben zu Rentensprechungen in den Jahren 1985 und 1995.¹⁰

Die Gründung der meisten kantonalen IV-Stellen hat 1995 oder kurz vorher stattgefunden. Mit dieser Neuorganisation wurde neben anderen bedeutsamen Veränderungen der stellenärztliche Dienst eingeführt. Die medizinische Beurteilung im Entscheidungsverfahren hat somit IV-intern einen neuen Stellenwert bekommen. Meist zeitlich etwas verschoben, wurde die Berufsberatung in die IV-Stellen integriert, mit dem Ziel die interdisziplinäre Zusammenarbeit während des Entscheidungsprozesses zu fördern. Die Arbeitsweise auf den IV-Stellen ist somit heute im Vergleich zu 1985 aber auch zu 1995 (der Basis der Dossierauswahl) wiederum wesentlich anders.

Diese Tatsache wirkt sich auf die Aussagekraft der Auswertung der Versichertendossiers aus. Der vorgesehene Zeitvergleich 1985/95 der Dossieranalyse muss aus diesem Grund auf die alte Organisationsform der IV-Stellen, respektive auf die Umstrukturierungsphase bezogen werden. Ebenso sind die Resultate des angestrebten Vergleichs zwischen Kantonsgruppen mit einer eher starken Zunahme an Neuberentungen zwischen 1985 und 1995 und solchen Kantonen mit einer durchschnittlichen Zunahme vor diesem Hintergrund nicht ohne weiteres auf die aktuelle Situation übertragbar. Wäre es doch durchaus denkbar, dass sich im Zuge der neuen Organisationsform der IV-Stellen die vorgenommene Zuteilung der Kantone nicht mehr der aktuellen Situation entspricht. Wird in den folgenden Darlegungen der Resultate ein Kantonsgruppenvergleich vorgenommen, muss dieser vor dem Hintergrund der genannten Einschränkungen gelesen werden.

¹⁰ Die 10. AHV-Revision und deren Auswirkungen für die Ausgleichskassen sowie die Reorganisation der IV-Stellen 1995 und die damit verbundenen neuen Abläufe unter anderem zwischen Ausgleichskassen und IV-Stellen führten dazu, dass die Datengrundlage der Jahre 1996 und 1997 lückenhaft ist beziehungsweise noch nicht aufgearbeitet werden konnte. Aus diesem Grund sah sich das BSV gezwungen, auf die Datenbasis von 1995 zurückzugreifen.

1.3 **Aufbau des Berichts**

Die folgenden Ausführungen gliedern sich wie folgt:

- Den Einstieg in die Thematik bilden die Darstellung und die Wirkungsweise der zentralen Faktoren, welche die ärztlichen Stellungnahmen zuhanden der IV beeinflussen. Anschliessend folgt eine Beschreibung der daraus entstehenden Folgen für die Gewichtung der verschiedenen ins Verfahren involvierten ärztlichen Stellungnahmen (Kapitel 2).
- In Kapitel 3 wird die Bedeutung des ärztlichen Dienstes der IV-Stellen im Entscheidungsverfahren ausgeführt.
- Darauf folgt eine Analyse anderer wichtiger Faktoren im Abklärungsprozess und wie durch sie die medizinische Beurteilung verstärkt oder relativiert wird (Kapitel 4).
- Kapitel 5 fasst die Ergebnisse der Untersuchung zusammen. Den Abschluss des Berichtes bilden konkrete Vorschläge für Handlungsmöglichkeiten für die Invalidenversicherung.

1.4 **Dank an alle interviewten Personen**

Wir möchten uns bei den IV-Stellen für die Unterstützung bei der Dossierbereitstellung und die Gesprächsbereitschaft der befragten Personen bedanken. Bereitwillig wurde uns in den Interviews Einsicht in die Arbeitsweise gewährt und wurden wertvolle Einschätzungen der Situation vorgenommen. Ebenso danken möchten wir allen interviewten IV-externen Personen für die gewährte Zeit und die vielen interessanten Beiträge zu den Untersuchungsfragen.

2 Die ärztliche Stellungnahme im IV-Rentenverfahren

Bei den ärztlichen Stellungnahmen handelt es sich um alle der IV zur Verfügung stehenden ärztlichen Berichte, die Aussagen zum Gesundheitszustand der GesuchstellerInnen enthalten. Weil der IV-interne ärztliche Dienst keine eigene Untersuchungskompetenz hat, stellen die extern erstellten ärztlichen Stellungnahmen die medizinische Entscheidungsgrundlage dar. Sie liefern die Fakten, welche den Rentenentscheid von medizinischer Seite her begründen. Daher kommt den ärztlichen Stellungnahmen innerhalb des Abklärungsverfahrens eine zentrale Funktion zu.

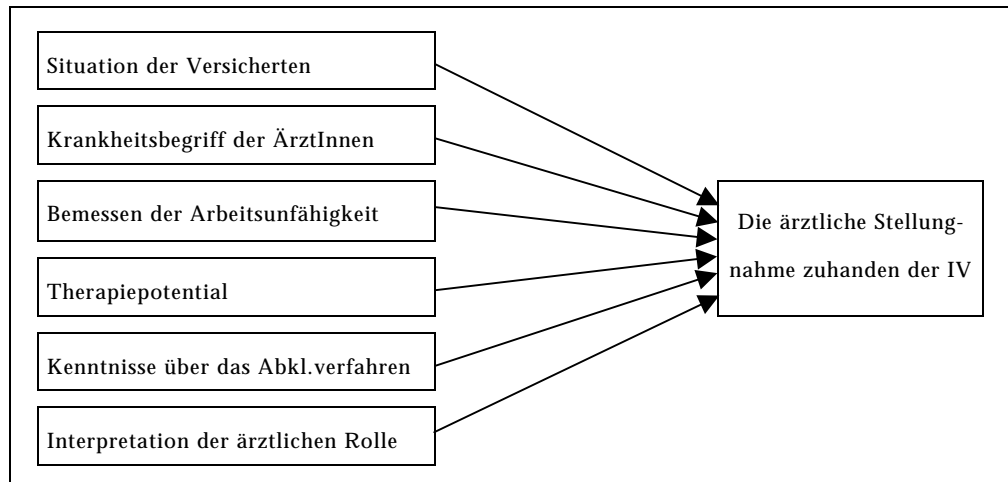
Im folgenden Kapitel befassen wir uns mit der Frage, wie die Arztberichte zustande kommen und welche Rolle sie im Rentenverfahren einnehmen.

2.1 Sechs Faktoren, welche die ärztliche Stellungnahmen zuhanden der IV beeinflussen

Aufgrund der Auswertungen der Interviews und der Analyse der Arztberichte wird davon ausgegangen, dass sechs Faktoren bei der Abfassung der ärztlichen Stellungnahmen für die IV eine wichtige Rolle spielen. Es handelt sich um die Situation des Versicherten, den Krankheitsbegriff der ÄrztInnen, das Bemessen der Arbeitsunfähigkeit, das Therapiepotential, die Kenntnisse über das IV-Abklärungsverfahren und um die Interpretation der eigenen ärztlichen Rolle.

In einem ersten Überblick kann die Einwirkung dieser Faktoren auf die ärztliche Stellungnahme wie folgt dargestellt werden:

D2.1: Zentrale Einflussfaktoren auf die ärztliche Stellungnahme



In den folgenden Abschnitten werden die verschiedenen Faktoren und deren Wirkungsweise dargestellt. Die Ausführungen werden jeweils ergänzt mit Angaben zu deren Veränderungen im untersuchten Zeitraum und den Unterschieden bezüglich der zwei ausgewählten Kantonsgruppen. In einem weiteren Abschnitt dieses Kapitels wird der Frage nachgegangen, wie die verschiedenen Faktoren in bezug auf das Rentenverfahren zu gewichten sind.

2.1.1 Die Situation der Versicherten

Von den befragten ÄrztInnen wird seit den achtziger Jahren eine zunehmend sensiblere Haltung in der Bevölkerung zu Begriffen wie Gesundheit und Krankheit festgestellt. Durch vermehrte Kenntnisse werden psychische und soziale Faktoren differenzierter wahrgenommen, und es wird eher anerkannt, dass diese einen negativen Einfluss auf die Gesundheit haben können. In der Folge können die in den letzten Jahren einschneidenden Veränderungen der sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen, wie zum Beispiel die Arbeitslosigkeit, als krankmachend wahrgenommen werden. Diese veränderte Situation kann bei den PatientInnen zu einer eigentlichen Problemmakkumulation führen, welche von den befragten ÄrztInnen heute auch vermehrt festgestellt wird.

Als weitere Veränderung ist nach Ansicht vieler GesprächspartnerInnen die in der Gesellschaft zunehmende Konsumhaltung auch im medizinischen Bereich feststellbar. Diese sei gekoppelt an ein wachsendes „reparatives Denken“, was dazu führe, dass von der Medizin eine vollständig

wiederhergestellte Gesundheit erwartet wird. In der Folge werden z.B. die in der Medizin als normal angesehenen Alterungsprozesse von der Bevölkerung vermehrt als Krankheiten wahrgenommen.

Berücksichtigt man die oben aufgeführten Faktoren (sensiblere Haltung gegenüber psychischen und sozialen Faktoren, Veränderung der wirtschaftlichen und sozialen Umstände, Konsumhaltung, reparatives Denken), so kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich viele Personen heute eher krank und arbeitsunfähig fühlen als früher. Jedoch wird von den befragten ÄrztInnen auch eine gegenteilige Reaktion festgestellt. So würden gerade die Veränderungen des Arbeitsmarktes die PatientInnen dazu veranlassen, weiterzuarbeiten, obwohl der Gesundheitszustand eine (vorübergehende) Absenz vom Arbeitsplatz rechtfertigen würde.

Die Veränderungen in der Einschätzung der eigenen Situation können auch mit der statistischen Auswertung der IV-Anmeldeformulare gezeigt werden. In einer dafür bestimmten Rubrik sollen die GesuchstellerInnen die von ihnen gewünschte IV-Leistung bezeichnen.¹¹ In welchem Umfang 1985 und 1995 um eine Rente ersucht wurde, zeigt die folgende Darstellung.

D2.2: Wird gemäss Anmeldeformular eine Rente beantragt? (N=90)

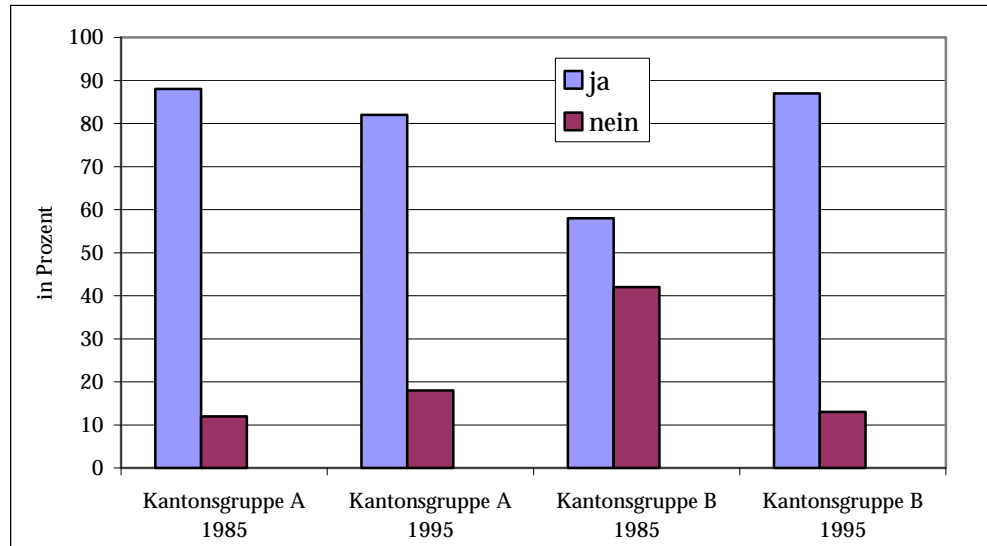
Rente beantragt?	1985	1995
ja	75%	85%
nein	25%	15%

Tendenziell zeigt sich im Zeitvergleich, dass im Anmeldeformular der Wunsch nach einer Rente auf Kosten beruflicher Massnahmen häufiger erwähnt wird. Nach Ansicht der InterviewpartnerInnen kann dies einerseits ein Zeichen dafür sein, dass aufgrund der obenerwähnten Faktoren die Rente heute weniger ein Tabu ist als in den achtziger Jahren. Andererseits könnte eine Verschiebung beim subjektiv empfundenen Schweregrad der Krankheit stattgefunden haben. Die PatientInnen fühlen sich demnach nicht nur *eher* krank, sondern auch *kränker*.

Wenn man diese Zahlen zusätzlich nach Kantonsgruppen aufschlüsselt, ergibt sich ein interessantes Bild:

¹¹ Mögliche Leistungen: Rente, berufliche Massnahmen, Hilfsmittel.

D2.3: Kantonsgruppenvergleich: Wird bei der IV eine Rente beantragt? (N=90)



Es fällt auf, dass die Zunahme der Nachfrage nach einer Rente zwischen 1985 und 1995 ausschliesslich auf die Kantone mit durchschnittlicher Zunahme von Rentensprechungen (Kantonsgruppe B) entfällt, womit sich diese an das Niveau der Kantonsgruppe A angleicht. Letztere hatte bereits 1985 ein hohes Niveau von Rentenanfragen.

2.1.2 Der Krankheitsbegriff der ÄrztInnen

Die eigene Vorstellung des Arztes von Gesundheit und Krankheit spielt bei der Beurteilung eines Patienten eine Rolle und kann ebenfalls einem Wandel unterworfen sein. Ein Zeichen für Veränderungen im Verständnis der Begriffe der Krankheit und Invalidität auch auf ärztlicher Seite ist das vermehrte Auftauchen von Begriffen wie dem der „Salutogenese“, dem ein integrativer Krankheitsbegriff zugrunde liegt. Weiter sind die laufenden Diskussionen um die „ICIDH-2“ zu erwähnen, welche eine umfassendere Klassifikation von gesundheitlichen Schäden, die aus körperlichen und/oder psychischen Störungen hervorgehen, zum Ziel hat. Diese gesundheitlichen Schäden sollen unter Einbezug von sozialen Bedingungen und Konsequenzen systematisiert werden.¹² Diese Tenden-

¹² WHO: ICIDH, Introduction, Background and Aims of the ICIDH-2; Homepage www.who.int/msa.

zen ziehen nach sich, dass die Aussagen der PatientInnen an Bedeutung gewinnen.

Eine Definition von Invalidität, die diese veränderte Auffassung von Krankheit darstellt, äusserte ein IV-Gutachter: „Eine Person ist invalid, wenn sie nicht mehr in der Gesellschaft funktionieren kann. Das Funktionieren in der Gesellschaft ist ein labiles Gleichgewicht zwischen den Ansprüchen dieser Gesellschaft an das Individuum und den Ressourcen dieses Individuums, um diesen Ansprüchen nachzukommen.“ Heute sind die Ansprüche der Gesellschaft ohne Zweifel gestiegen, eine Zunahme der entsprechenden individuellen Ressourcen kann bezweifelt werden. Wie im Abschnitt 2.1.1 ausgeführt, kann angenommen werden, dass sich die subjektive Grenze zwischen gesund und krank verschoben hat, so dass sich die Versicherten heute früher krank fühlen. Diese Selbsteinschätzung gewinnt durch die veränderte ärztliche Auffassung von Krankheit an Bedeutung.

Dass die Lebenssituation und das soziale Umfeld der Versicherten auf das Krankheitsbild, welches sich ein Arzt von seinen PatientInnen macht, Einfluss nimmt, wird von den InterviewpartnerInnen bestätigt. Ihrer Ansicht nach ist dies jedoch nicht neu, sondern werde seit jeher berücksichtigt. Allerdings bemerken die ÄrztInnen häufig, dass sie heute mehr Zeit und Beachtung der Anamnese widmen, da sie für die Erfassung psychischer und sozialer Faktoren fast vollständig auf die Angaben der PatientInnen angewiesen sind. Diese Aussage wird durch die statistische Erhebung tendenziell bestätigt. Zwischen 1985 und 1995 steigt die Zahl der untersuchten Arztberichte mit einer klar formulierten Anamnese um gut vier Prozent.

Die nach Aussage vieler befragter ÄrztInnen schlechter gewordenen psychosozialen Begleitumstände eines Patienten können zu einer Zunahme der Komplexität der Krankheitsbilder führen. Die statistische Auswertung der Dossiers bestätigt auch dies. Es konnte eine Zunahme von 44 auf 73 Prozent von Dossiers mit multipler Diagnostik festgestellt werden. Berücksichtigt wurden nur jene Fälle, bei denen sich eine deutlich erhöhte Komplexität des Krankheitsbildes ergab, sich also z.B. zu einem somatischen Gebrechen noch eine psychische Störung addierte.

Unsere Ergebnisse decken sich mit jenen einer Studie von R. E. Kübler. Diese Autorin untersuchte 300 zwischen 1988 und 1993 angefertigte

Gutachten und konnte aufzeigen, dass knapp 69 Prozent der Versicherten Mehrfachdiagnosen hatten, davon 63 Prozent mit Kombinationen nach der obgenannten Definition.¹³

Inwiefern sich die vermehrte Bedeutung der subjektiven Angaben auf die Nennung von IV-fremden Kriterien auswirkt, kann die statistische Auswertung zeigen. So konnte in den Dossiers von 1995 in 14 Prozent der Arztberichte entsprechende Angaben gefunden werden gegenüber 9 Prozent im Jahre 1985. Die Bemerkungen thematisieren dabei insbesondere die berufliche Qualifikation des Versicherten. Es ist anzunehmen, dass die ÄrztInnen diese Bemerkungen für eine umfassende Beurteilung des Rentenbegehrens zunehmend wichtig finden.

Ein weiterer Punkt, der in diesem Zusammenhang wichtig ist, betrifft die Frage nach dem Neuauftreten oder einer Zunahme von bestimmten Krankheiten. Mehrheitlich wurde dies bejaht. Erwähnt und als IV-relevant eingestuft wurden die Fibromyalgie, die somatoforme Schmerzstörung, Essstörungen und das Schleudertrauma. Allerdings wurde darauf hingewiesen, dass diese Krankheiten früher zum Teil verkannt oder nicht einheitlich benannt wurden. Weiter wurde verschiedentlich auf die posttraumatische Belastungsstörung aufgrund von Folterungen und Kriegserlebnissen hingewiesen, die in Zukunft für die IV relevant werden könnte.

Einige ÄrztInnen stellten eine Zunahme von Störungen in der Genesung von somatischen Krankheiten fest. „Im Verlaufe des Heilungsprozesses treten statt der erwarteten Besserung des Gesundheitszustandes psychosomatische Beschwerden auf“, ist eine typische Aussage. Hingegen sei die Behandlung „klassischer“ psychischer Krankheiten, wie Depressionen oder Schizophrenie, heute eher besser geworden, so dass von dieser Patientengruppe eher eine gesteigerte Arbeitsfähigkeit erwartet werden kann. Inwiefern diese im heutigen Arbeitsmarkt ausreichend ist und genutzt werden kann, bleibt offen.

Die Auswertungen zeigen, dass in den ärztlichen Stellungnahmen von 1995 die Prognose zum Gesundheitszustand vermehrt „stationär“ oder gar „sich verschlechternd“ lautet. Dies könnte eine Tendenz dahingehend sein, dass die ÄrztInnen eher skeptischer geworden sind bezüglich der Besserungsfähigkeit des Gesundheitszustandes der PatientInnen.

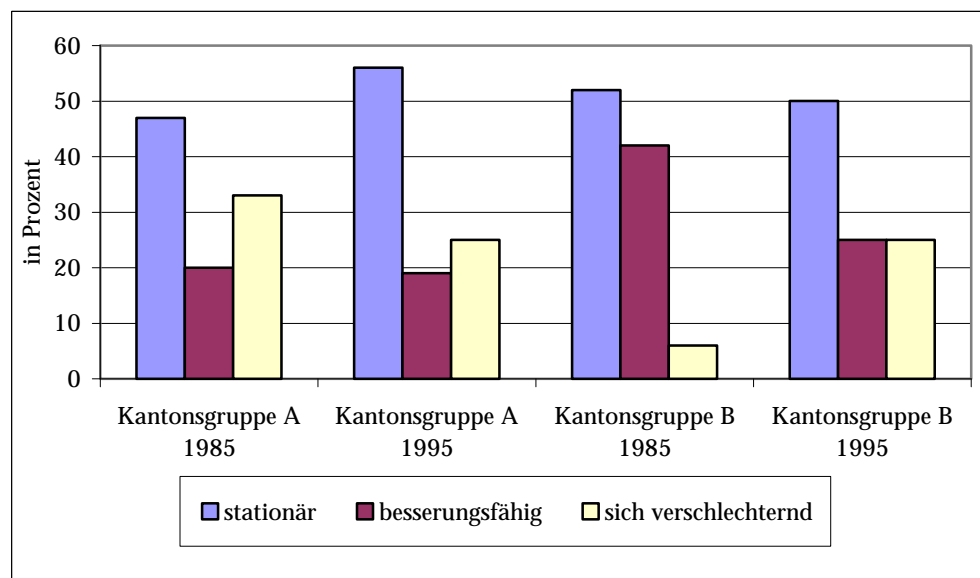
¹³ Kübler, R.E.: Die interdisziplinäre medizinische Begutachtung zuhanden der Invalidenversicherung; Inaugural-Dissertation, Med. Fakultät der Universität Zürich, Zürich 1998.

D2.4: Prognose des Gesundheitszustandes (in % der Arztberichte, N=146)

Prognose Gesundheitszustand	1985	1995
stationär	49%	54%
besserungsfähig	30%	21%
sich verschlechternd	21%	25%

Wie die nachfolgende Darstellung D2.5 zeigt, ist ein klarer Kantonsunterschied auszumachen. Die Kantonsgruppe mit einer erhöhten Zunahme an Neuberentungen verzeichnet 1985 eine deutlich pessimistischere Beurteilung der Prognose des Gesundheitszustandes. 1995 hat eine Angleichung zwischen den Kantonsgruppen stattgefunden. Wie bereits bei der Frage nach der gewünschten Rentenleistung könnte dieses Resultat als verzögerte Entwicklung in der Kantonsgruppe B interpretiert werden.

D2.5: Prognose des Gesundheitszustandes nach Kantonsgruppen (in % der Arztberichte, N=146)



2.1.3 Das Bemessen der Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Ein für die IV wichtiger Punkt in der ärztlichen Stellungnahme ist die Bemessung der Arbeitsunfähigkeit (AUF). Von welchen Kriterien lässt sich der Arzt/die Ärztin bei dieser Beurteilung leiten? Die Frage ist von Bedeutung, weil kein objektiver Massstab existiert. Was uns interessiert, sind die dem zahlenmässigen Festlegen der AUF direkt vorausgegangenen Überlegungen des Arztes/der Ärztin.

Die dazu befragten ÄrztInnen nehmen für das Bemessen der Arbeitsunfähigkeit einen Vergleich der Funktionseinschränkung mit der Anforderung an die zu verrichtende Tätigkeit vor. Ist die Arbeitsfähigkeit dafür ungenügend, versuchen sie meist, eine mögliche alternative Tätigkeit aufzuzeigen. Dies geht bereits in Richtung einer Beurteilung der Erwerbsfähigkeit. In der konkreten Umsetzung tauchen gemäss den Befragten bei diesem Vorgehen grosse Unsicherheiten auf. Es fehlt zum einen das Wissen um die genauen Anforderungen eines Berufes. Weiter kann eine an sich gleiche Arbeitsstelle je nach Betrieb unterschiedliche Tätigkeiten beinhalten. Von allen betroffenen Stellen wird eingeräumt, dass das Wissen in diesem Bereich ungenügend ist. Diesbezüglich sind die ÄrztInnen stark von den Aussagen der PatientInnen abhängig. Auch hier spielt deshalb wiederum die persönliche Beurteilung des Krankheitszustandes durch die PatientInnen eine wichtige Rolle.

Weiteren Einfluss auf das Festlegen der Arbeitsunfähigkeit haben gemäss den befragten ÄrztInnen die erhöhten Anforderungen an den Arbeitsstellen. Die Beschäftigungslage der achtziger Jahre erlaubte teilweise die Anstellung leicht handicapierter ArbeitnehmerInnen. Der aktuelle Arbeitsmarkt wünscht dagegen nur noch voll leistungsfähige ArbeitnehmerInnen. Zudem werden heute nach Aussagen der InterviewpartnerInnen immer weniger alternative Tätigkeiten vorgeschlagen, da solche nur noch sehr beschränkt vorhanden seien. Als Folge der härteren Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt müssten die PatientInnen früher und länger arbeitsunfähig geschrieben werden, weil sie den Ansprüchen ihres Arbeitsplatzes nicht mehr genügen.

2.1.4 Das Therapiepotential

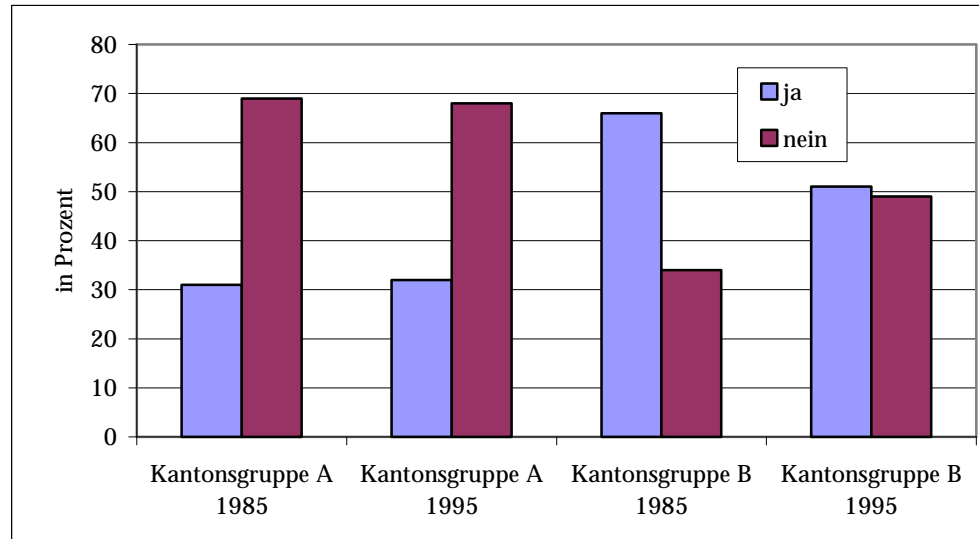
Es ist anzunehmen, dass die medizinischen Massnahmen ausgeschöpft werden, bevor es zu einer IV-Anmeldung kommt. Dies hängt davon ab, wie gut die Therapiemöglichkeiten sind. Die Hypothese, dass in Regionen mit einer erhöhten Zunahme von Neuberentungen ein weniger

dichtes Rehabilitationsangebot besteht, hat sich nicht bestätigt. Das vorhandene Angebot wurde von den befragten ÄrztInnen überall als genügend bis gut eingeschätzt. In Einzelfällen wird höchstens die Zugänglichkeit zu einzelnen Spezialkliniken bemängelt, dieses Problem hat sich in den letzten Jahren aber nicht verschärft.

Häufig wird von der IV nach der Möglichkeit von Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gefragt. Die Auswertung der Dossiers zeigt, dass 1985 die ÄrztInnen in 49 Prozent der Fälle diese Frage positiv beantworteten. 1995 traf dies noch in 42 Prozent der Fälle zu.

Interessant in diesem Zusammenhang ist auch der Unterschied zwischen den beiden Kantonsgruppen. In der Kantonsgruppe B (Kantone mit durchschnittlicher Zunahme von Neuberentungen) wurde deutlich häufiger angenommen, dass eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit möglich ist. Der Unterschied nimmt bis 1995 etwas ab, bleibt aber deutlich.

D2.6: Kann die Arbeitsfähigkeit durch geeignete Massnahmen verbessert werden? (in % der Arztberichte, N=125)



Die ÄrztInnen der Kantonsgruppe A sind skeptischer hinsichtlich der Verbesserungsmöglichkeit der Arbeitsfähigkeit, was sich mit dem im Abschnitt 2.1.2 festgestellten Vorbehalt bezüglich der Prognose zum Gesundheitszustand deckt.

2.1.5 Kenntnisse über das IV-Abklärungsverfahren

Die Kenntnisse über das Abklärungsverfahren und die IV-rechtlichen Belange beeinflussen das Abfassen der ärztlichen Stellungnahmen. Die den ÄrztInnen gestellte Frage nach ihren Kenntnissen über IV-rechtliche Belange gibt uns über dieses Bewusstsein Aufschluss. Die meisten gaben unumwunden zu, dass sie zuwenig oder praktisch nichts über das Verfahren wissen. Diese Aussage wird gestützt durch die Angaben der IV-MitarbeiterInnen. Allerdings wird anerkannt, dass diesbezügliche Fortschritte bei der Ärzteschaft ausgemacht werden können. Die IV-MitarbeiterInnen weisen zum Beispiel auf die Begriffsverwirrung hin, die bei der Frage nach der Arbeitsunfähigkeit häufig auftritt. Die AUF werde mit der Erwerbsunfähigkeit oder gar dem IV-Grad verwechselt. Bei der statistischen Auswertung der Arztberichte konnte in 6,6 Prozent der Stellungnahmen die Nennung eines IV-Grades festgestellt werden.

In den Äusserungen zu den Arztberichtsformularen zeigt sich ebenfalls, dass das Abklärungsverfahren für viele ÄrztInnen undurchsichtig ist.

Der Zweck einzelner Fragen bleibt häufig unverständlich, so dass diese teilweise nicht oder unvollständig beantwortet werden. Laut Aussagen einzelner ÄrztInnen werden nur die ihnen zentral erscheinenden Fragen beantwortet. Gleichzeitig wird von ärztlicher Seite der eigene Beitrag zum Rentenverfahren häufig als eher hoch eingeschätzt. In der Konsequenz kann somit festgestellt werden, dass die ÄrztInnen ihren eigenen Angaben zufolge wichtige Angaben machen, jedoch häufig ohne deren Tragweite zu kennen.

In diesem Zusammenhang müssen auch die Fragen, die die ÄrztInnen beantworten sollen, erwähnt werden. H. Kind, der sich in einem Artikel mit der Entstehung von Gutachten befasst, stellt fest, dass ÄrztInnen häufig Fragen beantworten müssen, die seiner Ansicht nach eher juristischer und weniger medizinischer Art sind.¹⁴ Als Beispiel fügt er die Frage nach dem Kausalzusammenhang zwischen Unfallereignis und späterem gesundheitlichen Zustand an. Ferner gäbe es Fragen, auf die dem Gutachter zum vornherein keine begründete Antwort möglich ist, z.B. ob dem Versicherten eine bestimmte Arbeitsleistung zuzumuten sei. Zumutbarkeit ist seiner Ansicht nach kein medizinisch-wissenschaftlicher Begriff sondern ein sozialpolitischer, für den der Arzt keinen Massstab hat, höchstens eine subjektive, persönliche Meinung.

2.1.6 Interpretation der eigenen ärztlichen Rolle

Es kann angenommen werden, dass sich die Position des Arztes innerhalb seiner Beziehung zum Patienten im Arztbericht widerspiegelt. Dieses Verhältnis kann unterschiedlich eng sein. Zentral in dieser Hinsicht ist sicher die Zeitdauer der Arzt-Patienten-Beziehung: Bildlich gesprochen liegt einem langjährigen Hausarzt als Grundlage der Beurteilung eine Art „Film“ vor, der Gutachter wird dagegen eine „Momentaufnahme“ machen. Dies wird durch Interviewaussagen bestätigt. HausärztInnen ziehen den somatischen, psychischen und sozialen Bereich des Patienten in ihre Betrachtung mit ein. Ein Gutachter hingegen fokussiert seine Überlegungen seinem Spezialgebiet entsprechend eher auf einen bestimmten Aspekt des Leidens.

¹⁴ Prof. Dr. med. H. Kind: So entsteht ein medizinisches Gutachten, in: Schaffhauser, R.; Schlauri, F. (Hrsg.): Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, Veröffentlichungen des Schweiz. Instituts für Verwaltungskurse der Universität St. Gallen, Neue Reihe, Band 42, St. Gallen, 1997, S. 51.

Dass das Vertrauensverhältnis von einem Patienten im Sinne eines bewussten Beeinflussungsversuches des Arztes zu seinen Gunsten ausgenutzt werden könnte, daran glauben die befragten ÄrztInnen nur in den wenigsten Fällen. Diese Selbsteinschätzung wird etwas relativiert durch die Aussagen von IV-MitarbeiterInnen. Diese haben die Vermutung, dass eine zunehmende Tendenz zu Gefälligkeitsberichten besteht. Als Ursache wird in den Städten die grössere Ärztedichte vermutet. Diese These wird, bezogen auf die zwei Kantonsgruppen A und B, tendenziell unterstützt durch die Statistik. Hinsichtlich der Dichte der ÄrztInnen mit Privatpraxen belegen 1996 die Kantone der Gruppe A die Ränge 1, 3, 6, 16 und 17, die Kantone der Gruppe B die Ränge 11, 18, 21, 24.¹⁵ Nach Ansicht der IV-MitarbeiterInnen kann die Ärztedichte dazu führen, dass ein Hausarzt aus rein wirtschaftlichen Gründen das Formular entsprechend den Wünschen des Versicherten ausfüllt, ansonsten er einen Kunden verliert. So werden auf den IV-Stellen die Arztberichte von JungärztInnen besonders kritisch beurteilt. In ländlichen Gegenden ist es nicht die Ärztedichte, sondern der soziale Druck, der aus Sicht der IV-MitarbeiterInnen zu eher patientenfreundlichen Aussagen führen kann.

Nicht nur die Position innerhalb des Verhältnisses zum Patienten/zur Patientin, sondern auch die Haltung der ÄrztInnen zur Versicherung kann unterschiedlich sein. In bezug auf die Versicherung kann der Arzt beispielsweise seine Rolle als Anwalt des Patienten oder als VertreterIn der Öffentlichkeit interpretieren. Auch dies kann Einfluss auf die ärztliche Stellungnahme haben, wobei hier keine Unterschiede zwischen HausärztInnen und GutachterInnen zu vermuten sind.

2.1.7 Zusammenfassung

In bezug auf das Rentenverfahren kommt nicht allen Faktoren die gleiche Bedeutung zu. Gemäss den Interviewaussagen und der Dossierausswertung kann angenommen werden, dass die drei Elemente „Situation der Versicherten“, „Krankheitsbegriff des Arztes“ und „Bemessen der Arbeitsunfähigkeit“ zentral sind und direktere Auswirkungen auf die ärztliche Stellungnahme haben. Somit ist auch ihr Einfluss auf das Abklärungsverfahren bedeutender.

¹⁵ Scherer, F.: Assurance invalidité: le code 646, Approche géographique et sociologique des „troubles réactifs du milieu“; mémoire, Université de Lausanne, Faculté des Lettres, session d'octobre 1998.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass *erstens* im untersuchten Zeitabschnitt 1985/1995 von einer zunehmenden Bedeutung des psychosozialen und gesellschaftlichen Umfeldes für die medizinische Beurteilung der Versicherten ausgegangen werden muss. Dies hängt einerseits damit zusammen, dass die Versicherten bestimmte Faktoren in ihrem Umfeld vermehrt als gesundheitsstörend wahrnehmen, was auch zu einer Problemakkumulation führen kann. So konnte bei der Auswertung der Dossiers eine merkliche Zunahme von Fällen mit multipler Diagnostik nachgewiesen werden. Gewisse Veränderungen des Umfeldes werden nicht nur negativer empfunden, sie haben sich auch objektiv verstärkt. Andererseits können diese Veränderungen auf seiten der Versicherten vermehrt Auswirkungen auf die ärztliche Stellungnahme haben, gerade vor dem Hintergrund, dass die ÄrztInnen aufgrund eines veränderten Krankheitsbegriffes die PatientInnen zunehmend umfassender betreuen. Besonderes Gewicht erhalten diese Feststellungen in bezug auf die psychischen Krankheitsbilder. Hier ist der Arzt/die Ärztin bei der Beurteilung stark von den Aussagen der PatientInnen abhängig. Dies könnte eine Erklärung für die zunehmend vorsichtigere Gesundheitsprognose der ÄrztInnen sein, wie durch die statistische Auswertung der Arztberichte gezeigt werden kann.

Zweitens besteht beim Bemessen der Arbeitsfähigkeit bei den ÄrztInnen generell eine grosse Unsicherheit, da klare Kriterien fehlen. Das Wissen um die genauen Anforderungen an einem Arbeitsplatz ist gemäss den befragten ÄrztInnen unzureichend. Einig ist man sich aber, dass die Ansprüche an die Arbeitsfähigkeit von seiten des Arbeitsmarktes zugenommen haben. So zeigen die Auswertungen, dass 1995 die ÄrztInnen weniger davon überzeugt sind, dass durch geeignete Massnahmen die Arbeitsfähigkeit verbessert werden kann.

Drittens wird allgemein bestätigt, dass die Kenntnisse über das Abklärungsverfahren gering sind. Zu den diesbezüglichen Problemen zählen Begriffsverwirrungen zwischen Arbeits- und Erwerbsfähigkeit und IV-Grad oder zwischen IV-relevanten und IV-fremden Kriterien. Auch bestehen Unklarheiten bezüglich Zweck und Wichtigkeit einzelner Fragen des Arztberichtsformulars¹⁶. Eine zusätzliche Erschwernis stellen die häufig wenig differenzierten oder unklaren Fragenstellungen an die ÄrztInnen dar. Zum Beispiel finden viele InterviewpartnerInnen, dass

¹⁶ Die Hausarztformulare befinden sich zurzeit in Überarbeitung.

die in einer Prozentzahl festgehaltene Arbeitsunfähigkeit zu wenig aussagekräftig ist.

Viertens können in der statistischen Auswertung der Versichertendossiers Kantonsunterschiede bezüglich der ärztlichen Beurteilung ausgemacht werden. Zu erwähnen sind die Fragen nach der Prognose des Gesundheitszustandes und nach der Verbesserungsmöglichkeit der Arbeitsfähigkeit. In beiden Fällen sind die ÄrztInnen der Kantonsgruppe A (erhöhte Zunahme) in ihren Aussagen 1985 skeptischer als die VertreterInnen der anderen Kantonsgruppe. 1995 gleichen sich die Aussagen der beiden Kantonsgruppen an, weil die ÄrztInnen der Kantonsgruppe B in ihrer Beurteilung pessimistischer geworden sind.

Generell muss bei einigen Faktoren hinsichtlich ihrer Bedeutung zwischen verschiedenen ins Rentenverfahren involvierten Ärztegruppen unterschieden werden. Diese sind von den Faktoren nicht in derselben Art und Weise betroffen. So kann zum Beispiel der Einfluss des Faktors „Interpretation der eigenen ärztlichen Rolle“ nicht einheitlich gedeutet werden. Aus diesen Gründen kann nicht von *der* ärztlichen Stellungnahme gesprochen werden. Dieser Thematik widmet sich der folgende Abschnitt.

2.2 Arten von Arztberichten

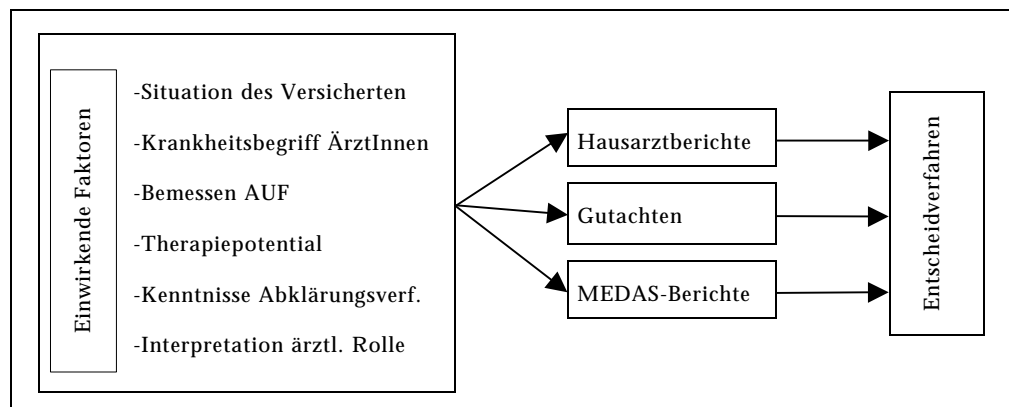
Die Entscheidungsfindung bei einer Neuberentung stützt sich auf eine oder mehrere ärztliche Stellungnahmen ab. Diesen Arztberichten kommt innerhalb des Rentenverfahrens nicht die gleiche Rolle zu, so dass sie auf unterschiedliche Art Einfluss auf das Rentenverfahren nehmen.

Ausser in Ausnahmefällen immer ins Entscheidungsverfahren involviert sind die HausärztInnen. Als Hausarztberichte gelten alle Stellungnahmen von behandelnden ÄrztInnen. Dazu zählen GrundversorgerInnen (AllgemeinmedizinerInnen und ÄrztInnen mit dem Facharzttitel für Innere Medizin, welche im Rentenverfahren als HausärztInnen fungieren) sowie behandelnde SpezialärztInnen. Eine zweite je nach Fall involvierte Ärztegruppe ist diejenige der GutachterInnen. Bei ihren Stellungnahmen handelt es sich um Berichte, die von der IV bei SpezialärztInnen in Auftrag gegeben werden. Es kann sich aber auch um spezialärztliche Berichte handeln, die vor der Einleitung des Rentenverfahrens vom Hausarzt veranlasst wurden und seinem eigenen Bericht meist beigelegt sind. Diese sind im engeren Sinne zwar keine Gutachten, kommen diesen

aber sehr nahe und werden im folgenden unter den „Gutachten“ subsumiert.¹⁷ Schliesslich sind für die Entscheidungsfindung unter bestimmten Umständen auch Beurteilungen von Medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) nötig.

Ob und auf welche Art und Weise die verschiedenen in Kapitel 2.1 vorgestellten Faktoren die drei Gruppen ärztlicher Stellungnahmen beeinflussen, wird im folgenden Abschnitt dargestellt. Dabei wird wiederum auf Veränderungen, die sich im untersuchten Zeitraum feststellen lassen, und auf Unterschiede hinsichtlich der beiden ausgewählten Kantonsgruppen hingewiesen. Ausgehend von der den ärztlichen Stellungnahmen jeweils zugeordneten Rolle im Abklärungsverfahren, wird schliesslich überprüft, welche Auswirkungen auf das Entscheidungsverfahren festzustellen sind. Im Überblick kann die Fragestellung wie folgt dargestellt werden.

D2.7: Arten von Arztberichten und zentrale Einflussfaktoren



2.2.1 Hausarztberichte

Mit Hausarztberichten sind die von der IV routinemässig eingeforderten Formularberichte gemeint. Dieses Formular enthält standardisierte, zum Teil geschlossene Fragen.

Bei diesen Berichten kommen die im Abschnitt 2.1.1 (Situation des Versicherten) gemachten Aussagen mehr als bei den anderen Stellungnahmen zum Tragen. Die HausärztInnen kennen häufig das ganze familiäre

¹⁷ Vom juristischen Standpunkt aus wird zwischen Partei- und Administrativgutachten unterschieden. Diese Differenzierung ist in diesem Zusammenhang jedoch vernachlässigbar.

und soziale Umfeld des Patienten, und dieses Umfeld ist - wie bereits erwähnt - eher problematischer geworden. Diese Aspekte finden vor dem Hintergrund einer veränderten Auffassung von Krankheit des Arztes Eingang in die ärztliche Stellungnahme. So wird, wie im Abschnitt 2.1.2 (Krankheitsbegriff) aufgezeigt, der Patient zunehmend umfassender betreut. Damit können äussere Einflüsse auf die Krankheit im engeren Sinn bis hin zur Erwähnung IV-fremder Kriterien in die ärztliche Stellungnahme einfließen. Dies wirkt sich auch auf die Angaben zur Arbeitsunfähigkeit aus, was das ohnehin schwierige Bemessen der AUF noch problematischer macht. Weiter hat der Faktor „Interpretation der ärztlichen Rolle“ (vgl. Abschnitt 2.1.6) für die HausärztInnen eine besondere Bedeutung, da sie am regelmässigsten Kontakt mit den PatientInnen haben. Die befragten HausärztInnen versuchen ihren eigenen Angaben gemäss, zwar neutral zu bleiben, und interpretieren ihre Rolle nicht als „Anwalt der PatientInnen“. Sie gestehen jedoch, dass es manchmal schwierig sei, genügend Distanz zu wahren.

Interessant in diesem Zusammenhang ist auch die Rolle der behandelnden ÄrztInnen bei der Motivation von IV-Gesuchen. Die befragten ÄrztInnen stellen fest, dass im Laufe der Jahre die finanzielle Situation vieler PatientInnen schlechter geworden sei, diese aber ihre Rechte zunehmend besser kennen und selber die Idee eines Rentengesuchs hätten. So bremse der Arzt zunehmend das Rentengesuch eher als dass er es forcieren. Im Gegenzug werden von den InterviewpartnerInnen Arbeitgeber und Sozialämter als weitere Auslöser von Rentengesuchen genannt.

Dass die ÄrztInnen mangelnde Kenntnisse über das Rentenverfahren und allgemein der IV-rechtlichen Belange haben, ist gemäss den Interviewaussagen weder IV-intern noch innerhalb der Ärzteschaft bestritten. Dies zeigt sich bei den HausärztInnen zum Beispiel in unvollständig ausgefüllten Formularen. Weiter wird eine Begriffsverwirrung zwischen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit festgestellt, so dass diesbezügliche Aussagen mit Vorsicht aufgenommen werden müssen. Ebenfalls zum Teil den mangelhaften Kenntnissen über das Rentenverfahren zugeschrieben werden kann die oft sehr lange Zeit, die verstreicht, bis die Hausarztformulare bei der IV eintreffen. Allerdings muss auch erwähnt werden, dass die standardisierten Arztberichtsformulare in ihrer Aufmachung problematisch und undifferenziert sind. Dies ist ein weiteres Hindernis für eine klare Stellungnahme von ärztlicher Seite.

Obwohl in ihrer Bedeutung sicher zweitrangig, fügt sich zu den bisher erwähnten Faktoren eventuell eine gegenüber früher verminderte Resistenz gegenüber (auch unbewussten) Druckversuchen an. Die Grenze zwischen einer „ganzheitlichen“ und „zu subjektiven“ Beurteilung ist aber auf jeden Fall vage und wird die Betroffenen immer vor Beurteilungsprobleme führen. Dass von HausärztInnen Gefälligkeitsberichte verfasst werden, verneinen viele InterviewpartnerInnen. Einige IV-MitarbeiterInnen stellen jedoch eine zunehmende Tendenz von Gefälligkeitsberichten fest.

Die erwähnten Faktoren führen dazu, dass die Qualität der Hausarztberichte von den IV-MitarbeiterInnen insgesamt als mangelhaft beurteilt wird. Häufig seien sie in sich wenig schlüssig. Gemäss IV-internen Aussagen betrifft dies insbesondere die vielfach nicht nachvollziehbaren Angaben zur Arbeitsfähigkeit. Auch wird die Objektivität der Angaben eher kritisch beurteilt. Vor allem werden Bedenken angemeldet, was die Unabhängigkeit in der Beurteilung durch die HausärztInnen betrifft.

So führt fast jede der untersuchten IV-Stellen eine Art „schwarze Liste“ von ÄrztInnen, deren Berichte als unbrauchbar qualifiziert werden. Gemäss IV-interner Aussage werden im Extremfall Hausarztberichte gar nicht mehr eingeholt, da sich der Aufwand in Anbetracht der erwarteten schlechten Aussagekraft des Berichtes nicht lohne. In der Konsequenz ist der Stellenwert der Hausarztberichte IV-intern eher gesunken. Das Einfordern der Formulare wird zum Teil nur noch als Formsache betrachtet und dementsprechend von einigen befragten IV-MitarbeiterInnen als mühsame, zeitraubende Pflicht empfunden.

Der effektive Beitrag des Hausarztberichtes zum Rentenentscheid steht in einem Gegensatz zu der ihm im Verfahren zgedachten Rolle. Gemäss dem Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung von 1997 soll der Bericht „in erster Linie die bisher ermittelten medizinischen Tatsachen festhalten“. Die Rolle der Hausarztberichte ist es somit, einen Überblick über die IV-relevanten medizinischen Probleme des Versicherten zu geben. Konkret möchte die IV-Stelle dem Hausarztbericht nebst der Diagnose vor allem den Krankheitsverlauf und den Grad der Arbeitsunfähigkeit entnehmen. Bei komplexeren Fällen sollte der Bericht zudem als Basis zur Lancierung weiterer medizinischer Abklärungen, bei einfacheren Rentenbegehren als Entscheidungsgrundlage dienen. Für diese zwei Aufgaben sind aber nur qualitativ

gute Hausarztberichte von Nutzen. Wenn wir davon ausgehen, dass es sich beim ersten Arztbericht pro Dossier um jenen des behandelnden Arztes handelt, kann die statistische Auswertung der Anzahl Arztberichte Hinweise auf die Bedeutung der Hausarztberichte geben.

D2.8: Anzahl Arztberichte pro Dossier 1985 und 1995 (in Prozent aller Dossiers, N=90)

Anzahl Arztberichte pro Dossier	1985	1995
1 Arztbericht	25%	17%
2 Arztberichte	25%	46%
3 Arztberichte	25%	11%
mehr als 3 Arztberichte	25%	26%

Es kann festgestellt werden, dass bei den untersuchten Dossiers 1985 in 25 Prozent der Fälle ein Arztbericht genügte, um einen Rentenentscheid zu fällen. 1995 ist die Zahl der Rentenentscheide, bei denen ein Hausarztbericht als einzige medizinische Entscheidungsgrundlage genügte, auf 17 Prozent gesunken. Dass sich die IV immer weniger allein auf den Hausarztbericht abstützt, hat aber sicher auch andere Gründe als deren Qualität. Laut IV-interner Aussage sehen sich die IV-Stellen unter anderem wegen zunehmender Rekurse gezwungen, noch sorgfältiger abzuklären und zu diesem Zweck vermehrt Gutachten einzuholen.

2.2.2 Gutachten

Bei einem Gutachten haben die verschiedenen beeinflussenden Faktoren ein anderes Gewicht und andere Konsequenzen als bei den Hausarztberichten. Da vom Gutachter weniger eine umfassende Stellungnahme als häufig die Beantwortung konkreter Fragen verlangt wird, ist anzunehmen, dass beschränkte Kenntnisse des Arztes/der Ärztin über das Rentenverfahren weniger Einfluss haben. Dasselbe gilt in bezug auf die Wirkung der subjektiven Krankheitswahrnehmung der PatientInnen, da eine distanziertere Beziehung zwischen GutachterIn und PatientIn besteht. Der Gutachter wird sich eher auf medizinische Kriterien im engeren Sinn beschränken, welche auf seinem Spezialwissen beruhen. In der

kurzen Zeit von einer, maximal zwei Konsultationen entsteht eine Momentaufnahme des aktuellen Krankheitszustandes des Patienten. Weiter kann angenommen werden, dass das Krankheitsbild des Arztes sowie die Probleme rund um das Bemessen der Arbeitsunfähigkeit bei den Gutachten die gleiche Rolle spielen wie bei den Hausarztberichten.

Spezielle Erwähnung finden in diesem Zusammenhang die psychiatrischen Gutachten. Da in diesem Fachgebiet Angaben zur Diagnostik und Prognose weniger mit Testverfahren untermauert werden können, bekunden IV-MitarbeiterInnen nach eigenen Aussagen im Umgang damit grosse Unsicherheit. Bei der IV-Stelle ist daher manchmal das Bedürfnis nach einem zusätzlichen Gutachten vorhanden. Jedoch kann ihrer Ansicht nach ein Zweitgutachten wenig sinnvoll sein, wenn in einer Region die PsychiaterInnen aufgrund des gleichen beruflichen Werdegangs eine ähnliche Ausrichtung vertreten.

Welchen Einfluss die erwähnten Faktoren nehmen können, hängt auch von der IV-Stelle ab, da diese die GutachterInnen auswählt. Es müssen somit die im Abschnitt 2.1.6 (Interpretation der eigenen ärztlichen Rolle) erwähnten Elemente berücksichtigt werden. Bei einem Gutachten steht der Arzt in einem Auftragsverhältnis zur IV, was die Interpretation seiner Rolle beeinflussen kann. VertreterInnen von Behinderten- und Patientenorganisationen kritisieren teilweise, dass dem Versicherten bei der Wahl des Gutachters nach Bundesrecht kein Mitwirkungsrecht eingeräumt werden muss. So auch A. Bühler, der in einem Artikel die Mitwirkungs- und Parteirechte bei der Einholung von Gutachten in verschiedenen Sozialversicherungen vergleicht.¹⁸ Er hält fest, dass dies dazu führen könne, dass IV-Stellen je nach Fachgebiet bestimmte „Hof-Gutachter“ berücksichtigen, bei welchen erfahrungsgemäss mit einem versicherungsfreundlichen Begutachtungsergebnis gerechnet werden könne.

Die Qualität der Gutachten und der Arztberichte von SpezialistInnen wird IV-intern im Vergleich zu den Hausarztberichten allgemein besser beurteilt. Qualitätsmerkmale sind wiederum die Nachvollziehbarkeit, vor allem was die Beurteilung des Schweregrades der Krankheit und die Prognose bezüglich den funktionellen Einschränkungen betrifft. Die

¹⁸ Dr. jur. A. Bühler: Versicherungsinterne Gutachten und Privatgutachten, in: Schaffhauser, R.; Schlauri, F. (Hrsg.): Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, Veröffentlichungen des Schweiz. Instituts für Verwaltungskurse der Universität St.Gallen, Neue Reihe, Band 42, St. Gallen, 1997, S. 199.

von IV-Seite bei den Hausarztberichten vorgebrachten Beanstandungen werden hier weniger erwähnt. Die Gutachten enthalten ihrer Ansicht nach die benötigten vertiefenden Informationen zur Krankheit oder zu einem Aspekt der Krankheit des Versicherten. Den Angaben in den Gutachten wird im allgemeinen auch mehr Objektivität attestiert, und es werden weniger Gefälligkeitsberichte vermutet als bei den HausärztInnen. Zum Teil wünschen die befragten IV-StellenärztInnen, dass in den Gutachten differenziertere und ausführlichere Schlussfolgerungen gezogen würden.

Die Erwartungen der IV-Stelle an ein Gutachten werden somit im großen und ganzen erfüllt. In der Konsequenz kommt diesem „Expertenwissen“ innerhalb des Rentenverfahrens ein wichtiger Platz zu. Laut den IV-internen Interviewaussagen werden diese Arztberichte in erster Linie herangezogen um einen Rentenentscheid zu fällen und zu begründen.

2.2.3 MEDAS-Berichte

MEDAS-Berichte werden je nach Organisation der Institution unterschiedlich erstellt. Der Austausch unter den MEDAS-GutachterInnen kann sehr direkt stattfinden, indem z.B. zwei ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen zusammen den Patienten begutachten. Er ist andererseits auf ein Minimum beschränkt, wenn einzelne FachärztInnen ihre Teilgutachten abliefern und eine(r) der ÄrztInnen darauf den MEDAS-Bericht zusammenstellt. Von den MEDAS-GutachterInnen wird teilweise bedauert, wenn der direkte Austausch z.B. in Form einer interdisziplinären Diskussion fehlt.

Die die Berichtserstellung beeinflussenden Faktoren haben auf die einzelnen MEDAS-ÄrztInnen primär die gleiche Wirkung wie auf die GutachterInnen. Es kann allerdings angenommen werden, dass die Interdisziplinarität einen gewissen Schutz vor einem allzu starken Einfluss einzelner Faktoren bietet. Die Tatsache, dass mehrere ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen Stellung zur Arbeitsunfähigkeit nehmen, ergibt eine breiter abgestützte Angabe, das Grundproblem des Mangels an objektiven Kriterien bleibt aber bestehen. Was den Faktor „Interpretation der eigenen ärztlichen Rolle“ im Abklärungsverfahren betrifft, kann sich ein Unterschied im Vergleich mit den Gutachten ergeben. Da sich die ÄrztInnen für die Begutachtung teilweise auf die MEDAS-Stelle begeben, findet eher ein Rollenwechsel statt. Der Arzt fühlt sich even-

tuell bei der Begutachtung mehr in der Pflicht der Versicherung als dies in der eigenen Praxis der Fall wäre.

Die Interdisziplinarität verleiht dem MEDAS-Gutachten bei unseren InterviewpartnerInnen ein hohes Ansehen. Sie werden als neutral und qualitativ hochstehend anerkannt. Sowohl von den Behinderten- und Patientenorganisationen wie auch von den Gerichten werden MEDAS-Beurteilungen meist wegen ihrer Ausgewogenheit geschätzt und akzeptiert. Die MEDAS wird in erster Linie bei komplexen Fällen beigezogen. Es kann sich um Fälle mit multipler Diagnostik oder mit sich widersprechenden Gutachten handeln. Ein weiteres Argument kann die Gefahr eines Rekurses sein, vor allem wenn der/die Versicherte schon früh einen Rechtsvertreter/-vertreterin beizieht.

Obwohl die MEDAS-Gutachten die von der IV-Stelle in sie gesetzten Erwartungen erfüllen, bestätigen alle IV-MitarbeiterInnen, dass auf ihrer IV-Stelle wenig MEDAS-Abklärungen veranlasst werden. Dies hat in der Deutschschweiz fast ausschliesslich mit der als zu lang empfundenen Wartezeit zu tun, welche bis zu einem Jahr betragen kann. Es wurde bemerkt, dass während der monatelangen Wartezeit das Verfahren blockiert sei und der Versicherte sich in einer Situation befinde, die eine weitere Verschlechterung seines Zustandes bewirken könne. Im Interesse eines speditiven IV-Verfahrens werde daher versucht, mittels mehrerer Monogutachten die MEDAS zu kompensieren. Das Kapazitätsproblem ist beim BSV erkannt, seit 1999 sind einige bestehende MEDAS-Stellen ausgebaut respektive neu geschaffen worden. Bei den GesprächspartnerInnen in der Westschweiz wird zum Teil die Qualität der MEDAS-Gutachten beanstandet, so dass dies das primäre Argument sein kann, keine MEDAS-Beurteilung zu veranlassen.

2.2.4 Zusammenfassung

In diesem Abschnitt soll resümiert werden, auf welche Art und Weise die verschiedenen Arztgruppen von den Faktoren betroffen sind und wie die IV-Stellen die verschiedenen Arztberichte qualifizieren. Daraus ergeben sich die Konsequenzen für die Gewichtung der Arztberichte im Entscheidungsverfahren.

Es kann festgehalten werden, dass die Faktoren „Krankheitsbegriff des Arztes“ und „Bemessen der Arbeitsunfähigkeit“ den gleich starken Effekt auf die verschiedenen ärztlichen Stellungnahmen haben dürften.

Mehr als die Arztberichte der anderen Gruppen sind die Hausarztberichte wahrscheinlich vom Faktor „Situation der Versicherten“ betroffen. Eine Ausnahme bilden hier eventuell die psychiatrischen Gutachten. Was die Kenntnisse über das Abklärungsverfahren der HausärztInnen und der GutachterInnen betrifft, werden diese übereinstimmend als mangelhaft bezeichnet. Der Faktor „Interpretation der ärztlichen Rolle“ kann sich unterschiedlich manifestieren. In einem Hausarztbericht ist eher anzunehmen, dass die Beurteilung vor dem Hintergrund der Regelmässigkeit und längeren Dauer des Verhältnisses zum Patienten zustande kommt. Die gutachterliche Stellungnahme ihrerseits kann vom Auftragsverhältnis zwischen Arzt und Versicherung beeinflusst sein. Was die MEDAS-Berichte betrifft, sind diese bis auf Nuancen gleich wie die Gutachten vom Einfluss der verschiedenen Faktoren betroffen. Der Hauptunterschied liegt in der Interdisziplinarität, die einen gewissen Schutz vor einer einseitigen Beeinflussung bieten kann.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass der Einfluss der Faktoren auf die Hausarztberichte am grössten ist. Bei den Gutachten und MEDAS-Berichten wirken sie sich teilweise unterschiedlich aus, insgesamt aber wahrscheinlich weniger stark als bei den Hausarztberichten. Diese Unterschiede beeinflussen auch die Qualifikation der Berichte durch die IV-Stellen. So wird die Qualität der Hausarztberichte im Gegensatz zu jener der Gutachten häufig als nicht befriedigend bewertet. Die MEDAS-Berichte erfüllen die Erwartungen sowohl der meisten IV-Stellen als auch der VertreterInnen von Patienten- und Behindertenorganisationen. Trotzdem werden sie wegen der langen Wartezeiten zurückhaltend veranlasst.

Diese Einschätzung der verschiedenen ärztlichen Stellungnahmen durch die IV-Stellen hat Konsequenzen für die Gewichtung der einzelnen Arztberichte im Rentenverfahren. Im Zeitvergleich 1985-1995 der statistischen Auswertung der Dossiers kommt dem Hausarztbericht eine geringere Bedeutung zu, was auch den Interviewaussagen entspricht. Die Gutachten haben in der Folge an Bedeutung gewonnen. Das Expertenwissen nimmt heute einen wichtigen Platz im Abklärungsverfahren ein.

Generell kann die Problematik der externen ärztlichen Stellungnahme im Rentenverfahren in vier Punkten zusammengefasst werden:

Erstens ist eine Diskrepanz festzustellen zwischen der dem Hausarztbericht zugedachten Rolle (die auch durch die Verpflichtung zu dessen Einforderung zum Ausdruck kommt) und dessen abnehmende Gewichtung im Rentenverfahren.

Zweitens besteht ein Spannungsverhältnis zwischen der Wichtigkeit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und der Schwierigkeit bei deren Bemessung. Die ÄrztInnen sind verunsichert, da sie mangelnde Kenntnisse von Berufsbildern und Arbeitsplätzen angeben und allgemein akzeptierte Massstäbe fehlen.

Drittens existiert ein Kontrast zwischen der überzeugenden Qualität der MEDAS-Gutachten und deren verhältnismässig seltenen Veranlassung wegen der langen Wartezeit.

Viertens kann hinsichtlich des Kantonsvergleichs Folgendes festgehalten werden: Die statistische Auswertung zeigt Unterschiede in der ärztlichen Prognose des Gesundheitszustandes und der Einschätzung der Verbesserungsmöglichkeit der Arbeitsfähigkeit durch geeignete Massnahmen. Beide Fragen beantwortet die Kantonsgruppe mit einer erhöhten Rentenzunahme 1985 weniger positiv als die andere Kantonsgruppe. Hinsichtlich 1995 verändert die erste Kantonsgruppe ihre Aussagen nur unwesentlich, während sich die Kantonsgruppe mit einer durchschnittlichen Rentenzunahme mit ihren Angaben angleicht. Aufgrund der Interviewaussagen können keine Kantonsunterschiede in der Beurteilung der ärztlichen Stellungnahmen festgehalten werden.

3 Die medizinische Beurteilung IV-intern: Der stellenärztliche Dienst im Abklärungsprozess

Mit der Einführung der kantonalen IV-Stellen 1995 wurden auch die stellenärztlichen Dienste eingerichtet. Dadurch wirkt seit 1995 auf den IV-Stellen direkt eine medizinische Fachstelle beim Abklärungsprozess im Rentenverfahren mit.¹⁹ Wie im Kreisschreiben vom Juli 1997 festgehalten wird, müssen Entscheide über Leistungen dem ärztlichen Dienst zur Stellungnahme unterbreitet werden, soweit eine medizinische Beurteilung angezeigt ist.²⁰ Dies betrifft gemäss der Befragten insbesondere auch Rentenentscheide. Dieser Aufgabe vorgelagert ist im Verlaufe des Abklärungsverfahrens, wie in den Gesprächen weiter erwähnt wurde, die Beratung von Sachbearbeitung und Berufsberatung bezüglich medizinischer Fragen. Dabei geht es vor allem darum, gemeinsam mit diesen Stellen die Invaliditätsfrage zu beurteilen. Aufgabe des stellenärztlichen Dienstes ist es, in diesem Zusammenhang zu prüfen, ob für die Beantwortung dieser Frage alle nötigen medizinischen Entscheidungsgrundlagen vorhanden sind. Falls dies nicht der Fall ist, gibt der medizinische Dienst weitere medizinische oder allenfalls berufliche Abklärungen in Auftrag (Gutachten, MEDAS- oder BEFAS-Stellungnahmen).

Das Gewicht des ärztlichen Fachdienstes im Entscheidverfahren wird massgeblich davon geprägt, in welcher Art und Weise diese Aufgaben wahrgenommen werden. Wichtig sind die Faktoren Kapazität und Kompetenz des ärztlichen Dienstes sowie die Qualität des durch den ärztlichen Dienst aufgebauten und zur Verfügung stehenden Gutachternetzes. Die konkrete Ausgestaltung der stellenärztlichen Dienste in bezug auf diese drei Bereiche werden im folgenden Kapitel ausgeführt. Aufgrund dieser Darlegungen werden im letzten Teil Schlussfolgerungen zur Bedeutung der stellenärztlichen Dienste im Entscheidverfahren gezogen.

3.1 Die Kapazität des stellenärztlichen Dienstes

Die Kapazität eines stellenärztlichen Dienstes wird grundsätzlich durch die verfügbaren Stellenprozente einer IV-Stelle für den medizinischen Dienst bestimmt. In den untersuchten Kantonen stehen für die stellen-

¹⁹ Vor der Einführung der kantonalen IV-Stellen wirkten ÄrztInnen in den IV-Kommissionen mit.

²⁰ Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI), gültig ab 1. Juli 1997.

ärztlichen Dienste je nach Grösse der Kantone zwischen 10 und 200 Stellenprozent zur Verfügung. Vergleicht man ihre Stellenkapazität mit jener der Berufsberatung oder auch der Sachbearbeitung, so lässt sich feststellen, dass ihr Anteil meist weniger als ein Zehntel darstellt.

Die Nutzung der Ressourcen hängt direkt damit zusammen, wie die StellenärztInnen in den Entscheidungsablauf beim Rentenverfahren einbezogen werden. Wie im Kreisschreiben (1. Juli 1997) festgehalten ist, müssen Entscheide über Leistungen dem ärztlichen Dienst zur Stellungnahme unterbreitet werden, soweit eine medizinische Beurteilung angezeigt ist. Dies trifft insbesondere bei Rentenentscheiden zu. Welche weiteren Aufgaben die StellenärztInnen im Verlaufe des Entscheidungsprozesses übernehmen, ist jedoch bis zu einem bestimmten Grad der individuellen Handhabung durch die IV-Stellen überlassen. Der Aufgabenumfang des medizinischen Fachdienstes hängt davon ab, inwieweit Aufgaben- und Entscheidungskompetenzen zwischen den Fachdiensten Sachbearbeitung, Berufsberatung, ärztlichem Dienst und IV-Stellenleitung aufgeteilt sind.

Erstens kann zu den Aufgaben des stellenärztlichen Dienstes ein von einigen IV-Stellen eingeführtes Vorstudium aller Dossiers gehören. Mit dieser Aufgabe übernimmt der medizinische Dienst eine Triagefunktion. Dabei werden die als erstes zu leistenden Schritte im Abklärungsverfahren von Sachbearbeitung und Berufsberatung bestimmt.

Ein zweiter Aufgabenbereich ergibt sich aus der Rolle, die der stellenärztliche Dienst bei der Einholung von Gutachten spielt. Diese kann von der lediglichen „Absegnung“ bis hin zur konkreten Formulierung der Fragen an die abklärende Stelle reichen. Schliesslich überprüfen die stellenärztlichen Dienste teilweise auch alle Entscheide für berufliche Massnahmen (nicht nur die BEFAS-Abklärungen).

Drittens ist die beraterische Aufgabe des stellenärztlichen Dienstes anzuführen. Dieser Aufgabe wird bei allen befragten IV-Stellen ein grosses Gewicht beigemessen. Die Beratung geschieht zum Teil formell. Das heisst, die Form und der Zeitpunkt von Anfragen und Antworten sind offiziell im Entscheidungsverfahren festgehalten. Sie finden schriftlich oder in Form von gemeinsamen Diskussionsforen zwischen Sachbearbeitung oder Berufsberatung und dem ärztlichen Dienst statt. Ein sehr grosser Teil der beraterischen Tätigkeit geschieht jedoch gemäss den GesprächspartnerInnen informell. Dies bedeutet, dass der stellenärztliche

Dienst ein wichtiger Ansprechpartner für Fragen bezüglich medizinischer Belange ist, die vor allem für die Sachbearbeitung während der täglichen Arbeit auftauchen. Für diese Fragen werden schnell und unkompliziert Antworten gesucht, nicht zuletzt, um die anstehenden Abklärungen möglichst unverzüglich vornehmen zu können.

Die zeitlichen Ressourcen des stellenärztlichen Dienstes werden von den GesprächspartnerInnen der befragten IV-Stellen als eher knapp beurteilt. Ein Grossteil der interviewten StellenärztInnen findet sie gar ungenügend. Dies führt gemäss einzelner Befragter dazu, dass bei sogenannten „einfacheren“ Fällen Rentenentscheide nur routinemässig überprüft werden, um zeitliche Kapazität für komplexere Fälle zur Verfügung zu haben. Als weitere Konsequenz der mangelnden Ressourcen führen die Befragten an, dass der IV-interne Austausch zu kurz komme. Es wird auch erwähnt, dass sich diese Situation bei sehr kleinen Pensen der StellenärztInnen zusätzlich verschärfe, da die Ansprechbarkeit nicht mehr gewährleistet sei. Ebenso würden die knappen zeitlichen Ressourcen dazu führen, dass die Kontakte nach aussen wenig gepflegt werden könnten. Der Aufbau eines medizinischen Netzes werde dadurch erschwert (vgl. dazu Kapitel 3.3).

3.2 Die Kompetenz des stellenärztlichen Dienstes

Die Kompetenz eines stellenärztlichen Dienstes wird erstens von der Ausbildung und Berufserfahrung, zweitens vom Praxisbezug und drittens von der Kommunikationsfähigkeit der StelleninhaberInnen geprägt.

Ausbildung und Berufserfahrung

Bei allen von uns befragten IV-Stellen gehören nicht unbedingt Spezialwissen, sondern möglichst breite Fachkenntnisse kombiniert mit grossem Erfahrungshintergrund zum gewünschten Anforderungsprofil eines IV-Stellenarztes oder einer IV-Stellenärztin. Die Mehrheit der untersuchten IV-Stellen besetzt den medizinischen Fachdienst aus diesem Grund zurzeit mit AllgemeinpraktikerInnen. Da auf einer IV-Stelle, im Unterschied z.B. zur SUVA, das gesamte Krankheitsspektrum abgedeckt werden muss, sind GeneralistInnen gefragt. AllgemeinpraktikerInnen kommen diesem Kriterium am nächsten. Arbeiten auf einem stellenärztlichen Dienst jedoch mehrere Ärzte, werden von einigen IV-Stellen

neben den AllgemeinpraktikerInnen auch bewusst SpezialistInnen angestellt.

Praxisbezug

Der Praxisbezug ist gemäss den meisten Befragten ein weiteres wichtiges Kriterium für die Besetzung des stellenärztlichen Dienstes. Es wird dabei davon ausgegangen, dass die praktische Arbeit zu realistischeren Einschätzungen der Situation der Versicherten führt. Der Praxisbezug wird meist durch ein Teilpensum bei der IV und einer gleichzeitigen Tätigkeit in der eigenen Arztpraxis oder in einer Klinik erreicht. Mit dieser Kombination wird aus Sicht der Interviewten zudem die Akzeptanz der Stellenärzte in der Ärzteschaft gewährleistet. Dies wird als sehr wichtig für eine gute Zusammenarbeit betrachtet. Allerdings werden auch Nachteile des Nebeneinanders dieser zwei Tätigkeiten genannt. Zum einen bringt diese Aufteilung eine gewisse „Versicherungsferne“ mit sich. Die Stellenärzte brauchen länger, bis sie die IV-spezifische Sichtweise der medizinischen Fragen und die Organisationsabläufe kennen. Zudem besteht die Gefahr, dass für StellenärztInnen Befangenheit gegenüber den Berufskollegen besteht und dies ihre Unabhängigkeit einschränken könnte.

Kommunikationsfähigkeit

Kommunikationsfähigkeit wird als wichtiges Instrument für die Aufgaben, die die StellenärztInnen innerhalb und ausserhalb der IV ausführen müssen, betrachtet. Dazu gehört, wie bereits im einleitenden Abschnitt ausgeführt, die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den anderen IV-internen Fachdiensten. Zudem ist zur Aufgabe des stellenärztlichen Dienstes auch die Brückenfunktion zwischen IV-Stellen und Ärzteschaft zu zählen. Die IV-ÄrztInnen müssen eine gute Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft der Umgebung aufbauen, da die IV-Stellen für die erforderlichen ärztlichen Stellungnahmen auf die Ärzteschaft angewiesen ist.

Den IV-Stellen bereitet es zum Teil Schwierigkeiten, die stellenärztlichen Dienste mit dem obengenannten Anforderungsprofil zu besetzen. Erste Erfahrungen grösserer IV-Stellen mit dem medizinischen Fachdienst sprechen gemäss der Befragten für eine Mindestpensengrösse von rund 40 Prozent für die einzelnen StellenärztInnen. So könne die Ansprechbarkeit nach innen und nach aussen optimal gewährleistet werden. Für mittlere und grössere IV-Stellen wird die Besetzung des ärztli-

chen Dienstes mit mehr als einem Arzt/einer Ärztin als Chance gewertet, da damit der fachliche Austausch innerhalb des stellenärztlichen Dienstes möglich werde. Dieser wird als Instrument zur verbesserten Qualitätssicherung betrachtet. Für die Verbesserung der fachlichen Kompetenz wurde von einigen GesprächspartnerInnen gewünscht, dass spezifische Fachkenntnisse bezüglich der Krankheitsbilder, die bei Versicherten vermehrt auftreten, durch den stellenärztlichen Dienst abgedeckt sein sollten. Als zunehmend wichtig für den stellenärztlichen Dienst werden Kenntnisse in Arbeitsmedizin eingeschätzt. Dieses Fachwissen sei vermehrt gefragt, um die verbleibenden Tätigkeitsmöglichkeiten von Versicherten aus medizinischer Sicht abzuschätzen.

3.3 Die Qualität des Gutachternetzes

Im Gegensatz zu den Berichten der behandelnden ÄrztInnen, werden die Gutachten von den IV-Stellen in Auftrag gegeben. Bei den meisten untersuchten IV-Stellen gehört es zum Aufgabenbereich der Stellenärzte, GutachterInnen auszuwählen respektive Kontakte zu entsprechenden Institutionen aufzubauen, damit sie dann zum entsprechenden Zeitpunkt für gutachterische Abklärungen zur Verfügung stehen. Da ärztliche Stellungnahmen von GutachterInnen gemäss den Befragten für das Entscheidungsverfahren zunehmend wichtiger werden, hat diese Aufgabe an Bedeutung gewonnen. Gleichzeitig stossen die IV-Stellen beziehungsweise die ärztlichen Dienste bei der Anforderung von Gutachten auf diverse Schwierigkeiten. Diese betreffen die Zugänglichkeit der Stellen, die Wartezeit und die Qualität der Berichte. Die im folgenden erörterten Schwierigkeiten gelten zum Teil auch für die ebenfalls von der IV angeforderten ärztlichen Stellungnahmen von behandelnden SpezialistInnen.

Als erste grosse Schwierigkeit wird allgemein die beschränkte Auswahl an begutachtenden Stellen beurteilt. Dies hängt mit der Anzahl der Stellen zusammen, die bereit, sind für die IV Gutachten zu erstellen. Als Gründe für das teilweise geringe Interesse, Gutachten zu erstellen, werden von den Befragten die Bezahlung und mögliche Bedenken in juristische Verfahren involviert zu werden, genannt. Zudem wird die gutachterische Tätigkeit zum Teil auch als eine unbefriedigende Aufgabe angesehen.

Als zweites grosses Problem wird von den Interviewten auch die oft lange Wartezeit (bis zu einem halben Jahr) für Gutachten genannt. Dies

führt zu Verzögerungen im Entscheidungsprozess, welcher für die IV-Stellen und für die Versicherten sehr unbefriedigend ist. Aus diesem Grund muss gemäss den Befragten häufig zwischen der zeitlichen Dringlichkeit und der Qualität der Berichte entschieden werden.

Damit ist die dritte Schwierigkeit im Zusammenhang mit der Einholung von Gutachten angesprochen, sie betrifft die Qualität. Die Ansprüche, welche die IV diesbezüglich an gutachtende Stellen hat, schränken die Auswahl an solchen Stellen weiter ein. Neben der inhaltlichen Qualität der Berichte kann es auch ein Negativkriterium sein, wenn eine gutachtenden Person von der IV-Stelle als nicht objektiv, sondern als zu patientenfreundlich eingestuft wird. Hinzu kommt, gemäss den Befragten, dass es beim heutigen fortgeschrittenen Spezialwissen immer wichtiger wird, die richtigen SpezialistInnen für einen bestimmten Fall zu finden. Nur so kann garantiert werden, dass das Gutachten auch die benötigten Antworten bereitstellt.

Obwohl die IV-Stellen in erster Linie gutachtende Stellen innerhalb des eigenen Kantons berücksichtigen möchten, ist man aus den obengenannten Gründen zum Teil gezwungen, auf Stellen ausserhalb des Kantons zuzugehen. Die IV-Stellen sind sich bewusst, dass die ihrer Meinung nach guten SpezialärztInnen nicht zu häufig angefragt werden sollten. Dadurch kann eine Überlastung vermieden und die Zusammenarbeit längerfristig gesichert werden. Diesbezüglich können öffentliche Spitäler mit Spezialabteilungen einen Ausweg bieten. Werden deren Gutachten als den Ansprüchen genügend beurteilt, werden sie bevorzugt angefragt, da man hier weniger auf „Goodwill“ angewiesen ist als bei den GutachterInnen mit einer Privatpraxis. Allerdings wird auch bemerkt, dass in Kliniken die Erstellung von Gutachten zum Teil von AssistentInnen vorgenommen wird. Werden diese Ergebnisse ungeprüft von deren Vorgesetzten visiert, lasse sich hinter die Qualität dieser Gutachten ein Fragezeichen setzen.

Aus den obengenannten Ausführungen wird ersichtlich, wie wichtig der Aufbau und die Pflege eines breiten und guten Gutachternetzes für fundierte Rentenentscheide ist. Für StellenärztInnen stellt es eine permanente Aufgabe dar, dieses Netz von gutachtenden Stellen aufzubauen respektive zu pflegen. Einige der befragten stellenärztlichen Dienste haben diese Aufgabe explizit in ihren Verantwortungsbereich aufgenommen. Gemäss den Befragten beginnt sich diese Tätigkeit positiv auszuwirken. Das zur Verfügung stehende Gutachternetz konnte ver-

grössert werden. Allerdings ist hier anzufügen, dass die zeitlichen Ressourcen der ärztlichen Dienste als eher knapp beurteilt werden und in der täglichen Arbeit gerade die Kontakte nach aussen oft zu kurz kommen.

3.4 Bedeutung des stellenärztlichen Dienstes im Entscheidungsverfahren

1995 wurden die stellenärztlichen Dienste auf den IV-Stellen eingerichtet. Heute ist der medizinische Fachdienst auf den IV-Stellen, wie aufgezeigt werden konnte, zu einem zentralen Bestandteil des Abklärungsverfahrens auf den IV-Stellen geworden. Insbesondere die direkte informelle Beratung der Fachdienste bezüglich medizinischer Fragen wird als positive Auswirkung der Einrichtung des ärztlichen Dienstes erachtet. Eine wichtige Folge dieser interdisziplinären Zusammenarbeit auf den IV-Stellen sind gemäss den Befragten fundierter abgestützte Entscheide. Dies hat in der jüngeren Vergangenheit vermehrt auch zu gut begründeten Zurückweisungen geführt. Diese Feststellung wurde auch von den befragten Behinderten- und Patientenorganisationen gemacht.

Zwei Einschränkungen gibt es jedoch bezüglich der Bedeutung der stellenärztlichen Dienste im Entscheidungsverfahren zu machen. Erstens hängt die Bedeutung mit den zeitlichen Ressourcen zusammen. Diese sind gemäss den Befragten eher knapp. Wichtige Aufgaben, insbesondere der Aufbau und die Pflege des für die meisten IV-Stellen ohnehin problematischen Gutachternetzes, können dadurch meist nicht in genügendem Ausmass wahrgenommen werden. Zweitens hängt die Bedeutung des ärztlichen Dienstes mit der fachlichen Kompetenz der Besetzung zusammen. Dabei erweist es sich als besonders problematisch, dass bei der Ärzteschaft ein eher geringes Interesse an einer Tätigkeit auf dem stellenärztlichen Dienst besteht. Zudem stehen die IV-Stellen bezüglich des Anforderungsprofils in einem Spannungsfeld zwischen breiter Fachkenntnis und der zunehmenden Erfordernis von spezifischen Fachkenntnissen in bestimmten Bereichen. Weiter kommt hinzu, dass mit dem kleinen Stellenprozentanteil, der für den ärztlichen Fachdienst vorgesehen ist und der für kleinere IV-Stellen notgedrungen zu einer Einerbesetzung führt, eine zeitlich eher beschränkte Anwesenheit verbunden ist. Die Ansprechbarkeit innerhalb der IV-Stellen ist dadurch nicht optimal gewährleistet. Eine Einerbesetzung bietet zudem keinen internen medizinischen Fachaustausch. Hinzu kommt, dass allzu kleine Pensen eine gewisse „Versicherungsferne“ der IV-ÄrztInnen mit sich bringen.

4 Weitere wichtige Faktoren, welche das Gewicht der ärztlichen Stellungnahmen beeinflussen

Das Gewicht der ärztlichen Stellungnahmen im Abklärungsprozess eines Rentengesuches wird durch zwei Entwicklungen entscheidend mitbeeinflusst. Einerseits ist in den letzten Jahren die Zahl der juristischen Anfechtungen von Rentenentscheiden enorm gestiegen. Andererseits hat sich die Arbeitsmarktsituation stark verschärft. Dadurch wird es für die IV zunehmend schwieriger, Erfolge bei der beruflichen Massnahmen zu erreichen. Welche Auswirkungen die beiden Entwicklungen für das Entscheidungsverfahren und insbesondere für die Bedeutung der ärztlichen Beurteilung haben, wird in diesem Kapitel erläutert.

4.1 Der Einfluss juristischer Verfahren

Alle GesprächspartnerInnen bei den untersuchten IV-Stellen geben an, dass in den letzten Jahren zunehmend mehr GesuchstellerInnen Rekurse gegen IV-Entscheide einreichen. Verschiedene Punkte werden als Rekursgründe aufgeführt. An erster Stelle gehe es bei den eingereichten Rekursen um die Frage, ob die Zumutbarkeit einer vorgeschlagenen Erwerbstätigkeit erfüllt sei. Auch die Berechnungen des Validen- und Invalideneinkommens sei oft Rekursgrund. Schliesslich komme es auch zu Gerichtsfällen, bei denen es um klare formaljuristische Fragen gehe, etwa ob gewisse Bestimmungen richtig ausgelegt wurden. Die Befragten auf den IV-Stellen sprechen davon, dass der Anteil der Rekurse ein für sie heute relevantes Mass angenommen habe.

Gerichtliche Rückweisungen von Rentenentscheiden werden meist mit mangelnden medizinischen Abklärungen begründet. Dabei wird darauf verwiesen, dass z.B. die Nachvollziehbarkeit des Rentenentscheides aufgrund der ungenügenden ärztlichen Stellungnahmen nicht gegeben sei, dass gewisse Aspekte der ärztlichen Berichte nicht abgeklärt worden seien oder dass beim Vorhandensein mehrerer ärztlicher Stellungnahmen unterschiedliche Einschätzungen bezüglich bestimmter Aspekte vorliegen würden.

In der Folge liegt die Beweislast bei der IV. Sie muss weitere Gutachten einholen, um die Lücken, die das Gericht festgestellt hat, zu schliessen. Ein Gesprächspartner formulierte diese Situation prononciert wie folgt: „Die Beweislast hat sich umgekehrt. Während man früher die Abklärungen vornahm, um festzustellen, ob ein bestimmter Krankheitszu-

stand vorhanden ist, geht es heute oft darum zu beweisen, dass jemand im Sinne der IV nicht invalid ist.“ Für die IV-Stellen sind damit erneute Arbeitsaufwendungen verbunden. Für die Versicherten beginnt eine weitere Warteschlange, während der unter Umständen erneut Veränderungen des Krankheitszustandes eintreten können.

Während vor allem die untersuchten IV-Stellen kleinerer, eher ländlicher Kantone dies als die einzige Auswirkung betrachten, stellen die grösseren IV-Stellen mit eher städtischem Einzugsgebiet weitere Auswirkungen fest. Hier spricht man bereits von einem gewissen Rückkopplungseffekt auf das Abklärungsverfahren ganz allgemein. Bei neuen Rentenbegehren werde bereits im Hinblick auf ein mögliches Gerichtsverfahren abgeklärt. Konkret bedeutet dies, dass sich die Beteiligten bei komplexeren Fällen bereits während der Abklärungsphase vermehrt die Frage stellen, ob die durchgeführten Abklärungen in einem gerichtlichen Verfahren bestehen würden oder ob allenfalls zusätzliche ärztliche Stellungnahmen für einen gut begründeten Rentenentscheid nötig seien. Dies führe gemäss den Befragten zur vermehrten Veranlassung von Gutachten.

Die ganze Entwicklung ist für die verschiedenen Fachstellen der IV-Stellen mit einem grösseren Arbeitsaufwand pro Dossier verbunden. Davon ist insbesondere der ärztliche Dienst betroffen, der für die Abklärung der medizinischen Fragen verantwortlich ist. Da das Einholen von Gutachten, wie in Abschnitt 4.3 dargelegt, oft mit einer längeren Wartezeit verbunden ist, zieht sich als weitere Folge der Zunahme juristischer Verfahren das gesamte Rentenverfahren in die Länge.

Neben diesen direkten Folgen stellen einige Gesprächspartner der IV-Stellen auch indirekte Folgen dieser Entwicklung fest. Sie betonen, dass die Konfrontation mit der Gerichtstätigkeit ganz allgemein zu einer besseren Qualität der Rentenentscheide der IV-Stellen geführt habe. Der Effekt sei, dass in letzter Zeit vermehrt auch gut begründete negative Rentenentscheide gefällt werden könnten.

Die dargestellte Entwicklung hat somit zu einer stärkeren Gewichtung der ärztlichen Beurteilung im Entscheidungsverfahren geführt. Ein Rentenentscheid muss heute breiter und fundierter medizinisch abgeklärt werden. Dies führt dazu, dass insbesondere Gutachten im heutigen Abklärungsverfahren einen zunehmend wichtigeren Platz einnehmen.

4.2 Der Einfluss der verschärften Arbeitsmarktsituation

Die heutigen gesetzlichen Grundlagen der Invalidenversicherung gehen davon aus, dass bei der Beurteilung des wirtschaftlichen Elementes die folgenden Fragen geprüft werden. Welche Tätigkeiten können dem Versicherten bei ausgeglichenem Arbeitsmarkt noch zugemutet werden? Besteht ein Kausalzusammenhang zwischen Erwerbsunfähigkeit und Gesundheitsschaden? Sind allenfalls invaliditätsfremde Gründe (mangelnde Ausbildung, Alter, Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche wegen eines unausgeglichenen Arbeitsmarktes, etc.) vorhanden? Gleichzeitig heisst das prioritäre Ziel der IV: Eingliederung vor Rente. Bei der Prüfung der obenstehenden Fragen und der Umsetzung des prioritären Ziels, stösst insbesondere die IV-Berufsberatung in der heutigen Arbeitsmarktsituation auf erschwerte Bedingungen.

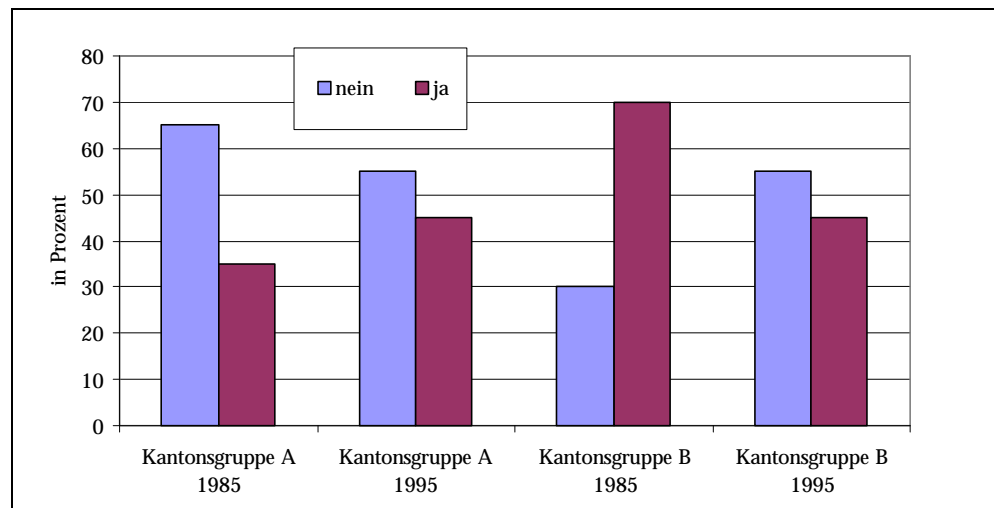
Eingliederung vor Rente

Mit Eingliederungsmassnahmen wird das Ziel verfolgt, die Erwerbstätigkeit ganz allgemein oder die Fähigkeit, sich im bisherigen Aufgabebereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu verbessern oder zu erhalten. Jede erfolgreiche berufliche Eingliederung hat positive Auswirkungen in bezug auf eine Rentensprechung und die damit verbundenen Kosten. Die IV-Berufsberatung befindet sich heute jedoch in einem zunehmend problematischeren Umfeld. Berufliche Wiedereingliederungen gestalten sich heute schwieriger und aufwendiger als Mitte der achtziger Jahre. Dies wird einhellig von allen befragten IV-BerufsberaterInnen festgehalten. Gründe sind zum einen die veränderte Arbeitsmarktsituation, die heute weniger Nischenarbeitsplätze für weniger qualifizierte oder nicht voll arbeitsfähige Personen bietet. Zudem besteht heute bei der Nachfrage nach diesen Arbeitsplätzen eine grosse Konkurrenz. Zum andern wird die Situation der Versicherten als zunehmend schlechter wahrgenommen. Neben den gesundheitlichen Problemen kommen gemäss den Befragten immer öfter auch soziale, wirtschaftliche, jedoch auch Qualifikationsprobleme (vor allem Sprachprobleme) hinzu. Vor allem letzteres, aber auch die anderen dargestellten Probleme führen dazu, dass in gewissen Fällen rein theoretisch berufliche Massnahmen angezeigt wären, diese jedoch von vornherein kaum Erfolgchancen aufweisen.

Werden die beiden Kantonsgruppen bezüglich der Anzahl vorgenommener beruflicher Massnahmen miteinander verglichen, zeigen sich gewisse Unterschiede (vgl. D4.1). In der Kantonsgruppe B (mit einer

durchschnittlichen Zunahme von Neuberentungen) wurden 1985 in 70 Prozent der untersuchten Fälle berufliche Massnahmen eingeleitet, in der Kantonsgruppe A (mit einer überdurchschnittlichen Zunahme) nur in 35 Prozent der Fälle. Die Zahl nimmt in der Kantonsgruppe B 1995 jedoch ab. Es werden noch in 45 Prozent der untersuchten Fälle berufliche Massnahmen vorgenommen. Auch in der Kantonsgruppe A werden 1995 in 45 Prozent der untersuchten Fälle berufliche Massnahmen durchgeführt. Somit gleichen sich die beiden Gruppen 1995 an.

D4.1: Wurden beruflichen Massnahmen durchgeführt? 1985/1995 (N=90)



Erhoben wurden berufliche Massnahmen auch, wenn sie nicht von der IV veranlasst wurden, z.B. bei beruflichen Massnahmen im Zusammenhang mit den Aktivitäten der Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) der Kantone.

Zusammenhang zwischen Erwerbsunfähigkeit und IV-fremden Kriterien

Bei der Beurteilung des wirtschaftlichen Elementes muss aufgrund der bestehenden Gesetzgebung abgeklärt werden, ob allenfalls invaliditätsfremde Gründe wie mangelnde Ausbildung, Alter oder Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche wegen eines unausgeglichenen Arbeitsmarktes etc. vorhanden sind. Die GesprächspartnerInnen beurteilen die Situation vieler Versicherter, wie bereits beschrieben, heute zunehmend schlechter. Dies wird vor allem damit begründet, dass bei vielen Versicherten aufgrund der verschlechterten Arbeitsmarktsituation zu den gesundheitlichen Problemen immer öfter soziale und wirtschaftliche Schwierigkeiten oder auch Qualifikationsdefizite hinzukommen. Für die IV-Berufsberatung wird es bei solcher Problemakkumulation sehr schwie-

rig, die Differenzierung zwischen IV-relevanten und IV-nichtrelevanten Problemen vorzunehmen. Ermessensspielräume sind bei diesen Entscheidungen vorprogrammiert. Diese Problematik gilt bestimmt auch für die anderen IV-Fachdienste. Da die Berufsberatung jedoch als einziger Fachdienst in direktem Kontakt mit den GesuchstellerInnen steht, sind sie stärker davon betroffen.

Folgen

Die Berufsberatungen der IV-Stellen stehen somit mitten im Spannungsfeld zwischen den oben beschriebenen gesetzlichen Grundlagen und Zielen und der zunehmend komplexeren Problematik der Versicherten in einem schwierigen beruflichen Umfeld. Eine IV-Berufsberaterin drückt diese Situation mit den folgenden Worten aus: „Ich muss immer wieder einschätzen, welches Einkommen eine Person noch erreichen könnte, obwohl ich genau weiss, dass der Gesuchsteller diese Arbeit auf dem heutigen Arbeitsmarkt nie finden wird. Dies jedoch nicht wegen des Gebrechens, sondern wegen IV-fremden Gründen. Diese Situation ist sehr belastend.“

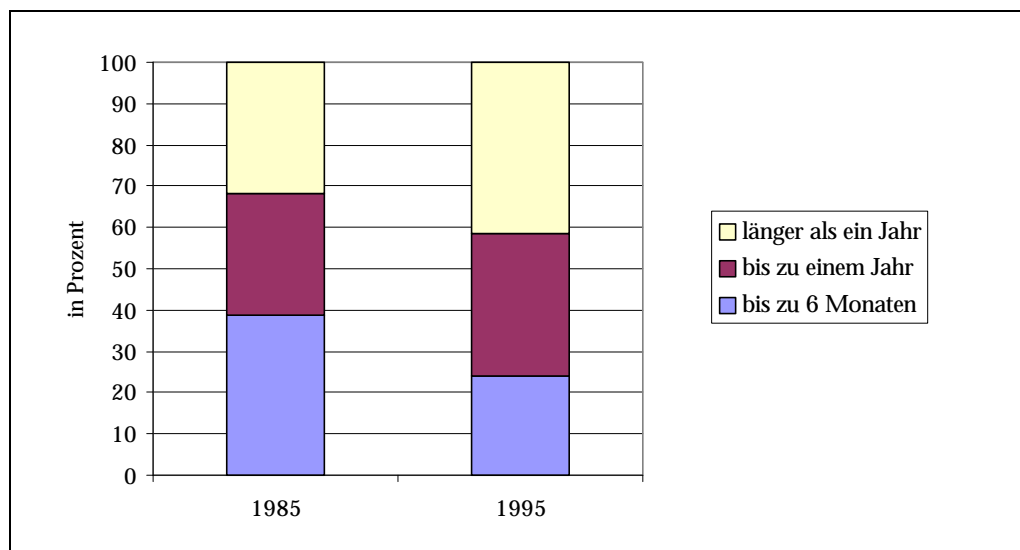
Die spezifische Funktion der IV-Berufsberatung führt gemäss den Befragten in der heutigen Situation vermehrt dazu, dass sich bezüglich gewisser Punkte die medizinische und die berufsberaterische Beurteilungen im Entscheidungsverfahren widersprechen. In den Gesprächen wurden dabei vor allem zwei Punkte erwähnt: Sie betreffen zum einen die Beurteilung der Chancen beruflicher Wiedereingliederungsmassnahmen. Hier ist die Einschätzung des stellenärztlichen Dienstes bezüglich des Sinnes von beruflichen Massnahmen skeptischer als jene der Berufsberatung. Der zweite Punkt betrifft die Beurteilung, welche Tätigkeiten den Versicherten noch zugemutet werden können (immer vor dem Hintergrund eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes). Diese Beurteilung spielt für eine mögliche Rentensprechung eine zentrale Rolle. Gemäss den Befragten findet der stellenärztliche Dienst bei dieser Frage - im Vergleich zur Berufsberatung - häufiger, dass eine Erwerbsfähigkeit vorhanden sei und diese auch zumutbar sei.

Die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen bezüglich der Beurteilung des wirtschaftlichen Elementes enthalten, wie dies die unterschiedlichen Einschätzungen der verschiedenen Fachdienste zeigen, einigen Ermessensspielraum. Dieser tritt insbesondere in der heutigen verschärften Arbeitsmarktsituation zutage. Um den Grundsatz der IV „berufliche

Wiedereingliederung vor Rente“ möglichst optimal vollziehen zu können, dabei aber Chancen und Risiken von Massnahmen besser abschätzen zu können, ist eine gezielte Zusammenarbeit zwischen der IV-Berufsberatung, der Sachbearbeitung und des ärztlichen Fachdienstes unabdingbar. Gleichzeitig sind dazu von seiten der medizinischen Stellungnahmen differenzierte Beschreibungen von noch möglichen Tätigkeiten respektive der ausgeschlossenen Tätigkeiten gefragt. Solche Angaben sind gemäss der Analyse der ärztlichen Stellungnahmen nur in einem Drittel aller Berichte vorhanden. Vergleicht man die Jahre 1985 und 1995, so ist jedoch eine Zunahme von Angaben zu dieser Thematik von 24 auf 40 Prozent feststellbar. Hinzu kommt, dass die Angaben in vielen Fällen sehr knapp und undifferenziert verfasst sind. Eine Ausnahme bilden Gutachten mit expliziter Fragestellung in dieser Richtung. Insbesondere arbeitsmedizinische Kenntnisse, die an dieser Stelle ins Rentenverfahren einfließen, könnten von grosser Bedeutung für die Eingrenzung von diesbezüglichen Ermessensspielräumen sein.

Um die Erfolge einer beruflichen Eingliederung vor dem Hintergrund der heutigen verschärften Arbeitsmarktsituation zu verbessern, sind gemäss den Befragten vor allem Massnahmen im präventiven Bereich gefragt. Ausgehend davon, dass jedes längere Fernbleiben vom Arbeitsmarkt die Chancen für eine Wiedereingliederung vermindert und Arbeitslosigkeit ein bedeutendes Risiko für Gesundheitsstörungen darstellt, müsste gemäss den GesprächspartnerInnen an erster Stelle versucht werden, die Dauer des Rentenverfahrens zu verkürzen.

D4.2: Dauer des Rentenverfahrens 1985/1995 (N=90)



Demgegenüber zeigen die Auswertungen der Dossiers, dass sich die Dauer des Entscheidungsverfahrens im untersuchten Zeitraum erheblich verlängert hat. So waren es 1985 knapp 40 Prozent der Fälle, die in weniger als sechs Monaten abgeschlossen werden konnten. 1995 sind es nur noch knapp 24 Prozent, die in diesem Zeitraum abgeschlossen werden konnten. Gleichzeitig hat sich die Anzahl der Fälle, die länger als ein Jahr dauern von 32 auf 41 Prozent erhöht. Die beiden untersuchten Kantonsgruppen unterscheiden sich bezüglich dieses Punktes nicht relevant. Die festgestellte Tendenz zu einer Verlängerung des Entscheidungsverfahrens steht dem Wunsch aller Beteiligten nach einer kürzeren Verfahrensdauer diametral entgegen.

5 **Schlussfolgerungen**

Im vorliegenden Bericht befassen wir uns mit der ärztlichen Beurteilung und ihrer Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch. Im folgenden Abschnitt werden die sechs zentralen Ergebnisse der Studie zusammenfassend beantwortet. Im zweiten Abschnitt schlagen wir aufgrund der Resultate Handlungsmöglichkeiten für die Invalidenversicherung vor.

5.1 **Sechs zentrale Ergebnisse der Untersuchung**

1. *Ergebnis:*

Problematik der Angaben zur Arbeitsunfähigkeit und zu verbleibenden Tätigkeitsmöglichkeiten

Ein erster Punkt betrifft die Thematik der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und der verbleibenden Tätigkeitsmöglichkeiten in den ärztlichen Stellungnahmen. Beides stellen zentrale Grundlagen im Entscheidungsverfahren der IV dar. Dabei geht es letztlich darum, festzustellen, ob und in welchem Ausmass die Erwerbsfähigkeit bei Versicherten aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt ist.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen deutlich, dass in der Ärzteschaft bezüglich der Bemessung der Arbeitsfähigkeit generell eine grosse Unsicherheit besteht, da Richtlinien fehlen. Für das Bemessen der Arbeitsunfähigkeit wird im allgemeinen ein Vergleich der Funktionseinschränkung mit den Erfordernissen der zu verrichtenden Tätigkeit vorgenommen. In der konkreten Umsetzung ergeben sich jedoch Probleme. So fehlt zum einen das Wissen um die genauen Anforderungen eines Berufes. Weiter kann eine an sich gleiche Arbeitsstelle je nach Betrieb unterschiedliche Ansprüche stellen. Diesbezüglich sind die ÄrztInnen stark von den Aussagen der PatientInnen abhängig. Die grossen Ermessensspielräume rund um die Bemessung der Arbeitsfähigkeit haben sich zwischen den achziger und den neunziger Jahren nicht verändert. Sie wirken sich heute vor dem Hintergrund einer verschlechterten Arbeitsmarktlage jedoch verstärkt aus. Einig ist man sich nämlich, dass die Anforderungen am Arbeitsplatz in bezug auf die Arbeitsfähigkeit zugenommen haben. Zudem zeigen die Auswertungen, dass 1995 die ÄrztInnen weniger davon überzeugt sind, dass durch geeignete Massnahmen die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden kann.

Eine zweite Problematik betrifft die Angaben in den ärztlichen Stellungnahmen zu den verbleibenden Tätigkeitsmöglichkeiten. Für die IV handelt es sich dabei um eine wichtige Information zur Beurteilung der allgemeinen Erwerbsfähigkeit und zur Prüfung der Erfolgchancen von beruflichen Massnahmen. Von den IV-Stellen werden differenzierte und fundierte Angaben zu diesem Punkt gewünscht. Dieser Forderung wird jedoch, ausser bei Gutachten mit entsprechender Fragestellung, eher ungenügend Rechnung getragen. Auch die statistische Auswertung der ärztlichen Stellungnahmen zeigt, dass nur in einem Drittel aller Berichte Angaben zu verbleibenden Tätigkeiten, beziehungsweise zu ausgeschlossenen Tätigkeiten, vorhanden sind. Hinzu kommt, dass die Angaben in vielen Fällen sehr knapp und undifferenziert verfasst sind.

Es kann festgehalten werden, dass eine Diskrepanz besteht zwischen der Wichtigkeit dieser Beurteilungen für das Entscheidungsverfahren der IV und der Schwierigkeit, fundierte medizinische Angaben darüber zu erhalten. Insbesondere arbeitsmedizinische Kenntnisse, die an dieser Stelle ins Rentenverfahren einfliessen sollten, könnten von grosser Bedeutung für die Eingrenzung von Unsicherheiten bezüglich Arbeitsunfähigkeit und eingeschränkten Tätigkeitsmöglichkeiten sein. Hier ist auf die heute noch geringe Verbreitung dieses Fachwissens in der Ärzteschaft hinzuweisen.

2. Ergebnis:

Ungenügende Kenntnisse der ÄrztInnen über IV-Belange

Als zweites wichtiges Ergebnis der Untersuchung muss auf die Problematik der eher bescheidenen Kenntnisse der ÄrztInnen über das Abklärungsverfahren und die IV-rechtlichen Belange hingewiesen werden. Dass diese Kenntnisse gering sind, ist sowohl die Meinung der IV-MitarbeiterInnen als auch der befragten ÄrztInnen. Zu den Problemen zählen insbesondere Begriffsverwirrungen zwischen Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und IV-Grad sowie Unklarheiten bezüglich des Zwecks und der Wichtigkeit einzelner Fragen im Arztberichtformular. Die geringen Kenntnisse von IV-relevanten Inhalten und Begriffen wirkt sich auf die Abfassung der ärztlichen Stellungnahmen aus. In der Folge werden zum Teil Fragen nicht oder nur unvollständig beantwortet.

3. Ergebnis:

Wachsender Einfluss des psychosozialen und gesellschaftlichen Umfeldes in den ärztlichen Stellungnahmen

Drittens hat die Untersuchung gezeigt, dass das psychosoziale und gesellschaftliche Umfeld der Versicherten für die Beurteilung des Gesundheitszustandes eine zunehmende Bedeutung hat. Davon sind auch die ärztlichen Stellungnahmen zuhanden der IV betroffen.

Zum einen muss davon ausgegangen werden, dass Versicherte bezüglich des eigenen Krankheitsempfindens Störungen heute sensibler wahrnehmen und als hindernd empfinden. Diese Situation wird durch die in den letzten Jahren einschneidenden Veränderungen der sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen begleitet und zusätzlich gefördert. Die verschlechterten Rahmenbedingungen auf dem Arbeitsmarkt führen bei Versicherten nicht selten zu komplexen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Problemakkumulationen. Diese Entwicklung bestätigt auch die statistische Auswertung von Versichertendossiers. So konnte eine merkliche Zunahme von Fällen mit multipler Diagnostik nachgewiesen werden. Ebenso wurde in den Gesprächen eine Zunahme oder ein Neuauftreten von bestimmten Krankheiten, wie z. B. somatoformen Schmerzstörungen, Fibromyalgie oder es werden Störungen im Genesungsprozess erwähnt. Die Auswertungen der Arztberichte zeigen weiter, dass die ÄrztInnen seit den 80er Jahren generell skeptischer geworden sind bezüglich der Besserungsfähigkeit des Gesundheitszustandes der PatientInnen.

Zweitens hat sich auch der Krankheitsbegriff, von dem ein Arzt/eine Ärztin ausgeht, gewandelt. Ein Zeichen für Veränderungen im Verständnis der Begriffe „Krankheit“ und „Invalidität“ in der Ärzteschaft sind die laufenden Diskussionen zur ICDH-2 Klassifikation. Diese hat mit dem Einbezug von sozialen Bedingungen und Konsequenzen eine umfassendere Klassifikation von gesundheitlichen Schäden, die aus körperlichen und/oder psychischen Störungen hervorgehen, zum Ziel. Ebenso sind auch die Diskussionen zur Thematik der „Salutogenese“ zu erwähnen. Tendenziell kann somit von einer vermehrten Gewichtung der Lebenssituation und des sozialen Umfeldes im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild, welches sich ein Arzt/eine Ärztin von den PatientInnen macht, ausgegangen werden.

Durch die genannten Veränderungen fließen vermehrt Kriterien ins Rentenverfahren ein, welche vor dem Hintergrund des heutigen Krankheits- und Invaliditätsbegriffes der IV als IV-fremde Kriterien definiert werden. Diese sich abzeichnende Diskrepanz führt bei den IV-Stellen in der aktuellen Situation nicht selten zu schwierigen Entscheidungsfindungen.

4. Ergebnis:

Massgebliche Unterschiede bezüglich der Gewichtung der verschiedenen ins Verfahren involvierten ärztlichen Stellungnahmen

Ein vierter Punkt betrifft die Unterscheidung der verschiedenen ins Rentenverfahren involvierten ärztlichen Stellungnahmen. Diese Differenzierung ist wichtig, weil ihnen einerseits im Entscheidungsverfahren unterschiedliche Rollen zugedacht sind. Andererseits sind die Hausarztberichte, Gutachten und MEDAS-Berichte von den obengenannten Ergebnissen nicht in derselben Art und Weise betroffen.²¹

Der *Hausarztbericht* dient im Entscheidungsverfahren der medizinischen Erstinformation. Er soll einen Überblick über die IV-relevanten medizinischen Probleme der Versicherten vermitteln. Er dient somit als Grundlage für das Rentenverfahren, insbesondere was Entscheide bezüglich weiterer nötiger Abklärungen anbelangt. Er wird in den weitaus meisten Fällen vom behandelnden Arzt der Versicherten verfasst. Dies bringt es mit sich, dass die Beurteilung vor dem Hintergrund eines regelmässigen und längeren Kontaktes zwischen Arzt/Ärztin und Patienten zustande kommt. Dadurch wird ein Überblick über die gesamte Krankheitsgeschichte möglich. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass diese Situation die Objektivität des Berichtes beeinträchtigt. Insgesamt kann festgehalten werden, dass den Stellungnahmen der HausärztInnen zwar eine wichtige Funktion im Entscheidungsverfahren zugedacht, deren Einfluss faktisch jedoch beeinträchtigt ist, weil deren Qualität von IV Seite her als eher unbefriedigend bewertet wird. Nur in ganz klaren Fällen wird ein Rentenentscheid aufgrund eines Hausarztberichtes gefällt. Meist werden heute zusätzliche Stellungnahmen für einen Rentenentscheid eingefordert. Die Untersuchung der Versichertendossiers

²¹ Als Hausarztberichte gelten alle Stellungnahmen von behandelnden ÄrztInnen. Dazu zählen GrundversorgerInnen und behandelnde SpezialärztInnen. Bei Gutachten handelt es sich um Berichte, die von der IV bei SpezialärztInnen in Auftrag gegeben oder den Hausarztberichten beigelegt wurden. MEDAS-Berichte sind Stellungnahmen von polydisziplinären Stellen. Diese werden bei komplexen Fällen mit multipler Diagnostik oder sich widersprechender Einzelgutachten eingeholt.

zeigt diese Entwicklung deutlich auf. Genügte 1985 bei einem Viertel aller Fälle ein Hausarztbericht, um einen Rentenentscheid zu fällen, war dies 1995 nur noch in 17 Prozent der Dossiers möglich.

Die IV-Stellen verlangen zunehmend *Gutachten*, weil sie davon vertiefende Informationen zur Krankheit oder zu einem Aspekt der Krankheit des Versicherten erwarten. Die begutachtenden Stellen werden von der IV ausgewählt. Bei einem einmaligen Kontakt fokussiert ein Gutachter aus der Sicht seines Spezialgebietes den Krankheitszustand eines Patienten. Die Qualität von Gutachten wird von den IV-Stellen wenig beanstandet. Fünf Problempunkte im Zusammenhang mit Gutachten werden jedoch erwähnt. Von den IV-Stellen würde es geschätzt, wenn in den Gutachten vermehrt ausführliche Folgerungen aufgrund der erhobenen Fakten gezogen würden. Bei psychiatrischen Gutachten wird gelegentlich „Patientenfreundlichkeit“ und die Nachvollziehbarkeit der Beurteilung kritisiert. Hingegen wird von VertreterInnen von Patienten- und Behindertenorganisationen bemerkt, dass die gutachterliche Stellungnahme vom Auftragsverhältnis zwischen Arzt/Ärztin und der Versicherung beeinflusst sein kann. Probleme ergeben sich für die IV bezüglich der zur Verfügung stehenden Auswahl von gutachtenden Stellen. Diese ist zum Teil sehr beschränkt, vor allem in gewissen Fachgebieten. Ein weiteres Problem betrifft die lange Wartezeit auf die Gutachten.

Die dritte involvierte Berichtart sind die *MEDAS-Gutachten*. Diese Berichte sind bei komplexen Fällen oder sich widersprechenden Gutachten vorgesehen. Sie werden eher selten in Auftrag gegeben. MEDAS-Gutachten erfüllen die Erwartungen von IV-Stellen und Patienten- und Behindertenorganisationen. Die Berichte der polydisziplinären Stellen werden als qualitativ hochstehend und als objektiv angesehen. Allerdings ist hier anzumerken, dass diese Beurteilung in der Westschweiz zum Teil nicht ganz geteilt wird. Der wichtigste Grund, weshalb MEDAS-Berichte nur in geringem Umfang angefordert werden, ist die lange Wartezeit, die sich bis zu einem Jahr hinziehen kann.

Die Tendenz zum vermehrten Bedarf nach spezialärztlichen Berichten im Rentenverfahren hängt auch mit einer Zunahme von Rekursen von GesuchstellerInnen zusammen. Juristische Verfahren haben heute für viele IV-Stellen ein bedeutendes Mass angenommen. Gerichtliche Rückweisungen von Rentenentscheiden werden meist mit mangelnden medizinischen Abklärungen begründet. In der Folge muss die IV mit Gutachten diese Lücken schliessen. Diese Entwicklung hat vor allem bei

grösseren IV-Stellen mit vermehrt städtischem Einzugsgebiet zu einem gewissen Rückkoppelungseffekt auf das gesamte Abklärungsverfahren geführt. Neue Rentenbegehren werden heute oft bereits im Hinblick auf ein mögliches Gerichtsverfahren abgeklärt. Diese medizinisch breiten und fundierten Abklärungen führen laut den Befragten gleichzeitig dazu, dass vermehrt auch gut begründete negative Rentenentscheide gefällt werden können.

Generell kann die Problematik der externen ärztlichen Stellungnahme im Rentenverfahren in drei Punkten zusammengefasst werden: Erstens ist eine Diskrepanz festzustellen zwischen der dem Hausarztbericht zugedachten Rolle und dessen abnehmendem Stellenwert. Zweitens ist ein Spannungsverhältnis festzustellen zwischen dem zunehmenden Erfordernis nach Expertenwissen im Entscheidungsverfahren und den Schwierigkeiten bezüglich der Zugänglichkeit entsprechender Stellen. Drittens existiert ein Kontrast zwischen der überzeugenden Qualität und attestierten Unabhängigkeit der MEDAS-Gutachten und deren verhältnismässig seltenen Veranlassung wegen der langen Wartezeit.

5. Ergebnis:

Wichtiger Stellenwert des ärztlichen Dienstes

Ein fünfter Punkt fokussiert den Einfluss des stellenärztlichen Dienstes im Entscheidungsverfahren. Dieser Fachdienst wurde 1995 bei den IV-Stellen eingerichtet.²² Seit diesem Zeitpunkt wirkt eine medizinische Fachstelle direkt bei den IV-Stellen beim Abklärungsprozess im Rentenverfahren mit. Heute ist der medizinische Dienst bei den IV-Stellen zu einem zentralen Bestandteil des Abklärungsverfahrens geworden. Die grundsätzliche Aufgabe des ärztlichen Dienstes ist die Prüfung aller erstmaligen Rentensprechungen. Dieser Aufgabe vorgelagert ist im Verlaufe des Rentenverfahrens die Beratung von Sachbearbeitung und Berufsberatung bezüglich medizinischer Fragen. Bei der Abklärung der Invaliditätsfrage muss der ärztliche Dienst zudem prüfen, ob für die Beantwortung dieser Frage alle nötigen medizinischen Entscheidungsgrundlagen vorhanden sind. Wenn dies nicht der Fall ist, fällt es in seinen Aufgabenbereich, entsprechende gutachtende Stellen zu suchen und medizinische Abklärungen zu veranlassen.

²² Einige IV-Stellen haben die Umstellung bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgenommen.

Insbesondere die direkte informelle Beratung der anderen Fachdienste bei den IV-Stellen bezüglich medizinischer Fragen wird als positive Auswirkung der Einrichtung des ärztlichen Dienstes erachtet. Eine wichtige Folge dieser interdisziplinären Zusammenarbeit auf den IV-Stellen sind laut den Befragten fundierter abgestützte Entscheide. Der stellenärztliche Dienst leistet weiter einen wichtigen Beitrag, um das Spannungsverhältnis zwischen der zunehmenden Erfordernis nach medizinischem Spezialwissen im Entscheidungsverfahren und den Schwierigkeiten bezüglich der Zugänglichkeit entsprechender Stellen abzubauen.

Aufgrund der knappen zeitlichen Ressourcen kann der ärztliche Fachdienst die ihm zugeordneten Funktionen teilweise nicht in vollem Umfang wahrnehmen. Einerseits kann die zeitaufwendige Pflege des Gutachternetzes meist nicht in genügendem Masse geleistet werden. Andererseits führen die wenigen Stellenprozente bei kleineren IV-Stellen zu einer Einerbesetzung mit gleichzeitiger beschränkter Anwesenheit. Die Ansprechbarkeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der IV-Stelle ist dadurch nicht optimal gewährleistet. Ebenso kann dadurch kein interner medizinischer Fachaustausch stattfinden und spezifische medizinische Fachbereiche können nicht abgedeckt werden.

6. Ergebnis:

1995 sind keine einschneidenden Kantonsgruppenunterschiede mehr feststellbar

Ein Kriterium bezüglich der Auswahl der in die Untersuchung einbezogenen IV-Stellen bildete der Zuwachs an Neuberentungen zwischen 1985 und 1995. Die Untersuchung basiert auf einer Kantonsgruppe mit einer eher überdurchschnittlichen Zunahme (Kantonsgruppe A) und einer zweiten mit einer durchschnittlichen Zunahme (Kantonsgruppe B).²³ Damit war das Interesse verbunden, Hinweise auf Zusammenhänge zu finden, zwischen unterschiedlichen Resultaten der beiden Kantonsgruppen bezüglich der Untersuchungsfragen und der Zunahme von Rentensprechungen.

²³ Kantonsgruppe A: Kantone Appenzell Ausserrhoden, Basel-Stadt, Luzern, Neuenburg und Waadt als Kantone mit einer eher starken Zunahme von Neuberentungen (vgl. Anhang).

Kantonsgruppe B: Kantone Aargau, Graubünden, Obwalden und Thurgau als Kantone mit einer durchschnittlichen Zunahme von Neuberentungen (vgl. Anhang).

Kantonsunterschiede zeigen sich 1985 in den ärztlichen Stellungnahmen bezüglich der Prognose des Gesundheitszustandes und der Einschätzung der möglichen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Hinsichtlich beider Kriterien sind 1985 die Einschätzungen in der Kantonsgruppe mit einer eher überdurchschnittlichen Zunahme an Neuberentungen skeptischer. Es findet jedoch eine Angleichung der beiden Kantonsgruppen zwischen 1985 und 1995 statt. So lässt sich 1995 im Vergleich zu 1985 bei beiden Kantonsgruppen eine pessimistischere Beurteilung feststellen. Der Unterschied zwischen 1985 und 1995 fällt bei der Kantonsgruppe B jedoch deutlicher aus.

Die Auswertung der Dossiers hinsichtlich eingeleiteter beruflicher Massnahmen zeigt 1985 zwischen den beiden Kantonsgruppen ebenfalls einen Unterschied. 1985 werden in der Kantonsgruppe mit einer eher überdurchschnittlichen Zunahme an Neuberentungen weniger berufliche Massnahmen eingeleitet als in der Kantonsgruppe B. Auch in diesem Punkt gleichen sich die beiden Kantonsgruppen 1995 an. Bei der Kantonsgruppe B sinkt die Anzahl der beruflichen Massnahmen. Beide Kantonsgruppe führen 1995 noch in 45 Prozent der untersuchten Fälle berufliche Massnahmen durch.

Bezüglich der Dauer des Rentenverfahrens zeigen sich 1985 und 1995 keine relevanten Kantonsgruppenunterschiede. In beiden Kantonsgruppen nimmt die Dauer des Verfahrens zwischen 1985 und 1995 markant zu.

Insgesamt unterscheiden sich die beiden Kantonsgruppen 1985 und 1995 hinsichtlich der in dieser Studie untersuchten Fragestellungen nicht in relevantem Ausmass. Zudem haben sich allfällige Differenzen in den letzten Jahren nivelliert. Faktoren, die nicht direkt mit der ärztlichen Stellungnahme zusammenhängen, müssten für eine vertiefte Erklärung der kantonalen Unterschiede im Zusammenhang mit der Zunahme von Rentensprechungen herangezogen werden.

5.2 Handlungsmöglichkeiten für die Invalidenversicherung

Die Ergebnisse der Studie machen deutlich, dass im Zusammenhang mit den ärztlichen Stellungnahmen im Entscheidungsverfahren vor allem hinsichtlich der Qualität der ärztlichen Stellungnahmen, der Zugänglichkeit zu gutachtenden Stellen und der Verfahrensdauer Optimierungen angezeigt und möglich sind. Ziel muss es sein, medizinisch fundiert begründete Rentenentscheide innerhalb einer möglichst kurzen Verfahrensdauer zu erhalten. Längerfristig kann dadurch auch eine dämpfende Wirkung bezüglich des Wachstums der Neuberentungen erwartet werden. Einerseits, weil Verbesserungen der Entscheidungsgrundlagen zu qualitativ gut abgeklärten - positiven wie negative - Rentenentscheiden führen. Andererseits werden von einer kürzeren Verfahrensdauer günstige Effekte auf berufliche Wiedereingliederungsbemühungen erwartet. Die Umsetzung der nachfolgenden Empfehlungen wird zu den angestrebten Optimierungen einen Beitrag leisten können.

Verankerung und Stärkung des stellenärztlichen Dienstes bei den IV-Stellen

Entsprechend der zentralen Bedeutung, welche die medizinischen Grundlagen bei einem Rentenentscheid einnehmen, ist der ärztliche Dienst als beratende Fachstelle IV-intern zu verankern. Ebenso sprechen die positiven Auswirkungen der direkten und oft auch informellen Beratung und Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Fachdiensten und den IV-StellenärztInnen bezüglich medizinischer Fragen, welche mit der Einrichtung der stellenärztlichen Dienste in den IV-Stellen möglich wurde, für eine Stärkung des medizinischen Fachdienstes auf den IV-Stellen. Insbesondere jene IV-Stellen, bei denen die Zusammenarbeit zwischen ärztlichem Dienst und den anderen Fachdiensten noch wenig aufgebaut ist, sollten in dieser Hinsicht Anstrengungen unternehmen. Eine Mehrfachbesetzung des Fachdienstes - auch mit Teilpenssen - ist für die IV-Stellen längerfristig anzustreben. Damit kann IV-intern die Verfügbarkeit des medizinischen Fachwissens und der medizinische Fachaustausch (Fallbesprechung) gewährleistet werden. Zusätzlich kann durch eine Mehrfachbesetzung ein breiteres Spektrum an medizinischem Fachwissen und Erfahrungshintergrund abgedeckt werden. Für kleinere IV-Stellen wird eine solche Ausgestaltung des stellenärztlichen Dienstes indessen kaum realistisch sein. Deshalb sollten zwischen diesen IV-Stellen Formen der Zusammenarbeit bezüglich des ärztlichen Dienstes aufgebaut werden.

Verbesserung des Informationsstandes der Ärzteschaft zu IV-Belangen

Der Informationsstand der praktizierenden ÄrztInnen zu IV-Belangen muss verbessert werden. Berichte behandelnder ÄrztInnen (Hausarztberichte) werden auch in Zukunft als Erstinformation für das Entscheidungsverfahren eine wichtige Rolle übernehmen müssen, da nur sie Informationen über die gesamte Krankheitsgeschichte bereitstellen können. Wie aufgezeigt wurde, sind entsprechende Informationsbemühungen im Moment weitgehend der Eigeninitiative der IV-Stellen überlassen. Im Sinne einer einheitlichen Linie wäre es zweckmässig, wenn vom BSV ein Vorgehenskonzept und die relevanten Informationsinhalte erarbeitet würden. Denkbar wäre es, dass die Informationstätigkeit in der Folge von den IV-Stellen auf ihr spezifisches Umfeld angepasst und durchgeführt würde. Mit der Information der Ärzteschaft sollten folgende Ziele erreicht werden: Aktualisierung und Erweiterung des Wissens in der Ärzteschaft zur Invalidenversicherung sowie Intensivierung und Verbesserung des Kontaktnetzes zwischen IV-Stelle (insbesondere des stellenärztlichen Dienstes) und der Ärzteschaft.

Optimierung der Qualität der Berichte

Das BSV ist zur Zeit daran, eine Optimierung der Formulare für die Hausarztberichte vorzunehmen. Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie sollte dabei der Problematik der grossen Ermessensspielräume in bezug auf die Angaben zur Arbeitsunfähigkeit und der mangelnden Angaben zu ausgeschlossenen oder verbleibenden Tätigkeitsmöglichkeiten der Versicherten Rechnung getragen werden.

Gegenwärtig bestehen für Gutachten keine Richtlinien von Seiten des BSV. Die Qualität der Berichte könnte durch einheitliche, verbindliche Standards, welche die spezifischen Fragestellungen (insbesondere im Bereich der verbleibenden Tätigkeiten) der IV berücksichtigen, verbessert werden. Wege in diese Richtung beschreitet beispielsweise die Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie. Ihr Ziel ist es, entsprechende Standards für GutachterInnen zu entwickeln und in der Fortbildung zu verbreiten. Das BSV sollte diese Bestrebungen unterstützen und andere Fachbereiche zu vergleichbaren Anstrengungen anregen.

Ausbau und Öffnung der MEDAS

Gegenwärtig lässt sich eine Diskrepanz zwischen der zunehmenden Erfordernis nach medizinischem Spezialwissen im Entscheidungsverfahren und den Schwierigkeiten, die bezüglich dessen Zugänglichkeit vorhanden sind, beobachten. Dies legt Überlegungen nach einem Ausbau von unabhängigen Abklärungsinstitutionen, wie sie die MEDAS darstellen, nahe. Die Fallbeurteilungen der MEDAS werden von versicherungsunabhängigen Institutionen mit breit abgestützter fachlicher Kompetenz durchgeführt. Sie geniessen daher sowohl bei IV-Stellen, Patienten- und Behindertenorganisationen, AnwältInnen und Gerichten grosse Akzeptanz. Bei einer Vergrösserung der Kapazität könnte es sich um einen Ausbau der bereits bestehenden medizinischen Abklärungsstellen oder um zusätzliche MEDAS-ähnliche Institutionen handeln.²⁴ Eine wichtige Anforderung an diese Stellen wäre der Einbezug von arbeitsmedizinischem Fachwissen. Neue Veranlassungskriterien der IV-Stellen (z.B. auch die Möglichkeit zur Einholung eines Monogutachtens bei der MEDAS) würde die Einholung von Gutachten zusätzlich erleichtern.

Diskussion des Krankheits- und Invaliditätsbegriffs des IVG

In der Ärzteschaft wird gegenwärtig im Rahmen der ICDH-2 Klassifikation ein verändertes Verständnis der Begriffe Krankheit und Invalidität diskutiert.²⁵ Durch diese Entwicklung sowie durch Veränderungen bezüglich der subjektiven Krankheitswahrnehmung der Versicherten, fliessen heute vermehrt Kriterien ins Rentenverfahren ein, welche vor dem Hintergrund des heutigen Krankheits- und Invaliditätsbegriffes des IVG als IV-fremd definiert sind. Dadurch entsteht eine Diskrepanz, welche in der aktuellen Situation bei Entscheidungsverfahren nicht selten zu Abgrenzungsproblemen führt. Vor diesem Hintergrund ist eine Diskussion um die Definition des Krankheits- und Invaliditätsbegriffes in der Invalidenversicherung unumgänglich.

Sozialversicherungsrecht und Arbeitsmedizin in der ärztlichen Ausbildung stärken

Um längerfristig die Qualität der ärztlichen Stellungnahmen zu erhöhen, soll in der medizinischen Ausbildung ein Ausbau in den Bereichen

²⁴ Zwei weitere MEDAS-Stellen sind neu seit 1. 1. 1999 in Betrieb.

²⁵ Die ICDH-2 Klassifikation hat mit dem Einbezug von sozialen Bedingungen und Konsequenzen eine umfassendere Klassifikation von gesundheitlichen Schäden, die aus körperlichen und/oder psychischen Störungen hervorgehen, zum Ziel.

Sozialversicherungsrecht und Arbeitsmedizin angestrebt werden. Diese Inhalte könnten sinnvollerweise in der Weiterbildung zum Facharzt integriert werden. Dieses Ziel wäre in Zusammenarbeit mit anderen an dieser Sache interessierten Versicherungen (SUVA, Unfallversicherungen) anzugehen.

Literaturverzeichnis

BSV: Invaliditätsstatistik 1996, Bern, 1996.

BSV: Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI), Bern, 1997.

Bolier, G.: Leitfaden schweizerische Sozialversicherung, 5. überarbeitete Auflage, Wädenswil, 1997.

Donini, F.: Eschmann, N.: Anstieg der IV-Rentenbezüger: Erklärungsansätze, in: Soziale Sicherheit, Nr.4/1998, Bern, 1998.

Eschmann, N.: Donini, F.: Führt Arbeitslosigkeit zu Invalidität? Betrachtungen anhand statistischer Erhebungen, in: Soziale Sicherheit, Nr. 6/1995, Bern, 1995.

Jost, A.: Die Grundlagen 90 der Invalidenversicherung, in: Soziale Sicherheit, Nr.6/1998, Bern, 1998.

Kübler, R.E.: Die interdisziplinäre medizinische Begutachtung zuhanden der Invalidenversicherung, Inaugural-Dissertation, Med. Fakultät der Universität Zürich, 1998.

Locher, Th.: Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2. Überarbeitete Auflage, Bern, 1997

Schaffhauser, R.; Schlauri, F. (Hrsg.): Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, Veröffentlichungen des Schweiz. Instituts für Verwaltungskurse der Universität St.Gallen, Neue Reihe, Band 42, St.Gallen, 1997.

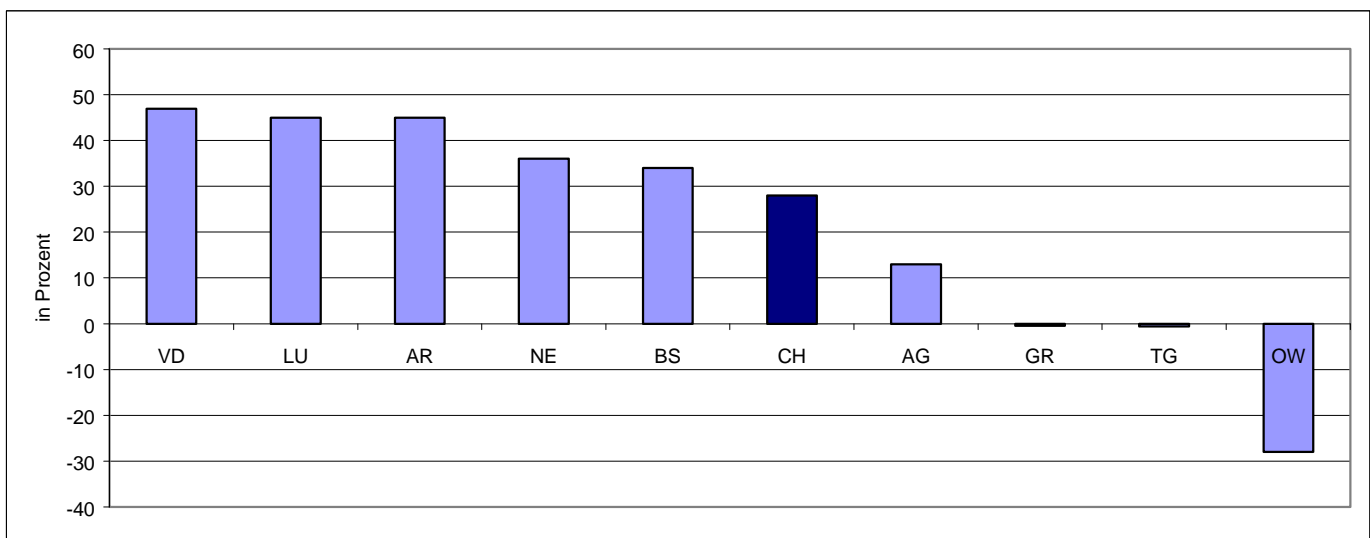
Scherer, F.: Assurance invalidité: le code 646, Approche géographique et sociologique des „troubles réactifs du milieu“; mémoire sous la direction du Prof. J.-B. Racine, Université de Lausanne, Faculté des Lettres, 1998.

Anhang I: Auswahl der Kantone

Kantonsgruppe A: Waadt, Luzern, Appenzell Ausserrhoden, Neuenburg, Basel-Stadt

Kantonsgruppe B: Aargau, Graubünden, Thurgau, Obwalden

Zunahme der Invalidisierungsquote²⁶ zwischen 1985 und 1995:



²⁶ Invalidisierungsquote: Wahrscheinlichkeit für eine Person im aktiven Alter, zum Rentenempfänger/zur Rentenempfängerin zu werden

Anhang II

Verteilung der InterviewpartnerInnen

TOTAL	45
IV-Stellenleiter	9
IV-StellenärztInnen	8 (+1 informelles Gespräch)
HausärztInnen	4
GutachterInnen	5
GutachterIn + MEDAS-GutachterIn	1
Hausarzt + MEDAS-GutachterIn	1
BerufsberaterInnen	6
SachbearbeiterInnen	4 (zusätzliche 2 Mitarbeiter waren am Gespräch mit dem IV-Stellenleiter beteiligt)
Gericht	2
Pat.- oder Behindertenorganisation	4
SUVA, stv. Abteilungsleiter SUVA Zentrale	1